

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



Zitting 2003-2004

24 september 2003

ONTWERP VAN DECREET

betreffende het preventieve gezondheidsbeleid

HOORZITTINGEN

VERSLAG

**namens de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gelijke Kansen
uitgebracht door mevrouw Ingrid van Kessel en mevrouw Ria Van Den Heuvel**

Samenstelling van de commissie :

Voorzitter : de heer Koen Helsen.

Vaste leden :

mevrouw Sonja Becq, mevrouw Trees Merckx-Van Goey,
mevrouw Riet Van Cleuvenbergen, mevrouw Ingrid van
Kessel ;

mevrouw Claudine De Schepper, de heren Jacques
Devolder, Koen Helsen, N... ;

mevrouw Niki De Gryze, mevrouw Marijke Dillen, de heer
Felix Strackx ;

de heren Carlo Daelman, Jan Van Duppen ;

mevrouw Ria Van Den Heuvel ;

de heer Jan Roegiers.

Plaatsvervangers :

mevrouw Gisèle Gardeyn-Debever, mevrouw Veerle
Heeren, de heer Luc Martens, mevrouw Ilse Van Eetvelde ;

de heren Jozef Browaeys, Frans De Cock, André Moreau,
Cis Schepens ;

de heren Wilfried Aers, Julien Librecht, mevrouw Marleen
Van den Eynde ;

de heer Chokri Mahassine, mevrouw Anne Van Asbroeck ;

mevrouw Ann De Martelaer ;

de heer Kris Van Dijck.

Zie :

1709 (2002-2003)

– Nr. 1 : Ontwerp van decreet

INHOUD

	Blz.
I. Hoorzitting op 26 juni 2003	4
I.1. Uiteenzetting door prof. dr. Raphael Masschelein, Centrum voor preventieve gezondheidszorg, KU Leuven	4
I.2. Uiteenzetting door prof. dr. Joost Weyler, Epidemiologie en sociale geneeskunde, UIA	9
I.3. Uiteenzetting door de heer Stephan Van den Broucke, senior expert, Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG)	13
II. Hoorzitting op 1 juli	17
Uiteenzetting door prof. Karel Hoppenbrouwers, docent Jeugdgezondheidszorg, dienst Gezondheidszorg, KU Leuven	17

DAMES EN HEREN,

De Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gelijke Kansen hield op 26 juni en 1 juli hoorzittingen over het ontwerp van decreet betreffende het preventieve gezondheidsbeleid (*Parl. St. VI. Parl. 2002-2003, nr. 1709/1*).

I. HOORZITTING OP 26 JUNI 2003

I.1. Uiteenzetting door prof. dr. Raphael Masschelein, Centrum voor preventieve gezondheidszorg, KU Leuven

De voorzitter : Geachte collega's, professor Masschelein van het Centrum voor Preventieve Gezondheidszorg van de KU Leuven zal als eerste zijn opmerkingen geven over het ontwerp van decreet betreffende het preventieve gezondheidsbeleid.

Professor Masschelein : Mijnheer de voorzitter, geachte leden van de commissie, ik ben al vele jaren actief in het onderzoek en de opleiding in verband met gezondheidszorg. Ik heb me specifiek bezig gehouden met de preventie.

Het verheugt me dat er eindelijk werk wordt gemaakt van een globaal beleid ter zake. De mensen die op het terrein actief zijn, zijn steeds vragende partij geweest voor een duidelijk kader waarbinnen de preventieve gezondheidszorg kan worden gestructureerd. Eindelijk wordt er een aanzet gegeven.

Mijn opmerkingen over het ontwerp zijn grotendeels van algemene aard. Daarnaast heb ik nog een aantal specifieke opmerkingen over bepaalde artikels.

In het algemeen is het ontwerp een goed concept. Er is nood aan een duidelijke structurering van de preventieve gezondheidszorg. Ze moet niet worden geplaatst tegenover de uitvoerige structurering van de curatieve gezondheidszorg. Degenen die werken in de preventieve sector vinden dat er veel aandacht en vooral financiële middelen gaan naar de curatieve sector, terwijl preventie het moet doen met de restjes.

Als we zouden kunnen beginnen van een wit blad, dan zou ik de eerste zijn om te zeggen dat een besluit met betrekking tot preventieve gezondheidszorg moet passen in een globaal gezondheidsbeleid en verwijzen naar eenzelfde globaal beleid met betrekking tot de curatieve gezondheidszorg en de

verzekeringssector inzake de kosten voor gezondheid.

Omwille van historische redenen zijn in de meeste landen die drie grote onderdelen van het gezondheidsbeleid apart ontwikkeld. De curatieve gezondheidsregeling vereist een gestructureerde regeling. Mensen die ziek zijn, willen onmiddellijk, zo goed mogelijk en zonder enige beperking qua kostprijs worden behandeld. We kennen ook de sociale zekerheid en de kosten van de gezondheidszorg. Aan de curatieve gezondheidszorg wordt zeer veel geld besteed. Zo is er de vergoeding van de extra kosten voor verzorging enerzijds, en de secundaire kosten voor bijvoorbeeld arbeidsongeschiktheid anderzijds.

De preventieve gezondheidszorg bestaat al zeer lang, zij het dat ze steeds in de marge heeft gestaan. De druk van het individu of van de gemeenschap is klaarblijkelijk minder sterk. De reden waarom ik pleit voor een grotere betrokkenheid is dat de drie onderdelen elkaar beïnvloeden.

In de mate dat de curatieve zorg zich ontwikkelt, wordt ze een plaats van gezondheidsrisico's. Zo is er het gevaar van iatrogene ziekten, ziekten die door de medische behandeling worden veroorzaakt. Het kan daarbij zowel om medische fouten gaan als om het optreden van een aantal infecties die moeilijk behandelbaar zijn omwille van de concentratie van technologie en knowhow in zeer gesofistikeerde ziekenhuizen.

Een aspect dat minder naar voren wordt gebracht, is de link tussen preventie en de sector van de ziektekostenverzekering. Het is naïef te stellen dat door meer preventie minder moet worden uitgegeven aan behandeling. Er bestaat geen rechtlijnig verband. Voor een aantal gevallen is dat wel zo. Ik denk daarbij aan de systematische vaccinatie tegen hepatitis B. Die heeft aantoonbaar geleid tot een vermindering van de kosten voor de beroepsziektenverzekering.

Als er een preventiebeleid wordt ontwikkeld, moet er minstens worden gekeken naar de mogelijke consequenties met betrekking tot de beroepsziektenverzekering. Als de overheid een bepaald budget verdeelt tussen preventie en curatieve zorg, dan is die keuze op lange termijn niet neutraal.

De Vlaamse regering heeft natuurlijk een beperkte bevoegdheid met betrekking tot de gezondheidsmateries. Dat houdt een beperking in, die ik aanvaard. Wel verbaast het me dat er bij het facettenbeleid niet wordt gerept over mogelijke initiatie-

ven gericht naar de ziektekostenverzekering in het kader van de sociale zekerheid of andere verzekeringsstelsels in de privé-sector. Op dat vlak kunnen nog initiatieven worden genomen en ontwikkelingen worden ondersteund.

Het is geen eenvoudige zaak, denken we maar aan de venijnige discussies over de invoering van een bonus-malussysteem waarbij wie goed leeft en bijvoorbeeld niet rookt, wordt beloond en wie zondigt, wordt gestraft via een aanpassing van de verzekeringspremie. Dergelijke systemen werden af en toe al gebruikt.

Het beperken van de beleidsnota tot het enge domein van de gezondheidszorg omwille van de staatsstructuur, zou moeten worden gecorrigeerd door middel van indirecte verwijzingen naar de curatieve zorg en de ziektekostenverzekering.

Omwille van de beperking van het bevoegdheidsdomein, staat in de nota dat we ons moeten beperken tot de primaire en secundaire preventie. Primaire preventie is gericht op de oorzaak en secundaire preventie slaat op het zo snel mogelijk opsporen van schade. De tertiaire preventie zou niet onder de bevoegdheden vallen, omdat die is verankerd in de curatieve zorg, in de behandeling. Tertiaire preventie staat voor het voorkomen van verdere schade.

Ik vind dat jammer en pleit ervoor om toch aandacht te besteden aan de tertiaire preventie. De notie kan een rijkere invulling krijgen, want het kan om meer gaan dan om behandeling, medische revalidatie, rehabilitatie, reïntegratie of reclassering bij professionele activiteiten. De essentie van tertiaire preventie is dat bij duidelijke gezondheidsschade wordt geprobeerd de ontwikkeling ervan tegen te houden. Steeds meer wordt de nadruk gelegd op het zoveel mogelijk beperken van sociaal-functieverlies van mensen met een handicap of mensen die schade hebben geleden. Dat gebeurt onder meer via sociale maatregelen en via het openstellen van onze instellingen en gebouwen voor mensen met een handicap.

Het is niet verstandig om dit alles volledig onder de curatieve sector – of dus de federale overheid – onder te brengen. De Vlaamse Gemeenschap moet inspanningen leveren op dit vlak en kan daarin heel ver gaan. Vaak wordt immers vastgesteld dat onvoldoende inspanningen worden geleverd om mensen met een langdurige ziekte of een handicap te laten herstellen. Nog erger is dat mensen die na een lange lijdensweg een zware inspanning leveren op het vlak van functieherstel plots worden gecon-

fronteerd met een gesloten bedrijfsdeur bij het solliciteren voor een nieuwe, aangepaste job. We moeten goed nadenken over de creatie van mogelijkheden en over middelen ten gunste van de professionele integratie van die mensen.

Ik heb geen enkel probleem met het algemeen concept waarin de diverse aspecten, risico's en gevaren, exogeen en endogeen, worden aangepakt. Het is een goed en werkbaar model met voldoende hefboomen voor het uitwerken van concrete maatregelen. De organisatie van het preventiebeleid, zowel de gezondheidspromotie als de ziektepreventie, wordt geregeld in een goed kader waarbinnen veel mogelijkheden kunnen worden gecreëerd op het vlak van preventie.

Over het organisatieschema heb ik een opmerking. Ik heb de indruk dat wordt geprobeerd de vroegere fout, met name het gebrek aan coördinatie, te herstellen. Daartoe worden diverse instrumenten ingezet, onder meer de gezondheidsconferentie. Dat is een uitstekend instrument om het beleid af te stemmen op de praktijk. Daarnaast zijn er heel wat uitvoerende organen die enkel heel algemeen worden benoemd. Ik ontdek toch opnieuw een mogelijk gebrek aan cohesie en structuur. Tussen het niveau van de algemene overheid en de administratie die respectievelijk verantwoordelijk zijn voor het beleid en de uitvoeringsorganen, bevinden zich relatief weinig niveaus.

Ik herinner me nochtans goed dat de Vlaamse regering in het verleden reeds een intermediair orgaan heeft opgericht met een coördinerende en ondersteunende opdracht. Het verwondert me dat ik daarover zo goed als niets terugvind. Bij de oprichting van het VIG werd gezegd dat, gelet op de beperkte financiële middelen, alleen de algemene preventieactiviteiten en de gezondheidspromotie er konden worden ondergebracht, niet de ziektepreventie. Toen werd in het vooruitzicht gesteld dat de functie, opdracht en samenstelling van het VIG opnieuw zouden worden bekeken vanaf het ogenblik dat er middelen ter beschikking worden gesteld. Eventueel zou ook de coördinerende opdracht aan het VIG worden toegewezen.

In het ontwerp wordt het VIG behouden, maar krijgt het geen coördinerende en algemene ondersteunende rol toebedeeld. Voor preventie, nog meer dan voor de curatieve gezondheidszorg zijn gestandaardiseerde methoden, systematisch kwaliteitsonderzoek en het bewaken van efficiëntie en effectiviteit van bijzonder groot belang. Het hele preventiebeleid staat of valt met de coördinatie. De gezondheidsconferentie is terzake minder geschikt,

maar het is een heel goede methode om nieuwe ideeën en doelstellingen voor te bereiden of voor te stellen.

In het ontwerp van decreet komt de behoefte aan wetenschappelijke ondersteuning slechts beperkt ter sprake. Ik heb terzake een lange ervaring op mijn domein, de bedrijfsgezondheidszorg, die in een ander decreet wordt behandeld en wellicht later zal worden gelinkt aan dit koepeldecreet. Wetenschappelijk onderzoek is van cruciaal belang voor de ondersteuning van preventieve gezondheidsacties. Dit geldt ook voor zaken waarover we het op het eerste zicht eens zijn, zoals de borstkankerscreening. Wetenschappers houden terzake regelmatig ernstige debatten.

Er is geen sprake van algemeen aanvaarde kennis en verworvenheden. Vaak zijn er heel veel onopgeloste vragen. We moeten dus systematisch alert blijven voor nieuwe ontwikkelingen, en er moet behoorlijk worden geïnvesteerd in wetenschappelijk onderzoek. Het principe wordt weliswaar vermeld in het ontwerp van decreet, maar er wordt niets gezegd over uitvoering en ondersteuning. Mijn aanbeveling is dat zou worden nagedacht over de vraag hoe dat wetenschappelijk onderzoek kan worden ondersteund. Dit onderzoek bestaat zeker aan de meeste Vlaamse universiteiten en een aantal andere instellingen.

Maar ik denk dat mijn collega's het zullen beamen : momenteel ondervindt dit wetenschappelijk onderzoek grote moeilijkheden. Wij komen immers terecht in een zeer harde competitie met het wetenschappelijk onderzoek in de curatieve sector, dat zich heel vaak beweegt op het medisch-biologische en medisch-technische vlak, in zeer grote en krachtige groepen. Daar krijgt men een Mattheüs-effect : wie veel onderzoeksmiddelen heeft, bevindt zich natuurlijk in de beste positie om de nieuwe middelen te krijgen. Enkele jaren geleden was er een hervorming in het FWO, waarbij een aparte commissie voor epidemiologisch en sociaal-geneeskundig onderzoek is afgeschaft. Wij werden in de totale pot gegooid met wat men klinisch-epidemiologisch onderzoek noemt. Wij komen daar zeer moeilijk aan bod. Ik denk dat er behoefte is aan projectmatig, planmatig wetenschappelijk onderzoek, dat gerust mag uitgaan van zeer concrete vragen van de overheid over de voorbereiding, de ondersteuning en de evaluatie van haar preventief gezondheidsbeleid. Er moet een inspanning worden geleverd om dat wetenschappelijk onderzoek te ondersteunen in die preventieve gezondheidssector. Dat is cruciaal.

Ons toepassingsgebied wordt van meet af aan ingeperkt door onze institutionele structuur, en ook door het feit dat bepaalde belangrijke sectoren van het preventief gezondheidsbeleid blijkbaar deel uitmaken van andere domeinen. Uiteraard wordt in dit verband verwezen naar de CLB's. Er is ook een ontwerp van decreet in voorbereiding over de bedrijfsgezondheidszorg in Vlaanderen. Daardoor is er op bepaalde punten de vraag naar samenwerkingsverbanden. Als er sprake is van fysische en chemische risicofactoren of milieugezondheidsaspecten, dan moet er vanzelfsprekend worden verwezen naar de bedrijfsgezondheidszorg. Daar zijn dit immers centrale thema's.

Ik ben er gerust in : die thema's komen zeer uitgebreid aan bod in het ontwerp van decreet houdende de bedrijfsgezondheidszorg. Dit decreet is er natuurlijk nog niet. Het wordt voorbereid. Zo zie ik dat er geen verwijzing is naar de zeer uitgebreide Europese regelgeving terzake, zoals de Europese regelgeving met betrekking tot biologische, chemische en fysische agentia. Dat zijn zeer belangrijke Europese besluiten, die uiteraard overwegend hun toepassing vinden op het domein van de bedrijfsgezondheidszorg. Maar mijn ervaring als lid van het Scientific Committee on Occupational Exposure Limits leert me dat er op Europees vlak momenteel een zeer sterke tendens bestaat om al deze bepalingen die betrekking hebben op de arbeids- en ondernemingswereld uit te breiden, in het kader van 'public health'. Mijn vraag is dus of dit ontwerp van decreet met betrekking tot het preventief gezondheidsbeleid voldoende rekening houdt met die belangrijke Europese richtlijnen.

De heer Jan Van Duppen : U verklaarde verder te willen leven met het gegeven dat de preventie Vlaamse materie en het curatieve federale materie is. In het slot van uw betoog haalde u een voorbeeld aan van hoe dat heel efficiënt kan werken : de bedrijfsgeneeskunde.

Essentieel is echter dat het net andersom is. Wat daar aan preventie gebeurt, heeft rechtstreeks effect op de betrokken partijen, zijnde de werknemer en vooral de werkgever. Wat u daar aan preventie doet, voelt de werkgever rechtstreeks in zijn portefeuille. Mutatis mutandis worden de Vlaamse inspanningen op het vlak van preventie niet gevoeld in de Vlaamse portefeuille : in zijn geheel bekeken situeren de uitgaven zich op het Vlaams niveau, terwijl de baten federaal zijn. Dat vond ik dus wat vreemd. Daar bestaat wel de tegenstelling tussen preventie en het curatieve aspect.

Ik heb verder een beetje het gevoel dat u vindt als preventiedeskundigen een beetje als het zwakke broertje van de geneeskunde te worden behandeld. U wordt gedwongen te concurreren voor middelen voor ernstig en doorgedreven langdurig wetenschappelijk onderzoek met onze collega's uit de curatieve sector, die het geld met hopen binnenrijven. De vraag is natuurlijk of wat zij daar doen eigenlijk wel degelijk en zinvol is. Dan heb ik het niet over hun eigen wensen en waarden, maar over die van de patiënt en de maatschappij. Ik zou u dan ook willen confronteren met een citaat dat u ongetwijfeld kent en dat al zeer oud is: 'De geneeskunde is erin geslaagd om van de levensproblemen een ziekte te maken, die vervolgens door de farmaceutische industrie verder kan worden geëxploiteerd.'

Dat klinkt u zeker niet vreemd in de oren. Dat is de essentie van wat er eigenlijk bezig is. Deze ochtend hadden we hier een discussie over meer. Welnu, we zouden met Mies van der Rohe kunnen zeggen: 'Less is more.' Dat geldt niet alleen in de architectuur, maar ook in de geneeskunde.

Professor Masschelein : Ik ben blij dat u die opmerking maakt. Sommigen onder u weten dat ik al jaren pleit voor een integrale regionalisering van de gezondheidszorg. Dit is een zeer ingewikkeld probleem, met diepe historische wortels. Maar historisch gezien hebben die drie hoofdactiviteiten, curatieve geneeskunde, preventieve geneeskunde en de ziektekostenverzekering, zich verschillend ontwikkeld.

Natuurlijk zijn er contacten, maar het voorbeeld dat u geeft, wijst erop dat er ondanks alles toch aanwijzingen zijn dat er meer moet worden samengewerkt. Ik kan u zeer veel voorbeelden geven terzake. Nemen we bijvoorbeeld het vaccinatiebeleid. De ziekteverzekering maakt een kostenefficiëntieredenering. Dan is het evident dat men voor een aantal zaken met bijzonder veel plezier wil investeren in vaccinaties en hoopt een return te genereren in het kader van de ziektekostenverzekering.

Het voorbeeld dat ik heb aangehaald, is uitzonderlijk. De beroepsziekteverzekeringssector heeft zelf het initiatief genomen en stootte daarbij op hevige weerstand omdat zij uit economische overwegingen zelf een preventiemechanisme financierde. Men heeft immers kunnen bewijzen dat er door vaccinatie tegen hepatitis B een return werd gecreëerd. Er werd namelijk minder geld uitgegeven voor de aandoening in het kader van de beroepsziekten.

De financiering van het vaccinatiebeleid aan dit voorbeeld toetsen, zou een mooie discussie opleveren. Er zijn nog andere goede ideeën. De medicalisering kan schadelijke effecten sorteren. Ik ben het daar volledig mee eens. De ontwikkeling van de medische technologie heeft meer te maken met een heel systeem dan met de individuele arts. Aan die ontwikkelingen zijn mechanismen verbonden die nieuwe activiteiten genereren en economische hefboomen creëren. Ik denk bijvoorbeeld aan de medisch-biologische ontwikkelingen. De curatieve geneesheren staan daar machteloos tegenover. Zij staan in toenemende mate onder druk van de structuren waaronder zij werken. Presteren, produceren en efficiëntie is de boodschap. U kent de boutade: 'De gezondheidszorg is veel te belangrijk om aan geneesheren over te laten.' Aan andere disciplines die dat terrein willen inpalmen, geef ik net hetzelfde antwoord. Zo is ook de medische sociologie te belangrijk om alleen aan sociologen over te laten.

De complexiteit van de problematiek vergt een multidisciplinaire aanpak. Vandaar de noodzaak om te structureren. Het preventiedecreet zoals het nu voorligt, biedt voldoende mogelijkheden. Het zou niet goed zijn afspraken te maken over bepaalde domeinen en ze exclusief toe te wijzen aan geneesheren of andere groepen. Ik heb altijd gepleit tegen de afsplitsing van de gezondheidspromotie als een niet-medische tak én tegen het voorbehouden van de ziektepreventie aan artsen.

Een goed ziektepreventiebeleid kan het best interdisciplinair worden ondersteund. Dat staat niet gelijk aan een gelijke verdeling van de koek tussen alle gegadigden, maar wel aan het openstellen van het terrein aan de deskundigheid van verschillende disciplines. Het wetenschappelijk onderzoek is ingewikkeld geworden. De kwaliteit van het preventieonderzoek staat niet altijd gelijk aan dat van het medisch-biologisch onderzoek. De curatieve sector staat onder druk van de enorm toegenomen competitie. Als de distributie van de onderzoeksmiddelen alleen wordt overgelaten aan de keiharde regels van de concurrentie, ook internationaal, riskeert men een scheeftrekking. Men zou louter met modetrends meespelen en eenzijdig investeren. Ik denk bijvoorbeeld aan het kankeronderzoek, dat een aantal jaren geleden op de voorpagina stond. Voordien waren het de cardiovasculaire aandoeningen. Zo'n politiek houdt gevaren in, want bepaalde maatschappelijke problemen worden dan niet langer onderzocht. Een mogelijke oplossing is een programmatorische aanpak met bepaalde topics spreiden over 4 à 5 jaar. De overheid moet de

lijnen uitzetten voor een doelgericht wetenschappelijk onderzoek.

De combinatie van beide kan tot een beter evenwicht leiden. Dat voorbeeld bestaat reeds. Het onderzoek dat aan de DWTC, de Dienst Wetenschappen, Techniek en Cultuur wordt verricht, heeft in het verleden al met programmatie over een periode van 5 jaar gewerkt. In functie van de problemen op het vlak van het preventieve gezondheidsbeleid zou men programmatorisch te werk kunnen gaan en vervolgens zouden de instellingen daar competitief kunnen op inspelen. Zonder middelen is kwalitatief onderzoek echter onmogelijk.

Onze negatieve situatie is te wijten aan verschillende factoren. De preventieve sector heeft in zijn beginfase, eind jaren zestig, onmiddellijk een negatief etiket opgeplakt gekregen en lag niet goed bij de curatieve sector. Dat is echter niet de enige oorzaak voor sommige lacunes. Er moet competitief onderzoek gebeuren. Op de vele prangende problemen die moeten worden aangepakt, valt heel wat aan te merken. Dat moet worden gecorrigeerd.

Mevrouw Ingrid van Kessel : Ik heb geboeid geluisterd. Het onevenwicht in de financiering tussen de curatieve en de preventieve sector hebben wij hier meermaals van dichtbij gezien. Iedereen heeft er al het hoofd over gebroken, maar zelf hebben wij daar niet veel macht over. Ik begrijp uw betoog. Een integratie van de preventieve en de curatieve gezondheidszorg is nodig en daarom pleiten wij ook voor de homogeniteit van de bevoegdheden. De zaak is hoe we daartoe kunnen komen. Dat is een lange geschiedenis.

Intussen is de situatie nog niet ideaal. Wij hebben bijvoorbeeld de lijdensweg bij de borstkanker-screening meegemaakt. Uiteindelijk ging men akkoord over de nomenclatuur die preventieopdrachten financierde. Is dat de weg die u intussen verdeeld?

Ik was ook geboeid door uw betoog over het facettenbeleid, en dat er in het decreet op zijn minst een verwijzing naar initiatieven in de ziektekostenverzekering moest worden gemaakt. Ik had daar graag wat meer verduidelijking over. Zolang preventie niet kan worden uitgedrukt in resultaatverbintenissen, zal het verzekeringswezen moeilijk mee die weg opgaan.

Professor Masschelein : Er is gezocht naar een mogelijkheid om dit soort initiatieven te incorporeren. De enige opening is het facettenbeleid gebleken omdat de problemen niet uitsluitend met gezond-

heid te maken hebben, maar ook met andere aspecten. Dat kan op het niveau van de sociale zekerheid, vooral de ziektekostenverzekering en de uitkeringsverzekering, ook op het vlak van de privé-verzekering. Het is niet gemakkelijk.

De denkoefening is al gemaakt in het kader van de voorbereiding van het ontwerp van decreet over de bedrijfsgezondheidszorg. Er werd toen gedacht aan een oplossing voor het beter beschermen van de zelfstandigen, namelijk aan het werken met een verzekeringssysteem, waarbij mensen met de gepaste gedragingen die tot risicovermindering leiden, die goed presteren, een voordelige verzekeringspremie zouden verwerven.

Aan een bonussysteem hangt echter vaak een malussysteem vast. Ik heb daar ook bedenkingen bij. Ik denk aan ongevallenverzekeringen en de beroepsziekteverzekering. Ze wil geen premiedifferentiatie maken in functie van het veiligheidsbeleid omdat sectorale verschillen niet kunnen worden gecorrigeerd. Daarenboven is het grote risico dat er aan schijnverbetering wordt gedaan. De druk langs de maluskant leidt tot het niet rapporteren van ongevallen. Bij arbeidsongevallen worden mensen vaak onder druk gezet om het ongeval niet aan te geven en om het aantal dagen ziekteverzuim te beperken. Dat is geen goed effect.

Het aspect dat gezondheidsschade tot kosten leidt, moet in het preventiebeleid worden opgenomen. De Vlaamse overheid kan dit niet negeren door te stellen dat dit een federale bevoegdheid is. Er moeten positieve initiatieven worden genomen.

Mevrouw Ingrid van Kessel : U zegt dat gezondheidsschade tot kosten leidt. Ik wil het omgekeerd bekijken : gezondheidspreventie leidt tot het voorkomen van kosten. Die oefening moet worden gemaakt.

Professor Masschelein : Inderdaad. De boodschap dringt steeds meer door dat verzekeringsmaatschappijen een preventieve opdracht hebben. In de jaren zestig was het Fonds voor de Beroepsziekten baanbrekend op dat vlak. Het was de eerste verzekering die de principes van preventie heeft ingevoerd. Dat stuitte op behoorlijk wat weerstand. De idee was toen dat de verzekeringsmaatschappij de premie inde en wachtte tot iemand schade kwam claimen.

Mevrouw Ingrid van Kessel : Ik ga ervan uit dat verzekering en preventie binnen het verplichte verzekeringssysteem voor iedereen moeten zitten. Ik

wil niet kijken naar privé-verzekeringssystemen. Dat is een gevaar dat te veel risico's inhoudt.

Plaatst u het voorkomen van risico's bij verregaande medicalisering ook bij de tertiaire preventie ?

Professor Masschelein : Neen. Tertiaire preventie gaat uit van de stelling dat iemand schade heeft geleden. De bedoeling is dan om de ontwikkeling van de schade zoveel mogelijk in te dijken. Tertiaire preventie begint bij een goede behandeling, maar dat is niet alles. Op een bepaald ogenblik zijn de mogelijkheden van medische en niet-medische behandelingen uitgeput en is er voor de persoon blijvende schade. Dat kan fysieke schade zijn, zoals een amputatie.

Er zijn echter ook andere vormen van schade die nog verdergaan. Ik denk bijvoorbeeld aan sociale schade. De persoon en zijn omgeving leiden aan functie- en kwaliteitsverlies van het leven. Er kunnen maatregelen worden genomen die gericht zijn op functieherstel en –verbetering. Ik geef het voorbeeld van iemand in een rolstoel. Je geeft die persoon niet alleen een rolstoel, maar zorgt er ook voor dat gebouwen toegankelijk zijn. Aan die belangrijke tak van functieherstel wordt te weinig aandacht besteed door de Vlaamse overheid. Momenteel ligt een tewerkstellingsbeleid voor mensen met een handicap erg moeilijk.

De heer Jan Van Duppen : Wat doet het Vlaams Fonds dan ?

Professor Masschelein : Het Vlaams Fonds doet een aantal zaken, maar die zijn onvoldoende. Andersvaliden vragen een reïntegratie in de samenleving. Dat gaat verder dan financiële maatregelen. Er zijn een hele reeks middelen ter beschikking, maar die worden te weinig gebruikt. Ze zijn te weinig gekend én er is een drempel om ze in de praktijk te brengen. Het is een vrij complex probleem.

I.2. Uiteenzetting door prof. dr. Joost Weyler, Epidemiologie en sociale geneeskunde, UIA

Professor Weyler : Ik ben erg blij dat ik mijn verhaal mag komen doen, maar het was niet evident om dit voor te bereiden in volle examenperiode. Ik wil het hebben over de structuur van het preventieve gezondheidsbeleid. Ik heb bedenkingen bij de verantwoordelijkheden die in het ontwerp van decreet staan. Ik wil iets zeggen over de dualiteit tussen individuele en collectieve preventie en over een evidence based gezondheidsbeleid. Ik heb ook een bedenking bij het nemen van initiatieven op

het vlak van preventief gezondheidsbeleid. Ik wil ook nog iets vertellen over marktwerking.

Eerst en vooral moet preventie niet apart worden behandeld omwille van de staatsstructuur, maar omdat het over iets anders gaat dan over curatieve gezondheidszorg. Het is een illusie te denken dat preventie geld opbrengt. Het is zeker niet zo dat als Vlaanderen aan preventie doet, dit geld opbrengt voor de federale overheid. Dat kost de federale overheid een flinke slok op een borrel, al was het maar omdat onze levensverwachting er door de preventie ongelooflijk op vooruit is gegaan.

Daarnet werd gesproken over borstkankerscreening. In het begin van de jaren negentig heb ik een financiële nota opgesteld in verband met de implementatie van zo'n screening. Off the record werd me gezegd dat als die screening inderdaad zo efficiënt was, ze een belangrijke meerkost zou inhouden van de pensioenen en dat dit dus een probleem vormde.

Het is belangrijk dat er een band is met de federale overheid inzake de behandeling. Ik ben er echter niet van overtuigd dat door de bevoegdheden te centraliseren de band tussen preventie en behandeling zo evident zou zijn.

Het is een zeer goede zaak dat er met het ontwerp een initiatief wordt genomen om de preventie te structureren. Toch heb ik het gevoel dat er een kans wordt gemist om de preventie te herdenken. In het ontwerp wordt een merkwaardige constructie opgebouwd over partnerorganisaties, LOGO's, individuele gezondheidsverstrekkers, enzovoort. Preventie moet volgens mij specifieker worden geplaatst op een centraal niveau, zeker wat de uitvoering betreft.

Ik krijg soms verwijten over de LOGO's. In 1997 heb ik inderdaad iemand uitgenodigd om zijn visie te geven over de GGD's in Nederland. Een GGD in Rotterdam die als doel heeft de gezondheid in de regio te verbeteren, bewaken en handhaven en de wet op de collectieve preventie van de volksgezondheid moet implementeren, kan een beroep doen op 550 medewerkers en heeft een budget waarvan wij alleen kunnen dromen. Alle initiatieven zouden moeten worden gebundeld via de LOGO's. Ze zouden een functie kunnen krijgen die vergelijkbaar is met de Nederlandse GGD's. Een van de verantwoordelijkheden van de GGD's is de zorgtaak. Ze staan ook in voor beleidsontwikkeling en onderzoek.

Bij de oprichting van het VIG droomde ik van iets zoals het Nederlands Instituut voor Preventieve Geneeskunde. Ook daar is de personeelsbezetting zeer uitgebreid. Wij moeten daar zelfs niet aan denken.

De structurele werking moet beter worden uitgewerkt in het ontwerp. Bij het lezen van de tekst had ik het aanvoelen dat ze in de uitvoeringsbesluiten zou kunnen worden beschreven. Ik ben echter nogal ongeduldig.

Een andere bedenking gaat over de verantwoordelijkheden die in het ontwerp worden beschreven. Natuurlijk is het belangrijk dat ook de individuele verantwoordelijkheid wordt uitgeklaard. Die van de Vlaamse overheid is iets te beperkt beschreven. In artikel 9 staat dat de verantwoordelijkheid van de Vlaamse regering beperkt is tot de preventieve gezondheidszorg alleen, maar er wordt niets gezegd over een gezondheidsbevorderende leefomgeving. Ook daar had men aanknopingspunten kunnen vinden voor het – zeer belangrijke – facettenbeleid.

In tegenstelling tot wat professor Masschelein heeft gezegd, vind ik het niet zo erg dat de tertiaire preventie niet wordt genoemd. Wel had men in het ontwerp de primaire preventie kunnen opnemen. Het is erg belangrijk dat iedereen zich realiseert dat, ondanks het feit dat het individu in onze maatschappij een steeds prominentere rol krijgt toebedeeld ten opzichte van de collectiviteit, de preventieve maatregelen zich juist moeten richten op de collectiviteit. Indien men zich bijvoorbeeld enkel zou richten tot de groepen met het hoogste risico, dan gaat men dikwijls voorbij aan het feit dat de groep met een iets minder hoog risico vaak veel prominenter aanwezig is.

Uit bijvoorbeeld borstkankerscreening blijkt dat het belangrijk is dat de collectiviteit wordt beoogd en dat er niet te veel moet worden overgelaten aan het individu of de zorgverstreker. Het programma moet centraal worden georganiseerd. Bij de implementatie van borstkankerscreening in Vlaanderen werd het programmatologisch aspect iets te veel uit het oog verloren.

Er is zeer veel onderzoek gebeurd om na te gaan hoe borstkankerscreening in Vlaanderen moest worden geïmplementeerd. Het programma was zeker niet evidence-based. Dat is niet omdat het onderzoek slecht zou zijn, het is alleen niet populair. Juist daarom stuiten we dikwijls op een gesloten deur. Het is nu in om over evidence based ge-

neeskunde te praten. We moeten leren leven met het feit dat die evidence dikwijls ontbreekt.

Gisteren was ik de hele dag bezig in een workshop over het omgaan met onzekerheden bij preventief gezondheidsbeleid. Het is evident dat we als wetenschappers moeten toegeven dat we het niet altijd weten. Ook bij het ontbreken van evidentie of bij een grote mate van onzekerheid, moet een beleid kunnen worden gevoerd. Dat zal veeleer een voorkomingsbeleid zijn.

Op het vlak van evidentie is het van belang dat onderzoek kan worden gedaan inzake het preventief gezondheidsbeleid. We moeten over gegevens kunnen beschikken. In het ontwerp van decreet vormt het beschikbaar maken van gegevens een aandachtspunt. Het is natuurlijk van groot belang dat de beschikbare gegevens van een heel goede kwaliteit zijn en toegankelijk worden voor iedereen die er iets zinnigs mee kan aanvangen.

Ik heb een probleem met de plaats die in het ontwerp aan initiatief wordt gegeven : het hoogste beleidsniveau, want inspiratie voor initiatieven ontspruit heel vaak niet op het hoogste niveau. Het ontwerp zou de mogelijkheid ook moeten laten aan wetenschappers of anderen om een initiatief te nemen, los van het hoogste beleidsniveau. De Vlaamse Gezondheidsraad heeft deze vraag gesteld met de bedoeling het initiatiefrecht aan hem te geven. Ik ben het daar niet mee eens, want door de samenstelling van de raad heerst daar niet altijd het meest serene klimaat voor het ontstaan van spontane en zinnige initiatieven.

Er wordt heel veel aandacht besteed aan het begrip marktwerking. Het is een huiveringwekkende gedachte dat het gezondheidsbeleid moet worden gestuurd door marktwerking, denken we maar aan de borstkankerscreening. Het is belangrijk om dat begrip te relativiseren, want concurrentie leidt niet noodzakelijk tot meer kwaliteit, misschien zelfs enkel tot een hogere kostprijs. Als een marktwerking wordt vertaald naar het beslissingsniveau, kan dat tot gevolg hebben dat populaire beslissingen worden genomen en dat zijn niet altijd de goede. Enige voorzichtigheid is geboden.

De voorzitter : De heer Strackx heeft het woord.

De heer Felix Strackx : Professor Weyler, u hebt het over Nederland als een te volgen voorbeeld. Is het daar zoveel beter ? Zijn de Nederlanders veel gezonder dan wij ? Ik dacht dat de resultaten vergelijkbaar waren.

Wordt de preventieve rol van de overheid niet overschat ? De overheid is toch slechts één actor ? Het publiek vindt ook heel veel informatie over gezondheidsbevorderingen in de media, zelfs in de reclame.

Professor Weyler : Mijnheer Strackx, we moeten ons niet zozeer afvragen of de gezondheidszorg in Nederland beter is of minder goed dan bij ons, maar op welke manier de middelen worden besteed en hoe efficiënt dat gebeurt. Die vraag is moeilijk te beantwoorden. In het verleden werd de organisatie van de gezondheidszorg bekeken in functie van het BNP, en daaruit blijkt dat we niet meer uitgeven dan de buurlanden of Canada.

Ik ben ervan overtuigd dat onze gezondheidszorg veel kwaad aanricht. We creëren heel wat iatrogene morbiditeit en een ongelooflijke overconsumptie. Een groot probleem met borstkankerscreening bijvoorbeeld is de rol van de eerste lijn. Die heeft op een bepaald ogenblik meer betrokkenheid gevraagd en gekregen. Uit beleidsvoorbereidend onderzoek was nochtans helemaal niet duidelijk wat de meerwaarde daarvan kon zijn. Het resultaat is een toename van de kost van de screening en een vermindering van de specificiteit van de screeningstests. Veel meer vrouwen worden ten onrechte doorverwezen, waardoor een overbehandeling ontstaat. De overheid is zeker geen te grote regelnicht, want op dit ogenblik is onze gezondheidszorg een catastrofe. Ik juich een structurele aanpak met groot enthousiasme toe.

De heer Jan Van Duppen : Professor Weyler, kunt u even toelichten wat u bedoelde met de weerstand in de sector tegen het voorstel om het Humaan Papiloma Virus te detecteren in plaats van het behouden van de aanslepende contacten tussen de gynaecoloog en zijn patiënt om een baarmoederhalskankerscreening te doen ?

Professor Weyler : Baarmoederhalskankerscreening toont goed aan wat er gebeurt als de overheid beslist om iets niet langer als een prioriteit te behandelen en iedereen zijn gang laat gaan. Nu is er een onvoorstelbare overconsumptie. Zo wordt zelfs bij vrouwen van 90 jaar nog een uitstrijkje genomen en zijn er vrouwen die zo frequent een uitstrijkje krijgen dat het de vraag is of het weefsel van de baarmoederhals wel de tijd krijgt om te regenereren tussen twee uitstrijkjes in.

Naast het formuleren van een duidelijk beleid over de frequentie van uitstrijkjes, is er nog een mogelijkheid om de overconsumptie aan te pakken. Het is duidelijk dat baarmoederhalskanker sterk ge-

lieerd is aan het Humaan Papiloma Virus van de oncogene subtypes die baarmoederhalskanker kunnen verwekken. Bepaalde van die subtypes zijn heel duidelijk kankerverwekkend wat baarmoederhalskanker betreft. Die besmettingen zijn detecteerbaar. Niet alle vrouwen die besmet zijn met die kankerverwekkende subtypes krijgen baarmoederhalskanker, gelukkig, maar dat is een voorbeeld van een situatie waarin men een hogerisicogroep kan afbakenen.

Als men de traditionele baarmoederhalskankerscreening beperkt tot de draagsters van die kankerverwekkende subtypes, kan men zorgen voor een enorme sanering van heel die aanpak. De voordelen zijn immers een besparing qua kosten en een vermindering van ongemakken bij diegenen die worden gescreend zonder dit eigenlijk nodig is. Men is daarmee begonnen in Nederland, in een experimentele setting, bij jonge vrouwen vanaf 25 tot 30 jaar.

Wij hebben het voorstel gelanceerd om die bepaling van het Humaan Papiloma Virus te doen bij vrouwen van 50 jaar, om te vermijden dat vrouwen ouder dan 50 jaar nog zouden worden gescreend. Daar is die screening absoluut niet nodig. Dat projectvoorstel heeft overal heel goede scores gehaald, maar is nooit verwezenlijkt via de traditionele kanalen. Als men die kennis immers toepast in het gezondheidsbeleid, dan zullen een aantal sectoren dit niet zo'n leuk initiatief vinden.

Mevrouw Ingrid van Kessel : Wij hebben hier al diverse malen vragen gesteld over baarmoederhalskankerscreening, ook aan de minister. U had het over een onpopulaire maatregel voor de individuele gezondheidsverstrekker. Het is toch de verantwoordelijkheid van de overheid om dit precies wel te doen ? Er lag bovendien Europees geld op tafel om dat onderzoek verder te doen. Vlaanderen heeft dit nagelaten. Vlaanderen verwees naar de federale overheid, en vice versa. Voormalig minister Vogels verklaarde bovendien dat ze eerst de borstkankerscreening zouden doen, en pas dan die andere screening, hoewel het WIV daar al zo lang mee bezig is.

Ik ben het dus eens met uw opmerkingen. Ik zit hier niet om het WIV te promoten, maar ik heb al meermaals gezegd dat te veel vrouwen die vervelende onderzoeken ondergaan. Als ze geen bericht krijgen, denken ze dat alles in orde is, maar dan blijkt dat die uitstrijkjes op een dusdanige manier worden genomen dat men dat niet kan aflezen in de laboratoria. De overheid is verantwoordelijk terzake.

Ik ben ook tevreden met dit ontwerp van decreet. De gezondheidspromotie en de ziektepreventie worden er verweven. Het is een goed kaderdecreet, maar welke garantie geeft het ons dat die baarmoederhalskankerscreening morgen zal gebeuren ? Dit is een recht waar de overheid aan moet werken. Ik weet dat ik nu populaire taal spreek, maar we moeten er ons niets van aantrekken dat er sprake is van onpopulaire maatregelen voor de individuele gezondheidsverstreker. Hier moet de overheid wel sturend optreden, vind ik.

Professor Weyler : Ik heb niet gesproken over onpopulaire maatregelen voor de individuele gezondheidsverstreker. Vaak zijn die maatregelen ook wel onpopulair.

Mevrouw Ingrid van Kessel : Maar ik heb het zo genoteerd.

Professor Weyler : Het gaat ook over onpopulaire maatregelen bij de bevolking. Het is niet evident aan de bevolking te zeggen dat we die regelmatige screening afschaffen.

Mevrouw Ingrid van Kessel : Nu worden die vrouwen elk jaar gescreend.

Professor Weyler : Soms om de 3 maanden.

Mevrouw Ingrid van Kessel : In die zin is het een populaire maatregel als men die duizenden vrouwen zegt dat dit niet meer elke maand of elk jaar hoeft, maar slechts om de 3 jaar. Het is in de eerste plaats een onpopulaire maatregel voor de zorgverstrekkers. De overheid moet sturend optreden om dat te overstijgen. Maar dan kom ik tot dit ontwerp van decreet : in welke mate geeft dit me de garantie dat dit wel zal gebeuren ? Deze vraag zal ik stellen aan de minister.

De heer Jan Roegiers : Professor Weyler, u verklaarde dat met dit ontwerp de kans is gemist om het preventiebeleid structureel te vernieuwen. U zei dat het preventiebeleid zo gedecentraliseerd mogelijk moet gebeuren. Zo heb ik het toch begrepen. Hoe ver moet men gaan in die decentralisatie ?

Professor Weyler : Niet zo gedecentraliseerd mogelijk, anders belandt men bij het individu.

De heer Jan Roegiers : In Denemarken is er sprake van gemeentelijke gezondheidspreventiebureaus.

Professor Weyler : Dat zijn de GGD's in Nederland. Ik neem Nederland als voorbeeld, maar ik

zou net zo goed Denemarken kunnen nemen. De ervaring in Nederland inzake preventieve gezondheidszorg leert dat het gemeentelijke niveau te klein is, behalve met gemeenten als Rotterdam. Daarom is dit decentrale niveau in Nederland eigenlijk een aggregatie van gemeenten, en valt het zeer goed te vergelijken met onze LOGO's. Alleen is de structurele en personele onderbouw van die gemeentelijke gezondheidsdiensten van een totaal andere orde dan wat wij hier kennen.

Ik pleit inderdaad voor een sterker uitbouwen van dat niveau. Er werd uitgegaan van bestaande situaties, met organisaties als Kind en Gezin, de CLB's enzovoort, maar ik zou toejuichen mocht men die verschillende organisaties onder één LOGO laten werken. Zo kan men over de sectorgrenzen gebruikmaken van de bestaande expertise.

Daarnet had men het over Europees geld. Wij hebben dat geld nooit geambieerd, en het is ons ook nooit aangeboden.

Mevrouw Ingrid van Kessel : Er was toch sprake van een 1-op-1-operatie wat de baarmoederhalskankerscreening betreft ?

Professor Weyler : Neen, zeker niet voor baarmoederhalskankerscreening. Dat stond eigenlijk al niet meer op de agenda. Men was ervan overtuigd dat dit wel zou zijn geïmplementeerd.

Mevrouw Ingrid van Kessel : Er is hier sprake van Europese middelen in het kader van het programma Europa tegen Kanker, ten bedrage 155.000 euro voor 2002 en 159.000 euro voor 2003.

Professor Weyler : Niet voor baarmoederhalskankerscreening.

Mevrouw Ingrid van Kessel : Jawel, precies voor baarmoederhalskankerscreening. We hebben aan voormalig minister Vogels gezegd dat dit Europees geld er was, maar dat er een 1-op-1-formule moest zijn. Mijnheer de voorzitter, u hebt die vraag trouwens ook nog gesteld aan de minister, maar ze is er niet in meegegaan. Toen kwam er het ping-pongspel tussen de federale en de Vlaamse overheid.

Professor Weyler, u wilt een explicietere plaats voor het decentrale niveau. Professor Masschelein zei ook al te hebben verwacht dat in dit ontwerp van decreet in het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG) naast de gezondheidspromotie ook de ziektepreventiebevoegdheid en de coördinerende bevoegdheid zouden worden opgenomen. Ik wist niet eens dat hij bestond, maar sinds een jaar bestaat er blijkbaar een ondersteuningscel

voor de LOGO's. Blijkbaar wil men die nu de coördinerende opdracht geven aan de ziektepreventie, in plaats van aan het VIG. Er worden dus twee coördinerende structuren uitgebouwd. Als iemand die de vader van de LOGO's werd genoemd, vind u dit een goede constructie ?

Professor Weyler : Men verweet me dat ik de vader van de LOGO's was.

Mevrouw Ingrid van Kessel : Vindt u dat een verwijt ?

Professor Weyler : Neen.

Bij het ontstaan van het VIG dacht men aan een ruimer concept. Er was ook een wetenschappelijke raad. Men moet in Vlaanderen vermijden een initiatief te nemen, er vervolgens onvoldoende middelen aan besteden om het volledig tot ontwikkeling te laten komen en dan vaststellen dat het niet tot ontwikkeling komt. Zo werd destijds aan tuberculosebestrijding gedaan. De coördinatie door de Nationale Bond voor Tuberculosebestrijding liep mank en er werden provinciale tuberculosecommissies opgericht.

De bestaande structuren moeten beter worden uitgewerkt. Het VIG is daar een goed voorbeeld van. Er werd toen gedacht aan een soort Nederlands Instituut voor Preventieve Geneeskunde, dat trouwens volledig anders wordt bemand dan het VIG.

De voorzitter : Ik dank de professor voor zijn komst naar de commissie. De heer Van den Broucke heeft het woord.

I.3. Uiteenzetting door de heer Stephan Van den Broucke, senior expert, Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG)

De heer Van den Broucke : Mijnheer de voorzitter, dames en heren, het is een genoegen deze vergadering te kunnen toespreken. Ik zal mijn betoog toespitsen op de gezondheidspromotie. Ik spreek namens het VIG. Wij hebben geen overleg met de andere organisaties uit de sector van de gezondheidspromotie gehouden gezien het korte tijdsbestek, maar er is de voorbije maanden meermaals over het ontwerp van decreet gesproken. De standpunten die hier naar voren worden gebracht, zijn zeker door hen mee gesteund.

De heer Pekka Puska van de WGO in Genève zegt dat het bevorderen van gezonde leefgewoonten de meest kosteneffectieve en duurzame manier is om

de volksgezondheid overal ter wereld te verbeteren. Dat geldt ook voor Vlaanderen. De vraag is dus hoe wij aan gezondheidspromotie moeten doen. Onze problemen staan in relatie tot mondiale ontwikkelingen en problemen. Dat is een deel van het antwoord op de vraag van daarnet. Er moet naar een gepast antwoord worden gezocht. De strategie is gezondheidspromotie, gebaseerd op correcte medische kennis, gedragswetenschappelijke modellen en methoden en veel en toegewijd werk.

Dat kan alleen als er voldoende capaciteit aanwezig is, die er borg voor staat dat de mensen die het werk op het terrein verrichten voldoende worden ondersteund en dat er voldoende continuïteit in de programma's voor gezondheidspromotie wordt ingebouwd.

Gezondheidspromotie neemt, naast ziektepreventie, een belangrijke plaats in de preventieve gezondheidszorg in. Ik kan niet nalaten aan te geven dat gezondheidsbevordering meer is dan alleen maar gezondheidseducatie. Naast voorlichting en opvoeding moet ook worden gezorgd voor een gezondheidsbevorderende omgeving.

De Vlaamse overheid heeft de voorbije tien jaar heel wat initiatieven genomen, zoals het besluit uit 1991 over de gezondheidspromotie met de aanpassingen die erop zijn gevolgd, de oprichting van de Gezondheidsraad en de LOGO's, en het voorstel te werken met Vlaamse gezondheidsdoelstellingen. Ook initiatieven in andere sectoren met een implicatie voor de gezondheidsbevordering zijn belangrijk geweest.

De praktijk leert ons dat er op het terrein nog altijd veel versnippering is. Bij het viertienjarig bestaan van het VIG is een status questionis opgesteld over de voorstellen voor gezondheidspromotie in Vlaanderen. Er zijn veel actoren aan het werk en er worden veel initiatieven genoemd, maar de acties zijn vaak kleinschalig in het licht van de mondiale problemen. Het is de paradox van de gezondheidspromotie. In Vlaanderen is de situatie zeer versnipperd.

Een van de nadelen is het gebrek aan overzicht. Het is voor niemand mogelijk om op dit ogenblik een zicht te hebben op de initiatieven in de gezondheidspromotie. De efficiëntie van de activiteiten is al helemaal moeilijk te meten. Wij nemen aan dat ze beperkt is en kan worden opgedreven als er beter wordt samengewerkt. Wij weten het eigenlijk niet goed. Evaluatie van gezondheidspromotie-initiatieven is geen eenvoudige zaak. De

knowhow ligt bij de kleine initiatieven niet voor de hand, en er zijn geen afdwingbare mogelijkheden. Dat betekent dat er weinig overdracht en continuïteit plaatsvindt. Dat is zeer jammer en een reden om na te gaan of het preventiedecreet hier iets aan verandert.

In het voorstel van decreet zijn belangrijke mogelijkheden voor gezondheidspromotie opgenomen. De sector is er zich van bewust. Het belangrijkste is ongetwijfeld dat er een decretale basis komt. Tot nu toe bestaat gezondheidspromotie in Vlaanderen nog altijd op basis van een besluit van de regering van 1991. Een decreet is erg belangrijk voor de organisaties in de sector. De meeste waren dan ook vragende partij. In het ontwerp van decreet wordt een duidelijke plaats gegeven aan gezondheidspromotie naast ziektepreventie. Dat valt toe te juichen en biedt mogelijkheden voor de toekomst.

Ander positief element is dat het ontwerp duidelijk gebaseerd is op een conceptueel referentiekader waarbij duidelijk is nagedacht over de determinanten van gezondheid en aangrijpingspunten voor verandering. Dat ontbrak in de vorige versie. De Vlaamse Gezondheidsraad heeft toen gesuggerd om daarin te voorzien en daar is rekening mee gehouden.

Ook het werken met gezondheidsdoelstellingen blijft behouden. Ondanks het feit dat die al verschillende malen kritisch zijn bekeken, is er nog altijd geen alternatief. Beide sprekers hebben gewezen op de formule van gezondheidsconferenties, wat een nieuw element is. De idee om de sector te betrekken bij het vastleggen van krachtlijnen voor preventief gezondheidsbeleid is een goede zaak. Er wordt ook een onderscheid gemaakt tussen partner- en uitvoerende organisaties. Ook dat is een stap in de goede richting. Nu doen verschillende organisaties vanalles zonder dat er een duidelijke lijn in te trekken is.

Het LOGO als structuur blijft behouden, en dat is een goede zaak. Gezondheidsbevordering moet bij uitstek op het lokale niveau gebeuren. Ik geef professor Weyler overschot van gelijk dat de LOGO's door hun beperkte omvang niet in staat zijn om waar te maken wat er oorspronkelijk van hen werd verwacht.

Er zijn heel wat elementen in het ontwerp van decreet die een positieve meerwaarde realiseren. Er zijn toch nog een aantal punten waarvoor ik aandacht vraag en die voor verbetering vatbaar zijn. Een eerste punt betreft de gezondheidsconferenties. Dit is een erg interessante formule. Als in het

buitenland wordt gewerkt met gezondheidsdoelstellingen, wordt ook gebruikgemaakt van de methode van het zoeken naar consensus. De vraag is alleen wanneer de belanghebbenden moeten worden betrokken. In de memorie van toelichting lees ik dat de belanghebbenden pas op het einde van het proces zullen worden betrokken. Dat maakt de werking gemakkelijker en ik heb daar alle begrip voor, maar dat zorgt er wel voor dat de samenstelling van de werkgroepen die het voorbereidende werk moeten doen, erg belangrijk wordt. Als er geen duidelijke criteria zijn over wie er deel van moet uitmaken, dan bestaat het risico dat de onvrede in de sector zal toenemen. Ik pleit ervoor om de betrokkenen van bij het begin te raadplegen.

Een andere kanttekening betreft de partnerorganisaties. Ze zullen werken met convenants voor een periode van drie tot vijf jaar. Er wordt van de partnerorganisaties heel wat verwacht. Ze moeten onder meer expertiseondersteuning geven aan uitvoerende organisaties en krijgen daarvoor subsidies van de Vlaamse overheid. Expertise geven betekent echter ook dat die moet worden opgebouwd en gehandhaafd blijven. Op dat vlak rijst een probleem. Expertiseopbouw veronderstelt een langere termijnvisie dan drie tot vijf jaar, het impliceert een continue werking. Het is moeilijk om dat in te passen in een prestatiegebonden financiering.

De vorige sprekers hadden het over de werking van het wetenschappelijk onderzoek. Hun ervaringen tonen aan dat het erg moeilijk is om wetenschappelijke prestaties en expertise-uitbouw te meten. Universiteiten worstelen daar al jaren mee. Het is dan ook moeilijk om dat op te nemen in het ontwerp van decreet. Bovendien zijn er ook geen duidelijke criteria om bij de partnerorganisaties na te gaan of de werking voldoet aan de verwachtingen. In de uitvoeringsbesluiten moeten die dan ook duidelijk worden omschreven.

Dan wil ik het hebben over de samenwerking. Gezondheidspromotie probeert zeer complexe problemen aan te pakken, zelfs mondiale. Het minste wat we dan moeten doen, is zoveel mogelijk samenwerking tot stand te brengen, niet alleen tussen organisaties in de gezondheidszorg, maar ook met anderen daarbuiten. In de praktijk worden er pogingen ondernomen om tot samenwerking te komen. Ik verwijs naar de samenwerking met het CLB en bepaalde bedrijven. In het ontwerp van decreet wordt samenwerken te weinig aangemoedigd. Integendeel, het systeem moedigt een vorm van concurrentie aan. Het doel is waarschijnlijk om de beste de meeste kansen te geven. Dit staat echter haaks op de filosofie van gezondheidspromotie

waar samenwerking de manier is om problemen aan te pakken.

Ik wil nog een kanttekening plaatsen bij het statuut van de collectieve gezondheidsovereenkomsten. Het is nog steeds niet duidelijk wat nu precies dat statuut is en waarin het verschilt van de convenants die met de partnerorganisaties worden afgesloten, vooral als het gaat om overeenkomsten met uitvoerende organisaties. In de toelichting staat dat dit geen financiële middelen impliceert, maar hoe zullen organisaties ertoe aangezet worden om vrijwillig een dergelijke collectieve gezondheidsovereenkomst na te streven? Hierover moet duidelijkheid komen in het ontwerp van decreet.

Wat de functie en de positie van het VIG betreft, sluit ik me aan bij de vorige sprekers. Het VIG neemt een unieke functie in als expertisecentrum voor gezondheidsbevordering. Het is een Vlaams instituut dat de gezondheidspromotie, ook van andere organisaties, moet ondersteunen. Het is het aanspreekpunt voor gezondheidspromotie in Vlaanderen. De vraag daarbij is of de nodige middelen en capaciteit daartoe aanwezig zijn. In het ontwerp van decreet wordt voorgesteld het VIG te laten fungeren als een van de kernen binnen een netwerk van expertisecentra. De uniciteit van het VIG blijft dus niet gewaarborgd.

Een van de gevolgen daarvan is de versnippering van de expertise inzake gezondheidspromotie. Dat zal de coherentie en de samenwerking in de sector zeker niet ten goede komen en zal zorgen voor verwarring bij buitenstaanders. We hebben immers al te maken met een grote versnippering in de sector.

Een ander gevolg is de vermindering van de mogelijkheden voor verdere expertiseontwikkeling binnen de gezondheidspromotie. De nood daaraan blijft nochtans bestaan. Gezondheidspromotie is een zeer snel evoluerende discipline. Een verspreiding over verschillende disciplines lijkt me niet aangewezen. Het is beter één aanspreekpunt te hebben. Een opsplitsing over meerdere partnerorganisaties betekent een efficiëntieverlies.

Ook in andere landen worden we beschouwd als hét VIG, en zelfs als het Belgisch Instituut voor Gezondheidspromotie. Er is de voorbije jaren een goede samenwerking gegroeid met buitenlandse zusterorganisaties en met de WGO. Ik vraag me af of het zinvol is om die functionele contacten af te bouwen of op te splitsen over verschillende andere instituten. Ik stel dan ook voor om in het ontwerp van decreet te verwijzen naar de specifieke functie van het VIG als een expertisecentrum met een on-

dersteuningsopdracht in verband met gezondheidspromotie.

Een volgende opmerking betreft de aandacht voor specifieke doelgroepen zoals de kansarmen. Kansarmen worden steeds meer als een specifieke en bijzondere aandachtsgroep beschouwd. Het VIG heeft terzake een Europees project mee geleid en heeft zeer veel weerklank gevonden, tot op het Europese niveau. In de tekst van het ontwerp van decreet heeft die aandacht echter geen structurele verankering gekregen. Nochtans weten we uit ervaring dat de klassieke methode van gezondheidseducatie geen hout snijdt bij die doelgroep. We moeten veel meer overgaan tot een geïntegreerde benadering.

Dit ontwerp biedt heel wat kansen aan gezondheidsbevordering. De kanttekeningen die ik daarbij heb gemaakt, hebben vooral te maken met de bekommernis van de sector om de capaciteit inzake gezondheidspromotie zo sterk mogelijk te ontwikkelen, op te bouwen en te garanderen.

Gezondheidspromotie veronderstelt een integratie van de verschillende invalshoeken en een continuïteit van programma's. Het gaat om planmatige en zorgvuldig uitgekende programma's die nadien moeten worden geïntegreerd in de structuren. Er is de nodige deskundigheid vereist. Gezondheidspromotie is een discipline op zich. In andere landen wordt die aangeleerd. Er moet worden voorzien in een dergelijke ondersteuning van deskundigheid. De capaciteitsopbouw is waarschijnlijk de belangrijkste sleutel voor een duurzame en effectieve praktijk inzake de gezondheidspromotie in Vlaanderen en elders.

We hebben al een aantal mogelijkheden om te zorgen voor de structuren voor gezondheidspromotie. In het kader van dit ontwerp is het belangrijk dat die capaciteit blijft bestaan.

Mevrouw Ingrid van Kessel : Een van de belangrijke stappen in de goede richting in het ontwerp was het samenbrengen van gezondheidspromotie enerzijds en ziektepreventie anderzijds. Mijnheer Van den Broucke, u hebt helemaal niets gezegd over die preventie.

Vroeger was er een te grote versnippering. De integratie in het ontwerp is één zaak. Bij de uitvoering zou de gezondheidspromotie bij het VIG worden geplaatst en de ziektepreventie bij de LOGO's. Ik leid dat af uit wat de afgelopen dagen werd gezegd. U zegt ook niets over de ziektepreventie. Kunt u dat verduidelijken?

Ik sta volledig achter wat u hebt gezegd over de gezondheidsdoelstellingen en dat er moet worden opgelet bij het samenstellen van de werkgroepen. Ik was aanwezig op de conferentie over zelfmoord en depressie. Ik heb vorige week een vraag gesteld aan minister Byttebier over de preventie van depressies bij jongeren. Ook vroeger werd steeds verwezen naar die conferentie.

Ik was aanwezig bij de werkgroep Jongeren en Depressies. Er was daar helemaal geen eensgezindheid. De verwachtingen inzake die conferentie lagen zeer hoog, de ambities van de werkgroep waren zeer hoog. De deelnemers waren het echter helemaal niet eens met wat door de werkgroep werd voorgesteld. We moeten goed nagaan hoe we de zaken formuleren.

Ik heb altijd horen spreken over gezondheidspromotie, maar in het ontwerp staat gezondheidsbevordering. Het is misschien een detail, maar kunt u zeggen waarom dat zo is ?

De heer Van den Broucke : Mevrouw Van Kessel, gezondheidspromotie en gezondheidsbevordering zijn uitwisselbare begrippen. Volgens mij is gezondheidspromotie een ietwat ongelukkige vertaling van het Engelse health promotion. Voor ons heeft de term promotie een meer marktgerichte connotatie, daarom wordt het begrip gezondheidsbevordering gebruikt. Als werknemer bij het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie, ligt het voor de hand dat ik de term blijf gebruiken.

Het is niet omdat ik bijna uitsluitend ben ingegaan op gezondheidspromotie, dat het geen goeie zaak is om gezondheidspromotie en ziektepreventie in één decreet te regelen en ze in de praktijk zoveel mogelijk in elkaars verlengde te leggen. Het zijn twee onderscheiden benaderingen die elkaar moeten aanvullen. Ziektepreventie richt zich op risicofactoren en er wordt dus geprobeerd om aandoeningen te voorkomen. Gezondheidsbevordering richt zich meer op het positieve, op de mogelijkheden die aanwezig zijn bij doelgroepen. Het ene sluit het andere niet uit. Een goede gezondheidspromotie kan alleen maar positief zijn voor ziektepreventie, en ziektepreventie zorgt ervoor dat mensen nog meer aan gezondheidspromotie kunnen doen. Het is dus een kwestie van aanvullen. Het is een goede zaak om ze maximaal geïntegreerd te laten verlopen.

Ik weet niet of de werking ook via dezelfde structuur moet verlopen. Iemand zei dat de LOGO's met ziektepreventie zullen worden belast, maar niet langer met gezondheidspromotie. Dat zou

nieuw zijn voor mij. Ik dacht dat de Ondersteuningscel voor de LOGO's (OCL) in de eerste plaats zou werken rond ziektepreventie en milieu en dat de ondersteuning van de gezondheidspromotie bij het VIG zou blijven. Ik dacht niet dat een samenwerking tussen het VIG en de OCL zou worden uitgesloten. Uiteraard zijn wij voorstander van een maximale samenwerking.

Mevrouw Ingrid van Kessel : Ik denk ook niet dat samenwerking tussen het VIG en de OCL wordt uitgesloten. Het ontstaan van de OCL is niet volgens parlementaire weg verlopen. We waren zelfs niet op de hoogte van het bestaan ervan. Twee jaar geleden kwamen we bij u op werkbezoek. U stond toen in voor de informele coördinatie van de LOGO's. Ik begrijp best dat de noodzaak tot coördinatie bestaat, maar ik ben er niet van overtuigd dat het een taak voor de OCL is. Er is immers al zoveel versnippering op het terrein. Ik geef toe dat ik evenmin een onmiddellijke oplossing voor ogen heb.

De heer Van den Broucke : Op dit ogenblik kan het VIG de ondersteuning voor ziektepreventie niet aanbieden. We beschikken noch over mensen, noch over middelen, noch over deskundigheid. In de Scandinavische landen gebeurt de ondersteuning van gezondheidspromotie en van ziektepreventie door één instituut. In het Verenigd Koninkrijk en Nederland zijn er twee specifieke instituten. Ik weet niet wat beter is. Het is vooral van belang dat de uitvoerende organisaties duidelijk weten waar ze terecht kunnen. Een eenduidige communicatie is daarbij inderdaad belangrijk.

De gezondheidsconferentie is een heel zinvolle formule om maximale betrokkenheid te bekomen. Ook ik heb vastgesteld dat bij de werking rond het vorige gezondheidsthema, depressie en zelfmoord, niet iedereen tevreden was met de samenstelling van de werkgroepen. Ik hoop dat uit die ervaring lessen worden getrokken en dat de gezondheidsconferentie nieuwe doelstellingen kan uitwerken en vorige kan bijsturen. Ik hoop ook dat bij de samenstelling van de werkgroepen rekening zal worden gehouden met de verschillende visies en belangen.

De heer Jan Van Duppen : We hebben geleerd dat ziektepreventie zeker niet kostenbesparend wordt op het curatieve vlak, maar ik begrijp uit uw uiteenzetting dat gezondheidspromotie wel kostenbesparend kan zijn, omdat er daardoor meer gezondheid zal zijn en minder ziekte.

Ziektepreventie betekent pleiten voor voldoende aandacht voor lokale initiatieven, activiteiten en toepassingen. Als ik het goed heb, pleit u voor een meer duidelijk gecentraliseerde benadering.

De heer Van den Broucke : Het was niet mijn bedoeling te pleiten voor centralisering. Wel pleit ik voor acties die goed centraal worden ondersteund. De acties zelf moeten liefst zoveel mogelijk gedecentraliseerd zijn.

De heer Jan Van Duppen : Toch hebt u een probleem. Al jaren geeft men in alle mogelijke LOGO's, alle mogelijke initiatieven en nevenorganisaties het beste van zichzelf om een gezonde levenswijze te promoten. Er wordt gepleit voor gezonde leefgewoontes, gezonde voeding, tegen roken enzovoort. Voor u moet het toch ongelooflijk frustrerend zijn dat als resultaat iedereen meer rookt, dat er meer wordt gevreten, dat men dikker is en niet beweegt. Of zie ik dat nu verkeerd ?

De heer Van den Broucke : U ziet dat heel juist. Er zijn een aantal aspecten aan. Wat is de indicator om te bepalen of gezondheidspromotie überhaupt effect heeft ? Ik stel vast dat men dan heel vaak kijkt naar de eindresultaten inzake de gezondheidsstatus, terwijl gezondheid door zoveel factoren in de hand wordt gewerkt dat veel van de acties die momenteel lopen een druppel op een gloeiende plaat zijn. We spreken inderdaad over wereldwijde verschijnselen, zoals individualisering en commercialisering. Op die dingen kan men niet in een oogwenk inspelen met een campagne. Het is zelfs naïef om daar alleen maar via kennisoverdracht en reclame iets aan trachten te doen.

Dan is er nog een ander aspect. De zwakte van de gezondheidspromotie, niet alleen in Vlaanderen, maar ook in andere landen, is precies het gebrek aan integratie van acties en activiteiten. Ik pleit er dus voor zo veel mogelijk te zorgen voor een structuur die dit min of meer in goede banen leidt, en er bovendien voor zorgt dat de naïeve benaderingen die nog steeds heel vaak optreden niet worden gehandhaafd. We moeten nagaan wat de determinanten zijn van het feit dat men zich op een bepaalde manier gedraagt, en trachten die determinanten aan te pakken. Die determinanten bevinden zich doorgaans op een heel ander niveau dan tussen de oren van de mensen die we proberen te overtuigen om gezonder te leven.

Dat soort professionele ondersteuning is nodig. Als we de zaken blijven versnipperen en zeker als we dan ook nog eens die ondersteuning versnipperen, dan zijn we nog verder van huis. Zonder duidelijke

samenwerking zullen we inderdaad geen antwoord kunnen bieden op de maatschappelijke tendensen. Ik stel vast dat dit ook de aanbevelingen zijn van de Wereldgezondheidsorganisatie. Vlaanderen zou best die aanbevelingen volgen.

II. HOORZITTING OP 1 JULI 2003

Uiteenzetting door prof. Karel Hoppenbrouwers, docent Jeugdgezondheidszorg, dienst Gezondheidszorg, KU Leuven

Professor Karel Hoppenbrouwers : Ik werk in de jeugdgezondheidszorg. Dat is de tak van de geneeskunde die zich bezighoudt met preventieve gezondheidszorg bij kinderen en jongeren. Het is vanuit die invalshoek dat ik commentaar geef bij dit ontwerp van decreet. In mijn uiteenzetting zal ik de structuur van het ontwerp grotendeels volgen. Ik zal niet alles in detail bespreken.

Bij de organisatie van het preventief gezondheidsbeleid in Vlaanderen, zowel de gezondheidsbevordering als ziektepreventie, is er een gebrek aan ordening van de vele initiatieven. Op vlak van gezondheidsbevordering heeft de oprichting van het Vlaams instituut voor Gezondheidspromotie (VIG) een aanzet gegeven tot ordening en samenwerking, weliswaar zonder decretale basis.

Voor de ziektepreventie is er minder samenhang. Pas met de gezondheidsdoelstellingen over vaccinatiebeleid en borstkankerscreening is er een belangrijke stap gezet voor samenwerking op die vlakken. De grote verdienste van dit ontwerp is dat er eindelijk een kader gecreëerd wordt voor een samenhangend beleid in die twee domeinen van preventieve gezondheidszorg.

Het referentiekader dat in dit ontwerp wordt gebruikt is afkomstig van het volksgezondheid-toekomst-verkenningen-model (VTV-model), ontwikkeld in het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu in Nederland. Dat is een verdedigbaar model. Het is breed genoeg en zorgt voor een ordening op basis van determinanten, factoren en aandoeningen. Terecht hebben de auteurs van het ontwerp daar een tijdsas aan toegevoegd. Die as is vooral belangrijk voor jeugdgezondheidszorg. Daar is immers een breed scala van activiteiten voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie. Een hele reeks van determinanten en risicofactoren komen aan bod. Ook heel wat aandoeningen komen in aanmerking voor ziektepreventie bij die leeftijdsgroep.

Het ontwerp maakt melding van die leeftijdsgroep. Dat verhindert dat de initiatieven van jeugdgezondheidszorg versnipperd zijn. Ik ben dus voorstander van een expliciete vermelding van leeftijdsgroepen en een samenhangend beleid van preventieve gezondheidszorg per groep. Er is discussie mogelijk over het gekozen model. Het gezondheidsdeterminantenmodel van Lalonde is internationaal beter bekend. Dat model wordt ook in jeugdgezondheidszorg gebruikt.

In de memorie en het ontwerp is de afbakening van de begrippen niet altijd precies en duidelijk. De auteurs zouden die definities beter aanpassen. Bij de determinanten wordt bijvoorbeeld in het ontwerp enkel positieve beïnvloeding bedoeld, elders is er sprake van beschermende factoren. In de Europese regelgeving wordt er ook gesproken van bronnen van gevaar. Vaak is er dus overlapping of een gebrek aan juiste afbakening.

Het facettenbeleid is een interessante optie. Bij het opstellen van een algemeen beleid kan dan ook rekening gehouden worden met aspecten van preventieve gezondheidszorg, die buiten het domein van de gezondheidszorg liggen. In de eerste plaats worden activiteiten bedoeld, die volledig los staan van de gezondheidszorg bijvoorbeeld mobiliteit, infrastructuur en milieu. In de jeugdgezondheidszorg is dat vooral belangrijk voor de gestructureerde organisaties, die het programma jeugdgezondheidszorg uitvoeren, met name Kind en Gezin (K&G) voor de zuigelingen en de centra voor leerlingenbegeleiding (CLB) voor de schoolgeneeskunde. Dat zijn twee entiteiten die om historische redenen buiten de gezondheidszorg staan. Het is dan ook voor hen niet evident om volwaardige preventieve gezondheidszorg aan te bieden.

De CLB moeten de gezondheid bevorderen, maar ziektepreventie, in de vorm van een programma van consulten, staat veel meer ter discussie. Het is dan ook belangrijk dat in een ontwerp over preventief gezondheidsbeleid ziektepreventie duidelijk tot hun taken behoort. Dat zorgt voor samenhang.

Het ontwerp van decreet past het facetbeleid bijna uitsluitend toe op exogene factoren. Voor de jeugdgezondheidszorg is dat veel te beperkt. Uiteraard doen K&G en CLB heel wat op vlak van endogene factoren en zeker op vlak van ziektepreventie van de vernoemde aandoeningen. De verwijzing naar exogene factoren is dus te beperkt.

Het is belangrijk dat vermeld wordt dat het gezondheidsbeleid uitgaat van gelijkheid in gezond-

heid. Dat behelst verschillende aspecten : kansarmoede, risicogroepen, toegang tot gezondheidszorg. Die zijn in andere regelgeving, bijvoorbeeld over de CLB en K&G, ook opgenomen, maar het is belangrijk dat ze ook hier expliciet vermeld worden. Dat is immers cruciaal voor preventieve gezondheidszorg voor jongeren.

De organisatie van de preventieve gezondheidszorg, zoals opgevat in het ontwerpdecreet, is een complex geheel van verschillende instrumenten en structuren. Ideaal zou zijn dat de minister vanuit een omvattende visie en zonder rekening te moeten houden met de voorgeschiedenis een structuur kan opstellen voor preventieve gezondheidsbeleid, en dus tabula rasa kan maken. Dat is echter niet realistisch. Er zijn veel organisaties, die elk met een eigen expertise, te beperkte middelen en veel inzet gewerkt hebben aan een preventief gezondheidsbeleid. Het is logisch dat men die expertise niet laat verloren gaan, maar een model uitwerkt waarin samenhang nagestreefd wordt.

In het ontwerp wordt een model gehanteerd, waarin men op verschillende niveaus die organisaties een plaats tracht te geven. Dat heeft geleid tot een relatief complexe structuur, maar het lijkt mogelijk om bestaande en nieuwe initiatieven daarin een plaats te geven. Zeer positief is dat er uitgegaan wordt van een beleid met gezondheidsdoelstellingen. In de gezondheidsconferenties wordt van bij aanvang brede steun gezocht. Voor de opstelling van de huidige gezondheidsdoelstellingen is dat niet gebeurd. Men heeft veel tijd verloren met het zoeken naar een draagvlak. Een goed voorbeeld daarvan is de borstkankerscreening waar men een aantal jaren nodig had om voldoende steun te verzamelen. Gestructureerd en breed overleg is dus zeker zinvol.

Ik ga niet nader in op de andere instrumenten, maar benadruk dat de gegevensoverdracht zeer belangrijk is, onder meer voor de werking van de verschillende diensten. Zo is de gegevensoverdracht tussen K&G en de CLB cruciaal voor de kwaliteitsvolle werking van beide. Ook voor de aansturing van het beleid zijn de gegevens uit de praktijk noodzakelijk.

Wat de collectieve gezondheidsovereenkomsten betreft, heb ik de indruk dat de auteurs initiatieven willen nemen zonder geld uit te geven. Men noemt het in de memorie van toelichting een moreel engagement zonder financiële implicaties. Zonder de nodige stimulansen zullen de partners van dergelijke gezondheidsovereenkomst moeilijk tot activiteiten te bewegen zijn. De CLB werden recent bij-

voorbeeld uitgenodigd om mee te werken aan een dringende meningokokken-C-vaccinatiecampagne. Het zal moeilijk zijn om dergelijke campagnes in de toekomst nog te organiseren via collectieve gezondheidsovereenkomsten zonder financiële aansporingen.

Voor de initiatieven hanteert men een brede definitie van gezondheidszorg. De keuze van de initiatieven is ruim en relevant. Daarenboven is uitbreiding mogelijk als dat vanuit epidemiologisch standpunt nodig is.

In het ontwerp worden de psychische en sociale context wel vermeld, maar die verwijzingen zijn nogal schaars. Zeker voor de gezondheidsbevordering zijn niet alleen medische en paramedische disciplines belangrijk maar telt ook de inbreng van de gedragswetenschappen. Ook de multidisciplinaire aanpak en benadering van preventieve gezondheidszorg worden karig vernoemd.

Ik heb vooral opmerkingen bij de aansturing en de wetenschappelijke onderbouw van het gezondheidsbeleid. Het ontwerp is zeer concreet en precies over de ontwikkeling van gezondheidsdoelstelling, de formulering van beleidsthema's en de uitwerking en uitvoering ervan. Het blijft vaag over het concipiëren van een algemeen of een globaal preventief gezondheidsbeleid.

Op het eerste zicht lijkt de administratie een cruciale en misschien wel uitsluitende rol te spelen. Welke rol spelen wetenschappelijke onderzoekcentra en expertisecentra bij de aansturing van het beleid? Het valt op dat het VIG bij partnerorganisatie staat en niet vermeld wordt als een expertisecentrum dat een rol speelt bij de ontwikkeling van een algemeen beleidsplan.

Volgens de structuur van het ontwerp van decreet geeft de minister de opdracht aan de administratie Gezondheidszorg om een gezondheidsdoelstelling te formuleren en die volgens de geëigende kanalen -werkgroepen en gezondheidsconferentie – uit te werken. De administratie doet dan een voorstel aan de minister, die dan eventueel een werkgroep het voorstel laat uitvoeren. Op basis van die gezondheidsgegevens kan de minister bijsturing doen of nieuwe initiatieven nemen.

Het is niet duidelijk hoe de minister gezondheidsdoelstellingen kiest. Welk omvattend beleid bepaalt die keuze? Hoe bepaalt de minister welke doelstellingen de administratie moet uitwerken? Het ontwerp zegt dat aansturing gebeurt op basis van gegevens van de verschillende organisaties

over ziekte, overlijden en factoren die de gezondheid bevorderen. Het ontwerp vermeldt ook kort dat wetenschappelijke evidentie voorop staat.

Is het voldoende dat een beleid gestuurd wordt door gegevens en rekening houdt met het vage begrip van wetenschappelijke evidentie? In de jeugdgezondheidszorg, waarbinnen alle mogelijke vormen van gezondheidsbevordering en ziektepreventie worden uitgevoerd, stel ik vast dat er voor een aantal aspecten wetenschappelijke evidentie beschikbaar is. Over andere categorieën bestaat er eensgezindheid, zonder dat er echt een wetenschappelijk draagvlak is. Voor een aantal onderdelen moet de zoektocht naar wetenschappelijke grondslagen nog starten.

Voorafgaand aan een preventief gezondheidsbeleid moet er dus een goed overzicht zijn over de zin van de huidige of geplande activiteiten. De wetenschappelijke kennis en de leemtes daarin moeten geïnventariseerd zijn. Zo kan bepaald worden welke wetenschappelijke onderzoeksprogramma's uitgevoerd moeten worden om tot een beter gefundeerd preventief gezondheidsbeleid te komen.

Er is dus programmering nodig. Enkel op basis daarvan kunnen de prioriteiten bepaald worden. Slechts dan kan een minister gezondheidsdoelstellingen selecteren of opdrachten geven aan de administratie om dergelijke doelstellingen te formuleren.

Het is dus niet duidelijk wat de inbreng is van wetenschappelijke onderzoeks- en expertisecentra. Wie beheert de databanken: de administratie Gezondheidszorg of een andere organisatie? Samenvattend is het niet duidelijk hoe het algemeen beleid vorm zal krijgen. Het huidige ontwerp geeft de indruk dat de administratie Gezondheidszorg daarin een cruciale rol speelt.

Ik werk sinds verschillende jaren samen met de administratie Gezondheidszorg en merk daarbij op dat er op dit moment te weinig middelen en mensen zijn. Als men dit soort opdrachten aan de administratie gaat toevertrouwen en haar een leidende rol wil geven, is zeker een uitbreiding van die middelen nodig.

De keuze voor de administratie heeft zeker het voordeel dat zij kan zorgen voor continuïteit, wat belangrijk is. De preventieve gezondheidszorg werkt immers op zeer lange termijn. Effecten zijn pas meetbaar na 10 of 20 jaar. Dat is zeker een argument om hier voor de administratie te kiezen. Anderzijds constateer ik dat constante nieuwe we-

tenschappelijke inbreng vereist is, wat niet kan gerealiseerd worden op het niveau van de administratie. Ik pleit daarom eerder voor aansturing door een instituut of steunpunt waarin op zijn minst de administratie én de expertisecentra elkaar vinden, en dat minstens voor een deel permanent gefinancierd wordt.

Ik concludeer dat het ontwerp belangrijk is. Het moet dringend van kracht worden. Het zou spijtig zijn als dat niet meer kon tijdens deze regeerperiode. Het biedt een werkbaar kader, al heb ik voorbehoud bij de wetenschappelijke aansturing en bij het uittekenen van het beleid dat de rest van het proces ondersteunt.

De heer Jan Van Duppen : Ik confronteer professor Hoppenbrouwers met twee uitdagende stellingen.

Het hele verhaal rond preventie in de sectoren Gezondheidszorg en Welzijn moet gebaseerd zijn op de definities van de Wereldgezondheidsorganisatie. Daarin wordt gezondheid bepaald als een gelijktijdig lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden. De Nederlandse chirurg Imre Löfle merkte evenwel op dat deze toestand alleen voorkomt in geval van een gelijktijdig orgasme. De hele mensheid is dus meestal niet gezond, bijgevolg ziek.

Bij preventie is het kappen aan de ruwe steen belangrijker dan het verkrijgen van de kubieke steen. De act van het ermee bezig zijn is al heel wat. Velen zullen zich herinneren dat in *Liefde is een werkwoord* al werd betoogd dat het bezig zijn met op zich al een therapeutisch effect heeft. Het is onze taak de maatschappelijke consequenties af te wegen. Zou het in dat licht niet beter zijn als wij de illusie dat preventie bijdraagt tot kostenefficiëntie, lieten varen ?

Professor Karel Hoppenbrouwers : Mijn pleidooi voor meer wetenschappelijke onderbouw betekent juist dat wij rationeler met preventie moeten omgaan. Het besef dat ideale gezondheid niet bestaat, belet niet dat men ernaar kan streven om die zoveel mogelijk te benaderen. Zelfs al wordt de opmerste staat maar af en toe bereikt, leven is hoe dan ook ernaar streven. Preventieve gezondheidszorg is niet eenvoudig, omdat men aandoeningen en problemen wil voorkomen die zich pas op veel latere leeftijd voordoen. Op het moment zelf voelen de mensen niet dat er problemen zijn. Zelfs al kan de totale gezondheid niet bereikt worden, toch is het belangrijk dat de grote inspanningen volgehouden worden, ook budgettair. Zij moeten dan wel zo goed mogelijk gefundeerd worden.

De heer Jan Van Duppen : Die overtuiging siert u, maar zou het geen onderdeel daarvan kunnen zijn om te wilde drang naar inefficiënte en angstaanjagende preventie te bestrijden ? Men moet onder ogen durven zien dat er ook een marketing van de angst bestaat, die juist problemen creëert. Zo heeft de industrie begrepen dat er in de sfeer van angst voor Alzheimer een markt is voor cholesterolverlagende medicijnen. Maar als dan blijkt dat die middelen bij het passeren van de bloed-hersenbarrière juist het optreden van Alzheimer kunnen bevorderen, waar zijn we dan mee bezig. Over meningitis type C valt hetzelfde te vertellen. Er is te weinig voorlichting. Dit ontwerp moet daar aandacht aan besteden. Campagnes tegen overmatige angst voor fenomenen als sars en vogelpest zijn wenselijk.

Professor Karel Hoppenbrouwers : Meningokokken-C vormt een slecht voorbeeld, want voor de preventie door vaccinatie bestaan juist heel wat rationele gronden. De dreiging is bekend en een vaccinatiecampagne is zinvol. Maar het is waar dat de gronden soms veel vager zijn en dat men inspeelt op angsten. Ik zei al in mijn uiteenzetting dat het aspect communicatie op beleidsniveau ontzettend belangrijk is. Ik pleit voor een algemeen communicatiebeleid.

Mevrouw Ingrid van Kessel : Ik wil even inpikken op wat de heer Van Duppen zegt. Ik vraag me af of good medical practice hier wel thuishoort. Volgens mij past dit aspect niet in een ontwerp van decreet over het preventieve gezondheidsbeleid.

De aansturing van het beleid is niet helemaal duidelijk. Het is niet de eerste keer dat men opmerkingen maakt over de versnippering van het preventiebeleid. We moeten zo veel mogelijk partners bij de beleidsaansturing betrekken. De spreker stelt de oprichting van een instituut voor om het VIG, de LOGO's en de wetenschappelijke onderbouw op elkaar af te stemmen. De administratie beschikt daartoe blijkbaar over onvoldoende medewerkers. Hoe ziet de spreker dat concreet ?

In het ontwerp krijgen het psychische en het sociale welbevinden geen aandacht genoeg. Vorige week heb ik minister Byttebier een vraag gesteld over het stijgend gebruik van geneesmiddelen en antidepressiva bij jongeren. Ik ben van oordeel dat de aanpak daarvan geregeld moet worden in dit ontwerp van decreet. Hoe kunnen we daar meer aandacht aan besteden ? Kunnen de CLB's naast de lichamelijke gezondheid van de jongeren ook hun psychisch welbevinden onderzoeken ? Naar het schijnt experimenteert men daarmee in Rotter-

dam. Is de spreker op de hoogte van dit experiment ?

Preventie is volgens mij nodig, maar preventie moet ook een duidelijke plaats krijgen en meetbaar zijn. Hoe kunnen we het resultaat van preventie meten ?

Gezondheidsdoelstellingen moeten van onderuit komen. Op de conferentie die deze doelstellingen moest vastleggen, heerste de indruk dat men lang niets had gedaan om zelfmoord bij jongeren te voorkomen. Men verwachtte heel veel van de conferentie, maar die heeft tot niets geleid. Welke zijn uw inzichten terzake ?

Professor Karel Hoppenbrouwers : Toen men vaststelde dat het Vlaams Instituut voor de Gezondheidspromotie wel expertise in huis had over gezondheidsbevordering maar niet over preventie, hebben verschillende wetenschappelijke artsverenigingen in overleg met het VIG en de administratie Gezondheidszorg onderzocht wat haalbaar is. Kon het VIG uitgebreid worden met een wetenschappelijk expertisecentrum Ziektepreventie om de expertise inzake methodologie en onderzoek te bundelen ? Na enig overleg kwam men tot het inzicht dat ziektepreventie een versnipperd geheel vormt waarbij heel uiteenlopende partners betrokken zijn. Blijkbaar is dat overleg vastgelopen.

In het buitenland zijn echter voldoende voorbeelden van vergelijkbare instellingen. Het Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie in Nederland is een expertisecentrum dat een derde van zijn middelen van de overheid krijgt. De andere projecten worden autonoom opgestart en op een andere manier gefinancierd. Het zal nooit eenvoudig zijn om alle relevante partners samen te brengen, maar het moet.

Een eenvoudiger oplossing is een steunpunt oprichten met als expliciete doelstelling : binnen de vijf jaar wetenschappelijk onderzoek bundelen over de opdrachten gekregen van de Vlaamse overheid. Het voordeel is dat men vijf jaar de tijd krijgt om het wetenschappelijk onderzoek uit te voeren. Het nadeel is dat men maar één groep tot steunpunt kan benoemen waardoor de expertise bij de andere pretendents verloren dreigt te gaan.

De administratie Gezondheidszorg moet voor de continuïteit zorgen, maar mag de aansturing niet volledig voor haar rekening nemen. Het ontwerp van decreet bepaalt dat marktgerichte onderzoek

ken ad hoc uitbesteed worden en volledig aangestuurd door de overheid. Dat is te beperkend.

De CLB's spelen een belangrijke rol in het psychosociale welzijn van de jongeren. Tijdens de medische onderzoeken concentreert men zich niet uitsluitend op het fysieke. Zo hebben de CLB's recent een instrument ontwikkeld dat alle psychosociale problemen die verband houden met eetstoornissen registreert. Het moet gezegd dat geen enkel systeem perfect en universeel bruikbaar is. Als de CLB's de kans krijgen zich voort te ontwikkelen zoals ze bezig zijn, zal die expertise groeien. Interessant is dat de medische onderzoeken ook de aandacht vestigen op alle fysieke factoren die het psychosociaal welzijn beïnvloeden.

Mevrouw Ingrid van Kessel : Moeten we de CLB's dan niet uitdrukkelijker vermelden in dit ontwerp van decreet ?

Professor Karel Hoppenbrouwers : Er wordt al verwezen naar multidisciplinariteit en naar de psychosociale omgeving, maar het zou inderdaad uitdrukkelijker kunnen. Op die manier wordt duidelijk gesteld dat we ons op de bevolking in haar geheel concentreren en niet uitsluitend op de jongeren en dat ziektepreventie meer is dan fysieke gezondheid.

De opbrengst van preventie meten is niet eenvoudig. Maar als we op een rationele basis aan preventie willen doen, zullen we zo veel en zo betrouwbaar mogelijk moeten meten. Binnen de jeugdgezondheidszorg valt dat nogal mee omdat we ons concentreren op relatief meetbare aandoeningen. In de psychosociale context is meten moeilijker. De langetermijneffecten van gedragsveranderingen kunnen vrijwel niet op een betrouwbare manier gemeten worden. Maar zolang de resultaten niet gevaloriseerd worden, weten we niet precies waarmee we bezig zijn.

Mevrouw Ingrid van Kessel : Het zou ook krediet opleveren. De overheid moet zeker de nadruk leggen op het psychisch welbevinden van de jongeren, maar uitgerekend dat is moeilijk meetbaar. Precies daarom moeten we nuanceren.

Professor Karel Hoppenbrouwers : Het voorbeeld van zelfmoord bij jongeren illustreert goed dat de bottom-up strategie tijd vraagt. Twee vergaderingen volstaan niet om iedereen achter een gezondheidsdoelstelling te scharen. We moeten de partners geleidelijk aan op één lijn krijgen. Bij borskankerscreening is gebleken hoe moeilijk het is om

alle betrokken sectoren op dezelfde lijn te krijgen. Depressie en zelfmoord zijn nog veel complexer. Desalniettemin is dat de aangewezen strategie. De eerste reeks gezondheidsdoelstellingen misten aanvankelijk alle steun.

De verslaggevers,

Ingrid VAN KESSEL
Ria VAN DEN HEUVEL

De voorzitter,

Koen HELSEN
