



ADVIES VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD nr. 8892

Cosmetologie - psychologische aspecten

In this scientific policy advisory report the Superior Health Council reviews psychological factors in aesthetical practice.

The report attempts to provide the Public Health authority, physicians and field actors with specific recommendations for the prevention of interventions based on inconsiderate requests from vulnerable people.

3 december 2014

1. INLEIDING EN VRAAGSTELLING

Dit project werd op initiatief van de Hoge Gezondheidsraad (HGR) gestart om psychologische aspecten te identificeren waarmee rekening dient te worden gehouden in de cosmetologische praktijk of de praktijk van de esthetische chirurgie.

Het zorgaanbod op dit terrein wordt steeds groter. Een persoon die zijn/haar uiterlijk wenst te veranderen zal daarom vroeg of laat wel iemand vinden om een gewenste behandeling uit te voeren. De HGR stelt vast dat het beroep op de cosmetologie en de esthetische chirurgie duidelijk is toegenomen, maar dat er ook onbetwistbare voordelen verbonden zijn aan "reconstructieve" heelkunde. De Raad heeft vooral de nadruk willen leggen op de psychologische factoren die verband houden met behandelingsvragen en met risico's, die kwetsbare personen in dit verband lopen, omdat elke practicus zich hiervan moet bewust zijn bij een vraag om behandeling.

Het gaat om een drievoudige problematiek:

- 1) Ten eerste zijn sommige gebruikte technieken niet-invasief en omkeerbaar zoals esthetische verzorging door schoonheidsspecialisten. Deze specialisten worden echter vaak geconfronteerd met problemen van hulpvragers zonder daarvoor voldoende opleiding te hebben genoten.
- 2) Ten tweede zijn sommige technieken meer invasief en onomkeerbaar. Omdat de esthetische chirurgie onomkeerbare fysische en/of fysiologische letsels kan veroorzaken, moet de hulpvraag goed onderzocht worden. Hulpvragen kunnen komen van patiënten met een zwakke, gevoelige, angstige persoonlijkheid, die aan hun fysieke en psychische integriteit twijfelen, waardoor foute percepties van hun lichaamsbeeld ontstaan. Deze patiënten hebben soms irrealistische verwachtingen van esthetische chirurgie, die leiden tot ontevredenheid over het resultaat van de ingreep en een herhaalde hulpvraag. Irrealistische verwachtingen van patiënten kunnen echter ook het resultaat zijn van een te optimistische voorstelling van

het resultaat van de ingreep door een behandelaar, voor wie eigen inkomsten belangrijker zijn dan correct medisch ethisch handelen.

De HGR heeft daarom de vraag gesteld welke maatregelen kunnen worden genomen om te vermijden dat kwetsbare personen meermaals onnodige ingrepen ondergaan om hun uiterlijk te verbeteren, die tot frustratie en ontevredenheid leiden. Psychologische aspecten vormen een belangrijk aspect van een hulpvraag om verandering van het uiterlijk .

- 3) Ten derde wordt reconstructieve heelkunde toegepast om aangeboren of verworven fysieke gebreken te verbeteren. Ook in dit geval kunnen psychologische aspecten belangrijk zijn, want deze personen ervaren vaak een belangrijk fysiek en/of psychisch leed. Ook hier rijst de vraag hoe het beste met deze kwetsbare patiënten kan worden omgegaan.

2. AANBEVELINGEN

In onze huidige maatschappij waar het beroep op de cosmetologie om het fysieke uiterlijk te verbeteren steeds groter wordt, zouden de verschillende behandelaars moeten overleggen en samenwerken om hulpvragen van cliënten te evalueren. Zo kunnen zij een irrealistische hulpvraag herkennen en zwakkere, kwetsbare personen beschermen tegen misbruik of onnodige ingrepen. Dit vereist een multidisciplinair team.

De HGR formuleert de volgende aanbevelingen :

In het algemeen

Ten eerste moet misleidende reclame, die in principe verboden is op dit terrein, worden bestreden. De reclame belooft vaak resultaten, die niet onderbouwd worden door wetenschappelijk onderzoek. Studies tonen aan dat er zowel op de korte als op de lange termijn gunstige, maar ook minder gunstige effecten bestaan van esthetische chirurgie. Bovendien kunnen er complicaties optreden. Het is daarom belangrijk de patiënt correct voor te lichten om onverantwoorde toepassing tegen te gaan.

Het is daarom noodzakelijk dat elke practicus, vóór een interventie, een gesprek heeft met de cliënt of patiënt om deze bewust te maken van de eventuele voor- en nadelen van de ingreep. Er wordt aanbevolen een vragenlijst te construeren, die met de patiënt moet worden doorlopen en daarna door de patiënt wordt ondertekend. Beide partijen ontvangen een ondertekend exemplaar dat kan worden gebruikt in geval van een geschil.

Medisch-esthetische aspecten

De HGR beveelt aan om elke patiënt met een vraag om esthetische chirurgie te screenen.

Tijdens deze screening moet het volgende geëvalueerd worden:

- de eventuele bestaande psychologische problemen,
- of de patiënt zelf aan de basis van de vraag ligt,
- of de patiënt een realistische visie heeft van de verwachte resultaten,
- hoe eventuele vorige interventies geëvalueerd werden.

In een eerste stap kan de huisarts deze verantwoordelijkheid op zich nemen en in een tweede stap de chirurg. Het is hiervoor aanbevolen korte vragenlijsten op te stellen aan de hand van reeds beschikbare screeningsinstrumenten, bij voorbeeld PRIME-MD (Spitzer et al., 1999). Bij twijfel moet in ieder geval naar een klinisch psycholoog of een psychiater worden verwezen voor een meer professionele diagnose en om zo nodig een psychologische behandeling voor te stellen.

Op dit ogenblik bestaat er een erkenning voor de niet-chirurgische esthetische geneeskunde. Sinds 2013 preciseert de wet van 23 mei (BS 2/07/2013) de vereiste kwalificaties om handelingen op het terrein van de niet-chirurgische esthetische geneeskunde uit te voeren. Tot nu toe werd de titel van schoonheidsspecialist op dit terrein op basis van erkenning van ervaring verleend. Er zou een opleidingsprogramma door de Raad voor medische esthetiek moeten worden uitgewerkt. Experts van de HGR zouden hieraan een bijdrage kunnen leveren.

Niet medische behandelingen

- Sociale schoonheidsspecialist (officiële term inzake de opleiding – zie bijlage 2 voor de vakbekwaamheidsomschrijving)

Omdat schoonheidsspecialisten op dit terrein geen medische of psychologische opleiding genoten hebben, maar wel vaak moeten omgaan met fysiek en psychisch leed van cliënten, beveelt de HGR aan een specifieke opleiding "sociale schoonheidsspecialist" aan te ontwikkelen. Deze opleiding zou zich moeten richten op basale communicatievaardigheden (zoals bv. luisteren, vragen stellen, informatie geven, waarnemen van non-verbaal gedrag en adviseren) en op de verdieping van hun inzicht in de mogelijkheden en de beperkingen van hun beroep, waardoor de cliënt zo nodig tijdig wordt doorverwezen naar andere hulpverleners.

De HGR beveelt ook aan controles te organiseren op de praktijkuitoefening van schoonheidsspecialisten, die op dit terrein werkzaam zijn.

- Schoonheidsspecialisten

Voor wat de schoonheidsspecialisten betreft, herinnert de HGR aan de aanbevelingen vermeld in eerder gepubliceerde adviezen. Deze gaan in de richting van het handhaven van de toegang tot het beroep (HGR 9163, 2014), van een omvangrijke opleiding (op drie niveaus, advies 8587 - cosmetische toestellen en verwante behandelingen (HGR 8587, 2011), van een strenger toezicht op het gebruik van bepaalde toestellen/technieken (oprichting van een commissie belast met de evaluatie van de toestellen vóór het op de markt brengen ervan) en van strenge regels inzake hygiëne (advies 8719 - sanitaire vereisten) (HGR 8719, 2012) om de invloed van infectieuze schade bij toepassing van deze technieken te beperken.

Het is duidelijk dat daartoe een basisopleiding noodzakelijk is, gevolgd door een bijscholing en strengere controles om een goede en correcte praktijkuitoefening te garanderen.

Keywords et MeSH descriptors terms¹

Keywords	<u>Mesh terms</u> *	Sleutelwoorden	Mots clés	Stichworte
Esthetic medicine	"Esthetics" "Medicine"	Esthetische Geneeskunde	Médecine esthétique	Ästhetische Medizin
	Cosmetic Techniques	Cosmetische technieken	Techniques cosmétiques	Kosmetischen Techniken
Plastic surgery	Surgery, Plastic	Plastische chirurgie	Chirurgie plastique	Plastische Chirurgie

¹ De Raad wenst te verduidelijken dat de Mesh-termen en sleutelwoorden gebruikt worden voor referentiedoeleinden en een snelle afbakening van het terrein van het advies. Voor de methodologie wordt verwezen naar het hoofdstuk "Methodologie".

	Reconstructive Surgical Procedures	Reconstructieve Chirurgie	Interventions chirurgicales de reconstruction	Rekonstruktive chirurgische Verfahren
Aesthetic	Esthetics	Esthetiek	Esthétique	Ästhetisch
Psychology	Psychology	Psychologie	Psychologie	Psychologie
Dependence	Addiction	Afhankelijkheid	Dépendance	Abhängigkeit

* MeSH (Medical Subject Headings) is the NLM controlled vocabulary thesaurus used for indexing articles for PubMed.

3. UITWERKING EN ARGUMENTATIE

Lijst van de gebruikte afkortingen

DSM IV : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*
HGR: Hoge Gezondheidsraad
WHO: *World Health Organization*

3.1 Methodologie

Na bespreking van het doel van het project hebben het College en de voorzitter van de werkgroep de benodigde expertise bepaald. De experts van de werkgroep hebben een algemene en een *ad hoc* belangenverklaring ingevuld en de Deontologische Commissie heeft het potentieel risico op belangenconflicten van deze experts onderzocht.

Om de vraagstelling te beantwoorden werd een ad-hoc werkgroep opgericht met deskundigen uit de volgende disciplines: psychologie, plastische chirurgie, ethiek, esthetiek en verslaving. Het advies berust op een overzicht van de relevante wetenschappelijke literatuur, verslagen van nationale en internationale instellingen, bevoegd voor deze materie en de mening en de klinische ervaring van de experts. Om deze multidisciplinaire benadering te onderbouwen maar ook om de uitgebrachte adviezen te objectiveren werd ook een bibliografisch onderzoek uitgevoerd.

Na goedkeuring van het advies door de werkgroep en de permanente groep “cosmetologie en cosmetische toestellen, met inbegrip van esthetische heilkunde” werd het advies tenslotte gevalideerd door het College.

3.2 Uitwerking

3.2.1 Formulering van de problematiek

De zogeheten wet Tilmans² van 23 mei 2013 (Belgisch Staatsblad van 2 juli 2013) heeft duidelijk de verschillende termen gedefinieerd die bij esthetische behandelingen gebruikt dienen te worden. Deze zijn van essentieel belang om bevoegdheden en domeinen af te bakenen.

² Wet tot regeling van de vereiste kwalificaties om ingrepen van niet-heelkundige esthetische geneeskunde en esthetische heilkunde uit te voeren [en tot regeling van de reclame en informatie betreffende die ingrepen]

1) De esthetische heelkunde, waartoe behoren:

- De plastische, reconstructieve en esthetische heelkunde (officiële term),
- De heelkundige esthetische geneeskunde (officiële term).

2) De niet-heelkundige esthetische geneeskunde

3) De niet-medische esthetiek, die omvat:

- de niet-invasieve esthetische zorgen,
- enkele invasieve handelingen zoals tatoeages, piercings en sommige laserbehandelingen.

Wat is het verschil tussen esthetische heelkunde en niet-heelkundige esthetische geneeskunde?

De plastische, reconstructieve en esthetische heelkunde (erkenning 210) vereist een volledige opleiding inzake algemene heelkunde van 2 tot 3 jaar gevolgd door een specialisatie van 3 tot 4 jaar in de plastische heelkunde. De correctieve heelkunde beoogt het verhelpen van ontwikkelingsafwijkingen; de herstelheelkunde is bedoeld om vervormde of verwijderde structuren na een trauma, een ziekte of een ingreep opnieuw in een normale toestand te brengen. De esthetische heelkunde is bestemd om een anatomisch normaal lichaam te verbeteren. Er wordt alsdusdanig geen ziekte behandeld maar esthetische zorgen worden verleend om uiterlijke gebreken, die al dan niet het gevolg zijn van veroudering te verbeteren.

De niet-heelkundige esthetische geneeskunde is niet invasief. Het is een vorm van anti-verouderingsgeneeskunde maar die wel injecties gebruikt.

De niet-heelkundige esthetische geneeskunde heeft nog geen officiële titel. Er wordt ook nog geen opleiding voor georganiseerd. Behandelingen worden uitgevoerd door geneesheren die het al doende geleerd hebben. Gebrek aan opleiding en ervaring kan leiden tot belangrijke lichamelijke of psychologische schade voor de patiënt.

De niet-medische esthetiek en de pure cosmetische toepassingen en make-up zijn behandelingen die worden uitgevoerd bij een persoon in goede gezondheid.

3.2.1.1 Sociologische aspecten

Het gebruik van “esthetische behandelingen” is van alle tijden en bestond reeds in de oude beschavingen.

In de loop van de laatste decennia heeft de mode haar wetten gesteld met conformisme en non-conformisme als gevolg. Vanuit sociologisch oogpunt bestaat er duidelijk een modeverschijnsel op het vlak van lichamelijke schoonheid (Lejour, 1987).

Het verhogen van de lichamelijke aantrekkelijkheid omvat nu naast kleding en make-up ook de verandering van het lichaam. Deze tendens vindt men in alle media terug: er worden dromen verkocht. De reclame en de damesbladen hebben de handel in en de populariteit van cosmetica aanzienlijk bevorderd. In rijke landen worden cosmetische en esthetische behandelingen bij steeds jongere meisjes en jongens maar zeker bij ouderen uitgevoerd.

Wij leven langer en het ouder worden heeft lichamelijke gevolgen, waardoor er een toenemende vraag is naar zorg die dit onvermijdelijke proces afremt. Ook bij oudere personen is het risico van behandelingen aan de lopende band zorgwekkend.

Make-up-producten en – toebehoren (zoals nagellakremover), hebben deze markt gevolgd. Wanneer een marktsegment achterop raakt, brengen ondernemers nieuwe producten op de markt: floukleur, met pailletten of een smaak (voor lippenstiften bijvoorbeeld). Door middel van

reclame en weloverwogen verpakkingen trachten ze een jonger maar ook een ouder publiek te overtuigen (bv. met zogenaamde anti-rimpel- en anti-verouderingsproducten).

De vraag naar plastische chirurgie is iets alledaags geworden (Henderer, 1996). Het is niet meer mogelijk een populair magazine door te bladeren zonder dat de ene of andere ster pronkt met correctieve interventies van borsten, gelaat, lippen, billen of andere lichaamsdelen. In 'glossy magazines' vindt men een groeiend aanbod aan plastische ingrepen.

Voor esthetische chirurgie bestaat er meestal geen fysieke indicatie. De ingreep wordt gewoonlijk vooral om psychologische en sociale redenen uitgevoerd (Cook et al, 2006). In deze context mag men zich vragen stellen over de relevantie van deze ingrepen mede gelet op de risico's die daarbij bestaan voor sommige cliënten. Ongeveer 30% van de personen die op raadpleging komen voor een esthetische behandeling wordt uiteindelijk niet geopereerd omdat de vraag door de behandelaar als irrationeel wordt beoordeeld. Dit toont het belang aan van een grondige evaluatie van de hulpvraag.

In het domein van esthetische chirurgie is reclame niet toegelaten maar dat is niet het geval voor de niet-medische esthetiek waar misbruik is vastgesteld i.v.m. incorrecte informatie over en aanbeveling van bepaalde producten.

Deze bedrieglijke reclame is soms echte oplichterij, die veel persoonlijk leed kan veroorzaken. Om die reden is het belangrijk consumenten te beschermen en te vermijden dat sommigen zelfs schulden aangaan om zich deze soms zeer dure maar vaak teleurstellende diensten en producten te veroorloven.

Hoewel er ook vele klachten bestaan van patiënten die esthetische chirurgie hebben ondergaan, heeft plastische chirurgie een belangrijke plaats in ons zorgsysteem ingenomen, die niet gemakkelijk is terug te dringen.

In een hoofdstuk over de esthetische heelkunde getiteld "L'ivresse de la métamorphose" bekijkt Lowenstein (2005) de problematiek vanuit een meer psychoanalytisch oogpunt. Hij wijst erop dat uitdrukkingen als "zich niet op zijn gemak voelen" of "zich slecht in zijn vel voelen" vaak worden gebruikt als motivatie voor gewenste neus- of lip- of buikwandcorrecties alsof deze ingrepen vergelijkbaar zijn met een verandering van haarkleur. De prijs of de eventuele risico's van de ingreep (inclusief algemene anesthesie) worden minder belangrijk gevonden: het benaderen van een schoonheidsideaal is belangrijker. De auteur is daarom van mening dat men beter zou spreken van een "esthetische transformatie". Met een citaat van de chirurg Maurice Mimoun (1996) wijst hij erop dat "het lichaam (van de patiënt) een scherm geworden is waarop een film wordt geprojecteerd waarvan de patiënt de betekenis niet kent" (vrije vertaling).

Men kan alleen maar vaststellen dat de cosmetische markt een sociaal-cultureel verschijnsel is waarop de overheid weinig vat heeft.

3.2.1.2 Psychologische aspecten

Het zelfbeeld

Het zelfbeeld verwijst naar het uiterlijk. Het is een "visitekaartje" dat zich vormt in de loop van de eerste levensjaren en dat het mogelijk maakt zich een beeld te vormen in de ogen van de anderen en van zichzelf.

Dit zelfbeeld wordt beïnvloed door een ideaal zelfbeeld, dat mede door de culturele en sociale context en dus ook door de mode wordt bepaald.

Het zelfbeeld betreft niet alleen het lichamelijk uiterlijk maar ook psychologische aspecten, die het lichaamsbeeld kunnen beïnvloeden (De Mol, 2012). Elk individu heeft een fysiek en psychisch beeld van zichzelf dat onder invloed van levensgebeurtenissen kan veranderen.

Achter mode-effecten schuilt mogelijk ook een narcistische tendens (Bergeret, 1974). Het 'Ik' is in de westerse wereld belangrijker dan in de oosterse wereld, die veel meer op het "Wij" gericht is. Wij evolueren in het Westen steeds meer naar een narcistische cultuur waarin zelfoverstijging (sportwedstrijd bijvoorbeeld) overgewaardeerd wordt en gedachten over ziekte en dood steeds meer worden verdrongen. In zo een culturele context wordt het normaal een zekere graad van narcisme te vertonen, al is dat narcisme niet bepaald een gunstige eigenschap. Hoewel narcisten dus wel veel aandacht kunnen ontvangen, ontbreekt het hen vaak aan psychologische diepgang en zijn hun sociale contacten oppervlakkig. Om die reden is narcisme een ambivalente eigenschap. (De Mol, 2005).

Bij het nastreven van schoonheidsidealen moet men zich afvragen wat de motivatie is van een persoon om tegen elke prijs de verbetering van zijn of haar uiterlijk te wensen.

Het herstellen van een fysieke handicap, misvormingen of invaliderende vormen van lelijkheid is uiteraard een gerechtvaardigde wens. Deze afwijkingen leiden tot bespotting, uitsluiting en vernedering op jonge leeftijd, tijdens de puberteit, maar ook later in het relationeel leven en correctieve chirurgie is daarom in deze gevallen beslist aangewezen.

Problemen, die ontstaan door veroudering vormen een grensgeval voor de noodzaak van dergelijke ingrepen. Personen die aan "jeugdcultus" lijden, hebben een heilige schrik om oud te worden en kunnen misleid zijn door reclame en beloften van eeuwige jeugd waardoor zij van mening zijn dat esthetische ingrepen een onvermijdelijke verplichting vormen. In deze gevallen moet worden nagegaan in welke mate esthetische reparaties ook medisch ethisch te verantwoorden zijn.

Psychologische stoornissen

De omvang van psychologische stoornissen is bij patiënten die esthetische chirurgie ondergaan niet te onderschatten. Afhankelijk van de studie blijkt dat 7 tot 15 % van deze patiënten een stoornis in de lichaamsbeleving vertonen, die zeer goed psychologisch of psychiatrisch te behandelen is, en daarom een contra-indicatie is voor dergelijke chirurgie. Deze patiënten zijn namelijk zo sterk gericht op een beperkte lichamelijke onvolkomenheid dat zij daar (volkomen ten onrechte) voortdurend mee bezig zijn en ook afwijkend gedrag vertonen (bijvoorbeeld sociaal contact vermijden omwille van – een vaak voor anderen niet eens zichtbaar – probleem) (Honingman et al, 2004 ; von Soest et al, 2011). Een ander voorbeeld van een vermijdbaar ernstig gevolg is het feit dat zelfmoord bij vrouwen met borstimplantaten twee tot drie maal frequenter voorkomt dan in een vergelijkbare groep vrouwen die geen chirurgie hebben ondergaan (Sarwer, 2007).

Een psychoanalytische benadering zoals die van Lowenstein (2005) stelt dat "een esthetische ingreep een intieme verandering tot stand brengt die veel belangrijker is dan een verandering van kapsel". Als een verandering van kapsel (bij vrouwen) of zich kaal laten scheren (bij mannen) al een duidelijk effect heeft, moeten wij beslist vóór een esthetische ingreep evalueren wat de mogelijke psychologische verstoring is van de ingreep voor de betrokkene. Het wordt makkelijker zich een dergelijke verstoring voor te stellen als wij bijvoorbeeld geconfronteerd worden met een blijvend litteken na een ongeval of operatie. Elke plotse verandering van het lichaam verandert het zelfbeeld, omdat wij het gevoel hebben met een 'vreemd lichaam' te worden geconfronteerd dat onze hersenen, die vertrouwd zijn met ons oude lichaamsbeeld, weigeren te herkennen of simpelweg verwerpen. Dit fenomeen is onafhankelijk van de motivatie voor de chirurgische ingreep of het positief effect van de ingreep. Bij transplantatie (van hart, lever, nieren ...) is de

mogelijke immunologische afstotingsreactie welbekend, maar er is ook sprake van een psychologische verwerpingsreactie, die verklaart waarom psychologen nodig zijn om de patiënt voor te bereiden op de acceptatie van het nieuwe orgaan en er zo voor te zorgen dat de ingreep goed wordt verwerkt. De medische staf moet dus evalueren wat de impact zal zijn van een transformerende ingreep en een vigilantie ontwikkelen om voortdurend problemen op te sporen gedurende het hele interventietraject, niet alleen omwille van onwenselijke effecten (anesthesie, littekens, neurologische pijnen na de operatie, een tegenvallend esthetisch resultaat etc.), maar ook omwille van een mogelijke ongecontroleerde escalatie van psychologische problemen. Tegen het huidige mode denken in, tegen de markt van de schoonheid, die geen grenzen kent, moeten wij ervoor zorgen dat het 'zijn' van patiënten belangrijker blijft dan hun 'voorkomen' om ervoor te zorgen dat sommige patiënten niet mooier wensen te worden ten koste van eigen leven. Daarom vereist elke plastische ingreep, elke gewenste verandering bij deze groep psychologische begeleiding. Samen kunnen artsen en psychologen of psychiaters onwenselijke ingrepen voorkomen.

Onder misbruik door patiënten van esthetische chirurgie valt ook verslavingsproblematiek. Omdat bepaalde patiënten niet of onvoldoende tevreden zijn met het behaalde resultaat van de behandeling, blijven zij een onhaalbaar ideaal nastreven. In het ergste geval betekent dat dat zij van de ene chirurg naar de andere gaan, en zo van de ene ingreep naar de volgende ingreep om uiteindelijk terecht te komen in een neerwaartse spiraal op fysiek en op psychisch vlak. Michael Jackson is daar een bekend voorbeeld van.

3.2.2 Risicobeheersing

3.2.2.1 Invasieve en onomkeerbare ingrepen (esthetische heelkunde)

Om de factoren te identificeren waaraan aandacht moet worden geschonken in geval van een, hulpvraag voor esthetische chirurgie is het van belang te achterhalen welke factoren de patiënttevredenheid beïnvloeden of kunnen leiden tot psychologische problemen na de ingreep.

Er wordt vastgesteld dat patiënten, die zich "slecht in hun vel" voelen meer geneigd zullen zijn te geloven dat een esthetische behandeling hen gelukkiger zal maken. Zij lopen daardoor echter een grotere kans teleurgesteld te worden en zo geconfronteerd te blijven met hun onderliggende psychologische probleem. Daar komen soms ook nieuwe fysieke problemen bij die onomkeerbaar kunnen zijn, zoals bijvoorbeeld littekens die onvermijdelijk zijn na een chirurgische ingreep. Omwille van hun kwetsbaarheid moeten deze risicopersonen zo goed mogelijk voorgelicht en gescreend worden, waarbij ook aandacht moet bestaan voor de diagnostiek en behandeling van hun psychologische problemen.

Uit de bestaande literatuur blijkt dat de grote meerderheid (gemiddeld 80 % of meer) van de patiënten die esthetische chirurgie ondergaan, tevreden zijn over de operatie en het resultaat. Daarbij moet wel worden gezegd dat de tevredenheidspercentages variëren van ingreep tot ingreep. Vrouwen, bij wie een borstreductie wordt uitgevoerd zijn bijvoorbeeld meer tevreden dan vrouwen die een borstvergroting ondergaan (Honingman et al., 2004). In het eerste geval gaat het somatische voordeel (minder rugpijn) gepaard met het esthetisch voordeel terwijl in het tweede geval alleen esthetisch voordeel wordt verwacht. Er bestaat echter nogal wat kritiek op de wijze waarop het onderzoek naar psychologische consequenties is uitgevoerd. Vaak zijn er geen vergelijkings- of referentiegroepen, is de follow-up periode zeer kort en is de uitval van respondenten tussen de begin- en de vervolgmeting(en) hoog (Cook et al., 2006).

Ondanks overwegende tevredenheid is er ook een belangrijke minderheid patiënten die niet tevreden tot zeer ontevreden is over de esthetische operatie die bij hen werd uitgevoerd. Het gaat dan meestal om patiënten, bij wie een ingreep louter om psychosociale redenen is uitgevoerd maar de ontevredenheid kan ook voortvloeien uit een slecht gestelde diagnose, een slecht

uitgevoerde handeling, een verkeerd begrip van de esthetische verwachtingen van de patiënt, te veel littekenweefsel, verwickelingen zoals hematomen, infecties en vertraagde wondgenezing.

Een overzichtsartikel (Honingman et al., 2004) dat de resultaten van 14 studies samenvat over psychosociale consequenties van esthetische chirurgie, identificeert meerdere factoren die ontevredenheid en negatieve consequenties voorspellen:

- patiënten, die de ingreep laten uitvoeren omwille van hun partner of om de relatie te redden, terwijl zij zelf onvoldoende overtuigd zijn van de noodzakelijkheid, zijn meer ontevreden;
- patiënten, die onrealistische verwachtingen hebben over het resultaat van de ingreep zijn vaak ontevreden;
- patiënten, die ontevreden waren over een vorige esthetische ingreep zijn vaker ontevreden over de huidige ingreep;
- mannen en jongere patiënten zijn minder tevreden dan vrouwen of oudere patiënten.

Mannen die om esthetische chirurgie vragen, vormen een bijzondere groep patiënten. Mannen worden steeds meer beïnvloed door de manier waarop anderen hen bekijken. In de jaren 80 was de vraag naar een chirurgische ingreep uitzonderlijk. Nu ondernemen 10 tot 15 % van de mannen zulke stappen. De meeste ingrepen hebben betrekking op liposuctie, oogleden of facelift. De leeftijdsgroep ligt tussen 40 en 60 jaar. De meest aangevoerde redenen betreffen de noodzaak van een goed uiterlijk om een relatie te behouden of te vinden. Een meer marginale reden voor de oudere man is zijn wens om een jongere vrouw te ontmoeten. Toch blijft het voor mannen minder gewoon om van uiterlijk te willen veranderen. Hoewel deze situatie aan het evolueren is, is de hulpvraag voor esthetische chirurgie van een man op sociaal vlak ook nog steeds minder aanvaard.

De hulpvraag kan, net als bij vrouwen, op een onderliggend psychisch probleem wijzen. Een verandering van lichaamsbeeld bij een rijpere man kan ook toe te schrijven zijn aan een persoonlijkheidsprobleem.

- patiënten met een voorgeschiedenis van psychologische of psychiatrische problemen (depressie en angststoornis, een stoornis in de lichaamsbeleving, in het Engels '*body dysmorphic disorder*' (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR*), of een borderline of narcistische persoonlijkheidsstoornis) zijn frequent ontevreden (Honingman et al., 2004).

Een manifeste of latente depressie kan verklaren waarom mensen uit compensatie voor een psychologische benadering kiezen om aan hun lijden te ontsnappen. Echte, professionele problemen kunnen verklaren waarom een individu denkt de problemen niet meer aan te kunnen, in verwarring raakt en aan zichzelf gaat twijfelen. De narcistische krenking die één van de gevolgen van een depressie kan zijn, illustreert de mogelijke kwetsbaarheid van bepaalde individuen, die eerder in de tekst al is besproken.

Terwijl een **stoornis in de lichaamsbeleving** slechts bij 1 tot 2% van de algemene bevolking aanwezig is, lijden 6 à 15 % van esthetische chirurgie patiënten en dermatologie patiënten aan deze stoornis (DSM-IV-TR).

Deze stoornis is historisch gekend als "dysmorfofobie" en betreft zorgen over een uiterlijk defect. Deze kunnen denkbeeldig zijn. Als een licht fysiek defect zichtbaar is, wordt dat bijvoorbeeld uitvergroot. Zo kan de bekommernis leiden tot een klinisch significant leed of een verslechtering in functioneren.

De klachten (DSM-IV-TR) betreffen gewoonlijk onvolkomenheden van het gezicht of het hoofd: dun haar, acne, rimpels, littekens, zichtbare slagaders en aders, bleke of rode gelaatskleur, zwelling, faciale asymmetrie of disproportie van de gelaatstreken, bovenmatige beharing. De vorm, de afmetingen of andere kenmerken van de neus, ogen, wimpers, wenkbrauwen, oren,

mond, lippen, tanden, kaak, kin, wangen of hoofd zijn andere veel voorkomende bekommernissen. Om het even welk deel van het lichaam kan echter voor bekommernis vatbaar zijn zoals geslachtsorganen, borst, billen, buik, armen, handen, voeten, benen, heup, schouder, wervelkolom, belangrijkere delen van het lichaam of meer algemeen de lichaamslengte of de schouderbreedte en het spierstelsel. De bekommernis kan meerdere gedeelten van het lichaam tegelijkertijd betreffen. Ook al is de klacht vaak precies en gefocust, een klacht kan soms ook onduidelijker zijn. Bepaalde personen, verlegen voor hun bekommernissen of om andere redenen, vermijden hun "gebreken" gedetailleerd te beschrijven en verwijzen eerder naar hun lelijkheid in het algemeen.

Omwille van hun vermoedelijke misvormingen beschrijven deze personen vaak hun bekommernissen als uiterst pijnlijk, als bron van ondraaglijke kwelling. Meerdere uren per dag denken zij aan hun defecten waardoor die gedachten hun leven gaan beheersen. Hierdoor kunnen zij vermijdingsgedrag vertonen t.o.v. werk, school of andere activiteiten. Het onderzoeken van hun defecten kan meerdere uren per dag in beslag nemen. Sommigen gebruiken zelfs speciale lampen of een loep om ze te onderzoeken. Hun bekommernissen en de angst die daarmee gepaard gaat worden daardoor steeds groter. Daarom vermijden sommigen spiegels, soms door deze te bedekken, soms door deze uit hun omgeving te verwijderen. Zij vergelijken soms ook het gedeelte van hun lichaam dat ze afschuwelijk vinden met dat van anderen. Zij denken vaak dat anderen sterk letten op hun defecten, erover spreken of erom lachen. Ze trachten soms hun gebreken te verbergen, bijvoorbeeld door hun baard te laten groeien om denkbeeldige littekens op hun gezicht te bedekken, door een hoed te dragen om een denkbeeldig haarverlies te maskeren of door hun slip op te vullen om een te klein geachte penis beter te doen uitkomen.

Dergelijke gedachten kunnen tot delirium leiden. Waanvoorstellingen of niet, het hebben van angstwekkende bezorgdheden over ingebeelde gebreken is wijd verspreid. Het vermijden van doodnormale activiteiten kan tot extreme sociale isolatie leiden. In bepaalde gevallen komen deze personen slechts 's nachts buiten wanneer ze niet meer gezien kunnen worden. Sommigen durven niet meer naar school of werk en vermijden sollicitatiegesprekken. Zij hebben vaak weinig vrienden, vermijden omgang met personen van het andere geslacht en nemen afstand van sociale relaties. Dit kan leiden tot herhaalde opname in het ziekenhuis, zelfmoordgedachten en zelfmoordpogingen. Deze personen zoeken vaak ook naar dermatologische, tandheelkundige, chirurgische of andere medische behandelingen om hun denkbeeldige gebreken te verbeteren. Deze behandelingen kunnen echter hun stoornissen verergeren door hun bezorgdheid te versterken of er een nieuwe te scheppen (DSM-IV-TR).

Deze stoornis in de lichaamsbeleving kan gepaard gaan met een majeure depressieve stoornis, een stoornis met delirium, een sociale fobie en een obsessieve-compulsieve stoornis. In de klinische centra voor geestelijke gezondheid werd een frequentie van deze stoornis bij personen met een angststoornis of depressie tussen 5% en 40% vermeld (DSM-IV-TR).

Deze stoornis begint gewoonlijk tijdens de adolescentie maar kan soms ook tijdens de kinderjaren worden vastgesteld. Deze kan ofwel geleidelijk ofwel plotseling beginnen. De evolutie verloopt eerder continu met weinig vrije intervallen hoewel de intensiteit van de symptomen met de tijd kan variëren. Het gedeelte van het lichaam waarover men zich bekommert, kan hetzelfde blijven maar kan ook veranderen (DSM-IV-TR).

In een meer psychoanalytische context stelt Lowenstein (2005) zich ook vragen **over de band van sommige patiënten met hun lichaam**: "Het kan gaan om uitgehongerde mannequins, danseressen, geboude sporters, getatoeëerde of personen met piercings. Zij leggen ons uit dat zij zich zo mooier vinden en dat zij zich anders niet wensen of durven te vertonen. De representatiestoornis van hun lichaamsschema is onmiskenbaar, en vergelijkbaar met die van anorectici, heroïne of cocaïne verslaafden of van patiënten, die onder invloed zijn van hallucinogenen zoals LSD."

Een screening voor de ingreep is bijgevolg nodig. Een dergelijke screening kan door de huisarts worden uitgevoerd aan de hand van korte vragenlijsten zoals de PRIME-MD (Spitzer et al., 1999) vooraleer de patiënt door te verwijzen. Deze screening kan ook door de chirurg gebeuren die dank zij gerichte systematische vragen zou kunnen nagaan of de patiënt een belangrijk psychologisch probleem heeft of heeft gehad, of de patiënt zelf voorstander is van de ingreep, of de patiënt een realistisch beeld heeft van het verwachte resultaat en hoe de patiënt vorige esthetische ingrepen beoordeelt. Als de chirurg veronderstelt dat er iets verkeerd is, zou hij de patiënt naar een klinisch psycholoog en/of een psychiater kunnen doorverwijzen. In bepaalde behandelingsprotocollen wordt de psychologische raadpleging steeds vaker verplicht gesteld zoals dit het geval is bij ingrepen i.v.m. transseksualiteit of bij maagverkleining.

3.2.2.2 Niet-invasieve en omkeerbare ingrepen

Waar de esthetische en plastische chirurgen wel een medische en enige psychologische opleiding hebben ontvangen, geldt dit niet voor schoonheidsspecialisten.

Het luisteren naar problemen van mensen is een wezenlijk element in de praktijkvoering van de schoonheidsspecialisten. Zij zijn echter niet altijd goed voorbereid om deze rol te vervullen noch om de grenzen van hun professionele rol correct te bepalen. Schoonheidsspecialisten zouden beter hun grenzen moeten kennen en hun cliënten tijdig naar andere gezondheidsprofessionals doorverwijzen als die grenzen worden bereikt.

In het kader van hun opleiding worden toekomstige schoonheidsspecialisten gesensibiliseerd voor de psychologische problematiek en hebben zij de gelegenheid stages te lopen waardoor zij hun theoretische opleiding aan de professionele praktijkvoering kunnen toetsen.

Er is echter reden tot bezorgdheid over de toekomst van het beroep van schoonheidsspecialist wanneer in België omwille van de Europese markt "schoonheidsspecialisten" actief worden die geen opleiding hebben genoten m.b.t. vernoemde psychologische aspecten en de grenzen van hun functioneren. De Europese Commissie heeft op 2 oktober 2013 (COM (2013) 676 finaal) een document uitgebracht over de beoordeling van nationale regelgevingen met betrekking tot de toegang tot beroepen, waarover de HGR een advies heeft verleend (HGR, 2014).

De titel van schoonheidsspecialist moet dringend worden beschermd door middel van een erkenning door de overheid op basis van een diploma gekoppeld aan een gecertificeerde opleiding.

Voor schoonheidsspecialisten geldt de vraag : wat gebeurt er na het luisteren? Dit geldt eveneens voor vrijwilligers of kinesitherapeuten die in hun opleiding evenzeer communicatietraining zouden moeten ontvangen. Zij moeten zich ook bewust worden van de grenzen van hun functioneren en leren doorverwijzen. In de praktijk blijkt het moeilijk om een meer gespecialiseerde persoon aan te bevelen, of het nu om een huisarts, een dermatoloog of een psycholoog gaat, laat staan een psychiater, voor wie bij patiënten vaak een taboe bestaat.

Als een schoonheidsspecialist in een multidisciplinair verband werkt waartoe ook een psycholoog hoort, zal de situatie zeker gemakkelijker zijn. Als het raadplegen van een psycholoog slecht gepercipieerd wordt, loopt men echter het risico dat de patiënt elders naartoe gaat. Als de schoonheidsspecialist er moeilijkheden mee ondervindt om een gesprek met een psycholoog aan te raden, kan eerst het bezoek aan een huisarts worden aanbevolen.

Hoe dan ook is de situatie aan het evolueren. Het raadplegen van een psycholoog wordt inderdaad zeker beter aanvaard dan een bezoek aan een psychiater die vaak gelijk wordt gesteld met een neuroloog of met alles wat op "krankzinnigheid" betrekking heeft.

Het is bijgevolg begrijpelijk dat de beroepsvereniging van schoonheidsspecialisten het volgen van een zevende jaar aanbeveelt met een gerichte opleiding. Deze bijkomende opleiding wordt nog steeds met de minister besproken. De HGR heeft kunnen vaststellen dat, voor wat betreft de esthetische behandelingen in België, er in het kader van de opleidingen tot sociale schoonheidsspecialist een noodzaak bestaat om te leren omgaan met fysiek of geestelijk lijden. De bedoeling daarvan is bij te dragen tot het welbevinden van patiënten of cliënten en hen in staat te stellen om een positiever zelfbeeld en een beter zelfoordeel te ontwikkelen.

3.2.2.3 Reconstructieve heekunde

Een reconstructieve ingreep laat toe na mutilatie door ongeval, excisie van een tumor of aangeboren misvorming een zo normaal mogelijke anatomie te herstellen door chirurgie maar ook door technieken van esthetische geneeskunde of esthetische praktijkvoering. Ook al gaat het niet altijd om anatomische ingrepen, ze laten een patiënt meestal toch toe om na de rouwperiode tussen de mutilatie en de reconstructie zichzelf terug te vinden.

Deze reconstructieve ingrepen vormen een bijzonder kader want de personen, die hiervoor in aanmerking komen, ondervinden een bijzonder leed of zijn verzwakt en de relationele vaardigheden van de behandelaar zijn van even groot belang als zijn wetenschappelijke en technische bekwaamheden. Deze gevallen worden gelukkig meestal door multidisciplinaire teams opgevangen.

Vandaar de noodzaak om erkenningscriteria uit te werken, een officieel statuut te bepalen voor de esthetische verpleegkundige of "sociale" schoonheidsspecialist die een specifieke opleiding zou moeten krijgen om bij te dragen tot de reconstructie van het beeld van de patiënt en het herstellen van diens welbehagen rekening houdend met diens persoonlijke eigenschappen en de limieten van zijn of haar functie.

De Federatie Wallonië-Brussel heeft onder andere een bijkomend opleidingsjaar voorzien opdat schoonheidsspecialisten in rusthuizen, gevangenissen of ziekenhuizen zouden kunnen werken. De federatie heeft bijvoorbeeld van het Instituut Bordet bekomen dat de schoonheidsspecialisten er aanvaard worden om sociale ondersteuning en zorg te bieden aan behandelde personen.

In Vlaanderen bestaat er ook een 7de jaar waarin schoonheidsspecialisten zich kunnen bijscholen en bekwaamheden kunnen ontwikkelen in het domein van de zorg na een behandeling voor kanker of bij dermatologische problemen zoals psoriasis. De schoonheidsspecialisten volgen het programma van het technisch secundair onderwijs met tijdens de laatste vier jaren 20 uren theorie en 16 uren praktijk waarbij zij de gelegenheid krijgen in contact te komen met de patiënten. In samenwerking met de kankervereniging kunnen de schoonheidsspecialisten die het wensen zich bijscholen door een speciale opleiding te volgen in behandelingen van personen die kanker hebben gehad met 18 uur oncologie en 24 uur psychologie. Hoewel de kankercentra interesse betonen voor een dergelijke verzorging is het aantal schoonheidsspecialisten op dit terrein echter beperkt. Ze zijn geneigd om de voorkeur te geven aan schoonheidsinstituten.

4. REFERENTIES

APA - American Psychiatric Association - DSM-IV-TR - Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux, 4ème édition, Texte révisé (Washington DC, 2000). Traduction française par Guelfi JD et al, Masson, Paris, 2003, 1120 p.

APA - American Psychiatric Association. DSM-5 - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 2013; p. 242-7.

Bergeret J. La personnalité normale et pathologique: les structures mentales, le caractère, les symptômes. Donod; Paris, 1974, 283 p.

Cook SA, Rosser R, Salmon P. Is cosmetic surgery an effective psychotherapeutic intervention? A systematic review of the evidence. J Plast Reconstr Aesthet Surg 2006;59(11):1133-51.

De Mey A. La chirurgie esthétique : est-ce encore de la médecine ?. Rev. Med Brux 2004;4:A363-4.

De Mol J. Le dommage psychique: du traumatisme à l'expertise. Larcier, 2012, 302 p

De Mol J. Le psychisme et l'image de soi: de la clinique à l'expertise. Revue belge du dommage corporel, 2005, 32, 2-3-4, 77-84.

Henderer UT. Ethique et apparence. A propos du thème plus général : chirurgie esthétique, pratique privée, problèmes ou solutions ?. Ann chir esthét 1996;41(4):400-9

HGR – Hoge Gezondheidsraad. Aanzet tot risicomanagement inzake toestellen voor cosmetische toepassingen en aanverwante cosmetische huidbehandelingen stellen voor cosmetische toepassingen en aanverwante huidbehandelingen. Brussel: HGR; 2011. Advies nr 8587.

HGR - Hoge Gezondheidsraad. Hygiënische vereisten met betrekking tot de infectiebeheersing bij semi-permanente en permanente make-up, tatoeage en piercing. Brussel: HGR; 2012. Advies nr 8719.

HGR – Hoge Gezondheidsraad. De impact van de communicatie van de Europese Commissie betreffende de reglementering van de toegang tot beroepen en meer specifiek tot het beroep van schoonheidsspecialist(e). Brussel: HGR; 2012. Advies nr 9163.

HGR – Hoge Gezondheidsraad. Veiligheid en doeltreffendheid van lipolysetechnieken. Brussel: HGR; 2013. Advies nr 8837.

Honigman RJ, Phillips KA, Castle DJ. A review of psychosocial outcomes for patients seeking cosmetic surgery. Plast Reconstr Surg 2004;113(4):1229-37.

Koningrijk Belgium. Wet van 23 mei 2013 tot regeling van de vereiste kwalificaties om ingrepen van niet-heelkundige esthetische geneeskunde en esthetische heelkunde uit te voeren. BS van 02 juli 2013; blz. 41511.

Lejour M. La chirurgie esthétique et le mythe de la beau - Revue de l'université de Bruxelles – 1987/3-4 1987. p.37-40

Lowenstein W. Ces dépendances qui nous gouvernent – Comment s'en libérer ? Calmann-lévy, Paris; 2005.

Porot A. Manuel alphabétique de Psychiatrie, PUF, 1952, 746 p.

Sarwer DB. The psychological aspects of cosmetic breast augmentation. Plast Reconstr Surg 2007;120(7 Suppl 1):110S-7S.

Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. JAMA 1999;282(18):1737-44.

von Soest T, Kvaalem IL, Skolleborg KC, Roald HE. Psychosocial changes after cosmetic surgery: a 5-year follow-up study. Plast Reconstr Surg 2011;128(3):765-72.

5. BIJLAGE(N)

Volgende bijlagen betreffende schoonheidsspecialisten in Franstalig België zijn verkrijgbaar op verzoek:

Bilage 1^{out}. Schéma de capitalisation de la section « esthéticien social »

Bijlage 2^{out}. Profil professionnel

Bijlage 3^{out}. Lieux de stage, soins prodigués et résultats

Bijlage 4^{out}. Sensibilisation de l'esthéticienne sociale aux principales pathologies rencontrées en milieu hospitalier

Bijlage 5^{out}. Des soins par des Esthéticiennes Sociales pour des personnes atteintes de Sclérose en Plaques : un début de collaboration.

6. AANBEVELINGEN VOOR ONDERZOEK

Omdat er weinig over deze problematiek werd gepubliceerd is er nood aan aanvullend wetenschappelijk onderzoek.

7. SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP

Al de deskundigen hebben **op persoonlijke titel** aan de werkgroep deelgenomen. De namen van de deskundigen van de HGR benoemd per KB, de leden van het Bureau en het College, en de algemene belangenverklaringen van de experts zijn beschikbaar op onze website www.hgr-css.be (link: [samenstelling en werking](#) - link: [Belangenconflicten](#)).

De volgende deskundigen hebben hun medewerking verleend bij het opstellen van het advies:

DE MEY Albert	Geneeskunde, plastische chirurgie	ULB
DE MOL Jacques	Psychologie	ULB
DE MOOR Roeland	Restauratieve tandheelkunde, tandheelkundig trauma en lasers in tandheelkunde	UGent
DE GUCHT Véronique	Klinische en Gezondheidspsychologie	Universiteit Leiden
de THIBAUT	de Preventie en bescherming op het werk -	UGent
BOESINGHE Léopold	bioethiek	

Het voorzitterschap werd verzekerd door Jacques DE MOL en het wetenschappelijk secretariaat door Sylvie GERARD en Anne-Madeleine PIRONNET.

De permanente groep « cosmetologie en cosmetische toestellen met inbegrip van esthetische heelkunde »

BEELE Hilde	Geneeskunde, dermatologie	UZ Gent
-------------	---------------------------	---------

BORIES Yvon
DE CUYPER Christa

Verpleger, Ziekenhuishygiëne
Geneeskunde, dermatologie

AZ Nikolaas, Sint Niklaas
AZ Sint-Jan, Brugge

De administratie werd vertegenwoordigd door:

MEUNIER Joëlle
PASTEELS Karine
VRINDTS Els

Celhoofd cosmetica
Technisch expert
Celhoofd Inspectie van
consumentenproducten

DG4 – voeding en cosmetica
DG 2 - Inspectiedienst
DG 4 – Inspectie van
consumentenproducten

De volgende personen werden gehoord:

BOECKX John
CHALIASOS Maria
DELGOFFE Daniel

Voorzitter
Verpleegster, socio-esthetica
Ingenieur, Technisch adviseur

GYS Francine
HERS Denis
HEBRANT Jean

Erevoorzitter
Geneeskunde, psychiatrie
Voorzitter

SALEMBIER Nadine

Voorzitter

BESKO
IPETPPS
UNEB-NUBE - Nationale
Unie van Belgische
Estheticiennes
BESKO
UCL
Société de médecine
esthétique
UNEB-NUBE

Over de Hoge Gezondheidsraad (HGR)

De Hoge Gezondheidsraad is een federaal adviesorgaan waarvan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu het secretariaat verzekert. Hij werd opgericht in 1849 en geeft wetenschappelijke adviezen i.v.m. de volksgezondheid aan de ministers van Volksgezondheid en van Leefmilieu, aan hun administraties en aan enkele agentschappen. Hij doet dit op vraag of op eigen initiatief. De HGR probeert het beleid inzake volksgezondheid de weg te wijzen op basis van de recentste wetenschappelijke kennis.

Naast een intern secretariaat van een 25-tal medewerkers, doet de Raad beroep op een uitgebreid netwerk van meer dan 500 experts (universiteitsprofessoren, medewerkers van wetenschappelijke instellingen, praktijkbeoefenaars, enz.), waarvan er 300 tot expert van de Raad zijn benoemd bij KB; de experts komen in multidisciplinaire werkgroepen samen om de adviezen uit te werken.

Als officieel orgaan vindt de Hoge Gezondheidsraad het van fundamenteel belang de neutraliteit en onpartijdigheid te garanderen van de wetenschappelijke adviezen die hij aflevert. Daartoe heeft hij zich voorzien van een structuur, regels en procedures die toelaten doeltreffend tegemoet te komen aan deze behoeften bij iedere stap van het tot stand komen van de adviezen. De sleutelmomenten hierin zijn de voorafgaande analyse van de aanvraag, de aanduiding van de deskundigen voor de werkgroepen, het instellen van een systeem van beheer van mogelijke belangenconflicten (gebaseerd op belangenverklaringen, onderzoek van mogelijke belangenconflicten en een Commissie voor Deontologie) en de uiteindelijke validatie van de adviezen door het College (eindbeslissingsorgaan van de HGR, samengesteld uit 40 leden van de pool van benoemde experts). Dit coherent geheel moet toelaten adviezen af te leveren die gesteund zijn op de hoogst mogelijke beschikbare wetenschappelijke expertise binnen de grootst mogelijke onpartijdigheid.

Na validatie door het College worden de adviezen overgemaakt aan de aanvrager en aan de minister van Volksgezondheid en worden ze gepubliceerd op de website (www.hgr-css.be). Daarnaast wordt een aantal onder hen gecommuniceerd naar de pers en naar bepaalde doelgroepen (beroepsbeoefenaars in de gezondheidssector, universiteiten, politiek, consumentenorganisaties, enz.).

Indien u op de hoogte wilt blijven van de activiteiten en publicaties van de HGR kunt u een mail sturen naar info.hgr-css@health.belgium.be.