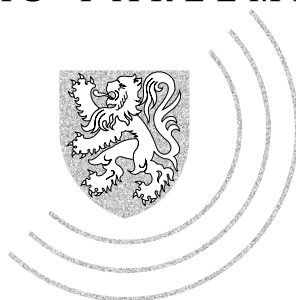


V L A A M S P A R L E M E N T



Zitting 2004-2005

22 september 2005

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

**– van de heer Rudi Daems, de dames Vera Dua en Mieke Vogels en de heren Jos Stassen,
Jef Tavernier en Eloi Glorieux –**

betreffende de noodzaak tot een beleid inzake ouderen, gezondheid en milieu

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

1. DE RELATIE MILIEU EN GEZONDHEID STAAT OP DE MAATSCHAPPELIJKE EN POLITIEKE AGENDA

De maatschappelijke en politieke gevoeligheid over de relatie tussen gezondheidsproblemen en milieuvervuiling neemt toe. Het kan ook niet anders. Bijna dagelijks worden we geconfronteerd met meestal niet al te positieve berichten over de toenemende luchtverontreiniging, over de afname van de biodiversiteit en over mensen die steeds gevoeliger worden voor bepaalde aandoeningen.

Ook de academische wereld heeft de laatste jaren baanbrekend werk verricht inzake milieu en gezondheid. Het laatste decennium is er grote vooruitgang geboekt in de kennis over de relatie tussen milieu en gezondheid.

Kijken we bijvoorbeeld naar het Vlaamse MIRA-team (Milieu- en Natuurrapport Vlaanderen) dat op zijn tiende verjaardag het zesde MIRA-T-rapport presenteerde op 16 december 2004. Dat rapport was baanbrekend omdat het voor het eerst op het niveau van Vlaanderen een systematische band legde tussen de toestand van het leefmilieu in Vlaanderen en de gevolgen ervan voor de menselijke gezondheid. MIRA berekende dat elke inwoner in Vlaanderen levenslang bijna vijf gezonde levensmaanden verliest ten gevolge van milieuvervuilende stoffen en lawaai. Het gaat daarbij vooral om de volgende gezondheidsproblemen: hart- en luchtwegaandoeningen, kankers en ernstige hinder van geluid. Vooral de verontreiniging door fijne stofdeeltjes, een vervuild binnenhuismilieu, lawaaihinder, ozon en lood zijn de boosdoeners.

De cijfers van MIRA zijn een gemiddelde voor Vlaanderen. Meer kwetsbare groepen in de samenleving, zoals kinderen, ouderen en zieken steken een stuk boven dit gemiddelde uit. Het MIRA-team berekende eveneens dat de gezondheidskosten ten gevolge van milieuvervuiling jaarlijks 1,1 miljard euro aan de sociale zekerheid kosten.

Ook internationaal wordt er baanbrekend werk verricht, bijvoorbeeld door het Europese Milieuagentschap (EMA), de Wereldgezondheidsorgani-

satie (WGO) en het Amerikaanse 'Environmental Protection Agency' (EPA). De Wereldgezondheidsorganisatie schat het jaarlijkse aantal doden door luchtvervuiling wereldwijd op drie miljoen mensen (drie keer meer dan het gemiddelde aantal verkeersslachtoffers per jaar in de wereld). Voor Europa wordt het aantal doden door fijne stofdeeltjes per jaar door de WGO/Europa nu officieel op 100.000 geschat (cf. World Health Report 2002 - The Lancet, 30/10/2002). De VMM berekende, op basis van een vroeger Europees onderzoek in Frankrijk, Oostenrijk en Zwitserland (The Lancet, 2000), het aantal doden per jaar door luchtvervuiling in ons land op een goede 6000, waarvan 3000 te wijten aan vervuiling door het verkeer. Daartegenover staat een gemiddelde van 1300 verkeersdoden in België per jaar.

Zopas lanceerde het gerenommeerde Environmental Health Perspectives (Nov 2004, Volume 12, n°15) de vrij nieuwe term 'environmental cardiology'. Bob Weinhold en anderen stellen dat de laatste jaren de wetenschappelijke inzichten die een duidelijke relatie leggen tussen luchtvervuiling en hart- en vaataandoeningen enorm zijn toegenomen. Tot recent werden deze aandoeningen bijna uitsluitend toegeschreven aan roken, slechte voeding- en leefgewoonten en gebrek aan beweging.

2. AANDACHT VOOR KWETSBARE GROEPEN IN DE SAMENLEVING: KINDEREN EN OUDEREN

Het spreekt voor zich dat niet iedereen even kwetsbaar is voor milieuvervuilende stoffen. Twee groepen zijn duidelijk meer kwetsbaar dan andere: kinderen en ouderen. Daarnaast lopen mensen die al ziek zijn of chronisch ziek zijn meer risico. Er werd ook in verschillende onderzoeken een band aangetoond tussen het risico op gezondheidseffecten van milieuvervuiling en kansarmoede.

2.1. Kinderen

Kinderen zijn meer kwetsbaar voor schadelijke milieu-invloeden of voor het effect van vervuילende stoffen omdat het immuunsysteem van kinderen nog onvoldoende ontwikkeld is en omdat kinderen dikwijls meer dan volwassenen blootstaan aan vervuילende stoffen. Door de Europese Commissie en de Wereldgezondheidsorganisatie wordt daarom al enige tijd aangedrongen op een specifiek beleid gericht op kinderen, gezondheid en milieu (cf. bijvoorbeeld 'Children's Health and environment: a review of

evidence', Europees Milieubureau, 2002). In juni 2004 stond de ministeriële conferentie van Boedapest in het teken van kinderen. De ministers keurden samen met de Europese Commissie en de WGO een nieuw actieplan goed onder de naam van 'Childrens Environment and Health Action Plan' (CEHAPE). Enkele markante bevindingen werden gepresenteerd op deze conferentie:

- bijna een op drie ziektes tussen geboorte en de leeftijd van 19 jaar is te wijten aan een gevaarlijke en ongezonde leefomgeving;
- de vervuiling van de buitenlucht door fijn stof is verantwoordelijk voor acute en chronische infecties van de luchtwegen. De WGO dringt erop aan om het vervuilingsniveau van $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$ – dat systematisch overschreden wordt in Vlaanderen – verder terug te dringen;
- in de Europese regio sterven jaarlijks meer dan 50.000 kinderen tussen nul en vier jaar als gevolg van acute ademhalingsinfecties, te wijten aan een ongezond binnenhuismilieu (sigarettenrook, vocht, huisstofmijt, chemische stoffen enzovoort);
- kinderen die in hun slaap gestoord worden door lawaai, hebben meer kans op migraine en op ademhalingsproblemen.

Het is de bedoeling dat de Europese lidstaten het CEHAPE omzetten in interne regelgeving en actieplannen, zoals eerder met het NEHAPE is gebeurd.

2.2. Ouderen

Oudere mensen zijn een vergelijkbare risicogroep, maar van doorgedreven onderzoek naar de relatie tussen milieueffecten en gezondheidsproblemen bij ouderen was tot nu toe geen sprake. Internationaal groeit nochtans de interesse voor de relatie tussen leefmilieu en ouder worden. Het Amerikaanse Milieubureau startte eind 2002 een ambitieus programma 'The National Agenda for the Environment and the Aging' of kortweg het 'Aging Initiative'.

Met dat initiatief wil de Amerikaanse overheid drie doelstellingen bereiken:

1. een inventarisatie van milieurisico's die de gezondheid en de levenskwaliteit van oudere

mensen bedreigen en het uitstippelen van een beleid dat die toestand kan verhelpen;

2. en omgekeerd: het bestuderen van de gevolgen voor het leefmilieu van een vergrijzende samenleving en van een groeiende groep van actieve senioren;
3. het onderzoek naar nieuwe mogelijkheden voor oudere burgers om als vrijwilliger bij te dragen tot een betere leefomgeving voor alle generaties.

Milieu wordt daarbij zowel in de meer enge betekenis gehanteerd (milieuvervuiling) als in de ruimere betekenis: de som van blootstelling aan vervuilende stoffen in het buiten- én in het binnenmilieu, de voeding, de levensstijl, met kritische factoren als roken, al dan niet veel bewegen en dergelijke, stress en – van groot belang voor senioren – het al dan niet aangepaste gebruik van medicatie. Ten slotte wordt ook de wisselwerking tussen de individuele genetische aanleg en het milieu bekeken.

Het EPA-initiatief was gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek ('Aging in Today's Environment', National Academy Press, Washington DC, 1987). Op basis van dat onderzoek vond op 5 en 6 december 2002 een workshop van specialisten plaats over de problematiek van de verschillen in gevoeligheid van oudere mensen voor milieurisico's. In 2003 vonden in verschillende Amerikaanse staten hoorzittingen plaats rond het thema ouderen, gezondheid en milieu. Op basis daarvan zal een definitief actieprogramma van de Amerikaanse overheid worden vastgelegd, zoals dat in 1996 ook al gebeurde voor kinderen, gezondheid en milieu.

Deze manier van werken verdient niet alleen op Europees, maar ook op Vlaams niveau navolging, vandaar dit voorstel van resolutie, waarin we aandacht vragen voor een beleid inzake milieu en gezondheid dat gericht is op alle kwetsbare groepen. Daarbij staan we uitdrukkelijk ook stil bij de behoeften van de ouderen omdat hier tot nu toe minder aandacht aan besteed werd.

3. EUROPEES EN VLAAMS BELEID INZAKE MILIEU EN GEZONDHEID EN KWETSBARE GROEPEN

Vlaanderen is in Europese context geen achterblijver in het beleid rond Milieu en Gezondheid. In het

voorjaar van 2001 organiseerde een ad-hoccommissie Milieu en Gezondheid onder voorzitterschap van Vlaams volksvertegenwoordiger Johan Malcorps (Groen!) tientallen hoorzittingen, met specialisten uit binnen- en buitenland. Dat resulteerde in een omvangrijke maatschappelijke beleidsnota 'Milieu en Gezondheid' en uiteindelijk in een motie van aanbeveling, die het Vlaams Parlement unaniem goedkeurde. Deze parlementaire motie dringt aan op een voorzorgsbeleid dat maximaal rekening houdt met de gezondheidsrisico's voor de meest kwetsbare groepen in de samenleving.

Vlaanderen was ook een van de drijvende krachten om samen met Wallonië, Brussel en het federale niveau een 'National Health Action Plan' (NEHAP) op te stellen. Het Belgische NEHAP werd in oktober 2003 goedgekeurd door alle bevoegde ministers. Intussen, in 2004, werd het vastgelegd in een samenwerkingsovereenkomst tussen de federale overheid en de gewesten, waarin de structuren en de financiering voor de uitvoering van het NEHAP vastgelegd werden. NEHAP is het resultaat van de engagementen, aangegaan op de tweede ministeriële conferentie Milieu en Gezondheid van de WGO-Euregio in Helsinki in 1994. Het NEHAP heeft vooral als doelstelling om relaties te leggen tussen de structuren en het beleid inzake milieu en gezondheid, en rond zeven aanbevelingen acties te ontwikkelen. Ter uitvoering van dit plan werkt de nationale cel Leefmilieu-Gezondheid momenteel aan vijf projecten: beleid en productnormen binnenmilieu, milieukwaliteit in de stedelijke omgeving, een nationale website inzake milieu en gezondheid, communicatie en samenwerking inzake de ozonproblematiek en het opstellen van een set van te volgen indicatoren voor milieu en gezondheid.

Op de meest recente ministeriële conferentie Milieu en Gezondheid van de WGO-Euregio in Boedapest (juni 2004) werd een actieplan voor kinderen goedgekeurd (CEHAPE: Children's environment and health action plan for children, Europe). Het CEHAPE bevat vier pijlers: vermindering van blootstelling aan gevaarlijke chemische stoffen, vermindering van luchtwegaandoeningen door binnen- en buitenhuisvervuiling, vermijden van ongevallen en promoten van lichaamsbeweging en zuiver drinkwater voor iedereen. Op diezelfde conferentie kondigde Europees commissaris Margot Wallström bij de voorstelling van het nieuwe actieplan 2004-2010 van de Europese Commissie rond milieu en gezondheid aan dat in een tweede cyclus (post-2010) aandacht

besteed zou worden aan de doelgroepen ouderen en armen.

Ook in het in 2004 goedgekeurde decreet betreffende het preventieve gezondheidsbeleid wordt gesteld dat de Vlaamse Regering bijzondere aandacht moet besteden aan "bevolkingsgroepen die in een grotere mate zijn blootgesteld aan bedreigingen van hun gezondheid". Ter uitvoering van dat decreet werd op 11 juni 2004 een uitvoeringsbesluit goedgekeurd over de aanpak van eventuele gezondheidsbedreigingen van het binnenhuismilieu. In dat geval kan in eerste lijn een beroep gedaan worden op de medisch milieukundigen bij de Logo's en in tweede lijn op de Vlaamse Gezondheidsinspectie.

Intussen kijken we met veel belangstelling uit naar de uitwerking van de EU-verordening over milieugevaarlijke stoffen (REACH), die op de tafel van de Europese Commissie ligt. We willen vooral focussen op de vertaling ervan in Vlaams en federaal beleid. Een daadkrachtig REACH-programma zal een belangrijke rol spelen in het milieu- en gezondheidsbeleid, in het bijzonder gericht op kwetsbare groepen. Immers, REACH wil dat alle geproduceerde en verhandelde milieugevaarlijke stoffen worden geregistreerd in een centrale databank. Die stoffen moeten ook geëvalueerd worden op hun schadelijkheid voor mens en leefmilieu. Bij een vermoeden van een effect moet er verder onderzoek naar die effecten gebeuren, maar ook naar eventuele alternatieven voor die stoffen.

4. GEZOND OUDER WORDEN

"Het beleid moet erop gericht zijn leven toe te voegen aan de jaren en niet zozeer jaren aan het leven."
(Gilbert Dooghe)

Juist voor ouderen maakt het slagen of falen van een beleid inzake milieu en gezondheid een groot verschil. Het gaat immers om het garanderen van hun levenskwaliteit, ook op latere leeftijd. De doelstelling van een dergelijk beleid is de verhoging van het aantal levensjaren dat men kan doorbrengen in goede gezondheid, wat veel belangrijker is dan de levensverwachting in enge zin. Die levensverwachting neemt voortdurend toe, dankzij de vooruitgang van de medische techniek.

In Vlaanderen bedraagt de levensverwachting gemiddeld 76 jaar voor mannen en 81,9 jaar voor vrouwen. Daartegenover staat dat het percentage per leeftijdsgroep van de bevolking dat zich niet gezond

voelt, stijgt van 12,8% (voor de groep tussen 35 en 44 jaar) naar 41,8% (voor de groep tussen 65 en 74 jaar) en zelfs tot 53,3% (voor de groep vanaf 75 jaar) (VRIND, 2002). Om en bij de helft van de ouderen voelt zich dus niet goed in zijn vel.

In een CBGS-onderzoek werd berekend dat de levensverwachting van personen met een minder goede gezondheid op basis van een reeks criteria (ADL-beperkingen, mobiliteitsbeperkingen, ziekte, mentale problemen, eenzaamheid) relatief hoog ligt, vooral bij vrouwen. Op 65-jarige leeftijd lag de levensverwachting van personen met dementie bijvoorbeeld gemiddeld op 1,58 jaar voor vrouwen en op 0,62 jaar voor mannen. “Het beleid moet erop gericht zijn leven toe te voegen aan de jaren en niet zozeer jaren aan het leven”, besluit de auteur ... (Gilbert Dooghe, Additionele Levensjaren in goede en minder goede gezondheid, CBGS Document 1998/6).

De levenslange blootstelling aan vervuilende stoffen (accumulatie), leidt juist op latere leeftijd mee tot verlies aan onafhankelijkheid, chronische ziekten, overgevoeligheid voor supplementaire effecten of fatale ontwikkelingen als astma, hartaandoeningen of kanker. Milieufactoren bepalen dus mee in welke mate de verlengde levensduur ook een periode van levenskwaliteit is waarin senioren actief kunnen blijven of actief kunnen genieten van hun oude dag.

Maar ouder worden hoeft niet noodzakelijk gepaard te gaan met chronische ziekten. De hypothese aan de grondslag van het onderzoek van de Amerikaanse Nationale Wetenschapsacademie naar milieu en gezondheid bij ouderen, was juist dat ‘old age can occur in the absence of disease’. Veel aan veroudering toegeschreven ziekten, of ziekten die als inherent aan ouder worden beschouwd worden, worden wellicht meer bepaald door externe (o.a. door milieu-) factoren. Een sterke aanwijzing in die richting vormt het feit dat een aantal van die ouderdomsziekten in niet-westerse landen niet of niet in dezelfde mate voorkomt. Het zijn vooral ouderen die getroffen worden door de zogenaamde ‘beschavingsziekten’ en ‘milieu-ziekten’. Veel ‘beschavingsziekten’ zijn misschien zelfs te beschouwen als ‘milieuziekten’.

Het doel van een volwaardig voorzorgsbeleid moet zijn: de preventie van ‘environmentally induced age-associated diseases’, met andere woorden: het voorkomen van kwalen die in gang worden gezet door milieufactoren en die doorgaans (maar tot op zekere hoogte wellicht ten onrechte) als ouderdomskwalen beschouwd worden. In die zin ontwikkelt zich een

nieuwe tak van de studie van het ouder worden: de integratie van gerontologie en toxicologie of ‘ecologische gerontologie’.

Milieufactoren veroorzaken veranderingen in het lichaam van mensen voorbij de middelbare leeftijd, die lijken op en dikwijls verward worden met vormen van natuurlijke veroudering.

Een goed voorbeeld is ‘photo-aging’ (dermatoheliosis), de vervroegde veroudering van de huid, met symptomen als verruwing van de huid, rimpels, vlekken, uitzetten van bloedvaten (telangiëctasia), atrofie¹, pseudo-littekens (fibrotische depigmentatie) tot kwaadaardige neoplasie² toe op gelaat, nek, handen en andere lichaamsdelen.

‘Photo-aging’ en de gewone chronologische veroudering zijn nauwelijks te onderscheiden. Met behulp van een elektronenmicroscop kan het onderscheid echter wel gemaakt worden.

Dat de blootstelling aan de zon de bepalende factor is voor de veroudering van de huid, staat buiten kijf. De effecten van de toegenomen UV-straling op verouderingsprocessen door de aantasting van de ozonlaag, is een heel apart studiedomein. Maar ook andere milieufactoren (chemische agentia) kunnen de vervroegde veroudering van de huid mee beïnvloeden. Het bekendste voorbeeld is sigarettenrook.

Even grote vragen zijn er bij de relatie tussen natuurlijk gehoorverlies bij het ouder worden (presbycusis) en het gehoorverlies door stelselmatige blootstelling aan lawaai (‘Noise Induced Hearing Loss’ of NIHL) en de wisselwerking van beide.

Een ander voorbeeld ten slotte is dat van de invloed van toxische stoffen op het zenuwstelsel. Het Parkinsonsyndroom kan bijvoorbeeld optreden bij arbeiders die chronisch werden blootgesteld aan stoffen als mangaanerts of koolstofdissulfide of bij personen vergiftigd met MPTP³. Motorische storingen kunnen veroorzaakt (of verergerd) worden door blootstelling aan lood; solventen kunnen leiden tot zenuwaandoeningen enzovoort.

¹ Atrofie = afname van weefselmassa, bv. van spierweefsel

² Neoplasie = nieuwvorming van weefsel, kan voorstadium zijn van kanker

³ MPTP = 1-methyl-4-phenyl-1,2,3,6-tetrahydropyridine, soms als vervuiling aanwezig in MPPP, beter bekend als synthetische heroïne

Omdat het zenuwstelsel bijna even gevoelig is voor invloeden van natuurlijke veroudering als voor toxische stoffen, zijn zeker oudere mensen die al lijden aan neurale stoornissen en daarenboven dikwijls een verminderde werking hebben van lever en nieren, veel gevoeliger voor neurotoxische stoffen dan jongere volwassenen.

4.1. Biomonitoring verruimen

Milieu-invloeden of toxische stoffen kunnen dus in verband gebracht worden met bepaalde verouderingsprocessen, die processen verergeren of ze vroegd uitlokken.

Er is behoefte aan meer diepgaand onderzoek om uit te maken in welke mate met veroudering geassocieerde ziekten zoals kanker, aderverkalking, diabetes, osteoarthritis⁴, osteoporose⁵, cataracten, optreden van doofheid, amyotrope laterale sclerose⁶, ziekte van Parkinson of seniele dementie van het Alzheimer-type, gekoppeld zijn aan onderliggende verouderingsprocessen en/of extra milieu-invloeden.

Voor alle duidelijkheid: geen enkele vervuilende stof kan in verband gebracht worden met het optreden van alle verouderingsprocessen tegelijkertijd. Er is dus geen enkel oorzakelijk verband aangetoond tussen vervuiling en veroudering als dusdanig.

Er is dus ook geen enkele grond voor een transhumanistische⁷ these (geen vervuiling, geen veroudering).

De conclusie van het Amerikaanse onderzoek is wél dat chemische stoffen steeds onderzocht zouden moeten worden op hun potentieel om het verouderingsproces te beïnvloeden of ouderdomsziekten uit te lokken of te verergeren.

Door in te grijpen op de leefomgeving van ouderen kan dus waarschijnlijk in belangrijke mate bijgedragen worden aan hun leefkwaliteit (minder kwalen) en zelfs aan hun levensduur.

Wonderen mogen echter voorlopig niet verwacht worden. Er is nog te veel wetenschappelijke onzekerheid

over de aard en/of de oorzaken van het verouderingsproces zelf. In dat licht is het vooralsnog zinloos om tot een systematische screening over te gaan van alle milieuvervuilende stoffen en hun invloed op veroudering. Er moet op korte termijn veeleer gewerkt worden met een beperkte groep referentiestoffen die men in verband kan trachten te brengen met biologische merkers van veroudering. Dat is tot nu toe de Amerikaanse aanbeveling. Daarbij komen we dus dicht in de buurt van het soort biomonitoringprogramma dat inmiddels op grote schaal gebeurt in Vlaanderen. Het volwaardig integreren van de doelgroep ouderen in de lopende milieu-gezondheidsonderzoeken in Vlaanderen lijkt dan ook wenselijk.

5. NADERE TOELICHTING BIJ ECOLOGISCHE BASISRECHTEN VAN OUDEREN

Het recht op een gezonde oude dag in een gezonde leefomgeving is een ecologisch basisrecht voor alle ouderen, dat afgeleid kan worden van de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens. Uit het bestaande federale 'Handvest van de Rechten van de Ouderen' kunnen volgende principes gehaald worden, die in deze context relevant zijn:

- het recht om de menselijke bekwaamheden volledig te ontwikkelen;
- het recht op dienstverlening en bijstand met het oog op een meer zelfstandig leven;
- de vrije keuze van levenswijze, zelfs in geval van verlies van zelfredzaamheid;
- de solidariteit tussen de generaties;
- het recht op geestelijke en fysieke gezondheid, op preventiemaatregelen, op revalidatie en op wettelijke bescherming in geval van verzorging;
- het recht te leven in een omgeving zonder gevaar die in overeenstemming is met hun middelen;
- het recht om zo lang mogelijk thuis te blijven, indien nodig dankzij aangepaste hulp en solidariteitsnetwerken;
- het recht op een verantwoord burgerschap en op het deelnemen aan collectieve beslissingen door aanwezigheid en werkelijke vertegenwoordiging in de bevoegde instanties.

Door de aandacht voor het ecologische komt veel meer de aandacht te liggen op voorzorg en preven-

⁴ osteoarthritis = slijtage van de gewrichten

⁵ osteoporose = botontkalking

⁶ amyotrope laterale sclerose = ALS: een fatale zenuwaandoening

⁷ transhumanisme = stroming die stelt dat menselijke beperkingen en zelfs de sterfelijkheid op termijn zullen overwonnen worden.

tie, en kunnen de volgende ecologische basisrechten afgeleid worden:

1. het recht op zuivere lucht – het recht op onbezorgd ademen;
2. het recht op een gezond ‘leef-klimaat’ binnenshuis en buitenshuis;
3. het recht op chemische hygiëne rekening houdend met de extra gevoeligheid voor toxische stoffen op latere leeftijd – recht op volledige productinformatie;
4. het recht op een zuivere bodem;
5. het recht op veilig en gezond voedsel en water zonder schadelijke resten;
6. het recht op een evenwichtige verzorging en medicatie;
7. het recht op ruimte om te leven en het recht om zich vrijelijk en veilig te verplaatsen;
8. het recht op een verkwikkende slaap;
9. het recht op volwaardige betrokkenheid bij alle beslissingen die van belang zijn voor de eigen leefomgeving en leefgewoonten;
10. milieugebruiksrechten voor actieve senioren.

5.1. Het recht op zuivere lucht – op onbezorgd ademen

Er vallen meer doden door luchtvervuiling dan door het verkeer. Dat zegt de Wereldgezondheidsorganisatie. Bij al de slachtoffers gaat het bijna steeds om senioren.

5.1.1. Ozonhittegolfpieken

De analyse van de hittegolf met ozonpieken in het ozonrampjaar 1994 in België maakt dat duidelijk. In dat jaar werd er door het IHE een ‘voortijdige of vermijdbare sterfte’ van 1226 mensen vastgesteld, te wijten aan een combinatie van zomersmog en hittegolf. 80,8% van de slachtoffers was ouder dan 65 jaar. Het getal van 1226 werd als volgt berekend. Feitelijk was er een ‘oversterfte’ (meer sterfgevallen dan gebruikelijk in die periode van het jaar) tijdens

de hittegolf (27 juni tot 7 augustus 1994) van 236 mensen beneden de 65 en 1168 mensen boven de 65. Daarnaast werd een ‘oversterfte’ vastgesteld van 178 mensen in de periode van 8 augustus tot 15 september 1994, vlak na de hittegolf. Die 178 mensen bezweken enkele weken vroeger dan verwacht kon worden. Enkel die laatste groep kan men bestempe-len als niet-vermijdbare sterfgevallen, mensen die zo zwak waren dat ze toch niet lang meer te leven hadden en waarbij de externe factoren (hitte en ozon) enkel een laatste stootje gegeven hebben. Alle andere sterfgevallen waren dus wel vermijdbaar: 1226 mensen in totaal, 990 mensen boven de 65, met andere woorden, door hitte en ozon op één maand tijd! (cf. IHE/Ircel, Oversterfte verbonden aan het voorkomen van een warmtegolf en fotochemische luchtverontreiniging tijdens de zomer van 1994, april 1995).

Ouderen zijn dus veruit de meest kwetsbare groep voor gezondheidsproblemen die samenhangen met luchtvervuiling zoals ozon of fijne stofdeeltjes. Het gaat met name om een fors hoger risico op voortijdige sterfte aan longkanker, astma, longontsteking, emfyseem, chronische bronchitis, hartaanvallen en beroertes. Vooral ouderen die kampen met aandoeningen aan de luchtwegen zoals vormen van astma of mensen met hart- en vaataandoeningen zijn extra kwetsbaar. Dat blijkt uit het aantal ziekenhuisopnames na opstoten van luchtvervuiling.

De hittegolf en ozonpieken van 2003 zorgden voor een vervroegd overlijden van maar liefst 1300 (oudere) mensen. Volgens de eerste beweringen zouden er geen dodelijke slachtoffers gevallen zijn in Vlaanderen (in tegenstelling tot de 11.000 doden in Frankrijk). In september 2003 sprak men zelfs van minder zomerdoden dan normaal. Experts waarschuwden er toen al voor dat die uitspraak geen steek hield. In februari 2004 raakten de officiële cijfers bekend: het ging om 1300 extra overlijdens. Intussen is door de federale overheid een noodplan voor hittegolven goedgekeurd, maar ook hier hebben experts veel vragen bij.

5.1.2. Fijne stofdeeltjes

Fijne stofdeeltjes zijn bijzonder schadelijk voor de gezondheid. Hoe kleiner de deeltjes, hoe gevaarlijker ze zijn en hoe dieper ze in de longen en de longblaasjes doordringen. De allerkleinste deeltjes kunnen zelfs rechtstreeks in de bloedbaan terechtkomen. Dat maakt ze des te schadelijker, vooral omdat onge-

wenste stoffen zoals PAK's, zware metalen, dioxines, PCB's enzovoort zich aan die kleine stofdeeltjes hechten.

In Duitsland rekent men met 65.000 vervroegde overlijdens door fijn stof. 14.400 daarvan zouden vermeen kunnen worden door een veralgemeende invoer van de (diesel)roetfilter.

In Vlaanderen werd in het meest recente milieu-rapport (MIRA-T 2004) berekend dat milieuverontreiniging de Vlaming gemiddeld vijf gezonde levensmaanden kost. De hoofdschuldige daarvoor is fijn stof (71%), zo liet de VMM weten aan Vlaams minister van Leefmilieu Kris Peeters.

De voorbije jaren is er terecht veel aandacht gegaan naar de effecten van luchtvervuiling (onder meer fijn stof) op astma bij kinderen. Maar even belangrijk is het effect van het stof in de lucht op senioren. De band met bronchitis en astma, maar ook met longkanker, was al langer duidelijk. Uit recent wetenschappelijk onderzoek blijkt dat pieken van luchtvervuiling het aantal fatale hart- en bloedvataandoeningen op korte termijn doen toenemen. Vooral het ultrafijne zwevende stof afkomstig van verkeer speelt een nefaste rol. Tot nog toe werd aangenomen dat stof dat in de longblaasjes terechtkomt, niet of zeer traag in het bloed geraakt. Bij een experiment waarbij vijf gezonde proefpersonen koolstofdeeltjes kleiner dan 0,1 micron inademen, stelden de professoren Ben Nemery en Peter Hoet van de K.U.Leuven echter vast dat die al na één minuut in het bloed terechtkomen (cf. UZ Gezondheidsbrief, augustus 2002).

De cijfers die de onderzoekers aanhalen, liegen er niet om: voor elke toename van de kleine stofdeeltjes (PM_{10}) met $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$ op korte termijn, zou het aantal overlijdens stijgen met 1%, het aantal fatale aandoeningen van hart- en bloedvaten met 1,5 %, het aantal ziekenhuisopnames met 2,5% en het aantal fatale luchtwegaandoeningen met 3,5%.

Boston-studie: direct verband met risico op hartaanval

Het effect van kleine stofdeeltjes op hartaanvallen werd bevestigd in een wetenschappelijk onderzoek, verricht in Boston, waar onderzoekers de medische geschiedenis natrokken van 722 mensen die recent in een ziekenhuis van Boston waren opgenomen met een hartaanval. Tegelijk werden de concentraties aan vervuilende stoffen gemeten op verschillende plaatsen

en tijdstippen in Boston (bijvoorbeeld voor $PM_{2.5}$ – ozon – CO – SO_2 en NO_x). Uit de analyse bleek dat de deelnemers aan het onderzoek 50% meer risico op een hartaanval hadden in de twee uur volgend op een blootstelling aan hoge niveaus van fijne stofdeeltjes. (Circulation, 12 juni 2002). Zie ook: EHP, Environmental Cardiology: Getting to the Heart of the Matter, november 2004: <http://ehp.niehs.nih.gov/members/2004/112-15/focus.html>.

5.1.3. Europese richtlijn sinds 1 januari 2005 in werking

Sinds 1 januari van 2005 is een nieuwe Europese richtlijn van kracht met concrete normen voor fijn stof in de lucht, ook wel bekend als PM_{10} ('particulate matter' of stofdeeltjes met een diameter kleiner dan $10 \mu\text{m} = 0,01$ millimeter).

De Vlaamse Milieumaatschappij waarschuwt er al enige tijd voor dat we het in Vlaanderen erg moeilijk zullen krijgen om die norm te halen, bijvoorbeeld eind vorig jaar nog bij de voorstelling van het meest recente rapport over de Vlaamse luchtkwaliteit in 2003.

In Vlarem II zijn in de omzetting van de Europese richtlijn 1999/30/EG twee grenswaarden opgenomen voor fijn stof. De jaargrenswaarde (gemiddelde concentratie over een heel jaar) ligt op $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$. In 2003 werd die jaargrenswaarde in Vlaanderen in 9 van de 21 meetstations overschreden. De scherpste norm is echter de daggrenswaarde: die werd door Europa vastgelegd op $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$. Die norm mag maar 35 keer per jaar (of 35 dagen per jaar) overschreden worden. Oorspronkelijk had men het aantal overschrijdingen op 14 dagen per jaar bepaald (op basis van de wetenschappelijke bevindingen van de Wereldgezondheidsorganisatie), maar na zwaar lobbywerk werd dat aantal opgetrokken naar 35. In 2003 werd de 35 dagen-grens in ALLE Vlaamse meetstations overschreden. Ook voor dit jaar ziet het er niet goed uit. Op de website van de Interregionale Cel voor Leefmilieu (www.ircel.be) worden de meetgegevens voor fijn stof per dag bijgehouden en kan men moeiteloos aflezen wat de stand van zaken is. Zie Ircel-gegevens op datum van 18 oktober 2005 in bijlage 1: in drie Waalse, twee Brusselse en vijftien (!) Vlaamse meetstations is de 35 dagen-norm dus al overschreden. Ook in de meetstations van Moerkerke, Destelbergen en Schoten zit men op 22 oktober 2005 al dicht aan de jaarnorm van 35. Volgens de VMM zijn vooral de Gentse Kanaalzone en verkeersdrukke omgevingen in de Antwerpse en Gentse agglomeratie de grote risicozones.

Het verschil met de vorige jaren is wel dat de richtlijn intussen kracht van wet heeft gekregen. De Vlaamse overheid moet ervoor zorgen dat de grenswaarde gehaald wordt. Volgens artikel 2.5.3.7, §2, van Vlaam II moet de minister een plan of programma opstellen tot verbetering van de luchtkwaliteit als de grenswaarde in bepaalde zones niet gehaald wordt (zie bijlage 2).

5.2. Het recht op een gezond en veilig leefklimaat

5.2.1. *Een gezond en veilig milieu ook bij de mensen thuis*

Binnenhuisvervuiling

De meeste mensen brengen meer dan 80% van hun tijd binnenshuis door, en een groot deel daarvan in hun eigen woning. Het Amerikaanse Milieubureau (EPA) rangschikt de binnenhuisvervuiling bij de top vijf van de gezondheidsrisico's. De slechte kwaliteit van het binnenhuismilieu is een belangrijke factor in het ontstaan van aandoeningen zoals astma, allergieën, chronische vermoeidheid, verhoogde gevoeligheid voor chemische producten enzovoort.

De oorzaken van die vervuiling zijn chemische stoffen zoals oplosmiddelen, insecticiden, formaldehyde, gassen zoals CO, sigarettenrook of benzeen, zware metalen of asbest, maar ook biologische vervuilers zoals schimmels of bacteriën, straling enzovoort.

Andermaal zijn oudere mensen een risicogroep: ze brengen het meest hun tijd binnenshuis door. Sociaal zwakkeren brengen veel van hun tijd door in minder gezonde woningen en staan het meest bloot aan vormen van binnenhuisvervuiling, maar ook meer welgestelde ouderen in betere woningen kunnen toch overgevoelig blijken te zijn voor vormen van niet-aflatende blootstelling aan bepaalde chemische producten, uitwasemingen, schimmels of stralingen.

Ouderen hebben het recht om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen, in hun vertrouwde omgeving. Een minimale begeleiding van mensen aan huis, ook wat de kwaliteit van het woonmilieu betreft, kan in dat geval een grote hulp zijn.

Als gevolg van de aanbevelingen van de commissie Milieu en Gezondheid die in het Vlaams Parlement in 2003 unaniem werden goedgekeurd, willen we dat er verder werk gemaakt wordt van een structurele

aanpak van de milieu- en gezondheidsproblemen binnenshuis.

Het recht op gezonde lucht ook binnen woningen en gebouwen is een ecologisch basisrecht. Wie bouwt, verbouwt of woningen onderhoudt, is verantwoordelijk voor het binnenmilieu en eventuele gezondheidseffecten. Vanuit de huisvestingsadministratie verwachten we een 'code van goede praktijk' voor duurzaam en gezond bouwen, in samenwerking met de milieu- en gezondheidsadministraties. Zo'n code kan voortbouwen op bestaande initiatieven zoals op de brochure 'Gezond Wonen' van de gezondheidsadministratie en het pilotproject 'Duurzaam Bouwen'. Daarnaast is er ook een aanpassing van de Vlaamse Wooncode nodig met onder andere een specifieke verwijzing naar de normen in het binnenmilieubesluit.

In diverse landen, ook in de beide andere gewesten in België, wordt met succes de formule van milieuonderzoeken aan huis toegepast. In het buitenland en in Brussel en Wallonië bestaan er al op verschillende plaatsen milieuambulante diensten ('ambulances vertes') die bij gezondheidsklachten aan huis komen om de vervuiliingsbron op te sporen en aan te pakken.

Ook in Vlaanderen is een dergelijke structurele aanpak nodig: via de medisch milieukundigen bij de Logo's als eerstelijns werkers. Het zou handig zijn voor de correcte werking van de medisch milieukundigen dat er in Vlaanderen ook minstens één 'ambulance verte' beschikbaar zou zijn om een uitgebreide binnenhuismeting te kunnen uitvoeren. Momenteel moet die opdracht steeds uitbesteed worden.

Gemeentebesturen, OCMW's, gemeentelijke huisvestingsambtenaren, gewestelijke ambtenaren, Vlaamse ambtenaren die bevoegd zijn voor het milieu, artsen, verpleegkundigen en maatschappelijk werkers, kunnen een aanvraag voor een onderzoek indienen. De bewoner ontvangt een rapport met de resultaten van het onderzoek en met de gemotiveerde voorstellen van saneringsmaatregelen om de gezondheidsrisico's te beperken of uit te sluiten. Een meer uitgebreide milieu-inspectie aan huis moet ook in Vlaanderen een basisrecht worden bij ernstige gezondheidsproblemen.

Zelfs voor het meest bekende probleem van binnenhuisvervuiling, dat van CO-vergiftiging, is er momenteel een onvoldoende gestructureerde Vlaamse aanpak. Anderzijds kunnen CO-meldpunten misschien het best uitgebouwd worden vanuit lokale initiatieven, omdat in elke gemeente en stad de diensten

die daarbij betrokken (kunnen) zijn, anders gestructureerd zijn en gefinancierd worden.

Als bij mensen thuis inderdaad een vervuiling wordt vastgesteld die slecht is voor hun gezondheid, moeten er ook oplossingen worden geboden. Dat kan door het invoeren van een premie voor het aanpassen van woningen wegens problemen met een ongezond binnenmilieu. In eerste instantie denken we daarbij aan de doelgroep van huurders van woningen van de lagere inkomensklassen, waar zich ook de grootste problemen voordoen. Eigenaars moeten systematisch voor hun verantwoordelijkheid geplaagd worden door een strak handhavingsbeleid van de kwaliteitscriteria, vastgelegd in de Vlaamse Wooncode.

Preventie van letsels door ongevallen thuis

Vallen in de thuisomgeving komt vaak voor op hogere leeftijd. Ongeveer één derde van alle 65-plussers rapporteert minstens één val per jaar. Het aantal valpartijen neemt toe met de leeftijd: ouderen vallen makkelijker en de gevolgen van een val zijn ernstiger. De oorzaak van het hoog aantal valpartijen ligt vaak bij de slechtere fysieke conditie van ouderen, maar ook een reeks externe oorzaken kunnen onderscheiden worden: gevaarlijke trappen, hoge drempels, onvoldoende verlichting, afwezigheid van slipmatjes enzovoort. Welzijns- of gezondheidswerkers die bij mensen aan huis komen zouden, aan de hand van een checklist, effectief aandacht kunnen besteden aan valpreventie (cf. WVVH-taakgroep preventie, Preventie van letsels tengevolge van vallen bij 65-plussers, 2001). Ook het doorbreken van het sociale isolement van ouderen is van cruciaal belang.

Ook de Wereldgezondheidsorganisatie legt in die zin de nadruk op de kwaliteit van het fysieke en sociale milieu van ouderen ('Active Aging: A Policy Framework', 2002).

Al deze op preventie gerichte maatregelen zijn een taak van de Logo's, die dan ook de nodige middelen daarvoor moeten krijgen.

Recht op voldoende ondersteuning voor zelfstandig wonen

Het recht om zo lang mogelijk thuis te blijven, indien nodig dankzij aangepaste hulp en solidariteitsnetwerken, is een basisrecht.

Mensen kiezen meestal ook voor thuiszorg, indien ze ook echt de keuze hebben. In de praktijk botsen de betrokkenen, zowel de zorgbehoevende als zijn onmiddellijke omgeving, echter tegen heel wat muren (letterlijk en figuurlijk). Er doen zich de volgende problemen voor:

- er is de nog steeds bestaande financiële discriminatie tussen thuiszorg en residentiële zorg (in de zorgverzekering, terugbetaling behandelingen, hulpmiddelen, verzorgingsmateriaal);
- er is gebrek aan informatie. Uit onderzoek van onder meer het CBGS over mantelzorg wordt het gebrek aan relevante info duidelijk. De zorgsituatie overvalt mensen vaak. In die verwarrende periode, die vaak met een crisis gepaard gaat, is het belangrijk dat mensen permanent terug kunnen vallen op die informatie die ze nodig hebben (die informatie verschilt vaak van de informatie die ze op dat moment ontvangen);
- er is behoefte aan erkenning van de ervaringsdeskundigheid van zowel de zorgbehoevende als de mantelzorger: zij zijn partners in de zorg, niet het lijdende voorwerp;
- er is behoefte aan deskundigheidsbevordering van de zelfzorger en de mantelzorger. Het is niet omdat ze iets niet weten of kunnen, dat hun de taak daarom automatisch uit handen moet worden genomen;
- het ontslagmanagement kan beter: na een opname is er meestal te weinig begeleiding naar de thuiszorgsituatie;
- er is behoefte aan aanpasbaar bouwen. Het onaangepast zijn van de woning is nog te vaak een obstakel voor thuiszorg;
- de bestaande zorgverloven moeten uitgebreid worden en er moet een meer flexibele invulling ervan mogelijk zijn;
- er is behoefte aan een statuut van de mantelzorger;
- er is behoefte aan meer respijtzorg om de mantelzorger op adem te laten komen (ook belangrijk in het kader van preventie van ouderenmishandeling, dat soms zijn oorzaak vindt in een overbelaste zorgsituatie).

De oudere en zijn naaste omgeving zijn de eerste partner in de zorg. Zorg op maat is geen luxe maar een recht. Vraaggestuurde zorg en niet aanbodgerichte zorg kan dat recht mogelijk maken.

5.2.2. *Extreme temperaturen als risico*

Het risico om te sterven door extreme temperaturen: hyperthermie (hitte) of hypothermie (onderkoeling) is in de Verenigde Staten voor ouderen in de leeftijdsgroep van 65-75 jaar dubbel zo groot als voor mensen in de leeftijdsgroep van middelbare leeftijd (leeftijdsgroep 45-55 jaar). Boven de 85 wordt het risico zes keer zo hoog. (cf. Nat. Ac., workshop 6/12) Volgens de Vlaamse Gezondheidsindicatoren van 2002 beschikt 19,1% van de hoogbejaarden over een beperkt sociaal netwerk van maximaal drie personen, 7,4% heeft minder dan één keer per maand contact met derden.

Het wraakroepende is dat het hier meestal om vermijdbare sterfgevallen gaat. In feite is niet het weer de oorzaak van deze overlijdens, maar de sociale isolatie van die mensen. Dat laatste heeft ook te maken met fouten in de wijze van bouwen en de sociale infrastructuur. Het maakt een verschil of men woont in een omgeving of een wijk met architectuur die uitnodigt tot contact of die isolement juist uitlokt. Bovendien zijn de informele netwerken en de buurt- of welzijnsnetwerken waarop men kan terugvallen, van belang. In extreme klimatologische omstandigheden kan het ontbreken van die netwerken fataal zijn.

De combinatie van factoren geldt zeker voor de gevallen van hypothermie: oudere mensen zetten bijvoorbeeld de thermostaat lager om te besparen op verwarmingskosten en lopen daardoor het risico van onderkoeling. Vooral ouderen die niet behoorlijk eten, teveel medicatie nemen, alcohol drinken of symptomen vertonen als artritis, Alzheimer, Parkinson of beroerten, lopen een groot risico.

Het tegengestelde probleem is dat van 'hittestress' tijdens hittegolven of andere aanhoudende warmteperiodes. Een gebrek aan aangepaste airconditioning of ventilatie tout court, onaangepast eten en drinken, kunnen evenzeer fataal worden en leiden tot hyperthermie, uitdroging. Als het heet wordt, wordt het bloed dikker. Ouderen met hart- en vaataandoeningen lopen dan een verhoogd risico.

De kans dat periodes van overmatige hitte zich meer zullen voordoen in de toekomst is – gezien het alge-

mene klimaatprobleem – bijzonder groot, net als de kans dat de problemen nog acuter zullen worden door de interactie met vormen van luchtvervuiling (cf. Climate Change and Human Health, WHO, 1996). De Wereldgezondheidsorganisatie dringt dan ook aan op de organisatie van 'weather/watch warning systems' (weermonitor- en waarschuwingssystemen). Dergelijke systemen moeten veel meer inhouden dan een waarschuwing voor ozonpieken of een hoge UV-index de dag daarop in het weerbericht op televisie. In feite zijn er aangepaste noodprogramma's noodzakelijk, telkens als er dagen of perioden met extreme weersomstandigheden aangekondigd worden. Informatieverstrekking via de media moet in elk geval een soort van 'health alert' (gezondheidswaarschuwing) inhouden, gevolgd door concrete aanbevelingen gericht op de meest kwetsbare groepen (i.c. hoogbejaarden) over hoe men in het eigen huis moet omgaan met de aangekondigde extreme temperaturen. Tegelijk moet er werk gemaakt worden van de preventieve inschakeling van gezondheids- en hulpdiensten en van een bijzondere waakzaamheid voor alle soorten openbare-nutsverplichtingen zodat voldoende water, elektriciteit, brandstof en dergelijke gegarandeerd is.

Alertheid vooraf van gezondheids- en welzijnswerkers voor deze problemen is nodig en dat houdt ook in dat ze voldoende bij mensen aan huis moeten komen. Het doorbreken van het sociale isolement en meer buurtbetrokkenheid is de hoofdvoorwaarde, maar ook voldoende zicht op de leefkwaliteit binnen in woningen is noodzakelijk. Ten slotte moet er deskundige hulp kunnen worden geboden als er zware problemen vastgesteld worden inzake isolatie en verwarming, of airconditioning en ventilatie. Medisch milieukundigen, verbonden aan de Logo's kunnen in overleg met lokale ambulante welzijnswerkers, thuisverplegers en andere, initiatieven ontplooiën. De oversterfte in de zomer van 2003 in Frankrijk, toont aan hoe groot de gevolgen kunnen zijn van een falend beleid terzake.

5.2.3. *UV-straling – de aftakeling van de huid en de ogen*

Huid

Als je de huidzones die voortdurend blootgesteld zijn aan de zon vergelijkt met meer beschermde huidzones, dan blijkt overduidelijk dat blootstelling aan de zon en aan UV-stralen, de bepalende factor is voor de veroudering en de mogelijke aantasting van de huid.

Daarom wordt er een onderscheid gemaakt tussen intrinsieke of natuurlijke veroudering van de huid en veroudering door zonlicht (photo-aging). 90% van de hinderlijke vormen van veroudering van de huid zijn toe te schrijven aan 'photo-aging' meer dan aan natuurlijke veroudering. Door overmatige blootstelling aan zonlicht in de eerste levensfasen, wordt het risico op huidziekte of kanker op oudere leeftijd sterk verhoogd. Ouderen zijn daardoor ook bijzonder kwetsbaar voor supplementaire schade door overmatige blootstelling aan de zon. Veel ouderen zijn zich daar onvoldoende van bewust en beschermen zich te weinig, of op de verkeerde manier.

Het risico op huidkanker en meer bepaald op het kwaadaardige melanoom is de voorbije decennia met een factor 20 toegenomen. Dat heeft vooral te maken met andere recreatiegewoonten (overmatig zonnebaden, bijvoorbeeld in zonnige vakantieoordens tijdens een wintervakantie), maar ook met de verdunning van de ozonlaag waardoor de remming van de schadelijke UV-straling is afgenomen. Mannen boven de 50 jaar lopen het hoogste risico op de ontwikkeling van een melanoom. In de Verenigde Staten zijn ze goed voor meer dan de helft van de 7400 melanoomdoden per jaar.

De factoren die het risico op huidkanker op oudere leeftijd in de hand werken, zijn de volgende:

- de cumulatieve blootstelling aan UV-straling gedurende de hele levensloop;
- verminderde weerstand of immuniteit (kleiner aantal Langerhanscellen in de epidermis ⁸ – verminderde T-celfunctie ⁹ in het algemeen, ook in de huid);
- kleiner aantal pigmentcellen om een barrière op te werpen tegen UV-stralen;
- ontregeling van de vorming van opperhuidcellen (wat leidt tot het ontstaan van kankercellen);
- afname van de DNA-herstelfunctie.

Waarschuwingcampagnes, specifiek gericht op ouderen, zijn nodig. De overheid zou overigens voor heel de bevolking meer de nadruk moeten leggen op

de noodzaak van beschermingsmaatregelen tegen de zon en schadelijke UV-stralen. Bedrieglijke reclame voor zogenaamde zonneblokkers zou tegengesproken moeten worden. Voor risicogroepen kunnen bepaalde beschermende producten wellicht ook gesubsidieerd worden. In elk geval is er een ruime informatiecampagne noodzakelijk rond de betekenis van de UV-index en de manier waarop moet worden omgesprongen met zonnecrèmes en beschermingsfactoren. (Cf. onder meer de wetenschappelijke bevindingen en aanbevelingen van het Steunpunt Milieu en Gezondheid ('Gezondheidseffecten van zonnecrèmes')).

Ogen

Met het ouder worden raken oogweefsels meer aangetast. Oudere mensen zien minder goed of kunnen zelfs blind worden. Voorbij de 65 krijgt 6% van de ouderen ernstige gezichtsproblemen, voorbij de 85 gaat het om 46%. Toch zijn er redenen om aan te nemen dat cataract¹⁰ en glaucoom¹¹ misschien niet noodzakelijk natuurlijke ouderdomsverschijnselen zijn, maar dat ze, althans gedeeltelijk, bepaald worden door externe factoren (Nat.Ac., Workshop 5/12/2002).

Cataract (vertroebeling van de ooglenzen) komt meer voor op hooggelegen plaatsen, waar er meer UV-straling is (er zijn bijzonder veel gevallen in Nepal en Tibet). Regionale verschillen zijn duidelijk: er zijn meer gevallen van cataract in India, bijvoorbeeld, dan in de Verenigde Staten. Diabetespatiënten lopen een veel hoger risico op het ontwikkelen van een cataract, omdat diabetes na verloop van tijd de doorbloeding van het netvlies aantast.

Glaucoom is de aantasting van de oogzenuw door verhoogde oogdruk. Externe risicofactoren voor (chronisch open hoek) glaucoom zijn eveneens diabetes, maar ook hoge of lage bloeddruk, migraine of andere algemene vaatziekten. Secundair glaucoom kan ontstaan door het innemen van medicatie (cortisonen). Ook een tekort aan vitamine C zou de aftakeling van het netvlies in de hand werken, wat in principe dus ook voorkomen zou kunnen worden.

⁸ Epidermis = opperhuid

⁹ T-cellen = T-lymfocyten of de witte bloedcellen die zorgen voor de afweerreactie van lichaamscellen

¹⁰ cataract = staar = vertroebeling van de ooglenzen

¹¹ glaucoom = groene staar = verhoging van de druk op de oogbol

Het dragen van een zonnebril bij een hoge UV-index is voor veel ouderen geen overbodige luxe. Ook hier zou de overheid bewuster op kunnen inspelen.

5.3. Recht op chemische hygiëne

5.3.1. Ouderen meer gevoelig

Veel milieu-, product- en veiligheidsnormen zijn afgestemd op volwassen (blanke) mannen van 25 tot 45 jaar. Terecht is daar een sterke reactie tegen gekomen vanuit groepen die opkwamen voor de bescherming van kwetsbare groepen, zoals kinderen. Met een extra veiligheidsfactor kan de hogere gevoeligheid van kinderen ingecalculiseerd worden. Kinderen hebben immers nog onvoldoende weerstand opgebouwd en staan dikwijls meer bloot aan bepaalde vervuilende stoffen dan volwassenen. Eenzelfde redenering geldt echter ook voor ouderen: zij hebben juist een deel van hun weerstand verloren en staan door hun manier van leven dikwijls ook meer bloot aan bepaalde invloeden. De milieu- en gezondheidsnormen moeten worden afgestemd op het welzijn van de meest kwetsbare groepen zoals de oudere senioren. Als de normen voor kinderen en ouderen veilig zijn, vormen ze voor iedereen de beste bescherming.

Dat is minder evident dan het lijkt: uit een analyse van de groep van oudere senioren blijkt dat er al grote deelgroepen bestaan van mensen met overgevoeligheden zoals de groeiende groep van mensen met hartklachten, met longziekten, astma en allergieën, mensen met reuma, mensen met MSC¹², mensen met chronische ziekten zoals CVS¹³ enzovoort.

5.3.2. Een tikkende tijdbom uit de kinderjaren?

De laatste tijd is er bij wetenschappers ook steeds meer aandacht voor prenatale blootstelling aan kankerwekkende en/of hormoonverstorende stoffen, een vorm van vervuiling via de navelstreng in de baarmoeder. De resultaten van de biomonitoring bij pasgeborenen (16 juni 2005) tonen dit aan. Blootstelling aan bijzonder kleine doses vervuilende stoffen zouden vóór de geboorte toch verregaande gevolgen hebben, als ze zich bijvoorbeeld voordoen op een kritisch moment van de foetale ontwikkeling.

Ook die blootstelling is voor ouderen van groot belang, want de effecten van prenatale blootstelling zouden pas op latere leeftijd tot uiting komen. Zo wordt de band gelegd tussen blootstelling aan een reeks chloorpesticiden, hexachloorbenzeen of bisphenol A en de toename van borst- en prostaatkanker in veel westerse landen. Ook in eigen land blijft men zoeken naar de oorzaak van de hoge incidentie van borst- en prostaatkankers.

De enige echt veilige oplossing is natuurlijk het bannen van stoffen waarvan bewezen is of waarvan sterk vermoed wordt dat ze schadelijk zijn voor de gezondheid.

5.3.3. Voorzorg en voorlichting

Het verzamelen van de nodige wetenschappelijke gegevens over gezondheidseffecten van (chemische) stoffen zal nog jaren duren (cf. REACH¹⁴). Bovendien vinden we verbannen stoffen nog tientallen jaren lang terug in onze omgeving, in de bodem en in ons lichaam. Daarom moet het 'voorzorgbeginsel' toegepast worden. Nieuwe, gevaarlijke stoffen zouden niet erkend mogen worden als de gevolgen ervan voor mens en milieu onvoldoende gekend zijn, ook als die producten in combinatie met andere stoffen gebruikt worden. Chemische stoffen zouden enkel gebruikt en gecommercialiseerd mogen worden indien bewezen is dat zij onschadelijk zijn voor mens en milieu. Indien er andere, minder giftige of schadelijke producten bestaan, moet de producent gedwongen worden om de gevaarlijke stof te vervangen door een substituuut.

Ten slotte is het essentieel dat consumenten weten welke chemische stoffen aanwezig zijn in gebruiksgoederen. De producent moet hierover informatie verstrekken aan alle belanghebbenden.

Een volwaardig inclusief gezondheids- en productbeleid betekent dat met het welzijn van alle deelgroepen maximaal rekening gehouden wordt. Uiteraard zal men daarbij op grenzen stuiten. Voor sommige groepen kan men het recht op integratie enkel waarborgen door ze een beschermd, gedeeltelijk afgeschermd milieu te bieden. Ouderen met overgevoeligheid voor

¹² MSC = 'multiple chemical sensibility': overmatige gevoeligheid voor verschillende chemische stoffen

¹³ CVS = chronisch vermoeidheidssyndroom

¹⁴ REACH (in Nederlandse vertaling: 'Registratie, Evaluatie en Toelating van Chemische Stoffen') = ontwerp van programma van de Europese Commissie om chemische stoffen te onderzoeken op gezondheidseffecten

bepaalde stoffen isoleren, is een noodoplossing, waar niet te snel voor gekozen mag worden. Bij opvang van ouderen in tehuizen, moet er in elk geval bijzondere aandacht zijn voor chemische overgevoeligheid bij veel ouderen. Dat kan door bijvoorbeeld door behoedzaam om te springen met chemische middelen in het onderhoud of de inrichting van homes.

Uiteindelijk zijn veel mensen met overgevoeligheden of chronische aandoeningen, juist het slachtoffer van ‘milieuziekten’ die ze in de loop der levensjaren opgelopen hebben. Zij hebben als ongewild slachtoffer, dan ook recht op een vorm van erkenning of ‘rechts-herstel’. Een samenleving die de kwaliteit van leven voor heel wat mensen door lakse regels heeft aangetaast, moet nu zelf haar kwaliteitsnormen aanpassen aan hen die al schade opgelopen hebben.

Dat is geen vrijblijvende stellingname. In het federale Richtplan Producten en in het Europese REACH-programma zou deze stelling concreet vorm kunnen krijgen.

Voor ouderen is het van belang dat er een sluitend voorlichtingsbeleid komt. Alle mensen, en zeker oudere mensen die extra gevoelig zijn, hebben het recht te weten wat de juiste kwaliteit is van producten, wat de risico's zijn voor meer gevoelige groepen, hoe men veilig kan omgaan met producten. De producent kan zich niet blijven verstoppen achter fabricatiegeheimen. De producent is ook steeds aansprakelijk. Veel meer dan nu het geval is moeten alle producten die enig gezondheidsrisico inhouden, vergezeld gaan van een gezondheidsbijsluiter. Verhaal van consumenten moet altijd mogelijk zijn.

5.4. Recht op een zuivere bodem

5.4.1. Bodemvervuiling: één van de oorzaken van osteoporose

Veel gepensioneerden koesteren hun eigen stukje grond, liefhebben in tuinieren, telen eigen groenten. Maar niet alle grond is even schoon. Het is bekend dat zware metalen een extra bedreiging inhouden voor kinderen (bijvoorbeeld lood in Hoboken en veralgemeende verhoogde waarden van cadmium bij pasgeborenen, cf. biomonitoring-onderzoek van 16 juni 2005), maar ook ouderen zijn extra gevoelig voor zware metalen. Bovendien dragen zij dikwijls al een grote hoeveelheid mee in hun lichaam. Zo werd al meermaals de band gelegd tussen de vervuiling met

zware metalen en osteoporose of botontkalking – het brozer worden van de botten – bij oudere mensen.

De vermindering van de botmassa wordt dikwijls gezien als een van de klassieke symptomen van het ouder worden. Botontkalking treft een op de drie vrouwen na de menopauze, en een op de acht mannen. Verschillende externe factoren spelen een rol. Mogelijke oorzaken zijn: een te geringe calcium-inname, gebrek aan beweging (een zittend leven), hormonale factoren, een (vroegtijdige) menopauze, operatief verwijderen van de eierstokken, misbruik van slaapmiddelen zoals benzodiazepines en geneesmiddelen met cortisone), roken, alcohol enzovoort. Ook overmatig gebruik van cafeïne zou de botmineraaldichtheid negatief beïnvloeden.

Mogelijke remedies tegen osteoporose zijn een aangepast beendervriendelijk dieet, extra inname van calcium en vitamine D1, minder koffie drinken en dergelijke. Een oestrogeenbehandeling na het wegnemen van de eierstokken bij vrouwen lijkt wenselijk. Of een substitutiehormonenbehandeling¹⁵ voor alle vrouwen bij de menopauze en goed idee is, is minder zeker, omdat een dergelijke hormonenbehandeling het risico op borstkanker zou verhogen (cf. Bulletin V/A VI.Parl., 18-10-2002, p. 390 e.v.).

Ook milieufactoren (in de enge zin) zoals zware metalen (bijvoorbeeld lood) of een teveel aan fluor kunnen leiden tot botontkalking en brozere botten. In een onderzoek van prof. Jan Staessens van de K.U.Leuven (vervolgonderzoek PheeCad, 1999) werd vastgesteld dat het risico op botbreuken (arm-, rib- en heupfracturen) in door cadmium vervuilde gemeenten in de Noorderkempen 30 tot 40% hoger ligt dan in de referentiegemeente Hechtel-Eksel. Vooral oudere vrouwen vormen een bijzondere risicogroep. In het vroegere Cadmibel-onderzoek was al vastgesteld dat de cadmiumbelasting bij mensen uit de vervuilde regio gemiddeld 30% hoger lag. Men wist ook al dat er een band was tussen de hogere cadmiumbelasting en een verminderde nierwerking enerzijds, maar ook een verlies aan calcium anderzijds. Het lijkt wenselijk het risico op botontkalking in gebieden met veel vervuiling door zware metalen (zoals Moretusburg in Hoboken), nader te onderzoeken.

¹⁵ kunstmatig toedienen van extra vrouwelijke hormonen ter vervanging van natuurlijke vrouwelijke hormonen (oestrogenen)

Een correcte voorlichting van de bevolking over de risico's in de vervuilde gebieden (zoals een waarschuwingsbrochure om geen zelf geteelde groenten te eten) is beschikbaar, maar is niet voldoende. Uiteraard moet werk gemaakt worden van de sanering zelf van de vervuilde gronden. Volgens een aanbeveling van de deskundigengroep van de Europese Commissie ('Report on Osteoporosis in the EC – Action for Prevention') zouden voor risicogroepen, onder andere de bewoners van de sterk met zware metalen vervuilde gebieden, kosteloos botdensiteitsmetingen¹⁶ beschikbaar moeten zijn.

5.5. Het recht op veilig en gezond voedsel en water

Oudere mensen zijn bijzonder gevoelig voor vervuilende stoffen in de voeding. Voeding is dan ook de belangrijkste milieufactor die in rekening gebracht moet worden bij het onderzoek van chemische toxiciteit en ouder worden. Voedingsgewoonten hebben een grote invloed op effecten die geassocieerd worden met ouder worden. Sommige verkeerde voedingswijzen zijn zelfs de echte oorzaak van bepaalde verouderingsverschijnselen.

Klassiek denkt men eerst aan de resten van chemische stoffen in voeding of drinkwater, zoals pesticidenresten, PCB's of dioxines, zware metalen of bepaalde stoffen die aan voedsel worden toegevoegd (additieven). Ouderen zijn bijzonder kwetsbaar voor die chemische resten, omdat het gaat om een belasting die komt bovenop een levenslang opgestapelde belasting. Elke extra verhoging van de 'body burden'¹⁷ kan fataal zijn. Daarom is, wat ouderen betreft, de redenering van een aanvaardbare dagelijkse inname (ADI) tweeslachtig: natuurlijk is het risico voor hen op de ontwikkeling van een ziekte op latere leeftijd relatief kleiner, maar daartegenover staat de opgebouwde gifvracht uit het verleden, daterend van periodes waarin de normering dikwijls veel minder strikt was.

Waar vervuilende stoffen in voeding zoals dioxines gemeten worden in picograms (een miljoenste van een miljoenste gram), worden biologische bestanddelen van het dieet gemeten in milligram of zelfs in gram,

terwijl die soms veel directer schadelijk kunnen zijn. Een tekort aan bepaalde nutriënten (voedingsstoffen) kan leiden tot deficiëntiesyndromen¹⁸, een teveel van bepaalde, soms dezelfde componenten kan anderzijds zelfs leiden tot vergiftiging.

Bepaalde nutriënten kunnen dan weer een bijdrage leveren tot ontgiftiging. Zo kan eiwitkwaliteit en methionine-inhoud leiden tot ontgiftiging van sommige pesticidenresten.

Slechte voedingsgewoonten kunnen, zoals bekend, bijdragen tot het ontstaan van ziekten als kanker, hart- en vaataandoeningen, galstenen, appendicitis, obesitas, spataders, hiatus hernia enzovoort. Dat bleek afdoende wanneer veel mensen overschakelden van een doorgaans niet-westers naar een westers dieet of vice versa. Epidemiologisch onderzoek toonde verbanden aan, zoals tussen cholesterol en hart- en vaataandoeningen. Ook in dierexperimenten werden telkens weer verbanden gelegd tussen voeding en chronische ziekten.

Gezien de lange voorgeschiedenis van dergelijke onderzoeken, is het verbazend dat men nog weinig inzicht heeft in de mechanismen waardoor voeding chronische ziekten en veroudering beïnvloedt. Dat heeft alles te maken met de complexiteit van het menselijke voedingspatroon.

Ook de rol van macronutriënten zoals eiwitten of vetten of micronutriënten (mineralen en vitamines) bij het ontstaan van kanker, is nog geenszins uitgeklaard. Vast staat wel dat een algehele vermindering van de inname van te veel calorieën steeds een gunstig effect heeft.

Toch kan men inmiddels wel de positieve of negatieve invloeden op bepaalde ouderdomsziekten of verouderingsverschijnselen van nutriënten, additieven en contaminanten beschrijven. Dieetaanbevelingen zouden veel meer doelgroepgericht moeten zijn: in plaats van ze af te stemmen op het grote publiek, zou men aangepaste aanbevelingen kunnen verstrekken over voeding en aangepaste diëten aan de groep van gezonde ouderen, maar rekening houdend met de risico's die zij lopen. Een goed voorbeeld is de behoefte aan calciuminname (meer melk drinken) met het oog op het tegengaan van osteoporose.

Het is van belang het recht op vrije keuze van natuurlijke voedingssupplementen te garanderen. Daardoor kan iedereen zelf kiezen op welke manier hij

¹⁶ = metingen van de dichtheid, de stevigheid van het bot

¹⁷ 'body burden': belasting aan chemische stoffen meegedragen in het lichaam

¹⁸ ziektebeelden die zich ontwikkelen omdat je een tekort hebt aan bepaalde stoffen in je lichaam

zijn gezondheid optimaal wil ondersteunen. Denk in dit verband aan het plan van de Europese Unie om enkele bestanddelen van supplementen te verbieden. De invoering van deze wet zou betekenen dat er zo'n 5000 producten van de markt verdwijnen, inclusief de belangrijkste vormen van vitamine E en verschillende vormen van vitamine C.

Het is nodig ouderen voldoende in te lichten over de waarde of onwaarde van de vele voedingssupplementen of wonderdiëten die gepromoot worden, bijvoorbeeld om veroudering tegen te gaan. Een minimum aan objectiviteit in de voorlichting over deze producten is nodig. In elk geval moeten ouderen beschermd worden tegen het (commercieel of zelfs met goede bedoelingen) opdringen van eenzijdige diëten die hun gezondheid meer kwaad dan goed doen.

Anderzijds moet de overheid ook, met een open geest, de discussie aangaan met vertegenwoordigers van 'alternatieve geneeswijzen', zelfs als die uitgaan van (nog) niet bewezen uitgangspunten. In de mate dat zij de nadruk leggen op een gezonde levensstijl en evenwichtige voeding, kunnen ze bijdragen aan een betere gezondheid van de senioren.

Een probleem waar dringend meer aandacht aan besteed moet worden, is het voorkomen van medicamenten in afvalwater (bijvoorbeeld oestrogenen van de pil, die door duizenden vrouwen dagelijks uitgeplast worden), die in het oppervlaktewater en in kleine hoeveelheden ook in het drinkwater terechtkomen.

5.5.1. Ouderen vatbaarder voor 'biologische vervuiling'

In het Amerikaanse programma rond ouderen, gezondheid en milieu heeft men bewust ook een hoofdstuk opgenomen over de toenemende dreiging die uitgaat van bacteriën als *Escherichia coli* en *Cryptosporidium*.

Door het overmatige gebruik van antibiotica kunnen ziektekiemen zich nu snel ontwikkelen. Ouderen hebben veel minder weerstand tegen deze bacteriën. Bij de slachtoffers van ziekenhuisinfecties door antibioticaresistentie worden ook vooral ouderen geteld. Bovendien doet het probleem zich nu ook voor in rust- en verzorgingstehuizen.

Ook inzake salmonellabesmettingen heeft België een trieste reputatie. In 2003 ging het om 12.650 besmettingen, veel meer dan in onze buurlanden. Ook voor salmonella zijn ouderen de belangrijkste risicogroep.

5.6. Het recht op evenwichtige medicatie

Veel ouderen hebben chronische kwalen en gebruiken daarom veel meer geneesmiddelen. In de Verenigde Staten neemt 70% van de ouderen een of andere vorm van medicatie en wordt 25% van alle medicamenten ingenomen door 65-plussers, die slechts 12% van de bevolking vertegenwoordigen. Ouderen lopen bovendien meer het risico om een averechtse reactie te ontwikkelen op geneesmiddelen, door het veelvoud aan ouderdomskwalen die ze vertonen of door de geaccumuleerde vervuilende stoffen in hun lichaam. Er is meer leeftijdsgebonden onderzoek nodig naar farmacodynamische effecten (de biochemische en fysiologische effecten van geneesmiddelen) en farmakinetische effecten (effecten in het lichaam met betrekking tot opname, distributie, vertering en verwijdering) van geneesmiddelen. Ouderen zijn bijvoorbeeld meer gevoelig voor de deprimerende effecten van neuroactieve medicatie als diazepam. De gevoeligheid van het hart voor stoffen als isoprote-renol of propranolol neemt daarentegen af met de leeftijd.

Zeker de wisselwerking tussen de al aanwezige lichaamsvracht aan chemische stoffen en de bijna permanente medicatie moet in rekening gebracht worden.

Een probleem dat bijzondere aandacht verdient, is dat van het overmatige of verkeerde gebruik van medicatie, zeker door alleenstaande ouderen. Meer voorlichting en begeleiding zijn nodig. Ook dit probleem heeft veel te maken met het onderliggende probleem van het te grote sociale isolement van veel ouderen.

5.7. Recht op leefruimte en het recht om zich vrijelijk te verplaatsen

Op grote delen van het openbaar domein is in onze moderne samenleving beslag gelegd voor verkeer en economische activiteiten, terwijl net de groep van de niet-(economisch)-actieven (naast kinderen, ook veel ouderen) meer open ruimte nodig heeft om zich te

ontspannen, om tot rust te komen, om te zitten, te wandelen of te sporten. In onderzoek is ook al de band gelegd tussen goede gezondheid en voldoende groene natuur in de onmiddellijke leefomgeving (cf. MIRA-rapport, 2004).

Om fit te blijven hebben ouderen ook behoefte aan voldoende ruimte om te bewegen. Zich regelmatig te voet of met de fiets verplaatsen, is een belangrijke mogelijkheid voor ouderen om in conditie te blijven en ouderdomskwalen tegen te gaan. Het openbaar domein moet daar echter toe uitnodigen (cf. 'A Physically active life through everyday transport with a special focus on children and older people', WHO, 2002).

Jammer genoeg lopen ouderen een bijzonder hoog risico op verwondingen of zelfs voortijdig overlijden in het steeds drukker wordende verkeer. Het aantal oudere verkeersslachtoffers blijft in Vlaanderen veel te hoog. Ook in dat opzicht is er een parallel met de andere kwetsbare groep, die van de jongeren. Net als kinderen, dreigen ook ouderen een zware tol te betalen door het inboeten van bewegingsvrijheid en door toenemend isolement. Dat is een nog veel groter probleem dat kan schuilgaan achter, merkwaardig genoeg, soms iets gunstigere ongevallencijfers. Vele ouderen komen immers niet meer naar buiten, wegens de sociale onveiligheid en de verkeersonveiligheid die ze op straat ervaren. Bij de factoren die subjectieve onveiligheidsgevoelens bepalen, komen de verkeersstress en de onleefbaarheid van de buurt op de eerste plaats.

Enkele cijfers tonen dat aan: gepensioneerden maken gemiddeld 1,78 verplaatsingen per dag met een afgelegde afstand van 20 km tegenover het algemene gemiddelde van 2,7 verplaatsingen per dag en 34,5 km afstand. Een derde van de ouderen maakt echter (bijna) geen verplaatsingen meer. Bij de 65-plussers beschikt meer dan de helft van de vrouwen niet over een rijbewijs.

Ouderen zijn dus duidelijk minder mobiel. Ouderen maken verhoudingsgewijs minder gebruik van de wagen, gaan het meest te voet en nemen het meest het openbaar vervoer. Toch is de trend dat senioren langer met de wagen blijven rijden (cf. Vlaamse Stichting Verkeerskunde/VAB, Senioren in het Verkeer, 1998). Door de invoering van het gratis rijden, wordt er de laatste jaren duidelijk meer gekozen voor tram, bus of trein.

Om het recht op mobiliteit voor alle groepen van ouderen te garanderen, zijn onder andere de volgende aandachtspunten van belang:

- de weg moet zo ingericht zijn dat maximaal rekening gehouden wordt met onder meer de beweeglijkheid en de reactiesnelheid van oudere weggebruikers. Specifieke aandacht voor de verkeersleefbaarheid, zoals de oversteekbaarheid van straten, op kruispunten of de verkeersveiligheid, bijvoorbeeld wat toegelaten snelheden betreft, is daarbij nodig;
- ouder wordende chauffeurs moeten maximaal begeleid worden, opdat ze lang maar ook veilig op de weg kunnen blijven, bijvoorbeeld door een aanbod van vrijwillige tests van rij- en verkeersvaardigheden;
- voorzieningen moeten veilig en comfortabel bereikbaar zijn: basisvoorzieningen mogen niet enkel met de wagen bereikbaar zijn;
- de basismobiliteit moet gegarandeerd zijn: openbaar vervoer moet op loopafstand vlot toegankelijk zijn;
- trottoirs of fietspaden moeten begaanbaar zijn, en zo aangelegd dat rekening wordt gehouden met oudere fietsers (cf. het resp. Vademecum voor voetgangers en fietsers);
- er moeten voldoende rustplaatsen beschikbaar zijn in het openbaar domein en zeker in het verkeer (banken – vluchtheuvels – herkenningpunten).

Belangrijk is dat verkeersspecialisten en wegbeheerders de inrichting van de weg mee vanuit het standpunt van ouderen bekijken of, beter nog, met ouderen actief overleg plegen.

5.8. Het recht op een verkwikkende slaap

Lawaai is een vorm van milieuvervuiling die bijzonder schadelijk kan zijn voor de gezondheid. Dan denken we niet alleen aan vliegtuiglawaai, maar aan alle vormen van geluidsoverlast en stress door verkeer, werkzaamheden en andere lawaaierige activiteiten.

Vooral geluidshinder tijdens de nachturen is niet enkel bijzonder hinderlijk, maar ronduit schadelijk voor de gezondheid, vooral omdat ouderen sowieso al meer last hebben van chronische slapeloosheid dan jongere volwassenen. 32,2% van de leeftijdsgroep tussen 65 en 74 jaar zegt last te hebben van slaapproblemen, 34,4% van de leeftijdsgroep vanaf 75 jaar (VRIND, 2002).

5.9. Het recht op inspraak en participatie

Een volwaardig beleid inzake milieu en gezondheid voor ouderen kan niet tot stand komen zonder de actieve betrokkenheid van de ouderen zelf. Beleidsvoorstellen moeten de ouderen echt ten goede komen en mogen geen keurslijf opleggen aan ouderen of organisaties die met ouderenzorg bezig zijn. In het ontwerp van decreet geïntegreerd ouderenbeleid kan de inbreng van ouderen in het beleid inzake hun milieu en hun gezondheid, geïntegreerd worden. Veel initiatieven kunnen genomen worden op het lokale vlak. De zorg voor ouderen, gezondheid en milieu kan ook opgenomen worden in lokale samenwerkingsovereenkomsten rond milieu of in een module bij de gemeentelijke mobiliteitsconvenants. Voor de wijze waarop ouderen inspraak krijgen, niet alleen in het typische welzijnsbeleid maar ook in deze ruimere beleidsterreinen die van groot belang zijn voor hun leefomgeving, kan verwezen worden naar het voorstel van decreet tot stimulering van een planmatig lokaal ouderenbeleid en de beleidsparticipatie van ouderen (*Parl. St. VI. Parl. 2001-02, nr. 1147*).

De nieuwe milieu- en gezondheidswetenschap is een relatief jonge discipline. Jongeren zetten het beleid uit van de toekomst. Maar ouderen zijn een belangrijke risicogroep. Het is dan ook van groot belang de inzet en de expertise van ouderen te mobiliseren ten voordele van het nog prille duurzaamheidsproject van de samenleving. In de Verenigde Staten tracht men seniorenkorpsen in te zetten voor de zaak van de solidariteit tussen de generaties en de kwaliteit van leven en leefomgeving. Ouderen kunnen aangesproken worden op hun directe eigen belang (leefbaarheid van hun publieke domein), maar zijn bovendien wellicht ook meer vatbaar voor argumenten voor de middellange en lange termijn (rechten van toekomstige generaties, welzijn van hun kleinkinderen). Dat is des te meer het geval daar de behoeften van de jongste en de oudste generatie – zoals gebleken is – dikwijls wonderwel samenvallen.

Ook in Duitsland zagen soortgelijke initiatieven het licht: het 'Generationen Netzwerk Umwelt' en het project 'Alter für die Umwelt'.

Een actieve betrokkenheid van ouderen bij het plannen maken van de overheid (verkeersplannen, milieuplannen, structuurplannen enzovoort), bij besluitvorming maar ook bij de uitvoering (vrijwilligerstaken inzake verkeersveiligheid, toezicht, natuur-

beheer, milieu-educatie enzovoort) behoren tot de mogelijkheden.

5.10. De rechten en plichten van de nieuwe actieve senioren

22,3% van de bevolking in het Vlaamse Gewest in 2002 is ouder dan 60, tegen 2010 zal dat reeds 24,8% zijn. 16,8% van de 60-plussers is ouder dan 80, in 2010 zal dat 20,6% zijn. (VRIND, 2002).

De vergrijzing van de samenleving creëert niet alleen problemen inzake betaalbaarheid van pensioenen. Het goede nieuws is dat veel meer senioren actief blijven, soms binnen, meestal buiten de werksfeer en een eigen leefstijl ontwikkelen. Daarmee leggen ze echter ook – als meer betaalkrachtige groep – in toenemende mate beslag op de (schaarse) milieugoederen. Dat zal de komende decennia alleen maar toenemen en de maatschappij grondig van aanzien doen veranderen.

Daarnaast is er een groep van hoogbejaarden die extra zorgen behoeft. Voor die groep zal een zorgverzekering alleen niet volstaan: ook andere voorzieningen zullen nodig zijn binnen en buiten instellingen, om ook voor deze groep van oudere ouderen alle basisrechten uit het Handvest te kunnen blijven garanderen.

Het Amerikaanse Milieubureau heeft er uitdrukkelijk voor gekozen om de (ecologische) kosten van een nieuwe vergrijzde maatschappij vooraf te berekenen. Als alle groepen van ouderen volwaardig op hun rechten staan – wat uiteraard de bedoeling is – dan zal dat moeten leiden tot een herverdeling van middelen. Enkele voorbeelden:

- het aandeel van het vrijetijdsverkeer in het totale verkeer zal sterk toenemen;
- het aantal vliegvakanties in het buitenland zal allicht blijven stijgen;
- door de stijgende vraag naar toeristische voorzieningen, vrijetijds- en horeca - voorzieningen zal de druk op de (schaarse) open ruimte blijven toenemen;
- de ontwikkeling van media, cultuur, verbruiksproducten, voedingswaren, fitness- en hygiëneproducten

ten gericht op de ouderenmarkt staat allicht nog maar in de kinderschoenen;

- de vraag naar serviceflats stijgt verder;
- de vraag naar opvangplaatsen voor kinderen neemt verder toe;
- enzovoort.

In het deel ‘Bevolking’ van MIRA-T 2001 wordt al op summiere wijze rekening gehouden met demografische evoluties, zoals de vergrijzing. Het is duidelijk dat die evolutie veel meer in detail zal moeten worden bekeken in de komende jaren.

Daarbij zullen ouderen ook voor hun verantwoordelijkheid geplaagd worden, als zij door een niet-duurzame levenswijze beslag leggen op milieugoederen van hun kinderen en kleinkinderen. Ouderen hebben niet alleen rechten inzake milieu en gezondheid, maar ook verplichtingen.

Rudi DAEMS

Vera DUA

Mieke VOGELS

Jos STASSEN

Jef TAVERNIER

Eloi GLORIEUX

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

Het Vlaams Parlement vraagt de Vlaamse Regering:

- wat het algemene beleid inzake milieu en gezondheid betreft:

1° de voorlopersrol van Vlaanderen wat het beleid inzake milieu en gezondheid betreft, te bestendigen en waar mogelijk te versterken, onder meer door verder werk te maken van de vertaling van de aanbevelingen van de parlementaire commissie Milieu en Gezondheid;

2° nu al de nodige voorzieningen te treffen om het beleid inzake milieu en gezondheid en meer specifiek de werking van het Steunpunt Milieu en Gezondheid na 2006 te bestendigen;

3° de administratieve samenwerking tussen de diensten voor milieu en voor gezondheid verder te versterken;

4° het netwerk van medisch milieukundigen uit te breiden en conform het binnenmilieubesluit de nodige middelen te reserveren, specifiek voor binnenmilieumetingen;

5° de bestaande preventieve gezondheidsnormen, zoals opgenomen in het binnenmilieubesluit uit te breiden met andere gevalideerde gezondheidsnormen (WHO, EPA, RIVM-Nederland, Canada enzovoort¹⁹);

6° onmiddellijk in actie te treden om de nieuwe Europese norm (1999/30/EG) voor fijne stofdeeltjes te halen (waarin staat dat vanaf 1 januari 2005 de daggrenswaarde van PM10 niet meer dan 35 dagen per jaar overschreden mag worden), en daartoe conform VLAREM een actieprogramma te ontwikkelen;

7° op korte termijn een actieplan op te starten om het Europese programma inzake milieugevaarlijke stoffen (REACH) te vertalen naar de Vlaamse beleidscontext;

8° vanuit Vlaanderen de federale regering te vragen om meer bron- en productgerichte maatregelen te nemen, bijvoorbeeld ten aanzien van het verkeer (zoals het aanmoedigen van de installatie van de dieselroetfilter voor dieselwagens en het aanmoedigen van het gebruik van wagens op puur plantaardige olie) en ten aanzien van de kwaliteit van het binnenmilieu;

- wat het beleid inzake milieu en gezondheid voor kwetsbare groepen betreft:

1° in het toekomstige milieu- en gezondheidsbeleid een specifiek actieprogramma te ontwikkelen voor de kwetsbare groepen in onze samenleving, in het bijzonder voor de kinderen, de ouderen, de chronisch zieken en de kansarmen;

2° verder werk te maken van een medisch milieukundige kaart zodat zwakke bevolkingsgroepen (ouderen, kinderen, zieken enzovoort) ten opzichte van milieuknelpunten (industrie, bodemvervuiling enzovoort) beter gesitueerd kunnen worden;

3° aandacht te hebben voor het afstemmen van de milieu- en gezondheidsnormen op de meest kwetsbare groepen zoals kinderen en ouderen;

4° in navolging van de interministeriële conferentie van Boedapest het 'Childrens Environment and Health Action Program Europe' (CEHAPE) uit te voeren en op te nemen in de Vlaamse wetgeving;

5° in het kader van de toepassing van het Handvest van de Rechten van de Ouderen, in het bijzonder op het vlak van milieu en gezondheid, actief werk te maken van het garanderen van de hierboven beschreven ecologische basisrechten van ouderen;

6° in het kader van de bestaande milieurapportering een inventaris te laten opstellen van de effecten van milieuproblemen op de gezondheid van ouderen en aan te geven welk verder

¹⁹ Voorbeelden:

- Health Canada. Exposure Guidelines for Residential Indoor Air Quality. A report of the federal Advisory Committee on Environmental and Occupational Health.
- WHO (2000) WHO Air Quality Guidelines for Europe 2nd edition, Regional Office for Europe.
- RIVM rapport 609021029/2004: Gezondheidkundige advieswaarden binnenmilieu (A. Dusseldorp, M. van Bruggen, J. Douwes, P.J.C.M. Janssen, G. Kelfkens)

onderzoek er nodig is om een coherent beleid op lange termijn te kunnen ontwikkelen;

- 7° binnen de bestaande werking van het medisch milieukundig netwerk (het steunpunt, de Vlaamse milieu- en gezondheidsadministratie en de medisch milieukundigen van de Logo's) in het verlengde van deze resolutie, een actieplan op te zetten rond ouderen, gezondheid en milieu, met de bedoeling, in samenspraak met de ouderen en de ouderenverenigingen, aangepaste maatregelen uit te werken op gewestelijk en op lokaal niveau om de leefkwaliteit en gezondheid van ouderen te bewaken en te bevorderen;
- 8° om in de opleiding van gezondheidswerkers en verzorgend personeel die werken voor ouderen, ruim aandacht te besteden aan de effecten van leefmilieu en toxische stoffen op de gezondheid van ouderen;
- 9° om aan ten minste een van onze universiteiten een afdeling 'ecologische geriatrie' te helpen oprichten. Die afdeling moet dan onderwijs verstrekken in de ecologische geriatrie (aan artsen, biologen, scheikundigen enzovoort) en research verrichten op dat domein;
- 10° op korte termijn werk te maken van een sensibiliseringscampagne, gericht op ouderen, én van een waarschuwingssysteem bij milieu-incidenten, zoals ozonvervuiling, hittegolven en pieken van luchtverontreiniging, met de aanduiding van de risico's en de te nemen maatregelen.

Rudi DAEMS

Vera DUA

Mieke VOGELS

Jos STASSEN

Jef TAVERNIER

Eloi GLORIEUX

42R841	Mechelen (Technopolis)	Vla						NA	50	37	26
42N016	Dessel	Vla								37	25
42N045	Hasselt	Vla				NA	29	37	52	35	25
40AL01	Antwerpen (LO)	Vla							NA	32	22
40SZ02	Steenokkerzeel	Vla	59	NA	NA	31	38	43	59	45	21
40HR01	Herne	Vla		NA	45	56	51	41	70	36	21
41MEU1	Neder-Over-Heembeek	Bru			NA	35	49	43	65	22	21
40KO01	Kortrijk	Vla							53	44	20
41R012	Ukkel	Bru	75	56	27	24	36	39	42	NA	20
40WZ01	Lommel	Vla	43	NA	11	20	28	36	54	65	20
45R510	Chatelineau	Wal		NA	72	50	60	57	90	49	19
45R501	Charleroi	Wal	85	81	45	36	NA	47	81	24	19
43H201	Saint-Nicolas	Wal		NA	75	50	48	49	69	36	18
41WOL1	Sint-Lambrechts-Woluwe	Bru					NA	37	40	NA	16
40RL01	Roeselare (Brugsesteenweg)	Vla									15
41B011	Sint-Agatha-Berchem	Bru			NA	21	16	20	32	5	15
43N085	Vielsalm	Wal									3
43N093	Sinsin	Wal									3

(*) Niet gevalideerde gegevens.

"NA" betekent dat er minder dan 75 % beschikbare dagen zijn waarop voldoende meetgegevens beschikbaar waren voor de berekening van de daggemiddelde

*BIJLAGE 2***Besluit van de Vlaamse regering van 1 juni 1995 houdende algemene en sectorale bepalingen inzake milieuhygiëne (VLAREM II)****HOOFDSTUK 2.5. MILIEUKWALITEITSNORMEN VOOR LUCHT EN BELEIDSTAKEN TER ZAKE****Onderafdeling 2.5.3.7. Maatregelen die van toepassing zijn in zones waar de niveaus hoger liggen dan de grenswaarde***Art. 2.5.3.07.*

§1. Op basis van de resultaten van haar meetnet van de verontreiniging van de omgevingslucht stelt de Vlaamse Milieumaatschappij:

1. de lijst op van zones en agglomeraties waar de niveaus van een of meer verontreinigende stoffen de grenswaarde, verhoogd met de overschrijdingsmarge, overschrijden;
2. de lijst op van de zones en agglomeraties waar de niveaus van een of meer verontreinigende stoffen tussen de grenswaarde en met de overschrijdingsmarge verhoogde grenswaarde liggen.
Wanneer voor een bepaalde verontreinigende stof geen overschrijdingsmarge is vastgesteld, worden de zones en agglomeraties waar het niveau van deze verontreinigende stof de grenswaarde overschrijdt, gelijkgesteld met de in sub 1° van het eerste lid bedoelde zones en agglomeraties en zijn de §§ 2 tot en met 4 van dit artikel erop van toepassing.

§2. In de in §1 bedoelde zones en agglomeraties treft de minister maatregelen om ervoor te zorgen dat er een plan of programma wordt opgesteld en uitgevoerd dat ertoe leidt dat binnen de daarvoor gestelde termijn aan de grenswaarde wordt voldaan.

Dit plan of programma, waartoe het publiek toegang heeft, bevat ten minste de in bijlage 2.5.4.D vermelde informatie.

§3. In de in §1 bedoelde zones en agglomeraties waar het niveau van meer dan één verontreinigende stof hoger ligt dan de grenswaarden, zorgt de minister voor een geïntegreerd plan voor alle betrokken verontreinigende stoffen.

§4. Wanneer het niveau van een verontreinigende stof ten gevolge van een significante verontreiniging vanuit een andere Lid-Staat of Gewest boven de met de overschrijdingsmarge verhoogde grenswaarde of, in voorkomend geval, de alarmdrempel ligt of dreigt te komen, pleegt de minister met de betrokken Lid-Staat of het betrokken Gewest overleg om een oplossing te vinden. De Europese Commissie wordt hiervan via de geëigende kanalen op de hoogte gesteld en kan dit overleg bijwonen.