Vlaams Parlement

37-B (2015-2016) – Nr. 2
ingediend op 18 april 2016 (2015-2016)

Verslag van de gedachtewisseling

namens de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
uitgebracht door Danielle Godderis-T'Jonck, Freya Saeys en Jan Bertels

over het verslag

van het Rekenhof

over Vlaams preventief gezondheidsbeleid. Evaluatie van het uitvoeringslandschap

Samenstelling van de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin:

Voorzitter: Bart Van Malderen.

Vaste leden:

Caroline Croo, Danielle Godderis-T'Jonck, Lies Jans, Lorin Parys, Peter Persyn, Tine van der Vloet;

Griet Coppé, Cindy Franssen, Vera Jans, Katrien Schryvers;

Freya Saeys, Martine Taelman;

Freya Van den Bossche, Bart Van Malderen;

Elke Van den Brandt.

Plaatsvervangers:

Björn Anseeuw, Vera Celis, Cathy Coudyser, Koen Daniëls, Ingeborg De Meulemeester, Manuela Van Werde;

Sonja Claes, Dirk de Kort, Kathleen Helsen, Tinne Rombouts;

Jo De Ro, Emmily Talpe;

Jan Bertels, Bert Moyaers;

Elisabeth Meuleman.

Toegevoegde leden:

Ortwin Depoortere.

Documenten in het dossier:
37-B (2015-2016) – Nr. 1: Verslag van het Rekenhof

INHOUD

I. Toelichting door Raf Carmeliet, eerste auditeur van het Rekenhof 4
1. Onderzoeksdomein 4
2. Onderzoeksvragen 5
2.1. Uitvoeringslandschap 5
2.2. Uitvoeringsbeleid 6
2.3. Aandacht kansarmoede 7
3. Conclusies 7
4. Reactie van de minister 7
II. Antwoord van Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 7
1. Algemene bedenkingen..... 7
2. Uitvoering van het preventief gezondheidsbeleid 8
3. Projecten..... 9
4. Lokaal beleid en Logo's..... 10
5. Budget 12
6. Kansarmoede 13
7. Suïcidepreventie..... 15
8. Tabak, alcohol en drugs 16
9. Kanker 18
10. Ongevallenpreventie 19
11. Beweging..... 20
12. Diabetes..... 20
III. Bespreking..... 21
Gebruikte afkortingen 31
Bijlage 1: Overzicht Vlaamse werkgroepen..... 33
Bijlage 2: Projecten die (niet) werden omgezet in structureel beleid 37

De Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin hield een gedachtewisseling over het verslag van het Rekenhof over het Vlaams preventief gezondheidsbeleid, Evaluatie van het uitvoeringslandschap, tijdens haar vergadering van dinsdag 8 maart 2016.

Aan de bespreking namen Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, en Dirk Dewolf, administrateur-generaal van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, deel. Namens het Rekenhof nam Raf Carmeliet, eerste auditeur, het woord.

I. Toelichting door Raf Carmeliet, eerste auditeur van het Rekenhof

1. Onderzoeksdomein

Het Rekenhof heeft een onderzoek uitgevoerd naar de uitvoering van het preventieve gezondheidsbeleid in Vlaanderen. Het uitgangspunt van het Preventiedecreet van 21 november 2003 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.

Het Preventiedecreet van 21 november 2003 creëert een algemeen kader voor het Vlaams preventief gezondheidsbeleid. Om accenten te leggen binnen dat beleid, werkt de Vlaamse overheid met zes gezondheidsdoelstellingen en met daarnaast enkele ad-hocgezondheidsthema's. Voor de structurele uitvoering ervan doet ze een beroep op uitvoeringsorganisaties.

De zes gezondheidsdoelstellingen zijn: suïcidepreventie; tabak, alcohol en drugs; bevolkingsonderzoeken naar kanker; vaccinaties; ongevallenpreventie; en tot slot voeding en beweging. Die gezondheidsdoelstellingen komen tot stand op basis van gezondheidsconferenties en worden nagestreefd middels actieplannen. Er zijn een heel aantal uitvoeringsorganisaties bij het beleid betrokken. Sommige uitvoeringsorganisaties zijn specifiek gericht op één gezondheidsdoelstelling, andere werken themaoverschrijdend.

De Vlaamse Regering kan in het kader van haar beleid partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking erkennen en subsidiëren via een beheersovereenkomst. De Vlaamse Regering erkent en subsidieert ook de Logo's.

Partnerorganisaties zijn organisaties die de Logo's, de organisaties met terreinwerking, de individuele zorgaanbieders en andere 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. Organisaties met terreinwerking staan in voor het veldwerk binnen de preventieve gezondheidszorg. Logo's zijn samenwerkingsverbanden voor locoregionaal gezondheidsoverleg en -organisatie die preventiemethodieken verspreiden binnen hun netwerk. Voor de uitvoering van het beleid laat de minister zich ook adviseren door werkgroepen.

Daarnaast heeft het Preventiedecreet van 21 november 2003 Kind en Gezin van rechtswege erkend als partnerorganisatie en de Consultatiebureaus voor het Jonge Kind en de CLB's als organisatie met terreinwerking.

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

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

Het budget voor het Vlaams preventief gezondheidsbeleid bedroeg in 2014 42,9 miljoen euro. Dat bedrag is ondertussen gestegen tot meer dan 60 miljoen euro, onder meer ten gevolge van de zesde staatshervorming.

2. Onderzoeksvragen

Het Rekenhof formuleerde drie onderzoeksvragen. Is de uitvoering van het preventief gezondheidsbeleid goed geconcipieerd en uitgewerkt? Daarbij heeft het Rekenhof gekeken naar de actoren in het uitvoeringslandschap en hun onderlinge relaties. Het Rekenhof heeft ook onderzocht of er voor elk aspect van het beleid een uitvoeringsorganisatie is.

De tweede vraag is of het beoogde beleid ook op een kwaliteitsvolle manier wordt uitgevoerd. Dat impliceert dat de verwachtingen van de overheid tegenover de uitvoeringsorganisaties duidelijk zijn. Vervolgens heeft het Rekenhof onderzocht of de uitvoeringsorganisaties die verwachtingen op een kwaliteitsvolle manier uitvoeren.

De derde vraag is of bij de uitvoering van het preventief gezondheidsbeleid bijzondere aandacht gaat naar bevolkingsgroepen die kampen met kansarmoede.

2.1. Uitvoeringslandschap

Het Rekenhof stelt vast dat de actieplannen die bij de gezondheidsdoelstellingen horen over het algemeen wetenschappelijk onderbouwd zijn maar niet allemaal even gedetailleerd zijn. Naarmate een actieplan minder gedetailleerd is, zou het belang van de ondersteunende werkgroep moeten toenemen. Dat is echter niet altijd het geval. De actieplannen zelf besteden weinig aandacht aan de inzet van de uitvoeringsorganisaties. Ze bepalen niet of er voor een bepaald aspect van het beleid een uitvoeringsorganisatie zal worden gezocht, en zo ja, welke soort van organisatie. In de recentere actieplannen zijn er wel sleutelactoren aangeduid. Het uitvoeringslandschap verschilt ook aanzienlijk naargelang de gezondheidsdoelstelling. Vooral de organisatie van het terreinwerk is nog voor verbetering vatbaar. De verdeling van het budget voor het Vlaams preventief gezondheidsbeleid is ook sterk historisch bepaald.

Voor suïcidepreventie is de onderlinge taakafbakening van de diverse organisaties niet altijd duidelijk. Daardoor zijn er veel overlegmomenten nodig. Daarom beveelt het Rekenhof een stroomlijning van de uitvoeringsstructuur aan.

Voor de preventie van tabak, alcohol en drugs heeft de Vlaamse overheid een actieplan opgesteld met brede krachtlijnen. Het gevolg is een projectmatige aanpak van die gezondheidsdoelstelling. Het Rekenhof vindt ook dat de afspraken met de alcohol- en drugspreventiewerkers van de cgg's, die actief zijn op het niveau tussen de overheid en de einddoelgroep, beperkt zijn en onderling sterk verschillen.

Voor de bevolkingsonderzoeken naar kanker heeft het Rekenhof vastgesteld dat de administratieve organisatie niet helemaal coherent is. De overheid moet de taken en de afspraken over sensibilisering en communicatie beter vastleggen.

Het vaccinatiebeleid wordt in grote mate uitgevoerd door de overheid zelf. De Consultatiebureaus voor het Jonge Kind en de CLB's zorgen voor het toedienen van de vaccinaties. Ze hebben een groot bereik. De aankopen van de vaccins verlopen in overeenstemming met de wetgeving op de overheidsopdrachten.

De gezondheidsdoelstelling ongevallenpreventie liep af in 2002 en is sindsdien niet meer hernieuwd. In afwachting daarvan richt het beleid zich vooral op val- en fractuurpreventie bij ouderen. Daarvoor bestaat er echter geen organisatie met terreinwerking. De richtlijnen zijn in de praktijk moeilijk toepasbaar. Daarom is een meer multidisciplinaire aanpak aangewezen.

De ondersteuning van de gezondheidsdoelstelling over voeding en beweging is onvoldoende. Er is namelijk geen organisatie met terreinwerking. Voor het subthema beweging is er nood aan een partnerorganisatie die een langetermijnvisie kan ontwikkelen.

Een aantal ad-hocthema's is niet opgenomen in een gezondheidsdoelstelling. Voor diabetes oordeelt het Rekenhof dat de ondersteuning op het terrein beter kan. Voor seksuele gezondheid ontbreekt een allesomvattende visie en strategie.

2.2. Uitvoeringsbeleid

De partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking worden pas ingeschakeld na het doorlopen van een oproepprocedure. Zo hoopt de overheid meer transparantie en dynamiek te creëren in het uitvoeringslandschap. Dat systeem heeft echter enkele nadelen, namelijk het gebrek aan kennisdeling en expertise-uitwisseling, de onderlinge spanningen en de vrij omslachtige procedure. Die nadelen moeten blijvend worden afgewogen tegen de vooropgezette voordelen, namelijk marktwerking, transparantie en flexibiliteit. De evaluatie van de kandidaatstellingen zoals die gebeurd is door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, is naar behoren verlopen. Door de monopoliepositie wordt echter vaak het bestaande beleid voortgezet. Het strikte onderscheid in het Preventiedecreet van 21 november 2003 tussen een partnerorganisatie en een organisatie met terreinwerking vervaagt soms in de praktijk.

Over het algemeen voeren de partnerorganisaties en de organisaties met terreinwerking hun activiteiten naar behoren uit. Het Rekenhof heeft wel een aantal aandachtspunten geformuleerd, onder meer over de kwaliteit van de planningsdocumenten en van de rapportering, en over enkele individuele uitvoeringsorganisaties. De evaluatie door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid is soms te weinig uitgewerkt, maar dat wordt enigszins gecompenseerd door het frequente overleg tussen de administratie en de organisaties.

De uitvoeringsorganisaties van rechtswege zijn verantwoordelijk voor het preventief gezondheidsbeleid ten aanzien van jonge en schoolgaande kinderen. Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid heeft daarbij slechts een beperkte inhoudelijke inbreng. Het potentieel van die organisaties wordt nog niet ten volle benut. Hun preventieactiviteiten worden ook niet opgenomen in de rapportering over de gezondheidsdoelstellingen. Die taken zitten namelijk volledig verweven in de reguliere werking.

De Logo's rapporteren over de uitvoering van hun taken en initiatieven met het informatiesysteem CIRRO. Het Rekenhof vindt dat dit systeem te weinig kwaliteitsvolle informatie bevat. Daardoor kan de overheid moeilijk de impact van de Logo's evalueren. Er zijn ook verschillen tussen de Logo's inzake uitvoering van en betrokkenheid bij de diverse gezondheidsdoelstellingen.

Het preventief gezondheidsbeleid wordt ook uitgevoerd aan de hand van projectsubsidies. Het aandeel van de projectsubsidies is veeleer beperkt, maar enkele grote uitvoeringsorganisaties ontvangen, bovenop hun structurele financiering, aanzienlijk bedragen aan projectsubsidies zonder afdoende onderbouwing. Enkele langlopende projecten worden de facto structureel ondersteund. Die projecten

moeten eigenlijk worden verankerd in de reguliere financiering van de begunstigden.

2.3. Aandacht kansarmoede

Het Rekenhof heeft ook onderzocht in welke mate er bij de uitvoering van het preventief gezondheidsbeleid bijzondere aandacht wordt besteed aan de kansarme bevolkingsgroepen, zoals gestipuleerd in het Preventiedecreet van 21 november 2003. Deze groepen hebben een grotere kans op een slechtere gezondheid en ze hebben vaak een lager subjectief gezondheidsgevoel en een lager psychologisch welbevinden. Het Rekenhof stelt vast dat de aandacht voor kansarmoede in de actieplannen en planningsdocumenten van de uitvoeringsorganisaties nog te vrijblijvend is. Bij de methodiekontwikkeling dient er meer aandacht te gaan naar de betrokkenheid van organisaties met specifieke expertise op het vlak van armoede. Ook de expertise binnen de uitvoeringsorganisaties zelf kan nog verbeteren.

3. Conclusies

De organisatie van het uitvoeringslandschap vertoont enkele knelpunten, zeker bij de terreinwerking. De partnerorganisaties en de organisaties met terreinwerking voeren hun activiteiten over het algemeen naar behoren uit. De Vlaamse overheid heeft echter weinig zicht op de resultaten van de Logo's. De evaluatie ervan schiet tekort aangezien ze bijna uitsluitend steunt op het registratiesysteem CIRRO dat onvolledige en niet-uniforme informatie bevat. De verdeling van het preventiebudget over de verschillende gezondheidsdoelstellingen en de ad-hocthema's is weinig onderbouwd en veeleer historisch gegroeid. Men verwijst naar epidemiologische gegevens en men legt verbanden met bepaalde strategieën, maar er is geen systematische procedure. De aandacht voor kansarmen blijft vaak beperkt tot goede intenties.

4. Reactie van de minister

De minister heeft over het algemeen positief gereageerd op de aanbevelingen van het Rekenhof. In enkele gevallen is hij al aan de aanbevelingen tegemoetgekomen.

II. Antwoord van Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

1. Algemene bedenkingen

Minister *Jo Vandeurzen* bevestigt dat hij positief gereageerd heeft op de audit van het Rekenhof. Hij probeert ook al rekening te houden met een aantal aanbevelingen.

Hij erkent dat de aanbevelingen van het Rekenhof beleidsconsequenties moeten hebben. Ze zullen op verschillende niveaus aan bod komen: in de planning van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid en in de werkgroepen. Sommige elementen hebben te maken met het traject van de gezondheidsconferenties en met het evalueren van gezondheidsdoelstellingen. Dat kan consequenties hebben voor de regelgeving, de oproepen, de jaarplannen, de preventiestrategieën en de actieplannen.

De audit van het Rekenhof heeft betrekking op het beleid van 2008 tot 2013. Ondertussen is de situatie echter veranderd. Eind 2013 is er een leidraad ontwikkeld voor preventiemethodieken. Door het besluit van de Vlaamse Regering van 16 mei 2014 werden de taken van de Logo's aangepast. De verschillende gezondheidsdoelstellingen zijn op een ander moment gerealiseerd. Het actieplan tegen middelengebruik dateert nog van de regeerperiode 2004-2009. In de loop der jaren is de aanpak op verschillende punten bijgesteld, naarmate de methodiek

van de gezondheidsconferenties en de opbouw van de gezondheidsdoelstellingen meer ontwikkeld raakte.

2. Uitvoering van het preventief gezondheidsbeleid

Het preventief gezondheidsbeleid richt zich op de hele samenleving, op een hele waaier aan beleidsdomeinen. Er zijn noodzakelijkerwijze heel wat uitvoeringsactoren bij betrokken. In principe is het positief dat veel actoren uit verschillende sectoren zich engageren voor een preventief gezondheidsbeleid. Het is immers de bedoeling dat dit beleid een brede actieradius heeft. Door het grote aantal actoren worden sturing en beheersing echter complex. Voor de suïcidepreventie denkt de minister aan een sterkere stroomlijning van het uitvoeringslandschap. Men mag zich echter niet blindstaren op die complexiteit. Dat geldt des te meer voor gezondheidsthema's waar diverse factoren spelen bij het ontstaan van het probleem, waar de detectie en de aanpak multidimensioneel zijn en waar er een diversiteit is van mogelijkheden om een brede betrokkenheid vanuit het werkveld te realiseren.

In de veelheid aan uitvoeringsactoren zit een weldoordachte structuur, die door het Preventiedecreet van 21 november 2003 en zijn uitvoeringsbesluiten verder verfijnd wordt. De rollen van de partnerorganisaties, de organisaties met terreinwerking en de Logo's zijn goed omschreven en op elkaar afgestemd. Er kunnen moeilijkheden ontstaan als niet elke actor zich aan die rol houdt, zich onvoldoende inzet, over onvoldoende middelen of een onvoldoende mandaat beschikt. Men moet dus vooral inzetten op goede afspraken en randvoorwaarden. Iedere groep van actoren vergt een andere aansturing. De actoren moeten voldoende geïnformeerd zijn over elkaars werking. Daarom investeert het Vlaams Agentschap voor Zorg en Gezondheid in initiatieven zoals CIRRO, een digitaal uitwisselingsplatform voor acties, methodieken en feedback. Er is ook werk gemaakt van een uniforme leidraad voor methodiekontwikkelingen. De regelgeving is op verschillende plaatsen aangepast.

Het is altijd zoeken naar een evenwicht tussen het geven van verantwoordelijkheid, vertrouwen en vrijheid aan de uitvoeringsactoren, en de aansturing met regelgeving en verantwoording. Deze Vlaamse Regering heeft in haar regeerakkoord gezegd dat ze meer vertrouwen en meer vrijheid wil geven aan diegenen die het mandaat krijgen.

Het Preventiedecreet van 21 november 2003 wil de ruime expertise van de diverse organisaties maximaal benutten door ze nauw te betrekken bij het beleid. Dat gebeurt door beheersovereenkomsten na oproep en door het werken met adviserende werkgroepen. Dat komt de gedragenheid bij en de participatie van de veldexperten ten goede. Door het werken met gezondheidsdoelstellingen en bijbehorende strategieën worden de prioriteiten en de grote lijnen van het beleid vastgelegd. Dat zorgt voor duidelijkheid in de betrokken sectoren en bevordert de eenduidige aansturing.

Het systeem van beheersovereenkomsten na oproep vergt een grote administratieve inzet, ook na de recente optimalisering van de regelgeving. De basisregelgeving daaromtrent kwam tot stand na inbreng van externe consultancy. De minister blijft achter die werkwijze staan, ook al blijft het aantal reacties op de oproepen vaak beperkt.

De minister somt enkele voordelen op van het werken met overeenkomsten na een oproep. De overheid is verplicht om duidelijkheid te scheppen over de beleidsvragen en -wensen. Het creëert marktwerking. De organisaties moeten steeds de nodige creativiteit aan de dag leggen om in te gaan op de nieuwe trends en noden. Met de jaarplannen kan het beleid voldoende flexibel worden aangestuurd. Het beleid is transparanter en sluit geen organisaties uit. Het is een stimulans om

planmatiger en resultaatgerichter te werken. Het blijft gaan om overeenkomsten tussen partners waarbij de expertise en de inbreng van het werkveld minstens even belangrijk zijn als de voorstellen en de vragen van de overheid. Die voordelen wegen op tegen de nadelen. De andere werkwijzen hebben trouwens meer nadelen. Dit model houdt het midden tussen gereglementeerde en facultatieve subsidies en tussen overheidsopdrachten en het ontbreken van elke marktwerking. Hij denkt dat een strikte reglementering binnen deze snel evoluerende context niet de juiste aanpak is.

Het zal nooit mogelijk zijn om de oproepen qua timing en inhoud perfect af te stemmen op de beleidscyclus van bijvoorbeeld de gezondheidsconferenties. Het organiseren van een gezondheidsconferentie of het formuleren van een gezondheidsdoelstelling is een politieke beslissing. Het is wel de bedoeling om het preventief gezondheidsbeleid zoveel mogelijk af te stemmen op de gezondheidsdoelstellingen. Dat gebeurt door geregeld overleg over de voortgang en de bijsturing van de jaarplannen. De beheersovereenkomsten kunnen namelijk flexibel inspelen op de wijzigende noden. Voor echt nieuwe noden kan er een financiering worden opgestart met een facultatieve tijdelijke subsidie, in afwachting van een structurele inbedding in een nieuwe overeenkomst. De regelgeving voorziet in de mogelijkheid om eenmalige beheersovereenkomsten met ten hoogste drie jaar te verlengen. Voor de dossiers waar het Rekenhof naar verwijst is dat meegedeeld aan de Vlaamse Regering.

De minister blijft voorstander van de beheersovereenkomsten na oproep. Dat is de beste manier om alle organisaties evenveel kansen te geven. Voor de administratie en voor de organisaties is dat echter een zware procedure. Het is efficiënter om een beheersovereenkomst te verlengen als verwacht wordt dat de beleidsprioriteiten in de nabije toekomst zullen veranderen. Zo wordt de continuïteit in de dienstverlening verzekerd.

Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid heeft een leidraad uitgewerkt voor het ontwikkelen van methodieken. De kwaliteitsvereisten zijn: er moet een behoefteanalyse zijn, een wetenschappelijke onderbouw en een goede afstemming met de toekomstige disseminatoren en uitvoerders. De methodiek moet ook een implementatieplan bevatten. Dat alles was nog niet voorhanden in de jaren waarop de audit betrekking had.

De recentste oproepen, beheersovereenkomsten en jaarplannen zijn geherformuleerd met aandacht voor een betere afstemming. Hiervoor is de regelgeving aangepast en zijn de oproepen en de beheersovereenkomsten op een analoge manier opgebouwd rond een aantal resultaatsgebieden. Onder elk resultaatsgebied vallen operationele doelen en daaronder acties die concreter worden uitgewerkt in de jaarplannen. In de nabije toekomst zullen de jaarplannen opgemaakt en opgevolgd worden op het uitrustingsplatform CIRRO dat daartoe momenteel wordt aangepast.

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

3. Projecten

Alle dossiers worden onderbouwd en eventueel ter advies voorgelegd aan externe experten en/of de Vlaamse werkgroepen. Het overzicht van de werkgroepen wordt

als bijlage bij dit verslag gepubliceerd. De dossiers worden voorgelegd aan de Inspectie van Financiën die toeziet of er geen sprake is van dubbele financiering of van het negeren van de afspraken op de mededinging. Waar nodig worden de dossiers voorgelegd aan de minister van Begroting en aan de Vlaamse Regering.

In principe zijn basistaken van de partnerorganisaties, waaronder methodiekontwikkeling, inbegrepen in de basissubsidie van de beheersovereenkomst. In de praktijk is de nodige capaciteit echter niet altijd juist in te schatten bij het lanceren van een oproep. Het preventief gezondheidsbeleid is onderhevig aan een snelle evolutie en groeiende noden. Soms noodzaken nieuwe wetenschappelijke inzichten tot het ontwikkelen van nieuwe methodieken. Daarbij wordt telkens onderzocht of de nieuwe nood kan worden opgevangen binnen de beheersovereenkomst, bijvoorbeeld door het aanpassen van de prioritering. Pas als dat niet haalbaar is, als de nieuwe nood prioritair is en als het project past binnen de actieplannen voor de realisatie van de gezondheidsdoelstellingen, wordt de mogelijkheid van een facultatieve subsidie onderzocht. De verantwoordingsplicht wordt steeds gecontroleerd. Zo wordt dubbele financiering uitgesloten.

De opdrachten binnen de nieuwe beheersovereenkomst zijn qua structuur transparanter en uniformer opgebouwd in drie niveaus, namelijk resultaat, operationele doelstellingen en acties. Zo kunnen de jaarplannen concreter uitgewerkt, uitgevoerd en gevolgd worden. Hierdoor kan de nood aan bijkomende projectsubsidies ook beter worden afgewogen in relatie tot de beheersovereenkomst.

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 preventief gezondheidsbeleid. Er wordt blijvend ingezet op het creëren van voldoende engagement bij de diverse organisaties en maatschappelijke sectoren om preventie en passende methodieken op te nemen in het basistakenpakket.

In overleg met de sector is een leidraad uitgewerkt voor methodiekontwikkeling. Die omvat een behoefteanalyse, een wetenschappelijke onderbouwing, het betrekken van de disseminatoren en de uitvoerders, en een implementatieplan. Zo wordt voorkomen dat er telkens nieuwe methodieken worden uitgewerkt, zonder garantie op implementatie of voldoende effect.

Het is ook de bedoeling om het facettenbeleid voor preventie verder te versterken, conform het Preventiedecreet van 21 november 2003, en om in te zetten op relevante sectoren buiten de gezondheidszorg. Dat vergt inzet op het politieke niveau, maar ook samenwerking over de beleidsdomeinen heen. Het is ook belangrijk om het middenveld en de belangrijke maatschappelijke stakeholders te betrekken in een aantal werkgroepen.

4. Lokaal beleid en Logo's

Het Preventiedecreet van 21 november 2003 voorziet in de mogelijkheid tot samenwerkingsafspraken met het provinciale en het lokale niveau.

De opdrachten en de subsidies voor organisaties kunnen niet worden toegekend op het gemeentelijke niveau, want dat zou leiden tot versnippering en efficiëntieverlies. Voor de realisatie van de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen rekent Vlaanderen wel op de inzet van de lokale besturen en het lokaal sociaal beleid. De gemeenten worden ook ondersteund door de Logo's, onder meer door de methodiek 'Gezonde Gemeente'. De aangepaste Logo-reglementering zet daar bijkomend op in. Artikel 27 van het Preventiedecreet van 21 november 2003 stelt dat de Vlaamse Regering afspraken maakt met onder andere de lokale besturen. De memorie van toelichting zegt hierover: "Vanuit die optiek wordt de mogelijkheid

gecreëerd om een aantal beleidsuitvoerende taken op een meer gedecentraliseerd niveau aan te pakken en te coördineren.". Dat wijst erop dat de decreetgever toen niet de bedoeling had om de Vlaamse Regering op te leggen die overeenkomsten te sluiten, maar wel de mogelijkheid wilde creëren om dat te doen. Intussen heeft de interne staatshervorming bepaalde zaken in een ander perspectief geplaatst. Misschien wordt het in de toekomst toch mogelijk om overeenkomsten af te sluiten. Dat zou echter belangrijke budgettaire consequenties hebben. Ook de autonomie van de lokale besturen verdient respect. Het is de vraag of dat allemaal haalbaar is, en of dat effectief is om gezondheidswinst te realiseren op populatieniveau.

Door de aanpassing van de regelgeving zijn de opdrachten van de Logo's verduidelijkt. Het gaat onder meer over de disseminatie van de methodieken naar de lokale netwerkpartners, het meewerken met partnerorganisaties en andere relevante actoren bij methodiekontwikkeling, de eerste trap in het medisch-milieukundig netwerken en het ondersteunen van de lokale besturen bij het uitwerken van een lokaal beleid inzake preventie. Het is niet de bedoeling dat de Logo's zelf de methodieken toepassen in de plaats van de netwerkpartners. Jaarlijks bepaalt de Vlaamse overheid de operationele doelstellingen voor de Logo's. Die worden opgenomen in CIRRO. Vanaf 2016 wordt er een specifieke overeenkomst afgesloten met een partnerorganisatie voor de ondersteuning van de Logo's. Hiermee is de functiescheiding gerealiseerd tussen de ondersteuning van de Logo's en de ontwikkeling van methodieken.

In de nieuwe regelgeving zijn ook taken van de Logo's verduidelijkt. Het besluit van de Vlaamse Regering van 2014 bepaalt dat maximaal 5 percent van de toegekende middelen kan worden aangewend voor onder andere methodiekontwikkeling. Een aantal bemerkingen van het Rekenhof over de Logo's heeft hij al aangepakt.

De opvolging van de Logo's gebeurt vooral op het online-uitwisselingsplatform CIRRO, dat in 2012 werd opgestart en in 2015 op kruissnelheid zat. Daardoor gebeurt de opvolging nu op een meer gestructureerde manier. De Logo-werking kan kwantitatief uitgedrukt worden. Er is ook een aanzet tot een kwalitatieve evaluatie. Het is ook de bedoeling om CIRRO te versterken met een duidelijkere structuur voor planmatig werken en met de nodige ruimte voor de eigen inbreng. Het is altijd zoeken naar een evenwicht tussen gestructureerde planmatigheid en het evidencebased werken en voldoende ruimte voor het eigen initiatief op lokaal vlak.

In 2017 is een uitbreiding gepland met andere organisaties. Hierdoor zal men nog beter verbanden kunnen leggen tussen de werking van de verschillende organisaties en de Logo's. Er is geregeld overleg met alle CIRRO-gebruikers, dus ook met de Logo's, om de uniformiteit van het werken te verhogen.

CIRRO biedt de mogelijkheid tot verschillende rapporteringen, bijvoorbeeld per project of per thema, of over het bereik en het netwerk. Naarmate de registratie beter verloopt, kan die als basis dienen voor een betere analyse en evaluatie van de werking. Het behoort tot de kerntaken van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid om de organisaties aan te sporen tot een betere registratie. Dat gebeurt met de nodige realiteitszin omdat dergelijke veranderingen tijd vergen. De uitbreiding van dit uitwisselingsplatform met andere organisaties heeft het voordeel dat de organisaties een beter zicht krijgen op elkaars werking. Hij kan begrijpen dat het Rekenhof de rapportering in CIRRO door de partnerorganisatie en de organisaties met terreinwerking geen evidentie vindt. Toch denkt hij dat hij beleidsmatig enige ambitie mag tonen om de werking van de verschillende organisaties beter op elkaar af te stemmen. De meeste partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking registreren hun methodieken al in CIRRO. Het meten van het uiteindelijke bereik van de burgers en van de specifieke doelgroepen zal inderdaad niet eenvoudig zijn. Helemaal in detail zal men dit waarschijnlijk nooit kunnen

meten. Door het registreren van de disseminatie door de Logo's op het niveau van het postnummer, kan men wel nagaan of bepaalde gemeenten niet systematisch vergeten worden.

Elk jaar is er een grondig nazicht en een evaluatie van de inhoudelijke en financiële verantwoording per Logo. Het besluit van mei 2014 op de Logo's legt hen een zelfevaluatie op, waarbij de Logo's voorstellen kunnen doen voor efficiëntieverhoging van de eigen werking. De minister kijkt uit naar die zelfevaluatie en hoopt te kunnen rekenen op voorstellen die getuigen van professionaliteit bij de Logo's.

Het sluiten van een beheersovereenkomst, vanaf 2016, met een partnerorganisatie voor algemene ondersteuning van de Logo's zal ook bijdragen tot een betere kwaliteit, een uniformer registratie en een meer planmatige werking van de sector.

Hij ziet de Logo's als een toepassing van het principe 'Think globally, act locally'. De prioriteiten worden op het Vlaamse niveau bepaald, onder meer in de gezondheidsdoelstellingen. De implementatie gebeurt lokaal, door de Logo's.

5. Budget

Het Rekenhof stelt een heel interessante vraag over het budget. De minister wil het beschikbare budget voor preventie correct verdelen, op basis van objectieve criteria. Zijn administratie is al in andere regio's gaan kijken, maar heeft nog geen eenvoudig en sluitend systeem gevonden. Het vraagt specifieke kennis en de capaciteit om dit autonoom te onderbouwen.

Rekening houdend met de beperkte budgetten, is de verdeling tussen de verschillende thema's binnen het preventiebudget heel complex. Binnen de individuele preventietopics gebeurt het evidencebased. Een concreet voorbeeld daarvan is de aanpak van suïcidepreventie in de periode 2012-2020. De strategieën en acties die hierin zijn opgenomen, zijn getoetst op hun kosteneffectiviteit en op de winst aan kwaliteitsvolle levensjaren.

Elke gezondheidsconferentie probeert voldoende oog te hebben voor de gezondheidseconomische aspecten van het beleid. Ook voor de bevolkingsonderzoeken naar kanker is in de gezondheidsdoelstelling opgenomen dat deze effectief dienen te zijn. In 2015 werd er een gezondheidseconomische evaluatie uitgevoerd van de drie bevolkingsonderzoeken. Daaruit blijkt dat deze zich onder de internationaal aanvaarde norm van 35.000 euro per QALY situeren (*Parl.St*. Vl.Parl. 2015-16, nr. 578/1).

Om een kosteneffectief preventief gezondheidsbeleid te voeren, wordt met een aantal factoren rekening gehouden. Op organisatorisch vlak worden de internationale trends en good practices gevolgd. Het werkveld wordt betrokken in werkgroepen en netwerken. Er is een mix van interventies op verschillende niveaus en het matrixmodel wordt toegepast. Er zijn drie clusters van actiestrategieën, educatie, structurele maatregelen en zorg en begeleiding, gericht op het individu, zijn directe omgeving en zijn ruimere omgeving. Het is de bedoeling om planmatig te werken, op basis van een doel, strategieën, actieplannen, methodieken en het implementatieplan, met de ondersteuning van de uitvoering. Het wetenschappelijk onderbouwd karakter van het preventief gezondheidsbeleid impliceert dat het moet gaan over ernstige gezondheidsproblemen waarvan het normale verloop gekend is, dat de aangrijpingspunten, namelijk de beschermings- en risicofactoren gekend zijn, dat er effectieve methodieken beschikbaar zijn of ontwikkeld kunnen worden, dat er voldoende aanwijzingen zijn dat de initiatieven kosteneffectief zijn, waarbij ook de opportuniteitskosten in rekening worden gebracht, dat de uitvoerbaarheid van de initiatieven is onderzocht, en of er monitoring en evaluatie gepland is. Ook

de algemene monitoring van de gezondheid van de bevolking door gezondheidsindicatoren is belangrijk.

Een voorbeeld hiervan is het project voor zelftesting bij baarmoederhalskanker, waarbij de evoluties op het terrein en de mogelijkheden om de doelgroepen zo goed mogelijk te informeren opgevolgd worden. Hiertoe werd een Vlaamse werkgroep met experts op het vlak van sensibilisering opgestart.

Om nog beter te kunnen prioriteren wordt overwogen om op een permanentere basis een kaderovereenkomst te sluiten met externen voor gezondheidseconomische beleidsinput. Daarbij gaat het niet alleen over economie, maar ook over het vaststellen van criteria om te prioriteren. Ethische en maatschappelijke aspecten moeten daarin zeker meegenomen worden.

Historische en maatschappelijke invloed hebben de budgetten mee bepaald. Het zal politiek en maatschappelijk niet eenvoudig zijn om historisch gegroeide budgetten af te bouwen ten voordele van andere preventiethema's. Bovendien zijn er nagenoeg geen grote preventietopics waarvan aangetoond is dat er te veel in wordt geïnvesteerd. De verantwoordings- en rapportageplicht van de partnerorganisaties en de organisaties met terreinwerking vormt een belangrijk instrument, naast de verantwoordingsplicht van de Vlaamse Regering aan het Vlaams Parlement.

De vraag van het Rekenhof moet in een bredere context worden geplaatst. Het preventiebudget bedraagt slechts twee percent van het budget voor curatie. De nieuwe autosnelweg tussen Brugge en Knokke kost 65 miljoen euro per kilometer, wat overeenkomt met twee keer het jaarlijkse preventiebudget. Deze cijfers relativeren de opmerking van het Rekenhof.

Het budget dat voor de preventie van tabak-, alcohol- en drugsmisbruik werd nodig geacht door de betrokken werkgroep in het voortraject van de vorige gezondheidsconferentie, werd niet goedgekeurd in het uiteindelijke actieplan dat een hele tijd geleden werd goedgekeurd door de Vlaamse Regering. Er was wel sprake van het stapsgewijs optrekken van de structurele financiering voor capaciteit op het terrein. Dat is wel gebeurd, maar wellicht minder dan de sector had verwacht. Dat thema wordt eind 2016 gevat in een nieuwe conferentie. Het staat vast dat het destijds gevraagde budget, gezien de budgettaire context, niet ter beschikking is gekomen.

De minister beseft dat de middelen voor preventie beperkt zijn. Gezien de vele noden zijn er ook voor dit actieplan budgettaire beperkingen. Hij zal proberen om budget te mobiliseren op basis van de nieuwe gezondheidsdoelstelling en de nieuwe preventiestrategieën. Het staat echter al vast dat er keuzes moeten worden gemaakt. Wie wil meten hoeveel er ingezet wordt op preventie, moet veel breder kijken dan dit beperkte budget en moet ook kijken naar wat andere sectoren zoals Kind en Gezin en de CLB's doen. Dat is moeilijk te becijferen. Ook een internationale vergelijking is nagenoeg onmogelijk omdat ieder land andere methoden hanteert.

6. Kansarmoede

In alle beleidsdomeinen kan men vaststellen dat de laagste socio-economische groepen moeilijker te bereiken zijn, niet alleen in Vlaanderen, maar ook internationaal.

Artikel 7 van het Preventiedecreet van 21 november 2003 bepaalt dat alle organisaties die door de Vlaamse Regering gesubsidieerd worden voor taken van preventieve gezondheidszorg, ertoe gehouden zijn om bij de uitvoering van hun opdracht

bijzondere aandacht te besteden aan kansarme mensen, bevolkingsgroepen die in hogere mate blootgesteld zijn aan bedreigingen voor hun gezondheid en de toegankelijkheid van het aanbod.

Deze vereiste is opgenomen in alle beheersovereenkomsten. Vaak worden er ook specifieke acties geformuleerd. De meeste partnerorganisaties en de organisaties met terreinwerking ontwikkelden intern expertise voor 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 voor het ontwikkelen van methodieken gericht op het bereiken van kansengroepen.

Als het gaat over de gezondheidskloof en over preventie moet men trouwens naar een veel ruimere context kijken dan het budget van 35 miljoen euro dat door de afdeling Preventie van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid ter beschikking wordt gesteld. Dat wil zeggen zonder de infectieziekten, vaccinaties, en gezondheid en milieu. Met dat bedrag kan men inderdaad de gezondheidskloof niet dichten.

Bovendien wordt er binnen het Vlaamse beleid ook op veel andere domeinen gewerkt aan grotere kansen voor de zwakkeren in de samenleving. Het volstaat te verwijzen naar Onderwijs en Kind en Gezin, die werken aan een goede start in het leven, wat belangrijk is voor het verkleinen van de gezondheidskloof.

De kernopdracht van het Preventiedecreet van 21 november 2003 is het realiseren van gezondheidswinst op bevolkingsniveau. Het is belangrijk om een evenwicht te vinden tussen het efficiënt inzetten van de middelen en het bereiken van de zwaksten die belangrijke gezondheidswinst kunnen boeken als ze goed bereikt worden. Er zijn binnen de preventie al veel proefprojecten opgestart, specifiek gericht op deze kansengroepen. Hij blijft daarachter staan. Alleen als de methodieken gunstig geëvalueerd worden, worden ze ingebouwd in het reguliere beleid.

Tussen 2008 en 2012 organiseerden VIGeZ en de Logo's drie keer de campagne '24 uur niet roken'. Deze methodiek, die overgenomen is uit Nederland, richt zich specifiek op rokers met een laag socio-economisch statuut. Het budget bedroeg 800.000 euro. Daarnaast was er een project gericht op zwangere vrouwen en tabak in wijkgezondheidscentra, een rookstopproject gericht op kansarmen in de CAW's met armoedewerking en een alcoholproject in werkplaatsen sociale economie. Ook in de andere initiatieven is er aandacht voor de inclusie van deze doelgroep.

Het project 'Bewegen op Voorschrift' werd positief beoordeeld. Ook voor het bereik van kwetsbare doelgroepen werd het goed bevonden. Daarom wordt dit project, onder de nieuwe projectnaam 'Bewegen op Verwijzing' de komende jaren breed uitgerold.

Vaak blijken projecten die zich specifiek richten op kansarmen echter niet zo goed te scoren op efficiëntie. Men dient rekening te houden met een continuüm in de socio-economische gradiënt en uit te gaan van een proportioneel universalisme. De intensiteit varieert in functie van de mate van socio-economische achterstand of gezondheidsachterstand. Die werkwijze wil de minister in het hele preventiebeleid blijven toepassen. Het gevolg is dat er geen zichtbaar preventiebeleid is voor de laagste socio-economische groepen in de samenleving.

Voor de bevolkingsonderzoeken naar kanker probeert men subgroepen te definiëren die minder deelnemen dan andere groepen, om vervolgens te onderzoeken welke factoren daarbij een rol spelen. Daarna wordt nagegaan of die factoren beïnvloed kunnen worden en hoe men dat kan doen tegen aanvaardbare kosten. Ten slotte wordt het effect van de interventie geëvalueerd. Experts stellen dat het voor die doelgroepen het efficiëntst is om te vertrekken vanuit de eerstelijnszorg

die zich dicht bij hun leefomgeving situeert. Het is niet altijd eenvoudig om de juiste ingangspoort te vinden om de groepen met een verhoogd risico te bereiken.

Wat de kwetsbare groepen zijn, hangt ook samen met het gezondheidsthema. Bij suïcidepreventie gaat het bijvoorbeeld over suïcidepogers, mensen met suïcidale gedachten en psychiatrische problemen, gedetineerden, holebi's en transgenders, en nabestaanden van zelfdoding. Dan is de benadering risicospecifiek, ongeacht de socio-economische of culturele achtergrond van de personen in kwestie. Binnen tabak-, alcohol- en drugspreventie zijn zwangere vrouwen een belangrijke aandachtsgroep. Zwangere vrouwen met een lagere socio-economische status zullen echter intenser begeleid worden.

7. Suïcidepreventie

Een aantal initiatieven binnen suïcidepreventie bestond al voor de eerste gezondheidsdoelstellingen voor suïcide werden geformuleerd. Dat historisch gegroeid aanbod is zinvol, maar na een aantal jaren werking zijn er wellicht andere taakafspraken mogelijk en wenselijk. Daarom werd er geen nieuwe oproep gelanceerd voor het sluiten van een beheersovereenkomst vanaf 2017 met de terreinorganisatie Werkgroep Verder, die instaat voor de ondersteuning van de nabestaanden en voor de mediarichtlijnen, of met Ondersteuning Opvang Suïcidepogers. De opdrachten van deze terreinorganisaties en de coördinatie van de suïcidewerkers in de cgg's zal sterker gestroomlijnd en onderling afgestemd worden. Daarover zal er eerst overleg zijn met de sector. Het is in ieder geval de bedoeling om de continuïteit van de dienstverlening te verzekeren. De beleidswijzigingen zijn niet gericht op afbouw maar op efficiëntieverhoging.

Het is correct, zoals het Rekenhof stelt, dat verschillende organisaties, elk vanuit hun eigen expertise, training en deskundigheidsbevordering op het vlak van suïcidepreventie aanbieden. Tussen die organisaties worden er afspraken gemaakt. De suïcidepreventiewerkers van de cgg's, het CPZ en Werkgroep Verder hebben afspraken gemaakt over de doelgroepen en de inhouden. ASPHA geeft zelf geen vormingen. De vorming voor de huisartsen wordt gegeven door de suïcidepreventiewerkers van de cgg's, in samenwerking met Domus Medica. Daarnaast bieden het CPZ, de suïcidepreventie van de cgg's en Werkgroep Verder vanaf 2016 een gezamenlijk aanbod voor bedrijven. Het is de bedoeling om onder andere door de herziening van de taken binnen de beheersovereenkomsten, het aspect deskundigheidsbevordering binnen de suïcidepreventie nog sterker te stroomlijnen, zoals het Rekenhof voorstelt.

De ontwikkeling van een model van ketenzorg sluit aan bij de multidisciplinaire richtlijn voor de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag. Beide complementaire acties zijn toegewezen aan het VLESP dat eind 2014 gestart is met het ontwikkelen van die richtlijn. Die richtlijn zal vermoedelijk eind 2016 worden afgewerkt. Ze zal zich richten tot een breed spectrum van hulpverleners binnen de eerste-, tweede- en derdelijnszorg. Voor al die doelgroepen zal de richtlijn aandacht besteden aan het belang van de ketenzorg. Het lijkt verwarrend dat er zoveel actoren betrokken zijn, maar dat is belangrijk als het gaat om suïcidepreventie. Alle hulpverleners kunnen een belangrijke rol spelen in het voorkomen van suïcide. De multidisciplinaire richtlijn zal de basis vormen voor de verdere uitwerking en implementatie van een model van ketenzorg. Het uitwerken van die ketenzorg na de richtlijn moet ervoor zorgen dat preventie, zorg en behandeling passen in een integraal model. De ontwikkeling van dat model van ketenzorg is gepland voor 2017. Het wordt opgevolgd door de partnerorganisatie VLESP.

Mannen zijn inderdaad moeilijker te bereiken dan vrouwen, zoals het Rekenhof opmerkt. Ook op andere domeinen binnen Welzijn en Gezondheid is dat het geval. Het VLESP zal in 2016 verhoogde aandacht schenken aan de groep werkende

mannen tussen 35 en 50 jaar. In de internationale literatuur wordt gezocht naar acties en methodieken, geschikt voor die doelgroep. Er zal ook een inventaris worden opgemaakt van de initiatieven binnen de preventie en geestelijke gezondheidszorg, gericht op die doelgroep. Dit zal de basis vormen voor mogelijke aanbevelingen voor nieuwe methodieken en acties.

Het verschil in hulpzoekend gedrag van bepaalde bevolkingsgroepen is complex. Er zijn grenzen aan de mogelijkheden, en soms zelfs aan de wenselijkheid om vanuit de overheid in te grijpen in het menselijke gedrag.

8. Tabak, alcohol en drugs

Inzake tabak, alcohol en drugs zijn er, naast het preventiewerk in de cgg's, ook partnerorganisaties die methodieken ontwikkelen. De Logo's staan in voor de verspreiding ervan binnen hun netwerk. Tal van andere organisaties en hulpverleners passen de methodieken toe. De preventiewerkers in de cgg's zijn verantwoordelijk voor een belangrijke schakel: advies, coaching en deskundigheidsbevordering van organisaties die de methodieken willen gebruiken.

De preventiewerkers alcohol en drugs zijn ooit toegewezen aan een aantal cgg's, onder andere om op die manier een link te kunnen leggen tussen preventie, vroeginterventie en hulpverlening. Dat continuüm blijft belangrijk. Die beslissing dateert nog van voor de huidige gezondheidsdoelstelling. Het is pas sinds die doelstelling dat het thema tabak is toegevoegd aan hun taken. De teneur van de gezondheidsconferentie over tabak, alcohol en drugs was immers om zoveel mogelijk geïntegreerd te werken. In het voortraject van de gezondheidsconferentie die opgestart is, wordt geëvalueerd of die integratie de beste keuze was en geslaagd is, onder andere op het vlak van de samenwerking met de Logo's en de partnerorganisaties.

De taakafspraken zijn duidelijk. Ze zijn ook duidelijk gecommuniceerd aan de betrokkenen door de overheid. Dat is gebeurd in september 2011.

Bij het aflopen van de overeenkomst met de cgg's werden er bijkomende stappen gezet om een en ander te verduidelijken, proactiever te maken en nauwer op te volgen. De cgg's met preventiewerkers inzake tabak, alcohol en drugs zijn erkend als organisaties met terreinwerking voor preventie. In die zin worden ze ook apart opgevolgd. In een addendum bij hun overeenkomst met de overheid wordt precies bepaald hoeveel vte ze daarvoor moeten leveren. Ze moeten ook elk jaar een planning indienen met meetbare doelstellingen. In samenspraak met de koepels en de partnerorganisaties is er ook een aantal uniforme indicatoren voor registratie en evaluatie bepaald.

Het Rekenhof zegt dat slechts 25 percent van de acties van de cgg-preventiewerking het thema tabak meenemen. Dat is een verkeerde interpretatie van de registratiegegevens. De registratie gaat niet alleen over de cgg-medewerkers, maar over alle preventiewerkers, dus ook over de lokale en de intergemeentelijke preventiemedewerkers en van De Sleutel. Die 25 percent verwijst naar de acties die zeer expliciet of uitsluitend werken aan tabak. In het rapport wordt de helft van de acties geregistreerd als 'middelengebruik algemeen'. Dat betekent dat ook tabak wordt meegenomen. Op het terrein wordt er namelijk vaak geïntegreerd en middelenoverschrijdend gewerkt. Daarvoor verwijst de minister naar de website van VAD.

Dat betekent niet dat er geen zaken zijn die voor verbetering vatbaar zijn. De evaluatie is mee opgenomen in het voortraject van de conferentie. Daarbij zal ook rekening worden gehouden met het advies van het Rekenhof.

Een van de belangrijkste krachtlijnen van het actieplan was de verhoging van de capaciteit op het terrein door de uitbreiding van het systeem van de intergemeentelijke preventiewerkers. Dat systeem waarbij personeel werd gecofinancierd door de provincie en door de aangesloten steden en gemeenten, bestond al op enkele plaatsen. Het was de bedoeling om dat als best practice overal door te voeren en te versterken. De Vlaamse werkgroep Tabak, Alcohol en Drugs heeft heel wat tijd en energie gestopt in het uitwerken van een voorstel van samenwerkingsovereenkomst, vooral in samenspraak met de Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten en de Vereniging van de Vlaamse Provincies die daarom waren opgenomen als vast lid van de werkgroep. In het oprichtingsbesluit van de werkgroep is het ook een expliciete opdracht. Dat staat niet vermeld in het rapport van het Rekenhof.

De interne staatshervorming heeft geleid tot onduidelijkheid, zowel in termen van bevoegdheden en taakverdeling als in termen van onderlinge relaties. De minister veronderstelt dat er binnenkort duidelijkheid zal zijn over de budgetten die overkomen vanuit de provincies naar de Vlaamse overheid. Hij wil de bestaande werkingen, bijvoorbeeld op het vlak van preventie en vroeginterventie, op korte termijn overnemen en cofinancieren vanuit Vlaanderen, met de middelen die overkomen vanuit de provincie. Op middellange termijn wil hij bekijken hoe men, op basis van de bestaande goede praktijken, een systeem kan uitwerken dat voor heel Vlaanderen toegankelijk is.

VIGeZ en de Logo's hebben tussen 2008 en 2012 drie keer de campagne '24 uur niet roken' georganiseerd. Er waren ook projecten voor deze doelgroep in een wijkgezondheidscentrum, een CAW en een werkplaats sociale economie. Ook in de andere initiatieven was er aandacht voor de inclusie van deze doelgroep. Het is waar dat mensen met een lage socio-economische status nog altijd te weinig worden bereikt, zeker als het gaat over roken. In het voortraject van de gezondheidsconferentie zal dat zeker opnieuw aan bod komen.

Alle projecten die in het kader van het actieplan van destijds zijn gefinancierd en uitgevoerd, zijn geëvalueerd. Dat is de standaardprocedure voor alle facultatieve en andere subsidies.

Zijn insteek in het actieplan is van bij het begin geweest om een aantal veelbelovende nieuwe methodieken eerst voldoende lang uit te testen op het terrein, en om ze na een positieve evaluatie te integreren in de bestaande, erkende preventieorganisaties, indien nodig en mogelijk door een uitbreiding van de structurele basisfinanciering. Dat is ook veelvuldig gebeurd. Zo werden de projecten op het gebied van de cao 100 en het lokaal alcoholbeleid, die projectmatig werden uitgevoerd door de VAD en de cgg-preventiewerkers, tussen 2008 en 2011 geïntegreerd in de basiswerking van de cgg's. De basiscapaciteit binnen de enveloppe werd permanent uitgebreid met 5,5 vte vanaf 2012. De werking van De Sleutel in het onderwijs werd tussen 2008 en 2011 projectmatig gefinancierd. Op basis van een positieve evaluatie heeft deze organisatie in 2012, na een oproep, een beheersovereenkomst afgesloten als organisatie met terreinwerking. Verschillende campagnes en methodieken werden geïntegreerd in de werking van de nieuwe partnerorganisaties voor tabak en de nieuwe partnerorganisatie voor alcohol, drugs, psychoactieve medicatie en andere verslavingen.

Ondertussen zijn er ook al heel wat langlopende projecten, die met de staatshervorming zijn overgekomen vanuit het federale 'Fonds ter bestrijding van verslavingen' geïntegreerd in de oproepen voor de nieuwe partnerorganisaties. Daarbij denkt hij onder meer aan de werking van Tabakstop. Die informatie kon nog niet opgenomen worden in het rapport van het Rekenhof.

9. Kanker

Er is een Vlaamse werkgroep opgestart rond sensibilisering met betrekking tot de bevolkingsonderzoeken naar kanker. Na een overheidsopdracht is externe expertise ingebracht om het sensibiliseringsplan verder uit te werken. Dat plan wordt gerealiseerd door het CvKO, in afstemming met de werkgroep Sensibilisering en onder aansturing van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Om tot een coherenter administratieve structuur te komen, werden de huidige beheersovereenkomst met het CvKO voor borstkanker verlengd met een jaar, zodat deze eindigt op het moment dat de beheersovereenkomst met het CvKO voor baarmoederhalskanker eindigt, namelijk in 2017. Samen met de jaarlijkse subsidie voor darmkanker aan het CvKO geeft dit de mogelijkheid om vanaf 2018 de drie bevolkingsonderzoeken op te nemen in één beheersovereenkomst.

Bij het organiseren van een bevolkingsonderzoek moet men ook zoeken naar de meest geschikte screeningstest. Elke test heeft voor- en nadelen. De huidige manier van werken is nog niet zo slecht als sommigen beweren. De vraag was om de conclusies van het rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg in beleid om te zetten, en verwijst naar de studie van Roche Diagnostics over de combinatie van de 'cobas HPV test' en de 'CINtec cytology test'. Dat rapport is bestudeerd. Aan Roche Diagnostics is meegedeeld dat hiermee rekening zal worden gehouden bij de bespreking in de werkgroepen van de interministeriële conferentie. Er lopen nog verschillende studies over de screening naar baarmoederhalskanker. Alvorens te beslissen over een aanpassing van het huidige bevolkingsonderzoek, moeten alle aspecten, ook de haalbaarheid, de kwaliteitsbewaking, de bijkomend effecten en kosten en de verschillende wetenschappelijke benaderingen in rekening worden gebracht. Dat moet ook besproken worden in de werkgroepen van de interministeriële conferentie. Bepaalde kwesties vergen namelijk een federale inbreng. Het is een prioriteit om middelen te vinden om de vrouwen die nog niet deelnemen aan het bevolkingsonderzoek beter te bereiken. In Vlaanderen loopt er een project dat onderzoekt of een zelftest hiertoe kan bijdragen. De minister zal proberen om op de interministeriële conferentie een protocol af te sluiten over het bevolkingsonderzoek. Op basis van dat protocol kan ook de coördinatie tussen de verschillende bestuursniveaus worden aangepakt.

Het Vlaams onderzoek naar dikkedarmkanker is gestart in oktober 2013. Op basis van een (her)oproepsysteem krijgen alle mannen en vrouwen van 56 tot en met 74 jaar om de twee jaar een uitnodiging met een afnametest. Volgens de Europese aanbevelingen wordt deze screening best om de twee jaar aangeboden aan alle mannen en vrouwen van 50 tot 74 jaar. Vlaanderen is gestart met de oudere leeftijdsgroepen aangezien dikkedarmkanker bij deze leeftijdsgroepen vaker voorkomt. De werkgroep 'Bevolkingsonderzoek dikkedarmkanker' onderzoekt momenteel of de doelgroep kan worden uitgebreid met de 50- tot en met 55-jarigen. Dat zou de totale doelgroep van dit bevolkingsonderzoek met een derde uitbreiden. Dat heeft financiële gevolgen. Het zou ook leiden tot langere wachttijden voor de coloscopie die wordt uitgevoerd bij een afwijkend screeningsresultaat. Nederland heeft nog niet beslist om te screenen onder de 55 jaar.

Er is geen wetenschappelijke evidentie dat screening onder de leeftijd van vijftig jaar zinvol is. Het is dus niet de bedoeling om de test ingang te doen vinden bij een bredere doelgroep dan de 50- tot 74-jarigen. Ook bij mensen met familiaal voorkomen van dikkedarmkanker is de screeningstest niet geschikt. Deze personen worden door de arts doorverwezen voor een coloscopie, zonder eerst een stoelgangtest te doen.

Het Vlaamse bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker gebeurt aan de hand van de iFOB-test. Dat is geen zelftest in de strikte zin van het woord. Het gaat om een stoelgangtest waarbij de deelnemer zelf het staal afneemt met de toegezonden

afnameset en dat opstuurt naar het laboratorium. Deze test heeft het voordeel dat de kwaliteit ervan gecontroleerd is, dat hij gratis kan worden aangeboden en dat hij een juiste afkapwaarde heeft. Dat laatste is belangrijk om niet te veel mensen door te verwijzen voor verder onderzoek. De huidige deelnamegraad ligt tussen 55 en 60 percent. Dat is een mooi resultaat, maar het kan nog beter. Het CvKO zal bijkomende initiatieven nemen om de niet-deelnemers nog beter te bereiken. Over de zelftest die op de markt zal komen, en die niet in een laboratorium wordt onderzocht, zijn er wel een aantal vragen.

De tentoonstelling 'Door de Bril van …' tegen darmkanker is een sensibiliseringsinitiatief van Stop Darmkanker, niet van de Vlaamse overheid. Binnen dit bevolkingsonderzoek zijn er geen acties gericht op jongeren, vermits die niet tot de doelgroep behoren. Het Vlaams preventie- en gezondheidsbeleid over voeding en beweging richt zich tot de hele bevolking, ook tot de jongeren. Het actieplan Voeding en Beweging wil, net als het actieplan Tabak, Alcohol en Drugs, de levensstijl van iedereen verbeteren, om verschillende aandoeningen te voorkomen. Het kan gaan over andere kankers zoals longkanker, maar ook over hart- en vaatziekten en over de geestelijke gezondheid.

De interkabinettenwerkgroep Chronische Ziekten kwam al herhaaldelijk samen voor de bespreking van diverse preventietopics. Hij hoopt dat er op de interministeriële conferentie een protocol kan worden gefinaliseerd. Op basis daarvan kunnen de gemeenschappen en de gewesten afspraken maken over de screening in Brussel. Op 18 februari 2016 is er al een overleg geweest met de betrokken kabinetten, organisaties en administraties om de mogelijkheden van een bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker in Brussel te bespreken. Daarbij werden de verschillen tussen de bevolkingsonderzoeken van Vlaanderen en Wallonië toegelicht. De minister hoopt dat er voor de zomer een beslissing kan worden genomen over de optimalisering van de dikkedarmkankerscreening in Brussel. Een mogelijke oplossing is het sturen van een brief aan de Brusselaars uit de doelgroep, die aanbiedt om deel te nemen aan het Vlaamse of het Waalse bevolkingsonderzoek. Voor het Vlaamse bevolkingsonderzoek zou men een stoelgangtest kunnen aanvragen bij het CvKO. Die testkit bevat voldoende informatie zodat de deelnemer zelf de test kan uitvoeren. De huisarts wordt wel op de hoogte gebracht van het resultaat. Voor het Waalse bevolkingsonderzoek zou men de test moeten afhalen bij de huisarts. Het versturen van een brief aan de Brusselaars is echter een bevoegdheid van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. Die kan de opdracht wel uitbesteden aan Vlaanderen of Wallonië. Het moet echter gaan om tweetalige brieven. De Vlaamse Gemeenschap kan zich niet rechtstreeks wenden tot de Brusselaars. Een eventueel contact dient te verlopen via unicommunautair Nederlandstalige voorzieningen waarop de Brusselaar een beroep doet.

10. Ongevallenpreventie

De minister zal de eerstelijnsstructuren aansporen om valpreventie te beschouwen als een kerntaak. Een nauwe samenwerking tussen eerste lijn en preventie is noodzakelijk. Dat is een van de issues van de eerstelijnsconferentie. Momenteel is er geen specifiek actieplan voor valpreventie bij kinderen. Binnen Kind en Gezin is de valpreventie een onderdeel van de preventie van ongevallen in de privésfeer. Kind en Gezin zet vooral in op de doelgroep van de nul- tot driejarigen. In deze leeftijdscategorie komen de meeste ongevallen in de privésfeer voor, met een incidentie van ongeveer 3000 per 100.000 voor jongens en ongeveer 1600 op 100.000 voor meisjes van nul tot vier jaar. De incidentie daalt stelselmatig tot de leeftijd van achttien jaar, tot ongeveer 1400 op 100.000 voor jongens en 1200 op 100.000 voor meisjes. Kind en Gezin informeert en sensibiliseert, onder meer op websites en in nieuwsbrieven, tijdens huisbezoeken en contacten in de consultatiebureaus. Bij de informatieavonden ter voorbereiding van de komst van een baby wordt er gesproken over de mogelijkheden om het huis veilig te maken voor een kind. De

regioverpleegkundige observeert de woning en de slaapomgeving, en kan inspelen op mogelijks onveilige situaties. Er is een checklist die daarbij kan helpen.

In de kinderopvang werkt Kind en Gezin met een risicoanalyse. De voorzieningen gaan zelf na waar er risico's zijn voor de veiligheid en de gezondheid van de kinderen.

Het EVV werkt vooral aan val- en fractuurpreventie bij ouderen, zowel thuiswonende ouderen als ouderen in een woonzorgcentrum. De beheersovereenkomst met dit centrum loopt af eind 2016. Er is een nieuwe oproep gelanceerd voor val- en fractuurpreventie bij ouderen. Het probleem is veel groter bij ouderen dan bij kinderen. Om budgettaire redenen dienden er trouwens prioriteiten te worden gesteld. Het is ook niet evident om beide doelgroepen in een aanpak te integreren omdat ze een totaal andere aanpak vergen. Kind en Gezin werkt trouwens al aan de valpreventie bij kinderen zodat dit voor het Vlaams preventief gezondheidsbeleid geen prioriteit hoeft te zijn. Valpreventie bij kinderen in ziekenhuissituaties heeft ook te maken met het kwaliteitsbeleid van ziekenhuizen. De verantwoordelijkheid ligt daar in de eerste plaats bij de ziekenhuizen. Het preventief gezondheidsbeleid richt zich op de gezondheidswinst op populatieniveau.

11. Beweging

De gezondheidsconferentie over voeding en beweging dateert van 2009. De doelstellingen op dit vlak zijn in grote evolutie. Conform de nieuwste internationaal aanvaarde inzichten, zet het beleid sterker in op bewegen en tegengaan van sedentair gedrag. Dat komt onder meer tot uiting in de nieuwe beheersovereenkomst. Er is aandacht voor de uitvoering van de projecten op het terrein, dit met een focus op de lange termijn. Een voorbeeld is het uitbreiden in de komende jaren van het project 'Bewegen op Verwijzing'. De conferentie die eind 2016 wordt georganiseerd, zal aandacht besteden aan de effectiviteit van de acties en zal aanzetten tot resultaten en uitvoering op het terrein, en dit met een langetermijnperspectief.

12. Diabetes

De algemene preventie van diabetes, door in te zetten op een gezonde levensstijl, zit vervat in het beleid rond voeding en beweging en rond tabak en alcohol. Dat ziet het Rekenhof correct. De minister wil inderdaad inzetten op het positief beïnvloeden van de determinanten die de gezondheid bevorderen en op het tegengaan van factoren die de gezondheid bedreigen. Gezien het maatschappelijk belang van diabetes is er een oproep gelanceerd voor partnerorganisaties voor diabetespreventie en is er een overeenkomst met de Diabetesliga. Daarbij is het vooral de bedoeling dat het algemene gezondheidsbevorderende beleid voldoende aandacht besteedt aan diabetes en dat er specifieke methodieken ontwikkeld worden gericht op de doelgroepen met een verhoogd risico. Universele en selectieve preventie gaan hand in hand.

De minister is het eens met de vaststelling dat diabetes een belangrijk gezondheidsprobleem is en dat het niet lukt om het aantal mensen met diabetes terug te dringen. De vraag blijft natuurlijk welke beleidsmaatregelen hiervoor efficiënt zijn, en of men vooral moet inzetten op een algemeen dan wel op een specifiek beleid.

Hij denkt dat het Rekenhof te veel belang hecht aan een ziektespecifieke preventieve benadering. Momenteel is er immers nog geen wetenschappelijke consensus dat een strikt ziektegerichte preventie op bevolkingsniveau zinvol is om de morbiditeit en sterfte door diabetes te voorkomen. Daarom zet het beleid vooral in op de groepen met een verhoogd risico. De Diabetesliga krijgt in haar beheersovereenkomst de opdracht om goede methodieken uit te werken. De stelling dat er te weinig terreinwerk is voor de diabetespreventie, is voorbarig.

Het Rekenhof verwondert zich erover dat diabetespreventie niet voorkomt in de jaarplannen van organisaties zoals VIGeZ en Eetexpert, en dat er ook geen afzonderlijke organisatie met terreinwerking voor is aangeduid. De verklaring is dat de organisaties die werken aan een verbetering van de levensstijl per definitie niet ziektespecifiek tewerk gaan. Een gezonde levensstijl heeft namelijk een gunstige invloed op meerdere ziekten. Er is nog geen organisatie met terreinwerking voor diabetespreventie omdat er nog geen consensus is over de toe te passen methodieken en omdat de methodieken waarover er wel al consensus is, bijvoorbeeld 'Zoet Zwanger', worden opgenomen door de partnerorganisatie zelf.

Men mag ook niet vergeten dat het RIZIV en de eerstelijnsgezondheidszorg al veel initiatieven nemen om de zorg voor personen met beginnende diabetes te verbeteren en om zo verwikkelingen te voorkomen. Als men het totale diabetesbeleid wil evalueren, dan moet men ook hiermee rekening houden. Hij is een grote voorstander van het voorkomen van ziektes. Het is echter niet zo dat preventieve maatregelen altijd kosteneffectiever zijn dan curatieve als het erop aankomt om de morbiditeit en de oorzaakspecifieke sterfte terug te dringen.

Naast de algemene preventieve benadering is het ook zinvol om in te zetten op personen met een verhoogd risico op diabetes. Momenteel lopen de volgende initiatieven in het kader van de overeenkomst met de Diabetesliga. Er zijn methodieken ontwikkeld en geïmplementeerd, onder meer via de diëtisten. Er worden lokale sensibiliseringsacties ondersteund. 'Halt2diabetes' is een methodiek om hoogrisicopersonen te identificeren met een bevraging en toe te leiden naar een leefstijlprogramma of naar vroegopsporing. Het project 'Zoet Zwanger' wil vrouwen die zwangerschapsdiabetes doormaakten en een verhoogd risico hebben om later diabetes te ontwikkelen, opvolgen op het vlak van leefstijl en bloedglucosewaarden. Men wil ook onderzoek voeren naar de mogelijkheden voor andere risicogroepen, zoals personen van maghrebijnse afkomst. In functie van de resultaten van die projecten zullen de partnerorganisaties bijkomende initiatieven kunnen ontwikkelen.

III. Bespreking

Danielle Godderis-T'Jonck is bezorgd omdat de gezondheidsdoelstelling voor ongevallenpreventie, reeds geformuleerd in 1998, sinds 2002 niet meer hernieuwd is.

Ze vindt het eigenaardig dat de CLB's, die een rol spelen in de preventieve gezondheidszorg inzake overgewicht, niet betrokken zijn bij de werkgroep Voeding en Beweging. Ook de Diabetesliga maakt geen deel uit van de werkgroep. Daarom dringt ze aan op een evaluatie van de werkgroep. De preventie van diabetes bestaat immers deels uit het promoten van een gezonde levensstijl. Ze vraagt zich af of er voldoende overleg is tussen de betrokken partijen van de twee thema's. Hoe kan men garanderen dat het thema diabetes niet geabsorbeerd wordt binnen het ruimere beleid rond voeding en beweging? Ze vindt dat de preventie van diabetes onvoldoende wordt uitgewerkt binnen de jaarplannen van de organisaties die betrokken zijn bij het begeleidingscomité Diabetespreventie.

Ze ziet ook een kloof tussen de conceptualisatie en de implementatie, zowel bij voeding en beweging als bij de preventie van diabetes. Het is onbekend welke organisatie kan instaan voor de uitvoering van het terreinwerk. Zijn er in dit verband verdere projecten op til?

Freya Saeys stelt vast dat het Rekenhof bij de gezondheidsdoelstelling Tabak, Alcohol en Drugs opmerkt dat de Vlaamse Regering weinig inzet op de rechtstreekse uitvoering van de preventiemethode bij de einddoelgroep. Uit de tabel blijkt dat twee derde van de geregistreerde preventieactiviteiten gericht zijn op

intermediaire doelgroepen. De huisarts komt daar niet in voor, hoewel die geconfronteerd wordt met de patiënt met suïcideneigingen, met verslavingen of met een nood aan vaccinaties. Inzake de ongevallenpreventie is er geen uitleg geweest over de thuiszorg of de huisarts, die nochtans bij de ouderen thuis komen. De nota heeft het evenmin over de rol van de mutualiteiten, hoewel die anders vaak genoemd worden bij themaoverschrijdende organisaties met terreinwerking. De budgettaire middelen voor preventie zijn ondermaats. Men moet verder inzetten op preventie. Er is een blijvende stijging van diabetes en obesitas. Met de traditionele instrumenten worden de doelstellingen niet gerealiseerd. Daarom dringt ze aan op het onderzoeken van alternatieve instrumenten. Daarbij denkt ze aan de recente hoorzittingen over nudging, dus over de implementatie van gedragseconomie (*Parl.St.* Vl.Parl. 2014-15, nr. 380/2). Dat zou wetenschappelijk onderzocht moeten worden.

Het Rekenhof verwijst naar artikel 27 van het Preventiedecreet van 21 november 2003 dat bepaalt dat de Vlaamse Regering afspraken dient te maken met de andere betrokken besturen over de coördinatie van het facettenbeleid, met een eventuele ondersteuning van de Logo's. Dat is niet gerealiseerd. Is de minister van plan om dat toch nog te doen? Het Rekenhof heeft aangetoond dat men niet kan evalueren of de Logo's wel kwalitatief werken, en of ze hun middelen doelmatig inzetten. Wil de minister toch blijven werken met de Logo's? Zal hij de relatie met de lokale besturen uitklaren? Hoe reageert de minister op die kritiek van het Rekenhof?

Wat al lang geweten is, wordt nogmaals bevestigd: de projecten worden slechts in heel beperkte mate omgezet in structureel beleid. Hoeveel projecten zijn er verloren gegaan?

Elke Van den Brandt sluit ze zich aan bij de opmerking dat het algemene budget voor preventie laag ligt. Er is al een verhoging geweest van 40 naar 60 miljoen euro. Hoe groot zou het budget moeten zijn opdat het preventieve gezondheidsbeleid werkelijk impact heeft?

Veel keuzes zijn historisch gegroeid. Dat heeft vaak een reden, maar toch moet men dat tijdig durven herbekijken. Ze stelt vast dat er geen gezondheidsdoelstelling is voor milieu en gezondheid. Het milieu is nochtans een van de meest gezondheidsbedreigende factoren. Ze wil weten of er basisanalyses zijn waaruit blijkt wat de grootste bedreigingen zijn voor de gezondheid.

Het voordeel van gezondheidsdoelstellingen is dat het beleid zichzelf een doel stelt. Het nadeel is dat niet alles in dat doel vervat zit. De analyse van het Rekenhof is sterk organisatorisch en dat is op zich heel waardevol. Bij de evaluatie wordt telkens onderzocht of de cijfermatige doelstellingen gehaald worden. Zitten daar voldoende hefbomen in voor een adequate opvolging? Beschikt men over de juiste cijfergegevens om na te gaan of het beleid de gewenste impact heeft? Dat sluit aan bij de vraag van mevrouw Saeys over de methodieken.

Jan Bertels zal ingaan op de drie punten die door het Rekenhof werden onderzocht. Het uitvoeringslandschap is heel complex. Daarom is er veel samenwerking nodig tussen de diverse actoren. De minister heeft al erkend dat er stroomlijning nodig is voor suïcidepreventie. Hij heeft echter niet begrepen hoe de minister dat concreet wil aanpakken. De minister heeft ook niet geantwoord op de opmerking of de cgg's wel de meest geschikte actor zijn om het preventiebeleid rond tabak, alcohol en drugs te trekken.

Hij sluit zich aan bij de vragen van de dames Saeys en Van den Brandt over de uitvoering van het beleid. Voor de methodiek van beheersovereenkomsten, jaarplannen en actieplannen heeft het Rekenhof een aantal interessante verbeterpunten gesuggereerd. Hij vraagt zich wel af of de huidige effectmeting in de beheersovereenkomsten niet aan herziening toe is.

De minister stelt vast dat er een gezondheidskloof is. Hijzelf vindt dat men dat ook moet proberen te verhelpen. Het actieplan Tabak, Alcohol en Drugs zou slechts een beperkt effect hebben voor mensen met een lage socio-economische status. Ook op dat vlak moet het beleid een tandje bijsteken.

De minister heeft gezegd dat het budget voor preventie, vergeleken met het budget voor curatieve zorg, beperkt is. Na de zesde staatshervorming is dat budget nochtans gestegen naar meer dan zestig miljoen euro. Er komen ook middelen over van de provincies. Daarom vindt Jan Bertels dat de Vlaamse overheid best ambitieus mag zijn. Hij sluit zich aan bij de opmerking van mevrouw Saeys over de onderfinanciering. Hij vindt bijvoorbeeld dat er meer middelen nodig zijn voor de preventie van tabak, alcohol en drugs.

Een werkgroep onderzoekt hoe de 50- tot 55-jarigen kunnen worden betrokken bij de dikkedarmkankerscreening. In dat verband heeft de minister het vooral gehad over de budgettaire effecten en niet over de mogelijke gezondheidswinsten.

Vanaf 1 januari 2017 gaat er een nieuwe beheersovereenkomst in voor de ongevallenpreventie voor ouderen. Zijn er in de nieuwe oproep meer multidisciplinaire taken vervat dan in de vorige?

Björn Anseeuw beseft dat de analyse van het Rekenhof betrekking heeft op de periode 2008-2013. Toch blijven bepaalde vaststellingen herkenbaar. De minister is al tegemoetgekomen aan een aantal opmerkingen van het Rekenhof. Hij onthoudt vooral dat er op verschillende punten onvoldoende concrete actieplannen zijn. Hijzelf dringt aan op een goede effectmeting voor alles wat te maken heeft met preventie. In het kader van de nieuwe gezondheidsconferentie heeft de minister zich ertoe geëngageerd om daar werk van te maken.

Hij vindt het goed dat de minister de autonomie van de lokale besturen wil respecteren inzake de preventie van tabak, alcohol en drugs. Dat neemt niet weg dat er op het Vlaamse niveau nood is aan een algemeen kader voor de preventie. Hoe ziet de minister dat?

Vera Jans sluit zich aan bij de vaststelling van de heer Bertels dat er een veelheid van partners betrokken is bij het preventief gezondheidsbeleid en dat er dus veel overleg nodig is. Die veelheid van partners is historisch gegroeid. De minister streeft naar enige stroomlijning. Men heeft immers nog niet op alle vlakken de optimale structuur gevonden. Haar fractie hecht vooral belang aan het werk van de veldwerkers.

Het oproepsysteem zou de efficiëntie ten goede moeten komen. Er is een oproep voor een specifieke opdracht en in principe krijgt de organisatie die daar het meest kan op inzetten, de opdracht toegewezen. Het oproepsysteem, dat ook binnen andere beleidsdomeinen bestaat, blijkt echter een aantal nadelen te hebben. Zij veronderstelt dat het brede landschap een meerwaarde heeft voor de suïcidepreventie. Uit het rapport moet ze echter besluiten dat dit de efficiëntie niet altijd ten goede komt.

Het Rekenhof stelt vast dat de beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (*Parl. St*. Vl.Parl. 2014-15, nr. 125/1) veel aandacht besteedt aan seksuele gezondheid, maar dat er geen afzonderlijk alomvattend beleidsdocument is. Dat lijkt haar nochtans geen overbodige luxe. Dat houdt niet alleen verband met het gezondheidsaspect: het heeft ook te maken met seksuele educatie voor jongeren. Ze sluit zich dus aan bij het pleidooi van het Rekenhof.

Caroline Croo gaat in op valpreventie bij kinderen in ziekenhuisomstandigheden. Elk ziekenhuis probeert daarover eigen richtlijnen uit te werken. De ziekenhuizen

hebben behoefte aan een Vlaams actieplan met duidelijke praktijkrichtlijnen vanuit het EVV.

Piet De Bruyn zal het alleen hebben over het thema suïcidepreventie. Hij vindt het positief dat het Rekenhof niet alleen een stand van zaken van een bepaald jaar opmaakt, maar ook een evolutie beschrijft. Het gaat echter slechts om een kleine episode uit het langere verhaal. De ongelooflijke chaos die daaraan voorafging en de recente maatregelen blijven onderbelicht. De spreker vindt het geruststellend dat de kritiek van het Rekenhof parallel loopt met de constructief-kritische vragen van meerderheid en oppositie in het Vlaams Parlement. Hij heeft weinig inhoudelijke bedenkingen. De structuren die uitvoering moeten geven aan het actieplan zijn echter slechts een middel. Men moet dus durven in onderling overleg te onderzoeken waar stroomlijning zinvol kan zijn en waar expertise gedeeld moet worden. Het VLESP, dat belast is met de uitvoering van het Vlaams actieplan, kan daarbij een regisseursrol spelen. De oproep voor Werkgroep Verder en voor Zorg voor Suïcidepogers zal logischerwijze herbekeken worden om die beter te laten aansluiten bij de taakverdeling en bij de regisseursrol van het VLESP. De vraag is dus wie de zinvolle projecten van deze beide organisaties het best kan uitvoeren. Met een dergelijke stroomlijning kan men ervoor zorgen dat het doel, namelijk 20 percent minder suïcide tegen 2020 gerealiseerd wordt en dat de lat zelfs hoger kan worden gelegd.

Katrien Schryvers stelt vast dat het Rekenhof grote verschillen ziet tussen de verschillende actieplannen per gezondheidsdoelstelling. Het ene is namelijk concreter dan het andere. Hoe gedetailleerd moet een actieplan zijn? Een gedetailleerd actieplan kan beter gemonitord worden. Een actieplan moet ook wetenschappelijk onderbouwd zijn. Het is ook belangrijk dat een plan kan inspelen op maatschappelijke en wetenschappelijke evoluties die zich voordoen gedurende de looptijd van het plan.

Zowel het Rekenhof als de minister hechten veel belang aan de rol van de lokale besturen. De minister heeft het label 'Gezonde Gemeente' ingevoerd. Hij wijst ook op het belang van de Logo's. Hij vindt het niet haalbaar om de middelen ervan te verdelen over de verschillende gemeenten. De spreekster vindt dat de lokale overheden het preventief gezondheidsbeleid een duidelijke plaats moeten geven binnen het lokaal sociaal beleid. Dat zorgt meteen voor een link met het kansarmoedebeleid. Hoe kunnen gemeenten gestimuleerd worden om deel te nemen aan de campagnes van de Logo's? Hoe kunnen de participerende gemeenten feedback krijgen over de effectiviteit van die campagnes? Bij de bevolkingsonderzoeken kunnen de resultaten bekeken worden op gemeenteniveau. Voor de andere gezondheidsdoelstellingen kan de terugkoppeling nog beter.

De spreekster is tevreden dat het beleidsdomein Onderwijs sterk betrokken wordt bij de voorbereiding van de gezondheidsconferentie van eind 2016. De scholen kunnen namelijk het grootste aantal kinderen bereiken. Ze heeft het voorstel gelanceerd het label 'Gezonde School' toe te kennen. Ook los daarvan is de aandacht voor het gezondheidsbeleid op school heel belangrijk. Minister Hilde Crevits wil daar ook werk van maken. In het kader van Bel10 (programma van Radio 1 'Wat zou jij veranderen als je het één dag voor het zeggen had en hoe zou je dat doen?') werd duidelijk dat ouders dat heel belangrijk vinden. Daarbij gaat het onder meer over frisdranken op school. Het gaat om punten waar men geen tabula rasa kan maken met het verleden, maar waar men stap voor stap vooruitgang kan boeken. Gezondheid en preventie zijn geen taak van Welzijn, noch van Vlaanderen alleen.

Bart Van Malderen is tevreden dat het Rekenhof kansarmoede mee heeft opgenomen in zijn onderzoek. Het verslag beschrijft het beleid zoals het is. De minister verwijst in zijn repliek naar de reeds genomen initiatieven, die even goed deel uitmaken van het beleid met zijn onvolkomenheden. De doelstellingen zijn te vrijblijvend en er is te weinig aandacht voor kansarmoede. Uit het antwoord van de minister blijkt dat

het mattheuseffect alom tegenwoordig is in de samenleving. Het bestaande beleid biedt geen oplossing voor dat probleem. Men zal doorbraken moeten forceren.

In weinig beleidsdomeinen is dat zo precair als in de gezondheidszorg. De levensverwachting van mensen in armoede is 5,5 jaar lager. Daarenboven leven mensen in armoede liefst 18 jaar minder lang gezond. Het gezondheidsbeleid wil winst boeken op gezondheidsniveau. Dat betekent dat die problematiek ingebakken zit. Het gemiddelde maskeert namelijk een aantal gunstige tendensen. Hij vindt dat men moet kijken naar het marginaal effect dat uitgaat van het beleid.

Het stoort hem dat de minister in zijn antwoord verschillende keren verwezen heeft naar het project '24 uur stoppen met roken'. Dat is op zich een waardevol project dat drempelverlagend werkt voor het stoppen met roken. Als men in slechts één wijkgezondheidscentrum, één CAW en één sociale werkplaats een dergelijke actie opzet, dan mag men daaruit echter niet besluiten dat men inspanningen doet voor deze doelgroep. Het is positief dat de minister vasthoudt aan het progressief universalisme. Men moet de effecten van dat beleid echter wel kunnen meten. Dat veronderstelt een minimale schaalgrootte van de acties. Hij pleit voor een intense dialoog met mensen die in armoede leven en hun verenigingen om te toetsen of de opgezette acties relevant zijn voor de doelgroep. Tot nog toe bevatten de acties vaak een moraliserend kantje. Men zou nochtans verbaasd kunnen opkijken over de redenen waarom mensen rationeel schadelijk gedrag stellen.

Raf Carmeliet antwoordt op de vraag van mevrouw Saeys dat slechts zeven van de 32 projecten omgezet zijn in structureel beleid. Een overzicht wordt als bijlage bij dit verslag gepubliceerd. Er kunnen diverse redenen zijn om dat niet te doen. Soms werd het project negatief geëvalueerd, waren er onvoldoende middelen om het project voort te zetten, of wilde de organisatie in kwestie het niet meer opnemen.

Sommige vragen aan het Rekenhof vallen buiten de reikwijdte van het onderzoek. Zo kan hij niet antwoorden op de vraag over de grootste bedreigingen voor het gezondheidsbeleid. Het Rekenhof is vertrokken vanuit het beleid om te onderzoeken hoe het beleid georganiseerd is. Het heeft dus de gezondheidsdoelstellingen of de ad-hocthema's niet in vraag gesteld. Het Rekenhof kan evenmin antwoorden op de vraag of de gehanteerde gezondheidsindicatoren de juiste zijn. De studiedienst van de Vlaamse Regering deelt de gezondheidsindicatoren mee aan het Vlaams Parlement. Bij projecten kan men de effectiviteit van een preventief gezondheidsbeleid gemakkelijker aantonen omdat er dan een vergelijking mogelijk is met een groep waarop het beleid niet wordt toegepast.

Het Rekenhof heeft geen normering vooropgesteld voor de gedetailleerdheid van het actieplan dat bij een gezondheidsdoelstelling hoort. Over het algemeen zal men in de eerste fase alleen de krachtlijnen van het actieplan vaststellen. Dat moet geëxpliciteerd worden door een ondersteunende werkgroep. Soms is dat gebeurd, maar soms ook niet. Ofwel moet men het actieplan echt uitwerken, met de timing en de actoren en met zoveel mogelijk detaillering. Zo niet moet de ondersteunende werkgroep dat doen. De gezondheidsdoelstelling voor Tabak, Alcohol en Drugs dateert van 2009, maar het heeft jaren geduurd om de krachtlijnen verder te concretiseren.

Minister *Jo Vandeurzen* heeft deze evolutie zelf meegemaakt vanaf 2009. De methodologie van de gezondheidsdoelstellingen is sterk geëvolueerd. Er is gezocht naar uniformere benaderingswijzen. De relatie tussen doelstelling, strategisch plan en actieplan is daarvan een voorbeeld. In de eerste fase is gestart met een bepaalde aanpak. In de volgende fase is het actieplan nagenoeg op hetzelfde moment geformuleerd als de gezondheidsdoelstelling. Het was duidelijk verantwoord om sommige zaken te continueren. In de volgende fase is het mogelijks belangrijk om een stabieler financiering te organiseren. Die methodologie stabiliseert en verrijkt

zich nu. De volgende gezondheidsconferenties zullen verschillende doelstellingen moeten inwerken in een bepaald levensdomein. Het zal gaan over de levensstijl op de werkvloer, in de thuissituatie, in de lokale gemeenschap en in het onderwijs.

Mevrouw Van den Brandt vroeg waarom het beleid al dan niet een doelstelling formuleert. Dat heeft te maken met vaak historische politieke keuzes. Soms heeft dat te maken met ambities en prioriteiten van de Wereldgezondheidsorganisatie of met Europese aanbevelingen. Soms vormt de verontwaardiging van het Vlaams Parlement de aanleiding. Ook de formulering van de doelstellingen evolueert.

Mevrouw Jans merkte op dat er heel wat betrokken actoren zijn en dat het in sommige gevallen goed zou zijn om het landschap te stroomlijnen. Minister Jo Vandeurzen antwoordt dat hij de expertise moet honoreren waar ze zich bevindt. Vaak gaat het over zaken die hij niet zomaar lineair kan aanpakken.

De heer De Bruyn vroeg hoe de samenwerking in het kader van de suïcidepreventie geconsolideerd kan worden. De minister wil op dat vlak heel voorzichtig optreden. Wat gedurende jaren is opgebouwd door geëngageerde mensen mag een pennentrek niet zomaar herpositioneren. In bepaalde sectoren moet men dat gesprek echter wel degelijk voeren. Voor de nieuwe generatie overeenkomsten kan men bepaalde zaken scherper formuleren.

Het is de ambitie om meetbare doelstellingen te formuleren. Daarom zijn er ook goede indicatoren nodig. De gezondheidswinst is echter moeilijk meetbaar. Dat vereist het gebruik van tussenindicatoren of impliciete indicatoren. Een stijging van de werkloosheid met 1 percent leidt bijvoorbeeld tot een stijging van de suïcidecijfers met 0,7 percent. Het is moeilijk om alle relevante factoren op te nemen in het monitoringssysteem. Er moet wel gezocht naar middelen om dat te objectiveren.

De partners die vragen naar het realiseren van gezondheidsdoelstellingen over milieu en gezondheid moeten ook het eigenaarschap van die gezondheidsdoelstelling opnemen. Meerdere bestuursniveaus kunnen voor dergelijke doelstellingen het verschil helpen maken. Op dat vlak zijn er heel brede gezondheidsdoelstellingen denkbaar. Hoe breder ze zijn, hoe meer iedereen zich moet engageren om ze mee op te nemen. Daarom probeert de minister met de federale overheid afspraken te maken over een kader voor preventie. Het is niet omdat Vlaanderen bevoegd is voor de gezondheidspromotie, dat het ook beschikt over alle instrumenten om dat te realiseren.

De onderwijsadministratie en het kabinet Onderwijs zijn betrokken bij de werkgroep Voeding en Beweging, net zoals de diëtisten. Dat zijn stakeholders die de link kunnen leggen met actoren zoals de CLB's.

Met de mutualiteiten is overeengekomen dat ze zullen participeren aan de realisatie van de gezondheidsdoelstellingen. Daar zijn vrij bescheiden bedragen mee gemoeid. Die rol wordt ook opgevolgd.

Op de opmerking van mevrouw Jans antwoordt hij dat het Rekenhof zich niet verzet tegen het werken met beheersovereenkomsten of met een oproepsysteem. Het Rekenhof zegt alleen dat die werkwijze ook minder gunstige kanten heeft. Als men de andere pistes onderzoekt, dan zit men echter vrij vlug in een klassiek scenario van een decreet, erkenning van voorzieningen, diensten en functies, en programmatie. Dat is vrij statisch, waardoor een grondige hervorming moeilijk wordt. Het voordeel van het werken met beheersovereenkomsten is dat men om de zoveel tijd de zaken weer op scherp kan stellen. Dan worden de partijen op het terrein ertoe aangezet om afspraken te maken. De overheid kan er dan van uitgaan

dat ze aan iedereen een kans geeft. Dat is beter dan telkens nieuwe organisaties op te richten.

Hij heeft niet geantwoord op de vraag over valpreventie in de ziekenhuizen omdat die bij de tertiaire preventie hoort en niet onder het Preventiedecreet van 21 november 2003 valt. Het maakt wel deel uit van het kwaliteitsbeleid in ziekenhuizen. Er loopt ook een actie over fixaties en andere vrijheidsberovende maatregelen in de psychiatrische setting. Aangezien Vlaanderen bevoegd is voor het toezicht op de kwaliteit, kan de sector opgeroepen worden actie te ondernemen.

Minister Jo Vandeurzen respecteert de lokale autonomie. Wie een verplichting oplegt, moet op de naleving ervan toezien, wat betekent dat er een budget moet zijn en dat men opnieuw een voogdij installeert. Dat is niet de ambitie. Het concept 'Gezonde Gemeente' blijkt geschikt om vanuit het lokale perspectief te werken aan alle gezondheidsdoelstellingen. Ongeveer 200 gemeenten participeren daaraan. Hij probeert om interpreteerbare indicatoren op het lokale niveau beschikbaar te maken voor een aantal gezondheidsdoelstellingen. Zo kan men de betrokkenheid verhogen.

De gezondheidskloof is een grote maatschappelijke uitdaging. De heer Van Malderen heeft opgemerkt dat de gemiddelde gezondheidswinst wellicht een verkeerd beeld oplevert. Minister Jo Vandeurzen is ervan overtuigd dat sommige mensen door een aanpassing van hun gedrag gezondheidswinst kunnen realiseren. De vraag is echter wat de beste methode is om dat te realiseren. Over het algemeen gaat de voorkeur naar een universele aanpak, met een selectieve inzet op bepaalde groepen. De actie '24 uur stoppen met roken' is uitgerold over heel Vlaanderen. Dat is niet beperkt gebleven tot enkele instellingen. Het Netwerk tegen Armoede is als stakeholders betrokken bij de gezondheidsconferenties.

Dirk Dewolf, administrateur-generaal van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, geeft nog wat aanvullende antwoorden. De vraag van mevrouw Godderis-T'Jonck verwijst naar het beleid van voormalig minister Demeester-De Meyer die destijds is ingegaan op een suggestie van de Wereldgezondheidsorganisatie om te werken met gezondheidsdoelstellingen. Op basis van de sterfte-indicatoren van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid bleek dat winst kon worden behaald door sterfte als gevolg van ongevallen en tabaksgebruik te vermijden. Die filosofie werd meegenomen in het Preventiedecreet van 21 november 2003. Voormalig minister Mieke Vogels stelde vast dat ze eigenlijk geen hefbomen had om te werken aan ongevallenpreventie. Men heeft er toen even aan gedacht om de gezondheidsdoelstellingen weer in te trekken. Uiteindelijk is beslist om te focussen op een aspect, namelijk op de valpreventie bij ouderen. Dat is historisch de minst uitgewerkte gezondheidsdoelstelling. Er is geen actieplan ontwikkeld zoals bij de andere gezondheidsdoelstellingen. Op die manier zijn er verschillen ontstaan tussen de diverse actieplannen.

Mevrouw Saeys merkte op dat de huisartsen niet rechtstreeks betrokken zijn bij de gezondheidsdoelstelling voor tabak, alcohol en drugspreventie. Domus Medica heeft echter in zijn beheersovereenkomst preventieopdrachten meegekregen. Domus Medica neemt een duale positie in, zoals het Rekenhof opmerkt. Het treedt op als syndicaat van de huisartsen, maar daarnaast ook als partnerorganisatie van de Vlaamse overheid. Voorlopig is er echter geen alternatief.

Er zijn beheersovereenkomsten met de ziekenfondsen over het preventief gezondheidsbeleid. Voor elk ziekenfonds wordt hiervoor 37.000 euro uitgetrokken.

De opmerking over nudging wordt meegenomen in de aanloop naar de gezondheidsconferentie.

Projecten kunnen mislukken. De projecten die gezondheidswinst willen realiseren bij kansarmen, mislukken het vaakst. Het is immers moeilijk om de juiste methodieken te vinden. Kansarmen hebben niet het gevoel dat ze hun leven kunnen plannen en daardoor is hun motivatie om gezond te leven zwakker. Dat maakt het moeilijk om via motivationele weg resultaat te boeken op het vlak van gezondheidswinsten. Het verhogen van de accijnzen is volgens studies de meest kosteneffectieve maatregel om gedrag aan te passen, voor alle lagen van de bevolking. De hefbomen voor een dergelijk beleid liggen echter op het federale vlak.

Inzake gezondheid en milieu kan de ontdieseling van de samenleving de grootste bijdrage leveren aan gezondheidswinst. Ook daar bevinden de hefbomen zich op het federale vlak.

Er is terecht opgemerkt dat cijfers nodig zijn om een zicht te krijgen op de evoluties. Voor een aantal zaken worden die cijfers met een zekere periodiciteit aangeleverd. De gezondheidsenquête geeft bijvoorbeeld om de vier jaar cijfers. Het Vlaamse niveau heeft de input van die cijfers echter niet allemaal in eigen handen. In de mate van het mogelijke probeert men een monitoring te doen waarbij de cijfers hun weg vinden via de Vlaamse Regionale Indicatoren.

Het Rekenhof heeft gelijk dat men niet te veel tijd mag verliezen met overleg en afstemming. Op dat vlak moet er stroomlijning gebeuren. De minister wil echter voorzichtig zijn met de stroomlijning van het uitvoeringslandschap. Bij sommige initiatieven is er immers een grote emotionele betrokkenheid. De nabestaanden van families waar een suïcide heeft plaatsgevonden, zijn bijvoorbeeld zeer begaan met het voortbestaan van een dergelijke organisatie. Het is niet de bedoeling dat al die organisaties opgeslorpt worden door een enkele grote organisatie. Dat zou heel moeilijk zijn, en wellicht is het maatschappelijk ook niet wenselijk.

De administratie zou graag effectmetingen doen. Bij het project 'Bewegen op Verwijzing', gericht op mensen met een lage socio-economische status, is na zes maanden amper 10 percent van de deelnemers uitgevallen. Dergelijke vaststelling is echter moeilijk om te zetten in cijfers die verband houden met ziekten die het gevolg zijn van bewegingsarmoede. Het is nochtans belangrijk om niet alleen te werken met procesindicatoren.

Zijn de cgg's best aangewezen voor de preventie van tabak, alcohol en drugs? Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid en het kabinet hebben zich al over die vraag gebogen. De vraag is of men een nieuwe organisatie moet creëren dan wel of men die opdracht moet toevoegen aan een bestaande organisatie. De eerstelijnsconferentie zou preventietaken kunnen toewijzen aan nieuwe structuren die de praktijk in de eerste lijn kunnen ondersteunen.

De administratie blijft voorstander van het oproepsysteem. Een van de alternatieven is lobbyisme van organisaties die vragen om een aanbod te ontwikkelen dat evenwaardig is aan het gesubsidieerde aanbod. Een oproepsysteem biedt aan iedereen gelijke kansen en maakt het mogelijk om de middelen op een doelmatige manier toe te kennen aan de organisatie of het samenwerkingsverband dat het beste scoort, op basis van een vergelijking van goed voorbereide dossiers. Dat kost veel werk. Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid beschikt hiervoor over twaalf vte. De energie die men kan steken in de controle van organisaties is dus eindig.

De valpreventie bij kinderen in ziekenhuissituaties behoort tot de nieuwe bevoegdheid over de ziekenhuisnormering. Het is beter om ziekenhuizen in een later stadium attent te maken op de mogelijkheid van een veiligheidsbeleid. Hij is bereid om dat aan te kaarten bij de sector.

Piet De Bruyn vindt stroomlijning een na te streven doel omdat die de efficiëntie ten goede kan komen. Hij heeft echter niet gepleit voor een meer pragmatische of ambtelijke aanpak. De interpretatie van de minister en van de administratie is de juiste.

Peter Persyn heeft het rapport van het Rekenhof niet begrepen als een terechtwijzing. Er zijn wel specifieke opmerkingen gemaakt over de Logo's. De kwaliteit van rapportering en resultaatmeting blijkt een generiek probleem te zijn. Dat kan een opportuniteit zijn. Nu de provincies niet langer bevoegd zijn voor de persoonsgebonden materies, zou men de Logo's binnen de nieuwe articulatie een duidelijkere rol kunnen geven. Men zou ook op dat niveau metingen kunnen uitvoeren. Veel preventieve acties werken culpabiliserend op microniveau. De articulatie van een gemeentelijk niveau, met de Logo's als regionaal-stedelijk niveau, is ideaal om daarmee aan de slag te gaan. Zo kan men deze zaak die al twintig jaar in de steigers staat, verder operationaliseren.

Bart Van Malderen komt terug op de aanpak ten aanzien van de mensen in armoede. Als het echt de bedoeling is om werk te maken van een progressief universalisme, dan moet men de doelstellingen voor die groepen van bij het begin inschrijven in de opdracht van de nieuwe gezondheidsconferenties. Men moet ook meteen het specifieke traject vastleggen. Voor sommige onderdelen van het traject kan men samenwerken met andere organisaties. In de oproep moet men zowel de doelen, de methodes als de communicatie vastleggen. Het is belangrijk om de taal te spreken van de doelgroep en om inzicht te krijgen in de drijfveren om schadelijk gedrag te stellen. Misschien zal de problematiek hardnekkiger blijken dan men wel zou wensen.

In het debat heeft hij tot nog toe te weinig elementen gevonden die ingaan op de vaststelling van het Rekenhof over de monopolies. De minister heeft het werken met projectoproepen verdedigd. Dat is begrijpelijk, want niemand wenst lobbyisme, chaos of de waan van de dag. De spreker betwijfelt of zomaar een verband mag worden gelegd tussen wat historisch is gegroeid en monopolies. Dat is een punt van kritiek op het werken met een projectoproep. De doelstellingen en de methodes moeten wel bepaald worden in functie van de noden en niet in functie van de aanbieders.

Dat kan *Dirk Dewolf* volmondig beamen. Er zijn goede epidemiologische gegevens nodig om uit te maken hoe gezondheidswinst kan worden geboekt. Daarvoor biedt het Preventiedecreet van 21 november 2003 een basis. Sommige specifieke voorstellen wegen onvoldoende zwaar om aanspraak te kunnen maken op de schaarse middelen. Tot dusver bestaat er weinig risico dat de budgetten niet probleemgestuurd zullen worden ingezet.

Uit gesprekken met het Netwerk tegen Armoede heeft de spreker onthouden dat effectieve preventiemethodieken voor deze moeilijke doelgroep aan drie criteria moeten beantwoorden: men moet lokaal werken, de methodiek moet gericht zijn op gezamenlijke activiteiten met mensen uit deze doelgroep en het werkwoord moet 'doen' zijn. Het succes van het project 'Bewegen op Verwijzing' beantwoordt aan die drie criteria. Ook in de methodiek van de Gezonde Gemeente zou er een plaats moeten zijn voor dergelijke acties.

Raf Carmeliet zegt dat het Rekenhof zich kan aansluiten bij de opmerkingen van de heer Dewolf. De projecten komen op verschillende manieren tot stand. Ze kunnen voortvloeien uit een actieplan, geïnitieerd worden door de overheid of gebaseerd zijn op een voorstel van een organisatie. De projecten worden ook altijd geëvalueerd. Er wordt sowieso probleemgestuurd gewerkt.

Bart VAN MALDEREN,
voorzitter

Danielle GODDERIS-T'JONCK
Freya SAEYS
Jan BERTELS,
verslaggevers

Gebruikte afkortingen

ASPHA	Advies SuïcidePreventie Huisartsen en Andere hulpverleners
cao	collectieve arbeidsovereenkomst
CAW	centrum algemeen welzijnswerk
cgg	centrum voor geestelijke gezondheidszorg
CIRRO	Communicatie, Interactie, Resultaatgerichtheid, Registratie, Ondersteuning
CLB	centrum voor leerlingenbegeleiding
CPZ	Centrum voor Preventie van Zelfdoding
CvKO	Centrum voor Kankeropsporing
EVV	Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen
HPV	humaan papillomavirus
iFOB-test	immunochemische faeces occult bloedtest
Logo	loco-regionaal gezondheidsoverleg en -organisatie
QALY	quality-adjusted life-years
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
VAD	Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen
VIGeZ	Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie
VLESP	Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie
vte	voltijdsequivalent / voltijdequivalent

BIJLAGE 1:

Overzicht Vlaamse werkgroepen

Overzicht Vlaamse werkgroepen

I. Algemeen

Vlaamse werkgroepen worden opgericht in overeenstemming met het besluit van de Vlaamse Regering van 14 november 2008 betreffende Vlaamse werkgroepen:
Art. 3. Een Vlaamse werkgroep kan worden opgericht:
1**°** *ter voorbereiding van een gezondheidsconferentie* en voor de verdere uitwerking van de voorstellen of conclusies van een gezondheidsconferentie, als vermeld in artikel 15 van het decreet;
2° als *ondersteunende werkgroep* die betrekking heeft op een welbepaald aspect van het preventieve gezondheidsbeleid (…)

De minister bepaalt, bij ministerieel besluit, de specifieke opdrachten van de werkgroepen die worden opgericht. Voor de Vlaamse werkgroep Bedrijfsgezondheidszorg en de Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek zijn ook opdrachten geformuleerd in een besluiten van de Vlaamse Regering.

II. Per werkgroep

Vlaamse werkgroep Voeding en Beweging

Ministerieel besluit van 4 mei 2010 tot oprichting van de Vlaamse werkgroep voeding en beweging
Ondersteunende werkgroep, die de minister adviseert over de uitvoering (en evaluatie) van het Vlaams preventief voedings- en bewegingsbeleid, in het bijzonder het Vlaams actieplan voeding en beweging. Op vraag van de minister worden ook alle adhoc projectaanvragen ter advies aan de werkgroep voorgelegd.

Vlaamse werkgroep Suïcidepreventie

Ministerieel besluit van 5 december 2012 tot oprichting van de Vlaamse werkgroep suïcidepreventie, samenstelling gewijzigd bij ministerieel besluit van 15 september 2015
Ondersteunende werkgroep die de minister adviseert inzake suïcidepreventie en de uitvoering van het Vlaams actieplan suïcidepreventie 2012 – 2020.

Vlaamse werkgroep tabak, alcohol en drugs

Ministerieel besluit van 1 september 2010 tot oprichting van de Vlaamse werkgroep Tabak, Alcohol en Drugs
Ondersteunende werkgroep die de minister adviseert inzake de uitvoering van het Vlaams actieplan tabak, alcohol en drugs 2009 – 2015.

Vlaamse werkgroep Bedrijfsgezondheidszorg

Besluit van de Vlaamse Regering van 5 juni 2009 betreffende de erkenning van afdelingen Medisch Toezicht of departementen Medisch Toezicht:
Ondersteunende werkgroep die de minister adviseert over erkenningsaanvragen van afdelingen en departementen medisch toezicht van interne en externe diensten voor preventie en bescherming op het werk. In de tweede plaats fungeert de werkgroep als overlegplatform met de sociale partners rond bedrijfsgezondheidszorg en het preventieve gezondheidsbeleid in de setting werk en adviseert zij hierover aan agentschap en de minister.

Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek naar borstkanker

Ministerieel besluit van 13 februari 2015 tot oprichting en samenstelling van de Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek naar borstkanker
Ondersteunende die tot doel heeft de uitvoering van het Vlaamse bevolkingsonderzoek naar borstkanker inhoudelijk en organisatorisch te ondersteunen, op te volgen en te coördineren.

Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker

Ministerieel besluit van 4 maart 2015 tot oprichting en samenstelling van de Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker
Ondersteunende werkgroep die tot doel heeft de uitvoering van het Vlaamse bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker inhoudelijk en organisatorisch te ondersteunen, op te volgen en te coördineren.

Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek naar dikke darmkanker

Ministerieel besluit van 4 maart 2015 tot oprichting en samenstelling van de Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker

Ondersteunende werkgroep die tot doel heeft de uitvoering van het Vlaamse bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker inhoudelijk en organisatorisch te ondersteunen, op te volgen en te coördineren.

Vlaamse werkgroep bevolkingsonderzoek naar aangeboren aandoeningen bij pasgeborenen via een bloedstaal

Ministerieel besluit van 16 november 2012 tot oprichting van de Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek naar aangeboren aandoeningen bij pasgeborenen via een bloedstaal

Ondersteunende werkgroep die tot doel heeft de uitvoering van het Vlaams bevolkingsonderzoek naar aangeboren aandoeningen bij pasgeborenen via een bloedstaal, verder bevolkingsonderzoek te noemen, inhoudelijk en organisatorisch te ondersteunen, op te volgen en te coördineren.

Vlaamse werkgroep Sensibilisering

Ministerieel besluit van 24 maart 2015 tot oprichting en samenstelling van de Vlaamse werkgroep Sensibilisering bevolkingsonderzoeken naar kanker

Ondersteunende werkgroep die tot doel heeft de informatie en sensibilisering over de Vlaamse bevolkingsonderzoeken naar kanker inhoudelijk en organisatorisch te ondersteunen, op te volgen en te coördineren.

Vlaamse werkgroep Monitoring

Ministerieel besluit tot oprichting van de Vlaamse werkgroep Monitoring bevolkingsonderzoeken naar kanker

Ondersteunende werkgroep die zich binnen het preventieve gezondheidsbeleid toespitst op de opvolging en evaluatie van de bevolkingsonderzoeken naar kanker (o.a. opvolgen en bespreken van de kwaliteitsbewaking, de evaluatie en bijsturing van het bevolkingsonderzoeken naar kanker en het actieplan)

Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek:

Ministerieel besluit van 28 januari 2015 tot oprichting van de Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek

De Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek geeft onafhankelijk advies aan de minister en het agentschap over aanvragen tot toestemming voor bevolkingsonderzoek en over bevolkingsonderzoek en screening in het algemeen.

BIJLAGE 2:

Projecten die (niet) werden omgezet in structureel beleid

Projecten die werden omgezet in structureel beleid

- ‘Bewegingsbeleid kleinere gemeenten’
- ‘Jobfit’
- ‘Lifeskills Onderwijs’
- ‘Heel wat in Huis’
- ‘De Aanschuiftafel’
- ‘Preventie en vroegdetectie bij kinderen van ouders met een afhankelijkheidsprobleem (KOAP)’
- ‘Ondersteuning cannabiscampagne’

Projecten[1] die niet werden omgezet in structureel beleid[2]

- ‘Preventiecoaches geestelijke gezondheid in secundaire scholen’
- Vervolgproject ‘Preventiecoaches geestelijke gezondheid in secundaire scholen’
- ‘Vroegdetectie en vroeginterventie bij initiële psychose (VDIP)’ (2011)
- ‘Vroegdetectie en vroeginterventie bij initiële psychose (VDIP)’ (2012)
- ‘Vroegdetectie en vroeginterventie bij initiële psychose (VDIP)’ (2013)
- ‘Kwaliteit bevolkingsonderzoek naar kanker’
- ‘24 uur niet roken’ (2010)
- ‘24 uur niet roken’ (2011)
- ‘Actie-ondersteunend terreinwerk Voeding en Beweging’
- ‘Zoet zwanger’
- ‘Good practices kankeropsporing’
- ‘Foliumzuur en preconceptueel advies’
- ‘Actieve kinderopvang’
- ‘Alcoholbeleid in bedrijven’
- ‘Slaapstoornissen rusthuizen’
- ‘Kruispunt Migratie-Integratie’
- ‘stAPP (sedentarisme thuis en publieke plaatsen)’

[1] De uitbreidingsprojecten en de provinciale voorlopers van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker buiten beschouwing gelaten.
[2] Inclusief de projecten waarvan het Rekenhof op basis van de verstrekte informatie niet kon beoordelen of ze naderhand al dan niet werden omgezet in structureel beleid.