



Vlaams  
Parlement

vergadering **C66**  
zittingsjaar 2016-2017

Woordelijk Verslag

## **Commissievergadering**

Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

van 23 november 2016

## INHOUD

VRAAG OM UITLEG van Bert Moyaers aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het toetsingsmoment voor de Gezondheidsconferentie

– 68 (2016-2017)

VRAAG OM UITLEG van Caroline Croo aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de nationale voedselconsumptiepeiling van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV), meer bepaald wat voedingssupplementen betreft

– 119 (2016-2017)

VRAAG OM UITLEG van Cindy Franssen aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de rapporten van de Hoge Gezondheidsraad (HGR) en het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) in het kader van voedingsconsumptie

– 161 (2016-2017)

GEDACHTEWISSELING over de gezondheidsconferentie Gezonde levensstijl van 16 en 17 december 2016

– 8 (2016-2017)

3

**VRAAG OM UITLEG van Bert Moyaers aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het toetsingsmoment voor de Gezondheidsconferentie – 68 (2016-2017)**

**VRAAG OM UITLEG van Caroline Croo aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de nationale voedselconsumptiepeiling van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV), meer bepaald wat voedingssupplementen betreft – 119 (2016-2017)**

**VRAAG OM UITLEG van Cindy Franssen aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de rapporten van de Hoge Gezondheidsraad (HGR) en het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) in het kader van voedingconsumptie – 161 (2016-2017)**

**GEDACHTEWISSELING over de gezondheidsconferentie Gezonde levensstijl van 16 en 17 december 2016 – 8 (2016-2017)**

**Voorzitter: de heer Bart Van Malderen**

**De voorzitter:** Minister Vandeurzen heeft het woord voor een inleidende toelichting.

**Minister Jo Vandeurzen:** Collega's, de bedoeling is om u met deze bespreking te informeren over het traject naar de gezondheidsconferentie en wat er nadien staat te gebeuren. Het decreet waarop wij ons moeten baseren om dit soort trajecten op te zetten, is heel expliciet wat betreft de procedure en de stappen die daarin moeten worden gezet. Ik zal u bij wijze van inleiding dat traject in herinnering brengen.

Het gaat over het decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid en het beleid van de Vlaamse Regering. Zoals u weet, hebben wij voor de begeleiding van dat traject naar de gezondheidsconferentie een beroep gedaan op een externe partner, namelijk Möbius. Zij hebben, op basis van een overheidsopdracht, die begeleiding opgenomen. De vertegenwoordiger van Möbius zal u straks meer details geven over het traject.

Het decreet bepaalt dat nieuwe of te herziene gezondheidsdoelstellingen tot stand komen via een gezondheidsconferentie. Die is samengesteld uit een brede waaier van betrokkenen en experts. Voor de voorbereiding van een dergelijke conferentie kunnen specifieke werkgroepen worden opgericht of worden bestaande werkgroepen ingeschakeld.

De conferentie formuleert op basis van de achtergrondinformatie rond de gezondheidsstatus van de burgers en specifieke informatie rond de thematiek van de beoogde doelstellingen een voorstel van nieuwe of te herziene Vlaamse gezondheidsdoelstellingen. Het voorstel bevat ten minste de formulering van de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen zelf, de nodig geachte preventiestrategieën om de voorgestelde doelstellingen te realiseren binnen de gestelde termijn en op een zo doelmatig mogelijke wijze, en een onderbouwde simulatie van de nodig geachte middelen, rekening houdend met de al ter beschikking gestelde middelen.

Na de gezondheidsconferentie wordt het voorstel ter advies voorgesteld aan de strategische adviesraad en daarna aan de Vlaamse Regering. Na bespreking binnen de Vlaamse Regering wordt het voorstel van de gezondheidsdoelstellingen dan voorgelegd aan het Vlaams Parlement. Op dat moment heeft het parlement

dus een actieve rol als instelling. Individuele parlementsleden konden tevoren al input geven via drie terugkoppeldagen die we in een traject naar de gezondheidsconferentie hebben georganiseerd, in Leuven, Gent en Antwerpen, alsook via deelname aan de burgerbevraging, die ook deel uitmaakte van het traject. Daar zal de vertegenwoordiger van Möbius trouwens ook toelichting over geven.

Ik wil even een aantal zaken in herinnering brengen die beleidsmatig belangrijk zijn en die in het regeerakkoord, de beleidsnota en de diverse beleidsbrieven staan. Wij trekken uiteraard consequent de kaart van de vermaatschappelijking van de zorg. Dat geldt ook voor preventie. Dan spreken we over de gezondheids-promotie en de ziektepreventie, vroegdetectie en vroeginterventie. Dit principe vertrekt vanuit een goed begrepen subsidiariteit: de minst ingrijpende ondersteuning als het kan, de meer intense en gespecialiseerde hulp en zorg als het noodzakelijk is.

De lokale besturen erkennen we volmondig als cruciale partners in het welzijns-, gezondheids- en gezinsbeleid. We erkennen hun regierol en vinden het belangrijk dat ze die rol op een of andere manier duidelijk scheiden van hun mogelijke rol als actor, om op die manier het vertrouwen van alle actoren op het terrein te behouden en te winnen.

Ook in het preventieve gezondheidsbeleid staat doelmatigheid bij het streven naar gezondheidswinst – dat wil zeggen: langer en gezonder leven – voorop. Daarvoor kijken we naar internationaal gevalideerde werkwijzen en doen we een beroep op Vlaamse expertisecentra, onze partnerorganisaties en de Vlaamse werkgroepen, waar experts en stakeholders in vertegenwoordigd zijn. Onder andere via de Logo's, de loco-regionale preventiewerkers, brengen we de verschillende preventiemethodieken tot bij het lokale niveau. Via terreinwerken worden die methodieken uitgevoerd. Dat terreinwerk ondersteunt de intermediairs om preventie te integreren in hun dagelijkse werking, of richt zich meer rechtstreeks tot de burger.

Het huidige systeem van gezondheidsdoelstellingen breiden we verder uit met nieuwe gezondheidsdoelstellingen, indien daarvoor de nodige randvoorwaarden en draagvlak gecreëerd kunnen worden. We stemmen af met het federale niveau, niet alleen op het vlak van performantiedoelstellingen, maar ook om het beleid zelf te versterken. En uiteraard blijft de mogelijkheid voor gemeenschaps- en regiospecifieke doelstellingen bestaan.

We betrekken hierbij alle actoren op de eerste lijn. Dat zijn de zelfstandige en andere zorgverstrekkers, de apothekers, de tandartsen enzovoort. Zoals het Preventiedecreet bepaalt, zetten we heel sterk in op een facettenbeleid. Internationaal benoemen we dat facettenbeleid als 'Health in All Policies'-strategie. Dat betekent dat we niet enkel een beroep doen op alle actoren binnen de gezondheidszorg, maar ook op andere zorgsectoren en, breder, op diverse maatschappelijke sectoren die een bijdrage kunnen leveren voor preventie. Hiermee zetten we onder andere in op een gezondheidsbevorderende omgeving, zoals werk, onderwijs, lokale gemeenschap, mobiliteit, ruimtelijke ordening enzovoort.

Ik wil graag de reikwijdte afbakenen van de gezondheidsconferentie. De gezondheidsdoelstellingen inzake middelengebruik – tabak, alcohol en drugs – en die rond gezonde voeding en beweging en de bijhorende actieplannen, liepen af in 2015. Het Preventiedecreet bepaalt weliswaar dat een goedgekeurde Vlaamse gezondheidsdoelstelling van kracht blijft tot ze wordt herzien of opgeheven door het Vlaams Parlement. Het is dus niet zo dat er na 31 december geen doelstelling meer zou zijn. Toch was het uiteraard wenselijk om een en ander terug te bekijken in de huidige context. Dit gegeven vormt de basis voor het bepalen van de reikwijdte van de volgende gezondheidsconferentie. Nieuwe wetenschappelijke

inzichten en maatschappelijke evoluties nopen tot een actualisering en waar nodig uitbreiding van het beleid, al dan niet binnen de nieuwe gezondheidsdoelstellingen, naar aangrenzende noden, zoals ondervoeding, eetstoornissen, psychoactieve medicatie, gokken en eventueel gamen.

Hoewel veel beleidsthema's met elkaar verband houden, is het beleidsmatig niet haalbaar de reikwijdte van de conferentie en de doelstellingen nog te verruimen. Onderzoek geeft aan dat doelstellingen het best worden gebruikt om prioriteiten te stellen, focus te creëren en het draagvlak te ontwikkelen. Dat is uiteraard niet mogelijk voor een plethora aan thema's. Wel zullen we proberen in het beleid de nodige linken te leggen naar andere beleidsthema's en andere plannen zoals het Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid, 'De toekomst is jong' en de eerstelijnsgezondheidsconferentie, om een aantal andere initiatieven te noemen waarin er duidelijk linken moeten worden gelegd.

Bij alle initiatieven is er aandacht nodig voor kwetsbare groepen en de socio-economische gradiënt op vlak van gezondheid. Hoewel niet geldend voor alle thema's, zien we immers dat, naarmate iemands sociaal-economische positie meer kwetsbaar is, ook diens gezondheid minder optimaal is. Dit is geen louter verschil tussen de burgers die het sociaal-economisch het best hebben en die die het het minst goed hebben, maar een gradiënt over het hele socio-economische spectrum.

Vanuit het preventieve gezondheidsbeleid zal dit gebeuren vanuit het principe van het proportioneel universalisme. Dat betekent dat het beleid gericht is op alle burgers, maar dat er wordt ingezet met een verschillende intensiteit voor bepaalde doelgroepen, waarbij die intensiteit varieert in functie van de mate van socio-economische of gezondheidsachterstand.

Op die manier willen we een duaal beleid vermijden en vooral oog hebben voor de lagere middengroep die dreigt te verzwakken. Een dergelijk preventief gezondheidsbeleid is complementair met een armoedebeleid, maar legt ook eigen, soms ook andere, accenten.

De heer Kim Oostvogels van Möbius heeft het woord, om toe te lichten waar we ons bevinden in het traject.

**De heer Kim Oostvogels, managementconsultant Möbius:** Goedemorgen, ik zal een aantal krachtlijnen kort herhalen, om vervolgens een aantal zaken toe te lichten die omschreven zijn in de visienota, een aantal principes en het raamwerk dat daaruit volgt.

Ik neem aan dat de context duidelijk is. Op 16 en 17 december vindt er een gezondheidsconferentie plaats binnen het decretale kader dat daarnet is toegelicht. We hebben een heel traject naar die gezondheidsconferentie waarin een aantal thema's worden aangepakt. De evidente thema's van de actieplannen die aflopen of net afgelopen zijn, zijn gezonde voeding, beweging en sedentair gedrag en ook tabak, alcohol en drugs. Daaraan werden een aantal flankerende thema's toegevoegd wegens wetenschappelijke wijzigingen, andere inzichten, maatschappelijke vragen enzovoort: ondervoeding bij ouderen, eetstoornissen, psychoactieve medicatie, gamen en gokken.

Het doel van de gezondheidsconferentie werd net toegelicht: richting geven aan het beleid aan de hand van de formulering van gezondheidsdoelstellingen en preventiestrategieën die als basis zullen dienen voor concrete actieplannen op het terrein. Dat is de evidentie zelf. Voor ons is het heel belangrijk om te werken aan draagvlak en engagement. De gezondheidsconferentie zelf, de gezondheidsdoelstellingen die daaruit volgen, maar ook het hele traject naar aanloop van de conferentie, is erop gericht om een draagvlak te creëren voor die doelstellingen,

voor het nieuwe beleid en ook om af te toetsen waar de verschillende actoren in het hele landschap van actoren zich voor willen engageren.

Een tweede punt dat ik wil onderstrepen, is dat we ook de kennis van bewezen strategieën willen verhogen. De meeste actoren op het terrein moeten we er niet van overtuigen dat het heel belangrijk is om in te zetten op zaken die aantoonbaar werken en die ook efficiënt zijn. In de gesprekken die we voeren, merken we echter dat de kennis daarvan niet altijd aanwezig is. Het hele traject in de aanloop van de conferentie, de conferentie zelf en het formuleren van de gezondheidsdoelstellingen en het kiezen van de strategieën en acties, is erop gericht om die kennis bij alle actoren die betrokken zijn bij het preventiebeleid te verhogen.

Laten we even kijken naar de timing. We zijn begin januari gestart met twee analyses: een beleidsevaluatie, waarbij we een terugblik hebben gedaan naar het verleden, naar de actieplannen die afgelopen zijn, om te kijken of we daaruit lessen kunnen leren, om te kijken naar hoe de actieplannen werden uitgevoerd en om te kijken hoe we daar rekening mee kunnen houden in het nieuwe beleid.

Een tweede aspect is de omgevingsanalyse. We zijn gaan kijken naar de stand van zaken van al die verschillende gezondheidsthema's en we zijn gaan kijken in welke mate de gezondheidsdoelstellingen wel of niet behaald zijn.

Die twee analyses lopen af op het moment van de gezondheidsconferentie. Een aantal gegevens komen stelselmatig beschikbaar en nemen we graag mee in de definitieve versie van de analyses. Een voorbeeld is de indicatorenbevraging die een van de partnerorganisaties heeft gedaan. Het zou zonde zijn om die recente informatie niet te kunnen meenemen naar de conferentie zelf.

Eind mei, begin juni zijn we gestart met het definiëren van een visie. Ik zal straks meer toelichting geven over hoe die tot stand is gekomen. We zijn begin januari uiteraard ook gestart met de voorbereiding van de conferentie zelf. We verwachten heel wat mensen. Er moet tijdig een locatie worden geboekt, en ook alle praktische logistieke zaken moeten tijdig worden aangevat om er een succes van te kunnen maken. Eind december is er de conferentie zelf. Dat is een belangrijke mijlpaal in ons traject. Daarna gaan we op basis van de output van de conferentie rapporteren over het hele traject, gaan we een evaluatie doen van het hele traject, zodat we daar opnieuw lessen uit kunnen trekken, en gaan we de actieplannen verder concretiseren, zodat ze kunnen worden uitgevoerd op het terrein.

Ik zei daarnet dat draagvlak en engagement heel belangrijk zijn. Het is uiteraard dan ook belangrijk om voor een traject te gaan waarin participatie centraal staat. Dat hebben we de afgelopen maanden dan ook gedaan. Ik geef een oplistings van iedereen die intussen betrokken is. Er is het Agentschap Zorg en Gezondheid en het kabinet van Vandeuren – dat spreekt voor zich. De partnerorganisaties die het meest gelinkt zijn aan de thema's van de conferentie zetelen in een studiegroep. Ze geven mee richting aan zowel de inhoud als de aanpak van de gezondheidsconferentie. Dat zijn: de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD), Eetexpert en het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ). Daarnaast hebben we twee bestaande werkgroepen geëngageerd die met de thema's te maken hebben: de Vlaamse werkgroep voeding en beweging en de Vlaamse werkgroep tabak, alcohol en drugs. Daarin zitten heel diverse sectoren en actoren rond de tafel. Ze zijn ook betrokken geweest bij de opvolging van de actieplannen in het verleden. Het leek ons dus heel logisch om hen als klankbord en als geprivilegieerde partner in te schakelen in het hele traject. Zij hebben op periodieke momenten inspraak gekregen en inzicht gekregen in het traject en in de inhoud die wordt ontwikkeld.

Zoals gezegd is Health in All Policies of facettenbeleid heel belangrijk. Het zou dan ook vreemd zijn om ook niet de andere beleidsdomeinen en andere beleidsniveaus

te betrekken in een dergelijk traject. We zijn bilateraal, met de verschillende beleidsdomeinen, en ook op het federale niveau, in gesprek gegaan met de verschillende entiteiten om te kijken waar er raakvlakken liggen met het preventiebeleid, welke ambities die entiteiten zelf hebben en hoe we kunnen komen tot een gemeenschappelijk verhaal.

Een andere groep van actoren die we hebben betrokken, zijn de actoren die rond een bepaalde setting werken. Een setting kan worden geïnterpreteerd als een leefomgeving waarin de burger zich begeeft. Een van de principes gaat daarover. We geloven heel sterk dat als men aan preventie wil doen, dat moet gebeuren vanuit de omgeving waarin de burger zich begeeft. Het is dan ook logisch dat we gaan zoeken naar de actoren die een sleutelrol spelen in die omgeving en hoe zij denken over het hele preventieluik en over die verschillende thema's. Heel wat actoren zijn betrokken.

De intermediairen werden ook betrokken. We hebben een intermediair gedefinieerd als een actor die in rechtstreeks contact staat met de burger. Voor een school zijn dat de leerkrachten en de schoolbesturen. Voor een lokale gemeenschap zijn dat de ambtenaren en de schepenen. Voor een zorginstelling zijn dat de zorgkundigen, de artsen, enzovoort. De intermediairen vullen uiteindelijk toch wel de sleutelrol in in het hele preventieve beleid.

Ook de burgers hebben we recent de kans gegeven om via een burgerbevraging te reageren en accenten te leggen en aan te geven hoe relevant ze het werken rond die gezondheidsthema's vinden.

Tot slot zijn wijzelf uiteraard ook betrokken partij.

De manier waarop we de verschillende actoren hebben betrokken, is vooral via werksessies en via bevragingen. Hoewel we sinds januari bezig zijn, is het traject vrij ambitieus qua timing. We hebben heel wat sessies ingepland. De mensen die daar niet aan konden deelnemen, hebben we heel vaak de gelegenheid gegeven om via een online bevraging toch een input te geven. Die manier van werken hebben we vanaf februari tot augustus gehanteerd.

Er zijn ook drie toetsingsmomenten geweest: in Leuven, Antwerpen en Gent. We hebben twee online bevragingen gehouden. Die werden afgelopen vrijdag afgerond. We zijn die momenteel volop aan het analyseren. Uiteraard zijn we ook in verdere dialoog met de andere beleidsdomeinen en andere beleidsniveaus om de raakvlakken verder gestalte te geven en om daar verder mee te kunnen omgaan. Ook de Vlaamse werkgroepen die we in het verleden hebben gezien, gaan we de komende weken en maanden betrekken in de aanloop van de conferentie en ook na de conferentie.

De conferentie is ondertussen uiteraard ingepland. Er is al een hele tijd geleden een 'save the date' uitgegaan. De data zijn 16 en 17 december. Ik nodig ook jullie allemaal uit om daar aanwezig te zijn. Het worden heel boeiende en intensieve dagen, waarop we een stand van zaken gaan geven: waar staan we? Welke doelstellingen gaan we voorstellen? Welke strategieën horen daarbij? We geven ook de hele context van het nieuwe beleid.

Ik ga verder met de toelichting van de principes van het raamwerk. Dit is een herneming van de visienota. Die nota is een levend document, kijk maar naar de datum, die is vrij recent. We hebben de tekst stelselmatig aangepast op basis van de feedback die we krijgen.

We zijn in juni gestart met het ontwerp van die nota, samen met de partnerorganisaties, de experts ter zake en het agentschap. We hebben dat in een aantal werksessies gedaan, om vervolgens een eerste insteek voor te leggen aan de

Vlaamse werkgroepen voeding, beweging, tabak, alcohol en drugs. Ze hebben daar uitvoerig feedback op gegeven, de nota is dan uitvoerig aangepast, om die vervolgens toe te lichten aan en te bespreken met de minister. Nadien hebben we de toetsingsmomenten gehad in september en oktober. Er waren drie regionale toetsingsmomenten waar die visie aan bod is gekomen, waar we feedback hebben gekregen, waarna opnieuw wijzigingen gebeurd zijn. Heel veel actoren hebben dus aan de visienota meegewerkt. Het is niet Möbius of niet het agentschap die het document hebben ontwikkeld. Heel veel partijen hebben eraan bijgedragen.

Een eerste belangrijke sectie in de nota is de prioritering. Om keuzes te maken in het beleid, wat men wel en niet gaat doen, leek het ons verstandig om vast te leggen welke argumentatie we willen horen en voeren om die keuzes te kunnen maken. Er staan een aantal heel evidente tussen, maar ik ga ze toch opsommen. Een eerste argument of dimensie die meespeelt in de beleidskeuze is de maatschappelijke kost en de omvang van de problematiek. Als een bepaalde problematiek slechts een heel kleine impact heeft op de bevolking, kunnen we ons afvragen of we daar een gezondheidsdoelstelling rond moeten definiëren.

Een tweede evident argument is: men moet er iets aan kunnen doen. Men kan wel een doelstelling formuleren, maar als men er zelf niet aan kan bijdragen dat die wordt gerealiseerd, dan is het minder zinvol om daar energie in te steken en communicatie op te richten. Potentiële maatschappelijke winst is dus het tweede evidente criterium.

Het derde is de groei of krimp van een problematiek. Het is niet omdat de problematiek vandaag heel klein is dat we er niet moeten naar kijken. Als de problematiek heel snel groeit, komen we op korte termijn in de problemen. Als er aanzienlijke problematieken zijn met een terugloop vandaag, vergt het minder energie om die terugloop te onderhouden.

Een vierde criterium heb ik al aangehaald, maar het is heel belangrijk dat het een aantal keren terugkomt in deze presentatie, namelijk de beschikbaarheid van evidencebased strategieën. We willen wetenschappelijk onderbouwde zaken terugzien in het beleid. We willen daarvan vertrekken om keuzes te maken.

Een volgend criterium is de efficiëntie van de strategieën. In welke mate realiseert een strategie de doelstelling die we voor ogen hebben? Hoe efficiënt is dat economisch gezien? Als we twee strategieën hebben die allebei werken, maar de ene is kostenefficiënter dan de andere, dan gaan we uiteraard voor de meest kostenefficiënte kiezen.

Dan zijn er draagvlak en haalbaarheid van de strategieën. Zoals al gezegd, zijn het engagement en het draagvlak van de verschillende betrokken actoren heel belangrijk. Als die er voor bepaalde doelstellingen of strategieën niet zijn, wordt het heel moeilijk om in de praktijk effectief resultaten te halen.

Een laatste criterium is: maatschappelijke waarden en trends. We merken in het maatschappelijk debat dat sommige thema's meer naar voren komen dan andere. Hoewel ze misschien in tegenspraak zijn met de vorige criteria, leek het ons zinvol om ook daar naar te kijken. In welke mate zijn de thema's trending?

Zeker vanuit mijn achtergrond, vanuit onze rol als consultingbedrijf, vinden we het zeer belangrijk om dit te staven met cijfers. In een ideale wereld zouden we elk van die criteria gaan becijferen voor elk thema, voor elke strategie en actie die we willen uitvoeren, om te komen tot een lijst die we met scores kunnen rangschikken en waaruit voortvloeit welke zaken men het best wel en het best niet zou doen. In de praktijk is dat niet zo eenvoudig. Voor heel wat – nieuwe – thema's hebben we geen cijfers of zijn de cijfers niet vergelijkbaar over de



thema's heen. Dit beseffende hebben we er in heel het traject naar gestreefd om de cijfers maximaal te gebruiken.

De omgevingsanalyse die we nu aan het afronden zijn, is daar getuige van. Dat is een heel lijvig document aan het worden; de professoren die daarop feedback gegeven hebben, bevestigen dat het een heel mooi overzicht geeft van alle beschikbare gegevens tot op vandaag. We willen daarmee rekening houden, maar het is dus niet altijd mogelijk om dat één op één te vertalen in conclusies.

De discussies die we willen suggereren, gaan over deze dimensies. Dit lijken ons de meest relevante dimensies. Met 'ons' bedoel ik hier: alle actoren die betrokken waren bij het ontwerp van de nota.

De rest van de nota gaat over een aantal principes en uitgangspunten die we willen hanteren en centraal voor ogen willen houden als we in de toekomst keuzes gaan maken. Een eerste inzicht is dat preventiebeleid meer is dan gezondheidsdoelstellingen alleen. Er zijn een aantal argumenten waarom een gezondheidsdoelstelling interessant zou kunnen zijn. Ze staan hier opgesomd. Het moet gaan over een belangrijk probleem. We moeten de actoren kunnen samenbrengen rond het thema. Er moet draagvlak zijn; we willen draagvlak creëren, maar we willen ook vertrekken van een draagvlak. Er moet een maatschappelijke tendens of ambitie aanwezig zijn. Het moet opvolgbaar zijn via indicatoren. Het moet beïnvloedbaar zijn via implementeerbare strategieën en men moet er impact op kunnen hebben. Het moet financierbaar zijn. Een aantal randvoorwaarden zullen moeten worden ingevuld. De communicatie over de thema's, strategieën en acties mag op zich niet ziekmakend zijn.

Experts hebben ons verteld in het begin van het traject dat, als je bijvoorbeeld te veel aandacht geeft aan eetstoornissen, dat het probleem op zich eigenlijk groter kan maken.

Dit gezegd zijnde: het is niet zo dat we het hele beleid in de gezondheidsdoelstellingen gaan zetten. Er zijn een aantal andere prioriteiten die ook belangrijk zijn en waarover ook beleid moet worden geformuleerd, maar die niet via het beleidsinstrument van de gezondheidsdoelstellingen zullen worden aangepakt.

Een tweede belangrijk principe is dat we willen streven naar ambitieuze, maar realistische doelen. We hebben ook naar de buurlanden gekeken. Daar zijn voorbeelden van doelstellingen die zo ambitieus waren dat het mobiliserend karakter ervan eigenlijk helemaal wegviel. Als je anderzijds niet ambitieus genoeg bent, dan zullen de diverse actoren op het terrein zich moeilijk kunnen engageren. Dit moet inspirerend en wervend zijn, en volgens ons doe je dat door ambitieus, maar realistisch de doelen te gaan afbakenen. We willen ook afstemmen op andere doelstellingen. Ook de Wereldgezondheidsorganisatie, federale partners en andere landen maken gezondheidsdoelstellingen. We willen uiteraard ook bekijken hoe de doelstellingen die wij formuleren, daarop kunnen worden afgestemd.

Ik wil een belangrijke nuance meegeven met betrekking tot streefcijfers. Hoewel we de grootste pleitbezorger zijn om dit traject participatief aan te pakken, zijn die streefcijfers toch net iets anders. Je kunt moeilijk in een werksessie of een aftoetsingsmoment vragen welk streefcijfer we nu gaan kleven op een bepaalde doelstelling, net omdat daar toch redelijk wat kwantitatief onderzoek naar nodig is en je liefst wilt weten wat de trend is, zodat je je doelen kunt gaan bepalen op basis van die trend. Die streefcijfers zullen dus worden vastgelegd op basis van die analyse.

Een derde principe, dat voor ons niet altijd eenvoudig was om te eerbiedigen in het hele traject, maar dat we wel centraal willen zetten, is dat we willen kunnen focussen: minder is meer. Als men met een ellenlange lijst doelstellingen,

strategieën en acties komt, dan kun je je afvragen of het wervend karakter nog wel aanwezig zal zijn. Keuzes maken betekent ook kiezen waar de focus niet zal liggen. Wat wij heel belangrijk vinden, is dat kwaliteit zou moeten primeren op kwantiteit. Als men het heeft over doelstellingen, wordt in de literatuur heel vaak verwezen naar SMART: een goede doelstelling zou specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdsgebonden moeten zijn. Voor de gezondheidsdoelstellingen voegen we daar graag nog een acroniem aan toe, namelijk AMORE: een gezondheidsdoelstelling zou ook ambitieus, motiverend, onderscheidend, relevant en echt moeten zijn. Helaas hebben we dat zelf niet bedacht: het staat ook te lezen op de website van Bestuurszaken. Dit is een heel belangrijke nuance in het kader van de gezondheidsdoelstellingen. We streven ernaar om daar een belangrijk beleidsinstrument én communicatie-instrument van te maken.

Een vierde principe is dat we willen nadenken over het beleid op lange termijn. De termijn waarbinnen we de doelstellingen gerealiseerd willen zien, moet voldoende lang zijn, om realistisch te zijn, maar ook om die samenwerking op het terrein uit te bouwen en te bevorderen. Bovendien vergt een traject naar een gezondheidsconferentie heel wat inspanningen, van alle betrokken actoren, van de partnerorganisaties, maar ook van iedereen die daar tijdens de werksessies en de bevraging die we hebben gestuurd tijd aan heeft besteed. Dat komt vaak boven op de taken die ze sowieso al uitvoeren. Het is dus ook zinvol dat niet te vaak te doen en de overweging te maken vanaf wanneer we die nieuwe inspanning op het terrein opnieuw willen vragen om te komen tot een bijstelling van het beleid.

Het eindjaar dat we vooropstellen is 2025. Dat is over een kleine tien jaar. Dat zijn heel wat jaren. Tien jaar geleden zag mijn persoonlijke situatie er heel anders uit, zag mijn rol binnen de organisatie waar ik werk er heel anders uit. We hebben in het hele traject dus ook geprobeerd de actoren te stimuleren om dat bredere perspectief op te nemen. Het is niet omdat je vandaag een bepaalde rol hebt bij een bepaalde terreinorganisatie dat je die over tien jaar nog zult hebben. Waarschijnlijk zullen er over tien jaar ook andere prioriteiten en andere inzichten zijn waarmee we over tien jaar ook rekening moeten kunnen houden. Tien jaar geleden waren smartphones en zo veel minder verspreid dan vandaag, en vandaag bieden die nieuwe technologieën en die nieuwe sociale media heel wat mogelijkheden om aan preventie te doen.

We zien 2017 min of meer als een overgangsjaar, waarin we de uitvoering van dat nieuwe beleid zullen kunnen voorbereiden. Dan krijg je eigenlijk twee periodes van vier jaar, namelijk 2018-2021 en 2022-2025. Het idee is dat er na die eerste periode van vier jaar een evaluatie wordt gemaakt, dat er wordt bijgesteld. Wanneer we die analyses vandaag maken, worden we ermee geconfronteerd dat er elke maand eigenlijk wel nieuwe publicaties, nieuwe wetenschappelijke inzichten zijn. We zijn ervan overtuigd dat we die nieuwe inzichten ook moeten kunnen meenemen in het toekomstige beleid wanneer die opduiken.

Een vijfde principe is dat we willen streven naar een uniforme opbouw van de actieplannen. Als we kijken naar de vroegere actieplannen inzake tabak, alcohol en drugs en inzake voeding en beweging, dan zien we dat die een verschil qua structuur vertonen. Het idee is dat hoe meer uniformiteit er kan zijn, hoe sterker die actieplannen en strategieën worden als communicatie- en beleidsinstrument. De opvolgbaarheid wordt ook gemakkelijker. De mensen die het actieplan ter hand nemen, zullen er sneller hun weg in kunnen vinden. Dit zorgt voor eenvoudiger analyses. Onze ambitie reikt ook een klein beetje verder dan de thema's die vandaag in de reikwijdte zitten. Als we erin geslaagd zijn om een goed raamwerk neer te zetten voor de thema's in de reikwijdte, en dat is vandaag alleszins onze ambitie, dan zou het ook een suggestie kunnen zijn om in de toekomst te gaan bekijken of bijkomende thema's ook kunnen aansluiten op

een soortgelijk raamwerk, zodat we steeds meer in het algemeen streven naar een uniforme aanpak. Daarmee spreek ik echter een beetje voor mijn beurt. Die ambitie is er echter wel.

Een zesde ambitie is 'health in all policies'. Ook op het terrein is iedereen er meer en meer van doordrongen dat werken aan gezondheidsbevordering en ziektepreventie niet enkel voor het beleidsdomein welzijn en volksgezondheid een taak is, maar ook voor andere beleidsdomeinen en sectoren. In debatten over fiets-snelwegen of frisdrankautomaten is het voor iedereen duidelijk dat bepaalde keuzes een rechtstreekse impact hebben op de gezondheidsindicatoren die wij belangrijk vinden en in een gunstige richting willen doen evolueren. Health in all policies is dus heel belangrijk. Dat zag u ook daarstraks bij de aanpak van de betrokken actoren en hopelijk kunnen we dat ook in het vervolg realiseren.

Over een zevende principe lezen we snel over, maar toch is het heel belangrijk en heeft het heel wat draagvlak op het terrein: meer focussen op implementatie. Daarvoor kiezen is meteen kiezen om andere dingen minder in de focus te zetten, namelijk onderzoeken of ontwikkeling van methodieken. Er leeft een algemeen gevoel dat er vandaag heel wat materiaal aanwezig is, maar dat er meer energie mag gaan naar de implementatie om tot resultaten te komen. Die focus willen we in het nieuwe beleid steken.

Dat willen we doen via settings. Ook daar groeit de consensus dat de beste plaats om de burger op een zinvolle manier te inspireren of aan gezondheidsbevordering te doen, de leefomgeving van de burger zelf is. Daarom hebben we zes settings of leefomgevingen uitgekozen waarvoor we in het traject specifiek aandacht willen hebben: zorg en welzijn, lokale gemeenschap, werk, onderwijs, gezin en vrije tijd.

Een achtste principe is aandacht voor specifieke doelgroepen. Bij de start van het traject kwam al heel snel iemand met het begrip 'proportioneel universalisme' op de proppen. Ik dacht dat het wel aan mij lag dat ik dat niet meteen begreep en ik was dan ook blij dat sommige experts op een bepaald ogenblik over 'universeel proportionalisme' spraken. Er bestaat dus heel veel verwarring over. Het idee is dat we inzetten op universele strategieën en afhankelijk van de doelgroep de intensiteit aanpassen.

Deze grafiek heeft mij alleszins geholpen om te begrijpen wat er precies wordt bedoeld. De blauwe balkjes staan voor de gezondheid. Op de x-as staan de mensen in een kwetsbare situatie links en mensen in een minder kwetsbare situatie rechts. We merken dat de gezondheid van de mensen in de minst kwetsbare situatie vaak het hoogste is. Er wordt heel vaak gesproken over de gezondheidskloof. Uit deze grafiek blijkt dat er eigenlijk geen kloof is, maar een helling, de gradiënt, de blauwe lijn. Als we iets aan de gezondheidsongelijkheid willen doen, moeten we niet de ambitie hebben de gezondheidskloof weg te werken, maar de helling te veranderen. Een goed beleid moet erop gericht zijn die helling, de blauwe lijn, zo horizontaal mogelijk te krijgen.

We doen dat door in te zetten op strategieën die voor de hele populatie van toepassing kunnen zijn, maar daarbij rekening te houden met de noden. De meest kwetsbare groepen hebben meer noden. Proportioneel universalisme betekent dat de intensiteit van onze preventiestrategieën proportioneel is met de noden van de groep, om die helling meer horizontaal te krijgen. Belangrijk daarbij is dat we inclusief willen werken en specifiek waar noodzakelijk.

Het laatste principe is de integratie van de thematische invalshoek. In het verleden en ook vandaag nog is er een thematische insteek te herkennen in de manier waarop de verschillende actoren georganiseerd zijn, maar ook in de manier waarop bepaalde zaken worden geformuleerd. Ook in de toekomst zal die thematische insteek belangrijk blijven. Expertise-opbouw is vaak thematisch. We hebben

partnerorganisaties die specifiek op bepaalde thema's zijn gericht. Heel vaak zien we ook dat we voor een bepaald thema met andere actoren te maken hebben dan voor een ander thema. Een goed voorbeeld is het drugs- en alcoholbeleid. Daarbij zijn ook de politie- en veiligheidsdiensten in een lokale gemeenschap een belangrijke actor, terwijl dat natuurlijk minder het geval is voor voeding of sedentair gedrag. Dat is ook een argument om de thematische insteek te blijven valoriseren. Beschikbare evidentie is vaak thematisch georganiseerd, bestaande actieplannen eveneens. Denk bijvoorbeeld aan het alcoholplan. Structurele maatregelen zijn vaak thematisch. Volgens sommige mensen die we hebben gesproken, kan dankzij de thematische insteek ook makkelijker een brug naar de zorg worden geslagen. Heel wat preventiewerkers hebben hun expertise in één specifiek thema opgebouwd. Hoewel we resoluut kiezen voor een settinggerichte insteek, kunnen we niet anders dan binnen dat kader kijken naar de verschillende thema's die we bij aanvang van de presentatie hebben opgelijst.

Tot zover de principes. Wat hebben we daar nu mee gedaan? Bij het ontwerpen van de visienota hebben we gekeken hoe we deze principes kunnen vertalen naar ons toekomstig beleid. Twee conceptuele tabellen waren het resultaat. Ik besef dat ze op de slide niet zo goed leesbaar zijn en zal ze heel kort toelichten.

We formuleren een algemene missie over gezonde levensstijl en vertalen die naar gezondheidsdoelstellingen per setting. Voor de zes settings formuleren we een gezondheidsdoelstelling die voor die setting de ambitie zet.

Als u kijkt naar hoe we die doelstellingen zien, is u ongetwijfeld opgevallen dat het over procesdoelstellingen gaat. We zullen het meeste impact hebben als we het proces, de manier waarop we preventie aanpakken in de verschillende settings, goed kunnen opvolgen. Door die doelstellingen op deze manier te formuleren, denken we dat het wervend karakter van die doelstellingen ook voor andere beleidsdomeinen het grootst is. Dat wil uiteraard niet zeggen dat we de typische gedrags- en gezondheidsindicatoren overboord gooien. Dat blijven heel belangrijke gegevens, waar we naar blijven kijken en die de nodige aandacht en de juiste plaats krijgen in het raamwerk zelf.

Per setting wordt er een gezondheidsdoelstelling geformuleerd. In die gezondheidsdoelstelling komen een aantal thema's aan bod. In de blauwe kolommen staan de thema's waarvan we denken dat ze expliciet in de gezondheidsdoelstellingen moeten worden opgenomen. In de groene kolommen staan de thema's waarvan we denken, op basis van de argumentatie die daarstraks werd toegelicht, dat het vandaag minder aan de orde is om ze in een gezondheidsdoelstelling op te nemen. De argumenten daarvoor kunnen zijn dat er nog te weinig evidentie is, dat er groeiende inzichten zijn of dat er kans is op ziekmakende communicatie.

Wat misschien ook opvalt, is dat er onderaan, naast de zes settings, ook een rij 'goed bestuur' is toegevoegd. De ambitie is om heel expliciet te maken wat we denken dat de rol van de overheid moet zijn en wat we verwachten van de overheid. Aan welke randvoorwaarden moet de overheid invulling geven om de nieuwe doelstellingen, de strategie en de acties die daaraan gekoppeld zijn, te kunnen realiseren?

Tot zover het overkoepelende raamwerk. Als we het per setting bekijken, dan hebben we per thema nagedacht over welke strategieën nodig zijn binnen dat thema en welke acties daaraan kunnen worden gelinkt. De indicatoren en de streefcijfers zullen dan achteraf bepaald worden op basis van de trendanalyses. In de details van die strategieën zullen ook doelgroepen specifiek benoemd worden. Als we aan bepaalde kwetsbare groepen denken, die verschillen per thema, willen we die soms ook expliciet benoemd zien in die details bij het bepalen van een aantal streefcijfers om daaraan in de toekomst de nodige focus en aandacht te kunnen geven.

**De voorzitter:** De commissieleden kunnen straks reflecteren en van gedachten wisselen over deze uiteenzetting. Er zijn ook drie vragen om uitleg gekoppeld aan deze gedachtewisseling die we nu eerst aan bod zullen laten komen.

De heer Moyaers heeft het woord.

**Bert Moyaers (sp.a):** Na deze uiteenzetting blijf ik nog met een aantal van mijn vragen zitten. Als ik me niet vergis, heb ik bijvoorbeeld niet meteen een antwoord gekregen op de volgende vragen.

Is het niet aangewezen om eerst de beleidsevaluatie en omgevingsanalyse te bediscussiëren vooraleer nieuwe doelstellingen vast te leggen? Kan dit zo snel mogelijk in deze commissie? Dit lijkt mij een voorwaarde om van een echt democratisch en participatief traject te spreken.

De implementatie op het terrein van alle methodieken, tips, aanbevelingen, toolboxen, campagnes en dergelijke is duidelijk het pijnpunt. Dit impliceert een duidelijk eenduidig beleid waar alle neuzen in dezelfde richting staan én genoeg mensen en middelen om alle burgers te bereiken, ook de meest kwetsbaren, en gedragsverandering te bewerkstelligen. Dat is wel min of meer aangeraakt, maar ik heb niet gehoord of in dit kader de ambitie niet moet zijn om de gezondheidskloof, of zoals u het noemt, de gezondheidshelling, te dichten, in plaats van ze constant te houden?

Zou het niet interessant zijn om in dit kader altijd eerst een armoedetoets uit te voeren vooraleer alweer de zoveelste campagne wordt gelanceerd?

Dat waren mijn vragen, en daarop heb ik nog niet echt een antwoord gekregen in de toch wel zeer uitgebreide uitleg die u hebt gegeven.

Aks ik het plan erbij neem, denk ik dat het preventiebeleid van cruciaal belang is om een gezondheidswinst te kunnen realiseren. Ik ben de minister dankbaar dat hij in zijn beleidsbrief, bij zijn eerste strategische doelstelling, ook preventie en een laagdrempelige eerstelijns hulp vermeldt. Tegelijk vind ik het jammer dat het preventiehoofdstuk zowat het kortste stuk in de beleidsbrief was en dat er wordt gesproken over het verder realiseren van gezondheidsdoelstellingen, maar dat de cijfers van vandaag helemaal niet rooskleurig zijn. Voor mij mag het beleid wel wat ambitieuzer zijn.

Minister, u zei zelf dat die gezondheidsdoelstelling wordt goedgekeurd door de Vlaamse Regering en het Vlaams Parlement, en dat het hier gaat over het werken met preventieve gezondheidsdoelstellingen, die verankerd zijn in het decreet van 21 november 2003. Ik heb de focus vooral gelegd op het stukje 'voeding en beweging' dat daar een onderdeel van is. Die doelstelling werd goedgekeurd op 24 juli 2009. De doelstelling luidde concreet: "Het realiseren van gezondheidswinst op bevolkingsniveau door de stijging van het aantal mensen dat voldoende fysiek actief is, evenwichtig eet en een gezond gewicht nastreeft." Daar worden nog een aantal subdoelstellingen bij vermeld, met duidelijke kwantitatieve targets. Ik heb daarstraks gehoord dat we meer op kwaliteit dan op kwantiteit moeten durven inzetten. Maar als ik kijk naar wat we in 2009 tegen 2015 voor ogen hadden, dan wilden we dat het aantal personen dat voldoende fysiek actief was, procentueel serieus zou kunnen stijgen en dat we ook een daling zouden hebben van het percentage van mensen met sedentair gedrag tot 10 procent. We zouden ook inzetten op een hoger percentage van moeders die met borstvoeding starten en op het feit dat mensen evenwichtiger moesten eten. We wilden ook dat het aantal personen met een gezond gewicht behouden zou blijven.

De gezondheidsdoelstellingen inzake fysieke activiteit, sedentair gedrag en gezond gewicht worden niet gehaald, zeker niet bij jongeren. Ik heb daar het

voorbijge jaar al een paar keer op gehamerd, misschien omdat ik zelf uit het onderwijs kom en het heel vaak heb zien gebeuren: bij jongeren is de toename van de zwaarlijvigheid onrustwekkend.

Alleen dit jaar al hebben meerdere onderzoeken aan de alarmbel getrokken. Eerst zei het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid dat 3- tot 5-jarigen de helft van de dag zitten en dat 14- tot 17-jarigen zelfs twee derde van hun wakere uren zitten. Wij doen het hier al niet veel beter, uiteraard. Het centrum voor leerlingenbegeleiding (CLB) concludeerde uit een onderzoek dat in het bso 27 procent van de jongeren met overgewicht kampt. Het onderzoek van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) stelt dat slechts één derde van de adolescenten en de helft van de jongeren de bewegingsnorm haalt. Deze week was er misschien wel de meest dramatische studie, die stelde dat 6,5 procent van de 6- tot 9-jarigen en 2,4 procent van onze tieners de bewegingsnorm haalt. Het lijkt nog iedere dag slechter te worden.

Er is een duidelijke link tussen sedentair gedrag en ongezond eetgedrag. Hoe meer we ons verzadigen met energierijke snacks en dranken, hoe meer meeneemmaaltijden we nuttigen en hoe minder fruit en groenten we eten, hoe meer zittend gedrag we vertonen. Dat zal zijn sporen nalaten in het latere leven.

Al dat zitten zorgt, naast het overgewicht, voor een aantal grote medische, psychische en sociale problemen, die ik hier niet allemaal zal opsommen. Het is duidelijk dat er een actieplan nodig is. Het is goed en broodnodig dat het er komt. Maar we moeten het wel kunnen vertalen in harde resultaatsverbintenissen. We hebben geen nood aan een zoveelste campagne voor de reeds overtuigden. Meestal zijn dat de mensen die we het gemakkelijkst bereiken. Minister, ik ga vandaag niet opnieuw voor u het lied 'Broccoli en wortels' zingen. We moeten duidelijk zeggen dat we voldoende moeten kunnen bewegen en op gezonde voeding inzetten. Dat moet een beleidsprioriteit zijn. We moeten niet alleen focussen op wat kinderen en volwassenen zelf kunnen doen, maar ook op wat de omgeving kan doen. We moeten die omgeving zo inrichten dat de omstandigheden worden gecreëerd die gezonde voeding en beweging automatisch bevorderen.

Zo komen we bij het stuk dat hier al een aantal keren is behandeld: 'health in all policies' of het facettenbeleid. Dat is zeer belangrijk. Daarop moet worden ingezet. Minister, ik heb dat zowel u als de heer Oostvogels horen zeggen. Maar als ik de beleidsbrieven van uw collega's bekijk, heb ik het gevoel dat enkel de ministers Crevits en Muylers daarvan overtuigd zijn. In de beleidsbrieven van Ruimtelijke Ordening, Milieu, Verkeer en Armoedebelief heb ik die insteek niet gevonden, tenzij ik er heb overgekeken. Nochtans zijn dat net heel belangrijke domeinen om op in te zetten met het oog op het behalen van de globale gezondheidswinst. Meer inzetten op groene natuur is zeker voor kwetsbare mensen goed. Groen ontspant, doet bewegen en verhoogt het geluksgevoel. Een recente Nederlandse studie wees uit dat 10 procent meer groen in een woonomgeving leidt tot een vermindering van de zorgkost met 400 miljoen euro per jaar. Ook het inzetten op brede voetpaden en veilige fietsroutes is belangrijk. Ik woon in een klein dorp, op 300 meter van een dorpschool. De meeste mensen wonen binnen een straal van 2 kilometer van die dorpschool, maar toch kiest 80 procent van de ouders ervoor om hun kind met de auto naar school te brengen. En het is maar een dorp, dat is nog veel erger in een stad. Er moeten voldoende speel- en groenplekken zijn, om elke buurt aan te zetten tot het buitenspelen.

'Health in all policies' is ook op het lokale vlak belangrijk. Maar dat is niet voldoende doorgedrongen. Ik volg daarin de indicatorenmeting 'Lokaal gezondheidsbeleid' van het VIGeZ, dat zegt dat 'health in all policies' op lokaal niveau enkel in de beleidsdomeinen Sport, Senioren en Onderwijs gevonden wordt, en niet in de diensten Ruimtelijke Ordening, Diversiteit en Armoedebestrijding. Die

indicatorenmeting stelt vast dat regie voeren voor een lokaal gezondheidsbeleid helaas niet kan zonder de nodige budgetten, zonder de nodige capaciteit voor die lokale besturen en zonder deskundigheid om de kwaliteit te garanderen en daarbij alle stakeholders te betrekken. De meting stelde vast dat de aanwezige gemeentelijke coördinatiecapaciteit erg laag ligt, op gemiddeld 10 werkuren per week. Ze besluiten: "Het is niet verwonderlijk dat bij deze beschikbare capaciteit er weinig kan ingezet worden op deskundigheidsbevordering. (...) Verdere inhoudelijke en meer budgettaire ondersteuning om de capaciteit en de deskundigheid te versterken van het Vlaamse beleid zullen zeker ten goede komen aan de lokale bestuurskracht voor de gezondheid." Het is ook mijn overtuiging dat het lokale niveau het best geplaatst is om zoveel mogelijk mensen te bereiken, mensen die wij niet altijd kunnen bereiken, zeker de mensen die de zwaarste gezondheidsproblemen hebben door toedoen van uitsluiting en armoede.

Minister, er zijn een aantal goede voorbeelden. Het project 'Bewegen op verwijzing' is een goede zaak, maar het zou sneller moeten kunnen worden uitgerold. Binnen Welzijn, samen met het beleidsdomein Sport, zou er moeten kunnen worden ingezet op buurtsport. Minister Muyters rolt dat al redelijk goed uit, maar als we de krachten bundelen met Welzijn, zouden we veel meer kunnen bereiken. We zijn bezig met buurtsport, maar slechts een gemeente op de vijf biedt het aan.

Minister, ik kijk uit naar uw project 'Publieke ruimte'. In 2017 zou dat een toolbox kunnen aanbieden aan de openbare besturen. Maar ook hier blijft de aanbeveling van het VIGeZ overeind: er moet ook een budgettaire ondersteuning zijn voor lokale besturen en capaciteit om dat te kunnen versterken. Kunt u iets vertellen over het project 'publieke ruimte'?

Ik wil niet enkel negatief zijn. Ik ben heel blij met uw fundamentele keuze om in te zetten op de jongste kinderen en op prenatale zorg. De link met het lokale niveau via de Huizen van het Kind staat daarin centraal. Ook daar mag de concrete en praktische invulling meer worden bekendgemaakt.

Een gigantische gezondheidswinst is alleen maar mogelijk door te investeren in gezondheid van zwangere vrouwen en promotie van borstvoeding zonder dat we daarbij mensen moeten stigmatiseren.

We zitten met een acuut probleem dat we niet zullen oplossen met een algemene en theoretische visienota. Op dit moment zie ik er niets concreets in. Het is te vaag. Ik ben teleurgesteld in de discussie die vandaag zou kunnen worden gevoerd. Op de website van de Gezondheidsconferentie 2006 vind ik dat concrete ook niet terug. Nochtans stelt artikel 12 van het decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid uitdrukkelijk: "Jaarlijks maakt de Vlaamse Regering een stand van zaken op aangaande de gezondheidsindicatoren. De Vlaamse Regering neemt de nodige initiatieven om de gegevens publiek te maken." Ik heb die jaarlijkse evaluatie tot nu toe niet kunnen vinden. Ik heb daarover een schriftelijke vraag gesteld op 1 september 2016, waarbij ik cijfers opvroeg voor het bereiken van de gezondheidstargets. Er werd me geantwoord dat het rapport met de resultaten binnenkort beschikbaar zou zijn op de website van de Gezondheidsconferentie. Voor mij is niet duidelijk of ik dat daar op kan terugvinden. Dat lijkt me in strijd te zijn met het decreet.

Minister, het maatschappelijk probleem waar we vandaag over spreken, is groot, in een heel sterke sociale gradiënt. De gezondheidskloof groeit nog steeds, ten koste van de meest kwetsbaren in onze samenleving. Ik vraag nogmaals dat het parlement een degelijke en grondige evaluatie krijgt van het tot op heden gevoerde beleid dat duidelijk onvoldoende vruchten heeft afgeworpen en fundamenteel moet worden bijgestuurd om de negatieve spiraal, zeker voor onze Vlaamse jongeren te kunnen keren.

**De voorzitter:** Mevrouw Croo heeft het woord.

**Caroline Croo (N-VA):** Ik wil eerst reageren op wat de heer Oostvogels heeft gezegd. Ik vind het heel spijtig dat mondgezondheid niet wordt opgenomen. Op de website van de Wereldgezondheidsorganisatie staat mondgezondheid nochtans bijna in alle gezondheidsdoelstellingen. Tabak, voeding, eetstoornissen, met alles is er een link. Vorige week is nog een onderzoek verschenen van de Virginia Commonwealth University in Richmond waarin staat dat 86 procent van de onderzochte patiënten meer kans had op een pneumonie. In de Verenigde Staten krijgen 1 miljoen mensen een longontsteking, waarvan er 50.000 overlijden, gelinkt aan een aandoening uit de mond. Daardoor krijgen ze een bacteriële longontsteking. Toch is er nog steeds geen aandacht om een gezondheidsdoelstelling Tandzorg te maken, terwijl ook het Rekenhof heeft gezegd dat er te veel wordt gefocust op de middenklasse en te weinig op de kansarmen. De kloof wordt steeds groter. Net die groep moeten we bereiken. Ik hoop dat we met de resolutie die is goedgekeurd door het Vlaams Parlement eindelijk een dergelijke gezondheidsdoelstelling kunnen maken. Alle randvoorwaarden zijn vervuld. Er is voldoende evidencebased materiaal aanwezig. Het is echt wel noodzakelijk.

Uit een recente peiling van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) naar onze voedingsgewoonten blijkt dat vier op de tien burgers geregeld voedings-supplementen gebruiken. Voor 99 procent van de gezonde mensen blijken deze extra voedings-supplementen nutteloos en in sommige gevallen zelfs gevaarlijk.

Bij vrouwen boven de 40 blijkt dat meer dan de helft weleens naar een vitaminepil durft grijpen. Een vijfde van de kleuters tussen de 3 en de 5 jaar krijgt voedings-supplementen. Een grote groep mensen denkt ten onrechte dat die goed zijn voor de gezondheid en extra bescherming bieden.

Volgens professor De Backer van de Hoge Gezondheidsraad promoten vooral de fabrikanten hun supplementen met misleidende informatie. Voedingssupplementen zijn enkel zinvol voor mensen met bepaalde medische problemen. Aangezien het onmogelijk is te meten hoeveel vitamine D een kind bijvoorbeeld binnenkrijgt via gewone en verrijkte voeding, kan men volgens mevrouw De Ridder van het WIV een uitzondering maken voor vitamine D-pillen voor kleuters. Een teveel aan vitamine D kan echter een averechts effect hebben en de botten net brozer maken in plaats van sterker. Mensen moeten dus voldoende worden geïnformeerd. Volgens professor De Backer kan een te hoge inname van bijvoorbeeld vitamine C en D tot gezondheidsproblemen leiden. Het grootste probleem is dat voedingssupplementen worden verkocht zonder voorschrift en verkeerdelijk de indruk wekken dat ze een soort geneesmiddelen zijn.

Kind en Gezin volgt de voedingsaanbevelingen voor België van de Hoge Gezondheidsraad. Voor deze doelgroep zijn er enkele supplementen wetenschappelijk onderbouwd en noodzakelijk. Ik denk aan foliumzuur vanaf het stoppen met de contraceptie tot en met derde maand van de zwangerschap; vitamine D voor kinderen, dagelijks vanaf de geboorte tot en met de leeftijd van 6 jaar en dit het hele jaar door, onafhankelijk van de melkvoeding en de vitamine D-suppletie van de borstvoedende moeder; vitamine K dat oraal wordt toegediend voor baby's die borstvoeding krijgen tot de leeftijd van 3 maanden.

Ondanks de Europese kaderrichtlijn voor voedingssupplementen en de drie koninklijke besluiten en twee ministeriële besluiten die specifiek voedingssupplementen reglementeren, lijkt het aangewezen in enkele preventieve maatregelen te voorzien op Vlaams niveau.

Minister, hoe passen de bevindingen van het WIV binnen het preventieve gezondheidsbeleid omtrent gezonde voeding en beweging? Overweegt u initiatieven om



deze doelgroep beter te informeren en vooral te sensibiliseren betreffende het gevaar voor overconsumptie van voedingssupplementen?

**De voorzitter:** Mevrouw Franssen heeft het woord.

**Cindy Franssen (CD&V):** Voorzitter, minister, collega's, ik ga me proberen te focussen op het traject dat hier werd besproken. Ik zal mijn vraag om uitleg koppelen aan de powerpoint.

Er zijn negen principes opgenomen om de gezondheidsdoelstellingen te herformuleren. Er zijn al een aantal parlementaire vragen over gesteld. Een van de principes is dat communicatie niet ziekmakend mag zijn. Het is een belangrijk item dat in de commissie al een paar keer is besproken.

Ik zou me vooral willen focussen op het principe 'Health in All Policies' en de betrokken actoren. Er wordt verwezen naar werk, schoolomgeving enzovoort. Ik wil graag weten of u in het kader van het laatste advies rond gezonde voeding van de Hoge Gezondheidsraad al met de federale minister tot afspraken bent gekomen over de productsamenstelling voor gezonde voeding. Bent u ook met de Vlaamse minister van Landbouw en Visserij tot afspraken gekomen voor de sensibilisering rond gezonde voeding en om de verspreiding van aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad in de praktijk om te zetten? Ik denk onder meer aan boodschappen van algemeen nut. Het is niet onbelangrijk dat die adviezen meer vorm krijgen.

U hebt het ook over de aandacht voor specifieke doelgroepen. Ik ben blij dat dit principe ook mee wordt opgenomen. U spreekt over de gezondheidshelling en de gezondheidskloof. We moeten hier geen statistische discussie voeren, maar de gezondheidskloof is er natuurlijk wel. Het proportioneel universalisme is niet nieuw voor mij. We hebben hier uitgebreid het rapport rond kinderarmoede besproken. We hebben ook besproken welke aanbevelingen we het best doen om de kloof te dichten. Het proportioneel universalisme kwam hier zeer sterk naar voren. Vandaar dat ik in het traject ook wil kijken naar werk. Uit een studie van professor De Maeseneer bleek dat mensen in armoede ook vaak in ongezonde werksituaties zitten.

Als we ervoor kiezen om meer settinggericht en thematisch te werken, zal dat gevolgen hebben voor de samenstelling van de Vlaamse werkgroepen.

Bij de matrix mis ik een actor namelijk de industrie zelf en de responsabilisering van de industrie inzake productsamenstelling. Hoe wordt FEVIA Vlaanderen verder betrokken rond de aanbevelingen en de conclusies van de Hoge Gezondheidsraad?

Hoe wordt het traject voortgezet in het kader van de herziening van de actieve voedingsdriehoek? Het laatste advies van de Hoge Gezondheidsraad ging over energieën, transvetzuren, voedingsmiddelen die meervoudige koolhydraten bevatten en de consumptie van zout. Hoe zullen we dit advies opnemen in de herziening van de actieve voedingsdriehoek?

**De voorzitter:** Mevrouw Godderis heeft het woord.

**Danielle Godderis-T'Jonck (N-VA):** Voorzitter, minister, collega's, ik ga me focussen op drie thema's: gezonde voeding en beweging, eetstoornissen en ondervoeding bij ouderen.

Mevrouw Franssen had het ook over de transvetzuren. Transvetzuren zijn heel schadelijk voor de gezondheid. Ze zorgen voor een verhoogde kans op slagaderverkalking, hebben negatieve effecten op de groei van de foetus, zorgen voor een

verhoogde kans op diabetes, zorgen voor een tienmaal hogere kans op hart- en vaatziekten, zorgen ook op een verhoogde kans voor allergieën bij kinderen. Volgens Amerikaanse onderzoekers zou er ook een verhoogde kans zijn op galstenen. Er zijn meer sterfgevallen door het gebruik van transvetzuren dan door verkeersongevallen. Hoe zal de bevolking worden geïnformeerd over de gevaren en de toepassing van deze vetten? Moet de producent op de verpakking niet vermelden welke soorten vetten er gebruikt worden?

De gebruiker wordt enigszins aangeraden om voeding en drank te gebruiken die minder of zelfs geen suiker bevatten. Overal verschijnen er frisdranken met light en zero. Toch worden ook frisdranken die heel veel suiker bevatten, gepromoot, niettegenstaande suiker als een soort harddrug kan worden beschouwd. We gebruiken het en zijn er ook aan verslaafd. In de industrie wordt suiker vaak vervangen door ontelbare slechte suikervervangers. De gebruiker wordt gezegd gerustgesteld, maar niets is minder waar. Hoe wordt de bevolking gesensibiliseerd om minder suiker en minder slechte suikervervangers te gebruiken ten voordele van de goede suikervervangers?

Minister, in de scholen staan er nog overal frisdrankautomaten. Zult u een inspanning leveren om alle suikerhoudende dranken in die automaten te verbieden en te laten vervangen door gezondere dranken? Misschien kunt u eens overleggen met uw collega. In verschillende scholen brengen drankautomaten soms tot 10.000 euro op. Het college van Veurne heeft een MOS-klas (milieuzorg op school) en heeft een initiatief genomen: 'De klok rond gezond'. Ze verkopen enkel gezond fruit zoals appels, peren en appelsienen, en ook water en gezonde fruitsappen zonder suiker.

Er zijn verschillende initiatieven om de bevolking van groot tot klein en van jong tot oud aan te zetten om meer te bewegen. Voor de schoolgaande kleuters is er Woogie Boogie in samenwerking met Disney. Via Sport Vlaanderen kennen we ook Multimove voor kinderen van drie tot acht jaar. In de basisscholen is er Sportsnack en in de middelbare scholen Sport Na Sport. '1,6 kilometer per dag' is ook een initiatief.

In de schoolomgeving blijken die initiatieven echter niet zo goed gekend te zijn, en zeker nog veel te weinig uitgevoerd. Als het idee bij het lerarenkorps wordt aangekaart, nemen de leerkrachten hierin ook meer initiatief. De bekendmaking van de genoemde ideeën blijft bij de directie of het secretariaat hangen, en de leerkrachten hebben er geen weet van tenzij ze zelf actief op zoek gaan naar zulke projecten. Gisteren stond trouwens nog in de krant dat kinderen te weinig bewegen.

Minister, hoe zult u ervoor zorgen dat die ideeën meer bekendheid verwerven en veel meer worden uitgevoerd? Toen ik in Oostende in het middelbaar onderwijs zat, stapten we na het middagmaal onder begeleiding ongeveer 4 kilometer van het centrum naar het staketsel, door weer en wind. We deden dat niet altijd graag, maar we moesten toch mee. Achteraf besef je dat 4 kilometer stappen onder de middag goed is. Misschien moeten we zulke initiatieven nemen voor de scholen in plaats van dat de kinderen 's middags op de speelplaats blijven.

De ondervoeding bij ouderen dan. Ouderen die in een woonzorgcentrum worden opgenomen, winnen gewoonlijk aan gewicht. De mogelijke oorzaak is de gevarieerde voeding die voor hen wordt klaargemaakt en op geregelde tijdstippen opgediend. Er is controle door het personeel op de ingenomen hoeveelheid en afwijkingen worden vrij snel opgemerkt en gecommuniceerd.

Minister, mijn bezorgdheid gaat uit naar ouderen die nog thuis zijn en geen controle krijgen op hun voeding en te weinig vitamines en mineralen opnemen.

Ziet u een mogelijkheid om ouderen in een thuissituatie te sensibiliseren en te informeren over gezonde voeding, en de mantelzorgers hierbij te ondersteunen?

Mijn stokpaardje betreft de eetstoornissen. Dat komt op steeds jongere leeftijd voor. Er worden al heel veel inspanningen geleverd om mensen met eetstoornissen intramuraal te begeleiden. De extramuraal zorg of thuiszorg verdient zeker meer aandacht. Mensen met eetstoornissen die intramuraal werden verzorgd, voelen zich in hun problematiek wat hulpeloos als ze thuisblijven. Het zou bijvoorbeeld goed zijn om jonge meisjes die moeder worden en een huisgezin hebben, ambulante te begeleiden. Soms is het moeilijk om hen te laten opnemen. Dan is het beter om meer in te zetten op ambulante zorg.

De Eetexpert doet goed werk, maar de gevaren zijn te zien op de sociale media. Op Facebook zie je pronostieken tussen meisjes die om ter meest gewicht willen verliezen. Het is erg dat de sociale media daarop inspelen. In Israël en Frankrijk werden wetten goedgekeurd om een gezonde body mass index (BMI) te hebben als je op de catwalk loopt. Die meisjes moeten daar een certificaat kunnen tonen dat ze een gezonde BMI hebben.

Ten slotte zijn er ook nog eetstoornissen bij topsporters. Die hebben na hun topsport dikwijls te kampen met eetstoornissen.

**De voorzitter:** Minister Vandeurzen heeft het woord.

**Minister Jo Vandeurzen:** Ik kan me voorstellen dat niet aan al uw verwachtingen wordt voldaan. We hebben een procedure en een traject, en dat willen we op een intensieve en correcte manier zijn gang laten gaan. Het is de bevoegdheid van het parlement om vragen te stellen en interpellaties te houden, meningen te hebben en resoluties te formuleren. Daar is geen woord commentaar op te geven.

Wanneer je echter de ambitie formuleert om een gezondheidsdoelstelling op te maken, dan moet dat gebeuren volgens de procedures die in het decreet staan. Wij zullen proberen om een aantal documenten op tijd te finaliseren voor de commissie en we zullen op die conferentie ook een aantal aspecten formuleren van zo'n gezondheidsdoelstelling in de domeinen die we nu afspreken. Daarna zal het volgens het decreet de regering zijn die de strategische adviesraad moet vatten en het parlement daarin het laatste woord moet geven.

U hebt terecht verwezen naar een aantal onderzoeken die beschikbaar zijn en die u een stand van zaken geven. Met dat soort van gegevens moet rekening worden gehouden bij het voorstellen van een omgevingsanalyse op de gezondheidsconferentie.

Wat de vragen over voeding, beweging en de risico's op verslaving betreft die nu voorliggen op de gezondheidsconferentie, is het een illusie om te denken dat de Vlaamse overheid met haar Vlaamse bevoegdheden die we ruim interpreteren over alle beleidsdomeinen, alle paramaters in handen heeft om de levensstijl van de Vlaming te sturen. We hebben een aantal instrumenten en we kunnen een aantal nieuwe strategieën ontwikkelen, maar een aantal zaken bevinden zich op andere bevoegdheidsdomeinen of zijn internationale fenomenen waarmee alle landen worstelen en waarbij alle landen zoeken naar oplossingen. Dat heeft te maken met de welvaartsevolutie, consumptiegewoonten en welvaartsziekten. Wat u een acuut probleem noemt, is in vele gevallen een chronisch probleem aan het worden. Die problemen hebben een fundamentele maatschappelijke basis.

Wat nieuw is in de tekst – en daarmee doe ik een voorafname op wat tijdens de conferentie aan de orde zal zijn – is dat het inzicht groeit dat we een strategie zullen moeten ontwikkelen die een gezondheidsdoelstelling vertaalt naar verschillende

levensdomeinen en settings. Bij de opbouw van die strategie zal rekening worden gehouden met voeding, beweging, alcohol, tabak en drugs en een aantal andere verslavingen en fenomenen die het parlement tijdens de afgelopen jaren zijn aangebracht. Dit is een nieuwe aanpak. Vroeger gingen we altijd thematisch te werk. Nu is het inzicht, ook vanuit de wetenschap, dat er coherent moet worden gewerkt op het niveau van settings. U hebt verwezen naar een aantal settings als onderwijs, werk enzovoort. We willen een geïntegreerde aanpak hebben op het niveau van die verschillende levensdomeinen of settings.

Een ander accent waaraan u zich kunt verwachten op basis van de voorbereidingen en van het verslag van het Rekenhof, is dat het meer zal moeten gaan over procesindicatoren dan enkel over outcome-indicatoren. Het inzicht is dat men op die levensdomeinen meer moet inzetten op implementatietrajecten en -processen in plaats van enkel te beslissen welke procenten er worden verwacht. Dat betekent niet dat we die weg verlaten, maar het gevoel is dat het meer effectief en mobiliserend is wanneer we de inspanningen kunnen benoemen waar we op rekenen.

Een belangrijke optie daarbij is meer te focussen op de evaluatie van de processen en inspanningen die in dat levensdomein aan de orde zijn. Vraag is ook hoe de partners daarrond samenwerken.

Mevrouw Croo, ik begrijp uw kritiek op en frustratie over de mondzorg. Er is veel over te zeggen om over mondhygiëne een gezondheidsdoelstelling te formuleren maar dat was niet de scope van deze gezondheidsdoelstelling. We hebben alle mogelijke middelen in beeld gebracht en de resources bijeengebracht om over mondhygiëne expertise te verzamelen. Wanneer men het traject naar een gezondheidsdoelstelling wil opstarten, dan vraagt dat behoorlijk wat voorbereiding. We hebben dan ook middelen uitgetrokken om de partners die deze expertise hebben, samen te brengen. Wanneer we over dat thema een specifieke doelstelling willen formuleren – en dat is de keuze die nu voorligt – dan moeten er investeringen gebeuren in die partnerorganisatie en in het bijeenbrengen van die expertise. Dat thema verdient meer gesystematiseerde aandacht, maar dat is niet de scope van dit verhaal. U hebt de inleiding gehoord: er is een zeer sterk pleidooi om daarop te focussen. Wanneer dat niet gebeurt, gaat men zeer breed en verwatert het mobiliserend effect.

Voor mij is het niet de vraag of dat erin zit. Ik neem aan dat dat issue er in een aantal aspecten wel in zit. Voor mondhygiëne is de vraag of we, aan de hand van wat internationaal beschikbaar is en wat we in Vlaanderen bijeen kunnen brengen, gaan voor een traject. Het feit dat we proberen om die middelen en expertise in Vlaanderen te verzamelen, wijst er toch wel op dat ik vind dat wij als overheid moeten overwegen of we die stap zetten. Als we zo'n stap zetten, zetten we die niet lichtzinnig. Dat wil dan zeggen dat er nog een heel traject, conform de procedure van het decreet, gelopen moet worden.

Uiteraard worden alle collega's betrokken, is er overleg en zijn er interkabinetten-werkgroepen met de andere ministers. Wij denken dat het thema in de verschillende beleidsbrieven op een of andere manier wel overal aan bod komt, maar het is natuurlijk logisch dat dat bij ministers die veel meer op een levensdomein zitten, wat explicieter is. Maar tot nu toe mogen we zeggen dat we daar een behoorlijke respons krijgen. Dat zal natuurlijk ook een deel van de conferentie zijn, om duidelijk voor dat 'health in all policies'-principe te gaan. Het appel aan en de betrokkenheid van de andere bestuursniveaus zal daarin cruciaal zijn.

Mijnheer Moyaers, u hebt verwezen naar de lokale overheden. Ik wil u erop wijzen dat er maar één financieringsstroom in de Vlaamse overheid is die constant, structureel en systematisch groeit, met een groeipercentage dat de

inflatie ver overstijgt, en dat is het Gemeentefonds. De afspraak die in de regering gemaakt is, is dat we geen specifieke geldstromen meer mobiliseren naar lokale overheden voor generieke taken, maar dat we al wat beschikbaar is, concentreren via dat instrument. Ik heb de ervaring dat de lokale overheden zich de laatste jaren zeer goed realiseren dat 'health in all policies' ook voor hen belangrijk is en daar ook serieuze inspanningen voor doen. Het feit dat we het aantal gemeenten dat aan het project Gezonde Gemeente meewerkt, serieus kunnen vergroten, is daar misschien wel het beste voorbeeld van. Ik sluit natuurlijk helemaal niet uit dat als je projectmatig een aantal dingen doet, je lokale besturen ook gewoon kunt financieren, maar voor zulke brede maatschappelijke opdrachten bestaat ook een breed maatschappelijk financieringskanaal. Dat is niet gemakkelijk, en de lokale besturen hebben ook diverse uitdagingen, maar er zullen keuzes moeten worden gemaakt die ook lokale keuzes zijn, zoals dat ook voor de Vlaamse overheid en voor de andere bestuursniveaus is. Er zijn altijd meer uitdagingen dan er budgettaire mogelijkheden zijn.

Bij het project rond de publieke ruimte trachten we om, met lokale overheden, aan te geven op welke manier je door de inrichting van de publieke ruimte aandacht kunt geven aan thema's als betrokkenheid, participatie, ruimte voor kwetsbare mensen, kindvriendelijkheid, uitnodigen tot bewegen. Met dat project proberen we dat soort instrumentarium voor lokale besturen ook behapbaar te maken, en trachten we aan te geven hoe je dat in een ruimtelijke planningsproces kunt benutten.

Rond eetstoornissen zal er ook een stuk in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) zitten. We zijn aan het bekijken hoe we onze Vlaamse insteek in die ggz kunnen doen. Dat zal daar zeker in aan bod komen.

Wat u gezegd hebt over frisdranken in scholen, is uiteraard juist, mevrouw Godderis, maar u moet zich dat als volgt voorstellen. Aan de hand van wat wij op de gezondheidsconferentie zullen kunnen overleggen, zal aan de verschillende levensdomeinen gevraagd worden hoe zij dat zullen aanpakken. Ten aanzien van Onderwijs zal dan natuurlijk de vraag zijn wat er gaat gebeuren met die frisdrankautomaten. Dat is een thema dat al een tijd meegaat. Je moet geen grote expert zijn om te weten dat als je 'health in all policies' uitspreekt, je bij Onderwijs op dat thema zult uitkomen. Ik weet dat mijn collega daar ook nogal intensief mee bezig is. Ik ben met haar trouwens een school gaan bezoeken die rond dat thema werkt. In het proces van hoe je belangstelling krijgt van de andere collega's, zullen we merken dat een aantal van die thema's vrij snel op de agenda in het beleidsdomein moeten komen.

We zullen ook de samenstelling van werkgroepen moeten aanpassen. Dat lijkt mij de logica zelve. Als dat allemaal goedgekeurd raakt, zullen we daar ook de consequenties van moeten opnemen.

Wat de voedingssupplementen betreft: tot nu toe gaat men er bij Kind en Gezin van uit dat wij inzetten op foliumzuur. Dat is een bekend gegeven. Voor het overige wil Kind en Gezin gaan voor een meer algemene boodschap. Dat is de boodschap die zich ook naar de algemene bevolking vertaalt in de actieve voedingsdriehoek als referentiekader, zonder in te gaan op specifieke voedingsstoffen. Is dat een strategie die gewijzigd moet worden? De Hoge Gezondheidsraad heeft een nieuw advies uitgebracht, maar dat is nog niet vertaald in wat dat betekent op het niveau van de voedingsdriehoek. Sommige experts zeggen ons dat in het advies dat nu is gegeven, de aanbevelingen zich situeren op het niveau van voedingsstoffen – vetten, suikers, eiwitten enzovoort – en dat dat volledig in lijn ligt met aanbevelingen die vandaag in de actieve voedingsdriehoek terug te vinden zijn. Wij hebben begrepen dat de Hoge Gezondheidsraad in 2018 zal trachten om zijn aanbevelingen rond voedingsstoffen te vertalen naar concrete

hoeveelheden voedingsmiddelen, zoals groenten, fruit, graanproducten en dergelijke. Maar dat zal niet klaar zijn voor de gezondheidsconferentie. De verwachting is dat we ons zullen aligneren op de vertaalslag die de Hoge Gezondheidsraad zal maken van zijn advies naar de mogelijke aanpassing aan de actieve voedingsdriehoek.

U had een vraag gesteld over ondervoeding en thuiszorg. Ik ben het daarmee eens. In de inleiding verwezen we naar de link tussen wat er zal gebeuren op die conferentie en de eerstelijnsgezondheidsconferentie. Wat is de rol van de verschillende actoren? Ik verwijs naar de slide over de settings waarin we op een geïntegreerde manier willen investeren om een aantal doelstellingen te behalen. Het gaat bijvoorbeeld over de setting zorg en welzijn. Het is de eerste keer dat we zo uitdrukkelijk zeggen dat die actoren een rol kunnen opnemen in een gezonde levensstijl. Als meest sprekende voorbeeld wordt dan 'Bewegen op verandering' aangehaald. Er zijn nog een aantal andere goede voorbeelden.

We hebben geen nieuwe gesprekken gevoerd met FEVIA. FEVIA werkt natuurlijk voor een groot stuk op de federale bevoegdheden, ook als het gaat over publiciteit van voedingsbestanddelen in de voeding enzovoort. Er is een kader met FEVIA, maar er is naar aanleiding van het advies van de Hoge Gezondheidsraad geen nieuw gesprek geweest. Een aantal vragen die werden gesteld, gaan over zaken die zich op het federale niveau bevinden. Dat zal een van de punten zijn. Aangezien het 'health in all policies' is, verwachten we dat het debat wellicht ook op andere plaatsen moet worden gevoerd, over hoe men zijn inspanningen kan inpassen binnen de ambities rond gezonde levensstijl die op een goede gedocumenteerde manier kunnen worden geformuleerd op de conferentie.

**De voorzitter:** De heer Moyaers heeft het woord.

**Bert Moyaers (sp.a):** Minister, ik dank u voor de uitgebreide toelichting. Ik heb echter geen antwoord gehoord op mijn vraag of het toch niet is aangewezen om die beleidsevaluatie en omgevingsanalyse te bediscussiëren. Ik heb uit de uitleg begrepen dat die beleidsevaluatie al dateert van januari 2016. We zijn nu november. Om een of andere reden wordt dit niet besproken in deze commissie. *(Opmerkingen van minister Jo Vandeurzen)*

Ik had uit uw uitleg daarnet begrepen dat die evaluatie alleszins toch gestart was in januari 2016.

U hebt evenmin meer uitleg gegeven over het project 'Publieke ruimte'. U hebt wel gezegd dat het parlement daarover zoveel mogelijk cijfers mag opvragen en debatten mag voeren. Maar ik vraag al zeven à acht maanden naar de laatste cijfers van het VIGeZ. Die cijfers zijn al beschikbaar sinds eind 2015. Toch hebben we die nog steeds niet kunnen inkijken. Misschien worden die cijfers bewaard voor de gezondheidsconferentie? Doordat ik die cijfers echter niet kan inkijken, krijg ik uiteraard het gevoel dat de gezondheidskloof de laatste jaren alleen maar is gegroeid en dat het een specifiek aandachtspunt moet zijn. Misschien vergis ik mij helemaal. In 1997 – nog niet zo extreem lang geleden – had één persoon op drie met slechts een diploma lager onderwijs een slechte subjectieve gezondheid. In 2013 waren dat er bijna één op twee. Is dat aantal nog gestegen of niet?

Het treurige is dat die gezondheidskloof eigenlijk al zichtbaar wordt vanaf de geboorte. Zo hebben kinderen waarvan de moeder een laag opleidingsniveau heeft een veel grotere kans op een laag geboortegewicht. Voor een welstellende regio als Vlaanderen is het onaanvaardbaar dat iemand die laaggeschoold is gemiddeld 7,5 jaar vroeger sterft dan iemand die hooggeschoold is. We moeten er echt voor zorgen dat zoveel mogelijk Vlamingen zo lang mogelijk kunnen leven. Dat is een mooie doelstelling. Dan moeten we echter veel meer doen dan enkel een gedragsverandering. Het heeft namelijk ook te maken met een sociale

en maatschappelijke context, waarbij iedereen die minder sociale kansen heeft ook minder kans heeft op goede gezondheidsvaardigheden.

Het is echt vijf voor twaalf. Een falend preventiebeleid zorgt voor een grote maatschappelijke kost. U hebt zelf gezegd dat een acuut probleem chronisch wordt. Dat is dus reden te meer om op korte en middellange termijn extra aandacht en budgetten in te zetten voor een degelijk preventiebeleid in die lokale besturen. Het gaat niet enkel over projecten. Gemiddeld kan een lokaal bestuur slechts 10 uur inspanningen leveren per week voor zoiets belangrijks als gezondheid, die een enorme winst kan teweegbrengen op alle vlakken in de maatschappij. Het is een reden te meer om voluit in te zetten op dat preventiebeleid.

**De voorzitter:** Mevrouw Franssen heeft het woord.

**Cindy Franssen (CD&V):** Minister, ik dank u voor uw antwoorden op de meeste van mijn vragen. Ik begrijp dat de adviezen inzake de actieve voedingsdriehoek verder worden gevolgd en dat het traject moet worden gevolgd. Maar ik vermoed dat er toch een wijziging zal komen inzake transvetzuren? Er is daar namelijk een voortschrijdend inzicht inzake minarines en margarines. Er bestaan daarover ook heel wat internationale wetenschappelijke studies.

In de vorige legislatuur heb ik een wetsvoorstel ingediend voor een verbod op transvetzuren. Ons land was daar toen nog niet klaar voor, maar we zien in de Verenigde Staten dat de industrie binnen de drie jaar alle transvetzuren zal moeten mijden in de voeding. Dat is daar al wet geworden. Dat is uiteraard federale materie. Ik ben me daar terdege van bewust. Collega Nathalie Muylle heeft mijn wetsvoorstel in de Kamer opnieuw ingediend, waar ik bijzonder blij om ben.

Ik wou nog even reageren op wat mevrouw Croo zei over de voedingssupplementen. Ik begrijp dat men daar zeer omzichtig mee moet omspringen, maar anderzijds zeggen klassieke bloedresultaten ons ook niet alles. Zo wordt bij de controles bij kankerpatiënten niet naar het zink-, selenium- of vitamine D3-gehalte gekeken. Er zijn, vooral internationale, wetenschappelijke studies waaruit blijkt dat we toch heel wat nutriëntendeficiënties in ons lichaam hebben die niet bij de klassieke bloedcontroles worden bekeken. Soms zijn vitamineboosts of voedingssupplementen wel nodig, maar uiteraard moeten ze onder begeleiding van artsen gebeuren en niet via de winkel om de hoek die allerlei synthetisch materiaal verkoopt. Het heeft ook veel te maken met de manier waarop de voedingssupplementen federaal al dan niet worden aanvaard. De farmacie beslist wat een voedingssupplement is en wat niet. Ik geef het voorbeeld van een biologisch product, een suppositoire die eucalyptus bevatte en zeer goed was voor baby's. Hij werd van de markt gehaald vanwege een grote farmareus die een synthetisch product had. Men moet zich daar terdege van bewust zijn. Dat is uiteraard federale materie, maar ik wou het hier nog even graag meegeven.

**De voorzitter:** Mevrouw Godderis heeft het woord.

**Danielle Godderis-T'Jonck (N-VA):** Ik bedank de minister voor zijn antwoord en kijk uit naar de gezondheidsconferentie. Ik sprak over de drankautomaten in de scholen, maar er is veel meer. Ze staan ook in stations en in ziekenhuizen. Tja, wat doe je daar dan mee?

**De voorzitter:** Minister Vandeurzen heeft het woord.

**Minister Jo Vandeurzen:** Ik ben het daar mee eens. Ik probeer een beetje de toon van uw benaderingen te begrijpen, maar, mijnheer Moyaers, ik ben het absoluut niet eens met uw toon. Als we naar een verhaal gaan om over het gedrag van een bevolking, dat zelfs niet veel afwijkt van het gedrag van de Nederlanders, de Duitsers, de Fransen, en noem maar op, te zeggen dat het het

resultaat is van een falend preventiebeleid, dan stel ik voor de boeken dicht te doen. Dan hoeven we geen gezondheidsconferentie te organiseren. Als de maturiteit waarmee we dat gaan benaderen is dat we denken dat er per definitie altijd maar meer centen moeten zijn, dan begin ik er niet aan. Een lokaal bestuur heeft daar nu eenmaal de centen niet voor. Lokaal zal er ook, zoals ook wij moeten doen, moeten worden gekozen worden voor een aantal zaken. Er zullen prioriteiten moeten worden gelegd.

Als we het verhaal voeren dat, als de Vlamingen zwaarlijviger worden, het de schuld is van een vakgebied dat er dan maar eens met alle mogelijke technieken voor moet zorgen dat dat niet gebeurt, terwijl we goed beseffen dat dat te maken heeft met sociale, economische evoluties enzovoort, dan begin ik daar niet mee. I rest my case. Ik wacht met belangstelling af tot wanneer dit een krantenkop wordt, maar dat is een niveau om over gezondheids promotie en ziektepreventie te spreken waar ik geen weerwerk tegen heb. Wat kan ik daar nu over zeggen? Het is intellectueel niet correct. Het gaat over zulke fundamentele bewegingen in de samenleving. We hebben daar natuurlijk een verantwoordelijkheid in en we moeten er inspanningen voor doen, maar het is niet correct al die zaken af te meten aan het budgetje preventie – en het is dan nog heel arbitrair wat in ons land preventie wordt genoemd en wat in andere landen wordt meegenomen in de rankings. Ik hoop dat dat niet het niveau is.

Dat een aantal zaken niet de goede richting uitgaan, moeten we onder ogen nemen, en daarvoor moeten we kritisch naar onszelf kijken, maar de indruk wekken dat, als we daar nu eens een paar flashy, straffe indicatoren op inzetten, we binnen vijf jaar zullen zien dat de Vlamingen allemaal fitter zullen zijn, dat is van een niveau waarvan ik vrees dat het ook op de gezondheidsconferentie niet aan bod zal komen.

**De voorzitter:** De heer Moyaers heeft het woord.

**Bert Moyaers (sp-a):** Ik wil er de nadruk op leggen dat het niet altijd puur om de centen gaat. Er moet ook kwalitatieve ondersteuning komen. Dat moet niet alleen van Volksgezondheid komen, maar van alle beleidsdomeinen. We willen gewoon proberen mensen meer bewust te maken.

**De voorzitter:** Mevrouw Croo heeft het woord.

**Caroline Croo (N-VA):** Ik wil de minister er nog voor bedanken dat hij in de toekomst aandacht wil geven aan de mondgezondheid. Het is zo'n frustratie voor al die tandartsen die zich vrijwillig inzetten in allerlei projecten, zoals glimlachen.be en vele andere, waarin ze de kansarmen bezoeken en naar rusthuizen trekken. Het zou een enorme steun zijn voor ons dat daar iets aan wordt gedaan en dat die mensen ook op een andere manier beter kunnen worden verzorgd.

**Minister Jo Vandeuren:** Ik ben het daar helemaal mee eens, maar we hebben bij de oproep voor de partnerorganisaties wel moeten vaststellen dat we er niet in geslaagd zijn de actoren voldoende op één lijn te brengen. We gaan die middelen gebruiken om ze toch bijeen te brengen, omdat ik het er ook mee eens ben dat we op dat vlak toch iets specifiek zouden moeten kunnen doen.

**De voorzitter:** De vragen om uitleg en de gedachtewisseling zijn afgehandeld.