

25 Jaar preventiebeleid in Vlaanderen:
Van kronkelende holle paden
naar moderne digitale snelwegen

Stephan Van den Broucke
KU Leuven

**Lezing voor het Symposium “25 jaar Vlaamse Gezondheidszorg:
Preventie is Samenzorg”,
Brussel, Vlaams Parlement, Zaterdag 18 maart 2006**

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 gezondheidsinspectie, 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 gede-medicaliseerd.
3. Een derde element van verandering is eveneens structureel van aard: in toenemende mate worden ook lokale actoren betrokken bij preventieve interventies. Voor gezondheidsbevordering wordt het lokale niveau zelfs het actieterrain 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 vaataandoeningen, 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 gedefiniëerd 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 gezondheidsbevordering 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 is^{2,3} 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 gezondheidspromotie 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 gedachtengoed 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 interessen 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 Logowerking 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 welzijnszorg, 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 waren⁸. 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 alleen 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 interventies⁹. 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 correlatieel 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 informatiebronnen 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 Netwerk”, 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 peloton 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.

Referenties

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

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

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

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

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

⁶Stevens, V. & Van den Broucke, S. *Gezondheids promotie 2001: 10 jaar gezondheids promotie in Vlaanderen*. Leuven/Apeldoorn: Garant

⁷Van 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

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

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