

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



Zitting 1997-1998

8 mei 1998

GEDACHTEWISSELING

over de Vlaamse Gezondheidsdoelstellingen 1998-2002

VERSLAG

**namens de Commissie voor Welzijn, Gezondheid en Gezin
uitgebracht door mevrouw Sonja Becq**

Samenstelling van de commissie :

Voorzitter : mevrouw Trees Merckx-Van Goey.

Vaste leden : mevrouw Sonja Becq, de heer Jan Béghin, mevrouw Trees Merckx-Van Goey, de heren Marc Olivier, Bart Vandendriessche ;

mevrouw Yolande Avontroodt, mevrouw Patricia Ceysens, de heer Etienne De Groot ;

de heer Peter De Ridder, mevrouw Kathy Lindekens, de heer Guy Swennen ;

de heren Wilfried Aers, Felix Strackx ;

de heer Etienne Van Vaerenbergh ;

mevrouw Ria Van Den Heuvel.

Plaatsvervangers :

de heren Leo Cannaerts, Johan De Roo, mevrouw Veerle Heeren, mevrouw Kathleen Helsen, mevrouw Riet Van Cleuvenbergen ;

de heer Jacques Devolder, mevrouw Marleen Vanderpoorten, mevrouw Sonja Van Lindt ;

de heren Fred Dielens, Johnny Goos, Jacky Maes ;

de heren Frank Creyelman, Karim Van Overmeire ;

de heer Herman Lauwers ;

de heer Jos Stassen ;

Niet-commissieleden die aan de bespreking deelnamen :

de heer Chris Vandenbroeke ; mevrouw Cecile Verwimp-Sillis.

INHOUD

	Blz.
1. Vergadering van 19 februari 1998 : algemene bespreking	3
2. Vergadering van 26 maart 1998	15
a. Procedure	15
b. Bespreking per doelstelling	19
Doelstelling 1	19
Doelstelling 2	22
Doelstelling 3	24
Doelstelling 4	26
Doelstelling 5	27
Verdere aandachtspunten	29
 Bijlagen	
1. De Vlaamse Gezondheidsdoelstellingen 1998-2002, persconferentie van 21 januari 1998 ..	33
2. Verder uitgewerkte versie van de Vlaamse Gezondheidsdoelstellingen	43

DAMES EN HEREN,

De Commissie voor Welzijn, Gezondheid en Gezin hield een gedachtewisseling over de Vlaamse Gezondheidsdoelstellingen 1998-2002 op 19 februari en 26 maart 1998. De gezondheidsdoelstellingen worden ingevoerd krachtens het besluit van de Vlaamse regering van 19 december 1997 tot wijziging van het besluit van de Vlaamse regering van 31 juli 1991 inzake gezondheidspromotie. Artikel 1, 15° van dat besluit bepaalt dat de doelstellingen op voorstel van de Vlaamse regering, na advies van de Vlaamse Gezondheidsraad voorgesteld worden door het Vlaams Parlement.

Het eerste document "De Vlaamse Gezondheidsdoelstellingen 1998-2002" zoals door mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, voorgesteld op de persconferentie van 21 januari 1998, en een meer uitgewerkte versie, op basis waarvan de bespreking in commissie verliep, zijn als bijlage bij dit verslag gevoegd.

1. Vergadering van 19 februari 1998 : algemene bespreking

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Mevrouw de voorzitter, er liggen vijf gezondheidsdoelstellingen ter bespreking op tafel. Naast de tekst die voorgesteld werd op de persconferentie van 21 januari heb ik u ook een uitgebreide tekst bezorgd met de beschrijving van de doelstellingen, de verantwoording ervoor en met mogelijke acties. (zie bijlagen)

Deze vijf doelstellingen zijn een gevolg van de evolutie van het rapport over de gezondheidsindicatoren, die we gedurende de voorbije vier jaar hebben vastgelegd, van de aanbevelingen van het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie, en van de adviezen gemaakt door de Vlaamse Gezondheidsraad. De vijf doelstellingen werden zo concreet mogelijk geformuleerd. Ze zullen aan de LOGO's worden overgemaakt, die ze met behulp van de methoden die nu door het VIG worden ontwikkeld zo veel mogelijk aan de basis bekend kunnen maken. Alle veldwerkers en gezondheidsactoren van het lokale niveau moeten ervan op de hoogte worden gebracht.

Op basis van de door u gekende gezondheidsdoelstellingen hebben we naar de verantwoording ervoor gezocht en hebben we acties voorgesteld.

Bij deze acties zult u telkens ook een aantal structurele maatregelen vinden, zowel algemene als bijzondere. We geven ook elke keer voorstellen en ideeën ter overweging, opdat ook de enorme creativiteit van de gezondheidsactoren aan bod zou kunnen komen. U zult ook vaststellen dat een aantal doelstellingen zeer specifiek de zuivere gezondheidspromotie behandelen, en dat andere eerder te situeren zijn op het vlak van de bredere of secundaire preventie. Het voorstel van de doelstelling over de borstkankerscreening is een voorbeeld van primaire en secundaire preventie. Deze doelstelling vormt, net als die over de preventie van infectieziekten, een deel van het medische luik van het voorstel.

Ik denk niet dat het belangrijk is om dieper in te gaan op de beschrijving van iedere doelstelling. Die staan immers ook op papier. Ik denk dat het beter is u aan het woord te laten in deze gedachtewisseling. Ik ben bereid om er dieper op in te gaan, maar ik wil me vooral schikken naar de wensen van de commissieleden. Deze doelstellingen worden uiteraard voorgesteld aan de hand van analyses. We staan open voor suggesties, maar willen ons wel beperken tot deze vijf doelstellingen, omdat de implementatie ervan door de mensen op het terrein anders onmogelijk wordt. Volgens mij zijn vijf doelstellingen reeds enorm veel en zullen de veldwerkers moeten trachten accenten te leggen op een beperkt aantal ervan.

Uiteraard spreekt het voor zich dat een aantal doelstellingen die aansluiten bij bepaalde plaatselijke acties, en accenten die worden gelegd, moeten blijven bestaan. Het zou jammer zijn indien in bepaalde regio's de bestaande initiatieven niet kunnen worden voortgezet.

Moet ik meer uitleg verschaffen bij de doelstellingen ?

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey, voorzitter : Ik denk van wel, maar ik stel voor om eerst de gezondheidsdoelstellingen en het formuleren ervan onder de loop te nemen. Wie in de overheid doet wat ? Mevrouw de minister, u hebt gesteld dat het aantal doelstellingen tot vijf wordt beperkt. Ik denk dat we los van de inhoud van deze vijf doelstellingen ook over dit punt kunnen debatteren. Ik wil echter niet vooruitlopen op de discussie.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Mevrouw de voorzitter, ik zou dieper kunnen ingaan op alle doelstellingen, maar ik heb alle aanwezige commissieleden gezien tijdens de voorstelling van de gezondheidsindicatoren en -doelstellingen op de

persconferentie. Indien ik alles opnieuw uitleg, val ik in herhaling. Volgens mij kunnen we beter het gesprek beginnen en de door u voorgestelde thema's bespreken.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Mevrouw de voorzitter, ik kan me zeker aansluiten bij de opmerkingen die u daarnet hebt gemaakt. Mevrouw de minister, ik wil toch benadrukken dat de doelstellingen slechts kunnen worden vastgelegd door het parlement. Dit gebeurt uiteraard samen met u : u stelt de doelstellingen voor, waarna die worden besproken in de commissie. U refereerde aan het advies van de Vlaamse Gezondheidsraad. Het woord vooraf vermeldt dat het om een voorlopig advies van de Vlaamse Gezondheidsraad gaat. Uw voorstel is dus enkel gebaseerd op de aanbevelingen van het VIG.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Neen, de doelstellingen zijn gebaseerd op aanbevelingen van de VGR en het VIG, en ook op de gezondheidsindicatoren. U hebt de definitieve versie van het VGR-advies ondertussen ontvangen.

Mevrouw Yolande Avontroodt : We zullen de algemene bespreking in voorwaardelijke termen voeren. Eerst hou ik een algemene bespreking, en daarna een bespreking per gezondheidsdoelstelling.

Mevrouw de minister, het is een goede zaak dat u met doelstellingen werkt. Dat is een belangrijke stap voorwaarts. Voor het eerst in de Vlaamse gezondheidspreventie wordt gezegd dat er gezondheidsdoelstellingen bestaan, die we moeten proberen te formuleren. Op het terrein leven er wel nog enkele bedenkingen.

De vrees blijft bestaan dat exclusiviteiten worden gecreëerd. Dit kwam aan bod tijdens de hoorzittingen, en leeft bij de mensen die bezig zijn met preventie. Prioriteiten mogen niet neerkomen op exclusiviteiten. In deze kwestie zult u duidelijkheid scheppen. U hebt net gezegd dat wat bestaat, blijft bestaan. Onder meer mensen die bezig zijn met aids-preventie, maken zich daar zorgen om. Op diverse terreinen leeft de vrees dat de middelen voor categoriale inspanningen zullen verminderen.

Een tweede algemene bedenking wil ik maken bij het feit dat gezondheidsdoelstellingen uitgaan van en gebaseerd zijn op het aantal Verloren Potentiële Levensjaren. Dat is een juiste indicator, maar ik mis een benadering van de kwaliteit van het leven. Dat is het gevolg van het feit dat er geen gezondheidsindicatoren zijn die te maken hebben met de

qaly's (quality-adjusted life years). Zonder indicatoren is het moeilijk om deze in een gezondheidsdoelstelling te formuleren.

Daarnaast is van de vijf vooropgestelde doelstellingen in theorie enkel de vierde duidelijk geformuleerd. Het aantal dodelijke ongevallen in privé-sfeer en in het verkeer, wilt u verminderen met 10 percent. Om die doelstelling te realiseren, kunnen verschillende middelen worden ingezet. Bij doelstellingen één, twee, drie en vijf worden middelen als doelstelling vooropgesteld, om zo te komen tot de eigenlijke doelstelling. Als u bijvoorbeeld zegt dat het aantal rokers moet dalen met 10 percent, dan moet de uiteindelijke doelstelling luiden dat u het aantal gevallen van longkanker, maagkanker en chronische bronchitis te wijten aan roken, wilt doen dalen. De echte doelstelling moet vertrekken vanuit een duidelijke indicator. De andere zaken die u hier voorstelt, zijn middelen om die doelstellingen te bereiken. Wat u in doelstellingen één, twee, drie en vijf vooropstelt, zijn middelen en geen echte doelstellingen. Mevrouw de minister, ik vind het nog steeds lovenswaardig dat u met doelstellingen probeert te werken. Ik wil ze graag nog eens overlopen.

Primaire preventie betekent een uitschakeling van het risico door bijvoorbeeld de risicofactor te verbieden of te stoppen. Ik verwijs naar het stoppen met roken. Secundaire preventie is het aanvaarden van het risico maar het tegelijk leren beheersen. Tertiaire preventie houdt in dat men aanvaardt dat er schade is, maar verdere schade wil voorkomen. We kunnen de doelstelling aan deze drie theoretische luikjes toetsen.

Ik stel voor om de doelstellingen te herformuleren opdat de schade het echte uitgangspunt wordt. Desalniettemin zal het uiteindelijk resultaat zijn dat men het doel met het middel wil verminderen. Als doelstelling wordt daarbij dus gesteld dat men het aantal door roken veroorzaakte doden wil verminderen.

Tot daar mijn algemene bespreking, die ik in het kort nog even samenvat als een pleidooi tegen het gebrek aan aandacht voor de kwaliteitsindicatoren van het leven en voor een herformulering van de doelstellingen.

Mevrouw Sonja Becq : Het is inderdaad belangrijk dat we een Vlaamse strategie ontwikkelen om een aantal doelstellingen concreet waar te maken. Daarbij moeten alle actoren die ook maar iets met gezondheid te maken hebben, worden betrokken. Ik denk daarbij in de eerste plaats aan de LOGO's,

waarnaar in het woord vooraf wordt verwezen. Uiteraard dient de betrokkenheid uitgebreid te worden tot elke individuele arts, het medisch schooltoezicht, Kind & Gezin, enzovoort.

Deze gezondheidsdoelstellingen mogen echter niet als exclusief worden opgevat. De diverse actoren op het terrein moeten de kans krijgen ook hun eigen accenten te leggen voor de doelgroepen waarmee ze werken.

Eigenlijk maakt het niet zoveel uit of de discussie nu moet gaan over vermijdbare sterfte dan wel over kwaliteit. De uiteindelijke doelstelling moet gericht zijn op de kwaliteit van ons leven op deze aarde. Belangrijk is ook duidelijkheid te creëren rond de boodschap die we willen overbrengen.

Ikzelf kan niet op de medische kant van dit alles ingaan en denk trouwens ook niet dat dit de bedoeling is van dit debat. Ik geef als voorbeeld de stelling over de vetarme voeding. Het streefcijfer – het aantal mensen dat hierdoor beter kan worden – vinden we hier niet terug. Maar de boodschap is wel belangrijk als daarmee op dit vlak inderdaad een mentaliteitswijziging kan worden bereikt.

Deze morgen ben ik naar hier gekomen met het gevoel 'maar' een parlamentslid te zijn. Ik kan bijvoorbeeld over de gezondheidsdoelstellingen een aantal dingen opvolgen en mij erover informeren. Ik denk echter niet dat onze taak als parlementsleden erin bestaat dat we nagaan of de doelstellingen vanuit medisch oogpunt wel juist zijn. Wij moeten ons veeleer vragen stellen over de wijze waarop ze tot stand zijn gekomen. Daarbij moeten we samenwerken met het VIG, en de gezondheidsindicatoren zelf in ogenschouw nemen. Ik denk hierbij ook aan de accenten van de Gezondheidsraad en van de betrokkenen op het terrein.

De heer Guy Swennen : Ik wil me ook aansluiten bij wat mevrouw Avontroodt heeft gezegd, namelijk dat het een positieve zaak is dat voor de eerste keer gewerkt wordt met gezondheidsdoelstellingen of health targets. Ook in de traditionele zachte sectoren, die overigens steeds harder blijken te worden, is de tendens merkbaar om te zoeken naar meetinstrumenten om het beleid te kunnen sturen, maar vooral te kunnen bijsturen. Ik vind het een bijzonder goede zaak dat wij – ook al zijn we 'maar' parlementsleden om de woorden en vooral de aanhalingstekens van mevrouw Becq te gebruiken – daar sterk bij betrokken worden.

Ik heb ook enkele bedenkingen bij de keuze en de selectie van de gezondheidsdoelen. Ik wens echter

eerst te verwijzen naar het Vlaams regeerakkoord en naar de eigen basisnota van minister Demeester, 'Krijtlijnen voor een preventieve gezondheidszorg'. Daarin staat duidelijk dat mensen die in kansarme buurten leven en kansarmen in het algemeen met andere gezondheidsprioriteiten worden geconfronteerd en dat die bijgevolg op een andere wijze dienen te worden aangesproken dan de midden- en hoge-inkomensgroepen.

Uw tweede gezondheidsdoelstelling ligt me na aan het hart, want ik heb die waargemaakt. Dat koppelen aan de eerste doelstelling is echter niet zo gemakkelijk, alhoewel ik het al verschillende keren heb geprobeerd. Gezonde voeding is wel niet goedkoop, denk maar aan verse groenten en olijfolie. Gezonde voeding is een goed bedoelde doelstelling, maar voor kansarmen is die moeilijk haalbaar. In heel het beleid van de doelstellingen trouwens mis ik de link naar lagere klassen.

Ik heb nog een bedenking over de wetenschappelijke en maatschappelijke verantwoording van de keuze van de prioriteiten. Ik weet dat het geen makkelijke oefening is en dat men op een bepaald ogenblik een forfaitaire keuze moet maken. Het is me echter niet duidelijk wat de ratio legis is van deze keuze. Men vertrekt enkel vanuit het verlies aan potentiële levensjaren. Ik stel me dus vragen over de onderbouw. Ik heb in een hoekje van De Standaard ook een bedenking van mevrouw Avontroodt gelezen, die aids-preventie mist. Ik treed haar daarin bij.

Dan heb ik nog bedenkingen bij de gevolgde procedure. De Vlaamse regering zou vertrekken van een advies van de Gezondheidsraad, waarna een parlementair debat zou volgen en daaruit zouden dan de gezondheidsdoelstellingen worden gedisilleerd. Die procedure is niet helemaal gevolgd, omdat de gezondheidsdoelstellingen al aan het publiek zijn voorgelegd. Het is dan heel moeilijk om nog andere doelstellingen in te voeren.

Volgens het advies van de Gezondheidsraad moet gezond eten gerelateerd worden aan een gezonde omgeving. Waarom is er een afsplitsing tussen beide gemaakt ?

Mevrouw Yolande Avontroodt : Gezonde voeding is hier een gezondheidsdoelstelling. Ik vraag me af waarom we bijvoorbeeld het bestrijden van cardiovasculaire aandoeningen niet als doelstelling nemen. Dat is veel meer gediversifieerd en kansarmoede kan er veel gemakkelijker worden in opgenomen. Een van de grootste risicofactoren voor cardiovasculaire aandoeningen bij armen is bij-

voorbeeld diabetes. Men kan een screening van diabetes bij armen doen, waarna men middelen uitkiest om het te bestrijden. Gezonde voeding kan dan een middel zijn.

De heer Guy Swennen : U pleit dus ook voor de link met de gezonde leefomgeving.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Men kan de link maken door het om te draaien. Uw voorbeeld kan beter worden onderbouwd. Het uitgangspunt moet een beoogde vermindering van het aantal hart- en vaatziekten zijn. De middelen kunnen dan worden gediversifieerd. Zo kan de aandacht voor gezonde voeding worden toegespitst op bepaalde mensen. Bij de armen kan men de grootste risicofactoren opsporen : diabetes en hoge bloeddruk. Door een selectieve opsporing kunnen betere beleidsaccenten worden gelegd.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Het is een goede zaak dat er aan gezondheidsdoelstellingen wordt gewerkt. De interventies bevatten geen tegenstelling met wat ik nastreef. We moeten er wel voor zorgen dat wat we nu willen bereiken, ook correct kan worden vertaald. Over 10 jaar moeten we resultaten zien.

Mevrouw Avontroodt, u had het daarnet over galy's (quality-adjusted life years) ; ikzelf had het over daly's (disability-adjusted life years). In de internationale literatuur staat dat dit bijzonder moeilijk is. Men wil een aantal niveaus bereiken die men nog nergens anders heeft gehaald. De meeste landen die gezondheidsdoelen hebben opgesteld, proberen de gulden middenweg te vinden. Bij de bevolking wensen ze een aantal stromingen op gang te brengen. De bevolking moet samen met de gezondheidsactoren het doel bereiken. Daarnaast wil men weten of binnen de gezondheidsdoelen een stap vooruit werd gezet.

We zouden ook gewoon jaar na jaar kunnen vaststellen dat we bij de gezondheidsindicatoren vooruitgang boeken. Dat is ook zo. De beste preventieve maatregel die men ooit heeft genomen, was de aanleg van de riolering. Men heeft daar de meeste Verloren Potentiële Jaren gewonnen. Dat vindt men trouwens terug in de internationale literatuur. Het aanleggen van rioleringen was uiteraard geen gezondheidsdoel maar wel een middel. Men heeft wel begrepen dat het positieve gezondheidseffecten had. Mevrouw Avontroodt, uw definitie van gezondheidsdoel is correct. Ik deel uw mening volledig.

In de concrete acties willen we methodieken invoeren om een aantal groepen te bereiken. Hiervoor gebruiken we enerzijds de gezondheidsindicatoren, en anderzijds de besluiten van de VGR. In het rapport van de VGR wordt de bevordering van gezonde eetgewoonten op basis van aanbevolen voedingsnormen en dieetaanwijzingen een gezondheidsdoelstelling genoemd.

Voor het verminderen van het aantal cardiovasculaire aandoeningen, zijn een aantal middelen. Wanneer men de traditie een rol wil laten spelen om de bevolking achter bepaalde doelstellingen te scharen, moet men die ook juist vertalen. De VGR had het bijvoorbeeld over het vermeerderen van het aantal niet-rokers. Men kan dan beter zeggen dat men het aantal rokers wil verminderen met 10 procent.

We hebben de teksten van anderen als leidraad genomen. Het voorkomen van gezondheidsschendend gedrag is voor hen bijvoorbeeld een doel. We hebben getracht dit te formuleren zodat alle gezondheidsactoren – artsen, Kind en Gezin, PMS, enzovoort – een eenduidige boodschap hanteren. Dit is geen doel maar wel een middel om dat gezondheidsdoel te bereiken.

Ik zal niet voorstellen om dit doel op een complexere manier te vertalen. Ik wil het wel gedeeltelijk wetenschappelijk vertalen. Laat ons de middelen bepalen aan de hand van meetbare factoren. Dat zal pas over vijf jaar mogelijk zijn. We zullen later pas kunnen vertellen of we in onze doelstellingen geslaagd zijn of niet.

We hebben vijf gezondheidsdoelen of strategieën op papier gezet. De eerste doelstelling is de best verstaanbare voor de bevolking. Waarom ? Het aantal rokers verminderen met 10 percent, dat spreekt de mensen aan. Dat is concreet.

De heer Guy Swennen : Ze begrijpen dat ook beter omdat ze zo bang zijn voor de gevolgen van het roken.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Roken heeft ook de grootste impact op het sterftecijfer. Het tabaksgerelateerd sterftecijfer is onbetwistbaar. Tien jaar geleden was men nog niet zo overtuigd van de negatieve gevolgen van tabak. Toen we het rookverbod invoerden, verweten mijn federale collega's me dat mijn motivatie niet wetenschappelijk onderbouwd was. De internationale wetenschappelijke literatuur gaf toen wel al aanwijzingen, maar het heeft lang geduurd vóór dat hier doordrong.

We kunnen schitterende doelstellingen formuleren en ze zelfs wetenschappelijk onderbouwen, maar als we de bevolking niet bereiken, schieten we ons doel voorbij. Wetenschappelijk gezien kan men dit voorstel inderdaad bekritisieren, maar in andere landen start men op dezelfde wijze.

De vijfde doelstelling : 'In het jaar 2000 moet de preventie van infectieziekten op significante wijze worden verbeterd', is inderdaad geen doel, maar een middel. Aids- en SOA-preventie vallen daar natuurlijk onder. We kunnen nu nog niet tot in de puntjes bepalen hoe dat concreet in zijn werk moet gaan.

U vroeg me waarom drugspreventie daar niet bij wordt vernoemd, mevrouw Avontroodt. We hadden daarover geen evidence-based gegevens. We hebben ons laten leiden door een aantal principes van het Preventiecongres. Eén, de boodschap moet duidelijk zijn. Twee, de boodschap moet evidence-based zijn. U zult het met me eens zijn : de vierde doelstelling is als enige geformuleerd als gezondheidsdoel, maar is niet helemaal evidence-based. Ik wil die discussie eigenlijk niet voeren. Ik wil de mensen informeren en motiveren.

Als we over tien jaar de gezondheidsdoelen op een wetenschappelijke manier kunnen omkaderen en de middelen kunnen omschrijven, zullen we al heel wat bereikt hebben. Vandaag komt het erop aan zowel de bevolking als de gezondheidsactoren achter ons te scharen. We zouden een doelstelling rond cardiovasculaire aandoeningen kunnen formuleren en aanbevelen het roken te laten. Dan moeten we niet meer spreken over 10 percent verminderen, maar over stoppen met roken. Niet meer roken is dan het middel. Ik weet niet zeker of we de huisartsen dan allemaal meekrijgen, net zoals ze niet allemaal bereid zijn aan de alcoholpreventie mee te werken. Een kwart van de huisartsen wil de methodiek niet toepassen omdat ze zelf tot de risicogroep behoren.

Ik wil niet discussiëren over de wetenschappelijkheid van deze aanpak. Uw stellingen zijn de mijne, mevrouw Avontroodt. We moeten onthouden dat we geen artsen of wetenschappers zijn, maar politici. Als politici moeten we de hele bevolking sensibiliseren, een nieuwe traditie tot stand brengen.

Mijnheer Swennen, ik deel uw mening ten volle. Het is zeer moeilijk de vijf doelstellingen te bereiken, en zelfs de middelen te omschrijven, bij de kansarmen. Het is veel gemakkelijker om een gezonde voeding te ontwikkelen voor iemand die meer middelen heeft en zich in een gunstige omge-

ving bevindt. Allerlei omstandigheden spelen daarbij een belangrijke rol. Bijvoorbeeld bij diabetespatiënten, die omwille van hun ziekte vaak een dieet volgen, kan men erin slagen als men een bepaalde methodiek gebruikt waarbij deze mensen bijna individueel worden benaderd en begeleid. We hebben een en ander reeds besproken met diegenen die de methodologie moeten ontwikkelen, namelijk het VIG. Voor alle doelstellingen, zoals die vandaag worden geformuleerd, moeten methodes worden ontwikkeld om de meest kansarmen daar intens bij te betrekken.

De gezondheidszorg bij kansarmen verbeteren kan geen doelstelling zijn op zich. Dit zou ons nog verder verwijderden van wat we met de gezondheidsdoelen willen bereiken. Dit moet heel duidelijk tot uiting komen in de methodologie.

De heer Guy Swennen : Ik kan u volgen, mevrouw de minister, wanneer u zegt dat het zeer moeilijk is om algemene evidence-based doelstellingen te formuleren voor de kansarmen. Ik wil echter aanklagen dat er in heel het preventiebeleid zeer weinig specifieke benaderingen zijn voor kansarmen. Momenteel kent het gezondheidsbeleid een nieuwe versnelling die we enerzijds toejuichen, maar die anderzijds het bestaande gegeven alleen versterkt.

Als men harde conclusies durft te trekken, moet men vaststellen dat door dit soort van preventiecampagnes, die ik weliswaar grotendeels onderschrijf, de bestaande ongelijkheid in de gezondheidszorg voor kansarmen nog groter wordt. Het gevolg van deze campagnes zal zijn dat mensen zoals ik, die geëvolueerd zijn van zware naar uiterst lichte rokers, uiteindelijk zullen stoppen met roken. Mensen uit mijn groep, die bewust met dit probleem bezig zijn, zullen er als gevolg van deze campagnes beter uitkomen, maar uiteindelijk zal de ongelijkheid in het gezondheidsbeleid nog worden vergroot. Ik ben me ervan bewust dat het moeilijk is om deze correcties in de doelstellingen aan te brengen, maar dan zou tegelijkertijd een offensief aan maatregelen voor kansarmen moeten worden gestart.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Ik wil toch proberen u te overtuigen. Op dit ogenblik zijn er onderhandelingen aan de gang met het VIG. Het VIG heeft ons een nota bezorgd waarin staat dat het zelf de methodologische ondersteuning op zich zal nemen. Momenteel voeren we met het VIG onderhandelingen over de manier waarop dit moet worden ingevuld. Deze ondersteuning zal in de eerste plaats gebeuren vanuit de expertise inzake

tabakspreventie, gezonde voeding en ongevallenpreventie.

Het VIG zal eveneens voor ondersteuning zorgen die meer specifiek is gericht op doelgroepen. De eerste doelgroep wordt gevormd door de kansarmen, de tweede doelgroep betreft het onderwijs. Eigenlijk kampt men hier met hetzelfde probleem, namelijk dat jongeren en onderwijs op een specifieke manier moeten worden aangepakt. Als men binnen deze doelgroepen een aantal doelen wil bereiken, zal in de toegepaste methode de accentverschuiving bij kansarmen veel sterker zijn dan bij andere groepen. Als we zorgen voor een goede informatieverstrekking, dan zal een bepaalde groep binnen de bevolking daar een grote inspanning voor leveren die uiteindelijk zal leiden tot verminderd roken of niet roken en een aangepaste voeding.

Een aantal doelstellingen met betrekking tot het onderwijs, zoals we ze vandaag hebben geformuleerd, hebben reeds een concrete invulling gekregen. Ik geef toe dat binnen deze doelstelling de benadering van de kansarmen het moeilijkste is. Kansarmen moeten doorgaans individueel worden benaderd en begeleid. Maar het lukt in welbepaalde omstandigheden. Men moet alleen weten hoe men ze kan bereiken.

De heer Guy Swennen : Ik stel toch vast dat er binnen het geheel van ons preventiebeleid weinig specifieke benaderingen zijn voor de kansarmen. Als men dat vanuit de basisidee van echte gelijkheid consequent toepast, dan moet men met positieve acties achtergestelde buurten bewerken. Als men via convenants geld ter beschikking zou stellen voor ziektepreventie, dan moeten die bedragen voor achtergestelde buurten in verhouding groter zijn dan deze voor andere buurten. Want in die achtergestelde buurten zal men een beroep moeten doen op gespecialiseerde arbeidskrachten. Folders zullen niet volstaan. Men zal veldwerkers nodig hebben. Dat element van positieve discriminatie is niet helemaal aanwezig in het preventiebeleid.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Dat is niet helemaal juist. Op dit ogenblik loopt er een experiment over diabetes bij kansarme groepen. Het project heeft een duur van twee jaar, en het loopt zowel in de regio Antwerpen als in de regio Gent. Ook de heer Ri De Ridder van de Federatie van Wijkgezondheidscentra heeft daar tijdens de hoorzitting over de "Krijtlijnen voor de uitbouw van een preventieve gezondheidszorg in Vlaanderen met bijzondere aandacht voor de rol van de huis-

arts"¹ even naar verwezen. Hij zegde toen dat 100 percent van de doelgroep wordt bereikt. Dat experiment moet ons leren hoe we zoiets moeten aanpakken. Op basis van die analyse kunnen we dan bepalen hoe we via alle gezondheidsactoren van het veld de doelgroepen moeten bereiken.

Gisteren heb ik gesprekken gehad met mensen van de VRGT (Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding), over hun taken van gisteren en morgen. Ik vernam van hen dat ze zich vooral moeten concentreren op kansarmen. Er zijn vrij veel allochtonen bij het totale – toch beperkte – aantal TBC-gevallen. Om de medicatie te kunnen opvolgen is een individuele begeleiding nodig. Het gaat natuurlijk niet op dat mensen zich vanuit Gent of Antwerpen met een individuele begeleiding in pakweg Ronse zouden bezighouden. Als een individuele begeleiding nodig is, dan moet die mogelijk worden gemaakt. Daartoe moeten dan goede kanalen worden gezocht.

Men kan niet in het hele Vlaamse land aparte structuren uitbouwen ten behoeve van diabetici, tuberculoselidiers enzovoort. Men moet de mechanismen en mensen ontdekken die dat kunnen doen. Eenzelfde verpleegster kan in een bepaalde regio zowel de diabetici als de tuberculoselidiers begeleiden.

Men mag dus niet zeggen dat we op dat vlak niets doen. Dat neem ik niet. We zoeken voortdurend naar nieuwe middelen. Ik wil u de vraag zo stellen, mijnheer Swennen. Vindt u dat men voor elk probleem afzonderlijk een structuur moet uitbouwen? Dat kan toch niet. We moeten de bestaande gezondheidsactoren betrekken bij de individuele begeleiding.

De heer Guy Swennen : Ik stel enkel vast dat het preventiewerk bij kansarmen nog in de experimentele fase zit. U spreekt me op dat punt niet tegen.

Mevrouw Sonja Becq : Sta me toe even terug te grijpen naar de voorbeelden over roken en eetgedrag. Het volstaat niet om die doelstellingen in een boodschap te verpakken. Eigenlijk beogen we een gedragswijziging. Het is niet omdat iemand me zegt dat chocolade niet gezond is, dat ik dat niet meer

¹ Gedr. St. VI. P. 962 (1997-1998) – Nr. 1.

lekker zou vinden, of dat ik zou kunnen weerstaan aan de neiging om dagelijks chocolade te eten. Inzake het teweegbrengen van gedragsveranderingen zitten we nog maar in een experimentele fase. We moeten terzake nog een lange weg afleggen, en dan heb ik het niet enkel over gedragsverandering bij kansarmen.

De heer Bart Vandendriessche : Wat me wel opvalt, is dat er geen prioriteiten worden gelegd voor de strijd tegen psychische en psychosomatische aandoeningen. In dat verband blijkt steeds meer dat het absentisme in stijgende lijn gaat. Kunnen we daaraan niet wat aandacht besteden ? Ik vermoed dat die strijd bij uitstek van preventieve aard moet zijn. Ik geloof dat het aantal gevallen van depressie enorm stijgt. Daaraan moet iets worden gedaan.

Mevrouw Yolande Avontroodt : De opmerking van de heer Vandendriessche is heel terecht. In de nota van de minister lezen we dat een preventief dementiebeleid de levenskwaliteit op hoge leeftijd moet optimaliseren. Ik had verwacht dat u in dat verband ook aandacht zou besteden aan de problematiek van de depressies. Een op drie vijftenzestig-plussers en tien tot vijftien percent van de zestig-plussers lijdt aan een depressie. We missen dat aandachtspunt echter in de kwalitatieve benadering. Dat is een gemiste kans.

Preventie is ook een vorm van gezondheidseconomie. Men moet de middelen voor gezondheidszorg immers doelmatig gebruiken. Aan depressie zijn enorm veel nevenziekten verbonden, die dure bijkomende onderzoeken met zich meebrengen. Ook de patiënt lijdt onder al die bijkomende onderzoeken. Depressie is een van de grootste uitdagingen voor onze gezondheidszorg.

Bij kansarmen wordt depressie vaak over het hoofd gezien, te laat vastgesteld, of fout behandeld. Mevrouw de minister, de tweede doelstelling zal het moeilijkst te verwezenlijken zijn. Met een kleine aanpassing kunt u echter de indicator kansarmoede perfect opnemen in die doelstelling. De aandachtspunten worden op die manier heel duidelijk. Voor depressie kan men bijvoorbeeld betere resultaten bereiken als de gezondheidswerkers en de andere mensen op het terrein vaardiger worden.

Mevrouw de minister, ik heb een probleem met het Smart-principe (Strategisch, Meetbaar, Aanvaardbaar, Realistisch, Tijdsgebonden). Hoe wilt u dat principe toepassen op de tweede doelstelling ? Hoe realistisch kunt u dat meten ? Ook over de aanvaardbaarheid en de strategie stel ik me vragen. De

tweede doelstelling lijkt me een vrome wens, alle goede voornemens ten spijt.

Mevrouw de minister, u zei daarnet dat u heel blij bent als er over tien jaar resultaten worden geboekt voor de tweede doelstelling. We zouden echter beter trager en meer doordacht te werk gaan, al is dat niet uw stijl. Op die manier kunnen we veel meer bereiken. Ik hoop dat alle commissieleden het met die aanpak eens zijn.

De heer Felix Strackx : Mevrouw de minister, uw redenering over de individuele begeleiding lijkt me eigenaardig. In ons land is er een heel hoge huisartsendichtheid. Men beweert zelfs dat er te veel huisartsen zijn, en dat ze niet voldoende werk hebben. Ik begrijp niet dat u niet meer aandacht besteedt aan dat probleem.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Wat bedoelt u daar eigenlijk mee ?

De heer Felix Strackx : U beweert dat u nog niet weet hoe u de individuele begeleiding wilt aanpakken. U spreekt ook over de oprichting van een netwerk.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Ik heb dat niet gezegd. Ik heb enkel gezegd dat de gezondheidsactoren, en dus ook de artsen, op elkaar afgestemd moeten zijn.

De heer Felix Strackx : Dat netwerk bestaat. Op elke hoek van de straat is er een huisarts.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : We hebben elkaar verkeerd begrepen.

De heer Felix Strackx : Bestaansminimumtrekkers vallen sinds een tijdje onder het WIGW-stelsel. Het is onmogelijk dat die drempel niet kan worden overwonnen. Ik weet dat het Riziv voorlopig niet tot uw bevoegdheden behoort, maar niettemin kunt u er gebruik van maken.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Mijnheer Strackx, wat u zegt, is tegenstrijdig met wat ik heb gezegd.

Mevrouw Avontroodt, u vraagt meer aandacht voor depressie, maar anderzijds raadt u me aan om alles wetenschappelijk te onderbouwen, en niet te snel te werk te gaan. We baseren ons nochtans altijd op onderzoeksgegevens. Men is ook bezig met experimenten over zelfmoordpreventie. Voor depressie kunnen we echter geen gezondheidsdoel-

stelling formuleren die op bewijsmateriaal is gebaseerd.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Mevrouw de minister, u wilt de levenskwaliteit van mensen op hogere leeftijd verbeteren door meer aandacht aan dementie te besteden. Als de preventie van dementie een doelstelling wordt, kunt u de bestrijding van depressie als aandachtspunt behouden, omdat dat een middel is om die doelstelling te bereiken. In dat verband heeft de heer Vandendriessche gelijk : de preventie van depressies wordt dé uitdaging van de volgende eeuw, terwijl net hierover nog niet genoeg informatie bestaat. U zei daarnet zelf dat de mensen pas na tien jaar tot het besef zijn gekomen dat stoppen met roken vanzelfsprekend is. Er is dus geen evenredigheid tussen de beschikbare hoeveelheid informatie en de toepassing ervan enerzijds, en de effectiviteit van de preventie anderzijds. Het klassieke voorbeeld treffen we aan bij de jeugd : hoewel druggebruik verboden is, neemt het toe. Zoals de heer Swennen zei, staat op elk pakje ten overvloede te lezen dat roken schadelijk is. Toch neemt het rookgedrag toe. Echter, hoewel reclame voor alcohol alomtegenwoordig is, daalt het alcoholgebruik. Er is dus geen verband te leggen met de hoeveelheid informatie. Ik verwijs hierbij naar de Vlaamse Regionale Indicatoren.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Uw laatste bewering klopt niet : het alcoholverbruik daalt niet, het verschuift zeer sterk naargelang het soort van alcohol.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Ik had het specifiek over het alcoholgebruik bij jongeren.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Dat is iets anders.

Uw bewering dat het druggebruik toeneemt, valt al evenmin af te lezen uit de Vlaamse Regionale Indicatoren : we hebben dat niet kunnen vaststellen.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Hieruit valt toch iets dergelijks af te lezen ? Dit is toch een goedgekeurd openbaar document ?

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Dat zijn de cijfers voor 1994 en 1996. Die van 1998 worden nog verwerkt. Ook moet u het onderscheid maken tussen mensen die ooit drugs hebben gebruikt en mensen die de laatste maand veel hebben gebruikt. Dat is een enorm verschil. Dat fundamentele onderscheid wordt niet gemaakt, maar op een of andere wijze worden dan toch andere cijfers ver-

spreid. We laten onze cijfers analyseren. Het is echter nog veel te vroeg om er conclusies uit te trekken.

Mevrouw Yolande Avontroodt : We beschikken nu eenmaal slechts over sommige gegevens.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Ik heb dan ook geen doelstelling geformuleerd inzake drugs, omdat ik dat veel te vroeg vond. We beschikken immers over onvoldoende gegevens en kunnen dus geen op bewijsmateriaal gebaseerde maatregelen nemen.

Mevrouw Kathy Lindekens : Mevrouw de minister, zijn deze doelstellingen definitief, of is dit een voorstel ? Ik maak me immers zorgen omdat ik stemmen hoor vanuit de Vlaamse Gezondheidsraad die over een blitzadvies gewagen. Omdat het allemaal zo snel moest, zouden de doelstellingen volgens hen onvoldoende onderbouwd zijn. Vandaar mijn vraag : zal dit nog grondiger worden uitgebouwd, of is dit het document waarover we ons moeten uitspreken ?

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Dit zijn inderdaad de voorstellen. Deze zijn gebaseerd op een advies van het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie van vorige zomer. De vraag aan de VGR dateert van 9 juli. Men kan dus geen gewag maken van een blitzadvies. Als ik de VGR goed begrepen heb, wilde deze slechts één gezondheidsdoelstelling formuleren, namelijk deze met betrekking tot een gezonde voeding. De VGR heeft dan vastgesteld dat dit toch wat mager zijn zou geweest.

Aan de andere kant begrijp ik de bekommernis van de VGR. Hier moet een traditie groeien. We moeten beginnen met deze gezondheidsdoelstellingen. En wil men ze volgend jaar of over twee jaar bijsturen, dan kan dat. Fundamenteel is dat men nu een begin maakt. Ik geloof trouwens niet dat heel de VGR dit document als een blitzadvies beschouwt. Ze hebben daar vrij uitvoerig over gepraat.

Mevrouw Kathy Lindekens : Deze opmerking komt wel van verscheidene personen.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Deze opmerking werd alvast niet gemaakt door de drie mensen die aanwezig waren tijdens de hoorzitting.

Mevrouw Kathy Lindekens : Mijn bekommernis is dat deze doelstellingen eerst het voorwerp uitmaken van een voldoende brede discussie vóór ze

voor een aantal jaren worden vastgelegd. Dat naar uw zeggen reeds na één jaar veranderingen kunnen worden aangebracht, stelt me dan ook gerust.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey, voorzitter : Dit is een belangrijke discussie. Vandaar de noodzaak hierop een tweede maal terug te komen. We zullen dan echter wel moeten afronden.

Mevrouw de minister, bepaalt het parlement de gezondheidsdoelstellingen of brengt het alleen advies uit ? Als ik me niet vergis, is de plaats van het parlement bepaald in het VIG-besluit, dat voor advies naar de Raad van State is.

Hoe dan ook moet het parlement zijn positie bepalen. Vandaag is er een eerste gesprek. Later, in een tweede gesprek, moeten we dan tot een afronding komen. U hebt dan de kans om uw positie te bepalen.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Het is een advies van het parlement. In dat document staan de concrete en meetbare doelstellingen die moeten worden gerealiseerd in de preventieve gezondheidszorg en die een indicatie geven van de gezondheidstoestand en de leefkwaliteit van de bevolking. Daarom is het gebaseerd op de gezondheidsindicatoren. Deze vijfjaarlijkse doelstellingen worden op voorstel van de Vlaamse regering voorgesteld, na advies van de VGR en het Vlaams Parlement.

De heer Chris Vandenbroeke : Mevrouw de minister, ik kan me best voorstellen dat psychosomatische ziekten en depressies in de nabije toekomst steeds zullen toenemen. Ik heb in dat verband de volgende vraag. Waarom komt zelfdoding bij jongeren niet aan bod in het rapport ?

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Dat heeft te maken met het feit dat zulke cijfergegevens zeer moeilijk interpreteerbaar zijn. U vindt die gegevens trouwens terug in de gezondheidsindicatoren.

Bekijken we de cijfers inzake zelfdoding voor een periode van tien jaar, dan zien we voor die periode aanvankelijk een stijging, daarna een daling en momenteel een stabilisering. Het probleem is dat zelfdoding nog altijd enigszins een taboeonderwerp is. Er zouden dus eigenlijk veel meer zelfdodingen zijn dan er in de statistieken zijn opgenomen. Men kan daar dus nog geen evidente besluiten uit trekken.

Naar aanleiding van de vorige gezondheidsindicatoren hebben we wel een project opgezet met de

CGG's om vanuit alle centra preventief te werken aan het probleem van zelfdoding. Dat is echter zeer moeilijk. Vorig jaar werd daar 20 miljoen frank extra voor uitgetrokken. Dat wordt verlengd voor dit jaar. In alle CGG's wordt daar aan gewerkt.

Het probleem is dat we inzake zelfdoding en depressie nog niet echt evidence-based te werk kunnen gaan. Dit zijn de cijfers inzake zelfdoding waarover we beschikken. Ik lees alleen de cijfers voor mannen : voor 1987 : 722 ; voor 1988 : 655 ; voor 1989 : 672 ; voor 1990 : 627 ; voor 1991 : 647 ; voor 1992 : 626 ; voor 1993 : 716 ; voor 1994 : 790 ; voor 1995 : 793 en voor 1996 : 745.

De heer Chris Vandenbroeke : Zijn er ook cijfers per leeftijdscategorie ?

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Inderdaad, dat vindt u ook terug in het volledige document van de indicatoren. Zodra het document gedrukt is, zult u daar een exemplaar van krijgen.

De cijfers voor vrouwen liggen iets lager dan de helft van de cijfers voor mannen. Men ziet door de jaren ook een vergelijkbare, maar niet helemaal vergelijkbare evolutie.

We hebben daar al zeer lang over nagedacht. Ik volg persoonlijk de besprekingen met de CGG's. We onderhandelen met beide koepels. Het project is nu gestart, en het werd geïntegreerd in de werking van de CGG's. Ze willen zich daar zelfs specifiek op toespitsen.

Ik herhaal dat dit alles zeer moeilijk is.

De heer Chris Vandenbroeke : Mevrouw de minister, ik neem aan dat dit inderdaad zeer moeilijk ligt. Ik wil echter nog een stap verder gaan. Kan dit eventueel in het onderwijs ter sprake komen, of vraag ik nu te veel ?

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Vele commissieleden weten dat er een volledig plan klaarligt over de bevraging inzake drugs, gevolgd door wat hier is voorgesteld, namelijk een participatieve risicoanalyse naderhand. Het zal een enorme inspanning vergen om dat te realiseren.

Vanmiddag zullen op de Opkikker in Gent tien scholen worden uitgenodigd om vrijwillig de gevalideerde vragenlijst door alle klassen van het secundair onderwijs te laten invullen. De analyse van de antwoorden mag niet in de scholen gebeuren, omdat men op die manier geen objectief beeld

krijgt. De analyse zal dan ook centraal gebeuren en de scholen zullen feedback krijgen. Vanaf september zullen alle scholen worden uitgenodigd om die vragenlijst te laten invullen.

Ik probeer dit allemaal zelf op te volgen omdat het grondig moet gebeuren in samenwerking met het MST en de scholen. Als dit project slaagt, dan is dat een eerste stap in de goede richting. We hebben uitgerekend dat als 20 percent van de scholen vrijwillig deelneemt, men op jaarbasis tien mensen nodig heeft om het allemaal te verwerken. Het heeft ook geen zin om dergelijke dingen te doen, als er geen feedback kan worden gegeven. We moeten het grondig doen en dat vereist ruimte.

Mevrouw Cecile Verwimp-Sillis : Ik wil me verontschuldigen omdat ik de voorgeschiedenis van de doelstellingen niet ken. Het gaat dus om gezondheidsdoelstellingen tot 2002. Ik vind daar echter niets in terug over ziekten die te wijten zijn aan de verslechtering van het milieu. Het is ondertussen vastgesteld dat de verslechterde kwaliteit van water, lucht en bodem bepaalde ziektes mee veroorzaakt. Op deze parameter kunnen we volgens mij ingrijpen. Ik vraag me dus af waarom dit toch wel belangrijk aspect ontbreekt in de doelstellingen.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Mevrouw Verwimp, u verwijst terecht naar de voorgeschiedenis. We proberen te functioneren op basis van de conclusies van het Preventiecongres van maart 1997. Aan dat congres ging twee jaar voorbereiding vooraf. Het belangrijkste dat we daaruit kunnen leren, is dat we moeten werken met gezondheidsdoelen en dat we die dan ook zo juist mogelijk moeten proberen formuleren. Ze moeten in ieder geval evidence-based zijn.

Mevrouw Cecile Verwimp-Sillis : Bestaat daar geen Nederlands woord voor ?

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Daarmee worden op goede en juiste gegevens gegronde maatregelen of stellingen bedoeld. Men mag bijvoorbeeld niet tot screening van prostaatkanker overgaan zolang men niet weet hoe men dit op de correcte manier moet doen omdat de gegevens nog niet op de juiste technieken gebaseerd zijn. Het heeft geen zin dat te doen, want op die manier zou men vaststellingen kunnen doen die niet juist zijn.

Het is ook internationaal aanvaard dat men bijvoorbeeld niet alle mannen vanaf vijftig jaar moet gaan screenen op prostaatkanker. Daaruit zouden toch geen juiste conclusies kunnen worden getrok-

ken. Men kan daarentegen wel zeggen dat het van een groot belang kan zijn vrouwen tussen 50 en 69 jaar te screenen op borstkanker, omdat op dat vlak dan wel eventuele preventie-acties kunnen worden ondernomen. In dezelfde zin zegt men dat het belangrijk is dat vrouwen vanaf 40 jaar om de drie jaar moeten worden gescreend op baarmoederhalskanker. Het is ook een punt van discussie of dit vanaf 25 dan wel vanaf 40 jaar dient te gebeuren. U zult waarschijnlijk wel begrijpen dat het bij milieu-gerelateerde problemen nog veel moeilijker is te bepalen of die wel op duidelijke, juiste en gegronde gegevens gebaseerd zijn. Daarom vindt u dienaangaande nog geen specifieke doelstelling terug.

Mevrouw Cecile Verwimp-Sillis : Het hangt dus af van de interesse die er bestaat om daar onderzoek naar te doen ?

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Neen, het hangt ervan af welke internationale studies werden gemaakt en of men het er over eens is dat bepaalde gezondheidsproblemen met het milieu te maken hebben.

Mevrouw Kathy Lindekens : Mevrouw de minister, in het verleden hebben we daar in de commissie al over gesproken. Studiemateriaal is enkel voorhanden als er opdracht wordt gegeven om studies uit te voeren. Als wordt geconstateerd dat allerlei infectieziekten en allergieën overal in Europa en vooral bij jonge mensen ontstaan en hier en daar uit studies blijkt dat dit met het milieu kan te maken hebben, dan moet daar onderzoek naar worden gedaan.

Het is een vicieuze cirkel, maar er moet meer onderzoek naar worden gedaan, om aan preventie te kunnen doen. We mogen de kop niet in het zand steken voor het milieuaspect.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : We steken absoluut de kop niet in het zand voor het milieuaspect, maar als er geen op evidentie gebaseerde feiten zijn, kan je moeilijk zeggen wat je wil veranderen.

Mevrouw Kathy Lindekens : In dit stadium is dat waar, maar worden er ook middelen vrijgemaakt om dat soort onderzoek te voeren ?

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Dat is een andere vraag die we vandaag niet moeten beantwoorden. Het debat dreigt steeds ingewikkelder te worden. We mogen dat niet toelaten, ook al brengt dat onvolmaaktheden met zich. We hebben vijf doelstellingen willen formuleren. Mevrouw Avont-

roodt heeft terecht gezegd dat sommige van deze doelstellingen middelen zijn. Maar laat ons zo eenvoudig mogelijk trachten te formuleren waaraan we in de komende periode zullen werken.

Ik geef een voorbeeld dat verband houdt met het milieu. Het staat vast dat dioxine effecten heeft op de gezondheid. Men zou kunnen zeggen dat het dioxinegehalte in de lucht moet dalen : dat is een middel. Maar roken heeft veel negatievere effecten, die identiek zijn aan die van dioxine. We zijn echter niet bereid om daarvoor hetzelfde te doen, want dat hangt af van onszelf. Het ene heeft veel te maken met het andere.

Mevrouw Cecile Verwimp-Sillis : Het ene sluit het andere toch niet uit ?

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Daarin hebt u gelijk, maar ik heb geen evidenties die aanduiden wat ik moet doen. En dat moet ik weten.

Mevrouw Cecile Verwimp-Sillis : Als blijkt uit statistieken dat er een vrij hoge sterfte is in de streek van Dendermonde, kunt u mij dan zeggen waarom ?

Minister Wivina Demeester-De Meyer : We hebben daar een onderzoek naar laten doen. Op een persconferentie hebben dokter Van Oyen van het Wetenschappelijk Instituut – Louis Pasteur en de heer Wildemeersch, hoofd van de Gezondheidsinspectie van de administratie, duidelijk gezegd dat we wellicht kunnen suggereren dat de aanwezigheid van bedrijven waar asbest werd verwerkt in combinatie met het feit dat er veel werd gerookt, een van de redenen was waarom het sterftcijfer in die streek hoger was. Die twee factoren werken namelijk cumulatief. We kunnen ons alleen baseren op cijfers. De eerste cijfers van 1996 tonen aan dat er zich nu een stabilisatie voordoet en dat het relevante verschil verdwijnt.

In die streek zouden inderdaad de scheepswerven en eternietbedrijven de oorzaak kunnen zijn. Maar is het nu nog belangrijk om dat te onderzoeken ? We zullen niets meer kunnen vaststellen. We zouden het kunnen analyseren, maar daarvoor heb je alle dossiers van de mensen in de streek nodig. Je moet weten waar ze hebben gewerkt, enzovoort. Ik zeg niet dat het onbelangrijk is, maar een en ander moet ook een belang hebben voor de toekomst, vooraleer je maatregelen kan treffen.

Volgens specialisten en wetenschappers heeft het geen belang dit verder te ontleden, tenzij mensen het absoluut willen weten. In dat geval moeten we

nagaan of we dat kunnen en of we iemands privacy niet schenden. Het gaat immers over dossiers uit het verleden.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey, voorzitter : Ik denk dat de discussie kan worden afgerond. Er is nog een onderlinge bespreking nodig om tot de formulering van het advies te komen.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Ik denk dat de commissie zich vooral moet uitspreken over de onderwerpen. Daarbij kunnen er aanbevelingen worden geformuleerd : bijvoorbeeld dat men in de methodieken zorg moet dragen voor kansarmen. Ondertussen zijn er technici in werkgroepen bezig met al deze items. U hebt een document waarin elementen van acties staan. Ik denk niet dat uw suggesties zelf concrete acties moeten bevatten. Hiervoor bestaan werkgroepen. Er is al een document van een dertigtal pagina's over gezonde voeding, van de hand van een team specialisten onder leiding van mevrouw Maes. Er zijn beschouwingen, onderzoeken en vaststellingen bij. Laat ons van elkaar aanvaarden dat we allemaal maar specialist kunnen zijn op één of twee domeinen. Laat ons ook aanvaarden dat ik het volle vertrouwen geef aan een aantal specialisten om dit document verder uit te werken. De suggesties moeten worden geformuleerd in functie van een doelstelling. Men kan ook zeggen dat een bepaalde doelstelling absoluut niet wenselijk is. Dat moet dan gebaseerd zijn op grondige gegevens.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey, voorzitter : Er zijn dus al vijf werkgroepen bezig rond deze vijf doelstellingen. Wat dan als het parlement voorstelt om doelstelling 5 te vervangen ?

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Dan moet men een werkgroep afschaffen.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Men werkt nu toch al aan een methodologie.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey, voorzitter : Wanneer ronden de werkgroepen hun werkzaamheden af ?

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Dat is een constant proces. Men kan ideeën hebben van acties die wellicht effecten zullen hebben. Andere zullen minder effecten hebben. Zo verdwijnen er ideeën en komen er nieuwe in de plaats. Voor een bepaalde doelstelling kan men bijvoorbeeld volgend jaar nog met een origineel idee naar voren komen om een of andere groep mee in het proces te betrek-

ken. In die zin eindigt het werk van deze werkgroepen nooit.

Het is belangrijk dat het parlement positief of negatief advies geeft bij bepaalde doelstellingen, zodat men verder kan zien wat ermee kan gebeuren. Wij zijn politici en moeten dus nagaan hoe de bevolking bij de zaak kan worden betrokken. Het parlement is niet de eerste groep die moet zeggen op welke manier dit allemaal moet worden uitgevoerd. Laat ons dat overlaten aan de uitvoerende instanties. Het parlement kan bijvoorbeeld wel zeggen dat het het niet eens is met de doelstelling tot een vermindering van het aantal rokers, of dat het item over gezonde voeding niet totaal uitvoerbaar is. We moeten in die richting werken. Als men een betere formulering kan vinden ten aanzien van de bevolking, heb ik daar absoluut geen probleem mee.

2. Vergadering van 26 maart 1998

a. Procedure

Mevrouw Yolande Avontroodt : Ik heb een voorafgaande vraag over de werkwijze. Er staat gedrukt dat de health targets, dus de prioriteiten en doelstellingen die centraal worden gesteld in het preventieve gezondheidsbeleid van de Vlaamse Gemeenschap, elke vijf jaar worden vastgelegd door het Vlaams Parlement. We zullen deze doelstellingen nu bespreken, en elke fractie zal wellicht zijn accenten leggen. Op welke manier wordt dit als advies aan de minister geformuleerd ? Wordt dit vastgelegd ? Wat is de procedure ?

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Mevrouw Avontroodt, we bevinden ons hier in de beginfase van een nieuwe cultuur. De gezondheidsdoelstellingen worden in overleg met het parlement vastgelegd. We moeten ons bewust zijn van het feit dat deze doelstellingen moeten worden verbonden aan de gezondheidsindicatoren, waarover we nu al vier jaar beschikken. Dit jaar is het het vijfde. We bouwen deze nieuwe cultuur uit.

Als het parlement de vijf gezondheidsdoelstellingen verwerpt en er nieuwe opstelt, zal ik het parlement uitnodigen deze nieuwe doelstellingen te formuleren aan de hand van de gezondheidsindicatoren en het advies van de Vlaamse Gezondheidsraad. De gezondheidsdoelstellingen moeten immers wel in relatie staan met wat maatschappelijk wordt vastgesteld.

Ik heb de vraag of dit nu echte doelstellingen zijn of middelen, voorgelegd aan de stuurgroep die op dit ogenblik de uitbouw van de Logo's voorbereidt. Deze mensen, waaronder ook artsen zijn, zeggen dat u theoretisch gelijk hebt, maar dat een doelstelling ook kan worden geformuleerd als een middel zodat de bevolking het begrijpt.

Ik suggereer om deze gezondheidsdoelstellingen samen te bespreken. Het parlement heeft het recht deze doelstellingen zo te herformuleren dat de mensen ze niet meer begrijpen, maar dat zou ik toch niet bepleiten.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Ik heb u horen zeggen dat er op een bepaald ogenblik wordt gestemd.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : De commissie moet daarover beslissen. Ik vraag geen stemming over deze doelstellingen, maar als de commissie dit wenst, dan behoort dat vanzelfsprekend tot de vrijheid van het parlement.

Mevrouw Yolande Avontroodt : De doelstellingen worden vastgelegd voor vijf jaar. Ofwel verklaren we het er volmondig mee eens te zijn, ofwel stellen we zelf nog een advies op. Ik wil deze vraag voorleggen aan de overige commissieleden : als mijn fractie als enige een adviestekst opstelt, dan is deze toch niet representatief en democratisch ? Het Vlaams Parlement legt de doelstellingen vast, dus moet dit parlement zich daarover uitspreken.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : In dit stadium durf ik de commissie te suggereren hierover een advies uit te brengen. Persoonlijk zou ik het parlement niet uitnodigen om hier ne varietur over te stemmen. Als we volgend jaar op basis van de indicatoren constateren dat het aantal rokers met 20 percent is gedaald, dan is een belangrijke doelstelling bereikt. Aansluitend kunnen we dan misschien het accent verschuiven en een nieuw aandachtspunt vragen aan de bevolking. Ik bedoel hiermee dat we flexibel moeten werken. We moeten samen nagaan of deze doelstellingen al dan niet belangrijk zijn, en of we hier al dan niet een verkeerde keuze hebben gemaakt. Dit moet allemaal aan bod komen bij de bespreking.

De heer Bart Vandendriessche : Hoe is dit weergegeven in de regelgeving ? Hoe staat het geformuleerd in het desbetreffende besluit ?

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Ik citeer uit het besluit van de Vlaamse regering tot wijziging van het besluit van 31 juli 1991 inzake gezond-

heidspromotie : 'Doelstellingennota : document, waarin concrete en meetbare doelstellingen die dienen gerealiseerd te worden binnen de preventieve gezondheidszorg zijn opgenomen en die een indicatie zijn voor de gezondheidstoestand en voor de levenskwaliteit van de bevolking. Deze vijfjaarlijkse doelstellingen worden op voorstel van de Vlaamse regering en voorgesteld na advies van de Vlaamse Gezondheidsraad door het Parlement en zijn niet limitatief.'

Ik moet toegeven dat dat laatste deel beter had kunnen geformuleerd worden. Ik maak hieruit echter op dat wij gezamenlijk doelstellingen formuleren, op voorstel van de regering en na advies van de VGR. Dat is wat we hebben gedaan.

Men kan volgens mij deze te bereiken doelstellingen niet op een dwingende manier geven. Hoe zal men immers bestraffen dat sommigen in de gezondheidszorg daar niet aan meewerken ? Wie zal men waarvoor bestraffen ?

De heer Bart Vandendriessche : Maar binnen de normale werking van ons parlement kunnen wij terzake een positief advies goedkeuren, dat daarna ook in plenaire vergadering wordt goedgekeurd.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Dat lijkt me de beste weg.

De heer Etienne Van Vaerenbergh, waarnemend voorzitter : We kunnen dan nog accenten leggen die expliciet in het advies worden opgenomen. Dat lijkt me logisch : anders voert men een dovemansgesprek. Dan heeft het geen zin dit aan het Vlaams Parlement voor te leggen.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : De tekst heeft het trouwens over het niet limitatieve karakter. Om de zaak werkbaar te houden, moeten we beperkingen opleggen. Zoals ik echter reeds in een vorige vergadering zei, moet men komen tot het model van de Wereldgezondheidsorganisatie, die in domeinen werkt. Binnen deze domeinen bepaalt men de te bereiken doelstellingen.

De heer Etienne Van Vaerenbergh, waarnemend voorzitter : Mevrouw Avontroodt, komt de mogelijkheid dat deze commissie een advies over deze nota kan geven, tegemoet aan uw verzuchtingen ?

Mevrouw Yolande Avontroodt : In de Krijtlijnennota voor de uitbouw van een preventieve gezondheidszorg staat letterlijk te lezen² dat de doelstellingen worden vastgelegd. Het is uw tekst, mevrouw de minister.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Voor mij mag men ook spreken van een vastleggen. Wat wordt voorgelegd, is geen wettekst, maar een voorstel. Ik zeg alleen dat het belangrijk is om flexibel te blijven.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Ik ben zeker geen vragende partij om ze vast te leggen.

Mevrouw Kathy Lindekens : Ik blijf me de vraag stellen of we wel in staat zijn om doelstellingen vast te leggen voor de volgende vier of vijf jaar. Dat heb ik vorige keer ook al gevraagd. Ik blijf immers zitten met de opmerkingen van de preventieve kamer van de VGR. Deze zegt duidelijk dat het antwoord met de grootste terughoudendheid wordt gegeven, dit wegens een gebrek aan voldoende gegevens. Zij spreken over een experimentele opstartfase. Is het dan wel correct om nu dingen voor een aantal jaren vast te leggen ? Moeten we niet een grondiger advies van de Vlaamse Gezondheidsraad krijgen voor we deze doelstellingen definitief kunnen vastleggen ?

De heer Guy Swennen : Ik wil me daar heel kort bij aansluiten. In de Krijtlijnennota lees ik op dezelfde bladzijde die mevrouw Avontroodt citeerde over deze gezondheidsdoelstellingen : 'Deze zijn gebaseerd op wetenschappelijke consensus, uitgewerkt in de Vlaamse Gezondheidsraad, en houden rekening met internationaal aanvaardbare normen.' In welke mate is aan deze voorwaarden voldaan ? Wat de minister zegt, klopt : dit is geen wettekst. Maar dingen die in een parlementair verslag zijn weergegeven, hebben een directieve ratio legis. Er moet dus rekening mee worden gehouden.

Ik wil het specifiek hebben over de tweede passage, van de wetenschappelijke consensus en internationaal aanvaarde normen. Hoe passen deze voorstellen daarin ?

² Gedr. St. VI. P. 961 (1997-1998) – nr. 1, blz. 76.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen : Ik verwijs naar een aantal voorstellen en ideeën die we ook in de commissie voor Cultuur hebben behandeld. Als we opteren voor een periode van vijf jaar, belanden we in een volgende zittingsperiode. Dat kan een bewuste keuze zijn, maar tijdens elke zittingsperiode moeten eigen prioriteiten kunnen worden vastgelegd. Misschien moeten we de begindatum opnieuw bekijken ? Het is maar een suggestie.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Het betoog van mevrouw Van Cleuvenbergen en de heer Swennen is duidelijk niet tegenstellend van opinie, maar wel van onderbouw. Wanneer u zegt dat het per legislatuur moet worden vastgelegd, is het alsof u het ook afhankelijk maakt. De nuancerings van gezondheidsdoelstellingen kunnen uiteraard bepaald worden door een visie op de maatschappij. Maar gezondheidsdoelstellingen moeten zijn gegrond op goede wetenschappelijke gegevens en op indicatoren.

We zitten in een goede periode. Als men vandaag een consensus bereikt over wat belangrijke uitgangspunten zijn, kunnen die flexibel worden gehierarchiseerd. Maar u moet een volgend parlement de gelegenheid laten om ze jaar na jaar te evalueren en na drie tot vier jaar de lijnen te trekken voor de komende vijf jaar. Dat lijkt me logischer. In feite moeten we komen tot een model waarin men schema's afbakt van hoe men de gezondheidsdoelstellingen bepaalt. De accenten moet men leggen in functie van de eigen vaststellingen.

De voorstellen zijn op goede wetenschappelijke gegevens gegrond, voor zover we er over beschikken. De gezondheidsindicatoren die we vier jaar hebben gekend, leren ons heel wat over de evolutie van de gezondheid in Vlaanderen. Er is bijvoorbeeld de doelstelling die betrekking heeft op de borstkankerscreening. Het wordt stap voor stap evidence-based dat bepaalde groepen in de bevolking naargelang de leeftijd bijvoorbeeld moeten worden gescreend en dies meer. Vandaag moet men niet komen aandraven met een doelstelling dat de mannelijke bevolking van boven de vijftig moet worden gescreend op prostaatkanker omdat hier nog geen goede wetenschappelijke gronden voor zijn.

Deze vijf doelstellingen zijn voor verbetering vatbaar. De Vlaamse Gezondheidsraad zegt in zijn advies terecht dat er nog de grootste terughoudendheid is en dat het geformuleerde advies slechts is gebaseerd op weinig gesystematiseerde kennis. Maar men beschikte toen nog niet over de geformuleerde gezondheidsindicatoren 1996. We

hebben ze dan doorgegeven. De Gezondheidsraad was niet gelukt in het werk dat we eigenlijk aan hen hadden gevraagd. We hadden niet gevraagd om de doelstellingen te beoordelen, die vanuit de administratie zijn geformuleerd. We hadden gevraagd de domeinen te bepalen waarbinnen het kan.

Mevrouw Kathy Lindekens : Is het grondiger debat binnen de Vlaamse Gezondheidsraad er al geweest ?

Minister Wivina Demeester-De Meyer : U hebt deze mensen kunnen horen. Ze werden gehoord in de commissie over de Krijtlijnennota. De gezondheidsdoelstellingen vallen binnen de domeinen die ze hebben voorgesteld in hun advies. Bijvoorbeeld : bevordering van gedrag met positieve invloed op de gezondheid. In vet staat er : 'de bevordering van gezonde eetgewoonten op basis van aanbevolen voedingsnormen en dieetaanwijzingen'. Dat is een van de doelstellingen die we daaruit hebben gehaald. We hebben getracht het begrijpbaar en grijpbaar te maken voor de mensen.

Een andere doelstelling voorgesteld door de VGR was : de vermeerdering van het aantal niet-rokers. Ik vind dit een ingewikkelde formulering. 'Het aantal rokers moet dalen' vind ik een betere formulering.

Mevrouw Ria Van Den Heuvel : Het ene is een positieve en het andere een negatieve formulering.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : De boodschappen moeten begrijpbaar zijn en moeten zich richten tot de hele bevolking.

Er is verder de preventie van infectieziekten. Eigenlijk hebben we het advies van de Vlaamse Gezondheidsraad in formuleringen omgezet. Ik sluit me aan bij hun beschouwing dat de adviesaanvraag met de grootste terughoudendheid wordt beantwoord. Op dat ogenblik had men de gezondheidsindicatoren nog niet gelezen.

De heer Bart Vandendriessche : Alle begin is moeilijk. Ik meen te hebben begrepen dat we moeten beginnen met een experimentele opstapfase van drie jaar en dan per vijf jaar werken. Misschien is het goed om te bepalen dat wat we nu doen, een experimentele fase is van drie jaar. Ik leg dit voor. Daarna zouden pas de periodes van vijf jaar beginnen. De eigen accenten zullen uit het verslag blijken. De finaliteit zou moeten zijn dat er een positief advies komt. Anders geraken we er niet uit.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Ik heb begrepen dat we op een verschillende golflengte zitten. We zijn hier bezig met het vastleggen van vier of vijf thema's voor het preventieve gezondheidsbeleid. Mevrouw de minister, in de persconferentie die daaromtrent heeft plaatsgehad, moest alles zeer duidelijk worden geformuleerd ten behoeve van de bevolking. Die twee zaken worden nu verward. We bepalen vier of vijf thema's. Voor het uitbouwen van het preventieplan van de Logo's op lokaal vlak is het meest belangrijk dat de thema's worden vastgelegd. Hoe deze worden geformuleerd, is niet van zo een groot belang. Men moet de zaken ook niet te erg simplificeren, want zo eenvoudig is het toch niet. Wat telt, is de ernst van de thema's die worden vastgelegd en waaromtrent dan prioritaire acties zullen worden gevoerd op alle niveaus. Het is uw zorg om dit zo geïntegreerd en coherent mogelijk te doen. Ik ben ermee eens dat het voor de bevolking eenvoudig moet worden geformuleerd, maar hier debatteren we over de keuzes die we maken in het beleid.

De heer Avonds, inspecteur administratie Gezondheidszorg, namens de minister : De vijf thema's zijn belangrijk omdat ze allemaal te maken hebben met een hoog aantal verloren potentiële levensjaren. Tabak bijvoorbeeld zorgt bij mannen voor 7,9 verloren potentiële levensjaren en bij vrouwen voor 1,3. Dat is heel wat. Voeding zonder veel vezels is verantwoordelijk voor 7,1 verloren potentiële levensjaren bij mannen en 2,1 bij vrouwen. Borstkanker zorgt voor 5,3 verloren potentiële levensjaren (VPL).

Mevrouw Yolande Avontroodt : U verwacht de cijfers met die voor de VPL wegens de cerebrovasculaire aandoeningen. Die hebben toch niet alleen te maken met de voeding ?

Mevrouw Kathy Lindekens : Mijnheer de voorzitter, wat de heer Vandendriessche heeft gezegd, komt tegemoet aan mijn bekommernis ten aanzien van het begin van heel de procedure. Ik steun zijn voorstel om een iets kortere periode in acht te nemen als opstartfase. Dat geeft de Vlaamse Gezondheidsraad de tijd om alles terdege uit te werken.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Ik was aanvankelijk ook de mening toegedaan er drie jaar over te laten gaan. We hebben over de doelstellingen en het advies een gesprek gevoerd met de leden van het Bureau van de VGR, en met de administratie. Drie jaar is te kort. Maar men kan de zaken bijsturen in de eerste periode, accenten versterken, en herformuleringen doen. Ik zou de

periode niet inkorten omdat ze al zeer kort is om doelstellingen te formuleren en verdere stappen te zetten.

Mevrouw Avontroodt, ik wil de discussie over de domeinen en de wijze van formulering niet blijven voeren. U weet ook dat rond deze thema's groepen aan het werk zijn om ze sterk te onderbouwen voor de Logo's. Er zijn ook vele artsen bij betrokken. Ik zal hen hoe dan ook vragen om rekening te houden met uw beschouwingen voor de verdere formuleringen. Ik wil wel onderstrepen dat het niet alleen medici zijn die daarmee bezig zijn.

Het niet-roken is een middel om bepaalde ziektebeelden te verminderen en potentieel verloren levensjaren terug te winnen. Ik heb zowel aan de Wetenschappelijke Vereniging voor Huisartsen (WVH) als aan andere organisaties en individuen uw vraag voorgelegd om deze doelstellingen te herformuleren zodat ze als wetenschappelijke doelstellingen kunnen worden beschouwd en niet als middelen. Iedereen heeft hierop uitdrukkelijk 'neen' geantwoord. Uw opmerking klopt als u zegt dat, zoals ze nu zijn geformuleerd, slechts één van de vijf een echte doelstelling is. Uiteindelijk willen we een betere levensstandaard in de gezondheids sfeer bereiken. Daarvoor zetten we een aantal doelstellingen voorop.

De heer Felix Strackx : Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, geachte collega's, we hebben allemaal het interessante document van het VIG van 21 oktober 1997 ontvangen. In dat document doet het VIG een voorstel in verband met de gezondheidsdoelstellingen. De tekst is uitgebreider dan de tekst met de doelstellingen die de minister voorstelt. Waarom hebt u de tekst aangepast en in zekere zin verzwakt ?

De heer Bart Vandendriessche : Mag ik een tussenvoorstel formuleren ? Kunnen we niet beslissen om binnen drie jaar een tussentijdse evaluatie te houden ? Op dat ogenblik kan er dan worden bijgestuurd. Daar zouden dan de Gezondheidsraad en het parlement bij kunnen worden betrokken.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Ik heb daar geen enkel probleem mee, maar uiteindelijk zal het volgende parlement dat dan ook moeten uitvoeren.

De heer Strackx wil ik nog meedelen dat we eerst, op basis van de VIG-nota, de bedenkingen van de VGR en de gezondheidsindicatoren, deze doelstellingen hebben geformuleerd. Die moeten verder worden uitgewerkt en geïmplementeerd. Er is een

tweede nota van het VIG (van 3 februari 1998) die bijdraagt tot de verdere uitwerking van de doelstellingen. Samen met het VIG, het WVVH en andere partners zijn we deze doelstellingen aan het uitwerken.

De heer Etienne Van Vaerenbergh, waarnemend voorzitter : Ik besluit uit deze discussie dat deze commissie een advies zal uitbrengen met bedenkingen van veeleer algemene aard. De doelstellingen worden gedurende vijf jaar aangehouden, maar er komt een tussentijdse evaluatie. Hier wordt voorgesteld om die evaluatie na drie jaar te houden. Dat lijkt me logisch. Ondanks afspraken over die evaluatie kan het parlement immers op gelijk welk moment beslissen om bij te sturen – al is het slechts aan de hand van een interpellatie.

b. Bespreking per doelstelling

Doelstelling 1 : In het jaar 2002 moet het aantal rokers in Vlaanderen, zowel voor vrouwen als voor mannen en specifiek voor jongeren met 10 % gedaald zijn.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Het zal u misschien verwonderen, mevrouw de minister, maar ik ben van oordeel dat de eerste doelstelling uitstekend is. Ik vind het uitermate positief dat er wordt uitgegaan van de verloren potentiële levensjaren. U hebt het in dat verband over sterfte door longkanker. U weet ongetwijfeld dat roken ook verantwoordelijk is voor een aantal andere aandoeningen. Mijns inziens moet dat ook in de verantwoording worden geïntegreerd. Als men dat allemaal aan de bevolking wil uitleggen, is het belangrijk dat die andere aandoeningen ook worden vermeld.

Ik wil ook eventjes stilstaan bij het probleem van het passief roken. Ook dat moet in de verantwoording worden opgenomen. Daarmee moet ook rekening worden gehouden bij de keuze van de technieken die zullen worden aangewend om de doelstellingen te bereiken.

Dan heb ik ook nog een aantal principiële vragen. U gaat uit van het motto 'Thinking Global, Acting Local'. Daarmee rekening houdend, ben ik van oordeel dat er toch wel heel wat zaken wel erg strikt worden vastgelegd. Het Logo zou vanuit de basis vorm moeten krijgen. U hebt de bedoeling om op het centrale niveau de doelstellingen vast te leggen, maar de lokale betrokkenen de vrijheid te geven om in het verlengde daarvan zelf het Logo te ontwikkelen.

In het document is er sprake van een rookstop bij zwangere vrouwen. Daarvoor zou dan de medewerking van de huisartsen, de gynaecologen en Kind en Gezin nodig zijn. Is het niet gevaarlijk om in een centraal uitgewerkt document te bepalen via welke kanalen men dat wil regelen ? Dat is een beetje in tegenspraak met uw filosofie dat men op het lokale niveau het Logo zou kunnen ontwikkelen. Men heeft het verder over de ondersteuning door PMS en MST. Ook hier stellen we vast dat een en ander bij voorbaat wordt vastgelegd.

Een positieve voorstelling van zaken is belangrijk. We moeten vooral aandacht schenken aan het feit dat stoppen met roken de levenskwaliteit verbetert. Er zijn reeds vele campagnes gevoerd, waarin boemannen, risico's en neveneffecten werden opgevoerd. Het wordt nu tijd voor een andere aanpak. We moeten erop wijzen dat het ruikvermogen zal toenemen, alsook dat er minder kansen zullen zijn op gezondheidsschade, en, om een esthetisch element te vermelden, dat de toestand van de huid zal verbeteren.

Ik heb het document van het VIG gelezen. Het VIG heeft gelijk als het stelt dat een coherent beleid niet kan, zonder dat ook op federaal niveau wordt meegewerkt aan die preventie, en zonder dat wordt rekening gehouden met economische elementen. Verder begrijp ik niet waarom een pakje sigaretten minstens 20 stuks moet bevatten.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Ik ben terzake geen specialist. Pakjes sigaretten met 10 stuks of minder zetten jongeren met beperkte financiële middelen aan om die pakjes toch te kopen. Dat is de reden.

Mevrouw Kathy Lindekens : Aansluitend bij wat mevrouw Avontroodt heeft gezegd over niet-rokers, wil ik vermelden dat het gaat om één van de twee prioriteiten die de preventieve kamer van de VGR heeft vermeld. Bij de maatregelen voor ouders en gezinnen richt u zich tot zwangere vrouwen. Maar ook voor kleine en zelfs voor iets grotere kinderen is dit een belangrijk probleem. Kinderen vertellen zelf vaak dat ze verplicht worden om in ruimten vol rook te zitten. Via het MST worden hun ouders gesensibiliseerd. Toch denk ik dat dit passief roken extra aandacht moet krijgen in uw campagne.

Een tweede bedenking betreft de rookstopacties via de huisartsen en de apothekers. Mijn ervaring is dat die mensen niet altijd de meest gemotiveerden zijn om dat te doen. Dokters die zelf immers zware rokers zijn, kunnen zich in het probleem niet inle-

ven. Wat zult u doen om huisartsen die onder stress staan en zware rokers zijn toch te overtuigen om anti-rookgedrag op hun patiënten over te brengen ?

De heer Guy Swennen : Als meer en meer gestigmatiseerd individu in deze samenleving, sta ik toch volledig achter deze doelstelling. Wat zal de inhoud zijn van de convenants met bedrijven die bereid zijn een rookverbod te introduceren ?

De heer Felix Strackx : Ik sta ook voor 100 percent achter deze doelstelling.

Ik wil nogmaals verwijzen naar de hoorzitting over drugsgebruik. Daaruit bleek dat men alcohol-, tabak en drugsgebruik op dezelfde manier wil bestrijden. Als u consequent wilt zijn, dan moet u drugs ook hierin opnemen. Ik vind het een goed idee dat u subsidies wilt toekennen aan verenigingen die aan tabakspreventie doen. Ik zou dan voorstellen om eraan toe te voegen dat er geen subsidies worden gegeven aan groepen die drugsgebruik relativeren of promoten.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen : De meeste van ons zijn voorstander van deze eerste doelstelling. Toen ik nog in het onderwijs stond, heb ik over dat onderwerp ook les moeten geven. Een van de voorwaarden van de inspectie was dat men zelf niet rookte. Men moet inderdaad erg consequent zijn.

Mevrouw Lindekens haalde aan dat er rookstopadvies moet worden verstrekt aan vrouwen met jonge kinderen. Dat wil ik beklemtonen. Wiegendood is bij ons bijvoorbeeld gedaald juist omdat men daar aandacht aan besteedt.

Wat sensibiliseren en acties betreft, geloof ik nog altijd in de kracht van groepen. Men moet elkaar stimuleren. Ik wil verder nog speciale aandacht vragen voor vrouwen die werken in de gezondheidssector. Tijdens de pauze bijvoorbeeld roken verpleegkundigen heel wat en dat vind ik bijzonder tragisch.

De heer Guy Swennen : In de tekst die op de persconferentie werd voorgesteld, worden elementen van een preventiestrategie opgenomen. Ik citeer : 'Inzicht overbrengen dat stoppen met roken werkt : zelfs wie na vijf jaar stopt met roken, vermindert de kans op longkanker met 50 percent'. Ik vraag me af of dit geen gevaar inhoudt. Als ik dat als roker lees, ben ik verloren voor het vaderland. Ik stel me enkel de vraag of dit geen omgekeerd effect zal hebben op bepaalde mensen.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Ik ga niet in op alle suggesties, omdat we ze meenemen voor de verdere uitwerking van de tekst. Ik wil wel ingaan op de voorbeeldfunctie omdat die belangrijk is. Hier bedoelen we dat er methodieken worden ontwikkeld door groepen. Ik weet dat ongeveer een kwart van de huisartsen rookt. We kunnen alleen maar via de Logo's vragen om niet te roken in de praktijk.

In dit verband vind ik dat het niet kan voor een minister van Onderwijs dat hij rookt als hij op TV in beeld komt. Ik neem aan dat bepaalde mensen verslaafd zijn en niet wensen te stoppen, maar roken kan volgens mij niet tijdens een publiek optreden.

Uit recente cijfers van het OIVO (Onderzoeks- en Informatiecentrum van de Gebruikersorganisaties) blijkt dat er bij personen boven 18 jaar een daling is van 30 naar 25 percent rokers. In die cijfers zijn de jongeren niet opgenomen. We hebben cijfers van mevrouw Lea Maes (UG, enquête onder jongeren) en daaruit blijkt dat er een enorme stijging is bij jongeren en vooral meisjes. De vraag is of er moet worden gewerkt aan een campagne waardoor ze na hun 18 jaar – als ze dus wijzer zijn – niet meer roken. We moeten proberen methodieken te ontwikkelen die de lokale groepen ondersteunen.

Wat de opmerking van de heer Swennen betreft, wil ik het volgende zeggen. Stoppen met roken, ook al rookt men al lang, heeft nog effect. Als we dit niet hadden opgenomen, dan zou men kunnen zeggen : 'Ik rook toch al zolang, dus stoppen hoeft niet meer'. Wetenschappers hebben mij gezegd dat het altijd nuttig is te stoppen met roken.

We sluiten convenants met bedrijven omdat we niet in staat zijn om aan bedrijven op te leggen hun bedrijf rookvrij te houden. We kunnen wel via convenants voorbeeldfuncties creëren, waarbij bedrijven labels krijgen.

De heer Guy Swennen : Bij een convenant doet men toch iets omdat er iets tegenover staat.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Dat klopt niet helemaal. Mevrouw Smet is indertijd begonnen met convenants voor het kiezen voor vrouwen. Dat ging over positieve discriminatie van vrouwen bij aanwerving in een bedrijf. Ze reikte labels uit aan bedrijven die daarop ingingen. De convenant bestond erin dat men een voortrekkersrol wilde spelen. In die geest wil ik het vandaag houden.

Mevrouw Kathy Lindekens : In het advies van de Vlaamse Gezondheidsraad lees ik dat ook specifieke campagnes en actieprogramma's voor jongeren en voor ouders moeten worden overwogen. U hebt die idee niet behouden ?

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Er werd een video 'Zap op rook' gemaakt om de jongeren te bereiken. Een soortgelijke video werd over het thema drugs gemaakt zoals die bestaat over het roken. Net zoals bij de video 'Zap op rook' is het de bedoeling in scholen de video te vertonen en er daarna een gesprek over te voeren. Het is wel duidelijk dat zoiets moet worden geleid door iemand die zelf overtuigd is en niet zelf rookt. Anders lukt het niet om jongeren te motiveren. Het gebeurt op lokaal niveau.

Zo gaat men nu ook van start met een video om gesprekken te voeren met ouders. Het is geen video die men zonder meer kan laten zien ; hij doet het adrenalinegehalte nogal stijgen. Met mensen die werden geconfronteerd met jongeren die drugs gebruiken, moet er een gesprek volgen. Ik ben een fervent tegenstander van drugs, maar men moet zo te werk gaan en actieve gesprekken organiseren. Louter repressief optreden lokt slechts tegenreacties uit. Dat geldt ook voor roken. Het gaat erom het goede klimaat te creëren en te werken aan een bewustwording van de risico's.

In het Kinderrechtenverdrag staat heel uitdrukkelijk dat jongeren moeten worden beschermd tegen drugsgebruik. Ik zal een brief sturen aan de federale ministers van Justitie, Binnenlandse Zaken en Volksgezondheid om daarop te wijzen. Jongeren moeten intensief worden beschermd.

Het debat over legalisering kan volgens mij zelfs niet worden gevoerd. Op federaal niveau zijn er mensen die dat toch overwegen en die stappen willen ondernemen om softdrugs te legaliseren. Volgens die internationale overeenkomst kan dat evenwel niet. We hebben dat verdrag geratificeerd.

Mevrouw Sonja Becq : Er gebeurt al heel wat in het onderwijs, maar ook in jeugdverenigingen en jeugdclubs is het belangrijk dat er wordt gewerkt aan een goede gezondheidscultuur. Het is nog steeds zoals vroeger. Beginnen met roken gebeurt in groep. Stoppen moet men echter alleen doen ; dat kan moeilijk in groep.

Het milieu in jeugdbewegingen is moeilijker te bereiken en te benaderen om daarin een goede cultuur aan te reiken. Sommige jongeren durven niet overgaan naar de volgende leeftijdsgroep,

omdat iedereen daar rookt. Ze zijn bang dat ze hen zullen vragen om mee te doen. Enerzijds willen ze er wel bijhoren, anderzijds durven ze er om die reden niet naartoe. Dat is echter geen oplossing. We moeten zoeken naar methodes om de jongeren daar aan te spreken.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Mevrouw de minister, ik wacht nog op een antwoord op de vraag om dit lokaal te organiseren. Als er bijvoorbeeld in een bepaalde omgeving een kliniek is met een afdeling voor longpatiënten, dan kan een heel motiverende anti-rookactie erin bestaan om daar een bezoek of gesprek te organiseren tussen een klas en bijvoorbeeld cara-patiënten. Dat werkt het meest motiverend. Een professor in Gent gebruikte destijds die methode. Hij begon elke les met het voorstellen van een long van iemand die jaren had gerookt of van een terminale kankerpatiënt. Meer dan de helft van de studenten die rookten, stopten er mee. Ik ben er hem nog altijd dankbaar voor. Dat stond niet in een beleidsdoelstelling, maar die professor was gemotiveerd. Dit is een voorbeeld uit de realiteit van hoe het lokale niveau iets zelf kan organiseren.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Er staat niet in de doelstellingen dat dit niet kan. We werken een globale nota uit en bieden methodes aan. Als men op lokaal niveau vindt dat dat een goede methode is, dan kunnen ze dat doen. Het is echter maar een goede methode als ze niet bedreigend overkomt. U hebt daar zelf op gewezen.

We hebben in feite geen meningsverschil. We reiken alleen methodes en voorbeelden aan. We zullen niet opleggen hoe het moet. Ik begin niet met grote campagnes op de televisie of zo.

Dat neemt echter niet weg dat ik, als ik minister van Onderwijs was, wel zou verbieden dat een leerkracht in de school rookt. Dat verbiedt de wet overigens ; er mag enkel worden gerookt in de leraarskamer en niet in de gangen of op de speelplaats. De leerkracht moet een voorbeeldfunctie vervullen.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen : Ik wil een ander voorbeeld aanhalen. In het ziekenhuis van Lanaken liggen veel patiënten met stoflong. Vele patiënten blijven tijdens de behandeling toch nog roken. Het is volgens mij geen oplossing om een bezoek te brengen aan ziekenhuizen met dergelijke patiënten.

Ik wil ook de aandacht vestigen op twee andere groepen. Als men jongeren wil bereiken dan moet

dat gebeuren via mensen waarin ze vertrouwen hebben. Het is niet goed dat scholen dit overlaten aan de mensen van het PMS en het MST. Leerkrachten zijn meer gemotiveerd en kunnen deze aspecten in een normale les integreren. Het heeft geen zin bijvoorbeeld alle leerlingen van het derde jaar samen te brengen om een video te bekijken, waarna mensen van het PMS komen spreken. Als een school het zelf kan, moeten we hen dezelfde faciliteiten geven.

Een andere groep waaronder veel rokers zijn en die moeilijk te bereiken is, is de groep van laaggeschoolden, mensen met sociale problemen, enzovoort. Daarvoor is een aparte strategie nodig. Zij worden niet aangesproken door het normale aanbod.

De heer Guy Swennen : Ik was zes jaar gedeputeerde van Volksgezondheid voor de provincie Limburg en heb heel wat preventieacties ontwikkeld en heel wat colloquia bijgewoond. Ik heb daarvan onthouden dat men in preventiecampagnes moet opletten voor kwaliteitsverlies. Als men, zoals in het voorbeeld van zonet, excessief met angst werkt of symptomen overdrijft, dan creëert men angsten bij mensen die niet stoppen en die misschien nooit kanker krijgen. Ze staan op de duur elke dag op met de idee dat ze kanker hebben. De aangewezen strategie lijkt me om voortdurend aan te leren hoe mensen met risico's moeten omgaan, en daar duidelijkheid over te scheppen.

Hetzelfde geldt trouwens voor de voeding. De GVO-opvoeding bij kinderen is bijzonder doorgevoerd. Ik ben het onderwijssysteem daar dankbaar voor. Maar op bepaalde periodes wilden mijn kinderen van negen en twaalf jaar geen vlees meer eten vanwege het gevaar voor kanker. Onlangs zei mijn zoon dat hij geen strakke broek meer wil dragen omdat hij gelezen had dat je daar teelbalkanker van krijgt. Dit soort stigmatisering krijgt men wanneer men op angst inspeelt. En daar wil ik toch voor waarschuwen.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Ik wil even reageren. Ik wil zeker niemand angst aanjagen. Het gaat hier echter om een leefgewoonte waarvoor je zelf verantwoordelijk bent. Als ik rook, is dat mijn keuze en verantwoordelijkheid. Twee jaar geleden hebben we een discussie gevoerd over borstkanker, waarbij ik de minister ben bijgetreden. Men hoeft geen grootscheepse angstcampagnes rond borstkanker te voeren. Dat schept alleen een schuldgevoel voor iets waar je zelf niets of weinig aan kunt doen. Je hebt het zelf niet in de hand. Dat is echter anders bij roken.

Ik heb dit extreme voorbeeld alleen vermeld om aan te tonen dat men samen in de Logo een strategie moet bepalen. Het beleid moet van onderaan en op lokaal vlak kunnen groeien en moet rekening houden met de verschillende populaties. Mevrouw Van Cleuvenbergen verwees zojuist naar de meer kansarme buurten. Daar moet men met een dergelijk verhaal niet afkomen. Men moet de mens in zijn totaliteit benaderen, in zijn totale levensstijl. Men krijgt dan een volledig ander concept van preventie, waarbij ook de omgevingsfactoren een veel belangrijkere rol spelen.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen : Ik veronderstel dat veel van wat nu over roken is gezegd, ook kan worden aangehaald bij de volgende doelstellingen.

Doelstelling 2 : In het jaar 2002 moet de consumptie van vetrijke voeding op significante wijze gedaald zijn ten voordele van vetarme en vezelrijke voeding

Mevrouw Yolande Avontroodt : Ik moet niet verbergen dat ik met deze doelstelling de meeste problemen heb. Volgens dokter Avonds is vetrijke voeding eigenlijk de oorzaak van zeven verloren potentiële levensjaren bij mannen en twee bij vrouwen. Dat klopt niet. De cerebrovasculaire aandoeningen en de ischemische hartaandoeningen zijn daarvoor verantwoordelijk. Ik denk dat deze doelstelling volledig wordt omgedraaid.

Er zijn nog een aantal argumenten waarom ik deze doelstelling de minst duidelijke vind. In het licht van het themadebat over de kansarmoede, kan men slechts geringe resultaten verwachten van deze doelstelling. Mevrouw de minister, u zegt in uw tekst dat baselinemeting ontbreekt. Wel is er op federaal niveau sprake van een voedselconsumptiepeiling. Ik denk dat we dit toch niet in aanmerking kunnen nemen als een effectieve doelstelling. Ik heb gehoord dat men er zelfs op wereldgezondheidsniveau niet in slaagt om die voedselconsumptiepeilingen uniform op te stellen. Men is nog steeds op zoek. Deze doelstelling kan niet meer dan een vrome wens zijn. Men moet een andere formulering gebruiken, en niet alleen om het aantal verloren potentiële levensjaren te verminderen.

Er zouden ook een aantal projecten op touw gezet worden rond afspraken met winkeliers en horecauitbaters in de schoolomgeving. Ik vraag me af of dit soms geen tegenovergestelde reactie zal uitlokken. Wat ik wel positief vind, is de toekenning van het label gezonde voeding aan bedrijfskeukens. Ook de organisatie en het stimuleren van kookcur-

sussen voor gezonde voeding past daarin. Het mag echter niet negatief worden voorgesteld. Wat verboden is, wordt vaak juist aantrekkelijker. Men kent nu dezelfde hetze rond het vleesverbruik. Zo zijn er mensen die nu vooral niertjes bestellen, juist omdat dit wegens de dollekoeienziekte, vanaf 1 maart verboden is. Er zijn altijd mensen die tegen de stroom in willen roeien. De consumptie van vetrijk voedsel is zeer sterk gebonden aan cultuur, gewoonten en economische overwegingen. Ik vind deze doelstelling te ambitieus om de gewenste resultaten te bereiken. Wat u wilt bereiken, is een daling van het aantal hart- en vaatziekten.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Deze doelstelling staat niet uitsluitend in relatie tot de cardiovasculaire aandoeningen, maar ook van diabetes, andere kankers, enzovoort. U verengt deze doelstelling dus door te verklaren dat ze alleen cardiovasculaire aandoeningen betreft. De eerder genoemde aandoeningen, obesitas inbegrepen, zijn echter allemaal ziektebeelden die veel voorkomen in onze maatschappij en dus voor veel problemen zorgen. Met uw vraag om deze doelstelling om te bouwen, zou u overigens zwaar in conflict komen met de VGR. Als immers over één doelstelling in de VGR een consensus bestond, was het wel deze.

Mevrouw Lindekens stelde daarnet de vraag naar een goede wetenschappelijke basis. Die is er hier inderdaad. Heel wat ziektebeelden hebben met een onevenwichtige voeding te maken. Dit kan op een positieve wijze worden voorgesteld. De persoon die de onderzoeken in kwestie uitvoert, ook bij jongeren, is een van de promotoren van deze doelstelling in de werkgroep. Verder zit ook de voedingsindustrie mee aan de vergadertafel, met een heel constructieve opstelling. Dat is natuurlijk fundamenteel.

De doelstelling is inderdaad niet gebaseerd op zuivere meetfactoren. Ik aanvaard eveneens de kritiek dat de baseline nog niet gekend is. Toch wil ik nogmaals beklemtonen dat onevenwichtige voeding tot veel meer ziektebeelden aanleiding geeft dan u opnoemt. De doelstelling die men wil bereiken, is een minder vetrijke en meer vezelrijke voeding.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Wat is voor u de betekenis van 'op significante wijze' ? Wat is significant als u niet weet waarvan u vertrekt ? U stelt zelf het smartprincipe voorop. Hoe zult u dat meten en hoe zullen we dat binnen drie jaar evalueren ? U geeft immers zelf toe dat die voedselconsumptiepeiling eventueel pas in 1999 zal worden uitgevoerd. Het enige dat u kunt meten, is de ver-

betering in de gezondheidsindicatoren inzake hart- en vaatziekten en diabetes.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Onze administratie Algemene Planning en Statistiek is ondertussen reeds indicatoren aan het bepalen. De dalende verkoop van een aantal producten en de stijgende verkoop van een aantal andere zijn duidelijk meetbare factoren. Daarom zit de voedingsindustrie ook aan de vergadertafel. Ik neem aan dat u niet onmiddellijk ziet hoe men dit aspect vanuit gezondheidsoogpunt kan meten, maar het is te meten. We zullen trachten een aantal indicatoren te bepalen waaruit na vijf jaar is af te leiden of er iets op significante wijze is gedaald. Wat we niet hebben kunnen doen is daar een percentage op kleven, zoals bij het rookgedrag. Bij dat laatste weet men op welk niveau men vertrekt en kan men door middel van een enquête ongeveer bepalen of men iets heeft bereikt. Hier konden we dat niet, maar we kunnen wel een aantal indicatoren bepalen.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Het principe van het werken met doelstellingen is toch het volgende. Men vertrekt op een bepaald punt, stippelt een beleid uit en zet de verschillende middelen in actie om, en evalueert daarna of men is geslaagd met de middelen die men heeft ingezet. Hier moet u echter nog het uitgangspunt bepalen, eventueel in 1999. Gisteren praatte ik met mensen die op dat onderwerp doctoreren. Ze vertelden me dat dit punt het moeilijkste ligt van allemaal. Op wereldgezondheidsniveau slaagt men er niet in om die voedselconsumptiepeilingen op punt te stellen. U maakt hier echter een doelstelling van. Ik zou het ermee eens kunnen zijn mocht u het een aandachtspunt noemen. Het beantwoordt echter niet aan de definitie van een doelstelling.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen : Bij deze doelstelling is de inhoud eigenlijk ruimer dan de titel. Het gaat immers om gezonde voeding in het algemeen. Ik denk dat dit een doelstelling is die plaatselijk erg concreet wordt gerealiseerd. Ik leg daarbij meteen het verband met een gezonde voedingsbeleid in scholen. In dat verband lijkt het me veel minder dan wordt aangenomen nodig om de deskundigheid bij het personeel te bevorderen. Het komt er wel op aan de zaak als haalbaar voor te stellen tegenover jongeren. Er moeten afspraken komen binnen een buurt, een hele gemeente.

Zo kan men bijvoorbeeld koffiekoeken laten verstrekken door een café, vóór de scholen de deuren openen. Dat is een klein, lokaal vertaald initiatief in functie van het promoten van een gezond ontbijt. Men zou ook kunnen afspreken dat er 's mid-

dags in de winkels in de nabijheid van de school, maar ook in de hele gemeente, geen chips zal worden verkocht. Ik merk dat scholen moeite doen om iets dergelijks te verwezenlijken, dat ze er bewust voor kiezen geen automaten op school te installeren. Maar dan blijkt dat de jongeren naar de winkels in de buurt lopen. Dit moet dus worden aangepakt voor de hele buurt of gemeente.

Bij 'Ideeën ter overweging' staat in het document het volgende : 'Organisatie van kookcursussen rond gezonde voeding door sociaal-culturele organisaties.' Mevrouw de minister, dit wordt de laatste vijf jaar systematisch gedaan. Als er in een of andere sociaal-culturele organisatie een reeks plaatsvindt rond koken, dan wordt, zowel in de boeken en de verspreide nota's als door de lesgevers, steeds verwezen naar gezonde voeding. Kookcursussen die 'Gezonde voeding' als titel hebben, slaan trouwens meer aan dan cursussen rond nieuwe frituurgerechten. Die klemtoon op gezonde voeding spreekt aan, ook omdat men zo een theoretische onderbouw krijgt. Die bestaande maatregel kan eventueel worden ondersteund.

De heer Guy Swennen : Deze discussie is gedeeltelijk op wetenschappelijke gegevens gebaseerd. In die zin zijn we, op enkele uitzonderingen na, allemaal enigszins dilettanten. In de jaren waarin ik met het preventiebeleid bezig was, heb ik horen zeggen dat een gezonde voeding niet alleen van belang is omdat ze in rechtstreekse relatie staat tot bepaalde klassieke aandoeningen. Van een hele waaier van andere kankertypes ontdekt men bovendien nu pas de basisgegevens en merkt men welke stoffen men daartegen nodig heeft.

Hoewel het sowieso nog enigszins nattevingerwerk is, moet het belang van gezonde voeding worden beklemtoond. Men zegt in wetenschappelijke kringen dat voeding als combinatiefactor in het gezondheidsgedrag een zeer grote rol speelt. Vandaar het belang van de doelstelling. Ook wil ik de meer algemene bedenking maken dat dit hoe dan ook een gezondheidsdoelstelling is die de middenklassen ten goede zal komen. Daar blijf ik bij.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : In tussen teksten waaraan we nu werken, staat dat we via de Logo's de plaatselijke winkeliers in de nabijheid van scholen zouden aanzetten om gezonde lunchpakketten aan te bieden. Momenteel bieden verscheidene winkeliers voor 100 frank lunchpakketten aan met een blikje cola, een koffiekoek en een pakje chips. Daarom zit de voedingsindustrie mee rond de tafel, opdat deze pakketten op een andere wijze zouden worden samengesteld.

Wat de heer Swennen zegt, klopt. In Herentals loopt momenteel een project met kansarmen. We zouden dat als voorbeeld kunnen nemen om als methodiek aan te reiken aan de Logo's. Ik geef zomaar twee reacties op de opmerkingen van de leden, maar we zullen ook rekening houden met de verdere bedenkingen die zijn gemaakt.

Doelstelling 3 : In het jaar 2002 moet de borstkankerscreening bij vrouwen doelmatiger verlopen. Het aandeel van de evidence-based screenings bij de doelgroep van 50-69 jaar moet toenemen tot 80 %. Het aantal vrouwen uit de specifieke doelgroep dat bereikt wordt moet toenemen tot 75 %.

Mevrouw Kathy Lindekens : Mevrouw de minister, er wordt zeer veel geld uitgegeven aan borstkankerscreening, maar niet altijd op de goede manier. Het lijkt me goed dat men hierin vooruitgang beoogt. Er staat dat de huisartsen betere en duidelijkere richtlijnen krijgen voor een meer doelmatige screening. Van waar krijgen ze die richtlijnen ? Waar is de Vlaamse Gezondheidsraad gesitueerd in dit probleem ? Ik heb dit niet teruggevonden bij de voorstellen van de Vlaamse Gezondheidsraad. Welke richtlijnen zullen worden verstrekt aan de huisartsen en hoe zal dit gebeuren ?

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Dit is gebaseerd op elementen uit de gezondheidsindicatoren. Omdat mevrouw Avontroodt in deze commissie uitdrukkelijk heeft gevraagd naar specifieke maatregelen ten aanzien van vrouwen en tevens naar aanleiding van het verschijnsel dat de screening in Vlaanderen niet op een goed georganiseerde wijze verloopt, is de doelstelling opgenomen. We scoren qua efficiëntie minder goed dan Wallonië op dit vlak. U vraagt waarom het niet terug te vinden is bij de Vlaamse Gezondheidsraad. Wel, de enige doelstelling waarover een algemene consensus bestond, was de tweede doelstelling. De gezondheidsraad zei dat men zich bijna zou moeten beperken tot één doelstelling, maar wij zijn ervan overtuigd dat het om een goede doelstelling gaat.

Bovendien werd dit ook aangedragen door de groep die werkt vanuit het IHE en het WIV, met professor Arbijn en dokter Van Oyen van het WIV. Zij staan voor de monitoring en vinden het een belangrijke doelstelling. Dat is de oorsprong van deze doelstelling. Er is nog een groep, in hoofdzaak bestaande uit de specialisten van de referentiecentra voor borstkankerscreening, die momenteel de methodiek en het systeem van deze doelstelling

aan het uitwerken is. Dat gebeurt in overleg met wie de registratie en de monitoring doen.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen : Ik wil verwijzen naar het verschil in aantallen vrouwen die worden gescreend naargelang de stimuli die uitgaan van de gemeenten en de provincies. Men moet dit in elk geval samen met deze overheden concreet uitwerken.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Mevrouw de minister, ik vind dit inderdaad een goede doelstelling omdat borstkankerscreening inderdaad heel veel winst kan opleveren. Ik wil nog enkele vragen meegeven. In de tweede versie van de tekst worden ook de kwaliteitsvereisten geformuleerd. Ik zal me er niet toe laten verleiden er enkele op te noemen, want dat komt toe aan de mensen in het veld. Er staat verder onder 'Acties' : 'Zo kan relatief snel een regeling worden gevonden voor het gebruik van de populatiedatabanken'. Kunt u dit expliciteren ?

Er zijn een aantal elementen voorhanden inzake primaire preventie van borstkanker, waar men werk van kan maken. Er moet ook worden gedacht aan wat een aantal vrouwen er nog altijd van weehoudt om een mammografie te laten doen, namelijk het aspect pijn. Aanvankelijk was dit voor een aantal vrouwen een onaangename gebeurtenis. Met de nieuwe apparatuur kan dat op een veel minder storende manier gebeuren, en dat moet in de vertaling voor de mensen absoluut worden opgenomen. Ik ken een studente die hieromtrent een eindwerk heeft gemaakt. De cijfers van haar enquête spreken boekdelen. Er zijn heel veel vrouwen die enkel wegens de pijn niet, te laat of te weinig een mammografie laten uitvoeren.

Ten aanzien van de implementering zijn er nog een aantal randvoorwaarden. De gynaecologen en specialisten worden in het document niet vernoemd. In onze huidige gezondheidsstructuur kan het niet dat gynaecologen niet aan de orde komen en niet mee om de tafel zitten. Ik pleit ervoor om in de Logo's de gynaecologen bij dit thema te betrekken. Ziet u de implementatie in het bestaande gezondheidssysteem bij de lokale radiologen, of bij mobiele units ?

Ik wil ook aandacht vragen voor de privacy en voor het belang van de rol van de huisarts in verband met de psychologische aanpak van patiënten die men doorverwijst. Er moet voldoende aandacht gaan naar een goede psychologische aanpak van patiënten bij verwijzing en eventueel bij confrontatie met een diagnose.

De heer Bart Vandendriessche : Er is ook nog het aspect van de financiering. Borstkankerscreening heeft enerzijds te maken met preventie en anderzijds is het voor het Riziv een technische prestatie. Zijn er overeenkomsten met de federale overheid ten aanzien van de financiering ?

Mevrouw Kathy Lindekens : Is het ook niet van groot belang de vrouwen meer bewust te maken van het feit dat ze ook zeer regelmatig aan zelfonderzoek kunnen en moeten doen ? Eén keer een mammografie is misschien belangrijk voor een bepaalde leeftijdsgroep, maar het is net zo belangrijk om regelmatig aan zelfonderzoek te doen.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Wat de preventie in het algemeen betreft, hebben we geprobeerd om een duidelijke formulering te vinden. We laten het over aan de Logo's om zelf initiatieven te nemen om via huisartsen en gynaecologen de elementen die u hebt opgesomd in het preventiegebeuren in te brengen. De uitwerking van het Logo laten we aan het lokale niveau over. Er zal ruimte bestaan om huisartsen en gynaecologen bij de preventie te betrekken.

De onderzoeken gebeurden tot vandaag door een team van specialisten van de universiteiten van Antwerpen, Leuven en Gent, met behulp van de VKL (Vlaamse Kankerliga), de cel in het WIV en de ziekenfondsen. De ziekenfondsen spelen in dat alles een belangrijke rol. Want zij beschikken over de nodige gegevens. Daarover hebt u ook zelf gesproken, toen u het had over de ziekenfondsen en de populatiebanken.

Rekening houdend met de privacy kunnen de ziekenfondsen meedelen hoeveel screenings er gebeuren. Als ik ze goed heb begrepen, zeggen ze eigenlijk dat het aantal screenings in Vlaanderen op zich volstaat. Alleen gebeuren ze niet altijd bij de juiste personen.

De heer Vandendriessche had het over de financiering. Daarover moeten geen overeenkomsten worden afgesloten. Alles wordt gefinancierd door het Riziv. Wat moet Vlaanderen dan wel financieren ? De monitoring en de registratie, en de organisatie daarvan. Verder werken we met de middelen die ons federaal ter beschikking worden gesteld.

De heer Bart Vandendriessche : Ik dacht dat het Riziv preventieve acties onmogelijk op systematische wijze kon financieren.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Het aantal screenings naar borstkanker volstaat. Als ze goed

worden gespreid, zal onze actie het Riziv dus geen frank meer kosten. We moeten vooral trachten om juist te screenen. Daarom wordt er gesteld dat het aandeel van de evidence-based screenings bij de doelgroep van 50- tot 69-jarigen moet toenemen tot 80 percent. Het aantal vrouwen uit de specifieke doelgroep dat wordt bereikt, moet toenemen tot 75 percent. Deze formulering is erg goed overwogen.

Het aantal screenings ligt in Vlaanderen vrij hoog. Maar aan de spreiding schort er wat. Er wordt gezegd dat het niet nodig is dat vrouwen vanaf hun 25ste om de twee jaren een mammografie laten uitvoeren. Ik herhaal : het komt erop aan de juiste doelgroepen te bereiken.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Ik wil hier nog even de verzuchtingen van de huisartsen verwoorden. In zo een uniform screeningsprogramma is cervixkankerscreening niet opgenomen. Beide doelgroepen zijn niet identiek. Maar beide screeningsprogramma's zouden eigenlijk door dezelfde structuur moeten worden gedragen.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Ik zal uw vraag voorleggen.

De heer Avonds, inspecteur administratie Gezondheidszorg, namens de minister : Er zijn vele verschillen. De doelgroep van de cervixkankerscreening wordt gevormd door de 25- tot 64-jarigen. Ook de frequentie van de screening verschilt : om de drie jaren. De ziekte komt ook veel minder frequent voor. Voor de verwerking staan ofwel de dienst anatome pathologie, ofwel de radiologen in. De enige constante factor in het verwerkingssysteem is de huisarts.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Zullen voor de borstkankerscreening de lokale radiologen instaan, en niet een mobiele unit ?

Minister Wivina Demeester-De Meyer : We zullen geen nieuwe systemen opzetten die niet echt nodig zijn.

Doelstelling 4 : In het jaar 2002 moet het aantal dodelijke ongevallen in de privé-sfeer en in het verkeer afnemen met 20 %

De heer Felix Strackx : Mevrouw de minister, u hebt het over verkeersongevallen. Dat is een materie die in grote mate tot de bevoegdheden van het federale niveau behoort. Ik vind het een goede zaak dat u er tenminste aandacht aan besteedt. Misschien kan er in dat verband nog iets gebeuren

via de rijbewijzen. Zou men bijvoorbeeld niet kunnen overwegen om jonge mensen gedurende een bepaalde tijd een voorlopig rijbewijs, met een aantal beperkingen, te geven ? Er zijn verschillende mogelijkheden.

U hebt het ook over de voorkoming van koolmonoxide-intoxicatie. Reeds meer dan een jaar geleden hebben we een voorstel van resolutie ingediend om in particuliere woningen meer controles uit te voeren om de verbrandingsinstallaties te testen. U bent daar toen niet op ingegaan. Ik vond dat spijtig.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Na de discussie die we daarover in de commissie hebben gevoerd, is dat dossier overgedragen aan minister Peeters. Vandaag is dat in de wooncode opgenomen. Dat loopt vlot.

De heer Felix Strackx : Het gaat dan wel over de huisvestingsmaatschappijen. Dat kan van toepassing zijn op sociale woningen. Maar het biedt geen oplossing voor privé-woningen.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Ik heb daarover ooit een schriftelijke vraag gesteld aan minister Peeters. Men kan – tenminste in theorie – een onderzoek vragen bij de gemeentediensten. Experts zouden gratis uw installatie komen nakijken. Maar de mensen moeten zelf het initiatief nemen. Dat is het antwoord dat ik toen heb gekregen.

Mevrouw Kathy Lindekens : In het advies van de Vlaamse Gezondheidsraad staat inzake preventie van ongevallen : 'het ondernemen van gezamenlijke acties door de sectoren van gezondheid, onderwijs, verkeer, justitie, openbare werken en arbeid om ongevallen in het verkeer, thuis, op het werk, bij sport en in de vrijetijdssfeer te verminderen, met bijzondere aandacht voor bejaarden en jonge kinderen'. Ik zie echter dat u in uw aandachtspunten de kinderen bent vergeten. Inzake ongevallen in de privé-sfeer hebt u het enkel over senioren. In het document van het VIG van 3 februari 1998 wordt er wel aandacht besteed aan jonge kinderen, maar alleen bij de brandwondenpreventie. Ik vraag me af of dat het meest voorkomende ongeval is bij kleine kinderen. Er zijn toch nog andere zaken die onder de aandacht moeten komen.

Ik weet dat een van de grootste doodsoorzaken bij kinderen verkeersongevallen zijn. Ook dat element is niet opgenomen en ik vraag me af waarom.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Ik wil me aansluiten bij mevrouw Lindekens over het feit dat kinderen niet zijn opgenomen bij ongevallen in de privé-sfeer. Ik vind het wel erg positief dat het voorkomen van osteoporose is opgenomen.

De doelstelling vermeldt het aantal dodelijke ongevallen in de privé-sfeer en dat vind ik goed. Ongevallen in de privé-sfeer en in het verkeer leiden soms tot de dood of kunnen de kwaliteit van het leven ernstig aantasten. Dat element moet volgens mij ook worden opgenomen.

Ik vraag u tevens om met uw federale collega over botdensitometrie te praten. Als men een campagne opzet om osteoporose te voorkomen, dan moet men op jonge leeftijd beginnen. Terecht stelt u dat het op latere leeftijd noodzakelijk is om voldoende te bewegen. Maar om te kunnen remediëren, moeten we over het instrument van de botdensitometrie bij oudere vrouwen beschikken.

U wenst een blijvende controle op rijden onder invloed van alcohol en drugs. Men beschikt echter nog maar over beperkte middelen om dat te testen. Het komt soms voor dat een rijkswachter je laat doorrijden als je hebt gedronken, omdat hij niet genoeg buisjes heeft voor de alcoholtest. Daar moet iets aan worden gedaan. Ik vind controle op rijden onder invloed van drugs erg belangrijk. Ik heb het dan ook over kalmeringsmiddelen. Ook het gebruik van die middelen moet in de campagne worden opgenomen. Het is erg gevaarlijk om te rijden als men kalmeringsmiddelen heeft ingenomen.

De heer Felix Strackx : Ik wil alleen vermelden dat ik over dit onderwerp de laatste dagen vrij hoopgevende artikels heb gelezen. Ik geloof dat men nu in Groot-Brittannië met een nieuw systeem is begonnen. Er zouden zelfs geen urinetesten meer nodig zijn. Men zou experimenteren met speeksel- en zelfs zweettesten, waarbij men over iemands voorhoofd wrijft.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Dit was ook geen beperkende opsomming en alle suggesties worden in dank aanvaard.

Doelstelling 5 : *In het jaar 2002 moet de preventie van infectieziekten op significante wijze worden verbeterd, met name door het verder verhogen van de vaccinatiegraad voor aandoeningen als polio, kinkhoest, tetanos, difterie, mazelen, bof en rubella*

Mevrouw Yolande Avontroodt : Ik zou in dit verband willen verwijzen naar het advies van de

Vlaamse Gezondheidsraad. Die heeft een lijst gemaakt van de aandoeningen waarvoor de vaccinatiegraad dient te worden verhoogd, maar die we in deze doelstelling niet terugvinden. Het gaat met name om hepatitis-B, influenza en pneumokokken. Waarom hebt u deze niet in aanmerking genomen ? Ook in dit verband kom ik terug op wat ik reeds in het begin van de vergadering heb gezegd. Wie voor het optrekken van de vaccinatiegraad verantwoordelijk is en waar de vaccinaties plaatsvinden, moet aan het Logo worden overgelaten.

Ik heb ook nog een vraag over de 'mogelijks virale dosis pertussisvaccin op dertien maand' bij '5.2.1 maatregelen m.b.t. vaccinaties'. De betekenis daarvan ontgaat mij enigszins en ik zou enige toelichting op prijs stellen.

De heer Felix Strackx : Eigenlijk komt de formulering van doelstelling 5 niet overeen met wat later volgt. Eigenlijk zou u 'met name' moeten vervangen door 'onder meer'. Schrijft u 'met name', dan sluit u de rest uit.

Wat u voorstelt inzake HIV- en SOA-prevalentie vind ik ruim onvoldoende. De laatste tijd wil men het doen voorkomen alsof de verspreiding van HIV onder controle is. Dat is zeker niet juist. Vandaag las ik nog een artikel waarin men vraagt om de aandacht daarvoor niet te laten verslappen.

Er waren enkele grote campagnes. Met sommige was ik wat minder gelukkig. Maar op dit ogenblik doet men niets meer aan die zaak. Die indruk heb ik althans. U mag de voorlichting van de bevolking niet afbouwen. De mensen vergeten snel. Het effect van een sensibiliseringscampagne is na een zekere tijd weg.

Mevrouw Kathy Lindekens : In zijn advies noemt de VGR het uitbouwen van een adequaat monitoring- en rappeelsysteem een prioriteit. Ik vind dat hier niet terug.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Ik wil ingaan op uw suggestie om de woorden 'onder andere' te gebruiken en pneumokokken, griep en hepatitis-B toe te voegen. Voor de infectieziekten die hier vermeld staan, worden gratis vaccins ter beschikking gesteld. Ze worden allemaal verstrekt via MST en Kind en Gezin. Langs die weg wordt er automatisch opgeroepen voor een herhaling. Dat is de reden waarom de andere infectieziekten niet uitdrukkelijk vermeld worden. Ik zal ze in de tekst opnemen. Er zit ook een fout in de tekst. Het

woord 'virale' is foutief vermeld. Het moet 'een bijkomende dosis' zijn.

Ik heb u al gezegd dat de aandacht voor campagnes zeker niet verslapt en dat de mogelijkheden voor organisaties die de informatie verspreiden, niet verminderen. De vraag is echter of de spots van grote campagnes in de sterk gedifferentieerde media nog een voldoende groot bereik hebben. Ze gaan vaak verloren tussen allerlei reclame. Ik vraag me af of we daarmee onze doelstellingen kunnen bereiken. Maar we moeten de mensen hoe dan ook blijven informeren over de risico's van seksueel overdraagbare ziekten en ons tot specifieke doelgroepen richten. Jongeren moeten blijvend worden geïnformeerd. Dat doen we ook nog steeds.

Misschien opteert u voor grote campagnes, maar dan zou ik u willen vragen niet meteen kritiek te leveren op de inhoud daarvan. We kunnen de spot van de 'Zet 'm op'-campagne nog eens uitzenden. Het was een goede spot. We hoeven er geen nieuwe te maken als we een goede hebben die al een tijdje geleden voor het laatst is uitgezonden. Maar kom dan weer geen kritiek leveren. Misschien zult u dat ook niet meer doen en denken we nu allemaal wat genuanceerder. Het was een geslaagde campagne maar ze heeft veel kritiek uitgelokt. Ik leer uit het gebruik van allerlei mediatechnieken dat dit niet de beste manier van informatie is. Het spreekt echter vanzelf dat we informatie moeten blijven geven.

De heer Felix Strackx : Mevrouw de minister, ik wijs er alleen maar op omdat men het voorstelt alsof de ziekte zou zijn bedwongen. Men zegt dat het aantal gevallen niet meer toeneemt en dat we goed scoren in vergelijking met de andere landen.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Daar ben ik het niet helemaal mee eens. De groei van het aantal HIV-patiënten in dit land neemt af, maar het blijft een groei. Dat is te zien in de driemaandelijke resultaten van het WIV. We zien ook dat het aandeel gevallen bij buitenlanders – Afrikanen bijvoorbeeld – groter wordt. In campagnes moeten we ons dus specifiek tot doelgroepen richten. Ik deel wel uw bezorgdheid over het feit dat aids steeds vaker als een chronische ziekte wordt beschouwd, die zogenaamd te beheersen of onder controle te krijgen zou zijn. We mogen zeker en vast de aandacht niet laten verslappen.

Onze aandacht moet echter ook naar alle andere seksueel overdraagbare ziekten gaan. U hebt daar net verwezen naar het feit dat het risico op borstkanker groter wordt naarmate men op latere leef-

tijd kinderen krijgt. Er is ook een ander element. Het risico op onvruchtbaarheid stijgt naarmate men met seksueel overdraagbare ziekten is geconfronteerd. De preventiecampagne over die ziekten met als doelpubliek de jongeren, moet dus veel intensiever gebeuren. Ze moet zeer gericht zijn. Grote, algemene campagnes halen dan weinig uit.

De vraag is ook wie de boodschap moet geven. Het is heel moeilijk om een goede boodschapper te vinden. Ik wil maar aangeven dat de overheid in dat verband beter op de achtergrond blijft.

Mevrouw Kathy Lindekens : Mevrouw de minister, ik heb wel een antwoord gekregen over het rappelsysteem, maar niet over het monitoringsysteem. Ik zie hier dat de preventieve kamer van de VGR stelt dat adequate jaarlijkse metingen absoluut noodzakelijk zijn om een relevant beleid te kunnen voeren. Momenteel zijn deze metingen haast onbestaande.

De heer Etienne Van Vaerenbergh, waarnemend voorzitter : Het MST is daarmee gestart, en ook Kind en Gezin. We willen dit samen met de huisartsen verder uitbouwen.

De heer Bart Vandendriessche : TBC is opnieuw in opmars. Daaromtrent heb ik geen specifieke maatregelen gevonden.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Over die opmars van TBC moet men zich zeer genuanceerd uitlaten. Eigenlijk is er geen opmars. Er zijn inderdaad een aantal risicogroepen. Die zijn vooral te vinden bij migranten en drugsgebruikers. Men mag dat probleem echter zeker niet veralgemenen. In het rapport van vorig jaar is zelfs sprake van een daling van de gevallen bij autochtone bevolking. Er is wel een stijging bij de migranten en de illegalen.

Mevrouw Yolande Avontroodt : We kunnen de omschrijving van infectieziekten enorm uitbreiden. De doelstelling was het verhogen van de vaccinatiegraad. Voor tuberculose is er geen vaccin. Hetzelfde geldt voor HIV, SOA, enzovoort. Als men zich toespitst op de vaccinatiegraad, dan moet men zich enkel richten op aandoeningen waartegen men kan vaccineren.

Voor pneumokokken en het griepvaccin onderschrijf ik de stelling om de vaccinatiegraad voor de doelgroepen te verhogen. Men mag echter geen valse verwachtingen creëren, tenzij het budgettair haalbaar zou zijn om deze vaccins ter beschikking te stellen voor de doelgroepen. De recente campagne voor pneumokokkenvaccinatie roept bij een

aantal mensen reacties op. Ik krijg brieven van mensen die, aangespoord door de campagnes van de Vlaamse Gemeenschap, naar de apotheker stappen en zich over de rekening beklagen.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Ik begrijp zeer goed uw bezorgdheid. We hebben ook erg lang aan deze doelstelling gewerkt. 'In 2002 moet de preventie van infectieziekten op significante wijze worden verbeterd', staat in de tekst. De bedoeling is dat ook HIV en dergelijke daaronder vallen. We zouden hier dus beter een punt achter zetten. Ik zou verder de titel als volgt aanpassen : 'Dit kan onder meer door het verder vaccineren.' Dat heeft twee aspecten : enerzijds het beperken van de infectieziekten en anderzijds het verhogen van de vaccinatiegraad, waarbij men een onderscheid maakt tussen vaccins die wel of niet gratis ter beschikking worden gesteld.

De heer Felix Strackx : Mevrouw de minister, worden vreemdelingen die ons land binnenkomen, nog steeds op TBC getest ? Ik dacht dat dit nog steeds het geval was. Zo ja, waarom niet op HIV ?

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Asielzoekers worden inderdaad op TBC getest. Ik weet niet of ze op HIV getest worden. Dat is een federale bevoegdheid.

Mevrouw Yolande Avontroodt : De grootste groep van de asielzoekers die een uitwijzingsbevel hebben gekregen, maar om humanitaire redenen mogen blijven, zijn HIV-positief. Daarover bestaan er wel gegevens. De HIV-problematiek bij asielzoekers past echter niet in de Vlaamse gezondheidspreventie.

De heer Felix Strackx : Ik vind het eigenaardig dat men wel op TBC test, maar niet op HIV. Dat zou toch ook mogelijk moeten zijn. Deze mensen zouden dan weten wat ze moeten doen om te voorkomen dat de ziekte zich verspreidt.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Dit valt buiten het bestek van de discussie.

c. Verdere aandachtspunten

Mevrouw Yolande Avontroodt : Is het deel over de preventie van dementie weggevallen ?

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Het is niet de bedoeling dat dit tot de gezondheidsdoelstellingen zou behoren. Het is een aandachtspunt, maar het is niet eenvoudig om op dit vlak een preventief

beleid te ontwikkelen. We zullen proberen om hierover een visie te ontwikkelen.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Er wordt dus geen aandachtspunt geformuleerd over de geestelijke gezondheidszorg.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : We zijn gestart met het project 'Denken rond geestelijke gezondheidszorg'. Er is een basisnota over gemaakt, die intern wordt besproken. Ik hoop die nog voor het einde van het jaar aan de commissie voor te leggen.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Mijn laatste suggestie is om bij dementie vooral de mantelzorg te ondersteunen.

Mevrouw Kathy Lindekens : We spraken daarnet over het aantal niet-rokers. In het advies van de VGR past dit onder het voorkomen van gezondheidsschadend gedrag. Daarin staat ook de prioriteit van de VGR om het gebruik van breed spectrumantibiotica in de extramurale gezondheidszorg met bijvoorbeeld 25 percent terug te dringen. Dit is volledig weggevallen. Ik begrijp dat dit niet hoort bij tabakspreventie. Is dit echter geen belangrijk doel op zich ?

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Hierover bestaat zeker geen consensus. Dit is moeilijker te formuleren.

Mevrouw Kathy Lindekens : Het advies dat de VGR samen met u naar buiten heeft gebracht, vermeldt dit nochtans als prioriteit.

De heer Avonds, namens de minister : Het irrationeel voorschrijven van antibiotica moet via de beroepsgroep zelf worden teruggedrongen, bijvoorbeeld via de LOK's. Op die manier kan men op informele basis, samen met collega's die men vertrouwt, het voorschrijfgedrag bekijken. Het zou een averechts effect hebben indien de overheid dit als een algemene gezondheidsdoelstelling zou opleggen. België scoort hoog in het te veel voorschrijven van antibiotica.

De heer Etienne Van Vaerenbergh, waarnemend voorzitter : We moeten nagaan hoe we het advies moeten formuleren. Mevrouw de minister, u hebt allusie gemaakt op een verdere uitwerking van uw document. U hebt hier ook een aantal toezeggingen gedaan. We kunnen het best wachten op de definitieve versie, op basis waarvan we dan het advies formuleren.

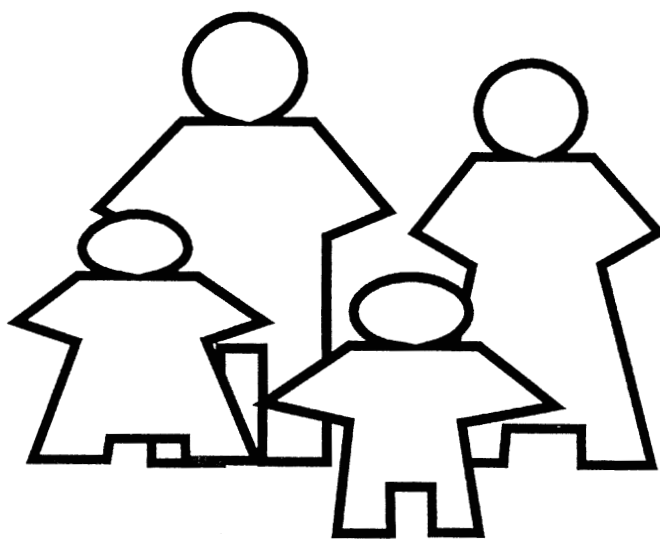
Minister Wivina Demeester-De Meyer : Ik neem akte van alle suggesties. Ze zullen worden opgenomen in de eindtekst.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1

De Vlaamse Gezondheidsdoelstellingen 1998-2002, persconferentie van 21 januari 1998

De Vlaamse Gezondheidsdoelstellingen 1998 - 2002



21 januari 1998

Vooraf

De in dit document voorgestelde gezondheidsdoelstellingen 1998 - 2002 zijn gebaseerd op

- de sinds 1993 jaarlijks geregistreerde Vlaamse gezondheidsindicatoren
- het voorlopig advies van de Vlaamse Gezondheidsraad (VGR)
- de aanbevelingen van de WereldGezondheidsOrganisatie (WGO)
- de aanbevelingen van het VIG

De gezondheidsdoelstellingen zullen overal in Vlaanderen de preventieve acties van de initiatieven voor lokaal gezondheidsoverleg (logo's) in eerste orde oriënteren. Bovenop deze prioritaire objectieven die overal in Vlaanderen zullen worden nagestreefd zullen de logo's de ruimte krijgen om eigen, lokale accenten te leggen.

De gezondheidsdoelstellingen zullen in eerste instantie worden besproken met de commissie Welzijn en Gezondheid van het Vlaams Parlement en getoetst worden aan het definitief advies van de VGR. In overleg met de parlementscommissie zullen de voorstellen verder besproken en verfijnd worden. Het gaat om volgende gezondheidsdoelstellingen :

1. Daling van het aantal rokers
2. Vermindering van de consumptie van vetrijke voedingsmiddelen
3. Meer doelmatigheid in de borstkankerscreening
4. Betere preventie van ongevallen in de privé-sfeer en het verkeer
5. Verminderen van de infectieziekten van de Vlaamse bevolking

Omdat de levensduur van de bevolking blijft stijgen is het een uitdaging de kwaliteit van de hoge leeftijd te optimaliseren. Zonder hiervan nu reeds een echte gezondheidsdoelstelling te maken, willen we een aanbeveling formuleren m.b.t. een preventief beleid inzake dementie.

Elke gezondheidsdoelstelling zal in samenspraak met het parlement getoetst worden aan het SMART-principe. (Strategisch, Meetbaar, Aanvaardbaar, Realistisch, Tijdsgebonden). De elementen van een preventiestrategie zullen tegen 1 maart met het Vlaams Parlement worden ingevuld. Dit in overleg met medici en wetenschappers.

Doelstelling 1 :

In het jaar 2002 moet het aantal rokers in Vlaanderen, zowel voor vrouwen als voor mannen en specifiek voor jongeren met 10% gedaald zijn.

Verantwoording :

- 1 op 3 overlijdens bij mannen is tabaksgerelateerd
- sterfte door longkanker vertegenwoordigt 7,9 Verloren Potentiële Levensjaren bij mannen en 1,3 Verloren Potentiële Levensjaren bij vrouwen
- het aantal jongeren en het aantal vrouwen dat rookt, is de voorbije jaren gestegen

Elementen voor een preventiestrategie :

- inzicht overbrengen dat stoppen met roken werkt : zelfs wie na 5 jaar stopt met roken vermindert de kans op longkanker met 50%
- intensifiëren van het rookstopadvies aan zwangere vrouwen
- verbod op tabaksreclame onverkort handhaven
- sensibiliseren van jongeren, leerkrachten en hun ouders via het MST
- het strikt naleven van het rookverbod in openbare lokalen, meer in het bijzonder in alle scholen
- rookstopacties via huisartsen en apothekers
- convenanten met bedrijven die bereid zijn het rookverbod te introduceren

Doelstelling 2 :

In het jaar 2002 moet de consumptie van vetrijke voeding, zowel bij mannen als bij vrouwen op significante wijze gedaald zijn ten voordele van vetarme en vezelrijke voeding

Verantwoording :

- vetrijke voeding verhoogt het risico op ischemische hartaandoeningen en cerebrovasculaire aandoeningen. Beide aandoeningen zijn verantwoordelijk voor een belangrijk aantal Verloren Potentiële Levensjaren, zowel bij mannen (7,1 VPJ) als bij vrouwen (2,1 VPJ).
- de voedingsgewoontes van jongeren gaan er niet op vooruit : fruitconsumptie daalt, consumptie van chips en frisdrank stijgt.

Elementen voor een preventiestrategie :

- het uitwerken van voor de bevolking aanvaardbare sensibiliserende maatregelen gericht op de promotie van vetarme en vezelrijke voeding
- de organisatie van informatie over voeding via het MST

Doelstelling 3 :

In het jaar 2002 moet de borstkankerscreening bij vrouwen doelmatiger verlopen. Het aandeel van de screenings bij de doelgroep van 50-69 jaar moet toenemen tot 80%. Het aantal vrouwen uit deze specifieke doelgroep dat bereikt wordt moet toenemen tot 75 %

Verantwoording :

- borstkanker is één van de belangrijkste oorzaken van verloren potentiële levensjaren bij vrouwen (5,3 VPJ)
- uit de huisartsenpeilpraktijken blijkt dat bij de Vlaamse huisartsen slechts 50% van de borstkanker-screenings zich situeert binnen de beoogde doelgroep van 50 tot 69-jarige vrouwen. Volgens een telefonische enquête van het WIV wordt slechts 37% van alle vrouwen tussen 50 en 69 jaar wordt bereikt.

Elementen voor een preventiestrategie :

- huisartsen moeten betere en duidelijker richtlijnen krijgen voor een meer doelmatige (evidence-based) screening

Doelstelling 4 :

In het jaar 2002 moet het aantal dodelijke ongevallen in de privésfeer en in het verkeer afnemen met 20%

Aandachtspunt 1 : preventie van ongevallen in de privé-sfeer, met name preventie van breuken (met dodelijke afloop) bij senioren**Verantwoording :**

- jaarlijks lopen een groot aantal 65-plussers als gevolg van een ongelukkige val ernstige breuken op die soms tot de dood leiden (cf. 257 mannen en 444 vrouwen in '96)

Elementen voor een preventiestrategie :

- voorkomen van osteoporose (vooral bij vrouwen) door aanbeveling van calciuminname (melk) vanaf de jeugd, alsook door voldoende beweging op latere leeftijd
- aandacht voor een veilige thuisomgeving (voldoende verlichting, veilige trap, ...)
- verminderen van het medicatiegebruik (hypnotica)

Aandachtspunt 2 : preventie van dodelijke verkeersongevallen**Verantwoording :**

verkeersongevallen zijn verantwoordelijk voor 7,6 Verloren Potentiële Levensjaren bij mannen en voor 2,1 Verloren Potentiële Levensjaren bij vrouwen

Elementen voor een preventiestrategie :

(preventie van verkeersongevallen situeert zich buiten het strikte gezondheidsbeleid)

- veiliger verkeersinfrastructuur
- sensibiliseren tot minder agressief rijgedrag
- blijvende controle op alcohol en druggebruik achter het stuur (cfr. WODCA-acties)
- betere controle op het gebruik van een autogordel

Doelstelling 5 :

In het jaar 2002 moet de preventie van infectieziekten op significante wijze worden verbeterd.

Verantwoording :

- De incidentie van infectieziekten als mazelen en bof is de voorbije jaren significant gedaald, vooral als gevolg van meer systematische vaccinatie van jonge kinderen. Bij de oudere leeftijdsgroepen (11-18j.) doet zich een toename voor van mazelen en bof. De beschikbare gegevens vormen een argument voor maximalisatie van een inhaalvaccinatie tussen 12 en 18 jaar.

Elementen voor een preventiestrategie :

- organisatie inhaalvaccinatie via MST
- sensibiliseringscampagne voor (herhalings)inectingen

Aanbeveling :***Ontwikkelen van preventieve maatregelen ter voorkoming van dementie***Verantwoording :

- Gezien de vergrijzing van de bevolking vormt dementie mede één van de belangrijke uitdagingen voor de gezondheidszorg in de toekomst.
- Het voorkomen van dementie beoogt bij te dragen tot een betere levenskwaliteit
- 25% van de gevallen van dementie wordt veroorzaakt door hersenaandoeningen en stofwisselingsziekten die - mits tijdige herkenning - geremedieerd kunnen worden
- 15% van de gevallen van dementie wordt veroorzaakt door vasculaire aandoeningen. Preventie van bloedvatstoornissen via o.m. gezonde voeding en niet roken (zie doelstelling 1 en 2) kan hieraan verhelpen

Elementen voor een preventiestrategie :

- promotie van gezonde voeding (zie doelstelling 2)
- verminderen van het roken (zie doelstelling 1)

BIJLAGE 2

Verder uitgewerkte versie van de Vlaamse Gezondheidsdoelstellingen

Doelstelling 1 :

In het jaar 2002 moet het aantal rokers in Vlaanderen , zowel voor vrouwen als voor mannen en specifiek voor jongeren met 10% gedaald zijn.

1.1 Verantwoording

- 1 op 3 overlijdens bij mannen is tabaksgerelateerd
- sterfte door longkanker vertegenwoordigt 7,9 Verloren Potentiële Levensjaren bij mannen en 1,3 Verloren Potentiële Levensjaren bij vrouwen
- het aantal jongeren en het aantal vrouwen dat rookt, is de voorbije jaren gestegen

1.2 Acties**1.2.1 structurele maatregelen****1.2.1.1 algemeen**

- onverkort uitvoeren van het totaal verbod op tabaksreclame
- striktere naleving (en controle op naleving) rookverbod in openbare gebouwen
- verkleinen van beschikbaarheid van sigaretten voor jongeren
 - bijv. door verbod op verkoop in automaten
 - bijv. door verplichting dat een pakje sigaretten minstens 20 stuks moet bevatten
- vorming inzake tabakspreventie inbouwen in sociale, pedagogische, medische en paramedische opleidingen (voorbeeldfunctie van dokters, verpleegkundigen, leerkrachten, ...)

1.2.1.2 maatregelen gericht op scholen

- ondersteuning door PMS/MST van een tabakspreventiebeleid in scholen, door :
 - deskundigheidsbevordering onderwijspersoneel
 - opstellen van een schoolbeleidsplan inzake niet-roken
 - begeleiding van leerlingen die stoppen met roken

1.2.1.3 maatregelen gericht op ouders/gezinnen

- ondersteuning van rookstop bij zwangere vrouwen en jonge ouders; via huisarts, gynaecoloog, Kind&Gezin

1.2.2 ideeën ter overweging

- Overheidssubsidies aan sportverenigingen, socio-culturele verenigingen, jeugdverenigingen etc. afhankelijk maken van de voorwaarde dat de vereniging, in het kader van haar activiteiten, ten aanzien van de leden initiatieven neemt inzake tabakspreventie
- Promotie van niet roken in bedrijven via bv. toekennen van label ‘gezond bedrijf’

Doelstelling 2 :

In het jaar 2002 moet de consumptie van vetrijke voeding op significante wijze gedaald zijn ten voordele van vetarme en vezelrijke voeding

2.1 Verantwoording

- vetrijke voeding verhoogt het risico op ischemische hartaandoeningen en cerebrovasculaire aandoeningen. Beide aandoeningen zijn verantwoordelijk voor een belangrijk aantal Verloren Potentiële Levensjaren, zowel bij mannen (7,1 VPJ) als bij vrouwen (2,1 VPJ).
- de voedingsgewoontes van jongeren gaan er niet op vooruit : fruitconsumptie daalt, consumptie van chips en frisdrank stijgt.

Opmerking :

- Base-line meting ontbreekt, wel is er op federaal niveau sprake van een voedselconsumptiepeiling. Deze zou eventueel uitgevoerd worden in 1999.
- Via de enquête jongeren en gezondheid is er wel een zicht op het gebruik van voedingsmiddelen.
- Bovendien zijn er basisgegevens voorhanden in de NIS-enquête rond houding en gedrag t.a.v. fruit en groenten en kennis van vezels in voedingsmiddelen

2.2. Acties

2.2.1 structurele maatregelen

2.2.1.1 algemeen

- sensibiliseren rond gezonde voeding via grootkeukens : overheidsadministratie, schoolmaaltijden, bedrijfskeukens ...

2.2.1.2 maatregelen gericht op scholen

- ondersteuning door PMS/MST van een gezonde-voedingbeleid in scholen, door :
 - deskundigheidsbevordering onderwijspersoneel
 - meewerken aan een schoolbeleidsplan inzake gezonde voeding (bv. via aanbod in schoolwinkel)
 - overleg met winkeliers en horeca-uitbaters in de schoolomgeving

2.2.1.3 maatregelen gericht op ouders/gezinnen, verantwoordelijken voor de aankoop

- sensibiliseren van gezinnen rond gezonde voeding; via huisarts, Kind&Gezin, BGJG, voedingsindustrie

2.2.2 ideeën ter overweging

- organisatie van gastvrouwavonden (stijl Tupperware) rond gezonde voeding
- organisatie van ‘gezond ontbijt/gezonde voeding’-happenings (cf. Dag van het Ontbijt) i.s.m. bakkers, voedingsproducenten
- toekenning ‘label gezonde voeding’ aan bedrijfskeukens
- organisatie van kookcursussen rond ‘gezonde voeding’ door socio-culturele organisaties

Doelstelling 3 :

In het jaar 2002 moet de borstkankerscreening bij vrouwen doelmatiger verlopen. Het aandeel van de evidence based - screenings bij de doelgroep van 50-69 jaar moet toenemen tot 80 %. Het aantal vrouwen uit de specifieke doelgroep dat bereikt wordt moet toenemen tot 75 %

3.1 Verantwoording

- borstkanker is één van de belangrijkste oorzaken van verloren potentiële levensjaren bij vrouwen (5,3 VPJ).
- uit de huisartsenpeilpraktijken blijkt dat bij de Vlaamse huisartsen slechts 50% van de borstkanker-screenings zich situeert binnen de beoogde doelgroep van 50 tot 69-jarige vrouwen. Slechts 37% van alle vrouwen tussen 50 en 69 jaar wordt bereikt.
- Vanuit de Multi-centerstudie kan volgend “evidence based” model worden omschreven : conform aan wat in Nederland toegepast wordt :
 - doelpopulatie : Vlaamse vrouwen van 50 tot 69 jaar ;
 - frequentie screeningsmammografie : 2-jaarlijks
 - hoogst geregistreerde en bedrijfseconomisch meest efficiënte participatie gebeurt door rechtstreekse uitnodiging van de doelgroep.
 - essentieel voor het welslagen van georganiseerde borstkankerscreening is het bereiken van voldoende hoge kwaliteitsniveaus. Hierbij gelden vereisten voor fysieke kwaliteit van de screeningsapparatuur, de dubbele lezing, de opleiding van de radiologen

3.2 Acties

- De Vlaamse overheid wil op een stapsgewijze, geleidelijke wijze de Europese kwaliteitsnormen bereiken :
 - alle betrokken radiologische installaties dienen te beantwoorden aan de technische kwaliteitsvereisten (zekere vorm van certificering zal nodig zijn ; best vanuit “Vlaamse koepel”).
 - kritische norm per radioloog : drastisch hanteren van de norm van 5000 mammografieën per radioloog beantwoordt niet aan de Vlaamse realiteit. Deze kan opgevangen worden door de 2de lezing te centraliseren per regionaal referentiecentrum.
 - de huisarts wordt betrokken bij de lokale organisatie, nl. voor de sensibilisering en motivering tot deelname en bij de opvang van vrouwen met verdacht letsel. De huisarts volgt de resultaten van de screening van zijn patiëntenpopulatie op.
 - de Vlaamse overheid kan op korte termijn een samenwerking opzetten met de ziekenfondsen die meewerken aan de nieuwe opties van de preventieve gezondheidszorg in Vlaanderen. Zo kan relatief snel een regeling gevonden worden voor het gebruik van de populatiedatabanken.

Doelstelling 4 :

In het jaar 2002 moet het aantal dodelijke ongevallen in de privé-sfeer en in het verkeer afnemen met 20%

4.1 Verantwoording

4.1.1 ongevallen in de privésfeer

Ongevallen in de privé-sfeer vertonen een zeer grote verscheidenheid inzake oorzaken, aard, gevolgen en dus preventie. Hoewel ze vaak ‘banaal’ zijn, hebben ze toch soms verstrekkende gevolgen :

- Jaarlijks lopen een groot aantal 65-plussers als gevolg van een ongelukkige val ernstige breuken op die soms tot de dood kan leiden (cf. 257 mannen en 444 vrouwen in '96)
- Jaarlijks lopen vele mensen thuis een verhoogd risico voor uitwasemingen van kachels,...
- Brandwonden komen niet zo veel voor, maar gaan wel gepaard met zeer ernstige verwondingen.

4.1.2 verkeersongevallen

- Verkeersongevallen zijn verantwoordelijk voor 7,6 Verloren Potentiële Levensjaren bij mannen en voor 2,1 Verloren Potentiële Levensjaren bij vrouwen

4.2. Acties

4.2.1 maatregelen gericht op preventie van ongevallen in de privésfeer

4.2.1.1. maatregelen gericht op senioren (voorkomen van ongelukkige val)

- voorkomen van osteoporose (vooral bij vrouwen) door aanbeveling van calciuminname (melk) vanaf de jeugd, alsook door voldoende beweging op latere leeftijd.
- aandacht voor een veilige thuisomgeving (voldoende verlichting, veilige trap, ...). In overleg met consumentenorganisaties, verzekeringsmaatschappijen, maatschappijen voor sociale huisvesting, energiebedrijven en architecten dienen structurele maatregelen genomen te worden. Bijvoorbeeld rond de aanpasbaarheid van woningen, een uitbreiding van oproepsystemen.
- aandacht voor preventie van ongevallen integreren in bestaande opleidingen en bijscholingen van thuisverzorgers. (gezins- en bejaardenhelpers, poetshulpen, thuisverpleegkundigen, klusjesdiensten, huisartsen,...)
- toepassen en bewaken van Europese regelgeving inzake produktveiligheid.

4.2.1.2. maatregelen gericht op woningen (voorkomen van CO-intoxicatie)

- versterkte controle op veiligheid verwarmingsinstallatie via bv. de huisvestingsmaatschappijen
- waarschuwen voor gevaren co-intoxicatie via weerbericht (op televisie, radio en kranten)

4.2.2 maatregelen gericht op preventie van dodelijke verkeersongevallen

- sensibilisering met het oog op het aanbrengen van noodzakelijke wijzigingen in zelfbeeld en leefstijl bij bepaalde doelgroepen. Deze hebben immers een invloed ondermeer op het rijgedrag. Bijvoorbeeld via scholen (een gezonde geest door het stimuleren van een positief zelfwaardegevoel).
- verkeersvoorlichting en -educatie
- veiliger verkeersinfrastructuur
- sensibiliseren tot minder agressief rijgedrag
- blijvende controle op alcohol en druggebruik achter het stuur (cfr. WODCA-acties)
- betere controle op het gebruik van een autogordel.

Doelstelling 5 :

In het jaar 2002 moet de preventie van infectieziekten op significante wijze worden verbeterd, met name door het verder verhogen van de vaccinatiegraad voor aandoeningen als polio, kinkhoest, tetanos, difterie, mazelen, bof en rubella

5.1. Verantwoording

- De incidentie van infectieziekten als mazelen en bof is de voorbije jaren significant gedaald, vooral als gevolg van meer systematische vaccinatie van jonge kinderen. Bij de oudere leeftijdsgroepen (11-18j.) doet zich echter een toename voor van mazelen en bof. De beschikbare gegevens vormen een argument voor een inhaalvaccinatie tussen 12 en 18 jaar.
- Aids en andere SOA zijn infectieziekten. In de literatuur wordt de preventie van HIV en SOA ook meer en meer opgenomen binnen de seksuele gezondheidsbevordering.

5.2. Acties

5.2.1 maatregelen m.b.t. vaccinaties

- verhoging van de deelname van de bevolking aan vaccinatieprogramma's door :
 - het invoeren van een vaccinatiekaart die regelmatig bijgehouden wordt ;
 - het verwittigen van de te vaccineren personen vanuit een bestand :
 - hetzij centraal
 - hetzij via de huisartsen
 - het persoonlijk voorlichten van de ouders
 - het gratis verdelen van vaccins (voor zover budgettair haalbaar)
 - het bijscholen van hulpverleners met nadruk op een gestandaardiseerd haalbaar schema en op de zeldzaamheid van tegenaanwijzingen voor vaccinatie. Hierbij dient rekening gehouden te worden met het feit dat men vaccineert tegen ziekten die jonge artsen en de bevolking in het algemeen nog nauwelijks kennen (difterie, polio, kinkhoest). Dit kan een afname van motivatie voor gevolg hebben.
- overschakelen op combinatievaccins zal bijdragen tot een betere bescherming tegen meerdere ziekten - in 1 prik te realiseren
- algemene campagnes ter promotie van vaccins
- het intensifiëren van de controle op de vaccinatiegraad van kleuters, met duidelijke afspraken m.b.t. registratie.
- Mogelijks virale dosis pertussisvaccin op 13 maand (Acellulaire vorm biedt hierbij het voordeel minder nevenwerkingen te veroorzaken).
- Polio vaccins : mogelijke overgang van orale naar inspuutbare vorm ; liefst te combineren met andere inspuutbare vaccins, zodat teveel prikken de bereidheid tot vaccineren niet doet afnemen.

5.2.2 maatregelen m.b.t. AIDS/SOA

-
- Registratie van HIV en SOA-prevalentie : hierbij is nood aan eenvormige SOA-registratie.
- deskundigheidsbevordering m.b.t. HIV en SOA.
 - aspect van screening en seksuele counseling inbouwen in een lokaal vormingsaanbod voor artsen
 - huisartsen kunnen hierbij samenwerken door informatie te verstrekken rond HIV-testen, door medewerking aan HIV/SOA-registratie, preventie bij personen met risicoprofiel ; preventie bij HIV-besmette personen en doorverwijzing
- overleg en netwerkvorming tussen verschillende diensten in regio die m.b.t. deze thematiek actief zijn. Hierbij kunnen nieuwe functionele netwerken gestimuleerd worden rond AIDS/SOA gerelateerde thematieken vb. asielzoekers, druggebruikers.
- bepalen van lokale prioriteiten m.b.t. HIV en SOA, rekening houdend met de lokale situatie (vb. stedelijk of niet stedelijk milieu)
- hierbij kan IPAC huidige expertise inbrengen.