



De eeuw van de
(geestelijke) gezondheid...

Antwerpse bouwstenen
voor een gezondere samenleving

Cathy Berx
gouverneur van de
provincie Antwerpen

8 oktober 2010



Mijnheer de voorzitter,
Mevrouw en heren gedeputeerden,
Dames en heren provincieraadsleden,
Beste genodigden,

“America has now become the fattest nation in the world”.

Tot deze onthutsende conclusie kwam hoofdrolspeler en regisseur Morgan Spurlock in *SuperSize Me* uit 2004.

Voor de opnames van deze Amerikaanse documentairefilm onderwierp hij zichzelf bewust aan een experiment: gedurende dertig dagen at hij tot driemaal per dag alleen fastfood van McDonald's.

Hij stopte met sporten en beperkte het aantal voetstappen tot die van de gemiddelde Amerikaan: amper 5000 per dag.

Na dertig dagen was Morgan 11,1 kg aangekomen.

Een toename met 13% van zijn lichaamsgewicht.

Hij voelde zich geregeld depressief.

Had vaak moeite om de grote hoeveelheden vlees, friet en frisdrank naar binnen te werken.

Zijn cholesterolgehalte schoot pijlsnel de hoogte in.

Zijn bloedglucosespiegel en hartconditie gingen er fel op achteruit.

Nooit eerder werden we harder met onze neus op de feiten gedrukt: ongezonde eetkeuzes brengen onze gezondheid heel ernstige schade toe! Dit extreme Amerikaanse voorbeeld lijkt op het eerste gezicht misschien een “ver-van-ons-bed-show”.

Toch dwingt de realiteit ons om meer aan onze gezondheid te werken én erover na te denken.

Ik ga dat met u doen op het gevaar af een al te belerend en betweterig toontje aan te slaan.

Er zijn nogal wat redenen toe.

Ook de resultaten van de Nationale Gezondheidsenquête 2008 maken het ons pijnlijk duidelijk.

We eten en drinken te veel en bovendien de foute dingen.

Daardoor worden we alsmaar dikker.

We dreigen de controle te verliezen over ons eigen lichaam dat stapelen aanmoedigt: hoe meer men eet, hoe meer honger men heeft en verlangt naar meer.

25,3 bedraagt de BMI van de gemiddelde volwassen Belg.

De gemiddelde Belg kampt dus met beginnend overgewicht.

Ook kinderen en jongeren ontsnappen niet aan die trend.

We bewegen ook te weinig.

Nochtans, een actieve levensstijl- 30 minuten beweging per dag is niet eens zo veel gevraagd- is de beste garantie om gewichtsexcessen én het risico op aandoeningen zoals obesitas, diabetes en kanker te helpen voorkomen.

Om u een idee te geven: eerstejaarsstudenten aan de universiteit komen tijdens hun eerste academiejaar gemiddeld zo'n 3,5 kilo bij louter en alleen door minder te bewegen en te sporten¹.

1 Yves Delepeleire, *Vrijheid, blijheid maakt studenten dikker*, artikel uit De Standaard van 04/08/2010, p. 8-9.

Een gezonde levensstijl houdt ons fit, versterkt onze veerkracht, activeert, stimuleert en geeft energie om er blijvend tegen aan te gaan.

Het leven fysisch en psychisch aankunnen... blijft een nauwelijks te overschatten troef, zowel voor elke individuele persoon als voor de hele gemeenschap.

Een goede gezondheid is immers de noodzakelijke basisvoorwaarde voor zowat alles wat we waardevol vinden in het leven: een gelukkig gezin, een succesvolle loopbaan, een rijk en boeiend sociaal leven.

Hoe we gezondheid precies invullen, verschilt al naargelang de leeftijd, plaats, cultuur, opleiding, omgeving en sociale status.

Een lage opleiding en een zwakke socio-economische situatie leiden niet enkel tot een grotere morbiditeit en mortaliteit.

Ze bepalen ook mee de gezondheidsbeleving.

Hoe jonger...hoe zorgelozer.

Zo leggen jongeren door de bank genomen een grotere roekeloosheid aan de dag.

Het druggebruik blijft betrekkelijk hoog.

Bovendien is de gemiddelde leeftijd waarop jongeren voor het eerst experimenteren met roesmiddelen nu al gedaald tot 12 à 13 jaar.

Er zijn nog andere risico's die onze gezondheid bedreigen.

Zo kunnen alcohol, tabak en stress...onze gezondheidstoestand stevig verstoren.

Maar er is meer.

Hoe vaak schotelen bepaalde media en reclame ons geen opgeschroefd en onrealistisch schoonheidsideaal voor dat ver af staat van de realiteit, de druk opvoert en onze veerkracht ondermijnt?

Een dergelijk beeld doet bovendien afbreuk aan de menselijke sterfelijkheid en kwetsbaarheid.

Geen diagnose, therapie of zelfs levensstijl die daarin ooit verandering brengt.

Zijn het niet de menselijke sterfelijkheid en kwetsbaarheid die -hoe confronterend ook, zeker als het noodlot dierbaren en in het bijzonder kinderen treft - het leven echt betekenis- en waardevol maken?

Zijn onze sterfelijkheid en kwetsbaarheid niet die onuitputtelijke bron bij uitstek van kunst en cultuur en ons eeuwig verlangen naar zingeving?

Doorleefd, consequent en expliciet aanvaarden dat de mens sterfelijk en dus kwetsbaar is, is allicht de beste basis voor een gezonde, respectvolle en verantwoorde levensstijl.

Kunnen en durven aanvaarden dat ook de geneeskunde en wetenschap haar beperkingen heeft, is allicht het beste uitgangspunt voor een realistisch, betaalbaar en patiëntgericht gezondheid – en gezondheidszorgbeleid!

Hoe goed we ook beseffen dat verantwoorde en gezonde keuzes ons meer gezondheidsvoordelen opleveren, toch kiezen we – in een context van overvloed en al dan niet vermeende groepsdruk – te vaak voor té copieuze veelal kant-en-klaarmaaltijden.

Onze voedingspatronen zijn bovendien te grillig én onregelmatig!

Dames en heren,

Het aantal mensen dat moet leven van zware fysieke arbeid blijft drastisch afnemen.

Dus ook de behoefte aan zeer energierijk voedsel.

Toch nemen de omvang én het caloriegehalte van alleen al onze avondmaaltijd eerder sterk toe dan af!

Het verzadigingspunt lijkt stilaan bereikt.

Gelukkig winnen “bewust leven en eten”- zij het nog te weinig én vooral bij een te beperkte groep mensen- steeds meer aan belang.

Vegetarisme, macrobiotisme en zelfs veganisme – het mijden van alle dierlijke producten door bewuste consumenten die alle onnodige voedselballast overboord gooien, zijn – mede onder invloed van de globalisering en diversiteit - niet langer een merkwaardige rariteit!

Juist en gezond kiezen is ook **dringender** dan ooit!

Zo is er een duidelijke link tussen de algemene gezondheidstoestand van de bevolking en de veerkracht van de economie.

De welvaart, economische performantie en het succes van een samenleving worden in steeds grotere mate óók bepaald door de gezondheid van haar inwoners.

Ons economisch versterken, betekent dus ook: dure, vaak chronische welvaarts- en levensstijlziekten zoals stress, obesitas, depressie en kankers zoveel mogelijk trachten te beheersen of, beter nog, te voorkomen.

Om u een idee te geven:

Een obese patiënt kost gemiddeld 30 à 40% meer aan de ziekteverzekering dan een persoon met een gezond gewicht.

Immers, een obees persoon loopt een groter risico op diabetes, hart- en vaatziekten, kanker én zelfs – zij het indirect - op dementie, zo blijkt uit nog verder te staven wetenschappelijke onderzoek dat een verband vermoedt tussen obesitas gerelateerde diabetes én dementie.

De indirecte kost van obesitas door een verlies aan gezonde levensjaren, het verlies aan productiviteit én een groter ziekteverzuim, ligt bovendien nog een stuk hoger dan de rechtstreekse kost aan de ziekteverzekering! Gezondheidseconomen zijn het erover eens: we betalen zo'n €250 per persoon per jaar aan de behandeling én de gevolgen van obesitas.

Het is niet voor niets dat de Wereldbank zwaarlijvigheid niet enkel omschrijft als “een belangrijk gezondheidsprobleem maar bovenal als een economische uitdaging nu deze - door levensstijl bepaalde pandemie - leidt tot een verlaging van het potentiële bruto binnenlands product met maar liefst 3%”.

Is het toeval dat het percentage van de bevolking met obesitas (BMI > 30) in landen met een sterke economische groei nagenoeg verwaarloosbaar is, terwijl het in landen waarvan de economische motor sputtert zoals de VS (35%), Griekenland (30%) en de mediterrane landen schrikbarend hoog ligt?

Samenlevingen met sterk krimpende, actieve bevolkingen, een sterke vergrijzing en dito hoge gezondheidszorguitgaven kunnen het zich niet veroorloven om mensen op beroepsactieve leeftijd suboptimaal in te zetten, zeker niet wanneer deze onderprestatie te vermijden is door een gezondere levensstijl!

Leidt die gezonde levensstijl bovendien tot gezonder ouder worden, dan wint die samenleving dubbel.

Immers, ouderen die hun geld uitgeven aan genieten van het leven, zijn niet alleen veel gelukkiger, maar ook voor de economie én de samenleving veel interessanter dan gepensioneerden die hun – al te vaak vrij klein pensioen – moeten uitgeven aan (dure) medicatie én gespecialiseerde al dan niet medische zorg.

Rijst de vraag: hoe kunnen en moeten we ons als samenleving (her) organiseren, om - individueel én collectief - de grootst mogelijke, duurzame gezondheidswinst te realiseren?

En hoe kunnen we die gezondheidswinst op een hoog niveau handhaven?

De nationale uitgaven voor de gezondheidszorg zijn tussen 2001 en 2008 gestegen met maar liefst 50,9% (van 23 miljard EUR naar bijna 35 miljard EUR), wat overeenkomt met een gemiddelde jaarlijkse groei van 6,1%.

Een groei die groter is dan die van het BBP (+32,9%).

Nooit eerder gaven we zoveel uit aan gezondheidszorg.

Ongeveer 10% van het BBP wordt eraan besteed!

76% van de gezondheidsuitgaven worden betaald door de openbare overheden.

De patiënten nemen zelf zo'n 20% voor hun rekening.

Net als de globale uitgaven voor gezondheidszorg is ook het persoonlijk aandeel in de kosten voor medische en andere zorg – zeg maar dat wat de patiënt uit eigen zak betaalt voor zijn of haar gezondheidszorg - navenant gestegen: van 5 miljard in 2001 naar 6,8 miljard in 2008.

Patiënten dragen toch al een groot deel van hun verantwoordelijkheid in de gezondheidsuitgaven, hoor ik u denken...

Zeker en vast!

Voor een aantal aandoeningen en/of patiënten is het persoonlijk aandeel bovendien allicht te hoog, want te zeer een rem op de noodzakelijke zorg.

Tegelijk is het zeer de vraag of het persoonlijk aandeel van burgers/ patiënten voor de eigen gezondheidszorg wel voldoende én de juiste prikkels bevat voor een gezonde levensstijl.

Een levensstijl die op korte en/of lange termijn allicht leidt tot meer jaren in goede gezondheid én tot lagere, collectieve én individuele uitgaven voor gezondheidszorg.

Gecombineerd met gerichte en voldoende praktische preventie-informatie van de overheid, zou het heffen van een gezondheidstaks op nodeloos vette en/of gesuikerde producten wél kunnen bijdragen tot gezonde(re) keuzes.

Als de opbrengst van deze belastingen bovendien worden gebruikt voor de financiering van betere preventieve en curatieve gezondheidszorg, dan dragen de personen die mede verantwoordelijk zijn voor hogere uitgaven in de gezondheidszorg er ook extra toe bij!

Delicater dan een dergelijke vet- en suikerbelasting is de vraag of personen met financiële prikkels mogen of moeten worden aangezet om beter gebruik te maken van evidence based preventiecampagnes die door de overheid ten eerste worden aangeraden, zoals een driejaarlijks uitstrijkje, een mammografie, een tijdige opsporing van colonkanker, vaccinatie op jonge leeftijd tegen baarmoederhalskanker enz.

Omgekeerd, zou wie meer dan evidence based voorgeschreven gebruik maakt van het preventieaanbod daar ook meer voor moeten betalen!

Meer inzetten op empowerment-gedreven zorg, die aanklampender dan nu uitgaat van wat mensen zelf kunnen én moeten doen om hun gezondheid maximaal te vrijwaren c.q. te herwinnen, zal -wil ze echt succesvol, aanvaard en aanvaardbaar zijn- wel moeten

vertrekken van de sociologische realiteit: hoe lager de scholing, hoe zwakker de arbeidsmarktpositie - al dan niet in combinatie met een migratieachtergrond - hoe groter de kans op een ongezonde levensstijl, hoe groter de kans op gezondheidsproblemen, hoe korter de levensverwachting en hoe groter het risico op suboptimaal gebruik van de al dan niet preventieve gezondheidszorg...

Deze wetenschap veronderstelt creatieve, constructieve en oplossingsgerichte acties en inspanningen om uitgerekend deze kansengroepen te bereiken.

En dat zal lonen.

Immers, de gezondheidswinst door een gezonde(re) levensgewoonte is uitgerekend bij deze groepen het grootst!

Dames en heren,

Ook werkgevers én in het bijzonder de voedselindustrie kunnen substantieel meer bijdragen tot een gezondere samenleving!

Werkgevers... door te zorgen voor gezonde kantines met gezonde voeding en zonder alcohol en te voorzien in veel ruimte om te bewegen: bedrijfsfietsen, veilige fietsenstallingen, een fitnessruimte...!

De voedingsindustrie van zijn kant, heeft dé sleutel in handen om consumenten eerlijk, helder én zeer opvallend – zodat niemand nog kan zeggen dat hij/zij het niet wist - te informeren over de vaak ontstellende hoeveelheden - uitermate ongezonde- toegevoegde suikers en vetten én het teveel aan zout in hun – al te vaak - als “gezond” aangeprezen producten.

Al die nodeloze en ongezonde toevoegingen en verborgen verleiders gewoon achterwege laten, zou nog beter zijn!

Precies dat zou de uitkomst moeten zijn van de gezondheidsovereenkomst tussen de Vlaamse overheid en FEVIA-Vlaanderen, de Federatie van de Voedingsindustrie, ter ondersteuning van het Vlaams Actieplan “Voeding en Beweging”.

Winst voor de hele gemeenschap is er evenzeer wanneer we ons, met zijn allen, weer meer dan nu mede verantwoordelijk voelen voor de gezondheid van onze medeburgers.

Heel recent zijn op dit vlak een aantal belangwekkende initiatieven genomen zoals het telefonisch reanimatieadvies, de reanimatielessen aan 12-jarigen door de spoeddienst van o.m. ZNA, de stapsgewijze uitbreiding van het aantal hartdefibrillatoren op openbare plaatsen, het succes van cursussen EHBO door o.m. het Rode en het Vlaamse Kruis, bloedinzamelacties en de oproepen aan eenieder om zich actief te laten registreren als orgaandonor, zodat nabestaanden zich niet meer kunnen verzetten tegen het wegnemen van organen...

Stap voor stap en elk op zich cruciale bijdragen aan een warmere , meer gezonde samenleving.

De winst –op het vlak van gezondheid, bruto nationaal product én bruto nationaal geluk – van een samenleving die -collectief én individueel- radicaal kiest voor een meer gezonde levensstijl, is niet zo makkelijk te meten.

Uit het “North-Kareliaproject”, dat inmiddels is uitgerold over heel Finland en dat gericht is op minder/niet roken, minder alcohol, minder zout, meer groenten, fruit en vis, blijkt alvast dat de gezondheidswinst spectaculair is, als een dergelijke keuze expliciet wordt gemaakt, goed wordt gecommuniceerd, systematisch wordt volgehouden en de hele bevolking erbij wordt betrokken.

Ook de *zorgberoepers* kunnen meer dan in het verleden bijdragen tot effectieve gezondheidswinst.

De belangrijkste uitgavenposten van de ziekteverzekering zijn die voor ziekenhuiszorg (ca 7,7 miljard of 28% van de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg), thuiszorg en ambulante zorg (6,7 miljard of 25%) en geneesmiddelen (4,5 miljard of 17%).

Ter vergelijking: amper 144 miljoen EUR of een kleine 6% gaat naar preventie.

Onderaanbod van de eerste lijn in combinatie met een overaanbod van gespecialiseerde zorg, genereert behoeften maar leidt allerminst tot een rationele inzet van middelen.

Als deze bovendien niet bijdragen tot een stevige gezondheidswinst, dan verliezen we als samenleving dubbel.

Ons land telt maar liefst 29 gespecialiseerde hartcentra.

En, niettegenstaande de nood aan en het aantal cardiochirurgische ingrepen daalt – door een evolutie naar minder invasieve technieken – is de ambitie om nieuwe centra op te richten op sommige plaatsen groot...

Vorige week nog kon u vernemen dat in België een kwart meer pacemakers wordt geplaatst dan in vergelijkbare buitenlandse landen.

Als overaanbod leidt tot nodeloze en bovendien risicovolle ingrepen, dan leidt dat niet alleen tot een onaanvaardbare verspilling.

Het is bovendien gewoon onethisch.

Verspilling tegengaan kan o.m.

- Door een meer doordachte en beter afgedwongen echelonnering: in principe geen bezoek aan een specialist of ziekenhuis, zonder gerichte doorverwijzing door de huisarts of het wijkgezondheidscentrum;
- Door verdere specialisatie in functie van speerpunten en geobjectiveerde excellentie;
- Door echte multidisciplinaire, patiëntgerichte zorg;
- Door een grotere inzet op technologiegedreven innovatief wetenschappelijk onderzoek gericht op betere diagnoses en therapieën met minder invasieve en minder dure technieken.

Dit alles vergt een goede, multidisciplinaire samenwerking tussen artsen binnen en óver zorginstellingen heen!

Gelukkig beschikken we over steeds betere instrumenten om substantiële efficiëntiewinst in de gezondheidszorg mogelijk te maken.

Een kwaliteitsvol, specialismen overschrijdend elektronisch medisch dossier, met de medische geschiedenis van een patiënt is van kapitaal belang voor kwaliteitsvolle zorg.

Het laat immers veilige communicatie tussen alle medische actoren toe.

Tegelijk is het elektronische medisch dossier hét instrument bij uitstek om overconsumptie in de gezondheidszorg tegen te gaan.

Het verhindert dat patiënten zich achtereenvolgens bij verschillende artsen kunnen aanmelden, mogelijks zelfs op één en dezelfde dag, om toch maar dat gegeerde ziektebriefje en/of geneesmiddel voorgeschreven te krijgen.

Het kan nodeloze onderzoeken en/of therapieën voorkomen: geen terugbetaling aan een ziekenhuis of arts die een onderzoek voorschrijft of uitvoert dat eerder door een andere arts in een ander ziekenhuis bij dezelfde patiënt voor een zelfde aandoening is uitgevoerd en waarvan de resultaten in het medisch dossier beschikbaar moeten zijn!

Een betrouwbare informatisering van de zorg biedt artsen én de samenleving bovendien schier oneindige mogelijkheden om een echte kennisgestuurde gezondheidszorg uit te bouwen.

Het is dé basis bij uitstek voor een goede benchmark tussen zorgverstrekkers en ziekenhuizen zodat in functie van excellentie naar een bepaald ziekenhuis, dienst of arts kan worden doorverwezen.

Het kan bovendien worden gebruikt om elektronische voorschriften te genereren die de arts meteen doorstuurt naar de vaste apotheker van de patiënt, die zo mee het overzicht kan bewaren op het geneesmiddelengebruik en overconsumptie van geneesmiddelen kan helpen vermijden.

Elektronische gezondheidsnetwerken creëren ook mogelijkheden om van afgebakende gemeenschappen gezondheidsprofielen aan te leggen en meer gerichte preventie – in functie van geslacht, leeftijd, erfelijkheid of omgeving – te organiseren.

Zo'n elektronisch netwerk biedt tal van nieuwe mogelijkheden ter ondersteuning van de thuiszorg.

Dit brengt me bij de fundamentele en noodzakelijke hervorming van de organisatie én van de financiering van de gezondheidszorg.

Hierboven is al aangestipt dat de middelen voor preventie een habbekrats zijn in vergelijking tot de enorme budgetten voor curatieve gezondheidszorg.

Nochtans, voorkomen is beter en vooral veel goedkoper dan genezen! Dat deze onderinvestering in preventie mede het gevolg is van de huidige kaduke bevoegdheidsverdeling voor de gezondheidszorg, overtuigt amper. Een eerste stap in een grondige hervorming is alvast een verschuiving van middelen en inspanningen van curatieve naar cijfermatig onderbouwde, gerichte preventieve gezondheidszorg die voortdurend wordt gemonitord op effecten en resultaten.

De gezondheidszorg van de toekomst is bovendien meer gericht op innovatie en sterk wetenschappelijk onderzoek.

In vele domeinen, in het bijzonder op het vlak van aandoeningen van de hersenen en de geestelijke gezondheidszorg is de nood aan fundamentele inzichten in de oorzaken, evolutie én mogelijke behandelingswijze van o.m. dementie immens.

Hetzelfde geldt voor het zogenaamd translationeel onderzoek dat tot doel heeft de kloof tussen wetenschappelijk onderzoek en klinische toepassingen te dichten.

Een verdere switch van een prestatiegedreven financiering van de gezondheidszorg naar een financiering in functie van de ultieme doelstelling van de ziekteverzekering en de gezondheidszorg: met name, de – permanent te meten- gezondheidswinst van de patiënt, is allicht de meest ingrijpende en noodzakelijke hervorming die zal leiden tot grotere effectiviteit, meer efficiëntie én grotere resultaatgerichtheid van de zorg.

Eerder kleinschalige, goede voorbeelden die nu al én met succes vanuit een dergelijke visie werken zijn o.m. de wijkgezondheidscentra.

Dames en heren,

“Gezondheid” en “gezondheidszorgbeleid” kunnen uiteraard ook nooit los worden gezien van andere beleidsdomeinen zoals:

- *Verkeersveiligheid*: omwille van de vele trauma's die het verkeer jaarlijks blijft veroorzaken;
- *Leefmilieu en klimaat*: omwille van de impact van de leefomgeving op de gezondheid. In het klimaatrapport van de Verenigde Naties van 2007 wordt de klimaatproblematiek omschreven als “the biggest health threat of the 21st century”.

Dat geldt trouwens ook in omgekeerde richting.

Obesitas, zwaarlijvigheid en de voedselgewoonten die eraan ten grondslag liggen, brengen het milieu zware schade toe.

En, hoe dikker we worden, hoe meer warmte we afgeven, hoe sterker de opwarming van de aarde.

Het kan toch geen toeval zijn dat er een opmerkelijke parallel bestaat tussen de lange termijn evolutie – in stijgende zin - van de gemiddelde BMI én de toename van de CO₂-uitstoot resp. de opwarming van de aarde over dezelfde periode.

- *Ruimtelijke ordening, stadsplanning en mobiliteit:* zo schreef Dr. Philip James van de International Obesity Task Force het verschil in gemiddelde BMI van de bevolking in Nederland resp. de Verenigde Staten van Amerika in grote mate toe aan het verschil in stadsplanning, ruimtelijke ordening en mobiliteitsbeleid. In Nederland nodigt de wegeninfrastructuur en ruimtelijke ordening uit tot fietsen en stappen. In de VSA springt men voor het afleggen van een halve mijl, zonder veel nadenken, in de auto!
- *Onderwijs, onderzoeks- en arbeidsmarktbeleid:* omwille van de samenhang tussen enerzijds het opleidingsniveau en de socio-economische status én anderzijds de gezondheidstoestand van mensen én de fundamentele bijdrage die de wetenschap kan leveren tot de verbetering van de zorg;
- *Voedselveiligheidsbeleid:* om evidente redenen dat onveilig voedsel ziekte en zelfs de dood kan veroorzaken...

In mijn rede van vorig jaar over veiligheid merkte ik op dat, en ik parafraseer: “veiligheid een intrinsieke kwaliteitseis hoort te zijn die deel uitmaakt van nagenoeg elk beleid, zodat reeds bij de conceptie van nieuwe beleidsbeslissingen in om het even welk beleidsdomein meteen ook rekening moet worden gehouden met de effecten ervan op de maatschappelijke- en persoonsveiligheid”.

Welnu, voor “gezondheid” en “gezondheidszorg” zou eigenlijk hetzelfde moeten gelden.

Op het vlak van wonen en zorg heeft Vlaanderen die integrale visie minstens decretaal alvast gerealiseerd.

In het bijzonder voor ouderen én voor personen met een handicap die in toenemende mate nood hebben aan zorg is terecht voorzien in een uitermate gedifferentieerd woon-zorgaanbod, aangepast aan de zorgnood en de draagkracht van de oudere en/of de persoon met een handicap én de mantelzorgers.

Het woonzorgdecreet plaatst terecht de patiënt of oudere, de zorg op maat en de zorgcontinuïteit centraal.

Zo zet het decreet, al dan niet aangevuld door een aantal zeer lokale initiatieven als CADO's, in de eerste plaats sterk in op zo lang als mogelijk en liefst levensbestendig thuis-wonen, al dan niet met ondersteuning door mantelzorgers en/of zorgprofessionals én steeds intensere ondersteuning van die mantelzorgers, zodat de zorg ook voor hen draaglijk blijft m.n. door gezinszorg, aanvullende thuiszorg, dienstencentra, oppashulp, collectieve dagopvang, gastopvang, thuisverpleging, nachtzorg, dagverzorgingscentra, centra voor kortverblijf...

Het decreet doet dit met aandacht voor de betaalbaarheid van de thuiszorg én met ruimte voor zorgvernieuwing.

Het woonzorgdecreet is gelukkig ook erg realistisch.

Het houdt er voldoende rekening mee dat er grenzen zijn aan de mogelijkheden en draagkracht van de mantelzorgers.

Zo voorziet het o.m. ook in assistentiewoningen én in woon-zorgcentra al dan niet bijzonder aangepast voor personen met dementie.

O.m. om het taboe te doorbreken rond dementie en in het bijzonder ook rond vroeg- of frontaalkwabdementie, die vaak gepaard gaan met dramatische gedragstoornissen en/of ingrijpende veranderingen van de persoonlijkheid van een dierbare - veelal nog vooraleer de diagnose correct wordt gesteld – werden o.m. expertisecentra en inloopcentra voor dementie opgericht.

Al vele jaren ondersteunt de provincie initiatieven voor kleinschalig genormaliseerd wonen voor personen met dementie.

De provincie Antwerpen is ook co-organisator en milde sponsor van de indringende film-documentaire: “Verdwaald in het geheugenpaleis” van Klara Van Es die de ziekte op indrukwekkende wijze in beeld brengt door de ogen van personen mét dementie.

Dames en heren,

Hierboven beklemtoonde ik uitvoerig het belang van verantwoordelijkheid op alle niveaus om aanzienlijke gezondheidswinst te boeken en dit zowel voor elke persoon op zich als voor de samenleving in haar geheel.

Maar, hoe gezond of ongezond zijn we in onze provincie?

Dat de levensverwachting jaar na jaar stijgt, werd recent nog eens bevestigd.

Gewonnen levensmaanden en -jaren brengen we helaas niet altijd in goede gezondheid door.

Bovendien worden – soms ondanks een erg gezonde levensstijl – nog veel relatief jonge levens diep gekwetst door ziekte, psychische problemen, handicap, ongeval of zelfdoding.

In wat volgt, bespreek ik -weliswaar bondig- de resultaten van een gezondheidsscan van onze provincie.

Die sprokkelden we vaak letterlijk bij elkaar.

Goede, gevalideerde en systematisch bijgehouden gegevens ontbreken immers.

België en Vlaanderen varen nagenoeg blind bij het uittekenen van een gezondheids- en gezondheidszorgbeleid.

Bovendien ontberen de verschillende beleidsniveaus: federaal, deelstaten, provincies, gemeenten én OCMW's, de nochtans voor de handliggende reflex om hun gezondheidsgegevens én de wetenschappelijke studies

waartoe ze opdracht gaven, spontaan met mekaar te delen en uit te wisselen.

Het federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg doet wel zeer verdienstelijke inspanningen, maar ook hier is nog veel winst te boken.

Maar dan nu...de cijfers.

In 2006 werden door het Belgisch Kankerregister 57 702 nieuwe, Belgische kankerdiagnoses gesteld waarvan 34 887 in Vlaanderen en 9500 in de provincie Antwerpen.

Dat betekent dat onze provincie alleen al verantwoordelijk is voor $\frac{1}{4}$ van het totale aantal Vlaamse kankerdiagnoses.

Prostaatcancer bij mannen en borst- en huidcancer bij vrouwen komen het vaakst voor.

In Vlaanderen is meer dan 1 op 3 sterfgevallen te wijten aan hart- of vaatziekten.

In 2007 overleden 31% van de gestorven mannen en 36% van de gestorven vrouwen aan een cardiovasculaire aandoening.

In 2008 steeg het aantal hartinfarcten in de leeftijdscategorie van 60 tot 80 jaar in onze provincie.

Op het vlak van seksuele gezondheid zijn de resultaten confronterend: na de provincie Luik is Antwerpen de provincie met het tweede hoogste aantal hiv-geïnfecteerden.

De behoorlijk grote concentratie mensen met een migratieachtergrond uit landen met een hoge Aids-problematiek is hier allicht niet vreemd aan.

Er zijn 6 maal meer besmette mannen dan vrouwen.

Ook syfilis met 227 meldingen en gonorrhoe met 303 provinciale meldingen nemen toe.

Bovendien gaat het om een onderschatting omdat de aangiftebereidheid begrijpelijkerwijs zeer klein is.

Obesitas, als belangrijkste welvaartsziekte, neemt wereldwijd stilaan pandemische proporties aan.

Tegen 2015 zouden wereldwijd 2,3 miljard mensen kampen met overgewicht.

700 miljoen zouden tegen dan obees zijn.

3% van de jongeren tussen 11 en 18 jaar uit onze provincie is obees.

21% tot 25% van de Antwerpse jongeren lijdt aan overgewicht.

Op één na het hoogste percentage van Vlaanderen.

Volwassenen doen het niet veel beter.

Het percentage mannen en vrouwen vanaf 20 jaar met overgewicht en obesitas stijgt jaar na jaar in onze provincie.

Diabetes type 2 is sterk gelinkt aan de problematiek van obesitas.

In 2007 kwamen er in België 2070 nieuwe type 1- en maar liefst 23 500 nieuwe type 2-diabetespatiënten bij.

Ook in de provincie Antwerpen, valt een sterke stijging van type 2-diabetes op.

En dit zowel bij mannen als – zij het in iets mindere mate – bij vrouwen.

De opvallendste stijging doet zich voor in de leeftijdscategorie 55 tot 74 jaar.

Zelfs bij 80-plussers neemt de ziekte toe.

De 21st eeuw lijkt meer dan ooit uit te groeien tot dé eeuw van de geestelijke gezondheid.

Dat blijkt m.n. wanneer we de cijfers voor depressie, zelfdoding en degeneratieve hersenaandoeningen als dementie analyseren.

In Vlaanderen kampt 9% van de totale bevolking regelmatig met depressieve problemen.

In onze provincie lijden vooral vrouwen vanaf 40 tot 60 jaar (16,2%) en mannen vanaf 60 jaar (18,1%) aan een depressie.

In 2009 stierven in Vlaanderen 1027 mensen door zelfdoding.

728 mannen en 299 vrouwen.

Dit komt neer op bijna drie zelfdodingen per dag.

Meer meisjes (27%) dan jongens (19%) in onze provincie kampten in 2006 met zelfdodingsgedachten.

Deze evolutie staat haaks op de nationale cijfers.

Kijken we naar de pogingen tot zelfdoding bij volwassenen, dan zien we een opmerkelijke stijging tussen 40 en 60 jaar voor beide geslachten.

Bij mannen gaat het om een stijging van 0,7% naar 3,2% terwijl het bij vrouwen gaat om 7,6%.

Zelfdoding is en blijft in de eerste plaats een verschrikkelijk menselijk drama.

Monika Van Paemel verwoordde het in *De Eerste Steen* als volgt:

“Wie moordt,werpt de schuld op zich.Wie zichzelf doodt, werpt de schuld op een ander”.

Elke zelfdoding betekent bovendien een substantieel economisch verlies.

Samen met obesitas wordt dementie algemeen beschouwd als de meest ingrijpende sociale en gezondheids crisis van de 21^{ste} eeuw.

Wereldwijd lijden ca 35,6 miljoen mensen aan (Alzheimer) dementie.

Door de stijgende levensverwachting zal dat cijfer de komende twintig jaar bijna verdubbelen tot 65,7 miljoen in 2030 en stijgen tot 115,4 miljoen in 2050.

Alleen al in België lijden circa 165 000 patiënten aan dementie waarvan een grote helft of 85 000 worden geconfronteerd met Alzheimer.

Bovendien gaat het slechts om een voorzichtige schatting.

Het reëel aantal personen met dementie ligt allicht nog veel hoger.

Exacte cijfers voor onze provincie ontbreken helaas.

Ze kunnen enigermate worden geschat op 60.000 door gegevens van de leeftijdscurve van de bevolking te vermenigvuldigen met het prevalentiepercentage voor West-Europa.

Ouderdomsdementie treft doorgaans meer vrouwen dan mannen: bij de groep hoogbejaarden lijdt al 1 op 2 vrouwen en 1 op 3 mannen aan de ziekte.

Ook op jongere leeftijd kan de ziekte onverwacht toeslaan.

Bij patiënten jonger dan 65 jaar is frontaalkwabdementie de tweede, meest voorkomende vorm van dementie.

In principe op zelfdoding na – (in principe want een ongezonde levensstijl en ontevredenheid met de conditie van geest en lichaam kan een trigger voor zelfdoding zijn) – houden nagenoeg alle voorgaande aandoeningen die tot aanzienlijk gezondheidsverlies en/of zelfs een voortijdige dood kunnen leiden, rechtstreeks of onrechtstreeks verband met een gezonde levensstijl en voedingsgewoonten, of beter het gebrek daaraan.

Die wetenschap is hard...we eten, drinken én roken ons ziek.

Tegelijk biedt ze veel hoop en perspectief...we kunnen er met zijn allen veel aan doen.

We hebben zelf de sleutel van een gezonder leven in handen!

Met die wetenschap in het achterhoofd, schets ik hierna een aantal voorstellen en initiatieven die we zelf en op provinciaal niveau kunnen uitvoeren en/of helpen waarmaken.

Daarnaast zijn nog tal van andere hervormingen denkbaar en noodzakelijk.

Die moeten vooral op andere niveaus worden waargemaakt.

Voorstel I: Ga met de provincie en al haar inwoners de uitdaging aan om – ter concretisering van de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen – meetbare en ambitieuze gezondheidswinst te boeken.

Om dit concreet te maken lanceren we een BMI-charter voor bedrijven, scholen, hogere onderwijsinstellingen, organisaties, overheden, verenigingen....

Met het milieucharter hebben we inmiddels veel ervaring opgebouwd.

Aan de basis daarvan ligt een doorgedreven milieu-audit en een afspraak over de milieudoelstellingen die een bedrijf het komende jaar wil halen op het vlak van besparing aan energie of water en de realisatie van eco-efficiëntie en duurzaamheid.

Welnu, op basis van een BMI-audit (onderzoek naar de gemiddelde BMI van alle medewerkers resp. scholieren, studenten, leden... én de BMI van 10% van de medewerkers, scholieren, studenten, leden... met de hoogste resp. laagste BMI) gaat de partner onderhandelde BMI-doelstellingen aan. De ultieme betrachting is het halen van volgende norm: een gemiddelde BMI van 24 en een vermindering van de BMI van de 10% medewerkers met de hoogste BMI tot 28.

Deze oproep komt niets te vroeg.

Uit het eerder deze week gepubliceerd grondig onderzoek van het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie blijkt immers dat het gezondheidsbeleid van de bedrijven verslapt.

Scholen doen het iets beter, al is ook daar nog veel vooruitgang mogelijk!

Het spreekt voor zich dat de partners zich moeten engageren om deze normen niet te halen door hun selectie- en ontslagbeleid o.m. te baseren op een laag resp. (te) hoog lichaamsgewicht.

Dat zou overigens strijdig zijn met de antidiscriminatiewetgeving.

Hoe de doelstellingen wel worden gehaald, laten we uiteraard over aan de creativiteit van de partners en hun medewerkers.

Wel zullen we enkele handige instrumenten en tips ter beschikking stellen, zoals één veggiedag per week en/of een veggieweek/maand, geen alcohol in het personeelsrestaurant, het aanbieden van groenten en fruit op de werkvloer....

Wie zijn doelstellingen haalt, krijgt jaarlijks een BMI-charter.

We willen hiermee geenszins aanzetten tot een beleid met een beschuldigende ondertoon naar medewerkers, leerlingen, studenten...met een te hoog lichaamsgewicht.

We zijn vooral geïnteresseerd in partners die het charter aangrijpen als een sportieve en stimulerende uitdaging die ze gedragen en samen met heel hun organisatie willen aangaan!

Met een platform voor de uitwisseling van goede praktijken en een opvolging van de resultaten kunnen we bovendien onze kennis m.b.t. de evolutie inzake overgewicht en obesitas verder uitbreiden en verdiepen.

Voorstel 2: Bewerkstellig dat ten laatste tegen 2020 alle steden en gemeenten² én minstens één derde van de grote bedrijven en scholen van de provincie Antwerpen “hartveilig” zijn.

2 Gemeenten als Arendonk, Baarle-Hertog, Berlaar, Bornem, Edegem, Herenthout, Kalmthout, Merksplas, Putte, Ravels, Schilde en Schoten zijn inmiddels hartveilig. Voor het overzicht zie: <http://hartveilig.rodekruis.be>

Voorstel 3: Gemeenten, moedig uw inwoners aan om zich expliciet te registreren als donor.

Zodra ze dat doen, kunnen familieleden zich niet meer verzetten tegen het wegnemen van organen bij het overleden familielid dat zich expliciet als donor liet registreren.

Registratie is kosteloos en herroepbaar.

Beide voorstellen zijn ingegeven door de vaste overtuiging dat mensen niet alleen moeten instaan voor hun eigen gezondheid, maar zich bovendien mede verantwoordelijk moeten voelen voor het wel en wee van anderen.

Voorstel 4: Veranker de “labofunctie” van de provincie op het vlak van welzijn, gezin en gezondheid.

Welzijnsnoden in de brede zin rijzen – door hun nauwe samenhang met het sociologisch, cultureel en geografisch weefsel – niet overal op hetzelfde moment, op dezelfde manier in Vlaanderen.

Tot nu toe waren en zijn de provincies zeer goed geplaatst om nieuwe welzijnsnoden te detecteren en daar gebiedsgericht op in te spelen.

Om te vermijden dat “vrijheid, blijheid” heerst, kan de uitoefening van deze functie worden gekoppeld aan een beheersovereenkomst voor vijf jaar met de Vlaamse gemeenschap of met de betrokken steden en gemeenten.

Bewijst het project zijn meerwaarde, zodat het voor heel Vlaanderen grote waarde heeft, dan neemt de Vlaamse Gemeenschap het over.

Blijkt het enkel relevant voor een beperkt(er) aantal steden of gemeenten, dan nemen zij het over.

Blijven nuttige effecten uit of is het project een mislukking dan moet het, al dan niet voortijdig, worden stopgezet.

Om een wildgroei aan proefprojecten te voorkomen, zou de Vlaamse overheid het aantal per legislatuur kunnen beperken tot vijf per provincie. Ontneemt men deze mogelijkheid aan de provincies, dan dreigt het risico op zorg- en welzijnsverschraling.

Voorstel 5: Bevestig de rol van de provincie op het vlak van coördinatie, afstemming, planning, ondersteuning en het stimuleren van samenwerking en draag ten volle de consequentie van die keuze.

Het Groenboek Interne Staatshervorming bevestigt deze waardevolle rol van de provincies.

De consequentie van deze keuze: provincies moeten dan ook kunnen investeren in expertise-ontwikkeling en versterking met het oog op het delen en ter beschikking stellen van deze expertise aan het terrein, wordt – helaas - niet met zoveel woorden bevestigd.

Ze is er wel het logische gevolg van.

Voorstel 6. Waarborg continuïteit en waak erover dat de uitermate waardevolle initiatieven, diensten en organisaties die dankzij de provincies zijn gerealiseerd, verder worden gezet.

Dit veronderstelt o.m. dat de middelen die de provincies momenteel investeren in zorg, gezin en welzijn ook in de toekomst voor deze beleidsdomeinen worden vrijgemaakt en ingezet.

Dames en heren,

Hét – toegegeven, soms al te belerende - mantra van deze rede was allicht: kies voor een gezonde levensstijl: eet gezond, beweeg voldoende en participeer consequent aan de collectieve preventieacties van de overheid en werk aan je mentale veerkracht.

En weet dat je, ongeacht de context een goede, gezonde keuze kan maken.

De context (opleidingsniveau, familiale achtergrond, een zekere erfelijke belasting), kan die keuze makkelijker of aanzienlijk moeilijker maken.

Maar, de context op zich “beslist niet” .

Beslissen doet iedereen vanaf een zekere leeftijd voor zichzelf.

Iedereen kan én moet die keuze voor zichzelf maken, in de wetenschap dat die keuze in de eerste plaats belangrijke gevolgen voor zichzelf, maar ook voor de hele samenleving en gemeenschap heeft.

Helaas biedt een gezonde levensstijl alleen geen absolute waarborg voor een lang, gelukkig en gezond leven.

Er zijn – helaas- voorbeelden genoeg van mensen die altijd uiterst gezond hebben geleefd en desondanks toch ernstig ziek werden en (verrassend) vroeg overleden.

Een gezonde levensstijl helpt helaas ook niet tegen ongevallen, rampen of handicaps.

Bovendien is ook het omgekeerde perfect mogelijk: mensen die rokend, veel drinkend en stevig etend door het leven fietsen en daar met veel genoegten op kunnen terugkijken.

Dat zijn veeleer de uitzonderingen die de regel bevestigen.

En voor die regel bestaat meer dan voldoende wetenschappelijk onderzoek: houd je gewicht onder controle, mijd zoveel mogelijk verzadigde vetten (vooral in dierlijke producten zoals boter, vlees, melk, maar ook chocolade), wees heel zuinig met suikers en alcohol.

Gebruik geen drugs.

Beweeg.

Dat deze stelregels beschermen tegen hart- en vaatziekten is allicht voldoende bekend.

Minder geweten is dat ze sterk bijdragen tot het voorkomen van bijv. diabetes of suikerziekte.

En laat mensen met diabetes, hart- en vaatziekten nu ook gevoeliger zijn voor (Alzheimer)dementie dan personen die deze ziekten niet hebben. Bovendien blijkt er ook een verband te bestaan tussen het consumeren van voormelde verzadigde vetten en (Alzheimer)dementie.

En als zowat iedereen deze – relatief eenvoudige – stelregels in acht neemt, winnen we bovendien als gemeenschap.

In onze sterk veranderende wereld zal de economische slagkracht van een regio immers vooral afhangen van de inzet, flexibiliteit, leergierigheid en het dynamisme van haar bevolking.

Welnu een “scherpere” bevolking die weinig kampt met overgewicht en obesitas, is beter gewapend tegen aandoeningen en ziekten.

Het ziekteverzuim en alle economische én medische kosten die dat met zich meebrengt, zullen logischerwijze afnemen, wat de productiviteit én de aantrekkelijkheid van de regio voor investeringen alleen maar zal bevorderen.

Een gezondere bevolking, minder ziekten en aandoeningen is vanzelfsprekend ook dé belangrijkste sleutel om kosten van de ziekteverzekering onder controle te houden.

Tot slot, dames en heren nog dit...

De dood is een wezenlijk onderdeel van het menselijk leven.

Daar kunnen we niet omheen.

Maar voor het zover is, worden we vaak - hoewel kerngezond en barstensvol energie- geconfronteerd met onze menselijke kwetsbaarheid.

Die vaststelling -hoe pijnlijk en opstandig ze ons bij momenten ook maakt- is nu eenmaal een ontologische of metafysische kwaliteit van ons tijdruimtelijk bestaan.

Niemand is onkwetsbaar.

Waarom dus het ideaalbeeld van de onoverwinnelijke mens niet leren loslaten en voor alles onze sterfelijkheid en kwetsbaarheid leren aanvaarden?

Is het niet denkbaar dat onze samenleving aan geborgenheid, veerkracht en warmte wint, als we onze kwetsbaarheid weer een zinvolle plaats geven en niet langer krampachtig trachten weg te moffelen?

Misschien biedt een eerlijkere omgang met onze sterfelijkheid en kwetsbaarheid nieuwe ruimte voor positieve zingeving, voor minder verruwing en een goede context voor een betere –geestelijke- gezondheid. En daar vaart iedereen wel bij!

Die veerkracht wens ik u toe.

Op uw gezondheid!

P.s. Dames en heren, bij het buitengaan ontvangt u niet alleen het traditionele – dit jaar groene boekje – met de uitgeschreven, lange versie van de rede.

U krijgt ook een BMI-schijf als toemaatje.

Misschien kunnen we zelf het goede voorbeeld geven en werken aan de verandering die we een veerkrachtig en gezonder Antwerpen wensen!

Ik dank u.



