



Vlaams
Parlement

ingediend op **37-B** (2015-2016) – Nr. 1
24 februari 2016 (2015-2016)

Verslag

van het Rekenhof

over Vlaams preventief gezondheidsbeleid.
Evaluatie van het uitvoeringslandschap



Rekenhof



Vlaams preventief gezondheidsbeleid

Evaluatie van het uitvoeringslandschap



Verslag van het Rekenhof aan het Vlaams Parlement
Brussel, februari 2016



Rekenhof

Vlaams preventief gezondheidsbeleid

Evaluatie van het uitvoeringslandschap



Verslag goedgekeurd in de Nederlandse kamer van het Rekenhof op 16 februari 2016
Vlaams Parlement, 37-B (2015-2016) – Nr. 1

Lijst met afkortingen en begrippen	6
Samenvatting	9
Hoofdstuk 1	
Inleiding	15
1.1 Onderzoeksdomein	15
1.2 Onderzoeksaanpak	17
Hoofdstuk 2	
Uitvoeringslandschap	19
2.1 Vlaamse gezondheidsdoelstellingen	19
2.1.1 Suïcidepreventie	19
2.1.2 Tabak, alcohol en drugs	21
2.1.3 Bevolkingsonderzoeken naar kanker	24
2.1.4 Vaccinaties	26
2.1.5 Ongevallenpreventie	28
2.1.6 Voeding en beweging	30
2.2 Ad-hoc-beleid	32
2.2.1 Seksuele gezondheid	32
2.2.2 Diabetes	34
2.2.3 Aangeboren metabole aandoeningen	34
2.2.4 Tuberculose	35
2.2.5 Andere ad-hoc-thema's	36
2.3 Ingezette budgetten	37
2.3.1 Algemeen	37
2.3.2 Budgetten PO en OTW	39
2.3.3 Aankoop van vaccins	41
2.4 Conclusies	42
Hoofdstuk 3	
Uitvoering van het preventief gezondheidsbeleid	45
3.1 Opdrachten en resultaten van de PO's en OTW's	45
3.1.1 Juridisch kader	45
3.1.2 Sturing van de PO's en OTW's	49
3.1.3 Uitvoeringsorganisaties van rechtswege	52
3.1.4 Inhoudelijke werking van de PO's en OTW's	54
3.2 Opdrachten en resultaten van de Logo's	59
3.2.1 Positie en werking	59
3.2.2 Bijdrage van de Logo's aan de gezondheidsdoelstellingen	64
3.3 Bijdrage van projecten aan het preventief gezondheidsbeleid	66
3.3.1 Projectsubsidies	66
3.3.2 Beoordeling van de projecten	68
3.4 Conclusies	70

Hoofdstuk 4

Aandacht voor kansarmoede	73
4.1 Inleiding	73
4.2 Vlaams Actieplan Armoedebestrijding	74
4.3 Aandacht voor kansarmoede in de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen	75
4.4 PO's en OTW's	78
4.5 Logo's	79
4.6 Conclusie	81

Hoofdstuk 5

Algemene conclusie	83
--------------------	----

Hoofdstuk 6

Aanbevelingen	87
---------------	----

Hoofdstuk 7

Reactie van de minister	89
-------------------------	----

Bijlage 1

Overzicht van de PO's en OTW's	93
--------------------------------	----

Bijlage 2

Betrokkenheid van de PO's en OTW's bij de uitvoering van de gezondheidsdoelstellingen	95
---	----

Bijlage 3

Overzicht van de Logo's	97
-------------------------	----

Bijlage 4

Antwoord van de Vlaamse minister van Welzijn	99
--	----

Lijst met afkortingen

Bevolkingsonderzoek	Een veralgemeende en gestructureerde vorm van opsporing van of screening naar bepaalde ziekten of risico's bij mensen die in principe nog geen gezondheidsklachten hebben
Bevolkingsonderzoeken-besluit	Besluit van de Vlaamse Regering van 12 december 2008 betreffende bevolkingsonderzoek in het kader van ziektepreventie
CAD Limburg	Centra voor Alcohol- en andere Drugproblemen Limburg
CAW	Centrum voor algemeen welzijnswerk
CGG	Centrum voor geestelijke gezondheidszorg
CGG-AD	Alcohol- en drugpreventiemedewerkers van de centra voor geestelijke gezondheidszorg
CGG-SP	Suïcidepreventiewerking van de centra voor geestelijke gezondheidszorg
Cirro	Cirro (<i>communicatie, interactie, resultaatsgerichtheid, registratie, ondersteuning</i>) is een ICT-systeem om de werking van de Logo's te ondersteunen, op te volgen, te evalueren en aan te sturen. Het moet tevens fungeren als uitwisselingsplatform tussen de Logo's onderling en tussen Logo's, partnerorganisaties en de Vlaamse overheid.
CLB	Centrum voor leerlingenbegeleiding
CPZ	Centrum ter Preventie van Zelfdoding
CvKO	Centrum voor Kankeropsporing
Disseminatie	Verspreiden van methodieken onder intermediairs of onder de einddoelgroep
EVV	Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen
Ghapro	Gezondheidszorg en Hulpverlening aan Prostituees
Intermediair	Actor op het terrein die de methodieken dient toe te passen bij de einddoelgroep
ITG	Instituut voor Tropische Geneeskunde
K&G	Kind en Gezin
Logo	Locoregionaal gezondheidsoverleg en -organisatie. De Logo's vormen geografisch afgebakende netwerken waarbinnen verschillende organisaties samenwerken om het Vlaams preventief gezondheidsbeleid uit te voeren op locoregionaal niveau. De kernopdracht van een Logo bestaat erin preventiemethodieken te verspreiden over haar netwerk en, vanaf 2014, de lokale besturen te begeleiden en te ondersteunen bij het uitwerken en opvolgen van hun lokaal preventief gezondheidsbeleid
Logo-besluit	Besluit van de Vlaamse Regering van 30 januari 2009 betreffende de Logo's
Methodiek	Een geheel van te volgen vaste, weldoordachte werkwijzen binnen het preventieve gezondheidsbeleid om een bepaalde doelstelling te bereiken, die bestaat uit ondersteuningsmiddelen (materialen en diensten) en die gericht is op een of meer actiestrategieën zoals educatie, het nemen van structurele maatregelen, het aanbieden van preventieve zorg of begeleiding

Ondersteuningsmiddel	Materialen of diensten die ter beschikking worden gesteld om intermediairs of de doelgroep te ondersteunen om zo een bepaalde actie-focus (doelstelling) te realiseren
OPZB	Onderhandelingsprocedure zonder bekendmaking
OTW	Organisatie met terreinwerking die, naast individuele zorgaanbieders (zoals huisartsen, verpleegkundigen, tandartsen, apothekers, diëtisten, kinesisten) en anderen, instaat voor het veldwerk binnen de preventieve gezondheidszorg
PO	Partnerorganisatie. Een centrum met expertise in een of meerdere domeinen van de preventieve gezondheidszorg. Een PO ondersteunt de Logo's, de OTW's, de individuele zorgaanbieders en anderen die instaan voor het veldwerk en verstrekt onder andere informatie en advies, ontwikkelt methodieken en materialen, en ondersteunt de implementatie en het gebruik ervan.
Preventiedecreet	Decreet van 21 november 2003 betreffende het preventief gezondheidsbeleid
SES	Socio-economische status
Setting	Verwijst naar de omstandigheden, context, leefsituatie, omgeving waaronder/waarin iets gebeurt, bijvoorbeeld onderwijs, bedrijfsleven, gezondheidszorg, lokale besturen, residentiële voorzieningen en welzijnswerk
Uitvoeringsbesluit	Besluit van de Vlaamse Regering van 5 juni 2009 betreffende de subsidiëring en erkenning van partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking via een beheersovereenkomst
Uitvoeringsorganisatie	PO's, OTW's en Logo's
VAD	Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen
VAPA	Vlaams Actieplan Armoedebestrijding
VAPH	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
VAS	Vlaams Actieplan Suïcidepreventie
VAZG	Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid
VIGeZ	Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie
VLESP	Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie
VRGT	Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding
VWVJ	Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg
WVG	Beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
ZSP	Zorg voor Suïcidepogers

Het preventiedecreet van 2003 creëert een algemeen kader voor het Vlaams preventief gezondheidsbeleid. Om accenten te leggen binnen dat beleid, werkt de Vlaamse overheid met zes gezondheidsdoelstellingen. Die komen tot stand op basis van gezondheidsconferenties en worden nagestreefd middels actieplannen. Voor de structurele uitvoering van het beleid doet de overheid onder andere een beroep op partnerorganisaties (PO's), organisaties met terreinwerking (OTW's) en samenwerkingsverbanden voor locoregionaal gezondheidsoverleg (Logo's). Het budget voor het Vlaams preventief gezondheidsbeleid bedroeg in 2014 42,9 miljoen euro. Het Rekenhof onderzocht of de uitvoering van dit beleid goed is geconcipeerd en uitgewerkt, of de implementatie door de uitvoeringsorganisaties kwaliteitsvol gebeurt en in hoeverre er bijzondere aandacht is voor kansarmoede.

Uitvoeringslandschap

De actieplannen zijn doorgaans wetenschappelijk onderbouwd en behoorlijk van kwaliteit, maar verschillen in de mate waarin ze zijn uitgewerkt. Naarmate het actieplan minder gedetailleerd is, neemt het belang van ondersteunende werkgroepen toe. In de actieplannen zelf gaat weinig aandacht naar de inzet van uitvoeringsorganisaties. In de praktijk blijkt het uitvoeringslandschap ook aanzienlijk te verschillen per gezondheidsdoelstelling. Vooral de organisatie van het terreinwerk is voor verbetering vatbaar.

Voor de gezondheidsdoelstelling suïcidepreventie zijn op het terrein een aantal organisaties werkzaam waarvan de onderlinge taakafbakening niet altijd duidelijk is. Daardoor zijn veel overlegmomenten en afspraken nodig. Het Rekenhof beveelt daarom aan de uitvoeringsstructuur te stroomlijnen.

Voor de uitvoering van tabak-, alcohol en drugspreventie heeft de Vlaamse overheid een actieplan met brede krachtlijnen opgesteld wat leidde tot een eerder projectmatige aanpak. Daarnaast zijn de ambities of de afspraken met de alcohol- en drugspreventiewerkers van de CGG's, die actief zijn op het niveau tussen de overheid en de einddoelgroep, beperkt en lopen sterk uiteen.

De administratieve organisatie van de bevolkingsonderzoeken naar de verschillende types kanker is niet coherent. De overheid moet meer taken en afspraken vastleggen op het vlak van sensibilisering en communicatie.

Het vaccinatiebeleid wordt in grote mate uitgevoerd door de overheid zelf. De Consultatiebureaus voor het Jonge Kind en de CLB's, van rechtswege erkend als OTW, spelen er een belangrijke rol en hebben een groot bereik.

De gezondheidsdoelstelling ongevallenpreventie liep af in 2002 en is sindsdien niet meer hernieuwd. In afwachting daarvan richt het beleid zich hoofdzakelijk op val- en fractuurpreventie bij ouderen. Een OTW ontbreekt en de richtlijnen ter zake blijken in de praktijk moeilijk toepasbaar. Een meer multidisciplinaire aanpak dringt zich daarom op.

De ondersteuning op het terrein van de gezondheidsdoelstelling voeding en beweging is onvoldoende. Er is immers ook daar geen OTW actief. Voor het subthema beweging is nood aan een PO die in staat is een langetermijnvisie te ontwikkelen.

Voor diabetes, een van de ad-hoc-thema's die niet in een gezondheidsdoelstelling zijn opgenomen, concludeert het Rekenhof dat de ondersteuning op het terrein beter kan. Voor seksuele gezondheid ontbreekt een degelijk uitgewerkte visie en strategie.

De verdeling van het budget over gezondheidsdoelstellingen en uitvoeringsorganisaties is sterk historisch bepaald.

Uitvoering van het preventief gezondheidsbeleid

De PO's en OTW's worden pas ingeschakeld na het doorlopen van een oproepprocedure. Daarmee hoopt de overheid meer transparantie en dynamiek teweeg te brengen in het uitvoeringslandschap. De vastgestelde nadelen van het systeem (gebrek aan kennisdeling en expertise-uitwisseling, onderlinge spanningen, omslachtige procedure) moeten blijvend worden afgewogen tegen de verhoopte voordelen (marktwerking, transparantie, flexibiliteit). De evaluatie van de kandidaatstellingen verliep naar behoren. Door monopolieposities werd echter vaak het bestaande beleid voortgezet. Het strikte onderscheid tussen een PO en een OTW, zoals bepaald in het preventiedecreet, vervaagt soms in de praktijk.

Om PO's en OTW's te sturen maakt de overheid gebruik van beheersovereenkomsten, beleids- en jaarplannen. Dat is een goede manier van werken en de planningsdocumenten zijn, op een aantal specifieke verbeterpunten na, doorgaans kwaliteitsvol. Op het vlak van methodiekontwikkeling zijn ze te weinig resultaatgericht. Periodiek overleg met de betrokken organisaties vult dat verder aan.

De uitvoeringsorganisaties van rechtswege (Kind en Gezin, Consultatiebureaus voor het Jonge Kind en CLB's) zijn verantwoordelijk voor het preventief gezondheidsbeleid ten aanzien van jonge en schoolgaande kinderen. De inhoudelijke inbreng van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (VAZG) is echter beperkt en het potentieel van die organisaties wordt nog niet ten volle benut. Hun preventieactiviteiten worden niet opgenomen in de rapportering over de gezondheidsdoelstellingen.

De PO's en OTW's voeren hun activiteiten in het algemeen uit zoals van hen wordt verwacht. Weliswaar formuleerde het Rekenhof een aantal punctuele aandachtspunten, onder meer wat betreft rapportering, verantwoording en draagwijdte van de uitgevoerde evaluaties. Ook de evaluatie door het VAZG is soms weinig uitgewerkt.

De Logo's rapporteren over de uitvoering van hun taken en initiatieven met het informatiesysteem Cirro. Dat systeem bevat te weinig kwaliteitsvolle informatie, waardoor de overheid te weinig zicht heeft op de werking van de Logo's en moeilijk hun impact kan evalueren. De verhouding van de Logo's ten opzichte van hun officiële ondersteuningspartner, het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie, is onduidelijk en ook hun mogelijkheden om te participeren in de keten van methodiekontwikkeling liggen onvoldoende vast. De mate van betrokkenheid van de Logo's verschilt danig per gezondheidsdoelstelling, maar ook onderling zijn er grote verschillen tussen de individuele Logo's.

Het preventief gezondheidsbeleid wordt niet alleen structureel, maar ook met projectsubsidies gefinancierd. Het aandeel projectsubsidies is eerder beperkt. Toch ontvangen enkele uitvoeringsorganisaties aanzienlijke bedragen bovenop hun structurele financiering, zonder dat de

overheid die werkwijze afdoende verantwoordt. Langlopende projecten die de facto structureel zijn, moeten worden verankerd in de reguliere financiering.

Kansarmoede

De aandacht voor kansarmoede in de actieplannen en planningsdocumenten van de uitvoeringsorganisaties is nog te vrijblijvend. Bij de methodiekontwikkeling dient meer aandacht te gaan naar de betrokkenheid van organisaties met specifieke expertise rond armoede. De expertise binnen de uitvoeringsorganisaties zelf kan eveneens nog verhogen.

Reactie van de minister

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin deelde in zijn reactie mee dat het Rekenhof een grondige analyse maakte van het preventiebeleid en dat hij de vaststellingen van de audit wil aangrijpen om verder constructief in te zetten op een sterker en efficiënter preventiebeleid in Vlaanderen.

HOOFDSTUK 1

Inleiding

1.1 Onderzoeksdomein

Het Vlaamse gezondheidsbeleid wil het fysieke, psychische en sociale welbevinden versterken door gezondheidsproblemen zoveel mogelijk te voorkomen, zo vlug mogelijk te detecteren en tijdig en adequaat aan te pakken.

In 2003 keurde het Vlaams Parlement het preventiedecreet goed. Het uitgangspunt van het decreet is dat, naast de individuele burger, ook de Vlaamse overheid een verantwoordelijkheid heeft voor het preventief gezondheidsbeleid, inclusief sturing en financiering. De uiteindelijke doelstelling op bevolkingsniveau is gezondheidswinst bereiken, dat wil zeggen langer leven en de levenskwaliteit verhogen.

Gezondheidsdoelstellingen en ad-hoc-beleid

De Vlaamse overheid heeft haar preventief gezondheidsbeleid in hoofdzaak geformuleerd in de vorm van gezondheidsdoelstellingen, die zij in een bepaalde periode wil realiseren. De doelstellingen steunen op wetenschappelijk onderzoek en op de resultaten van gezondheidsconferenties. Momenteel zijn er zes gezondheidsdoelstellingen:

- Suïcidepreventie

Tegen 2020 is het aantal suïcides in Vlaanderen met 20% gedaald ten opzichte van het jaar 2000.

- Tabak, alcohol en drugs

Het realiseren van gezondheidswinst op bevolkingsniveau door tegen het jaar 2015 het gebruik van tabak, alcohol en illegale drugs terug te dringen.

- Bevolkingsonderzoeken naar kanker

Tegen 2020 zijn de Vlaamse bevolkingsonderzoeken naar kanker van de baarmoederhals, borst, en dikke darm efficiënt georganiseerd, rekening houdend met kosteneffectiviteit en met maatschappelijke en wetenschappelijke evoluties op vlak van bevolkingsonderzoek, en dragen ze bij tot de gezondheidswinst voor de bevolking in Vlaanderen.

- Vaccinaties

Tegen 2020 moet een kwaliteitsvol vaccinatiebeleid in Vlaanderen erop gericht zijn om de bevolking gedurende het hele leven doeltreffend te beschermen tegen vaccineerbare infectieziekten die een ernstige impact kunnen hebben op de levenskwaliteit.

- Ongevallenpreventie

In het jaar 2002 moet het aantal dodelijke ongevallen in de privésfeer en in het verkeer afnemen met 20%.¹

- Voeding en beweging

Het realiseren van gezondheidswinst op bevolkingsniveau door tegen 2015 een stijging van het aantal mensen dat voldoende fysiek actief is, evenwichtig eet en een gezond gewicht nastreeft.

Naast die zes prioritaire doelstellingen zijn er nog een aantal ad-hoc-beleidsinitiatieven, onder andere rond seksuele gezondheid, diabetespreventie, aangeboren metabole aandoeningen en tuberculose.

Het totaalbudget voor preventief gezondheidsbeleid bedroeg in 2014 42,9 miljoen euro. Vanaf 2015 neemt het budget aanzienlijk toe als gevolg van de zesde staatshervorming.

Binnen andere (beleids)domeinen zijn er ook initiatieven die niet specifiek tot de gezondheidszorg behoren, maar waarvan met een grote zekerheid kan worden verondersteld dat ze een gunstig effect hebben op de gezondheid op bevolkingsniveau: het zogenoemde facettenbeleid². De Vlaamse overheid staat ook in voor outbreakmanagement³ en milieugezondheidstaken⁴. Dergelijke initiatieven vallen buiten de scope van dit onderzoek, evenals de preventieve gezondheidsmaatregelen waarvoor de federale overheid bevoegd is, zoals fiscale maatregelen, voedselveiligheid, bedrijfsgezondheidszorg en terugbetaling van preventieve acties door gezondheidsprofessionals.

Er bestaan twee vormen van preventieve gezondheidszorg:

- gezondheidsbevordering: versterken van positieve determinanten van gezondheid,
- ziektepreventie: vermijden van negatieve factoren van gezondheid en beperken van gezondheidsschade.

Beleidsinitiatieven of preventiestrategieën kunnen zich richten op beide vormen en kunnen zowel exogene als endogene factoren⁵ betreffen.

De gezondheidstoestand van de Vlaamse bevolking wordt gemonitord aan de hand van gezondheidsindicatoren.

¹ De gezondheidsdoelstelling ongevallenpreventie liep af in 2002 en werd nog niet hernieuwd. Zie ook 2.1.5.

² Vertaling van het internationaal aanvaarde concept *Health in all policies*: bijvoorbeeld gezond wonen, beperken luchtvervuiling en andere milieumaatregelen, werkomstandigheden, gezonde scholen, enz.

³ Het geheel van maatregelen die worden genomen om zicht te krijgen op de impact, de oorzaak en de verspreiding van de uitbraak van bepaalde infectieziekten, en de maatregelen om de uitdijning van een groepsinfectie in te dijken. In dit kader vervult het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) de labofunctie voor de Vlaamse overheid in het kader van meldingsplichtige infectieziekten.

⁴ Preventie- en sensibilisatietaken gericht op een verminderde impact van het milieu op de volksgezondheid (inclusief het Vlaams medisch milieukundig netwerk).

⁵ Tot de exogene groep behoren de fysieke omgeving (fysisch, chemisch en materieel-ruimtelijk), de leefstijl (eetgewoonten, lichaamsbeweging, seksueel gedrag, stresshantering, middelengebruik, ...) en de sociale omgeving (school-, werk- en leefomgeving). In de endogene groep horen factoren thuis die genetisch aanwezig zijn of werden verworven in de loop van het leven.

Beleidsuitvoering

Voor de uitvoering van het beleid voorziet het decreet in een samenwerking met:

- organisaties met terreinwerking (OTW's), die instaan voor het veldwerk binnen de preventieve gezondheidszorg,
- samenwerkingsverbanden voor locoregionaal gezondheidsoverleg en -organisatie (Logo's), die preventiemethodieken verspreiden binnen hun netwerk,
- partnerorganisaties (PO's) die de Logo's, de OTW's, de individuele zorgaanbieders en anderen die instaan voor het veldwerk ondersteunen en onder andere informatie en advies verstrekken, methodieken en materialen ontwikkelen en de implementatie en het gebruik ervan ondersteunen,
- individuele zorgaanbieders en lokale besturen.

De eerste drie – ook wel uitvoeringsorganisaties genoemd – komen uitvoerig aan bod in deze audit. Voor de uitvoering van het beleid laat de minister zich ook adviseren door werkgroepen.

De Vlaamse Regering kan in het kader van haar beleid PO's en OTW's erkennen en subsidiëren via een beheersovereenkomst. Dat gebeurt na een oproep om een beheersovereenkomst te sluiten. De Vlaamse Regering erkent en subsidieert ook de Logo's. Daarnaast heeft het preventiedecreet Kind en Gezin (K&G) van rechtswege erkend als PO en de Consultatiebureaus voor het Jonge Kind van Kind en Gezin (consultatiebureaus) en de centra voor leerlingenbegeleiding (CLB's) als OTW vanwege de rol die ze (kunnen) spelen in de preventieve gezondheidszorg bij baby's, peuters, schoolgaande kinderen en adolescenten.

Buiten die samenwerking voert de Vlaamse overheid haar preventief gezondheidsbeleid ook uit via allerlei projecten. Voor die projectuitvoering kent zij subsidies toe aan voornoemde uitvoeringsorganisaties of aan andere organisaties of besturen⁶. Ook die projecten maken het voorwerp uit van deze audit.

Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (VAZG) zorgt voor de opvolging en aansturing van de uitvoeringsorganisaties en de projectsubsidies.

1.2 Onderzoeksaanpak

Het onderzoek beoogt een evaluatie van het Vlaams preventief gezondheidsbeleid op basis van drie onderzoeksvragen:

1. Is de uitvoering van het preventief gezondheidsbeleid goed geconcipieerd en uitgewerkt?
2. Wordt het beoogde preventief gezondheidsbeleid op een kwaliteitsvolle manier uitgevoerd?
3. In welke mate wordt bij de uitvoering van het preventief gezondheidsbeleid bijzondere aandacht besteed aan de bevolkingsgroepen die kampen met kansarmoede?

⁶ Een uitgebreid overzicht van (alle) organisaties betrokken bij het preventiebeleid is opgenomen in het antwoord van de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin op de schriftelijke parlementaire vragen nr. 671 van 15 juli 2013 en nr. 839 van 11 september 2013.

Het rapport is opgebouwd volgens deze onderzoeksvragen.

Het Rekenhof heeft voor de audit gebruik gemaakt van documentenanalyse en interviews. Het voerde gesprekken met de afdeling Preventie van het VAZG, enkele uitvoeringsorganisaties⁷, het departement Onderwijs, de CLB-koepels en het Netwerk tegen Armoede.

Het Rekenhof kondigde zijn onderzoek op 14 januari 2014 aan bij de voorzitter van het Vlaams Parlement, de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, en de administrateur-generaal van het VAZG. Het onderzoek werd uitgevoerd van januari 2014 tot april 2015. In het kader van de tegensprekelijke procedure deelde het zijn voorlopige onderzoeksresultaten op 4 augustus 2015 mee aan de administrateur-generaal van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Na de verwerking van het antwoord van de administrateur-generaal van 9 september 2015 heeft het Rekenhof het ontwerp van verslag op 20 oktober 2015 voorgelegd aan de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. De minister antwoordde op 11 januari 2016. Zijn antwoord is integraal opgenomen in de bijlage 4.

⁷ Domus Medica, Sensoa, de VAD, het VIGeZ, Logo Gezond+ (Gent en omstreken), Logo Kempen en Logo Zenneland.

HOOFDSTUK 2

Uitvoeringslandschap

2.1 Vlaamse gezondheidsdoelstellingen

Het Vlaams preventief gezondheidsbeleid is vertaald in zes gezondheidsdoelstellingen en in diverse ad-hoc-thema's. Om de meeste gezondheidsdoelstellingen te realiseren, heeft de Vlaamse Regering in het kader van gezondheidsconferenties actieplannen opgesteld. Doelstellingen vastleggen heeft echter maar zin als er ook een passende uitvoeringswijze en middelen beschikbaar zijn om ze te realiseren. Het Rekenhof ging daarom na of het preventief gezondheidsbeleid voldoende is geïmplementeerd en of die implementatie goed is geconcipeerd en uitgewerkt. Het bracht de verschillende uitvoeringsorganisaties (PO's, OTW's en Logo's) in kaart, alsook de beleidsinstrumenten (opdrachtverleningen, overheidsopdrachten, enz.) en werkgroepen.

Hieronder wordt bij iedere gezondheidsdoelstelling in een tabel aangegeven welke organisaties er als PO of OTW bij betrokken zijn. De organisaties in cursief zijn niet formeel als PO of OTW erkend. Sommige organisaties werken specifiek rond een welbepaalde gezondheidsdoelstelling, andere werken themaoverschrijdend. Een globaal overzicht van de PO's en OTW's en hun betrokkenheid bij de gezondheidsdoelstellingen is opgenomen in de bijlagen 1 en 2. Het Rekenhof onderzocht ook de actieplannen, de beheersovereenkomsten en de planningsdocumenten van de uitvoeringsorganisaties en de onderlinge relaties en taakverdelingen.

2.1.1 Suïcidepreventie

Tabel 1 – Betrokken uitvoeringsorganisaties suïcidepreventie

PO		OTW	
Specifiek	Themaoverschrijdend	Specifiek	Themaoverschrijdend
VLESP	- VIGeZ - Domus Medica - VWVJ	- CPZ - Werkgroep Verder - ZSP - CGG-SP - Logo-preventiecoaches	- Landsbonden - CLB's

Actieplan

Op 17 december 2011 vond de tweede gezondheidsconferentie over suïcidepreventie plaats. Het Vlaams Parlement heeft de nieuwe gezondheidsdoelstelling op 6 februari 2013 unaniem goedgekeurd. Aansluitend bij de doelstelling werd een nieuw Vlaams Actieplan Suïcidepreventie 2012-2020 (VAS II) voorgesteld. Het actieplan steunt op vijf strategieën, die zijn vertaald naar verschillende uitvoeringsacties. De selectie van de uitvoeringsacties werd degelijk

onderbouwd. De organisaties die het voortraject naar de gezondheidsconferentie in grote mate hebben geleid⁸, nemen het overgrote deel van de uitvoeringsacties voor hun rekening. Een groot deel van de acties is duidelijk en wetenschappelijk onderbouwd. Een vijftal acties (op een totaal van zeventien) steunen eerder op positieve indicaties of zijn veelbelovend zonder dat de effectiviteit werd aangetoond⁹.

Een groot deel van de acties betreft een voortzetting van acties die al waren opgenomen in het eerste Vlaamse Actieplan Suïcidepreventie 2006-2010 (VAS I) en die na evaluatie werden behouden. Tussen beide actieplannen is er een kloof van 2 jaar, die globaal werd overbrugd door de lopende acties voort te zetten. Voor de uitvoering van het VAS II doet de Vlaamse overheid een beroep op organisaties die ook (minstens onrechtstreeks) betrokken waren bij het VAS I. In 2012 en 2013 werden beheersovereenkomsten gesloten met drie OTW's¹⁰ en één PO¹¹.

De oproepen voor de OTW's sloten telkens aan bij één specifieke preventiestrategie uit het VAS II (die ook al tijdens het VAS I bestond).

De PO VLESP kreeg eind 2013 onder andere als opdracht de strategieën, acties, methodieken en materialen, alsook de relevante organisaties voor de uitvoering van het VAS II te inventariseren en een kwaliteitskader te ontwikkelen om de veelheid aan activiteiten in te delen. Nochtans lag een gelijkaardige opdracht al aan de basis van het actieplan (cf. het uitgebreide voortraject naar de gezondheidsconferentie waarbij veel experts werden betrokken)¹².

Terreinwerking

Op het terrein zelf is een veelheid aan organisaties actief, zonder dat hun onderscheiden taken altijd duidelijk zijn afgebakend. Dat blijkt uit de volgende voorbeelden:

- Naast de organisaties waarmee een beheersovereenkomst werd afgesloten, zijn nog drie andere belangrijke actoren betrokken bij de uitvoering van het VAS II: het VIGeZ, de suïcidepreventiewerkers van de CGG (CGG-SP) en de Logo-preventiecoaches geestelijk gezondheidsbeleid. Alleen de CGG-SP (17,75 VTE/jaarbasis) zijn via de structurele werking van de CGG's duurzaam betrokken bij het actieplan¹³. De andere twee organisaties ontvangen facultatieve financiering.
- Verschillende organisaties kunnen instaan voor de informatieverstrekking en deskundigheidsbevordering van hulpverleners (spoeddiensten, CLB's, enz.) en welzijns- en gezondheidsorganisaties. Zo beschikt het CPZ over een vormingsdienst en vormingspakketten. Tegelijkertijd vormt dat ook een kerntaak van de CGG-SP. Als er bijvoorbeeld een

⁸ Het Centrum ter Preventie van Zelfdoding (CPZ), de Werkgroep Verder, de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek van de Universiteit Gent en de suïcidepreventiewerking van de CGG (CGG-SP).

⁹ Gezondheidsdoelstelling Preventie van zelfdoding en Vlaams actieplan 2012-2020 (Stuk 1814 (2012-2013) – Nr. 1); Inhoudelijk eindverslag Consortium van experts in suïcidepreventie voor de inhoudelijke begeleiding en opvolging van de Gezondheidsconferentie Suïcidepreventie 2011.

¹⁰ Het CPZ, de Zorg voor Suïcidepogers (ZSP) en de Werkgroep Verder.

¹¹ Het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP).

¹² In zijn antwoord stelt VAZG dat de opdracht in het voortraject van de gezondheidsconferentie van een andere orde was. Daar ging het inventariseren eerder om het nagaan of er nieuwe preventiestrategieën, doelgroepen en actoren moeten betrokken worden.

¹³ Weliswaar besliste de Vlaamse Regering pas in mei 2014 om ze (onder voorwaarden) als OTW te erkennen (artikel 6 van het besluit van de Vlaamse Regering van 16 mei 2014).

vormingsinitiatief naar een individueel ziekenhuis of diverse ziekenhuizen samen wordt overwogen, vereist dat overleg en afspraken¹⁴. Huisartsen kunnen zowel aanbiedingen inzake informatieverstrekking of deskundigheidsbevordering ontvangen van de CGG-SP of de Logo's, als van het CPZ (cf. het adviesinstrument ASPHA¹⁵) of de ZSP. Dat kan voor verwarring zorgen.

- Eenzelfde situatie kan zich voordoen in het aanbod naar scholen. Uit het VAS II blijkt niet wie daarin het voortouw neemt of zal nemen. De CLB's zijn in principe de primair aanwezige uitvoeringsorganisatie en zijn in het preventiedecreet van rechtswege aangewezen als OTW. In de praktijk blijken de CLB's echter afhankelijk van de suïcidepreventieprojecten uitgevoerd door de CGG's¹⁶ en de Logo's. In dat kader kunnen de CLB's, op hun vraag, een beroep doen op de expertise van de Logo-preventiecoaches.

Doordat bovenstaande taken al dan niet complementair zijn en bijna al de organisaties in contact komen met intermediairs als doelgroep is het noodzakelijk te voorzien in overlegstructuren en samenwerkingsafspraken. Dat verzwaart de werkzaamheid en overzichtelijkheid van het uitvoeringslandschap¹⁷.

2.1.2 Tabak, alcohol en drugs

Tabel 2 – Betrokken uitvoeringsorganisaties tabak, alcohol en drugs

		PO		OTW	
		Specifiek	Themaoverschrijdend	Specifiek	Themaoverschrijdend
Tabak	/		• VIGeZ • K&G • Domus Medica	• De Sleutel	• Landsbonden • Consultatiebureaus • CLB's
Alcohol	• VAD		• VIGeZ • K&G • Domus Medica	• De Sleutel • CGG-AD	• Landsbonden • Consultatiebureaus • CLB's
Drugs	• VAD • Spuitenruil (Free Clinic)		• VIGeZ • K&G • Domus Medica	• De Sleutel • CGG AD • Spuitenruil (5 organisaties)	• Landsbonden • Consultatiebureaus • CLB's

¹⁴ Het Rekenhof ging niet na of dat op het terrein steeds daadwerkelijk gebeurde.

¹⁵ Advies Suïcidepreventie voor Huisartsen en Andere hulpverleners.

¹⁶ De CGG's werkten bijvoorbeeld een leidraad suïcidepreventie in scholen uit (locoregionale uitvoering VAS) terwijl preventiecoaches van Logo's de ondersteuning van een algemeen geestelijke gezondheidsbeleid uitwerkten. Beide overlappen niet, maar komen de transparantie niet ten goede.

¹⁷ In het beleidsplan van Werkgroep Verder is er qua samenwerking met relevante partners bijvoorbeeld bepaald dat minstens zesmaal per jaar wordt samengezeten met alle partners. In het beleidsplan van de ZSP is bijvoorbeeld bepaald dat de organisatie deelneemt aan vergaderingen van de Vlaamse werkgroep suïcidepreventie, de expertengroepen, de stuurgroep CGG-SP en het projectoverleg CGG-SP. Daar komen nog provinciale werkgroepen en betrokkenheid bij de nieuwe PO VLESP bovenop. Via de locoregionale uitvoeringsprojecten van het VAS II wordt daarnaast vooral de samenwerking van de CGG's en Logo's bevorderd. Onder de Vlaamse werkgroep suïcidepreventie zijn minstens drie stuur- of expertengroepen actief waarin dezelfde organisaties vertegenwoordigd zijn.

Actieplan

Respectievelijk op 6 maart en 30 april 2009 keurden de Vlaamse Regering en het Vlaams Parlement de doelstelling tabak, alcohol en drugs en het bijbehorende Vlaamse actieplan 2009-2015 goed. Dat actieplan bevat naast de beleidsvisie zeven grote krachtlijnen voor acties. Welke concrete acties er aan de vier strategische krachtlijnen zullen worden gekoppeld, komt niet aan bod, en a fortiori evenmin een timing of (meerjaren)budgettering. De krachtlijnen verschillen deels van de prioritaire actiepunten in het actieplan tabak, alcohol en drugs 2008-2015, dat werd uitgewerkt door de Vlaamse werkgroep tabak, alcohol en drugs en als bijlage gaat bij het parlementaire document¹⁸. De krachtlijnen geven ook niet aan of PO's dan wel OTW's zullen worden aangezocht voor de uitvoering.

De oprichting van een ondersteunende werkgroep sleepte anderhalf jaar aan. De daadkracht om de krachtlijnen van het actieplan verder uit te werken, was beperkt. Het opstellen van een advies om mensen met een lage socio-economische status (SES) en kansarmen te bereiken – dus de uitwerking van krachtlijn 7 van het actieplan – stond bijvoorbeeld midden juni 2013 nog steeds op de agenda en werd sindsdien niet voortgezet. Er ging ook weinig of geen aandacht naar de uitwerking van krachtlijn 4 en 5, met name de geïntegreerde aanpak (tabak én alcohol én drugs) en de impact verbeteren, bijvoorbeeld van bestaande primaire preventie (voorkomen dat jongeren beginnen gebruiken).

In de praktijk fungeren de VAD (alcohol, drugs) en het VIGeZ (tabak) als PO van de Vlaamse overheid. Voor beide organisaties werd geen oproep gelanceerd, maar werden de lopende convenanten 2006 verlengd (zie 2.3.2). Zonder een grondig uitvoeringskader voor het actieplan voorhanden te hebben, besliste de minister daarnaast om oproepen voor projecten te lanceren¹⁹ of lopende projecten voort te zetten²⁰. Een dergelijke werking ondermijnt een structurele aanpak van de gezondheidsdoelstelling tabak, alcohol en drugs.

Terreinwerking

De Vlaamse Regering zette tot nu toe weinig in op de rechtstreekse uitvoering van (preventie)methodieken naar de einddoelgroep: twee derde (65,8%) van de geregistreerde preventieactiviteiten zijn gericht op intermediaire doelgroepen (intermediairs, preventiewerkers, bestuursniveau)²¹. Op het terrein zijn vooral de gemeentelijke of intergemeentelijke preventiewerkers²² en verschillende organisaties²³ actief. De Vlaamse overheid heeft zelf geen OTW's erkend voor de doelstelling tabak, alcohol en drugs in haar geheel. Eind 2010 werd wel beslist drie oproepen te lanceren die relevant zijn voor de doelstelling, maar die eerder nichegericht zijn, namelijk voor de PO spuitenruil (Free Clinic), de OTW's spuitenruil (5 organisaties, onder andere Free Clinic en CAD Limburg) en de OTW trainen van levensvaardigheden in het

¹⁸ Werkgroep gemandateerd door de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en bestaande uit vertegenwoordigers van de PO's VIGeZ en VAD, de regionale preventiewerkers CGG, de Logo's, de provincies, de CAW's en de OCMW's.

¹⁹ Bijvoorbeeld een project gericht op zwangere vrouwen en hun partner, ouders met jonge kinderen en gezinnen met een lage SES.

²⁰ Op een uitzondering na, namen twee uitvoeringsorganisaties de projecten voor hun rekening (VAD en VI-GeZ).

²¹ VAD, Gingeroverzichtsrapport 2013, Preventie van alcohol- en andere drugproblemen.

²² Preventiewerkers die lokaal of federaal worden gefinancierd.

²³ Bijvoorbeeld ziekenfondsen, Stichting tegen Kanker.

onderwijs (De Sleutel). Zowel de PO spuitenruil als de VAD hebben een deels overlappend aanbod aan vormen en productdossiers over illegale drugs, waarvoor ze beter meer kunnen samenwerken. Spuitenruil is niet expliciet als preventie-initiatief voor middelengebruik opgenomen in het preventiedecreet²⁴, maar is als vorm van schadebeperking wel voorzien in het actieplan.

Op een tussenliggend niveau zijn er, buiten de afzonderlijke projecten, wel vaste (uitvoerings)organisaties op het terrein aanwezig, met name de alcohol- en drugspreventiewerkers van de CGG's (CGG-AD) en de Logo's. Het bleef lange tijd moeilijk een taakverdeling te vinden tussen beide actoren en een echte ministeriële beslissing daarover bleef uit²⁵. Hoewel in het samenwerkingsprotocol tussen de Vlaamse overheid, de CGG-AD en de VAD een basisaanbod werd afgesproken, blijkt uit de beleidsplannen 2012-2014 van de CGG's een gebrek aan doelstellingen, ambitie of afgesproken opdrachten inzake alcohol- en drugspreventie. De visie²⁶ en geplande acties van de CGG onderling lopen ook sterk uiteen. Niet alle CGG-preventiewerkers zijn actief in elke sector. Ook verschillen de kosten voor advisering, coaching, training, enz. die de (eind)doelgroep moet betalen. Als PO voor alcohol en drugspreventie steunt de VAD prioritair op de CGG-preventiewerkers²⁷ en minder op lokale preventiewerkers. Die laatste werken immers niet noodzakelijk binnen het Vlaamse actieplan tabak, alcohol en drugs. In grote lijnen streven de minister en het VAZG ernaar vooral aan de Logo's een coördinerende taak toe te wijzen gericht op disseminatie (verspreiding van (preventie)methodieken) met klemtoon op lokale besturen, maar daarnaast blijven sommige CGG-preventiewerkingen het lokaal beleid mee ontwikkelen en onderhouden zij ook eigen lokale of provinciale overlegstructuren. Op het vlak van uitvoering is er bijgevolg geen uniforme afdekking voor heel Vlaanderen en worden er weinig schaalvoordelen gerealiseerd. In de provincie Limburg heeft CAD Limburg bijvoorbeeld een gelijkaardig aanbod als de VAD op het vlak van vorming, ondersteuning van sleutelfiguren, ontwikkelen van een alcohol- en drugbeleid²⁸, consult aan hulpverleners, enz.

Voor de uitvoering van het beleid inzake tabak doet de overheid al jaren een beroep op het VIGeZ, dat daarbij een zekere autoriteit heeft opgebouwd. De laatste jaren zet het instituut op vraag van het VAZG meer in op methodiek- en materiaalontwikkeling ten behoeve van het onderwijs, het bedrijfsleven en de sector van de gezondheidszorg en het welzijnswerk. Het aanbod aan methodieken en materialen voor die settings is immers zodanig beperkt en verouderd dat het risico bestaat dat andere actoren zelf beginnen te investeren in methodiekontwikkeling op een niet-onderbouwde en niet-gecoördineerde wijze, wat minder efficiënt is.

Uit de beleidsplannen 2012-2014 van de CGG's blijkt niet dat zij een (grote) rol spelen in het preventiewerk inzake tabak²⁹, hoewel dat nochtans de bedoeling is. De integrale benadering

²⁴ Artikel 63 voorziet in het voorkomen en het opsporen van problematisch middelengebruik.

²⁵ De minister stuurde een rondschrijven met richtlijnen aan de leden van de werkgroep tabak, alcohol en drugs.

²⁶ Voorbeelden van (toekomst)visies: specifieke aandacht voor vroeginterventie, enkel antwoorden formuleren op de vragen die zich in de regio stellen, selectieve en geïndiceerde preventieactiviteiten die in eerste instantie zijn gericht naar doelgroepen waar diverse risicofactoren aanwezig zijn, preventie, curatie en vroeginterventie bundelen en vanuit één coördinator aansturen.

²⁷ Formeel samenwerkingsprotocol Alcohol- en andere Drugpreventie, Vlaamse overheid, CGG-preventiewerk en VAD (20 maart 2008).

²⁸ Bijvoorbeeld www.slimkicken.be.

²⁹ Tabak komt in het algemeen voor in maar 25% van de preventieactiviteiten, alcohol en illegale drugs respectievelijk in 49,7% en 45,4% ervan (VAD, Gingeroverzichtsrapport 2013).

die bij de uitvoering van de gezondheidsdoelstelling tabak, alcohol en drugs voorop staat, schiet op dat vlak tekort³⁰. De CGG's blijven als kerntaak inzetten op zorgprogramma's (bijvoorbeeld verslavingszorg), zodat het alcohol- en drug- (en tabak)preventienetwerk van ondergeschikt belang blijft.

Specifiek voor onderwijs wordt samengewerkt met de Commissie Gezondheidsbevordering van de Vlaamse Onderwijsraad (ook voor andere gezondheidsdoelstellingen). Dat levert onder andere twee naast elkaar bestaande websites op: www.gezondeschool.be³¹ en www.gezondopschool.be³². Daarnaast hebben ook afzonderlijke preventieprojecten hun eigen website, wat de transparantie van het preventielandschap naar scholen niet ten goede komt.

2.1.3 Bevolkingsonderzoeken naar kanker

Tabel 3 – Betrokken uitvoeringsorganisaties bevolkingsonderzoeken naar kanker

	PO		OTW	
	Specifiek	Themaoverschrijdend	Specifiek	Themaoverschrijdend
Borstkanker	• CvKO	• Domus Medica • VIGeZ	• CvKO	• Landsbonden
Baarmoederhalskanker	• CvKO	• Domus Medica • VIGeZ*	• CvKO	• Landsbonden
Dikkedarmkanker	• CvKO	• Domus Medica • VIGeZ*	• CvKO	• Landsbonden

* VIGeZ levert enkel vraaggestuurd advies aan het CvKO

Actieplan

Eind 2013 werd op basis van de gezondheidsconferentie van 14 december 2013 een nieuwe gezamenlijke gezondheidsdoelstelling over *bevolkingsonderzoeken naar kanker van de baarmoederhals, borst en dikke darm* geformuleerd. De Vlaamse Regering hechtte pas op 23 januari 2015 haar goedkeuring aan de gezondheidsdoelstelling en het bijbehorende actieplan 2015-2020 werd vervolgens op 13 mei 2015 goedgekeurd door het Vlaams Parlement.

Het actieplan is degelijk en omvattend uitgewerkt. De uitvoering, gekoppeld aan de gezondheidsdoelstelling, komt grotendeels neer op de organisatie van drie bevolkingsonderzoeken³³.

Voor de uitvoering van het bevolkingsonderzoek naar borstkanker sloot de Vlaamse Regering twee beheersovereenkomsten met het Centrum voor Kankeropsporing (CvKO), één als PO en één als OTW. Voor het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker werd met het CvKO alleen een beheersovereenkomst als OTW gesloten. Het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker gebeurt momenteel op basis van overheidsopdrachten en een facultatieve

³⁰ Krachtlijn 5 van het Vlaamse actieplan tabak, alcohol en drugs 2009-2015.

³¹ Website verbonden aan de door VIGeZ ontwikkelde (kader)methodiek *Gezonde School* (in navolging van de Wereldgezondheidsorganisatie).

³² Website verbonden met het actieplan *Op uw gezondheid 2010-2014* van de Vlaamse Onderwijsraad. De website zou fungeren als portaalsite voor materialen, links, achtergrondinformatie, nieuws, aankondigingen, enz., maar wordt niet actueel gehouden.

³³ Een bevolkingsonderzoek is als beleidsinstrument opgenomen in het preventiedecreet (artikel 31).

subsidiering van het CvKO. De administratieve structuur van de bevolkingsonderzoeken is op dit ogenblik dus niet coherent.

De omkadering van de bevolkingsonderzoeken met werkgroepen zorgt wel voor een kwaliteitsvolle en onderbouwde beleidsbepaling, bijvoorbeeld op het vlak van adviesverstrekking bij wetenschappelijke evoluties in specifieke kankeropsporingen³⁴.

Selectie en uitnodiging van de doelgroep en resultaatsmededeling

Het CvKO staat in voor de centrale selectie en uitnodiging van de doelgroep in het kader van de drie bevolkingsonderzoeken, wat logisch lijkt³⁵. Voor borstkanker en dikkedarmkanker gebeurt ook de resultaatsmededeling centraal, voor baarmoedershalskanker niet³⁶. Voor het laatste bevolkingsonderzoek is niet ten gronde onderzocht of een centralisatie van de analyses en een centrale resultaatsmededeling door één (of eventueel enkele) laboratoria niet kosten-efficiënter zou zijn. Opvallend is ook dat pas *na* het opstarten van de bevolkingsonderzoeken werd gezocht naar een passend financieringsmodel³⁷.

Daarnaast zijn ook de Stichting Kankerregister³⁸ en het Intermutualistisch Agentschap (IMA) betrokken bij de bevolkingsonderzoeken. Zij worden daar naast hun basisfinanciering extra voor vergoed. De samenwerking met het CvKO is belangrijk en lijkt stilaan goed uitgewerkt.

Sensibilisering en communicatie

Afspraken en taakverdelingen tussen de betrokken actoren inzake sensibilisering zijn nog steeds niet rond. Naast het CvKO worden ook het VIGeZ, Domus Medica, de ziekenfondsen en ngo's³⁹ ingeschakeld, maar het is niet duidelijk wat van elke organisatie wordt verwacht. Ook de mogelijke inbreng of rol van de provincies is onduidelijk. Sinds 1 januari 2013 sluit het CvKO individuele samenwerkingsovereenkomsten af met de Logo's – in principe nochtans een vaste partner in het uitvoeringslandschap – om de gezondheidsdoelstelling borstkanker te realiseren.

De ontwikkeling van een communicatieplan verloopt moeizaam en tot nu toe resulteerde dat in 2012 enkel in een aanzet⁴⁰. Het CvKO overwoog de inschakeling van een communicatiebureau, maar medio 2013 besliste het centrum zelf een communicatieverantwoordelijke aan te werven. Vervolgens werd ook in het kader van de gezondheidsconferentie van december 2013 nagedacht over communicatie. Eind 2014 werd een overheidsopdracht gegund aan de bvba AHA!Inzicht om een overkoepelend informatie- en sensibiliseringsplan op te stellen. Tegen eind september 2015 wordt dit afgerond, ongeveer een jaar na de streefdatum die het actieplan

³⁴ Dat is tegelijk ook een opdracht van het CvKO.

³⁵ Zie ook de HERA-studie *Efficiëntieverhoging Vlaamse bevolkingsonderzoeken naar borst-, baarmoederhals- en dikke-darmkanker*, maart 2012, die pleit voor een gezamenlijke organisatie van bevolkingsonderzoeken.

³⁶ Voor baarmoederhalskanker gebeurt de resultaatsmededeling door de arts die het uitstrijkje neemt.

³⁷ Studie Gezondheidseconomische evaluatie bevolkingsonderzoeken naar kanker in Vlaanderen, perceel 4 (2014, UG).

³⁸ Een stichting van openbaar nut, waarvan de basisfinanciering is verdeeld over het RIZIV, de FOD Volksgezondheid en in beperkte mate de gemeenschappen.

³⁹ Zoals de Stichting tegen Kanker, de Vlaamse Liga tegen Kanker, Think-Pink, Pink Ribbon.

⁴⁰ In overleg tussen het CvKO en het VIGeZ, aangevuld met suggesties van de vertegenwoordiger van de Vlaamse Logo's.

vooropstelde (oktober 2014). Ten slotte besliste de minister in november 2014 een formele ondersteunende Vlaamse werkgroep sensibilisering op te richten⁴¹.

2.1.4 Vaccinaties

Tabel 4 – Betrokken uitvoeringsorganisaties vaccinaties

PO		OTW	
Specifiek	Themaoverschrijdend	Specifiek	Themaoverschrijdend
• VAZG	• Domus Medica • VWVJ	/	• Consultatiebureaus • CLB's
• ITG-Reisgeneeskunde	• K&G • VIGeZ		• Landsbonden

Actieplan

De eerste gezondheidsdoelstelling *infectieziekten en vaccinatie* werd geformuleerd in 1998 en had betrekking op de periode 1998-2002. De doelstelling bleef ook daarna nog een volledig decennium ongewijzigd van kracht. In juni 2013 heeft het Vlaams Parlement een nieuwe gezondheidsdoelstelling *vaccinaties* en begeleidend actieplan voor de periode 2012-2020 goedgekeurd. Dankzij de gezondheidsconferentie kwamen de gezondheidsdoelstelling en het actieplan op een (wetenschappelijk) onderbouwde manier tot stand en er werd gestreefd naar een voldoende groot draagvlak bij alle betrokken actoren.

De subdoelstellingen van het actieplan hebben betrekking op specifieke doelgroepen: kinderen en jongeren, bepaalde categorieën van volwassenen (aanstaande ouders en zwangere vrouwen), 65-plussers, reizigers die in aanmerking komen voor vaccinatie en bepaalde categorieën van de werkende bevolking. De subdoelstellingen/actiepunten zijn helder en concreet geformuleerd en de meeste bevatten een streefdatum en een indicator (bijvoorbeeld vaccinatiegraad, aantal gebruikers). Het actieplan is dus kwalitatief uitgewerkt en de voortgang ervan kan worden gemonitord.

Om het vaccinatiebeleid uit te voeren, zijn geen specifieke PO's of OTW's erkend, met uitzondering van het ITG voor het actiepunt rond reisvaccinaties. Het team Vaccinatie van de afdeling Preventie van het VAZG stuurt het vaccinatiebeleid immers niet alleen aan, maar voert het ook grotendeels zelf uit⁴². Het VAZG treedt als het ware op als PO voor de Logo's⁴³.

Een andere centrale actor is de Vlaamse Vaccinatiekoepel. Die was niet alleen de drijvende kracht achter de gezondheidsconferentie (samen met het VAZG), maar draagt ook bij tot de uitvoering van het actieplan, dient als overlegplatform voor zijn leden en adviseert de minis-

⁴¹ Ministerieel besluit van 24 maart 2015. De eerste opdracht van de werkgroep betreft het ontwikkelen, opvolgen en bewaken van het communicatie- en sensibiliseringsplan en zo nodig het herformuleren ervan. Het CvKO en alle relevante organisaties zijn vertegenwoordigd in de werkgroep. Daarnaast is er bij ministerieel besluit van 5 mei 2015 een werkgroep monitoring opgericht.

⁴² Dat kleine team staat ook in voor de voorbereiding en opvolging van de aankoopdossiers van de vaccins die door de Vlaamse Gemeenschap gratis worden verstrekt (zie 2.3.3), organiseert de Europese vaccinatieweek (die al enkele jaren in het teken staat van mazelen) en coördineert de jaarlijkse griepvaccinatiecampagne. De verantwoordelijke van het team Vaccinatie van het VAZG is ook de voorzitter van de Vlaamse Vaccinatiekoepel.

⁴³ Uit Cirro blijkt immers dat de methodiekontwikkeling nagenoeg volledig door het VAZG gebeurt.

ter bevoegd voor het gezondheidsbeleid. De Vlaamse Vaccinatiekoepel is informeel al actief sinds 2000 en is op 24 september 2013 bij ministerieel besluit een officiële Vlaamse werkgroep geworden.

Behoudens de onderstaande aandachtspunten heeft het Rekenhof geen fundamentele opmerkingen bij de uitvoering van het Vlaamse vaccinatiebeleid.

Vaccinatieschema's

Het basisvaccinatieschema neemt een belangrijke plaats in. Dat schema, in feite een kalender met alle aanbevolen vaccinaties voor kinderen en jongeren, wordt hoofdzakelijk uitgevoerd door de OTW's van rechtswege: de consultatiebureaus (kinderen van 0-3 jaar) en de CLB's (schoolgaande kinderen). De Vlaamse Gemeenschap verstrekt de vaccinaties uit het basisvaccinatieschema gratis via Vaccinnet⁴⁴. Vaccinatie tegen seizoensgriep valt buiten het schema⁴⁵.

De eerste stappen tot een georganiseerd systeem voor volwassenen worden gezet⁴⁶. Het vaccinatieschema voor volwassenen en ouderen is met enige vertraging officieel vastgesteld. Het vormt een belangrijk sluitstuk van het overzicht van aanbevolen vaccins (gedurende de volledige levensduur), en kan het beginpunt zijn van verhoogde bewustwording van en informatieverstrekking aan volwassenen. Hoewel daarover weinig gegevens beschikbaar zijn, zijn er indicaties dat volwassenen onvoldoende op de hoogte zijn van hun vaccinatiestatus en van de vaccinaties die voor hen aangewezen zijn⁴⁷. Mogelijk is de kennis over de plaats(en) waar hun status kan worden geraadpleegd ontoereikend⁴⁸.

Risicogroepen

Bepaalde nichegroepen⁴⁹ lopen het risico op ondervaccinatie. Een specifieke actie is gewijd aan de kinderen en jongeren van die doelgroep. Een subwerkgroep binnen de Vlaamse Vaccinatiekoepel wordt daartoe momenteel pas opgericht, wat impliceert dat de actiepunten die te realiseren waren tegen 2014 (opzetten gerichte (communicatie)strategie) en tegen het schooljaar 2014-2015 (oplossing voor het huidige onderaanbod in privéscholen) vertraging oplopen. Op het terrein zal een klein team (arts en verpleegkundigen) worden ingeschakeld om de groepen te benaderen en te vaccineren.

⁴⁴ Vaccinnet is een bestel- en distributiesysteem voor vaccins dat sinds 2006 ter beschikking wordt gesteld aan de vaccinatoren. Het is gekoppeld aan een vaccinatiedatabank. Daarin kunnen ook vaccinaties worden geregistreerd die niet via Vaccinnet kunnen worden besteld.

⁴⁵ Om bepaalde risicogroepen binnen de volwassen bevolking (zwangere vrouwen, diabetespatiënten, 65-plussers en chronisch zieken, enz.) te sensibiliseren, wordt jaarlijks een seizoensgriepcampagne georganiseerd.

⁴⁶ Op 11 februari 2015 werd in het kader van Vitalink (het digitale platform van de Vlaamse overheid voor het veilig delen van zorg- en welzijnsgegevens) de *Patient Healthviewer* gelanceerd. Dankzij die ICT-toepassing kan de burger zijn vaccinatiestatus opvragen.

⁴⁷ Eline Willems, *Kent de patiënt zijn vaccinatiestatus? Evaluatie en verbetering van de huidige aanpak in de huisartsenpraktijk* (masterproef Huisartsgeneeskunde) UG, academiejaar 2012-2013, p. 57.

⁴⁸ In Vitalink zijn alleen de vaccinaties geregistreerd in Vaccinnet opgenomen. Het accuraat in kaart brengen van de vaccinatiestatus vereist dus nog altijd het samenbrengen van gegevens uit verschillende dragers (naast Vitalink: het vaccinatieboekje, het elektronisch medisch dossier, databank arbeidsgeneeskundige dienst, enz.).

⁴⁹ Onder andere woonwagenbewoners, leerlingen van niet-erkende scholen (waar het CLB niet actief is) zoals privéscholen en joods-orthodoxe scholen.

Lokale besturen

De betrokkenheid van de lokale besturen bij het vaccinatiebeleid en de uitrol daarvan is vrij beperkt. Bij polio is de betrokkenheid federaal vastgelegd en staan er politiestrafpen op het niet indienen van het vaccinatiebewijs bij de gemeente. Tegen 2014 zouden de poliovacinatiegegevens van jonge kinderen vanuit Vaccinnet automatisch aan de gemeenten worden bezorgd. Dat actiepunt kan zorgen voor een werklastermindering voor de gemeentelijke administraties, artsen en ouders, maar loopt volgens het VAZG vertraging op omdat de Vlaamse Vereniging van Steden en Gemeenten nog niet heeft meegedeeld hoe de informatie aan de gemeenten moet worden bezorgd. Via informatie en methodieken aangeleverd door de Logo's kunnen gemeenten participeren aan de sensibiliseringscampagnes, maar ze zijn daartoe niet verplicht. Het is weinig waarschijnlijk dat elke gemeente met dezelfde intensiteit en frequentie bijdraagt aan die campagnes.

2.1.5 Ongevallenpreventie

Tabel 5 – Betrokken uitvoeringsorganisaties ongevallenpreventie

	PO		OTW	
	Specifiek	Themaoverschrijdend	Specifiek	Themaoverschrijdend
Ongevallenpreventie bij jonge kinderen	/	• K&G	/	• Consultatiebureaus
Ongevallenpreventie bij ouderen	• EVV	• VIGeZ • Domus Medica	/	• Landsbonden

Actieplan

De gezondheidsdoelstelling ongevallenpreventie werd al geformuleerd in 1998 en is sinds 2002 niet meer hernieuwd. In afwachting van een verlenging of herformulering spitst het huidige beleid zich toe op valpreventie bij ouderen en in beperkte mate bij jonge kinderen.

Bij de ontwikkeling van die gezondheidsdoelstelling was er geen sprake van een gestructureerd voortraject waarbij alle stakeholders waren betrokken. Er werd ook nooit een actieplan opgesteld dat de strategieën en maatregelen inzake ongevallenpreventie groepeerde. Er is evenmin een Vlaamse werkgroep voor ongevallenpreventie.

Voor de uitvoering van het beleid rond ouderen wordt een beroep gedaan op het Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen (EVV), dat in 2012 werd aangewezen als PO. Het EVV is een samenwerkingsverband dat bestaat uit acht partners⁵⁰ met een verscheidenheid aan expertise in het kader van val- en fractuurpreventie bij thuiswonende ouderen en ouderen in een residentiële setting.

Ouderen

De belangrijkste producten van het EVV zijn een website rond valpreventie en de praktijkrichtlijnen *Valpreventie bij thuiswonende ouderen* en *Valpreventie in woonzorgcentra*. De

⁵⁰ KUL, UG, Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Kinesitherapeuten, Wetenschappelijke Vereniging voor Verpleegkunde en Vroedkunde, Vlaams Ergotherapeutenverbond, Domus Medica, Belgische Vereniging voor Geriatrie en Gerontologie en VIGeZ.

praktijkrichtlijnen bieden een overzicht van wat – op basis van de tot nu toe beschikbare wetenschappelijke evidentie – effectief is op vlak van algemene gezondheidspromotie en val- en fractuurpreventie bij 65+’ers met verhoogd valrisico. In de richtlijnen wordt ook aangegeven wat de rol van de verschillende gezondheids- en welzijnswerkers is. Met het oog op de bekendmaking en verspreiding van de praktijkrichtlijnen leidt het EVV hulpverleners van verschillende disciplines⁵¹ op tot zogenoemde referentiepersonen valpreventie. Gezondheidswerkers kunnen een beroep doen op de referentiepersonen om vormingen en adviesverlening te geven rond valpreventie. De werking van de referentiepersonen werd nog niet geëvalueerd. Nochtans is er een aanzienlijk verloop en verschilt het aantal vormingen per provincie sterk⁵².

Ondanks het aanwezige theoretische kader en de beschikbaarheid van referentiepersonen worden de praktijkrichtlijnen op het terrein volgens het VAZG ervaren als moeilijk uitvoerbaar. Valpreventie vergt immers een multidisciplinaire aanpak, wat in de praktijk voor de nodige problemen zorgt. Om daaraan tegemoet te komen, zal in de toekomst multidisciplinair overleg moeten worden gestimuleerd, waarbij een eenduidige werkwijze, taakverdeling en samenwerkingsafspraken essentieel zijn. Een belangrijke rol lijkt daarbij weggelegd voor de thuiszorg en de huisartsen, al dan niet via tussenkomst van de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg⁵³. Hoewel de thuiszorgdiensten nauw betrokken zijn bij de leefomgeving van de ouderen en ze daarnaast een belangrijke rol kunnen spelen bij het doorgeven van informatie aan andere zorgdisciplines (signaleringsfunctie), is de sector van de thuiszorg tot op heden weinig betrokken. Wat betreft de huisartsen, heeft Domus Medica een eerste stap gezet door zich te engageren de praktijkrichtlijnen van het EVV via haar communicatiekanalen bekend te maken bij de huisartsen. Ook is dit thema opgenomen in de Gezondheidsgids en heeft Domus Medica samen met het EVV een praktijkinstrument voor huisartsen ontwikkeld.

Ondanks de betrokkenheid van voornoemde zorgaanbieders, is er tot nu toe geen OTW erkend specifiek voor het thema ongevallenpreventie.

Het VIGeZ is al jarenlang betrokken bij de algemene promotie van ongevallenpreventie. Het werkt daarbij vaak samen met het EVV⁵⁴. Zo ontwikkelden ze samen de huidige versie van de methodiek *BOEBS*⁵⁵ om de praktijkrichtlijn *Valpreventie bij thuiswonende ouderen* te integreren in de Vlaamse gemeenten. Aan de hand van activiteiten willen ze valpartijen aanpakken op lokaal niveau. Een andere samenwerking betreft *De week van de valpreventie* dat tot doel heeft ouderen, hun familie en alle gezondheidszorg- en welzijnswerkers in Vlaanderen te sensibiliseren en te informeren. Tijdens die week worden alle ouderenverenigingen, intermediairs, woonzorgcentra, gezondheids- en welzijnswerkers, enz. aangesproken om rond dit thema samen te werken.

⁵¹ Huisartsen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten en verpleegkundigen.

⁵² In 2013 werden in totaal 76 vormingen gegeven: 28 in zowel Antwerpen als Limburg, 8 in Oost-Vlaanderen en 6 in zowel West-Vlaanderen als Vlaams-Brabant (bron: jaarverslag 2013 EVV).

⁵³ Door samen te werken, willen de deelnemende zorgaanbieders (huisartsen, OCMW's, woonzorgcentra, verpleegkundigen, lokale dienstencentra, ziekenfondsen en diensten voor gezinszorg) hun dienst en zorgverlening rond de patiënt zo veel mogelijk verbeteren.

⁵⁴ Zo bevat het jaarplan 2013 van het VIGeZ als bijlage een verduidelijking van de concrete taakverdeling tussen het VIGeZ, het EVV en de Logo's voor het thema valpreventie bij ouderen.

⁵⁵ Blijf Op Eigen Benen Staan.

Kinderen

Het beleid inzake ongevallenpreventie ten aanzien van jonge kinderen zit vervat in de reguliere werking van Kind en Gezin (K&G) en de consultatiebureaus. Zo biedt K&G specifiek voor jonge kinderen informatie over de veiligheid thuis en in de kinderopvang. Ook heeft K&G in samenwerking met onder andere de Europese Consumentenorganisatie een meldpunt opgericht voor onveilige kinderartikelen.

2.1.6 Voeding en beweging

Tabel 6 – Betrokken uitvoeringsorganisaties voeding en beweging

	PO		OTW	
	Specifiek	Themaoverschrijdend	Specifiek	Themaoverschrijdend
Voeding	Eetexpert	- VIGeZ - Domus Medica - VWVJ - K&G	/	- CLB - Landsbonden - Consultatiebureaus
Beweging	/	- VIGeZ - Domus Medica - VWVJ - K&G	/	- CLB - Landsbonden - Consultatiebureaus

Actieplan

In 2008 leidde een gezondheidsconferentie rond voeding en beweging tot een nieuwe gezondheidsdoelstelling en bijbehorend actieplan, die het Vlaams Parlement op 12 november 2009 unaniem heeft goedgekeurd. In tegenstelling tot de gezondheidsdoelstelling van 1998, die alleen op voeding was gericht, combineert de nieuwe doelstelling de thema's voeding en beweging. Het actieplan stelt zes strategieën voorop, waarmee verschillende doelgroepen zoals kinderen, gezinnen, sociale risicogroepen, ouderen en werkende bevolking kunnen worden bereikt.

Aan het opstellen van het actieplan ging een lange voorbereiding vooraf. Opvallend is dat de acties van het definitief goedgekeurde actieplan alleen voor de periode 2008-2009 volledig zijn uitgewerkt. Voor de rest van de looptijd omvat het actieplan enkel een aanzet en wordt de concrete invulling overgelaten aan de (toen nog op te richten) werkgroep Voeding en Beweging.

Werkgroep Voeding en Beweging

De werkgroep Voeding en Beweging werd in het voorjaar van 2010 geïnstalleerd. Bij de samenstelling⁵⁶ werd volgens het VAZG rekening gehouden met de verschillende settings en doelgroepen zoals vermeld in het actieplan. Een breed domein zoals voeding en beweging zorgt echter voor de nodige selectieproblemen. Om daaraan tegemoet te komen, worden ook

⁵⁶ PO: Eetexpert, Domus Medica, de VWVJ, het VIGeZ.

OTW: de landsbonden via het Nationaal Inter mutualistisch College; andere organisaties zoals Netwerk tegen Armoede, Bloso, het VAZG, een vertegenwoordiging van de Logo's, de Vlaamse Vereniging van Steden en Gemeenten, de KUL, de FOD Volksgezondheid, enz.

externe deskundigen uitgenodigd, al dan niet op permante basis. Dat is bijvoorbeeld het geval met K&G, wat opmerkelijk is gelet op haar positie als PO van rechtswege voor dit thema⁵⁷. De Diabetes Liga maakt geen deel uit van de werkgroep, noch de CLB's, nochtans een belangrijke partner voor de setting onderwijs.

Initieel diende de werkgroep alleen de grote lijnen van het actieplan verder uit te werken en de samenhang te bewaken bij de uitvoering van de verschillende strategieën. Op vraag van de minister werd het takenpakket uitgebreid met het adviseren van de minister over de haalbaarheid en evidentie (i.e. effectiviteit en efficiëntie) van de geplande acties binnen de verschillende strategieën en prioriteiten van het actieplan en over alle aanvragen voor facultatieve subsidies. Ook dient de werkgroep te adviseren over de evaluatiemogelijkheden van de voorggelegde acties⁵⁸.

Het VAZG is tevreden over de werking van de werkgroep. Een formele evaluatie van de werking heeft nog niet plaatsgevonden. Gelet op de (bijna permanente) afwezigheid van bepaalde leden op de vergaderingen van de werkgroep, dringt een periodieke evaluatie van de samenstelling zich op.

Methodiekontwikkeling

Voor de uitvoering van het beleid inzake voeding en beweging doet de overheid in de eerste plaats een beroep op het VIGeZ, dat al jaren instaat voor de methodiekontwikkeling inzake gezonde voeding en binnen het werkveld een zekere autoriteit heeft opgebouwd. Tot voor kort focuste het VIGeZ in de praktijk hoofdzakelijk op voeding en kwam het thema beweging alleen aan bod in relatie met gezonde voeding. Het is pas sinds 2012 dat VIGeZ op structurele wijze middelen krijgt om expertise op te bouwen over het thema beweging. De middelen zijn echter vrij beperkt, waardoor de kennisopbouw traag verloopt en het aantal methodieken ter promotie van lichaamsbeweging of het voorkomen van sedentair gedrag beperkt blijft⁵⁹.

Specifieke expertise rond gezondheidsgerelateerde fysieke activiteit (beweging) ontbrak. In de oproep van eind december 2014 om een of meer beheersovereenkomsten als PO te sluiten, werden de thema's voeding en beweging opnieuw als een geheel beschouwd en werd het tegengaan van sedentair gedrag mee opgenomen. Er is duidelijk nood aan een sterke PO, die in staat is een langetermijnvisie te ontwikkelen voor het thema beweging, daarvoor de nodige methodieken kan ontwikkelen en de implementatie ervan voldoende kan ondersteunen.

Voor de preventie van eet- en gewichtsstoornissen doet de Vlaamse overheid al verscheidene jaren een beroep op Eetexpert. In het actieplan voeding en beweging wordt Eetexpert expliciet aangewezen als een belangrijke uitvoeringsorganisatie. In 2012 heeft de Vlaamse overheid Eetexpert dan ook erkend als PO. Eetexpert richt zich op de preventie, vroegdetectie en (vroeg) behandeling van eetstoornissen, terwijl de focus van het VIGeZ op gezonde voeding en beweging ligt, en dus preventie van overgewicht. Tussen beide organisaties bestaan taakafspraken.

⁵⁷ Zo heeft een van de subdoelstellingen van de gezondheidsdoelstelling voeding en beweging specifiek betrekking op borstvoeding, een materie die tot de expertise van K&G behoort.

⁵⁸ Daartoe werd een project goedgekeurd (2010-2016). Het is de bedoeling een evaluatiemodel te ontwikkelen dat een proces- en een effectevaluatie omvat. Berekening van de kosteneffectiviteit zit niet in de scope van het project.

⁵⁹ Momenteel past het VIGeZ alleen de methodiek 10.000 stappen aan met het oog op een ruimere implementatie.

Terreinwerking

Een specifieke OTW voor voeding en beweging ontbreekt.

Om een preventief gezondheidsbeleid te laten slagen, zijn niet alleen methodiekontwikkeling, netwerking, disseminatie van de methodieken en ondersteuning van het terrein bij de toepassing onontbeerlijk, maar is ook de feitelijke uitvoering van de methodieken cruciaal. Dat laatste aspect wordt echter binnen het preventief gezondheidsbeleid vaak niet gesubsidieerd. De overheid rekent daarvoor op de diverse organisaties, die dat realiseren met eigen middelen (bijvoorbeeld bedrijven, lokale besturen) of met de subsidiëring van hun basistaken (bijvoorbeeld scholen, ziekenfondsen).

De werkgroep Voeding en Beweging stelde vast dat de organisaties die bereid blijken om het thema gezonde voeding en beweging op te nemen, momenteel binnen hun reguliere werking onvoldoende capaciteit bezitten om de projecten daadwerkelijk op gang te trekken. Daarom keurde de Vlaamse Regering eind 2012 het project *actieondersteunend terreinwerk voeding en beweging* goed. In concreto werd een subsidie toegekend aan de Logo's om ze in staat te stellen actieondersteunende terreinwerkers ter beschikking te stellen aan intermediairs en sectoren. Die medewerkers helpen bij de implementatie van effectieve preventiemethodieken om de gezondheidsdoelstelling voeding en beweging te realiseren. De opdracht van de Logo's richt zich echter op de disseminatie van preventiemethodieken en niet op de uitvoering van terreinwerk – een taak die voorbehouden is voor de OTW's. De vraag rijst waarom de Vlaamse overheid niet eerder een oproep heeft gelanceerd om één of meer OTW's te erkennen.

Begin 2015 werd beslist het project niet te verlengen. Uit de eindevaluatie bleek immers dat het project niet liep zoals verwacht en in het bijzonder dat de positie van die Logo-terreinwerkers voor veel discussie zorgde. Het VAZG gaat nu eerst de resultaten van de volgende gezondheidsconferentie afwachten vooraleer verdere stappen te ondernemen.

2.2 Ad-hoc-beleid

De Vlaamse overheid voert ook heel wat preventieactiviteiten uit waarvoor geen (Vlaamse) gezondheidsdoelstelling werd geformuleerd. Die activiteiten sluiten aan bij de initiatieven die het preventiedecreet aan de Vlaamse Regering oplegt. Er is echter geen sprake van een structurele operationalisering van de ad-hoc-preventiethema's: ze worden enkel uitgewerkt in de beheersovereenkomsten met de uitvoeringsorganisaties. Het Rekenhof licht hierna de belangrijkste thema's toe.

2.2.1 Seksuele gezondheid

Hoewel de bevordering van seksuele gezondheid geen gezondheidsdoelstelling vormt, is het een belangrijk beleidsthema binnen het Vlaams preventief gezondheidsbeleid.

Het Vlaamse regeerakkoord 2009-2014 legt een betekenisvol accent als het stelt: *Het preventiebeleid voor seksueel overdraagbare infectieziekten krijgt een sterkere oriëntatie op risicogroepen*. Dat wordt herhaald in de beleidsnota WVG 2009-2014 (p. 22). Diezelfde beleidsnota bepaalt ook (p. 66): *Er moet ook een terugkoppeling gerealiseerd worden van het aanbod aan*

directe hulp van het algemeen welzijnswerk naar het preventief gezondheidsbeleid, bijvoorbeeld op vlak van seksuele gezondheid ten aanzien van jongeren.

Uit de jaarlijkse beleidsbrieven WVG blijkt duidelijk dat de overheid, via de beheersovereenkomsten en jaarplannen met de betrokken organisaties, de klemtoon wenste te leggen op bepaalde risicogroepen⁶⁰. In de tweede helft van de vorige legislatuur wenste zij evenmin de volledige bevolking uit het oog te verliezen door de opstart van het *Sexpert-onderzoek*. Dat grootschalige universitair onderzoek diende ook de nodige wetenschappelijke onderbouwing te leveren voor het toekomstige beleid inzake seksuele gezondheid. Ten slotte valt uit de prioriteiten in de beleidsbrieven ook op te maken dat de Vlaamse Regering sterk(er) wenste in te zetten op een gecoördineerde aanpak, i.e. samenwerking tussen de verschillende overheden, van de hiv/aids-problematiek.

Het is uiteindelijk uitsluitend door het convenant met de PO Sensoa en de beheersovereenkomsten met twee OTW's, het Instituut voor Tropische Geneeskunde (ITG) en Pasop (Ghapro), dat het Vlaamse beleid inzake seksuele gezondheid en de erin naar voren geschoven prioriteiten werden omgezet in concrete resultaatsgebieden en acties. Er is geen actieplan seksuele gezondheid uitgewerkt, noch is er een begeleidende werkgroep.

De brede opdracht van Sensoa⁶¹, die zich ook op het terrein situeert, wordt aangevuld met de activiteiten van het ITG en Pasop, die zich respectievelijk focussen op de seksuele gezondheid van Subsaharaanse Afrikaanse migranten (SAM) en sekswerkers (prostituties). Beide organisaties dienen over hun doelgroep expertise op te bouwen en uit te dragen, alsook methodieken te ontwikkelen en te implementeren, of de implementatie door intermediairs te ondersteunen. De onderlinge samenwerking en afstemming wordt door de betrokken organisaties als goed ervaren.

De resultaatsgebieden, actieterreinen en doelgroepen van de betrokken uitvoeringsorganisaties sporen met de inhoudelijke koers van het beleid. Niettemin ervaart het Rekenhof het als een gemis dat er naast de beleidsnota/-brieven en de eigenlijke overeenkomsten geen uitgewerkt beleidsdocument bestaat dat een alomvattende en onderbouwde strategie en visie bevat rond seksuele gezondheid. Daarenboven zijn de takenpakketten van de betrokken organisaties historisch gegroeid⁶². Daardoor blijft reflectie over de efficiëntste organisatorische structuur en dito financiering achterwege. Dat blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat Sensoa een actieterrein kwetsbare immigranten heeft, terwijl het ITG zich als OTW eveneens, maar dan wel exclusief, richt naar de preventie van hiv en de promotie van seksuele gezondheid van Subsaharaanse Afrikaanse migranten.

⁶⁰ Onder meer jongeren en jongvolwassenen, jonge moeders, mannen die seks hebben met mannen en Subsaharaanse Afrikaanse migranten.

⁶¹ In haar beleidsplan 2011-2015 heeft Sensoa 6 grote actieterreinen vastgesteld en eraan doelstellingen en activiteiten gekoppeld: (1) het brede publiek informeren over seksuele gezondheid; (2) de relationele en seksuele vorming van jongeren bevorderen; (3) de impact van hiv en soa op de seksuele gezondheid van MSM (mannen die seks hebben met mannen) beperken; (4) interventies rond seksuele gezondheid naar kwetsbare migranten versterken; (5) de integratie voor mensen met hiv bevorderen en de impact van hiv op hun seksuele gezondheid beperken; (6) aandacht voor seksuele en reproductieve gezondheid en rechten in het internationale beleid stimuleren.

⁶² Sensoa is de resultante van een fusieoperatie van vijf aidsorganisaties in 2001, aangevuld in 2003 met de Centra voor Geboorteregeling en Seksuele Opvoeding, het ITG coördineert het HIV-SAM-project sinds 1996 en Pasop is al sinds 1990 werkzaam als inloopcentrum in de Gentse prostitutiebuurt. Ghapro ontstond in 2002 uit een pilootproject, opgericht door de universiteit Antwerpen.

2.2.2 Diabetes

Diabetes is een ongeneeslijke aandoening en is een van de frequentst voorkomende chronische ziekten van onze samenleving. Er wordt geschat dat tegen 2030 ongeveer 10% van de volwassen Belgen diabetes zal hebben⁶³. Het erop nahouden van een gezonde leefstijl – voldoende beweging, gezond en gevarieerd eten, overgewicht vermijden, alcoholgebruik beperken en niet roken – zit vervat in het beleid rond voeding en beweging, tabak en alcohol.

Naast algemene preventie is vroegdetectie van diabetes en een verbetering van de leefstijl bij hoogrisicogroepen belangrijk⁶⁴. Zo startte de Diabetes Liga⁶⁵ in 2009 met het project *Zoet Zwanger* om de postnatale opvolging van vrouwen die zwangerschapsdiabetes hebben gehad, te bevorderen en hen te wijzen op hun verhoogde risico op type 2 diabetes. Eind 2012 verlengde de Vlaamse Regering het project voor drie jaar.

De Vlaamse overheid heeft eind 2010 een oproep gelanceerd tot erkenning van een PO voor de preventie van en bij diabetes. De Diabetes Liga werd aangeduid als PO. Ze onderhoudt contacten met partners uit het werkveld en inventariseert bestaande methodieken. Daarnaast besteedt ze veel aandacht aan de ontwikkeling van het project HALT2Diabetes⁶⁶, dat zich richt op een budgetvriendelijke methodiek om hoogrisicopersonen voor type 2 diabetes te identificeren en te leiden naar een leefstijlprogramma. Zowel het VIGeZ, Domus Medica als Eetexpert zijn daarbij betrokken. Daarnaast zetelen die organisaties in het Begeleidingscomité Diabetespreventie dat de Diabetes Liga in 2012 heeft opgericht⁶⁷. Ondanks hun betrokkenheid is het opvallend dat het thema diabetespreventie maar beperkt aan bod komt in hun jaarplannen. Alleen bij Domus Medica wordt hier meer aandacht aan besteed.

Voor het thema diabetes is geen specifieke OTW erkend. Het is niet bekend in welke mate de organisaties die van rechtswege zijn erkend, acties ondernemen.

De Vlaamse overheid doet de laatste jaren duidelijk meer inspanningen rond de preventie van diabetes. Een belangrijk pijnpunt is echter het tekort aan capaciteit voor de ondersteuning op het terrein en de uitvoering van de ontwikkelde methodieken.

2.2.3 Aangeboren metabole aandoeningen

De opsporing van aangeboren metabole aandoeningen omvat de systematische opsporing van elf stofwisselingsziekten bij alle pasgeborenen kort na de geboorte. Aangeboren aandoeningen, waartoe stofwisselingsziekten behoren, zijn één van de belangrijkste doodsoorzaken van pasgeborenen (< 1 jaar)⁶⁸.

⁶³ Bron: www.diabetes.be.

⁶⁴ Momenteel is er geen wetenschappelijke evidentie voorhanden dat een algemene screening op bevolkingsniveau effectief is. Daarom richt het beleid zich tot hoogrisicogroepen waarvoor die evidentie wel aanwezig is.

⁶⁵ Samen met Domus Medica en de Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (VVOG).

⁶⁶ HALT2Diabetes staat voor Haalbaarheid van lokale preventie van type 2 diabetes.

⁶⁷ Het begeleidingscomité vormt een platform voor de integratie van diabetespreventie binnen het bredere kader van preventie en gezondheidspromotie.

⁶⁸ <https://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Sterftcijfers/Algemene-sterftcijfers/Sterftcijfers-per-leeftijd-sterfte-risico-en-bevolkingspiramide/>.

De neonatale opsporing werd in Vlaanderen tot en met 31 december 2011 uitgevoerd door drie erkende centra. Daarna werden beheersovereenkomsten met twee centra gesloten: het Vlaams Centrum Brussel voor opsporing van metabole aandoeningen en het Provinciaal Centrum voor opsporing van Metabole Aandoeningen.

Aangezien de opsporing van aangeboren metabole aandoeningen een bevolkingsonderzoek is, diende het te voldoen aan de bepalingen van het bevolkingsonderzoekenbesluit: naast de eigenlijke analytische fase (uitvoeren van de tests), moesten dus ook de pre-analytische fase (communicatie met ouders, ondersteuning staalnemers) en de post-analytische fase (medelen van afwijkende resultaten en nagaan of een gepaste opvolging in het curatieve circuit wordt georganiseerd) afdoende worden uitgebouwd. De doelgroep van de beheersovereenkomsten is derhalve niet alleen Vlaamse pasgeborenen, maar ook (toekomstige) ouders, actoren die de ouders begeleiden tijdens de zwangerschap, K&G, centra of artsen gespecialiseerd in de behandeling van aangeboren aandoeningen en de Vlaamse overheid.

Zoals wettelijk bepaald voor een bevolkingsonderzoek, werd beslist ook een ondersteunende werkgroep op te richten. Daarin zetelen naast de twee centra de betrokken beroepsgroepen en patiëntvertegenwoordigers. De werkgroep bespreekt onder andere regelmatig de werking van de centra, evalueert ook de lijst met de te screenen ziektes en adviseert daarover. Het Rekenhof is van oordeel dat daarmee een behoorlijke structuur voor het bevolkingsonderzoek werd opgezet.

2.2.4 Tuberculose

Om een aantal aspecten van het thema tuberculose in het Vlaams preventief gezondheidsbeleid uit te voeren, heeft de overheid een beheersovereenkomst voor 5 jaar (2012-2016) gesloten met een OTW: de Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding (VRGT). Het VAZG zelf staat in voor het uitbraakbeheer: coördinatie van het contactonderzoek, eigenlijke screening, de opvolging van de contactonderzoeken, enz.

De opdracht van de VRGT bestaat in hoofdzaak uit de systematische screening op tuberculose bij diverse risicogroepen in de Vlaamse samenleving. Het betreft in de eerste plaats de categorieën *asielzoekers, nieuwe immigranten uit hoge incidentielanden voor tuberculose, gedetineerden, recidivisten en gevangenen*. Daarnaast dient de VRGT ook de tuberculosebehandeling van sommige patiënten op te volgen, vorming te organiseren voor intermediairs in de medische en sociale sector, doelgroepgerichte dienstverlening uit te bouwen, wetenschappelijke ondersteuning te verlenen, enz.

Op een aantal punten waarbij het federale niveau betrokken is, trekt de VRGT aan de alarmbel: asielcentra, de dienst Vreemdelingenzaken, Lokale Opvanginitiatieven en gevangeniszen slagen er niet altijd in om de gegevens die de VRGT nodig heeft om detectiegraden bij de diverse risicogroepen (een belangrijke indicator) te kunnen berekenen, te verzamelen of door te sturen. De interministeriële samenwerking is op dat vlak ontoereikend.

2.2.5 Andere ad-hoc-thema's

Het Rekenhof stelde vast dat enkele gezondheidsthema's waarvoor het preventiedecreet aan de Vlaamse Regering opdraagt initiatieven te nemen, inhoudelijk niet worden behartigd door het VAZG of structureel nog maar in beperkte mate ontwikkeld zijn.

- Zo wordt het beperken of voorkomen van gezondheidsschade door genetische factoren in de praktijk opgenomen door de centra voor menselijke erfelijkheid. Dat zijn expertisecentra die het erfelijk karakter van aandoeningen onderzoeken en technieken ontwikkelen om erfelijke ziekten of handicaps te voorkomen. Zo'n centrum wordt volgens de toepasselijke regelgeving beschouwd als een zware medisch-technische dienst van een ziekenhuis, is altijd verbonden aan een Belgische universiteit en moet voldoen aan federale normen⁶⁹. De Vlaamse overheid subsidieert momenteel vier Vlaamse centra: in 2014 voor een totaalbedrag van ongeveer 2,24 miljoen euro. Die subsidiëring kadert echter niet in het decreet preventief gezondheidsbeleid⁷⁰, zodat de centra niet formeel zijn erkend als OTW, ook al worden ze door het VAZG feitelijk zo beschouwd⁷¹. Dat betekent dan ook dat het VAZG de centra niet aanstuurt zoals de overige uitvoeringsorganisaties (via een beheersovereenkomst/convenant⁷², jaarplannen, tussentijdse overlegmomenten, enz.). Evenmin maakt de administratie jaarlijks een evaluatieverslag op.
- Initiatieven ter voorkoming en opsporing van zintuiglijke en ontwikkelingsstoornissen ressorteren grotendeels onder de consultatiebureaus, de centra voor ontwikkelingsstoornissen⁷³ en de CLB's. Voor die laatste heeft de Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (VWVJ) uitvoeringsstandaarden ontwikkeld (zie 3.1.3).
- Er is geen structurele werking ontwikkeld rond de thema's bevordering van een gezond gebit en bevordering van een adequate stresshantering. Mondzorg betreft voornamelijk een federale bevoegdheid, maar op 17 december 2014 werd voor dit thema een oproep gelanceerd om een beheersovereenkomst met een PO te sluiten. Het thema stresshantering zit voorlopig alleen vervat in de geestelijke gezondheidsbevordering zoals opgenomen in het VAS.
- Naar aanleiding van een resolutie van het Vlaamse parlement werd een informatieve website ontwikkeld om het gebruik van foliumzuur vanaf de kinderwens te promoten en om te sensibiliseren rond gezond zwanger worden⁷⁴.

⁶⁹ Koninklijk Besluit van 14 december 1987 houdende vaststelling van de normen waaraan de centra voor menselijke erfelijkheid moeten voldoen.

⁷⁰ De centra voor menselijke erfelijkheid krijgen een subsidie van de Vlaamse overheid in toepassing van het besluit van de Vlaamse Regering van 3 mei 1995.

⁷¹ Zie website VAZG: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Zorgaanbod/Preventieve-gezondheidszorg/Centra-voor-menselijke-erfelijkheid/>.

⁷² De subsidiëring en opvolging zit bij de afdeling Gespecialiseerde Zorg. Er is daarover geen overleg met de afdeling Preventie.

⁷³ Erkend en gesubsidieerd door het VAPH.

⁷⁴ www.gezondzwangerworden.be. Op 16 juni 2010 werd een voorstel van resolutie betreffende het gebruik van foliumzuur voor de conceptie en tijdens de zwangerschap (Stuk 462 (2009-2010) – nr. 4) aangenomen door het Vlaams Parlement.

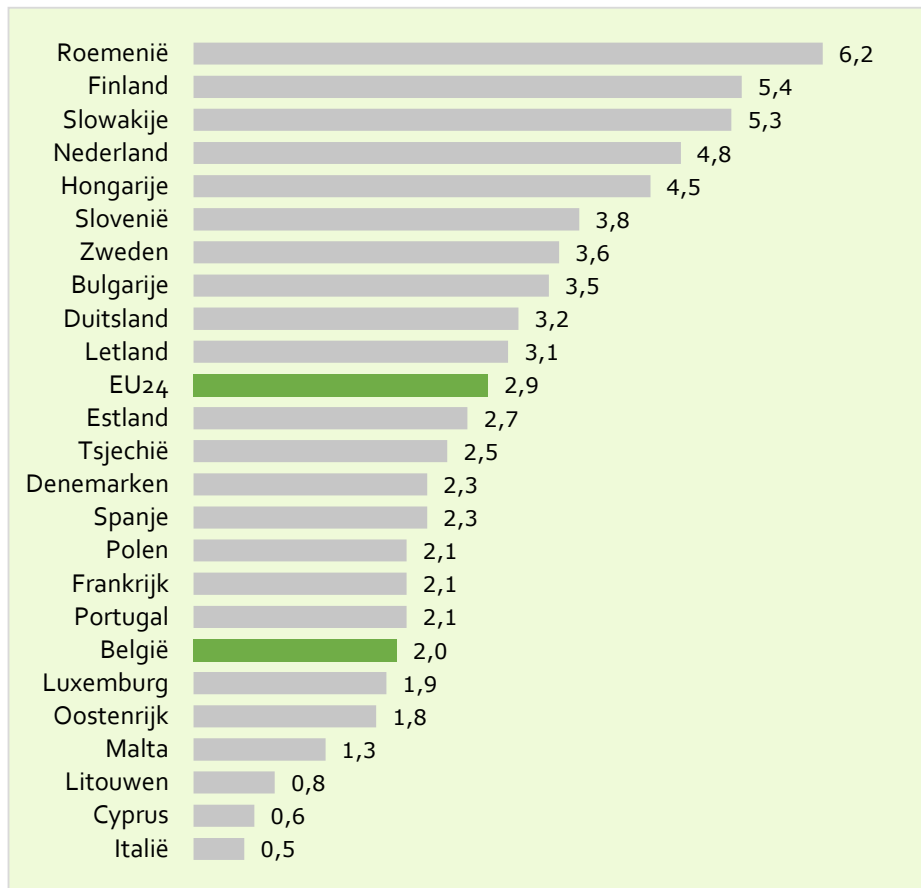
2.3 Ingezette budgetten

2.3.1 Algemeen

Internationaal

Volgens de OESO zet België in vergelijking met de andere Europese landen relatief weinig middelen in voor het preventief gezondheidsbeleid: 2% van alle middelen voor gezondheidszorg wordt besteed aan preventie. Daarmee komt België op de achttiende plaats binnen de EU. Het gemiddelde ligt op 2,9%. Nederland bijvoorbeeld investeert 4,8% van zijn middelen aan preventie en staat daarmee op de vierde plaats. Het OESO-gemiddelde is 3%. Op termijn zou het preventiebudget ongeveer met de helft moeten toenemen om tot de middenmoot van de EU te behoren.

Grafiek 1 – % van de uitgaven voor gezondheidszorg besteed aan preventie (EU)



Bron: Health at a Glance: Europe 2012, OESO

Vlaanderen

In 2014 trok de Vlaamse overheid 42,9 miljoen euro uit voor het preventief gezondheidsbeleid. Dat is 0,16% van het totale Vlaamse budget of 1,11% van het budget van het beleidsdomein WVG en komt neer op 6,68 euro per inwoner⁷⁵ van het Vlaams Gewest⁷⁶. De onderstaande tabel schetst de verdeling van het preventiebudget⁷⁷.

Tabel 7 – Budget welzijn voor preventief gezondheidsbeleid, periode 2012-2014⁷⁸

	2012	2013	2014
Gezondheidsdoelstelling tabak, alcohol en drugs	4.161.000	3.860.000	3.457.000
Gezondheidsdoelstelling voeding en beweging	1.945.000	1.986.000	1.707.000
Gezondheidsdoelstelling suïcidepreventie	2.749.000	2.849.000	2.554.000
Gezondheidsdoelstelling bevolkingsonderzoeken naar kanker	5.781.000	6.859.000	7.292.000
Gezondheidsdoelstelling vaccinaties ⁷⁹	11.177.000	10.864.000	11.403.000
Gezondheidsdoelstelling ongevallenpreventie	350.000	234.000	233.000
Seksuele gezondheid	3.190.000	3.175.000	3.080.000
Opsporing van aangeboren aandoeningen	1.410.000	1.627.000	1.545.000
Tuberculose	1.181.000	1.198.000	1.207.000
Themaoverschrijdend	3.178.000	3.275.000	4.166.000
Logo's	5.464.000	5.719.000	6.234.000
Totaal	40.586.000	41.646.000	42.878.000

Bron: initiële begrotingen 2012, 2013 en 2014 – toelichting bij het beleidsdomein WVG

Een zuivere afbakening per gezondheidsdoelstelling is niet mogelijk omdat enkele uitvoeringsorganisaties (het VIGeZ, Domus Medica, de VWVJ en de landsbonden van de ziekenfondsen) themaoverschrijdend werken.

De keuze om te werken rond een bepaald thema, al dan niet in de vorm van een gezondheidsdoelstelling, en de raming van het nodige budget zijn politieke beslissingen. Volgens het VAZG wordt daarbij rekening gehouden met verschillende parameters, zoals de belangrijkste

⁷⁵ Op 1 januari 2014 telde het Vlaams Gewest 6.410.705 inwoners (bron: Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie van de FOD Economie, KMO, Middenstand en Energie).

⁷⁶ In de Eurostat-statistieken *Health care expenditure by function* besteedt België in 2012 41,11 euro per inwoner aan preventieve (volks)gezondheid (ten opzichte van een gemiddelde van 81,13 euro van de betrokken landen, met als maximum de VS met 199,74 euro). De code HC6 *Prevention and public health services* omvat echter meer uitgavensoorten dan de hier in aanmerking genomen uitgaven van de Vlaamse overheid voor het preventief gezondheidsbeleid.

⁷⁷ Dat is inclusief de projecten (zie 3.3.1) en exclusief het budget dat de PO en OTW van rechtswege aan het preventief gezondheidsbeleid besteden.

⁷⁸ Het budget voor 2015 bedraagt 67,2 miljoen euro. Een verdeling van het budget over de verschillende rubrieken zoals weergegeven in tabel 7 ontbreekt in de toelichting bij de initiële begroting 2015. Wel wordt vermeld dat er als gevolg van de zesde staatshervorming een bedrag van 22,7 miljoen euro overkomt van het federale niveau (dat bedrag heeft betrekking op vaccinaties, screening naar dikkedarmkanker, het nationale voedings- en gezondheidsplan, preventieacties van tandheelkundigen in scholen en rookstopbegeleiding).

⁷⁹ In totaal werd in 2012 26,8 miljoen euro uitgegeven voor de aankoop van de vaccins en in 2013 27,6 miljoen euro (zie 2.3.3). Door de bijdrage van het RIZIV bedroeg de uiteindelijke kostprijs voor Vlaanderen in die jaren respectievelijk 10,1 en 10,3 miljoen euro. Met de zesde staatshervorming draagt het RIZIV niet meer bij en komt het budget over naar de Vlaamse Gemeenschap.

doodsoorzaken⁸⁰, de ernst van het gezondheidsprobleem (verloren potentiële levensjaren, de maatschappelijke kost, de mogelijkheid om gezondheidswinst te realiseren), de effectiviteit van mogelijk beleid (zijn er bijvoorbeeld werkzame strategieën en methodieken voorhanden?) en de maatschappelijke haalbaarheid (het draagvlak bij burgers en hulpverleners). Ook wordt er internationaal gebenchmarkt. Aangezien geen cijfermatige onderbouwing van de verdeling van het preventiebudget volgens die parameters voorhanden is, hebben vermoedelijk ook historische gegevens in belangrijke mate de toekenning van middelen aan een bepaald thema bepaald.

Voor de gezondheidsdoelstellingen ongevallenpreventie, vaccinaties, voeding en beweging, en tabak, alcohol en drugs is er geen meerjarenbegroting aan het Vlaams parlement voorgelegd. Voor tabak, alcohol en drugs raamde de voorbereidende werkgroep van de gezondheidsconferentie wel de kostprijs van het jaarlijks benodigde budget op minstens het drievoudige van het huidig bestede budget. De betrokken werkgroep achtte een uitbreiding met minimaal 50 VTE preventiewerkers⁸¹ en een jaarlijks budget van 500.000 euro voor monitoring van het beleid als prioritair. Het door de Vlaamse Regering geraamde budget voor de organisatie van de bevolkingsonderzoeken naar kanker in 2014 (8,9 miljoen euro) sluit globaal aan bij het ingezette budget (8,6 miljoen euro). Het in de toelichting bij de begroting 2014 vermelde bedrag (7,3 miljoen euro, tabel 7) omvat blijkbaar enkel de uitgaven voor het CvKO. Het budget voor suïcidepreventiewerking blijft ten belope van 0,5 miljoen euro achterop, voornamelijk op het vlak van de invulling van nieuwe acties, in vergelijking met de budgetontwikkeling 2012-2020 die werd toegevoegd aan het VAS II (vanaf 2014 jaarlijks 3,1 miljoen euro⁸²). Het actieplan vaccinaties ten slotte bevat als zodanig geen meerjarenbegroting. Het VAZG heeft in het kader van het ontwerpactieplan wel een raming gemaakt van de toekomstige uitgaven (communicatiecampagnes, studies), buiten de aankoopkosten voor de vaccins. Jaarlijks zou het gaan om ongeveer 800.000 euro. Die inschatting steunde grotendeels op het verleden, maar is aanvaardbaar. Projecties (tot 2020) van de aankoopkosten voor de vaccins werden niet gemaakt.

2.3.2 Budgetten PO en OTW

De organisaties met wie de Vlaamse overheid vanaf 2012 een beheersovereenkomst heeft gesloten, ontvangen jaarlijks een subsidie. Daarnaast kunnen zij ook nog projectsubsidies ontvangen (zie 3.3.1).

⁸⁰ De belangrijkste doodsoorzaken (bron: www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers) :

- mannen: kanker (31,4%), hart- en vaatziekten (27,1%), ziekten van het ademhalingsstelsel (11,2%);
- vrouwen: hart- en vaatziekten (32%), kanker (23,8%).

⁸¹ Ter vergelijking: in 2012 werden er structureel 5,5 VTE CGG-AD toegevoegd. De personeelslijsten van de CGG geven op 1 januari 2015 een totaal personeelsbestand van 25,2 VTE CGG-AD-preventiewerkers aan.

⁸² Exclusief de toenmalige basis CGG-SP van 8,5 VTE.

Tabel 8 – Jaarlijkse subsidies uitvoeringsorganisaties (beheersovereenkomsten)

PO	Jaarlijkse subsidie ⁸³	OTW	Jaarlijkse subsidie
Domus Medica	350.000	CvKO borstkanker	700.000 (+ max 4.400.000 variabel)
VWVJ	280.000	VRGT	1.156.000 (+ 25.000 variabel)
VLESP	250.000	Centra voor aangeboren metabole aandoeningen ⁸⁴	636.388 863.074
CvKO	200.000	CvKO baarmoederhalskanker	390.000 (+ max 401.198 variabel)
EVV	150.000 (+ 50.000 variabel)	Pasop	400.000
Free Clinic	180.000	CPZ	325.000
Diabetes Liga	150.000	Sputenruil (5)	310.000
Eetexpert	120.000	ITG-HIV-SAM	255.000
ITG-Reisgeneeskunde	50.000	Landsbonden (5)	175.000
		De Sleutel	145.000
		ZSP	140.000
		Werkgroep Verder	107.500

De bedragen zijn vastgesteld op basis van een inschatting door het VAZG. Aangezien de Vlaamse overheid met de meeste organisaties al enkele jaren samenwerkte (via een convenant of een jaarlijkse subsidie), vormden de historische budgetten de basis. Wel werd ter voorbereiding van de beheersovereenkomst onderzocht of de opdrachten die op dat moment werden uitgevoerd, toereikend waren voor het beleid. Als dat niet het geval was, werd ingeschat hoeveel budget bijkomend nodig was (binnen de beschikbare budgettaire ruimte) en werd het budget uitgebreid.

Daarnaast werkt de overheid met drie organisaties – Sensoa, de VAD en het VIGeZ – (nog) niet op basis van een beheersovereenkomst, maar een convenant. Het uitvoeringsbesluit van 5 juni 2009 bood die organisaties immers de mogelijkheid hun lopende convenant te verlengen tot eind 2015 met behoud van de geldende subsidiëringsmodaliteiten⁸⁵, een mogelijkheid waarvan alle drie gebruik hebben gemaakt. De toegekende subsidies voor de periode 2012-2013 blijken uit de onderstaande tabel.

Tabel 9 – Jaarlijkse subsidies uitvoeringsorganisaties op basis van een convenant

	2012	2013	2014
Sensoa	2.376.287	2.414.807	2.497.909
VAD	2.278.729	2.315.667	2.424.230
VIGeZ	1.907.233	1.934.259	2.015.503

De subsidies van deze *uitzonderingsorganisaties* zijn aanzienlijk hoger dan die van de andere PO's en OTW's. De voormelde uitzonderingsregeling had tot gevolg dat de budgettaire en beleidsruimte om de taken te heroriënteren binnen de doelstellingen voeding en beweging,

⁸³ Forfaitair bedrag zoals bepaald in de beheersovereenkomst, zonder jaarlijkse indexering en eventuele VIA-middelen.

⁸⁴ Het betreft een maximale subsidie. De uiteindelijke subsidie van het werkingsjaar is afhankelijk van het aantal geboortes in de werkingsgebieden van de centra.

⁸⁵ Ten aanzien van het VIGeZ is de Vlaamse Regering afgeweken van die vereiste: eind 2011 heeft de Vlaamse Regering voor de periode 2012-2015 een jaarlijkse capaciteitsuitbreiding van 240.000 euro per jaar goedgekeurd.

tabak, alcohol en drugs, en seksuele gezondheid voor de betrokken jaren in grote mate werd beperkt. Er viel nog relatief weinig budget te verdelen over de overige PO's en OTW's⁸⁶.

Bovendien is er een groot verschil in budget tussen de drie uitzonderingsorganisaties: het VIGeZ, dat een ruim takenpakket heeft, ontvangt beduidend minder subsidie dan de twee andere. Sensoa en de VAD richten zich respectievelijk maar op één (seksuele gezondheid) en twee beleidsthema's (alcohol en drugs), terwijl het VIGeZ thematische expertise levert over de beleidsthema's algemene gezondheidsbevordering, voeding, beweging, tabak en ongeval-lenpreventie. Daarnaast levert het VIGeZ ook expertise ten aanzien van specifieke settings en doelgroepen⁸⁷ en is het ook verantwoordelijk voor de algemene ondersteuning van de Logo's en de coördinatie van de medisch milieukundigen.

De analyse van de budgetten illustreert dat de onderbouwing van de budgetten voor de verschillende uitvoeringsorganisaties niet steunt op een grondige analyse, maar vooral historisch te verklaren is.

2.3.3 Aankoop van vaccins

Een groot gedeelte van het preventiebudget dient voor de aankoop van vaccins. De Vlaamse Gemeenschap stelt gratis vaccins tegen elf ziekten ter beschikking aan de vaccinatoren (artsen) als ze die toedienen aan bepaalde doelgroepen. Ze kunnen de vaccins bestellen in Vaccin-net. De Vlaamse Gemeenschap heeft zeven vaccins aangekocht in het kader van het jaarlijks vastgesteld basisvaccinatieschema voor kinderen en jongeren. Daarnaast heeft ze vier vaccins aangekocht voor volwassenen.

Het team Vaccinatie van het VAZG heeft de aanbestedingen nauwgezet voorbereid en opgevolgd. Zo nodig kon het een beroep doen op juridische ondersteuning. Minstens in één dossier heeft het team de marktevoluties, in het bijzonder het al dan niet blijven bestaan van een monopoliepositie, op de voet gevolgd om zo mogelijk voor de overheid betere voorwaarden te bekomen, bijvoorbeeld door een geldend contract op te zeggen en een nieuwe aanbesteding op te starten. Bij tekortkomingen van een leverancier heeft het team gepast gereageerd door een sanctie op te leggen en garanties op papier te eisen voor de toekomst. In de recentere dossiers waren enkele bijsturingen op basis van opgedane inzichten merkbaar.

Het Rekenhof heeft geen belangrijke onrechtmatigheden vastgesteld in de onderzochte aankoopdossiers⁸⁸ van vaccins. Het heeft wel enkele contradicties in de aanbestedingsdocumenten opgemerkt⁸⁹.

⁸⁶ Nota van het VAZG aan de Vlaamse minister van Volksgezondheid met betrekking tot de gevolgen van de verlenging van het convenant van Sensoa tot december 2015 (ongedateerd), pp. 7-8. Verslag tussentijds overleg VAZG en Sensoa, d.d. 10 augustus 2009, p. 1.

⁸⁷ Settings: onderwijs, bedrijfsleven en lokale besturen ; doelgroepen: kansarmengroepen en ouderen.

⁸⁸ Contracten lopende in 2012 en/of 2013.

⁸⁹ In het inschrijvingsformulier (p. 16) van het bestek in het kader van de aankoop van een vaccin tegen HPV staat als leveringstermijn *binnen één week*, terwijl in het bestek staat *binnen drie werkdagen* (A.2.5 en B.5 van het bestek). In III. Technische Voorschriften (p. 15) van het bestek voor de aankoop van een vaccin tegen de seizoensgriep staat bovenaan: *De leverancier verbindt er zich toe de volledige hoeveelheid te leveren vaccins bij aanvang van het griepseizoen ter beschikking te hebben voor bestellingen*, terwijl p. 13 van het bestek vermeldt: *De opdrachtgever garandeert een minimumafname gelijk aan de hoeveelheid vaccins die bij aanvang van het bestek aanwezig moeten zijn, dus 25% van de geraamde hoeveelheid op jaarbasis*.

Het Rekenhof wijst nog op de volgende aandachtspunten:

- Behalve bij het meest recente van de onderzochte aankoopdossiers, is de publicatieverplichting na gunning niet gerespecteerd⁹⁰.
- De borgstelling door de leverancier blijkt in enkele dossiers niet correct te zijn berekend of de (exacte) berekeningswijze kan niet worden achterhaald. In één van die gevallen werd minder borg gestort dan wettelijk verplicht.
- De aanbestedende overheid heeft ervoor geopteerd de beoordelingsmethodiek niet in het bestek op te nemen, maar pas in het gunningsverslag. Hoewel dat geen wettelijke verplichting is, kan opname in het bestek de transparantie ten goede komen, waardoor de inschrijvers mogelijk competitiever, en dus voor de overheid voordeliger offertes kunnen indienen. Het Rekenhof neemt akte van de argumenten van de aanbestedende overheid dat er zonder opname van de beoordelingsmethodiek in het bestek gemakkelijker op recente evoluties in de vaccinmarkt kan worden ingespeeld, zodat tot dan toe onbekende innovaties in een offerte beter kunnen worden gehonoreerd. Het is echter aangewezen bij elk dossier opnieuw de afweging te maken of de gehanteerde beoordelingsmethodiek niet beter al in het bestek wordt opgenomen.
- Ten slotte waren de bestekken bij een onderhandelingsprocedure zonder bekendmaking (OPZB), de uitzonderingsprocedure waarop onder andere een beroep kan worden gedaan ingeval van monopolies, vrij gedetailleerd. Hoewel het de aanbestedende overheid vrij staat een OPZB te formaliseren, kan dat haar onderhandelingsmarge met de inschrijver beperken. Er zijn echter geen concrete indicaties dat dit de onderhandelings/aankoopvoorwaarden in de onderzochte dossiers nadelig zou hebben beïnvloed.

2.4 Conclusies

Actieplannen

Voor de realisatie van de meeste gezondheidsdoelstellingen heeft de Vlaamse Regering actieplannen opgesteld. Die zijn divers qua inhoudelijke samenhang en verschillend wat niveau van detaillering betreft. Zo is het VAS II voor suïcidepreventie een verzameling van strategieën en acties waarin het voortraject, de financieringswijzen en de wetenschappelijke onderbouwing zijn geïntegreerd, terwijl het actieplan voor de bevolkingsonderzoeken naar kanker een samenhangend geheel vormt van acties die elkaar gefaseerd opvolgen. Voor de actieplannen die hoofdzakelijk op een hoger niveau zijn geschreven (voeding en beweging, alsook tabak, alcohol en drugs) neemt het belang van de ondersteunende werkgroep voor de invulling en coördinatie van de uitvoering evenredig toe. Voor de uitwerking van het actieplan tabak, alcohol en drugs schiet de daadkracht van die werkgroep echter tekort.

Organisatie van het uitvoeringslandschap

De uitvoering van het preventief gezondheidsbeleid binnen de onderscheiden beleidsthema's is verschillend georganiseerd. Zo is het uitvoeringslandschap voor de gezondheidsdoelstelling

⁹⁰ Binnen de 48 dagen na de bekendmaking van een gegunde opdracht die de Europese drempelbedragen overschrijdt, dient de aanbestedende overheid inlichtingen over die gegunde opdracht bekend te maken in het Bulletin der Aanbestedingen en het Europees Publicatieblad. De verplichting geldt zowel bij een algemene offerteaanvraag als bij een onderhandelingsprocedure zonder bekendmaking (OPZB), maar bij een OPZB weegt de verplichting zwaarder door omdat er voor dit type procedure geen enkele andere publiciteit wordt verleend.

suïcidepreventie in de praktijk versnipperd. Naast een specifieke PO zijn er drie specifieke OTW's actief (CPZ, ZSP, Werkgroep Verder) die bestaande afgebakende acties voortzetten. Verder zijn op het terrein ook suïcidepreventiewerkers binnen de CGG's en Logo-preventie-coaches geestelijk gezondheidsbeleid werkzaam. Hoewel het positief is dat enkele belangrijke acties duurzaam als OTW werden verankerd, blijkt dat de continue afstemming tussen alle actoren veel energie vergt. Talrijke overlegstructuren op verschillende niveaus bemoeilijken een eenduidige aansturing of besluitvorming. Gelet op de beperkte inhoudelijke en financiële reikwijdte rijst de vraag of het niet wenselijk is te streven naar één gezamenlijke OTW.

Voor de gezondheidsdoelstelling tabak, alcohol en drugs ontbreekt een integrale benadering van de onderscheiden thema's die bij de uitvoering van de doelstelling vooropstaat. De uitvoering verloopt ook eerder projectmatig. De Vlaamse overheid zet tot nu toe weinig in op preventieacties rechtstreeks naar de einddoelgroep maar steunt vooral op de vaste uitvoeringsorganisaties op het tussenliggende niveau, namelijk de CGG-AD en de Logo's. De taakafbakening en samenwerking tussen de organisaties verloopt echter moeizaam. De opdrachten of doelstellingen van de CGG's inzake middelenpreventie blijken vooralsnog onvoldoende uit hun beleidsplannen.

De belangrijkste uitdagingen en probleemvelden om bevolkingsonderzoeken naar kanker te organiseren, werden bij de laatste gezondheidsconferentie afdoende in kaart gebracht. De omkadering van de bevolkingsonderzoeken met werkgroepen zorgt voor een kwaliteitsvolle en onderbouwde beleidsbepaling. De administratieve structuur van de bevolkingsonderzoeken is echter niet coherent. Terwijl voor het bevolkingsonderzoek borstkanker zowel een PO als een OTW werd erkend, werd voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker alleen een OTW erkend. Voor het bevolkingsonderzoek dikkedarmkanker werkt de overheid dan weer uitsluitend met facultatieve subsidiëring en overheidsopdrachten. Op het vlak van sensibilisering zijn er veel actoren werkzaam, wat zowel een opportuniteit inhoudt (grote inzet van middelen) als een risico op overlapping of versnippering. Een communicatie- en sensibiliseringsplan ontbreekt nog steeds.

Het Vlaamse vaccinatiebeleid steunt op een evenwichtig actieplan met heldere doelstellingen. De uitvoering ervan, grotendeels door het VAZG zelf, is meer dan behoorlijk.

De gezondheidsdoelstelling ongevalpreventie is sinds 2002 niet meer hernieuwd. In afwachting van een verlenging of herformulering focust het huidige beleid voornamelijk op valpreventie bij ouderen. Ter ondersteuning van zorg- en hulpverleners in de thuis- en residentiële setting stelde het EVV twee praktijkrichtlijnen op. Volgens het VAZG worden de richtlijnen op het terrein evenwel ervaren als moeilijk uitvoerbaar. Er is nood aan een multi-disciplinaire aanpak, waarbij de thuiszorgdiensten en de huisartsen nauw worden betrokken.

Specifiek voor de gezondheidsdoelstelling voeding en beweging valt de uitgebreide rol van de werkgroep op. Die staat niet alleen in voor de verdere uitwerking van het actieplan, maar adviseert de minister ook over de haalbaarheid, evidentie en evaluatiemogelijkheden van de geplande acties binnen de verschillende strategieën en prioriteiten. De samenstelling van de werkgroep lijkt toe aan een evaluatie wegens de afwezigheid van enkele belangrijke organisaties op de vergaderingen. Binnen het beleidsthema voeding en beweging werd tot voor kort vooral gefocust op voeding en kwam beweging alleen aan bod in relatie met gezonde voeding. Sinds een drietal jaar wordt ook in structurele middelen voor het thema beweging voorzien.

Die zijn evenwel vrij beperkt, waardoor de kennisopbouw traag verloopt en het aantal methodieken beperkt blijft. Er is nood aan een sterke PO die een langetermijnvisie kan ontwikkelen voor het thema beweging. Een degelijke ondersteuning op het terrein ontbreekt. Het beleid heeft de intentie de volgende gezondheidsconferentie aan te grijpen om na te gaan hoe het daarmee het best omspringt.

Ad-hoc-beleid

Wat betreft het ad-hoc-thema seksuele gezondheid, zijn de takenpakketten en bijbehorende financiering van de betrokken organisaties historisch gegroeid. Een alomvattende en onderbouwde strategie en visie ontbreken. Voor de preventie van diabetes doet de Vlaamse overheid de laatste jaren duidelijk meer inspanningen. Een belangrijk pijnpunt is evenwel het tekort aan capaciteit voor de ondersteuning op het terrein en de uitvoering van de ontwikkelde methodieken.

Budgetten

Er zijn aanwijzingen dat het budget dat België en Vlaanderen uittrekken voor het preventief gezondheidsbeleid in Europees perspectief laag is. De vergelijkbaarheid van de referentiegegevens is echter te onzeker om daarover een gegronde uitspraak te doen. De verdeling van het globale Vlaamse preventiebudget over de verschillende beleidsthema's en over de verschillende uitvoeringsorganisaties is weinig onderbouwd en lijkt eerder historisch gegroeid.

Daarnaast ontbreekt voor vier van de zes gezondheidsdoelstellingen een uitgewerkt budgettair meerjarenperspectief in de actieplannen, waardoor er geen zicht is op de mate waarin de actieplannen zullen worden gerealiseerd. De begrotingsmiddelen 2014 voor suïcidepreventie volgen de meerjarenbudgettering niet volledig. De begrote recurrente organisatiekost voor de bevolkingsonderzoeken naar kanker sluit aan bij de begroting 2014.

Aankoop vaccins

Behoudens enkele kleinere tekortkomingen heeft het Rekenhof geen onrechtmatigheden vastgesteld in de aankoopdossiers van vaccins.

HOOFDSTUK 3

Uitvoering van het preventief gezondheidsbeleid

Het Rekenhof onderzocht of voldoende voorwaarden aanwezig zijn om het beoogde preventief gezondheidsbeleid kwaliteitsvol uit te voeren. Daartoe ging het in hoofdstuk 2 na hoe het uitvoeringslandschap is uitgetekend en wie bij de implementatie van het beleid is betrokken. In dit hoofdstuk wordt nagegaan hoe de relaties met de uitvoeringsorganisaties tot stand komen en of de opdrachten of resultaatverwachtingen duidelijk met die organisaties zijn afgesproken en vastgelegd. Vervolgens wordt nagegaan of de inhoudelijke uitvoering door die organisaties kwaliteitsvol gebeurt (zie 3.1). Een overzicht van de betrokken PO's en OTW's is opgenomen in de bijlage 1. Dit hoofdstuk evalueert ten slotte de bijdrage van de Logo's (zie 3.2) en van projectsubsidies aan het preventief gezondheidsbeleid (zie 3.3).

3.1 Opdrachten en resultaten van de PO's en OTW's

3.1.1 Juridisch kader

Oproepprocedure

De Vlaamse Regering selecteert via oproepen de PO's en OTW's waarmee ze voor vijf jaar een beheersovereenkomst sluit. Het uitvoeringsbesluit van 5 juni 2009 regelt daartoe de modaliteiten. Door te werken met oproepen verhoogt volgens de overheid de transparantie in het beleid. De oproepprocedure biedt haar de mogelijkheid flexibel in te spelen op nieuwe noden en inzichten of op een gewijzigde maatschappelijke context. Daarnaast verplicht het de Vlaamse overheid duidelijkheid te scheppen over haar beleidsintenties (vaststellen van maatschappelijke behoeften en prioriteiten) en over haar verwachtingen ten aanzien van de sector voor de activiteiten op middellange termijn. Ten slotte kan de Vlaamse overheid gebruik maken van het meest kwalitatieve en doelmatige aanbod dat zich aandient (marktwerking). Ze moet immers vooraf duidelijk maken voor welke activiteiten ze organisaties wenst te subsidiëren via een beheersovereenkomst. Door die transparantie krijgt elke organisatie de kans in te gaan op die verwachtingen⁹¹.

Monopolieposities en omslachtige procedures

Het Rekenhof onderzocht alle 21 oproepprocedures met de PO's en OTW's. Het stelde vast dat de doelstelling van marktwerking via een open oproep momenteel maar in beperkte mate wordt gerealiseerd. Hoewel het VAZG de oproepen breed heeft bekendgemaakt, stelde zich

⁹¹ Memorie van toelichting ontwerpdecreet houdende diverse bepalingen betreffende het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (Stuk 2020 (2008-2009) – Nr. 1, 24 december 2008).

voor het overgrote deel maar één (volwaardige) organisatie kandidaat. Slechts bij 4 van de 21 waren er minstens 2 kandidaatstellingen. De marktwerking wordt in de praktijk in zekere mate uitgehold doordat bepaalde organisaties voorafgaandelijk hebben gepeild naar de bereidwilligheid van potentiële concurrenten om zich kandidaat te stellen of door zich samen als overkoepelende organisatie of consortium kandidaat te stellen⁹². Uitzonderlijk was er zelfs geen potentiële tegenkandidaat voorhanden⁹³. De Vlaamse overheid werd duidelijk ook geconfronteerd met een historische consolidatiebeweging in het preventielandschap⁹⁴.

Zelfs met weinig kandidaten (meestal slechts één) verloopt de oproepprocedure omslachtig en vergt ze veel tijd. Enkele bestaande convenanten met uitvoeringsorganisaties liepen eind 2010 af en dienden in 2011 (noodgedwongen) met één jaar te worden verlengd. De oproepprocedure vergt veel tijd. Tussen de bekendmaking van een oproep en de ondertekening van de beheersovereenkomst verliep geregeld anderhalf jaar. Sommige ingediende dossiers vond het VAZG namelijk zwak, wat aanleiding gaf tot veel overleg en een zo goed mogelijke remediëring.

De lange procedure had tot gevolg dat PO's en OTW's retroactief werden gesubsidieerd: de beheersovereenkomsten hebben een startdatum die soms maanden voorafgaat aan de ondertekening. Dat schendt een basisprincipe inzake subsidiëring.

Uit de interviews met enkele organisaties blijkt dat open oproepen leiden tot concurrentie en dus tot afschermen van expertise. Samenwerking en kennisdeling zijn nochtans cruciale factoren om te komen tot een efficiënt en effectief preventief gezondheidsbeleid.

Het Rekenhof heeft inderdaad vastgesteld dat oproepen in de praktijk de relatie tussen belangrijke organisaties in het preventielandschap onder spanning kunnen zetten. Hieronder zal blijken dat dit opgaat voor de relatie tussen een CLB-koepel en de VWVJ, alsook voor de Logo's en het VIGeZ.

De overheid zou voor de oproepen het gezondheidsthema kunnen opsplitsen om het aantal deelnemers te vergroten, maar dat kan dan weer nadelig zijn voor de samenhang van de uitvoering.

Voortzetting van beleid

Een aanzienlijk aantal beheersovereenkomsten steunt op een oproep die in de praktijk alleen de structurele verankering beoogde van een bepaald (bestaand) beleid of van bepaalde

⁹² Bijvoorbeeld het Consortium van erkende Centra voor Borstkankeropsporing (nu CvKO) stelde zich als overkoepelende organisatie (voor heel Vlaanderen) kandidaat als OTW voor het bevolkingsonderzoek naar borstkanker. Domus Medica treedt op namens het Vlaams Consortium Preventie in de Huisartsengeneeskunde, een samenwerkingsverband tussen Domus Medica en vier universitaire centra (UA, UG, KUL en VUB). Pasop is een samenwerkingsverband tussen Pasop en Ghapro, elk met een onderscheiden territoriale werking. Het EVV is een samenwerkingsverband tussen KUL, UG, VIGeZ, Domus Medica en beroepsverenigingen van kinesitherapeuten, verpleegkundigen, ergotherapeuten en geriateren.

⁹³ Zie oproep voor het sluiten van een beheersovereenkomst met één of meer OTW's voor de ondersteuning van de ziekenfondsen inzake preventieve gezondheid.

⁹⁴ Domus Medica zelf is de resultante van een fusie (2006) tussen de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen, het Vlaams Huisartsen Parlement en de Unie van Huisartsenkringen. Sensoa ontstond in 2001 door een fusie van IPAC soa & aids-vzw, de Aidstelefoon, het Aidsteam, The Foundation en de HIV-Vereniging Vlaanderen. Het VIGeZ is een samengaan (2009) van het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en de Ondersteuningscel Logo's.

(bestaande) activiteiten. Van de 8⁹⁵ PO's en 21 OTW's waarmee een beheersovereenkomst werd gesloten, hadden 5 PO's en 8 OTW's al voorafgaandelijk een convenant met de Vlaamse overheid en ontvingen 2 PO's en 12 OTW's al een jaarlijkse subsidie. Voor veel oproepen kan in de praktijk maar 1 organisatie een kwaliteitsvolle kandidatuur stellen (bijvoorbeeld CPZ, Spuitenruil, Werkgroep Verder). Het uitschrijven van een oproep heeft in die situaties weinig toegevoegde waarde.

Ook voor het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker was het in de praktijk onwaarschijnlijk dat zich een andere kandidaat dan het CvKO zou aanbieden voor een beheersovereenkomst als OTW. In 2011 werd immers al een overheidsopdracht gegund aan het CvKO om het bevolkingsonderzoek voor te bereiden⁹⁶. Het Rekenhof stelde bovendien vast dat de oproep voor het sluiten van een beheersovereenkomst vroegtijdig werd gelanceerd (december 2011), aangezien de definitieve oplevering van de overheidsopdracht voor de voorbereiding pas op 1 juli 2013 gebeurde. De beheersovereenkomst zelf werd ondertekend op 13 mei 2013. Een analoog scenario deed zich voor bij de overheidsopdracht om het Vlaamse bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker voor te bereiden. De formulering van die overheidsopdracht liet nagenoeg geen ruimte om vanaf 2014 nog met een andere organisatie voort te werken⁹⁷. In 2014 werd er dan ook voor geopteerd het CvKO verder te subsidiëren, weliswaar zonder beheersovereenkomst.

In reactie op de oproep voor een OTW spuitenruil dienden de kandidaten zelfs erg gelijkaardige beleidsplannen⁹⁸ in, want de organisaties hadden vooraf afgesproken een inhoudelijk uniform dossier in te dienen.

Onderscheid tussen PO en OTW

Het preventiedecreet beoogde dat PO's zouden fungeren als expertisecentra die ondersteuning bieden aan OTW's, onder andere via de ontwikkeling van methodieken. Van een OTW werd verwacht dat ze op het terrein opdrachten uitvoert (veldwerk) en de methodieken toepast en eventueel waar nodig afstemt op haar doelgroep.

Het Rekenhof stelde vast dat het onderscheid tussen beide soorten organisaties, zoals dat in het preventiedecreet werd vastgelegd, in de praktijk en zelfs al in de oproepprocedure⁹⁹ geregeld vervaagt. Aan beide soorten organisaties worden soms gelijklopende opdrachten of taken toevertrouwd¹⁰⁰. Zo wordt aan OTW's¹⁰¹ ook de ontwikkeling van methodieken en materialen op het vlak van de zorg gevraagd. Omgekeerd doet de grootste PO (Sensoa) gedeeltelijk terreinwerk. Alle opdrachten inzake bevolkingsonderzoeken naar kanker worden in hoofde van

⁹⁵ Cijfer is exclusief de PO ITG-Reisgeneeskunde, waarmee pas vanaf 2014 een beheersovereenkomst is gesloten.

⁹⁶ Uit het proefproject in Vlaams-Brabant en Antwerpen voor de screening op baarmoederhalskanker bleek al dat het CvKO er (altijd) vanuit is gegaan dat het de enige partner is waarmee de Vlaamse overheid in zee kan gaan.

⁹⁷ Deel III van de opdracht betreft nl. de gefaseerde uitrol starten van het bevolkingsonderzoek.

⁹⁸ CAD Limburg is daarop enigszins een uitzondering.

⁹⁹ De hybride aard van de opdracht van diverse organisaties blijkt ook uit het feit dat de overheid voor de OTW's in de oproepingsfase dezelfde beoordelingscriteria gebruikt als voor de PO's.

¹⁰⁰ Dat blijkt opnieuw uit de oproep die werd gelanceerd op 17 december 2014: aan de PO's wordt bijvoorbeeld *de uitvoering van methodieken (die niet door intermediairs worden uitgevoerd)* gevraagd.

¹⁰¹ Bijvoorbeeld Pasop, het ITG, het CPZ (internettechnologie), Werkgroep Verder (mediarichtlijnen).

het CvKO verenigd, zodat het onderscheid tussen PO en OTW kunstmatig wordt. Ook voor spuitenruil is Free Clinic tegelijk PO en OTW.

Aangezien de wetenschappelijke onderbouwing van methodieken en materialen een van de pijlers van het preventief gezondheidsbeleid is, vraagt het Rekenhof zich af of het efficiënt is dergelijke inspanningen op te leggen aan OTW's. Die situatie wordt in de hand gewerkt doordat bepaalde organisaties zich enkel op een beperkt nichegebied richten (bijvoorbeeld nabestaanden na zelfdoding, enz.). Bovendien zijn er ook OTW's die inzetten op de verzameling van informatie en studie¹⁰².

Evaluatie van de kandidaten door het VAZG

Het VAZG heeft de ingediende kandidaatstellingen uitgebreid en meestal kwaliteitsvol geëvalueerd. De werkwijze is gestandaardiseerd en onderbouwd met scores¹⁰³. Doordat een aantal toegekende subscores voor discussie vatbaar is, schiet de onderbouwing of motivering van de totaalscores echter af en toe tekort. Indien organisaties op één of meer van de hoofdcriteria onvoldoende scoorden, werd na (de inspanningen tot) remediëring geen nieuwe formele evaluatie uitgevoerd. In enkele gevallen miskennen standaardformuleringen de realiteit¹⁰⁴.

Voor één PO (het ITG-Reisgeneeskunde) en één OTW (de VRGT) is er geen formele evaluatie gebeurd. Het VAZG heeft de ingediende dossiers niet expliciet getoetst aan de criteria vermeld in het uitvoeringsbesluit van 5 juni 2009 en de betrokken oproepen. Het heeft de voorstellen evenmin geciteerd zoals dat bij de andere organisaties het geval was. De ingediende dossiers werden enkel besproken op een overlegmoment en aangepast overeenkomstig de opmerkingen van het VAZG.

Afstemming met de gezondheidsdoelstellingen

Een gezondheidsconferentie wordt opgezet om een gezondheidsdoelstelling te formuleren en een bijbehorend actieplan te bepalen. Idealiter sluit de oproep voor een PO of OTW nauw aan bij de gezondheidsdoelstelling en het actieplan waaraan uitvoering wordt gegeven. In de praktijk is dat echter niet altijd het geval omdat de lancering van de oproepen soms het goedkeuringsproces van de gezondheidsdoelstelling voorafgaat. Dat kan tot gevolg hebben dat de finaliteit van een PO of OTW of van haar opdrachten zoals opgenomen in de beheersovereenkomst en het beleidsplan niet volledig strookt met de (nieuwe) gezondheidsdoelstelling. Zo wil het actieplan bevolkingsonderzoeken naar kanker duidelijk inzetten op een verbetering van de participatie en hierbij een evenwicht vinden tussen aansporen tot deelname en het maken van een geïnformeerde keuze, terwijl dat veel te beperkt aan bod komt in de lopende beleidsplannen van de PO en OTW.

¹⁰² De OTW spuitenruil bij injecterende druggebruikers CAD Limburg wil bijvoorbeeld een aangepaste preventiestrategie ontwikkelen op basis van een onderzoek dat over verschillende jaren loopt.

¹⁰³ Ze baseert zich daarbij op vijf hoofdcriteria: wetenschappelijke onderbouwing, resultaatsgerichtheid en meetbaarheid, samenwerkingen, begroting en specifieke criteria. De hoofdcriteria werden nog onderverdeeld in subcriteria en zijn goed gekozen.

¹⁰⁴ Er wordt gesteld dat de begroting gelinkt is aan de voorgestelde activiteiten of rekening houdt met sociaal passief, terwijl die link of het passief onbestaande zijn (OTW spuitenruil).

3.1.2 Sturing van de PO's en OTW's

De Vlaamse overheid subsidieert PO's en OTW's op basis van beheersovereenkomsten voor vijf jaar. Dat beleidsinstrument is decretaal verankerd in het preventiedecreet¹⁰⁵ en vormt een noodzakelijke voorwaarde om subsidies te ontvangen.

Op het principe van aansturing met een beheersovereenkomst bestaan in de onderzochte periode twee uitzonderingen, namelijk de PO's en OTW's die van rechtswege zijn erkend (zie 3.1.3) en de organisaties die een uitzondering¹⁰⁶ genieten overeenkomstig artikel 24 van het uitvoeringsbesluit van 5 juni 2009 (het VIGeZ, de VAD en Sensoa, zie 2.3.2).

Het Rekenhof onderzocht de kwaliteit van alle lopende overeenkomsten in de periode 2012-2013. In totaal werden 3 convenanten van de uitzonderingsorganisaties, 7¹⁰⁷ beheersovereenkomsten met PO's en 21 beheersovereenkomsten met OTW's onderzocht.

Beheersovereenkomsten en beleidsplannen

De grote meerderheid van de beheersovereenkomsten is degelijk uitgewerkt. De beheersovereenkomsten bevatten de bepalingen die nodig zijn voor een kwaliteitsvolle sturing: resultaatsgebieden, activiteiten, evaluatiecriteria, kwaliteits- en samenwerkingsvereisten, doelgroepen, enz.

De overheid heeft echter haar verwachtingen ten aanzien van de organisaties meestal niet in meetbare doelstellingen vertaald. Voor activiteiten ontbreekt een evaluatiecriterium of zijn er geen normering, teleenheden of nulmeting aan het criterium verbonden. Dat heeft als gevolg dat bijvoorbeeld voor het belangrijke generieke resultaatsgebied *ontwikkelen van methodieken en materialen* van PO's doorgaans weinig of geen concrete resultaten worden vooropgesteld. In het algemeen gebeurt de sturing van de uitvoeringsorganisaties enkel aan de hand van outputindicatoren. Aangezien de Vlaamse overheid met sommige organisaties al vele jaren samenwerkt, zou moeten worden onderzocht hoe een inbreng van effectindicatoren in de sturing mogelijk is.

Aan de beheersovereenkomsten is een beleidsplan met dezelfde duurtijd gekoppeld¹⁰⁸. Het VIGeZ heeft echter geen meerjarenbeleidsplan¹⁰⁹, maar enkel jaarplannen. De overheid ontbeert met andere woorden een meerjarenperspectief ten aanzien van deze belangrijke preventieorganisatie.

Op basis van de beheersovereenkomst en het beleidsplan is het in grote lijnen duidelijk wat van de PO of OTW wordt verwacht. Het feit dat beleidsplannen en (ondertekende) beheers-

¹⁰⁵ Samen met het uitvoeringsbesluit van 5 juni 2009.

¹⁰⁶ Het is de bedoeling van de Vlaamse Regering eind 2015 effectief een einde te stellen aan die situatie. Zo werd op 17 december 2014 een oproep gelanceerd om een of meer beheersovereenkomsten als PO te sluiten voor de opdrachten die tot nu toe door deze drie organisaties werden uitgevoerd.

¹⁰⁷ Cijfer exclusief VLESP, dat in 2015 voor het eerst rapporteert.

¹⁰⁸ Met Werkgroep Verder werd een beheersovereenkomst gesloten zonder dat een meerjarig beleidsplan beschikbaar was. Een jaar later kwam er dan wel een (retroactief) meerjarenbeleidsplan 2012-2017.

¹⁰⁹ Het laatste meerjarenplan is dat van het vroegere Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en heeft betrekking op de periode 2007-2010.

overeenkomsten naast elkaar bestaan, verzwaart wel de hanteerbaarheid ervan en brengt mee dat in beleidsplannen meer activiteiten en evaluatiecriteria kunnen opgenomen zijn dan in de beheersovereenkomsten.

Aan de beheersovereenkomsten/convenanten is ook een meerjarenbegroting gekoppeld. Belangrijke uitvoeringsorganisaties zoals Sensoa en het VIGeZ hebben echter geen meerjarenbegroting. In vergelijking met de OTW's zijn de meerjarenbegrotingen van PO's meestal rudimentair¹¹⁰. De begrotingen van de OTW's zijn globaal gedetailleerder.

Kwaliteit van de beleidsplannen

De beleidsplannen zijn over het algemeen kwaliteitsvol, maar sommige bevatten zwakke punten:

- Er ontbreekt geregeld een timing op het niveau van het beleidsplan¹¹¹.
- De doelgroepen waarnaar de PO's en OTW's zich moeten richten, zijn meestal goed afgesproken met de Vlaamse overheid. Domus Medica is echter naast een uitvoeringsorganisatie in het Vlaamse preventielandschap ook een belangenorganisatie waarvan niet alle huisartsen lid zijn. Domus Medica dient in het kader van haar beheersovereenkomst ook de niet-leden te bereiken en lijkt daar ook in te slagen. Het is echter niet ondenkbaar dat, precies vanwege die duale hoedanigheid, weerstand bestaat bij de niet-leden tegen methodieken die (rechtstreeks) door Domus Medica worden aangereikt.
- Conform het meerjarenplan van de VAD worden voor talrijke (zo niet alle mogelijke) sectoren klemtonen naar voren geschoven. Het is niet duidelijk of dat binnen de reële mogelijkheden ligt van de VAD en welke rol de VAD concreet zal spelen.
- Het CvKO schuift de verantwoordelijkheid inzake de (interne) kwaliteitsbewaking door naar de Stichting Kankerregister¹¹² en plande in 2013 geen activiteiten voor de kwaliteitsbewaking en evaluatie van het hele Vlaamse beleid inzake baarmoederhalskanker¹¹³. Ook in de jaarplannen 2013 van het CvKO werden geen verwachtingen daaromtrent geïntegreerd. Het beleidsplan 2013-2017 van het CvKO voor baarmoederhalskanker laat de ontwikkeling van een ondersteuningsaanbod volledig open¹¹⁴, terwijl de verhoging van de dekkinggraad toch een belangrijk gegeven is. Ziekenfondsen komen ook niet aan bod in dit beleidsplan, terwijl ze zeker een belangrijke rol kunnen spelen om het bevolkingsonderzoek onder de aandacht te brengen.
- In het beleidsplan van OTW De Sleutel is het bijvoorbeeld niet duidelijk hoe de promotie naar scholen zal worden gevoerd, of daarbij regionale spreiding wordt beoogd en in welke mate op welke onderwijsvormen wordt ingezet voor de vaardigheidstraining rond preven-

¹¹⁰ Bijvoorbeeld Diabetes Liga, Eetexpert, VWVJ, EVV.

¹¹¹ Ter illustratie: het beleidsplan van de PO voor borstkankeropsporing voorziet in geen enkele timing om het informatiesysteem Heracles performanter te maken.

¹¹² De Stichting Kankerregister heeft meegedeeld dat zij het initiatief zullen nemen voor de evaluatie van de samenwerking Stichting Kankerregister-CvKO (jaarplan CvKO 2013). De Stichting Kankerregister ontvangt projectsubsidies omdat het CvKO niet autonoom een systeem van kwaliteitsevaluatie en -bewaking voor de bevolkingsonderzoeken naar kanker kan opzetten.

¹¹³ Dus met inbegrip van vaccineren, namelijk het in rekening brengen van het effect van de HPV-vaccinatie op de morbiditeit en mortaliteit door baarmoederhalskanker.

¹¹⁴ Uitgezonderd een verwijzing naar het proefproject in Brugge met de inschakeling van huisartsen in het uitnodigingsstelsel (borstkanker).

tie van middelengebruik in het onderwijs. Het doel is bijvoorbeeld het bereik bij BSO en Buso vergroten, maar hoe dat kan gebeuren, blijft onderbelicht.

- Het beleidsplan van de PO VLESP is soms weinig ambitieus: zij plant tijdens de eerste 15 werkingsmaanden voor het *ontwikkelen van methodieken en materialen voor de bevordering van de geestelijke gezondheid (...)* alleen een samenwerkingsverband met de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid en het VIGeZ.
- In het beleidsplan van de PO (en OTW's¹¹⁵) spuitenruil bij injecterende druggebruikers wordt het als noodzakelijk geduid verder een netwerk uit te bouwen van diensten die actief meewerken binnen het project spuitenruil, maar dat wordt niet meer uitgewerkt. Ook meetbare doelstellingen naar apothekers of naar geografische spreiding van spuitenruil ontbreken¹¹⁶.

Kwaliteit van de jaarplannen

De output van de PO's en OTW's wordt ook vastgelegd in jaarplannen. De kwaliteit van de jaarplannen verschilt tussen de organisaties. Ook in de jaarplannen zijn dikwijls aspecten zoals *intensieve netwerking met partners of het uitbouwen van een netwerk* niet concreet toegelicht. Vooral voor OTW's zou de te leveren output meetbaar moeten zijn. Ook de jaarplannen van een PO hebben soms weinig toegevoegde waarde als ze letterlijk passages uit het vorige jaarplan (of beleidsplan) overnemen¹¹⁷. Soms belet de structuur van de planningsdocumenten een vlotte lezing¹¹⁸.

Aan de hand van de jaarplannen kan het VAZG de werking van de PO's en OTW's van nabij opvolgen en eventueel bijsturen. Overlegvergaderingen van de administratie met de organisaties waarbij het ontwerpjaarplan wordt besproken, zijn een goede manier van werken. De verslaggeving van die overlegvergaderingen, met eventuele bijsturingsbeslissingen, is echter voor verbetering vatbaar.

De goedkeuringsprocedure van de jaarplannen blijkt lang aan te slepen (tot goedkeuringen in juni van jaar x+1). De uitbetaling van de subsidies is gekoppeld aan de goedkeuring van de jaarplannen. Als de discussies tussen een uitvoeringsorganisatie en de overheid over bepaalde acties in het jaarplan (te) lang aanslepen, zorgt dat enerzijds voor financiële onzekerheid bij de betrokken organisatie en leidt dat mogelijk tot een vertraagde opstart van preventieacties. Door de monopoliepositie van uitvoeringsorganisaties is het VAZG anderzijds mogelijk geneigd om (minder kwalitatieve) jaarplannen goed te keuren.

¹¹⁵ Uitgezonderd het Medisch Sociaal Opvangcentrum Oostende, waarbij dat aspect wel degelijk in het beleidsplan is uitgewerkt.

¹¹⁶ Nochtans is wetenschappelijk onderbouwd (Wereldgezondheidsorganisatie) dat spuitenruil via apothekers en via automaten de beschikbaarheid van steriel injectiemateriaal en het gebruik ervan verhogen.

¹¹⁷ Het jaarplan 2013 versus 2012 van de VAD.

¹¹⁸ De jaarplannen (en het beleidsplan) van Domus Medica zijn te veel in telegramstijl geformuleerd. De uitgebreide verklarende voet- en eindnoten vergroten de leesbaarheid niet. Hoewel de matrixstructuur een goede manier van werken is, dient de toelichting naar een hoger niveau te worden getild. Het Rekenhof is zich wel bewust van de veelheid aan activiteiten over de verschillende resultaatsgebieden en beleidsthema's. Dat bemoeilijkt niet alleen de rapportage, maar leidt mogelijk ook tot een te grote versnippering van de toegekende subsidie, gelet op het vrij beperkte budget voor Domus Medica (zie hierover ook 3.1.4).

Wat de uitzonderingsorganisaties Sensoa, de VAD en het VIGeZ betreft, stelde het Rekenhof vast dat hun convenanten en bijbehorende indicatoren niet werden aangepast aan nieuwe evoluties, waardoor de nood aan bijsturing in de jaarplannen groter was dan bij de andere organisaties. Bijgevolg waren de jaarplannen steeds minder afgestemd op de convenanten.

3.1.3 Uitvoeringsorganisaties van rechtswege

Het preventiedecreet heeft K&G van rechtswege erkend als PO en de consultatiebureaus en de CLB's als OTW¹¹⁹ vanwege de rol die ze (kunnen) spelen in de preventieve gezondheidszorg bij baby's, peuters, schoolgaande kinderen en adolescenten.

Bereik en sturing

De uitvoeringsorganisaties van rechtswege hebben een groot bereik. Zo volgen K&G en de consultatiebureaus de overgrote meerderheid van de baby's en peuters op, terwijl de CLB's een bereik hebben van ruim 1,1 miljoen leerlingen in het basis- en secundair onderwijs.

Omdat de opdrachten die zij uitvoeren in het kader van de preventieve gezondheidszorg al zijn opgenomen in andere wetgeving¹²⁰, moeten ze geen erkenningsprocedure (met oproep) doorlopen en sluit de Vlaamse overheid er ook geen beheersovereenkomst¹²¹ mee. Bovendien krijgen ze voor hun preventieopdrachten geen specifieke subsidie-enveloppe omdat ze worden geacht daarvoor al gesubsidieerd te worden binnen de context van de andere wettelijke regeling.

Er is geen structureel overleg tussen het VAZG en de uitvoeringsorganisaties van rechtswege. Bij K&G is hier en daar wel overleg op het operationele niveau (bijvoorbeeld in de diverse werkgroepen). Bij de CLB's is zelfs dat afwezig.

Rapportering en verantwoording

Het is voor de uitvoeringsorganisaties van rechtswege moeilijk hun activiteiten rond preventieve gezondheidszorg afzonderlijk in kaart te brengen wegens de grote verwevenheid ervan met hun reguliere werking. Dat heeft tot gevolg dat K&G en de consultatiebureaus niet rapporteren aan het VAZG over de uitvoering van de gezondheidsdoelstellingen. Uitzonderingen daarop zijn het jaarlijks overzicht van K&G-acties rond het subthema voeding en de registratie van vaccinatiedata in Vaccinnet door de consultatiebureaus.

¹¹⁹ Ook de preventieve zorgcentra zijn van rechtswege erkend als OTW. Het is echter niet duidelijk waarom ze in het preventiedecreet zijn vermeld, aangezien ze in 2002 werden afgeschaft en de zogenoemde inloopteams werden opgericht. Die zijn echter niet zomaar te beschouwen als de opvolgers van de preventieve zorgcentra omdat hun opdracht erin bestaat opvoedingsondersteuning te bieden aan kansarmen, wat eerder te catalogeren valt onder preventieve gezinsondersteuning. De inloopteams hebben dus eigenlijk weinig tot geen link met het preventief gezondheidsbeleid.

¹²⁰ Zie: decreet van 30 april 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Kind en Gezin; decreet van 1 december 1998 betreffende de centra voor leerlingenbegeleiding; besluit van de Vlaamse Regering van 1 maart 2002 tot bepaling van de voorwaarden en de procedureregels inzake erkenning en subsidiëring van de consultatiebureaus.

¹²¹ De Vlaamse overheid heeft met K&G wel een beheersovereenkomst afgesloten in het (ruimer) kader van het kader-decreet bestuurlijk beleid.

Ook bij de CLB's is niet bekend hoeveel middelen worden besteed aan het preventief gezondheidsbeleid. De tijdsbesteding gaat grotendeels naar de (verplichte) periodieke medische consulten¹²². Die hebben onmiskenbaar het voordeel dat ze zo goed als alle schoolgaande kinderen bereiken, inclusief kinderen uit kansarme groepen. Nadeel is echter dat daardoor bijna geen ruimte meer is om nog bijkomende sensibiliserende preventieve acties te voeren. De CLB-koepels zijn zich daarvan bewust, maar volgens hen is de huidige financiering van de CLB's ontoereikend om daaraan tegemoet te komen¹²³.

Sinds eind 2009 registreren¹²⁴ de CLB's voor elke leerling een aantal gegevens over de medische consulten. Die gezondheidsgegevens zijn een belangrijke bron van beleidsinformatie voor het VAZG en geven inzicht in de gezondheidstoestand van de schoolbevolking. Gegevens over algemene sensibiliserende preventieacties van de CLB's worden echter niet geregistreerd. Daar heeft het VAZG dus weinig tot geen zicht op.

Specifieke aandachtspunten CLB's

Een eerste aandachtspunt voor de CLB's betreft het vraaggestuurde karakter van hun werking, wat de CLB's hindert om een proactief preventief gezondheidsbeleid te voeren. De inrichtende machten in het onderwijs zijn immers wettelijk gezien vrij¹²⁵ om het gezondheidsbeleid in hun scholen in te vullen en zijn niet verplicht om een beroep te doen op de CLB's, waardoor ze zich rechtstreeks tot andere PO's of OTW's kunnen richten. Uitzondering vormen de medische consulten, het vaccinatiebeleid en de profylactische maatregelen¹²⁶ van de CLB's.

De relatie tussen de vrije CLB-koepel¹²⁷ en de PO VWVJ vormt een tweede aandachtspunt. De VWVJ staat in voor de ondersteuning van de CLB's bij de preventieve jeugdgezondheidszorg voor kinderen en jongeren in het basis- en secundair onderwijs. De VWVJ ontwikkelt standaarden¹²⁸ voor het verplichte aanbod van de CLB's. Op die manier tracht de overheid de kwaliteit van de medische consulten te uniformiseren en te optimaliseren.

De regelgeving stipuleert dat de CLB's gebruik moeten maken van vastgelegde standaarden waar die voorhanden zijn. Uit de gesprekken met de CLB-koepels blijkt dat de wetenschappelijke onderbouwing van de standaarden door alle koepels wordt gewaardeerd. Toch blijkt dat de relatie tussen de VWVJ en de vrije CLB-koepel (die ongeveer twee derde van de

¹²² Exacte cijfers konden de CLB-koepels niet geven, maar tijdens gesprekken met het Rekenhof gaven ze aan dat de artsen en verpleegkundigen vermoedelijk 80 à 90% van hun tijd spenderen aan de verplichte medische consulten.

¹²³ Momenteel is in het kader van het masterplan inzake de hervorming van het secundair onderwijs een audit lopende om de CLB-werking door te lichten op effectiviteit en efficiëntie. In die audit wordt ook de samenwerking met en enting op het welzijnsaanbod en de preventieve gezondheidszorg voor kinderen en jongeren in kaart gebracht en geëvalueerd. De resultaten zullen de basis vormen voor een hervorming van de leerlingbegeleiding.

¹²⁴ Dat gebeurt in het registratiesysteem LARS (Leerling Administratie en Registratie Systeem) dat is ontwikkeld en wordt beheerd door de CLB-koepels. De wijze van registreren is – wat de medische consulten betreft – mee ontwikkeld door de VWVJ.

¹²⁵ Die vrijheid kadert binnen de pedagogische vrijheid van de onderwijsverstrekker.

¹²⁶ Maatregelen ter voorkoming van de (verdere) verspreiding van besmettelijke ziekten.

¹²⁷ Net zoals de scholen zijn de CLB's georganiseerd in verschillende onderwijsnetten.

¹²⁸ Een standaard is een handleiding die wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen aanreikt. De volgende standaarden werden al ontwikkeld: visus, vaccinaties, groei en puberale ontwikkeling, gewicht en mondgezondheid. Momenteel wordt gewerkt aan standaarden voor gehoor en chronische aandoeningen. Het is de bedoeling om op korte termijn te starten met de ontwikkeling van een standaard voor geestelijke gezondheid.

CLB's vertegenwoordigt) wordt bemoeilijkt door een verschil in visie omtrent de praktische (on)haalbaarheid van sommige standaarden, zoals de standaard gehoor. Ook de draagwijdte van sommige standaarden geeft aanleiding tot meningsverschillen¹²⁹. De verzuurde relatie had tot gevolg dat bij de oproep tot PO zowel de VWVJ als de vrije CLB-koepel zich kandidaat stelden. Het VAZG probeerde de situatie te ontmijnen door beide organisaties voor te stellen zich als consortium kandidaat te stellen, maar daarop werd niet ingegaan.

Uiteindelijk heeft de minister, op voorstel van het VAZG, de VWVJ aangeduid als PO. Het VAZG drukte wel zijn bezorgdheid uit over het draagvlak bij alle CLB's voor de VWVJ-activiteiten en vooral over de mogelijkheden om de ontwikkelde methodieken en materialen ingang te doen vinden in de hele sector. De VWVJ wees erop dat zich tot nu toe geen grote problemen hadden gesteld en dat met de mening van de vrije CLB-koepel rekening wordt gehouden via de vertegenwoordiging van die koepel in de werking van de VWVJ en via diverse overleggronden met de koepels ter uitvoering van de methodieken en materialen.

3.1.4 Inhoudelijke werking van de PO's en OTW's

Het Rekenhof evalueerde of de Vlaamse overheid voldoende zicht (en controle) heeft op de prestaties en resultaten van de PO's en OTW's. Het onderzocht daartoe de (jaar)rapporteringen 2012-2013 van al die organisaties. Het ging na of die rapportering kwaliteitsvol is en of uit de rapportering voldoende blijkt of de uitvoeringsorganisaties de verwachte resultaten behalen.

Alle PO's en OTW's hebben voor de jaren 2012 en 2013 een inhoudelijk jaarverslag ingediend. De jaarverslagen dienen vóór 31 maart van het jaar dat volgt op het werkingsjaar beschikbaar te zijn, maar die termijn wordt in enkele gevallen overschreden¹³⁰.

De structuur van de jaarverslagen is in de meeste gevallen afgestemd op de planningsdocumenten, een noodzakelijke voorwaarde om de werking van de organisaties te beoordelen. Het kwaliteitsniveau van de rapporten is in het bijzonder voor de grotere organisaties hoog. Enkele minder gestructureerde verslagen verdienen een opwaardering, in het bijzonder omdat het de toezichtstaak van het VAZG bemoeilijkt¹³¹.

Het Rekenhof stelde vast dat de organisaties de activiteiten globaal uitvoeren zoals van hen wordt verwacht. Niettemin formuleerde het enkele aandachtspunten bij de uitvoering van het preventief gezondheidsbeleid.

¹²⁹ Meer bepaald of de standaarden moeten worden beperkt tot het puur klinische of dat er ruimer moet worden gegaan (namelijk het stimuleren van gedragswijzigingen).

¹³⁰ Zo ontving het VAZG de jaarverslagen van het CvKO altijd laattijdig (mei/juni).

¹³¹ De (telegram)stijl van het jaarverslag van Domus Medica bemoeilijkt de leesbaarheid. In verhouding tot de beheersovereenkomsten verstrekken de jaarverslagen van het CvKO (los van het globale jaarrapport 2013) te weinig inzicht in wat er is uitgevoerd. De structuur van de jaarverslagen van het ITG – HIV-SAM, de VRGT en de screeningslabo's voor metabole aandoeningen volgen in mindere mate de structuur van de corresponderende jaarplannen. De ZSP rapporteerde twee jaar na elkaar dezelfde activiteiten.

Methodiekontwikkeling door PO's

PO's ontvangen een forfaitaire subsidie voor hun opdrachten, waarvan methodiekontwikkeling een vast deel vormt. Met die subsidie werd geregeld slechts een beperkt aantal methodieken opgeleverd. In de (goedgekeurde) jaarplannen van de PO's is meestal onvoldoende afgesproken welke methodieken ze zullen ontwikkelen met de forfaitaire subsidie. PO's vragen vaak extra (project)subsidies voor methodiekontwikkeling, wat in de praktijk wel succesvolle resultaten blijkt op te leveren.

Wetenschappelijke onderbouwing

De wetenschappelijke onderbouwing van de (geplande) prestaties en acties van de PO's en OTW's haalt een degelijk niveau. Dikwijls is er *evidence* op internationaal niveau of baseren de organisaties zich op *best practices*, ook al is de effectiviteit *op zich* in Vlaanderen daarom niet rechtstreeks bewezen. De lopende bevolkingsonderzoeken sluiten globaal ook aan bij de Europese aanbevelingen.

Evaluatie van de kosteneffectiviteit

Uit de jaarverslagen blijkt dat de PO's en OTW's redelijke inspanningen doen de ontwikkelde en toegepaste methodieken of materialen te evalueren. Die evaluaties bieden, met uitzondering van enkele geïsoleerde metingen, geen inzicht in de kosteneffectiviteit. De evaluaties concentreren zich voornamelijk op het totstandkomings- of uitvoeringsproces, het bereik, het gebruik of de output, wat ook relevante informatie kan opleveren. Daarnaast is er veel monitoringinformatie beschikbaar, waarvan de jaarlijkse VAD-leerlingenbevraging en de driejaarlijkse indicatorenbevraging voor basis- en secundaire scholen, bedrijven, gemeentes en OCMW's van het VIGeZ de bekendste zijn. Of die monitoringinformatie ook als insteek voor de onderbouwing van project- of algemene middelenallocatie wordt gebruikt, kon het Rekenhof niet vaststellen.

In het kader van de gezondheidsconferenties kwam de kosteneffectiviteit wel aan bod. Zo werd voor de gezondheidsconferentie suïcidepreventie voor een negental concrete acties (waaronder het CPZ) aangetoond dat ze ofwel kostenbesparend ofwel kosteneffectief waren¹³². De effectiviteit van een onlineforum voor nabestaanden van suïcide bleek uit een evaluatie minder groot.

Ook voor de in Vlaanderen gebruikte methodes voor de bevolkingsonderzoeken naar kanker¹³³ en voor de meeste strategieën/methodieken uit het voorbereidingstraject van de gezondheidsdoelstelling tabak, alcohol en drugs werd in het algemeen de (kosten)effectiviteit beschreven.

¹³² Kosteneffectiviteit van suïcidepreventie (UGent, Interuniversity Centre for Health Economics Research, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen). Voor het effect van sommige acties waren heel wat assumpties nodig vanwege het gebrek aan studies die direct een effect op het aantal suïcidepogingen aantonen.

¹³³ Studie Gezondheidseconomische evaluatie bevolkingsonderzoeken naar kanker (borst-, baarmoeder- en dikkedarmkanker) in Vlaanderen; perceel 1 De kosteneffectiviteit van kankerscreening: samenvatting van een systematische review (UGent).

In het kader van de gezondheidsconferentie voeding en beweging (2008) werd een kosteneffectiviteitsstudie¹³⁴ uitgevoerd van zestien mogelijke acties ter bevordering van gezonde voeding en lichaamsbeweging. Uit de studie bleek dat de meeste interventies erg kosteneffectief waren. Slechts twee acties waren minder kosteneffectief.

Binnen het Vlaamse vaccinatiebeleid is voldoende aandacht voor de kosteneffectiviteit van (potentiële) vaccinatieprogramma's¹³⁵. Aangezien de kostprijs van de vaccins sterk doorweegt in het totale preventiebudget, is dat ook wenselijk.

Evaluatie door het VAZG

Naar aanleiding van de inhoudelijke verslaggeving door de PO's en OTW's maakt het VAZG telkens een jaarafrekening. Die omvat in principe een inhoudelijke en financiële beoordeling. Het Rekenhof stelde vast dat de jaarafrekeningen een wisselende kwaliteit vertonen, vaak eerder beschrijvend dan evaluerend zijn en doorgaans vrij summier. Het is daardoor niet altijd duidelijk of het VAZG het verslag op zich dan wel de eigenlijke werking van de organisatie over het voorbije jaar beoordeelt. In de jaarafrekening ontbrak vaak een duidelijke weergave van bijstellingen of aanpassingen die de administratie wenselijk acht. Het Rekenhof meent dat dit impliciet wordt ondervangen door rechtstreekse communicatie of (tussentijds) overleg met de organisaties: er zijn voldoende indicaties dat dit frequent gebeurt.

Draagkracht van de organisaties

De beperkte personeelsbezetting bij een aantal kleinere OTW's maakt hen kwetsbaar als medewerkers uitvallen door bijvoorbeeld ziekte, zwangerschap of plotse personeelsswissels. Als intern niet is voorzien in (onmiddellijke) dossieropvolging, kan dat ertoe leiden dat belangrijke projecten vertraging oplopen of maar gedeeltelijk worden uitgevoerd¹³⁶.

Punctuele aandachtspunten voor de PO's

Eén organisatie waarmee de Vlaamse overheid tot 2010 nog geen structurele samenwerking had opgebouwd¹³⁷, de Diabetes Liga, heeft een minder kwaliteitsvol jaarverslag en heeft duidelijk nog een inlooperperiode nodig.

De PO spuitenruil bij injecterende druggebruikers heeft slechts in beperkte mate methodieken en materialen ontwikkeld. De vaststelling dat maar weinig jonge intraveneuze drugge-

¹³⁴ Annemans, L., Bakker, M., De Smedt, D. (2008). Kosteneffectiviteitsstudie geïntegreerd actieplan voeding en beweging 2008-2015, UG.

¹³⁵ Het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg al dan niet uitbesteed aan het Centrum voor de evaluatie van vaccinaties (UA) voerde verschillende studies uit: pneumokokken (2006); rotavirus (2007); humaan papillomavirus (2007); windpokken en zona (2011); griep (2013); meningokokken (2014).

¹³⁶ In 2012 had het plotse vertrek van de projectcoördinator tot gevolg dat de werking van de PO Diabetes Liga ongeveer vier maanden stil kwam te liggen. Ghapro heeft in 2013 veel minder outreachmomenten in het Antwerpse schipperskwartier kunnen uitvoeren ten gevolge van een personeelsswissel. De VRGT kende zowel in 2011 als in 2012 een daling van bepaalde activiteiten door personeelstekort, veroorzaakt door vele personeelsswissels en ziekteverzuim.

¹³⁷ Via convenanten of jaarlijkse subsidies.

bruikers worden bereikt, leidt bijvoorbeeld niet tot (gerichte) initiatieven¹³⁸. Ook samenwerking met lokale besturen is voor spuitenruil belangrijk, maar blijkt nog altijd moeilijk.

Door de veelheid aan beleidsthema's (14) bij de PO Domus Medica, in combinatie met resultaatsgebieden (5), heeft elke actie in theorie gemiddeld maar een beperkt budget. Ook dient er veel energie te gaan naar coördinatie en kennen verschillende acties een vertraagde opstart of moeten zij worden uitgesteld. Bovendien lijkt de betrokkenheid van de huisartsen in hoofdzaak beperkt tot het zetelen in de talrijke werkgroepen die het landschap rijk is. Positief is zeker dat Domus Medica bewust inzet op een aantal prioriteiten (bijvoorbeeld de Gezondheidsgids).

Uit het convenant met de VAD blijkt dat die PO werkt binnen de beleidsthema's alcohol, drugs, psychoactieve medicatie en gokken¹³⁹. Het thema gokken is ingeschreven in het preventiedecreet, maar vooralsnog werd gokken – en ook internetverslaving (gamen) – niet als beleidsthema naar voren geschoven in de beleidsnota of beleidsbrieven van de minister. Hoewel de VAD relatief veel activiteiten rond dat thema ontwikkelt, is de beleidsstatus ervan bijgevolg onduidelijk. Hetzelfde geldt in zekere zin voor de methodieken die de VAD onderzoekt in het kader van ketenzorg¹⁴⁰. Het creëren van een online uitwisselingsplatform¹⁴¹ voor regionale, lokale en intergemeentelijke preventiewerkers door de VAD is positief, maar beperkt zich tot alcohol en drugbeleid, daar waar in een Vlaamse context ook thema's waarrond andere PO's werken uitwisseling nodig kunnen hebben.

Punctuele aandachtspunten voor de OTW's

Bij het CPZ kwam er in 2013 dankzij de samenwerking van het CPZ met Tele-Onthaal een uitbreiding van de capaciteit. Toch leidde dat maar tot een dubbele bezetting op 35% van de avonden, zodat bij een oproep de kans op een bezettoon reëel bleef. Tele-Onthaal blijft een afzonderlijk telefoonnummer behouden (106) en zowel het CPZ als Tele-Onthaal staan apart in voor hun eigen vrijwilligersbeleid, wat de efficiëntie niet ten goede lijkt te komen¹⁴². Voor de gezondheidsdoelstelling suïcidepreventie worden ook heel wat losstaande websites (zonder koepel) onderhouden¹⁴³.

De OTW De Sleutel heeft het vooropgestelde volume aan interactieve trainingen om intra- en interpersoonlijke vaardigheden aan te leren aan schoolteams in het basis- en secundair on-

¹³⁸ In zijn antwoord verwijst VAZG naar het federaal gefinancierde project Plug-INN, maar dit project betreft een lokale onthaalwerking in Antwerpen gericht op alle soorten middelengebruik. VAZG geeft ook aan dat er de afgelopen jaren contact is gezocht met andere welzijnsorganisaties om te bekijken wie deze jongeren wel zou kunnen bereiken, maar dat dit niets heeft opgeleverd.

¹³⁹ Op de website www.druglijn.be van de VAD zijn bijvoorbeeld zelftests beschikbaar voor internetgebruik, gamen en gokken.

¹⁴⁰ Zorg waarin de verschillende schakels van zorgverlening op elkaar zijn afgestemd, zodat een samenhangend aanbod ontstaat, in dit geval van preventie over vroeginterventie tot hulpverlening.

¹⁴¹ Via de projectmanagementsoftware Podio.

¹⁴² In 2013 stelt het CPZ dat er ook weinig gebeurt binnen het OHIL (Overleg Hulp en Informatielijnen).

¹⁴³ Zelfmoord1813.be, cgg-suicidepreventie.be, preventiezelfdoding.be, vlesp.be, ontrackagain.be, zorgvoor-suicide-pogers.be, teleonthaal.be, opnieuwverder.be.

derwijs (preventie van middelengebruik) noch in 2012, noch 2013 gehaald¹⁴⁴. De in het beleidsplan geplande trainingen werden ook geheroriënteerd naar *begeleidingen van projectdagen* en het bereik verschilt danig tussen de provincies (van het totaal aantal bereikte leerkrachten maar 6% in Limburg en 8% in Vlaams-Brabant).

Aan de ZSP werd al in 2006 de opdracht gegeven een instrument te ontwikkelen om de opvang van en de nazorg voor suïcidepogers te optimaliseren wanneer die zich aanmelden op een spoedgevallendienst van algemene ziekenhuizen. Waarom de CGG's dat instrument (in aangepaste vorm) niet gebruiken, is niet duidelijk.

Punctuele aandachtspunten voor de bevolkingsonderzoeken

De ontwikkeling van de website www.bevolkingsonderzoek.be verliep moeizaam. Veel aspecten (meertalige informatiefolders, nieuwsberichten, persoonlijke link, getuigenissen van vrouwen enz.) lieten op zich wachten.

In het jaarverslag 2013 van het CvKO ontbrak informatie over de mogelijkheden van Vitalink voor uitwisseling van gegevens of over de stand van zaken inzake het herdenken van het uitnodigingssysteem. De jaarverslagen verschaffen te weinig duidelijkheid over een samenwerking met de mutualiteiten. De geplande centralisatie van het afsprakensysteem werd uitgesteld van april 2013 naar 2014. Participatiecijfers van steden en gemeenten zijn ter beschikking, maar kunnen onder meer wegens privacyredenen niet gekoppeld worden aan de determinanten van (lage) participatie. Op het vlak van de ontwikkeling van materialen en methodieken – stimuleren tot participatie enerzijds of verhogen van de betrokkenheid van artsen en gynaecologen anderzijds – zijn de activiteiten en resultaten te beperkt. Zo zou het Mamma'care-project¹⁴⁵ buiten Antwerpen in andere Vlaamse grootsteden worden geprogrammeerd, wat niet gebeurde. Voor baarmoederhalskanker kreeg de doelgroep in 2013 alleen informatie via de website en de uitnodigingsbrief/folder. Nochtans blijkt uit het beleidsplan dat vooral voor de oudere vrouwen, de laagopgeleide vrouwen en de vrouwen met recht op verhoogde tegemoetkoming speciale acties nodig zijn¹⁴⁶. Voor dikkedarmkanker gaat het CvKO ervan uit dat er vanaf 2014 geen overbevraging van coloscopieën meer zou zijn, maar het toonde dat voorafgaandelijk niet aan¹⁴⁷.

Naast het inhoudelijk verslag in het kader van de beheersovereenkomsten stelde het CvKO jaarlijks een uitvoerig jaarrapport op met uitgebreid en degelijk cijfermateriaal over de Vlaamse bevolkingsonderzoeken.

¹⁴⁴ In 2012 en 2013 respectievelijk 92 en 156 dagdelen in plaats van de vooropgestelde 200. In 2013 werden wel 1.024 leerkrachten getraind, wat hoger is dan de vooropgestelde 900. In zijn antwoord wijst VAZG er op dat De Sleutel in 2014 veel meer heeft gepresteerd dan de voorziene aantallen: er werden 254 dagdelen vorming uitgevoerd, wat ruim boven de vooropgestelde 200 dagdelen ligt. Er werden in totaal ook 1689 leerkrachten getraind, ruim boven het streefcijfer van 900.

¹⁴⁵ Gratis onderzoek naar borstkanker via mammobiel voor niet-deelnemers; in zijn antwoord stelt VAZG dat het vraagtekens had bij een implementatie over heel Vlaanderen gezien de kosteneffectiviteit gering is.

¹⁴⁶ Dit is de reden waarom een groot deel van de subsidie van 2013 werd teruggevorderd.

¹⁴⁷ De rapportering inzake de overheidsopdracht *Voorbereiden implementatie Vlaams Bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker* bevat daarover geen cijfers, info over regionale spreiding of eventuele wachtlijsten.

Verder scoren de bevolkingsonderzoeken voor borstkanker en baarmoederhalskanker goed op de (kwaliteits)parameters. De verwerkingstijd van de dossiers voor borstkanker bleef op de *aanvaardbare* norm. De *wenselijke* norm werd in 2012-2013 echter niet gehaald¹⁴⁸.

De drie Vlaamse bevolkingsonderzoeken naar kanker sluiten aan bij de Europese aanbevelingen. De 50-55-jarigen worden echter niet opgenomen in het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker, in tegenstelling tot de Europese aanbeveling.

3.2 Opdrachten en resultaten van de Logo's

Om een optimaal effect te sorteren in de maatschappij, moeten volgens de internationale aanbevelingen de verschillende sectoren worden betrokken bij het preventief gezondheidsbeleid en zich mee eigenaar voelen tot op het lokale niveau. Voor die disseminatie van (preventie) methodieken en materialen naar de lokale organisaties staan in Vlaanderen de Logo's in¹⁴⁹. Ook uit de praktijk blijkt dat het niet volstaat louter methodieken en materialen ter beschikking te stellen. Er is promotie nodig, zodat organisaties worden aangemoedigd om (preventie) methodieken en materialen op te nemen in hun reguliere takenpakket en dus inzien dat dit gezondheidswinst oplevert voor hun doelgroep. Daarnaast is netwerking nodig om de verspreiding van methodieken te coördineren.

De bevindingen van het Rekenhof over de Logo's steunen in hoofdzaak op interviews met het VAZG en met drie Logo's¹⁵⁰, alsook op een analyse van de projecten¹⁵¹ in Cirro (zie 3.2.1).

3.2.1 Positie en werking

Er zijn in Vlaanderen vijftien Logo's. Een overzicht is opgenomen in de bijlage 3. Het zijn vzw's met een algemene vergadering, raad van bestuur en dagelijks bestuur. In de dagelijkse werking berust de leiding bij een Logo-coördinator. De Logo's worden gesubsidieerd op basis van het aantal inwoners in hun werkingsgebied, aangevuld met een forfaitair bedrag. Het budget 2014 voor de Logo's bedroeg 6,2 miljoen euro (zie 2.3.1, tabel 7).

De Logo's werken binnen het kader van de zes gezondheidsdoelstellingen (minimale decreetale opdracht) en het thema gezondheid en milieu. Andere thema's (bijvoorbeeld diabetes, seksuele gezondheid) komen alleen aan bod als ze verband houden met bepaalde concrete projecten of met kadermethodieken (bijvoorbeeld gezonde gemeente, gezond opvoeden). Zo nodig verwijzen de Logo's door naar organisaties die specifiek rond die thema's werken¹⁵². Hun activiteiten hebben in hoofdzaak betrekking op de verspreiding van informatie en methodieken (affiches, folders, sjabloonbrieven, enz.) naar en het vormen van een netwerk met diverse intermediaire actoren. De Logo's vervullen ook een coördinerende opdracht ten aanzien van die actoren. De einddoelgroepen worden maar uitzonderlijk rechtstreeks benaderd.

¹⁴⁸ Tijd vanaf de dag van de screeningmammografie tot de dag waarop de brief naar de arts van de vrouw vertrekt. In 2013 is na 14 dagen (wenselijke norm) 80% van de dossiers verwerkt.

¹⁴⁹ Preventiedecreet Hoofdstuk VIII. De modaliteiten van hun werking zijn geregeld in het besluit van de Vlaamse Regering van 30 januari 2009 betreffende de Logo's.

¹⁵⁰ Het betreft interviews met Logo Gezond+ (Gent), Logo Kempen en Logo Zenneland.

¹⁵¹ In principe projecten met statusdatum 2013 of met status *uitgevoerd/in uitvoering* in 2013.

¹⁵² De geïnterviewde Logo's zijn er voorstander van meer themaoverschrijdend te werken en dus met meer horizontale actiefocussen naar specifieke doelgroepen.

In het algemeen lijken de Logo's er goed in te slagen de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen bekend te maken en als informatieverstrekker en aanspreekpunt te fungeren bij hun netwerkpartners. Met sommige type partners is de samenwerking over het algemeen intens (lokale besturen, mutualiteiten en onderwijssector, in het bijzonder de CLB's), met andere wisselend (huisartsenkringen), beperkt of zelfs afwezig (K&G, consultatiebureaus)¹⁵³. Met nog andere is de samenwerking volop in ontwikkeling (externe diensten ter preventie en bescherming op het werk) of willen de Logo's wel samenwerken, maar ontbreken naar eigen zeggen vooralsnog de financiële middelen (kansarmenorganisaties, socio-culturele sector, welzijnssector, tewerkstellingssector, eerstelijnszorg).

De focus van de Logo's op lokale besturen sluit aan bij de intentie van de vorige regering om het zwaartepunt van de preventieve actie meer op het lokale niveau te leggen (cf. regeringsverklaring). De Vlaamse Regering (of de minister) heeft tot nu toe echter geen afspraken gemaakt met de gemeentelijke of provinciale overheden zoals voorzien in artikel 27 van het preventiedecreet¹⁵⁴. De betrokkenheid van die overheden blijft daardoor vrijblijvend en wordt naar eigen goeddunken ingevuld.

Registratiesysteem Cirro

Voor de Logo's is er een andere structurele rapportering voorzien dan in de vorm van beleidsplannen, jaarplannen en -verslagen aan het VAZG zoals bij de andere uitvoeringsorganisaties. De Logo's rapporteren aan de hand van Cirro, een elektronisch (uitwisselings)platform dat de overheid in staat stelt *de werking van de Logo's en betrokkenen te ondersteunen, op te volgen, te evalueren en aan te sturen. Het platform stimuleert niet alleen de gegevensuitwisseling tussen Logo's onderling, maar ook tussen Logo's, partnerorganisaties en de Vlaamse overheid*¹⁵⁵. Het IT-systeem is sinds 17 november 2010 online. Uit interviews met het VAZG blijkt dat er plannen zijn om de sturing en opvolging van de PO's en OTW's in de toekomst ook via Cirro te laten verlopen.

In Cirro koppelt het VAZG aan elke gezondheidsdoelstelling, aan het thema gezondheid en milieu en themaoverschrijdend diverse actiefocussen (53 in totaal). Die actiefocussen kennen aan de Logo's telkens een bepaalde opdracht toe. Binnen het kader van elke actiefocus voeren de Logo's in Cirro in welk(e) project(en) ze uitvoeren. De Logo's kunnen gebruik maken van 614 ondersteuningsmiddelen¹⁵⁶ die zich in Cirro bevinden. Die ondersteuningsmiddelen zijn voornamelijk ontwikkeld door het VIGeZ (47,5%) en de VAD (23,8%). De Logo's zelf zijn samen goed voor 9,9% van de ontwikkelde methodieken¹⁵⁷.

¹⁵³ Er is weinig tot geen rechtstreekse samenwerking van de consultatiebureaus en K&G met de Logo's. Er zijn weinig actiefocussen en interventies gericht op het jonge kind. K&G is zelf van oordeel dat de samenwerking met de Logo's kan worden versterkt. De Logo's verwachten een intensere samenwerking met K&G en de consultatiebureaus via de recentelijk opgerichte Huizen van het Kind.

¹⁵⁴ De minister maakt namens de Vlaamse Regering de afspraken als vermeld in artikel 27 van het preventiedecreet, in de vorm van protocollen voor afstemming van het preventief gezondheidsbeleid. Die protocollen bevatten wederzijdse verbintenissen en zijn maar geldig zolang de ondertekenaars in functie zijn en het protocol in kwestie niet wordt opgezegd door een van de partijen.

¹⁵⁵ <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Applicaties-ICT/CIRRO/>.

¹⁵⁶ Ondersteuningsmiddelen zijn materialen of diensten die samen een methodiek vormen en ter beschikking worden gesteld om de intermediairs of de doelgroep te ondersteunen met als doel een bepaalde actiefocus (doelstelling) te realiseren.

¹⁵⁷ De kwantitatieve gegevens vormen een momentopname (medio april 2015) en evolueren geregeld.

De Logo's moeten in Cirro registreren op welke manier ze investeren in de actiefocussen, met welke erkende Vlaamse methodieken ze werken, naar wie zij zich richten en welk bereik zij hebben. Het Rekenhof stelde vast dat de Logo's niet op uniforme wijze registreren in Cirro¹⁵⁸ – onder andere als gevolg van verschillende interpretaties van de inputvelden – en dat de kwaliteit van de ingevoerde informatie (bijvoorbeeld over de uitvoering van projecten) danig verschilt. In het algemeen kan uit Cirro zelden worden afgeleid in welke mate de uiteindelijke doelgroep werd bereikt¹⁵⁹. Dat heeft als belangrijk gevolg dat de activiteiten van de Logo's onderling nauwelijks vergelijkbaar of evalueerbaar zijn¹⁶⁰.

Hoewel het VAZG Cirro ook wenst te gebruiken als uitwisselingsplatform en evaluatie-instrument, blijkt dat in de praktijk nog maar beperkt te zijn gerealiseerd. De Logo's missen de mogelijkheid om zelf uit Cirro gedetailleerde rapporten op maat te kunnen trekken over hun eigen netwerkpartners (bijvoorbeeld rapport per gemeente) om zo hun dagelijkse werking te verbeteren. Ook geven projectmatige uitbreidingsmiddelen voor de Logo's (cannabiscampagne, loco-regionale werking VAS) aanleiding tot extra of parallelle rapportering (deels via Cirro, deels via inhoudelijke verslagen). Ten slotte rijst de vraag waarom het Ginger-registratiesysteem voor alcohol- en drugspreventieactiviteiten van de VAD niet is geïntegreerd in het Cirro-(registratie)systeem¹⁶¹.

Evaluatie van de werking door het VAZG

Doordat een aantal aspecten van de Logo-werking niet in Cirro (kunnen) worden opgenomen, bevatten rapporten die het VAZG ter evaluatie van de Logo's uit Cirro trekt, alleen een kwantitatieve weergave van het bereik, het aantal projecten, enz. Doordat projecten inhoudelijk sterk verschillen, is het aantal gerealiseerde projecten absoluut geen kwaliteitsparameter. Veel aspecten van de Logo-werking zijn dan ook niet in de evaluatie opgenomen (de kwaliteit van het netwerk, de toepassing van de methodieken, de duurzaamheid van de resultaten, enz.). Of een bepaalde methodiek in voldoende mate werd verspreid of gepromoot, is evenmin te beoordelen.

Aansturing van de Logo's

De Logo's worden aangestuurd door de Vlaamse actieplannen en actiefocussen. De actiefocussen worden jaarlijks geüpdatet en geven weer wat het VAZG als prioriteit beschouwd. Ze zijn echter op geen enkele wijze SMART geformuleerd en vormen alleen een kader, zodat de Logo's veel vrijheid hebben, tot op het niveau van de operationalisering van specifieke acties of projecten¹⁶². Behoeften aan methodieken en materialen van preventieorganisaties in hun

¹⁵⁸ Zo wordt soms materiaal voor disseminatie gegroepeerd, soms in afzonderlijke projecten (als globaal pakket) geregistreerd, dezelfde projecten krijgen verschillende benaming, disseminatie van materiaal wordt soms wel en soms niet als afzonderlijk project ingebracht (hoewel dat eigenlijk een kerntaak is), projecten worden laattijdig ingebracht, enz.

¹⁵⁹ Wel bekend zijn in principe de intermediairs die werden bereikt, maar de kwaliteit van die informatie is twijfelachtig en bovendien ontbreekt informatie over de intermediairenpopulatie.

¹⁶⁰ Bijvoorbeeld voor project Feel Free (rookstopcursus) geeft een Logo aan dat het voor haar *nooit* bekend is of de intermediairs de methodiek formeel onderschrijven of toepassen, terwijl andere Logo's voor hetzelfde project *altijd* aangeven dat de methodiek waarschijnlijk wordt toegepast.

¹⁶¹ Dit wordt ook aangehaald in de inleiding van het Gingerrapport 2013. In beide systemen registreren actoren betrokken bij het preventief gezondheidsbeleid preventieactiviteiten en beide systemen zijn via internet toegankelijk.

¹⁶² Bijvoorbeeld ontwikkelen van eigen gadgets.

werkkerrein maken de Logo's in principe rechtstreeks over aan de PO's. Het VAZG heeft daarvoor mogelijk onvoldoende zicht op die behoeften en bekleedt een onduidelijke positie.

Binnen een Logo gebeurt de aansturing in principe door de eigen netwerkpartners, die in de bestuursorganen vertegenwoordigd zijn en bepaalde accenten leggen. De Logo's moeten immers inspelen op *hun* noden. De Logo's doen ook in toenemende mate aan zelfbeheer en organisatie via het voorzitters- en het coördinatorenoverleg. De Logo's zoeken ook naar manieren om de ondersteunende taken (juridisch, HR, boekhouding) te poolen.

Ten slotte zijn er, afhankelijk van Logo tot Logo, eigen strategische plannen, convenanten met lokale besturen, charters met CLB's, enz.

Methodieken

Er zijn verschillende vrijheidsgraden om een bepaalde methodiek al dan niet te verspreiden. Methodieken gekoppeld aan een actiefocus in Cirro moeten de Logo's in principe altijd verspreiden. Toch komt het voor dat een Logo een bepaalde methodiek niet verspreidt, om welke reden dan ook (bijvoorbeeld te weinig kwaliteitsgaranties, fundamentele feedback waarmee geen rekening werd gehouden, tijdsgebrek, enz.). Ook gebeurt het dat de betrokken PO zich rechtstreeks richt tot netwerkpartners van de Logo's¹⁶³. Dat ligt gevoelig bij de Logo's en veroorzaakt soms verwarring bij de netwerkorganisaties. Voor de verspreiding van de Gezondheidsgids was er discussie met het VAZG over de exacte rol van de Logo's. Ook komt het voor dat de verschillende Logo's eenzelfde methodiek met verschillende intensiteit verspreiden¹⁶⁴.

De methodieken worden op het terrein toegepast door de netwerkpartners of andere intermediairs (en dus niet door de Logo's zelf). Sommige partners rekenen daarbij op ondersteuning van de Logo's, terwijl andere dergelijk materiaal autonoom proberen toe te passen. Noch het VAZG, noch de Logo's gaan na in hoeverre de netwerkpartners of andere intermediairs de methodieken (kwaliteitsvol) aanwenden.

De methodieken worden ontwikkeld door de PO's. De Logo's zijn vrij kritisch over hun beperkte betrokkenheid bij die ontwikkeling¹⁶⁵. Ook is er onduidelijkheid over de mogelijkheden voor de Logo's om de methodieken en materialen te herwerken of aan te passen aan de noden van de netwerkpartners. PO's kunnen Logo's betrekken bij de evaluatie van de door hen ontwikkelde methodieken, maar ze zijn daartoe niet verplicht. De mate waarin de PO in dat geval rekening houdt met de inbreng van de Logo is wisselend. Voor informatiedoorstroming over ervaringen op het terrein zijn de PO's op hun beurt afhankelijk van de Logo's.

¹⁶³ Zo ontsluiten het VIGeZ en de VAD via hun nieuwsbrieven nieuwe methodieken en materialen rechtstreeks naar gemeenten en scholen (waarvan Logo's weliswaar ook een exemplaar ontvangen), communiceert het VIGeZ voor het project Liever Actiever rechtstreeks naar lokale besturen en werkt het rechtstreeks samen met de vrije CLB's voor de schoolondersteuning gezondheidsbeleid.

¹⁶⁴ Er is bijvoorbeeld een groot verschil tussen een face-to-face-voorstelling op een scholenoverleg en een louter e-mailbericht aan de scholen; er zijn Logo's die bijvoorbeeld het terrein op gaan met de rookstoptent terwijl andere meer via Facebook werken of folders en affiches verspreiden.

¹⁶⁵ Ze vinden onder andere dat ze te laat worden betrokken in het ontwikkelingsproces en dat hun bezwaren of feedback vaak worden genegeerd. Ook menen ze dat het wetenschappelijk gehalte van de methodiek vaak primeert op de verkoopbaarheid ervan, dat er tijdens de ontwikkeling te weinig wordt nagedacht over een implementatieplan en dat de timing van verspreiding niet realistisch of optimaal is.

Sommige Logo's ontwikkelen zelf methodieken¹⁶⁶, wat aanvankelijk conform het Logo-besluit niet tot hun opdrachten behoorde. De mogelijkheid van methodiekontwikkeling door een Logo onder bepaalde voorwaarden werd pas medio 2014 ingevoerd¹⁶⁷. Volgens sommige Logo's is eigen methodiekontwikkeling nodig om sneller te kunnen inspelen op de noden van het werkveld en omdat de methodieken van de PO's niet altijd voorhanden zijn of onvoldoende aangepast zijn. De mate van eigen methodiekontwikkeling verschilt van Logo tot Logo¹⁶⁸. De PO's zijn van mening dat methodiekontwikkeling geen taak is van de Logo's en dat die manier van werken hen financiële middelen ontnemt voor hun eigen methodiekontwikkeling. Dat bottom-up ontwikkelde methodieken toch een meerwaarde kunnen hebben, bewijst het feit dat er enkele op Vlaams niveau zijn uitgerold¹⁶⁹.

Naast methodiekontwikkeling ontplooiën sommige Logo's ook andere activiteiten, bijvoorbeeld onderzoek bij huisartsen opgestart door Logo Kempen met de vraag welke ondersteuning zij willen, schrijven van een methodiekhandleiding door Logo Antwerpen over moeilijk bereikbare groepen.

Ondersteuning door het VIGeZ

In 2009 werden het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en de Ondersteuningscel Logo's samengevoegd tot het VIGeZ. Het VIGeZ ondersteunt sindsdien de Logo's, vormt hun centrale aanspreekpunt en verdedigt ook hun belangen. Er bestaat echter geen hiërarchische relatie tussen beide partners. De samenwerking berust eerder op een consensusmodel dat vorm krijgt in de vele overlegmomenten¹⁷⁰. De invulling van de regierol van het VIGeZ is in de praktijk daarbij niet altijd duidelijk¹⁷¹.

Omdat de mate van zelforganisatie bij de Logo's is toegenomen, vinden zij de ondersteuning van het VIGeZ steeds minder nodig. Ook bestaat binnen een groot aantal Logo's de aspiratie om een eigen koepelorganisatie op te richten die als spreekbuis kan fungeren. Dat heeft er begin 2015 toe geleid dat de Logo's zich samen kandidaat hebben gesteld bij de nieuwe oproep

¹⁶⁶ Bijvoorbeeld project High Five@School van Logo Leiland gericht op het ondersteunen van een kwalitatief middenbeleid in het basisonderwijs (het is onduidelijk of de VAD of het VIGeZ daar in enige mate bij werden betrokken); project Stressbuster van Logo Oost-Brabant; project Meesterlijk Gezond van de West-Vlaamse Logo's dat een digitale tool voor de uitwerking van gezondheidsbeleid in scholen aanbiedt (met een onduidelijke positie ten opzichte van het aanbod van het VIGeZ); preventiecampagne van Logo Oost-Brabant en Zenneland waarbij apothekers elke twee maanden materiaal ontvangen over een specifiek gezondheidsthema; de methodiek Gezonde Gemeente ontwikkeld door Logo Gezond+.

¹⁶⁷ Artikel 17, §2, van het Logo-besluit bepaalt nu dat een Logo alleen een methodiek kan ontwikkelen als het daarvoor toestemming heeft gekregen van het VAZG en de methodiek toepasbaar is in heel Vlaanderen.

¹⁶⁸ Dat hangt onder meer af van een aantal factoren zoals de schaalgrootte, de aanwezigheid van kenniscentra (bijvoorbeeld universiteiten), de bereidheid van netwerkpartners om te financieren, de visie op de opdracht (niet elke Logo is van oordeel dat het hun taak is om zelf methodieken te ontwikkelen). Ook is het bij de Logo's weinig bekend wat het exacte beslissingsproces is om een methodiek over alle Logo's te verspreiden. Ook worden er vraagtekens geplaatst bij de neutraliteit van de expert(en) die de methodiek moeten beoordelen, aangezien zij doorgaans betrokken zijn bij een PO die het experticeentrum is voor de betrokken thematiek.

¹⁶⁹ De problematiek komt ook aan bod in het rapport *Analyse en beleidsvoorstellen voor een betere implementatie van methodieken op het vlak van het preventieve gezondheidsbeleid* van het steunpunt WVG (11 december 2014), waarvan het Rekenhof een ontwerpversie van het VAZG heeft gekregen.

¹⁷⁰ Er zijn themagroepen, settingsgroepen, projectgroepen, Vlaamse werkgroep, enz.

¹⁷¹ De autonomie van de Logo's als vzw is groot. Het VIGeZ zit in elke algemene vergadering, maar in geen enkele raad van bestuur.

voor een PO *Algemene Ondersteuning Logo's*. Die stap zou echter niet voorafgaandelijk met het VIGeZ besproken zijn en zorgt dan ook voor de nodige spanning.

Als communicatiemiddel gebruiken de Logo's zowel een eigen website (met verschillende invalshoeken) als een (koepel)website¹⁷² ontwikkeld door het VIGeZ.

De intensieve samenwerking tussen het VIGeZ of andere PO's en de Logo's kan ook aanleiding geven tot discussie over hun respectieve financiële inbreng (bijvoorbeeld op het vlak van drukkosten van materialen). Duidelijke regels daarover ontbreken.

Ten slotte stelde het Rekenhof ook onduidelijkheid vast over de positie van het VIGeZ als tussenpersoon tussen andere PO's en de Logo's.

3.2.2 Bijdrage van de Logo's aan de gezondheidsdoelstellingen

Het Rekenhof onderzocht de bijdrage van de Logo's per gezondheidsdoelstelling. De evaluatie steunt op de rapportering in Cirro (zie 3.2.1).

Suïcidepreventie

Uit Cirro blijkt dat de Logo's in het algemeen niet zo intensief zijn betrokken bij de uitvoering van het VAS II¹⁷³ en dat de onderlinge inzet van de verschillende Logo's sterk verschilt. De Logo's ondersteunden hoofdzakelijk de verspreiding en promotie van de *Fit in je hoofd*-campagne (en aanverwante producten: de *goed-gevoel-stoel*¹⁷⁴ en *noknok*¹⁷⁵). Enkele Logo's ontwikkelden eigen varianten. Buiten die campagne zijn de ondersteuningsmiddelen voor de Logo's beperkt. Voor ouderen wordt sinds 2014 volledig ingezet op de groepsmethodiek *Zilverwijzer* (infosessie, flyer, powerpointpresentatie, enz.). Hoewel de materialen rond het ondersteuningsmiddel *Pluk je geluk*¹⁷⁶ van de CM beschikbaar zijn in Cirro, heeft geen enkele Logo ze gepromoot. Ook de bekende *Te Gek!?*-karavaan hebben in 2013 maar twee Logo's mee bekendgemaakt. Het valt op dat de Logo's in de onderzochte periode niet beschikten over ondersteuningsmiddelen gericht op het onderwijs of de werkplek, hoewel het VAZG de bevordering van de geestelijke gezondheid als afzonderlijke actiefocus voor die settings hanteert. De setting onderwijs wordt wel bereikt via het afzonderlijke project *preventiecoaches* (in 2013 bij circa de helft van de Logo's), waarvoor momenteel alleen nog Logo Leieland verantwoordelijk blijft. De actiefocus voor de Logo's *het tegengaan van het stigma geestelijke gezondheidsproblemen*,

¹⁷² www.vlaamselogos.be.

¹⁷³ Het VAS II wijst veel opdrachten toe aan de specifieke OTW's (het CPZ, de ZSP en de Werkgroep Verder), de PO VLESP en de CGG-SP (zie hoofdstuk 2).

¹⁷⁴ Drie praatsessies waarmee kansarmen op een toegankelijke en leuke manier leren hoe ze een goed gevoel langer kunnen vasthouden en hun draagkracht kunnen versterken. De methodiek werd eerst getest bij twee verenigingen waar armen het woord nemen en werd na bijsturing verder verspreid.

¹⁷⁵ Gericht op jongeren van 12-16 jaar om met vier knaltips aan de slag te gaan.

¹⁷⁶ Met *Pluk je geluk* (Online Gelukscoach, CM-Gelukspan, Doeboek *Pluk je Geluk*, cursus *Haal meer uit je leven. Werken aan geluk*) zet CM in samenwerking met verschillende partners een langdurig project op om de Vlaamse bevolking aan te zetten tot duurzame gedragsverandering op het vlak van geestelijke gezondheid (www.plukjegeluk.be).

in het kader van suïcidepreventie sluit aan bij de preventiestrategieën van het VAS II, maar in Cirro is geen enkel specifiek ondersteuningsmiddel voorhanden¹⁷⁷.

Tabak, alcohol en drugs

De Logo's beschikken over een grote hoeveelheid ondersteuningsmiddelen rond tabak, alcohol en drugs (eind september 2014: 444). Er zijn voor alcohol en drugs weinig (preventie) projecten die bij alle Logo's aan bod komen en bovendien zijn er onderling grote verschillen. Een meerderheid van de Logo-projecten is gericht op de setting onderwijs en het thema alcohol is sterk ondervertegenwoordigd ten opzichte van tabak¹⁷⁸. Voor de voorstelling van onderwijsprojecten maken de verschillende Logo's afzonderlijke kwaliteitsvolle brochures, waarvan de meerderheid dezelfde projecten betreffen. Het thema gamen wordt maar in 3 projecten (op 492) naar scholen vermeld. De overheid heeft geen vat op de prioritering (zie 3.2.1). Acties of projecten naar de werkplek, naar de gezondheids- en welzijnssector en de vrijetijdssector ontbreken nagenoeg volledig. De bijzondere jeugdzorg werd (alleen) betrokken via de cannabiscampagne.

Bevolkingsonderzoeken naar kanker

De Logo's concentreren zich bijna uitsluitend op het thema borstkankeropsporing. De opsporing van baarmoederhalskanker en dikkedarmkanker komt maar sporadisch aan bod (opstartfase). Het Rekenhof stelde een zeer divers beeld qua spreiding en intensiteit van de acties over heel Vlaanderen vast¹⁷⁹. De uitgevoerde acties van de Logo's zijn niet met cijfers over de participatie aan de bevolkingsonderzoeken onderbouwd. Logo Genk rapporteert over preventieacties die bij de andere Logo's niet voorkomen¹⁸⁰. Volgens sommige geïnterviewde Logo's waren de beschikbare materialen verouderd, bijvoorbeeld niet aangepast aan de nieuwe huisstijl voor bevolkingsonderzoeken.

Vaccinaties

De Logo's zijn in hoofdzaak betrokken bij de jaarlijkse griepvaccinatiecampagnes en de Europese vaccinatieweek. Uit Cirro blijkt dat enkele Logo's nog bijkomende activiteiten uitvoerden (bijvoorbeeld opzetten lokale overlegplatformen, promotie Vaccinnet), maar dat de betrokkenheid bij sensibiliseringscampagnes voor andere vaccineerbare infectieziekten of ondergevacceerde groepen vrijwel onbestaande is. In meer algemene zin lijkt de rol van de Logo's in het Vlaams vaccinatiebeleid beperkt tot loutere verspreiding van de aangereikte materialen en is de methodiekwikkeling in handen van het VAZG.

¹⁷⁷ De Oost-Vlaamse Logo's vermeldde in 2012 wel het uitgevoerde project *Sportzak, stukken beter dan stressbal*, specifiek gericht op mannen tussen 20 en 50 jaar (met acties binnen de Oost-Vlaamse voetbalclubs) met als doel het taboe rond geestelijke gezondheid te verminderen. De Logo's stellen dat publiekscampagnes zoals *Fit in je hoofd, goed in je vel* mannen moeilijker bereiken.

¹⁷⁸ Overleg rookstopaanbieders, promotie rookstopaanbod, rookstopcursussen (project Feel Free), project Uitgerookt, wedstrijd rookvrije klassen, werelddag zonder tabak, Vlaanderen stopt met roken, 24u niet roken, intervisie met tabakologen, enz. Die projecten komen ook bijna altijd bij alle Logo's terug. Een uitzondering vormt het project Lol zonder alcohol (bij drie Logo's) en enkele alleenstaande projecten.

¹⁷⁹ Actiemaanden in gemeenten, interactieve tentoonstelling, mammobiel, gebruik mammoboxspel, roze lintjesactie, enz.

¹⁸⁰ Ontwikkelen van imagocampagne *Vrouw en gezondheid* (met grote provinciale werking).

Ongevallenpreventie

De werking van de Logo's voor valpreventie spitst zich vooral toe op de bekendmaking van de praktijkrichtlijnen, de promotie van de Week van de Valpreventie en de disseminatie van de methodiek *BOEBS*. De nodige ondersteuningsmiddelen worden aangereikt door het EVV en het VIGeZ.

Voeding en beweging

Voor de disseminatie van methodieken en materialen gericht op gezonde voeding en voldoende fysieke activiteit wordt van de Logo's niet alleen verwacht dat ze zich richten tot de algemene bevolking, maar ook specifiek tot het onderwijs en de werkende bevolking. Sinds begin 2015 moeten de Logo's zich ook specifiek richten tot de gezondheids- en welzijnssector, de vrijetijdssector en de lokale besturen. Ze beschikken daarvoor over heel wat ondersteuningsmiddelen (een vierde van het totaal aantal beschikbare ondersteuningsmiddelen). Ruim twee derde van die ondersteuningsmiddelen heeft het VIGeZ ontwikkeld. Opvallend daarbij is dat er in Cirro geen ondersteuningsmiddel is opgenomen van de PO's Eetexpert en Diabetes Liga. Tot voor kort kreeg vooral het thema voeding veel aandacht. Recentelijk gaat meer en meer aandacht naar het thema beweging¹⁸¹.

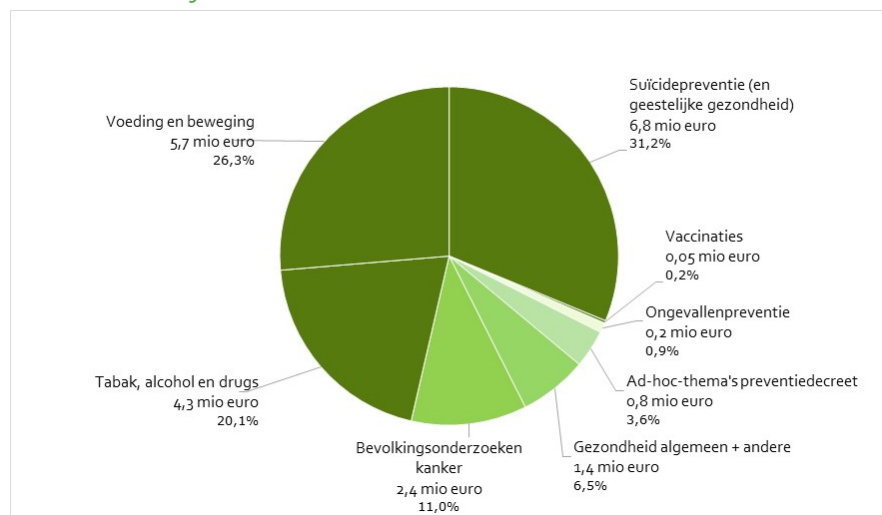
3.3 Bijdrage van projecten aan het preventief gezondheidsbeleid

3.3.1 Projectsubsidies

Naast de structurele financiering van PO's en OTW's (zie 2.3.2) wordt een deel van het preventief gezondheidsbeleid uitgevoerd door projectsubsidies toe te kennen.

Uit de onderstaande grafiek blijkt dat 89,7% van de projectsubsidies was bestemd voor de 6 gezondheidsdoelstellingen, slechts 3,6% voor een ad-hoc-thema (in hoofdzaak diabetes en seksuele gezondheid) en de overige 6,5% voor andere, specifieke thema's en themaoverschrijdende onderwerpen.

Grafiek 2 – Projectsubsidies 2009-2013



¹⁸¹ Zie bijvoorbeeld de methodieken *10.000 stappen Vlaanderen* en *Dip Dobbel Doe*.

Op het totale budget besteed aan projectsubsidies zijn de gezondheidsdoelstellingen voeding en beweging, suïcidepreventie en tabak, alcohol en drugs goed voor 77,6% of meer dan driekwart. De grotere inspanningen voor die drie gezondheidsdoelstellingen sluiten aan bij de behoefte en de mogelijkheden om nieuwe methodieken te ontwikkelen via proefprojecten. Bovendien zijn de beleidsthema's voeding en beweging en tabak, alcohol en drugs vaak ondersteunend ten aanzien van elkaar en andere gezondheidsdoelstellingen (en zelfs van de meeste ad-hoc-thema's).

Daarbij moeten de volgende kanttekeningen gemaakt worden: onder het thema *suïcidepreventie-geestelijke gezondheid* ging 1,7 miljoen euro naar de begeleiding van scholen om er eventueel een geïntegreerd geestelijk gezondheidsbeleid te implementeren (project *preventiecoaches scholen*) en 2,5 miljoen euro naar het project rond vroege detectie en interventie bij psychiatrische (psychotische) stoornissen (VDIP-project, 2011 tot en met 2013)¹⁸². Doordat die projecten al jaren lopen en de werking *de facto* structureel is, rijst de vraag of hier überhaupt nog sprake is van projecten¹⁸³. De projectsubsidies voor de bevolkingsonderzoeken naar kanker gingen voor nagenoeg de helft naar de provinciale voorlopers (sensibilisatiecampagnes) van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Als die projecten uit de verdeling worden gehaald, daalt het aandeel suïcidepreventie van 31,2% tot 15,8% en het aandeel bevolkingsonderzoeken naar kanker van 11,0% tot 5,8%.

Het Rekenhof ging ook de inhoudelijke verdeling van de projectsubsidies na. Meer dan driekwart (76,6%) wordt besteed aan de ontwikkeling van methodieken en materialen of directe interventies bij een doelgroep. De rest van de projectsubsidies betreffen geen projecten, maar worden gebruikt voor uitbreiding van de structurele werking van PO's, OTW's of Logo's (13,7%) of voor studie- en onderzoeksopdrachten (8,2%) en diverse (1,5%).

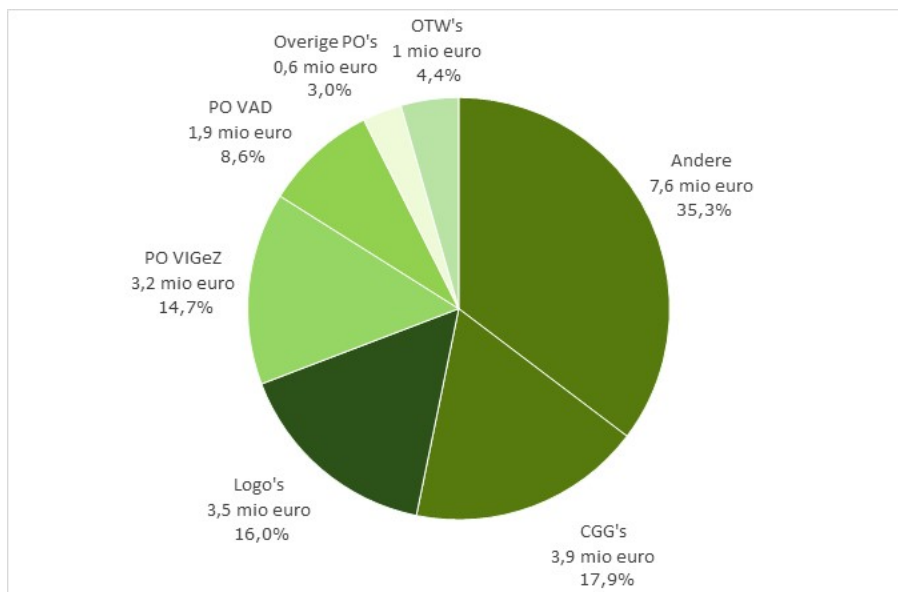
De volgende grafiek geeft weer wie de begunstigde organisaties waren van de projectsubsidies in dezelfde periode.

¹⁸² Het betreft een subsidiëring aan de CGG's waarbij regionale teams worden ingezet om zelfdoding bij jongvolwassenen te voorkomen. Dat gebeurt door specifiek in te zetten op preventie, vroege detectie en interventie bij jongvolwassenen die een hoog risico hebben op of tekenen vertonen van een eerste psychose of van een mogelijke persoonlijkheidsproblematiek, eetstoornis, middelenmisbruik, stemmingsstoornis of andere stoornis.

Het VDIP-project werd al opgestart in 2006, maar kadert nu volledig binnen de uitvoering van het VAS II. Zie ook: www.vdip.be.

¹⁸³ Die vraag kan ook worden gesteld over het project *Zoet Zwanger* dat in 2008 van start is gegaan en zich richt tot vrouwen die zwangerschapsdiabetes hebben (gehad) en hun zorgverleners.

Grafiek 3 – Begunstigden projectsubsidies 2009-2013



Ruim de helft (53,2%) van de projectsubsidies is toegekend aan organisaties waarmee de Vlaamse overheid binnen haar preventief gezondheidsbeleid geen structurele band heeft. Daarvan gaat 17,9% naar de CGG's. Daarnaast werden de projectsubsidies voornamelijk toegekend aan de Logo's (16%) en het VIGeZ (14,7%). Van de projectsubsidies voor de PO's (het VIGeZ, de VAD, overige) neemt het VIGeZ 56% (3,2 miljoen euro) voor zijn rekening en de VAD 32,7% (1,9 miljoen euro). Het vrij grote deel van de Logo's en de CGG's is voornamelijk een gevolg van twee grote projecten¹⁸⁴.

3.3.2 Beoordeling van de projecten

Om na te gaan of de verschillende projecten op een kwaliteitsvolle wijze hebben bijgedragen tot het preventief gezondheidsbeleid, heeft het Rekenhof een steekproef¹⁸⁵ van 40 toegekende projectsubsidies (13,3 miljoen euro) uit alle vastgelegde projectsubsidies 2009-2013 onderzocht (21,6 miljoen euro). Die laatste vormen 15,6% van de totale begrote uitgaven voor het preventiebeleid (138,5 miljoen euro) voor de periode 2009-2013, exclusief uitgaven voor aankoop van vaccins.

Projectvoorstellen en doelgroep

Subsidiëring van projecten komt tot stand op basis van spontaan bij het VAZG ingediende projectvoorstellen of als reactie op projectoproepen van het VAZG, die al dan niet steunen op een voorstel van ondersteunende werkgroepen of zijn opgenomen in een actieplan van een gezondheidsdoelstelling. De overheid kan ook projecten autonoom initiëren.

Voor proefprojecten kan projectsubsidiëring raadzaam zijn. In de meerderheid van de gevallen waarin een PO, OTW, Logo of CGG de projectuitvoerder was, toonde de overheid echter

¹⁸⁴ Preventiecoaches scholen en vroege detectie en interventie bij psychiatrische (psychotische) stoornissen (VDIP).

¹⁸⁵ De steekproef werd zo getrokken dat de kans dat het project in de steekproef wordt opgenomen evenredig is met het bedrag van de toegekende subsidie (hoe hoger het subsidiebedrag, hoe groter de kans).

onvoldoende aan wat de meerwaarde was van een projectsubsidie tegenover de reguliere opdrachten.

Meestal is de doelgroep van de projecten duidelijk afgebakend, maar is de omvang ervan onvoldoende geduid. De uitbreiding van de CGG-suïcidepreventiewerking richtte zich bijvoorbeeld op een zodanig grote doelgroep¹⁸⁶ dat volgens het Rekenhof een focus ontbreekt. De versterking van de locoregionale uitvoering van het VAS II (die bestaat uit een verhoging van de middelen van de CGG's en de Logo's), legt evenmin concrete doelgroepen vast.

De meetbaarheid van de projectoutput (bijvoorbeeld SMART geformuleerde afspraken) is verscheiden, wat zich soms vertaalt in loutere inspanningsverbintenissen. De inzet van uitbreidingsmiddelen in een projectvorm (vorming, netwerking, promotie, disseminatie) voor Logo's of CGG's werd nauwelijks meetbaar vastgelegd, wat evaluatie ex post bemoeilijkt. Ook ontbreken afspraken over welke gegevens worden geregistreerd voor monitoring of meting. De manier waarop een interventie zal gebeuren, is niet altijd voldoende uitgewerkt. Zo is voorafgaandelijk niet beschreven hoe het initiële project *preventiecoaches geestelijk gezondheidsbeleid in secundaire scholen* het aanbod rond geestelijke gezondheid in scholen gaat stimuleren en was de competentie van de coaches niet gegarandeerd of de afstemming met de CLB's en de CGG's niet uitgewerkt. Wat betreft de projectsubsidies aan de provincies om te sensibiliseren voor de opsporing van baarmoederhalskanker, heeft elke provincie de doelstellingen (en implementatie) afzonderlijk ingevuld¹⁸⁷.

De onderbouwing en de kwaliteit van de projectbegrotingen was uiteenlopend. Veel projectbegrotingen bestaan grotendeels uit personeelskosten, met als gevolg dat algemene of werkingskosten soms te weinig detaillering kennen. Uitbreidingsprojecten vertrekken niet van (langetermijn)behoeftes, maar van beschikbare budgettaire middelen.

Uitvoering en evaluatie

Over het algemeen hebben de uitvoeringsorganisaties een kwaliteitsvol eindverslag over de uitgevoerde projecten opgesteld. In de 21 gevallen waar er een projectevaluatie voorhanden was, was die kwaliteitsvol. Het betreft voornamelijk procesevaluaties (bijvoorbeeld een klasieke tevredenheidsmeting) en uitzonderlijk een effectevaluatie. Zo werd voor het project *preventiecoaches* wel de tevredenheid bij de gecoachte deelnemers (bijvoorbeeld CLB's) geanalyseerd, maar nog niet het gebruik van de coaching door de deelnemers (laat staan de uiteindelijke effecten bij leerlingen). Effectevaluaties zijn duur en werden uitbesteed¹⁸⁸. Capaciteitsuitbreidingen van CGG's of Logo's werden als project niet procesmatig geëvalueerd.

In de gevallen waar dat mogelijk was (beëindigd project) heeft het VAZG altijd het project geëvalueerd aan de hand van een saldo-fiche. Die fiches vatten de projectuitvoering voorname-

¹⁸⁶ Zowel holebi's en transgenders als bedrijven, zelfstandigen, ouderen, enz.

¹⁸⁷ De financiële bijdrage van de Vlaamse overheid is weliswaar beperkt. Sommige provincies opteerden ervoor een oproepsysteem te behouden, andere weer niet, wat niet overeenstemt met de doelstelling van een eenduidig en uniform screeningprogramma. Eén provincie heeft de campagne bijvoorbeeld ook gekoppeld aan borstkanker en aan HPV-vaccinatie.

¹⁸⁸ Ter illustratie: het evaluatierapport (proces- en effectevaluatie) van UG van de vorming *Heel wat in huis – opvoedingsondersteuning rond tabak, alcohol en drugs via interactieve vormingen voor ouders* kostte 20.000 euro, terwijl de totale projectkost 199.113 euro bedroeg.

lijk op beschrijvende wijze samen, maar brengen te weinig de zwaktes of sterktes naar voren. Zo is er voor het project *versterking van de locoregionale uitvoering* van het VAS II¹⁸⁹ heel wat gebeurd vanuit de Logo's en de CGG's, maar vereiste dat veel overleg. Bovendien waren de activiteiten divers en was de aanpak in de diverse provincies verschillend, wat evalueren (en bijsturen) bemoeilijkt. De Logo's meldden ook dat er voor dit project voor twee strategieën¹⁹⁰ geen methodieken beschikbaar waren. Het VAZG heeft voor alle projecten de inhoudelijke rapporteringen goedgekeurd. Waar mogelijk heeft de administratie een tussentijds overleg gevoerd.

Voor zover het Rekenhof dat kon nagaan, werden de projecten procesmatig in vrij hoge mate uitgevoerd zoals voorzien. Voorbeelden van projecten waarvoor dat niet geldt, zijn *Alcoholbeleid in bedrijven*¹⁹¹ en *Jobfit*¹⁹².

Van de projecten waarvoor het Rekenhof dat kon nagaan, bereikte de meerderheid de vooropgestelde doelstellingen op voldoende wijze. Voorbeelden van projecten uit de steekproef die minder goed scoorden, zijn het project *Kinderen van Ouders met een Afhankelijkheidsprobleem*¹⁹³ en *Jobfit*¹⁹⁴. Van sommige projecten kon het Rekenhof niet vaststellen in hoeverre de doelstellingen werden gehaald: ofwel waren de doelstellingen vrij onduidelijk, ofwel was de rapportering onvoldoende. Doorgaans werden projectuitvoeringen die afweken van de doelstellingen toegelicht.

Als de uitbreidingsprojecten en de provinciale voorlopers van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker buiten beschouwing worden gelaten, kon het Rekenhof binnen de werking van bijvoorbeeld een PO of OTW maar voor een 7-tal projecten (op 32) vaststellen dat het project uiteindelijk min of meer in structureel beleid werd omgezet.

3.4 Conclusies

PO's en OTW's

Door te werken met een oproepsysteem om PO's en OTW's te erkennen en subsidiëren, kan het VAZG in principe gebruik maken van het meest kwalitatieve en doelmatige aanbod dat zich aandient. Als het agentschap echter wordt geconfronteerd met monopolies, leiden die tot een gering aantal kandidaatstellingen en meestal ook tot een (noodgedwongen) voortzetting van bestaande samenwerkingen. De toegevoegde waarde van het oproepsysteem is in dat geval beperkt. Het is globaal genomen onduidelijk of de voordelen van het oproepsysteem opwegen tegen de nadelen ervan, namelijk verminderde samenwerking en kennisdeling, soms verzuurde relaties en een zware administratieve procedure.

¹⁸⁹ Project van 1 januari 2012 tot en met 31 december 2013 voor CGG (374.000 euro) en Logo's (390.000 euro).

¹⁹⁰ Ouders versterken en sociale steun versterken.

¹⁹¹ Te weinig vormingen omdat er te weinig rekening werd gehouden met Externe Diensten Preventie en Bescherming op het werk; vooral vormingen aan niet-commerciële bedrijven.

¹⁹² De samenwerking tussen de verschillende projectpartners verliep zeer moeizaam, waardoor bepaalde opdrachten laattijdig, niet of niet correct werden uitgevoerd.

¹⁹³ Het project leidde er niet toe dat de betrokkenen de Druglijn, Awel of het jongerenonthaal van CAW (JAC) meer hebben gecontacteerd.

¹⁹⁴ Slechts 56 deelnemende bedrijven in plaats van de vooropgestelde 100; daarenboven hebben niet alle deelnemende bedrijven het volledige traject doorlopen.

Het VAZG maakt in de oproepen zelf niet altijd een duidelijk onderscheid tussen PO en OTW, terwijl het preventiedecreet dat onderscheid wel hanteert. De oproepen en de daaruit volgende beheersovereenkomsten zijn niet altijd afgestemd op de corresponderende gezondheidsdoelstellingen en actieplannen.

De overheid weet in algemene zin een evenwicht te bewaren tussen centrale aansturing enerzijds en ruimte voor werken naar eigen inzicht anderzijds. Niettemin dienen er in sommige planningsdocumenten meer streefdata en meetbare indicatoren te worden opgenomen. Het frequente overleg met de uitvoeringsorganisaties zorgt voor een goede afstemming en biedt ruimte voor bijsturing, maar vergt veel tijd en middelen, alsook een betere verslaggeving.

De detailgraad van de begrotingen van de organisaties verschilt aanzienlijk. Vooral de begrotingen van de PO's zijn soms te weinig uitgewerkt.

De uitvoeringsorganisaties van rechtswege, namelijk K&G, de consultatiebureaus en de CLB's, bezetten als het ware een monopoliepositie bij baby's, peuters, schoolgaande kinderen en adolescenten. Het VAZG heeft geen inspraak in hun werking, terwijl het wel optreedt als regisseur bij de andere PO's en OTW's. Als er al overleg is, situeert zich dat bijna uitsluitend op het operationele niveau en dan nog vooral bij K&G. Bij de CLB's is er geen enkele vorm van overleg. Het is bovendien niet gemakkelijk de activiteiten van de uitvoeringsorganisaties van rechtswege rond preventieve gezondheidszorg afzonderlijk in kaart te brengen, wegens de grote verwevenheid met hun reguliere werking. Dat heeft tot gevolg dat de Vlaamse overheid er niet in slaagt een alomvattende rapportering af te leveren over de uitvoering van de gezondheidsdoelstellingen. De CLB's en consultatiebureaus worden te weinig ingezet als OTW. Het potentieel van een al goed uitgebouwde structuur wordt dus niet ten volle benut. Dat alles bemoeilijkt een integraal Vlaams preventief gezondheidsbeleid.

De uitvoeringsorganisaties voeren de activiteiten globaal uit zoals van hen wordt verwacht. De rapportering van de organisaties is doorgaans afdoende. Aandachtspunten zijn de onderlinge afstemming van de documenten en de toelichting in geval van afwijkende of vertraagde uitvoering. De evaluatie door het VAZG is in enkele gevallen te summier. Bijgevolg is het niet altijd duidelijk wat het oordeel van de overheid is over de werking en de uitvoering van het beleid door de betrokken organisaties.

De meeste organisaties voeren vooral procesevaluaties uit. Voor bepaalde acties trachten zij ook de kosteneffectiviteit aan te tonen, maar dat gebeurt niet op structurele wijze. Een algemeen kader en dito financiering vanwege de overheid om daar sterker op in te zetten ontbreekt. De wetenschappelijke onderbouwing van de geplande prestaties en acties is globaal gezien afdoende.

Logo's

Om voldoende ruimte te laten voor de lokale en regionale behoeften en werking, stuurt de overheid de Logo's maar in beperkte mate aan. De Logo's registreren hun activiteiten in het registratiesysteem Cirro, maar die registratie vertoont enkele belangrijke tekortkomingen. Het inzicht in en de evaluatie van de Logo-werking door het VAZG zijn daardoor gebrekkig. De overheid heeft dus weinig zicht of de Logo's de middelen doeltreffend en doelmatig inzetten. De plannen om de sturing en opvolging van de PO's en OTW's in de toekomst ook via Cirro te

laten verlopen, dienen bijgevolg met de nodige zorgvuldigheid te worden uitgewerkt, zo niet kan de huidige, kwaliteitsvolle manier van aansturing en opvolging in gevaar komen.

De verhouding tussen het VIGeZ en de Logo's is niet altijd duidelijk. Het VIGeZ heeft binnen zijn huidige convenant de opdracht de Logo's te ondersteunen. Door hun toenemende zelforganisatie stellen sommige Logo's de ondersteunende opdracht van het VIGeZ in vraag. Daarnaast blijkt een regierol van het VIGeZ soms moeilijk te verzoenen met de autonomie van de Logo's als vzw's. De ruimte die het VAZG laat op het vlak van directe aansturing van de Logo's kan daarbij voor bijkomende onduidelijkheid zorgen.

Er is ook onzekerheid en onduidelijkheid over de rol van de Logo's in het proces van methodiekontwikkeling. De vrijheid van de Logo's om bepaalde methodieken aan de kant te schuiven, rijmt niet altijd met de verwachting van de PO's dat door hen ontwikkelde methodieken zoveel mogelijk worden verspreid. Het Rekenhof stelde vast dat het VAZG zich daarvan bewust is en blijvend naar oplossingen zoekt.

Als Logo's methodieken niet verspreiden, richten de PO's of zelfs het VAZG zich soms rechtstreeks tot de intermediaire preventieorganisaties (of zelfs de einddoelgroepen). Dat zorgt voor verwarring bij de doelgroepen en onbegrip bij de Logo's.

De mate van samenwerking verschilt sterk naar gelang het type netwerkpartner. Uit het onderzoek bleek dat de Logo's vooral intens proberen samen te werken met de lokale besturen. Hoewel de nadruk op de inbreng van het lokale niveau ook een oogmerk was van de vorige regering, werd dat niet vertaald in concrete afspraken met gemeentelijke of provinciale overheden, zoals voorzien in artikel 27 van het preventiedecreet.

De betrokkenheid van de Logo's bij de verschillende gezondheidsdoelstellingen is wisselend en tussen de Logo's onderling zijn er grote verschillen.

Projecten

Veel belangrijke methodieken worden gerealiseerd in projectkaders buiten de beheersovereenkomsten om. De overheid toonde onvoldoende aan waarom dat nodig is. Voor de grotere PO's wekt dat zelfs de indruk dat er een parallelle financieringsstroom wordt opgezet.

HOOFDSTUK 4

Aandacht voor kansarmoede

4.1 Inleiding

Een goede gezondheid en een hoge levensverwachting zijn niet voor iedereen op dezelfde wijze gegarandeerd. De sociale klasse bepaalt mee de kansen op een gezond en lang leven.

Kansarme volwassenen en kinderen¹⁹⁵ hebben meer kans op een slechtere gezondheid en hebben vaker een lager (subjectief) gezondheidsgevoel en een lager psychologisch welbevinden. Het gezegde *arm maakt ziek, ziek maakt arm* vat de complexe relatie tussen armoede en gezondheid goed samen. Wie arm is, heeft immers doorgaans minder middelen om er goede voedingsgewoontes op na te houden, heeft vaker af te rekenen met financiële zorgen, moet vaker gezondheidszorgen uitstellen om financiële redenen, enz.¹⁹⁶

De socio-economische ongelijkheid in de gezondheidszorg terugdringen is dan ook een belangrijke uitdaging voor het gezondheidsbeleid. Om de gezondheidskloof te dichten, is het onder meer belangrijk dat mensen in armoede evenveel deelnemen aan preventieve activiteiten en onderzoeken als gemiddeld het geval is en dat zij worden gestimuleerd tot een gezonde levensstijl. Het is echter geen sinecure mensen in armoede in het kader van gezondheidspromotie en ziektepreventie te bereiken. Vaak wordt de oorzaak al te gemakkelijk bij de mensen in armoede zelf gelegd¹⁹⁷. Een extra inspanning van de overheid in deze is bijgevolg onontbeerlijk.

De decreetgever heeft gehoor gegeven aan deze problematiek. Zo stipuleert het preventiedecreet in artikel 7 dat de Vlaamse Regering bijzondere aandacht moet besteden aan bevolkingsgroepen die kampen met kansarmoede en dat ook alle organisaties die door de Vlaamse Regering worden gesubsidieerd voor taken van preventieve gezondheidszorg, bij de uitvoering van hun opdracht daar aandacht voor moeten hebben. In de volgende punten wordt nagegaan in hoeverre de Vlaamse overheid daaraan tegemoetkomt.

¹⁹⁵ 10,9% van de Vlamingen (680.000 personen) leeft in armoede. De kinderarmoede in Vlaanderen bedraagt 11% (= 140.000 kinderen) (Bron: *Vlaamse armoedemonitor 2014*).

¹⁹⁶ Ter illustratie enkele cijfers (bron: Dierckx, D., Vranken, J., Coene, J. en Van Haarlem, A., *Armoede en sociale uitsluiting – jaarboek 2011*, Acco, p 119 en volgende):

- Lager opgeleiden hebben een kortere levensverwachting dan hoger opgeleiden: nog ongeveer 48 jaar voor mannen van 25 jaar zonder diploma ten opzichte van nog ongeveer 55 jaar voor mannen van 25 jaar met een diploma hoger onderwijs.
- Een man van 25 jaar zonder diploma heeft slechts nog 28 gezonde jaren voor de boeg, een man van 25 jaar met een diploma hoger onderwijs nog 46.
- 37,7% van de laaggeschoolden geeft aan een matige tot (zeer) slechte gezondheid te hebben, tegenover 13,8% van de hooggeschoolden.
- Een aantal specifieke aandoeningen, zoals een hartinfarct of diabetes, komen vaker voor bij personen in een kwetsbare positie; personen in een financieel kwetsbare positie ervaren vaak ook psychisch onwelbevinden (54%).

¹⁹⁷ Nuyens, Y. en Mertens, J. (2012). Preventie en gezondheid in Vlaanderen doorgeïllustreerd, Kluwer.

4.2 Vlaams Actieplan Armoedebestrijding

Op 9 juli 2010 keurde de Vlaamse Regering het Vlaams Actieplan Armoedebestrijding 2010-2014 (VAPA) goed¹⁹⁸. In dat actieplan worden vier horizontale doorbraken geformuleerd die de sociale grondrechten overstijgen. Concreet nam de Vlaamse overheid de uitdaging aan:

- verschillende soorten van kennis over armoede en sociale uitsluiting blijvend te verzamelen,
- kennis over armoede breed te verspreiden,
- expliciet de keuze te maken om aan armoedebestrijding te doen,
- te zorgen voor een duurzame coördinatie van de armoedebestrijding via beleidsnetwerken.

Daarnaast formuleert het VAPA doelstellingen voor elk van de sociale grondrechten, waaronder gezondheid. Aan elk lid van de Vlaamse Regering werd vervolgens gevraagd de doelstellingen te concretiseren aan de hand van actiefiches.

Specifieke doelstellingen inzake preventief gezondheidsbeleid

Omdat verschillen in gezondheid grotendeels samenvallen met de armoedeproblematiek, is ook gezondheid als thema opgenomen in het VAPA. Daarbij werden de volgende doelstellingen en acties geformuleerd:

- De toegang van mensen in armoede tot een gepast en toereikend aanbod van preventie wordt bevorderd.
- De deelname van mensen in armoede aan de systematische preventieve opsporingsonderzoeken en preventie-initiatieven is tegen het einde van de legislatuur gestegen met minstens 20%.
- Participatieve campagnes en lokale acties voor gezond leven zijn op maat gemaakt van en uitgevoerd met mensen in armoede.
- Mensen in armoede hebben evenveel recht als de volledige populatie om in een gezonde omgeving te leven.

In totaal werden een zevental specifieke acties gekoppeld aan de bovenstaande doelstellingen.

Hoewel het Netwerk tegen Armoede¹⁹⁹ werd betrokken bij de opstelling van het VAPA, heeft het van in het begin ook kritiek geuit op het plan. Zo is het van oordeel dat een degelijke invulling van de voorziene acties ontbreekt op het vlak van timing, inhoud, opvolging en budget. Daardoor sijpelen de acties in de praktijk veel te weinig door in het beleid van de Vlaamse Regering. Het netwerk heeft die kritiek elk jaar herhaald²⁰⁰.

¹⁹⁸ Op 3 juli 2015 keurde de Vlaamse Regering het VAPA 2015-2019 goed. De Vlaamse Regering wil blijven inzetten op gezondheidsbevordering en ziektepreventie, met een bijzondere focus op kinderen (omwille van het rechtstreeks verband tussen armoede en gezondheidsproblemen bij kinderen en jongeren). Ook zal extra worden geïnvesteerd in een empowerende aanpak van kwetsbare groepen om de grotere risico's op mentale en fysieke ongezondheid van bij het begin te verkleinen.

¹⁹⁹ Het Netwerk tegen Armoede is de Vlaamse koepelorganisatie van de verenigingen waar armen het woord nemen. Het wordt door de Vlaamse Regering gesubsidieerd ter uitvoering van artikel 11 van het decreet van 21 maart 2003 betreffende de armoedebestrijding, dit ter ondersteuning van de participatie van armen aan het beleid.

²⁰⁰ Het advies van het Netwerk tegen Armoede vormt een vast onderdeel van de jaarlijkse voortgangsrapportering.

Voortgangsrapportering VAPA

De Vlaamse Regering stelt ieder jaar een voortgangsrapport op over de realisatie van de doelstellingen en acties van het VAPA. Het rapport bevat fiches van geclusterde acties. In concreto worden de voormelde acties met betrekking tot het preventief gezondheidsbeleid geclusterd in drie fiches. Ze geven in hoofdzaak een algemeen beeld van de acties, een overzicht van de betrokken partijen, de status van de geclusterde acties en een korte omschrijving. Daarnaast geven ze een (beperkt) overzicht van het stappenplan voor de periode 2010-2014, voor zover mogelijk met het daaraan gekoppelde budget (wat veelal niet mogelijk is). Een omstandige beschrijving van de stand van zaken ontbreekt dus²⁰¹. Eventueel nuttige elementen die aan bod komen in de fiches, worden hieronder verder besproken.

4.3 Aandacht voor kansarmoede in de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen

Het VAPA bepaalde dat binnen de actieplannen ter realisatie van de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen wordt nagegaan of er voldoende strategieën en methodieken zijn uitgewerkt die zich richten op kansarmen (actie 175). Ook is het de bedoeling bij de evaluatie van de gezondheidsdoelstellingen aandacht te hebben voor de gegevens over het bereiken van kwetsbare groepen en daaruit lessen te trekken bij de opmaak van de hernieuwde doelstellingen (actie 172).

Gezondheidsdoelstelling suïcidepreventie

Onderzoek²⁰² heeft een positieve relatie aangetoond tussen suïcide en een lagere SES (inkomensongelijkheid, opleiding, werkloosheid). De prevalentie blijkt het hoogst bij mensen die sociaal, economisch en qua opleiding minder bedeeld zijn. Ook het aantal pogingen tot zelfdoding ligt significant hoger bij laagopgeleiden. Bij adolescenten blijken een laag inkomen bij de ouders en armoede binnen het gezin een risicofactor voor suïcidaal gedrag te zijn. Internationaal onderzoek toonde aan dat de suïdecijfers het hoogst liggen bij het deel van de bevolking met de laagste SES. Een van de strategieën van het actieplan voor de preventie van zelfdoding 2012-2020 richt zich dan ook specifiek op kansarmen.

Op het vlak van geestelijke gezondheidsbevordering gericht op kansarmen is een aanzet gegeven met de methodiek *goed-gevoel-stoel*. Dat is een methodiek die het VIGeZ heeft ontworpen in navolging van het project *Fit in je hoofd, goed in je vel*, maar op zich blijft dat een beperkt aanbod. Heel wat preventieacties naar kansarmen die werden voorgesteld in de aanloop naar de gezondheidsconferentie suïcidepreventie, hebben uiteindelijk het VAS II niet gehaald²⁰³.

²⁰¹ In casu werden alleen de fiches bekeken die relevant waren voor deze audit.

²⁰² Reynders, A., van Heeringen, C., De Maeseneer, J., & Van Audenhove, C. (2009). Onderzoek naar verklarende factoren voor verschillen in suïdecijfers in Vlaanderen in vergelijking met Europese landen. Leuven: Steunpunt Volksgezondheid, Welzijn en Gezin.

²⁰³ Bijvoorbeeld laagdrempelige ontmoetingsplaatsen aanbieden, steunpunt vakantieparticipatie, stadsvlinders (weliswaar deels facettenbeleid).

Gezondheidsdoelstelling tabak, alcohol en drugs

Een van de krachtlijnen van het Vlaamse actieplan tabak, alcohol en drugs 2009-2015 betreft de systematische aandacht voor specifieke doelgroepen (zoals mensen in armoede) en gendersverschillen. De gezondheidsschade door tabak, alcohol en drugs is immers niet gelijk verdeeld over alle Vlamingen. Bepaalde groepen lopen systematisch meer risico dan andere. Zo zijn er onder mensen in armoede beduidend meer rokers, zijn ze meer verslaafd aan nicotine en hebben ze het moeilijker om te stoppen met roken.

De Vlaamse overheid heeft dan ook diverse projecten gefinancierd met de bedoeling die specifieke groepen beter te bereiken. Zo zijn er de projecten *24u niet roken* en *Uitgerookt* van het VIGeZ, waarbij op verschillende manieren wordt getracht zoveel mogelijk laagopgeleide rokers aan te moedigen te stoppen met roken.

In het actieplan wordt erop gewezen dat de actoren in het veld zich bewust zijn van de ongelijkheden en pogingen ondernemen om er rekening mee te houden, maar dat de inspanningen systematischer moeten worden ingebouwd in het beleid. Ook wordt benadrukt dat er bij de ontwikkeling van nieuwe methodieken nog te weinig gebruik wordt gemaakt van de expertise van de organisaties die specifiek werken met kansengroepen en dat voor de bestaande methodieken moet worden onderzocht in welke mate ze in staat zijn om mensen in armoede te bereiken. Waar nodig moeten specifieke, aangepaste methodieken en materialen worden ontwikkeld.

Gezondheidsdoelstelling bevolkingsonderzoeken naar kanker

In de gezondheidsdoelstelling (en subdoelstellingen) die eind 2012 afliep, is geen expliciete verwijzing opgenomen naar het bereik van kansengroepen. Gaandeweg werd echter duidelijk dat de participatie van kwetsbare groepen aan de screenings beduidend lager lag dan gemiddeld. Dat leidde op lokaal niveau hier en daar tot een losstaand project, zoals het Mamma'care-project in Antwerpen Noord, dat erop gericht was de participatiegraad van kansarmen in die multiculturele en achtergestelde wijk te doen toenemen. In zijn antwoord stelt VAZG dat uit de evaluatie van die projecten blijkt dat de inzet van middelen en mankracht groot is voor een geringe winst in participatie.

Een ander voorbeeld is de brochure die in 2008 onder andere door de Ondersteuningscel Logo's werd uitgewerkt voor moeilijk bereikbare groepen vrouwen. In 2011 voerde het VIGeZ een implementatiegraadmeting voor de brochure uit en concludeerde onder andere dat een aangepaste brochure voor laaggeletterden en allochtonen een must is. Hoewel de gratis deelname²⁰⁴ aan de Vlaamse bevolkingsonderzoeken in principe voor een grote toegankelijkheid zorgt, werd de problematiek van onderparticipatie bevestigd in een studie²⁰⁵ van 2011, waaruit bleek dat 68% van vrouwen met leefloon en 63% van werkzoekenden met wachtuitkering niet deelnamen aan de screenings.

²⁰⁴ Uitgezonderd het remgeld voor een consultatie bij een arts; vervolgonderzoeken en behandelingen niet meegerekend; abstractie van eventuele extra kosten aangerekend door labo's.

²⁰⁵ Zie het rapport *Karakterisering van niet-gescreende vrouwen* van het Intermutualistisch Agentschap, in samenwerking met de drie gemeenschappen en de Stichting tegen Kanker.

Bij de hernieuwing van de gezondheidsdoelstelling werd er rekening mee gehouden dat het bereiken van mensen met een lagere SES veel beter kan. In het actieplan 2015-2020 is opgenomen dat er – op basis van onderzoek – initiatieven moeten worden genomen om de toegankelijkheid te bevorderen, in het bijzonder voor personen met een lagere SES²⁰⁶, bijvoorbeeld door informatie aan te passen voor laagdrempelige, lokale initiatieven of door visuele voorstelling van informatie.

Gezondheidsdoelstelling vaccinaties

De gratis verstrekking van de vaccins uit het basisvaccinatieschema, in hoofdzaak via de consultatiebureaus en de CLB's, zorgt dat ook de kansarme kinderen en jongeren worden gevaccineerd. Bepaalde ondergevacceerde groepen, die niet noodzakelijk kansarm zijn, zouden binnenkort moeten worden bereikt via een mobiel vaccinatieteam.

Gezondheidsdoelstelling ongevallenpreventie

Zoals al hoger vermeld, bestaat er geen actieplan inzake ongevallenpreventie in de privésfeer. Het Rekenhof heeft geen kennis van specifieke projecten die zijn gericht op kansarme groepen.

Gezondheidsdoelstelling voeding en beweging

Een van de prioriteiten van het actieplan voeding en beweging 2009-2015 is het aanreiken van geschikte hulpmiddelen aan lokale beleidsactoren en organisaties die met kansarme groepen werken om hen zo aan te zetten tot gezond bewegen en evenwichtig eten. Uit de resultaten van de gezondheidsconferentie van 2008 bleek immers duidelijk dat kansengroepen ondermaats scoren qua gezonde eet- en leefgewoonten en dat een inhaalbeweging op dat vlak noodzakelijk is.

Ook hier financiert de Vlaamse overheid heel wat projecten om kansarmen aan te zetten meer te bewegen en gezonder te eten. Zo is er het project *Armoede in beweging* waarbij projectmiddelen kunnen worden aangevraagd voor lokale initiatieven die drempelverlagend werken ten aanzien van mensen in armoede voor deelname aan bewegingsactiviteiten. Een ander voorbeeld is het project *De Winkelgids*: een laagdrempelig visueel hulpmiddel (fotoboek) dat de verschillende barrières bij de aankoop van gezonde goedkope voedingsmiddelen doorbreekt bij moeilijk te bereiken doelgroepen zoals kansarmen.

Uit de evaluatie van dergelijke projecten blijkt echter dat het geen sinecure is de doelgroep te bereiken. Zo bleek uit het eindrapport van het project *123 feelfree social cookings* dat er onvoldoende evidentie was om het project voort te zetten omdat het niet lukte de doelgroep voldoende te betrekken en er bijgevolg te weinig gezondheidswinst werd geboekt.

²⁰⁶ Zie preventiestrategie *De financiële, geografische, socioculturele en informatieve toegankelijkheid tot bevolkingsonderzoeken verbeteren*.

4.4 PO's en OTW's

Het VAPA stipuleert dat de PO's bij de ontwikkeling van gezondheidsbevorderende methodieken en materialen aandacht moeten besteden aan methodieken die effectief en doelmatig zijn om mensen in armoede te motiveren tot volgehouden gezond gedrag en dat zij die doelstelling moeten opnemen in hun beheersdocumenten (actie 174).

Het VIGeZ levert al vele jaren expertise in de gezondheidsbevordering in het algemeen en enkele specifieke thema's. Het heeft daarbij ook de opdracht om expertise te leveren in de benadering van kansarmengroepen. Uit de jaarverslagen blijkt dat het VIGeZ inderdaad inspanningen levert op dat vlak. Zo voorziet het in specifieke vorming rond gezondheidsbevordering op maat van maatschappelijk kwetsbare groepen en ontwikkelt het methodieken en projecten die specifiek zijn gericht op die groepen of die de toegankelijkheid van universele projecten versterken. Daarnaast voorziet het VIGeZ in specifieke beleidsadviezen en tracht het een samenwerking op te zetten met armoedeactoren. Het VIGeZ stelde echter over te weinig middelen te beschikken om daar maximaal te kunnen op inzetten en te kunnen voldoen aan de vraag naar concrete werkvormen en deskundigheidsvorming.

De aandacht voor kansarmengroepen bij de andere PO's en OTW's verschilt sterk. Sommige organisaties richten hun werking specifiek op een kwetsbare groep of op een doelgroep waar de incidentie van kansarmen sowieso groot is, zoals de OTW's Spuitenruil (injecterende druggebruikers), het HIV-SAM-project van het ITG (gericht op Subsaharaanse Afrikaanse migranten), Pasop (mannen en vrouwen werkzaam in de prostitutie) en de VRGT (tuberculosepatiënten, met bijzondere aandacht voor asielzoekers, nieuwe migranten, gedetineerden, recidivisten en gevangenen). Bij andere organisaties is de opdracht dan weer van die aard dat een specifieke aandacht voor kansarmen weinig kosteneffectief is (het ITG-Reisgeneeskunde, de centra voor metabole aandoeningen).

Bij de overige PO's en OTW's heeft de Vlaamse overheid bij elke oproep voor het sluiten van een beheersovereenkomst de (standaard)formulering opgenomen dat de kandidaat bij zijn opdrachten bijzondere aandacht moet besteden aan bevolkingsgroepen die kampen met kansarmoede. De mate waarin ze daaraan tegemoetkomen, verschilt evenwel²⁰⁷.

Onder andere de werkgroep bevolkingsonderzoek en het pilootproject dikkedarmkanker van het CvKO hebben expliciet het belang van aparte of aangepaste sensibilisatie naar kansarmen benadrukt. Toch waren de inspanningen van het CvKO volgens het Rekenhof op dat vlak eerder beperkt. Voor borstkankeropsparing werd in 2012 het voormelde Mamma'care-project uitgevoerd, een gecombineerde campagne rond borst- en baarmoederhalskankerscreening gericht naar allochtone moslimvrouwen, alsook een mammobielpject in Lommel, dat hoofdzakelijk door de provincie Limburg werd gefinancierd en volgens het CvKO verlieslatend²⁰⁸ was. Daarnaast zijn onder andere via de Logo's ook het mammoboxspel en anderstalige brochures beschikbaar. Voor het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker was er nog geen aangepast materiaal gemaakt om kwetsbare groepen te bereiken.

²⁰⁷ Het Rekenhof baseert zich daarvoor op de jaarverslagen 2012 en 2013.

²⁰⁸ Maar 35 vrouwen gescreend op 4 dagen.

Sommige organisaties zoals Domus Medica, De Sleutel, Sensoa en enkele landsbonden van de ziekenfondsen spannen zich in op dat vlak. Zo heeft Sensoa een specifieke werking naar kwetsbare migranten ontwikkeld en richt het zich waar zinvol ook tot autochtone kansarmengroepen. De Sleutel voerde (weliswaar pas) vanaf 2012 een nieuw aanbod met reductietarief in voor scholen die veel leerlingen hebben die beantwoorden aan gelijkekansenindicatoren (GOK-leerlingen).

Andere organisaties zoals de VAD, het CPZ, Eetexpert, het EVV, de Diabetes Liga en de VWVJ geven daar weinig invulling aan of beperken zich grotendeels tot een intentieformulering. Hoewel de uitvoeringsorganisaties inzake spuitenruil veel in contact komen met druggebruikers die te maken hebben met kansarmoede²⁰⁹, is de deelname van bijvoorbeeld straathoekwerk of CAW's aan spuitenruilinitiatieven eerder gering.

Het VAPA bepaalt ook dat methodieken die gericht zijn op kansarmen moeten worden ontwikkeld en geëvalueerd in samenwerking met (het netwerk van) verenigingen waar armen het woord nemen of ervaringsdeskundigen en organisaties die de doelgroep bereiken (actie 175).

Volgens het Netwerk tegen Armoede beperkt de samenwerking zich voornamelijk tot occasioneel overleg met het VIGeZ en is samenwerking met andere PO's en OTW's zeer beperkt tot onbestaande. In voorkomend geval gebeurt dat volgens het netwerk vaak in een te late fase van het ontwikkelingsproces, waardoor bijsturen vaak niet meer mogelijk is²¹⁰. Het grootste pijnpunt volgens het netwerk is de ontoereikende ondersteuning bij de toepassing van de methodieken op het terrein.

Uit de verschillende interviews blijkt dat maar weinig PO's en OTW's werken met ervaringsdeskundigen.

De memorie van toelichting bij artikel 7 van het preventiedecreet stelt dat bij de evaluatie van de organisaties die subsidies ontvangen van de Vlaamse Regering voor taken van preventieve gezondheidszorg, rekening wordt gehouden met de mate waarin zij aandacht besteden aan bevolkingsgroepen die kampen met kansarmoede. Zoals eerder vermeld, zijn de jaarafrekeningen van het VAZG zeer summier opgesteld. Aandacht voor kansarmengroepen vormt geen specifiek item in de verslaggeving.

4.5 Logo's

Het VAPA bepaalt dat de Logo's in samenwerking met het VIGeZ de goede praktijken intersectoraal op locoregionaal niveau verspreiden die gezond leven bevorderen bij mensen in armoede (actie 177).

Logo's zijn samenwerkingsverbanden van preventieorganisaties. Zes types van organisaties moeten daarbij verplicht worden uitgenodigd. Daar horen kansarmenverenigingen niet toe, ondanks de bijzondere aandacht voor kansarmoede die de decreetgever vraagt bij de uitvoering van het preventief gezondheidsbeleid.

²⁰⁹ 4,8% is dak- of thuisloos en leeft in onstabiele omstandigheden (jaarverslag 2013, Free Clinic).

²¹⁰ De geïnterviewde Logo's hebben dezelfde kritiek geuit.

Dat betekent echter niet dat de Logo's in hun werking die organisaties uitsluiten. In 2013²¹¹ bestond gemiddeld zo'n 3,5% van het theoretisch netwerk van de Logo's uit kansarmenverenigingen²¹². De mate waarin de Logo's de kansarmenverenigingen daadwerkelijk bereiken, ligt naar eigen zeggen rond de 10%²¹³.

Zoals al vermeld, werken de Logo's niet met beheersovereenkomsten en beleids- en jaarplannen, maar legt de Vlaamse overheid hun opdrachten vast door actiefocussen te formuleren in het uitwisselingsplatform Cirro. De aandacht voor kansarmoede daarbij is diffuus.

Zo zijn er drie actiefocussen die specifiek betrekking hebben op bevolkingsgroepen met een lagere sociaaleconomische status, namelijk één themaoverschrijdende actiefocus en twee actiefocussen voor de gezondheidsdoelstellingen suïcidepreventie en tabak, alcohol en drugs. In het kader van de themaoverschrijdende actiefocus heeft de meerderheid van de Logo's één of meer projecten uitgevoerd. Het totaal aantal projecten is echter beperkt²¹⁴. Het aantal ondersteuningsmiddelen dat aan de actiefocus is gekoppeld, is beperkt tot drie. Het is onduidelijk hoeveel projecten werden uitgevoerd in het kader van de twee andere actiefocussen²¹⁵. Er zijn 5 ondersteuningsmiddelen voor suïcidepreventie en 54 voor tabak, alcohol en drugs.

Dat er voor de andere gezondheidsdoelstellingen geen specifieke actiefocus voor bevolkingsgroepen met een lagere sociaaleconomische status werd geformuleerd, betekent niet dat er geen projecten voor die doelgroepen worden uitgevoerd²¹⁶. Het is niet duidelijk waarom voor sommige gezondheidsdoelstellingen een specifieke SES-actiefocus wordt geformuleerd en voor andere niet.

De Logo's hebben er geen zicht op of hun projecten effect sorteren en of ze dus daadwerkelijk de kwetsbare groepen bereiken en hen aanzetten tot een gezondere manier van leven. Cirro laat de Logo's wel toe feedback te geven over de te volgen actiestrategie, de beschikbare ondersteuningsmiddelen en hun ervaringen met het betrokken project. De volgende commentaar kwam vaak terug bij de SES-projecten:

- Er is nood aan meer visueel, aantrekkelijk, ontspannend, dynamisch materiaal.
- De doelgroep is het Nederlands vaak niet machtig en er is soms sprake van aanzienlijke cultuurverschillen.
- De doelgroep heeft vaak andere zorgen en prioriteiten – het is daarom moeilijk om de doelgroep vormingen te laten bijwonen.
- Methodieken moeten op maat en aangepast worden aan de doelgroep (vertaling van het promotiemateriaal naar de leefwereld van de armen).

²¹¹ Bron: jaarafrekeningen VAZG voor het werkingsjaar 2013. Dat is inclusief de wijkgezondheidscentra.

²¹² Enkel de Logo's Dender en Oost-Brabant scoorden hoger met respectievelijk 15% en 11%.

²¹³ Bij twee derde van de Logo's worden kansarmenorganisaties in minder dan 10% van de projecten bereikt. Enkel de Logo's Dender, Genk, Hasselt, Mechelen en Oost-Brabant halen een hoger bereik, waarbij Logo Genk met 22% het hoogste bereik haalt. De registratie door de Logo's in Cirro is echter nog niet optimaal, aangezien in 2013 gemiddeld in 17% van de projecten het bereikte netwerk niet werd ingevuld. De intensiteit van het bereik is niet bekend.

²¹⁴ In het voorjaar van 2015 besliste het VAZG de themaoverschrijdende actiefocus te schrappen omdat het merkte dat de Logo's er weinig projecten aan koppelden, ook al voerden ze wel degelijk SES-projecten uit.

²¹⁵ Cirro maakt het niet mogelijk na te gaan hoeveel projecten in het kader van die actiefocussen werden uitgevoerd.

²¹⁶ Bijvoorbeeld de projecten Mamma'Care in het kader van de gezondheidsdoelstelling bevolkingsonderzoeken naar kanker en verschillende SES-projecten in het kader van de gezondheidsdoelstelling voeding en beweging.

- Belang van netwerken met andere betrokken organisaties in kader van armoedebestrijding.
- De financiële ruimte voor dergelijke projecten is vaak beperkt voor iets dat zeer tijds- en arbeidsintensief kan zijn. Er is dus nood aan extra financiële ondersteuning.

4.6 Conclusie

De aandacht voor kansarmen neemt de laatste jaren gestaag toe. Zo vormt die groep bij de hernieuwing van de gezondheidsdoelstellingen (en bijbehorende actieplannen) veelal een specifieke prioriteit. Ook worden de drempels waarmee die kwetsbare groep wordt geconfronteerd, meer en meer geïnventariseerd.

Deskundigheidsvorming in de gezondheidsbevordering op maat van kansarmen wordt gestimuleerd, maar er is zeker nog een lange weg af te leggen. Een aantal uitvoeringsorganisaties hebben al een zekere expertise in de problematiek opgebouwd, maar voor een meerderheid ervan is dat nog niet het geval.

Veel campagnes en interventies die gezond gedrag willen bevorderen, zijn nog te weinig op maat van kansarmen en richten zich doorgaans vaak enkel op de gemiddelde bevolking. Dat houdt het risico in dat de bestaande gezondheidsgroef nog groter wordt.

HOOFDSTUK 5

Algemene conclusie

Uitvoeringslandschap

De Vlaamse overheid heeft een uitgebreid uitvoeringslandschap voor het preventief gezondheidsbeleid opgezet, waarbij echter nog een aantal aspecten onvoldoende of ondoelmatig zijn ingevuld. Om haar zes gezondheidsdoelstellingen te realiseren, heeft de Vlaamse Regering voor de meeste ervan actieplannen opgesteld. Alleen voor ongevallenpreventie is dat niet het geval. De actieplannen zijn op het vlak van inhoudelijke samenhang en detaillering zeer verschillend. Bij de uitvoering ervan krijgt de minister advies van Vlaamse werkgroepen. Die spelen een belangrijke rol bij de invulling en coördinatie, zeker als de actieplannen op een abstracter niveau zijn opgesteld, zoals bij voeding en beweging, alsook bij tabak, alcohol en drugs. Voor dat laatste thema was de daadkracht van de werkgroep echter beperkt. Voor de ad-hoc-thema's die naast de gezondheidsdoelstellingen bestaan, heeft de Vlaamse Regering geen actieplannen opgesteld en, met uitzondering van metabole screening, evenmin ondersteunende Vlaamse werkgroepen opgericht.

De organisatie van het uitvoeringslandschap binnen de diverse beleidsthema's vertoont enkele knelpunten, zeker wat betreft het terreinwerk:

- Voor de gezondheidsdoelstelling suïcidepreventie is het uitvoeringslandschap versnipperd. Op het terrein zijn er immers niet alleen drie OTW's actief, maar ook CGG-SP en Logo-preventiecoaches. Dat vergt overlegstructuren op verschillende niveaus, wat een eenduidige aansturing of besluitvorming bemoeilijkt.
- Voor de gezondheidsdoelstelling tabak, alcohol en drugs ontbreekt de integrale benadering die bij de uitvoering van de doelstelling vooropstaat. Zo spelen de CGG-AD nog steeds geen grote rol inzake tabakspreventie. De uitvoering van het beleid gebeurt ook vooral projectmatig. De Vlaamse Regering steunt op vaste uitvoeringsorganisaties, namelijk de CGG-AD en de Logo's. De concrete doelstellingen of opdrachten van de CGG-AD komen vooralsnog nauwelijks tot uiting in de beleidsplannen van de CGG's.
- De administratieve structuur van de drie bevolkingsonderzoeken naar kanker is niet coherent. Alleen voor het bevolkingsonderzoek naar borstkanker heeft de Vlaamse Regering het CvKO als PO erkend, terwijl voor het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker alleen een erkenning als OTW gebeurde. Voor dikkedarmkanker steunt de samenwerking zelfs uitsluitend op facultatieve subsidiëring en overheidsopdrachten. Op het vlak van sensibilisering is de inbreng van de talrijke actoren nog niet onderling afgestemd.
- Een specifieke OTW voor ongevallenpreventie bij ouderen ontbreekt. Nochtans worden de praktijkrichtlijnen van het EVV op het terrein volgens het VAZG als moeilijk uitvoerbaar ervaren. Er is nood aan een multidisciplinaire aanpak.
- Er ontbreekt een PO die in staat is een langetermijnvisie te ontwikkelen voor het thema beweging, alsook een degelijke ondersteuning voor voeding en beweging op het terrein.

- Bij de preventie van diabetes, een ad-hoc-thema, is er een tekort aan capaciteit voor de ondersteuning op het terrein en de uitvoering van de ontwikkelde methodieken.
- Voor het ad-hoc-thema seksuele gezondheid ontbreekt een alomvattende en onderbouwde strategie en visie.

De uitvoering van het Vlaamse vaccinatiebeleid is grotendeels in handen van het VAZG zelf en verloopt meer dan behoorlijk.

De verdeling van het globale preventiebudget over de verschillende gezondheidsdoelstellingen en ad-hoc-thema's is weinig onderbouwd en eerder historisch gegroeid. Dat geldt ook voor de budgetten die worden toegekend aan de verschillende uitvoeringsorganisaties. In vier van de zes actieplannen ging te weinig aandacht naar een meerjarig budgettair kader, nodig om de erin opgenomen actiepunten te kunnen uitvoeren.

Uitvoering preventief gezondheidsbeleid

Het preventief gezondheidsbeleid wordt voor een groot deel uitgevoerd door organisaties waarmee de Vlaamse overheid al jaren samenwerkt. De Vlaamse overheid is daarbij sterk afhankelijk van een aanzienlijk aantal uitvoeringsorganisaties die elk op hun terrein nagenoeg een monopoliepositie bezitten. Het bestaande oproepsysteem zou daarin op termijn verandering kunnen brengen, maar gaat ook gepaard met enkele nadelen, zoals de omslachtige procedure en spanningen tussen de organisaties.

Het preventiedecreet had de bedoeling de relaties tussen de overheid en de diverse uitvoeringsorganisaties te stroomlijnen. De decreetgever heeft daarom een duidelijke taakafbakening tussen de PO's en OTW's naar voren geschoven. Het Rekenhof heeft vastgesteld dat de overheid daarvan in de praktijk enigszins afwijkt, wat bij sommige organisaties een wat meer diffuus en hybride beeld oplevert.

De oproepen voor PO's en OTW's zijn onvoldoende afgestemd op de gezondheidsdoelstellingen, in het bijzonder door een verschillende timing en doordat de actieplannen onvoldoende aangeven in welke mate PO's of OTW's zullen worden gezocht of ingeschakeld.

De aansturing van de PO's en OTW's is globaal genomen kwaliteitsvol, mede dankzij degelijk uitgewerkte beheersovereenkomsten en beleidsplannen en frequent overleg. De detailgraad van de begrotingen van de organisaties is te verschillend en in de overeenkomsten dienen meer meetbare doelstellingen te worden opgenomen.

Het potentieel van de OTW's van rechtswege, in het bijzonder de CLB's, wordt onvoldoende benut. Alleen in het vaccinatiebeleid spelen zij een belangrijke rol. Door hun groot bereik zou een grotere betrokkenheid van die organisaties een meerwaarde betekenen voor de uitvoering van het Vlaamse gezondheidsbeleid.

De PO's en OTW's voeren hun opdrachten in het algemeen uit in overeenstemming met de planningsdocumenten. De afstemming tussen de diverse documenten van de uitvoeringsorganisaties en de toelichting in geval van een afwijkende uitvoering, schieten soms tekort. Uit de evaluatiedocumenten van de Vlaamse overheid blijkt niet altijd in hoeverre ze zelf zicht heeft op de eigenlijke uitvoering door de organisaties, noch op de kwaliteit ervan.

De activiteiten van de PO's en OTW's zijn wetenschappelijk onderbouwd en zij doen redelijke inspanningen om te komen tot procesgerelateerde evaluaties van de ontwikkelde of toegepaste methodieken of materialen. Inzicht in de kosteneffectiviteit is moeilijker en is vooralsnog beperkt tot geïsoleerde metingen.

De Vlaamse overheid heeft weinig inzicht in de resultaten van de Logo's en de evaluatie ervan schiet te kort, aangezien ze bijna uitsluitend steunt op het Cirro-registratiesysteem. Dat systeem bevat onvolledige en niet eenvormige informatie. De verhoudingen in de driehoek VAZG-VIGeZ-Logo's, alsook de positie van de Logo's in de keten van methodiekontwikkeling, zijn niet altijd duidelijk. De Logo's werken nauw samen met lokale besturen, maar de Vlaamse Regering heeft zelf nog steeds geen concrete afspraken gemaakt met de lokale overheden voor een betere afstemming van het preventief gezondheidsbeleid. De mate van betrokkenheid van de Logo's verschilt sterk per gezondheidsdoelstelling en ook onderling zijn er grote verschillen tussen de individuele Logo's.

Het preventief gezondheidsbeleid wordt ook voor een deel uitgevoerd via projectsubsidies. Bijna de helft van die projectsubsidies wordt toegekend aan uitvoeringsorganisaties die al structureel worden gefinancierd om opdrachten in het kader van het preventief gezondheidsbeleid uit te voeren. Meestal wordt onvoldoende aangetoond waarom de realisatie van – vaak belangrijke – methodieken buiten de beheersovereenkomsten om gebeurt. Voor de grotere PO's vormt dat een belangrijke bijkomende financieringsstroom, naast hun structurele financiering.

Aandacht voor kansarmoede

De aandacht voor kansarmen neemt de laatste jaren gestaag toe, maar het huidige beleid beperkt zich vaak nog tot het louter formuleren van goede intenties. Veel campagnes en interventies die gezond gedrag willen bevorderen, zijn nog te weinig op maat van kansarmen. Dat is onder meer te wijten aan een gebrek aan deskundigheid ter zake bij het merendeel van de uitvoeringsorganisaties. Ook wordt weinig gebruik gemaakt van de kennis en ervaring van organisaties die wel rond die doelgroep werken.

HOOFDSTUK 6

Aanbevelingen

Uitvoeringslandschap

- Het is wenselijk de uitvoeringsstructuur inzake suïcidepreventie te stroomlijnen.
- De opdrachten inzake tabak-, alcohol- en drugspreventie waarvoor de Vlaamse overheid CCG's inzet, moeten tot uiting komen in duidelijke afspraken of overeenkomsten.
- De inzet van sensibiliseringsmiddelen voor de bevolkingsonderzoeken naar kanker dient beter te worden gecoördineerd en afgestemd op doelgroepen die onvoldoende worden bereikt. Ook een coherente administratieve structuur is raadzaam.
- Inzake ongevalpreventie is het aan te bevelen meer in te zetten op het stimuleren van multidisciplinair overleg, waarbij een eenduidige werkwijze, taakverdeling en samenwerkingsafspraken tussen de diverse actoren worden vastgelegd.
- Voor het thema beweging verdient het aanbeveling bijkomend in te zetten op het ontwikkelen van een langetermijnvisie. De ondersteuning op het terrein voor de toepassing van methodieken voor de gezondheidsdoelstelling voeding en beweging en de feitelijke uitvoering daarvan, dienen verzekerd te worden.
- Op het vlak van diabetespreventie lijkt een sterkere inzet op terreinwerk nuttig.
- Er dient een systeem te worden ontwikkeld voor een onderbouwde verdeling van het preventiebudget over de verschillende gezondheidsdoelstellingen of preventiethema's.

Uitvoering preventief gezondheidsbeleid

- De overheid moet de voor- en nadelen van het oproepsysteem blijven afwegen.
- De output van PO inzake methodiekontwikkeling verdient een betere planning, monitoring en koppeling aan een budget.
- De Vlaamse minister van Volksgezondheid dient werk te maken van een betere inschakeling van het preventiewerk op het lokale en provinciale niveau (uitvoering artikel 27 van het preventiedecreet).
- Het sluiten van beheersovereenkomsten dient zoveel mogelijk te worden afgestemd op de actieplannen van de gezondheidsdoelstellingen.
- Het VAZG dient te waken over de onderlinge afstemming, onder meer op vlak van structuur, van de beheersovereenkomst, het beleidsplan, het jaarplan en het jaarverslag. De werkelijke uitvoering moet duidelijk blijken uit het jaarverslag en moet kunnen worden getoetst aan de in het jaarplan vooropgestelde initiatieven.
- De betrokkenheid en de opdrachten van de CLB's inzake de realisatie van de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen dienen beter te worden uitgewerkt in overleg tussen de beleidsdomeinen Volksgezondheid en Onderwijs.

Logo's

- De verhouding tussen het VAZG, het VIGeZ en de Logo's op het vlak van aansturing en ondersteuning moet worden uitgeklaard en geoptimaliseerd.
- De positie van de Logo's in de keten van methodiekontwikkeling dient te worden herbekeken en verbeterd.
- De uniformiteit en kwaliteit van de informatie die de Logo's invoeren in het registratiesysteem Cirro, dienen te verhogen.

Projecten

- Als de Vlaamse overheid een PO of OTW subsidies toekent voor een project inzake preventie, dient zij de meerwaarde daarvan voldoende aan te tonen, in het bijzonder ten aanzien van de bestaande beheersovereenkomsten.
- Belangrijke projecten die al diverse jaren lopen, dienen te worden geëvalueerd met het oog op integratie in de reguliere werking van de betrokken uitvoeringsorganisatie.

Kansarmoede

- De Vlaamse overheid dient meer te investeren in de ontwikkeling van methodieken en materialen die mensen in armoede doelmatig motiveren tot volgehouden gezond gedrag. Kennisopbouw rond kansarmoede bij de uitvoeringsorganisaties en een participatieve betrokkenheid van kansarmoede-expertisecentra zijn daarbij cruciaal.

HOOFDSTUK 7

Reactie van de minister

De minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin heeft op 11 januari 2016 gereageerd op het ontwerpverslag van de audit (zie bijlage 4). Hij stelde dat het Rekenhof een grondige analyse van het preventiebeleid maakte en dat hij de vaststellingen van het verslag wil aangrijpen om verder constructief in te zetten op een sterker en efficiënter preventiebeleid in Vlaanderen.

De minister reageerde globaal positief op de aanbevelingen van het Rekenhof en toonde aan dat aan sommige aanbevelingen reeds werd tegemoet gekomen of dat er in de nabije toekomst mee rekening zal worden gehouden. Dit is niet voor alle aanbevelingen het geval. Enkele voorbeelden:

- De minister onderstreepte dat de Vlaamse overheid veel inspanningen levert om een kosteneffectief preventief gezondheidsbeleid te voeren. Het Rekenhof beaamt dat hiertoe inderdaad veel voorwaarden aanwezig en gerealiseerd zijn en heeft dit ook toegelicht in het verslag. De geformuleerde aanbeveling beoogt echter de verdeling van het beschikbare budget over de verschillende gezondheidsdoelstellingen of preventiethema's beter te onderbouwen.
- De minister stelde dat hij er niet voor opteert bepaalde opdrachten en verantwoordelijkheden inzake de organisatie van het preventief gezondheidsbeleid te delegeren aan de gemeentebesturen, maar hiervoor de Logo's wil blijven inzetten, waardoor hij strikt genomen geen uitvoering geeft aan artikel 27 van het preventiedecreet.
- Om de beheersovereenkomsten zoveel mogelijk af te stemmen op de actieplannen van de gezondheidsdoelstellingen, heeft de minister de intentie om in totaal 21 lopende beheersovereenkomsten te verlengen voor ten hoogste drie jaar, dit in afwachting van enkele geplande gezondheidsconferenties (die uiteindelijk moeten leiden tot nieuwe gezondheidsdoelstellingen en bijbehorende actieplannen). Dit is op zich positief, maar holt tegelijkertijd de doelstelling van de oproepprocedure inzake marktwerking uit. Bovendien bepaalt het preventiedecreet dat de duurtijd van de beheersovereenkomsten beperkt is tot maximaal vijf jaar.
- De minister duidde in zijn antwoord niet hoe de uniformiteit en kwaliteit van de informatieverstrekking via Cirro, het registratiesysteem van de Logo's, concreet zal worden verhoogd en hoe meer inzicht zal worden verkregen in het bereiken van de uiteindelijke doelgroep. Het toekomstig gebruik van Cirro voor de rapportering door de PO's en de OTW's is voor het Rekenhof dan ook geen evidentie.
- Inzake de aanbeveling over kansarmoede beaamde de minister ten slotte dat het voor uitvoeringsorganisaties belangrijk is om samen te werken met organisaties die specifiek gericht zijn op kansengroepen. De minister vulde aan dat de meeste experts vinden dat inspanningen moeten worden geleverd om de zogenaamde *lagere middenklasse* te bereiken, eerder dan zich vooral te richten op de zwakste groepen in de samenleving. Het Rekenhof meent dat beleidsopties daaromtrent steeds met de nodige omzichtigheid en onderbouwing moeten worden genomen.

BIJLAGE 1

Overzicht van de PO's en OTW's

Partnerorganisaties (PO)	Korte omschrijving
Centrum voor Kankeropsporing (CvKO)	Vlaamse bevolkingsonderzoeken naar borstkanker
Diabetes Liga	Preventie van en bij diabetes
Domus Medica	Preventieve gezondheidszorg door huisartsen
Eetexpert	Eet- en gewichtsproblemen
Expertisecentrum Val- en Fractuurpreventie Vlaanderen (EVV)	Val- en fractuurpreventie bij ouderen
Free Clinic	Sputenruil bij injecterende druggebruikers
Instituut voor Tropische Geneeskunde (ITG)-Reisgeneeskunde	Reisgeneeskunde
Kind en Gezin	Partnerorganisatie van rechtswege
Sensoa	Expertisecentrum voor seksuele gezondheid
Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP)	Preventie van zelfdoding
Vlaams Instituut voor Gezondheids-promotie en Ziektepreventie (VIGeZ)	Expertisecentrum voor gezondheidspromotie en ziektepreventie, treedt ook op als ondersteuningscel van de Logo's
Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD)	Expertisecentrum voor alcohol- en andere drugproblemen
Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (VWVJ)	Preventieve jeugdgezondheidszorg naar schoolgaande kinderen en jongeren

Organisaties met terreinwerking (OTW)	Korte omschrijving
Centrum ter Preventie van Zelfdoding (CPZ)	Suïcidepreventie door telegzorg
Centrum voor Kankeropsporing (CvKO)	Vlaamse bevolkingsonderzoeken naar borst- en baarmoederhalskanker
Centrum voor leerlingenbegeleiding (CLB)	Organisatie met terreinwerking van rechtswege
Centra voor opsporing van aangeboren metabole aandoeningen (2 organisaties)	Vlaams bevolkingsonderzoek naar aangeboren aandoeningen bij pasgeborenen op een bloedstaal
Consultatiebureaus voor het Jonge Kind	Organisatie met terreinwerking van rechtswege
De Sleutel	Vaardigheidstraining rond preventie van middelengebruik in het onderwijs
Instituut voor Tropische Geneeskunde (ITG)-HIV-SAM	Seksuele gezondheid bij Subsaharaanse Afrikaanse Migranten in heel Vlaanderen
Landsbonden (5 organisaties)	Ondersteunen van de ziekenfondsen met betrekking tot preventieve gezondheid
Pasop	Seksuele gezondheid bij sekswerkers in Vlaanderen
Sputenruil (5 organisaties)	Sputenruil bij injecterende druggebruikers
Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding (VRGT)	Uitvoeren van bepaalde aspecten van het tuberculosebeleid zoals bepaald door het VAZG
Wergroep Verder	Zorg voor de nabestaanden na zelfdoding
Zorg voor Suïcidepogers (ZSP)	Zorg voor suïcidepogers

BIJLAGE 2

Betrokkenheid van de PO's en OTW's bij de uitvoering van de gezondheidsdoelstellingen

De organisaties in cursief zijn niet formeel als PO of OTW erkend.

Gezondheidsdoelstelling			PO	OTW	
		Specifiek	Themaoverschrijdend	Specifiek	Themaoverschrijdend
Suicidepreventie		• VLESP	• VIGeZ • Domus Medica • VVVJ	• CPZ • Werkgroep Verder • ZSP • CGG-SP • Logo-Preventiecoaches	• Landsbonden • CLB's
Tabak, alcohol en drugs	Tabak	/	• VIGeZ • K&G • Domus Medica	• De Sleutel	• Landsbonden • CLB's • Consultatiebureaus
	Alcohol	• VAD	• VIGeZ • K&G • Domus Medica	• De Sleutel • CGG-AD	• Landsbonden • CLB's • Consultatiebureaus
	Drugs	• VAD • Spuitenruil (Free Clinic)	• VIGeZ • K&G • Domus Medica	• De Sleutel • CGG-AD • Spuitenruil (5 organisaties)	• Landsbonden • CLB's • Consultatiebureaus
Bevolkings onderzoeken naar kanker	Borstkanker	• CvKO	• Domus Medica • VIGeZ	• CvKO	• Landsbonden
	Baarmoederhalskanker	• CvKO	• Domus Medica • VIGeZ*	• CvKO	• Landsbonden
	Dikkedarmkanker	• CvKO	• Domus Medica • VIGeZ*	• CvKO	• Landsbonden
Vaccinaties		• VAZG • ITG-Reisgeneeskunde	• Domus Medica • VVVJ • K&G • VIGeZ	/	• Consultatiebureaus • CLB's • Landsbonden
Ongevallenpreventie	Kinderen	/	• K&G	/	• Consultatiebureaus
	Ouderen	• EVV	• VIGeZ • Domus Medica	/	• Landsbonden
Voeding en beweging	Voeding	• Eetexpert	• VIGeZ • Domus Medica • VVVJ • K&G	/	• CLB's • Landsbonden • Consultatiebureaus
	Beweging	/	• VIGeZ • Domus Medica • VVVJ • K&G	/	• CLB's • Landsbonden • Consultatiebureaus

* Enkel vraaggestuurd advies aan het CvKO

Ad-hoc-thema				
	Specifiek	Themaoverschrijdend	Specifiek	Themaoverschrijdend
Seksuele gezondheid	• Sensoa • ITG – HIV-SAM • Pasop	/	• ITG – HIV-SAM • Pasop • Sensoa	/
Diabetes	• Diabetes Liga	• Domus Medica • VIGeZ • VVVJ	/	• CLB's • Landsbonden
Metabole aandoeningen	/	/	• Centra voor opsporing van aangeboren metabole aandoeningen	• Consultatiebureaus
Tuberculose	/	/	• VRGT	/
Andere ad-hoc-thema's	/	/	/	/

BIJLAGE 3

Overzicht van de Logo's

Provincie Antwerpen

Logo	Aantal gemeenten	Aantal inwoners
Logo Antwerpen	24	942.274
Logo Kempen	27	444.892
Logo Mechelen	19	406.211

Provincie Limburg

Logo	Aantal gemeenten	Aantal inwoners
Logo Genk	12	252.076
Logo Hasselt	32	601.163

Provincie Oost-Vlaanderen

Logo	Aantal gemeenten	Aantal inwoners
Logo Dender	12	340.226
Logo Gezond+	45	883.653
Logo Waasland	8	237.065

Provincie Vlaams-Brabant

Logo	Aantal gemeenten	Aantal inwoners
Logo Oost-Brabant	30	482.751
Logo Zenneland	35	618.529

Provincie West-Vlaanderen

Logo	Aantal gemeenten	Aantal inwoners
Logo Brugge	13	314.502
Logo Leieland	14	313.941
Logo Midden-West-Vlaanderen	27	356.907
Logo Oostende	10	187.669

Tweetalig gebied Brussel Hoofdstad

Logo	Aantal gemeenten	Aantal inwoners
Logo Brussel	19	²¹⁷ 300.000

²¹⁷ Voor het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad worden forfaitair 300.000 inwoners in rekening gebracht.

BIJLAGE 4

Antwoord van de Vlaamse minister van Welzijn

Brussel, 11 januari 2016

Rapport inzake het preventieve gezondheidsbeleid in Vlaanderen

Geachte heer Desomer,

Met veel interesse namen wij kennis van uw rapport.

Het Rekenhof maakte een grondige analyse van het preventiebeleid.

We hopen dat we met de antwoorden en commentaren die we u bij deze bezorgen, kunnen aantonen dat we de vaststellingen aangrijpen om verder constructief in te zetten op een sterker en efficiënter preventiebeleid in Vlaanderen.

In bijlage bezorgen we u onze bevindingen. Met vriendelijke groeten,

Jo Vandeurzen

Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Reactie op het rapport van het Rekenhof inzake het preventieve gezondheidsbeleid in Vlaanderen

Aanbevelingen Rekenhof over 'uitvoeringslandschap'

1. *Het is wenselijk de uitvoeringsstructuur inzake suïcidepreventie te stroomlijnen.*

Er is inderdaad nood aan een sterkere stroomlijning en rationalisering binnen de preventie van suïcide. Daarom werd geen nieuwe oproep gelanceerd voor het sluiten van een beheers-overeenkomst vanaf 2017 met de terreinorganisaties 'Werkgroep Verder' (nabestaanden en mediatorrichtlijnen) en 'Ondersteuning opvang suïcidepogers'²¹⁸. We willen de opdrachten van deze terreinorganisaties en ook de coördinatie van de suïcidepreventiewerkers in de CGG, sterker stroomlijnen en op mekaar afstemmen. We bekijken samen met de sector in 2016 hoe we dit gaan realiseren alvorens hier verder stappen te zetten.

Daarnaast wijzen we erop dat er reeds jaren afspraken zijn rond training en deskundigheidsbevordering. De suïcidepreventiewerking van de CGG (Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg), het CPZ (Centrum ter Preventie van Zelfdoding) en de Werkgroep Verder hebben afspraken gemaakt rond doelgroepen en inhoud. ASPHA (Advies suïcidepreventie huisartsen en andere hulpverleners) voorziet zelf geen vorming. De vorming aan huisartsen wordt opgenomen door de Suïcidepreventiewerking van de CGG. Daarnaast bieden het CPZ, de Suïcidepreventiewerking van de CGG en Werkgroep Verder vanaf 2016 een gezamenlijk aanbod rond suïcidepreventie naar bedrijven.

2. *De opdrachten inzake tabak-, alcohol- en drugspreventie waarvoor de Vlaamse overheid CGG's inzet, moeten tot uiting komen in duidelijke afspraken of overeenkomsten.*

In de nieuwe overeenkomsten met de CGG (2015 tot en met 2017) wordt explicieter dan voorheen verwezen naar de specifieke opdrachten inzake preventie. CGG die een erkenning hebben als organisatie met terreinwerking in het kader van suïcidepreventiewerking of de drugspreventie hebben een addendum aan hun overeenkomst. In het referentiekader dat integraal deel uitmaakt van de overeenkomst en waarin de eisen en verwachtingen vanuit de overheid zijn opgelijst over de verwachte kwaliteit van zorg- of hulpverlening in het CGG, is een luik rond preventie, vroegdetectie en -interventie opgenomen.

3. *De inzet van sensibiliseringsmiddelen voor de bevolkingsonderzoeken naar kanker dient beter te worden gecoördineerd en afgestemd op doelgroepen die onvoldoende worden bereikt. Ook een coherente administratieve structuur is raadzaam.*

Er is een Vlaamse werkgroep sensibilisering met betrekking tot de bevolkingsonderzoeken naar kanker opgestart. Via een overheidsopdracht is externe expertise ingebracht om het sensibiliseringsplan verder uit te werken. Het plan zal gerealiseerd worden door het Centrum voor Kankeropsporing (CvKO) in afstemming met de Vlaamse werkgroep sensibilisering en onder aansturing van het agentschap Zorg en Gezondheid.

²¹⁸ CF mededeling VR 4 december 2015.

Om een coherenter administratieve structuur te bekomen werden de huidige beheersovereenkomsten met het CvKO voor borstkanker verlengd met 1 jaar zodat deze eindigen op het moment dat de beheersovereenkomst met het CvKO rond baarmoederhalskanker eindigt (2017)²¹⁹. Samen met de jaarlijkse subsidie voor darmkanker aan het CvKO geeft dit de mogelijkheid om vanaf 2018 de 3 bevolkingsonderzoeken op te nemen in 1 beheersovereenkomst.

4. *Inzake ongevallenpreventie is het aan te bevelen meer in te zetten op het stimuleren van multidisciplinair overleg, waarbij een eenduidige werkwijze, taakverdeling en samenwerkingsafspraken tussen de diverse actoren worden vastgelegd.*

In de nieuwe oproep die eind 2015 gelanceerd werd is dit meegenomen. Bij het sluiten van de beheersovereenkomst zal dit bewaakt worden. We zullen de eerstelijnsstructuren aansporen om valpreventie als een van hun kerntaken te beschouwen. We willen een nauwere samenwerking bekomen tussen de eerste lijn en preventie. Dit is een van de aandachtspunten die mee opgenomen wordt in het traject naar de eerstelijnsconferentie die zal doorgaan in 2017.

5. *Voor het thema beweging verdient het aanbeveling bijkomend in te zetten op het ontwikkelen van een langetermijnvisie. De ondersteuning op het terrein voor de toepassing van methodieken voor de gezondheidsdoelstelling voeding en beweging en de feitelijke uitvoering daarvan, dienen verzekerd te worden.*

De doelstellingen en activiteiten rond voeding en beweging in uitvoering van de gezondheidsconferentie van 2009, zijn in evolutie. Conform de nieuwste internationaal aanvaarde inzichten, zetten we in het beleid (gezondheidsdoelstelling) sterker op 'bewegen' en 'tegengaan van sedentair gedrag'. Dit komt onder andere tot uiting in de nieuwe beheersovereenkomst die hiervoor wordt gesloten vanaf 2016.

Er is aandacht voor de feitelijke uitvoering van projecten op het terrein en dit met focus op lange termijn. Een voorbeeld hiervan is het bestendigen en uitbreiden voor de komende 5 jaar van het project 'beweging op verwijzing' dat zijn merites heeft aangetoond door en bereiken van de kwetsbare groepen (37,4% krijgt een tegemoetkoming en 52% heeft maximaal middelbaar onderwijs genoten) en een beperkte drop out van 9,9% na 6 maanden.

Bij de voorbereiding van de gezondheidsconferentie, die plaats zal vinden eind 2016, wordt aandacht besteed aan zowel de effectiviteit van de acties en aanzetten tot resultaten en uitvoering op het terrein en dit met een lange termijn perspectief.

6. *Op het vlak van diabetespreventie lijkt een sterkere inzet op terreinwerk nuttig.*

Via de gezondheidsdoelstelling voeding en beweging (en sedentarisme) wordt reeds ingezet op het voorkomen van diabetes. In het wetenschappelijk onderzoek is er geen eenduidigheid hoeverre een beleid dat specifiek gericht is op diabetespreventie meer loont. Vandaar dat we op vlak van diabetes inzetten op hoog risicogroepen. Naast het project 'Zoet zwanger' (opvolging van vrouwen die zwangerschapsdiabetes door maakten) kreeg de partnerorganisatie (de Diabetesliga) de opdracht om 'Halt2Diabetes' (vroegdetectie en leefstijladvies) uit te werken en uit te testen en te zoeken naar methodieken gericht op hoog risicogroepen zoals personen

²¹⁹ CF mededeling VR 4 december 2015.

afkomstig van maghrebregio's. In functie van de resultaten van deze projecten zullen partnerorganisaties bijkomende initiatieven ontwikkelen.

7. *Er dient een systeem te worden ontwikkeld voor een onderbouwde verdeling van het preventiebudget over de verschillende gezondheidsdoelstellingen of preventiethema's.*

Het is niet eenvoudig om budgetten voor preventie af te bakenen. Immers, preventie dient uitgevoerd te worden in een facettenbeleid en overstijgt aldus de gezondheidszorg en de bestuursniveaus. Zo wordt er door andere actoren ook veelvuldig aan preventie gedaan: onder andere in het algemeen welzijnswerk, in de consultaties van Kind en Gezin en de centra voor leerlingenbegeleiding in het onderwijs, op de werkvloer, door lokale besturen, ... Niet alle projecten en initiatieven zijn opgenomen binnen het Vlaams preventiebudget.

Om een kosteneffectief preventief gezondheidsbeleid te voeren houden we rekening met volgende elementen:

> Organisatorisch:

- opvolgen van internationale trends en good practices;
- werkveld betrekken via werkgroepen en stimuleren van netwerking;
- mix van interventies op verschillende niveaus en toepassen van het matrix model: drie clusters van actiestrategieën (educatie, structurele maatregelen, zorg en begeleiding) gericht op het individu, zijn directe omgeving en zijn ruimere omgeving;
- planmatig werken: doel (gezondheidsdoelstellingen), strategieën, actieplan, methodieken en implementatieplan met ondersteuning uitvoering

> Wetenschappelijk onderbouwd beleid:

- het moet gaan om ernstige gezondheidsproblemen waarvan het normaal verloop gekend is;
- de mogelijke aangrijpingspunten (beschermende en risicofactoren) moeten gekend zijn: inzetten op determinanten voor gezondheid en op factoren die de gezondheid bedreigen;
- er moeten effectieve methodieken beschikbaar zijn of ontwikkeld kunnen worden;
- er zijn voldoende elementen dat de initiatieven kosteneffectief zijn (ook opportuïteitskost in rekening brengen);
- uitvoerbaarheid van de initiatieven is nagegaan: aanvaard, engagement, verspreiding en implementatie, communicatie ...;
- er is monitoring en evaluatie: procesevaluatie (verloopt alles zoals gepland), meten van resultaten en effecten. Vaak moet gezocht worden naar geschikte (tussen)indicatoren, omdat effectmeting vaak heel moeilijk is bij preventie (lange termijn, veel beïnvloedende factoren). Ook de algemene monitoring van de gezondheid van de bevolking via gezondheidsindicatoren is hierbij belangrijk.

Een concreet voorbeeld dat deze aanpak illustreert is het actieplan suïcidepreventie (2012-2020): de strategieën en acties die hierin zijn opgenomen zijn getoetst op hun kosteneffectiviteit en op de winst aan kwaliteitsvolle levensjaren (QUALY: quality adjusted life years).

Ook voor de bevolkingsonderzoeken naar kanker werd in de gezondheidsdoelstelling opgenomen dat deze effectief dienden te zijn. Daarom werd in 2015 een gezondheidseconomische evaluatie uitgevoerd van de 3 bevolkingsonderzoeken die aantoonde dat deze zich onder de internationaal aanvaardde kost van 35.000 euro/QUALY situeren. We houden eveneens de vinger aan de pols van nieuwe evoluties en mogelijkheden om de doelgroepen zo goed mogelijk te informeren en te betrekken (bijvoorbeeld project zelftesting baarmoederhalskanker en opgestarte Vlaamse werkgroep sensibilisering).

Tot slot, de partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking hebben een verantwoordingsplicht die ze opnemen via het rapporteren aan de overheid. Ook de overheid heeft een verantwoordingsplicht en rapporteert aan het parlement.

Aanbevelingen Rekenhof over 'uitvoering preventief gezondheidsbeleid'

1. De overheid moet de voor- en nadelen van het oproepsysteem blijven afwegen.

We zijn bewust van het feit dat de procedure om te werken met beheersovereenkomsten via een oproep een grote administratieve inzet vergt, ook na de recente optimalisering van de regelgeving. De basisregelgeving hieromtrent kwam trouwens tot stand onder andere na inbreng van externe consultancy.

Tot op heden blijven we achter deze werkwijze staan, ook al zijn er niet altijd veel kandidaten die reageren op de oproepen. De voordelen wegen op tegen de nadelen, en bij de andere werkwijzen zijn we van mening dat de nadelen groter zijn. We sommen enkele voordelen op van het werken met beheersovereenkomsten via een oproep: de overheid is verplicht om duidelijkheid te scheppen over de beleidsvragen en -wensen, zo creëren we marktwerking, de organisaties moeten toch steeds de nodige creativiteit aan de dag leggen om in te gaan op nieuwe trends en noden, met de jaarplannen kan het beleid voldoende flexibel worden aangestuurd, het beleid is transparanter en sluit geen organisaties uit, we dwingen onszelf en de organisaties om planmatiger en resultaatgerichter te werken, het blijft om 'overeenkomsten' gaan tussen twee partners waarbij de expertise en inbreng vanuit het werkveld minstens even belangrijk is dan de voorstellen en vragen vanuit de overheid, dit model houdt het midden tussen gereguleerde subsidies en facultatieve subsidies en tussen overheidsopdrachten en het ontbreken van elke marktwerking ...

2. De output van PO inzake methodiekontwikkeling verdient een betere planning, monitoring en koppeling aan een budget.

Vanuit het agentschap Zorg en Gezondheid is een leidraad ontwikkeld voor het ontwikkelen van methodieken. De kwaliteitsvereisten voor methodieken zijn vastgelegd: er moet een behoefteanalyse zijn, een wetenschappelijke onderbouw en een goede afstemming met de toekomstige disseminatoren en uitvoerders en de methodiek moet ook een implementatieplan bevatten. Dit alles was nog niet voorhanden in de jaren waarop de audit betrekking had.

3. *De Vlaamse minister van Volksgezondheid dient werk te maken van een betere inschakeling van het preventiewerk op het lokale en provinciale niveau (uitvoering artikel 27 van het preventiedecreet).*

Het preventiedecreet van 2003 voorziet de mogelijkheid tot samenwerkingsafspraken met het provinciale en lokale niveau. Met de interne staatshervorming zal het voor de provincies niet langer mogelijk zijn om initiatieven in preventie inzake persoonsgebonden materies te ontwikkelen.

We werken eraan om bij de uitvoering van de interne staatshervorming de investeringen vanuit de provincies te laten overnemen door het Vlaamse of het lokale niveau.

Wat het lokale niveau betreft houden we de huidige werkwijze aan. We investeren in Logo's die sinds 2014 ook de expliciete opdracht hebben bijgekregen om het lokale bestuursniveau te ondersteunen bij het uittekenen van een lokaal preventief gezondheidsbeleid. Dit werd onder andere geconcretiseerd in de methodiek 'gezonde gemeente'.

4. *Het sluiten van beheersovereenkomsten dient zoveel mogelijk te worden afgestemd op de actieplannen van de gezondheidsdoelstellingen.*

Bij het lanceren van de oproepen voor beheersovereenkomsten en ook bij het sluiten van de beheersovereenkomsten wordt geanticipeerd op het toekomstig beleid en wordt voldoende ruimte voor flexibiliteit ingebouwd zodat doorheen de looptijd van de overeenkomst accentverschuivingen in het beleid kunnen opgenomen worden door de partnerorganisaties. Dit wordt sterker geëxpliciteerd in de overeenkomsten dan voorheen.

Het blijkt niet altijd mogelijk om de cyclus van beheersovereenkomsten te laten samenvallen met die van de gezondheidsdoelstellingen. Bovendien, is het al dan niet organiseren van een gezondheidsconferentie of het formuleren van een gezondheidsdoelstelling een politieke beslissing. We proberen er wel zo veel als mogelijk rekening mee te houden. In dat verband vindt u in bijlage de mededeling aan de Vlaamse Regering over de intentie om 21 beheersovereenkomsten in het kader van het preventieve gezondheidszorgbeleid, conform de regelgeving, vanaf 1 januari 2017 te verlengen voor ten hoogste drie jaar en de bijhorende motivatie. Deze motivatie heeft onder meer te maken met de stroomlijning met de gezondheidsdoelstellingen gezonde levensstijl, voeding en beweging, tabak, alcohol en drugs van op de preventieconferentie eind 2016.

5. *Het VAZG dient te waken over de onderlinge afstemming, onder meer op vlak van structuur, van de beheersovereenkomst, het beleidsplan, het jaarplan en het jaarverslag. De werkelijke uitvoering moet duidelijk blijken uit het jaarverslag en moet kunnen worden getoetst aan de in het jaarplan vooropgestelde initiatieven.*

De recentste oproepen, beheersovereenkomsten en jaarplannen zijn geherformuleerd met aandacht voor betere afstemming. Hiervoor werd de regelgeving aangepast en werden de oproepen en beheersovereenkomsten op een analoge manier opgebouwd rond een aantal resultaatgebieden. Onder elk resultaatgebieden vallen dan operationele doelen en daaronder acties die dan in de jaarplannen nog concreter worden uitgewerkt. In de nabije toekomst zul-

len de jaarplannen opgemaakt en opgevolgd worden via het uitwisselingsplatform CIRRO dat daartoe momenteel wordt aangepast.

- 6. De betrokkenheid en de opdrachten van de CLB's inzake de realisatie van de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen dienen beter te worden uitgewerkt in overleg tussen de beleidsdomeinen Volksgezondheid en Onderwijs.*

Het beleidsdomein onderwijs en de CLB's zullen expliciet betrokken worden in het voortraject naar de preventieconferentie die we eind 2016 organiseren voor het hernieuwen van enkele Vlaamse gezondheidsdoelstellingen. Het beleidsdomein Onderwijs is gestart met de herziening van het decreet leerlingenbegeleiding en de opdrachten van de CLB's. Ook het preventieve gezondheidsbeleid van de CLB's wordt in overleg herbekeken. In dit kader zullen beide beleidsdomeinen nauw samenwerken.

Aanbevelingen Rekenhof over 'Logo's'

- 1. De verhouding tussen het VAZG, het VIGeZ en de Logo's op het vlak van aansturing en ondersteuning moet worden uitgeklaard en geoptimaliseerd.*

De regelgeving is aangepast waardoor de opdrachten voor de Logo's verduidelijkt zijn. Het gaat onder meer over de disseminatie van methodieken naar lokale netwerkpartners, het meewerken met partnerorganisaties en andere relevante actoren bij methodiekontwikkeling, de eerste trap in het medisch milieukundig netwerken, het ondersteunen van de lokale besturen bij het uitwerken van hun lokaal beleid inzake preventie. Het is niet de bedoeling dat Logo's zelf de methodieken gaan toepassen in de plaats van de netwerkpartners.

Jaarlijks bepaalt de Vlaamse overheid de operationele doelstellingen voor de Logo's. Die worden opgenomen in CIRRO (het digitaal uitwisselingsplatform waarin ook de Logo's hun acties registreren).

Tot slot wordt vanaf 2016 een specifieke beheersovereenkomst gesloten met een partnerorganisatie voor ondersteuning van de Logo's. Hiermee is een functiescheiding gerealiseerd tussen 'ondersteuning van de Logo's' en 'ontwikkelen van methodieken'.

- 2. De positie van de Logo's in de keten van methodiekontwikkeling dient te worden herbekeken en verbeterd.*

In de nieuwe regelgeving is de rol van de Logo's bij methodiekontwikkeling verduidelijkt. Daarenboven hebben we een leidraad ontwikkeld voor het ontwikkelen van methodieken waarin de kwaliteitsvereisten voor methodieken zijn vastgelegd. Zo moet er een goede afstemming zijn met de toekomstige uitvoerders en disseminatoren, en moet een methodiek ook een implementatietraject omvatten.

Daarnaast kunnen we stellen dat in het Besluit Vlaamse Regering Logo's van 2014, opgenomen werd dat maximum 5% van de hen toegekende middelen, kan aangewend worden voor andere methodiekontwikkeling.

3. *De uniformiteit en kwaliteit van de informatie die de Logo's invoeren in het registratiesysteem Cirro, dienen te verhogen.*

We werken inderdaad aan een sterker 'CIRRO' met een duidelijkere structuur voor planmatig werken met de nodige ruimte voor eigen inbreng. We proberen een evenwicht te vinden tussen gestructureerd planmatig en evidence based werken aan de gezondheidsdoelstellingen enerzijds en het genoeg ruimte laten voor eigen lokaal initiatief anderzijds: 'think global, act local'. In de nieuwe regelgeving is dit evenwicht ook sterker verankerd.

Er is regelmatig overleg met alle CIRRO gebruikers, dus ook met de Logo's, om de uniformiteit van werken te verhogen.

Aanbevelingen Rekenhof over 'Projecten'

1. *Als de Vlaamse overheid een PO of OTW subsidies toekent voor een project inzake preventie, dient zij de meerwaarde daarvan voldoende aan te tonen, in het bijzonder ten aanzien van de bestaande beheersovereenkomsten.*

Alle dossiers werden onderbouwd en eventueel ter advies voorgelegd aan externe experts en/of Vlaamse werkgroepen. De dossiers worden voorgelegd aan de Inspectie van Financiën die scherp toeziet of er geen sprake is van dubbele financiering of van het negeren van de afspraken op mededinging. Waar nodig worden dossiers voorgelegd aan de minister van begroting en de Vlaamse Regering.

In principe zijn basistaken van de partnerorganisaties, waaronder methodiekontwikkeling, inbegrepen in de basissubsidie van de beheersovereenkomst. In de praktijk stellen we echter vast dat bij het lanceren van een oproep voor een beheersovereenkomst de benodigde capaciteit hiervoor niet steeds juist in te schatten is. Het preventieve gezondheidsbeleid is onderhevig aan een snelle evolutie en groeiende noden. Soms zijn er nieuwe wetenschappelijke inzichten die noodzaken tot het ontwikkelen van nieuwe methodieken. In zo'n geval gaan we steeds na of de nieuwe nood niet kan opgevangen worden binnen de beheersovereenkomst, bijvoorbeeld door het aanpassen van de prioritering. Pas als dit niet haalbaar blijkt, als de nieuwe nood prioritair is en als het project past binnen de actieplannen voor de realisatie van de gezondheidsdoelstellingen, onderzoeken we de mogelijkheid van een facultatieve subsidie. De verantwoordingsplicht wordt steeds opgevolgd en dubbele financiering wordt zo uitgesloten.

De opdrachten binnen de nieuwe beheersovereenkomsten zijn, qua structuur, transparanter en meer uniform opgebouwd in drie niveaus: resultaatgebieden, operationele doelstellingen en acties. Dit laat toe de jaarplannen concreter uit te werken, uit te voeren en op te volgen. Hierdoor kan de nood aan bijkomende projectsubsidie beter worden afgewogen in relatie tot de beheersovereenkomsten.

2. *Belangrijke projecten die al diverse jaren lopen, dienen te worden geëvalueerd met het oog op integratie in de reguliere werking van de betrokken uitvoeringsorganisatie.*

Uit het ketenonderzoek van het steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, blijkt dat de uitvoering van de beschikbare methodieken meer resultaatgericht kan in de keten van het

preventieve gezondheidsbeleid. We blijven hier inzetten op creëren van voldoende engagement bij de diverse organisaties en maatschappelijke sectoren om preventie en de passende methodieken, op te nemen in hun basistakenpakket.

We werkten, in overleg en consensus met het werkveld, een leidraad uit voor methodiekwikkeling. Die omvat een behoefteanalyse, een wetenschappelijke onderbouw, het betrekken van disseminatoren en uitvoerders en een implementatieplan. Hiermee wordt vermeden dat telkens weer nieuwe methodieken werden uitgewerkt zonder garantie op implementatie en voldoende effect.

We willen daarenboven het facettenbeleid voor preventie verder versterken, conform het preventiedecreet, en inzetten op relevante sectoren buiten de gezondheidszorg. Wij zetten ons hiervoor in op het politiek niveau, samenwerking over beleidsdomeinen heen, maar ook op het niveau van het middenveld en belangrijke maatschappelijke stakeholders door hen te betrekken via diverse werkgroepen.

Aanbevelingen Rekenhof over 'Kansarmoede'

1. *De Vlaamse overheid dient meer te investeren in de ontwikkeling van methodieken en materialen die mensen in armoede doelmatig motiveren tot volgehouden gezond gedrag. Kennisopbouw rond kansarmoede bij de uitvoeringsorganisaties en een participatieve betrokkenheid van kansarmoede-expertisecentra zijn daarbij cruciaal.*

Het preventiedecreet bepaalt in artikel 7, dat alle organisaties die gesubsidieerd worden door de Vlaamse Regering voor taken inzake preventieve gezondheidszorg, ertoe gehouden zijn om bij de uitvoering van hun opdracht bijzondere aandacht te besteden aan:

- kansarme mensen;
- bevolkingsgroepen die in grotere mate zijn blootgesteld aan bedreigingen ten aanzien van hun gezondheid;
- toegankelijkheid van het aanbod.

Dit is opgenomen in alle beheersovereenkomsten, en vaak worden er ook specifieke acties in geformuleerd. De meeste partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking ontwikkelden intern expertise over het bereiken van alle lagen van de bevolking. Ze werken hiervoor samen met organisaties die specifiek gericht zijn op kansengroepen. De nieuwe beheersovereenkomst 'algemene gezondheidsbevordering' omvat specifieke opdrachten gericht op het bereiken van kansengroepen.

Experten stellen, dat de efficiëntste werkwijze naar kansarmen toe is om te vertrekken vanuit de bestaande (eerstelijns)zorg voor die doelgroepen. De meeste experts zijn het er ook over eens dat het essentieel is om te vertrekken vanuit de sociale gradiënt, eerder dan zich vooral te richten op de zwakste groepen in de samenleving. Dit betekent dat we inspanningen moeten leveren om de zogenaamde 'lagere middenklasse' te bereiken.

Een voorbeeld van een project waarbij bij uitstek, maar zeker niet uitsluitend kansarmen bereikt worden via de eerstelijnszorg is bewegen op verwijzing (cf ook 1.5).

VR 2015 0412 MED.0534/1BIS

DE VLAAMSE MINISTER VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN

BISMEDEDELING AAN DE LEDEN VAN DE VLAAMSE REGERING

Betreft: Verlenging van beheersovereenkomsten in het kader van het preventieve gezondheidsbeleid

Samenvatting

Deze mededeling wil de leden van de Vlaamse Regering informeren over de intentie om 21 beheersovereenkomsten in het kader van het preventieve gezondheidszorg, conform de regelgeving, vanaf 1 januari 2017 te verlengen voor ten hoogste drie jaar.

Situering

Binnen het preventieve gezondheidsbeleid wordt het sluiten van beheersovereenkomsten met partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking geregeld door het besluit van de Vlaamse Regering van 5 juni 2009 betreffende de subsidiering en erkenning van partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking via een beheersovereenkomst.

De beheersovereenkomsten worden na een oproep gesloten voor vijf jaar.

Eind 2016 lopen 28 beheersovereenkomsten af. Om de continuïteit van de dienstverlening vanaf 2017 te garanderen moeten dus in principe nieuwe beheersovereenkomsten worden gesloten vanaf 2017. Artikel 6, §1, laatste lid van het genoemde besluit bepaalt: *"De oproep wordt gelanceerd, minstens een jaar voor de vermoedelijke datum waarop de beheersovereenkomst ingaat, of, indien van toepassing, een jaar voor het aflopen van de beheersovereenkomst."*

Dit betekent dus dat er oproepen moeten gelanceerd worden voor 1 januari 2016.

Artikel 4, §2, tweede lid van het besluit bepaalt: *"Als het agentschap de uitvoering van de beheersovereenkomst en de financiële verantwoording voor de duur van de beheersovereenkomst als voldoende heeft geëvalueerd, kan de minister, na goedkeuring door de Vlaamse Regering, beslissen de beheersovereenkomst een keer te verlengen voor een periode van ten hoogste drie jaar, zonder een nieuwe oproep te lanceren."*

Dit betekent dus dat, als voldaan is aan de voorwaarden, de beheersovereenkomsten eenmalig kunnen verlengd worden voor ten hoogste drie jaar, dus van 1 januari 2017 tot en met 31 december 2019.

Beheersovereenkomsten die zonder oproep eenmalig worden verlengd voor ten hoogste drie jaar

Hieronder worden de beheersovereenkomsten (BHO) opgesomd die we wensen te verlengen en de motivatie waarom nog geen oproep wordt gelanceerd.

Beheersovereenkomst	Type (*)	Richtbedrag (bedrag 2015)	Motivatie
Themaoverschrijdend			
Vijf Landsbonden	OT	5 X 37.318	In afwachting van meer duidelijkheid over de rol en positie van de ziekenfondsen binnen het Vlaamse (preventieve) gezondheidsbeleid
VWVJ (Vlaamse wetenschappelijke vereniging voor jeugdgezondheidszorg)	PO	298.559	In afwachting van de evolutie op vlak van nieuwe regelgeving met betrekking tot leerlingen begeleiding
Suïcidepreventie			
CGG Passant (Werkgroep Verder, nabestaanden na zelfdoding)	OT	114.625	In afwachting van een hernieuwde oproep voor de lopende beheersovereenkomst met de partnerorganisatie suïcidepreventie
DAGG Lommel (Zorg voor suïcidepogers)	OT	149.280	
Tabak Alcohol en Drugs			
De Sleutel (life-skills onderwijs)	OT	154.610	In afwachting van het toekomstig beleid na het hernieuwen van de gezondheidsdoelstelling 'tabak, alcohol en drugs' naar aanleiding van de gezondheidsconferentie eind 2016.
Free Clinic (coördinatie spuitenruil)	PO	191.931	In afwachting van het toekomstig beleid na het hernieuwen van de gezondheidsdoelstelling 'tabak, alcohol en drugs' naar aanleiding van de gezondheidsconferentie eind 2016. Meerwaarde onderzoeken van eventuele inkanteling in een nieuw Vlaams beleid inzake gespecialiseerde drughulpverlening
Vijf provinciale werkingen spuitenruil	OT	328.840	
Bevolkingsonderzoeken			
Centrum voor Kankeropsporing (bevolkingsonderzoek naar borstkanker)	PO en OT	205.265 en 4.497.796	Het CvKO is PO en OT voor het bevolkingsonderzoek (BVO) naar borstkanker met hiervoor 2 aparte beheersovereenkomsten die beiden lopen van 2012 tem 2016. Het CvKO is ook OT voor het BVO naar baarmoederhalskanker met beheersovereenkomst van 2013 tot en met 2017. Voor het BVO naar dikke darmkanker heeft het CvKO een jaarlijkse subsidie. Het verlengen van de beheersovereenkomsten BVO borstkanker met 1 jaar (tem 2017) geeft de mogelijkheid de 3 BVO op te nemen in een beheersovereenkomst
Twee centra voor opsporing aangeboren aandoeningen bij pasgeborenen op een bloedstaal	OT	864.530 + 630.625	In afwachting van beslissing over eventuele uitbreiding van de op te sporen aandoeningen.
Seksuele gezondheid			
ITG (Instituut voor Tropische Geneeskunde)	OT	271.902	In afwachting van wijzigingen in beleid seksuele gezondheid en voortgang van de realisatie van het nationaal HIV/aids-plan

Beheersovereenkomst	Type (*)	Richtbedrag (bedrag 2015)	Motivatie
Diverse thema's algemene preventie			
Eetexpert (preventie, een vroeg-detectie Eetstoornissen)	PO	127.954	In afwachting van het toekomstig beleid na het hernieuwen van de gezondheidsdoelstelling 'voeding en beweging' naar aanleiding van de gezondheidsconferentie eind 2016
Diabetes Liga	PO	153.545	In afwachting van het toekomstig beleid na het hernieuwen van de gezondheidsdoelstelling 'tabak, alcohol en drugs' naar aanleiding van de gezondheidsconferentie eind 2016. Intussen project 'Halt2diabetes' evalueren, nieuwe risicogroepen benaderen en nagaan of project 'zoet zwanger' moet geïntegreerd worden in de beheersovereenkomst.
Infectieziektebestrijding en Vaccinatie			
Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg (VRGT)	OT	1.180.545	In afwachting van het ontwikkelen van een nieuw tuberculosebestrijdingsbeleid rekening houdend met de resultaten van een momenteel pas afgelopen studie die het huidige tuberculosebestrijdingsbeleid onderzoekt.

(*) Type: OT = organisatie met terreinwerking; PO = partnerorganisatie

Beheersovereenkomsten waarvan het de bedoeling is om eind 2015 een oproep te lanceren

Hieronder worden ter informatie de beheersovereenkomsten (BHO) opgesomd waarvan het de bedoeling is om eind december 2015 een oproep te lanceren.

Beheersovereenkomst	Type (*)	Richtbedrag (bedrag 2015)
Themaoverschrijdend		
Ondersteuning van huisartsen op het vlak van preventieve gezondheidszorg rond de verschillende thema's, in de context van hun praktijkvoering.	PO	373.199
Suïcidepreventie		
Laagdrempelige telezorg voor volwassenen en jongeren in een crisissituatie gerelateerd aan suicide, ondersteuning voor hun omgeving, en voor relevante intermediairen, op basis van een kwaliteitsvolle werking door vrijwilligers.	OT	346.541
Seksuele gezondheid		
Organisatie die de terreinwerking voor seksuele gezondheid naar sekswerkers in Vlaanderen kan organiseren en uitvoeren. Sekswerkers zijn door hun beroep blootgesteld aan specifieke gezondheidsrisico's en ervaren drempels naar de reguliere gezondheidszorg. De organisatie geeft op het terrein informatie en advies aan sekswerkers en screent op SOA's. Ze biedt zelf ook ondersteuning bij problemen en dit vanuit een integrale visie op gezondheid, dus zowel lichamelijk, geestelijk als sociaal aanbod	OT	426.512
Val- en fractuurpreventie		
Val- en fractuurpreventie bij ouderen voornamelijk via relevante intermediairen. De focus ligt op vroegdetectie en vroeginterventie van problemen bij ouderen met verhoogd valrisico in de thuisomgeving en residentiele sector.	PO	216.054
Infectieziektebestrijding en Vaccinatie		
<i>Labo-ondersteuning infectieziektenbestrijding</i>		
Aangepaste ondersteuning bij meldingsplichtige infectieziekten en multidrug resistente micro-organismen (MDRO) in ziekenhuizen en zorgvoorzieningen: afname- en transportmateriaal, staaltransport en deskundig advies over de meest aangewezen staalnames. Daarnaast ook analyses en onderzoek naargelang de vermoede of gekende infectieuze problematiek en de coördinatie van de referentielaboratoria wat betreft de alarmeringsfunctie aan het Agentschap Zorg en Gezondheid voor detectie van eventuele epidemische verheffingen.	OT	160.142

(*) Type: OT = organisatie met terreinwerking; PO = partnerorganisatie

Jo VANDEURZEN

Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

U kunt dit verslag raadplegen of downloaden op de website van het Rekenhof.

Daar kunt u zich ook abonneren op de RSS-feeds om op de hoogte te blijven van nieuwe publicaties.



ADRES

Rekenhof
Regentschapsstraat 2
B-1000 Brussel

TEL.

+32 2 551 81 11

FAX

+32 2 551 86 22

www.rekenhof.be