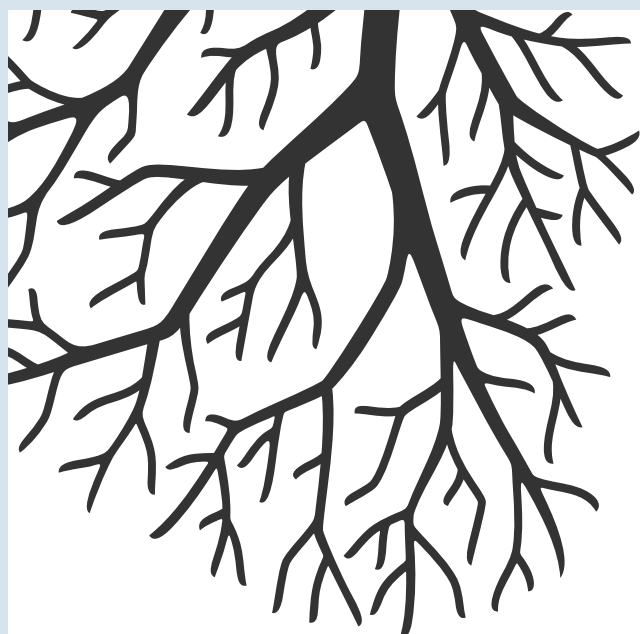




VRGT JAARVERSLAG 2012





DE ACTIVITEITEN IN HET JAARVERSLAG ZIJN VERWEZENLIJKT MET DE STEUN VAN:



INHOUD

INLEIDING	4
DE VRGT STAAT VOOR...	6
DEEL 1 TUBERCULOSEREGISTER 2011	8
INLEIDING	8
CIJFERS	8
DEEL 2 ACTIVITEITEN TUBERCULOSE	13
INLEIDING	13
ACTIVITEITEN	15
1 PASSIEVE OPSPORING	15
2 SYSTEMATISCHE ACTIEVE SCREENING VAN RISICOGROEPEN	15
3 CONTACTONDERZOEKEN	18
4 ARBEIDSGENEESKUNDE	20
5 OPVOLGEN VAN DE TUBERCULOSEBEHANDELING – THERAPIESUPERVISIE	20
6 LAAGDREMPELIGE DIENSTVERLENING	21
7 VORMING EN DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING	22
DEEL 3 ROOKSTOPACTIVITEITEN 2012	26
INLEIDING	26
PERMANENTE VORMING TABAKOLOGIE EN ROOKSTOPBEGELEIDING	26
PROJECTEN	27
1 PROJECT OPTIMAAL ROOKBELEID BINNEN PSYCHIATRISCHE INSTELLINGEN EN DIENSTEN	27
2 COMMUNICATIECAMPAGNE 2012	28
3 GEBOREN WORDEN EN OPGROEIEN ZONDER TABAK	30
DAGEN VAN DE TABAKOLOGIE	32
DEEL 4 FINANCIËEL VERSLAG VRGT 2012	34
INKOMSTEN	34
UITGAVEN	36
CONCLUSIE	38
TOT SLOT	39

INLEIDING

Weliswaar bijna ten einde, is 2013 het eerste jaar dat we als gehele vzw een **jaarverslag** aanleveren. Tot nog toe rapporteerde de VRGT over haar activiteiten slechts, en in afzonderlijke rapporten aan de verschillende subsidieverlenende overheden. We beogen met dit verslag aan de lezers van onze nieuwsbrief een totaaloverzicht van al onze activiteiten te bieden. Naast de twee grote pijlers tuberculose en rookstop, zijn ook de cijfers van het tuberculoseregister 2011 opgenomen en een beschrijving van de financiële situatie van de vzw.

De VRGT voert haar taken tuberculosebestrijding uit in een **interactieve samenwerking** met volgende actoren: het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid - Toezicht Volksgezondheid, de Vlaamse Gemeenschapscommissie, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, het RIZIV, het 'European Centre for Disease Prevention and Control' (ECDC) en de World Health Organisation (WHO). Voor de activiteiten rookstop wordt samengewerkt met: de federale overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu - het fonds ter bestrijding van de verslaving, het RIZIV, het Nationaal Kankerplan, de vier Vlaamse universiteiten, het VIGeZ, het Bordet instituut en het European Network for Smoking and tobacco Prevention (ENSP).

Het jaar 2012 was een **evenwichtsoefening** tussen het vinden van stabiliteit en het implementeren van vernieuwing. Daar waar de nieuwe beheersovereenkomst tussen de VRGT en het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid bodem was voor zekerheid omtrent de continuering van de hoofdactiviteit - tuberculosebestrijding - vereiste het heel wat inspanning om ondanks de vele personeelsswissels de doelstellingen te bereiken. Wat Brussel als belangrijk actieterrein betrof, bleef de onderfinanciering alsmear meer in schril contrast staan met de sterke stijging van het aantal tuberculoseopsporingsactiviteiten (een verdubbeling van de contactonderzoeken, een stijging van het aantal consultants met 30 %, ...). Hét grootste obstakel voor Brussel zijn de gesplitste bevoegdheden en versnippering over ó verschillende overheden. Met de vele pogingen die de VRGT ondernam om deze overheden op elkaar te laten afstemmen, is weinig succes geboekt.

In deze eerste editie van ons jaarverslag stellen we de VRGT als vereniging aan u voor. **Allereerst** worden de missie, visie en doelstellingen van de vereniging voorgesteld.

Heteerste deel van dit jaarverslag is gewijd aan de voornaamste conclusies van het tuberculoseregister 2011. Een epidemiologische monitoring van tuberculose is essentieel om de strategie te kunnen bijsturen waar nodig (bv. om het risicogroepbeheer aan te passen aan de verschuivingen in incidentie of om micro-epidemieën snel te herkennen). In dit deel worden de tuberculose-incidentie, het aantal gemelde gevallen, de demografische gegevens van de tuberculosepatiënten en de behandelingsresultaten van de patiëntencohort 2010 beschreven.

Deel 2 geeft een overzicht van de tuberculoseactiviteiten van de VRGT in 2012. Om in de Vlaamse Gemeenschap en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest de tuberculose-incidentie verder te doen afnemen, is het enerzijds noodzakelijk de tuberculose-transmissie te beperken en anderzijds het reservoir in te krimpen van tuberculeus geïnfecteerde personen waaruit toekomstige tuberculosepatiënten zich kunnen ontwikkelen. In de praktijk komt dit neer op het uitwerken van een strategie met vier pijlers. Deze vier pijlers met de daaraan verbonden activiteiten worden in dit deel van het jaarverslag uitvoerig beschreven.

Deskundigheidsbevordering is eveneens een essentieel onderdeel van de bestrijdingsstrategie. In dit deel leest u ook hoe we via vormingsactiviteiten de kennis en knowhow bij zorgverleners levendig houden.

Deel 3 rapporteert over de activiteiten en realisaties in 2012 van het tweede luik van de VRGT, namelijk secundaire tabakspreventie. Meer bepaald gaat het hier om de permanente vorming tabakologie en rookstopbegeleiding, de projecten rookstop en de Dagen van de Tabakologie.

Tenslotte vindt u in het **vierde deel** van dit jaarverslag het financieel verslag (inkomsten en uitgaven) van de VRGT terug.

Veel leesgenot!

Prof. Sandrina Schol
Algemeen Directeur

Dr. Wouter Arrazola de Oñate
Medisch directeur

Kristien Janssens
Stafmedewerker

Françoise Driesens
Stafmedewerker

DE VRGT STAAT VOOR...

DE VRGT IS HET EXPERTISECENTRUM VOOR TUBERCULOSE-BESTRIJDING EN IN DE RESPIRATOIRE GEZONDHEIDSZORG LEGT ZE HAAR ACCENT OP ROOKSTOP.

ONZE MISSIE

1. Bijdragen aan tuberculose-eliminatie en de tuberculose-incidentie in België halveren (van 9.7 naar 5 per 100.000) tegen 2020
2. Behouden en bevorderen van de kennis over tuberculose en tuberculosebestrijding
3. Epidemiologische bewaking van tuberculose en wetenschappelijke opvolging van tuberculosebestrijding
4. Opleiding en nascholing van tabakologen
5. Uitvoeren van secundaire tabakspreventie

ONZE VISIE

1. De VRGT wil bijdragen aan tuberculose-eliminatie bij de risicogroepen door haar **terreinwerking** waarin de vier pijlers¹ van de tuberculose eliminatiestrategie in praktijk worden gebracht. De wijze waarop de terreinwerking gebeurt, wil de evoluties volgen die zich voordoen in de organisaties waarmee wordt samengewerkt. Tevens wil de VRGT met haar Mobiele Röntgenunits de laagdrempeligheid en daarmee de bereikbaarheid van risicogroepen maximaliseren. De VRGT wil in dezelfde lijn ijveren om de leefomstandigheden van specifieke bevolkingsgroepen te verbeteren zodat ze niet langer 'risicogroep' voor tuberculose hoeven te blijven.
2. Onlosmakelijk verbonden met het doel van tuberculose-eliminatie, is het onderhouden van de tuberculosedeskundigheid bij medici, paramedici en sociale werkers. De VRGT wil een **expertisecentrum** zijn waar 80 jaar ervaring en kennisopbouw niet slechts in kasten ligt, maar via opleiding en vorming, internettechnologie en laagdrempelige informatie wordt ontsloten. Professionele gezondheidswerkers en andere bezoekers moeten eenvoudig en direct toegang hebben tot alle informatie en tot de meest recente wetenschappelijke kennis.
3. De VRGT is het hart van de tuberculoseregistratie en zal bewaken dat versnippering van screeningsactiviteiten over een veelheid van diensten en instellingen, geen afbreuk doet aan de **epidemiologische opvolging van tuberculose** in België. De VRGT wil het wetenschappelijk onderzoek volgen en uitvoeren, evidence based richtlijnen opstellen en een adviserende rol opnemen.
4. De VRGT staat samen met de Franstalige zusterorganisatie **Fonds des Affections Respiratoires** (FARES) voor een eenduidig tuberculosebestrijdingsbeleid in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

¹ Vroegtijdige opsporing en behandeling, risicogroepmanagement, 'outbreak' management, 'exposure group' management

5. De VRGT die de laatste 20 jaar een pioniersrol heeft gehad in **secundaire tabakspreventie**, ijvert er voor om rokers meer te sensibiliseren tot rookstop en ze een toegankelijke en efficiënte begeleiding aan te bieden tijdens hun rookstop poging.
6. De VRGT wil **onderdak bieden** aan forums en verenigingen die actief zijn in het domein van **ademhalings- en longziekten**. Naast bestaande organisaties waarin professionals zich verenigen, kan de VRGT ook een thuis zijn voor patiënten die zich willen verenigen.

ONZE DOELSTELLINGEN

De Vereniging stelt zich tot doel tuberculose en de respiratoire niet-tuberculeuze aandoeningen met sociaal karakter te bestrijden. We streven naar het doorbreken van de stagnerende trend van de tuberculose-incidentie in de Vlaamse Gemeenschap en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest om een significante daling te bereiken in 2016.

De Vereniging stelt zich tevens tot doel om binnen de 'respiratoire gezondheidszorg' opdrachten uit te voeren zoals (1) de praktische en administratieve organisatie van de permanente vorming Tabakologie en Rookstopbegeleiding onder begeleiding van een interuniversitaire stuurgroep (waarvoor elke deelnemende Vlaamse universiteit, de Stichting tegen kanker en de VRGT een vertegenwoordiger aanduiden), (2) de inrichting en begeleiding van intervisie en bijkomende opleidingen van erkende tabakologen en (3) de secundaire tabakspreventie door sensibiliseren en trainen (o.m. in motivationele gespreksvoering) van gezondheidswerkers.

DEEL 1 | TUBERCULOSEREGISTER 2011

INLEIDING

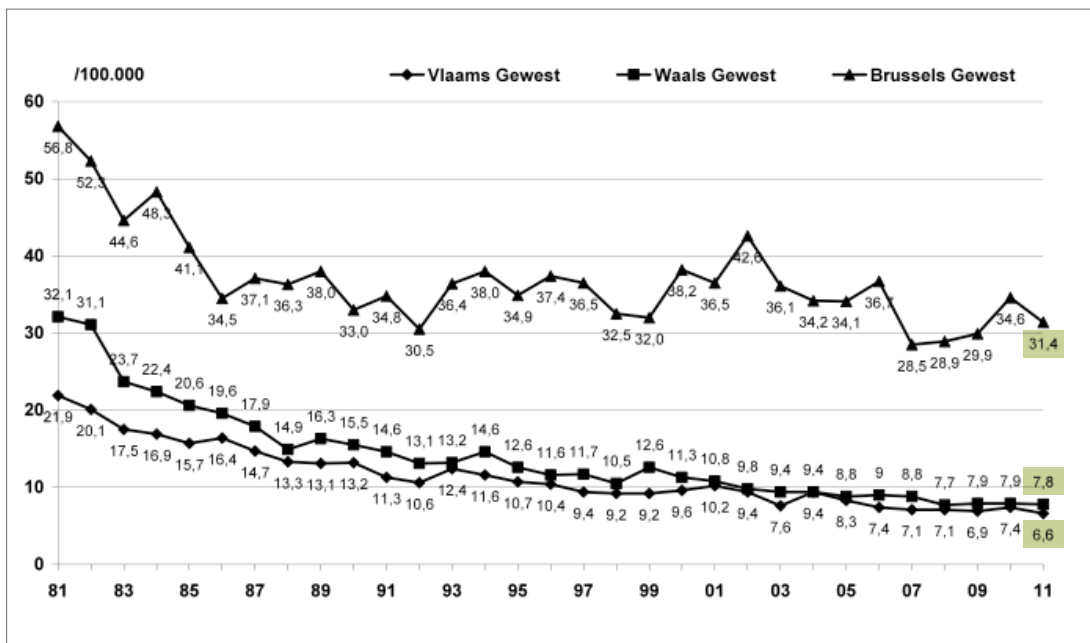
Dit hoofdstuk geeft de voornaamste conclusies weer van het tuberculoseregister 2011. De officiële cijfers van 2012 zijn nog niet voorhanden, in januari 2014 zal het tuberculoseregister van 2012 verschijnen.

Het tuberculoseregister België beschrijft de gemelde gevallen van tuberculose in één jaar in ons land, de evolutie ten opzichte van andere jaren en de behandelingsresultaten één jaar na diagnose. Dit register komt tot stand door het samenvoegen van de databanken uit de drie gewesten.

Het samenstellen van het register is elk jaar weer een ingewikkelde procedure, met veel administratie voor verpleegkundigen, artsen, laboratoria en datamanagers op verschillende niveaus, met een uitgebreide data-analyse en concluderend schriftwerk. Deze complexiteit maakt dat er veel tijd nodig is om tot een overzicht te komen. De kwaliteit en volledigheid van de melding is echter van essentieel belang om betrouwbare gegevens te bekomen.

CIJFERS

In 2011 was de tuberculose-incidentie in België **9,5/100.000**, een lichte maar niet significante daling t.o.v. 2010 (10,3/100.000). Er werden in totaal **1.044 nieuwe tuberculosegevallen** geregistreerd.



Evolutie van de tuberculose-incidentie in de drie Belgische Gewesten, 1981-2011

De incidentie in Vlaanderen daalde verder naar 6,6/100.000 in 2011 vergeleken met 7,4 in 2010 (niet significant verschil). Dit is de laagste incidentie ooit geregistreerd. Ook de incidentie in Wallonië was laag (7,8/100.000) en bleef relatief stabiel vergeleken met vorig jaar. In het Brussels Gewest daalde de incidentie niet significant van 34,6 in 2010 naar 31,4/100.000 in 2011. Zoals in andere Europese landen worden ook in ons land de hoogste incidenties gezien in de grootste steden: Brussel, Luik, Antwerpen en Charleroi. In Brussel schommelt de incidentie al 25 jaar rond de 30. In Antwerpen bleef de incidentie de laatste jaren relatief stabiel met een daling in 2011 ten opzichte van 2010, maar toch aanzienlijk hoger dan het nationale of Vlaamse gemiddelde (19,2/100.000).

Na de fikse stijging in 2010 zien we in de stad Luik in 2011 weer een daling tot 19,5. In Charleroi was de incidentie 19,2, wat in dezelfde grootteorde ligt als de afgelopen jaren.

SPREIDING VAN LEEFTIJD, GESLACHT EN NATIONALITEIT IN DE ALGEMENE BEVOLKING* EN BIJ DE GEREGEREERDE TUBERCULOSEPATIËNTEN IN BELGIË EN PER GEWEST, 2011								
	VLAAMS GEWEST		BRUSSELS GEWEST		WAALS GEWEST		BELGIË	
	Algemene bevolking	TBC-patiënten	Algemene bevolking	TBC-patiënten	Algemene bevolking	TBC-patiënten	Algemene bevolking	TBC-patiënten**
	LEEFTIJD							
0-24	27,9%	20,9%	31,3%	29,3%	30,4%	22,5%	29,0%	24,1%
25-44	26,1%	35,2%	33,0%	46,7%	25,9%	32,2%	26,8%	38,3%
45-64	27,7%	20,9%	22,1%	12,2%	27,3%	21,4%	27,0%	18,1%
≥65	18,3%	23,0%	13,6%	11,7%	16,4%	23,9%	17,2%	19,4%
	MEDIANE LEEFTIJD							
Totaal	-	38	-	31	-	40	-	35,5
Belgen	-	54	-	31	-	50	-	46
Niet-Belgen	-	31	-	32	-	33	-	32
	GESLACHT							
Mannen	49,4%	61,9%	48,5%	63,8%	48,6%	67,7%	49,0%	64,1%
	NATIONALITEIT***							
Niet-Belgen	6,8%	45,6%	31,5%	63,2%	9,6%	47,8%	10,2%	52,1%
Totale bevolking	6.306.638	417	1.119.088	351	3.525.540	276	10.951.266	1.044

* Nationaal Instituut van de Statistiek (NIS), cijfers van 01.01.2011

** TBC-patiënten: tuberculosepatiënten geregistreerd in 2011 - *** verhouding Belgen - niet-Belgen

Opmerkelijk is dat één derde (33,62% of n=351) van alle nieuwe tuberculosepatiënten aangegeven werd in het Brussels Gewest, terwijl dat gewest slechts één tiende (10,2% of n=1.119.088) van de algemene bevolking van België vertegenwoordigt.

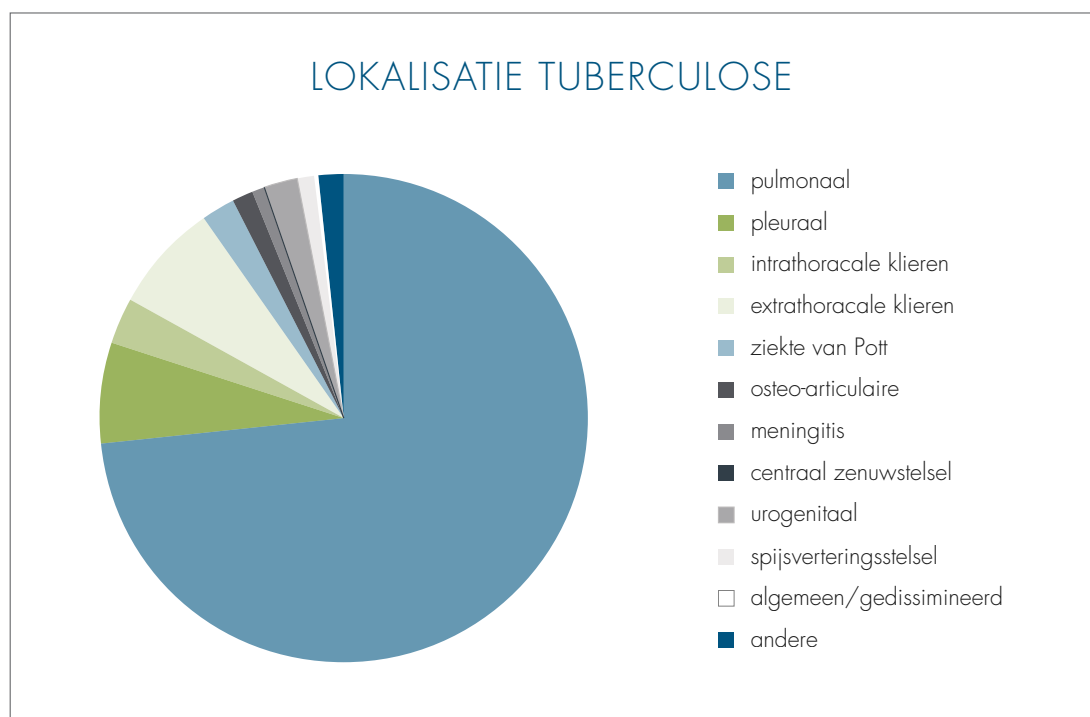
Het Brussels Gewest bestaat volledig uit stedelijk gebied in tegenstelling tot de andere gewesten, waardoor een vergelijking moeilijk te maken valt.

De data in bovenstaande tabel illustreren het verschil van de leeftijdsverspreiding bij tuberculosepatiënten in 2011 ten opzichte van de leeftijdsverspreiding in de algemene bevolking. In België bevinden 38,3% van de tuberculosepatiënten zich in de leeftijdsgroep 25-44 jaar. Er waren proportioneel meer mannen onder de patiënten dan in de algemene bevolking: 64,1% van alle tuberculosepatiënten in 2011 waren mannen.

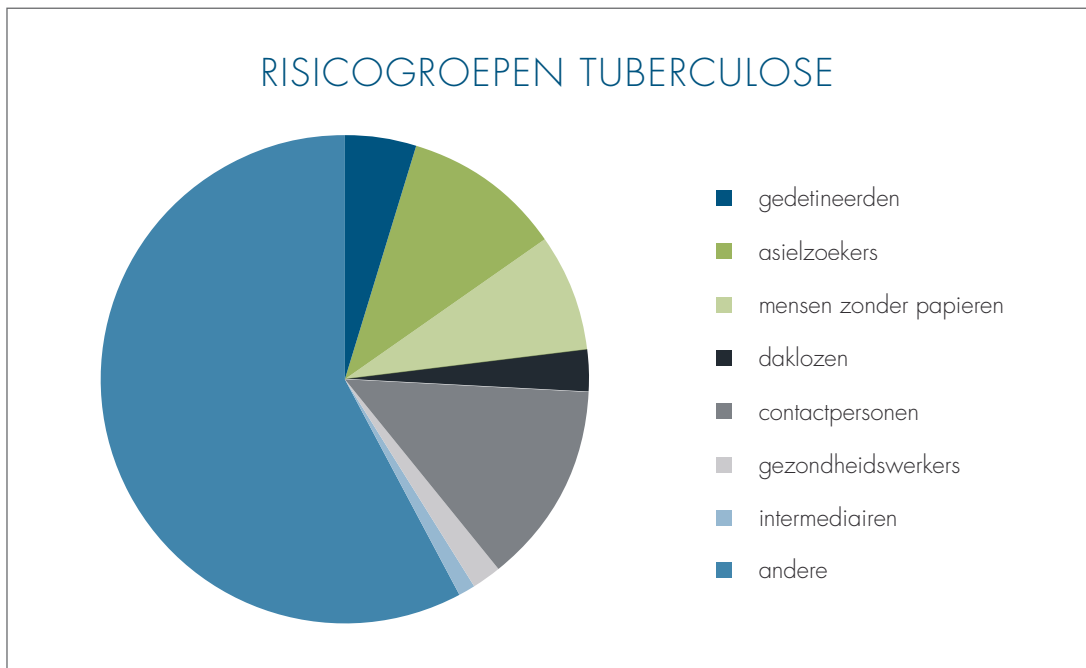
De proportie niet-Belgen is in 2011 licht gedaald tot 52,1%. Zoals andere jaren is ze het hoogst in het Brussels Gewest (63,2%). De proportie niet-Belgen onder de tuberculosepatiënten is vergelijkbaar in het Vlaams Gewest (45,6%) en in het Waals Gewest (47,8%).

Van alle tuberculosepatiënten leden 71,6% aan de pulmonale vorm van de ziekte (longtuberculose). Deze pulmonale vorm is potentieel besmettelijk en verantwoordelijk voor transmissie in de bevolking. In 2011 werden er verder 15 tuberculeuze meningitiden geregistreerd (waarvan twee bij kinderen onder de 5 jaar) en 31 met milliaire tuberculose. Een volledig overzicht van de lokalisatie van tuberculose bij alle patiënten in 2011 is terug te vinden in onderstaande figuur.

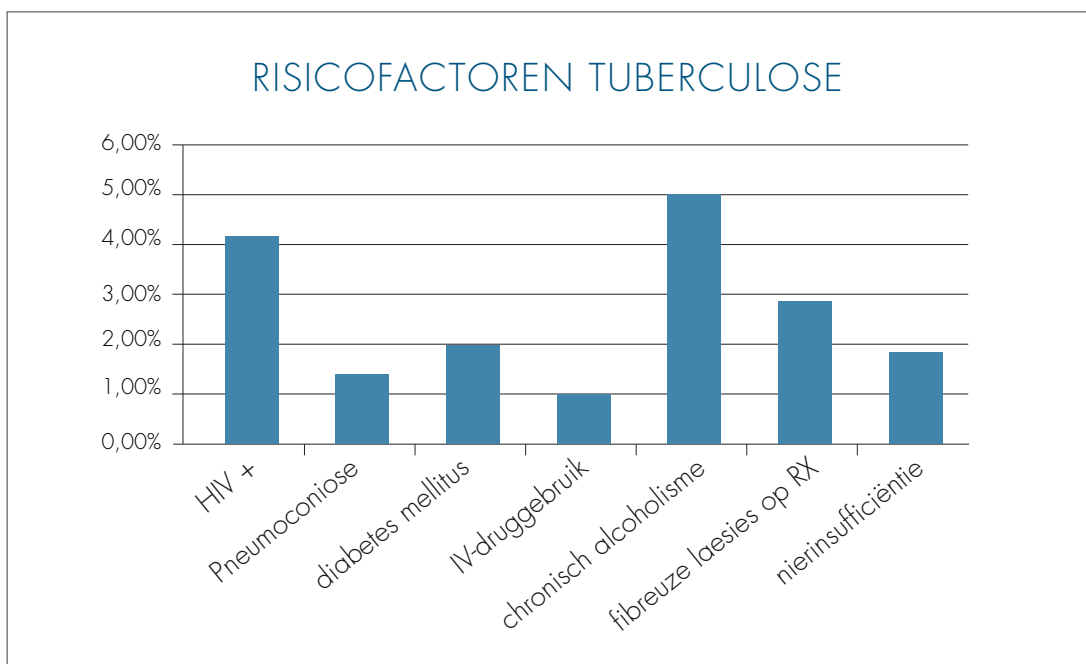
De aanwezigheid van resistentie is in België de laatste jaren vrij stabiel. Multi-Drug Resistentie (MDR) kwam in 2011 in 2% van de gemelde gevallen voor. In 2011 waren er zo 20 tuberculosepatiënten besmet met de multi-drug resistente tuberkelbacil (resistent tegen tenminste isoniazide en rifampicine).



Een verhoogd risico op tuberculose is sterk afhankelijk van armoede en armoedige levensomstandigheden. In 2011 konden we in België de volgende bevolkingsgroepen herkennen: 11,9% van de gemelde gevallen waren asielzoekers, 8,6% mensen zonder papieren, 3,1% gedetineerden, 2,7% dak- of thuislozen en 0,9% IV-druggebruikers. 11,8% van alle gemelde gevallen waren contactpersonen van een besmettelijke casus, met een recent contact van minder dan 2 jaar geleden. Belangrijk om daar tegenover te stellen is dat bijna 60% van alle gemelde gevallen niet tot deze risicogroepen voor tuberculose behoren.



Na besmetting krijgt slechts 10% van de mensen ook effectief actieve tuberculose. De belangrijkste factoren die het risico op ontwikkeling van actieve tuberculose verhogen waren in 2011: co-infectie met HIV (4,2%); diabetes mellitus (1,9%); chronisch alcoholisme (5,1%) en fibreuze laesies op RX (2,8%).



De gemelde tuberculosepatiënten in 2010 werden een jaar lang opgevolgd tot in 2011. De **behandelingsresultaten** van dat cohort waren:

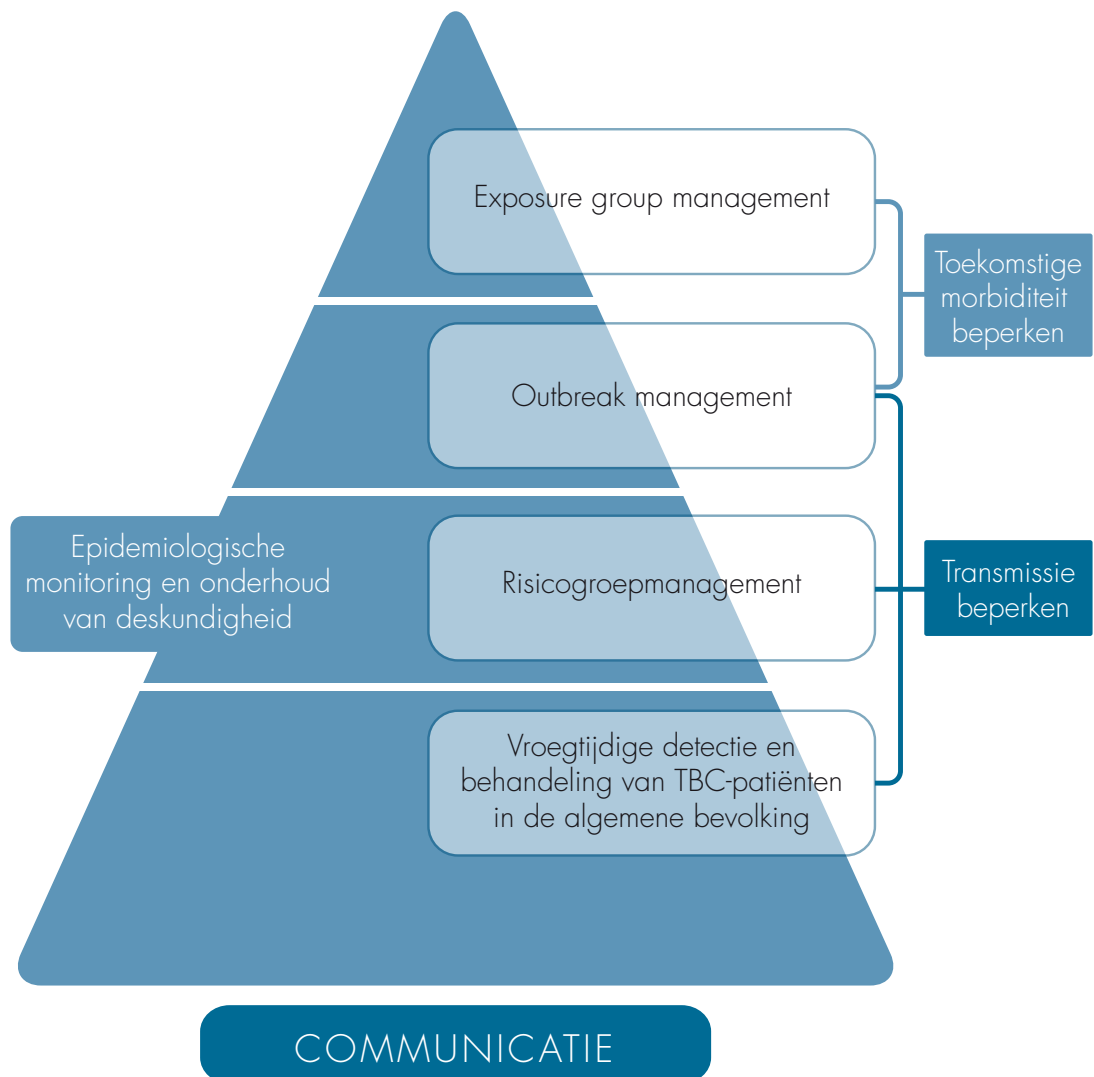
- > 75% van deze patiënten konden hun behandeling beëindigen met positief resultaat (= genezen met of zonder bacteriologische bevestiging). Dit varieert echter sterk in de drie gewesten: 81,3% in Vlaanderen, 71,7% in Wallonië en 71,2% in Brussel.
- > De totale mortaliteitsgraad bleef, net zoals voorgaande jaren, relatief hoog (8%). Bij 23 (3,7%) van deze personen was de mortaliteit het gevolg van een andere oorzaak dan tuberculose.
- > De hogere mortaliteit bij Belgische tuberculosepatiënten (12,3%) ten opzichte van de niet-Belgen (3,6%) is toe te schrijven aan de hogere leeftijd van deze groep en het frequenter voorkomen van ernstige comorbiditeit.
- > De positieve behandelingsresultaten waren voor de niet-Belgische patiënten vergelijkbaar met die voor de Belgische.

BEHANDELINGSRESULTATEN COHORT 2010		
positief behandelingsresultaat	467	75,0%
mortaliteit	50	8,0%
therapiefalen	0	0,0%
behandeling afgebroken	84	13,5%
geen behandelingsresultaat bekomen	22	3,5%
nog onder behandeling	27	-
pulmonaal cultuur negatief	132	-
niet pulmonaal	304	-
herziene diagnoses (geen TBC)	29	-
TOTAAL	1115	

DEEL 2 | ACTIVITEITEN TUBERCULOSE

INLEIDING

De aanbevolen strategie voor 'tuberculosecontrole' in landen zoals België waar weinig tuberculose voorkomt (lage incidentielanden) steunt op vier pijlers: (1) vroegtijdige opsporing en behandeling (passieve opsporing), (2) risicogroepmanagement (actieve screening van risicogroepen), (3) 'outbreak' management (contactonderzoek), en (4) 'exposure group' management (arbeidsgeneeskundige screening van personen die met risicogroepen werken). Dit hoofdstuk geeft een overzicht van de TBC-activiteiten van de VRGT in 2012.



Pijlers van de tuberculosebestrijding in lage incidentielanden.

OPSPORING TUBERCULOSE



TUBERCULINEHUIDTEST (THT)

De tuberculinehuidtest, ook wel Mantoux-test of intradermotest genaamd, is een huidtest die aantoont of iemand al dan niet geïnfecteerd is met tuberkelbacteriën. Dit geeft nooit uitsluitel of iemand ziek is, hiervoor moeten nog andere onderzoeken gebeuren.



RÖNTGENFOTO (RX)

Een röntgenfoto van de longen is een onderzoek waarmee afwijkingen van de longen kunnen worden vastgesteld. Indien de longfoto afwijkingen vertoont, ontstaat een vermoeden van ziekte. De persoon moet altijd doorverwezen worden naar een longspecialist om het eventuele vermoeden van tuberculose te bevestigen. De diagnose kan enkel bevestigd worden via bijkomende onderzoeken zoals het microscopisch onderzoek van de fluïmen.



MICROSCOPISCH ONDERZOEK

Microscopisch onderzoek van het sputum (de fluïmen) is een onderzoek dat de diagnose van tuberculose al dan niet bevestigt. Het is mogelijk dat direct microscopisch onderzoek negatief is omdat er onvoldoende bacteriën aanwezig zijn in het te onderzoeken staal.



CULTUUR

De tuberkelbacteriën vermenigvuldigen zich zeer traag, waardoor het tot 8 weken kan duren voor er zekerheid bestaat of op een kweekbodem kolonies van tuberkelbacteriën gegroeid zijn. Het is mogelijk dat direct microscopisch onderzoek negatief is, maar het resultaat van een kweek/cultuur toch nog de diagnose van tuberculose bevestigt. De cultuur is de gouden standaard voor de diagnose van tuberculose.

ACTIVITEITEN

1 PASSIEVE OPSPORING

Passieve opsporing houdt in dat mensen met klachten zich spontaan melden bij een arts. In België wordt ongeveer 80% van de tuberculosegevallen ontdekt op een passieve manier.

Personen die zich met klachten bij een arts melden, worden in de curatieve sector onderzocht, behandeld en opgevolgd. De VRGT ziet slechts een beperkt aantal personen dat wordt doorverwezen. In 2012 onderzocht de VRGT 928 personen in het kader van passieve opsporing (zie onderstaande tabel). Hiertoe werden 420 tuberculinehuidtests (THT's) geplaatst en 541 longfoto's (RX'en) genomen. Drie gevallen van actieve tuberculose werden vastgesteld.

ONDERZOEKSRISULTATEN LAAGDREMPelige DIENSTVERLENING												
Provincie	Aantal personen onderzocht	RESULTATEN THT's						RESULTATEN RX'en				
		Aantal THT's	THT -	THT +	Twijfel	Virage	Afwezig lezing	Aantal RX'en	Normaal of niet TBC-afwijking	Verdacht voor TBC	Ingestelde ITBI-behandeling	Bevestigde actieve TBC
Oost-Vlaanderen	127	70	45	13	1	0	11	67	67	0	0	0
Limburg	82	55	31	3	0	0	21	39	39	0	0	0
West-Vlaanderen	347	34	27	3	0	0	4	20	17	3	0	0
Antwerpen	91	131	80	18	4	0	29	258	248	10	3	2
Vlaams-Brabant	141	93	69	14	2	1	7	50	47	3	2	0
Brussel	140	37	18	11	0	0	8	102	91	11	5	1
TOTAAL	928	420	270	62	7	1	80	536	509	27	10	3

2 SYSTEMATISCHE ACTIEVE SCREENING VAN RISICOGROEPEN

Een goede aanvulling op de passieve opsporing van tuberculose, is de actieve screening van risicogroepen. Dit zijn groepen met een verhoogd risico op tuberculose. Volgende risicogroepen worden door de VRGT systematisch gescreend: asielzoekers, mensen zonder papieren in gesloten centra, immigranten uit hoge incidentielanden, gedetineerden, recidivisten en gevangenen. Omwille van het lage terugverdieneffect vorige jaren (weinig ontdekte gevallen door screening), werden de

risicogroepen druggebruikers en dak- en thuislozen niet meer actief gescreend in 2012. Dit is een gangbare praktijk in een land met een dalende tuberculose-incidentie.

Hoewel de actieve screening zeker noodzakelijk is, wordt slechts 11% van de tuberculosegevallen in België op deze manier ontdekt. Dit is een normaal percentage voor het stadium van de epidemie en vergelijkbaar met buurlanden.

Risicogroep 1: Nieuwe immigranten uit hoge incidentiële landen

Met de doelgroep 'nieuwe immigranten' bedoelt men personen die afkomstig zijn uit een hoog incidentie land voor tuberculose, meer dan drie maanden in het Vlaamse of Brusselse Gewest verblijven en ingeschreven zijn in het vreemdelingenregister van een woonplaats in dit Gewest. Een hoog incidentie land wordt gedefinieerd als een land met een incidentie van meer dan 50 per 100.000 inwoners voor tuberculose.

Om nieuwe immigranten uit hoge incidentie landen te bereiken bezochten de tuberculosemedewerkers verschillende diensten in de regio die met nieuwkomers werken en verdeelden er uitnodigingsfolders voor anderstalige nieuwkomers. Deze uitnodigingsfolders zijn beschikbaar in tien verschillende talen: Nederlands, Frans, Engels, Spaans, Russisch, Arabisch, Slovaaks, Albanees, Bulgaars en Turks.

In totaal werden er in Vlaanderen en Brussel 1.413 uitnodigingsfolders verdeeld door de VRGT; hierdoor werden 219 nieuwkomers onderzocht. Er werden drie gevallen van actieve tuberculose vastgesteld.

U I T N O D I G I N G



Nieuw in België?

Laat je longen gratis onderzoeken



Risicogroep 2: Asielzoekers

Het screenen van asielzoekers gebeurt in samenwerking met de Dienst Vreemdelingenzaken (DVZ), Fedasil en de centra van het Rode Kruis/Croix Rouge. Het preventief onderzoek van asielzoekers gebeurt op drie manieren:

1. De systematische eerste screening

Iedere asielzoeker krijgt onmiddellijk na aankomst in België een systematische eerste tuberculosescreening op de tuberculosedepistagecel van de DVZ. Dit gebeurt bij asielzoekers ouder dan 5 jaar aan de hand van een longfoto die ter plaatse wordt genomen. Het protocolleren van de RX en de opvolging gebeurt door de VRGT. Bij een verdacht longbeeld wordt ervoor gezorgd dat de asielzoeker zo snel mogelijk bijkomende onderzoeken ondergaat om een correcte diagnose te stellen en indien nodig de behandeling op te starten. In 2012 werden er op de DVZ in totaal 21.630 longfoto's genomen. Er werden 40 tuberculosegevallen ontdekt.

2. Aanvullende eerste screening

Een asielzoeker die niet onmiddellijk kan gescreend worden op de DVZ (kinderen <5 jaar, zwangere asielzoekers, personen met een fysieke handicap of wanneer door omstandigheden geen RX werd genomen) zal nadien alsnog worden uitgenodigd voor een screening. In 2012 werden er hiertoe 527 THT's en 218 RX'en uitgevoerd. Er werd via deze weg geen actieve TBC vastgesteld.

3. Periodieke screening

Verder voorziet de VRGT een periodieke screening van asielzoekers 6 maanden en één jaar na aankomst. Via deze screening werden er in 2012 door de CRG's 168 THT's en 2.283 RX'en uitgevoerd. Daarnaast gaat de Mobiele Röntgen Unit (MRU) van de VRGT ter plaatse in de opvanginitiatieven en centra voor het uitvoeren van periodieke screening.



Het is de bedoeling met de MRU die mensen te bereiken die moeilijk tot in het CRG geraken, vaak om reden van zwakke motivatie of te grote afstand. In totaal werden er 2.708 asielzoekers gescreend met de MRU. Via periodieke screening werd er in totaal bij 4 personen actieve TBC vastgesteld.

Risicogroep 2 bis: Mensen zonder papieren

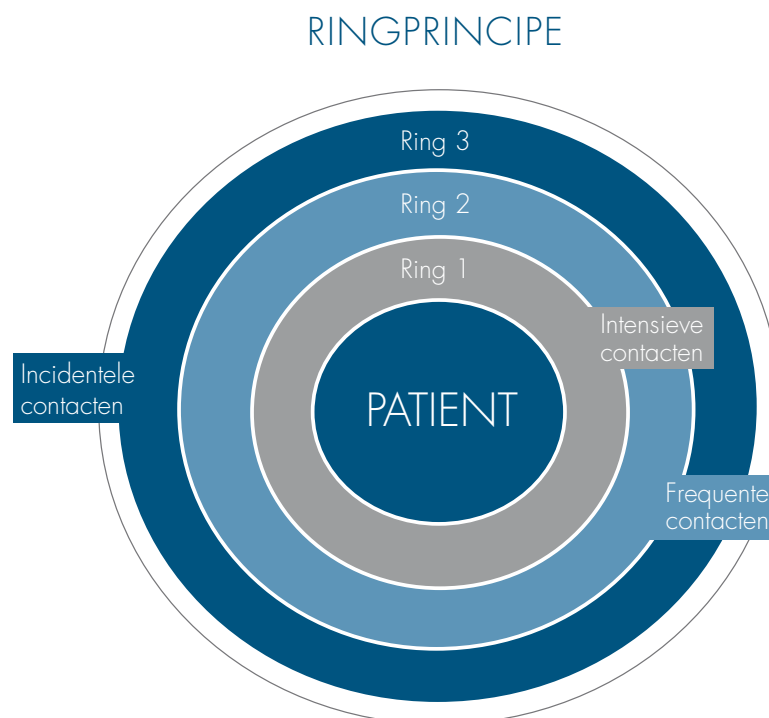
Mensen zonder papieren (uitgeprocedeerde asielzoekers, maar eveneens personen die nooit het statuut van asielzoeker hebben gehad) die in gesloten centra verblijven worden door de MRU van de VRGT gescreend. In 2012 werden er in de gesloten centra in totaal 2.373 longfoto's genomen en bij 2 personen actieve tuberculose vastgesteld.

Risicogroep 3: Gevangenen

Gevangenen vormen een derde omschreven bevolkingsgroep met een verhoogd risico voor tuberculose. Elke gevangene wordt bij binnenkomst gescreend met een RX, latere screening gebeurt met een THT. Deze screening wordt gedeeltelijk uitgevoerd door de gevangenis die over een eigen RX toestel beschikken, en gedeeltelijk met de MRU. In 2012 werden hiertoe 9.382 longfoto's genomen, waarvan 3.074 door de MRU van de VRGT. In totaal werden 16 personen met actieve tuberculose gedetecteerd.

3 CONTACTONDERZOEKEN

Contactonderzoeken gebeuren rond zieke personen, bij wie een periode van besmettelijkheid wordt vermoed. Wanneer besmettelijke longtuberculose bij iemand wordt vastgesteld, is het aangewezen alle contactpersonen van deze patiënt te testen.



Contacten van een besmettelijke patiënt worden onderzocht volgens het ringprincipe. Dit betekent dat de meest nabije/intense contacten eerst worden onderzocht. Pas wanneer daar infecties worden vastgesteld, wordt het onderzoek uitgebreid naar contacten van minder frequente of intense aard. Deze contactonderzoeken gebeuren aan de hand van een THT en in twee rondes, met een tweetal maanden interval. Tijdens de eerste ronde wordt er nagegaan wie er reeds een positieve test heeft (oud positieven of positief zonder voorgaand resultaat wat ook recent kan zijn). Deze test wordt niet onmiddellijk na besmetting positief.

Er zijn een achttal weken nodig opdat het lichaam positief zal reageren op de test, de zogenaamde vensterperiode. Tijdens de tweede ronde kan dan nagegaan worden wie er 'nieuw' besmet is, d.w.z. wie er in ronde 1 negatief was en daarna positief in ronde 2. Dit noemen we een virage. Wanneer er sprake is van een virage, wordt een RX genomen om actieve tuberculose uit te sluiten.

Bij personen met een virage en normaal longbeeld kan de longarts een voorstel doen voor het opstarten van een Latente Tuberculose-Infectie (LTBI) behandeling. LTBI is een besmetting met de tuberkelbacterie die (nog) niet geleid heeft tot klinische en/of radiologische tekens van actieve tuberculose.

De organisatie van contactonderzoeken is in Vlaanderen een verantwoordelijkheid van het Agentschap Zorg en Gezondheid, Toezicht Volkgezondheid.

Aan de VRGT gezondheidscentra wordt soms gevraagd om deze onderzoeken gedeeltelijk of in zijn geheel uit te voeren. Hiertoe werden in 2012 door de VRGT 2.343 contacten gescreend voor tuberculose. Bij deze personen werden 2.185 THT's geplaatst en 862 RX'en genomen. De VRGT stelde bij 4 contacten in Vlaanderen een diagnose van actieve tuberculose.

De organisatie van contactonderzoeken in Brussel werd toevertrouwd aan de VRGT en haar zusterorganisatie FARES. In Brussel werden er door de VRGT 542 contactpersonen onderzocht voor tuberculose. Dit is bijna een verdubbeling t.o.v. vorig jaar (283 in 2011). Hiertoe werden er 140 RX'en genomen en 469 THT's afgelezen. Bij 3 personen werd er actieve tuberculose ontdekt. In 2012 werden er in totaal 72 actieve gevallen van tuberculose ontdekt door de VRGT, waarvan de grote meerderheid via actieve screening (62/72, 86%).

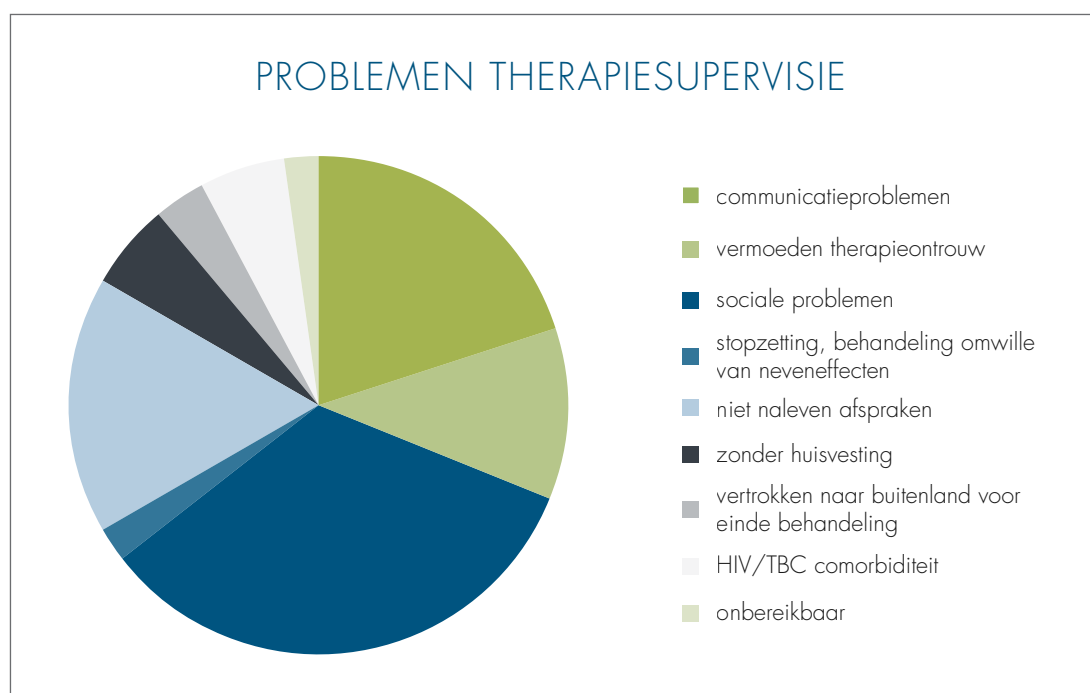
AANTAL ONTDEKTE TBC-GEVALLEN DOOR DE VRGT, IN 2012	
PASSIEVE OPSPORING	3
ACTIEVE SCREENING RISICOGROEPEN	62
asielzoekers: systematische eerste screening	40
asielzoekers: aanvullende eerste screening	0
asielzoekers: periodieke screening	4
mensen zonder papieren	2
gevangenen	16
CONTACTONDERZOEKEN	7
TOTAAL	72

4 ARBEIDSGENEESKUNDE

Een vierde pijler, naast passieve opsporing, actieve screening van risicogroepen en contactonderzoek, is het arbeidsgeneeskundig onderzoek van personen die werken met risicogroepen. Deze laatste interventie maakt het 'tuberculosecontrole'-programma in lage incidentielanden volledig. De inschatting of analyse van het 'risico' dat personen op het werk lopen, is de taak en verantwoordelijkheid van de arbeidsgeneesheer. De analyse gebeurt op basis van (aantal en intensiteit van) contacten met besmette personen en/of besmette stalen. Hierbij zijn ook de toepassing van preventieve maatregelen en situationele omstandigheden van invloed. Risicoanalyse is aldus een dynamisch gegeven. Het uitvoeren van tuberculoseonderzoeken wordt door sommige arbeidsgeneeskundige organisaties uitbesteed aan de VRGT.

5 OPVOLGEN VAN DE TUBERCULOSE BEHANDELING - THERAPIESUPERVISIE

De activiteiten van de VRGT beperken zich niet tot de vier pijlers van het strategisch plan om aan 'tuberculosecontrole' te doen. Zieke personen die onder behandeling zijn, worden vaak opgevolgd aan de hand van therapiesupervisie. Eén van de eigenschappen van een tuberculosebehandeling is dat patiënten gedurende lange tijd medicatie moeten nemen (minimum 6 maanden). Verder gaat het vaak om patiënten met een multiproblematiek. Het is dan ook essentieel deze patiënten op te volgen en regelmatig op hun therapietrouw te evalueren. Therapiesupervisie wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie sterk aanbevolen en aanzien als één van de meest kosteneffectieve socio-medische interventies ooit. Therapiesupervisie zal naargelang van de noodwendigheid bij verschillende patiënten een andere vorm aannemen. Het kan gaan van een occasionele controlevisite tot het toepassen van Daily Observed Therapy (DOT), waarbij dagelijks de tabletinname (medicatie-inname) onder toezicht gebeurt. In 2012 begeleidde de VRGT-personeelsleden 200 patiënten onder therapiesupervisie. Bij 46 van deze supervisiepatiënten deden zich tijdens de behandeling problemen voor. De redenen zijn divers en kan u terugvinden in onderstaande figuur.



6 LAAGDREMPELIGE DIENSTVERLENING

In totaal beschikt de VRGT over zeven Centra voor Respiratoire Gezondheidszorg (CRG's) verspreid over Vlaanderen. Hier kan men terecht voor onderzoek, consultatie of therapiesupervisie. In Brugge en Kortrijk heeft de MRU een vervangende functie voor het CRG, waar mensen op vaste tijdstippen terecht kunnen. De VRGT bouwt een laagdrempelige dienstverlening uit die tegemoet komt aan de specifieke noden van de te bereiken doelgroepen. Dit via:

- > De centrale ligging van de centra, die goed bereikbaar zijn met het openbaar vervoer;
- > Het aanbieden van ten minste één ochtend- of avondconsultatie in alle centra;
- > Het gratis aanbieden van onderzoek en andere diensten voor de doelgroepen;
- > Het inzetten van Mobiele Röntgenunits (MRU's) om de laagdrempeligheid en daarmee de bereikbaarheid van risicogroepen te maximaliseren.

Activiteiten van de CRG's

In 2012 dienden zich 8.873 consultants aan in de CRG's van de VRGT. Een persoon wordt als consultant gerekend per moment dat deze op consultatie komt, ongeacht het aantal activiteiten dat voor deze patiënt wordt uitgevoerd. Bijvoorbeeld wanneer bij een persoon met een positieve tuberculinehuidtest (THT) onmiddellijk een longfoto wordt genomen, wordt één consultant geteld. Het aantal THT's zijn de tests die geplaatst werden door de VRGT-verpleegkundigen in en buiten de CRG's. In totaal werden er door de CRG's 4.395 longfoto's genomen en 3.773 THT's geplaatst. De verpleegkundigen van de provinciale afdelingen deden 1.186 huisbezoeken in 2012. Hiervan werden er 960 afgelegd in het kader van therapiesupervisie en 226 voor andere redenen. Het gaat in dit geval vaak om het opzoeken van een persoon met een verdacht longbeeld die op een privé adres verblijft of het opzoeken van de omgeving van een patiënt in het kader van contactonderzoek. Er werden ook 109 huisbezoeken uitgevoerd waarbij de patiënt de afspraak niet naleeft en afwezig is op het moment dat de verpleegkundige langskomt.

ACTIVITEITEN VAN DE CRG'S IN 2012				
	RX'en	THT's	Huisbezoeken	Consultanten
Oostende	319	122	125	513
Brugge	221	97	23	254
Kortrijk	227	143	191	295
Gent	465	275	247	630
Antwerpen	1.359	1.652	468	3.170
Turnhout	233	437	22	398
Hasselt	387	302	12	695
Leuven	156	196	98	631
Brussel	1.028	549	85	2.287
TOTAAL	4.395	3.773	1.271	8.873

Het VRGT-personeel heeft regelmatig contacten met medisch en sociale organisaties. Deze contacten houden o.a. de ondersteuning in van de patiënt bij het regulariseren van zijn sociale situatie. Patiënten kunnen soms beroep doen op dringende medische hulpverlening, ten laste van een OCMW of een opvangcentrum.

BELTA-TBnet

Indien het regulariseren van de sociale situatie niet onmiddellijk mogelijk blijkt, kan men beroep doen op BELTA-TBnet. BELTA-TBnet is een project dat werd opgestart volgend op het Koninklijk Besluit (KB) van 10 maart 2005. Dit KB voorzag in de oprichting van een bijzonder model van verstrekking en betaling van tuberculosebehandeling dat moet toelaten een adequate tuberculosebehandeling mogelijk te maken voor alle tuberculosepatiënten – al dan niet multiresistent – in België.

BELTA-TBnet heeft als doel bij te dragen tot het beheersen van het tuberculoseprobleem in België door het wegnemen van de financiële barrières die de toegang tot een adequate diagnose en behandeling van tuberculose (met inbegrip van de preventieve therapie) belemmeren.

AANTAL PATIËNTEN OP BELTA-TBNET GEPLAATST PER PROVINCIE, PER INDICATIE, IN 2012							
	Antwerpen	Oost-Vlaanderen	West-Vlaanderen	Vlaams-Brabant	Limburg	Brussel	TOTAAL
Diagnostisch onderzoek	17	3	1	1	0	14	36
Preventieve therapie	9	4	3	3	1	4	24
Tuberculosebehandeling	21	6	14	4	2	4	51
TOTAAL	47	13	18	8	3	22	111

In 2012 werden er in totaal 111 patiënten op BELTA-TBnet geplaatst. De meerderheid van deze patiënten deden beroep op BELTA-TBnet voor hun tuberculosebehandeling (51). Verder werden er 36 patiënten op BELTA-TBnet geplaatst voor diagnostisch onderzoek en 24 voor preventieve therapie (LTBI-behandeling).

7 VORMING EN DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING

Een activiteit die in 2012 duidelijk toegenomen is, zijn de vormingen georganiseerd voor intermediären en paramedici. Dit komt door de vernieuwde strategie en een stafmedewerker die specifiek toegewezen is aan dit takenpakket. De VRGT organiseert verschillende soorten vormingen: algemene vormingen, vormingen op maat en vormingen op vraag.

Algemene vorming en vorming op maat

De 'algemene vorming' en 'vorming op maat' worden centraal aangeboden in Brussel. Deze vorming wordt via mailings aangekondigd, waarna geïnteresseerden zich kunnen inschrijven en deelnemen. Om het doelpubliek zo goed mogelijk te bereiken werd gezocht naar contactpersonen binnen bepaalde koepelorganisaties. Zo werd bijvoorbeeld contact genomen met de directie van Vluchtelingenwerk Vlaanderen die de aankondiging voor de vorming op maat zelf onder de aandacht bracht van haar medewerkers.



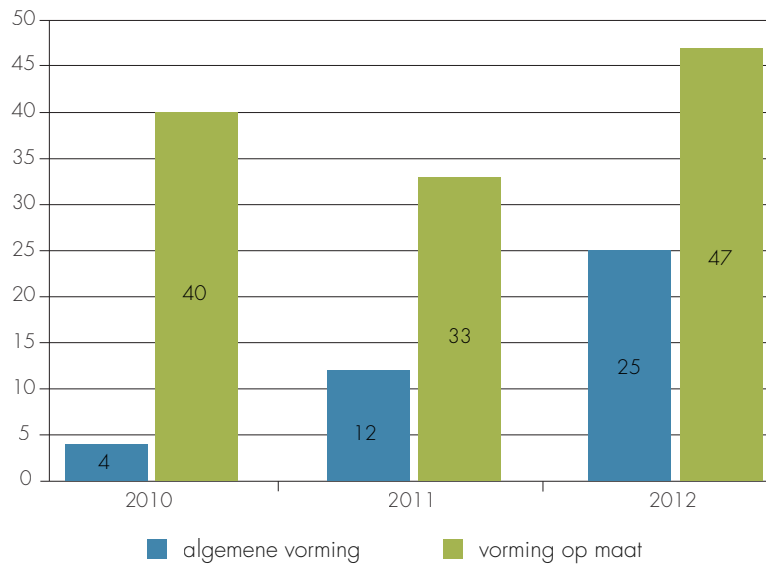
Algemene vorming

Daarnaast organiseerde de VRGT ook vorming en informatiesessies op vraag van andere organisaties. Deze vonden hoofdzakelijk plaats in de lokalen van de aanvragende organisaties.

De '**algemene vorming**' vond één keer plaats in april en richtte zich tot personeel werkzaam met personen uit de risicogroepen voor tuberculose. Aan deze vormingssessie namen onder meer sociaal verpleegkundigen en sociaal assistenten deel uit medisch sociale opvangcentra voor druggebruikers, CAW, Begeleid Wonen van het Leger des Heils en verpleegkundigen uit CLB's. Daarnaast bevonden zich ook een huisarts, een lesgever van een Centrum voor Basiseducatie, een onthaalbediende uit een wijkgezondheidscentrum en een administratief deskundige van het FOD Binnenlandse Zaken onder de cursisten. Het doel van deze vorming was de algemene kennis met betrekking tot tuberculose vergroten en de screening van de risicogroepen verduidelijken.

De '**vorming op maat**' werd twee keer geprogrammeerd, namelijk in augustus en november 2012. Deze sessies werden bijgewoond door begeleiders, maatschappelijk assistenten, verantwoordelijken en verpleegkundigen uit LOI's, Fedasil, Vluchtelingenwerk Vlaanderen, OCMW's, Rode Kruis Opvangcentra en een centrum voor mensen zonder papieren. Tijdens deze sessies wordt naast een algemene toelichting over tuberculose dieper ingegaan op de specifieke situatie en werkwijze bij asielzoekers.

AANTAL DEELNEMERS VORMINGSSPESIES 2010-2012



In totaal werden 72 personen geïnformeerd en opgeleid. In 2012 werden de sessies verzorgd door Dr. Wouter Arrazola de Oñate, medisch directeur VRGT en Mevr. Magda Van Dyck, sociaal verpleegkundige en verbonden aan het CRG te Leuven.

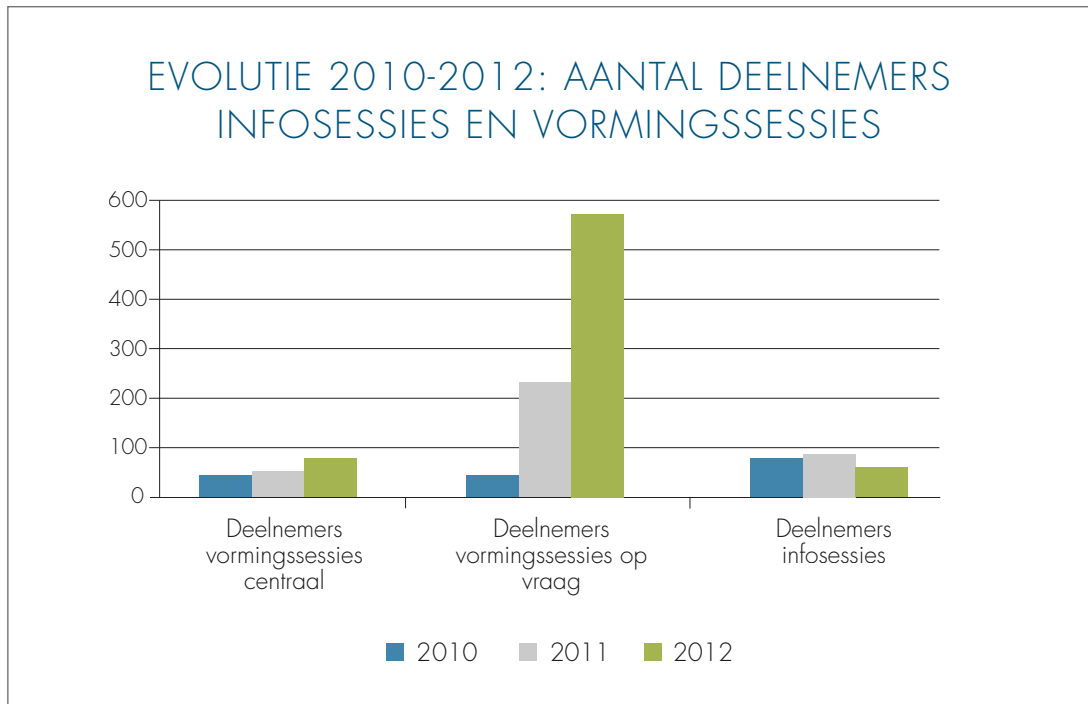
Informatiesessies, vorming op vraag

Naast de vormen op maat en algemene vorming, organiseerde de VRGT in 2012 op vraag van andere organisaties verschillende informatiesessies en vorming. Via deze weg werden er in totaal **593 personen** geïnformeerd en opgeleid.

De aanvragen voor vorming kwamen van zeer verscheiden organisaties zoals opvangcentra voor asielzoekers, arbeidsgeneeskundige diensten, centra voor basiseducatie, een huisartsenkring, het Rode Kruis Vlaanderen, het Commissariaat Generaal voor de Vluchtelingen en Staatslozen (CGVS), LOI's Oost- en West-Vlaanderen en thuisverpleegkundigen. Daarnaast organiseerde de VRGT een aantal praktijkgerichte sessies over het plaatsen en het aflezen van THT voor het personeel van gevangnissen en het Instituut voor Tropische Geneeskunde.

De stand van zaken en nieuwe ontwikkelingen over tuberculose kwamen aan bod in een bijscholingscyclus over forensische gezondheidszorg. Tenslotte participeerde de VRGT ook in 2012 actief in de organisatie van de Nederlandstalige Diagnostiek Dagen waarbij een aantal actuele thema's over tuberculose aan bod kwamen. Deze tweedaagse vond plaats te Antwerpen en kon rekenen op een ruim deelnemersaantal.

De informatiesessies werden georganiseerd door de CRG's en hadden onder meer tot doel een aantal algemene aspecten van tuberculose toe te lichten aan personen die beroepshalve in contact kwamen met personen uit de risicogroepen voor tuberculose. Telkens werd ook de uitnodiging voor nieuwe immigranten toegelicht indien dit van toepassing was. In 2012 vonden er informatiesessies plaats in Brussel, Hasselt en Gent.



In vergelijking met de voorgaande jaren, zien we in 2012 een stijging van het aantal deelnemers aan de centraal (in het hoofdkantoor) georganiseerde vormingssessies, een daling van het aantal deelnemers aan infosessies en een sterk toegenomen aantal aanwezigen tijdens de vormingssessies op maat².

Gezien het belang dat de VRGT hecht aan het luik 'vorming en deskundigheidsbevordering van intermediairen in de sociale en de medische sector', werd een vaste equipe met deze opdracht belast. Deze bestaat uit de stafmedewerker vorming, die de coördinatie op zich neemt, en als sprekers de medisch directeur en een ervaren verpleegkundige. Na elke sessie voorziet de stafmedewerker via een rapport feedback voor de sprekers op basis van de ingevulde evaluatieformulieren om waar nodig op een volgende sessie eventueel bij te sturen. Uit de zeer positieve evaluaties van de deelnemers blijkt dat men door de vormingssessies niet alleen het gevoel heeft meer te weten over tuberculose, maar dat vooral de ongerustheid verdwenen is. Door de duidelijke informatie weten de deelnemers beter hoe ze zich moeten gedragen in de omgang met hun cliënten/patiënten die behoren tot de risicogroepen voor tuberculose.

Omdat de vormingssessies op vraag heel wat tijdsinvestering vergen, werd in 2012 de aanzet gegeven tot het ontwerp van een digitaal vormingspakket. Het is de bedoeling dat dit pakket in 2013 verwerkt wordt tot een elektronische cursus die deelnemers op een online platform kunnen doorlopen. Op deze manier komt de VRGT tegemoet aan de vraag van een aantal geïnteresseerde intermediairen die we op dit ogenblik met de klassieke vormingssessies te Brussel niet bereiken wegens de verre verplaatsing die ze moeten maken.

² Vanaf 2011 vonden de Nederlandstalige Tuberculose Diagnostiek Dagen plaats die door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu i.s.m. de VRGT georganiseerd werden.

DEEL 3 | ROOKSTOPACTIVITEITEN 2012

INLEIDING

De VRGT heeft de laatste 20 jaar een pioniersrol gehad in secundaire tabakspreventie door er voor te zorgen dat rokers gesensibiliseerd werden tot rookstop en door rokers een vlot toegankelijke en efficiënte begeleiding aan te bieden tijdens hun rookstopopgave. Aangezien de doeltreffendheid van rookstopbegeleiding al zo uitvoerig onderzocht, bewezen en beschreven werd, beschouwt de VRGT het als haar opdracht om deze interventie op het terrein uit te voeren. De secundaire tabakspreventie kadert in haar missie van het “verlenen van respiratoire gezondheidszorg”.

In dit jaarverslag rapporteren we over de realisaties en activiteiten van 2012, telkens met een korte historiek over de topic als aanloop.

PERMANENTE VORMING TABAKOLOGIE EN ROOKSTOPBEGELEIDING

Sinds 2002 organiseert de VRGT een permanente vorming Tabakologie en Rookstopbegeleiding. Deskundige hulpverlening bij rookstop draagt bij tot de noodzakelijke preventie van de tabakgerelateerde mortaliteit en morbiditeit.

De permanente vorming “Tabakologie en rookstopbegeleiding” geeft aan gezondheidswerkers een professionele opleiding tot tabakoloog zodat zij in staat zijn om deze deskundige hulpverlening uit te voeren. De permanente vorming wordt begeleid door een interuniversitaire stuurgroep samen met de Stichting tegen Kanker, wiens beslissingen door de VRGT worden uitgevoerd.

De VRGT zorgt voor de praktische organisatie van de vorming. Het programma omvat een theoretisch gedeelte dat inzicht geeft in de wetgeving, in de tabakgerelateerde aandoeningen en aandacht geeft aan de aspecten van verslaving, de psychologische benadering van de rookstop en aan gedragsverandering. In het praktijkgedeelte wordt dieper ingegaan op de aanpak van individuele rookstopbegeleiding en rookstopbegeleiding in groep, alsook op de motiverende gespreksvoering en strategieën. Op dit ogenblik zijn er reeds 335 tabakologen waarvan er een 165 erkend zijn.

In het academiejaar 2012-2013 waren er 30 personen ingeschreven voor de opleiding. Drie personen stopten echter vroegtijdig de opleiding. In totaal behaalden 23 personen het certificaat van de opleiding.

Uit de evaluatieformulieren bleek dat de cursisten zeer tevreden waren met de diversiteit van de onderwerpen. De medische uitdieping van de lichamelijke effecten van roken zijn interessant voor de niet-medisch geschoolde deelnemers daar waar de verdieping in de psychologische aspecten van roken en rookstopbegeleiding dan weer verhelderend zijn voor de medici. Verder werden de lessen op zaterdagvoormiddag sterk gewaardeerd, omwille van de beperkte impact op professionele en persoonlijke tijd.

Naast de opleiding, neemt de VRGT ook volgende taken op: (1) de coördinatie, de bijscholing en de follow-up van de tabakologen; (2) de toepassing van de erkenning voor het RIZIV; (3) het updaten van de effectieve activiteiten van de Vlaamse tabakologen.

PROJECTEN

In 2008 werd het draaiboek "Het rookvrije ziekenhuis" van het toenmalige VIG (heden VIGeZ) samen met het comité van het Netwerk Rookvrije Ziekenhuizen (NRZ) en de VRGT geüpdatet. In 2010 werd het draaiboek "Rookvrije materniteit" gerealiseerd en in 2012 ontwikkelde de VRGT het draaiboek "Rookstopbegeleiding in de psychiatrie". Intussen werden binnen de VRGT, in samenwerking met wetenschappelijke technische comités en de interuniversitaire stuurgroep, een aantal aanbevelingen rond roken en zwangerschap (2009), roken en fertiliteit (2011), passief roken (2011) en roken en COPD (2012) gerealiseerd.

Met de steun van het federaal fonds der verslavingen voert de VRGT sinds 2006 jaarlijks een aantal rookstopprojecten uit. Vanaf 2012 werden deze projecten afgebouwd en zullen ook eindigen in 2014. Dit omwille van de overdracht van bevoegdheden 'gezondheidszorgen' van het federaal niveau naar de gemeenschappen, n.a.v. de recente staatshervorming (najaar 2011, 'Vlinderakkoord'). In 2012 waren volgende projecten lopende:

1. Project optimaal rookbeleid binnen psychiatrische instellingen en diensten
2. Communicatiecampagne 2012: "in iedere roker zit een stopper"
3. Project zwangere vrouwen: Geboren worden en opgroeien zonder tabak

1 PROJECT OPTIMAAL ROOKBELEID BINNEN PSYCHIATRISCHE INSTELLINGEN EN DIENSTEN

Het project optimaal rookbeleid binnen psychiatrische instellingen en diensten werd gelanceerd in juni 2009 tijdens de jaarlijkse studiedag van het Netwerk Rookvrije Ziekenhuizen. De prevalentie van roken bij psychiatrische patiënten is twee- tot driemaal hoger dan in de gewone populatie. Het aantal rokers wordt er gemiddeld op 70% geschat. Ook is er een grotere blootstelling aan omgevingsrook, zowel voor personeel als voor patiënten. Er bestaat eveneens een belangrijke interactie tussen psychofarmaca en roken waarbij rokers vaak een hogere dosis nodig hebben dan niet rokers.

Rookbeleid in psychiatrische instellingen en diensten is vaak gebaseerd op mythen die vertellen dat patiënten niet willen en kunnen stoppen met roken; dat hun problematiek verergert met rookstop en dat de implementatie van een optimaal rookvrij beleid onmogelijk is binnen psychiatrische instellingen en diensten.

Dit project wilde gezondheidswerkers binnen psychiatrische instellingen en diensten inspireren om over deze mythen te stappen en een optimaal rookbeleid tot stand te brengen binnen hun instelling of dienst.

De algemene **doelstellingen** waren als volgt:

- > De kennis op het gebied van rookbeleid en rookstop van de psychiatrische instellingen en diensten te inventariseren en verspreiden;
- > Gezondheidswerkers binnen psychiatrische diensten en instellingen te sensibiliseren en mobiliseren;
- > Met als uiteindelijk doel een optimaal rookbeleid tot stand te brengen binnen psychiatrische instellingen en diensten.

Om deze doelstellingen te bereiken werden in het projectjaar 2012 de volgende **acties** ondernomen: Het ontwikkeld materiaal m.b.t. rookbeleid in psychiatrische instellingen en diensten werd bekend gemaakt op de website van de VRGT (685 hits). Daarnaast was er een publicatie over **het rookstopspel en de rookstopboekjes** in het tijdschrift Psyche en werden flyers ter bekendmaking van het project verspreid op de dagen van de verpleegkunde en op het Vlaams Geestelijk Gezondheidscongres.

Op het Vlaams Geestelijk Gezondheidscongres organiseerde de VRGT, samen met het UPC Sint-Kamillus een **workshop** met als onderwerp 'Roken en Psychiatrie: een paar apart?'. Hieraan namen 26 gezondheidswerkers deel uit verschillende beroepsgroepen.

Het vormingsaanbod van de VRGT voor gezondheidswerkers binnen psychiatrische instellingen en diensten bestond uit infosessies, een training motiverende **gespreksvoering** en de dagen van de tabakologie (zie p.32).

In samenwerking met UPC Sint-Kamillus werd een **draaiboek voor rookstopbegeleiding in psychiatrische instellingen en diensten** ontwikkeld. Het draaiboek biedt gezondheidswerkers binnen psychiatrische instellingen concrete handvaten in het opzetten van een optimaal rookbeleid binnen hun instelling en/of dienst.

Het **pilootproject 'nicotinesubstitutietherapie in psychiatrische instellingen en diensten'** vloeide voort uit een inventarisatie van hindernissen in het opzetten van een optimaal rookbeleid binnen psychiatrische instellingen en diensten. Momenteel is nicotinesubstitutie niet opgenomen in het forfait dat patiënten betalen voor hun medicatie tijdens hun opname in een psychiatrische instelling of dienst. Daarom voerde de VRGT in 2012 een pilootproject uit waarbij nicotinesubstitutie gratis ter beschikking werd gesteld aan psychiatrische patiënten die wensen te stoppen met roken. Uit het project bleek dat nicotinesubstitutietherapie effectief is ter ondersteuning van een rookstop poging bij psychiatrische patiënten. Het wegnemen van financiële drempels voor het gebruik van nicotinesubstitutie verhoogt de bereidheid om extra inspanning te leveren bij een rookstop poging.

2 COMMUNICATIECAMPAGNE 2012: "IN IEDERE ROKER ZIT EEN STOPPER"

Sinds oktober 2009 worden rookstopconsultaties die uitgevoerd worden door een arts of erkend tabakoloog, gedeeltelijk terugbetaald (KB 17/09/2005 – BS 15/09/2009). Tot dan was dit enkel het geval voor zwangere vrouwen en hun partner (2006). Deze uitbreiding was een initiatief van Minister van Volksgezondheid Laurette Onkelinx en het RIZIV in het kader van het Nationaal Kankerplan. Via het federaal fonds ter bestrijding van verslavingen, kregen de VRGT en FARES de opdracht een communicatiecampagne te organiseren: 'In iedere roker zit een stopper'.

Het **doel** was om gezondheidswerkers te informeren over de uitbreiding van de terugbetaling van rookstopbegeleiding en om hen te mobiliseren om rokers te sensibiliseren en door te verwijzen. In 2012 werd er binnen het communicatieproject 'in iedere roker zit een stopper' op twee thema's gefocust: het thema **kansarmen** en het thema **COPD**-patiënten.

De informatiecampagne 'in iedere roker zit een stopper' liep in nauwe samenwerking met beroepsorganisaties van gezondheidswerkers en mutualiteiten. Verschillende vormen van **drukwerk** werden ontwikkeld: een brochure en een oriënteringsboom voor de gezondheidswerkers, en een bladwijzer en poster voor kandidaat-stoppers.

Individuele rookstopbegeleiding bij kansarmen

Mensen met een lage sociaal economische status (SES) vinden de weg niet naar het reguliere rookstopaanbod omdat de drempels te hoog zijn (drempel om in te schrijven, kostprijs, aanpak is te academisch,...). Ook het doel van rookstop zelf is soms te hoog gegrepen. Voor rokers uit groepen met een lage SES is roken vaak een manier om te leren omgaan met problemen en stress, die het gevolg zijn van een moeilijke materiële en sociale leefsituatie. De eigen-effectiviteit is laag: men gelooft niet dat men stoppen zal kunnen volhouden en stelt een stoppoging uit. Verder ervaart men bij stoppen vaak geen sociale steun, eerder tegenwerking en isolement.

De specifieke doelstellingen waren om:

- > kansarme patiënten, aangesloten bij de wijkgezondheidscentra, de kans te geven om gratis met begeleiding en medicatie een stoppoging te ondernemen;
- > op basis van het pilootproject voldoende gegevens en kennis te vergaren om in 2013 een methodiek uit te werken om instellingen die werken met/rond kansarmen een handvat te geven bij het implementeren van een rookstopinitiatief;
- > gegevens te verzamelen in functie van het lobbyen voor een generische variant van nicotinesubstitutie of een betaalbare nicotinesubstitutie voor de doelgroep kansarmen.

Drie wijkgezondheidscentra (De Regent, Zuid-rand en 't Spoor) in Antwerpen en twee tabakologen namen deel. In 2012 namen 25 patiënten deel aan de rookstopsessies. Op het einde van de sessies waren 11 patiënten gestopt met roken. Bij het follow-up moment werden 19 deelnemers bereikt, hiervan waren er nog 4 gestopt. Er gaven 9 deelnemers aan een nieuwe poging te willen ondernemen in de toekomst, hiervan hadden 5 al concrete plannen (stopdatum, medicatie,...).

COPD

Chronical Obstructive Pulmonary Disease is een ziekte die weinig gekend is bij het brede publiek, maar waarvan prevalentie en mortaliteit toenemen. Daarnaast wordt de ziekte vaak laatijdig gediagnosticeerd omdat de symptomen niet herkend worden. Binnen de communicatiecampagne werden deze problemen aangepakt.

De **doelstellingen** van het project waren om enerzijds bij het grote publiek de **symptoomherkenning** te doen toenemen en het belang van rookstop te benadrukken. Uit onderzoek van de Belgische Vereniging voor Pneumologie bleek dat slechts 17% van de Belgen van de term 'COPD' gehoord had en slechts de helft wist dat roken de belangrijkste oorzaak van deze ziekte is). Anderzijds wilde de VRGT gezondheidswerkers, die in contact komen met COPD-patiënten, een houvast bieden in het **bespreken van het rookgedrag** en een eventuele rookstop.

Ik ben 40 jaar of ouder?

Ik rook?

Ik heb vaak hoestbuien?

Ik hoest regelmatig slijmen op?

Ik ben sneller buiten adem dan mijn leeftijdsgenoten?

Heeft u COPD? {rokerslong}

Heeft u op minstens drie vragen ja geantwoord? Maak dan een afspraak bij een arts voor een spirometrietest. Zo kan u COPD tijdig opsporen. Een tijdige behandeling houdt de ziekte onder controle.

Domus Medica apb VRGT Rookstop Rookstop voorkomt verslechtering!

Ter sensibilisering van het grote publiek werd er een poster ontwikkeld en verspreid naar Vlaamse ziekenhuizen en gemeenten. Deze poster beschrijft de symptomen en risicofactoren van COPD en benadrukt vervolgens om contact op te nemen met een arts als men minstens twee van de symptomen of risicofactoren heeft.

Verder werd er, n.a.v. de Dag van de Spirometrie op 27 juni 2012, een voorlichtingsfilmje gemaakt. Dit filmje werd naar verschillende partnerorganisaties en websites die handelen rond gezondheid gestuurd.

Voor de gezondheidswerkers in contact met COPD-patiënten werden op basis van een literatuurstudie aanbevelingen geschreven, die pneumologen en andere

gezondheidswerkers een leidraad geven om rookstop bespreekbaar te maken bij patiënten met (risico op) COPD. De aanbevelingen zijn verspreid naar alle tabakologen, partnerorganisaties (LOGO'S, Domus Medica, Stichting tegen Kanker, Vlaamse Liga tegen Kanker, VIGeZ) en de diensten pneumologie van alle Vlaamse ziekenhuizen. Daarnaast is een digitale versie beschikbaar via de website van de VRGT. De gedrukte aanbevelingen waren klaar eind november.

3 GEBOREN WORDEN EN OPGROEIEN ZONDER TABAK

Het project 'Rookvrij opgroeien' ging van start in 2005, en werd tot en met 2012 verder gezet. Volgende thema's kwamen in de opeenvolgende projectjaren aan bod:

- > rookstop bij zwangere vrouwen en hun partner
- > samenwerking tussen gynaecologen en tabakologen en opleiden van gynaecologen en vroedvrouwen
- > passief roken in de gezinssituatie
- > rookvrije materniteit in Vlaanderen
- > aanbevelingen rond de aanpak van passief roken bij kinderen
- > rookstopbegeleiding bij koppels met een kindwens.

In het projectjaar 2012 werd enerzijds het sensibiliseren van **zwangere vrouwen en hun partner** voor de gevaren van roken vóór, tijdens en na de zwangerschap tot doel gesteld; dit zowel voor de gevaren van actief als passief roken. Anderzijds richtte het project zich ook op het informeren en mobiliseren van **gezondheidswerkers in contact met zwangere vrouwen** en hun partner (gynaecologen, vroedvrouwen en pediaters). In dit laatste projectjaar werd verder de nadruk gelegd op het verzekeren van de continuïteit van de acties rond rookvrij opgroeien.

Om deze doelen te bereiken werden in 2012 volgende acties ondernomen:

Het informeren en mobiliseren van gezondheidswerkers in contact met koppels met een kinderwens

Een expertencomité 'roken en fertiliteit' beoordeelde de **aanbevelingen** en de brochure voor het brede publiek. De aanbevelingen werden, samen met de brochure, beschikbaar gesteld op de VRGT website, verzonden aan de fertiliteitcentra en diensten gynaecologie en materniteit van de algemene ziekenhuizen in Vlaanderen, bekendgemaakt via de beroepsverenigingen van gezondheidswerkers in contact met de doelgroep en via de nieuwsbrief voor tabakologie.

Het informeren en mobiliseren van gezondheidswerkers in contact met rokende zwangere vrouwen en hun partners

In 2012 organiseerde de Katholieke Hogeschool Limburg en de Erasmushogeschool Brussel beiden twee vormingsmomenten rond roken en de zwangerschap voor vroedvrouwen in opleiding. Ongeveer 120 vroedvrouwen namen deel aan deze vorming.

Het Algemeen Ziekenhuis van Oudenaarde werkte in 2012 aan de uitbouw van het rookstopaanbod voor zwangere vrouwen. Er werd, in samenwerking met een lokale partner, een vorming georganiseerd voor gezondheidswerkers die in contact komen met de doelgroep. Ongeveer 80 gezondheidswerkers ontvingen het promotiemateriaal van de campagne. Het campagnemateriaal rond een rookvrije zwangerschap werd, via de congresas van het Congres voor verpleegkundigen van het NVKVV, aan de vroedvrouwen bezorgd. 487 vroedvrouwen ontvingen het promotiemateriaal.

Het informeren en mobiliseren van gezondheidswerkers in contact met rokende ouders

Een expertencomité 'passief roken' beoordeelde de aanbevelingen en de brochure voor het brede publiek. Deze aanbevelingen werden, samen met de brochure, in vier stappen verspreid: via de website van de campagne, verzending aan de dienst gynaecologie, pediatrie en materniteit van de algemene ziekenhuizen in Vlaanderen, bekendmaking van het bestaan van en de mogelijkheid tot aanvragen van de aanbevelingen via de beroepsverenigingen van gezondheidswerkers in contact met de doelgroep en via de nieuwsbrief voor tabakologen en inlassing van het materiaal in de congresas voor vroedvrouwen en pediatrie verpleegkundigen van het Congres voor verpleegkundigen van het NVKVV.

De VRGT werd uitgenodigd om te spreken over passief roken bij kinderen op het symposium gezondheids promotie "Vlaanderen stopt met roken", georganiseerd door het ViGeZ. Zeventig deelnemers woonden de uiteenzetting rond passief roken bij.

Het informeren van het breed publiek

Dit gebeurde door sensibilisatie via aanwezigheid op babybeurzen, via brochures en gadgets en wachtkamertelevisie. Tal van lokale initiatieven werden ondersteund en de website rookvrije zwangerschap kreeg een opknapbeurt.



DAGEN VAN DE TABAKOLOGIE

In 2012 (26 en 27 november) vond de **eerste editie** van de dagen van de tabakologie plaats. Deze studiedagen waren gericht naar een ruim doelpubliek en kenden een programma waarin nieuwe bevindingen, ontwikkelingen en evoluties in het domein van rookstopbegeleiding werden gepresenteerd. Naast de boeiende lezingen, kon men deelnemen aan praktijkgerichte informatie-uitwisseling en ondersteuning in de vorm van workshops.

Prof. Dr. Walter Luyten, onderzoeker KULeuven, Departement Farmaceutische en Farmacologische Wetenschappen gaf een lezing over **nicotine acetylcholine receptoren: de werking en de praktische implicaties**.

Nicotine is het belangrijkste verslavende bestanddeel van tabaksproducten. Hoewel nicotine reeds in 1828 geïsoleerd werd en zijn structuur in 1895 opgehelderd werd, bleef de precieze werking tot de jaren '80 van de vorige eeuw onduidelijk. Na een korte historische inleiding werd toelichting gegeven bij de identificatie van nicotineacetylcholine receptoren, hun rol in de werking van nicotine en de praktische implicaties hiervan.

Prof. Hedwig Boudrez, psycholoog en tabakoloog UZ Gent bracht de resultaten van een **observationale studie en de meerwaarde in het onderzoek naar de effectiviteit van varenicline**.

Varenicline is het meest recente farmacologische product ter ondersteuning van een rookstop poging. Bij de wetenschappelijke evaluatie van de efficiëntie en de veiligheid van (nieuwe) therapeutische interventies genieten de gerandomiseerde en gecontroleerde trials (RCT) de hoogste prioriteit. Om evenwel de validiteit en de generaliseerbaarheid van deze resultaten te verruimen, zijn observationale studies een nuttige aanvulling. Tussen 2007 en 2009 nam België deel aan een Europese observationale studie, CHOICES (CHampix Observational Investigation in the Cessation of Smoking), waarbij varenicline werd geëvalueerd in een omgeving van de dagelijkse klinische praktijk inzake stoppen met roken.

Psychiater en tabakoloog van het regionaal ziekenhuis Sint-Maria te Halle, Dr. Aad Bosman, had het over de **interactie tussen nicotine en psychofarmaca**.

Gezondheidswerkers zijn vaak onvoldoende op de hoogte over de interactie tussen nicotine en psychofarmaca. De bestaande misvattingen leiden ertoe dat psychiatrische patiënten soms onterecht het advies krijgen om een rookstop poging uit te stellen. Dr. Aad Bosman besprak het effect van nicotine op neurotransmitters betrokken bij psychiatrische aandoeningen en op psychofarmaca.

Rookstopadvies bij COPD-patiënten was het onderwerp van de lezing van Dr. Marc Meysman, pneumoloog en tabakoloog UZ Brussel.

Rookstop is een vaak vergeten maar essentieel onderdeel in de behandeling van COPD. COPD-patiënten worden meestal aanzien als een moeilijk te benaderen rokersgroep. Recent wetenschappelijk onderzoek toont aan dat de combinatie van gedragsmatige therapie met medicamenteuze ondersteuning (zonder echte voorkeur voor het type medicatie) de meest efficiënte aanpak is van deze doelpopulatie

Rookstop op maat van kansarmen werd uiteengezet door Mevr. Lien Van Nuffel, projectmedewerker VRGT.

Kansarmen of maatschappelijke kwetsbare groepen zijn in het algemeen moeilijk te bereiken via brede communicatiecampagnes. Ook voor rookstopbegeleiding is dus een specifieke aanpak vereist. Het tabakspreventieteam van de VRGT organiseerde in 2012 een pilootproject in drie Antwerpse wijkgezondheidscentra. Binnen dit project konden personen met een omnio-statuuat gratis stoppen met roken. De resultaten van de pilootstudie werden bekendgemaakt en deelnemers werden uitgenodigd input te leveren qua methodiek en aanpak van rookstopbegeleiding bij kansarmen.

In de workshop “rookstopbegeleiding voor psychiatrische patiënten” schetste Prof. Dr. Hedwig Boudrez (psycholoog en tabakoloog UZ Gent) een kort theoretisch kader waarna Mevr. Ellen Excelmans (psycholoog en tabakoloog VRGT) en Mevr. Hilde Christiaens (psycholoog en tabakoloog UPC Sint-Kamillus, Bierbeek) de deelnemers op een interactieve manier lieten kennismaken met het draaiboek “rookstopbegeleiding voor psychiatrische patiënten”.

De workshop “Bedankt om buiten te roken! Werken aan een rookvrije omgeving voor kinderen.” werd gegeven door Mevr. Ariane Lievens (psycholoog en tabakoloog VRGT) en Mevr. Toos Jacobs, trainer Stivoro. Na een uitleg over passief roken, de invloed ervan op de gezondheid van kinderen en de misvattingen over het beschermen van kinderen tegen passief roken, leerden de deelnemers hoe zij dit moeilijke onderwerp in de dagelijkse praktijk bespreekbaar kunnen maken.

De 154 deelnemers aan deze eerste editie van de ‘dagen van de tabakologie’ en de positieve evaluatie ervan, zetten de deuren open naar een volgende editie.

DEEL 4 | FINANCIËEL VERSLAG VRGT 2012

INKOMSTEN

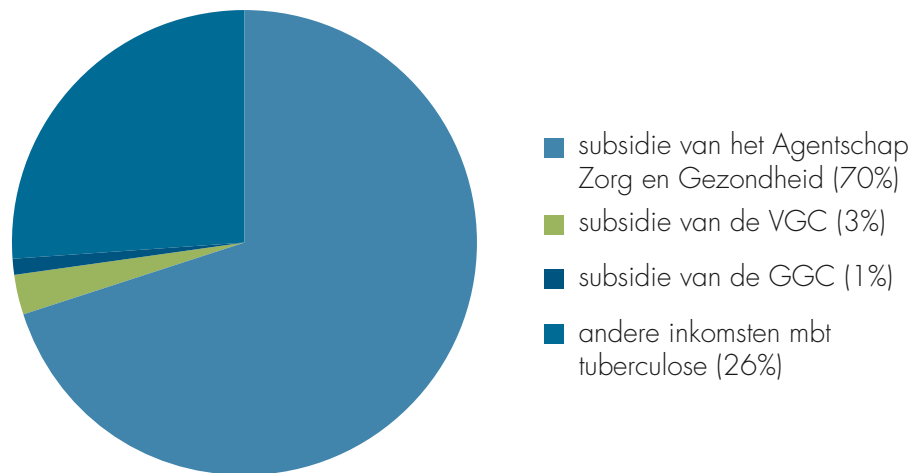
In 2012 bedroegen de inkomsten van de VRGT in totaal 2.313.343 euro. Het grootste deel hiervan is de subsidie van het Agentschap Zorg en Gezondheid van de Vlaamse Gemeenschap voor de activiteiten tuberculosebestrijding.

Voor de activiteiten rookstopbegeleiding is de belangrijkste financieringsbron de FOD Volksgezondheid, namelijk het RIZIV (het Fonds tot Bestrijding van de Verslaving) en het Nationaal Kankerplan.

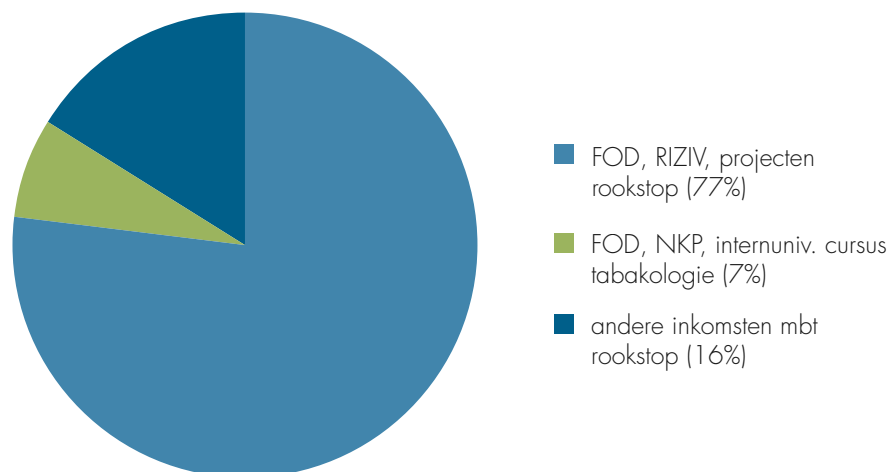
Andere inkomsten, los van tuberculosebestrijding en rookstopbegeleiding, worden gehaald uit het ter beschikking stellen van personeel, loontussenkomsten, verhuur van lokalen, giften en financiële opbrengsten.



2012 INKOMSTEN TUBERCULOSEBESTRIJDING

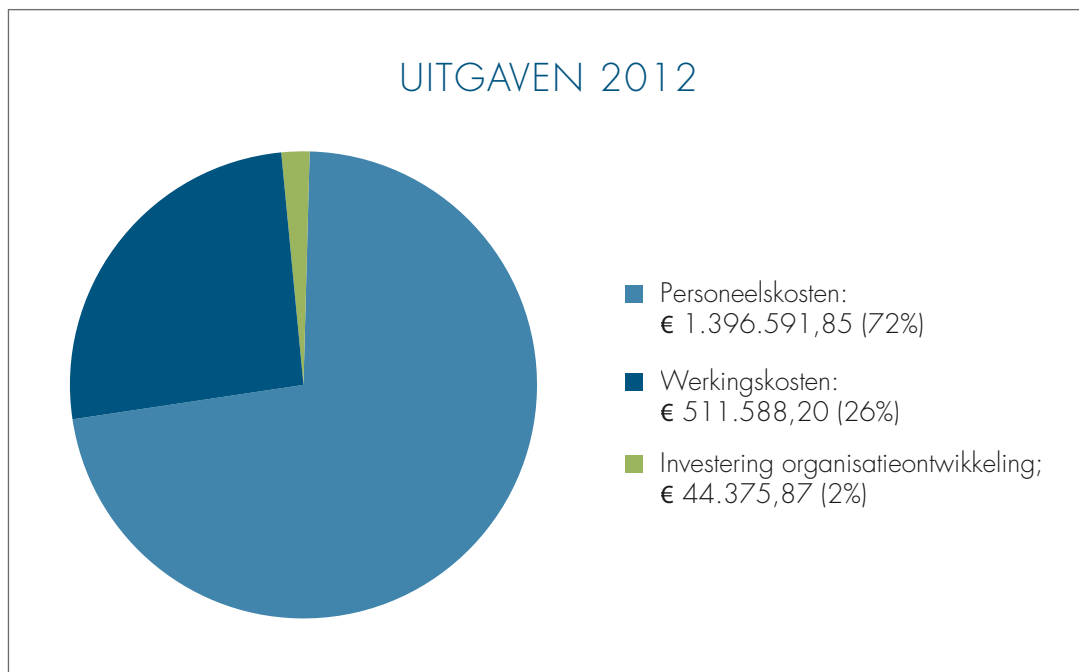


2012 INKOMSTEN ROOKSTOPBEGELEIDING

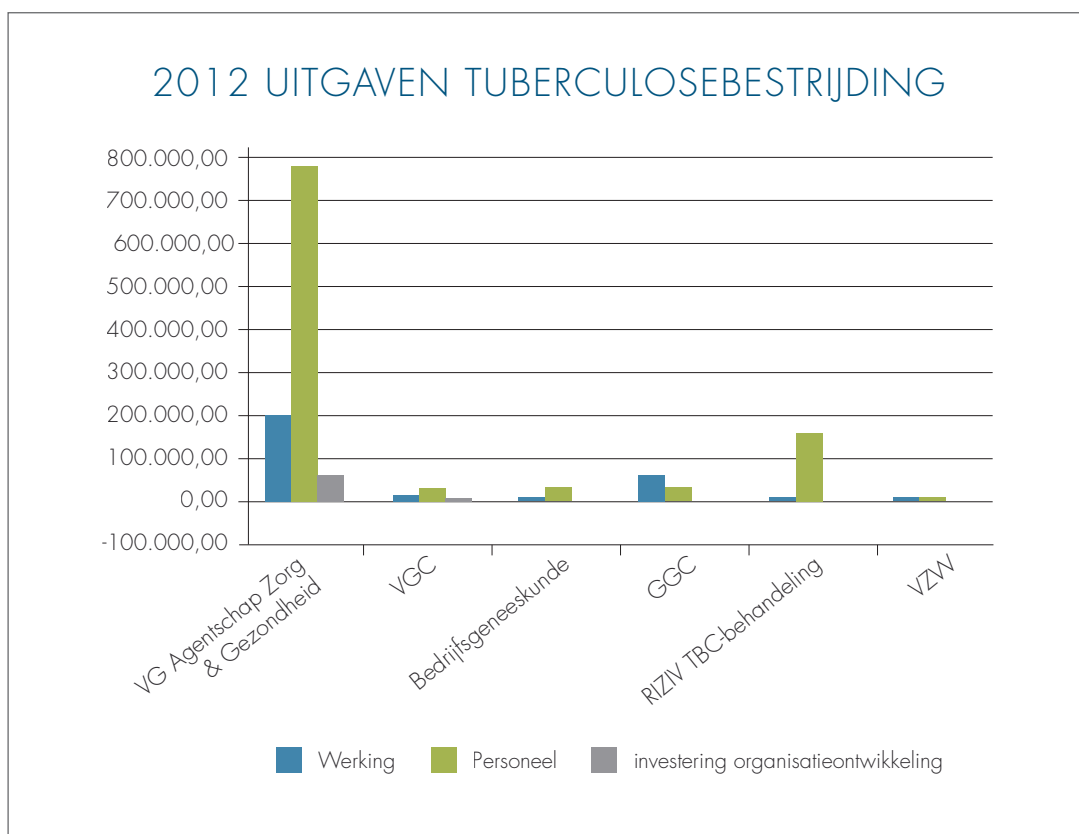


UITGAVEN

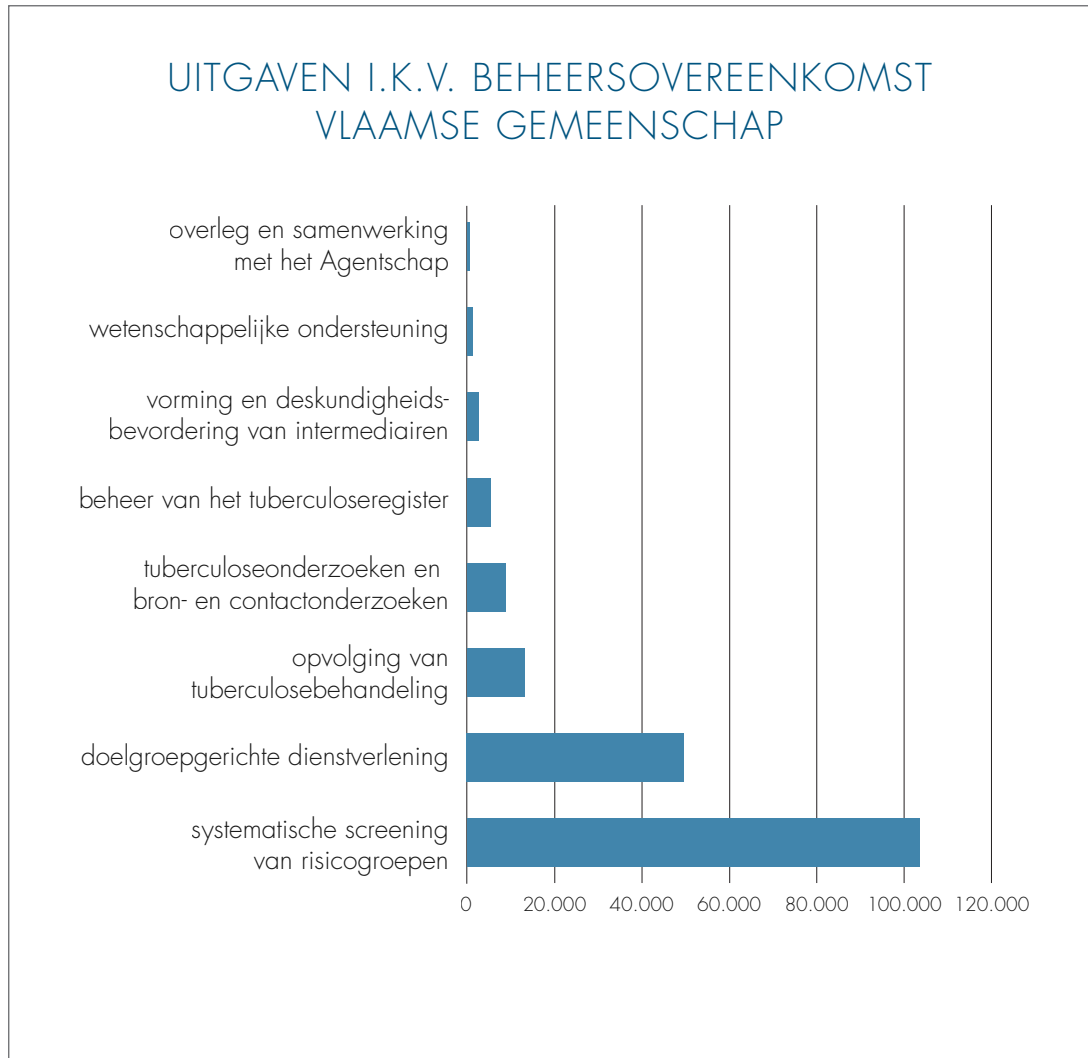
De totale uitgave in 2012 was 1.952.557 euro. Bijna drie vierde van de uitgaven betreft personeelskosten, een vierde werkingskosten.



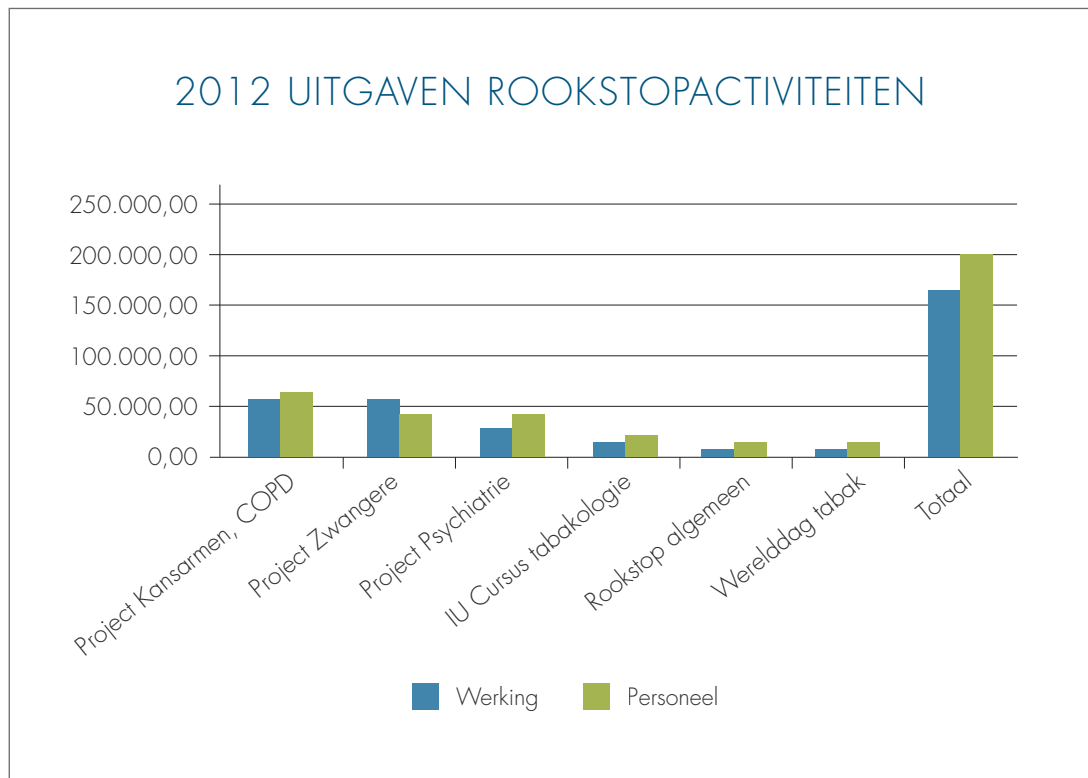
De uitgaven voor tuberculoseactiviteiten verdelen zich als volgt:



In het kader van de beheersovereenkomst met de Vlaamse Gemeenschap, het Agentschap Zorg en Gezondheid verdelen de uitgaven zich over verschillende resultaatgebieden. Het grootste deel van de subsidie wordt besteed aan de systematische screening van de risicogroepen (asielzoekers, gevangenen, nieuwkomers,...) en aan de laagdrempelige dienstverlening.



Voor de activiteiten rookstop worden de uitgaven voor werking voornamelijk besteed aan het ontwikkelen en drukken van ondersteuningsmateriaal voor specifieke diensten en intermediairen (bv. aanbevelingen, rookstopboekjes, rookstopspel, ...), aan gadgets en folders voor het brede publiek.



CONCLUDEREND

Uit de financiële analyse van de VRGT over de voorbije vijf jaren, blijkt dat de VRGT een financieel zeer solide vereniging is.

De VRGT is erg subsidiegevoelig. De draagkracht van de organisatie is laag omwille van de subsidieafhankelijkheid om personeelkosten te betalen.

De werkingskosten worden slechts beperkt gedekt door de subsidie, de dekkingsgraad neemt de laatste jaren af. De VRGT kan haar korte en lange termijn verplichtingen zonder problemen nakomen; er is een zeer grote liquiditeit en een heel hoge kredietwaardigheid. De personeelskosten en -inzet zijn onder controle.

TOT SLOT

De lage en nog steeds dalende incidentie van tuberculose in ons land is geruststellend. Dagelijkse inspanningen, grootschalige acties en samenwerking met een uitgebreid netwerk van intermediaire organisaties, liggen mede aan de basis van deze lage incidentie.

De incidentie in het Brussel Hoofdstedelijk Gewest blijft beduidend hoger dan in de andere gewesten (31,4/100.000 in Brussel vergeleken met 6,6/100.000 in Vlaanderen en 7,8 in Wallonië). We blijven stellig rekenen op de verantwoordelijkheidszin van de bevoegde overheden om de financiering voor tuberculosebestrijding in het BHG in het juiste perspectief te plaatsen, nl. in verhouding tot de immer stijgende activiteit en werkdruk in het gezondheidscentrum van Brussel. Door de versnippering van bevoegdheden ressorteert de TBC-werking in Brussel onder zes verschillende ministeries. Systematisch onderling overleg om tot overeenstemming te komen gebeurt zelden tot weinig, en dit gaat ten koste van de broodnodige efficiëntie en eenduidigheid in het beleid. Het thema tuberculosebestrijding is op zich reeds een domeinoverschrijdend onderwerp en dwingt tot een overkoepelende aanpak vanuit armoedebestrijding, huisvesting, Justitie, Fedasil, economie, wetenschap... Met het oog op het realiseren van haar missie heeft de VRGT in het verleden steeds geijverd voor een dergelijke grensverleggende benadering. We zullen dit blijven doen, willen we onze opdracht naar behoren blijven vervullen.

Een ander belangrijk punt in de missie van de VRGT is het onderhouden van de tuberculosedeskundigheid bij medici, paramedici en sociale gezondheidswerkers. Het verworden van tuberculose tot een relatief zeldzame ziekte in ons land, brengt immers ook een vervagen van kennis ervan met zich mee. Het is de taak van de VRGT om de operationele 'knowhow' bij medici en paramedici te bewaken en te bevorderen. De VRGT verzorgt de continue sensibilisering van intermediairen in de medische en sociale sector, initieert doelgroepgerichte deskundigheidsbevordering en geeft specifieke vormingen. De grote interesse en positieve evaluaties in 2012 wijzen een richting aan van eerste stappen in e-learning...

Tot slot willen we graag eindigen met een hartelijke eindejaarsgroet, en wensen we u een gloedvolle start toe van een mooi nieuw jaar.

COLOFON

—

REDACTIE Prof. Sandrina Schol, Dr. Wouter Arrazola de Oñate, Kristien Janssens,
Françoise Driesens, Monique Lanckswaert, Michel Wouters

LAY-OUT Fatmama bvba

VU: Prof. Sandrina schol