

PERIODIEK

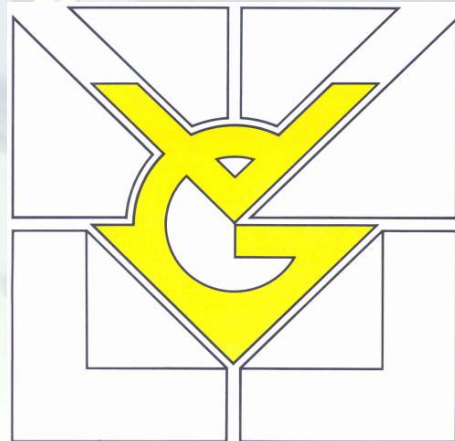
België - Belgique
P.B.-P.P.
2000 Antwerpen 1
BC 9497

VAN HET VLAAMS GENEESKUNDIGENVERBOND

61^{ste} jaargang

SPECIAAL NUMMER

december 2006



Symposium 25 jaar Vlaamse Gezondheidszorg

“Preventie is samenzorg”

zaterdag 18 maart 2006
in “De Schelp”
Vlaams Parlement

een organisatie van Het Verbond van Vlaamse Medisch Wetenschappelijke Verenigingen (VVMV) en het Vlaams Geneeskundigenverbond (VGV)

Inhoud

VOORWOORD	2
GEZONDHEIDSZORG, ZO KAN HET IN VLAANDEREN (Prof. Dr. Eric Ponette, VGV).....	3
25 JAAR PREVENTIEBELEID IN VLAANDEREN: VAN KRONKELENDE HOLLE PADEN NAAR MODERNE DIGITALE SNELWEGEN (Prof. Dr. Stephan Van den Broucke, KU Leuven).....	7
PREVENTIE, OF DE EERSTE STAP NAAR EEN HOMOGEEN BEVOEGDHEIDSPAKKET VOOR DE GANSE GEZONDHEIDSZORG IN VLAANDEREN. (Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin).....	14
HOE KANKER VOORKOMEN? HOE ZWAAR WEEGT SECUNDAIRE PREVENTIE HIERBIJ? (Dr. Bart Garmyn, Domus Medica)	18
CARIESPREVENTIE EN ZORG VOOR HET PARODONTIUM. OF HOE EEN GEZOND GEBIT BIJDRAAGT TOT PREVENTIE (Prof. dr. L. MARTENS en Prof. dr. J. VANOBBERGEN, UGent)	21
GEZONDE LEEFSTIJL EN VOEDING: GEDRAG IS ÉÉN DING; HET VERANDEREN EEN ANDER. (Veerle Stevens, Stafmedewerker Wetenschappelijke Ondersteuning, Vlaams Instituut voor Gezondheids promotie)	23
VACCINATIES: WEET U WIE WAAR, WANNEER, WAAROM EN DOOR WIE GEVACCINEERD WERD EN WAAROM NIET? (Dr. Geert Top, Vlaamse Gemeenschap)	25
G.G.Z. DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG IS VLAANDERENS GROOTSTE ZORG. DEPRESSIE EN SUÏCIDE VOORKOMEN. ER IS EEN MODEL VOOR. (Prof. Dr. Jan Heyrman, KU Leuven & Dr. Leo Pas, Domus Medica)	27
DE VISIE VAN DE ORGANISATOREN (Chris Geens, Congrescoördinator).....	31
SPONSORS	34
LIJST AANWEZIGEN	35
LIJST VERONTSCHULDIGDEN.....	37
AFKORTINGEN	38

VOORWOORD

Het Verbond van Vlaamse Medisch-wetenschappelijke Verenigingen (VVMV) en het Vlaams Geneeskundigenverbond (VGV) organiseerden op 18 maart 2006 een symposium over preventieve gezondheidszorg. Symbolisch werd als locatie voor het congres het Vlaams Parlement uitgekozen. “25 jaar Vlaamse gezondheidszorg” was het thema voor het Symposium. Sedert de wet van 8 augustus 1980 zijn de Vlaamse en de Franse Gemeenschap bevoegd voor het eigen gezondheidsbeleid, Dit wensten wij dan ook te vieren , alhoewel een waslijst uitzonderingen, waaronder de ziekte- en invaliditeitsverzekering de overdracht naar de gemeenschappen blijven ontsieren.

Want Vlaanderen kreeg niet waar het recht op had en na preventie werd geen enkel deel van de gezondheidszorg uit de uitzonderingen van het bevoegdheidspakket gelicht. Integendeel, we zien de laatste jaren een federale recuperatie van domeinen in de preventieve sector.

Naast een viering was het symposium ook een protest en een aanklacht tegen de federale overheid die er na 25 jaar nog steeds niet in geslaagd is de gemeenschappen van dit land te geven waar zij recht op hebben.

Preventie kreeg in de loop der jaren van de Vlaamse overheid een aantal doelstellingen mee, en die vormen de onderwerpen van de studiedag.

De cijfers en commentaren in dit verslagboek tonen aan dat de Vlaamse preventie werkt, en dat er hier duidelijke verschillen te noteren zijn met wat in Wallonië gebeurt

Wij pleiten ervoor om de preventieve en de curatieve gezondheidszorg onder eenzelfde koepel samen te brengen, en als persoonsgebonden materie bij uitstek is dat op het niveau van de gemeenschappen. Op die manier kan Vlaanderen een integraal gezondheidsbeleid uitbouwen net zoals heel wat staten, van vergelijkbare omvang, in Europa dit doen.

Dr. Chris GEENS
VVMV
(Verbond van Vlaamse Medisch-Wetenschappelijke Verenigingen)

Dr. Jan VAN MEIRHAEGHE
VGV
(Vlaams Geneeskundigenverbond)

Samenvatting

De bijzondere wet van 8 augustus 1980 vormt de basis van het Vlaams gezondheidsbeleid. De federale recuperatiepogingen in de preventie zijn een achterhoedegevecht. Er zijn aanwijzingen dat de Vlaamse preventie werkt. De voorwaarden voor een optimaal preventiebeleid op Vlaams niveau zijn gedeeltelijk vervuld en een integraal Vlaams gezondheidsbeleid is dichtbij.

De **bijzondere wet van 8 augustus 1980** tot hervorming der instellingen¹ stelt het principe voorop dat de Vlaamse en Franse Gemeenschap bevoegd zijn voor het gezondheidsbeleid, dat een persoonsgebonden aangelegenheid is. Vandaar de titel van ons symposium “25 jaar Vlaamse gezondheidszorg”.

Concreet bepaalt die wet dat beide gemeenschappen bevoegd zijn voor de zorgenverstrekking in en buiten de verplegingsinrichtingen met evenwel tal van uitzonderingen o.a. de ziekte- en invaliditeitsverzekering ; die uitzonderingen leiden o.a. tot een zeer complex ziekenhuizenbeleid, waarbij de gemeenschappen bevoegd zijn voor de erkenning van de ziekenhuizen, de gewesten voor de infrastructuur-betoelaging en de federale overheid voor de werkingssubsidies.

Verder bepaalt de wet dat de gemeenschappen bevoegd zijn voor de gezondheidsopvoeding en voor de activiteiten en diensten op het vlak van de preventieve gezondheidszorg, met uitzondering van de nationale maatregelen inzake profylaxis.

In die 25 jaar werd niet één van de uitzonderingen in de wet afgebouwd.

Tijdens de laatste jaren stellen we echter wel een duidelijke **federale recuperatie** vast van domeinen in de preventieve sector.

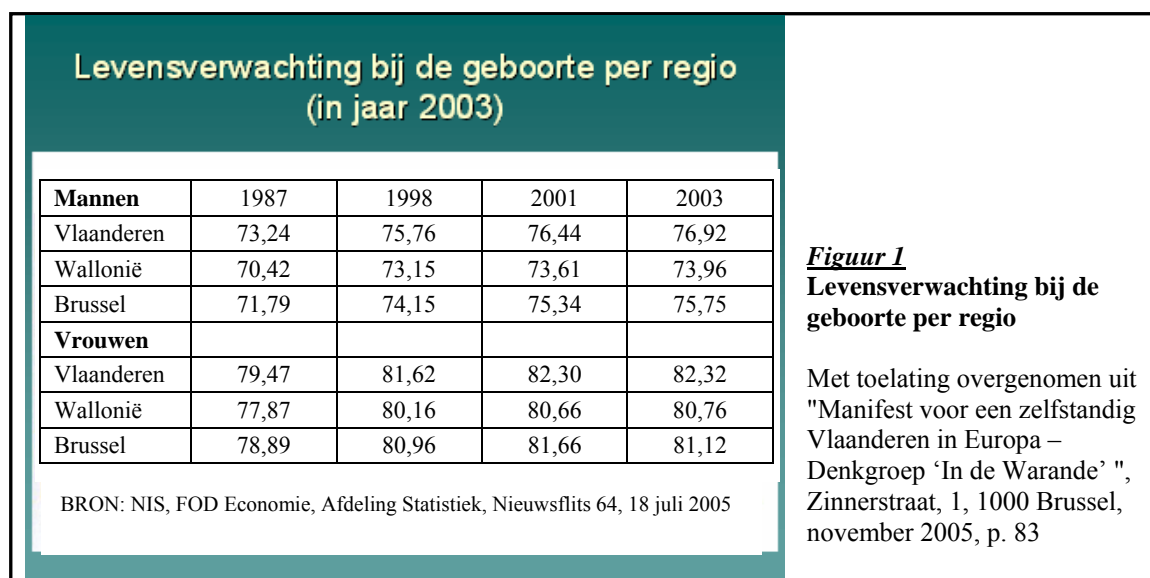
Die recuperatie en recuperatiepogingen van de preventieve gezondheidszorg door minister Demotte betreffen o.a. initiatieven in verband met rookpreventie, preventieve gehoortests voor baby 's die Vlaanderen sinds lang organiseert met “Kind en Gezin”, alcoholpreventie, preventie van obesitas, prenatale zorg, het pneumokokkenvaccin bij pasgeborenen en tenslotte de handhygiëne ter preventie van infecties in de ziekenhuizen.²

Met genoegen stellen we vast dat minister Vervotte uit haar schelp komt met de aankondiging van initiatieven zoals een campagne ter bevordering van de geestelijke gezondheid, een gezondheidsconferentie rond tabaksgebruik³ en een actie rond het gezondheidsbeleid in de scholen met aandacht voor voeding, roken en sport.⁴

De **resultaten** van 25 jaar Vlaams preventiebeleid worden door de volgende sprekers voorgelegd.

Het valt op dat in de loop der jaren de levensverwachting bij de geboorte geleidelijk is toegenomen : ze is groter bij vrouwen dan bij mannen en ook groter in Vlaanderen dan in Wallonië ; hoogstwaarschijnlijk speelt de preventie hierin een belangrijke rol.

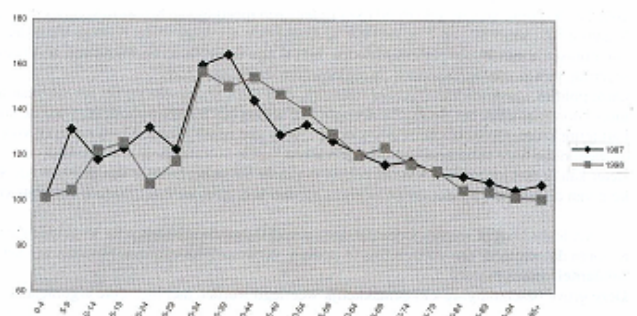
In 2003 was de levensverwachting bij de geboorte voor mannen 76,92 jaar in Vlaanderen en 73,96 jaar in Wallonië; voor vrouwen 82,32 jaar in Vlaanderen en 80,76 jaar in Wallonië. (Fig. 1)⁵



Dat de levensverwachting in Wallonië, zowel voor mannen als voor vrouwen, korter is dan in Vlaanderen was reeds langer gekend. Doch Prof. Chris Vandenbroeke stelde vast dat het hoger Waals sterfterisico, in vergelijking met het Vlaamse risico, een piek vertoont op middelbare leeftijd tussen 30 en 50 jaar.(Fig. 2)⁶ Daarbij stelde hij de hypothese voorop dat dit verschil te maken heeft met een minder goede preventie in Wallonië dan in Vlaanderen.

Procentuele verhouding van de sterfterisico's per leeftijd in Wallonië tov Vlaanderen (= 100 %)

C. Vandenbroeke, Periodiek Nieuwsbrief VGV, mei-juni 2001



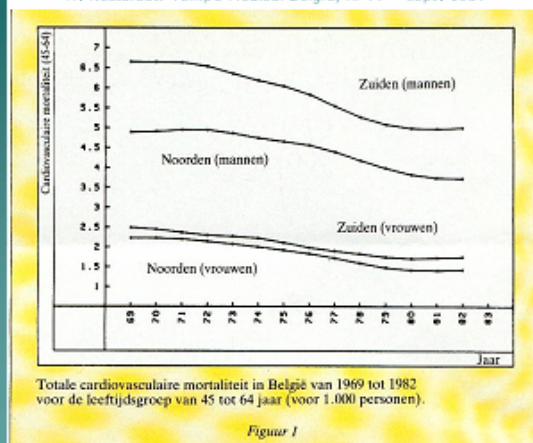
Figuur 2:
Procentuele verhouding van de sterfterisico's per leeftijd in Wallonië tegenover Vlaanderen

Overgenomen uit Periodiek Nieuwsbrief VGV, mei-juni 2001

Die hypothese sluit aan bij de stelling van de Leuvense cardiologische school, die sinds tientallen jaren wijst op het belang van de cardiovasculaire mortaliteit voor de levensverwachting, op de hogere cardiovasculaire mortaliteit in Wallonië in vergelijking met Vlaanderen en op de relatie tussen de hogere cardiovasculaire mortaliteit en het hoger verbruik van verzadigde vetzuren, evenals het lager verbruik van poly-onverzadigde vetzuren, in de voeding in Wallonië in vergelijking met Vlaanderen. (Fig. 3 en 4) ^{7,8}

Cardiovasculaire mortaliteit

H. Kesteloot: Tempo Medical België, nr 77 - sept. 1987



Figuur 3:
Cardiovasculaire mortaliteit in België tussen 1969 en 1982

Met toelating overgenomen uit Tempo Medical België, nr. 77, september 1987

J.V. Joossens, J. Geboers, H. Kesteloot

“Significant differences in nutrition exist between the northern and the southern regions of Belgium. The most important differences are a lower saturated fat intake, a higher polyunsaturated fat intake and a higher P/S ratio in the north ...

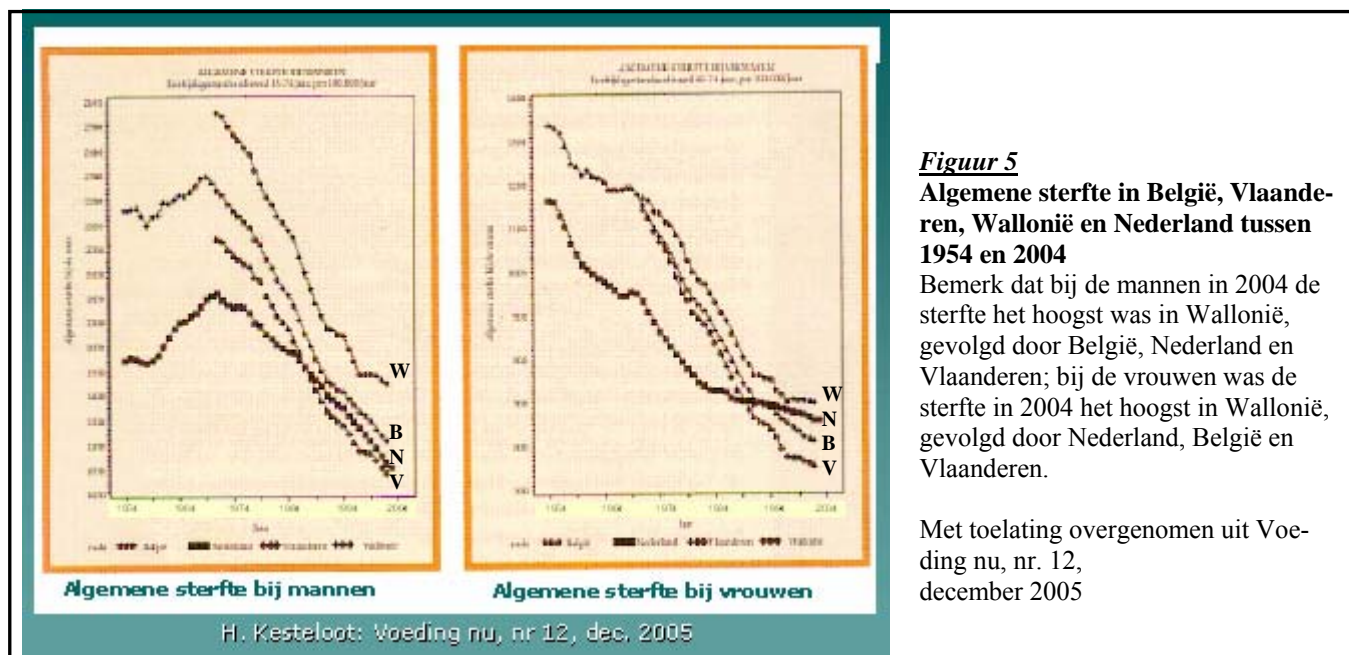
All causes, total cardiovascular, ischemic heart disease (IHD) (only in men), stroke and residual cardiovascular mortality are higher in the south, consistent with the regional distribution of fat intake ...

From 1968 onwards until about 1975 a decrease in saturated fat and a marked increase in polyunsaturated fat occurred together with a decreasing dietary cholesterol and salt intake. An important decrease in IHD occurred in Belgium, particularly between 1972 and 1979, and this decrease is still the highest in Europe ...”

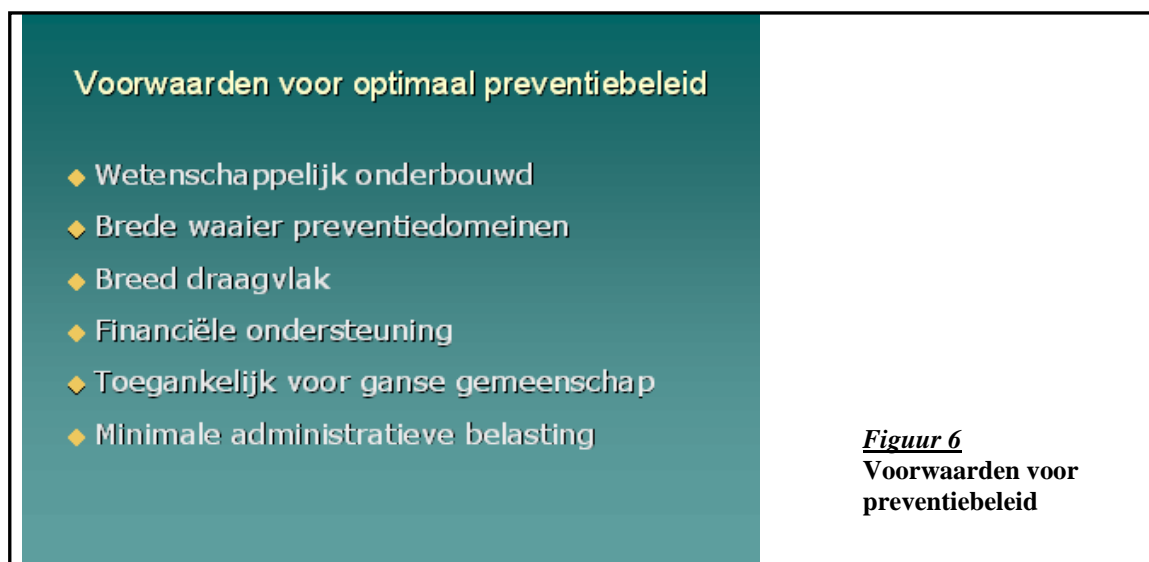
Bron: Nutrition and cardiovascular mortality in Belgium
For the B.I.R.N.H. Study Group
Acta Cardiol 1989; 44 (2): 157-82

Figuur 4:
Samenvatting van artikel over voeding en cardiovasculaire mortaliteit in België van de B.I.R.N.H. studiegroep in 1989

Een nieuw element in dit verhaal werd recent aangebracht door een studie van Prof. Hugo Kesteloot, waaruit blijkt dat Vlaanderen het, wat betreft algemene sterfte, niet alleen beter doet dan Wallonië doch ook beter dan Nederland. (Fig. 5)⁹ Hij stelt de hypothese voorop dat deze verschillen in sterfte te maken hebben met verschillen in levensstijl, vooral in voeding en rookgedrag. In de feiten zij we dus blijkbaar niet slecht bezig.



De vraag moet gesteld worden wat de algemene **voorwaarden** zijn voor een optimaal preventiebeleid. (Fig. 6) De eerste voorwaarde is dat het ganse preventie-project en de deelprojecten wetenschappelijk onderbouwd zijn. Verder moeten de deelprojecten een brede waaier van preventie-domeinen bedekken en het budgettair gewicht dat aan elk project wordt toegekend moet goed overwogen worden.



Het totale preventieproject moet een breed draagvlak hebben : artsen, andere gezondheidswerkers en vertegenwoordigers van de bevolking moeten erbij betrokken worden. De sturing moet dus gebeuren vanuit een orgaan, waarin deze groepen evenwichtig vertegenwoordigd zijn. De huisarts en de specialist, die tijdens het contact met hun patiënten in hun kabinet een essentiële rol spelen in het welslagen van de preventie, moeten er een belangrijke plaats krijgen.

Bij het verzamelen van patiëntengegevens moet de overheid geduldig overleg plegen met de artsen-vertegenwoordigers en begrip hebben voor hun terechte zorg voor het eerbiedigen van het medisch geheim. Het preventieproject moet voldoende financieel ondersteund zijn.

In 2003 bedroegen de uitgaven van de federale overheid voor (hoofdzakelijk) curatieve gezondheidszorg in het Vlaams Gewest 57,25 %¹⁰ van 15,342 miljard Euro¹¹ (= 8.783,295 miljoen Euro) terwijl de uitgaven van de Vlaamse overheid voor preventieve gezondheidszorg in datzelfde jaar slechts 85,294 miljoen Euro¹¹ bedroegen.

Dat betekent dat de uitgaven van de federale overheid voor (hoofdzakelijk) curatieve gezondheidszorg in Vlaanderen 103 maal groter waren dan die voor preventieve gezondheidszorg door de Vlaamse overheid. Dat is een complete wanverhouding. Anderzijds moet er zo zuinig mogelijk met de centen worden omgegaan : de Vlaamse burger zal de Vlaamse overheid immers beoordelen op basis van een optimale prijs / kwaliteit verhouding. Gezondheids-economen verdienen dus een plaats in het preventie-project.

Het preventieproject moet enerzijds toegankelijk zijn voor de ganse gemeenschap, doch anderzijds mag de overheid dan van de burgers verwachten dat zij hieraan hun medewerking verlenen door het verstrekken van informatie, zonder dat evenwel het medisch geheim wordt geschonden.

Tenslotte lijkt me belangrijk dat het preventieproject door de overheid wordt aangeboden met een minimum aan administratieve rompslomp voor artsen en andere gezondheidswerkers. Regelgeving is nodig doch regelneverij werkt contraproductief.

Ik ben ervan overtuigd dat, indien alle actoren met inbegrip van artsen, andere gezondheidswerkers (tandartsen, apothekers, psychologen, leden van LOGO's, verpleegkundigen, kinesisten ...) en vertegenwoordigers van de bevolking er nog actiever bij betrokken worden, samen met het ministerie voor volksgezondheid en de Vlaamse administratie volksgezondheid een enthousiasmerend project kan worden opgezet, waaronder ieder zijn (haar) schouders zet.

“Beter voorkomen dan genezen” is een oude volkswijsheid die in onze gemedicaliseerde maatschappij, die hoofdzakelijk op “genezen” is gericht, aan belang zal toenemen in de toekomst. In het belang van de gezondheid van iedereen moet er gestreefd worden naar een evenwicht tussen “voorkomen” en “genezen”, niet alleen in de mentaliteit doch ook in de budgetten die ervoor moeten worden voorzien.

Op 25 februari ll. verklaarde UCL-professor en CDH-senator Francis Delpérée in “Le Soir”¹²: “Er moet een en ander bijgestuurd worden. Kijk naar de gezondheidszorgen. De preventieve geneeskunde is een gemeenschapsbevoegdheid. De curatieve geneeskunde is een federale bevoegdheid. Dat werkt niet. Wanneer de Gemeenschap inspanningen levert, zijn er minder zieken. Wie komt dat ten goede ? Aan het federale niveau. Wanneer de Gemeenschap niets doet, draait het federale niveau daar voor op. Dat verwekt spanningen. Preventie en curatie moeten terug samengebracht worden : alles naar de Gemeenschappen of, mijns inziens, alles terug naar het federale niveau”.

Mijn antwoord is kort : Akkoord met Uw analyse, doch niet met Uw besluit. Ik ben ervan overtuigd dat de Vlaamse en de Franse Gemeenschappen beter gediend zijn met een **integraal eigen gezondheidsbeleid**, omdat zij dan zowel voor preventie als behandeling vrij hun eigen klemtonen zullen kunnen leggen en geresponsabiliseerd zullen worden tot een zo efficiënt en spaarzaam mogelijk beleid.

Voor preventie heeft Vlaanderen reeds resultaten voorgelegd, doch voor behandeling hebben wij tot hier toe niet de gelegenheid gehad om vrijuit eigen klemtonen te leggen.

Vlaanderen is even volwassen als Nederland, Frankrijk, Duitsland en andere veel kleinere landen dan Vlaanderen in de EU, die hun eigen gezondheidsbeleid voeren.

Vlaanderen is bovendien in een overgangsfase bereid tot een onderhandelde voorwaardelijke en degressieve financiële solidaire steun voor het Waalse gezondheidsbeleid.

¹ Eric Ponette: Welke geneeskunde willen wij in Vlaanderen? Periodiek Nieuwsbrief Vlaams Geneeskundigenverbond, september - oktober 2001, 44 - 51

² Eric Ponette: Federale recuperatie gezondheidszorgen, Periodiek Nieuwsbrief Vlaams Geneeskundigenverbond, september - oktober 2005, 5 - 6

³ Inge Vervotte: Gezondheidsenquête 2004: Vlaanderen zet goede resultaten neer, Persmededeling van CD&V, 24 januari 2006

⁴ DDP: Elke school voert gezondheidsbeleid, Gazet van Antwerpen, 28 januari 2006

⁵ Levensverwachting bij de geboorte per regio in jaar 2003: NIS, FOD Economie, Afdeling Statistiek, Nieuwsflits 64, 18 juli 2005

⁶ Chris Vandenbroeke: Gezondheidsindicatoren sterk in het voordeel van Vlaanderen, Periodiek Nieuwsbrief Vlaams Geneeskundigenverbond, mei - juni 2001, 6 - 9

⁷ Hugo Kesteloot: Gezonde voeding, beter en langer leven, Tempo Medical België, nr. 77, september 1987, 85 - 94

⁸ J.V. Joossens, J. Geboers, H. Kesteloot: Nutrition and cardiovascular mortality in Belgium. For the B.I.R.N.H. Study Group, Acta Cardiol. 1989; 44 (2): 157 - 182

⁹ Hugo Kesteloot: Oorzaken van verschillen in de sterfte in België en Nederland, Voeding nu, nr. 12, december 2005, 15 - 17

¹⁰ Antwoord van minister Rudy Demotte op parlementaire vraag van de Heer Bart Laeremans, Kamer van Volksvertegenwoordigers, 7 oktober 2003

¹¹ Jan Remans: De hemel op aarde? - Over de betaalbaarheid van gezondheidszorgen in België, Acco, Leuven - Leusden, 2003

¹² Entretien Francis Delpérée: Le Soir, 25 février 2006

**25 JAAR PREVENTIEBELEID IN VLAANDEREN: VAN KRONKELENDE HOLLE PADEN NAAR
MODERNE DIGITALE SNELWEGEN**
(Prof. Dr. Stephan Van den Broucke, KU Leuven)

Inleiding

De voorbije decennia is de staatsstructuur van dit land voortdurend in evolutie. Kenmerkend voor deze evolutie is het voortschrijdende proces van defederalisering, waarbij steeds meer bevoegdheden van het federale naar het regionale- of gemeenschapsniveau worden overgeheveld. Eén van de eerste beleidsdomeinen die op die manier voor een groot stuk een Vlaamse, en niet een federale, bevoegdheid is geworden is de gezondheidszorg. Door de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen (B.S. 15/08/1980) is het immers de Vlaamse overheid die bevoegd is voor het beleid betreffende de zorgverstrekking in en buiten de verplegingsinstelling, met uitzondering weliswaar van een groot aantal voor de invulling van dit beleid zeer belangrijke aspecten (namelijk de organieke wetgeving, de financiering van de exploitatie geregeld door de organieke wetgeving, de ziekte- en invaliditeitsverzekering, de basisregelen betreffende de programmatie, de basisregelen betreffende de financiering van de infrastructuur, de nationale erkenningsnormen voor zover ze een weerslag kunnen hebben op de hogervermelde bevoegdheden, en de bepaling van de voorwaarden voor en de aanwijzing tot universitair ziekenhuis), alsook voor de gezondheidsopvoeding en voor de activiteiten en diensten op het vlak van de preventieve gezondheidszorg, met uitzondering van de nationale maatregelen inzake profylaxis.

Het is opvallend dat er voor de preventieve gezondheidszorg en gezondheidsbevordering veel minder uitzonderingen aan de Vlaamse beleidsbevoegdheid zijn gekoppeld dan voor de zorgverstrekking. Preventie is inderdaad bijna exclusief een Vlaamse bevoegdheid, althans voor zover men geen rekening moet houden met wat op lokaal niveau of buiten de landsgrenzen gebeurt. Cynici zullen dit toeschrijven aan het feit dat er met preventie weinig macht en weinig middelen gemoeid zijn, en dat de federale overheid er dan ook relatief weinig moeite mee had om dit beleidsdomein af te staan aan de gemeenschappen. Hetzelfde zien we trouwens ook bij de overdracht van bevoegdheden aan de Europese instanties: volgens het Verdrag van Amsterdam zijn het vooral de lidstaten die bevoegd blijven voor de organisatie van de gezondheidszorg, en is enkel de «public health» een Communautaire bevoegdheid (d.i. een supranationale bevoegdheid die door de Europese instellingen wordt geregeld). Maar die beperking is in beide gevallen een sterkte gebleken. Net zoals de Europese Commissie heeft de Vlaamse overheid van haar bevoegdheid voor preventie gebruik gemaakt om écht een beleid uit te bouwen.

De preventieve gezondheidszorg in Vlaanderen maakte de voorbije 25 jaar dan ook een ingrijpende ontwikkeling door. Die ontwikkeling is niet zozeer een technologische ontwikkeling geweest - de kronkelende holle paden en digitale snelwegen in de titel van deze lezing zijn niet letterlijk te nemen - maar vooral een ontwikkeling in het denken. Gedurende meerdere decennia hadden gezondheidswerkers en beleidsverantwoordelijken maar weinig oog voor preventie, en bleef de praktijk terzake grotendeels beperkt tot uitvoerend werk rond een aantal “klassieke” thema’s, zoals het bestrijden van besmettelijke ziekten en het verminderen van de kindersterfte. Die situatie is echter veranderd. In het kielzog van internationale ontwikkelingen, waarbij beleidsprogramma’s als “Health for all” en “Health 21” van de WGO¹ de toon zetten, wordt ook in Vlaanderen een nieuwe oriëntatie gegeven aan de preventieve gezondheidszorg.

De vernieuwing heeft zowel betrekking op de inhoud en de structuren voor preventie als op de manier van beleidsvoering.

1. Een eerste vernieuwing heeft betrekking op de inhoudelijke invulling van preventie. In de voorbije 25 jaar heeft een aanzienlijke verbreding plaatsgevonden van het preventie-concept, waardoor naast de klassieke ziektepreventie ook aandacht wordt geschonken aan gezondheidsbevorderende maatregelen op het vlak van leefstijl en milieu.
2. Gekoppeld aan die inhoudelijke verbreding heeft er ook een verbreding plaatsgevonden van het veld van preventie-actoren. Naast de gevestigde structuren zoals de gezondheids-inspectie, Kind & Gezin, Medisch Schooltoezicht, arbeidsgeneeskundige diensten, enz., gaan ook steeds meer actoren *buiten* de gezondheidszorg zich bezighouden met preventie, zoals scholen, gemeenten, welzijnsorganisaties, ngo’s, etc. Opmerkelijk is dat deze actoren niet langer medisch of paramedisch geschoold zijn. Preventie wordt dus in zekere zin gemedicaliseerd.
3. Een derde element van verandering is eveneens structureel van aard: in toenemende mate worden ook lokale actoren betrokken bij preventieve interventies. Voor gezondheids-bevordering wordt het lokale niveau zelfs het actieterrein bij uitstek, zoals blijkt uit de belangrijke plaats die de Logo’s zijn gaan innemen en uit de afbakening van zorgregio’s.

4. Een vierde ingrijpende verandering is vooral beleidsmatig van aard. In navolging van diverse andere landen tracht de Vlaamse overheid de praktijk inzake preventieve gezondheidszorg beter aan te sturen met behulp van vooraf geformuleerde gezondheidsdoelstellingen, die tevens een basis vormen voor opvolging en evaluatie van de inspanningen.
5. Een vijfde en laatste gegeven is de toenemende aandacht voor “evidence based” werken. Die aandacht komt zowel vanuit de sector zelf als van buitenuit. Enerzijds willen preventiewerkers zelf professioneler werken, al was het maar om te bewijzen dat preventie een legitiem onderdeel is van de gezondheidszorg. Anderzijds stelt de overheid, als goede beheerder van de schaarse overheidsmiddelen, steeds meer eisen inzake kwaliteit en effectiviteit van preventieve acties. Actoren in de preventieve gezondheidszorg worden daarom aangespoord om enkel interventies te doen waarvan de effectiviteit wetenschappelijk en empirisch bewezen is. Dit roept de vraag op naar wat “effectiviteit” juist betekent inzake preventie, en wat kan gelden als “evidentie”.

In deze uiteenzetting wil ik deze elementen één voor één bespreken en hun belang voor het Vlaamse preventieve gezondheidsbeleid aangeven. Daarbij zal ik ook de vergelijking maken met gelijkaardige ontwikkelingen in het buitenland. Een en ander laat toe een balans op te maken van 25 jaar verandering in het Vlaamse preventieve gezondheidsbeleid, en om een aantal suggesties te doen voor de verdere uitbouw.

Van ziektepreventie naar gezondheidsbevordering

Het belang van een goede gezondheid komt vooral tot uiting op het ogenblik dat iemand geconfronteerd wordt met gezondheidsproblemen en daarvoor hulp inroept van professionele hulpverleners. In die zin is het logisch dat in onze samenleving vooral de curatieve zorg voor de gezondheid sterk werd uitgebouwd. Die (curatieve) geneeskunde wordt gedragen door de ambitie om de oorzaken van een specifieke aandoening op te sporen, er een behandeling voor te zoeken en zo de ziekte te genezen. Diezelfde ambitie vindt men ook terug bij de medisch georiënteerde ziektepreventie: ook hier tracht men de oorzaken van bepaalde aandoeningen uit te schakelen of een vroegtijdige diagnose te stellen, en zo de nadelig effecten voor de gezondheid te verminderen. Deze vorm van preventie maakt deel uit van de “gevestigde” gezondheidszorg. Dit is ook terecht: heel wat verdiensten die aan de moderne gezondheidszorg worden toegeschreven, zoals de sterke toename van de levensverwachting, zijn grotendeels te danken aan preventieve maatregelen, zoals een betere hygiëne, moeder- en kindzorg, vaccinatie en screening. Naast de uitbouw van een laagdrempelige klinische gezondheidszorg vormen zij een essentieel onderdeel van de “primary health care”, die aan de bevolking een niveau van gezondheid moet garanderen dat hen toelaat optimaal te functioneren.

Net zoals in de meeste westerse landen met een hoog welvaartsniveau is dit systeem van primaire gezondheidszorg in ons land goed uitgebouwd. Investeren in de verdere uitbouw van primaire gezondheidszorg kan daarom nog maar weinig winst opleveren, noch in termen van levensjaren, noch in termen van levenskwaliteit. Anderzijds biedt de primaire gezondheidszorg onvoldoende een antwoord op de zogenaamde “beschavingsziekten”, zoals hart- en vaatziekten, kanker, ongevallen, verslaving en psychische problemen – problemen die in ontwikkelde landen en steeds groter aandeel opeisen in de “burden of disease”. Die aandoeningen worden in grote mate bepaald door leefstijlfactoren zoals roken, ongezonde voedingsgewoonten (te vet, vezelarm, te zout), overmatig alcoholgebruik, en gebrek aan lichaamsbeweging hebben een belangrijke invloed, en door factoren in de sociale en fysische omgeving (bv. leefomstandigheden of blootstelling aan carcinogene stoffen).

Het bevorderen van de volksgezondheid door maatregelen te nemen die gericht zijn op het veranderen van deze leefstijl- en omgevingsfactoren staat centraal in de benadering van de *gezondheidsbevordering*, die sinds het midden van de jaren ‘80 ingang vond. Gezondheidsbevordering wordt door de WHO gedefinieerd als “het proces waarbij mensen of groepen van mensen in staat worden gesteld om de controle over de determinanten van hun gezondheid te vergroten en zo hun gezondheid te verbeteren”. De term “gezondheid” verwijst daarbij niet enkel naar de afwezigheid van ziekte, maar naar een toestand van volledig fysiek, sociaal en psychisch welbevinden. Gezondheid is geen doel op zich, maar een middel dat individuen toelaat om hun intrinsieke mogelijkheden te realiseren. In die zin kan gezondheid beschouwd worden als een fundamenteel recht van ieder individu.

De opkomst van het gezondheidsbevorderende denken betekende een belangrijke kentering in het denken over gezondheid en gezondheidszorg. Het bevorderen van gezondheid wordt immers niet langer beschouwd als een taak van professionele gezondheidswerkers, maar als een emancipatorisch proces. Eerder dan aan de gezondheid op zich te sleutelen, moeten de voorwaarden gecreëerd worden opdat mensen *zelf* meer controle kunnen verwerven over hun gezondheid. Dit kan op drie manieren. Ten eerste moeten mensen informatie aangereikt krijgen over gezondheid en en vaardigheden verwerven opdat ze in staat zouden zijn om te kiezen voor een gezonde leefstijl. Ten tweede moeten er gezondheidsbevorderende maatregelen getroffen worden in alle beleidssectoren. Ten derde is er bemiddeling nodig tussen alle belangengroepen van de maatschappij om gezondheidsbevordering mogelijk te maken.

Het ideeëngoed rond gezondheidspromotie vindt sinds de jaren '90 ook in Vlaanderen steeds meer ingang. In tegenstelling tot de medisch georiënteerde ziektepreventie, die via specifieke reglementeringen gestructureerd is²³ en waarvan de acties zowel door de overheid zelf als door erkende en betoelaagde organisaties worden uitgevoerd, werd de praktijk inzake gezondheidspromotie aanvankelijk vooral ingevuld vanuit een pluralistische maatschappijvisie. Acties voor gezondheidsbevordering werden opgezet door organisaties en verenigingen behorende tot verschillende maatschappelijke geledingen, terwijl de overheid zelf een "terugtrekkende" opstelling innam en enkel voorwaardescheppend optrad. Dit gebeurde door via het *Besluit van de Vlaamse regering inzake gezondheidspromotie*⁴ een reglementair kader te creëren voor subsidiëring en kwaliteitsbewaking van initiatieven voor gezondheidsbevordering. Daarbij werd een onderscheid gemaakt tussen twee soorten initiatieven: *voorzieningen*, d.w.z. organisaties of verenigingen die een werking ontplooiën op het gebied van gezondheidspromotie en daarvoor door de overheid erkend worden, en *projecten*, d.w.z. bijzondere en tijdelijke initiatieven die voor een periode van maximaal drie jaar erkend worden, en binnen die termijn een vaststelbaar resultaat nastreven. Om de nodige kwaliteitsgaranties in te bouwen werd een coördinerend en ondersteunend instituut opgericht, het *Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie*.

Ofschoon dit kader resulteerde in meer onderlinge samenwerking en coördinatie en in een merkbare kwaliteitsverbetering van projecten voor gezondheidspromotie, bleef het grote aantal actoren en het gemis aan gemeenschappelijke doelstellingen zorgen voor versnippering en overlapping. Als reactie hierop neemt de Vlaamse overheid de jongste jaren een meer sturende rol inzake gezondheidsbevordering op zich. Een belangrijk keerpunt hierbij was het *Vlaams Preventiecongres* van 1997, dat de bakens uitzette voor een nieuw preventief gezondheidsbeleid waarin het streven naar een "evidence based" en kwaliteitsvolle preventie centraal staat, en naar analogie met de "Health for All"-doelstellingen van de WHO het werken met gezondheidsdoelstellingen wordt vooropgesteld. Om meer betrokkenheid van de bevolking te verkrijgen werd ook gekozen voor het lokale niveau als actieterrein bij uitstek voor preventie en gezondheidspromotie.

Die beleidslijnen werden eind 1997 geconcretiseerd via een aanpassing van het Besluit inzake gezondheidspromotie⁵. Door die aanpassing werden gezondheidspromotie en ziektepreventie geïntegreerd binnen één reglementair kader, de opdracht van het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie geherdefinieerd als "expertisecentrum", en de bepalingen omtrent de erkenning en subsidiëring van projecten geschrapt. Het aangepaste besluit legde ook de basis voor de oprichting en erkenning van de *logo's* als nieuwe structuur voor preventieve gezondheidszorg in Vlaanderen. In 2004 werd deze beleidskeuzen nog sterker verankerd door ze een decretale basis te geven in de vorm van het Decreet inzake preventieve gezondheidszorg. Met dit decreet heeft gezondheidspromotie definitief een plaats verworven in het Vlaamse preventiebeleid.

Een breed veld van preventie-actoren

De preventieve gezondheidszorg in Vlaanderen wordt gekenmerkt door een veelheid aan actoren en, daaraan gekoppeld, een gebrek aan samenhang. De sector heeft veel weg van een bonte vissersvloot, die in alle windrichtingen uitvaart en met wisselend succes de netten uitwerpt. Dit geldt wellicht minder voor de medisch georiënteerde ziektepreventie, die door de overheid zelf of door haar erkende organisaties zoals CLB en Kind en Gezin wordt uitgevoerd, maar des te sterker voor gezondheidspromotie. Dit was één van de voornaamste vaststellingen uit een status questionis die het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie in 2001 opmaakte naar aanleiding van haar 10-jarige bestaan⁶. Uit dit overzicht bleek dat niet alleen de acties voor gezondheidspromotie zeer gediversifieerd zijn, maar ook de actoren. Een en ander maakt het bijna onmogelijk om na te gaan wie wat en hoeveel aan gezondheids-promotie heeft gedaan in Vlaanderen en met welke resultaten.

De versnippering van de sector is deels een gevolg van het feit dat initiatieven voor gezondheidsbevorderingen genomen worden vanuit een brede en heterogene basis. Deze dynamiek "van onder uit" is eigen aan de gezondheidspromotie, en sluit goed aan bij het gedachtegoed terzake dat door de WHO wordt uitgedragen. Eén van de paradoxen van gezondheidspromotie is inderdaad dat gebruik wordt gemaakt van kleinschalige acties om grootschalige en door meerdere factoren veroorzaakte problemen aan te pakken. Het nadeel van die benadering is echter een gebrek aan visibiliteit en overzichtelijkheid, een moeilijke evaluatie, en een gebrek aan overdracht en continuïteit van know-how. Op het terrein is gezondheidspromotie nog vaak een kwestie van veel inzet en goede wil, zonder meer. Dat enthousiasme en die inzet blijven uiteraard belangrijk, maar moeten aangevuld worden met professionele kennis en deskundigheden.

Het Decreet betreffende het preventieve gezondheidsbeleid van 2004 heeft als voornaamste doel die versnippering tegen te gaan en meer coherentie te brengen in het preventieve gezondheidsbeleid in Vlaanderen. Zo voorziet dit decreet in expertise-ondersteuning vanuit 'partner-organisaties', die gesubsidieerd worden op basis van een beheersovereenkomst met de Vlaamse overheid voor een periode van 3 tot 5 jaar. De vraag is wel of deze formule

voldoende waarborgen biedt voor continuïteit van de werking van deze organisaties. Expertise-ondersteuning veronderstelt immers ook expertise-ontwikkeling op langere termijn.

Het is niet duidelijk in welke mate een sterk prestatiegebonden werking van de partner-organisaties de mogelijkheid biedt om de noodzakelijke en gevraagde expertise verder te blijven ontwikkelen en up to date te houden. Preventie en gezondheidspromotie zijn immers voldragen disciplines, met eigen inzichten, modellen, en methoden. Deze inzichten in de praktijk brengen kan alleen mits er een voldoende institutionele capaciteit aanwezig is, die borg kan staan voor de deskundigheid van preventiewerkers en voor de continuïteit van programma's. In die zin zou het raadzaam zijn om de aanbevelingen van de WHO te volgen en te investeren in *capaciteitsopbouw* inzake preventie en gezondheidspromotie. Capaciteit staat daarbij niet alleen voor kennis en expertise, maar voor een combinatie van personele, financiële en institutionele capaciteit, gekoppeld aan een duidelijk herkenbaar leiderschap en formele en informele samenwerkingsverbanden. Capaciteitsopbouw is dus een sleutel voor een duurzame, effectieve gezondheidspromotie-praktijk.

Een andere reden voor het gebrek aan samenhang van preventieve acties is dat de factoren die gezondheid bepalen voor een groot deel *buiten* het bevoegdheidskader van de gezondheidszorgverstrekkers liggen. Het voorkomen van ziekte en het bevorderen van gezondheid vergt dus niet alleen de inzet van professionelen uit verschillende disciplines binnen de gezondheidszorg, zoals artsen, verpleegkundigen, en gedragswetenschappers, maar ook van actoren in andere maatschappelijke sectoren, zoals onderwijs, media, verkeer en economie. Dit veronderstelt dat samengewerkt moet worden over de grenzen van maatschappelijke sectoren heen. Voor een aantal sectoren, zoals gezondheidszorg en onderwijs, ligt die samenwerking voor de hand en zijn samenwerkingsstructuren al operationeel (o.a. CLB's, de Commissie gezondheidseducatie van de VLOR), maar vaak is ook een bredere samenwerking aangewezen. Het bevorderen van gezonde voedingsgewoonten vergt bijvoorbeeld een nauwere samenwerking met de landbouw-, de voedingsproductie- en distributiesector. Inzake beweging en lichaamsbeleving is dan weer samenwerking tussen gezondheid en cultuur nodig.

De Vlaamse overheid kan een essentiële rol vervullen in het stimuleren van die samenwerking door het creëren van de nodige overlegstructuren. Daarnaast kan zij ook zelf aandacht geven aan de plaats van gezondheid in andere beleidssectoren. Hiervoor kan onder meer gebruik gemaakt worden van instrumenten zoals *Health Impact Assessment*, die onder meer vanuit de WHO en de Europese Commissie worden aanbevolen.

Het lokale niveau als actieterrein

Net als in andere landen hecht de Vlaamse overheid veel belang aan een lokale werking inzake gezondheid en welzijn. Een populatie kan immers heel heterogeen zijn, zowel wat betreft de aard en de determinanten van de gezondheidsproblemen die zich voordoen, als de mogelijkheden voor preventie en de te verwachten effecten van interventies. Afstemming op lokale noden is dan ook cruciaal. Een lokale werking kan ook zorgen voor een betere onderlinge afstemming en samenwerking tussen lokale partners. Bij preventie en gezondheidspromotie zijn die lokale partners zowel instanties in als buiten de gezondheidszorg, wat de nood aan lokale samenwerking nog versterkt. Bovendien is voor gezondheidspromotie de betrokkenheid van de doelgroepen bij interventies essentieel. Gezondheidspromotie beoogt immers geen acties *bij* de doelgroep, maar *met* de doelgroep. Ook die betrokkenheid is gemakkelijker te realiseren op lokaal niveau, met groepen en personen die gemeenschappelijke interesses en belangen hebben, en die zich identificeren met de lokale gemeenschap.

Het is vanuit die logica dat in 1997 de Logo's werden opgericht. Als "samenwerkingsverbanden voor gezondheidsoverleg en -organisatie" op een bovenlokaal niveau (regio's van 250.000 tot 300.000 inwoners), in een netwerk dat gans Vlaanderen omspant, werden de Logo's immers precies opgericht om een coördinerende en ondersteunende taak te vervullen t.a.v. lokale actoren die bezig zijn met gezondheidspromotie, zowel binnen de sector van de gezondheidszorg als in andere sectoren zoals welzijn, onderwijs, of het bedrijfsleven. Eerder dan zelf projecten of campagnes voor gezondheidseducatie uit te voeren ligt de kerntaak van de Logo's dus in het verhogen van de effectiviteit, de onderlinge afstemming en de duurzaamheid van de acties van de lokale partners. Dank zij de structurele omkadering die een logo biedt voor registratie, planning, uitvoering en evaluatie van acties wordt een betere coördinatie nagestreefd en kan overlapping worden vermeden. Verder staat een logo ook mee in voor de lokale informatieverzameling, mits sturing en kwaliteitsbewaking vanuit de Vlaamse overheid. De omvang van de regio die door een logo bestreken wordt is klein genoeg om zicht te hebben op specifieke problemen, maar ook voldoende groot om epidemiologisch-statistische gegevensverzameling in principe mogelijk en zinvol te maken.

Ondanks de onduidelijkheid bij de opstart zijn de Logo's op enkele jaren tijd uitgegroeid tot onmisbare schakels in het preventiebeleid. Onder hun impuls is er steeds meer sprake van effectieve lokale samenwerking en "partnership" inzake gezondheidseducatie en -promotie. Dit blijkt onder meer uit een vergelijking van de huidige Logo-werking met die uit de beginfase. In een eerste fase, die ruwweg samenviel met de periode van hun eerste convenant met de Vlaamse overheid, besteedden de Logo's vooral aandacht aan het organiseren van hun netwerk en aan de uitvoering van eigen acties. Hierdoor konden zij zich sterker profileren, en de partners nauwer betrekken

bij hun werking. In de implementatieplannen voor de convenantperiode van 2003 tot 2005 is er dan ook meer sprake van een gezamenlijke strategie, en wordt er meer werk gemaakt van gezamenlijke projecten en van elkaar aanvullende acties. Netwerkontwikkeling is een proces van lange adem. Het feit dat de meeste Logo's er op nog geen tien jaar tijd effectief in geslaagd zijn een netwerk te doen functioneren en samenwerking tot stand te brengen tussen voorzieningen en organisaties uit diverse sectoren, mag een succes genoemd worden.

Een verdere stap in de lokale werking inzake preventieve gezondheidszorg is de afbakening van de zorgregio's, met als doel de samenwerking tussen gezondheidsdiensten onderling en tussen gezondheids- en welzijnsvoorzieningen te bevorderen. Ofschoon de oprichting van deze regio's tot op zekere hoogte het proces van netwerkvorming van de Logo's doorkruist en praktische consequenties kan hebben voor hun werking, is het feit dat de indeling van deze regio's gebaseerd is op objectieve parameters alleszins een vooruitgang. Minder positief is echter dat bij de uitwerking van dit decreet is vooral werd uitgegaan van gezondheids- en welzijnzorg, en niet van gezondheidsbevordering of preventie. De zorgregio's bieden geen aanzet tot de multisectorale en multidisciplinaire samenwerking die eigen is aan gezondheidspromotie, waardoor gezondheidspromotie gereduceerd dreigt te worden tot gezondheidseducatie. Het is dan ook belangrijk dat bij de werking van de zorgregio's de coördinerende en ondersteunende taak van de Logo's t.a.v. lokale actoren binnen en buiten de gezondheids- en welzijnssector die bezig zijn met gezondheidspromotie gevrijwaard blijft en versterkt wordt.

Aansturing via gezondheidsdoelstellingen

Eén van de belangrijkste instrumenten die de Vlaamse overheid hanteert om haar beleid inzake preventieve gezondheidszorg vorm te geven zijn de gezondheidsdoelstellingen. Deze doelstellingen geven richting aan het beleid, vormen een basis om strategieën en acties te bepalen, bevorderen de communicatie en samenwerking tussen actoren, en maken een betere beheersing van de beleidsbepaling en -uitvoering mogelijk. De ervaring uit onder meer de Verenigde Staten, Canada, Australië, Nieuw-Zeeland, Groot-Brittannië en Nederland, leert dat het werken met gezondheidsdoelstellingen ook betere resultaten oplevert⁷.

In 1998 stelde de Vlaamse overheid vijf gezondheidsdoelstellingen voorop om in de periode 1998-2002 de preventieve acties te oriënteren. De keuze van deze doelstellingen gebeurde op advies van de Vlaamse Gezondheidsraad, die zich daarbij liet inspireren door de "Health for all"-doelstellingen voor Europa en door de analyse van de Vlaamse gezondheidsindicatoren. Deze laatste zijn gebaseerd op de geregistreerde morbiditeits- en mortaliteitscijfers voor Vlaanderen, en worden sinds 1993 jaarlijks door de Vlaamse Administratie ter beschikking gesteld om een beeld te bieden van de voornaamste gezondheidsproblemen in de Vlaamse bevolking. Daarnaast werd bij het vooropstellen van de doelstellingen ook rekening gehouden met hun haalbaarheid. Van de vijf eerste gezondheidsdoelstellingen hadden er drie betrekking op een gezonde leefstijl; dit geldt met name voor de doelstellingen rond roken, voeding en preventie van ongevallen. Die keuze voor het bevorderen van een gezonde leefstijl ligt in de lijn van internationale aanbevelingen en stemt ook overeen met gezondheidsdoelstellingen die in andere landen worden vooropgesteld. Ondanks de kritiek die vanuit verschillende hoeken geuit werd op deze doelstellingen – voor sommigen waren ze te selectief, voor anderen te gedragsmatig en onvoldoende gerelateerd aan gezondheidsoutcomes, en op methodisch vlak waren ze onvoldoende specifiek en ontbrak er een baseline – werden de doelstellingen bekrachtigd door het Vlaams Parlement en aanvaard als richtlijnen voor het preventiebeleid voor de periode 1997-2002. Merkwaardig genoeg echter bleven ze ook geldig na 2002, ondanks het feit dat de doelstellingen niet gehaald werden en ondanks de herhaaldelijk aangekondigde aanpassingen. In plaats van die aanpassingen werd een zesde doelstelling geformuleerd in 2002, deze keer met betrekking tot preventie van depressie en suïcide.

Het feit dat de doelstellingen niet bereikt werden, ook niet in 2006, heeft niet alleen te maken met het feit dat tijd nodig is om effecten te behalen met preventie. Uit vergelijking met andere landen blijkt dat ook een aantal voorwaarden voor werken met gezondheidsdoelstellingen niet vervuld waren.⁸ Zo werd slechts verschillende jaren na de formulering van de doelstellingen werk gemaakt van strategische aanbevelingen voor het behalen van de doelstellingen. Voor de doelstellingen rond borstkanker, vaccinatie en depressie en suïcide zijn zelfs nog steeds geen strategieën gepreciseerd, en wordt enkel via projecten gewerkt. Voorts is het niet duidelijk wie verantwoordelijkheid is voor het behalen van de doelstellingen. In principe is dat de Vlaamse overheid, maar in de praktijk wordt vooral gekeken naar de organisaties die met de implementatie ervan worden belast. Er is ook geen veralgemeend eigenaarschap over de doelstellingen. In principe zouden zij richtinggevend moeten zijn voor de ganse sector, maar in de praktijk zijn het slechts een aantal organisaties die hun werking erop (moeten) afstemmen, zoals de Logo's en het VIG. Deze organisaties beschikken over onvoldoende capaciteit om de doelstellingen alleen te realiseren. En last but not least werd er niet voorzien in een specifieke (her)allocatie van middelen voor het behalen van de doelstellingen.

Desondanks heeft het werken met gezondheidsdoelstellingen wel degelijk positieve resultaten opgeleverd. Hun introductie heeft de politieke aandacht voor preventie gestimuleerd en aanleiding gegeven tot een verfijning van beleidsinstrumenten zoals het preventiedecreet en de convenanten. Op lokaal niveau hebben ze niet allen de oprichting van de Logo's in de hand gewerkt, maar ook hun werking georiënteerd en zodoende lokale synergieën tot stand gebracht. Tenslotte heeft hun introductie ook de inhoud van preventie verbreed, en gezorgd voor samenwerking met andere sectoren zoals welzijn en onderwijs. Kortom, hoewel het werken met gezondheidsdoelstellingen in Vlaanderen nog niet de verhoopte gezondheidswinst heeft opgeleverd, heeft het wel een aantal veranderingen bewerkstelligd in het beleid en in de organisatie van de sector van de preventieve gezondheidszorg. Deze veranderingen kunnen een basis zijn voor meer effectieve acties gericht op het behalen van de doelstellingen in de toekomst.

Meer aandacht voor evidence based werken

Terwijl de Vlaamse overheid via gezondheidsdoelstellingen aanstuurt op een meer resultaatgerichte werking, en via het preventiedecreet de actoren aanduidt die deze doelstellingen moeten helpen realiseren, blijft de uitdaging om voldoende kwaliteits- en effectiviteitsgaranties in te bouwen in de acties om de doelstellingen te bereiken. Als verantwoording voor het besteden van de schaarse middelen vraagt de overheid steeds nadrukkelijker bewijzen van de effectiviteit van de ondernomen acties. "Evidence based werken" wordt daarvoor als de weg gezien, naar analogie met de "evidence based medicine" (EBM). Zoals in de geneeskunde worden actoren in de preventieve gezondheidszorg geacht zich te baseren op de onderzoeksliteratuur om interventies te kiezen waarvan de effectiviteit empirisch werd aangetoond. Hier stelt zich echter een probleem. In tegenstelling tot medische effecten zijn de resultaten van preventie vaak pas op lange termijn zichtbaar. Dat maakt empirisch onderzoek naar de effecten van preventie methodisch ingewikkeld, tijdrovend en kostbaar. Voor gezondheidsbevorderende initiatieven geldt daarenboven dat het om complexe interventies gaat die doorgaans meerdere componenten omvatten, bij voorkeur in verschillende beleids- of maatschappelijke sectoren tegelijkertijd plaatsvinden, en de inzet van verschillende actoren veronderstellen. Die "geïntegreerde" benadering is nodig om de verschillende determinanten van gezondheid in hun onderlinge samenhang effectief te beïnvloeden. De onderzoeksparadigma's die voor EBM gebruikt worden zijn echter niet geschikt om de effecten van dergelijke complexe interventies vast te stellen. Sommige auteurs waarschuwen er zelfs voor dat het toepassen van de EBM-criteria op interventies voor gezondheidsbevordering zal leiden tot *minder* effectieve interventies.⁹ Bovendien streeft gezondheidsbevordering een emancipatorisch doel na. Het concept verwijst niet enkel naar outcomes, maar ook naar het *proces* van mensen of groepen in staat te stellen om meer controle te verwerven over hun gezondheid. Bijgevolg mag men bij de evaluatie van gezondheidsbevordering niet alleen naar de outcomes kijken, maar moeten ook de processen in rekening worden gebracht. Tenslotte wordt bij gezondheidsbevordering ook sterk de klemtoon gelegd op gelijkheid en op gezondheid als een fundamenteel recht, en moet ook dat aspect mee geëvalueerd worden. Om na te gaan of interventies voor gezondheidsbevordering effectief zijn en onder welke omstandigheden zij moeten geïmplementeerd worden, moet het conceptueel kader van EBM dus uitgebreid worden met de contextuele, multidimensionale, procesmatige, emancipatorische en ethische elementen die eigen zijn aan gezondheidsbevordering zelf.

Naast het concept gezondheidsbevordering hangt het antwoord op de vraag naar effectiviteit ook af van de definitie van "evidentie" die men hanteert. Die definitie en de operationalisering ervan is een fundamentele epistemologische kwestie, waarover wetenschappers en professionelen grondig van mening verschillen. Onderzoek naar effectiviteit is namelijk niet beperkt tot één bepaald type onderzoeksdesign, maar kan op verschillende manieren gebeuren. Traditioneel wordt een hiërarchie gehanteerd waarbij gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT) als de "gouden standaard" worden beschouwd, niet-gerandomiseerde gecontroleerde (of quasi-experimentele) studies als iets minder waardevol, en niet-experimenteel onderzoek (bv. vergelijkende studies, case-control studies of correlatief onderzoek) evenals de oordelen van experts of praktijk- en ervaringsdeskundigen als ongeschikt. Tegenstanders van deze "harde lijn" vinden echter dat gecontroleerd onderzoek soms ver af staat van de praktijk, en dat ervaringsdeskundigen en experts meer zicht op de praktijk. In de praktijk van preventie en gezondheidsbevordering weegt ervaring en expertise dan ook veel sterker door dan onderzoeksevidentie. Als men een bredere omschrijving van evidentie hanteert, wordt evidentie niet beperkt tot de resultaten van gepubliceerd empirisch onderzoek, maar kan de vraag naar 'wat werkt en in welke omstandigheden' ook op basis van andere informatie-bronnen beantwoord worden, zoals niet-gepubliceerde rapporten, goede praktijkvoorbeelden en expert-oordelen. Omdat deze bronnen minder onderworpen zijn aan de strenge selectiecriteria van wetenschappelijke tijdschriften bieden ze vaak meer informatie over de reële praktijk. Ze geven niet alleen aan *of* een interventie effectief was, maar ook *hoe* een interventie is verlopen, *waarom* ze al of niet succesvol was en *waar* ze kan toegepast worden.

Deze benadering van evidence wordt mee gehanteerd door internationale organisaties zoals de WHO en de International Union for Health Promotion and Education (IUHPE). Zo gaf de IUHPE een aantal review-documenten uit over effectiviteit van interventies (IUHPE, 2000), en werkt de WHO aan een "Health Evidence Network", dat de krachten van diverse actoren bundelt om een databank aan te leggen rond de effectiviteit van preventie en gezondheidsbevordering. Voorts is het uiteraard de bedoeling dat die informatie ook gebruikt wordt om de effectiviteit van preventieve en gezondheidsbevorderende interventies te verhogen. Daarvoor is de *kwaliteit* van interventies

van belang. Organisaties die actief zijn op het vlak van preventie en gezondheidsbevordering kunnen gebruik maken van richtlijnen om de kwaliteit van hun acties te verhogen, en van checklists en om ze te toetsen. Op dit vlak heeft Vlaanderen zich niet onbetuigd gelaten. Vlaanderen was een van de eerste regio's in Europa om de kwaliteit van gezondheidspromotie-projecten na te gaan, en specifiek voor gezondheidspromotie-projecten werd door het VIG een projecthandleiding uitgeschreven en een kwaliteitstoetsingsinstrument uitgewerkt (PK+). Vlaanderen was ook één van de initiatiefnemers in een Europees project terzake. De methodieken zijn dus ter beschikking. Er blijft echter een probleem met de implementatie. Wat dat betreft is er in Vlaanderen nog werk aan de winkel. Mede door de beperkte opleidings- en onderzoeksfaciliteiten voor gezondheidsbevordering blijft het in de praktijk brengen van de aanwezige "evidence" inzake gezondheidsbevordering voorlopig een uitdaging.

Een balans

In deze uiteenzetting heb ik een aantal veranderingen overlopen die het Vlaamse preventieve gezondheidsbeleid in de voorbije 25 jaar gekenmerkt hebben. Hier en daar heb ik ook de vergelijking gemaakt met ontwikkelingen in het buitenland.

Uit dit overzicht blijkt duidelijk er de afgelopen 25 jaar in het Vlaamse preventieve gezondheidsbeleid heel wat gerealiseerd werd. Het veld is zowel inhoudelijk als qua actorenveld aanzienlijk verbreed, er wordt meer doelgericht gewerkt – hoewel de doelstellingen vooralsnog nog niet gehaald worden – en mede dank zij de Logo's krijgt de lokale werking meer vorm en geraakt zij beter afgestemd op het Vlaamse beleid. Evidence based werken krijgt stilaan ook meer erkenning. De weg van de preventie lijkt inderdaad steeds minder op een kronkelende holle weg en steeds meer op een (digitale) snelweg.

Het werk is echter nog niet af. Om echt aansluiting te vinden met de kop van het internationale peleton inzake preventie en gezondheidsbevordering moet Vlaanderen een aantal uitdagingen aangaan. De belangrijkste uitdagingen zijn:

- werk maken van aandacht voor gezondheid en voor de determinanten van gezondheid in andere sectoren, en het nagaan van de gezondheidsimpact van beleidsbeslissingen in andere sectoren via health impact assessment;
- investeren in de uitbouw van personele, financiële en institutionele capaciteit inzake preventie gezondheidspromotie, als sleutel voor een duurzame, effectieve gezondheidspromotie-praktijk;
- investeren in de uitbouw en implementatie van een evidence base voor preventie en gezondheidspromotie, vertrekkend vanuit een brede invulling van zowel preventie als van evidence.

Voor alle drie deze uitdagingen zijn de inzichten, concepten en instrumenten voorhanden. Er is dus geen sprake van een "kenniskloof", maar van een "implementatiekloof". Om deze kloof te overbruggen zijn impulsen nodig. De Vlaamse overheid heeft de voorbije 25 jaar blijk gegeven van een oprechte interesse in preventie, van een wil om een écht beleid terzake uit te bouwen, en van een visie op de richting die dit beleid moest uitgaan. De impulsen geven om deze uitdagingen aan te gaan lijkt mij een voor de hand liggende volgende stap.

¹ WHO. *Health for All Targets. The Health Policy for Europe* (Updated edition, September 1991). Copenhagen: World Health Organisation, Regional Office for Europe, 1991.

² Besluit van de Vlaamse executieve betreffende de verplichtingen en opdrachten inzake medisch schooltoezicht, en houdende de erkenningsvoorwaarden en subsidiëring van equipes en centra voor medisch schooltoezicht, 30 juli 1985. Belgisch Staatsblad, 15.11.1985, 16866-16874.

³ Decreet houdende de oprichting van de instelling Kind en Gezin, 29 mei 1984. Belgisch Staatsblad, 22.8.1984, 11795-11797.

⁴ Besluit van de Vlaamse Executieve inzake gezondheidspromotie, 31 juli 1991. Belgisch Staatsblad, 28.11.1991, 26714-26719.

⁵ Besluit van de Vlaamse regering tot wijziging van het besluit van de Vlaamse regering van 31 juli inzake gezondheidspromotie, 19 december 1997. *Belgisch Staatsblad*, 04.02.1998, 3153-3158.

⁶ Stevens, V. & Van den Broucke, S. Gezondheidspromotie 2001: 10 jaar gezondheidspromotie in Vlaanderen. Leuven/Apeldoorn: Garant

⁷ Van den Broucke, S. & Denekens, J. (1999). De Vlaamse Gezondheidsdoelstellingen: een richtsnoer voor lokale preventie (The Flemish health targets: a guideline for local prevention). *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 55, 1195-1206

⁸ Van den Broucke, S. (in press). Case study on defining and implementing health targets: Flanders. In M. Wismar et al., Good Governance for implementing health targets: Defining targets, exerting influence and using intelligence". Brussels: WHO/EURO

⁹ Van den Broucke, S. (2005) Evidence in preventie en gezondheidsbevordering. *Alert*, 16(5), 69-81.

**PREVENTIE, OF DE EERSTE STAP NAAR EEN HOMOGEEN
BEVOEGDHEIDSPAKKET VOOR DE GANSE GEZONDHEIDSZORG
IN VLAANDEREN.**

(Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin)

Vandaag heb ik er voor gekozen om geen medisch-wetenschappelijke analyse uiteen te zetten die louter de noodzaak beklemtoont van meer homogene bevoegdheidspakketten voor de gemeenschappen. Ik wil integendeel de probleemstelling benaderen vanuit mijn bezorgdheid om een kwaliteitsvolle invulling van de gezondheidszorg te kunnen waarborgen. Ook wil ik opmerken dat ik vandaag spreek vanuit mijn opdracht als Vlaams minister voor Volksgezondheid. In deze functie word ik frequent geconfronteerd met zowel bevoegdheidsproblemen ten aanzien van het federale niveau als met de zéér verschillende invalshoeken van de gemeenschappen ten aanzien van de verdere ontwikkeling van de zorg in ons land.

Op het einde van mijn betoog zal u kunnen oordelen of mijn conclusies vanuit mijn ‘maatschappijgerichte’ kijk op de zaak, afwijken van de uwe, gebaseerd op een ‘medisch-wetenschappelijke’ kijk.

Graag wil ik ingaan op onze visie die we in Vlaanderen aanhangen. Elke burger heeft recht op de meest geschikte zorg, wat betekent: aangepast aan zijn individuele noden en behoeften. Maar we stellen allemaal vast dat zorgvragen niet alleen in aantal toenemen, maar ook steeds complexer worden. Geen enkele hulpverlener of voorziening heeft de deskundigheid en de zorgcapaciteit ‘in huis’ om steeds volledig aan al deze uitdagingen tegemoet te komen. Dit is een realiteit die we in onze samenleving niet uit het oog mogen verliezen.

Tegelijk is het nodig dat diverse vormen van zorgverlening naadloos op elkaar aansluiten, dat we met andere woorden komen tot een zorgcontinuüm. Dit betekent dat de patiënt niet telkens in de kou komt te staan tussen 2 vormen van zorgverleningsaanbod in of alvorens hij weer ergens “past” in het “zorgverleningsaanbod”.

Om een kwaliteitsvol antwoord te blijven bieden aan de steeds complexere zorgvragen, zal het zorgaanbod dan ook steeds nieuwe antwoorden moeten formuleren. Met betrekking tot het aanbod veronderstelt dit alles (1) een grote diversiteit, (2) een grote flexibiliteit, (3) een goede afstemming en (4) een uitstekende samenwerking. Als we de gebruiker centraal willen stellen veronderstelt dit tegelijk een gezondheidszorg dicht bij de zorgvrager. De vraag van de patiënt is dus ons vertrekpunt, en niets anders.

Deze uitgangspunten brengen me bij een belangrijk aspect van mijn betoog namelijk het subsidiariteitsprincipe toepassen in de gezondheidszorg. Hiermee wil ik duiden dat de zorg zelf, de taakafspraken, de structurele organisatie en de besluitvorming best gebeuren op een zorgniveau dat zo laagdrempelig mogelijk is, doch wetenschappelijk verantwoord.

Subsidiariteit start in feite bij preventie. Zinnvolle en duurzame preventie, die wetenschappelijk onderbouwd en maatschappelijk aanvaardbaar is, die zorgnoden voorkomt of ze kan uitstellen. Het gaat hier om enerzijds preventie die ziekten trachten te voorkomen, die dus gezondheidsbedreigende factoren trachten uit te schakelen. ‘Ziektepreventie’ houdt in die zin een ‘negatieve’ benadering in. Anderzijds gaat het om preventie waardoor we de gezondheid bevorderen, waardoor we gezondheidswinst boeken. Natuurlijk is dit een ‘positieve’ benadering van preventie.

Subsidiariteit van de zorg betekent ook dat de gebruiker de mogelijkheid krijgt om zijn eigen zorg zo veel als mogelijk zelf in handen te nemen, zelf te sturen. Dit betekent niet dat de keuzevrijheid totaal onbeperkt moet zijn. Maar hierop dieper ingaan zou ons te zeer afleiden van het onderwerp van vandaag.

De gebruiker zorgt dus in de eerste plaats maximaal voor zichzelf. Vaak zal hij hiervoor een beroep doen op mantelzorg en/of op zorg door vrijwilligers. Indien professionelen worden ingeschakeld, volstaat in de meeste situaties ambulante zorg. Denken we aan gezinszorg, aan eerstelijnsgezondheidszorg waarin de huisarts, de thuisverpleging, de kinesist, de apotheker aan bod komen. Denken we ook aan de raadpleging bij een specialist, aan het beroep doen op een centrum voor geestelijke gezondheidszorg, enzovoort. Maar soms zal uiteraard residentiële zorg nodig zijn: een intrek in een rust en verzorgingstehuis, een opname in een ziekenhuis, enzovoort.

Als we de gebruiker de meest geschikte zorg willen geven die hij nodig heeft, dan zal hij een beroep moeten kunnen doen op een brede waaier van zorg. Deze diversiteit slaat zowel op de aard van de zorg, of anders gezegd het multidisciplinaire karakter van de zorg, als op de intensiteit van de zorg.

- Wat betreft zelfzorg, gaan we vandaag nog te vaak uit van wat iemand niet meer kan. Ik wil vertrekken van wat hij wél nog zelf in handen kan nemen. Ik wil ook meer rekening houden met de expliciete zorgvraag van de patiënt zelf. De ‘inschaling’ en de ‘zorgindicatiestelling’ moet van hieruit vertrekken. Het zorgaanbod moet geven wat nodig is, niet meer, maar ook niet minder.
- Wat betreft mantelzorg en vrijwilligerszorg, wordt het belang hiervan door iedereen erkend in de thuissituatie. Toch kunnen we ons afvragen of de mantelzorger voldoende betrokken wordt bij de residentiële zorg. Wordt de mantelzorger daar wel steeds voldoende betrokken? Of, pejoratief uitgedrukt, ‘loopt hij maar wat in de weg’?
- Wat betreft de professionele hulpverlening, moet een verpleegkundige niet doen wat een verzorgende kan doen, wat een verpleegkundige kan moet een huisarts niet doen, wat een huisarts kan moet een specialist niet doen. Ieder biedt zorgen aan die een evenwaardig belang hebben voor de gebruiker, maar de taken gebeuren best door personen met de passende kwalificaties én in een goede onderlinge afstemming. Daarom vind ik praktijkaanbevelingen bijzonder belangrijk die door de verschillende beroepsgroepen gedragen worden en wetenschappelijk sterk onderbouwd zijn. Ik zou daarbij willen verwijzen naar de klassieke kwaliteitscyclus, wat we noemen Plan-Do-Check-Act. Hierbij plant men eerst grondig om vervolgens dit ook daadwerkelijk te doen, de resultaten permanent te evalueren en dan op basis van de vastgestelde resultaten de richtlijnen en/of de uitvoering bij te sturen. Zo zie ik ook de beroepsgroepen op wetenschappelijke basis en in onderling overleg multidisciplinaire consensus richtlijnen uitwerken over wie, wat én hoe doet. Waarna deze richtlijnen (1) verspreid en geïmplementeerd worden via de bestaande kanalen, (2) geëvalueerd worden via een beperkte en (3) volledig geautomatiseerde data-analyse en mee worden gebruikt tijdens een actualisering van de richtlijnen en/of een bijsturen van de implementatie. Momenteel registreren we te veel in functie van de verantwoording van de toegekende financiële middelen. Denken we maar aan de zorgplannen. De registratie moet vooral in functie staan van de beoogde kwalitatieve resultaten, bijvoorbeeld het aantal oudere patiënten gevaccineerd voor de griep, en veel minder in functie van het aantal ingevulde formulieren, het aantal belegde vergaderingen, de dikte van het jaarverslag.

Deze visie op zorg heeft alvast consequenties op de wijze waarop we de gezondheidszorg moeten organiseren.

Uiteraard moeten we in de gezondheidszorg vertrekken vanuit een coherent preventief gezondheidsbeleid dat toegankelijk is voor iedereen. Hiervoor hebben we al een heel aanbod van complementaire voorzieningen en lokale netwerken. Een verdere afstemming op elkaar én een meer flexibel aanbod zijn belangrijke aandachtspunten voor de toekomst. Hierbij kunnen we diverse aspecten moeiteloos combineren zonder dat we noodzakelijkerwijs opteren voor heel het aanbod van een voorziening.

Voorts zal de predictieve geneeskunde in de nabije toekomst veel beleidsaandacht vergen. Denken we maar aan het zeer vroeg inschatten van de kansen op borstkanker, op diabetes, op hypertensie, op colonkanker, op bipolaire stoornissen zoals depressie, enzovoort. Hier moeten we de bijzondere mogelijkheden voor gerichte preventie maximaal benutten. Niettemin moeten we tegelijk de grote maatschappelijke gevaren uitschakelen die hieraan verbonden zijn. Denken we maar aan de verzekeringsaspecten – mensen die als een te hoog risico zouden kunnen worden beschouwd – en de tewerkstellingsaspecten.

Voorts moet elke hulpverlener, en in feite heel de samenleving, bij preventie zijn rol vervullen. Informeren en sensibiliseren zijn slechts een beperkt deelaspect van preventie. Het zwaartepunt ligt bij de daadwerkelijke gedrags- of mentaliteitsverandering en de ondersteuning daarbij van samenleving en hulpverleners.

Een organisatie van de gezondheidszorg die rekening houdt met het subsidiariteitsprincipe, moeten we bovendien best geëchelonneerd opbouwen. Een financiële differentiëring moet dit realiseren, waarbij iemand die door de huisarts doorverwezen wordt minder dient te betalen bij de specialist.

Aan deze organisatie van de gezondheidszorg zijn meteen enkele randvoorwaarden gekoppeld:

- Een adequate multidisciplinaire samenwerking moet vermijden dat de gebruiker in ‘vakjes’ zou gestopt worden en van het ene vakje, door de echelons heen, in het andere terecht komt. Bedoeling is dat de huisarts de patiënt kan informeren, adviseren en ondersteunen in zijn keuzes. De huisarts kent de patiënt, kent zijn omgeving, kent zijn voorgeschiedenis. De huisarts kan dan ook meer naar zorgaspecten kijken dan enkel het strikt therapeutische. Hierbij mogen we zeker niet de fout maken om de huisarts als een filter te gebruiken voor de rest van het zorgaanbod.
- Dit betekent dat we kiezen voor een model waarbij verschillende zorgpartners instaan voor een bepaald aspect van de zorg. Dit op basis van taakafspraken die gebaseerd zijn op onderbouwde praktijkaanbevelingen en van in het begin multidisciplinair opgevat. De diversiteit én de autonomie van de gebruiker zijn meer gebaat bij verschillende partners die goed samenwerken, waarbij de huisarts als spilfiguur optreedt voor de medische zorg

- en ondersteuning, dan bij één zorgaanbieder die alles zelf in handen tracht te houden. Want dit laatste is ver voorbijgestreefd in de hedendaagse complexiteit van alle therapeutische en supportieve mogelijkheden.
- Ik ben groot voorstander van een “evidence-based medicine”, maar ook van een “evidence-based policy”. Waar de geneeskunde zich maximaal richt op sluitende studies om wetenschappelijk onderbouwde therapeutische beslissingen te nemen, zo moet ook het beleid zich meer en meer baseren op transparante onderbouwde resultaatgegevens om te beslissen. Voor een maatschappelijk probleem moeten we dus zoeken naar een bewezen effectieve oplossing. Indien deze er niet is dan moeten we dit eerst wetenschappelijk onderzoeken. Het gebeurt nog te veel dat we als antwoord snel een klein project opstarten of enkele mensen in een vzw aanstellen om zich daar mee “ bezig” te houden. De meeste van deze projecten worden bovendien na enkele jaren stopgezet, zonder dat er enige goede analyse gebeurde. Ik vind dat enkel pilootprojecten, die echt als een aanloop bedoeld zijn om te beslissen voor een al dan niet grootschalige toekomstige implementatie nog kunnen.
 - Het is dus nodig om zowel voor de zorg als voor het beleid te beschikken over kwaliteitsvolle studies. Om die studies te kunnen uitvoeren en om de effectiviteit van het gevoerde beleid te kunnen toetsen diende ik een ontwerp van decreet in voor een Vlaams gezondheidsinformatiesysteem. Dit moet leiden tot een coherent systeem om alle relevante data samen te brengen waar dit nodig is en dit moet ook een duidelijke stap zijn tot verdere administratieve vereenvoudiging. Uiteraard dienen tegelijk de rechten van de privacy gevrijwaard te blijven. Dit komt de burger, de verstrekker en de overheid ten goede. Een mooi voorbeeld van een pas gerealiseerd informaticaproject is Vaccinnet dat rechtstreeks ten dienste staat van alle betrokkenen: op de eerste plaats de patiënt die zijn vaccinatiekaartje niet langer moet zoeken of die de benodigde attesten niet meer nodig heeft. Maar ook de arts die automatische leveringen krijgt en de overheid die een overzicht verkrijgt op het bereik van de verschillende vaccins.
 - Goede taakafspraken zullen echter niet volstaan. Vanuit een globale strategie in het gezondheidsbeleid zal een aansturing vanuit de overheid noodzakelijk blijven. Elke burger moet immers eenzelfde toegankelijkheid tot de gezondheidszorg krijgen. Dit betekent naast een financiële bescherming van de patiënt ook een goede zorgplanning.
 - De financiële RIZIV mechanismen geven vandaag de dag nog steeds de richting aan naar een gespecialiseerde technische en residentiële invulling van de gezondheidszorg. Ik wil dat de financiële mechanismen neutraal zijn ten opzichte van het type zorg. Gaat het nu om thuiszorg, huisarts, rustoord, ziekenhuis, specialist of welk ander zorgaspect ook, de nood én de keuze van de patiënt moeten bepalen welke zorg het wordt en niet de financiële mechanismen. Daarom heb ik ook beslist om in het kader van de zorgverzekering de premie voor wie thuis verblijft gelijk te schakelen met wie opgenomen is. De keuze van de mensen moet primeren en dus moeten we op termijn streven naar een evenwichtige spreiding van de kosten van zorg. Bijvoorbeeld in functie van de psychische en fysieke draagkracht van de personen en niet langer meer in functie van de zorgaanbieder waar men beroep op doet.
 - Verder hebben we een aanbodsplanning nodig op basis van objectieve parameters. Hiermee kunnen we objectief vastgestelde ‘blinde vlekken’ vermijden én een goede spreiding van de zorgcapaciteit bekomen. Een goede zorgplanning impliceert ook dat deze gebeurt op basis van de noden in de Vlaamse gemeenschap en geënt is op de maatschappelijke visie in Vlaanderen. In dit kader zal ik dan ook het zorgregiodecreet invullen, waarbij we de fluxen van welzijn en de gezondheidszorg als uitgangspunt hanteren.

Als de wijze waarop we de gezondheidszorg organiseren, zich baseert op het subsidiariteitsprincipe, dan dient de besluitvorming met betrekking tot die zorg dezelfde principes te hanteren. Dit lijkt evident, maar dagelijks moet ik ondervinden dat het realiseren van alle principes die ik tot nu toe hanteerde, heel vaak bemoeilijkt worden door het gebrek aan een homogeen pakket aan bevoegdheden op vlak van gezondheidszorg.

Zorg is bij uitstek een persoonsgebonden en sociaal gebeuren. Maatschappelijke factoren spelen een grote rol in de gezondheidszorg, zowel op vlak van het voorkomen als van het behandelen van gezondheidsproblemen. Op basis van het subsidiariteitsprincipe moet de besluitvorming rond zorg en maatschappij op een niveau gebeuren dat zich zo dicht mogelijk bij de gebruiker bevindt. Besluitvorming houdt immers in dat degene die beslissingen neemt er ook de verantwoordelijkheid voor draagt en dat degene die zo geresponsabiliseerd wordt, ook de middelen krijgt om het beleid te sturen.

De financiering van het zorgsysteem moet het beslissingsniveau dus volgen. Hiermee is niet gezegd dat we het solidariteitsprincipe moeten verlaten. Wel moet die solidariteit gedragen zijn door de maatschappij, transparant zijn en zich baseren op objectieve gronden.

In vele vormen van de gezondheidszorg zoals in de eerstelijnsgezondheidszorg, de chronische zorg én de ouderenzorg gaan ‘care’ en ‘cure’ immers intens samen. Maar ‘cure’ is federale bevoegdheid en ‘care’ is gemeenschapsmaterie.

Als we pleiten voor een optimale samenwerking tussen diverse disciplines dan moeten hun respectievelijke regelgeving en financiering ook op elkaar zijn afgestemd. Dit lukt niet in het huidige model. Waar is de strikte grens tussen gezondheid en welzijn? Tussen medische en niet medische zorgen? Of tussen preventie en curatie?

- Nemen we als voorbeeld het ouderenbeleid: de meest geschikte zorg veronderstelt een diversiteit in het aanbod. Residentiële zorg en thuiszorg moeten naadloos op elkaar aansluiten. Voldoende crisisopvang, kortverblijf en dagopvang is noodzakelijk. Dit alles kan slechts efficiënt gebeuren als de normering én financiering op alle vlakken samengaan. Wanneer ligdagen kort worden gehouden in ziekenhuizen – helaas niet ingegeven vanuit kwaliteitsredenen, maar louter uit financiële drijfveren – dan dient er logischerwijs meer ondersteuning te zijn vanuit de ambulante sector. Maar de middelen die op het federaal niveau worden uitgespaard, komen niet over naar de gemeenschappen.
- Een tweede voorbeeld is de geestelijke gezondheidszorg, waarbij belangrijke delen van de ambulante zorg en de instellingenzorg tot een verschillend bevoegdheidsniveau behoren. De broodnodige samenwerking in netwerken en zorgcircuits wordt daardoor ernstig bemoeilijkt.

Ook in de ziekenhuiswereld is het ontzettend moeilijk werken.

- Nemen we de programmatiernormen. In bepaalde omstandigheden kan het nodig zijn het aanbod van de zorg aan beperkende regels te onderwerpen, en dit om kwaliteitsredenen. Denken we aan een afdoende patiënten-aanbod om ervaring te hebben én te houden. Een correcte spreiding van de dienstverlening moet echter gebeuren met slechts 1 doelstelling: een optimale zorg voor de patiënt, rekening houdende met bereikbaarheid enerzijds, en voldoende patiëntenaanbod en bestaffing anderzijds om een kwaliteitsvol aanbod te kunnen blijven bieden. De medische wereld evolueert nu eenmaal razendsnel en subdisciplines en bijkomende expertises blijven toenemen. Ik denk alleen al aan de revolutie die de genetica en het toenemende inzicht in stofwisselingsprocessen met zich brengen.
- In de geestelijke gezondheidszorg werd ik onlangs nog sterk geconfronteerd met een duidelijk verschil in aanpak rond forensische psychiatrie. Het principe van meest geschikte zorg, met verschillende gradaties van therapie en beveiliging in functie van de objectief vastgestelde noden, stond in schril contrast met de opvattingen van de Franstalige gemeenschap.
- Ook op vlak van palliatie zitten we in Vlaanderen op een andere golflengte dan Wallonië. Voor Vlaanderen pleit ik voor én werk ik aan een sterk gediversifieerd aanbod dat tegemoet komt aan de vragen en noden van de patiënt en waarbij we sterk tegemoet komen aan de vraag van 70% van de Vlamingen die, indien het mogelijk is, thuis wensen te sterven. In Wallonië daarentegen is men eerder geneigd om alles op te lossen in het ziekenhuis en amper te investeren in de ambulante setting.
- Een aantal marktgebonden domeinen worden best op supranationaal (Europees) niveau geregeld. We moeten ons de vraag stellen of het erkennen van geneesmiddelen op Belgisch niveau, mede gezien de enorme traagheid die België kenmerkt, nog wel een meerwaarde heeft. Ook de problematiek van de voedselveiligheid is een supranationaal fenomeen dat best op dat niveau een oplossing krijgt.

Tot slot wil ik me er niet over uitspreken of de andere gemeenschappen in dit land dezelfde visie moeten hebben over de zorg, de organisatie ervan en de besluitvorming errond. Ik wil er ook niet op aandringen. Wat ik wel verwacht is dat Vlaanderen de ruimte én de middelen krijgt om voor iedereen die hier verblijft, te zorgen volgens de inzichten en verwachtingen die hier leven.

De besluitvorming in en de organisatie van de gezondheidszorg in Vlaamse handen nemen, is geen doel op zich, maar slechts een middel om elke zorgvrager de juiste zorg te geven die hij nodig heeft en om de – vaak overwerkte – hulpverlener effectief ter hulp te komen als overheid.

Met deze uiteenzetting heb ik me niet gehouden aan de werktitel dat preventie de eerste stap naar een homogeen bevoegdheidspakket voor de ganse gezondheidszorg zou kunnen zijn. Ik heb een stap verder willen gaan. In Vlaanderen zijn we al bezig met een homogene aanpak in heel het gezondheids- en welzijnsbeleid. Er is geen weg terug. Het enige wat ons rest is het opbrengen van de maatschappelijke én politieke moed, in alle landsdelen, om daadwerkelijk een stap vooruit te zetten.

**HOE KANKER VOORKOMEN?
HOE ZWAAR WEEGT SECUNDAIRE PREVENTIE HIERBIJ?
(Dr. Bart Garmyn, Domus Medica)**

In dit onderdeel van het symposium hebben we eerst stilgestaan bij het onderwerp screening. Screening is een vorm van secundaire preventie. De doelgroep van een screeningsprogramma zijn uiterlijk gezonde vrijwilligers uit de algemene bevolking. Het doel bij screening is diegenen die *waarschijnlijk* een bepaalde ziekte hebben te onderscheiden van diegenen die *waarschijnlijk* de ziekte niet hebben. Bij een screeningsprogramma gaat het initiatief meestal uit van de gezondheidsinstanties.

Slechts een beperkt aantal kankers komt in aanmerking voor screening. Screening is ingewikkeld, moeilijk en gevaarlijk omdat het zich richt op gezonde personen. De baten zijn gering, en de schade door overmedicalisering en angstinductie is potentieel groot. Enkel een perfecte organisatie kan batig zijn, een dwingende kwaliteitsbewaking is dus noodzakelijk maar dit botst met de huidige medische cultuur in België

Welke vragen moet men zich stellen als men screening overweegt: Is de ziekte waar we naar willen screenen een voldoende groot gezondheidsprobleem? Is er een geschikte screeningstest beschikbaar met voldoende sensitiviteit en specificiteit? Kennen we de juiste “drempel” tussen ziek en niet ziek? Is er een echt effectieve behandeling beschikbaar voor de gevonden ziekte? Is die behandeling meer effectief bij de gescreenden dan bij de niet-gescreenden? Wat zijn de bijwerkingen van het screeningsproces? Hoe effectief is de screening? Met andere woorden hoeveel mensen moeten gescreend worden om één geval te ontdekken?

Omdat geen enkele screeningstest 100% sensitief en specifiek is zijn er heel wat nadelen verbonden aan screening. De nadelen bij vals-positiviteit zijn niet enkel psychologisch (onnodige ongerustheid, angst) er zijn ook fysieke nadelen die veroorzaakt worden door overbodige invasieve diagnostiek en operaties. Dit heeft natuurlijk ook financiële consequenties zowel voor de patient als voor de gezondheidszorg. Al het geld dat nutteloos wordt uitgegeven komt immers niet ten goede van deze die het echt nodig hebben. Bij een vals-negatieve test is er een valse geruststelling. Als de eerste symptomen optreden kan de patient laattijdig een arts consulteren onder het motto: “mij kan niets gebeuren, ik heb me net nog laten keuren!”.

Om een rationele beslissing over screenen mogelijk te maken formuleerden Wilson en Jungner op verzoek van de Wereld Gezondheidsorganisatie een aantal criteria. Aan de hand van deze criteria werd in het symposium het debat aangegaan in hoeverre verschillende kankers anno 2006 in aanmerking komen voor een georganiseerd screeningsprogramma.

Het eerste criterium stelt dat de ziekte waar naar gescreend wordt een belangrijke aandoening moet zijn. Er werd gebruik gemaakt van de cijfers van de Vlaamse kankerregistratie om de belangrijkste kankers te identificeren. Voor mannen is dit Prostaat (28,6 %), Long (17,9%), Colon (13,6%), Urinewegen (5,9%) Hoofd & Hals (5,7%). Voor vrouwen Borst (35,5%) Uterus (5,4%) Ovarium (4,6%) Long (4,1%). De incidentie van een bepaalde kanker zegt echter onvoldoende. Het is ook belangrijk te kijken naar de sterfte aan kanker. Hier scoort borstkanker het hoogst met 20,7% van de sterfte aan kanker gevolgd door colorectale kanker (13,4%), Longkanker (10,4%), Lever/gal/pancreaskanker (9,1%) en kanker van de lymfoïede en bloedvormende organen (8,7%). Nog belangrijker is het aantal verloren potentiële levensjaren (VPJ) hieronder verstaat men het totaal aantal jaren dat in een bevolking verloren is gegaan door voortijdige sterfte aan de ziekte. Het berekenen van de verloren potentiële levensjaren per doodsoorzaak laat toe het belang van die doodsoorzaak af te wegen.

De sterfte aan borstkanker scoort hier het hoogst van alle doodsoorzaken. Deze ziekte is op zich goed voor 11,7 % van het totaal aantal VPJ. Deze doodsoorzaak wordt gevolgd door sterfte aan ischemische hartziekten (7,7%) cerebrovasculaire aandoeningen (6,1%), longkanker (6,0%), zelfmoord (5,8), colorectale kanker (3,8%) en verkeersongevallen te land (3,2%).

De belangrijkste kankers die voor screening in aanmerking komen zijn dus borstkanker bij vrouwen, prostaatcancer bij mannen, colorectale kanker en longkanker.

Het tweede criteria van Wilson En Jungner stelt dat er een goede behandeling moet zijn voor mensen die gediagnosticeerd worden. In het symposium werden overlevingskansen vergeleken voor de 4 belangrijkste tumoren. In het symposium werd in detail ingegaan op alle studies over borstkanker en prostaatkanker. Bij borstkanker is er een bewezen effect in gerandomiseerde studies dat de mortaliteit daalt met 30% in een populatie die uitgenodigd wordt voor screening. Ook bij colonkanker is een effect van 16% mortaliteitsdaling aangetoond. Bij prostaatkanker heeft men echter nog niet afdoende aangetoond dat er een significant verschil is in overleven tussen patiënten die onmiddellijk behandeld werden met radicale prostatectomie en patiënten waarbij aandachtsvol gewacht wordt. Voor longkanker zijn de cijfers bedroevend.

Het derde criterium stelt dat de faciliteiten voor diagnose en behandeling moeten beschikbaar zijn. Dit zou in principe te realiseren zijn hoewel men de gevolgen van het opzetten van een screeningsprogramma voor het gezondheidszorg-systeem niet mag onderschatten!!!

Criterium 4 stelt dat er een duidelijk latent of vroegtijdig stadium moet bestaan waarin de ziekte herkend kan worden en behandeld. Bij vroege diagnostiek van prostaatkanker of borstkanker poogt men om het carcinoom in een vroeg stadium op te sporen en dus niet het voorstadium van het carcinoom. Wel kan men hierbij de tumor opsporen voordat er symptomen optreden en op een ogenblik dat genezing mogelijk is. Bij colonkanker kan men het voorstadium van het carcinoom opsporen met haemocult en colonoscopie. Bij longkanker zal radiografie de tumor niet kunnen opsporen in een latent stadium waarbij de genezing kan beïnvloed worden door snellere behandeling.

Criterium 5 stelt dat er een geschikte test moet voorhanden zijn met voldoende sensitiviteit en specificiteit om nieuwe casussen correct te identificeren. De validiteit van een screeningstest wordt bepaald door zijn mogelijkheid om op basis van de test uit te maken wie ziek is en wie gezond is.

De sensitiviteit van de test is de kracht van de test om zieke mensen correct te identificeren. Een test met een hoge sensitiviteit heeft weinig “*vals negatieve*” resultaten. De specificiteit van de test is de kracht van de test om gezonde mensen correct te identificeren. Een test met een hoge specificiteit heeft weinig “*vals positieve*” resultaten.

Voor borstkanker scoort mammografie voldoende met een sensitiviteit van gemiddeld 77% en een specificiteit van 92%. Klinisch onderzoek en mammo+ echo scoren minder goed.

Bij prostaatkanker scoort PSA niet slecht qua sensitiviteit maar de specificiteit is beperkt. Als je 1000 mannen vanaf 50 jaar gaat screenen met PSA-test zal je 136 mannen doorverwijzen voor verder onderzoek. 33 hiervan blijken bij biopsie prostaatkanker te hebben. Bij de 874 mannen die niet zijn doorverwezen zijn er ook 15 mannen met prostaatkanker die niet ontdekt werd door de PSA. Van de 103 mannen bij wie de biopsie goed resultaat had aangetoond blijkt uiteindelijk 8 mannen toch ook een kanker te hebben gemist door de biopsie. 95 mannen hebben een echt vals positieve PSA. De positieve predictieve waarde is trouwens erg klein. In USA was er de eerste 10 jaar na de introductie van PSA een goede maar geen fantastische correlatie tussen serum PSA en prostaatkankervolume (20 jaar geleden). Deze relatie is nu verdwenen. De laatste 5 jaar is er enkel een relatie tussen BPH en serum PSA. Wat PSA en prostaatkanker betreft zijn er dus meer vragen dan antwoorden. Prostaatkanker begint bij mannen vanaf 20 jarige leeftijd en neemt langzaam toe bij elke 10 jaar totdat meer dan 80% van de mannen van 70 jaar een microscopische kanker vertonen. Dit betekent dat elk excuus om een biopsie te nemen van de prostaat een excellente leeftijdsafhankelijke kans geeft op een positieve biopsie voor prostaatkanker. Anderzijds zal slechts een beperkt aantal van deze kankers ooit klinisch relevant worden; De meeste mannen sterven immers nog steeds MET hun prostaatkanker en niet VAN hun prostaatkanker.

Voor colonkanker ligt de **sensitiviteit** van de fecaal occult bloed test tussen 46% en de 92%.

Indien de test éénmalig wordt uitgevoerd is de sensitiviteit 50%, maar deze stijgt als de test jaarlijks of tweejaarlijks wordt uitgevoerd gedurende een langere periode (8-13 jaar). Screenen met de niet-gerehydrateerde FOBT resulteerde in een percentage positieve testen van 0,8%-2,4% en een **PPV** voor CRC van 5,6%-17,7%. Bij de gerehydrateerde test waren er 4,8%-9,8% positieve testen en de PPV bedroeg 2,2%-4,2%. Door de test te rehydrateren worden veel meer mensen onderworpen aan onnodig bijkomend onderzoek; er zijn meer vals positieven, de specificiteit van de gerehydrateerde test daalt. **specificiteit** afhankelijk van studie tussen 87 en 98%.

Momenteel is er geen goede FOBT beschikbaar die aan de noden van de hele doelpopulatie wereldwijd voldoet. In de keuze van de FOBT moet men rekening houden met de compliantie voor de dieetrestricties en de mogelijkheden voor colonoscopisch onderzoek. De meer sensitieve testen kunnen enkel gebruikt worden als de dieetrestricties goed worden opgevolgd. Bij het gebruik van de immunochemische testen zijn dieet- en medicatierestricties niet nodig. Deze testen zijn meer geschikt voor een gestandaardiseerde ontwikkeling en kwaliteitscontrole, maar zijn een stuk duurder. Prospectief onderzoek naar de prestaties van deze tests in de doelgroep voor screening moet uitgevoerd worden vooraleer deze tests kunnen aanbevolen worden.

In de klinische studies met positief effect op mortaliteit en incidentie werden de testen uitgevoerd en afgelezen in één centraal laboratorium. Op dit ogenblik bestaat dit in Vlaanderen niet.

Criterium 6 gaat over de aanvaardbaarheid van de test voor de bevolking. Mammo, FOBT en PSA scoren hier goed.

Criterium 7 stelt dat het natuurlijk verloop van de ziekte, alsook de ontwikkeling van latente aandoeningen die als “ziekte” worden gediagnosteerd, volledig gekend en begrepen moet zijn. Men kan hier vragen stellen bij het verloop van prostaatkanker.

Criterium 8 stelt dat er een duidelijke consensus moet zijn over wie al dan niet behandeld moet worden en op welke wijze. Ook hier scoort prostaatkanker onvoldoende.

Criterium 9 zegt dat de kosten voor het vinden van een nieuw geval gezondheidseconomisch moet haalbaar zijn in de globale context van de gezondheidsuitgaven. Bij borstkanker is dit gekend en loopt dit op tot 12000 euro. Voor prostaatkanker is dit niet goed gekend maar bedraagt dit minstens 25000 euro. Bij colonkanker is dit ook gekend en bedraagt dit tot 4000 euro.

Criterium 10 stelt dat de behandeling van de ziekte in een vroeg stadium het beloop en de prognose van de ziekte gunstig moet beïnvloeden. Hier dient rekening gehouden met het fenomeen van lead-time bias. Het is mogelijk om een ziekte eerder te vinden, zonder dat de overleving daarom verbeterd wordt. Het screeningsprogramma heeft een over-representatie van vroegtijdig gediagnosteerd personen bij wie de overleving toeneemt met exact de hoeveelheid tijd dat ze eerder werden gediagnosteerd. De zogezegde “betere overleving” die wordt waargenomen bij de gescreende populatie, heeft dus niets te maken met het feit dat deze mensen langer leven, maar alles met het feit dat ze vroeger gediagnosteerd werden in een vroeger stadium van het natuurlijk verloop van de ziekte. De patiënt leeft niet langer, hij weet alleen eerder dat hij dood gaat!!!

Men moet ook rekening houden met de Length Bias. De meeste chronische ziekten, vooral kankers, zijn niet even progressief en evolueren niet bij iedereen even snel. In elke groep van “zieken” zijn er mensen bij wie de ziekte snel evolueert en mensen waarbij de ziekte traag evolueert. Screening identificeert selectief deze patiënten met een lange preklinische en klinische fase die traag evolueren. Zij hebben meer kans om op tijd “gescreend” te worden. Het zijn net deze patiënten die zo wie zo een betere prognose hebben los van een eventueel screeningsprogramma.

Het enige sluitende bewijs van de effectiviteit van een screeningsprogramma is de reductie van de totale leeftijds-specifieke mortaliteit of morbiditeit, idealiter aangetoond in een gerandomiseerde trial.

Dit bewijs is duidelijk geleverd voor borstkankerscreening en minder duidelijk voor colonkankerscreening. Voor prostaatkankerscreening is dit nog twijfelachtig en voor longkanker is dit nooit aangetoond.

Het besluit van deze oefening is dus screening naar borstkanker zinvol is en volop moet worden aangemoedigd. Voor colonkanker en prostaatkanker is verder onderzoek nodig. De uitgangssituatie voor colonkankerscreening is op dit ogenblik gunstiger dan deze voor prostaatkankerscreening. Voor longkanker dient alle heil gezocht in primaire preventie: rookstop en terugdringen van dieselemissie.

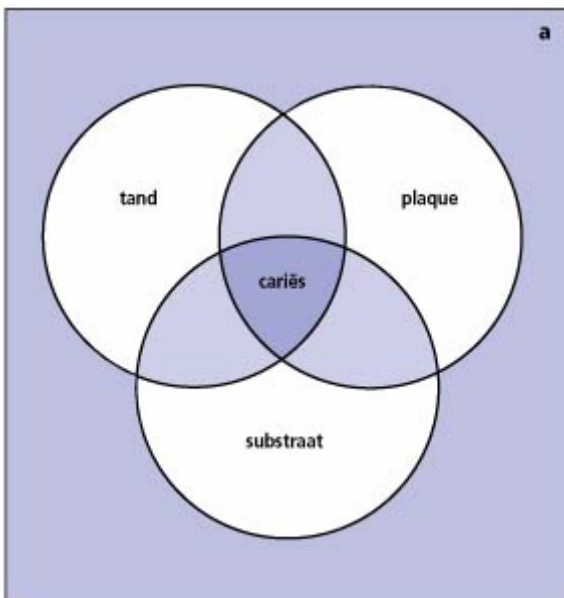
**CARIESPREVENTIE EN ZORG VOOR HET PARODONTIUM.
OF HOE EEN GEZOND GEBIT BIJDRAAGT TOT PREVENTIE.**
(Prof. dr. L. MARTENS en Prof. dr. J. VANOBBERGEN, UGent)

Het landschap waarin actueel tandheelkundige preventie wordt uitgevoerd is de laatste 50 jaar heel sterk gewijzigd. Op verschillende aspecten binnen de mondzorg werd in deze periode heel wat vooruitgang geboekt. Dit resulteerde in aandacht voor efficiëntere preventieve en curatieve zorg voor de belangrijkste aandoeningen in de mond, zijnde cariës en gingivitis-parodontitis, aandacht voor het probleem van de tanderosie gekoppeld aan intrinsieke en extrinsieke determinanten, aandacht voor traumatologie zowel inzake preventie als inzake therapie, opsporing en preventie van tumoren.

Het grootste deel echter van de mondzorg wordt nog steeds opgeëist door de problematiek van cariës. Tevens zijn er vanuit preventief oogpunt veel parallellen met gingivitis-parodontitis (mondhygiëne). Er wordt dan ook speciaal aandacht geschonken aan dit item.

Wat cariës betreft heeft het definitief aanvaard worden van de zuurtheorie van Miller waarbij aangenomen wordt dat de organische eindzuren bij het afbreken van suikers (voedselresten) verantwoordelijk zijn voor de ontkalking, geleid tot de doorbraak van de actuele preventie zoals we die nu kennen. Een gericht mondhygiëne advies en voedingsadvies is hierbij uitermate belangrijk.

Een bijzonder aspect is permanente aanwezigheid van fluoride in het mondmilieu. Fluoride werkt vertragend op het ontstaan en de progressie van cariës. Het natuurlijk herstel van initiële cariës via remineralisatie werd uitvoerig bestudeerd. Deze beide effecten boden nieuwe mogelijkheden voor preventieve interventies bij initiële cariës en hebben er toe geleid dat een meer weefselvriendelijke houding werd aangenomen bij het curatief behandelen van cariës.



Dit alles resulteerde in een verminderde prevalentie en incidentie van cariës, maar meteen ook in een gepolariseerde vorm van voorkomen van tandbederf in onze populaties. De overgrote meerderheid van pathologie is te vinden bij een kleinere, maar substantiële groep patiënten, die sterke aantasting van het gebit vertoont. Zonder blijvende aandacht voor het probleem is de kans dus groot dat enerzijds tandbederf terug in ernst zal toenemen en dat de gezondheidsverschillen die wij actueel vaststellen zullen vergroten.

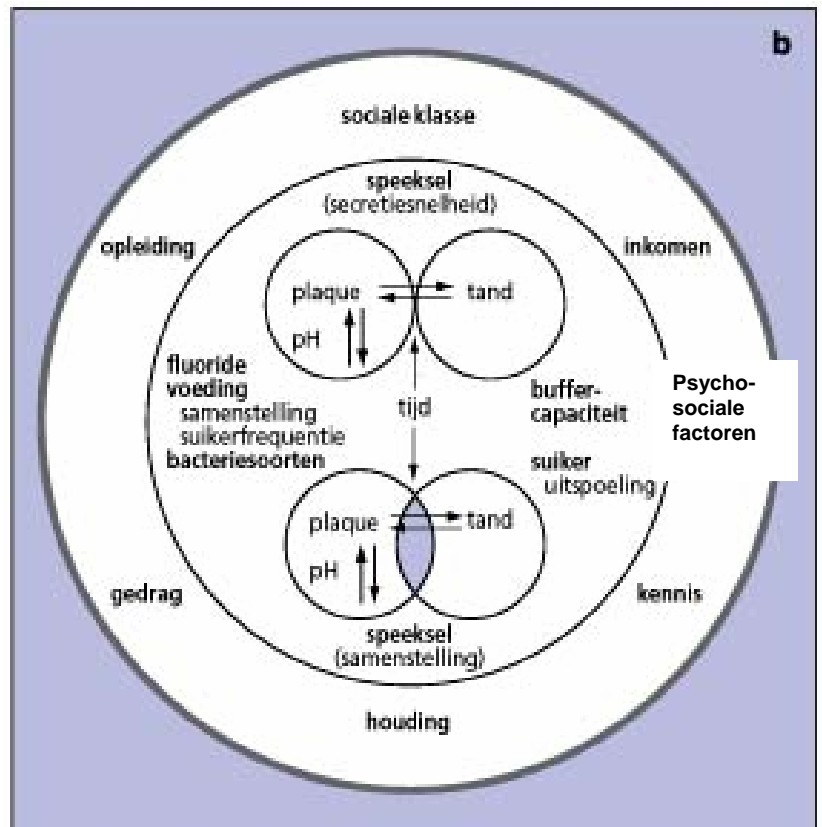
De bovenvermelde cariëstheorie zoals we die nu kennen houdt rekening met primaire, direct oorzakelijke factoren, die werden weergegeven via het bekende diagram van Keyes en Jordan (1963) (figuur).

Diverse bacteriën (flora) zijn oorzaak van het tandbederf maar kunnen geen schade veroorzaken als ze niet beschikken over fermenteerbare koolhydraten (suikers).

Deze bacteriën bevinden zich in een microbiële laag die actueel biofilm wordt genoemd en zowel bacteriën als voedselresten als cellen bevat. Deze biofilm wordt in de volksmond plaque genoemd. Een goede mondhygiëne stelt zich dus tot doel de mond plaquevrij te houden. Plaque ligt ook aan de basis van de tandvleesontsteking.

Uitroeien van één bacteriesoort kan helpen bij het verhinderen van cariës, maar toch is het meteen bewezen dat heel wat bacteriën in de tandplaque zuur kunnen vormen, waarbij de ene soort vooral belangrijk is voor het initiëren van cariës en de andere vorm voor de progressie van cariës. Fluoride is een belangrijke gastheer factor, die naast het feit dat ze verantwoordelijk is voor de grote daling van de cariës prevalentie ook een rol speelt in de progressie en het vóórkomen van cariës. De posteruptieve fluoride inbouw, aanvaard als de belangrijkste inbouw, vindt vooral plaats in de buitenste lagen van het glazuur, waardoor cariës eerder ontstaat als een soort ‘onderhuidse’ ontkalking.

Naast deze primair oorzakelijke factoren zijn actueel heel wat secundaire en tertiaire, niet noodzakelijk direct oorzakelijke factoren bekend die een belangrijk rol spelen in het multifactorieel proces van cariës. (figuur). Het belang van de 'tijd', het belang van het speeksel, maar ook de belangrijke invloed van de omgevingsfactoren (sociaal economische context, voedingsaanbod, media, ...) en psycho-sociale factoren (self-esteem, health locus of control, rookgedrag...) werden in het causaal model verwerkt. Ze worden weergegeven in het diagram van Fejerskov.



De gevolgen van dit alles voor ons cariësmanagement zijn zeer indringend, maar nog niet steeds doorgedrongen tot de dagdagelijkse praktijkvoering. Het reversiebele karakter van cariës in zijn initiële vorm en de trage progressie hebben aanleiding gegeven tot onderzoek naar nieuwe detectiemethoden voor cariës. Vroege detectie biedt immers meer mogelijkheden tot preventieve therapie zoals gerichte mondhygiëne, lokale fluorideapplicatie en gebruik van antimicrobiële preparaten.

Apparatuur werd ontwikkeld waarmee zowel de intrinsieke fluorescentie van glazuur kan worden gemeten als de fluorescerende metabolieten van de mondbacteriën.

Daarnaast werden procedures voor risico inschatting ontwikkeld die het mogelijk maken een gericht preventiebeleid te voeren aangepast aan het risico profiel van de individuele patiënt of bepaalde patiëntengroepen, nadat deze werden geïdentificeerd.

Dit resulteert niet alleen in meer efficiënte klinische preventiestrategieën, maar ook tot een verhoogde economische effectiviteit. Ook op restauratief vlak heeft dit alles zijn consequenties. Terwijl vroeger alle putten en groeven werden uitgeboord en met metaalkleurige vullingen werden gevuld wordt vandaag minimaal invasief gewerkt en alles met klevende tandkleurige vulmaterialen hersteld.

De verfijnde diagnostiek en de meer nauwkeurige aanpak van de letsels vraagt ook naar een reorganisatie van werkmodaliteiten en bijsturen van de gezondheidszorg. Het definiëren van risico wordt per patiënt een must! Wat recent aanvaard werd voor de parodontologie (DPSI-index) kan evengoed voor cariës waarbij men geen risico, laag risico en hoog risico perfect kan inschatten. Het is voorspelbaar dat een groot gedeelte van de hoog-risicogroep zal terug te vinden zijn in een deel van de bevolking dat moeilijk toegang krijgt tot de tandarts enerzijds of waar de tandarts geen affiniteit voor heeft anderzijds. Het betreft oa. personen met een handicap, geïnstitutionaliseerde personen, bejaarden, dementen, kansarmen... Voor deze groepen zijn heel wat van de behandelaspecten niet te bundelen in een prestatiegerichte geneeskunde.

De zorg voor specifieke hoog-risico patiënten groepen moet worden geoptimaliseerd door het creëren van nieuwe honoreringsmodaliteiten zoals forfaitaire vergoedingen, capitation, gesalarieerde gezondheidswerkers, Bij dit alles moet meteen ook gedacht worden aan speciaal opgeleide hulpkrachten.

Een goed gebit draagt bij tot preventie (zie titel)...oa. van hart-en vaatziekten...

Een verzorgd gebit verhoogt de 'quality of life' van de patiënt!

Onze grootste zorg voor de toekomst zal er dus in bestaan deze uitdagingen niet uit de weg te gaan en samen te werken aan het implementeren van deze nieuwe inzichten in de dagdagelijkse praktijkvoering van de komende jaren.

**GEZONDE LEEFSTIJL EN VOEDING:
GEDRAG IS ÉÉN DING; HET VERANDEREN EEN ANDER.
(Veerle Stevens, Stafmedewerker Wetenschappelijke Ondersteuning,
Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie)**

In onze Westerse samenleving komen ziekten zoals kanker, hart- en vaatziekten, diabetes (type 2) of hypertensie zeer frequent voor. De oorzaken van deze aandoeningen zijn multifactorieel, maar het aandeel van voeding wordt steeds duidelijker in kaart gebracht.

De meeste van deze problemen worden veroorzaakt door een overconsumptie van bepaalde voedingsstoffen*. Door onze technische know-how, moderne marketingtechnieken en hoge levensstandaard is zowel de vraag als het aanbod aan voedingsmiddelen sterk toegenomen. Daar bovenop komen onze gewijzigde woon-, werk- en leefgewoontes die steeds minder energie vergen. Dit leidt tot een leefpatroon dat gekenmerkt wordt door een te grote energie-inname t.o.v. het energieverbruik. Overvoeding dus.

Dit brengt ons bij de vraag ‘of’ maar vooral ‘hoe’ onze samenleving hierop kan reageren of -beter nog- dit kan voorkomen. Het antwoord van de gezondheidspromotie vinden we in het Ottawa Charter en werd recent nog bekrachtigd in het Charter van Bangkok (2005)*. Het ontstaan of in stand houden van deze zogenaamde beschavingsziekten wordt er niet louter toegeschreven aan bio(fysio)logische factoren of een inadequaat gezondheidszorgsysteem. De gezondheid van mensen wordt mede bepaald door de wijze waarop zij zich gedragen. Zo is bv. aangetoond dat ongezonde voeding en te weinig beweging mede oorzaken zijn van obesitas. Bovendien leven, wonen en werken mensen in een omgeving die gezond of ongezond gedrag uitlokt of juist verhindert. Een woonomgeving die niet uitnodigt om zich te voet of per fiets te verplaatsen, een voedingsaanbod op de werkplek dat eenzijdig en ongezond is, voor de leek onbegrijpbare nutritionele informatie op voedingsproducten, ... dragen alle bij tot het in stand houden van te weinig beweging en ongezond voedingsgedrag. De gezondheidspromotie zal steeds trachten om gezondheidsproblemen te begrijpen in deze totaliteit en naast de bio(fysio)logische factoren ook de bijdrage van leefstijlkenmerken en omgevingsvariabelen in rekening te brengen.

Deze ‘andere’ visie op het ontstaan van gezondheidsproblemen leidde op zijn beurt tot ‘andere’ oplossingen voor deze problemen. De gezondheidspromotie richt zich steeds op de *oorzaken* van een gezondheidsprobleem, in het bijzonder op de *leefstijl* van mensen en op hun *leefomgeving*. Een goede (lees: effectieve) preventie maakt steeds een combinatie van leefstijl- en omgevingsstrategieën.

Strategieën voor het veranderen van de leefstijl zijn legio en variëren van screening en risicometingen over educatie en massamediacampagnes tot veranderingen in werkplaatsen, scholen of zelfs een ganse samenleving. Artsen en hun communicatie met patiënten is daar één van. En toch blijkt gedragsverandering niet vanzelfsprekend. Mensen lijken niet zo vlot van gedrag te wisselen. Ook niet ondanks een onderbouwd en gedegen advies. En het is wellicht daardoor dat er twijfels gerezen zijn over het nut van leefstijlinterventies. Professionals raken ontmoedigd om aan gedrag van hun patiënten te werken. Deze groepsdiscussie doorprijkt een aantal hardnekkige mythes die hierover bestaan:

- mythe 1: Mensen *weten* intussen toch dat ongezonde voeding schadelijk is voor hun gezondheid. We kunnen dit toch niet blijven herhalen.
- mythe 2: Mensen aanzetten om gezonder te eten lukt niet en dus werkt preventie gewoon niet.
- mythe 3: Mensen hebben de keuze om wel of niet gezond te eten. Daar kunnen professionals niets tegen inbrengen.

Maar niets is minder waar: gedragsverandering kán; het cruciale zit hem in het *wat* en het *hoe*!

Het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie wil een gezonde leefstijl en een gezonde leefomgeving bevorderen en zo bijdragen tot een betere levenskwaliteit voor alle inwoners van Vlaanderen. Dit doel wil het VIG bereiken aan de hand van 1) ondersteuning van professionele gezondheidswerkers en andere intermediairs door het aanbieden van strategische visie, kwaliteitsadvies en opleiding, 2) pleitbezorging voor een gezond overheidsbeleid op alle niveaus en in alle sectoren en 3) aanmoediging van de samenwerking tussen alle actoren die een rol spelen in gezondheidspromotie of invloed hebben op de gezondheid van mensen.

*Meer info: www.vig.be.

Verslag uit de groepsdiscussie (Dr. Dirk Dewolf):

1. Aan voeding wordt een essentiële rol toegeschreven in de volksgezondheid. De levensverwachting in sommige beduidend minder welvarende landen ligt hoger dan in sommige rijke landen ten gevolge van de verschillen in voedingsgewoonten.

Voeding is essentieel in de strijd tegen overgewicht en zwaarlijvigheid. De wetenschappelijk onderbouwde kennis is toereikend om aan professionelen, aan het beleid en aan de burger informatie te verstrekken en gezond gedrag te promoten en te induceren. Anderen zijn van oordeel dat bijkomende gegevens uit onderzoek nuttig kunnen zijn om de preventie beter te kunnen richten.

2. Mag of kan een gemeenschap of een overheid gedragsveranderingen opleggen aan of induceren bij individuen? Het antwoord is positief. Er zijn goede voorbeelden uit het verleden:

- het rookverbod in bedrijven,
- de reductie van zoutconsumptie,
- de terugbetaling van preventief gebitsonderzoek,
- de beteugeling van het aanbod van alcoholhoudende dranken.

Problematisch is evenwel de versnippering van bevoegdheden binnen de Belgische context om een samenhangend beleid te kunnen verwezenlijken. Het aanbod van drank- en voedingsproducten is bovendien onderhevig aan Europese regelgeving.

3. De obesitas- en diabetesepidemie dwingen tot aandacht voor gezonde voedingsgewoonten bij kinderen en jongeren:

- vele ouders geven al het goede voorbeeld, maar in teveel gezinnen is dat niet zo; hoe duurzaam zijn interventies op school indien het thuismilieu het gezonde voedingsgedrag niet in de hand werkt?
- op school is gedragsbijsturing mogelijk; frisdrank- en snoepautomaten moeten verboden worden, ook al werkt de lobby van producenten tegen;
- beleidsmaatregelen laten lang op zich wachten; de Vlaamse ministers van Onderwijs, Landbouw en Gezondheid hebben recent een gezamenlijke intentieverklaring opgesteld om o.a. deze problematiek samen aan te pakken.

4. De responsabilisering van het individu.

In de werkgroep waren twee strekkingen aanwezig: de ene stond voor maximale responsabilisering van het individu: wie rookt of wie nooit mondhygiënische maatregelen in acht heeft genomen, die moet verantwoordelijk gesteld kunnen worden voor de financiële consequenties op dit vlak van ziektekosten.

De andere strekking pleitte in dit opzicht voor behoedzaamheid: de kansen om weerstand te bieden aan verslavende stoffen, bijvoorbeeld, zijn niet gelijk verdeeld. Er bestaat een sociale gradiënt in de gezondheidsproblematiek en in ongezond gedrag. Door volledige responsabilisering kunnen de zwakkeren nog zwakker worden.

5. Het belang van de etikettering van voedingswaren

Er is grote nood aan gedegen kennis over de kwaliteiten van de voedingswaren die geconsumeerd worden. De producenten moeten verstaanbare informatie meegeven met hun producten. Dat is één van de manieren om vanuit de consumentenzijde weerstand te kunnen bieden tegen misleidende reclame.

De Europese Unie speelt op dit vlak een dominante rol.

6. Kennis versus actie

De meeste mensen weten wel wat gezond of ongezond gedrag is. De kenniskloof op zich mag dus eerder beperkt genoemd worden. Er gaapt een veel bredere implementatiekloof: hoe de kennis omzetten in consequent gezond gedrag? Op dit vlak is mogelijk wel bijkomend onderzoek nodig.

Vanuit huisartsenzijde wordt gewaarschuwd tegen het negativisme in de communicatie: om patiënten te kunnen overhalen om gezond gedrag aan te nemen is aangepast materiaal en zijn positieve boodschappen nodig. Er moet ook rekening gehouden worden met een overbevraging van het huisartsenkorps voor deelname in LOGO's (locoregionaal gezondheidsoverleg), SIT's (samenwerkingsinitiatieven in de thuisgezondheidszorg) en dergelijke. Daar staat immers vaak een zero honorering tegenover.

7. Relatie met commerciële sector

Met de tabaksindustrie is geen samenwerking mogelijk. Het product is zonder meer schadelijk. Dat ligt anders bij de voedingsindustrie: een partneriaat is mogelijk omdat het in dit geval niet gaat om een absolute ja/nee-keuze, maar wel over relatieve verschuivingen binnen het aanbod van deze sector.

**VACCINATIES:
WEET U WIE WAAR, WANNEER, WAAROM EN DOOR WIE GEVACCINEERD WERD EN
WAAROM NIET?**

(Dr. Geert Top, Vlaamse Gemeenschap)

Vaccinnet

Vaccinnet is in essentie een systeem dat de mogelijkheid biedt zelf via het internet bestellingen door te geven voor vaccins die door de Vlaamse overheid gratis ter beschikking gesteld worden van de vaccinatoren.

Elke arts kan beschikken over een (aangepaste) vaccinstock.

Het is de bedoeling elke vaccinatie te registreren in de vaccinatiedatabank die met het systeem gelinkt is. Na registratie van een vaccinatie zal het systeem de gekende stock van dat vaccin met een eenheid verminderen en zo wordt een nieuw tegoed of bestelkrediet opgebouwd.

Vanaf een bepaalde limiet, afhankelijk van het vaccin, kan een arts dan overgaan tot bestellen.

De vaccinatiegegevens die u registreerde, worden in een vaccinatiedatabank opgeslagen. In het Vaccinnet kan u als arts de vaccinatiegegevens van uw patiënten raadplegen, voor zover ze al in de databank opgenomen zijn. Alle vaccinatiegegevens van Kind en Gezin zijn er momenteel al in opgenomen, en naarmate meer artsen met het systeem gaan werken, zal de databank ook vollediger worden.

Ook bestaat de mogelijkheid om vaccinatiegegevens uit het verleden aan de databank toe te voegen, evenals andere vaccins dan de vaccins die door de overheid gratis ter beschikking gesteld worden.

Het is wel de bedoeling dat een arts die via Vaccinnet begint te werken, niet meer zijn of haar bestellingen via de oude manier gaat doorgeven.

Hierna volgt een overzicht van de verschillende stappen die u moet doorlopen om met Vaccinnet te kunnen werken.

1. Identificatie als persoon via de federale Belgische overheid

Indien u met het Vaccinnet wilt beginnen werken, is het nodig dat u zich hiervoor registreert.

Voor de identificatie werd gekozen voor dezelfde procedure als voor de federale overheid (vb. voor belastingaangifte, etc.). Dit gebeurt via de federale portaalsite: www.belgium.be. Hier kunt u "zich inschrijven" om u te identificeren en ook een "token" aanvragen voor toegang tot meer beveiligde applicaties. Een token is een kaartje met een aantal codewoorden.

Normaal gezien ontvangt u dit kaartje na enkele dagen. Zorg er vooral voor dat u ook uw gebruikersnaam en paswoord onthoudt, zoals ze bij de federale overheid gekend zijn.

Diezelfde gebruikersnaam en datzelfde paswoord heeft u nodig om u aan te melden bij Vaccinnet. Op termijn zou het ook moeten mogelijk zijn om zich met een elektronische identiteitskaart te registreren.

De procedure voor die identificatie bij de federale overheid moet u natuurlijk maar éénmaal doorlopen.

Indien u zich al geregistreerd heeft bij de federale overheid en al over een token beschikt, kunt u meteen van start gaan met Vaccinnet.

2. Aanmelden als arts bij Vaccinnet om als gebruiker toegang te krijgen

U kunt de startpagina van het Vaccinnet vinden op de beveiligde (vandaar https) website:

<https://www.vaccinnet.be>, waar u ook een helpfunctie vindt die u wat informatie kan geven.

Bij inloggen wordt u automatisch omgeleid naar de identificatiesite van de federale overheid.

Bij correcte gebruikersnaam en paswoord, wordt u gevraagd één van de codes op uw token door te geven als "authenticatie".

De eerste keer dat u inlogt op Vaccinnet moet u uw eigen basisgegevens vervolledigen met uw RIZIV-nummer om u als arts te identificeren en gegevens om vaccins vlot te kunnen leveren zoals het leveradres, telefoonnummer, etc.

Daarna ontvangt u een mailbericht waarin vermeld wordt dat u toegang krijgt tot Vaccinnet.

Wanneer uw aanvraag goedgekeurd is, kunt u aan de slag. Dan kunt u ook na inloggen een uitgebreidere helpfunctie raadplegen met een aantal demo's. Ook vindt u er de gegevens om met iemand van ons call-center contact op te nemen bij problemen.

3. Werken met Vaccinnet

De eerste keer dat u effectief gaat werken met het Vaccinnet, moet u eerst de gebruiksovereenkomst aanvaarden.

Dan zult u gevraagd worden uw actuele stock aan vaccins door te geven. Eventueel kunt u ineens al overgaan tot het plaatsen van een bestelling wanneer u over zeer weinig vaccins beschikt.

Nu kunt u gewoon werken met het systeem. Telkens u een nieuwe vaccinatie registreert, vermindert uw voorraad en groeit uw “bestelkrediet”.

Het is mogelijk dat u bepaalde personen niet vindt in de databank. Gelieve dit dan ook te melden aan het call-center.

Hopelijk zal dit systeem ook voor u haalbaar zijn.
Alle feedback is natuurlijk welkom.

Verslag sessie vaccinatie met dokter Geert Top

Er volgt een presentatie van dokter Geert Top doorheen Vaccinnet, te vinden op www.vgv.be

Dr. Kurt Anseeuw: Kan dit worden open gesteld voor ziekenhuisartsen?

Dr. Geert Top: Wordt aan gewerkt.

Dr. Louis Ide: Kan dit worden meegenomen voor microbiologie, infectieziekten en reizigersvaccinatie?

Dr. Geert Top: Dat voorstel neem ik mee.

Dr. Louis Ide: En wat met arbeidsgeneeskunde?

Dr. Geert Top: Wordt bekeken.

Vertegenwoordiger van de onafhankelijke ziekenfondsen: Is er uitwisseling met Care, Farmanet mogelijk?

Dr. Geert Top: Het gaat om de levering naar de arts om zo b.v. de koude keten te respecteren. Levering naar de apotheek is een tussenstop, omslachtig en geen meerwaarde en zelfs potentieel meer risicovol voor de koude keten. Eigenlijk gaat het in farmanet trouwens om een verkoopsacte, hier gaat het over het vaccin zetten en registreren.

Dr. Louis Ide: Wat inzake doorgeven van informatie? Bijvoorbeeld in de gemeente moet je nog altijd een attest hebben om te bewijzen dat je een poliovaccin liet zetten. Dit is administratief omslachtig. Maar helaas federaal. Doch voor de terug betaling van vaccins (via ziekenfondsen) zou er toch een communicatie kunnen zijn tussen vaccinnet en de ziekenfondsen, zodat de arts geen papieren meer moet invullen?

Dr. Geert Top: Suggestie wordt mee genomen.

Dr. Louis Ide: Wat met de toevoeging van bijvoorbeeld een immunestatus, bij bijvoorbeeld rubella. In Nederland wordt immuniteitsbepaling voor rubella weliswaar niet meer gedaan wegens goede vaccinatiecouverture (behalve dan voor de bible belt). In Vlaanderen wel nog en zelfs te veel én dan nog vaak IgG én IgM. Als je die dan één keer neemt (immunestatus IgG) en registreert... Idem voor andere.

Dr. Geert Top: Moeilijk: het is geen medische dossier. De privacy commissie zou ook bezwaar hebben. Het Vaccinnet is voornamelijk een bestelmodule. Maar er kunnen wel zaken vermeld worden in het Vaccinnet.

Els Vankeirsbilck, tandarts: Wat met de mobiliteit van de patiënten: veranderen van school, CLB, ...

Dr. Geert Top: Is dus geen probleem.

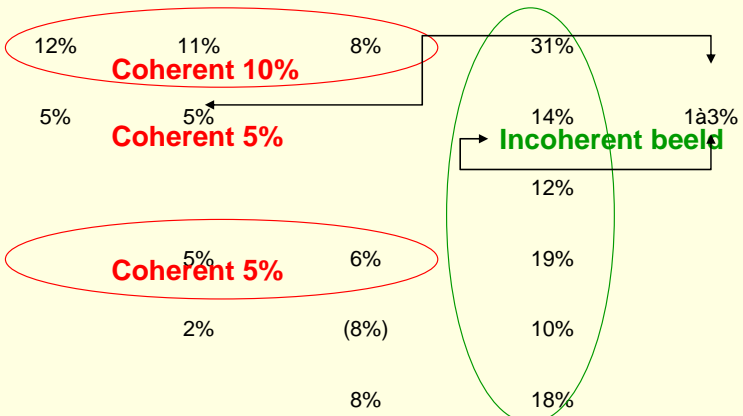
**G.G.Z. DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG IS VLAANDERENS GROOTSTE ZORG.
DEPRESSIE EN SUÏCIDE VOORKOMEN.
ER IS EEN MODEL VOOR.**

(Prof. Dr. Jan Heyrman, KU Leuven & Dr. Leo Pas, Domus Medica)

1. Hoe groot is het probleem?

Probleemgebieden in de geestelijke gezondheidszorg : data ?

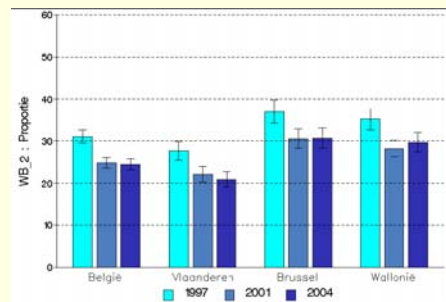
Bron	DEPRES 1995	ESEMeD 2002	Belg.Gez.enquête 2003	PrimeMD	INTEGO 1994-2003
Type data	Bevolkingspreval / enquête	Bevolkingspreval / CIDI	Bevolkingspreval / Symptomchecklist	Wachttzaalpreval / DSMIV comp	HA / diagnostiek INCIDENTIE
	n=8076	n=2419	n = 12.945	n=2316	n = 800.000 ptjr
Gemoeds stoornis	12%	11%	8%	31%	
oa majeure depressie	5%	5%		14%	1à3%
oa dysthymie				12%	
Angst Stoornis		5%	6%	19%	
Alcohol probleem		2%	(8%)	10%	
Somatisat aandoen.			8%	18%	
Totaal		18%	24%	42%	1,60%



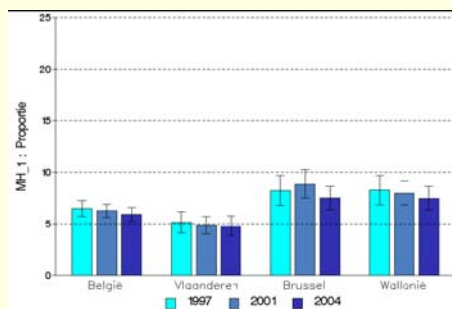
Vlaanderen

- Dalende trend psychische problemen
- Minder gerapporteerde psychische klachten en depressie dan omringende gewesten
- Stijgende trend psycho-active medicatie (1/8 personen en 3/4 personen met klachten)

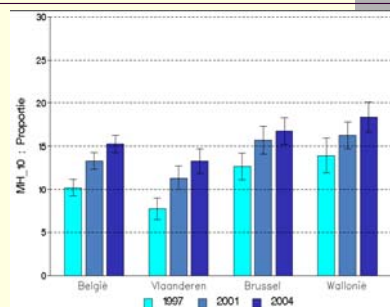
Percentage van de bevolking (15 jaar of ouder) met recente psychologische problemen (GHQ-12 score [2+]) WIV Rapport Gezondheidsenquête, 2004, België



Depressie gerapportoord



Consumptie psychoactieve middelen

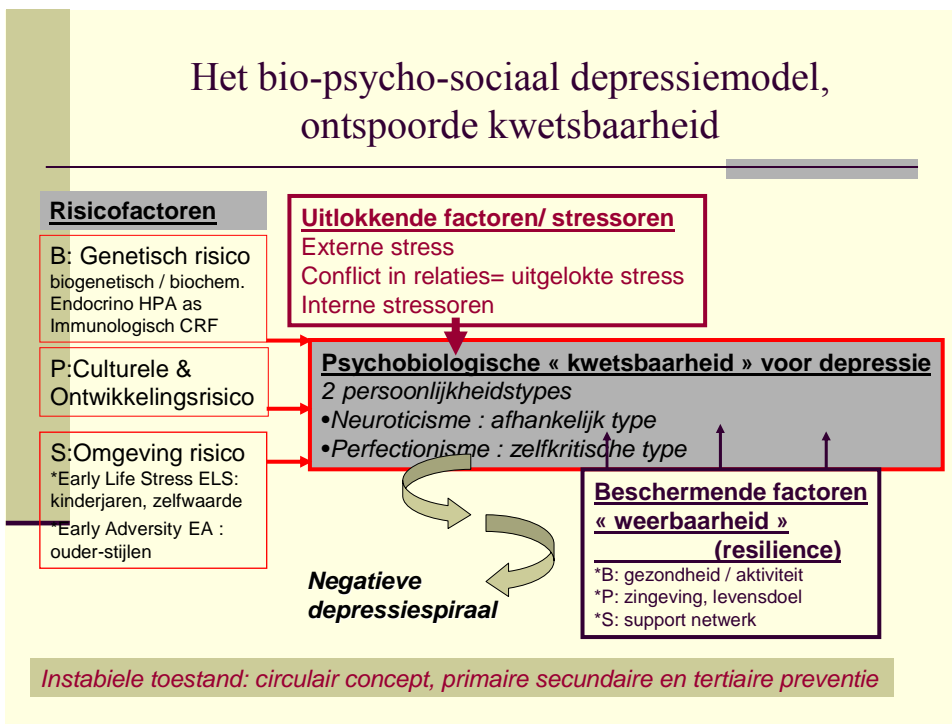


2. De moeilijkheden van de diagnoselabels: praten we over hetzelfde?

2.1 Diagnostiek van depressie als ziekte: «nosologische entiteit»

- DSM IV: basis = 9 sympt // > 2 weken aanwezig
- Majeure depressie: 5 sympt, waaronder 2
- Dysthymie: >2 jaar, 1 dag op 2
- 'subklinische' depressie
- ICD 10: basis = 10 sympt // > maand aanwezig
- Manische depressie / Bipolaire depressie
- Depressieve episode: licht (<4), matig (4), ernstig(>4)
4 sympt, waaronder 3
- Recurrerende depressie: licht, matig, ernstig
- Chronische depressie: oa dysthymie
- Andere depressies

2.2 Een dynamisch bio-psycho-sociaal model



3. Kunnen we dit samen beter voorkomen?

3.1 Wat met preventie?

- DSM IV Ziekte = eenmaal depressie, altijd depressie, hopelijk remissie, vooral tertiaire preventie
- BPSoc model = Instabiele toestand: circulair concept: werken aan weerbaarheid!
 - Primaire (positief groeiklimaat)
 - Secundaire (bij dreigend spiraal)
 - Tertiaire preventie (sterker uit de put geraken)
- Suicide preventie: tijdig juist reageren
 - Suicidale ideatie
 - Suicidaal gedrag
 - Suicide (poging)

3.2 Centraal planning, met de spelers binnen de zorgregio uitvoeren

- Publieksvoorlichting: psycho-educatie
= herkaderen (oa. van de depressie)
- Zorgprogrammatie
- Ondersteuning van lokale actoren
- Doelstellingen, richtlijnen, taakverdeling, communicatie & coordinatie
- Lokale uitvoering met betrokken actoren
- Huisarts, CGGZ, psychologen & psychiaters
- Opvangdiensten

3.3 Preventieve strategieën

- A Van Wammel et al. Trimbos instituut 2005.
- Universele preventie: gericht op bevolking
 - Selectieve preventie: risicogroepen
 - Gerichte preventie: bij beperkte tekens
 - Zorggericht: terugval, herhaling, comorbiditeit

Gericht op:

- Bevolking
- Mantelzorgers
- Intermediairen

4. Waarom doen we dat dan niet?

4.1 Door huisartsen geïdentificeerde problemen in de GGZ

- Wachlijsten in geestelijke gezondheidszorg
- Geen continue opvang (avond- en wachtdienst, crisisopvang, jeugdconsulenten, ambulante)
- Eerste opvang door weinig bevoegde hulpverleners
- Gebrekkige aandacht voor gegevens van behandelende arts
- Onvoldoende therapeutische benadering na eerste spoedbehandeling in PAAZ
- Inadequate chronische begeleiding door te medicatie gerichte begeleiding door psychiater
- Onvoldoende ruimte voor advies vanuit geestelijke gezondheidszorg
- Aanhoudende psychotherapie zonder resultaat
- Slechte communicatie (na intake, tussentijds, voor en gedurende nazorg)
- Overname patiënt

4.2 Door geestelijke gezondheidszorg geïdentificeerde problemen

- **Aanpak door huisartsen:**
- Niet 'au serieux' nemen van klachten
- Gebrek aan goede diagnose, inschatting van type depressie en indicatiestelling
- Gebrekkige inschatting ernst en afgrenzen van tijd en inhoud van de gesprekken
- Snel anti depressiva voorschrijven, niet aanpassen en niet adequate medicamenten
- Gebrekkige informatie, w.o. onvoldoende informatie over expertises en beperking van andere disciplines
- Bij gezinsproblemen buitenstaanders aanspreken
- Opvolging onvoldoende
- **Nood aan meer samenwerking:**
- Gebrekkige wederzijdse communicatie
- Nood aan wederzijdse betere afstemming van interventies
- Spanningveld tussen coördinerende rol huisarts en beroepsgeheim: via geestelijke gezondheidszorg informatie verkrijgen over een cliënt moeilijk verenigbaar met beroepsgeheim
- Laattijdige doorverwijzing
- Huisarts neemt onvoldoende zelf contact en is slecht bereikbaar
- Zorgorganisatie problemen: moeilijkheid overleg, inadequate financiële stimuli

4.3 Universele aanpak: bewezen effectief, maar ...

Een positieve benadering, gezondheid als toestand van algemeen lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden moet niet alleen aan risicofactoren en oorzaak van psychotisch lijden maar meer aandacht besteden aan protectieve factoren.

Hoewel een kentering aan de gang is dient een meer systematische gezondheidsvoorlichting over psychische problemen, zelfhulp en voorzieningen verstrekt te worden. Openbaar beleid dient hiertoe de voorwaarden te creëren.

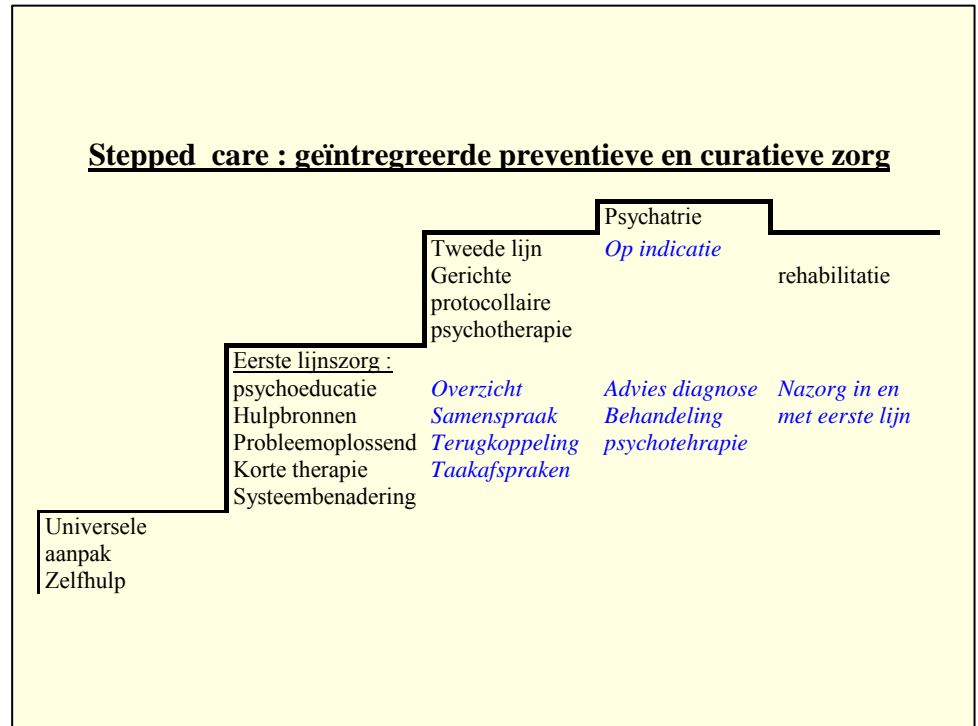
4.4 Psychoeducatie:

Behandeldoelen:

- Informatie geven over ziektebeeld, diagnostiek, behandel mogelijkheden
- Behandelingsovereenkomst afspreken
- Inzicht (patiënt/omgeving) bevorderen
- Acceptatie (patiënt/omgeving)
- Grotere autonomie patiënt
- Therapietrouw

Stelling:

Er zou meer aandacht moeten worden gegeven aan psychoeducatie door huisartsen, psychiaters en psychologen



5. Conclusie: Naar een regionale zorgcoördinatie onder nationale stimulering (eerste voorstellen)

- Informatiebrochure over problemen, zelfhulp en beschikbare psycho-therapeutische aanpakken
- Huisarts positieve motiverende houding t.a.v. GGZ
- Huisarts positieve houding niet-medische hulpverlening
- Huisarts als volwaardige partner voor, tijdens en na
- Overzicht beschikbare therapieën, mogelijkheden en beperkingen
- HA en andere intermediairen informatie, training en opleiding geven o.a. inzake diagnostiek en psycho-educatie
- Betrekken patiënten
- Wachtlijsten wegwerken door planning kader i.f.v objectieve noden bepaling en taakafstemming
- Consultatieve functie van het CGG uitbouwen
- Stepped care programma's stimuleren
- Ondersteunend kader creëren voor multidisciplinaire coördinatie, afstemming en samenwerking met het oog op:
 - afspraken maken over communicatie (telefonisch overleg en advies, face-to-face contact,
 - interprofessionele deontologische gedragscode ontwikkelen i.f.v informatieoverdracht
 - geautomatiseerde informatie-uitwisseling
 - afspraken over crisisinterventie (met of zonder opname)
 - behandelingsstrategieën in verband met specifieke problematische situaties
 - sociale kaart beter ontsluiten
- Zorgaanpak in psycho hulpverlening kritisch evalueren en heroriënteren
- Uitbouw psychiatrische thuiszorg via samenwerking tussen PZ, PAAZ, CGG, SEL's én huisartsenkringen.
- Tijdsinvestering honoreren voor gesprekstherapie
- Communicatiewaaiers diversifiëren: individueel overleg, ondersteuning, telefonische advies& begeleiding, naast deelname aan teamvergaderingen

DE VISIE VAN DE ORGANISATOREN *(Chris Geens, Congrescoördinator)*

VMMV en VGV zijn erg blij met uw talrijke opkomst en vooral met uw actieve deelname aan de discussiegroepen. Hopelijk bent u zelf ook blij!
Was dit voor u een eerste bezoek aan dit parlement?

Wat neemt u nu mee van dit werkbezoek aan Brussel en het Vlaams Parlement, voor u zelf, uw werk- of beroepssituatie en voor de Vlaamse gezondheidszorg?

Laat ons het als slot samen vooral hebben over” Preventie als samenzorg “ en over de toekomst van de gezondheidszorg in Vlaanderen.

Misschien is het toch nuttig vooraf even te zeggen wie wij zijn:

VGV bestaat meer dan tachtig jaar en is daarmee waarschijnlijk een van de oudste Vlaamse artsenverenigingen van het land. Het VGV heeft doorheen de jaren meerdere gedaantes gehad en is nu vooral een socio-culturele vereniging met individuele leden die vooral ijveren voor meer Vlaanderen en dan concreet in dit dossier voor de overheveling van de ganse gezondheidszorg naar de gemeenschappen.

VMMV is heel wat jonger en groepeert een twintigtal wetenschappelijke artsen verenigingen met als doel een gezamenlijke spreekbuis te zijn naar het beleid door het formuleren van een onafhankelijke visie over al wat met het wetenschappelijk verantwoord uitoefenen van de gezondheidszorg in Vlaanderen te maken heeft. Wij genieten een ruime steun van de universiteiten.

Samen organiseren wij meerdere reflectiemomenten per jaar die reeds geleid hebben tot een tiental studiedagen of symposia waar dit van vandaag een voorbeeld van is. Dit alles dient tot verduidelijking van dit initiatief.

De meeste aanwezigen hier zijn nauw betrokken bij de preventieve gezondheidszorg, als lid van een organisatie, als arts of zorgverstreker, als doel publiek of als lid van een beleidsgroep.

Wat ik zelf de voorbije dagen en weken vooral heb geleerd is dat preventie een allesbehalve eenduidige bezigheid is.

Het is zomaar niet klaar wat preventie juist is, hoe wij met preventie moeten omgaan, en nog minder hoe die te scheiden valt van de eigenlijke zorgverstrekking.

Preventie heeft inderdaad vele gezichten.

Er is primaire, secundaire en tertiaire preventie. Er is gezondheidsvoorlichting en opvoeding, er zijn screenings onderzoeken die individueel en aan bevolkingsgroepen worden aangeboden.

Daarnaast bestaan er initiatieven als valpreventie bij ouderen thuis of in woon – en zorgcentra. Maar er zijn ook de mooie resultaten van preventie van wiegendood of de successen van vaccinaties. Let ook op de invloed van milieu op gezondheid en de initiatieven die hier rond genomen worden.

Toch moet men weten dat dit alles handen vol geld kost, vele mensen werk geeft en soms maar een klein deel van de doelgroep bereikt.

Preventie heeft daarnaast niet enkel positieve kanten maar zou ook voor angst en medicalisering zorgen. Wie heeft er geen overgewicht of te veel aan cholesterol en wie beweegt voldoende?

Tandartsen kunnen vast heel wat vertellen over de voedingsgewoonten van de Vlamingen, zij lezen dit uit de gebitstoestand. Maar zij houden zich ook bezig, zoals wij hier vandaag leerden, met de goede zorg van ons gebit, want een goede kauwfunctie is een erg belangrijke factor voor ons gezond zijn. Zij houden zich ook bezig met de esthetiek van het gebit en dit voorkomt dan weer depressieve buien.

En omdat wij met zoveel mensen bezig zijn rond preventie en vooral worstelen met de noodzakelijke gedragsverandering die dat met zich meebrengt, lijkt het logisch dat wij dit samen doen.

Preventie is samenzorg en dit zowel horizontaal als vertikaal.

Wij, de initiatiefnemers voor dit symposium, zijn gestart als artsenverbond met de idee om de preventie activiteiten van de artsen op elkaar af te stemmen maar merkten al snel dat het terrein veel breder moet opengetrokken worden. De interesse van de artsen (en hun verenigingen bleek en blijkt trouwens maar matig te zijn). Enkel de collegae die er echt mee bezig zijn namen de moeite om vandaag ook naar hier te komen.

Een stap in de goede richting is de uitnodiging van de tandartsen gebleken. De apothekers, die nochtans in een prachtige positie staan (50-100 contacten per dag met individuele patiënten) om aan voorlichting en opvoeding te doen, laten het massaal afweten.

Hoeveel gebruikers van het preventie systeem aanwezig zijn is niet duidelijk tenzij wij allen tot de doelgroep behoren.

Het beleid en vooral de organisaties zijn dan wel weer goed vertegenwoordigd.

Laat het een kenmerk worden van de gezondheidszorg aanpak in Vlaanderen dat al deze geledingen in voortdurende samenspraak het beleid uitzetten, aanpakken, uitvoeren en evalueren.

Want preventie is niet enkel samenzorg, maar moet ook zorgzaam gebeuren. Het mag geen doelloos bezig zijn worden, er is structuur nodig en regelmatige bijsturing.

De doelstellingen van de Vlaamse overheid zijn een goed uitgangspunt maar er moet nog meer onderbouw en uitwerking komen. Toch mag preventie zeker geen obsessie worden.

Men is de dag van vandaag al ruim voldoende met “het lichaam en de gezondheid bezig”. De media hebben er een dikke kluit aan en de hele voedings- en farma industrie eet er mee van. Want waar is de grens tussen normaal en abnormaal, gezondheid en ziekte.

De Vlaamse overheid zelf kan moeilijk overdrijven met de preventie aanpak, wanneer men kijkt naar het beperkte budget dat haar binnen de begroting van de ganse gezondheidszorg van dit land wordt toegekend.

Het verhaal van de rentmeester die een aantal talenten toevertrouwde aan zijn knechten is hier wel erg toepasselijk.

Vlaanderen kreeg naar verhouding nauwelijks één gezondheidszorgtalent en deed er in 25 jaar wonderlijke dingen mee.

De federale overheid hield het honderdvoudige voor zichzelf en wordt nooit geresponsabiliseerd. Over het zuiden des lands zijn geen cijfers of activiteiten bekend.

Met het weinige dat Vlaanderen aan activiteiten en geld wordt gegund komt de federale overheid ons nog voor de voeten rijden met de gekste campagnes eerst.

Vlaanderen heeft prachtige dossiers uitgestippeld en campagnes gevoerd. Organisaties, middelen en structuren werden opgezet.

Wat doet de federale overheid?

Tallose folders over de artsen uitstorten gaande van:

- Rookstop voor zwangeren
- Minder antibiotica gebruik
- Griepinformatie

Alle artsen kregen honderden folders in kleur. Ook de artsen met minder dan 500 contacten per jaar. Ook artsen die sinds jaren geen praktijk meer hebben.

Kortom, de talenten, het geld, gaan de bodemloze diepte in.

Soms denk ik, verdrijf ik nu, of is er inderdaad een andere cultuur in Noord en Zuid?

Och, ik kan maar kijken met de ogen van een huisarts en ook een beetje met die van een opleider als stageleider die decennia lang studenten heeft begeleid.

Hier dan enkele voorbeelden van regionale verschillen en federale waanzin:

Volgende week hebben wij in Vlaanderen de vijfentwintigste huisarts die een doctoraat aflegt. Mag dit toch enige garantie zijn voor de kwaliteit van het vak en van de basisgezondheidszorg of eerste lijn? Toevallig zit hier ook de eerste Vlaamse huisarts, maar niet de enige, die een doctoraal proefschrift neerlegde.

U gelooft het nooit, maar het handelde over de voedingsgewoonten van de Vlamingen. Meer dan dertig jaar geleden werd deze tendens van wetenschappelijke onderbouw van de huisartsgeneeskunde en de eerste lijn in Vlaanderen ingezet. De nu omgedoopte WVVH heeft er een groot aandaal in.

En u raad het al, in het zuiden des lands legde nog nooit iemand een doctoraat af in de huisartsgeneeskunde. Een cultuur verschil waarschijnlijk.

Ouderenzorg is nog zo'n thema waar wij in Vlaanderen sinds eeuwen goed in zijn.

Tien jaar geleden hebben wij een organisatie opgericht voor huisartsen in RVT = coördinerende artsen = Crataegus heet die organisatie.

Wij plegen overleg met alles en iedereen. Vorige maand waren wij op het R.I.Z.I.V. Men kon daar met ons niet veel doen. Het ontvangst comité sprak letterlijk een andere taal en ontdekte dat er geen zuiderse tegenhanger bestond en dus kon er op dit niveau niet gepraat worden, of toch niet formeel.

Kent u het MUG verhaal van Halle. Daar is nu een PUG (paramedische urgentie groep) die binnenkort in actie zou komen. Wel voor de zoveelste maal werd verraad gepleegd.

De uitgerukte paramedici mogen de artsen van Halle niet oproepen maar wel de eentalig Frans sprekenden van Tubize en van Erasmus, de voorziene begroting werd verminderd en de proefperiode ingekort.

Deze federale overheid is voor de Vlaamse gezondheidszorg en volgens de wet, meer dan 25 jaar onbetrouwbaar gebleken.

Laat deze dag een breuklijn tekenen. Ja, gezondheidszorg is samenzorg, maar laat ons in Vlaanderen daar allen samen aan werken en vanaf nu de opheffing van de uitzonderingen van de Bijzondere wet van 1980 eisen. Wij mogen onze politieke mandatarissen niet laten rusten alvorens zij deze sociale onrechtvaardigheid halt hebben toegeroepen. Een gezondheidszorg met scheiding tussen preventie en zorg kan nooit een goede gezondheidszorg zijn.

Efficiënte zorg vraagt een homogeen beleid.

Vlaanderen moet meer middelen krijgen voor zijn gezondheidszorg.

De federale recuperatie moet dringend gestopt worden.

Integratie van preventie en zorg zijn de logica zelf.

Het succesverhaal van preventie in Vlaanderen staat borg voor onze zorg voor het homogene bevoegdheidspakket van de gezondheidszorg.

Uw ruime aanwezigheid hier getuigt zeker van uw grote interesse voor de preventieve gezondheidszorg.

Mogen wij een even grote aandacht vragen voor het geheel van de gezondheidszorg en kunnen wij er ook op rekenen dat u samen met ons de strijd aan gaat voor het beheer door de gemeenschappen van het totale pakket van de gezondheidszorg.

Ik dank u!

Alvorens u allen hartelijk uit te nodigen tot de receptie ons aangeboden door de brouwerij Bios moet ik eerst en vooral nog een aantal mensen danken:

Sponsors, Vlaamse overheid, personeel, onze mensen van het secretariaat, de inleiders, moderatoren, verslaggevers, sprekers (vergeet jullie geschenk niet af te halen), en natuurlijk mijn vrienden van het congrescomité voor hun loyale medewerking en het vertrouwen dat zij in mij stelden.

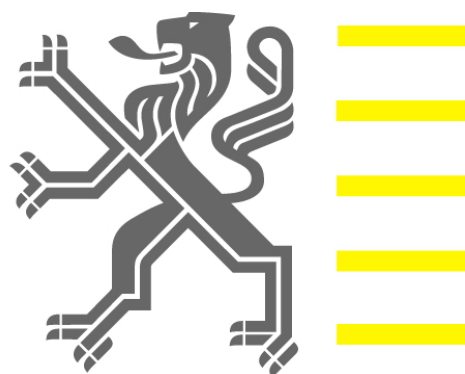
SPONSORS



Wyeth®



Met steun van de
Vlaamse overheid



LIJST AANWEZIGEN

NAAM	VOORNAAM	FUNCTIE
ADRIAENS	Berengere	Diensthofd prov. dienst gezondh. Limburg
ARTEEL	Paul	Directeur Vlaamse Vereniging Geestelijke Gezondheid
BAERT	Albert	Professor em. radioloog, VGV
BAETENS	Rik	Arts
BASTIAENS	Hilde	Arts univ Antwerpen-centrum voor HAG
BECQ	Sonja	Kabinetschef Leterme
BEELE	Piet	Tandarts VWVT
BELLENS	Bart	Huisarts
BESARD	Monika	Op rust CD&V, VVB, diverse seniorenclubs
BRABANT	Thierry	Tandarts LTH
BROECKAERT	Luc	Sportarts
BRULS	Joseph	Huisarts
BRUNET	Veronique	Tandarts VWVT
BULENS	Guido	OVV
CAUWENBERGH	Carl	Huisarts logo stad Antwerpen
CLYMANS	Gerda	Krainem
CONSTANDT	Jürgen	Alg. dir. VNZ
COOLEN	Erika	Astma en allergie
CRAUWELS	Fernand	Tandarts
CROONENBERGHS	Jef	N-VA
DANIELS	Raymond	
DE BELS	N	Tandarts
DE BONT	Rita	VVB
DE BRABANDERE	Edith	
DE CLERCQ	Geert	
DE DECKER	Theopliel	VG
DE HANTSETTERS	Chris	Huisarts
DE MAESSCHALK	Luc	Tandarts VWVT
DE SMEDT	Jos	Huisarts domus medica VZW
DE SUTTER	A	
DE SUTTER	Edward	Oogarts
DE TURCK	Danny	Dauidsfonds
DE VOS	Evy	Wyeth
DE VOS	Eddy	Tandarts VWVT
DE VOS	Philippe	Tandarts
DE WILDE	Christine	Tandarts
DE WIT	Wim	OVV-VIK-VVB
DEBY	Peter	Tandarts VWVT
DEBYSER	Martine	Arts
DECALUWE	Frida	Tandarts VVT-VWVT
DEHAENE	Tom	Vlaams Volksvertegenwoordiger
DELANOTE	Joost	Radioloog VVMV
DELEYE	Hugo	Tandarts VWVT
DEMAITRE	Yves	
DENYS	Hugo	Uroloog
DEQUEKER	J	Prof. em. reumatoloog
DEWOLF	Dirk	Arts Min. Vlaamse Gemeenschap
D'HONT	Patrick	Sanofi Pasteur MSD
D'HOOGE	Michel	Revalidatie-arts AZ St-Jan Brugge
D'HOOGE	Luc	Huisarts
DIERCKX	Mia	
DIERICK	Wilfried	Dr. med., Prof. em., erector UA, VGV lid
DOCKX	Jan	Huisarts VGV
EERDEKENS	Hanna	Arts logo limburg
EGGERMONT	Ephrem	Prof. em. pediater
FEYS	Lieve	Huisarts VCLB
FINOULST	Marleen	Directie grootpubliekscom roularita medica
FONTYNE	Andre	Huisarts
FRYNS	Jean-Pierre	Diensthofd CME-UZ
GABRIELS	Suzanne	Preventie co. stichting tegen kanker
GARMYN	Bart	Bedrijfsarts-preventie-adviseur, domus medica
GARMYN	Francois	
GAZELLE	Kathleen	
GEENEN	Inge	Schoolarts

GEENS	Chris	Arts VVMV
GEERINCK	Machtelt	
GOEMAERE	Roos	Coördinator VZW logo Roeselare-Tielt
GOVAERTS	Frans	Arts WVVH domus medica
HENDRICKX	Lieven	Huisarts
HERMANS	Margriet	Senator
HEYMANS	Rudy	Huisarts
HEYRMAN	Jan	Prof. KU Leuven directeur ACHG
HOFMANS	Kurt	Arts OCL
HOLVOET	Lieven	Apotheker bioloog
IDE	Louis	Arts ondervoorzitter N-VA
JANSSENS	Frank	Anaesthesist
JORIS	Raf	Psychiater VGV
JOURNEE	Bart	Tandarts VWVT
KEPPENS	Louis	Tandarts
KESTELOOT	Hugo	Cardioloog
KIMPE	Nancy	Coördinator VZW logo Oostende
LANCKZWEIRT	Freddy	Tandarts VWVT
LAUWERS	Monique	Lerares FVV
LAUWERS	Walter	Inwendige ziekten
LENOIR	Kris	Tandarts VWVT
LEROUX	Luc	Huisarts
LOOSEN	Erik	Arts-voorzitter Brusselse huisartsen kring
LOWEL	Guido	Tandarts VWVT
MAGNUS	Guy	WVMG
MALFAIT	Ivo	Huisarts ACG
MARTENS	Jan	Tandheelkunde
MARTENS	Luc	Prof. dr.
MEULEMEESTER	Frank	Sanofi Pasteur MSD
MICHIELS	Jan	Voorzitter VVMD
MORIAU	Marleen	Huisarts
MORLION	Jan	Radioloog VGV
NEYT	Ernest	Op rust CD&V, VVB, diverse seniorenclubs
OTTER	Coby	Lic. moreki, VVB
OZSARLAK	Ozkan	Huisarts
PAPPAERT	Greet	Secretaresse
PARDON		
PAS	Leo	Huisarts, domus medica
PAULY	Roger	Algemene voorzitter gezinsbond VZW
PENNE	Katrien	Secretaris FVIB
PONETTE	Eric	Prof. em. radioloog, VGV
PONETTE	Siegfried	Geneesheer
PRINCEN	Gwenda	Coördinator centrum logo VZW
QUAGHEBEUR	Luc	
QUINTELIER	Marcel	Bediende
RASPOET	Reinhilde	Op rust VN & Z
REYNTIENS	Rudi	Dienst gezondheidsprom. EUROMUT
RITS	Denise	Secretaresse
RUYFFELAERT	Andre	Tandarts LTH VWV THK
SARENS	Celesta	Apotheker APB AP 74074
SCHEIRE	Mieke	Tandarts
SEGERS	Marie	Tandarts VWVT
SEGHERS	Karel	Huisarts
SEGHERS	Gaetan	Arts op rust
SLEEBUS	Lieselot	
STEENO	Omer	Prof. em. VGV
STEVENS	Marc	Tandarts logo regio Leuven
STEVENS	Veerle	VIG stafmedewerker wet. onderst. verantw.
STROOBANTS	Marc	
SUNG	Veronica	Huisarts
TADJKARIMI	Kayvan	Tandarts VWVT
THE	Ay Lan	Klinische bioloog
TICKET	Linda	Dokter
TOP	Geert	Arts Vlaamse Gemeenschap
VAN CLEYNENBREUGEL	Diane	Tandarts VWGT
VAN DE VIJVER	Nathalie	Arts WVVH
VAN DE VOORDE	Dirk	Arts voorzitter logo Zuiderkempen

VAN den ABEELE	Wouter	Huisarts
VAN DEN BROUCKE	Stephan	Prof. onderzoeksgroep stress, gezondheid, welzijn, KULeuven
VAN DER SPURT	Cilia	Voorzitster FVV
VAN GANSE	Ann	Product manager EUROMUT
VAN HEE	Bob	Prof. dr. VVMV
VAN KERSCHAUER	Erwin	Arts, wet adviseur Kind & Gezin
VAN MEIRHAEGHE	Jan	Orthopedie, VGV
VAN MULDER	Piet	Radioloog sec orde geneesheren raad O VL
VAN OIRSCHOT	Marina	Secretaresse
VAN ORSHOVEN	Alfons	Huisarts
VAN PARIJS	Luc	Huisarts
VAN PELT	Patricia	Stafmedewerker logo stad Antwerpen
VAN POPPEL	H	Diensthooft urologie
VAN ROSSEM	Edward	WVH
VAN SEVEREN	Kathleen	Huisarts, spoedgevallen arts
VAN STRIJTHEM	Noel	Patholoog-anatoom, VGV
VANDE GUCHT	Veronique	Directeur VRGT
VANDE VELDE	Etienne	tandartsVWVT
VANDE WEERT	Ruth	Coördinator logo Limburg
VANDEWALLE	Koen	Huisarts
VANHOUTTE	Henri	Huisarts Van Helmont gilde
VANKEIRSBILCK	Els	Tandarts
VANKRUNKELSVEN	Patrik	Senator-huisarts
VANKRUNKELSVEN	Jozef	Huisarts
VANKRUNKELSVEN	Stefan	Huisarts
VANLANDSCHOOT	Roos	Gepensioneerd verpleegkundige, VGV
VANOBBERGEN	Jacques	Prof. dr., VWVT
VERDONK	Gaston	Prof. em. inwendige ziekten
VERGOTE	Etienne	Bestuurder Partena OZV
VERKOELLEN	Karel	country manager Sanofi Pasteur MSD
VERMEULEN	Robrecht	Cardioloog, VGV
VERMEULEN	Tom	Coördinator logo antwerpen
VERTONGEN	Genevieve	VVA
VERVAECK	Marc	Neuroloog
VERVLOESSEM	Ilse	Radioloog NUR KBVR
VERVOTTE	Inge	Minister WVG
VERWIMP	Christine	Huisarts
WEEMAES		Doc Pharma
WERTELAERS	Arlette	Arts logo Limburg
WETHLIJ	Denise	Coördinator logo Limburg
WEYMEIS	Koenraad	Tandarts VWVT
WILLE	Luc	Tandarts
WILLEMS	Jan	Bestuurder social profit VZW
WINDERICKX	Peter	Ass. dir. reg. proces & operations

LIJST VERONTSCHULDIGDEN

ANCIAUX	Vic	Dr.
DE ROECK	Jacinta	Senator
DE TURCK	Willy	Priester Davidsfonds
DILLEMANS	Roger	Prof., Ereector K.U Leuven
GATZ	Sven	Vlaams Volksvertegenwoordiger
HAEYAERT	Philippe	Vlaamse Vredesvereniging
LAMBERT	Geert	Voorzitter SPIRIT
LETERME	Yves	Minister-president
MOENS	Guido	Dr., IDEWE Leuven
SEGHERS	Karel	Chirurg (op rust)
TANT	Paul	Volkvertegenwoordiger
VAN DE CASTEELE	Annemie	Senator
VAN DEN BRANDE	Luc	Vlaams Volksvertegenwoordiger
VAN DIJCK	Kris	Vlaams Volksvertegenwoordiger
VAN EETVELT	Karel	Gedelegeerd bestuurder Unizo
VAN ONCKELEN	Lieve	
VAN PARIJS	Tony	Volkvertegenwoordiger
WEEGHMANS	Ilse	Vlaams Patiënten platform

AFKORTINGEN

- ACHG: Academische Centrum voor HuisartsGeneeskunde KU Leuven
- APB: Algemene Pharmaceutische Bond
- BBVAG: Belgische BeroepsVereniging voor ArbeidsGeneesheren
- BFK: Belgische Federatie tegen Kanker
- BOKALOK: Borstkankerpreventie voor LOK-groepen
- CEBAM: Belgian Centre for Evidence-Based Medicine
- CHA: Centrum Huisartsgeneeskunde Antwerpen
- DGH: Dringende Geneeskundige Hulpverlening
- EQUIP: European association for quality in general practice/family medicine
- FDGG: Federatie Diensten Geestelijke Gezondheidszorg
- FOD: Federale OverheidsDienst
- GCP: Gemengde Commissie Preventie
- GDT: Geïntegreerde Diensten voor Thuisverzorging
- GMD: Globaal Medisch Dossier
- HIBO: Huisarts In BeroepsOpleiding
- ICHO: Interuniversitair Centrum voor HuisartsenOpleiding
- K.U.Leuven: Katholieke Universiteit Leuven
- LOGO: LokaalGezondheidsOverleg
- LOK: Lokale Kwaliteitsgroep
- MUG: Mobiele Urgentie Groep
- NHG: Nederlands Huisartsen Genootschap
- NBHPH: Nationale Vereniging van de Huisvesting voor Personen met een Handicap
- NVKVV: Nationaal Verbond Katholieke van Verpleegkundigen en Vroedvrouwen
- OCL: Ondersteuningscel van de LOGO's
- OCMW: Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
- PUG: Para-Medische Urgentie Groep
- RIZIV: RijksInstituut voor Ziekte- en InvaliditeitsVerzekering
- ROB: Rust – oord – bed (in woon en zorgcentrum)
- RVT: Rust- en VerzorgingsTehuis
- SOA: Seksueel Overdraagbare Aandoening
- SVHG: Solidariteit Voor Het Gezin
- U Antwerpen: Universiteit Antwerpen
- U Gent: Universiteit Gent
- UHAK: (Unie van HuisArtsenKringen) nu Domus Medica
- VBS: Verbond van Belgische geneesheren-Specialisten
- VC: VertrouwensCentrum Kinderen
- VDV: Vlaamse DiabetesVereniging
- VELO: Vlaams EersteLijnsOverleg
- VGV: Vlaams Geneeskundigenverbond
- VIG: Vlaams Instituut voor Gezondheids promotie
- VKC: Vlaamse KwaliteitsCel
- VLK: Vlaamse Liga tegen Kanker
- VPP: Vlaams Patiëntenplatform
- VRGT: Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding
- VU Brussel: Vrije Universiteit Brussel
- VVK: Vlaamse Vereniging voor Controleartsen
- VVMD: Vlaamse Vereniging voor Manisch Depressieven
- VVMV: Verbond van Vlaamse Medisch-Wetenschappelijke Verenigingen
- VVS: Vlaamse Vereniging voor Seksuologie
- VVT: Verbond van Vlaamse Tandartsen
- VVVD: Vlaamse Vereniging van Voedingsdeskundigen en Diëtisten
- VVVJ: Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg
- VVVT: Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Tandheelkunde
- WGK: Wit-Geel-Kruis
- WGO: WereldGezondheidsOrganisatie
- WIV: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid
- WOK: Werkgroep Onderzoek Kwaliteit
- WVMG: Wetenschappelijke Vereniging voor Milieu en Gezondheid
- WVV: Wetenschappelijke Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde
- WVVA: Wetenschappelijke Vereniging voor Vlaamse Arbeidsgeneeskundigen
- WVVH: (Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen) nu Domus Medica

RAAD VOOR ADVIES

Prof. Dr. Rik Casteels, K.U. Leuven
Dr. J. Daels, Het Vlaamse Kruis
Dr. E. De Bleeker, oud-voorzitter VVMV
Prof. Dr. L. Denis, directeur Oncologisch
Centrum Antwerpen
Prof. Dr. W. Dierick, U.A.
Dr. C. Geens, voorzitter Alumni
geneeskunde KUL
Dr. J. Huyghe, Kon. Acad. Geneeskunde
Prof. Dr. Jan Peers, K.U. Leuven
Prof. Dr. K. Van Camp, U.A.
Prof. Dr. P. Van Cauwenberge, rector U.G.
Prof. Dr. G. Verdonk, U.G.
Dr. R. Verhaert, V.V.K.

RAAD VAN BESTUUR

Voorzitter: Dr. Jan Van Meirhaeghe
Ondervoorzitter: Dr. R. Vermeulen*
Secretaris:
Penningmeester: Dr. J. Dockx
Cultuur: Dr. J. Dockx
Leden: Prof. Dr. A. Baert, Dr. G. Celen,
Dr. G. Debruyne, Dr. E. De Sutter, Dr. L. Ide,
Dr. P. H. Jongbloet, Dr. R. Lenaerts*,
Dr. J. Peremans, Prof. Dr. E. Ponette*,
Dr. D. Van de Voorde, Dr. J. Van Meirhaeghe

* oud-voorzitter

Lidgeld V.G.V.

Gewoon lid	€ 45.00
Tot 10 jaar na diploma	€ 20.00
Arts zonder praktijk	€ 20.00
Steunend lid	€ 75.00
Artsenkoppel	€ 50.00
Artsenkoppel (tot 10 jaar na diploma of zonder praktijk)	€ 25.00
Abonnement "Periodiek/Nieuwsbrief" voor niet leden	€ 20.00

Postrekening nr. 000-0145403-97 KBC nr. 407-3062251-47 Fortis nr. 220-0661040-21

Secretariaat V.G.V.: Ergo de Waellaan 3 – bus 14
2100 Deurne – Antwerpen - Tel: 03/322.28.50 – Fax: 03/322.45.14
e-post: vgv@vzv.uunethost.be - webstek: www.vgv.be
Het secretariaat is open alle werkdagen van 9 tot 13 uur

Uitgave van het VGV

- ⚙ Redactieraad: Prof. Dr. A. Baert, Dr. J. Dockx, Dr. J. Gyselinck, Dr. R. Lenaerts, Prof. Dr. E. Ponette, Dr. J. Van Meirhaeghe
- ⚙ Verantwoordelijke uitgever: Dr. J. Van Meirhaeghe, Koolkerkesteenweg 76, 8340 Oostkerke
- ⚙ Hoofdredacteur: Dr. J. Gyselinck, Tournibois 5, 7880 Vloesberg
- ⚙ De gepubliceerde bijdragen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs
- ⚙ Drukkerij Jules De Winter, Kleine Markt 13, 2000 Antwerpen, Tel. 03/232.20.22, Fax. 03/225.15.84