

VLAAMSE RAAD

ZITTING 1992-1993

14 APRIL 1993

BELEIDSBRIEF

Preventieve gezondheidszorg 19934997

ingediend
door mevrouw L. Detiège,
Vlaamse minister van Tewerkstelling en Sociale Aangelegenheden

INHOUD

Blz.

1.	INLEIDING NAAR EEN NIEUWE VISIE OP BEVORDERING VAN DE GEZONDHEID	
1.	Doelstellingen van het preventief gezondheidsbeleid	5
2.	Strategie en middelen	5
3.	Gezondheid in de Vlaamse Gemeenschap	6
4.	Beleidskeuzes voor de komende periode	8
5.	Financiële middelen voor preventief gezondheidsbeleid	9
II.	INSTRUMENTEN VOOR BELEID INZAKE GEZONDHEIDSPROMOTIE	
1.	Actoren	9
1.1.	De Administratie Gezondheidszorg van de Vlaamse Gemeenschap	11
1.2.	Het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie	12
1.3.	Medisch Schooltoezicht	14
1.4.	Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie	17
1.5.	De eerstelijns-gezondheidszorg	17
1.6.	Kind en Gezin	19
2.	Gezondheidsindicatoren en -monitoring	19
3.	Onderzoek	20
III.	SPECIFIEKE DEELTERREINEN VOOR GEZONDHEIDSBEVORDERING	
1.	Prioritaire deelterreinen	
1.1.	HIV besmetting en AIDS	22
1.2.	Preventief gezondheidsbeleid inzake middelengebruik	25
1.3.	Kankerpreventie	26
1.4.	Medisch Verantwoord Sporten	28
2.	Andere deelterreinen	
2.1.	Hart- en vaatziekten	29
2.2.	Ongevallen	29
2.3.	Perinatale sterfte	30
2.4.	Chronische aandoeningen : respiratoire aandoeningen en aandoeningen van het bewegingsstelsel	30
2.5.	Profylaxe van overdraagbare ziekten en vaccinatiebeleid	30
2.6.	Geestelijke gezondheid : geweld, zelfmoord, poging tot zelfmoord	31
2.7.	Tandcariës en tandvleesziekten	32
IV.	SPECIFIEKE DOELGROEPEN MET VERHOOGD GEZONDHEIDSRISICO	
1.	Jongeren	32
2.	Bejaarden	33
3.	Migranten	33
4.	Kansarmen — maatschappelijk kwetsbaren	33
V.	NETWERKEN ALS HEFBOMEN VOOR HET ONTWIKKELEN VAN GEZONDHEIDSBEVORDERENDE STRATEGIEËN	
1.	De School	34
2.	De Vrije Tijdssector	34
3.	Leefmilieu	35
4.	Arbeidsmilieu	35
5.	Lokale Besturen	36

VOORWOORD

Het bereiken en het behouden van een goede gezondheid is één van de grote sociale uitdagingen. Gezondheid is steeds een zorg geweest van zowel de bevolking als van de overheid. Die zorg werd echter meestal ingevuld vanuit de invalshoek ziekte en dood en het beleid ter zake werd meestal gevoerd door het ter beschikking stellen van voorzieningen.

Dit heeft ertoe geleid dat we in Vlaanderen een kwalitatief hoogstaand en gediversifieerd zorgaanbod hebben, zowel curatief als preventief. Beleidsmatig werd echter het meest aandacht geschonken aan de curatieve zorg. Dit valt af te leiden uit het feit dat veruit het grootste gedeelte van het totale budget voor gezondheidszorg naar de curatieve zorg gaat.

Door de technische ontwikkelingen in de curatieve gezondheidszorg en de spectaculaire resultaten in een aantal aspecten van de zorgverlening heeft de bevolking een bijna onbegrensd vertrouwen ontwikkeld in deze aanpak, waardoor de eigen verantwoordelijkheid voor gezondheid verwaarloosd wordt en de aandacht voor preventie bij de bevolking beperkt is.

De preventieve gezondheidszorg heeft zich tot nu toe, met succes, vooral beziggehouden met het bestrijden van besmettelijke ziekten, het verminderen van de kindersterfte en het verhogen van de gemiddelde levensduur.

Door het gewijzigd panorama van de gezondheidsproblemen en door de vaststelling dat ongelijkheid ten aanzien van ziekte en dood nog steeds niet is uitgewist, staan we voor nieuwe uitdagingen. Gezondheidsbevordering is gegroeid uit een zoektocht naar middelen om de nieuwe uitdagingen in de preventieve gezondheidszorg aan te kunnen.

De oorzaken van de huidige gezondheidsproblemen zijn zo divers dat gezondheid een belangrijke verantwoordelijkheid is geworden voor de verantwoordelijken van sectoren als verkeer, landbouw,

onderwijs, sociale zaken, financiën, industrie enzovoort.

De oplossingen voor de nieuwe problemen liggen bijgevolg grotendeels buiten het gezondheidszorgensysteem. Zij vragen, naast een inzet van het individu zelf, politieke wil en actie en een bijdrage vanuit de verschillende betrokken sectoren.

In de klassieke preventieve gezondheidszorg werd vaak het onderscheid gemaakt tussen primaire, secundaire en tertiaire preventie, waarbij de primaire preventie vooral bestaat uit het voorkomen van gezondheidsproblemen, de secundaire preventie uit het zo vroeg mogelijk opsporen van de gezondheidsproblemen en de tertiaire preventie uit het voorkomen van verwickelingen in geval van problemen. Ook in de gezondheidsbevordering kan men deze onderverdeling aanhouden. Daar ligt de klemtoon op het voorkomen van gezondheidsproblemen, doch waar dit om technische, ethische, financiële of andere redenen niet mogelijk is, moet men uiteraard zo vroeg mogelijk de problemen opsporen en verdere verwickelingen voorkomen. Vaak zullen zelfs maatregelen op de drie terreinen genomen worden om een efficiënt beleid te kunnen voeren.

Het gezondheidsbevorderend beleid (in al zijn aspecten) moet gezien worden als een onderdeel van het gezondheidsbeleid, dat op zichzelf een onderdeel is van een sociaal beleid of welzijnsbeleid. Het sociaal beleid is op zijn beurt één van de onderdelen van het gecoördineerde collectieve beleid. Deze onderdelen moeten elkaar kunnen ondersteunen en versterken. Dit betekent meteen dat overleg en coördinatie op de diverse niveaus van beleidsvoering noodzakelijk zijn.

Voorwaarde voor elk goed beleid is dat het vertrekt van een analyse van de uitdagingen waar we voor staan en dat er een coherente visie ontwikkeld wordt over de beste aanpak van de uitdagingen.

Deze beleidsbrief wil daarom de basis leggen voor een efficiënt gezondheidsbevorderend beleid voor de komende jaren.

I. INLEIDING NAAR EEN NIEUWE VISIE OP BEVORDERING VAN DE GEZONDHEID

1. DOELSTELLINGEN VAN HET PREVENTIEF GEZONDHEIDSBELEID

Het gezondheidsbeleid moet er op gericht zijn, door adequate stimulerende maatregelen, een zo hoog mogelijk gezondheidsniveau van de hele Vlaamse bevolking te bereiken. Daarbij moet gezondheid worden gezien als een toestand van zo optimaal mogelijk lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn, zoals ze door de Wereldgezondheidsorganisatie wordt gedefinieerd.

Het concept gezondheidspromotie wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie „Health Promotion” genoemd, waarmee het proces bedoeld wordt van gezondheidsbevordering door positieve beïnvloeding van alle determinanten van gezondheid en op alle terreinen van het maatschappelijk leven. Het concept vormt een uitgevoerd deel van het WHO-programma „gezondheid voor allen in het jaar 2000”.

Gezondheid betekent een waarde voor het individu en de gemeenschap te situeren in een breder welzijnskader, waarin het een voorname, in de tijd evoluerende, maar zeker geen allesoverheersende rol speelt. Het werken aan deze doelstelling betekent niet dat alle ziekte kan worden uitgebannen. Het betekent wel dat zoveel mogelijk structurele en persoonlijke determinanten van ziekte aangepakt worden. Rekening houdend met deze factoren tracht het beleid de belangrijkste gezondheidsproblemen gekenmerkt door hoge sterfte en ziekzijn, een sterke vermindering van levenskwaliteit en hoge sociale kost op een optimale wijze te bestrijden. Hierbij moet niet enkel aandacht gaan naar het verhogen van het aantal levensjaren d.w.z. de levensverwachting te verhogen en het aantal gevallen van vroegtijdige dood te verminderen, maar ook en vooral naar het verhogen van de kwaliteit van de levensjaren d.w.z. het aantal jaren dat men van ziekte kan worden gespaard te verhogen, de negatieve gevolgen van ziekte of handicaps te verminderen of te beperken, een gezonde levensstijl en een gezonde natuurstijl en sociaal milieu te bevorderen en de kwaliteit van het leven in het algemeen te verbeteren. Gezondheid is niet alleen een fundamenteel menselijk recht, het is bovendien van cruciaal belang bij een verdere sociale, economische en culturele ontwikkeling van Vlaanderen. Gezondheid is functie van verschillende factoren, gerelateerd aan het individu, de gemeenschap, de omgeving, het bestaande gezondheidszorgsysteem, de beschikbare middelen en hun wisselwerking.

Gezondheidsproblemen zijn meestal multifactorieel. Zij zijn vaak het gevolg van risicogedrag of ongezonde leefstijl. Nochtans is gezondheid ook de resultante van omgevingsfactoren, zoals de culturele, sociale en economische ontwikkeling, de leefsituatie en het fysieke milieu, van biologische determinanten en van de organisatie en de activiteiten die uitgaan van het gezondheidszorgsysteem

zelf. De zorg voor gezondheid dan ook is niet alleen een kwestie van individuele verantwoordelijkheid, zij moet ook de bekommernis zijn van diverse geledingen in de samenleving. Gezondheidspromotie moet deel uitmaken van onze sociale, culturele economische en ecologische structuren.

2. STRATEGIE EN MIDDELEN

Deze doelstellingen realiseren is mogelijk door :

- bevordering van de gezondheid door adequate opvoeding tot gezond gedrag aan te moedigen en door gunstige leefomstandigheden in de hand te werken die dit gezond gedrag bevorderen en vergemakkelijken ;
- een doelmatige organisatie van ziektepreventie, o.m. door voorkoming van de verspreiding van besmettelijke ziekten, en door organisatie van efficiënte screening van bepaalde aandoeningen ;
- verdere verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening (diagnose, therapie, revalidatie, psyche-sociale zorg), waarbij onefficiënt of schadelijk overgebruik in de mate van het mogelijke wordt vermeden.

De keuze voor een preventieve aanpak wordt gerechtvaardigd door

- 1) het geleverde bewijs van effectiviteit bij belangrijke aspecten van de volksgezondheid. In het verleden werd bewezen dat een goede huisvesting, hygiënische maatregelen, massale vaccinatieprogramma's en ook gezondheidsvoorlichting en -opvoeding een belangrijke bijdrage hebben geleverd in de beheersing van gezondheidsproblemen ;
- 2) de grotere aanvaardbaarheid voor het individu. Vanuit individueel standpunt bekeken is het beter ziektes te voorkomen dan te genezen. De persoonlijke emotionele, sociale en financiële kost van ziekte kan hierbij vermeden worden ;
- 3) grotere mogelijkheid om gezondheidswinst te boeken. In de gezondheidszorg moet steeds meer uitgegeven worden om nog gezondheidswinst te boeken. Grote verbeteringen in het gezondheidsstatuut van de bevolking kunnen eerder verwacht worden van het voorkomen van ziekte, dan van behandeling.

In de gezondheidsbevordering wordt ook gekozen voor een bevolkingsstrategie, dit wil zeggen dat geopteerd wordt voor (socio-economische, gedrags- en leefstijl-georiënteerde) maatregelen die betrekking hebben op en ten gunste zijn van een zo groot mogelijke groep. De bevolkingsstrategie heeft tot doel de risicofactoren bij de ganse populatie te verminderen. Een oriëntatie op risicogroepen is een aanvullende strategie of wordt gebruikt in die gevallen waarvan het belang duidelijk is aangetoond.

De keuze voor een bevolkingsstrategie wordt verantwoord door het feit dat zelfs individuele gedragsfactoren van ziekte omgevingsgebonden zijn,

zodat zuiver individuele strategieën niet efficiënt kunnen zijn. Kleine verschuivingen in de distributie van risicofactoren kunnen ervoor zorgen dat minder mensen in de hoge risicogroepen vallen. Gezondheidsgedragingen zijn ook in belangrijke mate cultureel en sociaal gebonden : zonder wijzigingen in het sociaal en cultureel klimaat, zonder wijziging in bepaalde waarden en normen, kunnen vaak geen lange termijn resultaten bereikt worden. Bovendien is het voor veel risicofactoren van de huidige gezondheidsproblemen bewezen dat er een relatie bestaat tussen gemiddelde waarden voor een populatie en het aantal risicopersonen.

Een degelijke strategie inzake gezondheidsbeleid veronderstelt :

1. Planning en prioriteitenkeuze

Gezondheidspromotie veronderstelt een strategie op halflange termijn. Investerings van vandaag, kunnen pas later renderen.

Om een degelijke planning te kunnen verwezenlijken en een kader te scheppen voor de beleidskeuzen, is het noodzakelijk dat men over goede gezondheidsindicatoren beschikt. (zie hoofdstuk II)

Op basis van deze gegevens kan de Vlaamse Gemeenschap beslissen welke indicatoren zij wenst te beïnvloeden en in welke mate. Maatschappelijke geledingen en individuen moeten zoveel mogelijk betrokken worden bij het bepalen van de gezondheidsnoden en bij de besluitvorming daarrond. Deze collectieve beleidskeuze levert een aantal concrete doelstellingen op.

Hiervoor kan men bepalen hoeveel middelen er moeten ingezet worden en kan men nagaan of en in welke mate resultaten werden bereikt. De middelen hoeven niet enkel in eng financiële zin te worden uitgedrukt. Het kan hier eveneens gaan over reglementaire bepalingen, infrastructurele ingrepen e.a.

Enkel via een systeem van duidelijke planning, kunnen de doelstellingen beter gesitueerd worden, kunnen beleidskeuzen in alle duidelijkheid genomen worden, kan het bepalen van de middelen efficiënter gebeuren en wordt een evaluatie mogelijk.

2. Kwaliteitsbewaking

De gezondheidspromotie kan het zich niet veroorloven kansen te missen. De gezondheidspromotie en de curatieve zorg worden als complementair gezien. Personen en groepen stimuleren tot gedragsverandering in functie van gezondheid, is echter tegelijkertijd een zeer moeilijke en delicate opgave. Niet alle pogingen hiertoe zijn even succesvol. Vooral bij de 'te voorkomen aandoeningen', waarbij preventie het enig alternatief is, kan een inadekwate strategie voor gezondheidspromotie dramatische gevolgen hebben.

Strategieën voor gezondheidspromotie moeten dan ook geëvalueerd worden vanuit resultaten en ef-

fecten. Hierbij is een input nodig vanuit wetenschappelijk onderzoek, uniforme registratiecriteria inzake base-line en postfact-metingen en methodologische ondersteuning.

Informatie en aanbevelingen rond gezondheidspromotie moeten ook getoetst worden op hun wetenschappelijke waarde. Hierbij is éénduidigheid in informatie en aanbevelingen, vanuit welk kanaal ook, een absolute noodzaak.

3. Coördinatie

Diverse beleidssectoren moeten bij het tot stand komen van een gezondheidsbevorderend beleid betrokken worden. Van de realisatie van gezondheidsbevorderende programma's moet beroep gedaan worden op diverse partners in het werkveld.

Coördinatie is een voorwaarde voor een effectieve strategie. Hierdoor wordt het mogelijk om in overleg afspraken te maken over de prioritaire doelstellingen van de gezondheidspromotie en een programma te realiseren dat maximale kansen biedt om deze doelstellingen te bereiken.

Samenwerking en coördinatie bevorderen de kwaliteit en laten toe de deskundigheid en de ervaring inzake strategieën voor gezondheidspromotie te bundelen, en een multifactoriële aanpak uit te werken.

Samenspraak moet ook toelaten de verschillende programma's beter op elkaar af te stellen. Daarvoor moeten structuren een overleg- en samenwerkingsplatform opgezet worden.

4. Continuïteit en dynamisme

Het opzetten, stimuleren, uitvoeren en evalueren van strategieën voor gezondheidspromotie vereist deskundigheid, inzet en ervaring. De know-how die door de diverse actoren op het terrein opgebouwd, mag niet verloren gaan. Hiervoor is door de Vlaamse Gemeenschap een reglementair kader uitgebouwd.

Tegelijkertijd moet gezondheidspromotie een open en flexibele opbouw krijgen. Rechtszekerheid en continuïteit dienen gekoppeld aan openheid, vernieuwing en dynamisme.

3. GEZONDHEID IN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

Hierna worden, in grote lijnen, de belangrijkste uitdagingen voor de gezondheidsbevordering in Vlaanderen aangegeven. *

Voor het beschrijven van de gezondheid van de Vlamingen moeten we vooral gebruik maken van

* Bron : Gezondheid voor allen in Vlaanderen. Krachtlijnen van een gezondheidsbevorderend beleid, VIG, oktober 1992.

negatieve indicatoren. De meeste beschikbare indicatoren zijn gebaseerd op gegevens betreffende sterfte. De ontwikkeling van positieve indicatoren voor gezondheid staat nog in haar kinderschoenen. Bovendien moeten we vaststellen dat in Vlaanderen over bijzonder weinig en geen recente gegevens beschikken om de gezondheid te beschrijven en te analyseren.

Alhoewel de zorgverlening in Vlaanderen van hoge kwaliteit is en de levensduur voortdurend is toegenomen, stellen er zich toch nog een aantal te voorkomen gezondheidsproblemen.

De levensverwachting bij de geboorte (gebaseerd op cijfers van 1987) van de Vlaamse mannen is 73,2 jaar en van de vrouwen 79,5 jaar. De voornaamste oorzaken van overlijden zijn ischemische hartziekten en longkanker bij de man en cerebro-

vasculaire aandoeningen en ischemische hartziekten bij de vrouw.

Gezien meer dan 70 % van alle sterfte gebeurt na de leeftijd van 64 jaar, is de vermijdbare sterfte een belangrijk concept in de planning en evaluatie van een gezondheidsbeleid. Het geeft immers weer in welke mate er inspanningen werden gedaan om die oorzaken van sterfte die te vermijden zijn, ook daadwerkelijk aan te pakken. In 1990 werd voor België berekend dat 12,3 % van de sterfte in de leeftijdsgroep 0 tot 64 jaar te voorkomen is. Belangrijke oorzaken van vroegtijdige sterfte zijn verkeersongevallen en zelfmoord bij de man, borstkanker, verkeersongevallen en zelfmoord bij de vrouw.

Een leeftijdsspecifieke analyse laat toe de belangrijkste doodsoorzaken per leeftijdsgroep te bepalen.

Leeftijd	Mannen	Vrouwen
1 – 14 jaar	Verkeersongevallen Kanker	Verkeersongevallen Kanker
15 – 24 jaar	Verkeersongevallen Zelfmoord Kanker	Verkeersongevallen Kanker Zelfmoord
25 – 44 jaar	Zelfmoord Kanker Verkeersongevallen Hart- en vaataandoeningen	Kanker (vnl. borst) Zelfmoord Hart- en vaataandoeningen Verkeersongevallen
45 – 64 jaar	Kanker (vnl. long) Hart- en vaataandoeningen (vnl. ischemische hartziekten)	Kanker (vnl. borst) Hart- en vaataandoeningen (vnl. ischemische hartziekten)
65 jaar en ouder	Hart- en vaataandoeningen (vnl. ischemische hartziekten) kanker (vnl. long)	Hart- en vaataandoeningen (vnl. cerebrovasculaire, ischemische hartziekten, hartinsufficiëntie) Kanker

Wat betreft gezondheidsproblemen bij de Vlaamse burgers zijn er weinig gegevens beschikbaar. Om toch enig beeld te krijgen van de omvang en rangorde van de diverse ziekte categorieën worden hieronder enkele gegevens vermeld uit een huisartsenonderzoek en uit een registratie van de gezondheidstoestand van de werknemers zoals die werden geregistreerd via arbeidsgeneeskundige diensten.

Uit een onderzoek bij huisartsen doorgevoerd blijkt, dat in verhouding tot het totaal van de arts-patiëntcontacten, de problemen van het ademhalingsstelsel verantwoordelijk zijn voor het grootste aantal contacten. Op de tweede plaats komen de aandoeningen van hart- en bloedvaten, op de derde plaats komen problemen van het bewegingsapparaat en op de vierde plaats komen de als specifiek psyche-sociaal aangebrachte problemen.

Uit gegevens bekomen via arbeidsgeneeskundige diensten blijkt dat pijnklachten van het loco-moto-

risch stelsel relatief frequent zijn, maar ook hoofdpijn, hoest, varices, cariës en eczeem komen veel voor. Volgens de arbeidsgeneesheer is 1,4 % van de onderzochte werknemers fysiek of psychisch overbelast.

Een andere invalshoek voor het bekijken van gezondheidsproblemen bij volwassenen zijn de invaliditeitsgegevens. De beschikbare invaliditeitsgegevens slaan op gans België. Opgesplitste resultaten naar de gemeenschappen zijn niet ter beschikking. De gegevens hebben enkel betrekking op recht-hebbende arbeiders, zowel loontrekkenden als zelfstandigen, met tenminste 66 % werkonbekwaamheid sinds 1 jaar. Uit de gegevens betreffende de oorzaken van invaliditeit blijkt dat de ziekten van het beenderstelsel en de bewegingsorganen op de eerste plaats komen, op de tweede plaats komen psychische stoornissen en op de derde plaats komen de cardio-vasculaire aandoeningen.

Wat betreft gezondheidsproblemen bij kinderen, zijn op dit ogenblik enkel gegevens beschikbaar van studies die een deelproblematiek van de gezondheidstoestand bij kinderen onderzoeken.

Recent werd een epidemiologisch onderzoek doorgevoerd naar gedrags- en emotionele problemen bij kinderen van 6 tot 12 jaar. Uit dit onderzoek blijkt dat 15,4 % ernstige gedrags- en emotionele problemen heeft. De voornaamste problemen zijn : agressie, sociaal isolement, hyperactiviteit en depressie.

Wat betreft tandcariës en tandvleesziekten werd in 1990 een studie doorgevoerd over gans Vlaanderen bij 5 en 12-jarigen.

Uit dit onderzoek blijkt dat bij de 5-jarigen gemiddeld ruim 1,5 melktand gecarieerd is, gevuld werd of verwijderd omwille van cariës. 59 % van de 5-jarigen is cariësvrij. De cariës is terug te vinden in een beperkte groep jongeren. Bij de 12-jarigen blijkt dat gemiddeld ruimschoots 2,5 tand gecarieerd is ; de verzorgingsgraad bij de meisjes is beter. Bij de 12-jarigen is de groep cariësvrijen geslonken tot 25,4 % . Opmerkelijk is dat de 12-jarige migrantenkinderen een hoger percentage cariësvrije tanden hebben. Bij de 12-jarigen is het tandvlees vrij gezond bij iets minder dan 60 % . Bij 8 % van de 12-jarigen werd een ernstige vorm van tandvleesontsteking vastgesteld.

4. BELEIDSKEUZES VOOR DE KOMENDE PERIODE

Efficiënt en effectief preventiebeleid veronderstelt een diepgaande kennis van de gezondheidsproblemen, hun determinanten en te verwachten evolutie ervan en een zorgvuldig afwegen van de te gebruiken oplossing. Objectieve criteria zullen de beslissing leiden : doelmatigheid, doeltreffendheid en kosten-baten analyse. Het principe van opportuniteitskost moet toelaten binnen het raam van de beperkte middelen waarover we beschikken een maximaal impact te hebben op het geheel van de belangrijkste gezondheidsproblemen. Tenslotte zal ook telkens en in functie van de problematiek moeten bepaald worden op welk niveau over de te volgen aanpak en uitvoering ervan zal beslist worden. Wegens onze beperkte kennis m.b.t. de gezondheidsproblemen en determinanten, de versnippering van bevoegdheden kan dergelijk beleid vooralsnog niet integraal gevoerd worden. Toch zal het zich door hogervermelde principes laten leiden en dit in twee hoofdrichtingen : enerzijds zullen een aantal gezondheidsbevorderende maatregelen genomen worden waarvan internationale en eigen ervaring ons leert dat ze een hoge doelmatigheid hebben en anderzijds zal er naar gestreefd worden de nodige gezondheidsindicatoren te verzamelen m.b.t. het inschatten van het belang van de gezondheidsproblemen en de evaluatie van de gevoerde acties.

Uit voorgaande beschrijving van de gezondheidsproblemen (op basis van de in Vlaanderen beschikbare gegevens) waarmee de Vlaamse bevolking geconfronteerd wordt, kunnen we afleiden dat car-

dio-vasculaire aandoeningen, kanker, ongevallen, zelfmoord, ziekten van het bewegingsapparaat , respiratoire problemen en psyche-sociale problemen de voornaamste gezondheidsproblemen zijn. Alhoewel nog niet af te leiden uit mortaliteits- en morbiditeitsgegevens moet dit lijstje nog aangevuld worden met AIDS, op basis van de besmettelijkheid en de mogelijke snelle verspreidingswijze van deze ziekte.

Deze prioritaire aan te pakken gezondheidsproblemen stemmen nagenoeg volledig overeen met de prioriteiten, voortvloeiend uit de besprekingen in het Comité op Hoog Niveau Gezondheidsvraagstukken van de Europese Commissie in de diagnose gesteld in het biomedische onderzoeksprogramma BIOMED 1, zodat men kan stellen dat ook op internationaal vlak een vrij grote consensus bestaat over de prioriteiten in de gezondheidszorg.

Een aantal deelterreinen zijn voor ons tot nu toe prioritair geweest en blijven dit vooralsnog. Ze worden dan ook als dusdanig uitgewerkt in wat volgt.

Andere dan strikte epidemiologische en monitoring gegevens zijn bij deze „voorkeur” mee bepalend geweest. Dit weze een illustratie van het feit dat binnen het ontwikkelen van een preventief gezondheidsbeleid ook andere dan strikt epidemiologische en medisch-statistische gegevens inter-venieren.

Deze prioritaire deelterreinen werden vastgelegd vanuit volgende argumentatie

- Het Vlaams Regeerakkoord.

De Vlaamse regering wil naast de preventie ten aanzien van alcohol- en ander druggebruik, van de AIDS-preventie één van haar belangrijkste prioriteiten maken in het gezondheidsbeleid. Verder werden accenten gelegd op drempelverlagende interventies, vooral ten aanzien van maatschappelijk kwetsbare groepen, inzonderheid de migranten.

- De frequentie van voorkomen, de impact van bepaalde aspecten op de algemene leefkwaliteit en levensverwachting van mensen.
- Het nieuwe (of onbekende) van een aantal specifieke gezondheidsproblemen. Hier dient de overheid in te gaan op nieuwe uitdagingen en probleemvelden.
- De mate waarop gezondheidsproblemen invloed hebben, effect hebben op de samenleving in haar totaliteit, de „maatschappelijke verdichting” van het gezondheidsprobleem. Hier dient het evenwicht bewaard te worden tussen beleidsmaatregelen vanuit gezondheidsperspectief en vanuit sociaal-maatschappelijk perspectief.
- De mate waarin nu reeds initiatieven, meestal ongecoördineerd, werden ontplooid in het werkveld met betrekking tot een bepaald gezondheidsprobleem hier dient de overheid zeker coördinerend en regulerend op te treden.

Bij het vaststellen van dergelijke prioritaire deelterreinen dient de nodige soepelheid aan de dag

gelegd. Het beleid moet zich snel kunnen afstemmen op nieuwe tendensen binnen de gezondheidsstatus van de bevolking en moet rekening houden met de objectieve gegevens uit wetenschappelijk gefundeerd onderzoek inzake epidemiologie en gezondheidsproblemen.

Vanuit deze overwegingen komen we tot 4 specifieke, prioritaire deelterreinen, die verder in deze beleidsbrief worden uitgewerkt : AIDS-preventie, preventief beleid t.a.v. middelengebruik, kankerpreventie en medisch verantwoord sporten.

Een tweede aandachtspunt betreft de registratie die nu te weinig georganiseerd is (er bestaan verschillende niet samenwerkende kankerregistraties), erg fragmentair verloopt (louter overlijdens- en geboortenstatistieken), teveel gericht zijn op louter medische gegevens en voorbij gaan aan sociaal-economische risicofactoren. Het ligt dan ook in onze bedoeling de registraties te harmoniseren en te verruimen naar sociaal-economische variabelen, om er een degelijk beleidsonderbouwend en evaluatief instrument van te maken. Ook nieuwe registraties kunnen op medefinanciering rekenen in de mate dat zij de broodnodige gegevens verstrekken in verband met ziekte- en handicapscijfers op bevolkingsschaal. Hogervermelde gezondheidsbevorderende maatregelen en registraties vereisen een samenwerking op verschillende niveaus, tussen overheid en gemeenschap en tussen de verschillende overheidsinstanties. Een homogeen bevoegdheidspakket m.b.t. de volksgezondheid zorgt ervoor dat een efficiënte gezondheidspolitiek kan gevoerd worden waarin promotionele, preventieve, curatieve en palliatieve middelen optimaal ingezet worden. In de huidige situatie zal overlegd worden met de bevoegde overheden, zowel binnen de Vlaamse Gemeenschap als met de federale regering.

5. FINANCIËLE MIDDELEN VOOR PREVENTIEF GEZONDHEIDSBELEID

Het groeiend belang dat de Vlaamse Regering hecht aan het preventief gezondheidsbeleid weerspiegelt zich slechts in beperkte mate in de begrotingscijfers. De kredieten waarmee de belangrijkste activiteiten inzake preventie betaald worden, evolueren weliswaar van 931,8 mio BEF in 1989 tot 1.369,4 mio BEF in 1993. Dit is een toename met 46,3 % of gemiddeld 9 % per jaar. Een gedetailleerde weergave werd opgenomen in bijlage-

Toch wordt het preventief gezondheidsbeleid in Vlaanderen nog stiefmoederlijk behandeld. Dat blijkt uit het aandeel in de Vlaamse begroting dat aan preventief gezondheidsbeleid wordt gespendeerd (0,3 %). Dit geringe aandeel weerspiegelt geenszins het gewicht dat preventief werken aan gezondheid in onze maatschappij verdient.

Het medisch-sociaal beleid vertegenwoordigt binnen de Vlaamse Gemeenschap slechts 20 % van de globale overheidsuitgaven voor het gezondheidsbeleid : 1,4 mld BEF op een totaal budget van 6,8 mld BEF 5,4 mld BEF gaat naar curatieve uitgaven in de gezondheidszorg.

De financiële enveloppe voor preventie doorstaat geenszins de vergelijking met de federale budgetten gespendeerd aan gezondheidszorg. Zo zijn de laatste twintig jaar de totale uitgaven voor gezondheidszorg in constante prijzen bijna verdriedubbeld. De overheidsbesteding voor gezondheidszorg over het ganse land liep in 1990 op tot 397,8 mld BEF. Dat vertegenwoordigt ongeveer 33.000 BEF per inwoner. België ligt daarmee zowat in de Europese middenmoot. Voor het preventief gezondheidsbeleid wordt door de overheid amper 236 BEF per inwoner gespendeerd in Vlaanderen.

Nochtans kan investeren in preventief gezondheidsbeleid de kosten inzake gezondheidszorgen voor de overheid op termijn in niet onaanzienlijke mate doen dalen. Hoewel de baten uiteraard niet eenduidig te berekenen zijn, staat vast dat een doordacht vaccinatiebeleid, vroegtijdige kankeropsporing, AIDS-preventie en zelfs het bevorderen van een gezonde leefstijl belangrijke besparingseffecten inzake curatieve uitgaven zou kunnen teweegbrengen. Het is dan ook duidelijk dat het groeiend maatschappelijk belang dat gehecht wordt aan „voorkomen” zijn vertaling moet kunnen krijgen in de financiële inspanning die de overheid zich wil getroosten inzake preventief gezondheidsbeleid.

II. INSTRUMENTEN VOOR BELEID INZAKE GEZONDHEIDSPROMOTIE

Zoals gesteld moet het onze prioritaire doelstelling zijn, om op langere termijn een volledig systeem op te bouwen dat ons toelaat systematisch volledige en juiste informatie te verzamelen en permanent te actualiseren over de belangrijkste gezondheidsproblemen, hun determinanten en mogelijke oplossingen gekoppeld aan een kosten- batenanalyse. In sommige landen worden bij het opstellen van een beleidsplan streefdoelen cijfermatig geformuleerd (targets). Dit lijkt voor Vlaanderen momenteel niet haalbaar. Er is namelijk een ontstellend gebrek aan correcte gezondheidsstatistieken. Er wordt dan ook vanuit gegaan dat in de allereerste fase een degelijk monitoringsysteem operationeel moet worden en dat de nodige mensen en middelen moeten worden ter beschikking gesteld om dit belangrijk en onontbeerlijk instrument behoorlijk te doen functioneren. Het gebruik van targets als stimulerend middel om doelstellingen van het gezondheidsbeleid zo goed mogelijk te kunnen bereiken, lijkt dan ook maar realistisch als men kan steunen op een goed functionerende monitoring van „gezondheidsindicatoren” om de aanvangssituatie correct in te schatten, de evolutie van de gezondheidsverbetering te volgen en zo nodig het beleid te kunnen bijsturen. De indicatoren moeten zo gekozen worden dat zij een evaluatie mogelijk maken op het niveau van de gezondheidsstatus en op het niveau van de determinanten van gezondheid.

1. ACTOREN

1. Niet alleen de overheid heeft een belangrijke verantwoordelijkheid en een belangrijke rol te ver-

vullen bij het bepalen van het gezondheidsbeleid. Ook de betrokken organisaties, verenigingen en gezondheidswerkers die actief zijn op het terrein van de gezondheidszorg en die dit beleid moeten uitvoeren, dienen zo mogelijk betrokken te worden bij de formulering van het beleid. Maar ook alle niet-professionele burgers hebben een belangrijke bijdrage te leveren bij de gezondheidsbevordering. Ze zijn immers voor een deel zelf verantwoordelijk voor hun eigen gezondheid, en ook voor die van anderen door het mede bepalen van gezondheidsbevorderende leefomstandigheden. Daarom moeten ook alle maatschappelijke geledingen en individuen zo veel mogelijk worden betrokken bij het bepalen van het beleid.

2. Van gezondheidsacties en -initiatieven wordt verwacht dat ze efficiënt (doelmatig) zijn. Dit betekent dat de effectiviteit (doeltreffendheid) belangrijker moet zijn dan de negatieve effecten (kostprijs, ongewenste en schadelijke effecten).

Bovendien moeten de initiatieven afgewogen worden binnen de mogelijkheden waarover we beschikken : wanneer een bepaalde actie ondernomen wordt zijn er andere acties die dat niet meer kunnen (opportuïteitskost). Het bestaan van verschillende adviescommissies, bestaande uit specialisten van een welbepaald deelgebied volstaat niet om tot evenwichtige globale beleidsadviezen te komen : er wordt immers steeds gestreefd naar optimale oplossingen binnen het eigen deelgebied, zonder het relatief belang binnen de totale gezondheidszorg te onderkennen. Er zal dan ook gestreefd worden naar een geëigend, onafhankelijk adviesorgaan bestaande uit specialisten uit deelgebieden en volksgezondheidsdeskundigen, waarbij erover gewaakt wordt dat dezelfde personen of instellingen niet én rechter én partij zijn. Er zal getracht worden zoveel mogelijk de reeds bestaande adviesorganen te herstructureren, te heroriënteren en te vereenvoudigen zodat ze normaal beantwoorden aan deze visie.

3. Ook de lokale overheid heeft een belangrijke rol te spelen in de bevordering van de volksgezondheid door verbetering van de leefomstandigheden in de lokale gemeenschappen en door het nemen van of aanmoedigen van gezondheidsbevorderende initiatieven in samenwerking met de Vlaamse overheid. Het door de Wereldgezondheidsorganisatie georganiseerd „Healthy Cities” programma onderlijnt de belangrijke rol van de lokale overheid bij het ontwikkelen en uitvoeren van projecten van gezondheidspromotie. Deze projecten staan model voor verdere ontwikkelingen op gemeentelijk vlak.

4. Het gezondheidsbeleid is niet alleen een opdracht van de minister bevoegd voor de volksgezondheid, het behoort ook tot de verantwoordelijkheid van andere leden van de regering, die elk op hun terrein een bijdrage moeten leveren tot de bevordering van de gezondheid, bv. op vlak van welzijn, sociale maatregelen, verkeer, huisvesting, ruimtelijke ordening, onderwijs, leefmilieu, Na genoeg alle ministers kunnen dus in belangrijke mate bijdragen tot de preventie en tot de verbetering van een omgeving die aanzet tot gezond gedrag en aanleiding geeft tot bevordering van de gezondheid.

De verantwoordelijkheid van de overheid kan worden gesitueerd op het vlak van wetgeving en regulering, subsidiëring, informatie aan de bevolking, monitoring en evaluatie van veranderingen in de gezondheid van de bevolking.

Interministeriële samenwerking met het oog op gezondheidsbevordering is in dit verband uiterst belangrijk. Denken we bv. aan het beleid inzake kankerpreventie, hart- en vaatziekten, drug- en alcoholbestrijding, AIDSpreventie, opvoeding inzake verkeersveiligheid, een gezonde leefomgeving, een gezonde werkomgeving waar men gezonde en veilige producten produceert ed. Samen met de administratie zal onderzocht worden in welke vorm en op welke manier een gezondheidseffectenrapport kan ingevoerd worden, rekening houdend en zo nodig gekoppeld aan milieu- en welzijnseffecten.

5. Het onderscheid tussen curatieve en preventieve gezondheidszorg kan op vlak van doelstellingenformulering, structuren, en financieringsbronnen, vaak moeilijk worden volgehouden. Organisatie van preventieve acties in ons land kan in heel wat gevallen niet zonder tussenkomst van de ziekteverzekering (bv. mammografiescreening, diabeteszorg). Behandelende artsen, meer bepaald huisartsen, hebben overigens ook een belangrijke preventieve en gezondheidsbevorderende opdracht. De Staatshervorming heeft zonder enige twijfel de bevoegdheid inzake preventief gezondheidsbeleid aan de Gemeenschappen toegewezen. Toch voorziet de Bijzondere Wet van 8 augustus 1980 in belangrijke uitzonderingen in het voordeel van de nationale wetgever, zodat op belangrijke domeinen de rol van de Gemeenschappen aanzienlijk ingeperkt wordt. Bovendien blijven schaduwzones bestaan in de bevoegdheidsverdeling, die een coherent en dynamisch gezondheidsbeleid sterk bemoeilijken.

De knelpunten zijn bekend, en worden trouwens in de beleidsnota van de Administratie van 6 december 1991 expliciet aangehaald.

Zo wordt de werking van de gezondheidsinspectie in niet onaanzienlijke mate bemoeilijkt door het bestaan van nationale – soms verouderde – reglementeringen en door de gedeelde controlebevoegdheid met andere inspectiediensten zoals de eetwareninspectie of het Instituut voor Veterinaire Keuring, waarmee weinig of geen samenwerking of overleg bestaat.

Ook het preventief gezondheidsbeleid van de Vlaamse Gemeenschap ten aanzien van risicofactoren in het arbeidsmilieu wordt momenteel belemmerd door de weinig operationele erkenningsreglementering met betrekking tot de arbeidsgeneeskundige diensten en door het ontbreken van enig samenwerkingsplatform met de nationale inspectiediensten, comités van veiligheid en hygiëne, etc.. . Het beleid inzake profylaxis en het preventief kankerbeleid worden doorkruist door nationaal gebleven bevoegdheden inzake vaccinatie of inzake kankerscreening . Ook inzake de gezondheidsmonitoring op basis van registratie van relevante gezondheidsindicatoren ontbreekt het nog te vaak aan duidelijke afspraken en coördinatie. Nochtans is het overduidelijk dat de baten van een efficiënt

gezondheidsbeleid resulteren in verminderde kosten voor de nationale overheid. Preventief gezondheidsbeleid raakt aan zoveel andere beleidsdomeinen, dat samenwerking en overleg een conditio sine qua non zijn.

Het verkrijgen van homogene bevoegdheidspakketten in het kader van de staatshervorming moet de betrachting zijn van eenieder die een effectief gezondheidsbeleid wil tot stand brengen. Dit is immers een essentiële voorwaarde om te vermijden dat er tegenstrijdige of non-complementaire opties genomen worden op nationaal vlak of door de Gemeenschappen en om deze opties maximaal te laten aansluiten bij de percepties en de wensen van de burger. In de komende jaren moet maximaal geïnvesteerd worden in het uitbouwen van samenwerkingsplatforms met diverse beleidsverantwoordelijken van de nationale overheid. Een interministeriële conferentie inzake gezondheidsbeleid is daartoe slechts een eerste maar noodzakelijke stap.

6. De Vlaamse Gemeenschap moet participeren in het beleid van de Europese Gemeenschap op alle terreinen waarop initiatieven worden genomen die de gezondheid aangaan. Inzake het gezondheidsbeleid streeft de E.G. naar coördinatie en coöperatie van de lidstaten met het oog op onderlinge positieve beïnvloeding en uitwisseling van kennis en researchervaring.

Ook zijn er een aantal gezondheidsproblemen met een duidelijke grensoverschrijdende dimensie. Dit is met name het geval voor besmettelijke ziekten, waaronder AIDS, en ook voor de drughandel. Europese en internationale samenwerking laat toe gezondheidsproblemen sneller te identificeren en ook gezamenlijk beter op te lossen. Bovendien laat ze een doelmatiger gebruik toe van schaars voorhanden zijnde middelen en deskundigheid. Europese samenwerking geeft een toegevoegde dimensie, een zogenaamde „Community added value” aan het gezondheidsbeleid in de lidstaten.

Het verdrag van Maastricht definieert volksgezondheid als een nieuw actieterrein voor de E.G., door met inachtnaam van het subsidiariteitsbeginsel, een aanvullende rol te spelen op vlak van preventie van ziekten en grote bedreigingen van de gezondheid. In dit kader zal de Vlaamse Gemeenschap haar actieve medewerking verlenen aan de ontwikkeling van een globaal Europees Migrantenbeleidsplan, voorbereid onder het Deense voorzitterschap. Tijdens het Belgische voorzitterschap zullen m.b.t. de bevoegdheden inzake preventieve gezondheidszorg gezamenlijke strategieën ontwikkeld worden t.a.v. AIDS, drugs, het kankerprogramma (o.m. publiciteit op rookwaren), gezondheidsindicatoren en -monitoring, geneesmiddelen, eetwaren en gevaarlijke stoffen.

Een aantal actoren, die expliciet en slechts op een aantal doelterreinen actief zijn worden in Hoofdstuk III nader belicht in hun functionele relatie tot het betreffende deelsterrein.

1.1. De Administratie Gezondheidszorg van de Vlaamse Gemeenschap

Onder de Administratie Gezondheidszorg binnen het Departement Welzijn, Volksgezondheid en

Cultuur, ressorteren de diensten, die werkzaam zijn op het vlak van gezondheidspreventie en promotie.

1.1.1. Dienst Gezondheidspromotie

Bevoegdheden :

- Medisch verantwoorde sportbeoefening ;
Een beveiligde reglementering is voorzien voor
 - minderjarige wielrenners
 - boksers (in '85 is de Vlaamse Medische Commissie voor de Bokssport opgericht)
 - doping (in '86 werd de Vlaamse Dopingcommissie opgericht)
- Medisch schooltoezicht : erkenning van ongeveer 115 gezondheidscentra en centra voor medisch schooltoezicht en hun equipes ;
- Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding ;
- Preventie en verlenen van toelagen inzake TBC, kanker, AIDS ;
- Toelagen aan erkende centra voor antropogenetica ;
- Perinatale zorg.

Knelpunten :

Om optimaal te kunnen functioneren heeft de dienst een ruimere bestaafing nodig.

1.1.2. Dienst Gezondheidsinspectie

Bevoegdheden :

- Bescherming tegen infectieziekten door algemene inentingspolitiek, verplichte aangifte, maatregelen in geval van epidemieën en preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen.
- Relatie met Kind en Gezin.
- Bevoegdheden inzake bescherming van het leefmilieu :
 - * onderzoek van de beroepen tegen beslissingen van de Bestendige Deputatie voor eerste klasse inrichtingen ;
 - * onderzoek vergunningsaanvragen van de overheidsinstellingen ;
 - * coördinatie van alle klachten rond ongezonde toestanden ;
 - * stralingsbescherming en biomedisch onderzoek - SCK ;
 - * relatie met het IHE ;
 - * coördinatie van de werkzaamheden van de buitendiensten van de gezondheidsinspectie.
- Erkenning van arbeidsgeneeskundige diensten.
- Centrale verantwoordelijkheid inzake registratie, codificatie, invoer, beheer en exploitatie

van de gegevens i.v.m. de gezondheidsindicatoren.

De Provinciale Gezondheidsinspectiediensten :

- Bescherming van de bevolking tegen overdraagbare aandoeningen.
- Bescherming van de gezondheid van de bevolking tegen ongezonde toestanden.
- Eerste administratieve behandeling en codificatie van de geboorte- en overlijdensformulieren gebruikt voor de registratie van de gezondheidsindicatoren.

Deze inspectiediensten zijn gegroepeerd in de vijf provinciehoofdplaatsen.

De bevoegdheden i.v.m. bescherming tegen infectieziekten zijn : algemene vaccinatiepolitiek, verplichte aangifte van bepaalde ziekten, maatregelen i.v.m. epidemieën en preventie van venerische ziekten.

Knelpunten :

- De bevoegdheden m.b.t. gezondheidsrisico's uit het leefmilieu verhogen de werklast van de gezondheidsinspectie en geven aanleiding tot een heroriëntering van hun functieomschrijving. De medische controle op personen die in contact komen met eetwaren en het toezicht op de naleving van de reglementering vallen enerzijds onder de bevoegdheid van de gezondheidsinspectie, maar ook onder de eetwarensinspectie en het Instituut voor Veterinaire Keuring van de federale regering. De samenwerking met leefmilieu-inspectie, de eetwarensinspectie, het Instituut voor Veterinaire Keuring moet dan ook in de komende jaren worden uitgebouwd.
- Bij de Vlaamse Administratie zal in de komende jaren ook een equipe arbeidsgeneeskundige diensten moeten uitgebouwd worden om de controle op deze diensten effectief te kunnen uitvoeren en de reglementering terzake aan te passen.

1.2. Het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie

Situering

Het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie is een samenwerkingsverband tussen verenigingen die actief zijn op het vlak van de gezondheidsbevordering in Vlaanderen. Het Instituut werd opgericht krachtens het Besluit van de Vlaamse Executieve inzake gezondheidspromotie van 31 juli 1991, en wordt erkend en gesubsidieerd als instelling, belast met de coördinatie van en de dienstverlening voor de gezondheidspromotie in de Vlaamse Gemeenschap. Het treedt op als rechtspersoon in de vorm van een vereniging zonder winstoogmerk, en profileert zich maatschappelijk als een „social profit”-organisatie.

De leden van de Algemene Vergadering van het VIG zijn verenigingen die zich actief inzetten voor de gezondheidspromotie. Zij doen dit rechtstreeks via hun werking op het gebied van voorlichting, opvoeding, begeleiding, advisering, profylaxe of onderzoek, of onrechtstreeks door als intermediairen de gezondheidspromotie te steunen en te bevorderen via hun aangesloten leden en/of structuren. Daarnaast zijn ook verenigingen aangesloten die maatschappelijk relevante sectoren vertegenwoordigen.

De raad van beheer van het VIG is representatief samengesteld uit vertegenwoordigers van de aangesloten verenigingen. De beheerders engageren zich voor de uitbouw van het VIG, en staan borg voor een toekomstgerichte en aan de tijd en de omstandigheden aangepaste werking.

Het VIG wordt in de toekomst als structuur een belangrijk instrument en een bevoorrecht partner in het globale gezondheidsbevorderend beleid t.o.v. de Vlaamse bevolking. In samenwerking met het VIG én met de verschillende Administraties die bevoegdheden hebben t.o.v. de sectoren is het van belang voor de algemene preventie en gezondheidsbevorderende activiteiten dat via een duidelijk **erkennings-** en **subsidieeringsbeleid** een zo breed mogelijke samenwerking en coördinatie 'in het veld' wordt gestimuleerd.

Het streefdoel is : het verenigen van de verspreide middelen en opdrachten rond geïntegreerde gezondheidsbevorderende strategieën.

Bij de operationalisering van het VIG januari 1992 werd onmiddellijk werk gemaakt van de opmaak van een doelstellingennota. Ter voorbereiding van deze doelstellingennota werd door het VIG het beschikbare cijfermateriaal in Vlaanderen betreffende de voornaamste gezondheidsproblemen en de determinanten van deze problemen verzameld en werden op basis hiervan een aantal maatregelen geformuleerd om verbetering in de bestaand toestand aan te brengen. Op 2 april 1992 werd een Wetenschappelijke Raad geïnstalleerd bestaande uit academische deskundigen, gekozen uit een waaier van disciplines, die direct of indirect verband houden met de gezondheidspromotie.

Globale opdracht van het VIG

Het VIG moet bijdragen tot het optimaliseren van het sociale, het mentale en het fysische welzijn van de bevolking van Vlaanderen.

Het VIG moet een voortrekkersrol vervullen in het versterken van de doelmatigheid en de efficiëntie binnen de sektor van de gezondheidspromotie in Vlaanderen. Dit omvat de volgende taken :

1. Beleidsondersteuning

- * Het geven van concrete vorm en inhoud aan het overkoepelend beleid in de sektor door een planmatige aanpak te introduceren en te stimuleren. Hiertoe draagt het Instituut bij door :

Het leveren van beleidsvoorbereidend werk voor de overheid, onder meer in de vorm van documenten die het algemene beleid inzake gezondheidspromotie onderbouwen.

Het begeleiden van een strategische planning voor de sektor, gericht op :

- de verduidelijking van toekomstperspectieven ;
- de prioriteitenkeuze en doelstellingsbepaling.

2. Coördinatie

- * Het inventariseren van organisaties en initiatieven in Vlaanderen die werkzaam zijn op het vlak van :
 - ziektepreventie ;
 - gezondheidsvoorlichting en -opvoeding ;
 - gezondheidsbevordering.
- * Het registreren en bij elkaar brengen van de behoeften en noden van de sektor.
- * Het optreden als katalysator tussen voorzieningen en initiatieven door via netwerking :
 - verbindingen tot stand te brengen ;
 - samenwerking te initiëren ;
 - gezamenlijke programma's te ontwikkelen, te coördineren.
- * Het coördineren van de preventiewerkers verbonden aan de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg in het kader van het alcohol- en drugpreventieproject.
- * Het realiseren van gezamenlijke acties van de sektor, gericht op het naar buiten treden :
 - naar het brede publiek ;
 - naar de overheid.

3. Wetenschappelijke en methodologische ondersteuning

- * Het inventariseren, selekteren, ontsluiten en ter beschikking stellen van informatie, documentatie en praktijkondersteunend materiaal in binnen- en buitenland.
- * Het opvolgen van de stand van zaken in het wetenschappelijk onderzoek en het vertalen naar het werkveld en naar het beleid toe van conclusies op het vlak van :
 - gezondheidsmonitoring ;
 - leefstijl en gezondheidsrelevant gedrag ;
 - methodologie en strategie van gezondheidspromotie ;
 - gezondheidsbeleid.
- * Het adviseren en ondersteunen van programma's met betrekking tot hun wetenschappelijke fundering. Dit impliceert :
 - het aanbrengen en interpreteren van relevante data ;

— het begeleiden van gegevensverklaring.

- * Het vergroten van de methodologische know-how en het in toepassing brengen van technieken voor gedragsverandering en beleidsbeïnvloeding .

4. Professionele ontwikkeling

- * Het stimuleren van de evaluatie van initiatieven door :
 - het stimuleren van kwaliteitsbewaking op het niveau van produkt-, proces- en effectevaluatie ;
 - het creëren van een forum waar positieve bevindingen in de werking van de voorzieningen en initiatieven overgedragen worden naar anderen.
- * Het voorzien in taak-, projekt- en managementgerichte vorming, training en opleiding, gebaseerd op de behoeften van de sektor.
- * Het creëren van mogelijkheden voor **interviews**, gericht op het geven van onderlinge **feedback**.

5. Logistieke steun en belangenbehartiging voor de sektor gezondheidspromotie

- * Het vervullen van een **vertegenwoordigingsopdracht** en het verzorgen van public **relations**.
- * Het behartigen van de belangen van de sektor.
- * Uitbouwen van functionele contacten met de media.
- * Het begeleiden van fondsenwerving.
- * Logistieke steun & belangenbehartiging voor de leden.
- * Het genereren van inkomsten door sponsoring, beurzen, schenkingen, en rekuperatie van kosten, met als doel de eigen financiële draagkracht te vergroten.

6. Internationale binding

Het onderhouden van functionele contacten met buitenlandse en internationale instellingen om de eigen werking af te stemmen op en om bij te dragen tot internationale tendensen op vlak van de gezondheidspromotie.

De actoren binnen het VIG

Om zijn opdracht te vervullen beschikt het Instituut over een centraal team dat instaat voor het algemene beleid, de wetenschappelijke coördinatie, de coördinatie van vorming en opleiding, de uitbouw van een documentatiecentrum en de administratieve ondersteuning. Dit team wordt aangevuld met personeel dat ter beschikking gesteld wordt door de B-voorzieningen.

Zij worden ondersteund door een Wetenschappelijke Raad van academische deskundigen uit

een waaier van disciplines die rechtstreeks of onrechtstreeks op de gezondheidspromotie betrokken zijn, en door een Intersectoriële Raad van Maatschappelijk Relevante Sectoren, waarin vertegenwoordigers zijn opgenomen uit o.m. het onderwijs, de curatieve en preventieve gezondheidszorg, beroepsverenigingen, het bedrijfsleven, vakbonden, gezinsorganisaties, sociaal- en culturele verenigingen en universiteiten. Beide Raden hebben een adviserende functie ten aanzien van het VIG.

Voor haar concrete werking doet het VIG ook een beroep op de voorzieningen en de functionele werkgroepen, die deelaspecten van de gezondheidspromotie behartigen of gericht zijn op specifieke doelgroepen.

Plaats van het VIG

Het Instituut vervult een scharnierfunctie tussen de overheid en de sector van de gezondheidspromotie, met als doel coördinatie, synergie en efficiëntie te bewerkstelligen. Het staat open voor de noden van de bevolking en voor de maatschappelijke evoluties die aan de basis daarvan liggen, neemt initiatieven om aan deze noden tegemoet te komen, en neemt een signaalfunctie waar naar de overheid toe.

Voor de vervulling van deze maatschappelijke taak ontvangt het Instituut van de overheid middelen die het op een verantwoorde wijze aanwendt en waarover het verantwoording aflegt. Daarnaast verwerft het Instituut ook eigen inkomsten om de financiële draagkracht voor haar werking te vergroten.

Programmering 1993 – 1997 VIG

1993 – 1994 :

- uitbouwen van de samenwerkingsverbanden tussen de inwonende voorzieningen ;
- uitklaren van de functie van Wetenschappelijke Raad ;
- oprichten van een Intersectoriële Raad ;
- het opstellen van een strategische planning voor het VIG en de verschillende sectoren ;
- het bepalen van prioriteiten en doelstellingen op korte termijn ;
- opzetten van een gezondheidsbibliotheek, en initiëren van een gemeenschappelijk tijdschrift ;
- opstellen van criteria en de procedure voor beoordeling van ingediende projecten ;
- uitbouw van nieuwe terreinen die momenteel onvoldoende gestructureerd zijn o.m. arbeid, veiligheid in de privésfeer, voeding, kansarmoede, geestelijke gezondheid.

1995 – 1996 :

- het optreden als kathalysator tussen voorzieningen en initiatieven via netvorming om :

- samenwerking te initiëren ;
- gezamenlijke programma's te ontwikkelen en te coördineren ;
- het inventariseren van wetenschappelijk onderzoek en de vertaling maken naar het werkveld inzake :
- gezondheidsmonitoring ;
- leefstijl en gezondheidsrelevant gedrag ;
- signaleren van hiaten binnen bepaalde deelterreinen van de gezondheidspromotie ;
- het vergroten van de methodologische know-how t.a.v. technieken voor gedragsverandering ;
- het opzetten en begeleiden van evaluatietechnieken, gekoppeld aan meetbare doelstellingen ;
- decentralisering op basis van regionale antennes.

1997 :

- het stimuleren van kwaliteitsbewaking op het niveau van produkt-, proces- en effectevaluatie ;
- het creëren van modellen inzake gezondheidspromotie die overdraagbaar zijn op brede schaal ;
- het voorzien van taak-, project- en managementgerichte vorming, training en opleiding, gebaseerd op de behoeften van de sector ;
- het opstellen van een lange termijnplanning voor de gezondheidspromotie.

Middelen

De subsidiëring van de Gezondheidspromotie realiseert zich nu via de subsidiëring van het VIG, de werking van de overkoepelende coördinatiecentra (de voorzieningen) en de preventieprojecten. Gezien bepaalde deel terreinen nog niet gecoördineerd zijn moet in de toekomst voldoende ruimte voorzien worden voor de erkenning van bijkomende voorzieningen. Momenteel beschikt de Gezondheidspromotie (totale werking van het VIG) over onvoldoende financiële middelen voor de realisatie van zijn functies, zowel naar het beleid als naar de sector toe, waardoor de slagkracht van dit instituut in de toekomst ondermijnd wordt. Bovendien moeten er ook meer preventie projecten worden opgestart om gezondheidspromotie op het terrein te ondertekenen. Een actieve werking rond fondsenwerving kan enkel gezien worden als ondersteuning van de nu schaarse middelen.

1.3. Medisch Schooltoezicht

Situering

De leeftijdscategorie van de kinderen, waarover de dienst Ambulante en Sociale Gezondheidszorg toezicht uitoefent betreft de 1e kleuterklas, nl. de

driejarigen, tot en met het Hoger Niet Universitair Onderwijs. Dit toezicht wordt geregeld door het Besluit van de Vlaamse Executieve van 30 juli 1985, betreffende het Medisch Schooltoezicht, M.S.T. Het regelt de frequentie en de inhoud van de preventieve medische onderzoeken, de opsporing van de tuberculose en het nemen van profylactische maatregelen bij besmettelijke ziekten in schoolinrichtingen.

In dit Besluit werd de taak van het M.S.T. naast de klassieke leeftijdsgerichte verplichte klinische onderzoeken uitgebreid met de mogelijkheid gerichte onderzoeken uit te voeren naar bepaalde risicogroepen, het op punt stellen en opvolgen van de individuele vaccinatiestatus, het nagaan van de leefomstandigheden met verstrekken van adviezen aan ouders en school betreffende preventieve gezondheidszorg, inzonderheid op het gebied van de hygiëne, voeding, veiligheid, lichamelijke opvoeding en sport. Verder stelt 'de equipe M.S.T. zich ter beschikking voor gesprekken met schoolpersoneel, ouders en leerlingen en werkt actief aan programma's inzake gezondheidsvoorlichting en opvoeding in het onderwijs. Dit laatste item omvat een brede waaier onderwerpen, zoals voeding, hygiëne, alcohol- en tabakmisbruik, drugs, gezonde leefgewoontes, seksuele en relationele opvoeding, veilige werken leefsituaties in de beroepsopleiding.

In dit kader voorziet het B.V.E. van 13 juni 1990 in bijkomende vergelijkingen ten aanzien van de equipes inzake gezondheidsopvoeding. Deze houden verband met relatiebekwaamheid en sexualiteitsbeleving. Om deze expliciete, bijkomende opdracht tegemoet te komen, werd de norm inzake aantal onderzoeken verlaagd en werden bijkomende werkingstoelagen voorzien voor vorming en bijscholing van het personeel.

De laatste jaren heeft het begrip preventie in het M. S .T. een inhoudsverruiming gekregen.

Recent werd het deeltijds onderwijs in het takenpakket opgenomen weliswaar nog steeds op vrijwillige basis. Deze adolescenten, veelal voortkomend uit kansarme milieu's, hebben een adequate begeleiding nodig. Voordien gleden zij „tussen de mazen van het net”, aangezien zij niet onder het arbeidsgeneeskundig toezicht resorteren, wanneer zij onder leercontract te werk gesteld zijn.

Met de verschillende betrokkenen uit het werkveld en uit de Administratie werd een uitgebreide „studieronde” uitgevoerd waardoor een vrij goed zicht ontstond op de verschillende knelpunten en probleemgebieden bij de regelgeving, organisatie en uitvoering van de wetgeving op het Medisch Schooltoezicht.

Op basis van de aldus bekomen gegevens, rekening houdend met de budgettaire gegevenheden en in overleg met betrokkenen zullen een aantal algemene beleidsopties en visies uit het preventief gezondheidsbeleid ook worden geconcretiseerd in het betreffende terrein.

Een aantal knelpunten zullen worden opgelost.

Binnen het kader van deze nota beperken we ons vooralsnog tot het vermelden van de verschillende

probleemgebieden en knelpunten, met het aangeven van mogelijke accenten. De veelheid van partners en de specificiteit van elke equipe afzonderlijk maakt strikte programmering nu nog niet mogelijk.

1.3.1. Opdracht, functie van het MST

Een brede interpretatie van de wetgeving en de begripsinvullingen maakt het MST verantwoordelijk voor, in klassieke termen uitgedrukt, primaire, secundaire en tertiaire preventie.

Dit betekent ; vaccinatiebeleid, gvo-opdrachten, screenen en monitoren van schoolpopulaties, vroegtijdig opsporen van problemen, begeleidingsopdrachten.

Er moet duidelijkheid en afbakening komen in deze vele opdrachten.

Het MST dient beter gesitueerd tussen de drie polen ;

„monitoring”	„ individueel onderzoek” (sec. preventief)
„Gezondheidspromotie” (prim. preventief, gvo)	

Er moet gekozen worden tussen „globale, algemeen geldende opdrachten” (de verplichte periodieke onderzoeken) en het voorzien van meer „specificiteit” ten aanzien van equipes geconfronteerd met bevolkingsgroepen met bepaald risicogedrag of met ongelijkheid voor wat betreft gezondheidsrisico's.

Dit kan gerealiseerd worden via het creëren van meer autonomie (en verantwoordelijkheid) van de equipe t.a.v. de groep leerlingen die onder toezicht valt.

Het inschakelen van Interculturele Bemiddelaars voor Gezondheid in de werking van MST-equipes die met migrantenpopulaties worden geconfronteerd zal het werk voor deze kwetsbare groep toegankelijk ker en zinvoller maken.

De individuele contacten tijdens de periodieke onderzoeken, moeten optimaal gebruikt worden in functie van gezondheidsbevordering en sensibilisatie voor gezondheidsbevorderend gedrag.

Informatieoverdracht en klassieke G.V.O.- methodieken, die nu nog vaak worden georganiseerd, leiden slechts in zeer beperkte mate tot gedragsveranderingen. Het MST moet veel meer een ondersteunende, coördinerende en inspirerende rol opnemen inzake het ontwikkelen van een algemeen gezondheidsbevorderend schoolklimaat.

De automatisering en informatisering van het registreren wordt verder uitgebouwd en begeleid, op basis van een duidelijker omschrijving van doelstellingen van deze registratie. De gegevens moeten algemeen dienstbaar worden in functie van een gezondheidsbeleid op lange termijn, zowel op niveau van de gemeenschap als op niveau van de equipe en de omschreven doelgroep. De registratie

geeft informatie aan de overheid betreffende de algemene gezondheidsstatus van de schoolgaande jongeren. Anderzijds moet op basis van het materiaal de equipe kunnen oordelen over de opportuniteit van „gerichte”, leeftijdsgebonden onderzoeken. Tevens moet het meer en meer mogelijk en gebruikelijk worden dat op basis van objectieve gegevens van de groep leerlingen „onder toezicht” er gerichte „preventieve” strategieën worden ontwikkeld. Steeds minder zullen arbitrair bepaalde thema's en/of doelgroepen het voorwerp uitmaken van MST-activiteiten. De gegevensbestanden moeten het meer en meer mogelijk maken ook de effecten van bepaalde initiatieven te meten op middellange termijn. Vanuit de algemene bezorgdheid voor een „kansenbeleid” moet binnen deze registratie een verruiming van het gezondheidsbegrip naar leefstijl en sociaal-, economische- en culturele ongelijkheid voor gezondheid voorzien worden.

Medio 1993 is de tweede fase van de informatisering afgewerkt. Dit betekent een beschikbaar zijn van de registratie- en verwerkings software.

Vanaf 1994 wordt via pilootprojecten gewerkt aan het uitbouwen van netwerkversies. Verder worden bijkomende modules ontwikkeld voor registratie van socio- economische en culturele variabelen. Dit in functie van gericht onderzoek bij risicogroepen en ter ondersteuning van uitwerking en evaluatie van preventiecampagnes.

Wat betreft de profylactische maatregelen om de verspreiding van besmettelijke ziekten te voorkomen moet de lijst van deze laatste uitgebreid worden. Zo ontbreekt hepatitis B in de lijst.

Het volgen van de vaccinatiestatus bij de leerlingen behoort tot de opdrachten van de equipes. Hiervoor hoeft geen bijkomende subsidiëring te worden voorzien. Deze moeten in de globale werkingskost worden voorzien.

1.3.2. Verhouding MST – PMS

Voor het vrije net en het officieel gesubsidieerd onderwijs voorziet art. 17 en 18 van het BVE van 1985 in samenwerking tussen beide instanties.

Uit de manier waarop deze samenwerking nu geformaliseerd wordt, blijkt een impliciete hiërarchie ingebouwd waarbij uiteindelijk het PMS centrum het meeste impact krijgt. Daarenboven worden, zeker in hoofde van PMS- en MST-arts, overlappingen gecreëerd.

In het kader van efficiënte samenwerking en rationeler middelenbeheer moet deze situatie geoptimaliseerd worden.

1.3.3. De organisatie van het MST ten aanzien van het Gemeenschapsonderwijs

De situatie waarbij de toepassing en uitvoering van de wetgeving op het MST in het Gemeenschapsonderwijs enerzijds en in het vrije net en het officieel gesubsidieerd onderwijs anderzijds, verschillend is georganiseerd zorgt voor heel wat onvrede omwille van onduidelijkheden, bevoegdheidsbetwistingen en slecht lopende communicatie.

Binnen het gemeenschapsonderwijs vormt het MST immers een geïntegreerd en functioneel onderdeel samen met de PMS-equipen, waardoor het gemeenschapsministerie voor Onderwijs hier de financierende instantie is.

Dit brengt met betrekking tot de sector een aantal problemen met zich mee. We denken hier onder andere aan het verschil in statuut en verklaring voor de artsen, het registreren op „twee snelheden”, bevoegdheidsbetwistingen inzake inspectie,

Deze complexe, gevoelige en historisch gegroeide situatie moet een oplossing krijgen.

Twee duidelijke keuzemogelijkheden lijken zich af te lijnen.

Enerzijds is er de keuze voor het geïntegreerde model, zoals nu min of meer gehanteerd in het Gemeenschapsonderwijs, waarbij de drie functies (psyche-sociaal en medisch) deel uitmaken van een éénheidsstructuur.

Binnen deze optie dient de optimalisering van de medische functie zeker ter harte worden genomen.

Opteren voor dergelijke éénheidsstructuur, die dan integraal tot de bevoegdheid van de Gemeenschapsminister van Onderwijs gaat behoren, is niet vanzelfsprekend. Dit staat immers haaks op de betrachtting om een globaal bevoegdheidspakket inzake „Gezondheidszorg” te formeren op termijn. Jeugdgezondheidszorg maakt daar ontegensprekelijk deel van uit.

Anderzijds is er de mogelijkheid om 2 evenwaardige structuren te creëren (psyche-sociaal en medisch) die vanuit gelijkwaardigheid en duidelijke taakomschrijving moeten gaan samenwerken.

Samenwerken verloopt het makkelijkst tussen evenwaardige en duidelijke geprofileerde instanties. Afhankelijk van de toekomstige taakinfilling van de PMS-centra naar meer preventieve taken t.a.v. het psyche-sociaal functioneren van de jongeren kunnen hier mogelijkheden ontstaan.

Het probleem van de politieke en administratieve (inspectie) bevoegdheid blijkt hier ook makkelijker op te lossen.

1.3.4. De subsidiëring van de MST-equipen

De subsidiëring wordt geregeld op basis van het aantal gepresteerde onderzoeken. Het decreet van 13 juli 1988 voorziet in een subsidiëring op basis van het aantal leerlingen onder toezicht.

Door het ontbreken van uitvoeringsbesluiten is deze regeling, door alle betrokkenen in het veld gewenst, nog steeds niet in uitvoering gebracht.

Hieraan zal in overleg met de Administratie en rekening houdend met de budgettaire implicaties een definitieve oplossing gegeven worden.

Programmering

1993 :

- afwerken 2de fase van informatisering ;
- uitvoeringsbesluiten inzake betoelaging op basis van „leerlingen onder toezicht .”

1994 :

- overleg opstarten met Vlaams Minister van Onderwijs in verband met organisatie en samenwerking MST-PMS ;
- uitwerken netwerkversies registratie in 3 piloot centra ;
- ontwikkelen van modules inzake socio-economische en culturele ongelijkheid inzake gezondheid ;
- vervanging van de Rubella-vaccinatie op 11-jarige leeftijd door een rappelvaccinatie van Rubella-Mazelen-Bof.

1995 :

Implementatie van netwerk- en modules in alle equipes.

1.4. Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie

Dit instituut wordt in belangrijke mate betoelaagd door de Vlaamse Gemeenschap.

Dit Instituut vervult het Centrum voor Operationeel Onderzoek in Volksgezondheid (COOV) en de peilpraktijken, belangrijke opdrachten in de ondersteuning van het Vlaams preventiebeleid : het mede bepalen van gezondheidsprioriteiten, het definiëren van doelstellingen voor specifieke gezondheidsprogramma's, het uitwerken van strategieën om gezondheidsobjectieven in de bevolking te bereiken, het evalueren van gezondheidsprogramma's en het registreren van ziekteincidenties.

Deze activiteiten, in een al dan niet geregionaliseerd instituut, zijn belangrijk voor de ontwikkelingen in de curatieve en de preventieve gezondheidszorg.

Meer en meer is er nood aan scenario's op middellange en lange termijn op beide vlakken.

Aan de hand van deze scenario's moet worden bepaald welke middelen zullen worden besteed aan de verdere ontwikkeling van preventieve strategieën (zowel primaire preventie, vaccinaties of vroegtijdige opsporing) en aan ontwikkeling van curatieve zorgen en voorzieningen. Allerlei monitoringsprojecten, zowel vanuit wetenschappelijke hoek als vanuit het werkveld (Medisch Schooltoezicht, huisartsenregistraties, drugpreventie, e.d.m.) kunnen vanuit dit instituut worden gecoördineerd om te komen tot compatibele en/of complementaire gegevensverzameling.

De toekomst van Instituut blijft onduidelijk, omwille van de herverdeling van bevoegdheden tussen federale regering, binnen gewesten en gemeenschappen.

Programmering

- Op korte termijn zal de inbreng van de Vlaamse Gemeenschap in het IHE nog sterker worden georiënteerd naar die prioritaire doelstellingen inzake gezondheidspromotie, waarin het IHE een belangrijke expertise heeft ontwikkeld. In dit kader zal de Vlaamse Gemeenschap ten volle haar beleidsoriënterende mogelijkheden uitputten in het kader van het medebeheerscomité, binnen de budgettaire enveloppe die zij aan het IHE op basis van de samenwerkingsovereenkomsten heeft voorbehouden. Het financieel engagement vanwege de Vlaamse Gemeenschap wordt in dat kader explicieter weerspiegeld in de onderzoeksprogrammatie van het Instituut.
- Op middellange termijn wordt herbekeken welke monitoring en studieopdrachten beter binnen de eigen administratie en instelling van de Vlaamse Gemeenschap kunnen worden opgenomen.

1.5. De eerstelijns-gezondheidszorg

Stilaan groeit de notie integraal werken door in de eerste lijnsgezondheidszorg. Door zowel fysische, psychische en sociale voorwaarden te erkennen wijzigt zich de individuele en groepsgerichte aanpak naar een optimale gezondheidstoestand en perspectief. Niettegenstaande een aantal structurele hinderpalen beseffen de eerste lijnswerkers dat het nastreven van een optimale gezondheidstoestand zich niet alleen meer richt naar een individu, maar meer en meer naar groepen van individuen.

Dit houdt meer en meer de noodzaak in van samenwerking tussen de diverse disciplines (huisartsen, verpleegkundigen, kinesisten, geestelijke gezondheidswerkers, maatschappelijke werkers, enz..) . Op het veld ontstaan samenwerkingsverbanden tussen verschillende disciplines en gemeenschapsdiensten (mutualiteiten, OCMW's, diensten voor maatschappelijk werk).

Vanuit theoretische inzichten en praktijksituaties primeert meer en meer een preventieve aanpak van gezondheidsbedreigende situaties. Deze preventieve strategieën situeren zich op meerdere vlakken.

Dit kan het aanbieden zijn van een individueel preventiemoment op de consultatie van de huisarts. Het kan gaan om een gemeentelijk of wijkinitiatief rond bvb. geluidshinder of verkeerssituaties. De eerstelijns werkers kunnen het beleid op verschillende niveaus adviseren over meer structurele aanpak van gezondheidsbedreigende situaties.

Zonder een expliciete voorkeur te laten blijken kunnen hier een aantal voorbeelden worden aange-

geven : De W.V.V.H. (Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen) propageert het model van de „lokale preventieprojecten”. Op vrijwillige basis schakelen de huisartsen zich in in preventie-acties op lokaal niveau.

In samenwerking met andere disciplines en een gemeentelijke gezondheidsraad worden projectmatig een preventiethema voorgesteld. Naast een sensibilisatieactie naar de lokale bevolking toe bieden de huisartsen een „preventie-moment” aan tijdens de consultatie aan de hand van de preventiekaart. Deze kaart houdt enerzijds een schema in van een aantal preventieve onderzoeken (baarmoederhalsstrijkje, prostaatonderzoek, cholesterolbepaling) en anderzijds een bevraging van de individuele leefgewoontes (roken, voeding, beweging). Hieruit volgt de mogelijkheid voor een gepersonaliseerd advies.

De wijkgezondheidscentra, overkoepeld door de Vlaamse Vereniging van Wijkgezondheidscentra, zijn multidisciplinaire eerstelijnsgezondheidszorg praktijken. Door hun geografische inpnanting in kansarme buurten en door hun multidisciplinaire werkwijze kunnen zij in belangrijke mate investeren in gezondheidsbevordering.

Een integrale gezondheidsbenadering houdt voor deze centra in dat zij gericht werken naar omschreven doelgroepen. Zij hebben hierbij bijzondere aandacht voor maatschappelijk achtergestelden en migranten. Zij opteren voor een gemeenschapsgerichte eerstelijnsgezondheidszorg door het uitbouwen van een netwerk en samenwerkingsverband van lokale organisaties die op de een of andere manier actief zijn op vlak van gezondheidszorg en/of welzijn.

Een derde voorbeeld is de G.V.O. werking van het provinciaal instituut voor hygiëne van Antwerpen. Hier biedt de provincie op een actieve manier ondersteuning aan lokale besturen die een gezondheidsbevorderende campagne willen opstarten. Ook hier wordt samengewerkt met diverse socioculturele verenigingen, lokale besturen en eerstelijns werkers. Naar analogie hiermee ontstaan in de meeste provincies „overlegplatforms” met doelstellingen op het vlak van primaire preventie en gezondheidspromotie.

Het V.E.L.O. (Vlaams Eerstelijnsoverleg) brengt op regionaal niveau de diverse eerstelijns werkers bij mekaar. Het denkt na over samenwerkingsverbanden tussen deze disciplines vanuit zowel curatief als preventief oogpunt.

Een gemeenschappelijk kenmerk van de aangehaalde voorbeelden is het samenwerken in netwerken, voornamelijk op lokaal niveau. Deze samenwerking houdt een toegevoegde waarde in in het streven naar een integraal gezondheidszorgsysteem.

Nochtans kunnen hier een aantal hinderpalen worden vastgesteld.

1. het verschuiven van het takenpakket van de eerstelijnsgezondheidswerker van curatief naar gezondheidsbevorderend werken, vergt een

specifieke opleiding en herscholing, ondersteuning, en kadering in een te ontwikkelen preventief gezondheidsbeleid ;

2. de financieringssystemen van de gezondheidszorg moedigen preventief werken niet sterk aan. Dit is bvb. te merken aan de prestatie-gelateerde honorering van de huisartsen. Preventieve acties door huisartsen overstijgen echter het consultatiemoment. Het prestatie-systeem werkt hier contraproductief voor gezondheidspromotie inspanningen ;
3. de lokale gezondheidspromotie inspanningen hebben nood aan permanente bijsturing door deskundigen, op vlak van doelstellingen, strategie en evaluatie, en dit gekaderd in een regionaal gezondheidspreventiebeleid ;
4. het gezondheidspreventiebeleid wordt momenteel stiefmoederlijk bejegend. Dit komt tot uiting in de verregaande bevoegdheidsopdeling en te krappe budgetten. Er is een ontstellend gebrek aan lange termijnvisie in de gezondheidszorg. Overleg tussen de (federaal georganiseerde) curatieve gezondheidszorg en de (regionaal georganiseerde) preventieve gezondheidszorg ontbreekt.

De Vlaamse overheid staat hier voor een uitdaging. Zij dient een beleid uit te werken dat gezondheidspromotie op verschillende vlakken onderbouwd.

Programmatiegegevens :

1993 – 1995 :

1. Definiëren van de na te streven doelen in scenariocommissies, vanuit de studie van de gezondheidsindicatoren.
2. Ondersteuning van de diverse gezondheidspromotieinspanningen op vlak van financiering en deskundigheidsbevordering.
3. Financiering van gezondheidspromotieinitiatieven afhankelijk maken van (lokale) samenwerkingsprotocollen.
4. Overleg opstarten op regionaal niveau tussen alle eerstelijnspreventiewerkers en -organisaties.
5. Overleg opstarten tussen gemeenschaps- en federaal niveau om te komen rond lange termijnvisie rond zowel preventieve als curatieve zorg.
6. Ondersteunen van een universitair onderzoeksproject ter voorbereiding van een reglementair kader ter structurering van gezondheidspromotieinitiatieven door de eerstelijns werkers en -organisaties.

1995 – 1997 :

Uitbouwen van een reglementair kader ter structurering van gezondheidspromotieinitiatieven door eerste-lijns werkers en -organisaties.

1.6. Kind en Gezin

Kind en Gezin bekommert zich om de levenskansen, het welzijn en de gezondheid van het kind. Het steunt en begeleidt de ouders of de personen die hun taak waarnemen, in hun verantwoordelijkheid voor het kind. De instelling vertrekt daarbij van het standpunt dat alle hulpverlening zoveel mogelijk dient aan te sluiten bij het gezinsmilieu en bij de woon- en leefomgeving van het kind. De algemene doelstelling van Kind en Gezin ligt voornamelijk op het preventieve vlak. Dit wordt vertaald in een aantal specifieke opdrachten zoals :

- perinatale sterfte en prematuriteit voorkomen ;
- de psychomotorische ontwikkeling en de sociale, affectieve en persoonlijkheidsontwikkeling van alle kinderen en in het bijzonder van het kansarme kind volgen en begeleiden ;
- de psyche-sociale ondersteuning en de gezondheidsbegeleiding van aanstaande en jonge ouders verzekeren ;
- de gezondheidsopvoedkundige begeleiding en de ondersteuning van ouders en groepen van ouders verzorgen ;
- het voorkomen van en de hulpverlening bij kindermishandeling en -verwaarlozing ;
- het voorkomen van ongevallen bij kinderen.

De opdracht van de instelling richt zich in eerste instantie op de zorg voor de aanstaande ouders en gezinnen met jonge kinderen tot drie jaar. Kind en Gezin heeft evenwel een aanvullende rol voor oudere kinderen, onder meer bij de kinderopvang. In het kader van zijn decretale opdracht, richt Kind en Gezin zich in het bijzonder op de hulpverlening aan een kansarm publiek (probleemgezinnen, migrantengezinnen en andere minderheidsgroepen). Het ligt dan ook voor de hand dat Kind en Gezin één van de geprivilegieerde partners zal zijn, zeker met betrekking tot perinatale zorg.

2. GEZONDHEIDSINDICATOREN EN -MONITORING

a. Situatieschets

De geboorten- en overlijdensstatistieken zijn het minimale instrument nodig voor het beschrijven en volgen van de gezondheidsstatus van de bevolking. Deze statistiek leed aan twee belangrijke tekortkomingen : vooreerst was de aktualiteitswaarde ervan gering – de laatste gepubliceerde gegevens dateren van 1988 – en vervolgens was de kwaliteit van de gegevens matig. Bij het oprichten in februari 1993 van een centraal team bij de Administratie, kwalitatief en kwantitatief voldoende onderbouwd, verandert deze situatie ten gronde en dit zowel m.b.t. de aktualiteitswaarde als m.b.t. de kwaliteit van de gegevens. Naast de geboorten- en overlijdensstatistieken bestaan er een aantal meer specifieke registraties zoals de kankerregistratie, de minimum klinische gegevens, het Studiecentrum Pe-

rinatale Epidemiologie (SPE), Medisch Schooltoezicht (M.S.T.), Multinational monitoring of trends and determinants in cardiovascular diseases (MONICA) en worden er initiatieven genomen om nieuwe op te richten. Daarnaast beschikt het beleid over een aantal adviesorganen : het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG), de Vlaamse Adviescommissie voor Perinatale Zorgen (VAPZ), de Vlaamse Adviescommissie voor Kankerpreventie (VACK). Het Centrum voor Operationeel Onderzoek in de Volksgezondheid (COOV) en de peilpraktijken, beiden gehuisvest in het Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie leveren het beleid een adequaat instrument om volgende opdrachten te vervullen : het mede bepalen van gezondheidsprioriteiten, het definiëren van doelstellingen voor specifieke gezondheidsprogramma's, het uitwerken van strategieën om gezondheidsobjectieven in de bevolking te bereiken, het evalueren van gezondheidsprogramma's en het registreren van ziekte-incidenties. Het is belangrijk dat deze activiteiten worden verdergezet. Ook hier is een optimaal rendement functie van goede samenwerkingsbanden vermits dan vanuit een globale visie van gezondheid prioriteiten kunnen vastgelegd worden. Een reden tot bekommernis is de matige gegevenskwaliteit van de geboorten- en overlijdensstatistiek en de kankerregistratie. Ook het gebrek aan coördinatie en planning van de registratiesystemen – in de hand gewerkt door de diversiteit van beleidsinstanties, gemeenschaps of nationale, waarnaar gerapporteerd wordt – heeft nefaste gevolgen : enerzijds ontbreekt er een synthetische visie en anderzijds is er een versnippering van karige middelen wat de kwaliteit van de gegevens ondergraaft. Waar we beschikken over een totaal beeld van de prevalentie van aandoeningen bij overlijden en geboorte, hebben we slechts fragmentarische incidenties van aandoeningen en weten we heel weinig over handicaps.

De registratie van belangrijke gezondheidsproblemen zoals AIDS en seniele dementie illustreren de zwaktes van het systeem : de gegevens zijn onvolledig, worden geregistreerd door verschillende administraties, instituten, studies ; op initiatief van nationale en gemeenschapsoverheid, zelfhulpgroepen en ander privaat initiatief ; zijn al dan niet toegankelijk voor andere administraties, worden vrijgegeven op een manier die niet altijd adequaat is voor de potentiële gebruiker. Het is duidelijk dat heel wat gezondheidsproblemen ook vanuit het standpunt van welzijn en kansarmoede dienen benadrukt te worden : de monitoring en het bepalen van gezondheidsindicatoren is dan ook pluridisciplinair .

b. Beleidsprioriteiten

Gezondheidsmonitoring is beleidsonderbouwend : ze moet in staat zijn de gezondheidsstatus van de bevolking en haar evolutie te vertalen in bruikbare indicatoren.

Om deze doelstelling te bereiken zijn meerdere stappen te ondernemen. Zo moet er eerst een inventarisatie gemaakt van de bestaande registratie-

systemen, de kwaliteit en volledigheid van gegevens, de wettelijke context. Deze moet toelaten eventuele leemten en dubbelgebruik op te merken. Tevens moet de harmonisering en coördinatie van de registratiesystemen optimaal te worden gemaakt. Verder moeten ze toegankelijk gemaakt te worden voor potentiële gebruikers (bv. overlijdensgegevens) voor preventiewerkers, klinici, arbeidsgeneesheren... Reeds nu kan gesteld worden dat gezondheidssurvey's op bevolkingsschaal noodzakelijke instrumenten zijn waarvoor de nodige structuren moeten gecreëerd worden. Evaluatie van de kwaliteit van de gegevens moet routinematig gebeuren, zowel intern als extern.

c. Middelen

1. De definitie en uitwerking van een samenhangende visie „Volksgezondheid”, wat zowel gezondheidspromotie, preventie, curatieve geneeskunde als het financieringssysteem omvat, is een belangrijke voorwaarde om tot een gezondheidsmonitoring te komen die optimaal door het beleid kan gebruikt worden. Op die manier wordt het immers mogelijk de registratiesystemen te rationaliseren en te harmoniseren, de leemten vast te stellen en aan te vullen en een uniforme wetgeving en reglementering vast te leggen betreffende de aanmaak en gebruik van gezondheidsgegevensbanken ondermeer wat betreft de privacy en het beroepsgeheim.
2. Dergelijke reorganisatie van de registratiesystemen brengt niet per definitie meeruitgaven te weeg. Reorganisatie zal in sommige gevallen kostenbesparend werken. In de mate dat uitbouw van nieuwe databanken op het niveau van de Vlaamse Gemeenschap zich opdringen of bestaande nationale databanken moeten worden overgenomen, kan de uitbouw van een goed registratiesysteem een meerkost meebrengen. De voorgestelde uitbreiding, met name gezondheidssurvey's en evaluatie, en de verbetering van bestaande systemen brengen een meerkost mee, die functie is van de omvang van het nastreefde doel. Toch kan men stellen dat een goed functionerend registratiesysteem onmisbaar is voor een gezondheidsbeleid met name als toestandsbeschrijvend, projectiemakend en evaluatief instrument. Kosten-batenanalyse moet toelaten een optimaal registratieniveau te bepalen.

d. Repercussie

Een dergelijke reoriëntering en reorganisatie zal een meer toegankelijke gegevensbron betekenen voor de potentiële gebruiker. Evaluatie van de ene gegevensbron door een andere wordt vergemakkelijkt. Het beleid beschikt dan over de nodige en degelijke informatie.

e. Programmeringsgegevens

Programmatie

1993 :

- inventarisatie van de registratiesystemen en Invoeren van evaluatiesystemen ;
- vastleggen van criteria m.b.t. jaarlijkse rapportering van de registratiesystemen, eventueel modelrapport.

1994 :

- dubbelgebruik wegwerken ;
- maatregelen van harmonisatie en coördinering en toegangsvoorwaarden binnen de eigen bevoegdheidsfeer ;
- voorbereiding van gezondheidssurvey's op bevolkings schaal.

1995 :

- starten van gezondheidssurvey's.

Sturingsvariabelen

- Jaarlijkse evaluatieve rapportering vanwege de registratiesystemen ;
- het beleid kan op basis van het jaarrapport bepaalde registraties corrigeren, uitbreiden of inkrimpen i.f.v. zijn noden.

3. ONDERZOEK

a. Situatieschets

Een planmatige aanpak van preventief gezondheidsbeleid veronderstelt dat wordt aangegeven wat men met preventie wenst te bereiken, binnen welke tijdsperiode, hoe en tegen welke kostprijs. Het gezondheidsbeleid is een voortdurend zich ontwikkelend proces dat moet starten op grond van het bepalen van prioritaire doelstellingen, dat monitoring vergt en regelmatige bijsturing moet mogelijk maken. Daarom ook moet dergelijk beleidsplan rekening houden met de mogelijkheid om tussentijdse veranderingen aan te brengen.

Belangrijke gezondheidsproblemen van vroeger, zoals tuberculose en polio, verdienen momenteel minder aandacht, terwijl nieuwe gezondheidsproblemen zoals AIDS en diabetes in de toekomst vermoedelijk belangrijker zullen worden.

Ook doen zich conceptuele wijzigingen voor wat de aanpak betreft. Zo zijn vroegere ideeën m.b.t. gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (moraliserend informeren over hoe men zich moet gedragen om ziekten te voorkomen) thans voorbijgestreefd en geëvolueerd naar het concept **gezondheidseducatie** met een positieve benadering en met aandacht voor de omgevingssituatie.

De verwachtingen van de burgers over „gezondheid” zoals die beleefd en gewenst wordt, zijn ook aan evoluties onderhevig : niet alleen de levensduur is belangrijk, ook de kwaliteitsverwachtingen ervan worden meer en meer beklemtoond. Wetenschappelijk onderzoek naar de beleving van het gezondheidsbegrip, moet toelaten het beleid van de overheid dichter bij deze verwachtingen te doen aansluiten.

b. Beleidsprioriteiten

Er zal een actief onderzoeksbeleid worden gevoerd waarbij door het beleid, in samenwerking met de administratie van de Vlaamse Gemeenschap, het COOV, het VIG en de universitaire instellingen een coherent geconcentreerd onderzoeksproject wordt uitgewerkt. Dit onderzoeksproject moet vooral uitvoering geven aan de volgende opdrachten :

- een vergelijkende studie uitvoeren van wat in Vlaanderen en in het buitenland gebeurt inzake preventief gezondheidsbeleid (wetgeving, concrete aanpak en resultaten) ;
- implementatiescenario's voor preventief handelen voorstellen die financieel en structureel haalbaar zijn met succesgaranties ;
- beleidsvoorbereidende adviezen voorstellen.

Het zal noodzakelijk gaan om toegepast wetenschappelijk onderzoek waarbij het vertrekpunt ligt in het overlappingsgebied van gezondheidsbehoeften, de vraag naar oplossing van zijn noden door de gemeenschap, en het dienstenaanbod.

Op methodologisch vlak dienen projecten met betrekking tot evaluatie (bv. impact van GVO-projecten) en kwaliteitsbewaking te worden opgezet.

Ook de doeltreffendheid en de doelmatigheid van het zorgaanbod dient nagegaan ten opzichte van de gezondheidsproblemen waarvoor zij een oplossing trachten te bieden.

Teneinde eenvormigheid te bekomen m.b.t. onderzoeksprojecten die ter subsidiëring worden voorgelegd, zullen prioriteitscriteria opgesteld en gehanteerd worden.

De opgezette monitoring van de gezondheidsstatus (mortaliteit, morbiditeit, invaliditeit, zelfstandigheid, levensstijlen) moet toelaten deze prioriteiten voor wetenschappelijk onderzoek mee te bepalen en evoluties te volgen.

De bedoeling is tot een actief onderzoeksbeleid te komen waarbij door het beleid, in samenwerking met de administratie, COOV en universitaire instellingen, voorstellen van onderzoeksprojecten ter uitvoering voorgelegd worden aan de onderzoekers.

c. Middelen

Voor de uitvoering van een dergelijke onderzoeksopzet zal een heroriëntering van de bestaande on-

derzoekskredieten niet volstaan. Integrale uitvoering van dit project veronderstelt dan ook dat beroep gedaan wordt op financiering in het kader van de geconcentreerde onderzoeksacties.

d. Programmeringsgegevens

Eerste fase

1. Uitschrijven van een wetenschappelijke nota betreffende de uitdagingen op het vlak van gezondheidspromotie :
 - beschrijving van de huidige gezondheidsproblemen (op basis van bestaande gegevens in Vlaanderen) en hun determinanten (op basis van de literatuur) ;
 - aangeven van de hiaten in het nodige gegevensbestand.
2. Case-studies en literatuurstudie van de preventie strategieën in buitenland.
3. Literatuurstudie van kosten-batenanalyses van preventiestrategieën.
4. Literatuurstudie betreffende het wettelijk, organisatorisch en financieel kader van preventieactiviteiten in het buitenland en beschrijving van de bestaande toestand in Vlaanderen.
5. Inventarisatie van de bestaande preventiestrategieën in Vlaanderen en van de (potentieel) beschikbare structuren en menskracht.
6. Formuleren van eerste richtinggevende adviezen op basis van voorgaande nota's.

TIMING : indien de vijf taken gelijktijdig kunnen uitgevoerd worden, 1 jaar.

ORGANISATIE : voor punt 1. moet samengewerkt worden met COOV, Steunpunt Samenleving en Gezondheid en de Planningsdienst van de Vlaamse Gemeenschap.

Voor punt 2. moet samengewerkt worden met de bestaande voorzieningen.

Voor punt 3. kan samengewerkt worden met het Steunpunt Gezondheidseconomie.

Punt 5. kan grotendeels door VIG uitgevoerd worden.

Tweede fase (1994-1996)

1. Uitwerken van basisgegevens voor de leefstijldeterminanten en omgevingsdeterminanten waarrond een consensus werd bereikt.
2. Van zodra de basisgegevens bekend zijn, opstellen van operationele doelstellingen.
3. Uitwerken van actieplannen om doelstellingen te bereiken. Financieringsplan voor de actieplannen uitwerken.

4. Uitwerken van een wettelijk en organisatorisch kader voor gezondheidsbevordering.
5. Op puntstellen van een monitoringsysteem (wat, wie, wanneer en hoe).
6. Uitwerken van kwaliteitsnormen voor activiteiten op het vlak van gezondheidsbevordering.

TIMING : indien aan de verschillende doelstellingen gelijktijdig kan gewerkt worden : 2 jaar.

Derde fase (vanaf 1996)

In praktijk brengen van voorgaande, door beleidsvoerders, door het VIG, de voorzieningen, al diegenen die kunnen gemobiliseerd worden.

III. SPECIFIEKE DEELTERREINEN VOOR GEZONDHEIDSBEVORDERING

1. PRIORITAIRE DEELTERREINEN

1.1. HIV besmetting en AIDS

1. Situatieschets

AIDS is een dodelijke ziekte die veroorzaakt wordt door het Human Immunodeficiency Virus (HIV). Het virus tast het immuunstelsel van de mens aan. De transmissiewegen van het virus zijn goed gekend. De overdracht geschiedt via bloed-bloed contact en via seksueel contact. Gezien er nog geen afdoend geneesmiddel, noch vaccin bestaat om deze ziekte te bestrijden is preventie van besmettingen de enige oplossing.

AIDS is nieuw en vormt een uitdaging.

De ziekte werd pas ontdekt in 1981. Eerst werd de ziekte geconstateerd bij minderheidsgroepen (de zogenaamde risicogroepen). Ondertussen moet méér de klemtoon gelegd worden op risicogedrag. Iedereen die naevolgend of tegelijkertijd seksuele relaties heeft met meerdere partners loopt risico. Daarnaast lopen ook intraveneuze druggebruikers risico's door het gemeenschappelijk gebruik van injectienaalden.

De ziekte AIDS heeft een aanzienlijke invloed op de psychische en sociale omgeving van geïnfecteerde personen : ze zijn namelijk zeer vaak het slachtoffer van afzondering en stigmatisering.

De directe medische uitgaven per patiënt situeren zich momenteel tussen de 1 à 2 miljoen per jaar.

Sinds 1987 stabiliseert het aantal mensen dat seropositief bevonden wordt zich op 100 per maand, of ongeveer 3 per dag. Deze stabiliteit wijst erop dat de verspreiding van de infectie nog lang niet onder controle is.

Het is duidelijk dat vandaag investeren voor de Vlaamse Gemeenschap een besparing kan betekenen voor de toekomst. Maar daarnaast moeten ook

meer middelen vrijgemaakt worden voor de opvang en de begeleiding van de HIV-geïnfecteerden.

2. Huidige organisatie van het AIDS-beleid

De voornaamste instantie voor de AIDS-preventie in Vlaanderen is de Vlaamse minister bevoegd voor preventief gezondheidsbeleid. Deze draagt de verantwoordelijkheid zowel voor het voeren van campagnes als voor de toewijzing van de middelen bestemd voor onderzoek of preventieprojecten. Zij wordt daarin bijgestaan door :

de Wetenschappelijke Stuurgroep AIDS ;

het IPAC (opgericht door de overheid), dat alle AIDS-organisaties verenigt, zowel de exclusieve (die uitsluitend met AIDS bezig zijn) als de inclusieve (die een deel van hun werking afstellen op AIDS) ;

en het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (V.I.G.), dat werd opgericht om de preventie-initiatieven in het kader van het gezondheidsbeleid te coördineren.

Een totaalbeleid rond AIDS, met een korte en lange termijnvisie, en een duidelijk actieplan met aanduiding van prioriteiten, gekoppeld aan een budgettering (zoals dit in sommige andere landen gebeurt) was tot voor kort voor Vlaanderen onbestaande. Dit bemoeilijkt de werking en de planning van de uitvoerende en de adviserende instanties en maakte beleidsbeslissingen onvoldoende duidelijk zichtbaar. Op basis van een omstandige beleidsnota wordt vanaf 1993 werk gemaakt van een geïntegreerde aanpak inzake AIDS-preventie en -zorg.

3. Maatregelen op beleidsniveau

De ziekte AIDS kan men niet geïsoleerd bekijken. Omwille van de soms verregaande maatschappelijke implicaties, zowel op het terrein van de voorlichting en de preventie als op dat van de zorg, de opvang en de begeleiding, omwille van de soms ingewikkelde juridische en ethische kwesties en omwille van de risico's van discriminatie en stigmatisering van HIV-geïnfecteerden is een geïntegreerd beleid noodzakelijk.

De bevoegdheid voor diverse deelaspecten van het AIDS-beleid zijn verspreid over de gemeenschappen en de federale overheid. Dat vloeit logisch voort uit de complexiteit van het AIDS-probleem.

De klemtoon binnen het AIDS-beleid wordt gelegd op de preventie van AIDS bij de algemene bevolking en naar doelgroepen met risicogedrag.

Niet-gouvernementele organisaties nemen gedeeltelijk de zorg op van AIDS-patiënten en seropositieven.

De bevoegdheden voor diverse deelaspecten van het AIDS-beleid is in België verspreid over verschillende Vlaamse en federale ministers.

Om te komen tot een gecoördineerd beleid in Vlaanderen is het noodzakelijk alle instanties die te maken hebben met AIDS en die verspreid zijn over verschillende departementen en gesitueerd op verschillende niveaus (Nationaal, Gemeenschap) te doen samenwerken.

Het is momenteel bijzonder moeilijk om een totaalbeeld te krijgen van wat in Vlaanderen aan preventie wordt gedaan. Dikwijls worden initiatieven gelanceerd door instanties die niet van elkaars werking op de hoogte zijn en hierdoor naast elkaar werken in plaats van elkaar **aan** te vullen. Integratie biedt nochtans volgende voordelen :

De krachten worden gebundeld zodat „netwerken” worden gecreëerd. Het is belangrijk dat éénvormige boodschappen voor het totale AIDS-terrein worden geformuleerd.

Er is een efficiënt beheer van de beschikbare middelen. Een permanent overzicht van realisaties en tekortkomingen wordt mogelijk gemaakt.

Op deze manier kan er een snelle aanpassing van de strategie gerealiseerd worden (o.m. indien vaccinatie of medicatie beschikbaar wordt, of wanneer vanuit de epidemiologie nieuwe gegevens beschikbaar worden).

Er worden betere mogelijkheden gecreëerd tot evaluatie van de interventieprogramma's. Voor de primaire preventie wordt het mogelijk om de initiatieven van de publiekscampagnes beter te integreren.

Een totaalbeleid laat toe om de prioriteiten op korte en lange termijn vast te leggen.

In de ons omringende landen (Frankrijk, Duitsland, Nederland, Groot-Brittannië en eveneens Wallonië) werd een dergelijk gecoördineerd beleid reeds gerealiseerd. Ook de Wereldgezondheidsorganisatie pleit sterk voor coördinatie. De WGO is er voorstander van dat één enkele organisatie voor de coördinatie instaat.

Daarom wordt in 1993 prioriteit gegeven aan het uitbouwen van een AIDS-cel. Deze opdracht werd gegeven aan het Interprovinciaal AIDS-coördinaat. Het IPAC staat zowel in voor de coördinatie van de zorg als de preventie.

Aspecten van het AIDS-preventiebeleid

Het AIDS-preventiebeleid omvat alle aspecten van AIDS die niet met verzorging te maken hebben.

Uitgaande van de principes van „Health Promotion”, het charter van Ottawa en van de beleidsbrief 525 van de Vlaamse Gemeenschap, kunnen we een integrale AIDS-preventie omschrijven als volgt :

1. Primaire preventie

Maatregelen gericht tot het grote publiek, tot doelgroepen of tot intermediairen :

- seksuele en relationele vorming ;

- AIDS-voorlichting ;
- AIDS-preventie voor doelgroepen ;
- „harm reduction” bij druggebruikers ;
- bevordering van arbeidshygiëne voor medici en paramedici ;
- promotie van veilig vrij-gedrag (o.m. condoom-promotie) ;
- wetenschappelijk onderzoek terzake.

2. Secundaire en tertiaire preventie

Maatregelen die zich niet rechtstreeks richten tot het grote publiek, maar tot de getroffen en hun omgeving enerzijds, en tot groepen die gemarginaliseerd zijn of dat dreigen te worden :

- preventiewerk bij seropositieven (= secundaire preventie) ;
- preventiewerk bij AIDS-patiënten (= tertiaire preventie) ;
- informatie, opvang, begeleiding en zorg voor seropositieven, chronische zieken en terminale patiënten ;
- belangenbehartiging ;
- ijveren voor de emancipatie van gemarginaliseerde groepen ;
- wetenschappelijk onderzoek terzake.

3. Het creëren van een gunstig maatschappelijk klimaat voor HIV-geïnfecteerden

Maatregelen om punt 1 en 2 mogelijk te maken. Ze richten zich tot de gehele bevolking, via alle mogelijke kanalen. Een multimediale aanpak is hier van groot belang.

Deze maatregelen betreffen :

- ethische aspecten ;
- antidiscriminatie-wetgeving ;
- testbeleid met veralgemeende pre- en post-counseling ;
- juridische bescherming van HIV-geïnfecteerden ;
- sensibilisering rond HIV-geïnfecteerden ;
- wetenschappelijk onderzoek terzake.

Een actieplan werd opgesteld per doelgroep met risicogedrag. Met betrekking tot de primaire preventie wordt prioriteit gelegd naar grote publiek, jongeren, mannen met homoseksuele/biseksuele contacten en drugsuiters. Daarnaast geeft het actieplan ook aan dat de preventie verder moet uitgebouwd worden naar gevangenen, prostituees, migranten, kansarmen, reizigers, toeristen en zee-lui.

Met betrekking tot de secundaire en tertiaire preventie zijn er weinig gegevens voorhanden over de manier waarop klinieken en hospitalen de opvang en begeleiding van AIDS-patiënten organiseren. Voor de Vlaamse Gemeenschap is een inventarisatie noodzakelijk, gezien de toename van het aantal AIDS-patiënten en seropositieven.

Daarnaast is het ook belangrijk dat gepeild wordt naar de kennis, de houding en het gedrag van gezondheidswerkers in verband met de opvang van personen met HIV-infectie.

Bovendien is het noodzakelijk de zorg van AIDS-patiënten en seropositieven te betrekken bij de coördinatie. Momenteel is dit enkel het geval voor de AIDS-organisaties die zich inzetten voor de opvang en begeleiding van seropositieven en AIDS-patiënten en hun omgeving (partners, familie).

Het samenbrengen van de verantwoordelijke die instaan voor de zorg van HIV-geïnfecteerden is prioritair. Gezien meerdere ministers een bevoegdheid hebben over deelaspecten, moet dit via een interministeriële conferentie gerealiseerd worden.

Programmatie 1993 – 1997

1993 – 1994

CAMPAGNES :

- publiekscampagne promotie condoomgebruik bij meerdere seksuele partners (+ ondersteuning veilig vrijen door de AIDS-organisaties naar specifieke doelgroepen) ;
- campagne sensibilisering huisartsen/gynaecologe/neurologen voor een gericht testbeleid.

PREVENTIE :

- uitbouw AIDS-cel (coördinatie/inventarisatie) ;
- voortzetting preventieactiviteiten naar specifieke doelgroepen met risicogedrag en het algemene publiek. De klemtoon ligt op gedragsverandering of gedrags-behoud.

ZORG :

- operationalisering coördinatie van het zorgenbeleid (o. a. huisartsen, gespecialiseerde centra, patiënten, hulporganisaties en de overheid) ;
- pilootproject — contacttracing ;
- uitwerking handleiding gezondheidswerkers ;
- betere opvangmogelijkheden voor druggebruikers ;
- betere opvangmogelijkheden van personen met risicogedrag en van seropositieven in gevangenen ;
- uitwerken opleidingspakket voor personeel van klinieken, hospitalen, patiëntenorganisaties en hulporganisaties ;
- economische kostenstudie i.v.m. de opvang van de AIDS-patiënten op basis van het huidig aantal seropositieven (directe en indirecte kosten) ;

- studie over het besmettingsgevaar patiënt-gezondheidswerker-patiënt ;
- onderzoek opsporing noden en behoeften van seropositieven en AIDS-patiënten. Naar aanleiding van de resultaten van deze studie wordt een studiedag opgezet : AIDS in de stad/gemeente. (alle kruisverenigingen worden betrokken bij de opzet ervan) ;
- betere thuisbegeleiding door een gespecialiseerd team.

ANDERE :

- interministeriële conferentie in verband met het AIDS-beleid ;
- inventarisatie van de discriminatie naar HIV-geïnfecteerden.

1995 – 1997

CAMPAGNES :

- publiekscampagne.
- campagne i.v.m. de bescherming van gezondheidswerkers.

PREVENTIE :

- voortzetting preventieactiviteiten naar specifieke doelgroepen met risicogedrag en het algemene publiek. De klemtoon ligt op de gedragsverandering .

ZORG :

- ondersteuning gezondheidswerkers i.v.m. burn-out problematiek ;
- bijscholing van gezondheidswerkers in het algemeen ;
- de activiteiten van alle betrokkenen bij de opvang van seropositieven (o. a. huisartsen, gespecialiseerde centra, patiënten, hulporganisaties en de overheid) moeten gecoördineerd worden ;
- organiseren van een betere psyche-sociale begeleiding van seropositieven en AIDS-patiënten ;
- betere opvangmogelijkheden voor druggebruikers ;
- uitbreiden project contact-tracing (na evaluatie) over gans Vlaanderen ;
- kosten baten-analyse intra-extra murale zorg HIV-geïnfecteerden ;
- betere opvangmogelijkheden voor druggebruikers.

Middelen

In 1993 zijn de budgettaire middelen voor AIDS aanzienlijk verhoogd in vergelijking met 1992. Toch zijn deze middelen onvoldoende om bovenstaande planning naast de reeds lopende preventieprojecten te financieren. Gezien de constante stijging van het aantal HIV-geïnfecteerden moeten

meer middelen voorzien worden voor preventie en zorg. Het huidige budget 47 miljoen moet geleidelijk aan over drie jaar opgetrokken worden naar 100 miljoen.

1.2. Preventief gezondheidsbeleid inzake middelengebruik

1. Situering

Recent heeft de Vlaamse Raad aan de bevoegde Ministers gevraagd om voor de Vlaamse Gemeenschap een vernieuwd en duidelijk beleid uit te werken op het vlak van Alcohol en Druggebruik. Aangezien dit beleid zowel de hulpverlening als de preventie moet omvatten is het duidelijk dat het moet geconcipieerd worden in nauw overleg tussen de ministers bevoegd voor Sociale Aangelegenheden en voor Gezondheidsinstellingen.

Inzake preventie stelt zich een drievoudig probleem. Naarmate het gebruik van illegale middelen wordt benadrukt stelt dit zich nog iets explicieter :

1. ontbreken van bruikbare epidemiologische cijfers. Men is verplicht situaties te extrapoleren vanuit justitiële informatie of vanuit hulpverlening, naar reële gebruikersgegevens ;
2. de vele, lokale preventieinitiatieven versterken de nood aan coördinatie, overleg en eenheid van visie ;
3. vele, recentelijke aangestelde „preventiewerkers”, vooral in het kader van de veiligheidscontracten hebben geen specifieke opleiding genoten en zijn meestal onervaren.

De situatie is enigszins anders met betrekking tot het preventiewerk gegroeid vanuit de ambulante geestelijke gezondheidszorg.

Hier bestaat sinds 1988 in de Vlaamse Gemeenschap een project rond alcohol en andere drugs.

Per provincie zijn 2 preventiewerkers aangesteld, verbonden aan een centrum voor geestelijke gezondheidszorg, die als opdracht hebben de preventieve activiteiten in de provincie te coördineren, en in overleg met de Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen (VAD) algemene preventie en gezondheidspromotie te introduceren. Het is nog geen duidelijke uitgemaakte zaak in welke context deze preventieve actie haar beste resultaten kan boeken. De vraag stelt zich of het wenselijk is dat de preventiewerker zich autonoom en onafhankelijk opstelt, of dat hij er toch over waakt dat terugkoppeling naar de hulpverlening aanwezig blijft. Hier stelt zich de vraag naar de verhouding tussen de individuele werker, de equipe van het Centrum en de coördinerende activiteiten van het V.A.D.

Het is duidelijk dat, zoals reeds in de inleiding van deze beleidsbrief werd gesteld, er zich hier misschien nog meer dan op andere terreinen de nood aan degelijke registratie en coördinatie van het werkveld opdringt.

2. Uitgangspunten

Naast het vorm geven aan registratie en coördinatie zijn er een aantal uitgangspunten die methodologisch, strategisch en organisatorisch hun uitdrukking moeten krijgen in de toekomst.

* „leren omgaan met”

Het gebruik van allerhande producten, omwille van het onmiddellijk positieve effect voor de gebruiker, is een maatschappelijk fenomeen dat altijd heeft bestaan en ook altijd zal bestaan. We leven in een „drugtaking society”. De algemene gang naar reductie van onbehagen en de stijgende complexiteit van de samenleving maakt deze tendens tot het gebruik van allerhande middelen nog sterker.

Het is een illusie te geloven dat we deze middelen uit onze samenleving kunnen bannen. We moeten dit probleem dan ook te stellen in termen van „beheersbaarheid”.

Preventie inzake middelengebruik gebeurt het best vanuit een globale, positieve gezondheidsbeleving ten aanzien van het eigen lichaam.

Wat het methodologische aspect betreft is het nu reeds afdoende bewezen, via veelzijdig wetenschappelijk onderzoek, dat informatievervalsing geen noemenswaardig gedragsveranderend effect oplevert.

Daarnaast lijken strategieën waarbij meer sociale vaardigheden en „problem solving” worden aangeleerd waardevolle instrumenten.

Verder dient het gebruik van zowel illegale als legale middelen voorwerp te zijn van preventief handelen.

Al te vaak wordt te veel aandacht besteed aan illegale producten alleen. Nochtans is het gebruik van alcohol, tabak en geneesmiddelen veel meer gezondheidsbedreigend, alleen al door de massaliteit van het gebruik.

Vanuit preventief oogpunt betekent dit dat we acties ondersteunen waarmee we mensen leren omgaan met deze middelen en met de complexiteit van hun leefwereld, op een bewuste manier, met zo weinig mogelijk risico voor zichzelf en voor hun sociale omgeving.

Hierbij mag de aandacht niet exclusief gaan naar de school, alle netwerken, ook de minder goed gestructureerde, dienen worden gevat in preventieve strategieën.

* een „niet uitsluitingsbeleid”

Zowel ten aanzien van experimentele gebruikers, geïntegreerde gebruikers als probleemgebruikers dient een beleid van „niet uitsluiting” gevoerd.

Immers ook in dit kader zijn het de maatschappelijk kwetsbaren die het meest gevaar lopen af te glijden naar een problematisch middelengebruik. Interventies dienen dit afglijden tegen te gaan in plaats van dit in de hand te werken. Essentieel

hierbij, en dit zowel in preventief als curatief opzicht, is de vrijwaring en optimalisering van de sociale zekerheid als algemeen welzijnsbevorderend systeem.

Momenteel is er, in het kader van de illegaliteit van een aantal middelen, een niet te controleren criminele markt ontstaan waarin de gebruiker geen enkele bescherming geniet.

Er moet onderzocht worden hoe een niet uitsluitingsbeleid kan worden ingeschreven in een nieuwe wetgeving inzake gebruik van psychotrope stoffen waarin zowel bezorgdheden omtrent gezondheid als omtrent maatschappelijke overlast hun plaats krijgen. Een verfijnde regulering en reglementering is hier noodzakelijk.

Om dit „niet uitsluitingsbeleid” te realiseren zullen er ook maatregelen moeten genomen in het kader van de hulpverlening.

We baseren ons op de filosofie van de „harm reduction” ; een globale strategie waarbij gezondheids- en welzijnswerk maar ook politie, justitie en het brede sociale veld zich verenigen om de schade van misbruik voor de gebruiker zoveel mogelijk te beschermen.

Vanuit deze basisfilosofie moet een laagdrempelig en gedifferentieerd hulpverleningsaanbod uitgebouwd worden.

Onderhandelingen met de federale overheid inzake financieringsformules zullen dan ook worden opgestart.

Daarnaast moet een zinvol samenwerkingsmodel tussen hulpverlening en politie en justitie uitgewerkt. Binnen deze samenwerking moeten naar de gebruiker, (en ook de verslaafde) zowel met betrekking tot legale als illegale middelen meer kansen op hulpverlening en curatie worden voorzien. Hierbij is het duidelijk dat maatregelen in het kader van gedwongen ontwenning niet kunnen. Experimenten in Brussel, Charleroi verdienen hierbij alle aandacht.

Programmering

1993 :

- vorm geven aan het organisatiemodel dat moet zorgen voor betere afstemming van acties, structurering van het veld en kwaliteitsverlaging met betrekking tot preventie inzake middelegebruik ;
- overleg met betrokkenen uit het veld.

1994 :

- opstarten van een nieuwe structuur. Hiertoe zullen zekere bijkomende middelen moeten worden vrijgemaakt worden ;
- in overleg met Federale overheid en met de Vlaamse Minister voor Gezondheidsinstellingen. Uitbouw van een gediversifieerd en gespecialiseerd hulpverleningsaanbod. Voldoende goede spreiding over het Vlaamse Gewest is essentieel.

1995 – 1997 :

- parallel met de uitbouw van hulpverlening wordt voorzien in de implementatie van een gebruiksvriendelijk registratiesysteem.

1.3. Kankerpreventie

Inleiding

Na hart- en vaatlijden is kanker de belangrijkste sterfteoorzaak in Vlaanderen. Kanker was in 1987 verantwoordelijk voor 26,7 % van de totale sterfte.

Een aanzienlijke vermindering van de morbiditeit en mortaliteit van kanker kan worden bereikt door relatief eenvoudige preventie maatregelen. Men vindt ze terug in de Europese Code tegen kanker. Deze code omvat een aantal richtlijnen, ondermeer op vlak van roken, alcoholverbruik, vermijden van te veel zonlicht, voeding, overgewicht, arbeidsomstandigheden en vroegtijdige opsporing.

Enkele van deze aanbevelingen hebben niet alleen een preventief effect op kanker maar ook op andere aandoeningen (hart- en bloedvatenziekte, zwaarlijvigheid, diabetes.. .)

Longkanker

Longkanker is de belangrijkste oorzaak van kankersterfte. In 1987 overleden in België 6.494 inwoners aan trachea- en longkanker, waarvan 3.587 in Vlaanderen. Bovendien heeft trendanalyse van de kankersterfte 1960-1987 aangetoond dat de longkankersterfte in die periode nagenoeg verdubbeld is.

De incidentie van longkanker wordt beïnvloed door genetische, gedrags- en milieufactoren.

Veruit de belangrijkste risicofactor is roken. Op zijn minst 80 % van de patiënten die overlijden aan longkanker zijn rokers. Bovendien weet men dat minder of niet roken ook nog een gunstig effect heeft op coronair hartlijden, beroerte, chronische bronchitis, perifeer vaatlijden en laag geboortegewicht. Er moeten dan ook belangrijke inspanningen worden gedaan om het aanbod van en de vraag naar sigaretten op een efficiënte wijze te doen afnemen.

De Vlaamse overheid kan maatregelen nemen om het effect van federale en/of Europese richtlijnen te versterken i.v.m. verbod op tabaksreclame, verhoogde accijnzen op tabaksproducten, reglementering van het rookverbod in openbare plaatsen en van roken in het werkmilieu e.d.m.

Naast deze maatregelen is ook de gezondheidseducatieve en gezondheidsbevorderende aanpak uitermate belangrijk.

In de eerste plaats moet de gezondheidsopvoeding in het onderwijs samen met een gezondheidsbevorderende schoolomgeving verder worden geoptimaliseerd. Vlaanderen heeft op dit terrein al heel wat ervaring en wordt internationaal als voorloper erkend. De aanpak van gezondheidsopvoeding in het

onderwijs is, verschillend voor het basis- en voor het secundair onderwijs. In het basisonderwijs wordt een algemene educatieve aanpak toegepast. In het secundair onderwijs wordt gewerkt rond risicofactoren.

Ook passende, positief gebrachte informatie naar het publiek toe via de media kan een belangrijk effect hebben op het creëren van een gezondheidsbevorderend klimaat, waarbij men ervoor moet waken de rokers niet te beschuldigen maar ze te helpen om minder te roken of te stoppen met roken. Men mag aannemen dat het aantal rokers in de bevolking de laatste jaren aanzienlijk is afgenomen. De inspanning om dit aantal nog verder te doen afnemen moet op termijn resulteren in een belangrijke verlaging van de longkankermortaliteit en -morbiditeit. Dit effect mag echter niet eerder worden verwacht dan 15 tot 20 jaar nadat een relatief belangrijke vermindering van het aantal rokers bereikt is. Tegen het jaar 1997 kan dan uiteraard geen aanzienlijke daling van de longkankermortaliteit, maar wel een belangrijke afname van het aantal rokers als target worden vooropgesteld.

Borstkanker

Borstkanker is de meest voorkomende kanker bij de vrouw. Eén op 13 vrouwen wordt ermee geconfronteerd. In België komen jaarlijks + 6.000 nieuwe gevallen voor. In 1987 overleden in België 2.306 vrouwen aan borstkanker, waarvan 1.281 in Vlaanderen. Bij trendanalyse van de borstkankersterfte in de periode 1960-1987 stelt men een belangrijke en significante sterftetoeename vast bij vrouwen vanaf 45 jaar.

Aangenomen wordt dat vroege opsporing van borstkanker met tweejaarlijkse mammografie bij vrouwen van 50 tot 69 jaar in het kader van een georganiseerd opsporingsprogramma dat wordt uitgevoerd in optimale omstandigheden, en waarbij dezelfde methode wordt gebruikt als bij de in Nederland, Zweden en Finland uitgevoerde wetenschappelijke trials, uiteindelijk moet resulteren in een daling van de mortaliteit met 30 - 40 %.

In Nederland is vanaf 1990 een landelijk screeningsprogramma voor de hele doelpopulatie opgestart. Het wordt gefaseerd ingevoerd en verwacht wordt dat het in 1994 volledig operationeel zal zijn. In Vlaanderen lopen momenteel een viertal projecten, georganiseerd door de universitaire of geaffilieerde opsporingscentra waarmee de haalbaarheid van een meer veralgemeende screening binnen de Vlaamse situatie wordt getest.

Het probleem daarbij is dat het RIZIV met name de Dienst Controle de mammografieën uitgevoerd in het kader van de door de Vlaamse overheid georganiseerde projecten weigert terug te betalen. Ze zouden moeten ten laste vallen van de organiserende overheid (Vlaamse Gemeenschap).

Baarmoederhalskanker

In 1987 overleden in België nog 484 vrouwen aan baarmoederhalskanker, waarvan 242 in Vlaanderen.

Bij trendanalyse van de sterfte aan baarmoederhalskanker voor de periode 1960-1987 stelt men een significante daling vast. Dit fenomeen wordt ook in andere Europese landen vastgesteld o.m. in Nederland en de U.K. Voor een groot deel is dit toe te schrijven aan het meer en meer ingeburgerd raken van het nemen van uitstrijkjes. Daarbij hebben huisartsen en gynaecologen wel eens de neiging om deze uitstrijkjes te frequent uit te voeren zodat ook hier, net als bij mammografiescreening, de opsporing niet efficiënt gebeurt. Bovendien worden andere vrouwen, vooral uit de meer kansarme middens helemaal niet regelmatig (om de 3 jaar) of helemaal niet onderzocht.

Algemeen wordt aangenomen dat adequaat georganiseerde vroegopsporing van baarmoederhalskanker de morbiditeit en mortaliteit van invasief cervixcarcinoom aanzienlijk vermindert.

Belangrijk daarbij zijn een goed georganiseerde registratie, evaluatie en kwaliteitsbewaking.

Sinds 1965 lopen in Vlaanderen een aantal pilootprojecten rond baarmoederhalskankeropsporing. Dit resulteerde in een consensus omtrent afname-techniek, cytopatologische registratie, tijdstip van afname, oproepingsstrategieën e.d.m. De tijd is rijp voor een implementatie van deze screening op populatieniveau.

Kankerregistratie

Het kankerregister is een noodzakelijk instrument voor de planning van de preventieve actie en grondige evaluatie van de kankerscreening. Het kankerregister laat toe incidentie, prevalentie en overlevingsgegevens te bepalen. Het bestaande registratiesysteem (sinds 1983) gebeurt op basis van gegevensverstrekking door de mutualiteiten en wordt beheerd door het Belgisch Werk tegen Kanker (B.W.K.)

Het B.W.K. stelt een zekere onderregistratie vast (gebrek aan bijkomende informatiebronnen, het niet systematisch doorgeven van de kankergevallen door de adviserende geneesheren).

Knelpunten in de bestaande kankerregistratie zijn :

1. selectieve onderregistratie : enkel gegevens van gehospitaliseerde patiënten ;
2. lange administratieve weg ;
3. motivatie en opleiden van administratief en medisch personeel van de mutualiteiten
4. de federale overheid brengt haar rol i.v.m. de registratie ter discussie. Dit leidt tot onzekerheid i.v.m. het voortbestaan van het register.

Het is belangrijk te kunnen beschikken over een zo betrouwbaar mogelijk kankerregistratiesysteem. Doordat een groot aantal in Vlaanderen wonende patiënten in Brusselse ziekenhuizen onderzocht en/of behandeld worden, lijkt hierover, overleg nodig tussen de gemeenschappen en de gemengde gemeenschapscommissie Brussel.

Een mogelijke denkpiste is dat de kankerregistratie wordt toevertrouwd aan het I.H.E. De bestaande kankerregistratie door de mutualiteiten kan aangevuld worden door provinciale registraties van anatomopathologische gegevens.

Binnen de schoot van het I.H.E. kan dan in samenwerking met het RIZIV en de gemeenschappen een scenario-commissie worden opgericht, die een lange termijnvisie moet ontwikkelen i.v.m. de curatieve en preventieve kankerzorg.

Programmatiegegevens

1. Primaire kankerpreventie

1993 – 1994 :

Inventarisatie van de diverse organisaties werkzaam op het vlak van primaire kankerpreventie.

1995 – 1997 :

Overleg en stimuleren van samenwerkingsverbanden tussen deze organisaties.

2. Borstkankeropsporing

1993 – 1994 :

Optimaliseren van de pilootprojecten rond borstkankeropsporing. Nastreven van een goede interuniversitaire samenwerking en complementariteit.

Na 1997 kan een model worden voorgesteld voor implementatie op populatie niveau.

3. Baarmoederhalsscreening

1993 :

Oprichten van een coördinatieplatform ter voorbereiding van een provinciaal registratiesysteem.

1994 – 1995 :

Opstarten van de provinciale registratie.

1995 – 1997 :

Opstarten van een specifiek uitnodigingssysteem (call-recall) .

4. Registratie

1993 – 1995 :

Organiseren van overleg tussen de regionale en federale kankerregistratieorganismen.

1995 – 1997 :

Optimaliseren van een werkbaar kankerregistratiesysteem en opstellen van lange termijnstrategieën in afspraak met zowel curatieve als preventieve zorgverlening.

Besluit

Om op langere termijn met kankerpreventie resultaten te halen gekenmerkt door een lagere incidentie van nieuwe kankers, en een afname van de mortaliteit door kanker, moeten vooral de inspan-

ningen om leefstijlfactoren gunstig te beïnvloeden en de vroegopsporing verder worden geïntensifieerd.

De Vlaamse overheid moet stimuli geven tot convergerende actie van de diverse organisaties, actief op vlak van kankerpreventie (eerste lijnswerkers, socio-culturele organisaties, onderwijsinstellingen, fund-raising organisaties, V. I. G. (Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie), V.A.C.K. (Vlaamse Adviescommissie voor Kankerpreventie), universiteiten, epidemiologen, kankeropsporingscentr e.d.

De Vlaamse overheid moet blijven oog hebben voor wetenschappelijke studie omtrent deze topic, voornamelijk naar het voorkomen van carcinogene stoffen in woon, werk en leefmilieu en het zoeken naar nieuwe technieken voor vroegopsporing van kanker.

1.4. Medisch Verantwoord Sporten

Algemene beschouwingen en doelstellingen

Sport en gezondheid zijn twee begrippen die zeer dikwijls in één adem worden uitgesproken. Nochtans is het samengaan van sport en gezondheid niet altijd zo voor de hand liggend, en staan sport en gezondheid in de realiteit dikwijls lijnrecht tegenover mekaar.

Sportbeoefening kan, wanneer ze beantwoordt aan een aantal criteria, en wanneer ze wordt uitgevoerd op een aangepaste manier, een belangrijke bijdrage leveren tot het behoud en het verbeteren van de gezondheid. Niet elke vorm van sportbeoefening komt de gezondheid ten goede, en eenzelfde bewegingsactiviteit kan naargelang de omstandigheden een totaal andere uitwerking hebben op het lichaam. Vanuit het oogpunt gezondheid is, zoals trouwens ook bij het gebruik van geneesmiddelen, een weloverwogen keuze noodzakelijk en moet worden gestreefd naar een dosering aangepast aan de leeftijd en de mogelijkheden van het individu. De promotie van gezondheid door sport is op dit vlak een belangrijk onderdeel van de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.

De uitdagingen voor diegenen die sport willen promoveren zijn dus van diverse aard : op de eerste plaats moeten zij een sportief aanbod creëren, dat tegemoet komt aan een toenemende wens tot bewegen. Op de tweede plaats dienen zij de voorwaarden te scheppen om de sportbeoefening op een medisch verantwoorde wijze mogelijk te maken. Tenslotte moeten zij het hoofd bieden aan de negatieve gevolgen van een te sterke commercialisering van de topsport.

De Vlaamse overheid is alvast op deze uitdagingen ingegaan.

Het decreet van 27 maart 1991 inzake medisch verantwoorde sportbeoefening mag gerust een mijlpaal worden genoemd in de organisatie van de sport en de medische aspecten die ermee gepaard gaan.

Verantwoorde sportbeoefening is een belangrijk middel om individuele en collectieve gezondheid

te bevorderen. In uitvoering van het decreet op het medisch verantwoord sporten wordt de nadruk gelegd op het belang van optimale gezondheidsbevorderende begeleiding ter voorkoming van het gebruik van schadelijke stoffen.

In 1992 werd gestart met een concrete informatieverstrekking naar de sportfederaties en de controlears toe. Dit met betrekking tot de vele verplichtingen vervat in de nieuwe wetgeving terzake.

Programmeringsgegevens

In 1993 zal op basis van de uitgebrachte adviezen, door de Raad voor Medisch Verantwoorde Sportbeoefening, vooral werk gemaakt worden van volgende initiatieven :

- het opstellen van een nieuwe reglementering voor het wielrennen : o.a. nieuwe leeftijdsgrenzen voor jonge wielrenners, nieuwe bepalingen inzake het verplicht medisch onderzoek ;
- het opstarten van een algemene en ruime informatiecampagne naar alle sportbeoefenaars ter preventie van het gebruik van verboden substanties ;
- het ontwerpen van een nieuwe reglementering inzake de bokssport ;
- het opvoeren van het aantal dopingscontroles.

Lange termijn verwachting

De volgende jaren zal achtereenvolgens aandacht gegeven worden aan :

- het opstarten van een campagne ter preventie van het gebruik van anabole steroïden en analoge hormonen bij het beoefenen van "Bodybuilding" ;
- de erkenning (installatie) van keuringscentra en keuringsartsen ;
- het vastleggen van de leeftijdsgrenzen en bepalingen inzake het verplicht medisch onderzoek voor bepaalde sporttakken, inzonderheid de risicosporten ;
- het verder op punt stellen van de dopingcontroles ;
- het uitvoeren van controles op leeftijdsgrenzen en verplicht medisch onderzoek.

Knelpuntsituering

Een bijzondere uitdaging vormt het bovenmatig gebruik van anabole steroïden bij de bodybuilders. Op basis van het stijgend aantal dopingcontroles gedurende de laatste jaren en het groot aantal positieve gevallen zijn wij genoodzaakt werk te maken van een efficiënt georganiseerde aanpak van dit probleem.

Gezien de immense gezondheidsrisico's, verbonden aan het bovenmatig gebruik van deze producten, zullen de betrokken federaties op hun wettelijke en morele verantwoordelijkheden gewezen

worden. Verder zullen zij verplicht worden om hun medewerking te verlenen aan de bepalingen vervat in het decreet voor Medisch Verantwoorde Sportbeoefening.

Raakvlakken

Voor een aantal punten is het wenselijk het BLO-SO dat bij de toepassing van het decreet betrokken wordt.

Middelen

De uitvoering op korte en lange termijn leidt tot gevoelig hogere budgetten :

2. ANDERE DEELTERREINEN

2.1. Hart- en vaatziekten

De belangrijkste doodsoorzaak in België en in de EEG wordt gevormd door cardiovasculaire aandoeningen. De determinanten hiervoor zijn : te hoog cholesterolgehalte in het bloed, overgewicht, hoge bloeddruk, roken, eetgewoontes (te veel zout, te weinig vezels, alcoholgebruik), psychosociale factoren (stress), gebrek aan beweging. Om deze risicofactoren te doen afnemen zal het beleid volgende campagnes ondersteunen : antitabakcampagnes, verbetering van voedingswijze, promotie van fysieke activiteit. Hiertoe worden de noodzakelijke voorzieningen en actiecampagnes gestructureerd in het kader van het VIG (zie boven).

2.2. Ongevallen

Uitgedrukt in verlies aan levensjaren, komt de sterfte door ongevallen bij mannen op de eerste plaats, bij vrouwen op de derde plaats.

In de leeftijdsgroep tussen 15 & 24 jaar vormen de verkeersongevallen de voornaamste doodsoorzaak.

De determinanten hiervoor zijn persoonsgebonden (vb. ontwikkeling, lichamelijke toestand, psychische toestand, drankmisbruik), produktgebonden (vb. onveilige woning, slecht afgestelde gastoestellen) en omgevingsgebonden (vb. glad wegdek, mist). Tijdig herkennen en beheersen van de risicofactoren kunnen heel wat ongevallen voorkomen.

Het aanleren van veiligheidsattitudes, het leren herkennen van gevaarsituaties, goede fiets- en rijvaardigheid, het beperken van alcoholverbruik zijn van essentieel belang in de preventie van ongevallen.

Er is een projectmatige aanzet gegeven tot structurering van de verschillende instanties en initiatieven die hier actief zijn. Binnen de 2 jaar moet hieruit een samenwerkingsverband ontstaan, wat dan als B-voorziening worden opgenomen in het VIG.

2.3. Perinatale sterfte

Perinatale sterftecijfers blijken goed te correleren met het niveau van de Volksgezondheid en zijn zeker een objectieve maatstaf voor de kwaliteit van verloskundige en neonatale zorg. Mede in het licht van de dalende nataliteit verdient perinatale zorg de meeste aandacht. 80 % van de zwangerschappen verlopen ongestoord. Iedere zwangerschap kan echter op elk moment risicovol worden. Het opsporen van de risico's dient zo vlug mogelijk te gebeuren. Hier passen preventieve richtlijnen, betere verloskundige hulp, bevorderen van de algemene gezondheidstoestand. Socio-economische, culturele, opvoedkundige, demografische en andere factoren spelen eveneens een belangrijke rol. De bedoeling van perinatale zorg is een optimale begeleiding naar de bevalling toe en een adequate opvang van de moeder en de pasgeborene. Dit proces moet vroeger starten dan tijdens de zwangerschap. Anticonceptionele counseling en voorbereiding bij de jeugd door medisch schooltoezicht en GVO-programma's op school. Relatievorming en verantwoord ouderschap zullen ongetwijfeld een positieve bijdrage leveren in de preventie van perinatale sterfte en morbiditeit.

Vroegtijdige detectie van risico's in de zwangerschap veronderstelt een omschrijving van de risicogroep en de detectie ervan. Zowel de sociale situatie van de vader en de moeder (beroep, nationaliteit, huwelijksstatus e.d.) als meer fysiologische omstandigheden (genetische factoren, vruchtbaarheidsgedragingen, leeftijd van de moeder, tijdsperiode tussen twee bevallingen . . .) kunnen het verloop van een zwangerschap meer risicovol maken.

Een goede perinatale registratie kan helpen deze risico's beter te kwantificeren en het cumulatief effect van de diverse risicosituaties omschrijven. Het staat vast dat een regelmatige prenatale begeleiding op medisch en sociaal vlak bij deze omschreven risicogroepen een noodzaak is en dient gestimuleerd te worden.

Voor de detectie van de risico-zwangerschap zal een geïntegreerde aanpak noodzakelijk zijn. Een voorname rol is weggelegd voor de sociaal verpleegkundige van Kind & Gezin, de medici (gynaecologen en huisartsen), de apotheker, de sociale centra, de centra voor geboortenregeling en seksuele opvoeding, de centra voor levens- en gezinsvragen, de diensten voor geestelijke gezondheidszorg, de centra voor bijzondere jeugdzorg, de schooldirecties, de OCMW's.

De sociaal verpleegkundige van Kind en Gezin zal hierin een belangrijke coördinerende rol spelen. Naast psychische en sociale ondersteuning zal een stimuleren van medische prenatale raadplegingen noodzakelijk zijn. Dit kan ondermeer door een zwangerschapsboekje, waarin de voornaamste gegevens worden genoteerd en dat kan voorgelegd worden aan verschillende hulpverleners, om een continuïteit in de begeleiding na te streven.

2.4. Chronische aandoeningen : respiratoire aandoeningen en aandoeningen van het bewegingsstelsel

Deze aandoeningen komen zeer frekwent voor en tasten in belangrijke mate de levenskwaliteit van de chronische patiënten aan. Ziekte van het bewegingsstelsel veroorzaken een hoog medicatieverbruik, leiden tot werkonbekwaamheid, beperken de bewegingsvrijheid. Zeker bij bejaarden leidt dit, in combinatie met andere chronische aandoeningen tot verhoogde afhankelijkheid en zorg. Op vlak van de respiratoire aandoeningen passen aanmoedigen van niet-roken, vermijden van polluerende en allergiserende stoffen, een veilig werkmilieu. Op vlak van preventie van locomotorische aandoeningen passen campagnes voor preventie van osteoporose, fitheid bij bejaarden, fitheid bij jongeren en algemene bevolking.

2.5. Profylaxe van overdraagbare ziekten en vaccinatiebeleid

Situatieschets

Het aandeel van de overdraagbare aandoeningen in de mortaliteitscijfers is eerder beperkt en hun belang dreigt daardoor verwaarloosd te worden ; evenwel ten onrechte : door hun hoge frequentie veroorzaken zij een aanzienlijke aantasting van het „gezondheidskapitaal” van de gemeenschap. Daarbij zijn zij verantwoordelijk voor veelvuldig en soms langdurig absentisme met daaruit voortvloeiend een aanzienlijk economisch verlies. Hierbij moet eveneens de impact van de ziekte van het kind op het absentisme van de ouders in rekening gebracht worden.

Infectieziekten behoren in de meeste gevallen tot de gemakkelijk voorkomende mortaliteit en dit dank zij de thans beschikbare geneesmiddelen, waarbij zowel de preventieve als de curatieve middelen een grote evolutie hebben ondergaan.

Het bestrijden van infectieziekten situeert zich op twee niveaus waarvan het belang sterk verschilt volgens de frequentie, en de overdrachtswijze van en de beschikbare bestrijdingsmiddelen tegen de aandoening.

- 1" Het vroegtijdig opsporen van de ziekte en het treffen van maatregelen om de uitbreiding te voorkomen (zogenaamde brandweerpolitiek).
- 2" Het beschermen van grote bevolkingsgroepen door specifieke of algemene maatregelen (bv. verbetering van de openbare hygiëne, opvoeding en vaccinatiepolitiek).

Maatregelen op beleidsniveau

De opsporing en bestrijding van infectiehaarden veronderstelt een aangepaste wetgeving die een aangifteplicht oplegt, voor die ziekten waar maatregelen mogelijk zijn, en die de ambtenaren de bevoegdheid geeft efficiënt op te treden. Niette-

genstaande de aangifteplicht voor besmettelijke ziekten, wordt vaak een ander rapportering vastgesteld. Voorstellen tot verbetering van de wetgeving op dit terrein zijn op dit ogenblik in voorbereiding. Onder de „algemene maatregelen” denken wij vooreerst aan inentingcampagnes, en dit al naar gelang de aandoening gericht naar de algemene bevolking of naar specifieke risicogroepen dit op basis van de leeftijd, het beroep, de socioeconomische context waarin zij verkeren.

Wat tuberculose betreft wordt een dalende incidentie vastgesteld. Nochtans blijft waakzaamheid geboden bij risicogroepen zoals kontaktpersonen van sero-positieve patiënten, bejaardentehuizen, gedetineerden, asielzoekers. Actieve detectie door georganiseerde röntgenopsporing blijft te overwegen voor deze groepen.

De laatste jaren stelt met een toenemende associatie vast tussen actieve tuberculose en AIDS, en dit door het verminderd weerstandsvermogen van deze patiënten. Het V.R.G.T. (Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg) zal naast actieve opsporing van T.B.C. tevens oog moeten hebben voor deze associatie, en haar preventieve inspanningen deels hierop moeten richten.

De juiste keuze van de te voeren strategieën zijn hierbij belangrijk om de beschikbare middelen optimaal aan te wenden. Hoe dan ook, het budget dat hiervoor thans voorzien is, zal aanzienlijk moeten verruimd worden.

Een verbetering van de vaccinatiegraad tegen mazelen, bof en rubella, een hervaccinatie met dit trivalent vaccin op twaalfjarige leeftijd, het gratis en progressief ter beschikking stellen van de inenting tegen hepatitis B en tegen Hemophilus influenza B, kunnen een aanzienlijke verhoging van het huidige budget inhouden. Deze meeruitgaven wegen echter zeker op tegen de totale sociale kost van allerlei verwikkelingen.

Een volledige of gedeeltelijke terugbetaling van de entstoffen door het RIZIV op medisch voorschrift is een alternatief.

De Vlaamse Gemeenschap stelt momenteel de vaccins tegen rubella – bof – mazelen en tegen difterie – tetanus – kinkhoest gratis ter beschikking van de bevolking. Een andere bevoorradingsmogelijkheid is deze via de apotheker. Hier betaalt het RIZIV het vaccin gedeeltelijk terug. Conform de uitzondering voorzien in art. 5, § 1, I ; 2° van de Bijzondere Wet, is de verplichte vaccinatie tegen poliomyelitis federale materie gebleven. Het polio-vaccin wordt betaald door de federale begroting volksgezondheid, maar wordt verdeeld op dezelfde wijze als de vaccins, betaald door de Vlaamse overheid (via de gezondheidsinspektie). De verdeling van de vaccins via de gezondheidsinspektie moet behouden blijven, aangezien deze verspreiding meer garanties biedt voor een samenhangend vaccinatiebeleid voor de ganse bevolking. Bovendien kost een vaccin, aangekocht via de apotheker, en gedeeltelijk terugbetaald via de apotheker meer overheidsgeld dan een vaccin aangekocht door de Vlaamse Gemeenschap. Nochtans is globaal aankopen via het RIZIV door de Vlaamse Gemeen-

schap momenteel uitgesloten, vermits daarvoor medische voorschriften op naam nodig zijn.

Met het RIZIV zal onderhandeld worden over geprogrammeerde terugbetaling in het kader van de vaccinatiepolitiek van de Vlaamse Gemeenschap.

In de komende jaren moet nagegaan worden wat het nut is van vaccinatietechnieken in de strijd tegen hepatitis A en B, en tegen infectie met Hemophilus influenza type B. Verwacht wordt dat deze vaccinaties een belangrijk effect zullen hebben op de volksgezondheid. Dit gegeven moet ondersteund worden door kosten-baten analyses.

De te ramen kosten overschrijden echter in zeer ruime mate het huidige budget van de Vlaamse Gemeenschap voor vaccinatie (circa 55 miljoen).

Gezien het verwachte effect op mortaliteit en zeker op morbiditeit, moet nagegaan worden of deze vaccins voor terugbetaling in aanmerking komen door het RIZIV. Ook hier is overleg nodig tussen de Gemeenschappen en de federale overheid.

Tenslotte worden een aantal evoluties verwacht in verband met het samenbrengen van meerdere vaccins in één spuitje. Alhoewel deze samenstellingen duurder zullen uitvallen zal de compliance van de te bereiken groep groter zijn. Op deze manier wordt een hoger coveringspercentage bereikt.

2.6. Geestelijke gezondheid (psychisch lijden, zelfmoord, psychosomatiek, . . .)

Geestelijke gezondheid veronderstelt een afwezigheid van psychische stoornissen en de mogelijkheid van individuen om dagelijkse uitdagingen en sociale interacties aan te kunnen zonder emotionele of gedragsstoornissen als gevolg. Psyche-sociale problemen worden veelvuldig gesignaleerd door gezondheidswerkers. Het hoge verbruik van psychofarmaka wijst eveneens in deze richting. Het aantal zelfmoorden en zelfmoordpogingen is vanaf 1970 sterk gestegen. Geweldpleging op personen, kindermishandeling, seksueel misbruik van kinderen, vrouwen en mannen lijken ondergerapporteerd. Dit leidt tot psychisch leed en lichamelijk letsel.

Preventie op dit vlak zal vooral gericht zijn op programma's die probleemoplossende vaardigheden aanleren, opvoedings- en adviesprogramma's voor jongeren en volwassenen in risicosituaties, vroege opsporing van psychische problemen, slachtofferhulp. De uitgewerkte registratiesystemen van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg kunnen hier heel wat informatiemateriaal leveren.

We bevinden ons hier op het raakvlak tussen gezondheidszorg en welzijn. Wanneer we echter de ruime definiëring van gezondheid hanteren, geformuleerd door het W.H.O. kan hierrond geen probleem bestaan. Hier is dus een voorname rol weggelegd voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg, die geregeld en geïnstitutionaliseerd is via de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg. (B.V.E. 1988)

Dit moet gezien worden vanuit vier invalshoeken :

- * namelijk de 2de lijns-, gespecialiseerde psychosociale hulpverlening (dit valt buiten de nota preventieve gezondheidszorg) ;
- * de coördinerende rol ten aanzien van welzijns- en gezondheidszorg initiatieven binnen de regio ;
- * deskundigheidsbevordering ten aanzien van de eerste lijn en de zogenaamde mantelzorg (preventief werk, gericht op intermediairen ;
- * invulling geven aan de eigen preventieve taak.

Deze is, weliswaar weinig omschreven, opgenomen in de taakomschrijving van het B.V.E. De diensten hebben dit vrij autonoom en divers ingevuld, waarbij „primaire, secundaire en tertiaire” preventie worden uitgebouwd, allemaal onder de noemer van wat in wezen werd bedoeld met een voorkomingsbeleid.

Het is aangewezen dat, op basis van de aanwezige deskundigheid en in aansluiting met het curatieve werkveld, een volwaardig preventief instrument wordt uitgebouwd binnen deze sector.

Hiertoe is reeds een aanzet gegeven via het betoelagen van een 3-jarig project ‘visie en methodiek-ontwikkeling’ van de Federatie van Geestelijke Gezondheidszorg. Dit loopt binnen de geformuleerde oproep voor projecten, voorzien in het B.V.E. juni 1991 inzake gezondheidspromotie.

2.7. Tandcariës en tandvleesziekten

Op preventief vlak is vooral voorkomen van tandcariës aan de orde. Dit probleem stelt zich reeds op zeer jonge leeftijd en neemt toe met het ouder worden. Er wordt vastgesteld dat regelmatig preventief onderzoek bij de tandarts en een goede tandhygiëne, cariës voor een goed deel kunnen voorkomen.

Preventieve acties zullen dan ook stimulering van het preventief tandartsbezoek, gebruik van goede tandpasta en goede mondhygiëne inhouden. Eveneens moeten goede eetgewoontes worden onderhouden zoals : vermijden van zoetigheden tussen de maaltijden en tandenpoetsen na gebruik van zoet.

IV. SPECIFIEKE DOELGROEPEN MET VERHOOGD GEZONDHEIDSRISICO

Een preventief gezondheidsbeleid in termen van risicogroepen houdt een aantal gevaren in. Niet in de eerste plaats dat van de stigmatisering van de doelgroep ten aanzien van de totaliteit van de samenleving. Dit resulteert bij de doelgroep vaak in een defensieve reflex van de doelgroep die zich voor alle initiatieven gaat afsluiten.

Een ander gevaar is dit van de „oververzadiging” ; een teveel aan boodschappen of interventies, ge-

richt op een exclusieve groep leidt ook tot defensiviteit.

Toch zijn er in onze samenleving een aantal groepen met een specifiek gezondheidsrisico. Rekening houdend met bovenstaande mechanismen moet in alle omzichtigheid en vooral structureel-preventief ingegrepen.

1. JONGEREN

Sociaal psychologisch en ontwikkelingspsychologisch zijn jongeren voor gezondheidsbevorderende strategie een belangrijke doelgroep. Ze zijn “gemakkelijk,, beïnvloedbaar. We realiseren grotere “winst,, bij positief resultaat van gezondheidsbevorderende programma’s (vroeg geleerd – oud gedaan). Aangezien zij zich in een fase van “leren,, en experimenteren bevinden, vertonen zij meer risicogedrag.

We moeten hierbij echter beseffen dat “gezondheid,, geen vanzelfsprekende en universeel aanwezige waarde is voor deze doelgroep. Daarom moeten we hier zeker voldoende aandacht besteden aan de vertaling van dit concept, naar voor jongeren relevante domeinen en activiteiten. Er dienen weloverwogen programma’s daartoe uitgewerkt, waarbij gebruik gemaakt wordt van voor jongeren representatieve netwerken ter beïnvloeding. Hierbij dient ook gezorgd voor een maximale participatie van en interactie met de doelgroep, (peer-education).

Hiertoe zijn er heel wat geschikte organisaties en voorzieningen aanwezig in het praktijk veld.

Mogelijke invalshoeken

- * Uit onderzoek blijkt hoe er zich een vrij massaal geneesmiddelengebruik (en -misbruik ?) blijkt voor te doen bij jongeren.

Een kritische houding is hier zeker vereist. Zowel mbt. dit verbruik op zichzelf, als wat betreft de invloed dat een dergelijk patroon heeft op het ontwikkelen door de jongeren van een brede waaier van vaardigheden ten aanzien van probleemoplossend vermogen in de fysieke en psychologische sfeer. Hierop ingrijpen lijkt gezien de omvang en manier van gebruik een noodzaak vanuit een globaal gezondheidsbevorderende bezorgdheid. De gegevens van dit onderzoek kunnen als basis dienen om na te gaan op welke manier hier kan worden ingegrepen. De verschillende betrokkenen en beroepsgroepen uit de sector dienen hierbij betrokken te worden (artsen, apothekers, MST, farmaceutische industrie, ...)

- * Aangezien jongeren geconfronteerd worden met voor hen nieuwe en vaak boeiende aspecten uit de samenleving, waarbij experimenteel gedrag en zoeken naar alternatieven belangrijk zijn, vertonen zij vaak zogenaamde “risicogedragingen,, . Ten aanzien van verschillende van deze onderkende risicogedragingen [(omgaan met genotsmiddelen zoals alcohol, illegale drugs, T.V., gokken, . ..). sexualiteit, voeding, verkeer, . . .]

dient meer en meer gestreefd naar een strategie van algemene "leefstijl beïnvloeding,, , naar het verhogen van vaardigheden in het omgaan met risicohoudende maar onvermijdbare facetten en aspecten uit onze samenleving.

Programma's tot het aanleren van algemene sociale en relationele vaardigheden, leren omgaan met "sociale druk,, en ontwikkelen van algemeen geldende "probleem oplossende,, -attitudes.

2. BEJAARDEN

In het kader van de vergrijzing van de bevolking en vanuit de bezorgdheid voor de levenskwaliteit van mensen, vormen bejaarden ook steeds meer een groeiende risicogroep.

Wellicht kan hier het omgekeerde gesteld worden van wat we m.b.t. de jongeren poneerden ; sociaal psychologisch en ontwikkelingspsychologisch zijn bejaarden voor gezondheidsbevorderende strategieën niet meer zo gemakkelijk beïnvloedbaar.

Hiertoe zullen, in nauw overleg met de zorgverlenende sector, modellen dienen ontwikkeld die gezondheidsbevorderend zijn voor deze groep. Veel- eer zal hier met intermediairen-zorgverschaffers moeten gewerkt worden.

3. MIGRANTEN

Voor wat gezondheidszorg en gezondheidsbevorderende initiatieven betreft, vormen de migranten (etnische minderheden) een specifieke groep. Zij zijn als het ware "meervoudig maatschappelijk kwetsbaar,, .

We onderkennen 3 fundamentele probleemvelden.

De complexe migrantenproblemen vinden vaak hun vertaling in individueel geuite gezondheidsproblemen of gezondheidsrisico's. De maatschappelijke achterstellingspositie van migranten zorgt ervoor dat zij meer dan andere bevolkingsgroepen geconfronteerd worden met gezondheidsrisico's, te wijten aan slechte huisvesting, gevaarlijk of ongezond werk, werkloosheid ed.

De gezondheidszorg kan hier vaak slechts ten dele op inspelen. Preventief gezondheidsbeleid moet dan ook aangevuld worden met structurele maatregelen op diverse terreinen, die de oorzaken van deze specifieke gezondheidsrisico's bestrijden.

Door zijn marginale positie kan deze groep slechts beschikken over een beperkt aantal kanalen ten aanzien van de totaliteit van preventieve (en curatieve) gezondheidssystemen.

Bij deze groep is tenslotte bijna steeds sprake van een duidelijke taal- en cultuurbarrière welke communicatie en interventie bemoeilijkt.

Het Centrum voor Etnische Minderheden en Gezondheid moet nauw betrokken worden bij het coördineren van initiatieven voor gezondheidspromotie, bij migrantengroepen.

Prioritaire invalshoeken kunnen hier zijn :

- * aanvullend onderzoek inzake perinatale problematiek met bijkomend het operationaliseren van de opties genomen binnen Kind en Gezin ;

Naast medische, demografische, socio-economische factoren en leef- en werkomstandigheden, spelen etnische en cultuurfactoren een rol in de vruchtbaarheidsgedragingen en zwangerschapsbeleving. Op zijn beurt is dit medebepalend in de omvang van de perinatale mortaliteit.

Om dit fenomeen te kunnen analyseren zal bij de registratie van de morbiditeits- en mortaliteitsgegevens een aanduiding moeten gebeuren van de socie-economische en etnische factoren.

De zwangerschapsgedragingen binnen deze bevolkingsgroep moeten geoptimaliseerd worden (bvb. regelmatig op prenataal onderzoek komen, aangepaste gezondheidsvoorlichting). Dit vergt een actieve aanpak van Kind en Gezin en andere gezondheidsorganisaties op lokaal niveau én met ervaring in de migrantenproblematiek.

- * specifieke acties i.v.m. veiligheid op het werk, in de woning en preventie van beroepsziekten ;
- * inschakeling van interculturele bemiddelaars in de gezondheidszorg in diverse eerstelijnsdiensten om de taal en cultuurdrempels voor migranten in gezondheidsinstellingen te overwinnen en hun participatie te verbeteren. Het experiment met de interculturele bemiddelaars zal, op basis van de lopende evaluatie, structureel worden uitgebreid in de eerste lijn ;
- * aangepaste programma's m.b.t. seksuele voorlichting en relatiebekwaamheid ruimer opstellen dan dat de AIDS-campagnes tot nu voorzien.

4. KANSARMEN – MAATSCHAPPELIJK KWETSBAREN

De maatschappelijk kwetsbaren kenmerken zich door het feit dat zij omwille van individuele en/of meer structureel-maatschappelijke factoren geen of, een verminderde toegang krijgen tot maatschappelijke voorzieningen, tot diverse cultuurproducten en tot de mechanismen en procedures die waarden, normen en maatschappelijke regeling beïnvloeden.

De kwetsbaarheid kan zich op één of meerdere terreinen manifesteren :

- sociaal-economisch
- cultureel
- lichamelijk functioneren
- financieel
- psychisch functioneren

Door zich op één of meerdere van deze terreinen in een verzwakte positie te bevinden worden mensen geconfronteerd met verhoogde drempels t.a.v. de meest diverse gezondheidsbevorderende facetten uit de samenleving. Er dient dan ook een aanzet gegeven tot het ontwikkelen van programma's die meer op structurele factoren inwerken en alge-

meen drempelverlagende effecten gaan ressorteren waardoor gezondheidsbevorderende situaties en voorzieningen beter bereikbaar worden. Een loutere toevoeging van voorzieningen zal hier ongelijkheid alleen maar in de hand werken.

De wijkgezondheidscentra (WGC) als interdisciplinaire samenwerkingsverbanden vervullen een specifieke en waardevolle rol, meer in het bijzonder m.b.t. het ontwikkelen van brede gezondheidsbevorderende programma's t.a.v. maatschappelijk kwetsbaren.

Ze zijn een belangrijk instrument in de wijkgerichte werking m.b. t. gezondheidsbevorderende interventies. Concrete erkenning en financiering van deze potentieel waardevolle instanties bleef tot nu toe achterwege. Enkel partiële, projectmatige GVO-initiatieven werden betoelaagd.

Samen met het VIG en met de bevoegde Administratie dient onderzocht te worden of deze WGC's als lokale multidisciplinaire samenwerkingsverbanden kunnen in aanmerking komen voor erkenning en financiering op lange termijn.

Binnen het kansarmoedebestrijd zitten mogelijkheden om lokale, wijkgebonden projecten, die een algemene gezondheidsbevorderende strategie mee inbouwen, te ondersteunen en/of te laten ontwikkelen.

De lokale besturen (gemeente-OCMW) kunnen een rol spelen in het revitaliseren van ondersteunende sociale netwerken via de wijkontwikkelingsplannen (zie ook netwerken).

Toekomstige subsidiëring en erkenning van voorzieningen en projecten moeten in eerste instantie deze doelgroep kunnen ten goede komen.

Er moet vermeden worden dat ook ten aanzien van deze doelgroep versnipperd en al te projectmatig wordt gewerkt.

Er kan worden overwogen om als voorwaarde voor betoelaging de specifieke aandacht voor de doelgroep en het aangepast zijn van het programma aan de vereisten van de doelgroep als prioritaire criteria te hanteren en deze op die manier voor een deel afdwingbaar te maken.

V. NETWERKEN ALS HEFBOMEN VOOR HET ONTWIKKELEN VAN GEZONDHEIDSBEOVORDERENDE STRATEGIEËN

De hier ontwikkelde visie op gezondheidspromotie stelt dat gezondheid en gezondheidsbevorderende strategieën multiaaspectueel zijn. Dit betekent dat zoveel mogelijk rekening moet worden gehouden met de globaliteit van de situatie. Gezondheid wordt door vele clusters van factoren bepaald.

Dit heeft een aantal implicaties.

- 1) Het gericht zijn op samenwerkingsverbanden en coördinatie. Hieraan is op andere plaatsen van deze nota reeds heel wat aandacht besteed.

- 2) Het gericht zijn op het gehele leef-, woon- en werkmilieu van de doelgroepen of beter nog van de totale populatie.

Naargelang deze netwerken zich dicht bij het individu ontwikkelen kunnen we hierin gradaties aanbrenge.

Deze gradatie verwijst dan niet zozeer naar belangrijkheid als wel naar implicaties voor manieren van handelen, naar de noodzaak voor het ontwikkelen van verschillende methodieken.

Bij de netwerken die vrij nauw bij het individu en dan ook heel sterke invloed kunnen uitoefenen verdienen er vier bijzondere aandacht.

1. DE SCHOOL

De school is zeker voor jongeren maar ook voor de daar actieve professionals een leefgemeenschap/netwerk van waaruit heel wat beïnvloeding vertrekt. De school is veel meer dan een instrument voor het aanbieden van leerstof.

Er zal onderzocht worden, samen met de bevoegde Vlaamse minister en met de andere betrokkenen welke de mogelijkheden zijn om via de organisatie van het totale schoolse gebeuren gezondheidsbevorderend te gaan werken.

Geprivilegieerde partners hierin zijn zeker de équipes Medisch Schooltoezicht en de PMS-centra. Eventuele herorganisaties of herdefinities van opdrachten van deze instanties, dienen mee in het perspectief van de hier gehanteerde "netwerkdachte," ontwikkeld.

In dit licht wordt heel wat verwacht van het pilootproject "Gezonde School," dat door Proges wordt uitgevoerd. Na afloop en evaluatie van dit tweejarig project moet dan worden nagegaan hoe de ontwikkelde methodieken en organisatievormen kunnen worden getransfereerd naar alle onderwijsinstellingen.

2. DE VRIJE TIJDSSECTOR

Dit brede en niet altijd duidelijk gestructureerde terrein wordt weinig of niet beïnvloed door de georganiseerde preventiewerkers, nochtans manifesteren zich hier heel wat (onderschatte) gezondheidsrisico's.

In samenwerking met de socio-culturele sector zal gezocht worden naar nieuwe en originele modellen van actie die toegang verschaffen tot dit terrein. Via de verschillende organisaties werkzaam op het terrein van cultuur, bijzondere jeugdzorg, sportbeoefening (BLOSO), zal een aanzet gegeven worden tot "bundeling," van de vele verspreide middelen en mogelijkheden.

Ook modellen uit de meer "curatieve," sfeer (straathoekwerkers o.a.) kunnen hier bruikbare deskundigheid leveren.

Een netwerk dat zich reeds wat verder van het individu af manifesteert is de LOKALE LEEFGE-MEENSCHAP.

Het beleid **van** een stad of gemeente heeft heel wat mogelijkheden tot het ontwikkelen van algemene gezondheidsbevorderende netwerken. Vaak bestaat er op dit beleidsniveau met betrekking tot gezondheidspromotie echter nog een leemte.

De doelstellingen van een dergelijk netwerk moeten minstens het volgende inhouden :

- stimuleren van preventieve en gezondheidsbevorderende initiatieven op het lokaal niveau ;
- onderhouden van contact en het uitwisselen van ervaringen tussen de verschillende initiatieven ;
- het zorgen voor wetenschappelijke begeleiding van dergelijke initiatieven ;
- het verzorgen van “topic,, georiënteerde samenkomsten waarop knelpunten in de werking op het lokale niveau kunnen besproken worden.

De zich recentelijk formerende initiatieven met betrekking tot “Gezonde Steden en Gemeenten,, (Healthy Cities) verdienen dan ook alle aandacht. Het beleid zal hier in eerste instantie visie- en methodieontwikkeling ondersteunen. Dit kan gebeuren in samenspraak met het VIG, via het formuleren van specifieke oproepen in die zin.

3. LEEFMILIEU

Het ecologisch denken dat stilaan vorm geeft aan het milieubeleid loopt volledig parallel met het globaal denken dat gehanteerd wordt inzake preventief gezondheidsbeleid. De parallellen in het denken zijn nog maar weinig vertaald in gelijklopende beleidslijnen.

Om tot een afstemming van beiden te komen lijkt in eerste instantie de gezondheidsinspectie een waardevolle en goed gesitueerde partner. De samenwerking van deze inspectiedienst met de leefmilieu-inspectie en de Administratie voor leefmilieu zal in dit kader worden aangemoedigd.

In overleg met de Administratie en met de Vlaamse minister, bevoegd voor leefmilieu zullen werkmodellen ontwikkeld worden, die zorg voor het milieu en zorg voor de gezondheid koppelen. Naar aanleiding van een aantal acute problemen is hiertoe reeds een aanzet gegeven. (loodintoxicatie, bodemverontreiniging . . .)

Vanuit deze ervaringen en vanuit modellen ontwikkeld door de W. G.O. moet de casuïstiek worden verlaten om te komen tot meer gestroomlijnde acties.

Gezondheidseffect-rapportering in analogie met de milieueffectrapportering is een tweede beleidslijn dat moet ontwikkeld worden.

Uitbouwen van dit werkveld, vanuit de bestaande administratie zal een toename van middelen, en een verschuiving van personeel nodig maken.

Er dient onder andere overwogen of het VRGT hierin een nieuwe taakinvulling kan krijgen. De bestaande deskundigheid inzake cara-problemen (luchtvervuiling) en hun provinciale steunpunten zijn hier alvast belangrijke troeven.

De wisselwerking tussen milieu en gezondheid is anderzijds een uitgelezen thematiek voor een gedecentraliseerde aanpak op het niveau van lokale besturen en/of provinciale overlegplatforms.

4. ARBEIDSMILIEU

De werkplaats is een bijzonder belangrijk netwerk, waarlangs de Vlaamse Gemeenschap een gezondheidsbevorderend beleid kan voeren. Niet alleen omwille van het feit dat het werk voor vele mensen een groot gedeelte van hun tijd besteden die hun sociale karakter bepaald, maar bovendien omwille van de gezondheidsrisico's die veroorzaakt worden door het arbeidsmilieu zelf. Naast de particuliere organisatie, die werkzaam zijn in het kader van de primaire gezondheidspreventie, moet in dit kader vooral gewerkt worden via de arbeidsgeneesheren en de arbeidsgeneeskundige diensten en moeten en samenwerkingsinitiatieven met de comités voor veiligheid en gezondheid worden opgezet. In het kader van het VIG zal gewerkt worden aan de uitbouw van een voorziening mbt. het arbeidsmilieu, die de betrokken partners op dit terrein coördineert en structureert.

Vooreerst moet het duidelijk zijn dat arbeidsgeneeskunde een belangrijke tak van de preventieve gezondheidszorg is. Binnen een goed uitgebouwde arbeidsgeneeskundige dienst wordt er zeker aandacht besteed **aan** punten die de Vlaamse Gemeenschap nauw aan het hart liggen : preventie van arbeidsgebonden kankers (chemisch of fysisch geïnduceerd), campagnes rond drug- en alcoholgebruik op het werk, psychische aspecten van arbeid enz.. . Verder is het belangrijk te vermelden dat de arbeidsgeneeskunde bij wet een groot deel van de bevolking bereikt, met name alle werknemers.

1. Situatieschets

1.1. Stand van zaken en korte termijnontwikkeling

Sinds 1980 zijn de gemeenschappen bevoegd voor de erkenning van de arbeidsgeneeskundige diensten, de controle op de naleving van de erkenningsvoorwaarden en het eventueel intrekken van erkenningen van diensten. Het grootste takenpakket inzake arbeidsgeneeskunde wordt echter nog steeds door de federale overheid (Minister van Tewerkstelling en Arbeid) uitgevoerd. Tot op dit moment ontbreekt iedere uitwisseling van informatie tussen de twee bevoegde instanties, hetgeen de goede werking duidelijk hypothekeert.

Om te komen tot een betere, snellere en meer volledige uitvoering van de overheidstaken inzake arbeidsgeneeskunde dienen er op korte termijn twee wegen bewandeld te worden :

1. vooreerst is het wenselijk dat er met het federale Ministerie van Tewerkstelling en Arbeid een samenwerkingsakkoord tot stand komt. Dit is noodzakelijk om tot een efficiënte uitwisseling van informatie betreffende de (werking van de) arbeidsgeneeskundige diensten te komen. De voorbereidende besprekingen over een dergelijk samenwerkingsakkoord zijn onlangs, na een jarenlange onderbreking, terug op gang gekomen ;
2. binnen de Vlaamse Gemeenschap moet werk gemaakt worden van het toetsen van de bestaande erkenningsvoorwaarden, welke uit de zestiger jaren dateren, aan de huidige noden en kennis inzake het uitoefenen van een kwalitatief hoogstaande arbeidsgeneeskunde. Uit deze toetsing zullen ongetwijfeld suggesties naar voor komen voor het aanpassen van de voorwaarden ;
3. een derde taak is zeker een degelijke controle van reeds erkende diensten uit te bouwen, zowel naar kwaliteit van de werking als naar het gebruik van de beschikbare middelen. Dit veronderstelt de uitbouw van een eigen arbeidsgeneeskundige equipe binnen de Vlaamse Gemeenschap en de ontwikkeling van overleg- en samenwerkingsplatforms tussen de diverse (Federale en Vlaamse) inspectiediensten.

1.2. Lange termijnperspectief (10 – 25 jaar)

Binnen de Vlaamse Gemeenschap wordt arbeidsgeneeskunde vooral gezien als een tak van de preventieve gezondheidszorg. Dit betekent dat zij moet behoren tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen. Bij het Federale Ministerie van Tewerkstelling en Arbeid is men van mening dat arbeidsgeneeskunde vooral tot het sociaal recht behoort en dus duidelijk een Federale bevoegdheid is. Het gaat immers om een verplichting die aan de werkgever wordt opgelegd ten overstaan van zijn werknemers. Deze verschillende visie brengt met zich mee dat het geen eenvoudige zaak zal zijn de lange termijnoptie concreet door te voeren.

Het uiteindelijk doel van deze lange termijnoptie moet zijn het ontwikkelen van een coherent beleid inzake gezondheid binnen en buiten het arbeidsmilieu. Hierbij zijn zowel de samenwerking met de Federale bevoegdheden op het vlak van het arbeidsrecht en de collectieve arbeidsverhoudingen, als de band tussen arbeidsplaats en omgeving van de bedrijven (leefmilieu-woonmilieu) van essentieel belang.

2. Programmeringsgegevens

2.1. Beleidsprioriteiten voor de lopende regeerperiode

- opzetten van een samenwerkingsplatform van initiatieven die een werking, ontwikkelen mbt.

gezondheidspromotie via de bedrijven in het kader van het VIG ;

- tot stand komen van een samenwerkingsakkoord met het ministerie van Tewerkstelling en Arbeid (art. 92 bis van de bijzondere wet van 8 augustus 1980) ;
- opbouwen van een arbeidsgeneeskundige equipe binnen de Vlaamse administratie om de toetsing van de erkenningsnormen uit te voeren en te starten met een echte controle van reeds erkende diensten (kaderaanpassing noodzakelijk).

2.2. Lange termijnvisie

- herzien en aanpassing van huidige erkenningsnormen voor arbeidsgeneeskundige diensten aan de hedendaagse noden : hierbij denken we op termijn vooral aan het invoeren van een grotere multidisciplinariteit in de diensten, herzien van de sanctiemogelijkheden van de overheid en het beperken van de erkenningstermijn van de diensten in de tijd (voorstel van decreet tot wijziging van de erkenningsnormen voor arbeidsgeneeskundige diensten) ;
- verbreden van de werking van de arbeidsgeneeskundige diensten naar ruimer preventiewerk.

5. LOKALE BESTUREN

1. Situering

Het W.H.O.-project “Healthy Cities,, zit in zijn tweede fase (1993-1997). De eerste fase verliep van 1987 tot 1992. De enige Vlaamse Stad die erkend werd als “Healthy City,, is Mechelen, maar deze erkenning dateert pas van september 1991, zodat slechts aan het einde van fase 1 de eerste contacten met andere steden binnen het netwerk tot stand kwamen.

Inmiddels werd in de structuren voorzien zoals aangegeven door de W.G.O. (Politieke Stuurgroep, Intersectorieel Comité Gezondheidszorg, Ambtenarenwerkgroep, Forum Gezondheidszorg) en werd het “project-secretariaat,, opgestart.

Dit alles is nog vrij recent. De coördinatie en de uitbouw van een Vlaams Netwerk dient nog aangevat. De uitbouw van een Vlaams Netwerk van Gezonde Steden wordt gespreid over verschillende jaren. Doelstelling is om binnen een tijdspanne van 5 jaar in elke Vlaamse provincie minstens één “gezonde stad,, te kunnen installeren. In de Stad Genk en Antwerpen werd trouwens reeds een aanzet gegeven tot het ontwikkelen van een gezonde stedenbeleid.

Op basis van provinciaal gestructurende ondersteunings- en overlegplatforms zullen werkingsmodellen ontwikkeld worden die – aangepast aan de lokale situatie – kunnen overgenomen in alle “gezonde steden,, . Daarnaast wordt onderzocht op

welke manier de aanpak op basis van gezondheids-regio's, zoals die ontwikkeld wordt door het Provinciaal Instituut voor Hygiëne in de Provincie Antwerpen kan veralgemeend worden.

In het najaar 1992 werd binnen de W.G.O. ook het project "Regions for Healthy Network,, opgestart. De Vlaamse Gemeenschap behoort tot de stichtende leden. De doelstellingen lopen grotendeels parallel met deze van de "Healthy Cities,,.

2. PROGRAMMERINGSGEGEVENS

1993 :

- verdere uitbouw van projectstad 'Mechelen' : uitbouw van projectsecretariaat, deelname aan symposia en conferenties in het kader van het internationaal WGO-netwerk, opzetten van lokale onderzoeken en acties mbt. gezondheidsbeleid ;

- aansluiting van de Vlaamse Gemeenschap bij het "Regions for Health Network,,.

1994 :

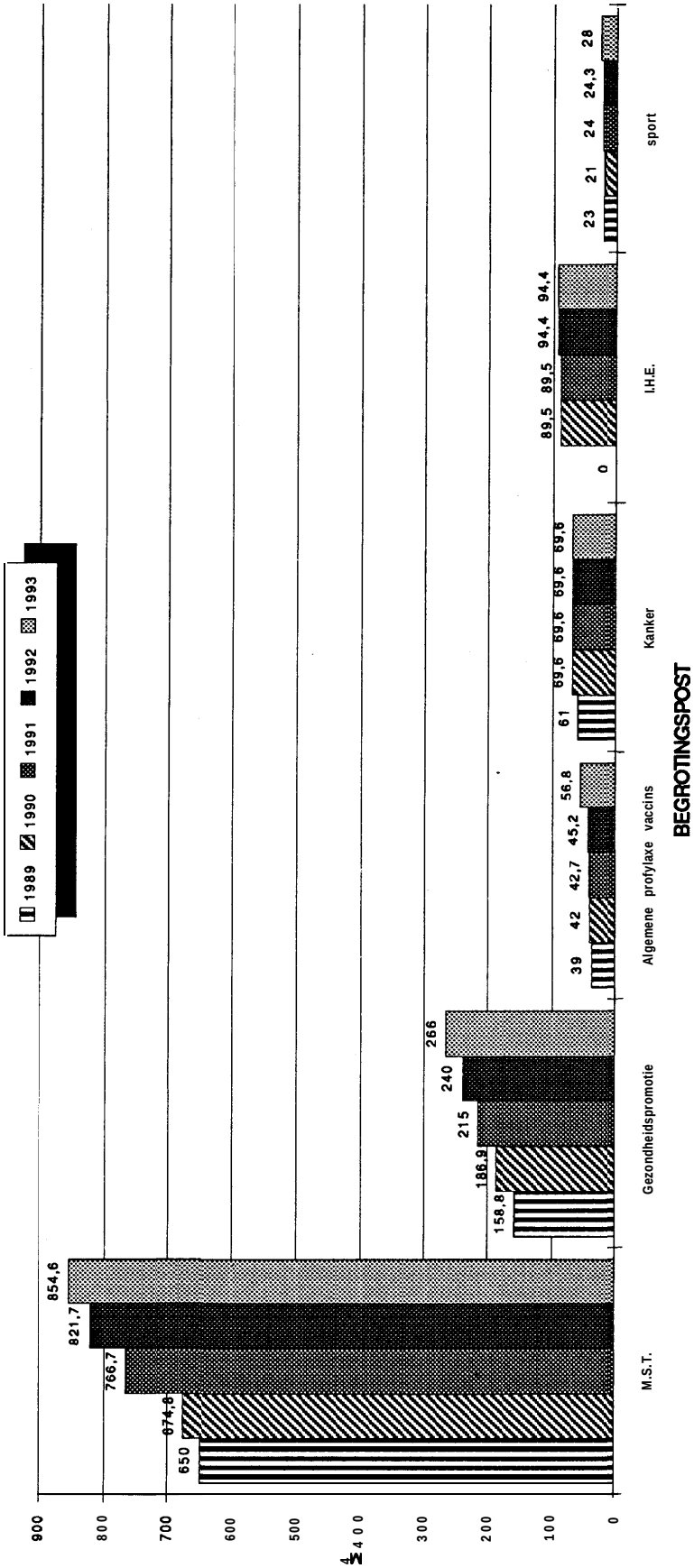
- opstarten van overlegplatforms voor de uitbreiding van het "Healthy Cities,, - concept naar andere Vlaamse (centrum-) steden ;
- uitwerking van bruikbare werkingsmodellen ; ontwikkeling van een "multi-city actionplan,, rond bepaalde gezondheidsthema's ;
- opzetten van plaatselijke onderzoeken en initiatieven in deze "gezonde steden,,.

1995 :

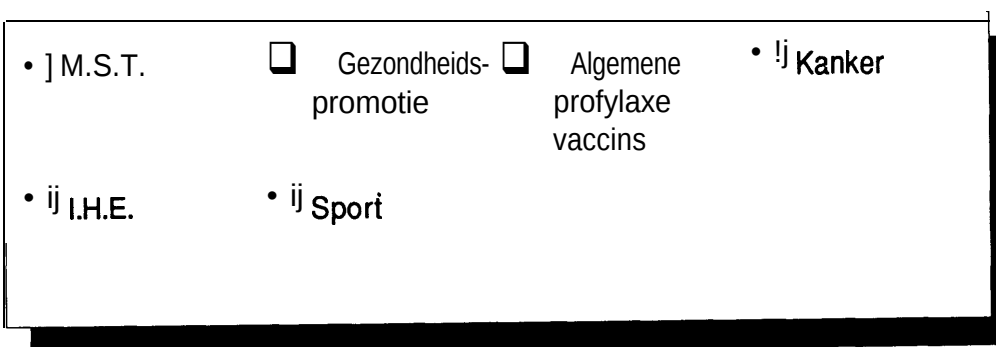
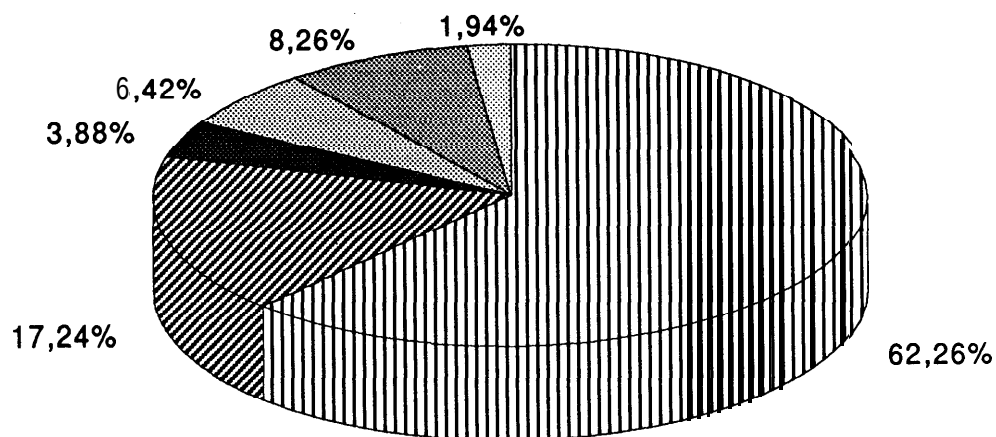
- uitbouw van een Vlaams Netwerk van Gezonde Steden ;
- ontwikkeling van partnerships met landen van Centraal- en Oost- Europa.

BIJLAGEN

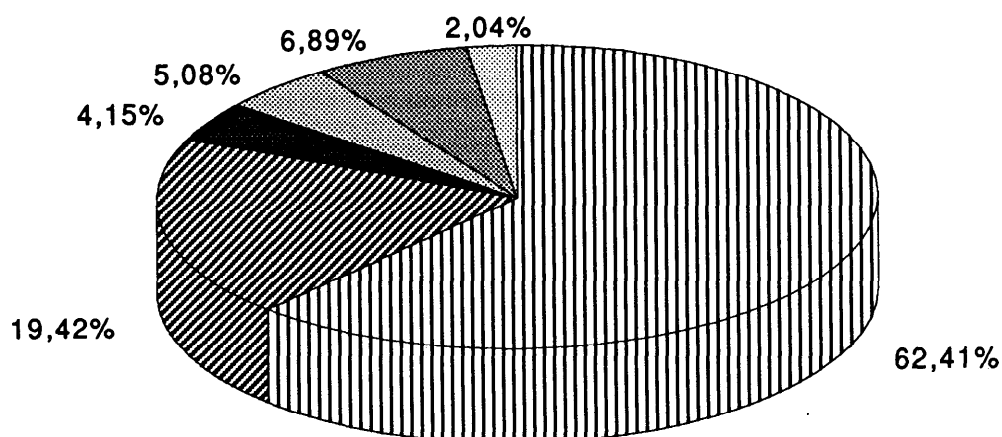
EVOLUTIE BELANGRIJKSTE BEGROTINGSARTIKELS



VERDELING BELANGRIJKSTE BEGROTINGSARTIKELS 1990



1993



VERKLARING VAN DE AFKORTINGEN

S.P.E.	: Studiecentrum Perinatale Epidemiologie
M.S.T.	: Medisch Schooltoezicht
MONICA	: Multinational Monitoring of trends and determinants in cardiovascular diseases
VIG	: Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie
VAPZ	: Vlaamse Adviescommissie voor Perinatale Zorgen
VACK	: Vlaamse Adviescommissie voor Kankerpreventie
c o o v	: Centrum voor Operationeel Onderzoek in de Volksgezondheid
IHE	: Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie
WVWH	: Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen
V.E.L.O.	: Vlaams Eerstelijnsoverleg
HIV	: H uman Immunodeficiency Virus
IPAC	: Interprovinciaal Aidscoördinaat
STAG	: Stichting Aidsgezondheidszorg
FCGSO	: Federatie van Centra voor Geboorteregeling en Sexuele Opvoeding
FCLG	: Federatie van Centra voor Levens- en Gezinsvragen
VAD	: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen
PMS	: Psychomedisch Schooltoezicht
VMSI	: Vereniging van Medisch Sociale Instellingen
FDGGZ	: Federatie van Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg
PAC	: Provinciaal Aidscoördinaat
RIZIV	: Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
WGO	: Wereldgezondheidsorganisatie
Contact tracing	: Kontaktopsporing
Cytopathologie	: Abnormale bevindingen ter hoogte van de menselijke cel
BWK	: Belgisch Werk tegen Kanker
Anatomopathologie	: Abnormale bevindingen ter hoogte van het menselijk weefsel
VRGT	: Vereniging voor respiratoire gezondheidszorg en tuberculosebestrijding
WGC	: Wij k gezondheidscentra
