

VLAAMSE RAAD

ZITTING 1990-1991

7 JUNI 1991

BELEIDSBRIEF

Gezondheidspromotie : een aanbod en een uitdaging

ingediend
door de heer H. Weckx,
Gemeenschapsminister van Volksgezondheid
en Brusselse Aangelegenheden

INHOUDSTAFEL

	Blz.
Inleiding	3
Curatieve geneeskunde	3
Internationale ontwikkelingen	4
Europa neemt zijn tijd	6
Vlaanderen	8
15 jaar GVO : Versnippering en gebrek aan evaluatie	10
Huidige aanpak	
A. Regeringsverklaring van de Vlaamse Executieve	11
B. Gezondheidsmonitoring	13
C. Beleidsvoorbereidend onderzoek	15
De nieuwe leest : gezondheidspromotie	17
Krachtlijnen van een nieuw beleidskader	
A. Verbreding van het maatschappelijk draagvlak	17
B. Planning en prioriteitenkeuze	18
C. Kwaliteitsbewaking	18
D. Coördinatie	19
E. Rechtszekerheid	19
F. Open en flexibele opbouw	20
Concretisering	
A. Het reglementaire kader	20
B. Het institutionele kader	21
C. Het budgettaire kader	22
Algemeen besluit	23
Bijlagen	
Bijlage 1 : Visietekst : Het preventiewerk voor alcohol- en andere drugproblemen	25
Bijlage 2 : Aids-preventie in Vlaanderen	33

Inleiding

Gezondheid is ~~een~~ van de hoogste determinanten van het menselijk bestaan. Ze bepaalt in grote mate de levenskwaliteit en is er ook een belangrijke voorwaarde toe. Elk individu streeft er in principe naar zijn gezondheid te bewaren, te verkrijgen of te herstellen.

Het belangrijkste hulpmiddel daartoe is steeds de geneeskunde geweest, die een alsmaar uitgebreider arsenaal aan middelen en mensen ter beschikking stelde. De geneeskunde boekte in de voorbije tientallen jaren een spectaculaire vooruitgang. Dank zij de ontwikkeling van medische technologie en geneesmiddelen, lukte men er in de belangrijkste infectieziekten te overwinnen, de levenskansen te vergroten en de gemiddelde levensduur aanzienlijk te verlengen.

In de euforie van de economische hoogconjunctuur, kreeg de geneeskunde haast ongebreidelde mogelijkheden.

De staat zorgde daarvoor, want hij stond in voor het welzijn van zijn burgers. De term "verzorgingsstaat" dateert uit die periode. De groei van de gezondheidszorg ging gepaard met een sterke medicalisering van de samenleving. Wel-zijn werd gelijkgesteld aan gezond-zijn. Het vertrouwen in de medische mogelijkheden leek grenzeloos.

CURATIEVE GENEESKUNDE SLECHTS EEN ZIJDE VAN DE GEZONDHEIDSMEDAILLE

Mede onder invloed van de economische crisis in de jaren zeventig, werden kanttekeningen gemaakt bij de opdrachten van de verzorgingsstaat en werd de specialistische hulpverlening enigszins gerelativeerd.

De zeer hoge investeringen in de bio-medische research en de medische technologie contrasteerden schril met de beperkte inspanningen voor de preventieve geneeskunde. Vanuit de bekommernis voor de betaalbaarheid in de toekomst werden signalen opgevangen om ook te investeren in de "vóór-zorg", het voorkomen van ziekten en aandoeningen.

Bovendien hadden zich intussen nieuwe noden en behoeften ontwikkeld.

Als gevolg van de gewijzigde leef- en werkomstandigheden en de verlengde levensduur, ontstonden andere ziektepatronen en werden andere doodsoorzaken **meer** dominant. Hart-en vaatziekten, kwaadaardige gezwellen, aandoeningen van luchtwegen en bewegingsstelsel, ongevallen, verslavingsziekten, psychische **problemen...waren** de meest voorkomende kwalen geworden en de belangrijkste oorzaken van overlijden en invaliditeit.

Het ziektepatroon verschoof daarmee van het acute naar het chronische.

Op deze evoluties kon de verzorgingstechnische geneeskunde geen afdoend antwoord meer biéden. Genezing was ín vele situaties trouwens onmogelijk en dus niet meer het uiteindelijke doel. Veeleer kwam het er op aan het verloop van de ziekten af te remmen of alleszins zo draaglijk en comfortabel mogelijk te maken. Nieuwe fenomenen zoals zelfhulp, mantelzorg en **palliatieve** verzorging speelden daarop in.

Meer en meer mensen waren er intussen van overtuigd geraakt, dat voor fundamentele verbeteringen van de individuele en collectieve **gezondheidssituatie** ook inspanningen nodig waren op het vlak van preventie, verbetering van het gezondheidsgedrag en verbeterde levensomstandigheden ín het algemeen.

Een **heroriëntering** van het gezondheidsbeleid, waarin persoonlijk gedrag en omgevingsfactoren als belangrijk worden erkend, drong zich op.

INTERNATIONALE **ONTWIKKELINGEN**

Dat vernieuwd denken over de gezondheidszorg inspireerde zich aan de visies, die op internationaal vlak werden ontwikkeld.

De Wereldgezondheidsorganisatie (**WGO**) had reeds ín de jaren zestig een ruimere definitie gegeven aan het begrip "gezondheid". Dat wordt niet langer beperkt tot "afwezigheid van ziekte", maar verbreed tot "fysiek, psychisch en sociaal welbevinden".

In die periode groeit tevens het besef dat de volksgezondheid meer nodig heeft dan enkel een goed uitgebouwd systeem van curatieve verzorging. Ook preventie verdient een belangrijke plaats in het beleid. Oorspronkelijk wordt met preventie bedoeld : het vroegtijdig opsporen van geneesbare ziekten om erger te voorkomen, het onder controle houden van epidemisch gevaar bij besmettelijke ziekten en het geven van voorlichting over schadelijke **f a c t o r e n** .

In de jaren zeventig ís men er ook internationaal van overtuigd dat, naast de aandacht voor de medische technologie, ook middelen ter beschikking moeten komen voor preventieve gezondheidszorg. Het ontstaan van allerlei **beschavings-** en ouderdomsziekten vroeg trouwens een andere benadering.

Men stelt ook vast dat bij de moderne doodsoorzaken, menselijke gedragsfactoren en maatschappelijke elementen een steeds grotere rol beginnen te spelen.

De uitbouw van de **eerstelijnszorg**, met daarin een belangrijke plaats voor **gezondheidsvoorkoming en -opvoeding** (GVO), wordt als oplossing naar voor geschoven.

De conferentie van Alma Ata in 1978, stelt "Gezondheid voor allen in het jaar 2000" als streefdoel voorop. Men legt sterk de nadruk op de invloed van de globale sociaal-economische situatie op de volksgezondheid en pleit voor een sterke participatie van de burgers.

De WGO vraagt prioriteit voor het ontwikkelen van beleidsplannen, organisatorische kaders en onderzoek rond eerstelijnszorg in al zijn aspecten, waaronder GVO.

Vanaf het begin van de jaren tachtig evolueren de aanbevelingen van de WGO van GVO naar "Health **promotion**". Meer nadruk komt te liggen op alle **determinanten** van de gezondheid. Gezondheidspromotie wordt gezien als mogelijke oplossing voor de specifieke gezondheidsproblemen in de welvaartslanden.

Tijdens de Internationale conferentie van Ottawa in 1986, wordt de stimulans gegeven om de principes van Gezondheidspromotie (GP) te integreren in de beleidsplanning van de geïndustrialiseerde landen.

Het 'Charter van Ottawa' beschrijft inhoud en voorwaarden. "Gezondheidspromotie" wordt gezien als een groeiproces, dat de bevolking in staat stelt meer controle te krijgen over de determinanten van de gezondheid, waardoor deze kan verbeterd worden.

Gezondheidspromotie heeft vijf essentiële voorwaarden of, zo men wil, actieterreinen die niet los van elkaar kunnen gezien worden :

1. een gezond overheidsbeleid, m.a.w. een beleid dat gericht is op de gezondheid van de burgers;
2. een ondersteunende omgeving, die het mogelijk maakt de gezondheid te bewaren;
3. het ontwikkelen van vaardigheden, die het individu toelaten zelf verantwoordelijkheid te dragen voor de eigen gezondheid;
4. het versterken van gemeenschapsactiviteiten, zodat groepen die reeds initiatieven namen, gestimuleerd worden;
5. het **heroriënteren** van de voorzieningen, zodat zij hun oorspronkelijke opdracht van dienstverlening aan de burgers, beter kunnen vervullen.

De conferentie van Adelaide (april 1988) neemt specifiek het **gezond overheidsbeleid** onder de loep en bouwt verder op de principes van Ottawa. .

Het beleid moet zorg dragen voor de gezondheid en de gelijkheid van de burgers op alle beleidsterreinen en is verantwoordelijk voor de effecten van zijn beslissingen op de gezondheid.

Ook de sectoren van landbouw, handel, onderwijs, industrie en communicatie moeten dus bij het opstellen van hun beleid, gezondheid als **essentiële** bekommernis hebben.

Gezondheid is immers een fundamenteel menselijk recht en een verstandige maatschappelijke investering. Vanuit **essentiële** sociale rechtvaardigheid, moet iedereen gelijke toegang krijgen tot een gezond en bevredigend leven. Het beleid heeft tot taak sociale ongelijkheden zoveel mogelijk weg te werken, gezondheidszorg en -diensten voor iedereen toegankelijk te maken en een ondersteunde omgeving te scheppen. Achtergestelde en kwetsbare groepen dienen voorrang te krijgen, echter met respect voor hun eigenheid en cultuur. Investeren in gezondheid door alle sectoren van het maatschappelijk leven, zal niet alleen bevredigend zijn voor de individuele burgers, maar op langere termijn ook voor de economie.

Een gezond overheidsbeleid situeert zich op nationaal, regionaal en lokaal niveau. Het vereist samenwerking en **coördinatie**. Het betekent de wil om bij beleidsbeslissingen rekening te houden met de effecten op de volksgezondheid, de bereidheid die effecten te laten meten en de burgers ervan op de hoogte te stellen.

Systemen van **objectieve gezondheidsinformatie** moeten dit proces ondersteunen. Ze moeten helpen om de toekenning van middelen te baseren op een weloverwogen besluitvorming.

EUROPA NEEMT ZIJN TIJD

Het Europees programma van de **WGO** sluit zich bij de internationale doelstellingen aan. Het streeft een grotere inspraak van de bevolking na en een herstructurering van het gezondheidssysteem.

Maar de evolutie komt slechts langzaam van de grond. Europa is eerder traag in het volgen van de internationale tendensen en het uitwerken van GVO-programma's.

In tegenstelling tot de Verenigde Staten, waar GVO reeds sinds de jaren veertig was ingeburgerd, wordt in Europa niet in een **officiële** opleiding voorzien en bestaan evenmin onderzoek en stimulerende overheidsinitiatieven.

GVO is hoofdzakelijk een sporadisch onderdeel in de praktijk van huisartsen en verpleegkundigen, bij hun direct contact met de patienten. Ook enkele grote prive-organisaties doen aan GVO, vooral onder de vorm van informatiecampagnes, die ook tegemoetkomen aan interne doeleinden.

De eerste kenteringen komen in Frankrijk, Zweden en het Oostblok, waar off ~~ici~~^{de} GVO-centra worden opgericht. Denemarken, Finland en Groot-Britannie, waar privé-adviesorganen in het beleid beginnen mee te spelen, volgen. Op dit ogenblik hebben alle ons omringende landen degelijk uitgebouwde en goed functionerende centra voor gezondheidsbevordering vaak zowel op federaal als gemeenschapsniveau.

In 1982 wordt in de Westeuropese landen de stand van zaken m.b.t. de doelstellingen van Alma-Ata onderzocht.

De conclusies zijn duidelijk :

1. Hoewel de structurele mogelijkheden aanwezig zijn, bestaan er weinig georganiseerde contacten tussen gezondheidszorg en andere maatschappelijke deelsectoren.
2. Met uitzondering van zelfhulpgroepen, blijkt de deelname van de bevolking aan gezondheidszorg en beleid, in de realiteit niet te werken.
3. Met decentralisatie en structurering van de gezondheidszorg wordt slechts in enkele landen gestart.
4. Er komt slechts uiterst langzaam verandering in het opleidingspatroon van gezondheidswerkers. Wel groeit een trend naar teamwork.
5. Enkel in een beperkt aantal landen, stijgt het aandeel van de eerstelijns in het globaal budget van gezondheidszorg.
6. Planning, evaluatie en informatie worden door sommige landen nagestreefd. Ze kampten echter met een tekort aan wetenschappelijke gegevens en objectieve informatie.

Ook in **België** raken de vernieuwingen uiterst langzaam op gang.

In de jaren zestig komen wetgevingen tot stand op het Medisch **Schooltoezicht**, de TBÇ-bestrijding, de verplichte aangifte van besmettelijke ziekten, vaccinaties, **pré-en** postnatale raadplegingen van het Nationaal Werk voor Kinderwelzijn (**NWK**) e.a.

Grote privé-organisaties, zoals Rode Kruis, NWK en mutualiteiten, beginnen op het eind van de jaren zestig specifieke GVO-diensten op te richten.

In 1968 wordt binnen het Ministerie van Volksgezondheid een studiegroep opgericht, belast met de inventarisatie van **privé-initiatieven** met GVO-inslag. Het was een eerste poging tot gestructureerd werken rond de materie.

Drie jaar later, in 1971 neemt de overheid een initiatief om op langere termijn GVO-activiteiten te ondersteunen. Met het Belgische Rode Kruis wordt een tienjarige conventie afgesloten, tot **coördinatie** en uitvoering van projecten, vooral gericht op jongeren.

De overheid zet ook zelf enkele campagnes op, o.a. rond anticonceptie en drugs.

Er wordt ook een poging gedaan om een wetenschappelijke GVO-raad, met vertegenwoordigers van het ministerie en de universiteiten, te laten functioneren. Het is de bedoeling die raad de inhoud van de GVO-programma's en -acties te laten vastleggen.

VLAANDEREN VOLGT LANGZAAM

In 1977 wordt de Nationale GVO-raad omgevormd tot een Vlaamse raad. Naast genoemde vertegenwoordigers, zetelen er ook afgevaardigden in van het Rode Kruis, de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen (WVH) en enkele andere organisaties, zoals de mutualiteiten en het NWK.

Het Rode Kruis voert de belangrijkste GVO-acties uit. De mutualiteiten richten cursussen in rond gezondheid, maar houden zich vooral bezig met de uitbouw van informatiecentra en periodieke publicaties van folders en **leden**-bladen. De **WVH** ontwikkelt vanaf het eind van de jaren zeventig programma's om de huisartsen tot GVO te stimuleren en ze daarbij te helpen. Vanaf het begin dringt de WVH sterk aan op **coördinatie**, o.a. via samenwerking en overleg met de media.

Uit sommige overheids campagnes groeien eigen Vlaamse organisaties, zoals het **Koördinatiecomité** Algemene Tabakspreventie (**KKAT**) en de Vereniging voor Alcohol-en Drugbestrijding (VAD).

Betrokkenen en getroffen moeten vaak zelf het initiatief nemen om rond specifieke aandoeningen informatie te krijgen en door te geven. Een nog steeds toenemend aantal zelfhulpgroepen heeft gezondheidsvoorlichting en -bevordering in het dienstverleningspakket.

Nieuwe behoeften doen ook nieuwe initiatieven ontstaan en bestaande organisaties gaan beter inspelen op de verwachtingen ten opzichte van GVO.

De organisaties krijgen stilaan meer en meer werkingstoelagen en zoeken naar een duidelijker identiteit binnen het beleid.

In 1982 wordt het “Kontaktpunt GVO” opgericht. Het is een poging tot coördinatie en samenwerking, die echter nooit tenvolle op gang komt. Wellicht was dit te wijten aan een gebrek aan eenvormige visie rond inhoud, doelstellingen en methoden van GVO.

Het Nationaal Onderzoeksprogramma in de Sociale Wetenschappen had dit probleem trouwens in 1978 reeds gesteld. Er bleek een groot gebrek aan kennis te bestaan over de aard van de voornaamste gezondheidsproblemen en het voorkomen en de spreiding ervan in de sociale klassen. Sommige delen van de Vlaamse bevolking leefden nog met de idee, dat ziekten een vergelding konden zijn voor het kwade. Andere wisten helemaal of bijna niet dat bepaalde eet- en drinkgewoonten een invloed konden hebben op de gezondheid. Verder bleek de bevolking niet op de hoogte van de bestaande GVO-initiatieven, door wie en met welke middelen ze werden uitgevoerd en met welke resultaten.

GVO-campagnes werden lukraak opgezet, zonder voorafgaand onderzoek van de behoeften, zonder analyse van de meest geeigende methoden, zonder evaluatie achteraf. De overheid, zo bleek ook uit het onderzoek, leverde qua planning, coördinatie en evaluatie, niet de nodige ondersteuning.

In de tweede fase van het onderzoeksprogramma, werd aan de equipe van de RUG de opdracht gegeven een **GVO-pakket** voor het **basisonderwijs** te ontwikkelen. Men speelde daarmee in op wat internationaal werd voorgehouden, nl. dat de jongste burgertjes het meest ontvankelijk zijn om gedrags- en attitudeveranderingen in zich op te nemen en toe te passen. Het GVO-pakket moest **geïntegreerd** worden in de bestaande vakken en mocht niet als losstaand element worden gezien.

In 1981 werd aan het pakket concrete vorm gegeven, door de RUG, de KUL en het Rode Kruis. Een **intersectoriële stuurgroep** begeleidde het project. Vanaf 1984 werd eenzelfde werkwijze gevolgd voor het **secundair onderwijs**. Het programma en de stuurgroep hielden gelijke tred met wat op internationaal vlak werd vooropgezet. De stuurgroep kreeg stilaan de **coördinatie** toegewezen voor de hele GVO-actie in het onderwijs.

In het **regeerakkoord** van 1981 staat te lezen dat de nadruk zal worden gelegd op de afbouw van de overproductie in de gezondheidszorg en de vermindering van het aantal ziekenhuisbedden. GVO moet voorrang krijgen. Het preventiebeleid zal erop gericht worden, de oorzaken van ziekten in het arbeidsmidden en het leefmilieu weg te nemen. Via medisch schooltoezicht, medische sportcontrole en arbeidsgeneeskunde zal men het preventiebeleid verbeteren. Leefmilieu, huisvesting, voeding en recreatie moeten bijdragen tot een verbetering van de gezondheid.

De domeinen waarvan sprake, werden eerder door de WGO als belangrijke actieterreinen voor GVO aangeduid. Een betere **coördinatie** van GVO moet worden nagestreefd.

In 1982 organiseert de **Koning Boudewijnstichting** een symposium over de eerstelijnszorg. Het wordt een confrontatie tussen overheid, belangengroepen, lokale initiatieven en wetenschap.

Eveneens in 1982 richt de Vlaamse regering een **officiële adviescommissie** voor de eerstelijnszorg op. **Ze** moet een kader uitwerken voor een concreet beleidsplan. De krachtlijnen haalt men' uit het luik Eerstelijnszorg, van het Nationaal onderzoeksprogramma, dat volledig in de lijn ligt van Alma-Ata :

1. Het kennen van de noden van de bevolking is een eerste vereiste voor een goed beleid. Hiervoor is een degelijk informatiesysteem nodig.
2. Burgerparticipatie is noodzakelijk. Hiervoor is een betere kennis van en informatie over de gezondheidszorg vereist, op zo jong mogelijke leeftijd te verstrekken, via GVO.
3. Er moet multidisciplinair worden samengewerkt.
4. Kwaliteit, **efficiëntie** en effectiviteit van de programma's dienen regelmatig **geëvalueerd** te worden.

De evolutie verloopt echter minder snel en **gecoördineerd** dan verwacht.

In de reglementering op het medisch schooltoezicht wordt een GVO-dimensie opgenomen. Schoolartsen krijgen de expliciete opdracht, in hun activiteitenprogramma voor de scholen, GVO op te nemen. Deze maatregel wordt getroffen, nadat de resultaten van een proefperiode gunstig **geëvalueerd** werden.

15 JAAR GVO : VERSNIPPERING EN GEBREK AAN EVALUATIE

In de voorbije jaren werden in Vlaanderen tal van GVO-initiatieven ontwikkeld, waarvan de overheid er een groot aantal heeft ondersteund . We vermelden o.a.: informatieve campagnes rond tabak,- alcohol,- drugs- en aidspreventie en een interdisciplinair uitgewerkt programma GVO in het basis- en secundair onderwijs.

De zinvolheid van deze initiatieven staat buiten kijf. Zij werden **geïnspireerd** door een terechte bekommernis voor de gezondheid van de samenleving en de schade die te-voorkomen aandoeningen kunnen aanrichten. Zij werden gedragen door pioniers met een groot idealisme en een nog grotere inzet,

heel dikwijls in een (medische) omgeving die hun inspanningen als **naïef** en onvolwaardig van de hand deed.

Door de internationale aanbevelingen en steun **en** door eigen ervaring, nam de deskundigheid gaandeweg toe. In deze samenhang groeide, ook bij de pioniers, het besef dat de inspanningen te versnipperd en te fragmentair waren. Getuige hiervan is de oprichting van het "Kontaktpunt **GVO**". Dit initiatief werd genomen om een overlegstructuur tot stand te brengen en via vorming de deskundigheid te verhogen.

De onderlinge samenhang van de diverse initiatieven was (en is) niet steeds *duidelijk. **Coördinatie** ontbreekt of wordt alleszins niet of onvoldoende nagestreefd. Ook de overheid blijft terzake in gebreke. Wel wordt het probleem onderkend en pleegt men overleg met de sector om naar oplossingen te zoeken.

Een algemeen beleidsplan, waarin prioriteiten worden vastgelegd, methoden en middelen bestudeerd, follow up en evaluatie van de resultaten ingebouwd, ontbreekt echter vrijwel voor elk deeldomein, laat staan dat het **geïntegreerd** zou zijn.

Deze analyse moet wel in de toenmalige context geplaatst worden. De inspanningen gebeuren immers meestal vanuit een hulpverleners-positie en niet (steeds) vanuit een specifieke deskundigheid in preventie of **gedrags**-verandering.

De meeste GVO-initiatieven blijven trouwens een haast exclusieve nadruk leggen op het verspreiden van informatie en het geven van voorlichting. Terwijl toch vaak duidelijk benadrukt werd, dat voorlichting alleen onvoldoende tot gedragsverandering leidt. Een voluntaristisch overheidsbeleid, o.m. geconcretiseerd in kwalitatieve criteria en feedback via registratie en onderzoek over de geboekte resultaten, had terzake positieve impulsen kunnen geven.

HUIDIGE AANPAK

Aan de eigenlijke conceptie van het beleid inzake gezondheidspromotie ging belangrijk voorbereidend werk vooraf : de Regeringsverklaring van 14 februari 1989, de invoering van gezondheidsmonitoring, een wetenschappelijk onderzoek naar de GVO-initiatieven in Vlaanderen...

A. Regeringsverklaring van de Vlaamse Executieve.

De grondslagen voor de organisatie van de gezondheidspromotie, vindt men terug in de Regeringsverklaring van 14 februari 1989.
Die Regeringsverklaring stelt :

Onder de hoofding "**Welzijns-** en Gezondheidsbeleid, Uitgangspunten" :

"De gezondheids- en welzijnszorg vormt een wezenlijke component van de samenleving, en dit zowel vanuit algemeen-maatschappelijk, sociaal en economisch oogpunt. De uitbouw van de gezondheids- en welzijnszorg veronderstelt naast persoonlijke verantwoordelijkheid van elkeen ook en vooral georganiseerde solidariteit, vooral ten behoeve van de zwakkeren in de samenleving." .

Onder de titel "Gezondheidsbeleid", als inleiding :

"Bij het uitstippelen van haar gezondheidsbeleid zal de Vlaamse Regering absolute voorrang geven aan een effectief preventiebeleid. Bestaande ziekten- en sterftepatronen evenals risico-gedragingen zullen het specifiek preventiebeleid inspireren en leiden."

Inzake "Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding en maatschappelijke gezondheidszorg" :

"De initiatieven inzake gezondheidszorg vergen een wetenschappelijke onderbouwing en een goede coördinatie. Het beleid zal vertrekken vanuit een positieve visie, gebaseerd op de principes van individuele en maatschappelijke verantwoordelijkheid en van een integrale gezondheidsbenadering. De inspanningen inzake gezondheidsopvoeding zullen in alle lagen van de bevolking worden opgevoerd."

en verder :

"Binnen het kader van de Gezondheidsvoorlichting- en opvoeding zal er speciale aandacht besteed worden aan :

- de coördinatie tussen de organisaties die zich bezighouden met algemene gezondheid, voorlichting en opvoeding en de diensten en organisaties die zich toeleggen op preventie gericht naar bijzondere doelgroepen;
- preventieve acties gericht naar de schoolgaande jeugd;
- maatregelen inzake kankerpreventie om de rol van de huisarts hierbij te versterken. De gespecialiseerde centra zullen zich toeleggen op het ontwikkelen en uittesten van nieuwe opsporingstechnieken en **preventiestrategieën**;
- acties ten aanzien van de aidsproblematiek, gericht op de risicogroepen en op wetenschappelijk onderbouwde voorlichting en preventie. De nodige middelen en structuren om deze strategie te ondersteunen, zullen **voorzien** worden;
- de preventie en behandeling van alcohol- en drugverslaafden."

Coördinatie, wetenschappelijke onderbouwing, kennis inzake morbiditeit en risicogroepen zijn in deze regeringsverklaring sleutelbegrippen.

Bij de uitwerking van een nieuw beleid werd vooropgesteld, dat een effectief preventie- en promotiebeleid niet mogelijk is zonder een beleid inzake **gezondheidsmonitoring**. Wil men de gezondheidsacties besturen, moet men beschikken over boordtabellen, die de gezondheidstoestand in de Vlaamse Gemeenschap weergeven. .

B. Gezondheidsmonitoring

Bij de zorg voor de uitbouw van een systeem van gezondheidsmonitoring werd niet direct geopteerd voor een nieuw systeem. Wel dacht men aan het activeren, valoriseren en informatiseren van wat reeds bestaat binnen de Vlaamse Gemeenschap zelf.

Bij de verdeling van de bevoegdheden inzake gezondheidszorg tussen het federale en het gemeenschapsniveau, hebben de opeenvolgende **staatsher-**vormingen van 1980 en 1988 aan de Gemeenschappen aardig wat valabele instrumenten verschaft.

Zo kreeg de Vlaamse Gemeenschap de bevoegdheid over :

- de Centra voor Menselijke Erfelijkheid ;
- perinatale zorg en neonatologie, wat de erkenning betreft;
- zorg voor het jonge kind, vooral via Kind en Gezin ;
- medisch schooltoezicht;
- gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, o.a. met tabak,- alcohol,- en drugpreventie;
- organisatie van **de** collectieve vaccinatie;
- preventie van TBC, kanker en **Aids**;
- medische sportcontrole en dopingbestrijding ;
- ambulante geestelijke gezondheidszorg;

medebeheer van het Instituut voor **Hygiëne** en Epidemiologie (IHE)

Deze brede waaier aan bevoegdheden houdt in principe tal van mogelijkheden in om een geïntegreerd gezondheidsbeleid te voeren, waarin preventie een centrale plaats bekleedt.

Objectieve gegevens over al deze domeinen zouden uiterst nuttig en waardevol zijn.

Totnutoe werden ze echter te weinig ingezameld en gesystematiseerd. Hierdoor was het erg moeilijk om een juist beeld te krijgen van de gezondheidstoestand van de bevolking en om impulsen te geven om problemen aan te pakken of te vermijden.

Als Gemeenschapsminister van Volksgezondheid ben ik begonnen met een meer systematisch georganiseerde gezondheidsmonitoring. Dit anoniem registreren van gegevens i.v.m. gezondheid en gedragingen van bepaalde bevolkingsgroepen, is een belangrijk beleidsinstrument. Het ondersteunt de preventie en maakt ze zinvol.

1. In de kraaminrichtingen in Vlaanderen registreren de gynaecologen een aantal gegevens over elke geboorte. Het is een interuniversitair initiatief, in samenwerking met de Vlaamse Vereniging van Gynaecologen. De participatie van de artsen gebeurt op vrijwillige basis. Een goede 90% van de instellingen werkt mee aan het initiatief.

De verkregen informatie is interessant voor beleidsinstanties van verschillende niveaus. Aan voor de instellingen zelf.

2. De medewerkers van Kind en Gezin (artsen en verpleegkundigen) verzamelen tijdens de raadplegingen en huisbezoeken medische en biometrische gegevens over de 0- tot 1-jarigen. Zowat 80% van de kinderen uit de betrokken leeftijdsgroep kan op die manier worden gescreend.
3. Het medisch schooltoezicht bereikt de totaliteit van de schoolgaande jongeren, vanaf de kleuterleeftijd tot 18 jaar. Ook in deze sector worden gegevens geregistreerd. Gedurende dit schooljaar werd een geïnformatiseerd uniform registratiesysteem uitgetest in 6 pilootcentra. Het systeem geeft voldoening en vanaf volgend schooljaar zal in 70 % van de centra een eerste reeks administratieve, biomedische en verwijzingsgegevens geregistreerd worden. De kleuters zijn de eerste doelgroep. Tegelijkertijd wordt door de administratie een software programma ontwikkeld, om deze massa aan gegevens anoniem op te slaan en te verwerken tot bruikbaar en beleidsrelevant materiaal.

4. Peilpraktijken bij de huisartsen laten toe een beter beeld te krijgen van een aantal epidemiologische gegevens en bepaalde items uit de gezondheidszorg.
5. Registratie in de geestelijke gezondheidszorg geeft een inzicht in de oorzaken en gevolgen van de psychische en relationele problematiek.

Het uniform registreren van gegevens door verschillende instanties, is dus uitermate belangrijk en noodzakelijk.

Ook de communicatie tussen voorzieningen en gezondheidswerkers dient bevorderd en georganiseerd, uiteraard met respect voor de privacy van de betrokkenen.

De gezondheidsinstellingen zouden meer systematisch en regelmatig verslag moeten uitbrengen bij de Vlaamse overheid. Het probleem van de privacy of het beroepsgeheim kan worden opgelost, door de rapportering naamloos en zonder andere identificatiegegevens te laten gebeuren.

Monitoring en rapportering laten de overheid toe, trends en evoluties te volgen en verschillen tussen bevolkingsgroepen of regio's vast te stellen. Vertrekkend vanuit de realiteit, kan de overheid met kennis van zaken, een gepast beleid uitstippelen en acties ondernemen.

Monitoring geeft bovendien de mogelijkheid, het gevoerde beleid en de impact van projecten inzake gezondheidsmonitoring regelmatig te **toetsen** en zo nodig aan te passen.

C. Beleidsvoorbereidend onderzoek

Met het oog op een betere **coördinatie** en een betere inpassing van GVO- en preventieactiviteiten binnen het breder concept van gezondheidspromotie, heb ik eind 1989 aan de gezondheidspsychologen van het LUC (Limburgs Universitair Centrum) een doorlichting en evaluatie van de bestaande activiteiten gevraagd.

Alhoewel het onderzoek bepaalde beperkingen inhoudt (enkel projecten die door Volksgezondheid worden gesubsidieerd, en een onvolledige respons op de vragenlijsten), is het nuttig om de beschrijving van de actuele GVO-situatie in Vlaanderen te overlopen, zoals ze door de onderzoekers werd beschreven.

Volgens het rapport ziet de situatie er in Vlaanderen als volgt uit :

- GVO is toegespitst op enkele grote sectoren, zoals alcohol- en drugs, algemene GVO, Sexueel Overdraagbare Aandoeningen en **Aids**;
- wijkgezondheidscentra zijn ruimtelijk goed gespreid ;
- ziektebestrijding primeert boven gezondheidspromotie ;
- op de wijkgezondheidscentra na, zijn de inspanningen sterk geconcentreerd op intermediairen en professionelen en niet op de **eindbestemming** (een soort indirecte GVO) ;
- te veel aandacht gaat naar informatie, te weinig naar attitude en **gedragsveranderingen** ;
- een duidelijke methodologie ontbreekt, evenals vragen naar evaluatie ;
- er is een gebrek aan middelen en aan gekwalificeerde krachten.

De onderzoekers doen dan ook een aantal suggesties naar het beleid toe :

- de noodzaak van een structuur of instantie, die een beleid inzake **gezondheidspromotie** kan formuleren (explicitering van doelstellingen en **doelgroepen**, benadering en kanalen) ;
- een meer doorgedreven professionalisering en wetenschappelijk onderbouwde acties ;
- een sterke community-aanpak, d.i. een stevig, en breed lokaal draagvlak ;
- voldoende aandacht voor gedragsverandering i.p.v. exclusieve **voorlichtingsprogramma's** ;
- stimuleren van gezondheidsbevordering i.p.v. negatieve aanpak via vermijden van ziekte en risico's.

De resultaten van het onderzoek kunnen sommigen hard in de oren klinken. Ik beschouw ze echter niet als een kritiek op het verdienstelijk werk dat gedurende jaren gepresteerd werd door de verschillende organisaties, maar eerder als een oproep om verder te gaan en als een aanduiding van de richting die we kunnen inslaan.

De uitbouw van de gezondheidspromotie is niet te herleiden tot een kwestie van "meer centra". Door de 64 centra elk een extra miljoen toe te stoppen,

zal men de klus niet kunnen klaren. Aan extra investeringen in het promoten van gezondheid moeten reflectie, uitklaren van een concept en aandacht voor structuren voorafgaan.

DE NIEUWE LEEST : GEZONDHEIDSPROMOTIE

Gelet op al het voorgaande, is het nodig en wenselijk ons gezondheidsbeleid op nieuwe leest te schoeien. De positieve en integrale benadering van de gezondheid dient hierbij als vertrekpunt. Niet alleen het vermijden van ziekten staat centraal, maar wel de kwaliteit van het gezond-zijn. Men mag de gezondheid niet bekijken als een soort uitzonderlijke toestand of complement, maar als een centraal gegeven, een essentieel kwaliteitselement, **geïntegreerd** in alle aspecten van het leven. Dit impliceert dat gezondheid **méér** is dan een **privé** luxe-goed. Het moet een fundamentele democratische bekommernis zijn, gezondheid te doen beschouwen als een prioritair maatschappelijk recht. De organisatie van ons maatschappelijk leven kan bijgevolg niet ontsnappen aan een gezondheidstoets.

KRACHTLIJNEN VAN EEN NIEUW BELEIDSKADER.

Het nieuw concept van gezondheidspromotie sluit aan bij de aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie (**WGO**) en past perfect in de krachtlijnen, vervat in de Regeringsverklaring. Binnen het concept van de **gezondheidspromotie** betekent dit :

- een verbreding van het maatschappelijk draagvlak;
- een meer planmatige werking;
- een verhoging van de kwaliteit;
- een betere **coördinatie**;
- een grotere rechtszekerheid;
- een open en flexibele benadering.

A. Verbreding van het maatschappelijk draagvlak.

In de betrokken milieus en de medische sector verwerft gezondheidspromotie stilaan burgerrecht. Initiatieven die de gezondheidspromotie vorm en inhoud geven, werden tot nu toe hoofdzakelijk opgezet door organisaties, die **recht-**

streeks met de gezondheidszorg te maken hebben of door verenigingen, die voor hun projecten steun vragen aan de overheid.

Meer en meer wordt duidelijk dat de zorg voor de gezondheid niet alleen een kwestie is van individuele verantwoordelijkheid, maar ook een bekommernis moet zijn van diverse geledingen in de samenleving. Gezondheidspromotie moet deel uitmaken van onze ganse sociale, culturele, economische en ecologische structuur.' Volksgezondheid doet meer en meer voor onze maatschappelijke organisatie. Het zou echter nog beter zijn, de diverse sectoren in de samenleving dusdanig te organiseren, dat ze gezondheidsbevordering als concreet aandachtspunt centraal stellen.

Deze aandacht kan niet beperkt blijven tot een lippendienst. Zij moet structureel worden en gaandeweg evolueren van advies over overleg naar concrete medeverantwoordelijkheid.

B. Planning en prioriteitenkeuze

Gezondheidspromotie veronderstelt een strategie op halflange termijn. Investerings die vandaag gebeuren, renderen pas **tenvolle** de volgende decennia.

Om een dergelijke planning te kunnen maken en hierdoor een kader voor beleidskeuzen te scheppen, is het noodzakelijk over goede **gezondheidsindicators** te beschikken.

Op basis van deze gegevens kan de Vlaamse Gemeenschap beslissen welke indicatoren zij wenst te **beïnvloeden** en in welke mate. 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 expliciete planning, kunnen de doelstellingen beter gesitueerd en gepreciseerd worden, kunnen beleidskeuzen in alle duidelijkheid genomen worden, kan het **bepalen** van de middelen **efficiënter** gebeuren en wordt een evaluatie mogelijk.

C. Kwaliteitsbewaking.

De gezondheidspromotie kan het zich niet veroorloven kansen te missen. De gezondheidspromotie en de curatieve zorg zijn complementair. Zij kunnen elkaar in functie van de levenskwaliteit aanvullen. 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 te-voorkomen aandoeningen, waarbij preventie het enig alternatief is, kan een inadequate strategie voor gezondheidspromotie dramatische gevolgen hebben.

Strategieën voor gezondheidspromotie moeten dan ook geëvalueerd worden naar hun resultaten en effect. Hiervoor heeft men 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. Hierna is eenduidigheid in informatie en aanbevelingen, vanuit welk kanaal ook, een absolute noodzaak.

D. Coördinatie.

Efficiënte gezondheidspromotie veronderstelt een goede **coördinatie**. Deze is onontbeerlijk om, vanuit een centraal referentiepunt, de aandacht levendig te houden in de diverse geledingen van de samenleving.

Coördinatie is ook 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. Hoe goed ze ook bedoeld zijn, hebben naïeve of emotionele oproepen tot gedragsverandering in functie van gezondheid, geen of slechts een kortstondig effect. Het is niet zinvol de toch al schaarse middelen te investeren in projecten zonder rendement. Samenwerking en coördinatie moeten toelaten, 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 stemmen. Sommige doelgroepen worden vandaag vanuit verschillende invalshoeken benaderd. Een veelheid aan impulsen voor gedragsverandering, leidt echter tot oververzadiging en heeft uiteindelijk een tegenovergesteld effect.

E. Rechtszekerheid

Het opzetten, stimuleren, uitvoeren en evalueren van **strategieën** voor gezondheidspromotie vereist deskundigheid, inzet en ervaring. De know-how terzake die voorzieningen en projecten hebben opgebouwd, mag niet verloren

gaan. Verenigingen en hun medewerkers hebben behoefte aan perspectieven op middellange termijn.

De bijdrage van de Vlaamse Gemeenschap in de gezondheidspromotie moet dan ook een reglementair kader krijgen. Hierin moeten functionerings- en kwaliteitscriteria gekoppeld worden aan een adequate **subsidiëring**. De gezondheidspromotie is niet gediend met verenigingen, die als grootste zorg hebben financieel te overleven, in de plaats van hun energie en deskundigheid te gebruiken voor de doelstellingen, waarvoor ze werden opgericht en erkend.

F. Open en flexibele opbouw

De gezondheidspromotie moet evenwel een open en flexibele opbouw krijgen. Maatschappelijke, wetenschappelijke, ethische en logistieke dimensies dienen onderscheiden, via een polycentrische opbouw.

Voorzieningen inzake gezondheidspromotie moeten enerzijds kunnen rekenen op een basisbetoelaging, maar moeten zich anderzijds steeds opnieuw waar maken via specifieke projecten.

Projecten die voortvloeien uit beleidskeuzen, moeten in principe open staan voor elke gegadigde.

Rechtszekerheid en **continuïteit** dienen gekoppeld aan openheid, vernieuwing en dynamisme.

CONCRETISERING.

De concretisering van deze krachtlijnen zal gebeuren op drie vlakken :

- het reglementaire;
- het institutionele;
- het budgettaire.

A. Het reglementaire kader

Tot nu toe werden alle GVO-activiteiten gesubsidieerd als facultatieve uitgaven. De overheid financierde m.a.w. van jaar tot jaar afzonderlijke projecten en organisaties. Men verwachtte wel **continuïteit**, maar had daarover geen enkele zekerheid. Alleen voor de Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding bestond er een forfaitaire reglementering.

Deze wijze van **subsidiëring** had vele nadelen voor alle betrokken partijen. Het ontbreken van algemeen geldende criteria hypothekeert de transparantie en bemoeilijkt de evaluatie en controle. De diverse administratieve stappen vertragen het beslissingsproces bij de overheid en veroorzaken **liquiditeitsproblemen** bij de verenigingen.

Het is de bedoeling van de Executieve een besluit te treffen, dat een aangepaste reglementering biedt voor diverse aspecten van de gezondheidspromotie.

Deze reglementering zal de eigenheid van de verschillende initiatieven dienen te respecteren, zonder echter een coördinatie in de weg te staan.

Projecten zullen, zoals nu blijven bestaan, maar daarnaast zullen organisaties voor hun basiswerking erkend en gesubsidieerd worden.

Zowel projecten als organisaties kunnen een grotere rechtszekerheid krijgen. Hierdoor worden hun subsidies op een meer directe wijze uitbetaald. Dit reglementaire kader moet toelaten de **actoren** binnen de gezondheidspromotie, hetzij als overkoepelende organisatie, hierna voorziening genoemd, hetzij als project te erkennen. Deze erkenning is gebaseerd op een aantal functionele en inhoudelijke criteria.

Voorzieningen zijn in deze samenhang a.h.w. vaste partners van de overheid. Ze kunnen erkend worden voor een periode van vijf jaar en ontvangen hiervoor een basistoelage. Projecten zijn concrete initiatieven in specifieke deeldomeinen van de gezondheidspromotie. Ze streven meetbare effecten na. Hiervoor kan een looptijd van maximum drie jaar voorzien worden. Projecten kunnen ingediend worden door voorzieningen en door andere initiatiefnemers.

De **coördinatie** zal later tot stand gebracht worden op dubbel niveau. De overheid zal aanduiden rond welke doelstellingen projecten kunnen worden ingediend en voor welke termijn. De **coördinatie** zal gerealiseerd worden door een organiek kader, met erkenningscriteria en planningsdimensie, besloten in de offerte.

Tussen de organisaties die op specifieke domeinen van de **gezondheidspromotie** actief zijn, zal een samenwerkingsverband gestimuleerd worden. Hierdoor zal een **coördinatie** van hun werking tot stand komen.

B. Het institutionele kader

Er wordt fundamenteel geopteerd voor een licht en evolutief institutioneel kader.

De algemene doelstellingen van de gezondheidspromotie zullen voor advies worden voorgelegd aan een Vlaamse Raad voor Gezondheidspromotie.

Hierin zullen belangrijke organisaties uit de samenleving zetelen.

De voorzieningen worden uitgenodigd een samenwerkingsverband op te richten.

Dit kan als Instituut voor Gezondheidspromotie middelen en **know-how** bijeenbrengen waarover de afzonderlijke voorzieningen niet kunnen beschikken. Uit de samenwerking kunnen de voorzieningen putten om aan de uitvoering van hun opdrachten een hogere kwaliteit te geven. Via het samenwerkingsverband kunnen gespecialiseerde medewerkers worden **aangetrokken**, kan kostbare basisdocumentatie worden verzameld en kunnen gemeenschappelijke publicaties worden verzorgd.

De Vlaamse Executieve kan het Instituut de opdracht geven een meerjarenplan op te stellen voor de verdere uitbouw van de gezondheidspromotie in Vlaanderen. De Vlaamse Raad voor Gezondheidspromotie adviseert dit plan.

Een programma voor gezondheidspromotie vraagt in elke fase een rigoureuze wetenschappelijke onderbouwing. Gezondheidspromotie heeft immers behoefte aan epidemiologische, gedragswetenschappelijke, ethisch-culturele, medische en methodologische basisgegevens.

C. Het budgettaire kader

Voor het jaar 1991 is voor gezondheidspromotie globaal een begrotingsmassa van 160 miljoen beschikbaar.

Uiteraard kan dit bedrag verhoogd worden. Deze beleidsbrief herschikt, **oriënteert** en valoriseert wat in het verleden is opgebouwd. Leemten worden opgespoord en het gebruik van de middelen wordt op zijn effecten getoetst. De uitwerking van een plan tot verdere uitbouw van de gezondheidspromotie zal uitsluitend geven over de middelen die zullen nodig zijn. De overheid zal hierin haar verantwoordelijkheid opnemen, maar ook de **privé** sector kan een bijdrage leveren.

ALGEMEEN BESLUIT

De stijging van de welvaart heeft de aandacht van de bevolking voor de gezondheid doen groeien. Nu de levensverwachting is toegenomen, wordt de kwaliteit van die extra jaren belangrijk. Men kan deze kwaliteit niet volledig laten afhangen van de inventiviteit en de performantie van het **medisch**-technisch kunnen. Mens en samenleving moeten de zorg voor de gezondheid meer in eigen handen nemen. Gezondheid is geen vanzelfsprekendheid. **Ze** is een bekommernis voor iedereen en niet uitsluitend de verantwoordelijkheid van medisch deskundigen.

Zonder afbreuk te doen aan het verdienstelijk en zeer belangrijk werk inzake preventie, via vaccinatie, eerstelijnszorg en GVO-informatie, moet evenwel de basis worden gelegd voor een veel bredere en gevoelige gezondheidsbodem bij mens en samenleving. Van vrees voor ziekten naar aandacht voor gezondheid. Van het berekend vermijden van specifieke risico's naar het ontwikkelen van een gezonde levensstijl.

Gezondheid 2000 in Vlaanderen moet zich -inschrijven in de wereldbeweging van **WGO** voor gezonde huizen, gezonde scholen, gezonde werkplaatsen, gezonde media, gezonde steden.

Een dergelijke beweging is een proces. De Vlaamse Executieve wil dit brede proces een initiële stoot geven door via een nieuwe reglementering te bewaren wat er aan goede zaken werd opgebouwd, het potentieel te valoriseren door middelen en structuren ter beschikking te stellen en een perspectief te bieden voor de verdere ontwikkeling.

Ik ben me er terdege van bewust dat wat hier **voorligt** een hele opgave betekent. Het is een aanbod en tevens een grote uitdaging. Het -maatschappelijk debat is hiermee geopend.

BIJLAGE 1

Visietekst

Het preventiewerk voor alcohol- en andere drugproblemen

Visietekst

Het Preventiewerk voor Alcohol- en andere Drugproblemen

In 1987 werd op initiatief van de toenmalige Gemeenschaps-minister van Volksgezondheid een Richtnota “Drugpreventie en Hulpverlening” opgesteld waarin een aantal inhoudelijke opties en het organisatorisch kader van het Preventiewerk voor Alcohol- en andere Drugproblemen werden vastgelegd (Richtnota in bijlage).

In dit kader werden 10 F.T. preventiewerkers (2 per provincie) toegewezen aan Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg en 2 koördinatoren aan de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen. Tussen de overheid en de C.G.G.Z. en de V.A.D. zijn overeenkomsten afgesloten die de afstemming tussen het lokale werkkterrein en de koördinatie op het niveau van Vlaanderen moeten regelen” Een Stuurgroep begeleidt de uitvoering van deze opdrachten.

Onderstaande visietekst is gegroeid vanuit de ervaringen van het team van preventiewerkers. In dit preventiewerk is een duidelijke evolutie merkbaar.

In een eerste periode werd vooral aandacht besteed aan de verkenning van het terrein: dit bestond enerzijds uit een verkenning van de alcohol- en andere drugproblematiek en deskundigheidsbevordering inzake preventie, en anderzijds uit de verkenning van de regio's en de ervaringen en tradities die in elke regio met betrekking tot preventie aanwezig waren.

In deze fase werden tevens verspreid over Vlaanderen, diverse initiatieven opgezet en ervaringen opgedaan in de verschillende maatschappelijke sectoren die binnen een ruim preventiedenk kader een taak te vervullen hebben: het jeugdwerk, de gezondheidszorg, het onderwijs, politie en justitie, het werkmilieu, socio-kulturele organisaties, enz.

Van bij het begin werd ernaar gestreefd enkele fundamentele opties te respekteren, met name: een procesmatige aanpak met de expliciete keuze voor de intermediair als werkrelatie.

Onderlinge uitwisseling van ervaringen in de verschillende sectoren en regio's en een meer permanente structuur van het preventiewerk, hebben ertoe geleid dat vanaf 1990 een aantal gemeenschappelijke werkoptyes werden geformuleerd met het oog op een systematische en herkenbare aanpak van preventie in gans Vlaanderen. Deze opties vervangen het regiospecifieke werk van de preventiewerkers in geen geval en ook de eigen deskundigheidsbevordering die in de eerste fase werd gestart, krijgt nog steeds de nodige aandacht.

De gemeenschappelijke werkoptyes beogen dat op lange termijn in alle betrokken sectoren over gans Vlaanderen, aandacht wordt besteed aan de preventie van alcohol- en andere drugproblemen.

1. Algemene Situering

1. Een eerste afbakening

Binnen het Preventiewerk voor Alcohol- en andere Drugproblemen wordt vooral het gebruik van psychotrope stoffen (alkohol, medikatie, illegale drugs) die problemen en verslaving kunnen teweegbrengen, als uitgangspunt genomen.

Druggebruik en -misbruik kaderen steeds in een veel ruimere kontekst: er kan immers geen eenduidige (reeks van) **faktor(en)** aangegeven worden die drugmisbruik in de hand **werkt(en)**. Steeds gaat het om een samenspel van produktgebonden aspecten, persoonlijke kenmerken, een maatschappelijke kontekst, e.a. Binnen dergelijke komplekse gegevenheid blijven druggebruik en mogelijke problemen evenwel de ingangspoort en het referentiepunt van het preventiewerk.

Dit druggebruik kan diverse problemen meebrengen (fysiek, psychisch, sociaal, juridisch,..) en dit op verschillende niveau's: voor de gebruiker, voor zijn omgeving en/of voor de samenleving. Wanneer we dus spreken over probleemgebruik, dan gaat het over veel meer dan over 'verslaving'. Deze problemen kunnen zich in principe bij iedereen en op de verschillende niveaus voordoen.

Wel wordt erkend dat de aanwezigheid van bepaalde variabelen de kans op risikogedrag in een populatie (statistisch) verhoogt. Een al te snelle aanduiding van zogenaamde risikogroepen dreigt eerder stigmatiserend te werken. Bovendien bestaat het gevaar dat men zo de rol en de impact van andere betrokkenen ten opzichte van de aangewezen risikogroep uit het oog verliest. Binnen de afgebakende prioriteiten zal daarom steeds moeten gezocht worden naar de specifieke factoren die het risikogedrag bepalen. Deze factoren zijn zowel structureel als persoonlijk van aard.

2. Preventie nader bekeken

Preventie, ook van alcohol- en andere drugproblemen, wordt traditioneel bekeken vanuit Caplan's driedeling. Primaire preventie betekent dan voorkomen dat zich onder de gezonde bevolking problemen gaan voordoen. Secundaire preventie houdt aandacht voor vroegdetektie en -signalering in waardoor vermeden wordt dat ernstige schade ontstaat. Tertiaire preventie tenslotte poogt de situatie te stabiliseren en probeert via mobilisatie van de nog aanwezige krachten herval te voorkomen.

Deze kijk op preventie is ontstaan vanuit een eenzijdig medische probleemdefiniëring. Een bredere en vruchtbaarder werkpositie voor het preventiewerk vinden we o.a. bij Walgrave¹.

¹ Prof. Dr. Walgrave L., De Cauter, F. (1985) in het kader van een onderzoek over algemene preventie in de jeugdbescherming

Preventie situeert zich dan op een continuüm met als ene pool het algemeen welbevinden van de betrokkene(n) en als andere pool de uitdrukkelijke probleemsituaties. Hetzelfde geldt voor het goed functioneren van groepen, systemen of organisaties, dan wel het disfunctioneren tengevolge van druggebruik. Dit disfunctioneren is het voorwerp van de hulpverlening.

Binnen zo'n denkkader kan preventie fundamenteel mee op het welbevinden van bevolkingsgroepen en systemen gericht worden. In de mate dat preventie daar uitdrukkelijk toe bijdraagt wordt zij meer dan het louter verhinderen van problemen. Op die manier ontstaan diverse raakvlakken met andere sectoren die tot dit algemeen welzijn bijdragen: onderwijs, welzijnswerk, jeugdwerk, justitie, tewerkstelling, vrije tijd, enz. Ongetwijfeld sluit deze verwevenheid aan bij de complexe gegevenheid van de drugproblematiek zoals die hiervoor werd aangegeven: preventie van alcohol- en andere drugproblemen profileert zich aldus op een veelsporige weg waarbij overleg en samenwerking met verschillende maatschappelijke sectoren en instanties centraal staat. Ook de globale beleidsimplicaties op de verschillende niveaus (lokaal, regionaal,...) en in de verschillende sectoren mogen niet uit het oog worden verloren.

II Operationalisering

1. Globale strategie

Preventiestrategieën moeten worden uitgewerkt op basis van de analyse van factoren die een drugprobleem beïnvloeden. Deze analyse moet op een wetenschappelijke manier en vanuit verschillende wetenschapsdisciplines worden opgezet (o.a. door registratie, onderzoek naar ontstaansfactoren van gebruik en misbruik, onderzoek naar aard en spreiding van de problematiek, gedragswetenschappelijk onderzoek, enz.)

De ontstaansfactoren van drugmisbruik (zowel individueel als structureel) zijn in realiteit heel kompleks met elkaar verweven. Dit maakt het noodzakelijk dat preventie op een gestructureerde en gekoördineerde manier verloopt. Eenmalige initiatieven kunnen immers deze complexe samenhang van factoren nauwelijks beïnvloeden.

Binnen deze visie is het overleg en de samenwerking op lokaal, regionaal en intersectorieel vlak zeer belangrijk. Het is enkel binnen een gezamenlijke en langetermijnsplanning dat een globale beïnvloeding mogelijk is.

Het preventiewerk heeft daarnaast ook een centrale taak in het signaleren naar en het stimuleren van de verschillende beleidsniveaus.

2. Doelgroep

Het preventiewerk maakt de keuze om te werken met intermediairen. Binnen deze werkoptie is de term doelgroep eerder verwarrend en verkiezen we een onderscheid te maken tussen het **doelwitsysteem** en het **kliëntsysteem**.

Het doelwitsysteem is in principe de gehele bevolking. Iedereen is een potentiële gebruiker enerzijds, iedereen kan schade/problemen ondervinden als gevolg van druggebruik in zijn onmiddellijke omgeving, in de maatschappij, anderzijds.

Het kliëntsysteem bestaat uit de intermediairen. Zij zijn de tussenpersonen die zich naar de diverse groepen van ons doelwitsysteem richten. Zij vormen de rechtstreekse werkrelatie van de preventiewerker.

Als preventiewerkers richten we ons dus in de eerste plaats niet rechtstreeks naar (groepen van) de bevolking, maar naar de sleutelfiguren die in de verschillende aanverwante sectoren actief zijn.

3. Voorwaarden

Bij het bepalen van doelstellingen staan twee belangrijke voorwaarden voorop:

1: participatie: de doelstellingen worden idealiter bepaald in samenspraak met het kliëntsysteem (dit geldt zowel op het niveau preventiewerker/intermediair als op het niveau intermediair/deelgroep van de bevolking).

2: emancipatie: De beoogde doelen moeten de cliënt in staat stellen om zelfstandig verder te werken (voor de intermediair; zelfstandig gaan werken met deelgroepen van de bevolking; voor het doelwitsysteem: zelfstandige en verantwoorde keuzes maken met betrekking tot het gebruik van drugs).

4. Werkwijze

De basis van het preventiewerk bevat een aantal belangrijke uitgangspunten uit het methodisch-agogisch handelen. Dit maakt het mogelijk preventiewerk te onderscheiden van dikwijls **goed** bedoelde activiteiten waarvan de preventieve kwaliteiten nauwelijks te merken zijn en soms kontraproduktief zijn.

De uitgangspunten kunnen omschreven worden als:

- doelgericht handelen: De preventiewerker en het cliëntsysteem kiezen na een gezamenlijke analyse, in samenspraak (binnen de mogelijkheden van het cliëntsysteem) voor zo concreet mogelijke doelen en het werken gebeurt dan ook **in functie van dit gekozen doel**.

Een belangrijk procesdoel van de preventiewerker moet zijn dat het cliëntsysteem zelfstandiger kan gaan functioneren en onafhankelijker wordt van de preventiewerker.

- procesmatig handelen: Het gaat om een serie onomkeerbare **veranderingen in de tijd** die met een continuïteit in een bepaalde richting verloopt. Ondertussen is er een dynamisch krachterspel tussen de preventiewerker en het cliëntsysteem bezig. De preventiewerker moet daarin voortdurend alert zijn voor de veranderingen bij het cliëntsysteem, bij de preventiewerker zelf en in de wisselwerking tussen beiden. De preventiewerker houdt tevens rekening met **het effect van de ene stap in het proces op de volgende stap**.

- systematisch handelen: Dit betekent **(samen)werken**, stap voor stap in de richting van het samen met het cliëntsysteem gekozen doel, **waarbij iedere stap aansluit bij de voorafgaande situatie**.

- bewust handelen: De preventiewerker moet zich bewust zijn wat er allemaal speelt aan gevoelens, motieven en effecten die het resultaat mee kunnen beïnvloeden. Hij zal daarom zijn **handelen afstemmen op zijn cliëntsysteem met het oog op het einddoel**. Een voortdurende reflectie en evaluatie van het proces is daarbij nodig.

Het preventiewerk is gebaseerd op een planmatige aanpak. De verschillende fasen zijn in elke activiteit of preventieve handeling impliciet of expliciet terug te vinden.

1: de beginsituatie: Meermaals worden de preventiewerkers als deskundigen gevraagd. Soms bieden ze zelf hun deskundigheid aan; soms nemen ze vanuit hun deskundigheid zelf initiatieven wanneer in de toegewezen regio('s) bepaalde leemtes worden opgemerkt. Steeds blijft het belangrijk om te weten waar het initiatief vandaan komt, wat de voorgeschiedenis ervan is, wie er allemaal bij betrokken is, op welk tijdstip met wat begonnen wordt.

2: de analyse: Het is nodig precies te weten waar het om gaat. Meestal moet dit nader onderzocht worden, zeker door de preventiewerker, waar mogelijk door het cliëntsysteem en waar nodig door een wetenschappelijk onderzoeker. Het is eveneens nodig de mogelijkheden en onmogelijkheden van het cliëntsysteem te kennen, de bereidwilligheid, de beschikbare tijd, de menskracht, de middelen, enz.

3: de probleemstelling: De analyse moet uitmonden in het formuleren van een duidelijke, concrete probleemstelling (wat is het probleem, wie stelt het probleem en in welk kader?). Dit gebeurt samen met het cliëntsysteem en de preventiewerker. Vanuit de probleemstelling wordt een concrete eindsituatie als doelstelling geformuleerd, samen met en goedgekeurd door het cliëntsysteem.

4: de programmering: Het gaat hier om een gezamenlijk bepalen van een strategie, de planning, het proces, de taakverdeling, samenwerkingsmogelijkheden, keuze van methodieken, enz.

5: de uitvoering: Belangrijk hierbij is een voortdurende reflectie, evaluatie en bijsturing in functie van de vooropgestelde concrete doelstellingen, van de afspraken, de taakverdeling, enz.

De uitgangspunten van preventie als methodisch-agogisch handelen (doelgericht, procesmatig, systematisch, bewust) blijven hierbij belangrijk.

6: de evaluatie, perspectieven en afronding: De evaluatie moet antwoord geven op volgende vragen: wat zijn de resultaten, wat vinden de betrokkenen ervan? in hoeverre zijn de concrete doelstellingen bereikt? welke zijn de gemaakte fouten en waarom?

Op basis van de evaluatie wordt duidelijk welke bijsturing moet gebeuren, welke follow up mogelijk en nodig is, enz.

Een activiteit moet eveneens worden afgesloten, het klinkt vanzelfsprekend, maar wordt wel eens vergeten. Wanneer zijn de werkzaamheden immers ten einde? Wanneer en hoe wordt alles afgesloten? Ook de werkrelaties zelf moeten worden afgerond.

De bovengenoemde fasen zijn niet altijd even expliciet en in de juiste volgorde te onderscheiden.

september 1990

Het team van preventiewerkers

voor alcohol- en andere drugproblemen.

BIJLAGE 2

Aids-preventie in Vlaanderen

INHOUDSTAFEL

	Blz.
Aids-preventie in Vlaanderen	36
Historiek van de Aids-preventie in Vlaanderen	36
1. Jongeren	
1.1. Rechtstreekse benadering	36
1.2. Via intermediairen	37
1.3. Wetenschappelijk onderzoek	38
2. Mannen met homoseksuele contacten	
2.1. Rechtstreekse benadering	39
2.2. Via intermediairen	39
2.3. Wetenschappelijk onderzoek	40
3. Drugsputters	
3.1. Rechtstreekse benadering	40
3.2. Via intermediairen	40
3.3. Wetenschappelijk onderzoek	41
4. Algemene bevolking	
4.1. Rechtstreekse benadering	42
4.2. Via intermediairen	43
4.3. Wetenschappelijk onderzoek	44
5. Andere doelgroepen	
5.1. Gevangenen	44
5.1.1. Rechtstreekse benadering	44
5.1.2. Via intermediairen	44
5.1.3. Wetenschappelijk onderzoek	45
5.2. Prostitutie	45
5.2.1. Rechtstreekse benadering	45
5.2.2. Via intermediairen	45
5.2.3. Wetenschappelijk onderzoek	45
5.3. Migranten	46
5.3.1. Rechtstreekse benadering	46
5.3.2. Via intermediairen	46
5.3.3. Wetenschappelijk onderzoek	46
5.4. Vierde wereld	46
5.4.1. Rechtstreekse benadering	46
5.4.2. Via intermediairen	47
5.4.3. Wetenschappelijk onderzoek	47
5.5. Politieke vluchtelingen	47
5.5.1. Rechtstreekse benadering	47
5.5.2. Via intermediairen	47
5.5.3. Wetenschappelijk onderzoek	47
5.6. Reizigers en Toeristen	47
5.6.1. Rechtstreekse benadering	47
5.6.2. Via intermediairen	48
5.6.3. Wetenschappelijk onderzoek	48
5.7. Zeelui	48
5.7.1. Rechtstreekse benadering	48
5.7.2. Via intermediairen	48
5.7.3. Wetenschappelijk onderzoek	48
Algemene opmerkingen van de wetenschappelijke stuurgroep	50
1. Uitgangspunten Aids-preventie	51
2. De epidemiologische situatie	54
3. Actieplan Aids-preventie	
3.1. Jongeren	56
3.1.1. Probleemstelling	56
3.1.2. Wenselijke benadering	57
3.1.3. Concrete voorstellen	57
3.2. Mannen met homoseksuele contacten	58
3.2.1. Probleemstelling	58
3.2.2. Wenselijke benadering	58
3.2.3. Concrete voorstellen	59

3.3. Drugsputters	60
3.3.1. Probleemstelling	60
3.3.2. Wenselijke benadering	60
3.3.3. Concrete voorstellen	61
3.4. Algemeen publiek	62
3.4.1. Probleemstelling	62
3.4.2. Wenselijke benadering	62
3.4.3. Concrete voorstellen	62
3.5. Andere risicogroepen/doelgroepen	64
3.5.1. Gevangenen	64
3.5.2. Prostituees	65
3.5.3. Migranten	66
3.5.4. Vierde wereld	67
3.5.5. Politieke vluchtelingen	69
3.5.6. Reizigers en toeristen	70
3.5.7. Zeelui	71

AIDS-PREVENTIE IN VLAANDEREN

HISTORIEK VAN DE AIDSPREVENTIE IN VLAANDEREN

Sinds vijf jaar zijn in Vlaanderen AIDS-preventie-activiteiten aan de gang. De Stichting AIDS Gezondheidszorg (STAG) beet de spits af met de oprichting van de AIDS-telefoon in november 1985.

Hierna volgt een chronologisch overzicht van concrete preventie-activiteiten die in Vlaanderen werden uitgevoerd. De beschrijving volgt de indeling van het actieplan inzake de doelgroepen. Per doelgroep wordt vermeld wat er rechtstreeks naar het doelpubliek gebeurde en welke activiteiten naar de intermediairen werden gericht. Verder werd nagegaan welk wetenschappelijk onderzoek 'vanuit een AIDS-preventie-invalshoek ondernomen is.

Het overzicht werd door IPAC samengesteld. De commentatoren van de Wetenschappelijke Stuurgroep zijn in vette afdruk eraan **toegevoegd**.

1. Jongeren

1.1. Rechtstreekse benadering

Vanaf 1985 besteedden verschillende jongerentijdschriften regelmatig aandacht aan het AIDS-probleem en veilig vrijen: 'Oa-Flair, Fabiola, Rock this town, Vandaag, Campus, ea. Op initiatief van de Vlaamse minister van Volksgezondheid werd in 1988 een folder verspreid via jongerentijdschriften. In samenwerking met The Foundation ontwierp het tijdschrift Fabiola een AIDS-folder voor jongeren. Jongerenprogramma's op radio (studio Brussel) en televisie (Kilimanjaro) brachten regelmatig items rond de AIDS-problematiek. Veel schoolgaande jeugd doet een beroep op het documentatiecentrum van IPAC voor schoolwerk. Info-Jeugd maakte in 1987 en 1990 een infolder

over AIDS. De AIDS-bus was zeer populair bij jongeren en deelde oa condooms uit op het Rock-festival Torhout-Werchter. Het nationaal staatsekretariaat voor Volksgezondheid nam in 1990 het initiatief om condooms uit te delen op rock-concerten tijdens de zomermaanden.

Het Rode Kruis stelde in 1987 een voorlichtingsprogramma (AIDS, tot hier en niet verder) samen met video en folder voor jongeren. Het ministerie van landsverdediging maakte in 1988 een voorlichtingsvideo over AIDS voor de dienstplichtigen: vanaf 1990 is deze video ook beschikbaar voor initiatieven buiten het leger. In 1988 ontwierp de werkgroep jeugd en seksualiteit een discussiespel voor jonge mensen over relaties, seksualiteit en AIDS. Eigentijdse jeugd maakte in 1989 een publicatie over relaties bij jongeren met een onderdeel gewijd aan AIDS. In 1990 organiseerde IPAC samen met een liefdadigheidsorganisatie een affichewedstrijd over "AIDS". De Mutualiteit Jonge Arbeiders (MJA) zette in 1990 een gezondheidspreventie op voor jongeren, waarbij condooms en informatie werden verspreid.

De Wetenschappelijke Stuurgroep merkt op dat bijna alle initiatieven beperkt zijn tot de overdracht van informatie. Het aspect vorming is bijna niet aan bod gekomen.

1.2. Via intermediairen

Het voorlichtingsprogramma van het Rode Kruis (1987) en het discussiespel van de werkgroep Jeugd en Seksualiteit (1988) richtten zich ook tot de intermediairen om de voorlichting zo adequaat mogelijk naar de jongeren te brengen.

De Federatie van consultatiebureaus van de Centra voor Levens- en Gezinsvragen (CLG) werden in 1986 bijgeschoold over het AIDS-probleem tijdens een studiedag. Nadien werd hiervan een verslagboek uitgegeven. De Vrije Medische Scholen Instellingen (VMSI) organiseerden in 1987 een studiedag over AIDS. In 1987

en 1990 werden de schoolartsen van het Medisch Schooltoezicht (MST) bijgeschoold over AIDS. Ook de leraars Biologie kregen via een voordracht en een publicatie in hun tijdschrift (1988) extra AIDS-informatie.

In 1987 organiseerde het Stedelijk Onderwijs Antwerpen een sensibiliseringscampagne, waarbij zowel ouders, leerkrachten, directie als het Medisch Schooltoezicht werd betrokken. In 1988 en '89 organiseerde het neutrale onderwijsnet in samenwerking met de Centra voor Gezinsplanning en Seksuele Opvoeding (CGSO) bijscholing voor leerkrachten inzake relatiebekwaamheid en seksualiteit.

IPAC nam vanaf 1988 het initiatief om met een Stuurgroep Jongeren een preventiestrategie voor deze doelgroep te ontwikkelen.

1.3. Wetenschappelijk onderzoek

Het departement politieke en sociale wetenschappen van de UIA voerde in 1988 een nationale onderzoek uit bij een representatieve steekproef jongeren over seksueel gedrag en relatievorming. Ook de leerkrachten werden bevraagd. Aan de KUL (1988), VUB (1988) en UIA (1989) werden beperkte enqêtes gehouden bij universiteitsstudenten over hun kennis van AIDS en hun seksuele gewoontes.

Volgens de Wetenschappelijke Stuurgroep is éénmalig uitvoeren van zulke studies onvoldoende. Om evoluties te volgen, is herhalingsonderzoek noodzakelijk.

Aan verschillende universitaire instellingen bestudeerden wetenschappelijke equipes juridische en ethische vragen over de seksualiteitsbeleving van jongeren in het licht van de AIDS-problematiek.

2. Mannen met homoseksuele contacten

2.1. Rechstreekse benadering

Tijdens de eerste maanden van de Aidstelefoon (1985-86) werden vooral vragen van homoseksuele mannen beantwoord. Bekendmaking gebeurde vooral in dat milieu. De Stichting AIDS Gezondheidszorg (STAG) organiseerde niet enkel de AIDS-telefoon, maar inspireerde de overkoepelende federatie voor homofilie om aan het AIDSprobleem aandacht te schenken in hun werking.

Vanaf 1987 nam het AIDS-team het voortouw in de benadering van homoseksuele mannen. Zij introduceerden een speciaal condoom voor anaal verkeer (Hot Rubber) en zorgden voor een intensieve verspreiding via de homobars in Vlaanderen en later ook via de apotheken. Verder ontwikkelden zij een folder over veilig vrijen. Sinds een jaar richten zij zich met een "vrij veilig video show" naar homoseksuele mannen om het veilig gedrag te bestendigen.

De Wetenschappelijke Stuurgroep ontdekt in de benadering van mannen met homoseksuele contacten een dubbele boodschap. Längs de ene kant raadt men elk anaal verkeer af, terwijl men anderzijds promotie voert voor een speciaal anaal condoom. Vanuit infectiepreventie ligt het accent op het vermijden van anaal verkeer.

2.2. Via intermediairen

Onrechtstreeks werd via de intermediairen van de algemene bevolking de groep intermediairen naar homoseksuele mannen bereikt. Maar een specifieke invalshoek rond velige homoseksualiteit werd niet gehanteerd.

Volgens de Wetenschappelijke Stuurgroep is het ontbreken van een representatieve, overkoepelende structuur voor de ver-

schillende homo-organisaties een grote handicap in het bereiken van de doelgroep.

2.3. Wetenschappelijk onderzoek

In het kader van epidemiologisch onderzoek van SOA en hepatitis-B hield de dienst microbiologie van het Instituut voor Tropische Geneeskunde (ITG) de laatste tien jaar geregeld enquêtes bij homoseksuele mannen over hun seksueel gedrag.

In 1989 ondervroeg J. Vincke (RUG) een grote groep Vlaamse homoseksuelen over hun leven als homofiel. Ook het seksueel gedrag werd in dit "Gay Research Project" gepeild.

3. DrugspuiterS

3.1. Rechtstreekse benadering

In 1989 bracht de Vereniging voor Alcohol en Drugs (VAD) een informatiefolder uit voor druggebruikers om besmetting met HIV te voorkomen. Vanaf 1989 verspreidde de Free Clinic een voorlichtingsfolder in Antwerpen. In 1990 werd het project "COOL" opgestart: met affiches, folders en een voorlichtingspakket werden drugspuiterS geïnformeerd over veilig spuiten. Het VAD bracht in 1990 een strip-folder uit voor druggebruikers. Sedert 1988 voorzien de gespecialiseerde residentiële instellingen geregeld AIDS-preventiesessies voor hun bewoners.

Het inzetten van ex-drugspuiterS in het contacteren en motiveren van actuele gebruikers om een spuit en seksuele hygiëne in acht te nemen, verdient alle aandacht. De efficiëntie van dit kanaal om voorlichtingsmateriaal aan te bieden, dient goed gevolgd te worden.

3.2. Via intermediairen

In 1987 werden de Antwerpse apothekers geïnformeerd over het

AIDS-probleem en speciaal over de gevaren van het spuiten van drugs. In dit verband werd het belang van het verkopen van steriel spuitmateriaal beklemtoond.. Alle Antwerpse apothekers werden in 1988 geïnformeerd over AIDS en de problemen bij drugsputers via een mailing en een publicatie in hun tijdschrift. In 1990 startte ook in Limburg een samenwerking tussen drughulpverleners en apothekers.

In 1988 en '90 werden de hulpverleners van de drugopvang-instellingen over AIDS geïnformeerd tijdens verschillende bijscholingsactiviteiten van het VAD. Daarnaast werden in de loop van 1989 en 1990 de hulpverleners van verschillende residentiële instellingen bijgeschoold door het IPAC-team.

3.3. Wetenschappelijk onderzoek

Sedert 1988 houdt het VAD elk half jaar in de verschillende aangesloten organisaties een enquête over het aantal besmette personen in de betrokken instelling. In 1989 werd door Free Clinic in Antwerpen een enquête georganiseerd over het spuit- en sexuele gedrag van druggebruikers. "op straat" werden drugsputers gerecruteerd om hen te ondervragen. Tevens werd onderzocht hoe zij best konden benaderd worden voor preventieve activiteiten. Sinds 1989 loopt in Antwerpen een gedragsstudie, in opdracht van de EG, die jaarlijks zal herhaald worden.

In 1989 werden de Antwerpse apothekers bevraagd over hun bereidheid tot medewerking aan een AIDS-preventie voor drugsputers.

4. Alaemene bevolking

4.1. Rechtstreekse benadering

Sinds vijf jaar opereert de AIDS-telefoon als permanent informatiekanaal naar de algemene bevolking. Vooral sinds het invoeren van het groene nummer 1920 (9/89) kan deze dienst haar taak 'waarmaken. Op alle informatiemateriaal over AIDS prijkt het nummer van de AIDS-telefoon. Ook journalisten vermelden deze dienst als aanvulling van hun artikels en programma's over dit onderwerp.

In 1987 werden op TV spotjes over AIDS vertoond en werd op initiatief van het nationaal staatsekretariaat voor Volksgezondheid een huis aan huis folder verspreid. Vanaf 1987 verschenen regelmatig artikels in de geschreven pers en werden radio-en TV-programma's gemaakt over AIDS (Panorama, Zevende dag, Modem, Ommekaar, Steek-er-wat-van-op show, uitzending voor derden, Het Kraaienest, enz.). Nu wordt door 'de media twee maal per jaar speciale aandacht aan AIDS besteed: in juni ter gelegenheid van het jaarlijks wereldcongres over AIDS en rond 1 december, de wereld AIDS-dag georganiseerd door de Wereld Gezondheidsorganisatie.

Vanaf 1987 tot '89 toerde de AIDS-bus van het AIDS-team Vlaanderen rond met informatie over de ziekte en de veilig vrijen boodschap. In 1989 lanceerde de AIDS-telefoon de eerste base-line campagne over AIDS: radio en TV-spotjes, affiches bij huisartsen, 12 vierkante meter affiches, krantenadvertenties en de verspreiding van een AIDS-infomap. In 1990 bracht de Wetenschappelijke Vereniging voor Vlaamse Huisartsen (WVVH) een patientenfolder uit over AIDS. De stad Antwerpen plaatste in 1990 condoomautomaten in zijn stedelijke gebouwen.

De Wetenschappelijke Stuurgroep merkt op dat veel informatie

over de ziekte werd verstrekt. Maar er blijft nood bestaan aan acties om de bevolking te motiveren voor begrip ten opzichte van AIDS-slachtoffers en om vooroordelen weg te werken.

4.2. Via intermediairen

In 1986 werd via de gezondheidsinspektie aan alle artsen een medisch artikel toegestuurd over AIDS. In 1987 werden alle CGSO-en CLG-medewerkers over AIDS geïnformeerd en werd in de welzijnsgids een artikel over de ziekte gepubliceerd. Aan verpleegkundigen werden in dat jaar verschillende voordrachten gegeven en verscheen in hun tijdschrift een artikel over het onderwerp. Het AIDS-team verspreidde in 1987 een uitgave "AIDS in het beroep". In 1988 gaf IPAC een leesmap voor verpleegkundigen uit. Begin 1989 kregen alle Vlaamse huisartsen een themanummer van Huisarts Nu toegestuurd over AIDS. Vanaf 1986 werden door IPAC-en ITG-medewerkers tientallen voordrachten over AIDS gegeven aan de huisartsenkringen in Vlaanderen.

De uitgave "100 vragen en antwoorden" werd in 1987 door het Vlaams ministerie van Volksgezondheid samengesteld in samenwerking met het ITG. In datzelfde jaar organiseerde de gezondheidsinspekteur van Limburg de eerste provinciale studiedag en startte de provinciale coördinatie in Antwerpen en Limburg. Een jaar later volgden Oost-Vlaanderen en Vlaams Brabant.

Vanaf 1988 verscheen Hera, een uitgave van IPAC voor intermediairen in de AIDS-preventie. In 1988 en '89 werd door IPAC een inventaris opgemaakt van alle organisaties in Vlaanderen die actief zijn in de AIDS-preventie. Deze informatie werd uitgegeven in een AIDS-gids. Vanaf 1987 verzorgt IPAC de medische bijscholing van de medewerkers aan de AIDS-telefoon.

Sinds 1989 verleent The Foundation vanuit hun ervaring met het begeleiden van AIDS-patiënten deskundigheidsbevordering aan

hulpverleners en preventiewerkers.

4.3. Wetenschappelijk onderzoek

Er is een centrale registratie van het aantal seropositieven en AIDS-patiënten. Een peilnet van huisartsen registreert sinds 1989 alle vragen van patiënten om een HIV-test. Sinds haar ontstaan noteert de AIDS-telefoon de vragen aan de opbellers.

Verschillende academische instellingen bogen zich over juridische en ethische vragen die de AIDS-problematiek oproept.

De Wetenschappelijke Stuurgroep wijst op de nood aan permanent wetenschappelijk onderzoek over het seksueel gedrag van de algemene bevolking. Deze informatie is onmisbaar om toekomstige preventie-acties te richten en de uitgevoerde te evalueren.

5. Andere doelgroepen

5.1. Gevangenen

5.1.1. Rechtstreekse benadering

Op een discrete manier is het nummer van de AIDS-telefoon bekend gemaakt. Enkele informatievoordrachten werden gegeven. In sommige gevangenissen werd het projekt van het Rode Kruis gebruikt. IPAC maakte een videocompilatie in verschillende talen van AIDS-voorlichtingsmateriaal voor gedetineerden. In de kantines van de gevangenissen zijn condooms te verkrijgen.

5.1.2. Via intermediairen

In 1986 werd door de penitaire gezondheidsdienst in samenwer-

king met het AIDS-referentiecentrum van de KUL een voorlichtingsbrochure voor gevangenispersoneel verspreid. In verschillende instellingen werden toen voorlichtingsvergaderingen voor het personeel georganiseerd.

5.1.3. Wetenschappelijk onderzoek

Vanaf 1986 worden in de gevangenissen regelmatig seroprevalentiestudies uitgevoerd.

5.2. Prostitutie

5.2.1. Rechtstreekse benaderins

In Antwerpen werd in 1988 een folder bij prostituées verspreid via Payoke, een organisatie die prostituées sociaal opvangt. Deze Antwerpse folder werd ook in Limburg gebruikt. Payoke bezoekt regelmatig de 'prostituées van de binnenstad en motiveert hen persoonlijk tot een velige seksuele leefstijl.

De AIDS-telefoon ontvangt veelvuldig vragen van prostituanten die zich zorgen maken over een mogelijke besmetting tijdens een bezoek aan een prostituée.

5.2.2 Via intermediair=

Een specifieke AIDS-preventie-aktiviteit naar deze doelgroep is niet gebeurd.

De Wetenschappelijke Stuurgroep merkt op dat antwoord op de vraag "wie zijn de belangrijke figuren waarlangs deze doelgroep kan bereikt worden?" erg belangrijk is om zinvolle aktiviteiten op te zetten.

5.2.3 Wetenschappelijk onderzoek

Vanuit de SOA-consultatie en de dienst microbiologie van het

ITG werden enkele studies opgezet. Ook het AIDS-referentiecentrum van Gent voerde een onderzoek uit bij prostituées, waarbij men tevens een AIDS-preventie aktie inbouwde.

5.3. Migranten

5.3.1. Rechtstreekse benadering .

De BRT ontwikkelde in samenwerking met het centrum voor buitenlandse werknemers te Antwerpen een video met AIDS-voorlichting voor Turken en Marokkanen. In Antwerpen werden enkele AIDS-voorlichtingsfolders in het Arabisch en Turks vertaald. Hier en daar werden voordrachten georganiseerd voor migrantenjongeren.

5.3.2. Via intermediairen

Een specifieke AIDS-preventie aktiviteit naar deze doelgroep is niet gebeurd.

Ook hier vindt de Wetenschappelijke Stuurgroep het belangrijk de juiste intermediaire personen te kennen.

5.3.3. Wetenschappelijk onderzoek

Specifiek wetenschappelijk onderzoek over AIDS-preventie is niet uitgevoerd.

5.4. Vierde wereld

5.4.1 Rechtstreekse benadering

Enkele malen werd tijdens een projekt van alfabetisering AIDS-voorlichtingsmateriaal als lesmateriaal gebruikt. Sporadisch werden enkele voordrachten voor deze groep mensen gegeven.

5.4.2. Via intermediairen

IPAC stelde voor preventiewerkers en hulpverleners in het milieu van de vierde wereld een lessenreeks samen over AIDS. In 1989 werd door de Vereniging van Vlaamse Onthaalhuizen een vormingsdag over AIDS gegeven in samenwerking met IPAC en The Foundation.

5.4.3. Wetenschappelijk onderzoek

Specifiek wetenschappelijk onderzoek over AIDS-preventie is niet uitgevoerd.

5.5 Politieke vluchtelingen

5.5.1. Rechtstreekse benadering

Geen AIDS-preventie activiteit tot nu toe. Een aantal van deze mensen vindt een opvang in het ELISA-centrum van Artsen Zonder Grenzen waar gratis en anoniem HIV-testen worden uitgevoerd.

5.5.2 Via intermediairen

Een specifieke AIDS-preventie activiteit naar deze doelgroep is niet gebeurd.

5.5.3 wetenschappelijk onderzoek

Specifiek wetenschappelijk onderzoek over AIDS-preventie is niet uitgevoerd.

5.6. Reizigers en Toeristen

5.6.1. Rechtstreekse benadering

Aan de luchthaven. van Zaventem ligt sinds 1988 een informatiefolder over AIDS in vier talen. Het Instituut voor Tropische Geneeskunde, de stad Antwerpen en het AIDS-team brachten samen een AIDS-folder uit voor reizigers.

5.6.2. Via intermediairen

Huisartsen werden via Huisarts Nu geïnformeerd over het belang van AIDS-preventie bij het geven van reisadvies.

5.6.3. Wetenschappelijk onderzoek

In 1986 en 87 werden terugkerende coöperanten en ontwikkelingswerkers getest op HIV-antistoffen en ondervraagd over hun seksueel gedrag.

5.7. ZEELUI

5.7.1. Rechtstreekse benadering

In Antwerpen werd een folder voor zeelieden ontworpen in verschillende talen. Verspreiding gebeurt door het personeel van het waterschoutambt. De AIDS-bus werd ingezet voor enkele voorlichtingsactiviteiten in samenwerking met de stedelijke overheid. De stad Antwerpen stelde ook een informatiefolder op voor binnenschippers.

5.7.1. Via intermediairen

De artsen die instaan voor de gezondheidszorg van de zeelui . aan wal en aan boord, werden bijgeschoold in 1987 door de dienst microbiologie en SGA-raadpleging van het ITG.

5.7.3. Wetenschappelijk onderzoek

De havenartsen hielden verschillende enquêtes over de, sero-

prevalentie onder zeelui van de Belgische koopvaardij, het seksueel gedrag van deze mensen en het condoomgebruik.

ALGEMENE OPMERKINGEN VAN DE WETENSCHAPPELIJKE STUURGROEP

Veel activiteiten werden in Antwerpen ontworpen en uitgevoerd. Aandacht voor het AIDS-probleem is daar vertrokken. De vraag is in welke mate andere streken dezelfde noden kennen en hoe zij deze initiatieven kunnen overnemen.

Er zijn veel kleine, verspreide activiteiten opgezet. Dit gebeurde niet op een systematische manier. De meeste waren éénmalige initiatieven. In de toekomst is een systematiek in de preventieactiviteiten noodzakelijk. .

Er is weinig evaluatie gebeurd. De effecten van de uitgevoerde activiteiten blijven in het vage. Evaluatie van de preventie is noodzakelijk.

Bijna alle akties werden opgezet zonder preventievoorbereidend onderzoek. Dit handicupeert de uiteindelijke evaluatie van de gestelde doelstellingen. Er is nood aan preventierelevant wetenschappelijk onderzoek.

De meeste akties volgen een eenvormige methodiek: maken en verspreiden van voorlichtingsmateriaal. Er is gebrek aan variatie in het uitvoeren van de preventie. Stimulering van meer gevarieerde aanpak is wenselijk.

AIDS-PREVENTIE IN VLAANDEREN.

1. UITGANGSPUNTEN AIDS-PREVENTIE

AIDS-preventie heeft tot doel de verspreiding van het HIV tegen te gaan. Een AIDS-preventiebeleid houdt rekening met prioriteiten die op verschillende terreinen te situeren zijn. In kort bestek worden hier de uitgangspunten van een AIDS-preventiebeleid weergegeven.

a. Voorkomen van besmetting (primaire preventie) is het belangrijkste middel in de strijd tegen AIDS . Deze preventie dient in de eerste plaats een vermindering van het risicogedrag na te streven.

NOTA :

Voorkomen van besmetting (primaire preventie) kan moeilijk worden losgekoppeld van andere aspecten van de HIV-problematiek. Zo zal vroegtijdige opsporing en behandeling, met de bedoeling om ziekte-ontwikkeling bij seropositieven te voorkomen (secundaire preventie), in de nabije toekomst een belangrijker beleidsoptie worden omdat antivirale therapie voor seropositieven in de toekomst zal beschikbaar zijn. Een ander aspect is het herstellen en vermijden van lichamelijke, psychische en maatschappelijke problemen die ontstaan als gevolg van een HIV-besmetting (tertiaire preventie). Tegengaan van discriminatie sluit hierbij aan en is tevens een essentiële doelstelling in het geheel van de preventie-inspanningen.

De hulpverlening voor seropositieven en AIDS-patiënten is een ander aandachtspunt. In dit kader past een bezinning over de rol van de referentiecentra, van de huisartsen en andere hulverleningsinstanties en over de opvang en begeleiding van AIDS-patiënten in de ziekenhuizen.

Specifieke aandacht gaat ook naar de problemen die seropositieve personen ondervinden bij aanwervingen en het

aangaan van verzekeringen.

b. De preventieve activiteiten dienen te worden gecoördineerd en gestuurd in de richting van de hier geformuleerde beleidsopties onder meer door het richten van financiering en door het initiatief tot acties en onderzoek te stimuleren. Zowel in het algemeen als ten aanzien van elk der genoemde doelgroepen moet het beleid geëvalueerd en eventueel **geheroriënteerd** worden in functie van de hier vastgestelde prioriteiten.

c. *Naast een blijvende sensibilisatie van het algemene publiek richt het beleid zich op specifieke doelgroepen. Op basis van epidemiologische gegevens (cfr. punt 2) menen **we** dat **prioritair** actie moet worden gevoerd naar (opsomming in volgorde van belang) :

1. jongeren
2. mannen met homoseksuele contacten
3. drugspruiters
4. algemeen publiek

d. Het actieplan houdt rekening met de uiteenlopende situaties en behoeften van de doelgroepen. De diverse methodieken worden op een empirische wijze aangewend. Onderzoek en evaluatie moeten systematisch de preventie-initiatieven begeleiden.

NOTA:

Elk initiatief dat genomen wordt in het kader van preventie wordt idealiter voorafgegaan en gevolgd door onderzoek. Dit betekent dat interventies gepland worden en de effecten ervan gemeten. Preventieve acties worden zodanig opgezet dat kan worden nagegaan of en in , elke mate de vooropgestelde doelen ook bereikt werden. Dit is onontbeerlijk om interventies te kunnen bijsturen en voor de uitwerking van nieuwe initiatieven. Dit impliceert middelen om onderzoek mogelijk te

maken, dit wil zeggen :

1. continuïteit verzekeren in het epidemiologisch onderzoek, ook van het gezondheidsrelevant gedrag,
2. het ondersteunen van preventieve acties,
3. planning, coördinatie en eventueel de uitvoering van het onderzoek.

Bij de opsomming van de concrete voorstellen in dit actieplan wordt verondersteld dat vooronderzoek en evaluatie de projecten begeleiden. Deze twee aspecten zullen dan ook niet systematisch bij de activiteiten worden vernoemd.

e. AIDS-preventie wordt geïntegreerd in bestaande structuren en initiatieven. AIDS is immers geen geïsoleerd probleem, het is verweven met talrijke maatschappelijke aspecten en raakt aan (onder meer) gezondheidszorg, welzijnszorg, opvoeding en onderwijs. Alhoewel AIDS-preventie tot de bevoegdheid van één ministerie behoort zijn er een aantal aspecten aan de problematiek die samenwerking met andere ministeries noodzakelijk maken.

f. Continuïteit van de specifieke AIDS-werkingen die in de loop der jaren door diverse organisaties zijn ontplooid, is essentieel.

2. DE EPIDEMIOLOGISCHE SITUATIE

2.1 De AIDS-gevallen

In 1980 werden de eerste AIDS-gevallen in ons land geregistreerd. Tot 1984 waren het hoofdzakelijk niet-Belgen, maar vanaf 1986 worden jaarlijks meer AIDS-gevallen bij Belgen geregistreerd dan bij niet-Belgen. Gemiddeld wordt elke maand bij zeven Belgen de diagnose AIDS gesteld en aangegeven.

Op 30 september 1990 waren in totaal 400 Belgische AIDS-gevallen geregistreerd, 339 mannen en 61 vrouwen. Hiervan zijn 184 nog in leven. Volgens berekeningen van het Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie zullen volgend jaar 230 nieuwe AIDS-gevallen geregistreerd worden bij personen die in ons land verblijven (residenten)

Bij de mannen is tweederde van de AIDS-patiënten besmet door homoseksuele contacten en ongeveer één vierde door heteroseksueel contact. Een op vijftig is besmet het spuiten van drugs. Insputen van besmette bloedprodukten of bloedtransfusies besmetten zes procent van de patiënten. Drie vijfde van alle mannelijke AIDS-patiënten is tussen 25 en 44 jaar oud.

De helft van de vrouwelijke AIDS-patiënten is besmet door heteroseksueel verkeer. Het spuiten van drugs is verantwoordelijk voor 9 procent van de besmettingen. Bloedtransfusie en insputen van bloedprodukten besmetten 28 procent van de patiënten. Drievijfde is tussen 20 en 39 jaar oud.

2.2 De seropositieven

op 30 september 1990 waren zesduizend seropositieven geregistreerd. Zeven op tien zijn mannen. Elke maand groeit de groep seropositieven aan met honderd nieuwe patiënten.

Zowel bij mannen als vrouwen is de meest getroffen leeftijdsgroep 25 tot 29 jaar. Men schat dat jaarlijks twee tot vijf procent AIDS zal ontwikkelen.

Bij de mannelijke seropositieven is homoseksueel verkeer in 42 procent van de gevallen verantwoordelijk voor de besmetting. 36 procent werd besmet door heteroseksueel contact. Spuiten van drugs is verantwoordelijk voor twaalf procent van de besmettingen bij mannen. Slechts vijf procent is besmet via bloedtransfusie of bloedprodukten.

Heteroseksueel verkeer bracht bij 74 procent van de vrouwelijke seropositieven het virus over. Drugspuiten is bij hen verantwoordelijk voor tien procent van de besmettingen. Acht procent is besmet na bloedtransfusie of het inspuiten van bloedprodukten.

Bijna vijf procent (4,5%) van de seropositieven kregen het virus via verticale transmissie, van moeder op kind.

2.3 Trends in de HIV-epidemie.

Homoseksuele mannen vormen de grootste groep besmette personen. Ook al vermindert het promiscu gedrag, toch blijven nieuwe besmettingen gebeuren in vaste relaties waar één besmette partner ongewild de ander besmet. Vaak is de besmette persoon in een discordant koppel (één partner besmet, de andere niet) niet op de hoogte van zijn seropositiviteit.

Drugspuiters vormen een minieme fraktie van het aantal AIDS-patiënten, maar maken al tien procent uit van de seropositieven. Gegevens uit het buitenland waarschuwen voor een snelle verspreiding van het virus in deze groep.

In vergelijking met de ons omringende landen is de proportie besmettingen via heteroseksueel verkeer aanzienlijk. De

overgrote meerderheid (85% bij de vrouwen en 90% bij de mannen) is besmet door seksueel verkeer met een partner uit een HIV-endemisch gebied.

3. ACTIEPLAN AIDS-PREVENTIE

3.1. JONGEREN

3.1.1. Probleemstelling

Het belang van AIDS-preventie voor jongeren is duidelijk: steeds nieuwe generaties jonge mensen gaan op zoek naar een identiteit, en seksualiteit is daar een essentieel aspect van. De jongere is enerzijds kwetsbaar – seksualiteit is een precair en beladen levensdomein- maar ook ontvankelijk voor waarden en normen. Hij zit in een periode waarin gewoonten volop worden gevormd en waarin pogingen tot beïnvloeding vaak effectief zijn. Goed georchestreerde preventiecampagnes naar jongeren kunnen een diepgaand en langdurig effect ressorteren. Het seksuele gedrag van een aanzienlijke groep jongeren houdt een risico op besmetting met HIV en andere SOA's in. Speciale aandacht verdienen jongeren die een homoseksuele geaardheid hebben, of nog geen duidelijkheid hebben over hun seksuele voorkeur. Het is van belang dat- deze geaardheid herkend en erkend wordt om te vermijden dat deze jongeren zich afgewezen voelen en zich afsluiten voor informatie en het aannemen van een veilige seksuele leefstijl.

Naast het zoeken naar een seksuele identiteit is het-op een verantwoorde wijze leren omgaan met allerlei genotsmiddelen een andere opdracht voor jongeren, waarbij beïnvloeding door milieu en opvoeding bepalend kunnen zijn. De relatief grote beschikbaarheid van legale en illegale drugs maakt een gericht opvoedkundige beïnvloeding wenselijk.

Extra aandacht gaat naar die groepen jongeren die door de huidige preventie-initiatieven nog nauwelijks bereikt worden :

jongeren uit het technisch-en beroepsonderwijs en migrantenjongeren. Om een efficiënte aanpak te kunnen uitwerken ontbreken gegevens over hun leefwereld, over hun beleving van seksualiteit en relaties en van de wijze waarop beïnvloeding mogelijk is.

Intermediairen die met jongeren te maken hebben, zijn niet altijd voldoende geoefend om onderwerpen die met seksualiteit, relaties en druggebruik verband houden ter sprake te brengen.

3.1.2. Wenselijke benadering

Een aanpak die het thema AIDS overstijgt en die een positieve boodschap brengt (leren omgaan met elkaar, verantwoordelijke en respectvolle seksualiteit, veilig vrijen, weerstand bieden aan drugs) is te verkiezen boven een restrictieve en moraliserende benadering.

De heterogeniteit van de doelgroep jongeren vraagt een aanpak die deze diversiteit respecteert. De verschillende kanalen waarlangs jongeren te bereiken zijn zullen optimaal gebruikt worden. In de eerste plaats is dit het onderwijs dat op een systematische wijze de preventieboodschap kan inbouwen in een breder voorlichtingsaanbod.

Daarnaast zijn er tal van niet-schoolse structuren en **intermediairen** die op gevarieerde -wijze kunnen ingeschakeld worden in de preventie voor jongeren : jeugdbewegingen, informatie-en adviescentra, gemeentelijke jeugddiensten, media, ouders, PMS en MST.

3.1.3. Concrete voorstellen

- base-line campagne via de geëigende kanalen (media, scholen, jeugdbewegingen...). Een base-line campagne is een brede sensibiliserende campagne die de aandacht van een bepaald

publiek op een bepaald probleem tracht te vestigen, bijvoorbeeld door middel van TV-spots, affiches, brochures, stickers .

- inventarisatie van het bestaand didactisch aanbod en van de implementatie van dit materiaal.
 - onderzoek om zicht te krijgen op de belevingswereld van jongeren, hun risicoperceptie m.b.t. AIDS en SOA en de determinanten van seksueel gedrag.
 - ontwikkelen van audiovisueel materiaal voor de groepen die tot nog toe niet werden bereikt.
 - geschreven didactisch materiaal ontwikkelen dat op de verschillende deeldoelgroepen binnen de jongerenpopulatie is afgestemd.
 - training van intermediairen.
 - de mogelijk'kheden onderzoeken van 'peer group' methodologie& en vaardigheidstrainingen.
 - het oprichten van een contactgroep met vertegenwoordigers uit het onderwijs, de jeugdwerkingen, volksgezondheid enz.
-

3.2.MANNEN MET HOMOSEKSUELE CONTACTEN

3.2.1. Probleemstelling

Mannen met homoseksuele contacten vormen nog steeds één van de belangrijke doelgroepen voor AIDS-preventie. Onderzoek heeft aangetoond dat een gedragsverandering in de zin van 'veilig vrijen' zeker niet veralgemeend. ingang heeft gevonden bij de mannen met risico-contacten. Preventie-initiatieven moeten verdergezet worden om de nog niet bereikte homo's en de jonge generaties aan te spreken en om de bereikte effecten (gedragsveranderingen) te bestendigen.

3.2.2.2. Wénselijke benadering

Hoofddoel is het bevorderen van veilig seksueel gedrag bij

mannen met homoseksuele contacten. Hierbij is een belangrijke opdracht in informeren en sensibiliseren van hen die op professioneel vlak met hen te maken hebben (intermediairen). Ook moeten de bestaande homo-organisaties meer worden ingeschakeld, moet de groepsvorming worden bevorderd en zal er ook aandacht moeten zijn voor praktische aspecten als het ter beschikking stellen van anale condooms.

Men moet vermijden dat AIDS uitsluitend wordt geassocieerd met specifieke groepen zoals homoseksuelen, wat stigmatisatie in de hand werkt. Een base-line campagne zal om die reden bij voorkeur spreken over risicogedrag in plaats van over risicogroepen.

3.2.3. Concrete voorstellen

- acties naar mannen met homoseksuele contacten op welbepaalde openbare plaatsen waar contacten gelegd worden en waar seksuele activiteiten ontplooid worden (bekendmaken van de "veilig vrijen" boodschap via affiches, stickers, het verspreiden van het anale condoom). Dit moet in samenwerking met en in overleg met de ordediensten gebeuren.
- verderzetten en verruimen van de lopende preventiecampagne naar mannen met homoseksuele contacten.
- vorming en voorlichting van professionele categorieën die met homo's te maken krijgen (onderwijzend personeel, ordediensten, hulpdiensten)
- het ontwikkelen van een "Welzijnsgids voor mannen en vrouwen met homoseksuele contacten", bedoeld voor welzijnswerkers en organisaties die met vorming belast zijn, teneinde hen wegwijs te maken in de homoseksuele problematiek.
- centrale Informatie-en Documentatiebank over de homoseksuele problematiek.

zoeken naar bijkomende kanalen voor het geven van voorlichting over AIDS.

3.3. DRUGSPUITERS

3.3.1. Probleemstelling

Drugspuiters lopen in dit stadium van de epidemie het meest risico op besmetting. Door het gezamenlijk gebruik van injectiemateriaal, wat ook in België gebruikelijk is, kan het virus zich zeer snel in een bepaalde populatie verspreiden.

In België zijn nog geen grootschalige initiatieven ondernomen naar deze groep. Een preventiecampagne is nu het meest effectief omdat het **HIV** volgens recent onderzoek nog niet op grote schaal verspreid is.

Een probleem voor de uitvoering van preventieprojecten is, het tekort aan laagdrempelige hulpverlening voor druggebruikers. Een probleem dat specifieke aandacht vraagt is de impact van AIDS-preventie-initiatieven op lopende ontwenningprogramma's.

3.3.2. Wenselijke benadering

Preventie en hulpverlening voor druggebruikers worden gefintensifieerd. Er moeten meer laagdrempelige modellen worden ontwikkeld (straathoekwerk), wat een uitbreiding van de eerstelijns hulpverlening impliceert.

Intermediairen die in aanraking komen met druggebruikers worden bijgeschoold over drugs en seksualiteit.

Een betere integratie van AIDS-preventie in de bestaande **drughulpverleningsprogramma's** is aangewezen.

De bestaande overkoepelende structuur (Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen) kan een zeer belangrijke rol spelen in de organisatie en coördinatie van deze taakuitbreiding.

3.3.3. Concrete voorstellen

cursuspakket : ontwikkelen en implementeren van een informatiepakket voor wie in aanraking komt met drugsputers.

- 'train de trainers' : intensieve vorming van intermediairen die een sleutelrol spelen in de preventie en daarnaast van hen die begeleiding van seropositieve gebruikers op zich kunnen nemen.

betrekken van apothekers in de HIV-preventie voor druggebruikers (verspreiding van steriel injectiemateriaal, folders...)

- creëren van een discussieplatform om preventieve maatregelen te bespreken . De V.A.D. speelt hierin een sleutelrol.

informatieve brochure voor artsen over druggebruik, behandeling van neveneffecten, over HIV, enz.

- voortzetting en uitbreiding van het project "COOL" naar een breder gamma van onderwerpen die met gezondheid te maken hebben.

voortzetting en uitbreiding van het pilootprogramma 'Aidspreventie en injecterend druggebruik' van de vzw. Maatschappelijke Research naar meerdere steden in Vlaanderen.

het inschakelen van ex-druggebruikers in preventieprogramma's.

de oprichting van gezondheidsbewakingscentra voor druggebruikers in heel Vlaanderen. Samenwerking met de bestaande hulpverlening is noodzakelijk.

- continuïteit in de vorming en opleiding van de betrokken intermediairen.

3.4. ALGEMEEN PUBLIEK

3.4.1. Probleemstelling

Een aangehouden sensibilisering van de publieke opinie is belangrijk om verschillende redenen:

- de problematiek is relatief nieuw en voortdurend en de aandoening grotendeels onzichtbaar waardoor het bewustzijn voor de ziekte laag is en de persoonlijke betrokkenheid bij de ziekte nog onvoldoende is.

er bestaat een gevaar voor een maatschappelijke discriminerende houding ten aanzien van HIV-dragers.

- via de algemene bevolking zijn risicodragers bereikbaar die niet identificeerbaar of klasseerbaar zijn in zogenaamde 'risicogroepen' die meer gericht kunnen benaderd worden.

3.4.2. Wenselijke benadering

Een herhaalde brede publiekscampagne is een ondersteuning voor meer specifieke acties. De media spelen hierbij een belangrijke rol als aandachtstrekker : het thema AIDS wordt in brede kringen besproken, wat de gevoeligheid voor meer specifieke informatie doet toenemen. Relevante boodschappen en modellen bijv. bekende acteurs, sportlui) zouden in bestaande populaire programma's moeten kunnen ingebouwd worden. Een voortdurende en afwisselende campagne voorziet in correcte en duidelijke informatie die alle aspecten van de problematiek belicht.

Publiekscampagnes sensibiliseren en stimuleren tot individuele en maatschappelijke verantwoordelijkheid. Tevens kunnen ze oproepen tot solidariteit met de getroffen.

3.4.3. Concrete voorstellen

- base-line campagne die doorlopend de aandacht van het

publiek trekt en informatie overbrengt.

- uitgave van een reeks documenten / brochures e.d. met achtergrondinformatie over AIDS en SOA voor verschillende doelpublieken, onder meer: bezoekers van prostituées, (gelegenheids)drugsspuiter, gehuwde *mannen met homoseksuele contacten, promiscue mannen en vrouwen.
- bijscholing voor intermediairen die een sleutelrol kunnen spelen in de AIDS-preventie of het bereiken van deze specifieke doelgroepen.
- bestendigen van bestaande initiatieven die hun bestaansreden bewezen hebben : door een specifieke actie of door hun bevoorrechte toegang tot de hiervoor moeilijk bereikbare doelgroepen.
- bestendigen van de AIDS-telefoon als een laagdrempelige informatiebron
- actief inschakelen van de media in een verantwoorde preventie, bijvoorbeeld naar aanleiding van het Internationaal AIDS Congres in juni en de Wereld AIDS Dag in december/

3.5. ANDERE RISICOGROEPEN/DOELGROEPEN

OPMERKING : De term risicogroep suggereert ten onrechte dat bepaalde bevolkingsgroepen per definitie in hun geheel at risk zouden zijn voor HIV-besmetting. Dit is discriminerend en stigmatiserend taalgebruik dat tegelijkertijd voorbijgaat aan de realiteit van de HIV-epidemie : niet het behoren tot een bepaalde groep houdt besmettingsrisico in. Het gaat enkel om bepaalde risicoaедraq. Bij voorkeur wordt de term doelgroep gebruikt.

3.5.1. GEVANGENISSEN

3.5.1.1. Probleemstelling

Drugspuiters lopen een redelijk groot risico op een verblijf in de gevangenis. Gevangenisartsen en bewakers hebben daardoor meer en meer te maken met besmette gebruikers. Daarnaast betekenen vrijwillige of gedwongen homoseksuele contacten een reëel risico op besmetting met HIV en andere SOA's. Over dit laatste probleem is echter weinig bekend.

3.5.1.2. Wenselijke benadering

AIDS-preventie in de gevangenis vraagt een interdisciplinaire aanpak waarbij directies, bewakers en ander personeel moeten worden ingeschakeld. Een omzichtige aanpak kan stigmatisatie van HIV-dragers vermijden. Het integreren van AIDS-preventie programma's in andere (gezondheids)-programma's (bv. tuberculose-preventie SOA-preventie) verdient de voorkeur.

3.5.1.3. Concrete, voorstellen

- verspreiden van een informatieve video (verschillende talen) die via het gesloten circuit in de gevangenis kan bekeken

worden.

- foldermateriaal in verschillende talen moet de video begeleiden.

- ter beschikking stellen van condooms en een ontsmettingsmiddel voor injectiemateriaal (bleekwater).

- training van gevangenispersoneel in verband met AIDS en SOA.

- bijscholing voorzien voor de intermediairen.

- mogelijkheden creëren om HIV-testen op vrijwillige basis te laten afnemen, in combinatie met counseling . De aanstelling van 'gezondheidsconsulenten' is in dat kader wenselijk.

3.5.2. PROSTITUEES

3.5.2.1. Probleemstelling

De doelgroep prostituees wordt gekenmerkt door een enorme verscheidenheid in soort prostitutie, milieu, taal, nationaliteit.

De vrouwen zijn meestal slecht geïnformeerd over AIDS en andere SOA. Geschreven materiaal heeft weinig impact. In persoonlijke gesprekken kan langzaam een vertrouwensrelatie worden opgebouwd, maar ook dit is een kwestie van jaren.

Prostituees zijn meestal erg wantrouwig ten opzichte van hulpverlening.

De moeilijkst te bereiken groep in de prostitutiewereld zijn de drugsspuittende prostituees. Het is nochtans in deze groep dat condoomgebruik het minst wordt toegepast en waar de AIDS-preventieboodschap het meest noodzakelijk is.

3.5.2.2. Wenselijke benadering

Opbouwen van vertrouwensrelaties met de prostituees vereist een permanente werking. Het creëren van vertrouwenscentra biedt dergelijke mogelijkheden.

Maatschappelijke ondersteuning van AIDS/HIV- beleid naar de prostitutiewereld is wenselijk : aanpassing van de wetgeving en creëren van rechtszekerheid voor prostituées.

3.5.2.3. Concrete voorstellen

- oprichten van vertrouwenscentra in verscheidene steden (cfr. het Antwerpse centrum Payoke), van waaruit preventie-activiteiten worden gesteund en opgestart.
- aanmaken en verspreiden van geschreven en audio-visueel didactisch materiaal in verschillende talen.
- gespreks- en infodagen voor hulpverleners/intermediairen die met prostituées in contact komen.
- laagdrempelige opvang voor drugsputers die via prostitutie in hun onderhoud voorzien. '
- opbouwen van een netwerk van hulpverleners die bereid zijn zich vertrouwd te maken met de problematiek van de prostitutie en die in geval van problemen overleg willen plegen.
- initiatieven naar bareigenaars, pooiers en prostituanten het uitbouwen van vertrouwenscentra voor medische, maatschappelijke en juridische begeleiding.

3.5.3. MIGRANTEN

3.5.3.1. Probleemstelling

- . Tot op heden is er noch door de overheid noch door de migrantenwerkingen aandacht geschonken aan een AIDS-preventiebeleid bij migranten (+- 180.400 Turken en Marokkanen in België.)

Culturele kenmerken verhinderen dat seksualiteit en aanverwante tema's openlijk bespreekbaar zijn.

Bovendien zijn er aanwijzingen voor een groeiend drugprobleem bij Turkse en Marokkaanse jongeren, soms in combinatie met homoseksuele prostitutie. Het is momenteel niet duidelijk welke invalshoek het meest geëigend is.

3.5.3.2. Wenselijke benadering

Aan diverse Vlaamse universiteiten en ook in het buitenland wordt reeds jaren onderzoek uitgevoerd naar gezondheidsproblemen bij migranten en naar efficiënte benaderingswijzen. Deze voorkennis levert een uitstekende vertrekbasis voor het uitbouwen van een AIDS-preventiestrategie. Er leeft een sterke voorkeur bij sociale werkers en gezondheidswerkers om deze problematiek aan te kaarten via bestaande migrantenwerkingen en vertrouwensartsen.

3.5.3.3. Concrete voorstellen

-
- deskundigheidsbevordering van migrantenwerkers en artsen die migranten als patiënt hebben door het inrichten van een studiedag over 'migrant en seksualiteit, SOA en HIV'.
 - verspreiden van didactisch materiaal in het Frans, Arabisch en Turks via geëigende kanalen (o.a. wachtkamers van artsen)
 - huisartsen stimuleren om over SOA en AIDS te spreken met hun patiënten en het didactisch materiaal te verspreiden.
- het onderwijs heeft aandacht voor de verschillende belevingswereld van migrantenjongeren en een aangepaste benaderingswijze wordt uitgewerkt.
- de opleidingen van artsen, opvoedkundig personeel en hulpverleners geeft informatie over de culturele verschillen in beleving van gezondheid, ziekte en seksualiteit.

3.5.4. VIERDE WERELD

3.5.4.1. Probleemstelling

De 'vierde wereld' is een vage omschrijving voor een groep kansarmen met een aparte cultuur en met specifieke noden inzake gezondheidszorg, gezondheidsopvoeding in het algemeen en SOA/HIV in het bijzonder. Vaak zijn zij te situeren in de .

marge van de samenleving, hebben beperkte financiële middelen, zijn niet verzekerd tegen ziekte en stellen daardoor doktersbezoek uit. Soms maken zij op een chaotische wijze gebruik van allerlei hulpdiensten, waardoor geen enkele hulpverlener zich voor hen verantwoordelijk voelt. In het algemeen zijn ze slecht geïnformeerd over SOA en HIV. Door een lage scholingsgraad en een algemene desinteresse blijven ze verstoken van de gevoerde informatiecampagnes. De fragmentaire kennis over HIV wordt opgedaan tijdens gesprekken.

3.5.4.2. Wenselijke benadering .

Het is niet wenselijk dat aparte gezondheidswerkers of intermediairen exclusief als kanaal voor AIDS-preventie optreden. Om afwijzende reacties te vermijden en discriminatiereflexen tegen te gaan moet AIDS-preventie een constant maar onopvallend aandachtspunt zijn voor die intermediairen die in contact komen met de mensen uit de 'vierde wereld' (OCMW-medewerker, huisartsen, sociaal verpleegkundigen, medewerksters van Kind en Gezin). Het persoonlijk gesprek is vaak de enige betrouwbare bron van informatie.

3.5.4.3. Concrete voorstellen

specifieke vorming en informering van de genoemde intermediairen teneinde in eenvoudige bewoordingen uitleg te kunnen verschaffen.

- onderzoek naar de geschikte didactische werkvormen en naar de wijze waarop de intermediairen de AIDS-preventieboodschap kunnen inbouwen in hun werking.

inbouwen van informatie over AIDS en HIV in alfabetiseringsprojecten.

3.5.5. POLITIEKE VLUCHTELINGEN

3.5.5.1. Probleemstelling

De informatie over de groeiende groep politieke vluchtelingen in België is schaars en de nodige informatie voor het uitwerken van een AIDS-preventiebeleid ontbreekt. Een organisatie die op dit terrein werkt met vluchtelingen is de Brusselse 'Service sociale des étrangers'.

De meeste vluchtelingen komen terecht in het Klein Kasteeltje en verdwijnen in de clandestiniteit als hun statuut niet erkend wordt. Medewerkers van Artsen zonder Grenzen verlenen medische bijstand.

Een aanzienlijk deel van de vluchtelingen is afkomstig uit endemische gebieden. Prostitutie begint vaak in het Klein Kasteeltje en wordt later verdergezet. Condoomgebruik is niet populair. De asielzoekers worden bij hun aankomst in België getest op HIV. Vooral bij de mensen uit Rwanda en Zaïre is het percentage besmetten hoog.

3.5.5.2. Wenselijke benadering

- aanbieden van vrijwillig testen op HIV, begeleid door een preventieve counseling.
- verspreiden van informatie over AIDS en HIV in de eigen taal..
- ter beschikking stellen van gratis condooms.
- informatiecampagnes in de homes waar de asielzoekers verblijven.
- lange termijnoplossingen zijn te zoeken op het vlak van een oplossing voor het vluchtelingenprobleem en de opvang en begeleiding van deze mensen.

3.5.6.REIZIGERS EN TOERISTEN

3.5.6.1. Probleemstelling

Het gedurende korte op langere tijd uit de thuissituatie wegzijn geeft de gelegenheid tot het aangaan van occasionele seksuele contacten, die in vele gebieden een aanzienlijk hoger besmettingsrisico inhouden dan in eigen land.

Ook ingrijpende medische verzorging en bloedtransfusies in een land waar de HIV-prevalentie hoog is, houdt een risico in op parenterale besmetting.

3.5.6.2. Wenselijke benadering

Verscheidene reisbureaus, apothekers en artsen stellen informatie ter beschikking over preventie van medische problemen op reis. In deze context is plaats voor informatie over SOA en AIDS. Onderzoek is wenselijk om het meest geschikte communicatiekanaal te vinden.

3.5.6.3. Concrete voorstellen

- sensibiliseren en informeren van intermediairen die met reizigers en toeristen in contact komen.
- ter beschikking stellen van informatie in verschillende talen voor de beoogde doelgroep.
 - ter beschikking stellen van condooms (automaten) in luchthavens, stations, havens, parkings.
- bevorderen van, de ontwikkeling van een 'condoomlogo' om de verkooppunten te markeren.
- verzekeren van een anschouwelijke gebruiksaanwijzing bij de verpakking van condooms.
- integratie van SOA en AIDS-preventie in de preventieve medische begeleiding van reizigers en toeristen.

3.5.7. ZEELUI

3.5.7.1. Probleemstelling.

SOA zijn voor zeelui een frequent voorkomend gezondheidsprobleem. Vaak is de medische verzorging aan boord gebrekkig en stellen zich taal-en culturele problemen voor verzorging in een havenstad. Het korte verblijf in een haven bemoeilijkt een medische follow-up. De helft van de zeelui die onze havens aandoet heeft ervaring met prostitutiebezoek. Slechts één op zeven gebruikt condooms bij die gelegenheid.

3.5.7.2. Wenselijke benadering

Voor de groep zeelui geldt meer dan ooit dat HIV-preventie moet gekaderd worden in SOA-preventie. Sensibilisatie van zowel intermediairen aan wal en op de schepen en van de Belgische en buitenlandse bemanningen zelf is onontbeerlijk. Aangepast voorlichtingsmateriaal moet hiertoe worden ontwikkeld.

3.5.7.3. Concrete voorstellen

-
- aanvullende opleiding op het vlak van preventieve counseling en aanpak van SOA voor intermediairen op de schepen en aan wal die met zeelui te maken hebben.
 - informatie over SOA en AIDS in verschillende talen via geschreven en audiovisuele materialen (video).
 - vlot ter beschikking stellen van condooms.
 - integratie van SOA en AIDS-preventie in de preventieve gezondheidszorg voor zeelui van de Belgische koopvaardij.
 - Adequate opvang van gezondheidsproblemen van buitenlandse zeelui in Belgische havens.
 - systematische informatie over veilig vrijen en bedeling van gratis condooms aan zeelui die onze havens aandoen.

- adequate uitrusting van de scheepsapotheken.
