

**Het Vlaamse regeringsbeleid
2004-2009
onder de loep**

**Roken en gezonde voeding in het onderwijs
De uitstoot van fijn stof door het verkeer
Het gezondheids- en welzijnsbeleid t.a.v.
kankerpatiënten**

**Een evaluatie en beleidsvoorstellen van de
Vlaamse Liga tegen Kanker**

Mei 2009

Naar aanleiding van het einde van de Vlaamse legislatuur 2004-2009 maakte de Vlaamse Liga tegen Kanker (VLK) een evaluatie van drie onderdelen van het overheidsbeleid die erg belangrijk zijn voor preventie van kanker en de levenskwaliteit van kankerpatiënten. De evaluaties waren voor de VLK ook aanleiding om enkele beleidsvoorstellen te formuleren voor de nieuwe Vlaamse regering.

Een eerste bijdrage focust op de (samenwerkings)initiatieven van de departementen Onderwijs en Volksgezondheid rond roken en gezonde voeding in het onderwijs. In een tweede bijdrage evalueren we de maatregelen die de voorbije legislatuur genomen werden om de uitstoot van fijn stof door het transport te verminderen en onderzoeken we in hoeverre er voor het fijnstofbeleid sprake was van een geïntegreerd beleid van de verschillende betrokken departementen (Leefmilieu, Mobiliteit, Ruimtelijke Ordening en Volksgezondheid). Een derde bijdrage gaat na in welke mate de regering vooruitgang boekte in vier centrale beleidsdomeinen die het welzijn van kankerpatiënten sterk beïnvloeden: de professionele gezondheidszorg, de palliatieve zorg, de samenwerking tussen de thuiszorg en het ziekenhuis en de samenwerking binnen de thuiszorg, en de zorgverzekering.

Op de verschillende terreinen zijn er volgens de VLK de voorbije vijf jaar belangrijke stappen vooruit gezet. Maar de nieuwe overheidsplanning staat toch nog voor enkele grote uitdagingen. De VLK doet daarom een reeks beleidsvoorstellen die erop gericht zijn de kankerpreventie en het psychosociaal welzijn van kankerpatiënten op de onderzochte terreinen te verbeteren.

De departementen Onderwijs en Volksgezondheid hebben in de voorbije legislatuur grote inspanningen gedaan om tot een betere samenwerking en een geïntegreerd beleid te komen voor **gezondheidsbevordering op school**. De expliciete wens van de minister van Onderwijs dat de scholen een gezondheidsbeleid zouden voeren heeft hierin een belangrijke rol gespeeld. De ministers van Onderwijs en Volksgezondheid ondertekenden, samen met de ministers van Landbouw en Visserij en van Sport, een intentieverklaring inzake gezondheidsbevordering bij kinderen en jongeren, de Commissie Gezondheidsbevordering van de Vlaamse Onderwijsraad (VLOR) werd opnieuw opgestart en er werd een strategisch plan over gezondheidsbevordering in het basis- en secundair onderwijs opgesteld. Er werden ook enkele belangrijke concrete resultaten geboekt. Er kwam een totaal rookverbod in de scholen voor leerlingen, personeel en ouders. En scholen en leerlingen werden gesensibiliseerd om voor gezonde drankjes en tussendoortjes te kiezen. De gezondheidsconferenties over ‘Tabak, alcohol en drugs’ en ‘Voeding en beweging’, en de actieplannen die eruit voortvloeiden, legden bovendien de basis voor een voortgezet geïntegreerd beleid inzake roken, voeding en beweging. **Het komt er nu vooral op aan deze inspanningen voort te zetten, echt werk te maken van de actieplannen en er voldoende middelen voor uit te trekken, de samenwerking te optimaliseren en nog beter te organiseren op het terrein, een structurele financiering te voorzien voor de Commissie Gezondheidsbevordering, en voldoende mensen en middelen voor evaluatie in te zetten.**

De Vlaamse regering heeft in de voorbije legislatuur ook heel wat inspanningen geleverd om de **uitstoot van fijn stof door het verkeer** te verminderen, maar slaagt er voorlopig niet in om de luchtkwaliteitsnormen die Europa heeft uitgevaardigd te halen. **De nieuwe Vlaamse regering zal de inspanningen moeten opvoeren en structurele maatregelen moeten nemen, zoals een slimme kilometerheffing en de hervorming van de verkeersbelastingen, om het vrachtwagen- en autoverkeer te ontmoedigen en het gebruik van milieuvriendelijker vervoer te stimuleren.** Daarnaast vraagt de VLK dat de nieuwe regering in het kader van een preventief gezondheidsbeleid haar fijnstofplan actualiseert en een realistisch tijdspad uittekent om op termijn de (strengere) luchtkwaliteitsnormen van de Wereldgezondheidsorganisatie te halen. Het beleid inzake ruimtelijke ordening, zoals de inplanting van bedrijven en woonzones en de uitbreiding van wegeninfrastructuur, zou systematisch getoetst moeten worden op zijn gezondheidseffecten. De Vlaamse regering moet ook meer investeren in de ontwikkeling van de binnenvaart en spoorverbindingen met de havens, zodat het goederenvervoer maximaal gebruik kan maken van deze milieuvriendelijker transportmogelijkheden.

Ook het **gezondheids- en welzijnsbeleid** van de voorbije legislatuur betekende op verschillende vlakken een vooruitgang voor de Vlaamse kankerpatiënt.

De gefinancierde uren voor de diensten gezinszorg stegen elk jaar, zij het dat een stijging met 4%, die nodig is om de demografische evolutie en de historisch gegroeide achterstand weg te werken, slechts één jaar gehaald werd. De volgende regering moet blijven investeren in de gezinszorg zodat de diensten flexibel kunnen inspelen op nieuwe noden van kankerpatiënten en andere chronisch zieken die meer en meer in de thuiszorg terechtkomen. Nieuwere vormen van thuiszorg, zoals oppasdiensten, moeten verder worden uitgebouwd.

De maximumfactuur in de zorg, die in het regeerakkoord werd aangekondigd, is er nog niet, maar de regering zette wel enkele betekenisvolle stappen om patiënten met zware zorgkosten in de toekomst beter te beschermen. Zo werd het principe van de maximumfactuur opgenomen in het Woonzorgdecreet. **De VLK vraagt de volgende regering om hier snel werk van te maken en bij de uitwerking van de maximumfactuur rekening te houden met ernstig zieken die veel niet-medische zorgkosten hebben maar momenteel niet in aanmerking komen voor een zorgverzekeringspremie omdat ze volgens de toegangsvoorwaarden te zelfredzaam zijn.**

De financiering van de palliatieve zorg blijft een pijnpunt. **Ondanks het toenemende belang van de zorg en de nieuwe uitdagingen zoals vroegtijdige zorgplanning en levenseindebeslissingen waarvoor deze zorg voor staat, is de palliatieve sector nog sterk ondergefinancierd.** De toelagen voor de palliatieve netwerken, die regionaal de palliatieve zorg coördineren, worden nu wel jaarlijks geïndexeerd maar de palliatieve dagcentra, die instaan voor de tijdelijke opvang van patiënten, blijven nog altijd worstelen met een ontoereikende en onzekere financiering. Er is ook nood aan een structurele financiering van de overkoepelende Federatie Palliatieve Zorg.

Met het oog op een betere samenwerking tussen thuiszorgdiensten hertekende de regering het landschap van de eerstelijnsgezondheidszorg. De nieuwe structuren zorgen echter voor veel discussie. Het is dan ook belangrijk dat de nieuwe regering deze structuren van nabij opvolgt, nagaat of ze de zorg voor patiënten daadwerkelijk verbeteren en ze zo nodig bijstuurt.

De VLK bezorgt dit rapport aan de Vlaamse politieke partijen en de toekomstige regeringsonderhandelaars en hoopt dat haar beleidsvoorstellen worden opgenomen in het regeerprogramma voor de komende legislatuur of in de beleidsbrieven van de bevoegde ministers.

De redactie van het rapport werd afgesloten op 11 mei 2009.

De **Vlaamse Liga tegen Kanker (VLK)** brengt de belangrijkste niet-gouvernementele instanties samen die in de Vlaamse Gemeenschap actief zijn op het vlak van de kankerbestrijding. De universitaire ziekenhuizen, de ziekenfondsen, de huisartsen en de verpleegkundigen zijn in de VLK vertegenwoordigd. Zo worden de krachten gebundeld voor een betere psychosociale zorg voor de kankerpatiënt en een effectieve kankerpreventie.

De VLK maakt hier op verschillende manieren werk van. Ze voert geregeld grote preventiecampagnes en heeft haar dienstverlening voor kankerpatiënten de voorbije jaren gevoelig uitgebreid. Daarnaast gaat een belangrijk deel van de opbrengst van haar campagne Kom op tegen Kanker naar initiatieven voor psychosociale begeleiding van patiënten, naar palliatieve zorg, projecten voor kinderen met kanker en zelfhulpgroepen voor kankerpatiënten. Met de opbrengst van legaten financiert de VLK ook wetenschappelijk onderzoek via de Stichting Emmanuel van der Schueren.

Daarnaast wil de VLK in het belang van de kankerpatiënt en de volksgezondheid invloed uitoefenen op de politieke besluitvorming. Daarom pleit de VLK bij de overheid voor structurele maatregelen die het psychosociaal welzijn van kankerpatiënten kunnen garanderen, de mensen tot een gezonde levensstijl kunnen aanzetten en de bevolking beschermen tegen kankerverwekkende stoffen in het milieu. Zij bereidt daartoe geregeld dossiers voor om problemen aan te kaarten bij de regering en stelt ook memoranda op voor regeringsonderhandelingen.

Het Vlaams preventiebeleid 2004-2009 op het vlak van roken en gezonde voeding in het onderwijs: de (samenwerkings)initiatieven van het beleidsdomein Onderwijs en het beleidsdomein Volksgezondheid

Cathy Rigolle

1. Inleiding

Als vrij jong domein heeft het Vlaamse preventiebeleid al een hele evolutie doorgemaakt. De voorbije jaren is meer en meer het inzicht gegroeid dat preventie niet alleen een verantwoordelijkheid is van het beleidsdomein Volksgezondheid, maar ook van andere beleidsdomeinen. Er is dus nood aan een geïntegreerd preventiebeleid, waarbij enerzijds de andere beleidsdomeinen voldoende aandacht hebben voor preventie en (volks)gezondheid en anderzijds het beleidsdomein Volksgezondheid voldoende kan wegen op beslissingen die in andere beleidsdomeinen worden genomen en die een impact kunnen hebben op de volksgezondheid. Overleg en samenwerking zijn hier belangrijke sleutelwoorden.

De weg naar een geïntegreerd preventiebeleid is zeker niet gemakkelijk. Hij ligt immers bezaaid met obstakels, zoals economische en andere overwegingen, die ook meespelen bij beslissingen. Met het einde van de legislatuur 2004-2009 in zicht, willen we nagaan hoe ver Vlaanderen de voorbije vijf jaar gevorderd is op de ingeslagen weg. Met andere woorden: in hoeverre was het Vlaamse preventiebeleid de voorbije legislatuur ook een zorg van andere beleidsdomeinen?

Om deze vraag te beantwoorden, **concentreren we ons in deze bijdrage op roken en gezonde voeding**, twee prioritaire thema's in de kankerpreventie. Een belangrijke doelgroep van het preventiebeleid op het vlak van roken en gezonde voeding zijn kinderen en jongeren. Voor een goed preventiebeleid voor deze doelgroep is het beleidsdomein Onderwijs een onmisbare partner. In deze bijdrage werpen we daarom een blik op de **(samenwerkings)initiatieven van het beleidsdomein Onderwijs en het beleidsdomein Volksgezondheid** in verband met **roken en gezonde voeding in het onderwijs**.

In een eerste fase doken we hiervoor in het Vlaamse regeerakkoord en in de beleidnota's en -brieven van de twee beleidsdomeinen en gingen te rade bij enkele sleutelgetuigen.

In een tweede fase vroegen we enkele **deskundigen hun eigen visie te geven** op het beleid van Onderwijs en Volksgezondheid van de voorbije legislatuur in verband met roken en gezonde voeding. Tot slot **formuleert de Vlaamse Liga tegen Kanker haar conclusies en beleidsvoorstellen voor de volgende legislatuur**.

Kader 1

Geconsulteerde personen

Eerste fase:

- Olaf Moens, coördinator onderwijs Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ).
- Greet Caris, gezondheidscoördinator Commissie Gezondheidsbevordering, VLOR.
- (via e-mail) Alexander Witpas, Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid

Tweede fase:

- Olaf Moens, coördinator onderwijs VIGeZ.
- Prof. dr. Lea Maes, vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde, Universiteit Gent en voorzitter Commissie Gezondheidsbevordering, VLOR.
- An Victoir, ex-onderzoeker en momenteel vrij medewerker Onderzoeksgroep voor Gezondheidspsychologie, K.U.Leuven, momenteel werkzaam als verantwoordelijke proactief CLB-werk, Vrije-CLB-Koepel vzw.

2. Geïntegreerd preventiebeleid en facettenbeleid

2.1. Het regeerakkoord en het preventiedecreet

In haar regeerakkoord 2004¹ koos de Vlaamse regering duidelijk voor een geïntegreerd preventiebeleid. ‘Samen moeten we een effectief preventief welzijns- en gezondheidsbeleid voeren in functie van concrete welzijns- en gezondheidsdoelstellingen. Ervoor zorgen dat mensen niet zorgafhankelijk worden is bovendien ook een aandachtspunt in andere beleidsdomeinen (tewerkstelling en vorming, wonen, cultuur, sport, ...),’ stelt het regeerakkoord letterlijk.

In het hoofdstukje ‘Preventieve gezondheidszorg en gezondheidsbevordering’ beloofde de regering zelfs expliciet met betrekking tot roken: ‘We versterken een duurzaam en geïntegreerd preventiebeleid inzake verslavende middelen (tabak, alcohol en drugs) en trekken er extra middelen voor uit.’

De wettelijke basis van het Vlaamse preventiebeleid is gelegd in het *Decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid*². Naast een preventieve gezondheidszorg, kiest Vlaanderen hierbij voor een **facettenbeleid**. Onder ‘Titel II Opdrachten en verantwoordelijkheden’, ‘hoofdstuk I Opdrachten’, artikel 3 en 4 van het preventiedecreet, vinden we meer uitleg over dit facettenbeleid. Artikel 4. §2. vermeldt het volgende: ‘Het facettenbeleid omvat het nemen van initiatieven die buiten het domein van de gezondheidszorg vallen en die zich richten op exogene determinanten van gezondheid en exogene bronnen van gevaar of bedreigende factoren voor de gezondheid.’

In de ‘Memorie van toelichting: Deel 2: initiatieven’ van het preventiedecreet³ lezen we onder meer het volgende over het facettenbeleid: ‘Afstemming met andere beleidsdomeinen is noodzakelijk om sommige preventieve maatregelen uitwerking te laten hebben of optimaal te laten renderen. (...) Een preventiebeleid dat een impact wil hebben op de volksgezondheid kan, met andere woorden, niet geïsoleerd staan binnen de gezondheidssector, maar dient aangevuld te worden met een facettenbeleid zodat het draagvlak en het actieterrain verbreedt en preventie ten volle operationeel kan worden.

Daarom de invoering in dit decreet van de notie ‘facettenbeleid’, gedefinieerd als een samenhangend beleid rond een zelfde thematiek waaraan gestalte wordt gegeven vanuit de verschillende beleidsdomeinen van de Vlaamse Gemeenschap.’

2.2. Beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

In haar beleidsnota 2004-2009⁴ stelt toenmalig minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Inge Vervotte in de uitgangspunten van het preventieve gezondheidsbeleid dat preventie niet kan ‘worden verengd tot een louter psychologische of medische aanpak. Ook factoren buiten de gezondheidszorg hebben een invloed op het bevorderen van gezondheid en het voorkomen van ziekten. Ik denk hierbij aan de impact van het milieu, het verkeer, het onderwijs, de huisvesting, welzijn op het werk en bedrijfsgezondheidszorg, justitie. Dit facettenbeleid vereist een nieuwe samenwerking met verschillende overheden en ook met de privésector.’

2.3. Beleidsnota Onderwijs en Vorming

‘Omdat de verwevenheid van verschillende maatschappelijke domeinen toeneemt’, zo schrijft minister van Onderwijs en Vorming Frank Vandenbroucke in zijn beleidsnota⁵, ‘is het vaak moeilijk beslissingen over een bepaald domein te nemen, zonder dat die rechtstreeks of onrechtstreeks repercussies hebben op andere domeinen. Het aantal onderwijsgebonden beslissingen dat buiten onderwijs tot stand komt, stijgt dus voortdurend. Zo hebben domeinen als werk, economie, welzijn, gezondheid, cultuur en wetenschappelijk onderzoek duidelijk raakvlakken met onderwijs en vorming.’ Wat verder schrijft hij: ‘Tijdens deze regeerperiode zullen we de samenwerking met andere aanpalende beleidsdomeinen versterken, zowel op federaal als op Vlaams niveau.’

3. Initiatieven

Kortom, een geïntegreerd preventiebeleid en samenwerking waren dus wel degelijk een doel van deze legislatuur. Wat betekende dit nu voor het preventiebeleid op het vlak van roken en gezonde voeding in het onderwijs? Welke (samenwerkings)initiatieven werden beoogd en ondernomen door de beleidsdomeinen Volksgezondheid en Onderwijs? Een overzicht.

3.1. Onderwijs versus Volksgezondheid: verschillende beleidskaders

Onderwijs en Volksgezondheid kennen een lange traditie van samenwerking. Toch is die samenwerking helemaal niet zo evident. Beide beleidsdomeinen kennen immers een totaal ander beleidskader. Dat verschil in beleidskader speelt een belangrijke rol in de manier waarop Onderwijs en Volksgezondheid met elkaar (kunnen) samenwerken en heeft ook een invloed op de initiatieven die (kunnen) worden ondernomen in verband met gezondheid in het onderwijs. Terwijl het beleidsdomein Volksgezondheid zichzelf veeleer als een ‘duwer’ ziet, een overheid die – de voorbije jaren meer en meer *evidence-based* (op wetenschappelijk onderzoek gestoeld) – een aantal zaken doet en het veld een aantal dingen oplegt, gaat het beleidsdomein Onderwijs totaal anders te werk. Scholen hebben de decretale verplichting om de eindtermen te bereiken. Voor ontwikkelingsdoelen en vakoverschrijdende eindtermen geldt enkel een inspanningsverplichting. Heel wat gezondheidsdoelstellingen zijn opgenomen in deze (vakoverschrijdende) eindtermen en ontwikkelingsdoelen⁶. Hoe scholen deze eindtermen/ontwikkelingsdoelen bereiken, behoort tot hun pedagogische vrijheid. Concreet betekent dit dat de minister van Onderwijs tracht om de voorwaarden te creëren zodat scholen een gezondheidsbeleid kunnen voeren.

3.2. Initiatieven van het beleidsdomein Onderwijs

De motor achter het gezondheidsbeleid met betrekking tot het onderwijs tijdens deze legislatuur was vooral het beleidsdomein Onderwijs zelf. Minister Frank Vandenbroucke gaf al meteen aan dat hij

werken aan gezondheid in het onderwijs erg belangrijk vond. Dat een minister van Onderwijs dit kenbaar maakt, is eigenlijk op zich al een belangrijk gegeven. Meer nog, het is de eerste keer in de geschiedenis van het Belgische en Vlaamse onderwijs dat dit gebeurde. Tijdens de voorbije legislatuur ondernam het beleidsdomein Onderwijs een aantal erg belangrijke initiatieven met betrekking tot gezondheid.

3.2.1. Algemene initiatieven rond gezondheidsbevordering (in het onderwijs) van het beleidsdomein Onderwijs⁷

- In het schooljaar 2004-2005 stimuleerde de **onderwijsinspectie** op vraag van de minister scholen om actief een intern gezondheidsbeleid te voeren. Tijdens het schooljaar 2005-2006 voerde de inspectie een steekproef uit naar de huidige stand van zaken in het basis- en het secundair onderwijs. Met de resultaten van het onderzoek wilde de inspectie enerzijds de aandacht vestigen op de decretale opdrachten die scholen hebben in verband met gezondheidseducatie ((vakoverschrijdende) eindtermen/ontwikkelingsdoelen). Anderzijds wou ze de sterke en zwakke punten van hun aanpak – zoals blootgelegd tijdens de steekproef – voorleggen aan het onderwijsveld.⁸ Het gezondheidsbeleid van scholen is sinds deze legislatuur ook opgenomen in de doorlichting van de schoolinspectie.

- Op initiatief van Onderwijs ondertekenden de Vlaamse ministers bevoegd voor Onderwijs, voor Gezondheid, voor Landbouwbeleid en de Zeevisserij en voor Sport op 27 januari 2006 de **Intentieverklaring inzake gezondheidsbevordering bij kinderen en jongeren**⁹. In deze verklaring worden afspraken gemaakt tussen de ministers met betrekking tot hun rol en bijdrage tot de gezondheidsbevordering in het basis- en secundair onderwijs. De Vlaamse gezondheidsdoelstellingen gelden als uitgangspunt om te bepalen welke aandachtspunten op het vlak van gezondheidsbevordering prioritair worden gesteld bij schoolgaande kinderen en jongeren. Hierin zijn ook doelstellingen opgenomen in verband met roken en gezonde voeding.

- De **Commissie Gezondheidsbevordering** van de Vlaamse Onderwijsraad (VLOR), die tijdens de regeerperiode van minister Marleen Vanderpoorten was stopgezet, werd in het begin van de legislatuur **opnieuw opgestart**. In deze commissie, voorgezeten door prof. dr. Lea Maes van de Universiteit Gent, zetelen behalve nog enkele andere academici vertegenwoordigers van onder meer de administratie en het kabinet Onderwijs, de lerarenvakbonden, de verschillende onderwijskoepels, scholierenkoepels, ouderkoepels, centra voor leerlingenbegeleiding (CLB's), expertisecentra zoals Sensoa, VIGeZ¹⁰ (Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie, het vroegere VIG) en VAD (Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen), maar ook vertegenwoordigers van het Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid en het kabinet Volksgezondheid.

De commissie promoot de methodiek van de *Health promoting school* van de Wereldgezondheidsorganisatie, door het (toen nog) VIG hertaald en uitgewerkt voor Vlaanderen in de kadermethodiek 'Gezonde school'. Het VIG werkte in de periode 2001-2005 aan een hernieuwing van de kadermethodiek voor gezondheidsbevordering op school. De koppeling tussen gezondheid en onderwijs kreeg hierin een compleet nieuwe invulling. De nadruk ligt op het totaalconcept als een faciliterende methodiek die de school toelaat haar werking op het vlak van gezondheid en zorg op maat te systematiseren en te optimaliseren. Hierbij ligt de nadruk op enerzijds de invoering van het vakoverschrijdende leergebied gezondheid in het curriculum en anderzijds de procesmatige uitbouw van een schoolbeleid rond gezondheid. Voor het eerste wordt de klemtoon gelegd op de concrete uitwerking van een leerjaar- en niveauoverschrijdend programma met leerlijnen in functie van duurzame gedragsverandering. Bij de ontwikkeling van het schoolbeleid op school ligt de nadruk op het omgevingsgericht werken (fysieke en sociale omgeving). In dit schoolbeleid is er aandacht voor de verschillende beleidscomponenten van een gezondheidsbeleid: educatie, structurele maatregelen en

afspraken. Cruciaal hierbij is dat de gezondheidswerking volledig geïntegreerd is binnen de schoolwerking. Concreet betekent dit dat er prioritair rekening wordt gehouden met het onderwijskader, de onderwijs- en schoolorganisatie en de taaklast en -verdeling. Een gezondheidswerking op school wordt gezien in functie van de maatschappelijke opdracht van scholen en de organisatie van kwaliteitsvol onderwijs. Het concept van de *Health promoting school* vinden we overigens ook terug in het Preventiedecreet.

De commissie komt, buiten de schoolvakanties, ongeveer om de zes weken samen. Werkgroepen zijn daarnaast bezig in het kader van welbepaalde projecten. Deze commissie is dus een structuur waarin de twee beleidsdomeinen overleg kunnen plegen.

Naast deze commissie is er ook nog een interdepartementaal overleg tussen beide beleidsdomeinen, dat occasioneel samenkomt (in functie van de agenda).

- Om de werkzaamheden van de Commissie Gezondheidsbevordering te coördineren is vanaf het schooljaar 2005-2006 een **gezondheidscoördinator** aangesteld. Onderwijs voorziet voor de werking van de commissie en het salaris van de gezondheidscoördinator 200.000 euro op jaarbasis.

- De Commissie Gezondheidsbevordering stuurde samen met de overheid de uitwerking van een **strategisch plan over gezondheidsbevordering in het basis- en secundair onderwijs, ‘Op uw gezondheid!’**¹¹, dat de gezondheidscoördinator tegen het schooljaar 2005-2006 moest ontwikkelen. De initiatieven van het beleidsdomein Onderwijs tijdens deze legislatuur met betrekking tot gezondheid zijn eigenlijk de uitwerking van dit plan.

- De initiatieven in het actieplan willen de scholen sensibiliseren en ondersteunen om aan de hand van de noden en behoeften van hun leerlingen een gezondheidsbeleid op maat te ontwikkelen. In mei-juni 2006 werd het strategisch plan aan de scholen bekendgemaakt, zodat ze het voor het einde van het volgende schooljaar konden invoeren. **Scholen werd gevraagd om tegen 1 september 2007 hun leerlingen een omgeving aan te bieden die een gezonde levensstijl stimuleert.**

- De eerste concrete actie van het strategisch plan was een oproep aan scholen om tegen 27 oktober 2006 **goede voorbeelden van werken aan gezondheidsbevordering** (thema voeding en beweging) bekend te maken. Deze voorbeelden moesten andere scholen inspireren in het opzetten van een duurzaam gezondheidsbeleid. **Honderd geselecteerde scholen kregen een subsidie van 1000 euro**, die ze mochten gebruiken in het kader van hun gezondheidsbeleid.

- In april 2007 kregen alle scholen de **dvd ‘Gezond op school’**, met als centrale thema’s voeding en beweging. Zes scholen (gekozen uit de honderd geselecteerden van de vorige actie) tonen hoe ze een gedragen gezondheidsbeleid uitwerkten met de ontwikkelingsdoelen en eindtermen als uitgangspunt. Experts en schoolbegeleiders geven duiding en commentaar.

- Daarnaast **ontwikkelde de Commissie Gezondheidsbevordering in 2007 een portaalwebsite over gezondheid op school: www.gezondopschool.be**. Voor de ontwikkeling en opstart van de website werd 50.000 euro voorzien. Op de website komen naast voeding en beweging ook andere gezondheidsthema’s aan bod, met goede praktijkvoorbeelden en nuttige links. Scholen vinden er ook de eindtermen en ontwikkelingsdoelen in verband met gezondheidseducatie.

- Om de methodiek van gezondheidsbevordering verder bekend te maken, zijn elf studiedagen voor leerkrachten, schooldirecties, gezondheidscoördinatoren, CLB-medewerkers en pedagogisch begeleiders georganiseerd.

- Het strategisch plan onderstreept onder meer de medewerking van zowel ouders als leerlingen aan het gezondheidsbeleid van scholen. Daarom zijn ouder- en leerlingenraden opgeroepen om hun initiatieven op dat vlak kenbaar te maken. **Op basis van voorbeelden van goede praktijk zal de Commissie Gezondheidsbevordering in het voorjaar van 2009 wegwijzers voor leerlingen en ouders aanbieden, die hen mee moeten aanzetten om mee te werken aan gezondheidsbevordering op school.** Die wegwijzers zullen worden gepubliceerd op de website www.gezondopschool.be.

- Een ander actiepoint van het strategisch en operationeel plan over gezondheidsbevordering op school is de **integratie van gezondheidsbevordering in de lerarenopleiding**. Een werkgroep van de Commissie Gezondheidsbevordering ging na hoe dit kan gebeuren. Als resultaat hiervan was er in maart 2009 een studiedag voor de opleiders van leraren, op alle niveaus. De bedoeling van deze studiedag was om de neuzen zo veel mogelijk in dezelfde richting te krijgen, want er zijn enorm veel verschillen op dit gebied (vrijheid van onderwijs!).

3.2.2. Initiatieven specifiek in verband met roken (in het onderwijs) van het beleidsdomein Onderwijs⁷

- Op 1 september 2008 werd een **algemeen rookverbod in de basis- en secundaire scholen en de CLB's van kracht**. Het decreet (van 6 juni)¹² kwam er na een unaniem advies voor een algemeen rookverbod van de VLOR (22 maart 2007)¹³. De wetgeving vertrekt vanuit het gegeven dat een schoolcampus een pedagogische omgeving is waarin de voorbeeldfunctie ook zo dient ingevuld te worden. Daarom is het nodig dat het rookverbod er niet enkel voor zorgt dat iedereen in de school een rookvrije omgeving heeft (zoals bijvoorbeeld op de werkplek), maar dat ook in de open lucht 'niet roken' de vaste norm is. Er worden begeleidende maatregelen geadviseerd (en ondersteund via het schoolbegeleidingsproject 'rookvrije school') voor scholen die moeite hebben met het invoeren van een dergelijk rookbeleid (zie verder). Het rookverbod sluit aan bij de aanbevelingen van de Gezondheidsconferentie rond tabak, alcohol en drugs van november 2006, georganiseerd door Volksgezondheid (zie verder).

3.2.3. Initiatieven specifiek in verband met gezonde voeding (in het onderwijs) van het beleidsdomein Onderwijs⁷

- De VLOR werd om advies gevraagd over beleidsmaatregelen ten aanzien van het **aanbod van frisdranken** op school. In zijn advies van 27 september 2007¹⁴ adviseerde de VLOR om frisdranken en snoep niet te verbieden in de scholen, maar scholen aan te moedigen een beleid te voeren dat suikerrijke drankjes en vetrijke tussendoortjes aan banden legt. Er werd een actieplan voor gezonde scholen uitgewerkt dat als basis dient voor een campagne (Kieskeurig) die in december 2008 werd gelanceerd.

- De campagne Kieskeurig zelf is een gezamenlijk initiatief van de beleidsdomeinen Onderwijs en Volksgezondheid, in samenwerking met (toen nog) het VIG en met de steun van de VLOR. Via een interactieve website (www.gezondeschool.be/kieskeurig) kunnen scholen zelf in kaart brengen hoe gezond ze bezig zijn en wat er kan verbeteren aan het aanbod van drankjes en tussendoortjes. De campagne vertelt hoe een evenwichtig aanbod van drankjes en tussendoortjes er moet uitzien en hoe de school dit kan inpassen in haar gezondheidsbeleid. Drank- en snoepautomaten worden niet verboden op school, maar scholen krijgen wel concrete aanbevelingen over de opvulling van de automaten zodat er ook keuze is uit een gezond aanbod. Het VIG ontwikkelde behalve een interactieve tool voor de scholen ook de brochure *Kieskeurig, Dranken & Tussendoortjes op school*, affiches en folders.¹⁵

3.3. Initiatieven van het beleidsdomein Volksgezondheid

3.3.1. Algemene initiatieven op het vlak van gezondheidsbevordering (in het onderwijs) van het beleidsdomein Volksgezondheid¹⁶

- Toenmalig minister Inge Vervotte in haar beleidsbrief 2005-2006: 'Ik ben ervan overtuigd dat we verder moeten gaan dan enkel gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. We moeten een omgeving creëren waarin jongeren en werknemers stimulansen krijgen om hun gedrag te veranderen.'
- Partnerorganisatie **VIG (nu VIGeZ dus) blijft voortwerken aan een gezondheidsbeleid, toepasbaar in de sfeer van scholen en bedrijven.** (Noot: Om de gezondheidsdoelstellingen en ook andere elementen uit het preventieve gezondheidsbeleid te realiseren, doet Volksgezondheid een beroep op partnerorganisaties, zoals VIGeZ, VAD en Sensoa)
- Ondertekening in januari 2006 van de intentieverklaring tot gezondheidsbevordering (zie eerder bij initiatieven van beleidsdomein Onderwijs).
- Voor de uitvoering van het strategisch plan 'Op uw gezondheid!' (zie eerder) stelt Vervotte **de ervaring en deskundigheid ter beschikking van organisaties** zoals de Logo's (Lokaal gezondheidsoverleg), het (toen nog) VIG, Sensoa, de Vereniging voor Alcohol en Andere Drugproblemen (VAD) en de preventiewerkers inzake zelfdoding en druggebruik.

3.3.2. Initiatieven specifiek in verband met roken (in het onderwijs) van het beleidsdomein Volksgezondheid¹⁶

- Op 23 en 30 november 2006 vond de **Gezondheidsconferentie Middelengebruik (tabak, alcohol en drugs)** plaats. Diverse werkgroepen met deskundigen, vertegenwoordigers van de sectoren onderwijs, welzijn en jeugd en lokale organisaties onderzochten de effectiviteit en de implementeerbaarheid van verschillende strategieën. De deskundigen uit de genoemde sectoren zijn meteen ook verantwoordelijk voor de toepassing van de gekozen strategieën.
- **Binnen hun convenant werkten de VAD en het VIGeZ aan een structureel en duurzaam middelenbeleid.** Uit de **indicatorenbevraging** van (toen nog) het VIG van 2006 blijkt dat een serieuze vooruitgang is geboekt, vooral binnen de scholen. Voorbeelden van VIG-projecten in verband met roken in het onderwijs: trajectbegeleiding voor een rookvrije school, Leerlijn tabakspreventie, Feel Free (tabakspreventie bij jongeren), Rookvrije klassen (wedstrijd voor tabakspreventie).
- De Logo's hebben de opdracht om tabakspreventie dichterbij de doelgroep te brengen. Op het regionale niveau brengen zij de verschillende belangrijke partners (onder meer scholen, bedrijven, lokale besturen en huisartsen) samen in een netwerk en stimuleren en ondersteunen hen om een actief beleid te voeren.
- **De nieuwe Vlaamse gezondheidsdoelstelling¹⁷ en het Vlaams Actieplan Tabak, Alcohol en Drugs 2009-2015¹⁸**, die voortvloeiden uit de Gezondheidsconferentie zijn inmiddels goedgekeurd door de Vlaamse regering en het Vlaams Parlement.

3.3.3. Initiatieven specifiek in verband met gezonde voeding (in het onderwijs) van het beleidsdomein Volksgezondheid¹⁶

- **Binnen zijn convenant werkt het VIGeZ aan een structureel en geïntegreerd beleid op het vlak van gezonde voeding en beweging.** Tot zijn opdrachten behoren adviesverlening, methodiekontwikkeling en ondersteuning van de invoering. De wetenschappelijk onderbouwde methodieken worden onder andere door de Logo's ingevoerd. De belangrijkste omgevingen die daarbij

bereikt worden zijn scholen, bedrijven en de lokale gemeenschap. Voorbeelden van initiatieven in verband met gezonde voeding voor het onderwijs zijn Tutti Frutti (fruit in het basisonderwijs), Schoolsnakker (drink- en tussendoortjesbeleid in het secundair onderwijs), de actieve voedingsdriehoek (met onder meer een praktische voedingsgids en een handleiding om een evenwichtige voeding te bevorderen), De Pientere Driehoek en een interactieve website www.gezondeschool.be. Die website bevat de methodiek van de 'Gezonde School', die het VIG uitwerkte voor Vlaanderen (zie eerder).

- In het kader van de gezamenlijke intentieverklaring van verschillende ministers op het vlak van gezondheidsbevordering op school (zie eerder), kreeg het VIG op jaarbasis 25.000 euro extra subsidie toegekend voor de realisatie van het project 'Fitte school' in samenwerking met de Stichting Vlaamse Schoolsport (SVS) en het *Nutrition Information Center* (Nice). Het project Fitte School reikt de scholen een methodiek aan om een geïntegreerd voedings- en bewegingsbeleid uit te bouwen.

- Op 23 oktober 2008 vond de **Gezondheidsconferentie Voeding en Beweging plaats**, waarop een herziene gezondheidsdoelstelling in verband met gezond omgaan met voeding en voldoende beweging werd voorgesteld. Het VIG bereidde deze conferentie voor en deed hiervoor een beroep op een Vlaamse werkgroep en diverse deskundigen uit het werkveld. Voor deze voorbereiding werd 25.000 euro extra voorzien. Omdat er al zeer veel wetenschappelijk materiaal en goede praktijkvoorbeelden voorhanden zijn, werd ervoor geopteerd om de gezondheidsdoelstelling(en) en strategieën onmiddellijk te koppelen aan een **concreet actieplan**¹⁹, dat werd voorgelegd aan de gezondheidsconferentie.

- **Campagne Kieskeurig (gemeenschappelijk initiatief Volksgezondheid en Onderwijs**, zie ook eerder in dit artikel). Voor Volksgezondheid sluit dit initiatief aan bij het actieplan Voeding & Beweging 2008-2015.

- Vlaanderen is ingeschreven voor het **Europese project van fruitbedeling op school**, een initiatief van de Europese Unie dat vanaf het schooljaar 2009-2010 90 miljoen euro voorziet voor het verstrekken van vers fruit aan de schoolgaande jeugd. Voor Vlaanderen betekent dit een Europese steun van meer dan 900.000 euro. Europa vraagt wel dat er, naast de Europese steun, een gelijke inbreng is vanuit de nationale of regionale overheid. In een persbericht van 29 januari 2009²⁰ **kondigt huidig minister Heeren aan dat ze 300.000 euro uittrekt voor het project**. Behalve het ministerie van Volksgezondheid zullen **ook het ministerie van Landbouw en de fruitsector elk 300.000 euro** voorzien. Dit initiatief bouwt voort op het al bestaande Tutti Frutti-project van VIGeZ en de Logo's. Dat zorgt wekelijks in bijna 1.300 Vlaamse scholen voor één stuk fruit per kind voor een bedrag dat schommelt tussen 5 en 12 euro per jaar. Lokale handelaars en veilingen verdelen het fruit. Minister Heeren wil het geld gebruiken om vanaf 1 september 2009 kinderen van zo veel mogelijk scholen minstens eens per week vers fruit te laten eten. Hun ouders zullen daarvoor jaarlijks 2 euro per kind betalen.

3.4 De nieuwe actieplannen met betrekking tot de school(omgeving) onder de loep

De voorbije legislatuur vonden dus een Gezondheidsconferentie Middelengebruik (23 en 30 november 2006) en een Gezondheidsconferentie Voeding en Beweging (23 oktober 2008) plaats. Uit die conferenties zijn twee actieplannen en vernieuwde gezondheidsdoelstellingen voortgevloeid. Beide actieplannen stellen ook strategieën met betrekking tot de school(omgeving) voor. Het definitieve Vlaamse Actieplan Tabak, Alcohol en Drugs 2009-2015¹⁸ is intussen goedgekeurd door de Vlaamse regering en het Vlaamse parlement, het ontwerp van het Actieplan Voeding en Beweging 2008-2015¹⁹

werd voorgesteld op 23 oktober 2008. Voor Volksgezondheid zijn deze gezondheidsconferenties en de actieplannen de belangrijkste eigen initiatieven met betrekking tot ons studiethema. Daarom bekijken we ze in dit deel even van naderbij.

3.4.1. Vlaams Actieplan Tabak, Alcohol en Drugs 2009-2015

In de zomer van 2007 werd, als vervolg op de gezondheidsconferentie, de Vlaamse werkgroep tabak, alcohol en drugs opgericht. Die bestond uit vertegenwoordigers van de belangrijkste betrokkenen op het terrein, ook van onderwijs dus. De werkgroep had de opdracht om de resultaten van de gezondheidsconferentie om te zetten in een voorstel van actieplan. Dat actieplan moest ook al aangeven welke middelen nodig zouden zijn voor de uitvoering ervan. De werkgroep was ook verantwoordelijk voor het toetsen van de voorstellen bij een ruime groep van betrokken personen en organisaties.

Op 6 maart 2009 keurde de Vlaamse regering het definitieve Actieplan Tabak, Alcohol en Drugs 2009-2015 goed. Het actieplan wil de impact van de bestaande preventieve acties verbeteren om zo de gezondheidsschade van tabak, alcohol en drugs zo veel mogelijk te beperken. Het actieplan gaat uit van preventiemethodes die maximaal een geïntegreerde aanpak van tabak, alcohol en drugs realiseren. Het bestaat uit drie grote delen: een beleidsvisie (met daarin ook de vernieuwde gezondheidsdoelstelling), een overzicht van sectoren en doelgroepen, en een pakket van zeven krachtlijnen.

De vernieuwde gezondheidsdoelstelling²¹ met betrekking tot middelengebruik wil gezondheidswinst realiseren op bevolkingsniveau ‘door tegen het jaar 2015 het gebruik van tabak, alcohol en illegale drugs terug te dringen.’ Deze doelstelling wordt verder specifiek omschreven per middel. Wat tabaksgebruik bij jongeren betreft, beoogt de gezondheidsdoelstelling het volgende:

- ‘bij personen van 15 jaar en jonger is het percentage rokers niet hoger dan 11% (in het schooljaar 2004-2005 was dit 14,2%).
- Bij personen van 16 jaar en ouder is het percentage rokers niet hoger dan 20% (in 2004 was dit 27,1%)’

Belangrijk is ook de afstemming tussen verschillende bevoegdheden. Voor een optimale uitvoering van de acties in het plan is er overleg en afstemming nodig met andere overheden en bevoegdheden, vooral die op het federale niveau, aldus het actieplan. ‘De bevoegdheden van de Vlaamse minister van Volksgezondheid inzake preventie zijn uiteraard cruciaal maar volstaan niet altijd voor alle deelaspecten. Zelfs bij acties waarvoor ze wel volstaan, kunnen de effecten aanzienlijk worden verhoogd.’ Het actieplan beoogt daarnaast ook een samenwerking tussen Vlaanderen en de lokale gemeentelijke en provinciale bevoegdheden.

Volgens het actieplan speelt de sector onderwijs een belangrijke rol in het preventieve gezondheidsbeleid op het gebied van tabak, alcohol en andere drugs bij kinderen, jongeren en jongvolwassenen.

De eerste drie van de **zeven krachtlijnen** van het actieplan zijn structurele krachtlijnen. Ze omschrijven aan welke randvoorwaarden voldaan moeten zijn om in Vlaanderen een integraal beleid uit te voeren. Een **eerste krachtlijn** wil komaf maken met de huidige verwarring in het werkveld over wie nu precies wat mag, kan of moet doen. Daarom wil ze de opdrachten en verantwoordelijkheden van de verschillende betrokkenen afbakenen. Tot de acties behoren onder meer het duidelijk en goed omschrijven van opdrachten en samenwerkingsrelaties met intermediairen in de maatschappelijke sectoren (waaronder het onderwijs) in een Vlaams facettenbeleid. De Vlaamse regering (onder meer

dus de ministers van Volksgezondheid en Onderwijs) is hiervoor verantwoordelijk. Een andere actie in het kader van deze krachtlijn is het installeren van een permanent orgaan vergelijkbaar met de Vlaamse werkgroep tabak, alcohol en drugs voor de opvolging en uitvoering van het actieplan. Ook een blijvende deelname aan de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid (halfjaarlijks overleg tussen Vlaamse, Waalse en federale overheid op het gebied van Volksgezondheid) is in dit verband belangrijk. Vlaanderen beschikt immers niet over de bevoegdheden om alle nodige maatregelen met betrekking tot middelengebruik te nemen, bijvoorbeeld prijsverhoging tabak, reclame.

Een **tweede krachtlijn** van het actieplan is een ‘optimale en doelmatige aanwending van de capaciteit voor uitvoering op het terrein’. Concreet betekent dit dat er 65 VolTijds Equivalenten (VTE) komen, extra te verdelen over regionale preventiewerkers die de organisaties in de sectoren (scholen, bedrijven, voorzieningen, ...) ondersteunen met vorming en coaching en lokale preventiewerkers die rechtstreeks met de doelgroepen werken. De minister van Volksgezondheid trekt hiervoor 2 miljoen euro uit. Het aandeel van de provincies, steden en gemeenten wordt in overleg bepaald. Er komen ook vijf VTE extra voor de partnerorganisaties die opleiding, supervisie en coaching van de regionale en lokale preventiewerkers op zich nemen. De Vlaamse minister van Volksgezondheid trekt hiervoor 250.000 euro uit. Het actieplan stelt hierbij ook een verhoging voor van de investering in personeelstijd en werkingsmiddelen op het niveau van de intermediairen in de verschillende sectoren. Voor het onderwijs gaat het om onder meer de CLB-medewerkers en de pedagogisch begeleiders en is de minister van Onderwijs hiervoor verantwoordelijk. De kostprijs moet nog worden berekend.

Krachtlijn drie omvat de ‘investering in registratie, monitoring en effectevaluatie’. Momenteel ontbreekt namelijk een aantal gegevens om het beleid efficiënt te monitoren.

Vier strategische krachtlijnen ten slotte geven aan wat er inhoudelijk moet gebeuren wanneer aan de structurele voorwaarden is voldaan: de impact van de bestaande preventieve acties verbeteren; methodieken in verband met tabak, alcohol en drugs integreren waar mogelijk; rookstopbegeleiding en vroeginterventie voor alcohol- en drugproblemen uitbouwen en ten slotte systematisch aandacht hebben voor specifieke doelgroepen (mensen in armoede, etnisch culturele minderheden, gedetineerden) en genderverschillen.

Een rekensom leert ons dat het actieplan, wat Volksgezondheid betreft, een uitbreiding aan middelen voorziet van 2,25 miljoen euro, over de hele duurtijd van het actieplan. De eerste opstap voor 2009, namelijk 419.000 euro, is al door de Vlaamse regering beslist. De grootste kost vormt de capaciteitsuitbreiding. Voor deze stijging in de investeringen moet een groeipad worden uitgetekend tussen 2010 en 2015. Indien de stijging lineair wordt verdeeld over de zes jaren, betekent dit een jaarlijkse, cumulatieve stijging van het budget met 375.000 euro. De inbreng van de lokale en provinciale besturen wordt in overleg vastgelegd. Als de structurele krachtlijnen zijn ingevuld, is er volgens het actieplan geen grote budgettaire inspanning meer nodig om aan de strategische krachtlijnen te werken. De bijkomende kosten kunnen dan grotendeels worden opgevangen binnen de bestaande financiering van de organisaties.

3.4.2. Actieplan Voeding en Beweging 2008-2015

Op de Gezondheidsconferentie Voeding en Bewegen van 23 oktober 2008 werd een ‘Ontwerp van Actieplan Voeding en Beweging 2008-2015’ voorgesteld. De hoofddoelstelling van de nieuwe gezondheidsdoelstelling Voeding en Beweging²² is: ‘Het realiseren van gezondheidswinst op bevolkingsniveau door een stijging van het aantal mensen dat voldoende fysiek actief is, evenwichtig

eet en een gezond gewicht nastreeft. De gezondheidsdoelstelling omvat een aantal subdoelstellingen, waarvan de vierde betrekking heeft op gezond eten (zie kader 2).

Kader 2

Subdoelstelling 4: Tegen 2015 eten meer mensen evenwichtig in overeenstemming met de aanbevelingen van de actieve voedingsdriehoek.

Water: tegen 2015 stijgt het percentage personen dat de aanbeveling voor water haalt van 22% tot 32%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van water met 10% (van 669 naar 736 ml/dag).

Groenten: tegen 2015 stijgt het percentage personen dat de aanbeveling voor groenten haalt van 1% tot 11%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van groenten met 10% (van 147 naar 162 g/dag).

Fruit: tegen 2015 stijgt het percentage personen dat de aanbeveling voor fruit haalt van 5% tot 15%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van fruit met 10% (van 113 naar 124 g/dag).

Melkproducten en calciumverrijkte sojaproducten: tegen 2015 stijgt het percentage personen dat de aanbeveling voor melkproducten en calciumverrijkte sojaproducten haalt van 4% tot 14%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van melkproducten en calciumverrijkte sojaproducten met 10% (van 165 naar 182 g/dag).

Restgroep: tegen 2015 stijgt het percentage personen dat de aanbeveling voor de restgroep haalt van 5% tot 15%. Tegen 2015 daalt de gemiddelde inname van de restgroep met 10% (van 703kcal naar 633kcal/dag).

Het actieplan en de gezondheidsdoelstelling kwamen tot stand na een intensieve consultatie van experts en praktijkdeskundigen. Daarnaast was er ook overleg met andere beleidsdomeinen, waaronder onderwijs, met het oog op hun medewerking bij de realisatie van het actieplan.

81 prioritaire acties werden geclusterd in 12 prioriteiten. Deze prioriteiten geven aan welke clusters van acties het meest dringend zijn om de gewenste veranderingen in gedrag, omgeving en gezondheid te realiseren. De 12 prioriteiten werden gegroepeerd binnen 6 strategieën, waarvan de derde **‘gezond bewegen en evenwichtiger eten op school’** is.

Een cruciale basisvoorwaarde op Vlaams niveau voor het realiseren van het actieplan, zo stelt het plan, is het voorzien van ‘een voldoende slagkrachtige investering (...) in de projecten die deze gezondheidsdoelstelling dienen te realiseren en die voldoen aan de criteria van duurzaamheid, intersectorale afstemming en structurele verankering’. Ook dit plan verwijst expliciet naar het belang van een facettenbeleid, ‘waarbij verschillende beleidsdomeinen (tewerkstelling, onderwijs, binnenlands beleid (gemeenten en steden), jeugd, sport, cultuur, ruimtelijke ordening, verkeer, media enz.) betrokken zijn en hun verantwoordelijkheid opnemen, met als doel op de totale omgeving te kunnen inwerken.’

Strategie 3 van het actieplan gaat specifiek over de schoolomgeving. Onder deze strategie valt prioriteit 6, die als volgt luidt: ‘Versterken van het bovenschools organisatorisch kader en de begeleidingsstructuur om zo scholen (basis- en secundair onderwijs) te ondersteunen bij hun opdracht om evenwichtiger te leren eten en meer te doen bewegen.’

Volgens het actieplan moet dit gerealiseerd worden via:

- beleidsinstrumenten die de school ondersteunen in het opstellen van een schoolbeleid voor voeding en beweging;
- Het actief stimuleren van de onderwijskoepels om de thema's voeding en beweging als vakinhouden (basisonderwijs) of als vakoverschrijdende thema's (secundair onderwijs) explicieter te integreren in de verschillende leerplannen;
- Kwaliteitsvol, educatief materiaal en schoolprojecten voor elk onderwijsniveau, -type en -vorm met aandacht voor afstemming doorheen de verschillende onderwijsniveaus (via eindtermen/ontwikkelingsdoelen, leerplannen en leerlijnen);
- Standaardisatie van de bestaande leefstijlbevraging door CLB's en afspraken over gegevensbeheer, -gebruik en -communicatie;²³
- Een duidelijke taakverdeling tussen de CLB's, pedagogisch begeleiders, koepelorganisaties en gezondheidspartners die scholen begeleiden bij de uitbouw van een voedings- en bewegingsbeleid;
- Een duidelijke taakverdeling tussen scholen, CLB's, hulpverleners en andere partners met betrekking tot detectie, begeleiding en de doorverwijzing van jongeren met een onevenwichtige levensstijl;
- Bepalen dat (ver)bouw(ings)dossiers voor onderwijsinstellingen rekening houden met de voorwaarden voor een gezondheidsbevorderende omgeving, i.c.

- bewegingsvriendelijke omgeving,
- groenruimte,
- kwaliteitsvolle spel- en sportinfrastructuur,
- infrastructuur in functie van voedselveiligheid,
- aangename refter,
- voldoende tappunten voor water, ...

- Uitbreiding van de omkadering van scholen om hen zo te ondersteunen bij het uitwerken van een kwalitatief voedings- en bewegingsaanbod, bijvoorbeeld voor

- de aankoop van basismateriaal voor spel en sport: zoals netten of rekken,
- de organisatie van een kwaliteitsvol aanbod van bewegingsactiviteiten,
- de uitbouw van een laagdrempelig dagelijks aanbod van fruit, groenten en water, bijvoorbeeld door middel van projecten als Tutti Frutti,
- het stimuleren van actief transport en van beweging doorheen de lesdag.

3.5. Evaluatie-instrumenten om het beleid van de scholen te meten

Over welke evaluatie-instrumenten beschikken we momenteel om het effect van het gezondheidsbeleid en gezondheidsbevorderende acties in het onderwijs te meten?

Om de drie jaar houdt het VIGeZ een indicatorenbevraging over het tabaks-, voedings- en (sinds 2006) bewegingsbeleid in scholen. Een eerste bevraging vond plaats in 2003, een tweede in 2006. In september-oktober 2009 vindt een nieuwe bevraging plaats. Voor het beleid van deze legislatuur moeten we de bevraging van 2006 als nulmeting beschouwen. In de resultaten van 2006 waren wel al duidelijk de inspanningen te zien die de onderwijsnetten de voorbije jaren hebben geleverd, aldus Olaf

Moens van het VIGeZ. Voor 2009 verwacht hij een verdere positieve evolutie. In 2009 zouden de eerste effecten van het beleid van deze legislatuur te meten moeten zijn. Prof. Maes vindt de eerstvolgende meting nog wat vroeg hiervoor. Het duurt immers flink wat jaren voordat een beleid voldoende is doorgesijpeld naar de basis.

Een tweede evaluatie-instrument is de HBSC-studie, een transnationale studie van de Wereldgezondheidsorganisatie, die alle vier jaar peilt naar het gezondheidsgerelateerde gedrag en attitudes (onder meer in verband met voeding en roken) van leerlingen. HBSC staat voor *Health Behaviour in School-Aged Children*. Het Vlaamse gedeelte van het onderzoek, 'Jongeren en gezondheid', wordt uitgevoerd door de Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde van de Universiteit Gent. De internationale studie spitst zich toe op drie leeftijdsgroepen: 11-jarigen, 13-jarigen en 15-jarigen. De leeftijd van 11 jaar wordt gezien als het begin van de adolescentie. Het laatste rapport dateert van 2006. In maart 2009 kreeg de vakgroep 334.000 euro subsidie van minister Heeren voor de verlenging van de bevraging.

Daarnaast zijn de voorbije legislatuur ook instrumenten ontwikkeld waarmee de scholen zelf hun gezondheidsbeleid in kaart kunnen brengen. Zo ontwikkelde (toen nog) het VIG naar aanleiding van de campagne Kieskeurig een instrument voor scholen om zelf hun dranken- en tussendoortjesbeleid in kaart brengen. Ook andere organisaties, zoals de CLB's, hebben meetinstrumenten voor lokaal of schoolspecifiek beleid ontwikkeld.

4. Visie van drie experts op het voorbije beleid

Uit ons overzicht blijkt dat zowel het beleidsdomein Onderwijs als het beleidsdomein Volksgezondheid de voorbije legislatuur heel wat initiatieven heeft genomen in het onderwijs op het vlak van gezondheid in het algemeen en roken en gezonde voeding in het bijzonder. Uit het overzicht blijkt bovendien dat er toch wel een intensieve samenwerking was tussen de twee beleidsdomeinen. Verdient deze legislatuur, om het in onderwijstermen te zeggen, een goed rapport? We vroegen drie experts naar hun visie op het voorbije beleid, elk vanuit hun eigen werkveld. Ze zien een aantal erg belangrijke verwezenlijkingen, maar toch ook wel een aantal gemiste kansen.

4.1. Duurzaamheid, kwaliteit en voldoende middelen

Onze experts zijn het er over eens dat deze legislatuur de geschiedenis zal ingaan als de eerste waarin een minister van Onderwijs aangaf dat hij gezondheidsbevordering in het onderwijs belangrijk vond. Dat is van onschatbare waarde, aldus Olaf Moens (coördinator onderwijs van het VIGeZ), prof. Lea Maes (voorzitter VLOR-Commissie Gezondheidsbevordering en hoofd van de vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde van de Gentse universiteit) en An Victoir, (ex-KUL-onderzoeker gezondheidspsychologie en momenteel verantwoordelijke proactief werk van de Vrije-Koepel-CLB vzw). Alle drie wijzen op het grote belang van de intentieverklaring, het weer opstarten van de Commissie Gezondheidsbevordering en de wens van de minister dat scholen nu een gezondheidsbeleid voeren. Bovendien ging het om een onderwijsverandering die er zonder verplichting kwam.

Toch moeten we, aldus Olaf Moens, de intentieverklaring en alles wat daaruit is voortgevloeid niet beschouwen als de enige motor die dit hele proces in het onderwijs op gang heeft gebracht. Moens: 'De intentieverklaring was nodig om te komen tot een legitimering waarom gezondheidsbevordering in het onderwijs moet. Het beleidsdomein Onderwijs heeft in deze legislatuur voor een verankering gezorgd van wat al enige tijd aan de gang was in het veld, in de onderwijsnetten zelf. Met de intentieverklaring heeft Onderwijs dit proces versneld en versterkt.'

‘Met dit alles bevestigde de minister van Onderwijs dat hij niet alleen iets wilde te zeggen hebben over de inhoud van het onderwijs, maar ook dat hij vond dat een onderwijsinstelling als omgeving gezondheidsbevorderend moet zijn. Dat was nieuw. Als gezondheidssector pleitten wij hier al jaren voor,’ legt prof. Maes uit. ‘Voordien hebben we dat er eigenlijk nooit goed doorgekregen. Daar is altijd veel discussie over geweest in de Commissie Gezondheidsbevordering (toen ze een eerste keer functioneerde, n.v.d.r.). Uiteraard hebben we er altijd wel rekening mee gehouden dat een schoolomgeving belangrijk is voor het bereiken van je doelstellingen. Wat je zegt in de klas, moet je ook doen in je school, maar expliciet de schoolomgeving als doelstelling nemen van verandering, dat is op het terrein toch wel een evolutie geweest tijdens deze legislatuur. De commissie heeft daar een heel belangrijke rol in gespeeld.’

‘Dat is eigenlijk het enige wat we tijdens deze legislatuur met de commissie bereikt hebben,’ gaat prof. Maes voort. ‘We hebben ervoor gezorgd dat alle koepels van alle betrokkenen, alle vertegenwoordigers nu op hetzelfde spoor zitten, zodat scholen geen tegenstrijdige boodschappen krijgen. Al die betrokkenen verkondigen nu inderdaad dat de schoolomgeving belangrijk is en we daaraan moeten werken.’

De Commissie Gezondheidsbevordering heeft een werkingsbudget van 150.000 euro op jaarbasis. Met het salaris van de gezondheidscoördinator erbij, voorziet Onderwijs in totaal 200.000 euro om te werken aan gezondheid in het onderwijs. Die middelen zijn veel te schaars, vinden onze experts. Prof. Maes: ‘Mochten we meer middelen hebben, dan zouden we veel meer kunnen doen dan alleen maar de top van de structuur bereiken. Het probleem is dat je een veel groter budget moet hebben als je echt op het terrein wilt gaan werken. Dan moet je bijna een personeelslid hebben per school en dat is budgettair onhaalbaar.’ Daarom pleit prof. Maes voor een soort tussenoplossing, zoals die er nu ook voor geestelijke gezondheid is gekomen. ‘Per provincie zal één personeelslid (bijgevoegd aan de Logo’s) ter beschikking staan om de scholen te ondersteunen. Dat zou je ook voor deze thema’s kunnen doen.’

Ook An Victoir vindt dat de commissie met meer middelen veel meer had kunnen bereiken. Bovendien wijst ze, net als Olaf Moens en prof. Maes, op het feit dat zowel de commissie als de gezondheidscoördinator een ‘tijdelijk project’ zijn. Het werk van de commissie en de gezondheidscoördinator loopt in theorie met deze legislatuur af. Hopelijk wordt het project in een volgende legislatuur ‘verlengd’. Dat ‘projectstatuut’ vinden de experts een belangrijke belemmering voor een goede werking. Victoir: ‘Er is opnieuw een herkenbare structuur, met mensen die een aanwijsbaar mandaat hebben om iets te doen. Dat moet eigenlijk structureel worden. De gezondheidscoördinator moet zekerheid krijgen dat zij kan doorwerken. Zodat niet het idee ontstaat: “Deze legislatuur loopt af, we zullen wel zien wat we nog in een volgende legislatuur kunnen doen.” Dat werkt niet. Als je aan gezondheid werkt, moet je tien- of zelfs twintigjarenplannen opstellen. Vier, vijf jaar is een veel te korte periode om iets uit te werken. Die mensen moeten ook echt de kans krijgen om hun werk goed te doen en er ook voldoende marge voor krijgen, zodat ze ook wat meer kunnen doen dan een website opzetten.’

Maes: ‘Met de commissie hebben we nu die top bereikt. Maar er moet nog heel veel gebeuren voor alles werkelijk in het veld zelf is ingevoerd. Een voortzetting is dus zeker noodzakelijk. Vanuit de VLOR gaat we daar zelf ook voor pleiten.’

‘Een overheid moet randvoorwaarden creëren waarbinnen kan gewerkt worden,’ aldus Olaf Moens. Een aantal van die randvoorwaarden zijn volgens hem helaas niet vervuld. Een belangrijke

randvoorwaarde is een voldoende hoge reguliere financiering. Samen met de andere experts pleit hij in dit verband voor meer duurzaamheid en kwaliteit. Moens: 'Er zijn weliswaar een aantal belangrijke initiatieven genomen, maar op materieel gebied is er zo goed als niets veranderd. Tijdens deze legislatuur zijn de middelen van Volksgezondheid voor de expertisecentra (zoals het VIGeZ, de VAD, Sensoa, n.v.d.r.) en de Logo's vrijwel niet gestegen.' Er wordt nog veel te vaak kort op de bal gespeeld en de voorkeur gegeven aan (kortetermijn)projecten. Zo zijn na beide gezondheidsconferenties subsidiefondsen vrijgemaakt, maar enkel voor (tijdelijke) projectwerking. 'Maar er zijn weinig kortetermijnacties die effectief zijn,' zegt Moens. Hetzelfde verhaal geldt ook voor Onderwijs, zo wijst Moens erop. 'Daar is de reguliere financiering niet van de grond gekomen, de commissie Gezondheidsbevordering en de gezondheidscoördinator zijn immers een tijdelijk project. Nochtans hebben ze een ontzettend belangrijke taak. Zij moeten het overleg trekken tussen de verschillende sectoren (CLB's, onderwijsnetten, ouderkoepels, vakbonden, expertisecentra, ... n.v.d.r.). In het hele verhaal van facettenbeleid is dat een schakel die je niet kunt missen.' Scholen hebben volgens Moens ook een portefeuille nodig om meer ruimte te hebben voor een gezondheidsbeleid, de CLB's hebben die nodig om meer ruimte te hebben om het gezondheidsbeleid op scholen als schoolnabije partner procesmatig te ondersteunen. Die is er nu niet. Maar het gaat dan ook om een enorm dure maatregel.

Prof. Maes maakt zich ernstige zorgen over de uitvoeringsbesluiten van het preventiedecreet die momenteel worden afgerond. Volgens haar is er te veel competitie in ingebouwd. Prof. Maes: 'Organisaties als het VIGeZ, de VAD en Sensoa zullen hun middelen, zelfs voor de basiswerking, voortaan maar kunnen verkrijgen via oproepen voor doelstellingen die de overheid stelt en wil bereiken. Dat kan volgens mij niet voor het verkrijgen van middelen voor een basiswerking. Aangezien iedereen zal kunnen intekenen, zal men met elkaar in competitie moeten gaan om middelen te krijgen voor preventie. Maar preventie moet het net hebben van samenwerking tussen de verschillende beleidsdomeinen en tussen de verschillende organisaties op het terrein. Dit is niet logisch. Misschien wordt de soep niet zo heet gegeten als ze wordt opgediend en zal het zo'n vaart niet lopen met die competitie, maar de plannen stellen het toch wel zo voor.'

4.2. Facettenbeleid en samenwerking

De gezondheidsconferenties over middelengebruik en over voeding en beweging en de actieplannen die eruit voortvloeiden, zijn belangrijke verwezenlijkingen van Volksgezondheid. Ze zijn het resultaat van een intensieve samenwerking tussen alle betrokkenen en ook tussen verschillende beleidsdomeinen, waaronder Onderwijs. Ze zijn een goed voorbeeld van het facettenbeleid dat Vlaanderen voor ogen heeft. Uit de manier waarop ze tot stand kwamen en uit hun inhoud blijkt dat Volksgezondheid wel degelijk rekening houdt met de wensen en grieven van het werkveld. De uitvoering van de actieplannen ligt nu grotendeels in handen van de volgende legislatuur.

Wat dat facettenbeleid betreft, zien onze experts wel nog een aantal gemiste kansen voor deze regering. Eigenlijk is het facettenbeleid alleen nog maar echt gelukt binnen het onderwijs, zo menen ze. Dat is een goed begin, maar de impulsen moeten absoluut ook vanuit andere beleidsdomeinen komen. An Victoir: 'Een diamant met twee facetten blinkt niet. Het hele plaatje moet kloppen. Om een echt facettenbeleid te voeren, is veel meer nodig. Mensen die bijvoorbeeld met mobiliteit of ruimtelijke ordening bezig zijn, nemen zelden het woord gezondheid in de mond. Toch zouden ook de voorstellen die zij doen, het aspect gezondheid telkens mee moeten opnemen. Ook zij moeten beseffen dat wanneer zij een voorstel uitwerken op hun terrein, mensen hierdoor meer kansen krijgen om aan hun gezondheid te werken. Daar zijn dus nog veel kansen onbenut. Als je met het oog op het bevorderen van de volksgezondheid meer mensen wilt laten bewegen, moeten ook andere beleidsdomeinen initiatieven nemen. Niet alleen moet Volksgezondheid naar Ruimtelijke Ordening

stappen en vragen wat zij daaraan kunnen doen, ook Ruimtelijke Ordening moet zich afvragen hoe het meer mensen kan laten bewegen.’

‘Eigenlijk zou het beleidsdomein Volksgezondheid zijn middelen voor preventie moeten investeren in andere beleidsdomeinen. Die andere beleidsdomeinen moeten de doelstellingen mee helpen bereiken,’ zegt prof. Maes. ‘Maar dat is natuurlijk politiek ondenkbaar. Daarom moeten beleidsmensen er ernstig over nadenken welke structuren en mechanismen mogelijk zijn om via deze andere beleidsdomeinen toch aan preventie te kunnen doen.’

De samenwerking tussen Volksgezondheid en Onderwijs kent weliswaar een lange traditie, maar verloopt toch niet altijd even vlot. ‘De verschillende culturen van deze twee beleidsdomeinen en de verschillen in aansturing ervan zorgen soms voor fricties tussen de samenwerkende kabinetten en administraties,’ stelde prof. Maes als voorzitter van de Commissie Gezondheidsbevordering vast. ‘Soms duurt het een tijd voor beide beleidsdomeinen op dezelfde golflengte zitten voor de keuze van een bepaalde aanpak.’

Volksgezondheid draagt *evidence-based* werken hoog in het vaandel, wat uiteraard heel positief is. Het beleidsdomein Onderwijs vertrekt vanuit een totaal andere filosofie. Daar staan de vrijheid van onderwijs en *empowerment* centraal. Wat je implementeert, moet uiteraard wel *evidence-based* zijn, zo redeneren ze binnen Onderwijs, maar ze proberen de scholen zelf in staat te stellen om te zien wat en waar de noden zijn, door naar hun eigen schoolpopulatie te kijken. Prof. Maes: ‘Kunstrichtingen en beroepsonderwijs vragen een totaal andere aanpak dan ASO-richtingen voor bijvoorbeeld tabaksbeleid. Niet alleen de context waarin deze kinderen leren, maar ook hun thuissituatie is meestal totaal anders. Het is precies dat verschil in context dat Onderwijs zo beklemtoont. Een *evidence-based* programma is uiteindelijk een programma dat werkt in de “gemiddelde” school. Bij Volksgezondheid houden ze soms onvoldoende rekening met dat feit. Er zijn inderdaad wel goede richtlijnen en ze aanvaarden dat ook binnen het onderwijs, maar een uniform pakket zal nooit werken in het onderwijs. Het zal altijd aangepast moeten worden.’

De mate waarin je een pakket kunt en moet aanpassen om nog effect te hebben, is op zich een knelpunt, waar ook preventie-experts eigenlijk nog niet helemaal uit zijn, geeft prof. Maes toe. ‘Daarvoor zijn monitoringstudies als de HBSC-studie eigenlijk wel goed. Als uit zo’n studie bijvoorbeeld blijkt dat het uitstekend gaat met de ASO-leerlingen, weten we dat we daar goed zitten. Blijkt er geen verbetering te zijn voor BSO-leerlingen, dan weten we dat we daar moeten bijsturen. Kortom, we moeten dus wel degelijk rekening houden met de context. Dat proberen we ook te bewaken binnen onze discussies in de commissie.’

Maar prof. Maes merkte de voorbije jaren wel een positieve evolutie in de samenwerking tussen de twee beleidsdomeinen. Ze blijken nu meer rekening te houden met elkaars standpunten en verschillen. Nog een reden volgens haar waarom het zo belangrijk is dat het werk van de commissie kan worden voortgezet. Facettenbeleid betekent immers ook energie steken in het uitzoeken onder welke voorwaarden een optimaal facettenbeleid mogelijk is. Volksgezondheid heeft intussen ingezien dat het in het onderwijs niet werkt om zaken op te leggen en dat is uiteraard een heel goede evolutie.

Ook An Victoir ziet, vanuit haar CLB-functie, nog een aantal punten waarop de samenwerking tussen Volksgezondheid en Onderwijs beter kan. De doelstellingen die beide beleidsdomeinen voor ogen hebben met betrekking tot gezondheid, verschillen nogal als je er sommige beleidsteksten bij neemt, zoals het BVR (Besluit van de Vlaamse Regering) met betrekking tot wat van de CLB’s wordt verwacht. De CLB’s zitten eigenlijk in een wat vreemde positie. Als entiteit vallen de CLB’s onder

onderwijs, maar voor hun opdrachten zijn ze nog voor een stuk verweven met Volksgezondheid. Daardoor is het voor de CLB's niet altijd even duidelijk wat nu precies van hen wordt verwacht. An Victoir: 'Voor Volksgezondheid is gezondheid iets anders dan voor Onderwijs. Volksgezondheid gaat uit van gezondheidsdoelstellingen. Die gezondheidsdoelstellingen wil Volksgezondheid halen door ook via de scholen aan gezondheid te werken. Maar ook Onderwijs heeft een goede reden om aan gezondheid te werken, want een gezonde leerling is een leerling die goed functioneert in zijn leercontext.' Dat laatste houdt mogelijk een veel beperktere werking van de CLB's op het vlak van gezondheid in, namelijk enkel in die mate dat het de leerling in zijn leercontext ondersteunt. Dat betekent dat de CLB's bijvoorbeeld zeker het gezichtsvermogen en het gehoor van kinderen moeten controleren, maar wat met het controleren van gewicht? 'Moeten de CLB's werken aan gezondheid in het kader van de gezondheidsdoelstellingen of in het kader van het goed functioneren in een leercontext? Daar is nogal wat discussie over. Wanneer de doelen van beleidsteksten, die vrij conceptueel zijn, moeten worden omgezet in een concrete werking, komen we voor keuzes te staan. In de praktijk brengt dat soms wrijving met zich mee. We zitten bijna in een situatie waarin CLB-mensen wordt gevraagd om zelf de knoop door te hakken. Dat kan niet.'

Victoir ziet hier gelukkig wel een positieve evolutie. 'De laatste maanden zien we een grote openheid om hierover te praten. Die gesprekken zouden in een volgende legislatuur zeker voort moeten lopen.' De vraag naar een duidelijkere taakverdeling tussen CLB's, pedagogisch begeleiders, koepelorganisaties en gezondheidspartners werd overigens opgenomen in het nieuwe Actieplan Voeding en Beweging van Volksgezondheid, onder de acties met betrekking tot de schoolomgeving (zie eerder).

Een ander knelpunt voor het veld dat An Victoir in dit verband nog ziet is dat 'preventie' een echt containerbegrip is geworden. 'Iedereen geeft zijn eigen definitie aan preventie. Wij merken dat de definities van Onderwijs en die van Volksgezondheid in sommige teksten gewoon niet met elkaar stroken. Het is een Babylonische spraakverwarring aan het worden. Niemand weet nog precies waar het over gaat. Zelfs de beleids mensen zelf houden hun doelstellingen niet voldoende uit elkaar. Voorkomen dat kinderen een eetstoornis ontwikkelen, is bijvoorbeeld iets heel anders dan voorkomen dat kinderen te dik worden, of voorkomen dat kinderen ongezonde eetpatronen ontwikkelen. Voor het werkveld is dat zeker niet positief, want dan ontstaat er alleen maar verwarring.'

Samenwerking op Vlaams niveau is uiteraard een absolute must, maar er moet ook veel meer samengewerkt worden met de federale overheid. Ofwel moet er een nieuwe bevoegdheidsverdeling komen. In elk geval blijven de niet-homogene bevoegdheidspakketten een belangrijk knelpunt volgens prof. Maes. 'De kosten voor preventie zijn regionaal, maar de baten ervan zijn federaal. Onder die voorwaarde kun je een minister niet warm krijgen om veel middelen in te zetten voor preventie. Hij kan ook niet uitpakken met de resultaten. Bovendien beschikt de minister van Volksgezondheid maar over heel weinig instrumenten voor primaire preventie. Primaire preventie is op regionaal niveau niet meer dan voorlichting. Neem nu voeding: alles wat reglementering aangaat, voedsletikettering, contacten met de voedingsindustrie, reclamebeperkingen, ... dat is allemaal federale materie.'

4.3. Een lokaal preventiebeleid

Olaf Moens stelt zich vragen bij de hervorming van de sector, zoals de samensmelting van de Logo's (van 26 naar 15 Logo's). Ook prof. Maes en An Victoir vinden de samensmelting een foute beslissing. Prof. Maes: 'Het betekent een schaalvergroting, terwijl we net aan schaalverkleining moeten doen. De Logo's moeten momenteel al veel gemeenten ondersteunen. Daardoor hebben ze nu al bijna geen voeling met wat in veel van die gemeenten gebeurt. In de toekomst komen daar per Logo nog heel wat

gemeenten bij. Dat is niet meer realistisch. Dit zal volgens mij een soort van tussenniveau worden dat niet echt zinvol is. Zelf zie ik niet het belang in om preventie op dat tussenniveau te organiseren. De praktijk zal uiteraard moeten uitwijzen of dit een goede beslissing was. Het Vlaamse niveau is zeker een zinvol niveau, het provinciale misschien ook, hoewel ook daarover twijfel mogelijk is. En dan is er ten slotte nog het gemeentelijke niveau, dicht bij de mensen.'

Om echt vooruitgang te boeken, moet er volgens prof. Maes en Moens een sterker accent op gezondheid op gemeentelijk niveau komen. Op dat vlak heeft het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin volgens prof. Maes een belangrijke kans laten liggen. Sinds deze legislatuur moeten gemeenten namelijk verplicht een sociaal beleid hebben. 'Het zou een voorwaarde kunnen zijn geweest om in dat verplichte lokale sociale beleid ook gezondheid mee op te nemen. Sommige gemeenten nemen gezondheid wel mee, maar heel veel gemeenten doen dat niet en beperken zich tot welzijn.'

'Gemeenten zouden scholen een belangrijke ondersteuning kunnen bieden voor ouders,' legt prof. Maes uit. 'Scholen proberen wel te werken met hun oudercomités, maar dat is niet altijd even gemakkelijk. Als de gemeente daar ondersteuning zou kunnen geven, misschien zelfs wat financiële ondersteuning, voor bijvoorbeeld gezonde schoolmaaltijden, zou dat heel goed zijn. Dat betekent natuurlijk dat gemeenten meer middelen moeten krijgen.'

'Door gemeenten meer bevoegdheid te geven voor gezondheid, kun je komen tot echte *community*- of gemeenschapsprojecten, en dat is wat we uiteindelijk willen bereiken,' bepleit prof. Maes. 'Projecten op het niveau van de schoolomgeving kunnen dan gecoördineerd worden met gemeentelijke projecten, zodat ze elkaar versterken.'

An Victoir is het hier volledig mee eens: 'Vanaf het moment dat een kind de schoolpoort uit komt, moet het eigenlijk dezelfde boodschap krijgen als op school. Er zou lokaal ook een voldoende aanbod aan opvoedingsondersteuning moeten zijn. Zodat een kind, in welk milieu het zich ook beweegt, dezelfde goede impulsen tot gezondheid krijgt.' Ook Victoir vindt het een gemiste kans dat gezondheid niet mee is opgenomen in het verplichte sociale beleid van de gemeenten. 'Vanaf het moment dat iets moet, komt het ook op dreef. Zelfs dan duurt het nog jaren voor iets echt begint te lopen. Maar als gezondheid iets is dat je erbij neemt als je zin en tijd hebt, werkt dat niet.'

Wat de lokale samenwerking in het werkveld zelf betreft, is An Victoir vanuit de CLB's wat teleurgesteld in de werking van de Logo's. Volgens haar zijn ze niet echt gebruikt waarvoor ze eigenlijk bedoeld waren. Victoir: 'Logo's moeten het lokale gezondheidsoverleg organiseren en aan *community health* doen. Wij stellen vast dat de logo's op het vlak van echte *community health* niet ver geraakt zijn. Voor een groot stuk komt dat natuurlijk doordat ze zo onderbemand zijn. Een paar mensen moet alles trekken voor een vaak grote regio. Dat kan niet werken. Logo's willen dan uiteraard toch met iets concreets voor de dag komen. In dat kader zien we dat een aantal Logo's de school is gaan opzoeken als partner en concreet materiaal voor de school is gaan ontwikkelen. Maar scholen horen eigenlijk ondersteund te worden door hun CLB. Nu zitten we bijna in een concurrentiepositie met de Logo's!'

Nog in het werkveld zien Victoir en Moens te weinig aansluiting tussen methodieken en materiaal enerzijds en het eigenlijke gebruik ervan in de scholen anderzijds. Ze vragen zich af of de kwaliteitsvolle producten die ontwikkeld zijn wel voldoende doorstromen tot waar ze moeten worden gebruikt. Ze merken dat scholen wel heel veel materiaal kennen en in huis hebben, maar momenteel aan een verzadigingspunt lijken te zitten. Scholen willen nu hulp krijgen om alles in goede banen te

leiden. Als expertisecentrum ondersteunt het VIGeZ de invoering van methodieken enkel op bovenschools niveau, met name naar scholengroepen, -gemeenschappen, CLB's en onderwijskoepels. Vanuit deze opdracht zien Victoir en Moens een grote meerwaarde in de ondersteuning die VIGeZ kan bieden aan de CLB's voor de procesbegeleiding op schoolniveau die de CLB's meer moeten kunnen opnemen. Wil je de producten in elke school krijgen, dan moet je ook mensen hebben die helpen bij de effectieve invoering ervan – een coach, zeg maar. CLB-mensen kunnen die rol goed vervullen, want zij kennen de school in kwestie. Ze lopen er immers elke dag in en uit. Maar dan moeten ze daarvoor uiteraard wel de mogelijkheden, de middelen en de ondersteuning krijgen.

4.4. Meten om te weten

Tijdens deze legislatuur was er duidelijk aandacht voor *evidence-based* werken (het gebruik van welbepaalde modellen om aan gezondheidsbevordering te doen) en voor evaluatie. Dat laatste gebeurt onder meer via gedragsdeterminanten met de HBSC-studie en via de indicatorenbevraging, waarin het beleid van de scholen wordt geëvalueerd. Een positieve evolutie, zo vinden onze experts.

Maar toch wordt er volgens hen nog altijd te weinig geëvalueerd. Maes: 'Op het terrein gebeuren nu een aantal nieuwe en goede dingen, maar het effect ervan wordt onvoldoende geëvalueerd. Zo wordt nu op diverse terreinen meer geïnvesteerd in preventiepersoneel, waaronder ook in het kader van het nieuwe Actieplan Tabak, Alcohol en Drugs. Dat is uiteraard uitstekend. Er was een nijpend tekort aan preventiewerkers. Maar het is ook belangrijk om het effect van die maatregel te meten. Een ander voorbeeld zijn de diverse initiatieven voor rookstop die in de scholen worden genomen. Wat is het effect daarvan? Er zijn uiteraard wel een paar evaluatiestudies, maar de kwaliteit ervan kan beter. Dat komt vooral omdat er niet voldoende middelen zijn om ze goed uit te voeren. Het moet allemaal tussendoor gebeuren, met het bestaande personeel.'

Moens verwijst naar de bestaande individuele leefstijlbevraging door de CLB's, die tijdens de schoolloopbaan drie keer gebeurt. Op zich ligt daar een schat van gegevens voor het grijpen. Want over de gedragingen van lagere schoolkinderen, zoals eetgewoontes, zijn verder geen gegevens beschikbaar. Maar helaas is die leefstijlbevraging momenteel niet gestandaardiseerd. Daardoor zijn de gegevens niet bruikbaar voor wetenschappelijk onderzoek. Moens pleit daarom voor een standaardisering van de vragenlijsten en eventueel zelfs voor een extra, dus vierde bevraging. De vraag naar standaardisatie en ook afspraken over gegevensbeheer, -gebruik en -communicatie staat alvast op het prioriteitenlijstje met betrekking tot de schoolomgeving in het nieuwe Actieplan Voeding en Beweging. Een extra bevraging toevoegen zou wel een erg dure maatregel zijn, omdat hiervoor extra personeel nodig is.

Volgens prof. Maes is wel een tussenoplossing mogelijk. Zo zou je een steekproef van de CLB's kunnen trekken, een soort van peilcentra (centra die geselecteerd worden welbepaalde wetenschappelijke gegevens te verzamelen). Deze oplossing zou heel wat minder duur zijn. Prof. Maes: 'Het vraagt natuurlijk wel een zekere klik in de mentaliteit van de CLB's om ook gegevens te genereren die niet alleen nuttig zijn voor het individuele kind, maar ook voor onderzoek. De eisen daarvan zijn wel wat anders. Niet elk CLB moet volgens mij op die manier werken.'

Wat denken de CLB's daar zelf van? An Victoir: 'De leefstijlbevragingen zijn eigenlijk helemaal niet bedoeld voor wetenschappelijk onderzoek. Onderzoekers willen trends verzamelen op populatieniveau. Maar wij gebruiken die data niet om gegevens te poolen en daar trends uit te halen. Voor ons zijn die individuele bevragingen een middel om met een kind in gesprek te gaan, over zijn ontbijtgewoonten bijvoorbeeld. Komt een gesprek spontaan op gang, dan is een vragenlijst zelfs niet

nodig. Daar is een onderzoekinstelling natuurlijk niets mee gebaat. Precies omdat wij die vragenlijsten voor een ander doel gebruiken, zitten wij eigenlijk niet echt te wachten op een standaardisering.’

4.5. Wel een rookverbod, geen verbod op frisdranken en snoep

Een van de belangrijkste verwezenlijkingen van het beleidsdomein onderwijs is uiteraard het algemene rookverbod op school, een initiatief dat onze drie experts toejuichen. Onderwijs besliste tot een rookverbod na advies van de VLOR. De Commissie Gezondheidsbevordering bereikte hiervoor zelfs een volledige consensus, wat hoogst uitzonderlijk is. Een bewijs volgens prof. Maes dat de geesten heel sterk geëvolueerd zijn op het vlak van roken.

Wat het drank- en tussendoortjesbeleid betreft, koos Onderwijs voor een totaal andere aanpak. Geen verbod, maar wel sensibilisering zodat scholen en leerlingen de juiste keuzes leren maken. Ook daar volgde de overheid volledig het advies van de commissie. Een goede beslissing, zo menen Moens en prof. Maes. Frisdranken en snoep verbieden, heeft – zeker in het secundair onderwijs – geen zin. Integendeel, die maatregel zou eigenlijk wel eens het omgekeerde effect kunnen hebben. Prof. Maes: ‘We kregen al signalen van weerstand van leerlingen tegen al die maatregelen. Niets mag nog, zo luidt het. Dergelijke zaken moeten we zeker vermijden. Precies daarom is het erg belangrijk dat leerlingenraden en oudercomités mee worden betrokken in het gezondheidsbeleid dat scholen voeren. Zij helpen om het evenwicht te behouden. Het heeft geen enkel nut om dingen te verbieden als je een tegenbeweging losweekt.’

Beleidsbeslissingen zoals hierboven maken duidelijk dat de overheid wel degelijk luistert naar het veld. Ook de gezondheidsconferenties en de actieplannen die eruit voortvloeien, zijn daar een voorbeeld van. De voorbije jaren heeft de overheid ook duidelijk de expertisecentra leren kennen, vindt Olaf Moens. Typisch voor deze legislatuur is overigens dat centra als VIGeZ niet alleen vragen krijgen vanuit Volksgezondheid, maar ook vanuit andere beleidsdomeinen.

5. Conclusies en beleidsvoorstellen van de Vlaamse Liga tegen Kanker

Tijdens de legislatuur 2004-2009 hebben Volksgezondheid en Onderwijs belangrijke inspanningen gedaan om een geïntegreerd preventiebeleid te voeren. De intentieverklaring betekende een legitimering waarom gezondheidsbevordering in het onderwijs moet. Ze heeft gezorgd voor een verankering van wat al enige tijd aan de gang was in de onderwijsnetten zelf. Onderwijs bevestigde voor het eerst dat een onderwijsinstelling als omgeving gezondheidsbevorderend moest zijn. Dankzij de werkzaamheden van de VLOR-Commissie Gezondheidsbevordering en de gezondheidsconferenties, initiatieven waardoor de twee beleidsdomeinen intens konden samenwerken, zijn belangrijke stappen vooruit gezet, zoals het algemene rookverbod op school en het drank- en tussendoortjesbeleid. Het komt er nu op aan de inspanningen voort te zetten. De VLK ziet de volgende uitdagingen voor de nieuwe regering:

- De actieplannen die uit de gezondheidsconferenties zijn gekomen, zijn gedragen door het werkveld. Het komt er nu op aan om er ook echt werk van te maken, met voldoende middelen. Ook andere beleidsdomeinen, zoals Ruimtelijke Ordening en Sport, moeten voldoende inspanningen leveren om de actieplannen te doen slagen.
- De VLOR-commissie Gezondheidsbevordering en de gezondheidscoördinator moeten hun werkzaamheden absoluut kunnen voortzetten, zodat de goede start die is genomen

tijdens de legislatuur 2004-2009, kan worden voortgezet. De commissie is een belangrijke schakel in het facettenbeleid. Ze zou dan ook een permanente structuur en een structurele financiering moeten krijgen.

- De voorbije legislatuur hebben beide beleidsdomeinen al belangrijke inspanningen tot samenwerking geleverd. Dat heeft zijn vruchten afgeworpen. Beide beleidsdomeinen zijn meer naar elkaar toegegroeid in hun aanpak van roken en gezonde voeding in het onderwijs. In een volgende legislatuur moet die samenwerking en het overleg tussen de twee beleidsdomeinen nog worden geoptimaliseerd. Daarbij moeten ze voldoende rekening houden met de verschillen in beleidslogica.
- Er moet nog meer werk worden gemaakt van het facettenbeleid. Tot nog toe is het facettenbeleid alleen nog maar echt van de grond gekomen met betrekking tot het onderwijs. Maar ook andere beleidsdomeinen, zoals Ruimtelijke Ordening en Mobiliteit, moeten betrokken worden en initiatieven nemen vanuit het oogpunt van de volksgezondheid. Er moet gezocht worden naar goede mechanismen van facettenbeleid om ook via deze andere beleidsdomeinen aan preventie te doen. Ook binnen Onderwijs en Volksgezondheid zelf kan het facettenbeleid nog worden geoptimaliseerd.
- Er komen meer preventiewerkers. Dat is een heel goede zaak, want er was een nijpend tekort. Daarnaast is echter ook een snellere verhoging van de werkingsmiddelen van de expertisecentra en Logo's nodig.
- Er moet meer aandacht komen voor duurzaamheid en kwaliteit in de financiering van preventie-initiatieven. Langetermijninitiatieven genieten de voorkeur.
- Er zijn de voorbije jaren inspanningen gedaan om het gezondheidsbeleid in het onderwijs te evalueren. Om een gezondheidsbeleid optimaal te kunnen realiseren, moet voldoende worden geïnvesteerd in relevante evaluatiemiddelen. Hiervoor moeten voldoende tijd, mensen en middelen worden voorzien. De nieuwe actieplannen vermelden alvast bijkomende evaluatie-instrumenten.
- Bij preventiewerking is ook het lokale aspect heel belangrijk. Er moet een groter accent komen te liggen op preventie op gemeentelijk niveau, zodat projecten in en buiten scholen elkaar kunnen aanvullen en versterken.

- Er moet een duidelijker taakverdeling komen tussen de CLB's, pedagogisch begeleiders, koepelorganisaties en gezondheidspartners. Verder is er ook nood aan procesbegeleiding op schoolniveau bij de effectieve invoering van methodieken en materialen.

- Er moet nog meer samenwerking komen met de federale overheid, zodat de federale overheid de Vlaamse preventiewerking kan versterken. De Vlaamse minister van Volksgezondheid heeft immers niet alle instrumenten in handen voor primaire preventie. Tabaksprijzen, voedselkettering en reclamebeperkingen zijn bijvoorbeeld federale aangelegenheden.

¹ Vlaamse Regering 2004-2005. Regeerakkoord 2004. Vertrouwen geven, verantwoordelijkheid nemen.

² *Decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid.* Zie website Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid, <http://www.zorg-en-gezondheid.be/defaultRegelgeving.aspx?id=6750>

³ *Decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid. Memorie van toelichting: Deel 2: initiatieven.* Zie website Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid, <http://www.zorg-en-gezondheid.be/defaultRegelgeving.aspx?id=6764#IVA>

⁴ Inge Vervotte. Beleidsnota 2004-2009 Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Vlaamse regering.

⁵ Frank Vandenbroucke. Beleidsnota 2004-2005 Onderwijs en Vorming. Vandaag kampioen in wiskunde, morgen ook in gelijke kansen. Vlaamse regering.

⁶ Gezondheidseducatie wordt in het kleuteronderwijs geregeld door ontwikkelingsdoelen, in het lager onderwijs door eindtermen in de leergebieden wereldoriëntatie en lichamelijke opvoeding, in het buitengewoon lager onderwijs door ontwikkelingsdoelen, in het secundair onderwijs door de vakoverschrijdende eindtermen (ASO, TSO, KSO en BSO) en vakoverschrijdende ontwikkelingsdoelen (1^{ste} graad B-stroom en BuSO). Zie hiervoor ook <http://gezondopschool.be/v2/eindtermen.php>

⁷ Dit overzicht is grotendeels gebaseerd op de beleidsbrieven van de minister van Onderwijs en Vorming 2005-2006, 2006-2007, 2007-2008, 2008-2009. Zie <http://www.ond.vlaanderen.be/beleid/archief/> voor de eerste drie beleidsbrieven, zie http://docs.vlaanderen.be/portaal/beleidsbrieven2008-2009/Vandenbroucke_Onderwijs_en_Vorming.pdf voor de beleidsbrief 2008-2009.

⁸ Vlaams Ministerie van Onderwijs en Vorming. Onderwijsinspectie. Onderwijsspiegel. Schooljaar 2005-2006. Verslag over de toestand van het onderwijs. Deel III Gezondheidseducatie in het Vlaamse onderwijs: een onderzoek naar de keuzes en de aanpak. D/2007/3241/016. Brussel, Vlaamse overheid.

⁹ Intentieverklaring tussen de Vlaamse Minister bevoegd voor Onderwijs, de Vlaamse Minister bevoegd voor Gezondheid, de Vlaamse Minister bevoegd voor Landbouwbeleid en de Zeevisserij en de Vlaamse minister bevoegd voor Sport inzake gezondheidsbevordering en jongeren. Zie website Vlaams ministerie Onderwijs en Vorming <http://www.ond.vlaanderen.be/nieuws/archief/2006/2006p/files/intentieverklaring-26-01-2006.pdf>

¹⁰ Het voormalige VIG, Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie, sinds 2009 samengevoegd met de Ondersteuningscel Logo's tot Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie of VIGeZ.

¹¹ Commissie Gezondheidsbevordering (2006). 'Op uw gezondheid!' *Strategisch plan over gezondheidsbevordering in het basis- en secundair onderwijs.* Brussel, Vlaamse Onderwijsraad. Zie website VLOR, http://www.vlor.be/bestanden/documenten/besl_001_strat_plan.pdf

¹² Vlaamse regering (2008). *Decreet houdende het instellen van een rookverbod in onderwijsinstellingen en centra voor leerlingenbegeleiding.* Goedkeuringsdatum: 06/06/08. Publicatiedatum: Belgisch Staatsblad 18/07/2008. Zie website Vlaams ministerie Onderwijs en Vorming, <http://www.ond.vlaanderen.be/edulex/database/document/document.asp?docid=13996>

¹³ Vlaamse Onderwijsraad (2007). *Advies over een uitbreiding van de rookreglementering op scholen.* AR/GCA-GRD-PCA/ADV/017. Brussel, 22 maart 2007. Zie website Vlaamse Gezondheidsraad, <http://www.vlor.be/bestanden/documenten/ar-adv017-0607.pdf>

¹⁴ Vlaamse Onderwijsraad (2007). *Advies over mogelijke beleidsmaatregelen ten aanzien van het aanbod van frisdranken op school.* AR/GCA-GRD/ADV/002. Brussel, 27 september 2007. Zie website Vlaamse Gezondheidsraad, <http://www.vlor.be/bestanden/documenten/ar-adv002-0708.pdf>

¹⁵ Persbericht van Frank Vandenbroucke en Steven Vanackere (3 december 2008). 'Kieskeurig' zorgt voor scherpe concentratie en fit gevoel bij kinderen en jongeren. Nieuwe campagne voor evenwichtige dranken en tussendoortjes op school.

¹⁶ Dit overzicht is grotendeels gebaseerd op de beleidsbrieven van de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2005-2006, 2006-2007, 2007-2008, 2008-2009. Zie website Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid, <http://www.zorg-en-gezondheid.be/minister.aspx>

¹⁷ Zie website Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid <http://www.zorg-en-gezondheid.be/default.aspx?id=5366>

¹⁸ Vlaamse overheid. *Vlaams actieplan tabak, alcohol en drugs 2009-2015*. Zie website Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid, http://www.zorg-en-gezondheid.be/uploadedFiles/NLsite/Preventie/Gezond_leven/Tabak_alcohol_en_drugs/Actieplan%20tabak%20alcohol%20drugs%202009%202015.pdf

¹⁹ Vlaamse overheid (2008). *Ontwerp van Actieplan Voeding en Beweging 2008-2009*. Zie website Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid http://www.gezondheidsconferentie.be/uploadedFiles/subsite02/actieplan_samenvatting.pdf

²⁰ Persmededeling Veerle Heeren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (29 januari 2009). *Minister Heeren trekt 300.000 euro uit voor fruit op school*.

²¹ Zie website Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid, <http://www.zorg-en-gezondheid.be/default.aspx?id=5366>

²² Zie website Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid, <http://www.zorg-en-gezondheid.be/default.aspx?id=5358>

²³ Volgens het Decreet betreffende de centra voor leerlingenbegeleiding van 1/12/1998 is het CLB verplicht om te werken aan preventieve gezondheidszorg en hiervoor in een aantal leerjaren systematisch consulten te organiseren. Via secundaire wetgeving (Besluit van de Vlaamse regering 17/03/2000) moeten de algemeen consulten voor 5^{de} leerjaar basisonderwijs, 1^{ste} en 3^{de} jaar secundair onderwijs een bevraging van voedings- en leefgewoonten bevatten (zie: http://www.ond.vlaanderen.be/clb/thema/preventieve_gezondheidszorg/tabel_consulten.htm)

Evaluatie van het Vlaamse beleid om de uitstoot van fijn stof door het verkeer terug te dringen in de legislatuur 2004-2009

Hedwig Verhaegen

1. Inleiding

Vlaanderen heeft, samen met de ons omringende regio's, gemiddeld de hoogste graad van luchtverontreiniging door fijn stof in West-Europa. Volgens wetenschappelijk onderzoek heeft fijn stof ernstige gezondheidseffecten. De kleinste stofdeeltjes kunnen een verminderde longfunctie, bronchitis, hart- en vaatziekten en longkanker veroorzaken. Om de blootstelling van de bevolking aan de vervuiling te beperken, heeft Europa luchtkwaliteitsnormen uitgevaardigd. Vlaanderen levert al belangrijke inspanningen, maar slaagt er momenteel niet in deze Europese normen voor fijn stof te halen. Het beleid staat voor de uitdaging om dit te veranderen.

We concentreren ons voor deze evaluatie van het Vlaamse beleid in de voorbije legislatuur op de uitstoot van fijn stof door het verkeer. De belangrijkste bronnen van fijn stof zijn het transport, de industrie, de landbouw en de huishoudens. Transport is op een na de belangrijkste producent van PM10, dit zijn de grotere stofdeeltjes met een diameter kleiner dan 10 micrometer. Voor de uitstoot van PM2,5 staat transport op kop. Het verkeer neemt 30% van alle primaire stofdeeltjes kleiner dan 2,5 micrometer voor zijn rekening. Het zijn deze *primaire* deeltjes die het ongezondst zijn, vooral dan het dieselroet dat kankerverwekkend is. Verder is het verkeer verantwoordelijk voor ongeveer de helft van de uitstoot van stikstofdioxiden, die zich na chemische reacties omzetten tot *secundair* fijn stof. Ten slotte zijn de kleinste stofdeeltjes (PM0,1) vooral het resultaat van verbrandingsemissies door het verkeer. En het zijn net deze deeltjes die de grootste impact hebben op onze gezondheid omdat ze dieper in de longen doordringen.

In een eerste fase van deze evaluatie maakten we een inventaris van de maatregelen die de voorbije legislatuur zijn genomen om de uitstoot van fijn stof door het verkeer terug te dringen. We vertrokken daarvoor van het overzicht dat Vlaams minister van Openbare Werken, Energie, Leefmilieu en Natuur Hilde Crevits opmaakte in het kader van de aanvraag voor uitstel die ze bij de Europese Commissie indiende om de normen voor PM10 te halen. We onderzochten ook in hoeverre er voor het fijnstofbeleid sprake was van een geïntegreerd beleid van de verschillende betrokken departementen (Leefmilieu, Mobiliteit, Ruimtelijke ordening en Volksgezondheid). Meer specifiek gingen we enerzijds na hoe sterk het departement Volksgezondheid betrokken was bij het fijnstofbeleid. Anderzijds bestudeerden we in hoeverre de ambitie van de regering om Vlaanderen verder uit te bouwen tot een logistiek distributiecentrum voor Europa strookt met dit beleid. Daarvoor deden we heel wat literatuuronderzoek en waren er gesprekken met medewerkers van de betrokken administraties.

In een tweede fase vroegen we enkele deskundigen het beleid te evalueren en aan te geven wat volgens hen de uitdagingen zijn voor de nieuwe regering. We kozen drie experts met elk

een eigen specifieke, elkaar aanvullende deskundigheid: een gezondheids-, een milieu- en een mobiliteitsexpert.

Ten slotte formuleerde de Vlaamse Liga tegen Kanker op basis van de evaluatie enkele prioriteiten inzake fijnstofbeleid voor de nieuwe Vlaamse regering.

Kader 1

Geconsulteerde personen

Eerste fase

- Maja Mampaey en Mirka Van der Elst, medewerkers van de afdeling Lucht, Hinder, Risicobeheer, Milieu & Gezondheid van het departement Leefmilieu, Natuur en Energie
- Toon Wassenberg, raadgever mobiliteit van het kabinet van Vlaams minister van Mobiliteit Kathleen Van Brempt,
- Gerrit Tilborghs van de afdeling Toezicht Volksgezondheid van het Agentschap Zorg en Gezondheid.

Tweede fase

- Tim Nawrot, epidemioloog, Centrum voor Milieukunde, Universiteit Hasselt,
- Bram Claeys, beleidsmedewerker Bond Beter Leefmilieu Vlaanderen (BBL),
- Geert Wets, directeur Instituut voor Mobiliteit (IMOB), Universiteit Hasselt.

2. De problematiek van fijn stof

2.1. Wat is fijn stof?

Fijn stof ontstaat door de directe uitstoot van deeltjes, bv. door verkeer en industrie, of door de mechanische verkleining van groter materiaal, bv. door de slijtage van banden, remmen, sporen en wegen. Dit zijn *primaire* stofdeeltjes. Fijn stof ontstaat ook na chemische reacties in de lucht tussen zgn. voorloperstoffen van fijn stof. Dit zijn *secundaire* stofdeeltjes.

Fijn stof, in het Engels *particulate matter* (PM), wordt gerangschikt volgens grootte. Afhankelijk van de maximale diameter spreken we van PM10 voor stofdeeltjes kleiner dan 10 micrometer (wat overeenstemt met een honderdste millimeter), PM2,5 voor deeltjes met een doorsnede kleiner dan 2,5 µm en PM0,1 voor ultrafijn stof.

Een deel van het fijn stof is het resultaat van menselijke activiteit (verbranding van fossiele brandstoffen en industrie), een ander deel is van natuurlijke oorsprong (zeezout, opwaaiend akkerstof en uitzonderlijk ook woestijnstof). PM2,5 is vooral van menselijke oorsprong, de natuurlijke bronnen geven meer aanleiding tot het grovere PM10.¹

De chemische samenstelling van de deeltjes is zeer divers en afhankelijk van hun oorsprong. De Vlaamse Milieumaatschappij (VMM) kwam op basis van een eerste grootschalig onderzoek *Chemkar PM10* naar de samenstelling van fijn stof in Vlaanderen tot de bevinding dat PM10 voor het grootste deel (41%) bestaat uit secundaire anorganische stoffen.² Die worden gevormd door de uitstoot van stikstofoxide (NO), stikstofdioxide (NO₂), zwaveldioxide (SO₂) en ammoniak (NH₃), de zgn. voorloperverbindingen van fijn stof. Daarna volgen organisch materiaal (20%), bodemstof (14%), zeezout (8%) en elementair

koolstof of roet (4%). Roet maakt dus slechts 4% van het gewicht van fijn stof uit maar het is wel de meest schadelijke fractie, omdat roetdeeltjes in de regel zeer klein zijn en daardoor gemakkelijker doordringen tot in de longblaasjes en bloedbanen. Bovendien zetten andere gevaarlijke stoffen, zoals polycyclische aromatische koolwaterstoffen, dioxines en zware metalen, zich gemakkelijk vast op deze deeltjes. Uit de Chemkar-studie bleek ook dat er voor een aantal componenten grote verschillen zijn tussen landelijke en stedelijke gebieden. Zo bleek de concentratie van dieselroet in de Antwerpse binnenstad 400% hoger te zijn dan in een landelijk meetstation dicht bij de kust. De totale PM10-concentratie aan de kust is daarentegen slechts 20 à 25% lager.²

2.2. Bronnen van fijn stof

Fijn stof is afkomstig van verschillende bronnen. De belangrijkste zijn het transport, de industrie, de landbouw en de huishoudens (door onder meer verwarming met allesbranders en houtkachels). Inzake PM10-uitstoot staat landbouw op één, daarna volgen transport en industrie. Op het vlak van PM2,5-uitstoot is transport de belangrijkste bron. ³ 30% van de primaire PM2,5-emissies is te wijten aan transport per auto, vrachtwagen, trein, binnenschip en vliegtuig. Bijna 70% van deze uitstoot bestaat uit uitlaatemissies van vrachtwagens en auto's.

Fijn stof kent geen grenzen. Vlaanderen is samen met Zuid-Nederland, Noord-Frankrijk en West-Duitsland een zogenaamde 'hotspot' voor fijn stof in Europa. Een deel van het fijn stof in Vlaanderen komt uit het buitenland. Vlaamse bronnen dragen slechts voor 29% bij aan de Vlaamse PM10- en 26% aan de Vlaamse PM2,5-concentratie. 43% van de PM10-concentratie en 55% van de PM2,5-concentratie is afkomstig van buitenlandse emissies. Van de rest is de herkomst niet duidelijk te bepalen (natuur en diffuse bronnen).¹ Vlaanderen heeft dus slechts vat op het eigen aandeel van de uitstoot. Let wel: de impact van buitenlandse emissies geldt voor de zogenaamde 'jaargemiddelde' concentratie. Het aandeel van de buitenlandse emissies in de pieken van fijn stof is kleiner. Dat komt omdat de meeste pieken voorkomen op dagen met weinig wind en temperatuurinversie. Bij temperatuurinversie zit een koudere luchtslaag gevangen onder warmere lucht, waardoor de vervuiling blijft hangen. Tijdens smogperiodes is het eigen Vlaamse aandeel dus veel groter.

Maar Vlaanderen importeert niet alleen luchtvervuiling, het exporteert ook fijn stof naar het buitenland. De Vlaamse emissies van fijn stof in het buitenland veroorzaken ongeveer twee maal meer gezondheidseffecten in het buitenland dan de buitenlandse emissies in Vlaanderen.¹ Volgens Bram Claeys van de Bond Beter Leefmilieu draagt Vlaanderen hierdoor een grote morele verantwoordelijkheid tegenover de buurlanden. 'Een effectief Vlaams fijnstofbeleid is niet alleen nodig voor de eigen burgers maar ook voor die in Duitsland en Nederland. Vlaanderen moet de eigen uitstoot van fijn stof terugdringen, maar ook op Europees niveau voor een effectief beleid pleiten.'

3. Luchtkwaliteitsnormen voor fijn stof

3.1. Europese luchtkwaliteitsnormen

De Europese richtlijn 1999/30/EG⁴ legt luchtkwaliteitsnormen op voor de concentratie van PM10. De daggrenswaarde of daggemiddelde norm van 50 µg/m³ mag niet meer dan 35 dagen per jaar worden overschreden, de jaargrenswaarde of jaargemiddelde norm bedraagt 40 µg/m³. Deze normen dienden vanaf 1 januari 2005 gerespecteerd te worden.

De vernieuwde richtlijn van april 2008 (2008/50/EG)⁵ herneemt de normen voor PM10, maar biedt de mogelijkheid om een uitstel van drie jaar – tot half 2011 – aan te vragen om die normen te halen. De voorwaarde voor dit uitstel is dat de lidstaat kan aantonen dat hij alle mogelijke maatregelen neemt om de grenswaarden wel te halen. De drie gewesten in ons land hebben uitstel gevraagd. Intussen heeft Nederland als eerste lidstaat voor een aantal luchtkwaliteitszones uitstel gekregen van de Europese Commissie.⁶

De nieuwe richtlijn legt ook normen en streefdata vast voor PM2,5. Voor de jaargemiddelde concentratie stelt zij tegen 2010 een streefwaarde van 25 µg/m³ voorop. Dat wordt een grenswaarde in 2015. Tegen 2020 wordt gestreefd naar een vermindering van de blootstelling t.o.v. 2010. De indicatieve grenswaarde voor 2020 is 20 µg/m³.

België pleit op Europees niveau voor strengere uitstootnormen voor wagens. Inzake luchtkwaliteit is ons land echter geen vragende partij voor strengere normen. Die zijn immers toch niet haalbaar als Europa er niet via productnormering voor zorgt dat de wagens ook minder fijn stof uitstoten, zo luidt de redenering.

3.2. Overschrijdingen van Europese normen voor PM10

Volgens gegevens van de Intergewestelijke Cel voor het Leefmilieu (IRCEL) werd de daggrenswaarde voor PM10 in 2007 in 21 van de 31 meetstations meer dan 35 keer overschreden. De jaargrenswaarde werd in 2007 slechts in één station overschreden, in Oostzebeke.⁷ In twee derde van de meetstations haalden we de daggrenswaarde voor de luchtkwaliteit dus niet. Dat betekent echter niet dat ook 2/3^{de} van de bevolking werd blootgesteld aan een fijnstofuitstoot die de norm overschrijdt. Het meetnet in Vlaanderen is immers vooral gericht op industriezones en stedelijke gebieden met veel verkeer. Volgens IRCEL werd ongeveer 50% van de bevolking in 2007 op meer dan 35 dagen blootgesteld aan concentraties van meer dan 50 µg/m³.

In 2008 waren er gevoelig minder overschrijdingen van de daggrenswaarde, slechts 14, en was de blootstelling heel wat lager.⁷ Het is volgens IRCEL echter nog niet duidelijk of dit te maken heeft met gunstiger weeromstandigheden in 2008 of met een structurele daling van de emissies van fijn stof en voorlopers als NO_x, SO₂ ...

2009 is alvast slecht gestart. Op 9 april 2009 was de daggrenswaarde van 50 µg/m³ al op drie plaatsen meer dan 35 keer overschreden, op nog zes andere plaatsen was de norm al meer dan 30 keer overschreden.⁷

3.3. Hoe verhoudt uitstoot zich tegenover concentratie?

De uitstoot van fijn stof is in de periode 2000-2007 met meer dan 20% gedaald.³ Vooral de emissies door de industrie zijn in die periode sterk gedaald. De uitstoot door het verkeer daalde minder, maar toch is er jaarlijks een daling van de uitlaatemissies door het verkeer.⁸

In 2007 waren de PM10-concentraties met ongeveer 10% gedaald t.o.v. 1999.⁷ De verminderde uitstoot (20%) vertaalt zich dus niet in een even sterke daling van de concentraties aan fijn stof in de lucht (10%). Dat heeft te maken met het feit dat alleen de uitstoot van primair stof wordt gemeten, fijn stof dat dus rechtstreeks in de lucht komt. Het secundaire stof, dat zich later door chemische reacties in de atmosfeer vormt, draagt natuurlijk

ook bij tot de concentratie. Bovendien speelt ook het weer een belangrijke rol. Op dagen met weinig wind en temperatuurinversie krijg je pieken in de concentratie van fijn stof. Ten slotte blijkt de uitstoot van (diesel)wagens in de praktijk hoger te zijn dan in theorie. Een EURO 4-persoonswagen (die sinds 1/1/2005 op de markt is) stoot in realistische rijomstandigheden quasi evenveel stikstofoxiden uit als een EURO 1-wagen (die ouder is dan 10 jaar). En die stikstofoxiden zijn net stoffen die zorgen voor de vorming van secundair fijn stof.⁹ De vermindering van de uitstoot is dus zeker positief, maar inzake gezondheidseffecten is een vermindering in de concentraties belangrijker.

3.4. Halen we de toekomstige normen voor PM10 en PM2,5?

De PM10-concentratie wordt gemeten sinds 1996. Tot het begin van de jaren 2000 was er een dalende trend. De laatste jaren is die trend echter minder uitgesproken. Volgens een rapport van IRCEL zal Vlaanderen (op basis van gegevens over het verwachte beleid in 2006) in 2010 in stedelijke gebieden de Europese daggemiddelde norm voor PM10 niet halen. In drukke smalle straten (de zogenaamde *streetcanyons*) zal Vlaanderen zelfs in 2015 deze norm niet halen. Om in 2011, wanneer het uitstel bij de Europese Commissie (als dat wordt toegestaan) afloopt, de daggrenswaarde te halen, zullen volgens IRCEL extra maatregelen nodig zijn.¹⁰

PM2,5 wordt nog maar gemeten sinds 2000. In 2007 werd de concentratie PM2,5 op zeven plaatsen in Vlaanderen gemeten. De jaargemiddelde grenswaarde van 25µg/m³ in 2015 lijkt op basis van de jaargemiddelden van 2007 nipt haalbaar. Maar in drukke smalle straten haalt Vlaanderen volgens IRCEL niet de toekomstige jaargemiddelde norm voor PM2,5. De concentraties liggen bovendien in het algemeen dubbel zo hoog in wagens als op de weg.¹⁰ Al gelden de Europese normen alleen in de open lucht, voor de gezondheid van de bestuurders is dit natuurlijk wel relevant.

3.5. Moeten we niet veeleer ultrafijn stof (PM0,1) meten dan PM10 en PM2,5?

De laatste jaren wordt er meer en meer onderzoek gedaan naar de impact van ultrafijn stof of PM0,1 (kleiner dan 0,1 micrometer of 100 keer kleiner dan PM10). Het onderzoek staat nog in de kinderschoenen, maar er zijn toch al aanwijzingen dat deze ultrafijne fractie, die vooral afkomstig is van het diesilverkeer, nog schadelijker is dan PM2,5. Momenteel zijn er nog geen EU-normen voor PM0,1 en wordt ultrafijn stof nog niet systematisch gemeten. Om PM0,1 te meten zijn immers andere meettechnieken nodig. Vast staat wel dat maatregelen om de PM2,5-concentraties te doen dalen, zoals bv. de installatie van roetfilters bij dieselwagens, ook voor een daling van de ultrafijne stofdeeltjes zullen zorgen.

3.6. WHO-normen versus Europese normen

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) is er geen veilige drempelwaarde voor fijn stof. Elke concentratie is volgens de organisatie schadelijk, maar hoe langer de blootstelling duurt en hoe hoger de concentratie, hoe schadelijker. In een advies van 2005 gaf de WHO richtwaarden aan voor jaargemiddelde concentraties van 10 µg/m³ voor PM2,5 en 20 µg/m³ voor PM10. Dat betekent dat ze die waarden als de grens beschouwt waaronder de gezondheidsrisico's 'klein' zijn, maar dus niet onbestaande.¹¹

De Europese normen zijn dus heel wat minder streng dan de WHO-normen. Hoe komt dat? Bij het opstellen van Europese normen tracht men een evenwicht te vinden tussen de maatschappelijke gezondheidskosten van de uitstoot en de economische kosten van de

maatregelen om die uitstoot terug te dringen.¹ De Europese Unie ging bij het bepalen van de normen uit van de vraag: welke norm kunnen we aan de 27 lidstaten opleggen om op de meest kostenefficiënte manier de best mogelijke luchtkwaliteit voor de bevolking te realiseren? Hiervoor werd een uitgebreide kosten-batenanalyse gemaakt. Die analyse vergelijkt de economische kosten die nodig zijn om de uitstoot te beperken (bv. de installatie van roetfilters) met de opbrengsten (bv. een vermindering van de uitgaven in de ziekteverzekering). Op basis van die analyse maakte de EU een politieke afweging en werden haalbare normen vastgelegd.

3.7. Evaluatie van de Europese normen

Volgens epidemioloog professor Tim Nawrot moet het beleid zich richten op de WHO-normen. ‘De Europese normen zijn te sterk afgezwakt door economische belangen. Oorspronkelijk had Europa de ambitie om een maximumgrens van 20 µg/m³ vast te leggen als jaargemiddelde voor PM10. Dat is later door lobbywerk van de industrie en transportsector afgezwakt tot 40µg/m³. Dat is wel een enorm verschil. De Nederlandse epidemioloog professor Bert Brunekreef noemt de relativering van de fijnstofnorm een “bedreiging voor de volksgezondheid” omdat het halen van de normen voor een vals veiligheidsgevoel zorgt.’¹²

Tim Nawrot: ‘Voor mij gelden alleen de WHO-normen. Als we de Europese normen halen – en die halen we niet eens – zitten we nog altijd met een ernstig gezondheidsprobleem. Je ziet bv. al een duidelijke toename van het risico op onder meer longkanker en hart- en vaatziekten bij een stijging van de PM2,5-concentratie van 10 naar 15µg/m³.¹³ Er is dus eigenlijk geen veilige drempel.’

‘De Europese norm voor PM2,5 zullen we waarschijnlijk wel halen. Maar in de VS gelden veel strengere normen voor PM2,5. In plaats van het jaargemiddelde van 25µg dat wij moeten halen in 2015, geldt daar een norm van 15µg, in Californië is dat zelfs 12µg.’

Bram Claeyns, beleidsmedewerker bij de Bond Beter Leefmilieu, wijst erop dat België in Europa geen voortrekker is voor strenge normen. ‘België heeft in het verleden gepleit voor mogelijkheden om van de norm af te wijken of om uitstel te krijgen om de norm te halen. Die zijn ook in de reglementering ingebouwd. Zo wordt het natuurlijk fijn stof niet in rekening gebracht bij de beoordeling. Het risico bestaat dat je daardoor de gezondheidseffecten onderschat. Studies die de gezondheidseffecten van fijn stof onderzoeken, maken dat onderscheid immers niet.’

‘Europese burgers hebben overal in Europa hetzelfde fundamentele recht op gezondheid. In het Pact 2020, dat de Vlaamse regering en alle maatschappelijke groepen in februari 2009 hebben ondertekend, staat trouwens dat Vlaanderen in 2020 inzake milieukwaliteit even goed wil scoren als andere Europese economische topregio’s.¹⁴ Het kan best zijn dat Vlaanderen om de kloof met de WHO-normen te overbruggen, meer maatregelen zal moeten nemen dan bv. de Scandinavische landen. Volgens minister Crevits kun je niet verwachten dat de lucht hier even helder wordt als in de Noorse fjorden, omdat dit onze economie te gronde zou richten. Wij zijn het daar niet mee eens. Als je een kosten-batenanalyse maakt, blijkt dat de investeringen zichzelf meer dan terugverdienen. Dat blijkt onder andere uit de impactevaluatie *Thematische Strategie Lucht* van de Europese Commissie,¹⁵ die voor elk land een vergelijking gemaakt heeft tussen de kosten om het luchtkwaliteitsbeleid uit te voeren en

de opbrengsten daarvan voor de gezondheid, minder ziektekosten bijvoorbeeld, en voor de economie, minder afwezigheden en dergelijke.’

‘De Europese normen zijn volgens ons niet ambitieus genoeg. Het risico is groot dat het beleid zal stilvallen wanneer we de Europese norm halen. Je kunt niet verwachten dat we morgen al de WHO-norm halen van $10\mu\text{g}/\text{m}^3$, maar je moet die wel voor ogen houden en een realistisch tijdspad uittekenen. De minister van Leefmilieu legt er zich bij neer dat we de WHO-norm nooit zullen halen en dat het dus geen zin heeft om die op te leggen. Dat mag je niet doen.’

4. Gezondheidseffecten van fijn stof

4.1. Opname van fijn stof

De gevolgen voor de gezondheid houden verband met de grootte van de partikels. ‘Hoe kleiner de deeltjes, hoe gevaarlijker ze vermoedelijk zijn’, zegt Tim Nawrot. ‘PM10 zet zich vast in de keel en de bovenste luchtwegen. PM2,5 dringt door tot in de grote en kleine takken van de luchtwegen en de kleinste deeltjes – PM0,1 – komen in de longblaasjes en het bloed terecht. Ze kunnen een verminderde longfunctie, bronchitis, hart- en vaatziekten en longkanker veroorzaken. Waarschijnlijk zijn die effecten niet alleen toe te schrijven aan fijn stof maar ook aan andere componenten die zich vastzetten op de stofdeeltjes. Zo spelen zware metalen vermoedelijk een belangrijker rol in de ontwikkeling van kanker dan zand of zeezout bijvoorbeeld.’

4.2. Acute blootstelling en kortetermijneffecten

‘Je moet een onderscheid maken tussen gezondheidseffecten door acute blootstelling en door chronische blootstelling’, stelt Tim Nawrot. ‘In smogperiodes worden mensen acuut blootgesteld aan een hoge concentratie van fijn stof. Dat zorgt voor plotselinge ontstekingsreacties in de longen, een toename van witte bloedcellen en een verdikking van het bloed. En dat geeft aanleiding tot een hogere sterfte bij mensen met een hartziekte of een longaandoening. Let wel: de pieken van fijn stof zijn niet de directe oorzaak van de sterfte. Ze bevorderen wel het optreden van complicaties bij mensen die al ziek zijn. De acute blootstelling aan fijn stof komt bovenop een zwak hart, aangetaste longen of bloedvaten die al dichtgeslibd zijn. Je kunt het vergelijken met een plotselinge zware inspanning, een zware maaltijd of in een rokerig café zitten.’

‘Als je de dagelijkse variatie in de luchtverontreiniging koppelt aan schommelingen in het aantal sterftegevallen en ziekenhuisopnames, blijken er significant meer overlijdens en opnames door respiratoire aandoeningen en hart- en vaatziekten te zijn tijdens fijnstofpieken, vooral in de zomer.¹⁶ In vergelijking met traditionele risicofactoren als roken en voeding blijft de bijdrage van luchtverontreiniging aan de totale sterfte van de bevolking weliswaar beperkt. Maar toch is het aantal sterfgevallen dat wordt toegeschreven aan fijn stof aanzienlijk. We becijferden dat in Vlaanderen jaarlijks 630 mensen sterven als de fijnstofconcentratie boven $20\mu\text{g}/\text{m}^3$ uitkomt, ten gevolge van acute effecten van fijn stof dus.’

Volgens Nawrot is er geen twijfel meer mogelijk over het oorzakelijk verband tussen fijn stof en gevolgen voor de gezondheid. Dat blijkt ook uit de gunstige effecten bij een verminderde luchtverontreiniging. ‘Zo heeft men bv. vastgesteld dat het aantal ziekenhuisopnames en sterfgevallen gevoelig daalde tijdens een langdurige staking van de staalindustrie in de

Utahvallei in de VS,¹⁷ en dat er in Atlanta 40% minder acute opnames voor astma bij kinderen waren toen het stadsverkeer aan banden werd gelegd tijdens de Olympische Spelen van 1996.’¹⁸

4.3. Chronische blootstelling en langetermijneffecten

Naast het kortetermijneffect is er een langetermijneffect door chronische blootstelling. Blootstelling aan fijn stof van het begin tot het einde van je leven maakt dat je vroeger sterft of een aantal gezonde levensmaanden verliest. We zijn gevoeliger voor fijn stof bij het begin en het einde van ons leven. Tim Nawrot: ‘Stel dat je moeder langs een drukke weg woonde of rookte, dan heb je een grotere kans om vroeger te sterven doordat je van bij je geboorte een verminderde longfunctie hebt.’

De langetermijneffecten van fijn stof zijn veel minder onderzocht dan de directe gevolgen. Wel zijn er enkele epidemiologische studies, vooral uit de VS, die gedurende een lange tijd grote groepen mensen opvolgden en nagingen of mensen die meer blootgesteld waren aan fijn stof eerder bepaalde ziekten ontwikkelden dan anderen. Een belangrijk onderzoek in dat verband is dat van de American Cancer Society (ACS).¹⁹ Tim Nawrot: ‘ACS heeft tijdens een studie van 1982 tot 1998 500.000 personen gevolgd in 51 Amerikaanse gebieden en bestudeerd hoe de woonplaats van mensen een aantal doodsoorzaken kon voorspellen. De onderzoekers stelden vast dat je per stijging van de PM_{2,5}-concentratie met 10 µg/m³ 9% meer risico had om te sterven aan een hartaandoening en 14% meer risico om te sterven aan longkanker. De studie hield rekening met individuele risicofactoren die verband houden met deze ziekten en deze resultaten zouden kunnen beïnvloeden zoals leeftijd, sociale klasse, rookgewoonten, BMI, alcoholgebruik, voedingsgewoonten, beroep enz. Let wel: het effect van roken is nog tien keer groter dan dat van luchtverontreiniging. Je hebt vijftien keer meer risico om aan longkanker te sterven als je rookt.’

‘In Europa hebben we dergelijke grootschalige studies niet, maar op basis van het ACS-onderzoek is er voor de verschillende Europese landen wel een schatting gemaakt van het aantal maanden levensverkortening dat je kunt toeschrijven aan luchtverontreiniging. Volgens het rapport Clean Air For Europe²⁰ van 2005 leven we in Vlaanderen gemiddeld 13,2 maanden minder lang door chronische blootstelling aan fijn stof. Dat is het hoogste cijfer in Europa. Het Europese gemiddelde is acht maanden, Zweden scoort het beste met slechts drie maanden levensverkortening.’

‘De ACS-studie toont ook een overduidelijk verband tussen hogere concentraties fijn stof en een frequenter overlijden door hart- en longziekten. Op basis van de gegevens uit deze studie schatten we dat je in Vlaanderen jaarlijks 1721 sterfgevallen ten gevolge van hart- en longziekten en 317 door longkanker kunt vermijden als de PM_{2,5}-concentratie gemiddeld slechts 15 µg/m³ zou bedragen. In het centrum van Brussel en Antwerpen schommelen de PM_{2,5}-concentraties momenteel rond de 25 µg/m³.’

4.4. Verkeer en gezondheid

Recent onderzoek geeft aan dat de PM₁₀-concentratie op zich geen goede maat is voor luchtverontreiniging door het verkeer, zegt Tim Nawrot. ‘De concentratie van PM_{2,5} en PM₁ of nog kleinere deeltjes is waarschijnlijk een betere maatstaf voor de gezondheidseffecten. Vlak naast een weg kan de concentratie van PM₁₀ nauwelijks verhoogd zijn, maar de concentratie van kleinere fracties wel. De omvorming van uitlaatgassen tot fijn stof gebeurt

vaak op grotere afstand. Verder van de weg gaan kleinere fracties aan elkaar klitten, waardoor ze overgaan in PM_{2,5} en PM₁₀. Het verkeer stoot bovendien meer ultrafijn stof uit (PM_{0,1}), dat nog niet systematisch gemeten wordt. En het stoot nog andere stoffen uit die kankerverwekkend zijn, zoals benzeen en PAKs. Meer en meer blijkt uit onderzoek dat de afstand tot grote verkeersassen een betere voorspeller voor chronische gezondheidseffecten is dan fijnstofconcentraties.’

‘Zo bleek uit een recent Amerikaans onderzoek dat er een verminderde longontwikkeling is bij kinderen die op minder dan 500 m van een drukke snelweg woonden in vergelijking met kinderen die op meer dan 1500 m afstand woonden.²¹ Ook in Canada is een belangrijke studie gedaan naar de impact van wonen langs een drukke weg. Van 1992 tot 2001 werden 5228 mensen van ouder dan 40 jaar opgevolgd in Ontario en daaruit bleek dat mensen die dicht bij een belangrijke verkeersweg woonden gemiddeld 2,5 jaar minder lang leefden.²² Fijnstofmetingen zijn dus niet altijd voldoende als parameter. Het kan zijn dat de metingen van PM₁₀ voor de Oosterweelverbinding geen verhoogde gezondheidsrisico’s voorspellen, maar een belangrijker vraag is of dit ook opgaat voor de concentratie van PM_{0,1} of dieselroet.’

5. Evaluatie van maatregelen tegen fijnstofuitstoot door verkeer

5.1. Beleidsplannen

Eind 2005 maakte toenmalig Vlaams minister van Leefmilieu Kris Peeters het Vlaams actieplan fijn stof over aan de Europese Commissie.²³ Dat gebeurde in opvolging van de Europese richtlijn van 1999⁴, die stelde dat er twee jaar na het meten van overschrijdingen van de normen een saneringsplan moest worden ingediend. In 2003 waren door de ongunstige weeromstandigheden – een droge en warme zomer – quasi overal in Vlaanderen overschrijdingen gemeten. De maatregelen richten zich enerzijds naar alle sectoren in Vlaanderen – industrie, wegverkeer, scheepvaart, huishoudens, tertiaire sector, land- en tuinbouw – en anderzijds naar specifieke plaatsen met een verhoogde concentratie of zogenaamde hotspots, met name industriële sites, steden en gemeenten en snel- en gewestwegen.

In uitvoering van het Vlaamse fijnstofplan werden meer specifieke actieplannen ontwikkeld, gericht op locaties met verhoogde concentraties. Zo werd een plan ontwikkeld met betrekking tot de industriële hotspotzones, meer bepaald de Gentse kanaalzone, Roeselare, Oostrozebeke en Ruisbroek.²⁴ Ook is er een actieplan specifiek voor Antwerpen en de Antwerpse haven.²⁵ Daarnaast zijn in vele Vlaamse steden en gemeenten luchtkwaliteitsinitiatieven en -plannen in ontwikkeling en in uitvoering.

In oktober 2008 diende Vlaams minister van Leefmilieu Hilde Crevits bij de Europese Commissie een aanvraag in voor uitstel om aan de normen voor PM₁₀ te voldoen.²⁶ Volgens de Europese richtlijn kunnen lidstaten tot 2011 uitstel vragen als ze aantonen dat ze alle nodige maatregelen nemen om de normen in de toekomst te halen. Volgens de aanvraag van de minister is het niet halen van de normen o.a. ‘te wijten aan locatiespecifieke dispersiekenmerken, ongunstige klimaatomstandigheden of grensoverschrijdende inputs’.

Volgens Bram Claeys van de Bond Beter Leefmilieu is het goed dat er een Vlaams actieplan is en hebben de hotspotplannen de verdienste dat ze de belangrijkste bronnen van fijn stof goed in kaart brengen. Maar in het algemeen zijn de beleidsplannen niet ambitieus genoeg. ‘Enerzijds maken Vlaanderen en België te weinig werk van een ambitieus Europees fijnstofbeleid. Europa is voor ons land te veel een externe factor. Vlaanderen ziet Europa te veel als een beleidsniveau waarop het toch geen invloed kan hebben en waarvan het de beslissingen dus moet ondergaan. Het Europees beleid wordt echter ook door de lidstaten opgesteld, in de Raad en het Parlement. Ons land zou meer moeten ijveren voor strengere productnormen voor voertuigen. Anderzijds maken de plannen geen werk van een vermindering van het wegverkeer. Ons land probeert de trend van het toenemende wegverkeer wat af te remmen, maar het blijft nog altijd wachten op een beleid dat ervoor zorgt dat er minder met de auto gereden wordt en meer met het openbaar vervoer. Op die manier ga je de fijnstofuitstoot nooit onder controle krijgen.’

‘Niet alle maatregelen zijn genomen om een uitstelaanvraag te verantwoorden. Als Vlaanderen vijf jaar geleden de politieke moed had gehad om structurele maatregelen te nemen om het wegverkeer te verminderen, zou de blootstelling vandaag in ieder geval heel wat lager zijn geweest. Als toen al was beslist om een slimme kilometerheffing in te voeren en zoals in Nederland subsidies te voorzien voor de installatie van roetfilters bij vrachtwagens, zouden we de normen nu niet zo vaak overschrijden.’

5.2. Evaluatie van specifieke maatregelen

Voor de evaluatie van de maatregelen die genomen of gepland zijn om de uitstoot van fijn stof door het verkeer terug te dringen, vertrekken we grotendeels van het overzicht dat Vlaams minister van Leefmilieu Hilde Crevits opmaakte voor de Europese Commissie. Het overzicht maakte deel uit van de aanvraag voor uitstel om aan de normen voor PM10 te voldoen.²⁶

5.2.1. De ecologiepremie voor de installatie van een roetfilter bij vrachtwagens en de aankoop van Euro V-vrachtwagens

Deze maatregel is in voege sinds juli 2006 en er is een budget van 10 miljoen euro per jaar voor uitgetrokken.

Bram Claeys: ‘Tot eind 2008 werd nauwelijks gebruik gemaakt van de ecologiepremie voor de installatie van een roetfilter bij vrachtwagens omwille van de hoge kostprijs. Aanvankelijk moesten bedrijven 90% van de kosten zelf betalen. De premie is intussen opgetrokken.’ Om succesvol te zijn, zou de maatregel volgens Geert Wets zoals in Nederland het best gekoppeld worden aan zogenaamde *low emission zones*, die vrachtwagens zonder roetfilter de toegang tot bepaalde zones verbiedt. Nederland kampt net als Vlaanderen met een aantal hotspots. Het voert al langer een fijnstofbeleid omdat het fileprobleem er ook groter is. Maar ik zie niet in waarom wij dat niet op dezelfde manier zouden kunnen doen.’

5.2.2. De subsidie van roetfilters voor personenwagens

Deze subsidie geldt sinds januari 2009. Om het installeren van een halfopen roetfilter op een Euro 3-dieselwagen te stimuleren, is er een subsidie van 80% van de totale kostprijs, met een maximumbedrag van 400 euro. In eerste instantie is hier een budget van 2 miljoen euro voor uitgetrokken. Gesloten roetfilters in nieuwe wagens kunnen de uitstoot van fijn stof met 90%

verminderen. Een halfopen roetfilter, die je achteraf in een bestaande wagen inbouwt, vermindert de uitstoot met 30 tot 50%.

De experts noemen dit een goede maatregel. Geert Wets: 'Premies als deze willen ervoor zorgen dat je een ecologisch verantwoord auto krijgt.' Tim Nawrot vraagt zich wel af of de maatregel voldoende effect zal hebben als mensen moeten blijven betalen voor een roetfilter. Geert Wets beaamt dit: 'Als je premie niet hoog genoeg is, zal de maatregel, zeker in tijden van crisis, niet werken – dat leert ons de roetfilterpremie voor vrachtwagens. Als het verschil niet groot genoeg is, moet je al echt overtuigd zijn om voor een milieuvriendelijke wagen te kiezen.'

5.2.3. De aanpassing van de belasting op inverkeerstelling en jaarlijkse verkeersbelasting voor personen- en vrachtwagens

Deze maatregelen zijn nog niet van kracht, maar werden in juni 2006 al wel principieel goedgekeurd door de Vlaamse regering. De hervorming van de belasting voor personenwagens zou gebeuren op basis van de 'ecoscore'. De ecoscore is een maat voor het milieuvriendelijke karakter van een voertuig. De score houdt rekening met de uitstoot van broeikasgassen, zoals koolstofdioxide, en met emissies die een rechtstreekse invloed hebben op de gezondheid, zoals fijn stof, stikstofoxiden, e.a. De regering onderzoekt ook of het haalbaar is om de aankoop van nieuwe wagens met een gesloten roetfilter te stimuleren. Dit zou gebeuren door een substantiële verhoging van de belasting op inverkeerstelling, kortweg BIV, voor nieuwe personenwagens die niet zijn uitgerust met een roetfilter of niet voldoen aan de Euro 5-emissienormen voor fijn stof. De regering zal tot begin 2010 wachten om de verkeersbelasting te hervormen. Op dat ogenblik neemt Vlaanderen de inning van de verkeersbelasting immers over van de federale overheid.

Alle drie de experts vinden dit goede structurele maatregelen. Epidemioloog Tim Nawrot: 'Het is een goede zaak dat zuiniger en milieuvriendelijker voertuigen fiscaal bevoordeeld worden.' Voor mobiliteitsdeskundige Geert Wets is de hervorming van de BIV een prioriteit voor de volgende regering, maar hij zou die combineren met maatregelen om ons wagenpark te vernieuwen. 'Er zijn het voorbije decennium veel voertuigen bijgekomen en er zijn ook veel meer kilometers gereden. De sterke daling in de uitstoot heeft dus vooral te maken met een betere voertuigtechnologie en de vernieuwing van het wagenpark. In tijden van economische crisis zijn mensen echter geneigd om de aankoop van een nieuwe wagen uit te stellen, waardoor oudere vervuilende wagens langer in roulatie blijven. Dit is hét moment om een vernieuwing van het wagenpark te krijgen door subsidies te voorzien voor de aankoop van milieuvriendelijke auto's. Op die manier help je aan de ene kant de autosector, die momenteel met enorme problemen zit, aan de andere kant zorg je ervoor dat vervuilende auto's sneller van de weg verdwijnen.' Bram Claeys vindt het jammer dat de belastingaanpassingen er nog altijd niet zijn. 'In se zijn het wel goede maatregelen, maar alles hangt af van de uitvoering. Vandaag is de BIV gebaseerd op de drijfkracht van de auto: hoe meer pk, hoe hoger de BIV. Eigenlijk is dat is al een vorm van milieugerelateerde belasting want hoe zwaarder de auto, hoe meer hij vervuult – meestal toch. Als de hervorming effect wil hebben, moet de BIV voor auto's met een slechte ecoscore veel hoger zijn dan de BIV voor wagens met een goede score. Het moet mensen voldoende opbrengen om voor een milieuvriendelijke auto te kiezen.'

5.2.4. Een systeem van kilometerheffing voor vrachtwagens

Op 26 oktober 2007 besliste de Vlaamse regering dat er een kilometerheffing komt voor vrachtwagens. De regering zou zich daarvoor laten inspireren door het Duitse model. De heffing in Duitsland is gebaseerd op het type vrachtwagen, de belasting op het milieu, het aantal gereden kilometers en de plaats en het tijdstip van de verplaatsing. In tegenstelling tot Duitsland – waar de heffing beperkt is tot de autosnelwegen – zou ons land ze op het hele wegennet invoeren om sluipverkeer tegen te gaan. Om de concurrentiekracht van de transportsector te vrijwaren, wil de Vlaamse regering de heffing invoeren in samenspraak met de federale overheid en de andere gewesten, en streeft ze naar een gelijktijdige invoering in de hele Benelux.

Zowel Bram Claeys als Geert Wets is van oordeel dat een kilometerheffing niet alleen moet gelden voor vrachtwagens maar voor alle verkeer. Bram Claeys: ‘Het beleid moet ervoor zorgen dat mensen minder met de auto rijden en meer met het openbaar vervoer. Vlaanderen gaat de belangrijkste maatregel die daarvoor kan zorgen uit de weg. Een zogenaamd slimme kilometerheffing zorgt ervoor dat weggebruikers betalen voor de verplaatsingen die ze doen afhankelijk van het tijdstip, de plaats en het type voertuig.’ Ook Geert Wets vindt de kilometerheffing een goed instrument om mensen te stimuleren om elke verplaatsing op het beste moment van de dag en met het meest geschikte vervoermiddel te doen. ‘Je moet mensen er bewust van maken dat mobiliteit een schaars goed is. Een kilometerheffing hoeft hen niet te beperken in hun activiteiten. Als je vindt dat het een te grote belasting is voor sommige mensen, kun je voor de sociaal zwakkere groepen kortingen voorzien – dat doet de overheid nu ook met haar sociale tarieven voor water, gas en elektriciteit. Als overheid moet je ervoor zorgen dat iedereen toegang heeft tot een basismobiliteit, maar je mag die groepen niet het signaal geven dat mobiliteit gratis is en dat ze zoveel mogen consumeren als ze willen.’

Op 23 april 2009 maakte Vlaams minister-president Kris Peeters bekend dat hij de invoering van de kilometerheffing voor vrachtwagens, die voorzien was voor eind 2011, wil uitstellen. Voor Bram Claeys is dit uitstel onaanvaardbaar: ‘De minister-president verwijst naar de beslissing van de Nederlandse regering om de invoering uit te stellen, maar die beslissing heeft te maken met de heffing voor personenwagens. Dat verband is er in Vlaanderen niet. Het Vlaamse systeem moet compatibel zijn met dat in de andere gewesten. Maar internationaal kunnen wij ons net zo goed aansluiten bij Duitsland, waar het rekeningrijden voor vrachtwagens al drie jaar is ingeburgerd.’

5.2.5. Een snelheidsbeperking bij smogalarm

Op bepaalde delen van de autosnelwegen en ringwegen in ons land geldt bij smogalarm een snelheidsbeperking. Het gaat om plaatsen waar de bevolking is blootgesteld aan overschrijdingen van de Europese norm voor fijn stof. Deze locaties zijn gebaseerd op een onderzoek van de Vlaamse overheid.²⁷ Het smogalarm en de snelheidsbeperking worden afgekondigd wanneer gedurende minstens twee opeenvolgende dagen een daggemiddelde PM10-concentratie van 70 µg/m³ of meer wordt voorspeld.²⁸ Deze maatregel is in voege sinds 2007 en werd sindsdien al vier maal afgekondigd. De Vlaamse overheid werkt hiervoor samen met de Intergewestelijk Cel voor het Leefmilieu (IRCEL). Volgens Frans Fierens van IRCEL zijn de snelheidsbeperkingen geen wondermiddel, maar hebben ze wel degelijk effect. ‘Een dieselauto stoot per afgelegde km 25 tot 30% minder dieselroet uit als je 30 km/u trager rijdt. Net dat stof (vooral dieselroet dat in de kleinste fracties zoals PM2,5 en PM0,1 zit) heeft gevolgen voor de gezondheid.’²⁹

Volgens de drie deskundigen die we raadpleegden, is de impact van de snelheidsbeperking beperkt en heeft de maatregel vooral de verdienste dat hij de automobilisten sensibiliseert. Tim Nawrot: ‘Mensen zijn zich hierdoor veel meer bewust geworden van het gevaar van fijn stof. Het is belangrijk dat de bevolking beseft dat er ook iets van haar wordt verwacht om het probleem op te lossen.’ De BBL zou de snelheidsbeperking veralgemenen. Bram Claeys: ‘Wij zijn voorstander van een permanente snelheidsverlaging op de snelwegen. Dat zou zowel de uitstoot van fijn stof verminderen als de doorstroming en de veiligheid van het verkeer verbeteren. Volgens een recente studie van Transport & Mobility Leuven³⁰ zou een snelheidsverlaging tot 100 km/u de uitstoot van fijn stof door het autoverkeer met 33% doen dalen en jaarlijks 68 mensenlevens kunnen redden.’

5.2.6. Het actieplan milieuzorg in het voertuigenpark van de Vlaamse overheid

Dit actieplan werd ontwikkeld voor de periode 2007-2010 ontwikkeld en houdt verschillende maatregelen in. Zo voorziet het plan in gratis openbaar woon-werkverkeer voor ambtenaren. 85% van de Vlaamse ambtenaren komt met het openbaar vervoer naar het werk. Een fietsvergoeding stimuleert bovendien het gebruik van de fiets voor het woon-werkverkeer. Daarnaast koopt de Vlaamse overheid haar voertuigen aan op basis van de ecoscore (zie hoger). Sinds 2008 zijn ecoscorevoorwaarden opgenomen in het standaardbestek van de aankoopdienst van de Vlaamse overheid. En ten slotte – en dat is het belangrijkste onderdeel van dit actieplan – is de zorg voor het milieu een permanent aandachtspunt voor de Vlaamse openbare vervoersmaatschappij De Lijn. Die duurzame aanpak is bekrachtigd in het Charter voor Duurzame Ontwikkeling van de wereldfederatie van de openbaarvervoerbedrijven UITP, dat De Lijn in 2004 ondertekende.³¹ Sinds 2006 beantwoordt elke nieuwe bus die De Lijn aankoopt aan de Euro V-norm. De Lijn is daarmee een voorloper, want de norm wordt pas op 1 september 2009 verplicht. De vervoersmaatschappij vernieuwt regelmatig haar motoren en test ook geregeld nieuwe milieuvriendelijke technologieën en alternatieve brandstoffen. Zo rijden meer dan 2000 bussen al op een mengsel van biodiesel en gewone diesel. De Lijn kocht al 79 hybride voertuigen. Op 18 juni 2007 nam De Lijn een hybride bus op waterstof in gebruik. Eind 2009 zullen 1590 van de 2300 bussen van De Lijn uitgerust zijn met een roetfilter. Bij de overige 710 bussen is dit echter technisch niet mogelijk. Bovendien worden 1200 à 1300 bussen van De Lijn door exploitanten uitgebaat. Quasi geen enkele van deze bussen heeft een ingebouwde roetfilter.³² Onlangs besliste de raad van bestuur van De Lijn wel om naast arbeidsvoorwaarden ook milieuvriendelijkheid toe te voegen aan de besteksvoorwaarden voor externe exploitanten.

Alle drie de experts zijn positief over de vooruitgang die De Lijn in de voorbije legislatuur heeft geboekt. Geert Wets: ‘Voor de leefbaarheid van de steden is het erg belangrijk dat De Lijn haar oude vervuilende dieselmotoren stelselmatig vervangt.’ Voor Bram Claeys is er nog een tweede reden: ‘De Lijn heeft een voorbeeldfunctie. Als je een breder draagvlak voor het openbaar vervoer wilt, mogen mensen bussen niet associëren met milieuvervuiling en ongezonde roetdampen in hun straat.’

5.2.7. Optimalisatie van de verkeerssignalisatie met het oog op een dynamisch verkeersmanagement

Er lopen in Vlaanderen verschillende pilootprojecten inzake verkeersgeleiding waarbij zowel de verkeersdoorstroming als de luchtkwaliteit baat hebben. Zo startte in 2007 een

pilootproject 'dynamisch verkeersmanagement' op de ring rond Antwerpen. Volgens mobiliteitsexpert Geert Wets is dynamisch verkeersmanagement eigenlijk een technologisch verbeterde versie van blokrijden, die de doorstroming van het verkeer verbetert. 'Het is een goede maatregel die op bepaalde trajecten en op bepaalde momenten van de dag kan werken. Met name waar en wanneer ons wegennet verzadigd is. Maar die plaatsen en momenten zijn eigenlijk relatief beperkt. Het is dus niet nodig om dit op het hele wegennet in te voeren.'

5.2.8. Een campagne om het ROB-rijden te bevorderen

ROB staat voor Rustig Op de Baan. Wie ROB is, past zijn rijstijl aan, voor een betere leefomgeving én een veiliger verkeer.³³ De campagne voor energiezuinig en milieuvriendelijk rijden werd gepromoot door een grootschalige campagne met radiospots, stickers, brochures en wedstrijden... en krijgt de steun van de drie experts.

5.2.9. Het Mobiliteitsplan Vlaanderen

Het Mobiliteitsplan Vlaanderen werd op 17 oktober 2003 al principieel goedgekeurd door de vorige Vlaamse regering. Dit plan beoogt een 'duurzame mobiliteit' in Vlaanderen. Het wil met een geïntegreerde aanpak de mobiliteit beheersen, de milieuvervuiling en milieuhinder terugdringen en de bereikbaarheid en leefbaarheid van steden en dorpen garanderen.³⁴ Op het vlak van milieu beoogt het plan een verminderde impact van de mobiliteit op de luchtkwaliteit. Het duurzame scenario in het plan streeft naar een vermindering van het aantal autoverplaatsingen in 2010 met circa 10% ten opzichte van een te verwachten trendmatige ontwikkeling van de mobiliteit. Het aantal verplaatsingen met het openbaar vervoer zou toenemen met 20%, het aantal verplaatsingen met de fiets zou stijgen met 35%. Het plan wil het aantal reizigerskilometers met de auto met 17% doen dalen en het aantal reizigerskilometers bij het openbaar vervoer zou met 16% moeten toenemen. Voor het goederenvervoer neemt het aantal tonkilometer nog toe met 35%. Ten opzichte van een trendmatige ontwikkeling wordt deze groei voor een belangrijk deel opgevangen door het spoor en de binnenvaart en een verbetering in de efficiëntie van het wegvervoer. Het aantal tonkilometer over de weg daalt dan ook met 7 % in het duurzame scenario ten opzichte van het trendscenario. Het Vlaamse mobiliteitsbeleid werd verder uitgewerkt in diverse deelplannen als het Totaalplan Fiets, het Pegasusplan, het Masterplan Antwerpen (zie verder), het Diaboloproject, het Gewestelijk Expresnet (GEN), het Spartacusplan en het Verkeersveiligheidsplan.³⁵ Het mobiliteitsplan loopt over de periode 1999-2012 en kost 19,5 miljard euro (excl. de investeringen voor het GEN en het Diaboloproject).

Het Totaalplan Fiets is in oktober 2002 door de Vlaamse administratie en tekent het fietsbeleid uit voor de komende tien jaar. Het Pegasusplan wil de mobiliteit, en meer in het bijzonder het openbaar vervoer, in en om de grote Vlaamse steden organiseren en loopt van 2003 tot 2025.³⁶ Met het Diaboloproject investeert de NMBS in nieuwe verbindingen waardoor reizigers rechtstreeks en sneller naar de luchthaven kunnen sporen.³⁷ De timing van het project is 2007-2012. Er werd ook een algemeen vervoersconcept ontwikkeld voor de zone rond Brussel, het zogenaamde Gewestelijk Expresnet (GEN). Het GEN zorgt op termijn voor een aanbod van snelle voorstedelijke verbindingen per trein, tram en bus in een straal van ongeveer 30 km rond de hoofdstad. Dit plan loopt van 2004 tot 2016. Het Spartacusplan ten slotte, voorziet in verschillende sneltramlijnen die vertrekken vanuit Hasselt. Voorlopig zijn er verbindingen uitgetekend met Maastricht, Maasmechelen en Lommel.

Bram Claeys vindt dat het Mobiliteitsplan Vlaanderen verdienstelijk is maar niet ver genoeg gaat. Zo biedt het plan geen antwoord op de uitdaging om de stijgende trend in het wegverkeer om te buigen. ‘Het absolute aantal gereden autokilometers moet omlaag en de grootste vermindering kun je realiseren in het personenverkeer. Een betere ruimtelijke ordening, het aantrekkelijk maken van de stadscentra en een beter uitgebouwd openbaar vervoer moeten de steden gemakkelijker bereikbaar maken met tram, bus en fiets. Dergelijke maatregelen kunnen een grote impact hebben als je ze combineert met een kilometerheffing die het voor de bestuurders aantrekkelijk maakt om de auto te laten staan. De files worden veroorzaakt door 5 à 6% van de auto’s. Als je het personenvervoer met 20% kunt verminderen, trek je het verkeer vlot en heb je meteen heel wat minder fijn stof. De auto is een stuk van onze vrijheid, maar een groot deel van de verplaatsingen kun je perfect met een ander vervoermiddel doen zonder dat je comfort verliest. Integendeel: rustig op de trein kunnen lezen vind ik heel wat comfortabeler dan in de file staan.’

Volgens Geert Wets is het niet realistisch om het aantal gereden autokilometers drastisch te verminderen. ‘Andere landen slagen daar evenmin in. Ondanks alle inspanningen blijkt de burger erg gehecht aan zijn auto. Een kilometerheffing is een stimulans om de auto vaker te laten staan. Maar rekeningrijden alleen gaat die verschuiving van de auto naar het openbaar vervoer niet kunnen bewerkstelligen. Zo’n verschuiving veronderstelt dat mensen anders gaan leven en dat is niet zo evident. De auto is nu eenmaal superflexibel om ergens te komen. Het is ook niet meer kostenefficiënt om het openbaar vervoer zo uit te bouwen dat je voldoende mensen kunt overtuigen om hun auto te laten staan. Je hebt een mix van maatregelen nodig, zoals ecologisch verantwoorde wagens – ik denk dan aan hybride auto’s en uiteindelijk ook waterstofwagens – formules van autodelen, telewerken enz. Je mag je niet uitsluitend richten op een verschuiving.’

5.2.10. *Het Masterplan Antwerpen*

Het Masterplan Antwerpen bevat een overzicht van de geplande infrastructuurwerken voor de agglomeratie Antwerpen. Op 15 december 2000 gaf de vorige Vlaamse regering haar akkoord voor de uitvoering van het Masterplan en de projecten die eruit voortvloeien. Het Masterplan Antwerpen streeft naar een duurzame mobiliteit door een aanpassing van de infrastructuur van wegen (Oosterweelverbinding, Leien, Groene Singel), openbaar vervoer (heraanleg stadsboulevards en verlenging van tramlijnen) en waterwegen (Albertkanaal, sluisen). Bij de uitwerking en uitvoering van plannen en projecten in de regio moet rekening worden gehouden met de effecten van het verkeer op de luchtkwaliteit. Specifiek voor het havengebied bevat het tussentijds strategisch plan voor de Haven van Antwerpen een toekomstbeeld van hoe de haven in de toekomst kan ontwikkelen. Dit plan stelt een duurzame verdeling van het goederenvervoer voorop (zie kader 2). Voor de bedenkingen van de experts bij het Masterplan Antwerpen verwijzen we naar de evaluatie van enkele globale ontwikkelingen onder punt 5.3.

Tabel 1

Verdeling goederenvervoer Haven van Antwerpen

	Binnenvaart	Spoor	Weg
Geheel van de haven	45%	20%	35%
Containervervoer	40%	20%	40%

5.2.11. Ondersteuning van steden en gemeenten

Het betreft hier twee maatregelen. Enerzijds krijgen gemeenten subsidies voor de aankoop van milieuvriendelijke voertuigen. Anderzijds stelt de Vlaamse overheid het stratenmodel *CAR Vlaanderen* ter beschikking van steden en gemeenten.³⁸ CAR staat voor *calculation of air pollution from road traffic*. Met het model kunnen steden en gemeenten de impact van het verkeer op de plaatselijke luchtkwaliteit simuleren. In smalle straten met aaneengesloten hoge bebouwing heb je het fenomeen van de zogenaamde *streetcanyons*. De concentratie fijn stof is er ten gevolge van het verkeer erg hoog in vergelijking met op een open weg. De gemeenten kunnen ook de impact van enkele maatregelen, zoals snelheidsbeperkingen, nagaan. Dit model is ontwikkeld in 2006 en is gratis te consulteren via de website van de Vlaamse overheid.

5.2.12. Een Vlaams impulsprogramma voor een emissiearme binnenvaart

Het Vlaamse impulsprogramma voor een emissiearme binnenvaart is opgezet voor de periode 2007 – 2011 en omvat ondermeer een steunregeling voor de plaatsing van een nieuwe emissiearme motor in een nieuwbouwschip en de ombouw van een bestaande scheepsdieselmotor. In het kader van het Actieplan voor de Haven van Antwerpen voorziet zowel de Vlaamse overheid als het Gemeentelijk Havenbedrijf van Antwerpen acties om het fijn stof terug te dringen.²⁵ Het aandeel van de binnenvaart in de totale uitstoot van fijn stof (PM10) en stikstofoxiden (NO_x) – een voorloper van fijn stof – door transport is echter marginaal. Volgens een rapport van de Vlaamse Milieumaatschappij van 2007 is het wegvervoer verantwoordelijk voor ongeveer twee derde van de uitstoot. Het aandeel van de (binnenlandse en internationale) zeevaart is ook aanzienlijk. De zeevaart is goed voor respectievelijk 31% (PM10) en 21% (NO_x) van de uitstoot. De binnenvaart slechts voor enkele procenten.³⁹ Daarom besteden we in het kader van deze evaluatie verder geen aandacht aan het Vlaamse impulsprogramma voor een emissiearme binnenvaart.

Belangrijker in dit verband is de uitstoot van zeeschepen. Meer dan de helft van de zeevaartemissies wordt immers geproduceerd in de Vlaamse havens. Aangezien de zeevaart in volle expansie is, is een meer doorgedreven beleid om de emissies van de zeevaart te beperken noodzakelijk, stelt het rapport. Zo'n beleid moet echter internationaal zijn zodat dezelfde technische vereisten worden opgelegd voor alle schepen en de verschillende concurrerende havens.³⁹

5.3. Evaluatie van enkele globale ontwikkelingen

In dit onderdeel van de evaluatie bekijken we enkele globale ontwikkelingen met een belangrijke impact op de evolutie van de concentratie van fijn stof in de toekomst.

5.3.1. Winst in terugdringen uitstoot deels tenietgedaan

Door een betere voertuigtechnologie en overheidsmaatregelen zijn de uitlaatemissies door het verkeer in de tweede helft van de jaren negentig gedaald. Maar de laatste jaren is die daling wat stilgevallen. De gunstige evolutie wordt deels tenietgedaan door drie factoren. Ten eerste is er een toename van de zogenaamde 'niet-uitlaatemissies' – dit zijn emissies die het gevolg zijn van de slijtage van remmen, banden en het wegdek.³⁹ Ten tweede boeken we minder winst door de toename van het verkeer. In 2006 waren er 3.610.000 wagens ingeschreven in Vlaanderen, dat is 42% meer dan in 1990. Het aantal gereden kilometers steeg in dezelfde periode met 32%. En ten slotte is het aantal dieselwagens op onze wegen sterk toegenomen. In geen enkel ander land kiezen automobilisten zo massaal voor een dieselwagen. Maar liefst

80% van de nieuw verkochte wagens rijdt vandaag op diesel. Door de goedkopere brandstof is het aantal dieselauto's op onze wegen gestegen tot ruim 50% van het wagenpark. In de VS is dat slechts 2%. Ondanks de stelselmatige verbeteringen van dieselmotoren zorgt diesel nog altijd voor hogere concentraties van fijn stof (PM10) en vooral van stikstofdioxide (NO₂, een voorloper van fijn stof) dan benzine.⁴⁰

Tim Nawrot vindt de meeste maatregelen die de voorbije legislatuur zijn genomen op zich wel goed, maar vreest dat ook toekomstige inspanningen maar gedeeltelijk zullen lonen. 'Zolang je het wegennet uitbreidt, ga je meer verkeer aantrekken en zal dit de inspanningen voor een deel tenietdoen. Mij stoort vooral dat diesel sinds de jaren 1970 kunstmatig goedkoop wordt gehouden. En wat ik echt niet begrijp is dat mensen die investeren in een lpg-tank jaarlijks 150 euro extra belasting moeten betalen. Lpg zorgt voor de zuiverste vorm van verbranding, het stoot quasi geen fijn stof, broeikasgassen en benzeen uit.'

Volgens Bram Claeys bestaat er al lang een brede consensus om de accijnzen voor diesel en benzine gelijk te schakelen. Een breed front van maatschappelijke groepen, waaronder de BBL, het VBO, de vakbonden en de transportfederaties, herhaalde die oproep nog eens tijdens de Lente van het Leefmilieu in juli 2008⁴¹, maar een beslissing blijft nog altijd uit. 'Het bedrijfswagenbeleid speelt hier ook een belangrijke rol,' zegt Claeys. 'We zitten in België met hoge loonkosten. Een bedrijfswagen is een handige manier voor bedrijven om werknemers een voordeel te geven dat minder zwaar belast wordt dan een loonsverhoging. Bedrijfswagens hebben gemiddeld krachtiger motoren, zijn vaker dieselwagens en rijden gemiddeld meer kilometers. Die drie dingen zorgen ervoor dat bedrijfswagens bijdragen tot meer fijn stof in de lucht. Je moet dus ook iets doen aan het bedrijfswagenbeleid als je de 'verdieseling' wilt tegengaan.' Geert Wets vult aan: 'Je hoeft de bedrijfswagen niet af te schaffen. In Nederland rijden ook veel bedrijfswagens, maar daar zijn dat vaak kleinere benzinewagens. Het Nederlandse bedrijfswagenbeleid voorziet ook nog eens criteria van duurzaamheid. Als je diesel goedkoper maakt, is het logisch dat bedrijven daarvoor kiezen. Je zou ons systeem van bedrijfswagens perfect kunnen koppelen aan de ecoscore en daar ook fiscale stimuli aan verbinden. Ik zie geen reden waarom je vervuilende dieselwagens nog eens zou moeten subsidiëren.'

5.3.2. Geen verschuiving bij goederenvervoer

Uit het MIRA-T focusrapport van 2007 *Transport. Beleidsaandacht nodig voor milieudruk van lucht- en zeevaart* blijkt dat er het laatste decennium voor het vervoer vanuit de havens naar het binnenland geen verschuiving is opgetreden van het wegverkeer naar milieuvriendelijker vervoersmogelijkheden zoals het spoor en de binnenvaart.³⁹ In 2006 bedroeg het totale aantal tonkilometers 50,13 miljard, een stijging met 65% ten opzichte van 1990. Het goederenvervoer over de weg stond in 2006 voor 39,45 miljard tonkilometers, een groei van 81% ten opzichte van 1990. Globaal gezien blijft het vervoer van goederen over de weg ook de laatste jaren groeien. Het goederenvervoer per spoor is de laatste vijf jaar continu gestegen en bereikte in 2006 een record van 4,06 miljard tonkilometers, dat betekent een groei met 12% in vergelijking met 1990. In 2006 bedroeg het aantal tonkilometers van de binnenvaart 6,63 miljard. Het goederenvervoer over water is ten opzichte van 1990 met 35% gestegen. De laatste vier jaar treedt echter een stabilisatie op. Het aandeel van transport via de weg is in de periode 1990-2006 toegenomen (zie kader 3). Het lijkt een haast onmogelijke opdracht om de streefwaarden te halen die de Vlaamse regering in 2003 vooropstelde in het Mobiliteitsplan Vlaanderen.

Tabel 2

Verdeling goederenvervoer over de weg, het spoor en de binnenvaart ⁴²

	Weg	Spoor	Binnenvaart
1990	72%	12%	16%
2006	79%	8%	13%
2010 (*)	69%	14%	17%

(*) Streefwaarden Mobiliteitsplan Vlaanderen, Beleidsvoornemens (2003), duurzaam scenario

Volgens Toon Wassenberg, raadgever van minister Kathleen Van Brempt, moeten vooral structurele maatregelen, zoals een slimme kilometerheffing, ervoor zorgen dat vrachtwagens properder worden. ‘We zullen altijd met veel vrachtwagens op de weg blijven zitten. 85% van de vrachten die toekomen in Antwerpen krijg je moeilijk op het spoor of de binnenvaart omdat het om afstanden van minder dan 150 km gaat.’

‘De regering moet drastisch investeren in de ontwikkeling van de binnenvaart en betere spoorverbindingen met de havens’, stelt Bram Claeys. ‘Maar dan nog zit je met een probleem. De capaciteit van de binnenvaart en het spoor is gewoon te klein. Een verschuiving in het goederenvervoer heeft zijn grenzen in Vlaanderen. Daar mogen we niet blind voor zijn.’

‘Ook in andere landen blijkt deze verschuiving zeer moeilijk te realiseren’, weet Geert Wets. ‘Voor vrij korte afstanden is het niet evident dat je containers op de binnenvaart of het spoor krijgt, omdat je vaak toch nog eens een vrachtwagen nodig hebt om op je bestemming te raken. Het spoor is beter op langere afstanden, maar dan moet je voor een goede aansluiting zorgen op ander vervoer. En dan zijn er nog de praktische problemen met de binnenvaart. Zo zijn de bruggen op het Albertkanaal momenteel niet hoog genoeg om de nieuwe grotere schepen door te laten. Bovendien is de capaciteit van de binnenvaart te klein. Dit zorgt voor lange wachttijden aan de sluizen. Die problemen kun je gedeeltelijk verhelpen, maar dat kost tijd. De transporteurs moeten echter nù wel een oplossing hebben. Het enige alternatief is dan vaak de weg.’

6. Een geïntegreerd beleid?

Het Vlaamse fijnstofbeleid heeft raakvlakken met verschillende beleidsdomeinen. Leefmilieu, Mobiliteit, Volksgezondheid en Ruimtelijke Ordening zijn de belangrijkste. Een geïntegreerd beleid veronderstelt dat de verschillende departementen echt betrokken zijn bij het beleid en dat er over de grenzen van de beleidsdomeinen heen wordt samengewerkt om een gemeenschappelijke beleidsdoelstelling – in dit geval het terugdringen van de uitstoot van fijn stof door het verkeer – te realiseren. Het veronderstelt ook dat de verschillende departementen met dit doel voor ogen hun beleid op elkaar afstemmen.

We beperken ons in deze evaluatie tot twee belangrijke aspecten van een geïntegreerd fijnstofbeleid. Enerzijds bestuderen we in hoeverre het departement Volksgezondheid betrokken is bij het fijnstofbeleid. Anderzijds bekijken we of de ambitie van de Vlaamse regering om Vlaanderen verder uit te bouwen tot een logistiek distributiecentrum in Europa strookt met het beleid om het fijn stof terug te dringen.

6.1. Betrokkenheid van Volksgezondheid bij het fijnstofbeleid

6.1.1. Overzicht

In een eerste fase brachten we in kaart hoe Volksgezondheid betrokken is bij het fijnstofbeleid. Het volgende overzicht is vooral gebaseerd op een onderhoud met Gerrit Tilborghs, de teamverantwoordelijke milieugezondheidszorg van de Afdeling Toezicht Volksgezondheid (ToVo) van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.

6.1.1.1. Een andere taak

Gerrit Tilborghs geeft vooraf twee algemene overwegingen. ‘Het departement Volksgezondheid heeft in se een andere taak dan de departementen Leefmilieu en Mobiliteit’, stelt hij. ‘Om fijn stof te beperken, moeten er maatregelen worden genomen aan de bron. Die maatregelen mag je niet verwachten van Volksgezondheid. Dat is de taak van Leefmilieu en Mobiliteit. Volksgezondheid houdt de vinger aan de pols in verband met de impact op de gezondheid en signaleert problemen.’

‘Je moet er ook rekening mee houden dat de overheid altijd verschillende maatschappelijke belangen moet afwegen’, zegt Tilborghs. ‘Auto’s stoten fijn stof en benzeen uit. Vanuit gezondheidsoverwegingen zou je kunnen stellen dat niemand mag worden blootgesteld aan deze kankerverwekkende stoffen, maar dat is niet realistisch – een maatschappij en een economie kunnen nu eenmaal niet zonder auto’s.’

6.1.1.2. Betrokkenheid fijnstofbeleid

Volksgezondheid was volgens Gerrit Tilborghs niet betrokken bij de opmaak van het Vlaams fijnstofplan van 2005, de Actieplannen Hotspots van 2007 en 2008 of de aanvraag tot uitstel bij de Europese Commissie. ‘Het initiatief voor deze beleidsplannen gaat uit van Leefmilieu. Vanuit Volksgezondheid kun je een aanvraag tot uitstel in principe ook moeilijk steunen, want die is niet in het belang van de volksgezondheid. Al heeft het feit dat Volksgezondheid daar niet bij betrokken is ook wel te maken met haalbaarheid. Het is in zekere zin altijd makkelijker om een doel aan te geven dan het te bereiken.’

Volksgezondheid is evenmin betrokken bij de voorbereiding van concrete maatregelen als de hervorming van de verkeersbelasting, de slimme kilometerheffing,... Het initiatief hiervoor gaat uit van Mobiliteit, maar raakt ook andere beleidsdomeinen zoals Leefmilieu en Financiën. Vandaar dat minister Hilde Crevits en minister Dirk Van Mechelen betrokken zijn. Je zou je kunnen afvragen of dat niet eveneens opgaat voor Volksgezondheid.

Gerrit Tilborghs: ‘Het is de vraag of dat nodig is. Ons doel is de bescherming van de volksgezondheid. De diensten van Volksgezondheid hebben in de late jaren 1990 al aangegeven dat het belangrijk is om de fijnstofconcentratie te verminderen om gezondheidsschade te voorkomen. Misschien stopt de inhoudelijke inbreng van Volksgezondheid hier wel. Hoe je dat doel bereikt, is vooral een technische, logistieke en milieukundige kwestie. En daarvoor is de specifieke knowhow van Volksgezondheid eigenlijk niet meer nodig.’

6.1.1.3. Samenwerkingsvormen tussen Volksgezondheid en andere departementen

6.1.1.3.1. Milieueffectrapportering en milieuvergunningen

Voor de inplanting van hinderlijke bedrijven of grote infrastructuurwerken, zoals de aanleg van de Oosterweelverbinding, de herinrichting van de Gentse stationsbuurt of de verbreding van de Brusselse ring, wordt standaard een milieueffectrapport (MER) opgemaakt. Volksgezondheid is als een van de adviseurs betrokken bij dit MER en gaat na of er voldoende rekening wordt gehouden met de invloed op de gezondheid. Ook voor milieuvergunningen geeft Volksgezondheid een advies dat vooral aandacht heeft voor de gezondheidsaspecten. Daarnaast brengen ook Leefmilieu, OVAM, VMM, Stedenbouw, ... advies uit over de impact op de lucht, de bodem, het water, ... Dat advies gaat naar de politieke overheid die uiteindelijk beslist. Die overheid kan een schepencollege zijn, de bestendige deputatie van een provincie, een Vlaamse minister of de regering. Die adviesfunctie is niet nieuw voor deze legislatuur. Tot 1990 gaven de verschillende diensten elk apart advies. Dat eigen advies van elke dienst is er nog altijd, maar sindsdien zitten alle adviseurs ook samen in de Milieuvergunningencommissie en is er ook een gezamenlijk advies aan de politieke overheid. Volgens Tilborghs is dit een voorbeeld van geïntegreerd beleid.

6.1.1.3.2. Samenwerking en afstemming tussen administraties

‘Vroeger was er geen samenwerking tussen de administraties van Volksgezondheid, Leefmilieu en Mobiliteit. Nu vragen administraties geregeld advies aan collega’s van andere administraties,’ stelt Gerrit Tilborghs. ‘Er is zelfs structureel tweemaandelijks overleg tussen de dienst Milieu & Gezondheid van het departement Leefmilieu en de afdeling Toezicht Volksgezondheid (ToVo) om dingen op elkaar af te stemmen en vanuit onze uiteenlopende expertises te sturen. ToVo heeft bv. iets meer geneeskundige en praktische expertise, de dienst Milieu & Gezondheid beschikt over wat meer technische kennis. Vroeger bewaakte elk beleidsdomein zijn eigen terrein en werd niet aanvaard dat een ander domein hierover vragen stelde. Nu spreken we meer en meer van ‘integraal beleid’ en dat is meer dan een modewoord. Er groeit echt een constructieve samenwerking.’

6.1.1.3.3. Het Steunpunt Milieu en Gezondheid

Het Steunpunt Milieu en Gezondheid voert in opdracht van de Vlaamse overheid beleidsrelevant onderzoek uit. Het steunpunt wordt gefinancierd door de ministers van Volksgezondheid, Leefmilieu en Wetenschapsbeleid en levert beleidsondersteunend werk voor deze beleidsdomeinen.⁴³ De dienst Milieu & Gezondheid van de administratie Leefmilieu en de Afdeling ToVo zitten allebei in de stuurgroep van het steunpunt. In het steunpunt loopt in opdracht van de ministers van Volksgezondheid en Leefmilieu onder andere een onderzoek over fijn stof⁴⁴ en een onderzoek ‘humane biomonitoring’. Humane biomonitoring is het meten van de concentraties van stoffen in de mens en het onderzoek naar het effect van die concentraties op de gezondheid van de mens.

6.1.1.3.4. Het Vlaams Medisch Milieukundigen Netwerk

Een ander voorbeeld van geïntegreerd beleid is het Vlaams Medisch Milieukundigen Netwerk (VMMN). Het VMMN werd al in 2003 opgestart, maar is pas in deze legislatuur voluit beginnen werken. Het netwerk bestaat uit drie lijnen, vertelt Gerrit Tilborghs. ‘De Vlaamse minister van Volksgezondheid heeft Medisch Milieukundigen aangesteld bij de Logo’s. Logo staat voor loco-regionaal gezondheidsoverleg en organisatie – dat is de eerste lijn. Het gaat om onafhankelijke, door de overheid gesubsidieerde deskundigen die de problemen en

signalen inzake milieu en gezondheid die ze opvangen bij de bevolking, begeleiden en doorspelen aan de Afdeling ToVo van het Agentschap Zorg en Gezondheid en de dienst Milieu & Gezondheid van de administratie Leefmilieu, de tweede lijn. Het Steunpunt Milieu en Gezondheid ten slotte zorgt voor beleidsgericht onderzoek en het beantwoorden van vragen, de derde lijn dus.'

6.1.1.3.5. Het preventiedecreet en het facettenbeleid

In het preventiedecreet⁴⁵, dat de krijtlijnen voor het Vlaamse preventieve gezondheidsbeleid vastlegt, staat expliciet vermeld dat Volksgezondheid zich mag bezighouden met de invloed van fysieke en chemische factoren op de gezondheid.⁴⁶ Het decreet heeft het in dit verband over een 'facettenbeleid' of 'het nemen van initiatieven die buiten het domein van de gezondheidszorg vallen en die zich richten op exogene determinanten van gezondheid en exogene bronnen van gevaar of bedreigende factoren voor de gezondheid'. 'Humane biomonitoring is dus een decretale opdracht', zegt Gerrit Tilborghs. 'En Volksgezondheid heeft op basis van het preventiedecreet het recht om maatregelen te nemen die verband houden met de beleidsdomeinen leefmilieu en huisvesting. Zo heeft de Vlaamse regering in uitvoering van het preventiedecreet het zogenaamde Binnenmilieubesluit genomen, waarin de milieukwaliteitsnormen voor binnenshuis worden opgelegd. Voor koolstofdioxide zijn er richtwaarden en imperatiefwaarden, voor fijn stof alleen richtwaarden.'⁴⁷ Met andere woorden: mochten er ook imperatiefwaarden zijn voor fijn stof, dan zou op basis daarvan roken binnenshuis de facto niet meer kunnen. Al is het vastleggen van dergelijke imperatiefwaarden wel onderwerp van een maatschappelijk debat.

6.1.2. Evaluatie: hoe zwaar weegt Volksgezondheid op fijnstofbeleid?

Tim Nawrot is positief over heel wat samenwerkingsinitiatieven tussen Volksgezondheid en Leefmilieu en meer in het bijzonder over het onderzoek naar de gezondheidseffecten van milieuverontreiniging, dat de Vlaamse regering financiert bij het Steunpunt Milieu en Gezondheid. 'Die studies zijn niet alleen belangrijk om een beter zicht te krijgen op de problematiek, ze zijn ook nuttig om beleidsmaatregelen te evalueren.' Maar in het algemeen vindt Nawrot dat Volksgezondheid onvoldoende op het fijnstofbeleid weegt. 'In Nederland heeft de minister van Ruimtelijke Ordening Jacqueline Cramer advies gevraagd aan de Gezondheidsraad over haar beleid en hoe ze dat kan afstemmen op het gezondheidsbeleid. Ze houdt nu rekening met de richtlijnen van de Gezondheidsraad dat er geen scholen, kinderdagverblijven, verzorgingstehuizen, ziekenhuizen of woningen dichtbij een snelweg mogen komen.'⁴⁸ Hier leeft dat zo niet. Hier kun je nog wegen in de buurt van scholen aanleggen. In Nederland kun je geen school bouwen in de buurt van een drukke weg.'

Op het vlak van de samenwerking tussen Volksgezondheid en Leefmilieu vindt Bram Claeys vooral de epidemiologische studies bij het Steunpunt Milieu & Gezondheid en het Vlaams Medisch Milieukundigen Netwerk een vooruitgang. 'Het netwerk is nog voor verbetering vatbaar, maar het is in ieder geval een goede zaak dat in heel Vlaanderen mensen met een medische achtergrond zich buigen over de impact van milieuvervuiling op de gezondheid.' Ook de toegenomen aandacht voor de gezondheidseffecten van fijn stof in de milieueffectrapportering krijgt goede punten van de BBL. 'Maar het is nog een hele stap vooraleer een advies wordt omgezet in beleid en in effectieve vergunningen. De ervaring leert dat de gezondheidsbelangen het bij de uiteindelijke beslissing vaak moeten afleggen tegen economische en lokale politieke belangen.' Het is volgens Bram Claeys inderdaad aan Leefmilieu, Mobiliteit en Ruimtelijke Ordening om beslissingen te nemen die de uitstoot van

fijn stof terugdringen. ‘Maar de vraag is of Volksgezondheid voldoende de vinger aan de pols houdt en zwaar genoeg weegt om de juiste beslissingen te laten nemen. Eigenlijk zit je met een structureel probleem als het bij een advies van de administratie Volksgezondheid blijft en de minister zelf niet betrokken is bij de beslissingen.’

‘In het algemeen blijft de integratie van het fijnstofbeleid in andere beleidsdomeinen toch wel een probleem. Heel wat industriezones en bedrijventerreinen komen op plaatsen die moeilijk bereikbaar zijn met het openbaar vervoer. Op die manier genereer je meer autoverkeer en extra fijn stof. Woongebieden komen op plaatsen waar de blootstelling aan fijn stof zeer groot zal zijn. Het is toch onvoorstelbaar dat er in Antwerpen een nieuw woonuitbreidingsgebied komt waar de Kennedytunnel onder de Schelde duikt, vlakbij een kruispunt van autosnelwegen.’

6.2. Het fijnstofbeleid en de ambitie om Vlaanderen verder uit te bouwen tot logistiek centrum

Vlaanderen heeft de ambitie om verder uit te groeien tot een logistiek centrum in Europa. Het trekt daarvoor de kaart van de distributie. De verdere uitbouw van de haven van Antwerpen en de luchthaven van Zaventem veronderstellen een uitbreiding van de wegeninfrastructuur. Is die ambitie te verzoenen met een effectief fijnstofbeleid?

Tim Nawrot heeft fundamentele bedenkingen bij de ambitie van de Vlaamse regering. ‘Onze ruimte is al zo zwaar belast. Vlaanderen is een dichtbevolkt gebied met veel industrie en een druk verkeersnet. We zijn al een zwarte vlek op de Europese kaarten van fijnstofconcentraties. Ik stel me toch wel vragen bij de wens om deze regio nog verder uit te bouwen tot een logistiek centrum. Neem nu het Deurganckdok. Dat dok draait nog lang niet op volle capaciteit, omdat er geen uitweg is voor de containers. De wegen van en naar de haven slibben dicht en dus leidt dit project ertoe dat er nieuwe wegen moeten worden aangelegd. De omstreden Oosterweelverbinding moet het mogelijk maken om de extra duizenden containers naar het Europese binnenland te transporteren. Een brug of een andere weg, het zal waarschijnlijk niet eens een groot verschil maken in de uitstoot van PM10. Belangrijker is de uitstoot van PM2,5 en PM0,1 en de emissie van stikstofdioxide – een belangrijke voorloper van fijn stof, waarvoor we de Europese luchtkwaliteitsnorm absoluut niet zullen halen. Mensen die vlak bij die weg wonen, zullen er in elk geval schade van ondervinden. Studies geven immers aan dat je een groter risico loopt als je dicht bij een drukke verkeersas woont.’

‘De verdere uitbouw van de Antwerpse haven veronderstelt dat je het wegennet verder uitbreidt, want je krijgt de meerderheid van de containers gewoonweg niet op de binnenvaart of het spoor. Ik ben geen econoom, maar ik stel me de vraag wat de economische winst nog is als je alle kosten in rekening brengt – de impact op de ziekteverzekering, door sterfte maar ook door de toename van hospitalisatie en astmamedicatie, de kosten door werkverlet, de ecologische kosten, enzovoort. Het beleid moet natuurlijk een evenwicht zoeken tussen economie en ecologie, maar de vraag is of het nu niet te veel overhelt naar de economie. Het volstaat niet dat we met zijn allen minder gaan rijden als er tegelijk steeds meer vrachtwagens op de weg komen. Bedrijven hebben vandaag geen voorraden meer. De stocks staan gewoon op de rechterrijstrook van de autowegen. De ecologische kosten hiervan worden niet in rekening gebracht. Is het niet beter om het huidige transport zo ecologisch mogelijk te organiseren, zonder nog verder uit te breiden?’

Bram Claeys sluit zich daarbij aan. ‘Meer logistiek betekent automatisch meer vrachtwagens en meer fijn stof. Logistiek zullen we altijd nodig hebben en we zitten nu eenmaal met een geografische ligging die het mogelijk maakt om daar een deel van onze economie op te bouwen. Maar het is geen goed idee om in te zetten op nog meer containervervoer. In de haven van Antwerpen willen ze boven Doel nog een dok bijgraven, het Saeftinghedok. Maar het milieueffectrapport geeft aan dat alle wegverkeer rond Antwerpen dan volledig zal stilvallen door het teveel aan vrachtwagens. Volgens ons moet je de economie anders oriënteren en ervoor zorgen dat je juist minder vrachtwagens op de weg krijgt. Vlaanderen moet zich richten op andere sectoren dan de distributiesector. Op sectoren met meer toegevoegde waarde, zoals onderzoek, technologie en diensten.’

Toegevoegde waarde is ook het sleutelbegrip bij Geert Wets, maar voor hem is het een voorwaarde voor de distributie zelf. ‘Het is niet verstandig om a priori te zeggen: laat elke container maar binnen, want we moeten zoveel mogelijk trafiek genereren. Je transport moet een toegevoegde waarde creëren. De dingen die je vervoert, daarmee moet je in Vlaanderen iets kunnen doen. Als Vlaanderen alleen maar containers doorvoert naar andere landen, heeft Vlaanderen daar enkel de lasten van – de gevolgen voor milieu en gezondheid – en die wegen dan niet meer op tegen het economische voordeel. Dat inzicht begint in heel wat geesten te rijpen. Ook een topeconoom als Geert Noels denkt bijvoorbeeld in die zin.’

Heb je dan al niet voldoende capaciteit in onze havens? Is er naast het Deurganckdok nog nood aan het Saeftinghedok? ‘Dat moet je berekenen,’ zegt Wets. ‘Je moet bekijken welke sectoren een toegevoegde waarde leveren en of je daarvoor nog moet uitbreiden of niet. Als je de sectoren bepaalt die een toegevoegde waarde leveren en je zet daar op in, dan hoeft onze logistieke functie geen nadeel te zijn, dan kun je economie en ecologie verzoenen, denk ik.’

‘We hebben geen grondstoffen maar wel een goede centrale ligging. En we hebben een economisch belangrijke haven als Antwerpen. Die troeven moet je uitspelen, maar je moet het wel op een verstandige manier doen. Ik ben niet tegen investeringen in nieuwe technologieën, maar ook andere landen denken in die richting. Vlaanderen moet een ‘slimme logistieke draaischijf’ worden staat er in *Vlaanderen in Actie*, de twintig actiepunten voor 2020. De nieuwe regering zal keuzes moeten maken en definiëren waar dat ‘slimme’ voor staat. Want een extra dok graven, betekent een grote investering. Ze zal ook een geïntegreerd luchthavenbeleid moeten uitwerken, dat zowel rekening houdt met de regionale luchthavens als met Zaventem.’

7. Conclusies en beleidsvoorstellen van de Vlaamse Liga tegen Kanker voor de volgende Vlaamse regering

7.1. Conclusies

Vlaanderen kampt met de hoogste graad van luchtverontreiniging door fijn stof in West-Europa. Volgens wetenschappelijk onderzoek is er een duidelijk oorzakelijk verband tussen fijn stof en ernstige gezondheidsproblemen zoals een verminderde longfunctie, bronchitis, hart- en vaatziekten en longkanker.

Het aantal sterfgevallen dat aan fijn stof wordt toegeschreven, is aanzienlijk. Epidemiologen becijferden dat in Vlaanderen jaarlijks 630 mensen sterven ten gevolge van acute effecten van fijn stof. Bovendien leven we in Vlaanderen gemiddeld 13,2 maanden minder lang door een

chronische blootstelling aan fijn stof. Mochten de PM_{2,5}-concentraties, waaraan we chronisch worden blootgesteld, gemiddeld slechts 15 µg/m³ bedragen, dan zouden we in Vlaanderen jaarlijks 1721 sterfgevallen ten gevolge van hart- en longziekten en 317 door longkanker kunnen vermijden, zo schatten epidemiologen.

Het verkeer is een belangrijke bron van fijn stof, vooral van de kleinste stofdeeltjes waarvan wetenschappers vermoeden dat ze de grootste impact hebben op onze gezondheid. De verbrandingsemissies door het verkeer vragen de blijvende aandacht van het beleid en het wetenschappelijk onderzoek. Het verkeer stoot immers niet alleen meer ultrafijn stof uit (PM_{0,1}), dat nog niet systematisch gemeten wordt, het stoot ook nog andere stoffen uit die kankerverwekkend zijn, zoals benzeen en PAKs. Meer en meer blijkt uit onderzoek dat de afstand tot grote verkeersassen een betere voorspeller voor chronische gezondheidseffecten is dan fijnstofconcentraties.

De Vlaamse regering heeft in de voorbije legislatuur belangrijke inspanningen gedaan om de uitstoot van fijn stof te verminderen. Vooral de emissies door de industrie zijn sterk gedaald. De uitstoot door het verkeer daalde iets minder sterk, maar toch was er jaarlijks een daling van de uitlaatemissies door het verkeer. Die daling is vooral te danken aan een betere voertuigtechnologie door nieuwe Europese normen voor personen- en vrachtwagens en overheidsmaatregelen.

De vermindering van de uitstoot door het verkeer is de laatste jaren echter wat stilgevallen. Bovendien vertaalt de verminderde uitstoot zich niet in een even sterke daling van de concentraties van fijn stof in de lucht. Vlaanderen haalt voorlopig niet de luchtkwaliteitsnormen die Europa heeft uitgevaardigd. De jaarnorm voor PM₁₀ vormt geen probleem, maar de daggrenswaarde wordt in verschillende zones overschreden. Om in 2011 (wanneer het uitstel dat de Europese Commissie nog moet goedkeuren afloopt) de daggrenswaarde te halen, zullen volgens IRCEL extra maatregelen nodig zijn. In drukke smalle straten haalt Vlaanderen volgens IRCEL evenmin de toekomstige jaargemiddelde norm voor PM_{2,5}.

Bovendien zullen we nog altijd met ernstige gezondheidsproblemen zitten als we de Europese normen halen. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie is er immers geen veilige drempelwaarde voor blootstelling aan fijn stof. De richtwaarden die de WHO naar voren schuift, liggen heel wat lager dan de Europese normen.

De recent ingevoerde subsidies voor het installeren van roetfilters en de geplande hervorming van de BIV en de verkeersbelasting zijn goede structurele maatregelen die voor zuiniger en milieuvriendelijker voertuigen moeten zorgen. Een slimme kilometerheffing kan er bovendien voor zorgen dat er minder gereden wordt, maar spijtig genoeg is die maatregel voorlopig alleen voorzien voor vrachtwagens. In de voorbije legislatuur is er een belangrijke vooruitgang geboekt in het voertuigenpark van de openbare vervoersmaatschappij De Lijn. Ook de beslissing om de snelheid op autosnelwegen te beperken bij smogalarm is een goede maatregel, al was het maar omdat de overheid de mensen op die manier duidelijk maakt dat er ook van hen iets wordt verwacht om het probleem van fijn stof mee op te lossen.

De geleverde inspanningen hebben echter niet het maximale effect dat ze zouden kunnen hebben. Dat heeft deels te maken met de toename van het personenverkeer en de 'verdiepseling' van het wagenpark. Maar voor een belangrijk deel ligt de oorzaak ook bij de

groei van het goederenvervoer en het feit dat er de voorbije tien jaar voor dat vervoer geen verschuiving is opgetreden van het wegverkeer naar meer milieuvriendelijke vervoersmogelijkheden zoals het spoor en de binnenvaart. Het wordt een grote uitdaging voor de regering om enerzijds die verschuiving wel te realiseren en anderzijds het containervervoer zonder meerwaarde voor onze economie te beperken, want de capaciteit van het spoor en de binnenvaart is gewoon te klein.

Inzake integratie van de verschillende beleidsdomeinen die betrokken zijn bij het fijnstofbeleid, is er de voorbije legislatuur een nauwere samenwerking gegroeid tussen Volksgezondheid en andere departementen. Dat is een goede zaak. De intense samenwerking tussen de dienst Milieu & Gezondheid en de afdeling Toezicht Volksgezondheid, het structureel advies van Volksgezondheid bij milieueffectrapporten en milieuvergunningen, het onderzoek naar de gezondheidseffecten van milieuverontreiniging dat de Vlaamse regering financiert bij het Steunpunt Milieu en Gezondheid, het Vlaams Medisch Milieukundigen Netwerk –het zijn allemaal belangrijke en positieve evoluties.

Maar vaak wegen gezondheidsbelangen toch nog onvoldoende door bij belangrijke beleidsbeslissingen, zoals de aanleg van wegen en de inplanting van industriezones of woonuitbreidingsgebieden. Misschien kan het preventiedecreet voor Volksgezondheid een hefboom zijn om meer invloed te laten gelden. Het ‘facettenbeleid’ in dat decreet geeft Volksgezondheid immers de mogelijkheid om maatregelen te nemen die buiten het domein van de gezondheidszorg vallen.

7.2. Beleidsvoorstellen

De evaluatie van het Vlaamse fijnstofbeleid in de voorbije legislatuur is voor de Vlaamse Liga tegen Kanker aanleiding om enkele beleidsvoorstellen te formuleren voor de nieuwe Vlaamse regering. De VLK ziet vooral de volgende uitdagingen.

- De nieuwe Vlaamse regering moet haar inspanningen voortzetten en opvoeren zodat ze op korte termijn, uiterlijk tegen 2011, de Europese normen voor luchtkwaliteit haalt. Daarnaast vraagt de VLK dat de nieuwe Vlaamse regering in het kader van een preventief gezondheidsbeleid haar fijnstofplan actualiseert en een realistisch tijdpad uittekent om op termijn de WHO-normen voor fijn stof te halen. Vanuit die positie kan zij dan een voortrekkersrol spelen in Europa en voor strengere Europese luchtkwaliteitsnormen, overeenkomstig de WHO-normen, pleiten.
- De nieuwe Vlaamse regering moet prioritair werk maken van structurele maatregelen om de uitstoot van fijn stof door het verkeer te verminderen. We denken in de eerste plaats aan een slimme kilometerheffing voor vracht- én personenwagens om het autogebruik te ontmoedigen en het gebruik van milieuvriendelijker vervoersmogelijkheden te stimuleren, en een hervorming van de belasting op inverkeerstelling en de jaarlijkse verkeersbelasting om de aankoop van milieuvriendelijkere voertuigen te stimuleren.
- In de tweede plaats zijn bijkomende maatregelen aangewezen om verkeersbeperkende formules als autodelen en telewerken te stimuleren.

- De Vlaamse regering zou bij de federale regering ook moeten aandringen op gelijke accijnzen voor benzine en diesel, een verdere uitbouw van het openbaar vervoer via het spoor en een permanente snelheidsverlaging op de autosnelwegen tot 100 km/u.
- De Vlaamse regering moet verder en meer investeren in de ontwikkeling van de binnenvaart en spoorverbindingen met de havens, zodat het mogelijk is om maximaal gebruik te maken van milieuvriendelijker transportmogelijkheden voor het goederenvervoer. Het containervervoer zonder meerwaarde voor onze economie moet worden beperkt.
- Het beleid inzake ruimtelijke ordening, zoals de inplanting van bedrijven en woonzones en de uitbreiding van wegeninfrastructuur, moet systematisch getoetst worden op zijn gezondheidseffecten.

-
- 1 Deutsch F., Torfs R., Fierens F., Dumont G., Matheeußen C., Verlinden L., Roekens E. en Bossuyt M., Zwevend stof. Waarom overschrijden we de norm?, in MIRA-T 2006, 69-87
- 2 <http://www.vmm.be/pub/chemkar-pm10-chemische-karakterisatie-van-fijn-stof-in-vlaanderen>
- 3 Vlaamse Milieumaatschappij, VITO, Kernset 2008: emissies naar de lucht – stof, per sector (Vlaanderen 1990, 1995, 2000-2007)
- 4 <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:1999:163:0041:0060:NL:PDF>
- 5 <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2008:152:0001:0044:NL:PDF>
- 6 http://ec.europa.eu/environment/air/quality/legislation/time_extensions.htm
- 7 http://www.irceline.be/~celinair/dutch/homenrl_java.html
- 8 Dumont G., Fierens F., Torfs R., De Vlieger I., Int Panis L., Schrooten L., Matheeußen C., Roekens E., Bossuyt M., en De Geest C., Luchtverontreiniging en verkeer. Welke rol speelt verkeer in de stof- en ozonproblematiek?, in MIRA-T 2005, 115-128
- 9 http://www.irceline.be/~celinair/documents/documents/no2_emissies_concentraties_final.pdf
- 10 http://www.irceline.be/~celinair/documents/pub/attain/estimation_PM_Belgium.pdf
- 11 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs313/en/>
- 12 http://www.ggd.nl/ggdnl/uploaddb/download_object.asp?atoom=38459&VolgNr=378
- 13 Nawrot T.S., Nackaerts K., Hoet P.H. en Nemery B., Lung cancer mortality and fine particulate air pollution in Europe, in Int. J. Cancer: 120, 1825-1826 (2007).
- 14 <http://www.vlaandereninactie.be/nlapps/docs/default.asp?id=417>
- 15 http://ec.europa.eu/environment/air/pdf/sec_2005_1133.pdf
- 16 Nawrot T.S., Torfs R., Fierens F., De H.S., Hoet P.H., Van K.G. et al, Stronger associations between daily mortality and fine particulate air pollution in summer than in winter: evidence from a heavily polluted region in western Europe, in J. Epidemiol. Community Health, 2007; 61; 146-149
- 17 Pope C.A. III, Respiratory disease associated with community air pollution and a steel mill, Utah Valley. Am J Public Health, 1989; 79(5); 623-628)
- 18 Friedman M.S., et al., Impact of changes in transportation and commuting behaviors during the 1996 Summer Olympic Games in Atlanta on air quality and childhood asthma. JAMA 2001; 283(7); 897-905.)
- 19 Pope C.A. III, PhD, Burnett R.T., Thun M.J., Calle E.E., Krewski D., Ito K., Thurston G.D., Lung Cancer, Cardiopulmonary Mortality, and Long-term Exposure to Fine Particulate Air Pollution, in JAMA, March 6, 2002 – Vol. 287, No. 9
- 20 http://ec.europa.eu/environment/archives/air/cafe/activities/pdf/cafe_scenario_report_6.pdf
- 21 Gauderman W.J., Vora H., McConnell R., Berhane K., Gilliland F., Thomas d., et al. Effect of exposure to traffic on lung development from 10 to 18 years of age: a cohort study, Lancet 2007, 369, 571-7
- 22 Finkelstein M.M., Jerrett M., Sears M.R. et al. Traffic air pollution and mortality rate advancement periods. American Journal of Epidemiology 2004, 160, 173-7.
- 23 Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Departement Leefmilieu en Infrastructuur, Administratie Milieu-, Natuur-, Land- en Waterbeheer, Afdeling Algemeen Milieu- en Natuurbeleid, Cel Lucht. Saneringsplan fijn stof

voor de zones met overschrijding in 2003 en aanpak fijnstofproblematiek in Vlaanderen. Plan in uitvoering van de richtlijnen 96/62/EG en 1999/30/EG, 23 december 2005.

24 Peeters K., Vlaams minister van Openbare Werken, Energie, Leefmilieu en Natuur, Actieplan aanpak fijn stof in industriële hotspotzones. Actie in uitvoering van het Vlaams stofplan, mei 2007

25

http://www.ine.be/themas/luchtverontreiniging/200808actieplan_stad_en_haven_antwerpen_vl_gha_stad.pdf

26 Crevits H., Vlaams minister van Openbare Werken, Energie, Leefmilieu en Natuur, Luchtkwaliteitsplan en uitstelaanvraag voor de normen van PM10. Ingediend in uitvoering van artikel 22 van de richtlijn 2008/50/EG, oktober 2008

27 http://www.ine.be/themas/milieuen-mobiliteit/studie-en-onderzoek/eindrapport_van_immissieproblematiek_ten_gevolge_van_het_verkeer.pdf

28 http://www.verkeerscentrum.be/verkeersinfo/fijn_stof

29 Vlaamse Milieumaatschappij, Onderweg met ingehouden adem. Dossier luchtkwaliteit, in Verrekijker, juli 2008, p.24.

30 <http://www.bondbeterleefmilieu.be/dl.php?i=273&d=1>

31 <http://www.delijn.be/over/milieu/index.htm?ComponentId=439&SourcePageId=2045>

32 mail van Freddy Vansteenbergh van De Lijn van 11/12/08

33 www.ikbenrob.be

34 <http://viwc.lin.vlaanderen.be/mobiliteit/samenvatting.htm>

35 <http://www.mobielvlaanderen.be/beleidsplanning.php?a=14>

36 <http://jsp.vlaamsparlement.be/docs/stukken/2003-2004/g2235-1.pdf>

37 <http://www.b-rail.be/projects/pagesnl/inv07.htm>

38 <http://www.ine.be/themas/milieu-en-mobiliteit/gebiedsgerichte-aanpak/stedelijke-luchtkwaliteit>

39 Macharis C., Festraets T., Van Mierlo J., Matheys J., Sergeant N., Timmermans J-M., Vanherle K., en De Geest C., Transport. Beleidsaandacht nodig voor milieudruk van lucht- en zeevaart, in MIRA-T focusrapport 2007

40 http://www.irceline.be/~celinair/documents/documents/no2_emissies_concentraties_final.pdf

41 http://www.lentevanhetleefmilieu.be/de_workshops/transport_en_mobiliteit/besproken_maatregelen

42 <http://www.milieurapport.be/default.aspx?PageID=86&ChapID=2217&NodeID=3909>

43 <http://www.milieu-en-gezondheid.be/over%20steunpunt.html>

44 <http://www.milieu-en-gezondheid.be/Luik41fijn%20stof.html>

45 Decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid, Belgisch Staatsblad 3 februari 2004, gewijzigd door het decreet van 20 maart 2009 houdende diverse bepalingen betreffende het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

46 <http://www.zorg-en-gezondheid.be/defaultRegelgeving.aspx?id=6750#TV>

47 Besluit van de Vlaamse Regering houdende maatregelen tot bestrijding van de gezondheidsrisico's door verontreiniging van het binnenmilieu, in Belgisch Staatsblad van 19 oktober 2004

48 Knottnerus J.A., Gevoelige bestemmingen luchtkwaliteit, Gezondheidsraad, 24 april 2008

Evaluatie van enkele onderdelen van het Vlaams gezondheids- en welzijnsbeleid ten aanzien van kankerpatiënten in de legislatuur 2004-09

Ward Rommel

1. Inleiding

Halverwege 2009 zit de huidige Vlaamse legislatuur erop. Daarom wil de VLK-studiedienst bekijken wat het beleid van de Vlaamse regering heeft betekend voor de Vlaamse kankerpatiënt. Op welke vlakken is er vooruitgang geboekt? Op welke terreinen is er weinig gebeurd? Welke uitdagingen zijn er voor de volgende regering?

Niemand betwist dat de zorg voor kankerpatiënten in Vlaanderen, zowel thuis als in het ziekenhuis, op een hoog niveau staat. Maar uit de ervaringen van de sociale dienst van de VLK en studiewerk verricht in het kader van de VLK-onderzoeksrapporten¹ blijkt dat er ook nog knelpunten zijn in het welzijns- en volksgezondheidsbeleid ten aanzien van kankerpatiënten. In haar memorandum voor de Vlaamse verkiezingen van 2004 vroeg de VLK de Vlaamse regering om het welzijns- en gezondheidszorgbeleid voor kankerpatiënten op enkele fundamentele punten te verbeteren.² Voor vier centrale beleidsdomeinen gaan we na in welke mate de regering vooruitgang heeft geboekt: de professionele gezinszorg; de palliatieve zorg; de samenwerking tussen de thuiszorg en het ziekenhuis en de samenwerking binnen de thuiszorg en ten slotte de zorgverzekering. Op deze vier beleidsdomeinen kan de Vlaamse overheid door haar beleid de levenskwaliteit van kankerpatiënten sterk beïnvloeden.

In een eerste fase hebben we via verschillende kanalen (literatuur, de Vlaamse administratie) informatie verzameld over het overheidsbeleid met betrekking tot de vier vermelde domeinen. In een tweede fase vroegen we enkele experts (zie kader 1) om dit beleid te evalueren. De verzamelde informatie, de reacties van de experts en onderzoeksgegevens vormen de basis voor conclusies en beleidsvoorstellen van de VLK.

Kader 1. Geraadpleegde experts

- Agnes Bode, directrice van Familiehulp vzw, een dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg die deel uitmaakt van het ACW.
- Professor Jan De Lepeleire, huisartsgeneeskunde, KU Leuven; huisarts
- Professor Jan De Maeseneer, huisartsgeneeskunde, Universiteit Gent; huisarts
- Jannie Hespel, verantwoordelijke van Thuishulp vzw, een dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg van het socialistisch ziekenfonds.
- Ignace Leus, directeur zorg van de CM en secretaris van de CM-zorgkas
- Professor Jozef Pacolet, Hoger Instituut voor de Arbeid, KU Leuven
- Paul Vanden Berghe, directeur Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen

De belangrijkste doelstelling van zorg en gezondheidszorg in het algemeen en de thuiszorg in het bijzonder kunnen we definiëren als het ondersteunen van de doelstellingen van de personen die behoefte hebben aan zorg. Gezinszorg bijvoorbeeld kan de werkhervatting na een ernstige aandoening helpen ondersteunen. Gezinszorg kan het ook mogelijk maken dat mensen thuis blijven wonen. De ondersteuning van de huisarts door de palliatieve netwerken maakt het mogelijk dat mensen thuis kunnen sterven.

Onder andere door de vergrijzing is er een sterke toename van het aantal kankers, maar ook van andere chronische aandoeningen. Veel mensen hebben naast kanker ook nog enkele andere aandoeningen. Om de doelstellingen van deze mensen te ondersteunen, moet de thuiszorg inspelen op de nood van de patiënten aan medische interventies, maar ook aan zorg die goed gepland is, zorg die anticipeert op noden in plaats van in te grijpen als het te laat is, zorg die continu is in de tijd en in de verschillende zorgomgevingen en zorg die zelfhulpvaardigheden aanleert om thuis problemen op te lossen. Een zorgsysteem dat hieraan tegemoetkomt, moet *evidence based* beslissingen nemen. Dit betekent dat de behandelingsbeslissingen gebaseerd zijn op het best beschikbare bewijsmateriaal gegeven de stand van de (medische) wetenschap op een bepaald moment. De klemtoon moet liggen op preventie van problemen en kwaliteitszorg. Flexibel inspelen op noden en zorgvragen door een goede monitoring en registratie is eveneens belangrijk. Zorgpersoneel moet opgeleid zijn om de autonomie van de patiënt te ondersteunen.³

2. Meer mensen en middelen voor professionele gezinszorg

2.1. Achtergrond

In 2004 schetsten HIVA-onderzoekers J. Pacolet en G. Hedebouw de uitdagingen voor de thuiszorg.⁴ De thuiszorg in Vlaanderen stond volgens hen op een hoog niveau. Maar een verdere uitbreiding van het aanbod was nodig. Zij stelden dat tegen 2020 een stijging van de personeelscapaciteit in de gezinszorg met 60% nodig was. In de thuisverpleging was een

toename met 40% nodig. Tegelijk werden tal van diensten waar behoefte aan bestond, toen niet of te weinig aangeboden: oppasdiensten, vervoersdiensten, ... Op het vlak van nieuwe initiatieven bleven de reguliere diensten voor gezinszorg achter op de privésector. De interimbureaus speelden bijvoorbeeld sneller in op het persoonlijke-assistentiebudget, een bedrag waarmee de gehandicapte zelf zijn zorgverstrekkers kan inhuren.

In eigen onderzoek en in contacten met patiënten kwam de VLK tot dezelfde vaststelling. Er waren bijvoorbeeld vaak lange wachttijden voor poetshulp, maar kankerpatiënten hebben die hulp snel en op het gepaste moment nodig, bijvoorbeeld na ontslag uit het ziekenhuis of de dagen na een chemotherapie. Er ontbrak ook een antwoord op bepaalde behoeften, zoals de nood aan nachtopvang en aan betaalbaar niet-liggend ziekenvervoer van en naar het ziekenhuis. Voor sommige gezinnen was gezinszorg ook te duur.^{5 6}

2.2. Beleidsvoorstel van de VLK in 2004

In haar memorandum van 2004 vroeg de VLK voldoende gefinancierde uren voor de diensten voor gezinszorg zodat die alle dringende noden van patiënten zouden kunnen lenigen. Om de toenemende vraag te kunnen bijhouden, zou het contingent uren gezinszorg dat de overheid financiert, jaarlijks met 4% moeten stijgen. Dat werd ook zo beslist door de Vlaamse regering in december 1998, maar is sindsdien zelden gerealiseerd.

2.3. Evaluatie van het gevoerde beleid en uitdagingen voor de toekomst

2.3.1. Het urencontingent in de gezinszorg

Gezinszorg bestaat uit persoonsverzorging, huishoudelijke hulp, schoonmaakhulp en de psychosociale en pedagogische ondersteuning die hiermee verband houdt. De overheid legt elk jaar een urencontingent vast, of een totaal aantal uren gezinszorg dat in een bepaald jaar gesubsidieerd kan worden. Sinds 2004 kent het urencontingent een jaarlijkse stijging met 2,4 à 2,6%. Dat is beter dan de voorgaande jaren (2001-2003), waarin het contingent met 1 à 1,5% was gestegen. In 2008 werd het urencontingent gezinszorg uitgebreid met 401.477 uren. Dit komt overeen met een groei van 2,64%. Er werd ook een mechanisme ontwikkeld om onbenutte uren gezinszorg over de diensten te herverdelen, zodat de totale zorguitbreiding nog groter was. In 2009 zal het urencontingent groeien met 4% (629.581 uren). De 4% is in de voorbije legislatuur dus één keer gehaald.

De door de overheid geplande jaarlijkse toename van het urencontingent met 4% is er niet gekomen. 'Nochtans is een stijging met 4% nodig om de demografische evolutie en de historisch gegroeide achterstand op te vangen,' zegt Jannie Hespel van Thuishulp vzw. Agnes Bode van Familiehulp stelt dat er door de trage groei te weinig middelen zijn om de dienstverlening van de gezinszorg verder uit te bouwen en in te spelen op nieuwe noden.

Maar Jannie Hespel is hoopvol voor de toekomst. Momenteel wordt gewerkt aan een nieuw regelgevend kader voor de gezinszorg, in het kader van het woonzorgdecreet. 'De uitvoeringsbesluiten van het nieuwe woonzorgdecreet, die momenteel in voorbereiding zijn, zullen hoogstwaarschijnlijk de jaarlijkse toename van het urencontingent met 4% bevestigen. Dit is voor de diensten gezinszorg toch wel een geruststelling', zegt Hespel. 'Vlaanderen toont zijn bereidheid om te blijven investeren in de gezinszorg.'

2.3.2. De gebruikersbijdrage: eenvoudig, transparant en betaalbaar

Voor gezinszorg betaalt de gebruiker een eigen bijdrage. Die bijdrage houdt rekening met de financiële draagkracht van de gebruiker en dat zal volgens het woonzorgdecreet ook in de toekomst zo blijven. ‘Maar momenteel is de berekening van de bijdrage complex en weinig transparant voor de gebruikers’, zegt Agnes Bode. Een gezin dat een beroep wil doen op gezinszorg, kan niet zelf de prijs inschatten. Het gezin moet wachten op een maatschappelijk werker die de inkomsten en de eigendommen van het huishouden volledig in kaart brengt (lonen, onroerende goederen, ...). ‘We voelen ons soms een belastinginspecteur’, zegt Jannie Hespel. Agnes Bode pleit voor een eenvoudiger systeem, dat minder inkomstenbronnen in rekening brengt en met minder inkomstencategorieën werkt.

In de beleidsbrief 2008-2009 stelde toenmalig Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Vanackere een vereenvoudigde en transparante berekening van de gebruikersbijdrage voor de gezinszorg in het vooruitzicht. In 2008 werden in samenspraak met de sector op basis van gegevens van de diensten voor gezinszorg al een aantal simulaties uitgevoerd en modellen getest, maar een concreet voorstel zal er voor de verkiezingen niet meer komen. ‘Een grote stap vooruit zou de informatisering van het inkomensonderzoek zijn’, zegt Agnes Bode. ‘De diensten voor gezinszorg zouden voor de inkomensgegevens dan een beroep kunnen doen op gegevens van de FOD Financiën en zelf geen inkomensonderzoek meer hoeven te doen.’

Momenteel wordt hieraan gewerkt. Vanaf 2009 treedt Vesta, een informaticaplatform voor de gegevensuitwisseling tussen de Vlaamse administratie en de diensten voor gezinszorg, in werking. Op korte termijn moet Vesta de subsidiëring van de diensten voor gezinszorg verbeteren en versnellen via een systeem waarbij de diensten de subsidiegegevens elektronisch versturen naar een centrale databank van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid dat gegevens controleert en de subsidieberekening uitvoert. Vesta zal er ook voor zorgen dat gegevens over de gebruikers van gezinszorg beschikbaar zijn in een centrale databank voor verwerking. Dit zal dan relevante (beleids)informatie opleveren. Een automatische berekening van de gebruikersbijdrage is een doelstelling van Vesta op langere termijn.

Agnes Bode pleit er ten slotte voor dat een basispakket van gezinszorg voor iedereen toegankelijk is. Nu komt die toegankelijkheid in het gedrang voor jonge gezinnen van tweeverdieners. Zij betalen vaak een prijs van meer dan 20 euro per uur. Het is duidelijk dat dit snel kan oplopen voor wie enkele uren per week een beroep wil doen op gezinszorg. Sommige kankerpatiënten zien hierdoor af van gezinszorg.⁷ De overheid ging er tot nu toe vanuit dat een oplossing hiervoor geen invloed mag hebben op het overheidsbudget voor de gezinszorg, maar dan moet een andere groep per definitie het gelag betalen. ‘Het uitgangspunt dat het budget niet mag stijgen, verhindert dat hier stappen vooruit worden gezet’, zeggen zowel J. Hespel als A. Bode.

Hespel stelt voor om een verdere vereenvoudiging van de berekening van de gebruikersbijdrage of andere wijzigingen uit te stellen tot na de ingebruikname van Vesta. Simulaties en modellen zullen dan mogelijk zijn op basis van volledige gegevensbestanden. Dan kan er ook een diepgaande discussie komen over de toegankelijkheid van gezinszorg en de rol van de maximumfactuur in de gezinszorg (zie verder).

2.3.3. De programmatienorm

De programmatienorm legt vast hoeveel uren gezinszorg er maximaal subsidieerbaar zijn. Die norm wordt per provincie en per gemeente bepaald op basis van de bevolkingscijfers en de leeftijdsstructuur. Per inwoner van de leeftijdsgroep tussen 0 en 59 jaar wijst de programmatienorm aan een gemeente een half uur gezinszorg per jaar toe. Hogere leeftijdscategorieën wegen zwaarder door (3,5 uur per jaar per inwoner tussen 60 en 74 jaar, 17,5 uur per jaar per inwoner tussen 75 en 84 jaar en 40 uur per jaar per inwoner vanaf 85 jaar). Het aantal uren waar de overheid effectief middelen voor vrijmaakt, het urencontingent, zit momenteel onder de programmatienorm. Volgens de bevolkingsprojecties voor 2008 bedroeg het maximale aantal subsidieerbare uren (de programmatienorm) 18.262.499. Het aantal effectief subsidieerbare uren (het urencontingent) bedroeg in 2008 15.562.464. De programmatie was in 2008 dus voor 85% ingevuld. Bij een uitbreiding van het subsidieerbare urencontingent gaan de bijkomende uren logischerwijze eerst naar de regio's die momenteel het sterkst onder de programmatienorm zitten.

Agnes Bode pleit voor een hervorming van de programmatienorm. Momenteel zijn er immers regio's (bijvoorbeeld Roeselare) waar de programmatie volledig ingevuld is. De voorsprong van deze regio's is te verklaren door een lange traditie van goed uitgebouwde gezinszorg. In 2009 krijgt Roeselare daarom geen bijkomende uren gezinszorg. Toch zijn er ook in die regio nog zorgnoden waaraan het bestaande aanbod niet kan voldoen. Dit komt volgens haar omdat de programmatienorm niet voldoende rekening houdt met nieuwe zorgnoden. In de thuiszorg groeien inderdaad nieuwe noden, bijvoorbeeld door het kortere verblijf in het ziekenhuis en het toenemende aantal psychiatrische patiënten dat thuis wordt verzorgd. Ook door de stijgende kankerincidentie ontstaan nieuwe behoeften. Mensen met kanker hebben nood aan flexibele hulp die in de dagen na de chemotherapie intensief is en daarna afgebouwd kan worden of zelfs helemaal kan verdwijnen. Momenteel is het niet mogelijk om daar voldoende op in te spelen. Om aan deze nieuwe noden tegemoet te kunnen komen, zijn aanpassingen aan de programmatienorm dan ook noodzakelijk.

Volgens Jannie Hespel zijn hier al enkele eerste stappen gezet. Momenteel geeft een inwoner onder de zestig jaar in de programmatie recht op een half uur gezinszorg (0,50 uur). De (bij de redactie van deze tekst nog niet definitief goedgekeurde) uitvoeringsbesluiten van het woonzorgdecreet trekken dit op tot 0,62 uur. Dit is een manier om beter tegemoet te komen aan de noden van nieuwe zorgbehoevende groepen die vaak jonger zijn dan zestig jaar (bijvoorbeeld in de kraamzorg, in de thuiszorg voor psychiatrische patiënten en bij mensen die pas uit het ziekenhuis zijn ontslagen.) Ignace Leus (CM) oppert hier het idee van een 'geaffecteerd urenpakket'. 'Voor groepen die nu niet voldoende kunnen rekenen op gezinszorg (zoals psychiatrische patiënten of kankerpatiënten in de dagen na het ontslag uit het ziekenhuis) zou de overheid een deel van het urencontingent kunnen reserveren dat enkel voor deze groepen gebruikt kan worden. Zo kun je verzekeren dat de uren terechtkomen bij de groepen met de grootste nood.'

Het Vestaplatform zal het ook mogelijk maken om de behoeften preciezer in kaart te brengen. Nu zijn tekorten in het aanbod van gezinszorg niet duidelijk zichtbaar, omdat er in tegenstelling tot de situatie bij de poetsdiensten geen wachtlijsten zijn. De diensten vermijden dit door de 'kaasschaafmethode': iedere bijkomende zorgvrager zal ook zorg krijgen, maar dat kan betekenen dat andere gezinnen wat minder zorg krijgen. Zo ontstaat een verdoken wachtlijst van mensen die misschien niet de zorg ontvangen die ze nodig hebben. Nu is dit te

weinig zichtbaar. Door de informatisering zal de overheid vergelijkingen kunnen maken tussen de zorgvraag van de cliënt, de zorgvraag zoals de intaker van de organisatie voor gezinszorg die meet en de zorg die uiteindelijk geboden wordt. Vanaf 2010 zal de overheid zo een duidelijker beeld krijgen van de zorgvragen die momenteel niet zijn ingevuld. Dit kan leiden tot een aangepaste programmatienorm.

2.3.4. Oppashulp

Een van de in 2004 nog onderontwikkelde diensten was volgens Pacolet en Hedeboom⁴ de oppashulp. Die oppashulp heeft de voorbije legislatuur stimulansen gekregen. Diensten voor oppashulp coördineren de vraag naar en het aanbod van oppashulp door vrijwilligers.⁸ ‘Sinds 2006 zijn die anders gefinancierd’, zegt Jannie Hespel. Tot 2006 was er een zuiver forfaitaire financiering. Sindsdien is de financiering ook deels prestatiegebonden. Een deel van de jaarlijkse subsidie per dienst is gekoppeld aan de effectief gepresteerde uren vrijwilligersoppas. Sinds 2006 bepaalt de minister jaarlijks en per erkende dienst het maximaal subsidieerbare urencontingent vrijwilligersoppas.

Diensten die de norm van 5000 uren vrijwilligersoppas halen, ontvingen in 2008 een basissubsidie van 10.911,68 euro. In 2009 bedraagt die basissubsidie 11.732,54 euro. Alle uren boven de 5.000 worden gesubsidieerd aan een bedrag van 1,02 euro per uur (in 2008) of 1,08 euro (in 2009). In 2006 bedroeg het urencontingent voor een half jaar 354.618 uren. In 2007 en 2008 werd dit urencontingent telkens uitgebreid met 49.019 uren per jaar (tot 807.274 uren in 2008 voor een jaar). Op de begroting 2009 zijn extra middelen voorzien voor nieuwe diensten voor oppashulp.

Een rem op de inzet van vrijwilligers vormt de beperking van de vergoeding die fiscaal vrijgesteld is. Tot nu toe is die beperkt tot 1161 euro per jaar of 29 euro per dag. Vrijwilligers van oppasdiensten krijgen dikwijls een onkostenvergoeding van 25 euro per nacht. Door de beperking is een vrijwilliger dus slechts 46 nachten per jaar inzetbaar. Momenteel is een wetsvoorstel ingediend in de Kamer dat voorziet in een vrijstelling tot 2.500 euro per jaar. Na een eventuele goedkeuring zouden vrijwilligers dus meer inzetbaar zijn.

2.3.5. De dienstencheque: geen alternatief

De dienstencheque is een door de federale overheid gesubsidieerd systeem voor particuliere gebruikers om werknemers van een erkende onderneming te betalen voor huishoudelijk werk. De cheque kost de gebruiker, dankzij een federale subsidie, 7,50 euro. De gebruikers kunnen de kosten ook nog aftrekken van hun belastbaar inkomen. Diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg hebben een dubbelzinnige houding tegenover de dienstencheques. Familiehulp, Thuishulp en enkele andere diensten voor gezinszorg stellen mensen tewerk met dienstencheques. ‘Wij kozen indertijd om in het systeem te stappen omwille van de wachtlijsten in de aanvullende thuiszorg’ (die schoonmaakhulp, oppashulp en karweihulp omvat), zegt Jannie Hespel.

Maar hij wijst erop dat commerciële organisaties die werknemers met dienstencheques tewerkstellen, voldoen aan veel minder kwaliteitscriteria dan de klassieke diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg. Een dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg houdt altijd een ‘intakegesprek’ om de noden van de cliënt te bepalen en het welzijn van het personeel te garanderen. Een interimbureau dat werkt met dienstencheques, doet dit niet. Werknemers uit de poetsdienst van een dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg

mogen geen maaltijd bereiden. Dat werk is voorbehouden voor verzorgenden die een opleiding van een jaar hebben gevolgd. Maar wie via een interimbureau is tewerkgesteld met dienstencheques, kan zonder opleiding gaan koken bij mensen thuis. ‘Ook Familiehulp werkt met dienstencheques, maar als er in een gezin een overgang is naar een zorgsituatie, sturen we beter opgeleid personeel’, zegt Agnes Bode (Familiehulp). Bovendien zijn de dienstencheques vooral interessant voor de hogere inkomens. Voor hen zijn ze niet zo duur en bovendien fiscaal aftrekbaar. Maar voor de lagere inkomens, die geen belastingen betalen en voor wie poetshulp goedkoper is, brengen ze weinig soelaas. Volgens Hespel en Bode mogen de federale subsidies voor de dienstencheque dan ook niet leiden tot een afbouw van de investeringen in de gezinszorg en de aanvullende thuiszorg

2.3.6. Brussel

Er is een opmerkelijke leemte in de thuiszorg in Brussel¹⁰. Hespel bevestigt het probleem in de Brusselse thuisverpleging en gezinszorg. Een van de problemen is het gebrek aan gemotiveerd en bekwaam personeel.

2.3.7. Heel de wereld mag het weten

Ten slotte willen we hier de campagne *Heel de wereld mag het weten* vermelden, die op 5 november 2008 van start is gegaan. Met die campagne wilde toenmalig Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Vanackere de mantelzorgers in Vlaanderen een hart onder de riem steken en het begrip mantelzorg onder de aandacht van het brede publiek brengen.⁹ Ook dit is een manier om de thuiszorg te stimuleren.

2.3.8. Ter afronding

Vanuit internationaal oogpunt doet de thuiszorg in Vlaanderen het goed. Weliswaar is er een onvoldoende expansief beleid in de gezinszorg, besloot Pacolet na een onderzoek in 2007.¹⁰ Jannie Hespel is vrij tevreden over het werk van deze regering. ‘Vooral de twee laatste jaren van de legislatuur zijn er aanzetten gegeven om de achterstand in de gezinszorg weg te werken. Er was ook een grote bereidheid om rekening te houden met wat er leeft in de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg. Diensten zoals oppashulp, die in 2004 nog in de kinderschoenen stonden, zijn verder uitgebouwd.’

2.4. Conclusies van de VLK en aanbevelingen voor de volgende regering

De VLK, hierin gesteund door wetenschappelijk onderzoek, stelde in 2004 vast dat een verdere uitbreiding van het aanbod in de professionele gezinszorg nodig was. Het aanbod van diensten met een lange traditie, zoals gezinszorgdiensten, was aan uitbreiding toe. Er bestond ook een grote nood aan de ontwikkeling van nieuwere diensten, zoals oppasdiensten. Het was noodzakelijk om de gezinszorg voldoende flexibel te organiseren, om te kunnen inspelen op specifieke noden van groepen als kankerpatiënten.

De VLK vroeg in haar memorandum voor de Vlaamse verkiezingen van 2004 dan ook om voldoende gefinancierde uren voor de diensten gezinszorg te voorzien, zodat die alle dringende noden van patiënten zouden kunnen lenigen.

Terugblikkend op de voorbije legislatuur is het duidelijk dat deze regering de gezinszorg en de aanvullende thuiszorg niet heeft verwaarloosd. Het urencontingent in de gezinszorg is elk jaar vrij fors gestegen, zij het dat de vier procent die nodig is om de demografische evolutie te volgen en de historisch gegroeide achterstand weg te werken, slechts één keer is gehaald. De informatisering van de gegevensuitwisseling via het Vestaplatform kan ervoor zorgen dat de

berekening van de gebruikersbijdrage eenvoudiger wordt. Op basis van fijnmaziger studies van de behoeften zal het mogelijk zijn om de programmatienorm te verfijnen. Ook op het vlak van nieuwe diensten, zoals oppashulp, zijn inspanningen gebeurd.

De volgende regering moet blijven investeren in de gezinszorg en de aanvullende thuiszorg. Een jaarlijkse toename van het gesubsidieerde urencontingent met 4% blijft nodig. De programmatienorm moet zo ingevuld worden dat gezinszorg in heel Vlaanderen kan inspelen op nieuwe noden en nieuwe doelgroepen, zoals kankerpatiënten en andere chronisch zieken die meer en meer in de thuiszorg terechtkomen. Een basispakket aan gezinszorg zou voor iedereen toegankelijk moeten zijn, ook voor jonge gezinnen van tweeverdieners met een ernstig ziek gezinslid. Er is nood aan een inhaalbeweging voor de thuiszorg in Brussel.

3. Een betere financiering voor de palliatieve zorg

Palliatieve zorg heeft de bedoeling om de best mogelijke levenskwaliteit te bieden aan mensen met een ongeneeslijke ziekte die binnen afzienbare tijd zullen sterven. De voorbije kwarteeuw zijn er in België verschillende maatregelen, zorgvormen en structuren ontwikkeld om de palliatieve zorg te bevorderen. Enkele hiervan, met name de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen, de palliatieve netwerken en de palliatieve dagcentra behoren ook tot de bevoegdheid van de Vlaamse overheid. De voorbije regeerperiode is de subsidiëring voor de palliatieve zorg door de Vlaamse Gemeenschap in totaal met 37% gestegen. Vooral in 2006 was er een sterke stijging (+ 42% in vergelijking met 2005). Deze berekening houdt geen rekening met de middelen voor de palliatieve dagcentra die de federale overheid doorsluisst naar de Vlaamse Gemeenschap. De sector blijft ondergefinancierd en moet nog vaak een beroep doen op geld uit goede doelen. De Federale Evaluatiecel Palliatieve Zorg vergelijkt de tekortschietende financiering voor de palliatieve zorg met de onbeperkte financiering van medische onderzoeken en handelingen en roept op tot een bezinning over deze onevenredige verdeling.¹¹

Tabel 1. Vlaamse middelen voor de palliatieve zorg in de voorbije legislatuur

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Jaarlijkse subsidie (in euro)	777.998	682.762	970.630	974.406	1.110.755	1.066.011
Stijging t.o.v. het vorig jaar (%)		-12	+42	+0,3	+14	-4
Stijging t.o.v. 2004 (%)						+37

3.1 Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen

3.1.1 Achtergrond

De Federatie Palliatieve Zorg (de Federatie) is een federatie van vijftien palliatieve netwerken (zie verder). Ze vertegenwoordigt de personen, instellingen en verenigingen die werkzaam zijn in de palliatieve zorg. Haar doelstelling is om de palliatieve zorg te integreren in de bestaande gezondheidszorg, zodat palliatieve zorg voor iedereen beschikbaar, toegankelijk, betaalbaar en medisch gefundeerd is en door elke hulpverlener adequaat wordt toegepast. De taken van de Federatie zijn: 1) overleg, communicatie en uitwisseling van ervaringen onder de leden van de Federatie bevorderen; 2) als denktank over diverse thema's die de sector aanbelangen (ethiek, opleiding, ...), bijdragen tot een verbetering van de kwaliteit van de palliatieve zorgverlening; 3) kennisopbouw, onderzoek en professionalisme stimuleren; 4) de zorgverleners sensibiliseren en hen gespecialiseerde opleidingen, vorming en intervisie aanbieden; 5) opkomen voor de belangen van de leden ten aanzien van de bevoegde autoriteiten, onder andere door te streven naar de erkenning en financiering van de verschillende initiatieven inzake palliatieve zorg en aanbevelingen te formuleren om de ontwikkeling van de palliatieve zorg te verbeteren.¹¹ De Federatie stelt vier voltijds equivalenten (VTE) tewerk.

De Federatie is aangewezen op een beperkte financiering vanwege de Vlaamse Gemeenschap en op goede doelen, zoals *Kom op tegen Kanker*.¹¹ Het VLK-onderzoeksrapport van 2005 merkte op dat de toenmalige jaarlijks aan te vragen financiering van 75.000 euro niet volstond voor de minimale personeelsbezetting van een voltijds coördinator en een deeltijds secretariaatsmedewerker (kostprijs in 2005: 87.800 euro).

3.1.2. Beleidsvoorstel van de VLK in 2004

De VLK vraagt een verhoging van de overheidssteun voor de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen. Die steun moet ook structureel zijn.

3.1.3. Beleid sinds 2004

In 2006 kende de Federatie een overgang van een facultatieve financiering naar een financiering via een convenant (een overeenkomst tussen de Vlaamse overheid en de Federatie) die de subsidiebedragen voor drie jaar vastlegt.

De overheidssteun aan de Federatie is de voorbije legislatuur met 100% gestegen. In 2004 kreeg zij een subsidie van 75.000 euro. In 2008 was die aangegroeid tot 103.406 euro, op basis van een convenant voor de periode 2006-2008. Een nieuw convenant voor de periode 2009-2011 voorziet een stijging tot 153.406 euro.

Het convenant voor de periode 2009-2011 voorziet vijf opdrachten voor de Federatie: 1) de verwerking en opvolging van de registratie van de werking van de palliatieve netwerken en van de patiëntenstromen; 2) de professionalisering van de vorming, training en opleiding voor deskundigen in de palliatieve zorg; 3) bijdragen tot de ontwikkeling van praktijkrichtlijnen en multidisciplinaire zorgtrajecten voor de eerste lijn; 4) samenwerken met andere betrokken organisaties om te komen tot een klantgericht aanspreekpunt voor de burger betreffende de levenseindeproblematiek; 5) adviezen geven aan de minister en het Vlaams agentschap zorg en gezondheid met betrekking tot palliatieve zorg.

3.1.4. Evaluatie van het gevoerde beleid en uitdagingen voor de toekomst

De overheidstoelage aan de Federatie Palliatieve Zorg is de voorbije legislatuur sterk gestegen. Maar in 2008 liepen de totale personeels- en werkingskosten van de Federatie op tot 485.000 euro. In 2004 bedroeg dit nog 287.310,31 euro. In het nieuwe convenant (2009-2011) dekt de Vlaamse overheidssubsidie 33% van de kosten, in 2004 was dat 26%. Het nieuwe convenant is klaar maar nog niet ondertekend. 'Naast een inspanning van de federale overheid hoopt de Federatie hier ook op een sterkere inspanning van de Vlaamse overheid', stelt Paul Vanden Berghe. Hij wijst er ook op dat de Federatie geen structurele middelen heeft. Het convenant met de Vlaamse Gemeenschap wordt om de drie jaar volledig opnieuw onderhandeld. Het gebrek aan structurele inkomsten maakt de Federatie kwetsbaar.

De Federatie hoopt dat de overheid een groter deel van haar huidige kosten zal financieren. 'Er stellen zich immers nieuwe uitdagingen', zegt Paul Vanden Berghe. Zo wil de Federatie een beleid ontwikkelen in verband met vroegtijdige zorgplanning. Patiënten moeten vroeger in het ziekteproces informatie krijgen over palliatieve zorg. Patiënten en hun familie hebben daar immers steeds meer vragen over, onder andere ten gevolge van de euthanasiewetgeving. Goede palliatieve zorg veronderstelt ook dat patiënten op tijd hun wensen over het levenseinde kunnen bespreken. Palliatieve zorg zou ook vroeger kunnen starten, in de vorm van comfortzorg. Dit is een internationale, door de Wereldgezondheidsorganisatie gesteunde tendens. Mondiger patiënten stellen ook zelf meer eisen op het vlak van comfortzorg. In dit verband werkt de Federatie aan een project over Vroegtijdige Zorgplanning, gekoppeld aan vorming in instellingen, ziekenhuizen en rusthuizen. De Federatie zou hiervoor een financiering willen voor een halftijdse stafmedewerker (30.000 euro per jaar) en voor een halftijdse onderzoekscoördinator (37.000 euro per jaar) en een bijdrage in de productiekosten van een campagne over vroegtijdige zorgplanning. Voor die campagne ontwikkelt de Federatie verschillende documenten, in overleg met en ten behoeve van de palliatieve netwerken: een document in verband met de wilsverklaring, een brochure die zich richt tot de bevolking (20.000 exemplaren), een brochure voor hulpverleners (1750 exemplaren in een beperkte eerste druk), een mediacampagne en een vormingsaanbod om met het materiaal aan

de slag te gaan. De productiekosten worden op 35.000 à 50.000 euro geraamd. Naast vroegtijdige zorgplanning (anticiperen op palliatieve zorg) is ook een verdieping van de palliatieve zorg nodig. Spiritueel-existentiële zorg moet pijn- en symptomcontrole, emotionele ondersteuning en sociale ondersteuning aanvullen. Dit zijn vier internationaal erkende dimensies van palliatieve zorg, maar voor de ontwikkeling van spirituele zorg staan we in Vlaanderen nog niet ver. De recente discussie over levensmoeheid bij ouderen heeft overigens nog eens aangetoond dat zorgverstrekkers onderlegd moeten zijn in de vier dimensies van palliatieve zorg en een antwoord moeten kunnen bieden op zorgvragen. Ten slotte moet de palliatieve zorg ook een bredere doelgroep bereiken. De Federatie werkt daarom aan een doelgroepenbeleid. Enkele van die doelgroepen zijn kinderen, mensen met een verstandelijke beperking, mensen met psychiatrische problemen en dementerenden.

3.2. De palliatieve netwerken (samenwerkingsverbanden)

3.2.1. Achtergrond

De palliatieve netwerken (25 in België, 15 in Vlaanderen) verzamelen in een bepaalde regio alle organisaties en personen die bij de palliatieve zorg betrokken zijn. Hun kernopdrachten zijn informatieverstrekking en sensibilisering, opleiding en navorming, het opstellen van samenwerkingsprotocollen tussen verschillende verstrekkers van palliatieve zorg en het voeren van een regionaal beleid in verband met palliatieve zorg.

Voor de netwerken is er ten eerste een federale financiering. Per 300.000 inwoners is er een (ontoereikende) financiering voor een voltijds coördinator. Indien het gaat om een netwerk dat een gebied bestrijkt met minder dan 300.000 inwoners dat het enige is in zijn provincie of gemeenschap, krijgt het netwerk toch een voltijds coördinator. Per netwerk is er ook federaal geld voor een halftijdse psycholoog. Die middelen worden vermeerderd met een halve VTE per schijf van 300.000 inwoners indien het gaat om het enige samenwerkingsverband binnen het gewest of de gemeenschap.¹² Met deze federale financiering zijn er enkele problemen:

- De federale vergoeding voor de verloning houdt geen rekening met de anciënniteit van de personeelsleden. De coördinator kan niet op universitair niveau worden vergoed, hoewel de functie dit eigenlijk vereist.
- Een netwerk in een gebied met minder dan 300.000 inwoners dat niet het enige is in zijn gemeenschap of provincie, krijgt niet genoeg subsidie om een coördinator voltijds tewerk te stellen en dat is momenteel een probleem voor zes van de vijftientig netwerken. Een netwerk in een gebied met een veelvoud van 300.000 inwoners dat niet het enige is in zijn gemeenschap of gewest, wordt voor de psycholoog benadeeld tegenover netwerken met evenveel inwoners die wel het enige zijn in hun gemeenschap of gewest. Dit is momenteel een probleem voor twee van de vijftientig netwerken.
- Er is geen vergoeding voor werkingskosten, alleen voor personeelskosten.¹¹
- De regelgeving voor de uitbouw van de palliatieve zorg in rusthuizen is aangepast. Nu moet het personeel vorming krijgen over palliatieve zorg. Deze vorming is een taak voor de netwerken, maar er zijn geen bijkomende middelen voorzien om deze taak te vervullen.²

De netwerken krijgen ook een Vlaamse financiering die gebruikt kan worden voor personeels- en werkingskosten. In 2004 klaagde de Vlaamse Liga tegen Kanker aan dat de

Vlaamse financiering niet gekoppeld was aan de index. Bijgevolg werd de kloof tussen de subsidies en de kosten voor het personeel en de werking steeds groter. Tegenover die financiële problemen staat een toenemende vraag naar vorming en ondersteuning vanuit de sector.²

3.2.2. Beleidsvoorstel van de VLK in 2004

De VLK vroeg in haar memorandum om de toenmalige subsidies voor de palliatieve netwerken te vervangen door een basissubsidie die voor elk netwerk gelijk is, met daarbovenop een forfaitaire subsidie die gebaseerd is op het aantal inwoners per netwerk. De nieuwe subsidies moesten voor de VLK ook rekening houden met de indexaanpassingen en met de anciënniteit van het personeel.

3.2.3. Beleid sinds 2004

Sinds 2007 krijgen de palliatieve netwerken per 60.000 inwoners een subsidie van 7.707,54 euro.¹³ Dit komt neer op een inhaalbeweging voor de sinds 1995 gemiste indexeringen. Sinds 2007 is het subsidiebedrag bovendien gekoppeld aan de gezondheidsindex. Die jaarlijkse indexatie is structureel verankerd. Aan het reglementaire subsidiebedrag wordt een facultatieve subsidie inzake deskundigheidsbevordering toegevoegd. De netwerken kunnen nu ook reserves aanleggen, met een deel van de subsidie dat niet uitgegeven is.

In 2004 bedroeg de totale jaarlijkse subsidie voor de vijftien netwerken in Vlaanderen 625.262 euro. In 2008 was dit 784.353,24 euro, in 2009 812.605,86 euro. Dat is een stijging met 30%, als gevolg van de inhaalbeweging in 2007 en de indexering sindsdien.

3.2.4. Evaluatie van het gevoerde beleid en uitdagingen voor de toekomst

De VLK-eis uit 2004 over de financiering van de palliatieve netwerken is door de inhaalbeweging en de indexering gedeeltelijk gerealiseerd. ‘Ook de mogelijkheid om reserves aan te leggen is belangrijk voor de netwerken’, zegt Paul Vanden Berghe. ‘Wanneer een netwerk vroeger veel sponsorgeld binnenhaalde en daardoor op het einde van het jaar een overschot had, moest het netwerk dit overschot terugstorten aan de overheid. Het is evenwel een principe van gezond financieel beleid om een reserve aan te leggen.’

De palliatieve netwerken vervullen een noodzakelijke ondersteunende rol bij de initiatieven van de Federatie zoals vroegtijdige zorgplanning, verdieping en verbreding van de palliatieve zorg. De netwerken zorgen voor de informatie over en de contacten met het werkveld. De netwerken maken de initiatieven van de Federatie bekend bij de bevolking en de hulpverleners. Op die manier komen de netwerken tegemoet aan een reële nood die leeft bij de bevolking. De levensindeproblematiek is immers veel complexer geworden. Vragen over euthanasie leiden zowel bij de patiënt als bij zijn familie tot een nood aan juridische begeleiding en psychologische steun. Het is dan ook essentieel dat de netwerken de zorgverstrekkers hierin kunnen bijstaan. Maar met de huidige subsidies kunnen de netwerken de bijkomende opdrachten op het vlak van zorgplanning en verdieping en verbreding van de palliatieve zorg niet waarmaken. Hiertoe zou de regering de vaste som per schijf van 60.000 inwoners (nu: 7.707,54 euro) bovenop de indexering kunnen verhogen.

3.3. De palliatieve dagcentra

3.3.1. Achtergrond

In de palliatieve dagcentra kunnen palliatieve patiënten die thuis verblijven, overdag terecht. Zo krijgen de mantelzorgers wat ademruimte. In een dagcentrum kunnen de patiënten ook medische zorg krijgen, zoals pijncontrole, bloedtransfusies, evacuerende puncties, intraveneuze voeding, Op die manier is het soms mogelijk om een ziekenhuisopname te vermijden. De dagcentra creëren bovendien veel ruimte voor contact met lotgenoten, psychosociale zorg en niet-geneeskundige complementaire therapieën en comfortzorg (bad, massage, relaxatie). Er is een open sfeer waarin alles bespreekbaar is. Daardoor zijn dagcentra ook broedplaatsen voor de ontwikkeling van de psychische, sociale en spirituele aspecten van zorg. De opgedane ervaring kan andere zorgomgevingen inspireren. In Vlaanderen zijn er momenteel vijf dagcentra.

De palliatieve dagcentra hebben een profiel dat erg afwijkt van de geriatrische dagverzorgingscentra, wat hun zelfstandig bestaan naast de geriatrische centra verantwoordt. Dit blijkt ten eerste uit het profiel van de bezoekers. In een palliatief dagcentrum zijn de bezoekers gemiddeld 63 jaar oud en hebben een levensbedreigende, voornamelijk oncologische diagnose. Ze wonen binnen een straal van 20 km van het dagcentrum en bezoeken het dagcentrum een beperkt aantal keren. Hun mentale toestand is goed en ze zijn op de hoogte van hun diagnose. De bezoekers van een geriatrisch dagverzorgingscentrum zijn gemiddeld 79 jaar oud. Er is meestal geen oncologische diagnose. Ze wonen niet verder dan 10 km van het dagcentrum en bezoeken het dagcentrum meestal meer dan tachtig maal. Hun mentale toestand is vaak verstoord. Palliatieve dagcentra hebben ook een ander aanbod dan de geriatrische centra. In de palliatieve dagcentra krijgen de bezoekers de kans om stil te staan bij hun ziekte, het afscheid, de dood, enzovoort. Dit aanbod is er veel minder in de geriatrische dagverzorgingscentra. In een palliatief dagcentrum is ook de fysieke zorg complexer door de aard en het stadium van de aandoeningen. Palliatieve hulpverleners zijn dan ook overtuigd van de meerwaarde van de palliatieve dagcentra. Zeker voor alleenstaanden en patiënten met een beperkte mantelzorg bieden deze centra de kans om toch thuis te blijven.¹⁴

Tot het einde van 2005 werden de dagcentra gefinancierd met een experimentele RIZIV-financiering van 165 euro per patiënt per dag. Sinds 2006 is de bevoegdheid voor de dagcentra doorgeschoven naar de gemeenschappen. De Vlaamse Gemeenschap financiert de dagcentra met middelen die de gemeenschappen krijgen van de federale overheid voor het ouderenzorgbeleid. Daardoor was de financiering van de dagcentra bevroren op het niveau van 2004, hoewel het aantal bezoekers sindsdien gestegen is. In de praktijk betekende dit dat er tot 2008 nog een derde van de oorspronkelijke 165 euro per patiënt per dag beschikbaar was. Daarmee kon een dagcentrum onmogelijk nog dezelfde zorg- en levenskwaliteit bieden. De Vlaamse regering toonde zich wel bereid om te zorgen voor extra steun die het verlies voor de dagcentra gedeeltelijk compenseert.¹⁵

3.3.2. Beleidsvoorstel van de VLK

In 2005 vroeg de VLK aan toenmalig Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Vervotte om te ijveren voor het behoud van een financiering van 165 euro per persoon per dag. Indien dit niet kon via de middelen van het ouderenzorgbeleid, drong de VLK erop

aan om meer Vlaamse middelen vrij te maken voor de palliatieve dagcentra.¹⁶ Om een centrum draaiende te houden, is zeker een bedrag van 150.000 euro nodig.¹¹

3.3.3. Beleid sindsdien

In de periode 2006-2008 zijn de ontoereikende overheidssubsidies voor de centra niet veel gestegen (zie tabel 2). Een Vlaamse subsidie van 20.000 euro per dagcentrum vult de middelen uit het ouderenzorgbeleid aan, maar dit Vlaamse geld mag niet worden gebruikt voor de gezondheidszorg in de dagcentra. De federale subsidie is immers bestemd voor gezondheidszorg en een dubbele financiering (met Vlaams + federaal geld) voor hetzelfde doel is niet toegestaan. De Vlaamse overheid geeft daarom geld dat kan gebruikt worden voor het ontwikkelen van de deskundigheid van het personeel van de dagverzorgingscentra en van thuiszorgdiensten door middel van stages, praktijkopleidingen, cursussen en professionele adviezen.¹⁷ Op die manier worden de dagcentra ook vormings- en expertisecentra. Het komt erop neer dat de dagcentra het Vlaamse geld niet zomaar kunnen gebruiken voor de dagelijkse werking en dat ze extra taken krijgen.

In 2008 herbekeek de Vlaamse overheid de bestaande financiering – die eind 2008 afliep. In 2009 zou elk centrum opnieuw kunnen rekenen op 20.000 euro vanwege de Vlaamse overheid.

In haar Nationaal Kankerplan maakte federaal minister van sociale zaken en volksgezondheid Onkelinx in 2009 560.000 euro vrij voor de dagcentra. Vanaf 2010 zou er jaarlijks 900.000 euro ter beschikking komen. Dit geld zou de dagcentra grotendeels uit de nood helpen. Bij de palliatieve dagcentra leven echter nog veel twijfels over de besteding van dit geld. De vrees leeft dat het RIZIV allerlei voorwaarden zal stellen aan de beschikbaarheid van het geld, bijvoorbeeld met betrekking tot het aantal uitgevoerde medische prestaties in de dagcentra. Een evaluatie van de werking van de dagcentra op basis van het aantal prestaties is echter niet verzoenbaar met de werking en de filosofie van de centra. Bovendien is hier het probleem dat de dagcentra zich vooral in Vlaanderen bevinden. Vlaanderen telt vijf dagcentra, in Wallonië is er één en in Brussel is er geen. De Federatie Palliatieve Zorg vreest daarom dat minister Onkelinx het geld uiteindelijk niet zal besteden.

Tabel 2. Financiering van de palliatieve dagcentra in Vlaanderen (in euro)

	2006	2007	2008	2009 (onder voorbehoud)
Vlaamse subsidie	75.000	100.000	100.000	100.000
Middelen uit het federale ouderenzorgbeleid verdeeld door Vlaanderen	255.505	255.760	260.353	466.666,67 (5/6 van 560.000)
Totaal	330.505	355.760	360.353	566.666
Per dagcentrum (totaal/5)	66.101	71.152	72.070	113.333

3.4.3. Evaluatie van het gevoerde beleid en uitdagingen voor de toekomst

De ontoereikende en onzekere financiering van de dagcentra is de voorbije jaren problematisch geweest. De dagcentra kwamen duidelijk niet aan het minimale bedrag van 150.000 euro. Slechts de aanzienlijke financiële ondersteuning van *Kom op tegen Kanker* zorgde ervoor dat de vijf erkende palliatieve dagcentra in Vlaanderen voorlopig het hoofd boven water konden houden.¹⁴ Hoewel het Nationaal Kankerplan vanaf 2009 heel wat extra middelen vrij lijkt te maken voor de dagcentra, bestaat hierover nog grote onzekerheid. De vraag is wat er moet gebeuren als de federale middelen geen uitkomst blijken te bieden of worden gekoppeld aan onhaalbare criteria inzake medische prestaties. Moet Vlaanderen zijn verantwoordelijkheid dan niet nemen? Ignace Leus merkt in dit verband op dat als er twee overheden verantwoordelijk zijn voor een domein vaak een pingpongspel ontstaat en dat de zaak nooit in orde komt. Vlaanderen zou hier dan het heft in eigen handen moeten nemen en ervoor moeten zorgen dat er middelen komen voor terechte zorgnoden.

Uit een rapport van de werkgroep palliatieve dagcentra van de Federatie blijkt dat het beleid in de toekomst ook een antwoord zal moeten bieden op de volgende uitdagingen:

- Om de regionale spreiding van de dagcentra te verbeteren, is het aangewezen om enkele bijkomende dagcentra te openen. In Oost-Vlaanderen en Limburg bijvoorbeeld is er nog geen dagcentrum. Bijkomende dagcentra inbouwen in de geriatrie dagcentra is geen optie.
- Er is nood aan (aangepast) vervoer van en naar de dagcentra voor de gasten. Dit vervoer moet bovendien ook vergoed worden.
- Professionele zorgverleners verwijzen nog te weinig en te laat door naar de dagcentra, onder andere omdat de zorgverleners ‘palliatief’ nog te vaak verwarren met ‘terminaal’ of omdat therapeutische hardnekkigheid hen ervan weerhoudt om mensen door te sturen naar de palliatieve zorg.
- De opleiding en de ondersteuning van vrijwilligers wordt niet vergoed.

3.4. Conclusies van de VLK en aanbevelingen voor de volgende regering

De palliatieve zorg staat voor nieuwe uitdagingen. Organisaties en zorgverstrekkers werkzaam in de palliatieve zorg krijgen door recente ontwikkelingen in verband met het levenseinde, zoals de wetgeving over euthanasie, steeds vaker te maken met complexe vragen die een intensieve juridische en psychologische begeleiding vereisen. Mensen stellen vandaag hogere eisen aan het levenscomfort in de laatste levensfase dan vorige generaties. Om kwaliteitsvolle palliatieve zorg te kunnen bieden, is het belangrijk dat mensen op tijd beginnen nadenken over het levenseinde. De spiritueel-existentiële dimensie van palliatieve zorg komt meer en meer op de voorgrond, onder andere door een betere pijn- en symptoomcontrole. Maar deze zorgdimensie moet in Vlaanderen nog verder ontwikkeld worden.

Niettegenstaande het toenemende belang van de palliatieve zorg en de nieuwe uitdagingen waar deze zorg voor staat, is de sector van de palliatieve zorg nog sterk ondergefinancierd. De Federatie Palliatieve Zorg, die alle organisaties en personen werkzaam in de palliatieve zorg verenigt en voor de sector een essentiële rol vervult onder andere op het vlak van kennisopbouw en -verspreiding en vertegenwoordiging van de sector bij de overheid, is voor twee derde van haar inkomsten afhankelijk van goede doelen. Er is geen structurele financiering.

De palliatieve netwerken organiseren de palliatieve zorg in een bepaalde regio. Het Vlaamse deel van hun financiering is de voorbije legislatuur substantieel toegenomen. De toelage van de Vlaamse overheid wordt sinds 2007 geïndexeerd en er vond een inhaalbeweging plaats voor de sinds 1995 gemiste indexeringen. Maar een indexering volstaat niet opdat de netwerken de confrontatie aankunnen met nieuwe uitdagingen op het vlak van de levenseindeproblematiek en de spirituele zorg. De VLK roept de volgende regering op om de netwerken voldoende te ondersteunen, zodat ze optimaal kunnen bijdragen aan de verdere ontwikkeling van de palliatieve zorg in Vlaanderen.

In de palliatieve dagcentra vinden patiënten medische zorg, contact met lotgenoten en psychosociale steun. De palliatieve dagcentra kunnen het leven van palliatieve patiënten die thuis wensen te blijven, een stuk aangenameer maken. Voor alleenstaanden en patiënten met een beperkte mantelzorg zijn ze vaak een noodzakelijke voorwaarde om thuis te kunnen blijven. Maar deze centra worstelen al jaren met een ontoereikende en onzekere financiering. De middelen die federaal minister Onkelinx beloofde in het kader van het Nationaal Kankerplan nemen de onzekerheid niet meteen weg. De volgende Vlaamse regering moet dit dossier dan ook van nabij opvolgen. Als de palliatieve dagcentra niet kunnen rekenen op voldoende federale middelen, zou de Vlaamse overheid haar verantwoordelijkheid moeten nemen en de nu vrij beperkte Vlaamse financiering van 20.000 euro per dagcentrum substantieel moeten verhogen, zodat de dagcentra de zorgkwaliteit kunnen bieden waar palliatieve patiënten recht op hebben. De regering moet er ook rekening mee houden dat er in bepaalde regio's momenteel nog geen dagcentrum is. Ook bepaalde praktische problemen, zoals het vervoer van en naar het dagcentrum, vragen om een oplossing.

4. Een betere samenwerking binnen de thuiszorg en tussen de ziekenhuizen en de thuiszorg

4.1. Achtergrond

De kankerzorg is niet alleen een zaak van het ziekenhuis. De diagnose en de behandeling gebeuren doorgaans in het ziekenhuis, maar de ziekenhuisopname omwille van een operatie wordt korter. Tijdens chemo- en radiotherapiebehandelingen zijn patiënten het overgrote deel van de tijd thuis. Na de behandeling in het ziekenhuis duiken vaak verwerkingsproblemen op. De ziekenhuis- en de thuiszorg kunnen daarom het best nauw samenwerken. Zorgverstrekkers van verschillende zorgomgevingen moeten bijvoorbeeld informatie met elkaar delen.³ Pacolet en Hedeboom stelden in 2004 vast dat de informatie-uitwisseling tussen zorgverstrekkers nog verder versterkt kan worden. Het gaat hierbij om informatie-uitwisseling tussen het ziekenhuis en de thuiszorg, tussen specialisten en huisartsen en om informatie-uitwisseling binnen de thuiszorg.⁴

Kanker is een ouderdomsziekte. Veel kankerpatiënten lijden dus ook aan een of meer andere aandoeningen (diabetes, COPD, dementie, ...). Ook daarom moet de thuiszorg een belangrijke rol spelen in de zorg voor kankerpatiënten. De kankerspecialist zal zich vooral richten op het behandelen van kanker. De huisarts houdt rekening met de globale context van de patiënt, met inbegrip van eventueel andere aandoeningen en de verhouding tussen de kankerbehandeling en de behandeling van die andere aandoeningen. Jan De Maeseneer (Universiteit Gent) merkt op dat een inbreng van de huisarts tijdens het multidisciplinair oncologisch consult daarom belangrijk is.

4.2. Beleidsvoorstellen van de VLK in 2004

In haar memorandum van 2004 en op de Dag tegen Kanker in 2005 vroeg de Vlaamse Liga tegen Kanker aan de Vlaamse regering om maatregelen te treffen die een goede samenwerking binnen de thuiszorg en een goede informatieoverdracht tussen de ziekenhuizen en de thuiszorg mogelijk maken. Dit is immers essentieel voor een goede psychosociale ondersteuning van kankerpatiënten die steeds sneller in de thuiszorg terechtkomen. Zo zou de huisarts goed en snel op de hoogte moeten zijn van de diagnose en (wijzigingen in) de behandeling, de informatie die in het ziekenhuis is meegedeeld over de behandeling en een nakend ontslag. Een betere samenwerking tussen ziekenhuis en huisarts is mogelijk door de huisarts sterker te betrekken bij het multidisciplinair oncologisch consult en door een snellere, geïnformateerde informatiedoorstroming. De VLK vroeg ook dat de Vlaamse overheid snel werk zou maken van uitvoeringsbesluiten voor het decreet over de eerstelijnsgezondheidszorg. Dit decreet wil de eerstelijnszorg versterken en de samenwerking tussen de betrokken diensten en zorgverstrekkers bevorderen. Het decreet wil bovendien zorgen voor een vereenvoudiging en beperking van de structuren.

4.3. Beleid sindsdien

In haar regeerakkoord nam de Vlaamse regering zich met betrekking tot de thuiszorg het volgende voor: 'We vereenvoudigen en rationaliseren de overlegstructuren. We richten ze beter op het overleg met en rond de zorggebruiker. Toetssteen hiervoor is dat het overleg voor de zorggebruiker een meerwaarde betekent inzake kwaliteit, coördinatie en continuïteit.'¹⁸ In het kader van het decreet eerstelijnszorg heeft de regering de eerstelijnszorg georganiseerd op drie niveaus: er is het macroniveau van de Vlaamse overheid en de partnerorganisaties, zoals Domus Medica, en de Federatie Palliatieve Zorg; het mesoniveau van de

samenwerkingsinitiatieven in de eerstelijnsgezondheidszorg (SEL's) en het microniveau, het niveau van de gebruiker en de mantelzorger, met het zorgplan en het multidisciplinair zorgoverleg.¹⁹

Het SEL (het mesoniveau) is bedoeld om de organisatie en de samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg en tussen de eerste lijn en de ziekenhuiszorg te bevorderen. Een SEL verenigt alle partijen die betrokken zijn bij de eerstelijnsgezondheidszorg: de huisartsen, de diensten voor gezinszorg, de lokale dienstencentra, de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, de rusthuizen, de verpleegkundigen, de vroedvrouwen en de centra voor algemeen welzijnswerk in het kader van de ziekenfondsen. Het SEL heeft altijd een huisarts als voorzitter of ondervoorzitter. Een SEL heeft de volgende taken: 1) de multidisciplinaire samenwerking en coördinatie faciliteren; 2) toegankelijke informatie over het lokale zorgaanbod aanbieden aan de bevolking en de zorgaanbieders; 3) transmurale afspraken maken om de continuïteit van de zorg te verzekeren; 4) waken over de multidisciplinaire samenwerking met betrekking tot een gebruiker met een verminderde zelfredzaamheid; 5) een overzicht opmaken van de zorgaanbieders in de regio van een SEL en dit overzicht bekendmaken aan alle betrokkenen; 6) multidisciplinaire vorming organiseren om de multidisciplinaire samenwerking te bevorderen; 7) een elektronisch zorgplan promoten; 8) toezicht houden op het multidisciplinaire zorgoverleg; 9) multidisciplinair zorgoverleg faciliteren of zelf organiseren als andere organisaties dit nalaten; 10) lokale besturen adviseren in verband met het lokale sociale beleidplan.

Het werkingsgebied van een SEL valt samen met een zorgregio. Er zijn in Vlaanderen veertien zorgregio's. Samen met het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad zijn er dus vijftien SEL's. Elk SEL kan erkend worden als geïntegreerde dienst voor thuisverzorging (een structuur van de federale overheid). Binnen een SEL kunnen de zorgaanbieders een afdeling van een SEL oprichten. Deze afdeling gaat dan binnen een deelgebied van de zorgregio een aantal taken vervullen in verband met de organisatie van het multidisciplinair zorgoverleg en het zorgplan.

Een SEL krijgt een vaste subsidie van 60.000 euro, aangevuld met 0,20 euro per inwoner van het werkgebied van een SEL.¹⁹

Op het microniveau, het niveau van de gezondheidszorg dicht bij de gebruiker en de mantelzorger, situeert zich het zorgoverleg en het zorgplan. Het zorgoverleg moet de gebruikersgerichte, multidisciplinaire samenwerking tussen de zorgaanbieders in verband met het bepalen van de zorgnoden, het zorgtraject en de zorgdoelen bevorderen. Individueel gebruikersgebonden overleg kan georganiseerd worden door een regionaal dienstencentrum, een openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn of een lokaal dienstencentrum (Brussel), door een zorgaanbieder, de gebruiker zelf of een mantelzorger. Voor dit zorgoverleg is er via de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging een federale financiering voorzien van het RIZIV.

Voor de gegevensuitwisseling in de zorg en de samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn is in Vlaanderen een gezondheidsinformatiesysteem (GIS) gepland. Dit GIS wil enerzijds de gegevensuitwisseling tussen zorgverstrekkers optimaliseren om de continuïteit en de kwaliteit van de zorgverlening te verzekeren. Anderzijds moet het GIS de gegevensuitwisseling optimaliseren tussen actoren in de gezondheidszorg onderling en deze

actoren en de administratie, om de overheid te voorzien van epidemiologische gegevens zodat het Vlaamse gezondheidsbeleid zo veel mogelijk kan steunen op harde data. Het Vlaams Parlement heeft in juni 2006 hierrond een decreet goedgekeurd.²⁰ Momenteel wordt gewerkt aan de verdere uitvoering van het decreet. Ondertussen is ook een voorontwerp van decreet betreffende het platform voor gezondheids- en welzijnsinformatie opgemaakt. Ook de welzijnssector heeft immers nood aan een gelijkaardige juridische basis voor geïnformatiseerde gegevensuitwisseling.

4.4. Evaluatie van het beleid en uitdagingen voor de toekomst

De geraadpleegde huisartsen Jan De Maeseneer en Jan De Lepeleire zijn zeer kritisch voor het beleid van de Vlaamse overheid. Ze hebben het gevoel dat Vlaanderen niet genoeg gedaan heeft om de eerstelijnsgezondheidszorg te versterken, hoewel al het beschikbare wetenschappelijke bewijs zegt dat een versterking van de eerste lijn noodzakelijk is in het belang van de volksgezondheid.

Ze vinden dat de SEL's zich op een te grote schaal situeren. Jan De Lepeleire verwijst naar het samenwerkingsinitiatief in de thuiszorg (SIT) dat actief is in het gebied waar hij huisarts is. Het SIT is de voorloper van het SEL. Zijn SIT is actief in een gebied met 100.000 mensen. 'Een niveau van 100.000 mensen is nog bevattelijk', zegt hij. 'De verschillende huisartsen en zorgverstrekkers kennen elkaar vaak persoonlijk, zodat er bijna op spontane wijze overleg tot stand komt. Als de schaal groter wordt, kennen de zorgverleners elkaar niet meer en is het veel moeilijker om overleg te organiseren.' Eenzelfde geluid horen we bij Jan De Maeseneer. Het niveau van de gemeente of de wijk is volgens hem het niveau waarop de interdisciplinaire samenwerking gestalte moet krijgen. Internationaal zien we dat in de meest performante gezondheidszorgsystemen het lokale niveau (bv. de gemeente) een belangrijke rol speelt. Hij verwijst naar Finland en Denemarken. Als er slechts vijftien SEL's in Vlaanderen zijn, kun je evengoed het niveau van de SEL's afschaffen en alles op het niveau van de administratie in Brussel regelen. De mogelijkheid om een afdeling van een SEL op te richten, stelt niet veel voor. Er zijn immers geen middelen beschikbaar om zo'n afdeling uit te bouwen. In verband met de financiering vindt De Lepeleire het positief dat is afgestapt van een financiering op basis van het aantal zorgplannen en dat er een vaste jaarlijkse subsidie komt voor een SEL. Maar Vlaanderen blijft erg weinig investeren in de eerste lijn. Het budget dat nu wordt vrijgemaakt voor de SEL's, komt neer op minder dan 0,5 euro per inwoner per jaar.

De samenwerking tussen de ziekenhuiszorg en de eerstelijnsgezondheidszorg wordt niet bevorderd door de SEL's. 'Momenteel is het voor een ziekenhuisarts die wil overleggen met de eerstelijnsgezondheidszorg in zijn buurt, moeilijk om een aanspreekpunt te vinden', zegt Jan De Lepeleire. In sommige regio's werkt de huisartsenkring goed en is die kring een goed vertrekpunt. Maar dat is geen algemene regel. Idem voor de SIT's: sommige werken goed en zijn een goed aanspreekpunt voor de zorgverstrekkers in het ziekenhuis, maar er is niet overal een SIT. De Vlaamse overheid had de gelegenheid te baat kunnen nemen om van de SEL's zulke aanspreekpunten te maken, maar door de grote schaal en het feit dat de SEL's niet alle eerstelijnsstructuren verenigen (de palliatieve netwerken hoeven er bijvoorbeeld geen deel van uit te maken), zal dit niet gebeuren.

Een enigszins ander geluid horen we bij de experts met een ACW-achtergrond (Agnes Bode en Ignace Leus). Zij betwisten niet dat er een forum nodig is voor overleg, maar waarschuwen er toch voor dat er niet te veel middelen voor basiszorg mogen verdwijnen naar overleg en

organisatie. Het aantal SEL's dat momenteel is voorzien, is voldoende. 'Het SEL is een nuttig overlegforum, maar het moet niet evolueren naar een pluralistische structuur die in de plaats komt van basisdiensten als ziekenfondsen en diensten voor gezinszorg', zegt Leus. Een model waarbij door de overheid voorziene structuren in de plaats treden van organisaties uit het middenveld, zoals dit bijvoorbeeld in Denemarken functioneert, zal hier niet werken. De organisaties uit het middenveld zijn hier immers heel sterk ingebed in de zorgcultuur.

Leus beklemtoont dat het zorgoverleg een specifieke deskundigheid vereist. Je moet kennis hebben van overlegtechnieken en van alle sociale voordelen en voorzieningen die er bestaan. Hij meent dat de maatschappelijk werkers van de ziekenfondsen goed geplaatst zijn om dit overleg te organiseren. De ziekenfondsen zijn ledenorganisaties die verantwoordelijkheid willen opnemen voor hun leden. Ze hebben de nodige deskundigheid in huis. Het zou dan ook logisch zijn dat de overheid de ziekenfondsen altijd betreft bij de organisatie van het zorgoverleg. Jan De Lepeleire brengt hiertegen in dat niet elk ziekenfonds geïnteresseerd is in het organiseren van zorgoverleg. Wat moeten mensen doen die bij zo'n ziekenfonds zijn aangesloten? Hij is dan ook blij dat de huidige regelgeving niet eist dat een dienst van een ziekenfonds het zorgoverleg organiseert. (Individueel patiëntengebonden overleg zal georganiseerd kunnen worden door een regionaal dienstencentrum, een openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn of een lokaal dienstencentrum (Brussel), door een zorgaanbieder, de gebruiker zelf of een mantelzorger.)

Voor het tekortschietende eerstelijnsbeleid verwijst Jan De Maeseneer naar onze staatsstructuur. 'Er is in Vlaanderen weinig geld beschikbaar om de eerste lijn echt te versterken', zegt hij, 'bij het federale RIZIV is dat geld er wel, maar het is voor Vlaanderen heel moeilijk en omslachtig om over dat geld te beschikken voor eigen beleidsinitiatieven. Dat is nog maar eens bevestigd in het dossier over de vaccinatie tegen het humaan papillomavirus. Een verdere defederalisering van de gezondheidszorg is dan ook noodzakelijk. De solidariteit tussen de gemeenschappen moet bewaard blijven, maar de gemeenschappen moeten zelf meer kunnen beslissen hoe ze de middelen besteden. Het valt nu eenmaal niet te ontkennen dat de geesten in het noorden en het zuiden van het land op het vlak van gezondheidszorg gescheiden zijn. Dat blijkt uit verschillende dossiers, zoals de houding tegenover *evidence based* richtlijnen en het globaal medisch dossier dat in Vlaanderen veel meer succes heeft dan in Wallonië.'

De Maeseneer wijst nog op enkele andere uitdagingen voor de toekomst. De eerste lijn is momenteel onderbezet. Er zijn te weinig verpleegkundigen en het probleem dreigt nog te verergeren. In de nabije toekomst dreigt er ook een huisartsentekort. Er worden momenteel te weinig huisartsen opgeleid en te veel artsen die hun carrière starten in de huisartsgeneeskunde, houden er na enkele jaren weer mee op. Er moet dus nagedacht worden over manieren om meer huisartsen en verpleegkundigen te rekruteren en te zorgen dat ze gemotiveerd blijven. De Vlaamse overheid zou huisartspraktijken kunnen ondersteunen via een subsidie voor het (ver)bouwen en uitrusten van groepspraktijken, zoals die al bestaat voor wijkgezondheidscentra. Ze kan academische centra voor huisartsgeneeskunde ondersteunen zodat meer studenten vroegtijdig in de artsenopleiding met de huisartsgeneeskunde in contact komen. Ze zou een opleiding 'praktijkassistent in de eerstelijnsgezondheidszorg' kunnen organiseren. Deze praktijkassistenten kunnen de huisarts in zijn praktijk ondersteuning bieden. Ze kan campagnes organiseren die verduidelijken dat de huisarts in de gezondheidszorg op de eerste lijn zit en dat hij bij een gezondheidsprobleem dus het eerste

aanspreekpunt is. Ze kan lokale besturen aansporen om de huisartsgeneeskunde en de eerstelijnsgezondheidszorg actief bij het lokaal sociaal beleid te betrekken.

Er zou ook een terugbetaling moeten komen van de psychosociale ondersteuning op de eerste lijn, op voorwaarde dat hier een goede kwaliteitscontrole aan verbonden is (bijvoorbeeld: de verplichting voor psychologen om zich in te schakelen in netwerken met huisartsen en centra voor geestelijke gezondheidszorg). Ten slotte moet de versterking van de eerste lijn gepaard gaan met een grotere impact van de eerste op de tweede lijn. Huisartsen moeten kunnen deelnemen aan overleg in het ziekenhuis, bijvoorbeeld aan het multidisciplinair oncologisch consult. De aanwezigheid van de huisarts bij dit consult is in veel gevallen praktisch onhaalbaar, maar telefoonconferenties zouden al veel kunnen oplossen. Hij pleit ook voor geld voor onderzoek over manieren waarop de behandelingsbeslissing op een transparante, wetenschappelijk ondersteunde manier rekening kan houden met de sociale situatie en de psychische toestand van een persoon.²¹

Ten slotte pleit Jan De Maeseneer voor een vaste inschrijving bij een huisartsenpraktijk, gekoppeld aan een echelonnering met gratis eerstelijnszorg. Op die manier wordt gezondheidszorg toegankelijk en kosteneffectief. Wanneer patiënten zich inschrijven bij een huisartsenpraktijk of een multidisciplinaire eerstelijnspraktijk, is het duidelijk voor welke patiëntenpopulatie de zorgverstrekkers verantwoordelijk zijn. Dit stelt hen in staat om in overleg met de patiënt, zowel op preventief vlak als op het vlak van de zorg, langetermijnafspraken te maken over wat er precies moet gebeuren om de gezondheid te bevorderen en/of te herstellen. De echelonnering betekent dat patiënten slechts na verwijzing door de huisarts met een verwijfsbrief naar de specialist gaan als er complexe zorg nodig is. Op die manier is de taakverdeling duidelijk en kan de huisarts ook zijn rol spelen als begeleider van de patiënten en het gezin. Hij beschikt dan immers over alle informatie, aangezien de specialist op zijn beurt gaat rapporteren aan de huisarts. Om de toegankelijkheid maximaal te houden, is het best dat patiënten niet contant moeten betalen wanneer ze naar de eerste lijn gaan. Dit kan bijvoorbeeld via een systeem van 'derdebetalersregeling', waarbij de zorgverstrekker rechtstreeks met het ziekenfonds afrekenet in de prestatiegeneeskunde, of via een systeem van 'abonnementsgeneeskunde' zoals de Belgische wijkgezondheidscentra dat momenteel gebruiken. In dit systeem krijgt het team van eerstelijnsgezondheidszorgverstrekkers maandelijks een vast bedrag om voor een patiënt te zorgen, terwijl de patiënt niets hoeft te betalen als hij de hulpverleners contacteert. In de literatuur zijn er aanwijzingen van een groeiende tendens om het bedrag dat de huisarts krijgt per prestatie, af te bouwen en het bedrag per patiënt te laten toenemen. Zorg op de eerste lijn is immers een integraal pakket met raadplegingen en huisbezoeken, dat ook overleg omvat met andere hulpverleners, het bijhouden van een globaal medisch dossier, gesprekken met de familie van de patiënt, mantelzorgers en andere betrokken hulpverleners, ... Deze globale zorg laat zich niet meer vatten in een afzonderlijke betaling per prestatie, maar vraagt een globale betaling per patiënt.

Met betrekking tot het gezondheidsinformatiesysteem heeft Jan De Lepeleire de indruk dat de huisarts te weinig betrokken wordt bij de ontwikkeling. De elektronische gegevensuitwisseling op het vlak van gezondheid is bovendien al geregeld via het federale be.health-platform. Hij vraagt zich af hoe het federale en het Vlaamse informaticaproject op elkaar zullen afgestemd worden. Het overleg tussen de twee beleidsniveaus loopt niet altijd erg goed. Nochtans is een goede afstemming tussen de twee projecten erg belangrijk.

4.5. Conclusies van de VLK en aanbevelingen voor de volgende regering

Voor een goede medische en psychosociale kankerzorg is een nauwe samenwerking tussen de ziekenhuis- en de thuiszorg en binnen de thuiszorg belangrijk. Zorgverstrekkers uit de thuiszorg kunnen immers beter dan de zorgverstrekkers in het ziekenhuis rekening houden met de leefsituatie en de globale medische context van de patiënt. In complexe thuiszorgsituaties is overleg tussen de verschillende betrokken professionele zorgverstrekkers en de mantelzorgers over de zorgdoelen en de zorgtaken essentieel. De VLK heeft daarom al meermaals beleidsvoorstellen gedaan om een goede samenwerking binnen de thuiszorg en een goede informatieoverdracht tussen de ziekenhuizen en de thuiszorg tot stand te brengen. In 2004 vroeg de VLK bijvoorbeeld dat de Vlaamse overheid snel werk zou maken van uitvoeringsbesluiten voor het decreet 'eerstelijnsgezondheidszorg'. Dit decreet wil de eerstelijnszorg versterken en de samenwerking tussen de betrokken diensten en zorgverstrekkers bevorderen.

De regering heeft hier inderdaad werk van gemaakt en het landschap van de eerstelijnsgezondheidszorg hertekend. Het meest ingrijpend is wellicht de omvorming van de SIT's, de samenwerkingsinitiatieven in de thuiszorg, tot de SEL's, de samenwerkingsinitiatieven in de eerstelijnsgezondheidszorg. Het SEL is een instrument om de organisatie en de samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg en tussen de eerste lijn en de ziekenhuiszorg te bevorderen. Het SEL verenigt alle partijen die betrokken zijn bij de eerstelijnsgezondheidszorg. Er zullen vijftien SEL's worden opgericht, één per zorgregio en één in het tweetalig gebied Brussel-hoofdstad. Een van de taken van het SEL is het faciliteren van het multidisciplinair zorgoverleg. Dit zorgoverleg moet de samenwerking tussen de zorgaanbieders bij de zorg voor een individuele patiënt bevorderen.

De geïnterviewde experts zijn het duidelijk niet eens over dit beleid. De huisartsen vinden dat de SEL's op een te grote schaal werken om de multidisciplinaire samenwerking effectief te kunnen ondersteunen. Bovendien zijn de middelen die Vlaanderen hierin investeert, niet voldoende. Andere experts, afkomstig uit de organisaties van het middenveld, vragen zich af of de beperkte middelen niet beter kunnen worden geïnvesteerd in zorg in plaats van in overleg. Zij kennen ook een belangrijke rol toe aan de bestaande structuren zoals ziekenfondsen die via hun maatschappelijk werkers het zorgoverleg kunnen organiseren. Wat er ook van zij, voor de VLK is het cruciaal dat de nieuwe structuren performant werken en de zorg voor de patiënt verbeteren. Zij vraagt de volgende regering om de performantie van de nieuwe structuren van nabij op te volgen en zondig bij te sturen.

De samenwerking tussen zorgverstrekkers zal ook worden beïnvloed door het gezondheidsinformatiesysteem (GIS), een informaticaplatform voor de uitwisseling van gegevens in verband met gezondheidszorg tussen zorgverstrekkers en tussen zorgverstrekkers en de Vlaamse overheid. De eerste stappen voor de oprichting van dit systeem zijn de voorbije legislatuur gezet. Het is belangrijk om dit systeem goed af te stemmen op de werking van het federale be.health-platform. Meer algemeen is er op het vlak van het gezondheidsbeleid nood aan een goede afstemming tussen het Vlaamse en het federale beleid.

De volgende regering staat nog voor enkele andere uitdagingen:

-Om het tekort aan verpleegkundigen en het dreigende tekort aan huisartsen op te vangen, moet de volgende regering een beleid voeren dat de rekrutering en motivering van huisartsen

en verpleegkundigen bevordert. Enkele mogelijke denksporen zijn: een subsidie voor het (ver)bouwen en uitrusten van groepspraktijken van huisartsen; ondersteuning voor de academische centra voor huisartsgeneeskunde zodat meer studenten vroegtijdig in de artsenopleiding met de huisartsgeneeskunde in contact komen; de organisatie van een opleiding ‘praktijkassistent in de eerstelijnsgezondheidszorg’; campagnes die verduidelijken dat de huisarts in de gezondheidszorg op de eerste lijn zit; lokale besturen aansporen om de huisartsgeneeskunde en de eerstelijnsgezondheidszorg actief bij het lokaal sociaal beleid te betrekken.

-De regering moet nadenken over een versterking van de psychosociale ondersteuning op de eerste lijn. Een element dat een rol moet spelen in deze denkoefening, is de aanzienlijke versterking van de psychosociale zorg in het ziekenhuis, ten gevolge van het Nationaal Kankerplan van minister Onkelinx. Sinds dit kankerplan beschikken ziekenhuizen over een vrij ruim budget om psychologen en maatschappelijk werkers aan te werven voor de psychosociale ondersteuning van kankerpatiënten. Het zou onderzocht moeten worden of deze zorgverstrekkers ook een rol kunnen spelen in de psychosociale kankerzorg buiten het ziekenhuis. We vragen dat de Vlaamse minister van Welzijn en Volksgezondheid bij zijn federale collega zou pleiten voor een terugbetaling van de psychosociale ondersteuning op de eerste lijn.

-De eerste lijn moet een invloed kunnen hebben op de tweede lijn. Dit betekent bijvoorbeeld dat huisartsen zonder praktische belemmeringen moeten kunnen deelnemen aan het multidisciplinair oncologisch consult in het ziekenhuis. Dit kan bijvoorbeeld via telefoonconferenties. De VLK vraagt dat de Vlaamse minister van Welzijn en Volksgezondheid er bij zijn federale collega op zou aandringen om hier werk van te maken.

-Er is nood aan geld voor onderzoek over manieren waarop de behandelingsbeslissing op een transparante, wetenschappelijk ondersteunde manier rekening kan houden met de sociale situatie en de psychische toestand van een persoon.

5. Een meer doelmatige Vlaamse zorgverzekering

5.1. Achtergrond

De Vlaamse zorgverzekering biedt een tegemoetkoming in de kosten voor niet-medische zorg. Inwoners van Vlaanderen ouder dan 25 zijn verplicht om zich aan te sluiten bij de Vlaamse zorgverzekering. Inwoners van het Brussels Gewest kunnen zich vrijwillig aansluiten bij de zorgverzekering. De jaarlijkse bijdrage bedraagt 25 euro, maar de personen die recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming (een betere vergoeding van medische kosten voor bepaalde categorieën van personen, zoals wezen, invaliden, gepensioneerden en weduwen) of het omniostatuuat (een betere vergoeding van medische kosten voor gezinnen met een laag inkomen), betalen jaarlijks 10 euro. De zorgverzekering biedt zwaar zorgbehoevenden sinds 1 januari 2003 een forfaitaire vergoeding per maand voor de niet-medische kosten van mantelzorg en thuiszorg en voor de kosten van rusthuizen, rust- en verzorgingstehuizen en psychiatrische verzorgingstehuizen. Alle bewoners van een erkende residentiële voorziening komen in aanmerking voor de forfaitaire uitkering van 130 euro. In de thuiszorg moet zware zorgbehoevendheid aangetoond worden. Om in aanmerking te komen, moeten mensen bijvoorbeeld minstens score B halen op de ‘Katzschaal in de thuisverpleging’ of score 35 op de ‘BEL-profielschaal’. De BEL- en de Katzschaal zijn

instrumenten om de zelfredzaamheid te meten. Zorgbehoevenden hebben recht op een terugbetaling vanaf de eerste dag van de vierde maand na de datum van de aanvraag voor een vergoeding van de zorgverzekering.²²

5.1.1. Sterke punten

In een onderzoek van Pacolet e.a.²³ bij 1425 personen met een uitkering van de zorgverzekering via de CM-zorgkas blijkt dat meer dan 50% van de onderzochte groep na aftrek van de medische en niet-medische zorgkosten van het equivalente inkomen bestaansonzeker is. Met de premie van de zorgverzekering zakt dit percentage tot 40%. Op het moment dat dit onderzoek gebeurde, lag de premie in de thuiszorg op een lager niveau dan de premie in de residentiële zorg. Het optrekken van de premies tot hetzelfde niveau, heeft de bestaansonzekerheid nog verder laten zakken. De zorgverzekering is dus efficiënt in het bestrijden van bestaansonzekerheid.

De hoogte van het inkomen speelt geen rol bij het toekennen van een uitkering of bij de hoogte van de uitkering. Dit betekent ook dat een ruime doelgroep zich kan identificeren met de zorgverzekering²³.

5.1.2. Zwakke punten

De zorgverzekering geeft een forfaitaire tegemoetkoming. Die volstaat niet voor een beperkte groep met zeer zware zorgkosten. Pacolet wijst erop dat voor een tiende van de mensen met niet-medische zorgkosten die kosten oplopen tot 30% van hun inkomen. De zorgverzekering kan uiteraard niet alles oplossen. Indien sommige zieken meer dan 30% van hun beschikbaar inkomen uitgeven aan niet-medische kosten, zijn de te lage vervangingsinkomens mee het probleem.²³

De mediane niet-medische zorgkost bedraagt 128 euro. Een premie van 125 euro (ten tijde van het onderzoek) dekt dus de kosten van ongeveer de helft van de premietrekkers, maar voor de andere helft is de zorgverzekering niet kostendekkend.²³

5.2. Beleidsvoorstellen van de VLK in 2004

De zorgverzekering voorziet in een forfaitaire vergoeding, ongeacht de zorgnoden of de uitgaven voor zorg. Een zorgverzekering met een meer gedifferentieerde tegemoetkoming naargelang de zorgnoden of uitgaven voor zorg zou doeltreffender zijn.

De VLK vroeg in 2004 een gelijkschakeling van de zorgverzekeringspremie in de residentiële zorg (in 2004 125 euro/maand) en in de thuiszorg (in 2004 90 euro/maand).

Chronisch zieken, veel kankerpatiënten bijvoorbeeld, scoren vaak te laag inzake zorgbehoevendheid om in aanmerking te komen voor de tegemoetkoming van de zorgverzekering. Toch is het heel goed mogelijk dat kankerpatiënten die volgens het scoresysteem (bijvoorbeeld de Katzschaal) nog voldoende zelfredzaam zijn, door hun behandeling heel veel niet-medische kosten hebben (bv. voor verzorgingsmateriaal, vervoer, gezinszorg, poetsdienst, specifieke voeding, huur van materiaal, ...). Zij hebben echter geen recht op een premie. De VLK stelde daarom voor om bij het bepalen van de zorgnood niet alleen rekening te houden met het verlies aan zelfredzaamheid, maar bijvoorbeeld ook met regelmatige of langdurige verzorging in het ziekenhuis.

Wie op een bepaald moment het recht verwerft op een uitkering van de zorgverzekering, moet nog een wachttijd van drie maand doorlopen. Zo vallen terminale kankerpatiënten vaak uit de boot, omdat ze drie maanden na het verwerven van het recht al overleden zijn.²

5.3. Evaluatie van het gevoerde beleid en uitdagingen voor de toekomst

Het regeerakkoord stelde de gefaseerde invoering van een maximumfactuur in de zorg in het vooruitzicht. Dit zou tegemoetkomen aan de vraag van de VLK naar een zorgverzekering die meer rekening houdt met de zorgkosten. Een maximumfactuur in de zorg of een meer gedifferentieerde uitkering is er nog niet, maar de voorbij regeerperiode zijn wel twee belangrijke aanzetten gegeven. Het woonzorgdecreet kondigt de oprichting aan van een systeem van maximumfactuur in de thuiszorg. Het Hoger Instituut voor de Arbeid is momenteel een voorbereidende studie voor deze maximumfactuur aan het afronden.²⁴ Maar er blijft dus nog heel wat werk over voor de nieuwe regering. Voor de organisatie van de maximumfactuur zijn verschillende keuzes nodig. ‘De maximumfactuur in de zorg kun je op verschillende manieren organiseren’, zegt Hespel. In een eerste spoor geldt de zorgverzekering als toegangspoort. De maximumfactuur is er enkel voor wie al de uitkering van de zorgverzekering krijgt. De maximumfactuur is dan een bovenbouw, voor gezinnen met erg hoge kosten en voor wie de uitkering van de zorgverzekering niet volstaat. In een tweede spoor staan de zorgverzekering en de maximumfactuur naast elkaar. Ook voor gezinnen die geen zorgverzekeringsuitkering krijgen, is er een plafond van zorgkosten. Dit kan belangrijk zijn voor groepen die hoge kosten hebben maar niet in de zorgverzekering binnen raken wegens een te hoge zelfredzaamheid (bijvoorbeeld kankerpatiënten of bepaalde psychiatrische patiënten). De groep met hoge niet-medische kosten zal eventueel traceerbaar worden via het informaticaplatform Vesta, voor wat betreft de kosten aan gezinszorg en aanvullende thuiszorg. Vanaf 2010-2011 zal dit platform ook de aanvullende thuiszorg omvatten. De ziekenfondsen zouden via hun zorgkassen – die nu instaan voor de opvolging van de zorgverzekering – ook een rol kunnen spelen bij de uitwerking van een maximumfactuur. Ze hebben immers al ervaring met de uitwerking van de maximumfactuur in de ziekteverzekering.

Ignace Leus wijst erop dat de overheid een maximumfactuur kan invoeren, zodat de zorgbehoevende later een deel van de uitgaven terugbetaald krijgt. Maar ze kan er ook voor zorgen dat diensten voor gezinszorg niks meer aanrekenen zodra een gezin een bepaald bedrag heeft betaald.

Volgens Jef Pacolet kun je de uitkering in de zorgverzekering differentiëren op basis van zorgkosten of op basis van zorgbehoefte. Een differentiëring volgens zorgbehoefte heeft het nadeel dat sommigen een hogere tegemoetkoming krijgen dan hun werkelijke kosten, maar het systeem heeft ook voordelen. De zorg op zich wordt ondersteund, ongeacht of het gaat om te betalen zorg of om mantelzorg. Een differentiatie volgens zorgbehoefte garandeert ook beter dat mensen de zorg waar ze nood aan hebben, effectief gaan opnemen. Een differentiatie volgens zorgnood kan gepaard gaan met een maximumfactuur voor een beperkte groep met heel hoge kosten. Hij wijst hier wel op uitvoeringsmoeilijkheden. Het is niet eenvoudig om duidelijk af te bakenen welke kosten (verzorgingsmateriaal, professionele hulp, mantelzorg) meetellen en welke niet.²³ Ignace Leus verdedigt een gelijkaardig systeem. De huidige zorgverzekering is administratief eenvoudig te beheren, omdat mensen geen kosten moeten bewijzen. Bovendien brengt het systeem ook een oplossing voor een grote groep van zorgbehoevenden. Groepen met een erg lage zelfredzaamheid zou je een hogere uitkering

kunnen geven (bijvoorbeeld 200 euro). Voor een beperkte groep met heel hoge kosten, kun je een maximumfactuur invoeren, gebaseerd op bewezen kosten.

‘De tegemoetkoming voor thuiszorg en voor de geregistreerde mantelzorger in het kader van de zorgverzekering wordt tijdens deze legislatuur even hoog als bij residentiële zorg’, stelde het regeerakkoord in het vooruitzicht. Sinds 1 juni 2008 is de uitkering in de thuiszorg en de residentiële zorg gelijkgetrokken. Volgens toenmalig Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Vanackere zou de objectieve bestaansonzekerheid bij de ontvangers van een uitkering hierdoor met 2% afnemen.²⁴ Vanaf 1 maart 2009 bedraagt de premie in rusthuis en thuiszorg 130 euro. Jef Pacolet wijst er wel op dat de kosten in de residentiële zorg de voorbije jaren sterk zijn gestegen en te hoog blijven in verhouding met het inkomen van veel gepensioneerden. De premie van de zorgverzekering betekent voor deze mensen een belangrijke ondersteuning, maar wie moet worden opgenomen in de residentiële zorg moet nog altijd een te groot deel van de kosten zelf betalen. Ofwel moet het RIZIV dit beter verzekeren, ofwel moet de Vlaamse zorgverzekering hier haar risicodekking uitbreiden.

De voorbije legislatuur zijn er qua principes geen grote wijzigingen gebeurd in de meting van de zelfredzaamheid, die bepaalt of iemand al dan niet recht heeft op een uitkering van de zorgverzekering. Een inschaling die meer rekening houdt met de specifieke situatie van kankerpatiënten, is niet ontwikkeld.

De wachttijd van drie maanden is er nog altijd, waardoor terminale kankerpatiënten uit de boot blijven vallen. Ignace Leus wil nadenken over een oplossing, maar het zou wel onderzocht moeten worden of de kosten die kankerpatiënten maken in deze relatief korte periode opwegen tegen de kosten van mensen die langdurig zorgbehoefstig zijn, de groep waar de zorgverzekering zich nu op richt. De vraag is of het niet beter is de middelen in te zetten bij de langdurig zorgbehoefstigen, een groep die de zorgverzekering nu wel bereikt.

In de praktijk zal de wachttijd voor een aantal mensen wel verkorten door een gedeeltelijke invoering van het principe van automatische toekenning van het recht op een uitkering. Momenteel hebben mensen recht op een vergoeding van de zorgverzekering vanaf de eerste dag van de vierde maand nadat zij een aanvraag hebben ingediend bij hun zorgkas. Voor wie bijvoorbeeld één maand na het bepalen van zijn zelfredzaamheid een aanvraag indient, begint de wachttijd pas te lopen bij de aanvraag. Nu is een eerste stap gezet om het principe van de automatische opening van rechten te concretiseren. Voor de residentiële sector zou een volledige toepassing van het principe van automatische opening betekenen dat het recht ontstaat vanaf het ogenblik dat de gebruiker verblijft in een erkend rusthuis, rust- en verzorgingstehuis of psychiatrisch verzorgingstehuis en dat de uitkeringen, bij een eventueel laattijdige aanvraag, retroactief worden betaald (weliswaar met inachtneming van de wachttijd). Voor de mantel- en thuiszorg zou dit betekenen dat, eveneens met inachtneming van de wachttijd, het recht zou ontstaan vanaf het ogenblik dat de gebruiker beschikt over een geldig zorgbehoevendheidsattest of een geldige inschaling volgens de BEL-schaal. De vergoedingen worden bovendien retroactief vergoed. Bijvoorbeeld: een gebruiker krijgt een geldige inschaling op 2 januari 2009. De aanvraag gebeurt op 2 maart 2009. De wachttijd gaat dan in op 2 januari, zodat de uitkering start vanaf 2 april. In het oude systeem zou de eerste uitkering pas drie maanden na 2 maart, dus op 2 juni, worden betaald. Omwille van budgettaire redenen voorziet de nieuwe regeling wel nog enkele beperkingen bij het principe van de automatische rechtsverkrijging. Enkel personen die vanaf 1 januari 2009 een eerste

aanvraag indienen, komen hiervoor in aanmerking. De eerste maand waarin iemand een uitkering mist omwille van het laattijdig vervullen van formele voorwaarden, wordt niet retroactief vergoed. Op die manier wil de overheid de betrokkenen (gebruiker, rusthuis, rust- en verzorgingstehuis, zorgkassen) ertoe aanzetten om de formele voorwaarden tijdig en correct te vervullen. Ten slotte is maar een retroactieve vergoeding mogelijk voor maximaal zes maanden.

Er zijn maatregelen genomen om de toegankelijkheid van de zorgverzekering in Brussel-hoofdstad te verbeteren. Zo kan elke Brusselaar die in orde is met zijn aansluiting en bijdragebetalingen en die zorgbehoevend is, sinds 2007 genieten van de zorgverzekering, ongeacht of hij of zij zich tot een Vlaamse, Franstalige of bicommunautaire instelling wendt. Voordien konden Brusselaars die aangesloten waren, enkel genieten van de maandelijkse vergoeding voor niet-medische kosten als ze een beroep deden op een door Vlaanderen erkend rusthuis of een bicommunautaire instelling die een overeenkomst had gesloten met het Vlaamse Zorgfonds. Eerder (1 september 2006) was ook al beslist dat Brusselse zorgbehoevenden in de thuiszorg geen gebruik hoeven te maken van bepaalde professionele thuiszorgvoorzieningen om een uitkering te krijgen.²⁵

Er zijn de voorbije legislatuur enkele maatregelen getroffen opdat de zorgverzekering zou kunnen tegemoetkomen aan haar huidige en toekomstige verplichtingen: 1) vanaf 2006 wordt de dotatie uit de algemene middelen (het belastinggeld waarmee de zorgverzekering gefinancierd wordt bovenop de bijdrage die de burgers jaarlijks betalen) jaarlijks geïndexeerd; 2) er wordt jaarlijks een demografische groeicomponent in rekening gebracht bij het bepalen van de dotatie; 3) het reservefonds heeft in 2006 een extra stimulans gekregen door een eenmalige bijkomende dotatie uit belastinggeld van 145 miljoen euro.²⁶ In 2008 groeide het reservefonds aan met 200.000.000 euro. De voorbije legislatuur is het reservefonds gegroeid met ruim 443.000.000 euro (van 455.127.000 in 2004 tot 898.525.000 in 2009).²⁴ Jef Pacolet stelt zich vragen bij deze reserveopbouw. Hij meent dat het geld beter kan worden besteed om huidige acute noden te lenigen. Leus stemt hiermee in. Het idee van minister Van Mechelen om een deel van de reserves te gebruiken voor leningen voor de bouw van rusthuizen, lijkt hem een goed idee, op voorwaarde dat de leningen niet bestemd zijn voor de bouw van privérusthuizen maar voor vzw-rusthuizen. Op termijn zal een serieuze vooruitgang in de zorgverzekering, bijvoorbeeld een maximumfactuur voor mensen met echt hoge kosten, ook niet mogelijk zijn zonder een bijdrageverhoging te vragen aan de burger. Pacolet meent dat politici die bijdrageverhoging moeten durven vragen aan de burger. Verschillende opiniepeilingen wijzen uit dat de bevolking bereid is om te betalen voor een verdere verbetering van de sociale bescherming. De bevolking bleek in het verleden ook bereid om te betalen voor nieuwe vormen van zorg. In Duitsland en Luxemburg hebben politici het aangedurfd om de premie voor de zorgverzekering te verhogen. Hogere bijdragen moeten wel rekening houden met het inkomen van de burgers.²⁷

5.4. Conclusies van de VLK en aanbevelingen voor de volgende regering

De zorgverzekering biedt zwaar zorgbehoevenden een tegemoetkoming van 130 euro in de kosten van niet-medische zorg. Deze zorgverzekering is efficiënt in het bestrijden van bestaansonzekerheid. Maar de tegemoetkoming volstaat momenteel niet voor een beperkte groep mensen met zeer zware zorgkosten. De VLK vroeg daarom al in 2004 dat de zorgverzekering hiermee rekening zou houden door een meer gedifferentieerde tegemoetkoming te voorzien. De zorgverzekering moet ervoor zorgen dat de kosten die

mensen dragen, nooit te zwaar worden. Dit kan door een maximumfactuur. Zodra een kostenplafond is bereikt, hoeven mensen hun zorgkosten niet meer zelf te betalen. In een andere formule wordt de uitkering gedifferentieerd op basis van de zorgnoden, gemeten aan de hand van een aangepast scoresysteem. Ten slotte zijn ook ingrepen in de kostprijs mogelijk. De diensten voor gezinszorg moeten dan meer mogelijkheden krijgen om gezinnen met een erg hoge zorgfactuur een korting toe te staan.

De huidige regering heeft enkele betekenisvolle stappen vooruit gezet voor een betere bescherming van de groep met zeer zware zorgkosten. Het woonzorgdecreet kondigt de oprichting van een systeem van maximumfactuur in de thuiszorg aan. Het Hoger Instituut voor de Arbeid is momenteel een voorbereidende studie voor deze maximumfactuur aan het afronden. De VLK roept de volgende regering op om de plannen snel om te zetten in een concreet beleid.

De VLK wees er ook op dat kankerpatiënten vaak uit de boot vallen in de zorgverzekering, omdat ze te laag scoren inzake zorgbehoevendheid. Er zijn kankerpatiënten die volgens het geldende scoresysteem nog voldoende zelfredzaam zijn, maar door hun behandeling heel veel niet-medische kosten hebben (bv. voor verzorgingsmateriaal, vervoer, gezinszorg, poetsdienst, specifieke voeding, huur van materiaal, ...). Op dit vlak zou er iets moeten veranderen. De VLK stelt voor om bij de selectie voor de erkenning ook rekening te houden met de nood aan langdurige verzorging in een ziekenhuis of thuis (bv. langdurige of frequente hospitalisatie inclusief daghospitalisatie en thuisverpleging, in de voorbije zes maand) en met de belasting door niet-medische kosten (bv. niet-medische kosten die oplopen tot meer dan 10% van het inkomen).

De vraag van de VLK om de toegang tot de zorgverzekering beter af te stemmen op de specifieke situatie van kankerpatiënten, is niet gehonoreerd. De VLK vraagt de volgende regering om hier werk van te maken en om bij de uitwerking van de maximumfactuur ook rekening te houden met ernstig zieken die volgens de huidige toegangsvoorwaarden te zelfredzaam zijn, maar toch veel niet-medische zorgkosten hebben.

¹ <http://www.tegenkanker.be/onderzoeksrapport>

² Verhaegen, H. (2004). *10 prioriteiten voor de nieuwe Vlaamse regering. Memorandum van de Vlaamse Liga tegen Kanker*. Brussel: Vlaamse Liga tegen Kanker.

³ Pruitt S. (2002). *Innovative care for chronic conditions. Building blocks for action: global report*. World Health Organisation.

⁴ Pacolet, J., & Hedebouw, G. (2004). Ondersteuning van de thuiszorg: de uitdaging. *Tijdschrift Voor Welzijnswerk*, 28(259), 29-52.

⁵ Rommel, W. (2005). Ervaringen van kankerpatiënten in de thuiszorg. Een verkennend onderzoek. *Een kritische kijk op het kankerbeleid. Jaarrapport 2004* (pp. 14-27). Brussel: Vlaamse Liga tegen Kanker.

⁶ Verhaegen, H. (2004). *Kankerpatiënten hebben recht op betaalbaar ziekenvervoer. Nota voor de vervoerssector, de mutualiteiten en de politieke overheid*. Brussel: Vlaamse Liga tegen Kanker.

⁷ Rommel, W. (2008). Zorgpaden van mensen met kanker. Een verkennend onderzoek. *Een kritische kijk op het kankerbeleid. Onderzoeksrapport 2008* (pp. 28-45). Brussel: Vlaamse Liga tegen Kanker.

⁸ http://www.zorg-en-gezondheid.be/diensten_oppashulp.aspx

⁹ <http://www.heeldewereldmaghetweten.be>

¹⁰ Pacolet, J., Merckx, S., & Peetermans, A. (2007). *Is de thuiszorg onderontwikkeld in Vlaanderen en België. Onderzoek naar de ontwikkelingsmogelijkheden van de thuiszorg in het algemeen en de thuisverpleging in het bijzonder*. Leuven: HIVA-KU Leuven, VFDT.

-
- ¹¹ Federale Evaluatiecel Palliatieve Zorg. (2008). *Evaluatierapport palliatieve zorg*. Brussel: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.
- ¹² Koninklijk besluit van 4 oktober 2001 tot wijziging van het koninklijk besluit van 19 juni 1997 houdende vaststelling van de subsidie toegekend aan de samenwerkingsverbanden inzake palliatieve verzorging tussen verzorgingsinstellingen en -diensten en houdende regeling van de toekenningsprocedure (BS 4/12/2001).
- ¹³ Officieuze coördinatie van het besluit van de Vlaamse Regering d.d. 03/05/1995 houdende erkenning en subsidiëring van palliatieve netwerken [Web Page]. URL <http://www.zorg-en-gezondheid.be/defaultRegelgeving.aspx?id=5458> [geraadpleegd op 27/2 /2009].
- ¹⁴ Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen Werkgroep Palliatieve Dagcentra. (2008). *Evaluatierapport Palliatieve Dagcentra 2006-2007*.
- ¹⁵ Rommel, W. (2007). *Palliatieve Zorg. Een kritische kijk op het kankerbeleid. Onderzoeksrapport 2006* (pp. 50-51). Brussel: Vlaamse Liga tegen Kanker.
- ¹⁶ Anciaux, V. (16/11/2005). *Financiering palliatieve dagcentra*. [Brief aan Vervotte, I.].
- ¹⁷ Ministerieel besluit van 8 juli 2008 tot toekenning van een subsidie aan dagcentra voor palliatieve verzorging.
- ¹⁸ Vlaamse regering 2004-2009. (2004). *Regeerakkoord 2004. Vertrouwen geven, verantwoordelijkheid nemen*. Brussel.
- ¹⁹ Besluit van 19/12/2008 van de Vlaamse regering betreffende de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg .
- ²⁰ Decreet van 16/06/2006 betreffende het gezondheidsinformatiesysteem. (BS 07/06/2006).
- ²¹ De Maeseneer, J. M., Van Driel, M. L., Green L. A., Van Weel C. (2003) Translating research into practice 2: the need for research in primary care. *The Lancet*.362:1314-1319.
- ²² <http://www.zorg-en-gezondheid.be/zorgverzekering.aspx>.
- ²³ Pacolet, J., Spruytte, N., & Merckx, S. (2008). *Bestaansonzekerheid in Vlaanderen bij chronisch zorgbehoefte zieken thuis: belang van de Vlaamse zorgverzekering*. Leuven: HIVA.
- ²⁴ Vanackere, S. (2008) *BELEIDSBRIEF Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Beleidsprioriteiten 2008-2009 ingediend door de heer Steven Vanackere, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin* [Web Page]. URL http://docs.vlaanderen.be/portaal/beleidsbrieven2008-2009/Vanackere_Welzijn_Volksgezondheid_en_Gezin.pdf [geraadpleegd op 4/3 /2009].
- ²⁵ http://www.vlaanderen.be/servlet/Satellite?ZoekString=zorgverzekering&c=NB_KortBestek&cid=1190174343929&lang=NL&lyt=1106745974281&ministerid=1182997921621&pagename=nieuwsberichten%2FNB_KortBestek%2FKortbestek&site=nieuwsberichten&themaId=1080557605126
- ²⁶ BELEIDSBRIEF. Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Beleidsprioriteiten 2006-2007 ingediend door mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. (2006). Brussel: Vlaams Parlement.
- ²⁷ Pacolet, J. (september 2008). Het maatschappelijk draagvlak voor de verzorgingsstaat & sociale bescherming. *De Gids Op Maatschappelijk Gebied*, 5-11.