

MINISTERIUM DER DEUTSCHSPRACHIGEN GEMEINSCHAFT

D. 2006 — 2299

[C – 2006/33060]

23. MÄRZ 2006 — Erlass der Regierung zur Festlegung des globalen Konzeptes zur Gesundheitsförderung in der Deutschsprachigen Gemeinschaft

Die Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft,
 Aufgrund des Dekretes vom 1. Juni 2004 zur Gesundheitsförderung, insbesondere Artikel 2, Absatz 1;
 Aufgrund des Gutachtens des Beirates für Gesundheitsförderung vom 18. März 2005;
 Auf Vorschlag des für Soziales zuständigen Ministers,
 Nach Beratung,
 Beschließt:

Artikel 1 - Die Regierung verabschiedet das in der Anlage vorliegenden Erlasses beigefügte globale Konzept zur Gesundheitsförderung in der Deutschsprachigen Gemeinschaft.

Art. 2 - Vorliegender Erlass tritt mit Wirkung zum 1. Januar 2006 in Kraft.

Art. 3 - Der für Soziales zuständige Minister wird mit der Durchführung des vorliegenden Erlasses beauftragt.
 Eupen, den 23. März 2006

Für die Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft:

Der Minister-Präsident, Minister für lokale Behörden
 K.-H. LAMBERTZ

Der Vize-Ministerpräsident, Minister für Ausbildung und Beschäftigung, Soziales und Tourismus,
 B. GENTGES

Der Minister für Unterricht und wissenschaftliche Forschung,
 O. PAASCH

Die Ministerin für Kultur und Medien, Denkmalschutz, Jugend und Sport,
 Frau I. WEYKMANS

 Anlage

Anhang zum Erlass der Regierung vom 23. März 2006 zur Festlegung des globalen Konzeptes zur Gesundheitsförderung in der Deutschsprachigen Gemeinschaft

Gesundheitsförderung in der Deutschsprachigen Gemeinschaft

1. Welche Faktoren beeinflussen die Gesundheit?
1. Grundsatzdefinitionen: 3
 - 1.1. Was ist der Mensch?
 - 1.1.2. Was bedeutet «Krankheit»?
 - 1.1.3. Was bedeutet «Gesundheit»?
2. Wie kann Gesundheit gefördert werden?
 - 2.1. Was bedeutet «Gesundheitsförderung»?
 - 2.2. Zum Unterschied zwischen Gesundheitsförderung und Prävention:
 - 2.3. Wie sollte demnach Gesundheitsförderung in der DG aussehen?
3. Zieldefinition für die Gesundheitsförderung 10
 - 3.1. Struktureller Ansatz
 - 3.2. personenbezogener Ansatz
4. Methoden und Strategien 14
 - 4.1 Personalkommunikative Maßnahmen
 - 4.1.1. Information und Aufklärung
 - 4.1.2 Life skill Programme (Lebenskompetenzförderung)
 - 4.1.3. Kulturpädagogische Ansätze
 - 4.1.4. Empowerment (Bürgerbeteiligung)
 - 4.1.5. MultiplikatorInnen
 - 4.2. strukturelle Maßnahmen
 - (1) Schaffung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen:
 - (2) Netzwerke
 - (3) Kooperation und Koordination
 - 4.3. Setting-Ansatz
 - 4.4. Massenkommunikative Maßnahmen
5. Qualitätskriterien
6. Formen der Evaluation
7. Referenzen und Quellenangaben

1. Welche Faktoren beeinflussen die Gesundheit?

1. Grundsatzdefinitionen:

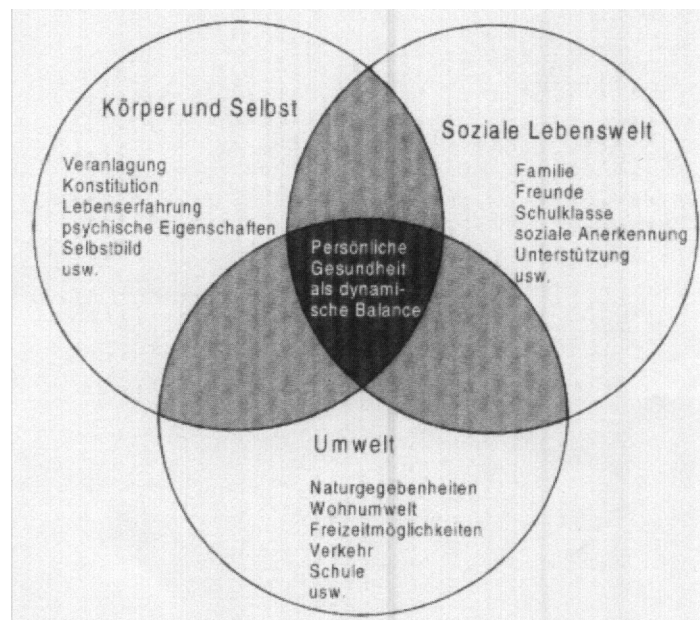
1.1.1. Was ist der Mensch?

Der Mensch ist ein autonomes Wesen, das zur bewussten Selbstreflexion, zur Planung und zielgerichteten Steuerung und Bewertung des eigenen Verhaltens fähig ist. (1)

Er strebt danach, die Grundbedürfnisse, die zu seinem physischen, sozialen, psychischen und spirituellen Wohlbefinden führen, zu erfüllen. (2)

Der Mensch steht nicht für sich allein: er befindet sich in beständiger Interaktion mit seiner materiellen und sozialen Umwelt, durch die er sein Überleben und seine Selbstentfaltung zu sichern sucht. (1)

Schema aus (1):



1.1.2. Was bedeutet «Krankheit»? aus (3)

Der Begriff Krankheit impliziert verschiedene Aspekte des «Nicht Gesund-Seins» :

So ist Krankheit

- eine objektiv feststellbare Kombination von Symptomen und physischen Merkmalen, die durch gestörte körperliche (bio-physische) Funktionen erklärbar sind (= «disease»)

- eine subjektive Erfahrung von Schmerz oder Beschwerden (= «illness»)

- eine soziale Rolle mit Rechten (das Solidaritätssystem in Anspruch nehmen dürfen und Pflichten (Hilfe suchen) (= «sickness»). Der kranke Mensch hat eine gesellschaftlich definierte «Aufgabe» : er versucht, gesund zu werden oder zumindest mit der Krankheit leben zu lernen. (3)

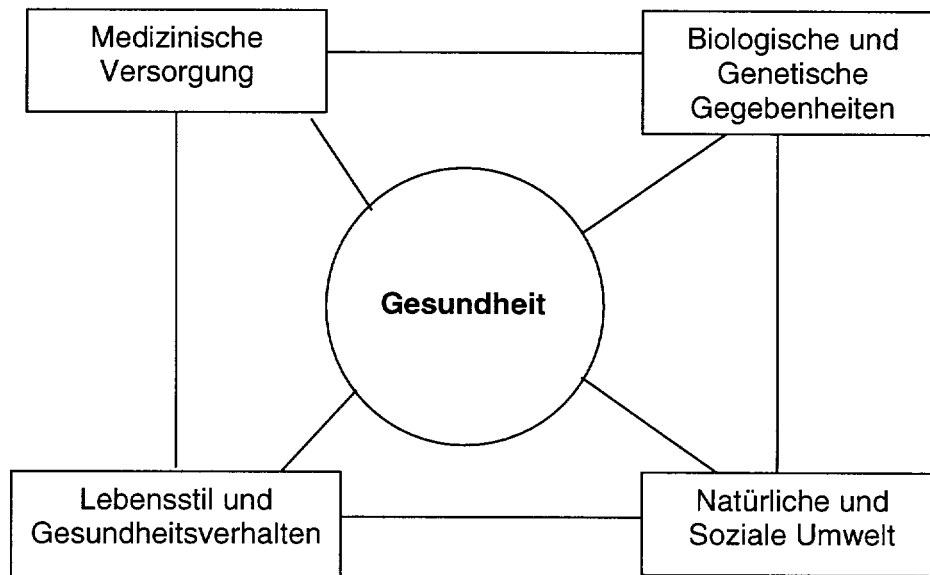
1.1.3. Was bedeutet «Gesundheit»?

Die Definition des Begriffes «Gesundheit» hat im Laufe der Zeit einige Veränderungen erfahren. (4)

Die WHO definierte 1976: «Gesundheit ist der Zustand vollkommenen physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen.» (in der Ottawa-Charta von 1986 bereits abgeändert in «Gesundheit ist ein Zustand eines bestmöglichen physischen, mentalen und sozialen Wohlbefindens, wobei jeder Mensch die Chance erhalten muss, Fähigkeiten zu entwickeln und zu nutzen, mit den größtmöglichen Freiheiten und Auswahlmöglichkeiten.»)

Dieser durch die Machbarkeitseuphorie der Nachkriegsjahre geprägte Begriff hat in den letzten zwei Jahrzehnten eine deutliche Wandlung durchgemacht, indem das moderne sozialmedizinische Verständnis viel eher von einem dynamischen Prozess ausgeht, einem Fließgleichgewicht also, welches das Individuum ständig mit seiner Umwelt herzustellen versucht, um sein Wohlbefinden zu optimieren.

In diesem Fließgleichgewicht beeinflussen vier Dimensionen den jeweiligen Gesundheitszustand, nämlich die biologisch-genetischen Gegebenheiten, die medizinisch-technischen Möglichkeiten (Gesundheitswesen), sowie Lebensstil als auch Umweltfaktoren.



Aus diesem Verständnis abgeleitet und unter maßgeblicher Stimulation durch die Weltgesundheitsorganisation hat sich auch ein modernes Verständnis der Gesundheitsförderung entwickelt. (4)

Dabei wird von der Frage nach den Entstehungsbedingungen von Gesundheit ausgegangen, im Sinne der Salutogenese nach Antonovsky.

Aus (7), s.97:

«Die salutogenetische Perspektive versucht, eine Erklärungsgrundlage für die Bedeutung personaler Ressourcen bei der Entstehung, Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit zu liefern.»

Ebenda, s.96:

«Gesundheit und Krankheit werden aus salutogenetischem Blickwinkel nicht als einander ausschließende, alternative Zustände gesehen. Sie gelten als angenommene Endpunkte eines gemeinsamen Kontinuums (Gesundheits-/Krankheits-Kontinuum). Der jeweilige Gesundheitszustand eines Menschen ergibt sich aus der dynamischen Interaktion zwischen belastenden und entlastenden bzw. schützenden Faktoren im Menschen und seiner/ihrer Umwelt. Die Balance zwischen den unterschiedlich stabilen und zeitlich veränderbaren Risiko- und Schutzfaktoren bestimmt das jeweilige Gesundheitsniveau.»

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Gesundheitszustand von biologisch-genetischen Gegebenheiten, den medizinisch-technischen Möglichkeiten, dem Lebensstil und den Umweltfaktoren beeinflusst wird.

Die Entstehung, Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit wird durch personelle Ressourcen beeinflusst.

2. Wie kann Gesundheit gefördert werden?

2.1. Was bedeutet «Gesundheitsförderung»? (4)

Gemäß der WHO Ottawa-Charta von 1986:

«Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.

Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können.

In diesem Sinne ist Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel.

Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten.

Die Verantwortung für die Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur beim Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin.»

Daraus folgt:

Aus (5), s.24:

«Die WHO betont die soziale Dimension von Gesundheit, in der die gesundheitsgerechte Gestaltung der sozialen und natürlichen Umwelt erreicht werden soll. Sie betont aber auch die persönliche Dimension, in der es darum geht, dass jedem einzelnen Menschen die notwendigen Kompetenzen vermittelt werden müssen, damit er seine persönliche Gesundheit verbessern kann.

Ein weiterer wichtiger Gesichtspunkt betrifft das Aufgabenfeld Gesundheitsförderung, das nicht nur Professionelle abdecken sollten, sondern das als das Aufgabenfeld für alle BürgerInnen betrachtet wird, und in dem Selbstorganisation ein gewünschtes Prinzip darstellt. Aufmunterung zu und Unterstützung von Selbstorganisation und Selbstverantwortung im Sinne der Hinführung zur gesundheitlichen Mündigkeit soll von vielen unterschiedlichen Berufsgruppen geleistet werden.»

2.2. Zum Unterschied zwischen Gesundheitsförderung und Prävention:

Aus (4):

«Die Gesundheitsförderung umfasst in einem weiten Sinn alle der Gesundheit dienlichen Maßnahmen im Rahmen einer Gesellschaft, während die Prävention (Prophylaxe) schon auf ein bestimmtes Ziel gerichtet ist, nämlich das der Bewahrung der Gesundheit sowie der Verhütung und Früherkennung von Krankheit.»

	Prävention	Gesundheitsförderung
Ansatzpunkt	Krankheit	Gesundheit
Absicht, Zielsetzung	vorbeugen	fördern
Zielgruppe	potenziell Kranke, Risikogruppen	jeder, auch die Gesunden
Sichtweise	bio-medizinisch	bio-psycho-sozial
Akteure	(para-) medizinisches Personal	multidisziplinär

Schema aus (3)

Gesundheitsförderung ist mehr als Prävention, denn sie beinhaltet die Dimension des subjektiven Empfindens der Lebensqualität und der Entscheidungsfreiheit.

Anmerkung:

Prävention ist ein älterer Begriff, der aber immer noch existiert. Auch die alte Einteilung in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention hat weiterhin Gültigkeit. Die beiden Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention überschneiden sich inhaltlich, in dem Sinne, dass die präventiven Maßnahmen Teil der Gesundheitsförderung sein können, aber nicht unbedingt alle sind. Der wichtigste Unterschied liegt in der Teilnahme (participation) des Zielpublikums. Präventive Aktionen sind ein Teil der Gesundheitsförderung, unter der Bedingung, dass die Entscheidungsfreiheit des Individuums als solches respektiert wird.

Aus (5), s.27

«Die Politik der WHO und die oben dargestellte Philosophie der Gesundheitsförderung finden ihren praktischen Niederschlag in den Zielen des «Regionalprogramms Gesundheit für alle», zu denen die Länder der europäischen WHO-Region sich verpflichtet haben und die sie in den letzten Jahren immer wieder in Einzelheiten überarbeitet und abgestimmt haben. Die Ziele haben sich zu einer Beschreibung des wünschenswerten Gesundheitszustandes, der zur Gesundheit beitragenden Faktoren, der Gesundheitspolitik und der Handlungsgrundsätze entwickelt. Sie kreisen um vier sich wechselseitig bedingende Themen, die alle 12 Ziele (..) durchziehen:

- Gewährleistung der Chancengleichheit im Gesundheitsbereich durch Schließung der Kluft im Gesundheitszustand zwischen den Ländern und zwischen den Gruppen innerhalb der Länder,
- das Leben lebenswerter machen, indem man den Menschen dazu verhilft, ihr volles physisches, psychisches und soziales Potential zu entfalten und auszuschöpfen,
- gesünder leben durch Reduzierung von Krankheit und Behinderung,
- länger leben durch eine verbesserte Lebenserwartung.» (WHO 1991:6)

Gesundheitsförderung ist als ein Konzept zu sehen, das unterschiedliche Maßnahmen zur Verbesserung, zum Schutz und zur Erhaltung der Gesundheit umfasst. Speziell zwischen Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention gibt es keine scharfe theoretische und noch weniger eine praktische Abgrenzung. «Gesundheitsförderung» integriert unterschiedliche Maßnahmen und Ansätze wie Gesundheitsaufklärung, Gesundheitserziehung, Gesundheitsberatung. Dazu gehören auch präventive Maßnahmen.

Prävention ist einerseits aus volkswirtschaftlicher Sicht sinnvoll, da sie durch Reduzierung von Morbidität und Fehlzeiten und durch Vorbeugung von Invalidität und Mortalität Kosten spart; sie ist aber auch aus individueller Sicht sinnvoll, da sie durch Vorbeugung von Krankheiten und/oder Invalidität die Lebensqualität erhalten bzw. verbessern hilft.

Sowohl die bisherigen als auch zukünftige Präventivmaßnahmen werden also keineswegs überflüssig, sondern sollten als integrierter Bestandteil der Gesundheitsförderung verstanden werden. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass sie sich an den Grundlagen der Gesundheitsförderung, soweit dies möglich ist, orientieren: intersektorales und interdisziplinäres Handeln, Partizipation des Zielpublikums, Berücksichtigung der Lebensbedingungen der jeweiligen Personen.

2.3. Wie sollte demnach Gesundheitsförderung in der DG aussehen?

Anmerkung: In der Deutschsprachigen Gemeinschaft gehören die bisherigen Initiativen im Gesundheitssektor, abgesehen von einigen punktuellen Aktionen, vorwiegend in den Bereich der Prävention (DKF, Gesundheitsinspektion, Arbeitsmedizin, Schulgesundheitszentren).

Repressive Gesundheitsbotschaften, die «objektive Wahrheiten» beinhalten, vernachlässigen den Anteil der Eigenverantwortung und führen nicht unbedingt zu Verhaltensänderungen. Um wirklich eine Verhaltensveränderung herbeizuführen, ist es notwendig, die Informationen interaktiv zu gestalten. Der Mensch als Individuum sollte im Mittelpunkt stehen; seine Eigenverantwortung betont werden. Diese gibt ihm die Verantwortung für sein Leben und seine Lebensumstände (in sofern er darauf Einfluss nehmen kann) zurück.

Der Ansatz soll demnach die Vermittlung von positiven Botschaften sein. Dieser Ansatz streicht die Eigenverantwortlichkeit der Menschen heraus und betont die Möglichkeiten an Stelle der Pflichten.

Daher kann der Mensch nicht auf seinen Körper allein reduziert werden, denn «offensichtlich entscheidet das subjektive Erleben des Individuums, ob man sich krank oder gesund fühlt.»

(Präventiv 07.01/S2)

Da das Individuum deshalb aber mit seinen Lebensumständen betrachtet werden muss, haben Modelle, die auf «naive» Weise eine Verhaltensänderung bewirken wollen («Leeres-Fass-Modell», «Goliathmodell», «Zeitbombenmodell»), wenig Aussicht auf Erfolg. Im Gegensatz zu diesen Modellen, die auf der Annahme basieren, dass Aufklärung über Risikoverhalten automatisch zu einer Änderung der Lebensweise führt, basieren moderne Konzepte der Gesundheitsförderung auf psychologischen Theorien und Modellen.

Vier Basisprinzipien können daraus abgeleitet werden: (6)

«- Veränderungen im Gesundheitsverhalten geschehen phasenweise, es ist ein kontinuierlicher Prozess (health behaviour change occurs in stages).

- Das Gesetz des minimalen Aufwandes (law of minimal effort) beinhaltet, dass dem Menschen eine Entscheidung überlassen wird, die gesunde Alternative aber leicht gemacht wird.

- Dem beobachteten (Gesundheits-) Verhalten liegen unterschwellige Verhaltensmuster zugrunde (observable health behaviour ist controlled by underlying mechanisms); d.h. das Verhalten wird vorwiegend nicht verstandesmäßig gesteuert

- Das Verhalten basiert auf einer Wechselwirkung zwischen dem Menschen und seiner Umgebung (health behaviour ist the result of an interaction between the individual and his environment).»

Die Unterstützung von Selbstorganisation und Selbstverantwortung im Sinne der Hinführung zu gesundheitlicher Mündigkeit ist von besonderer Bedeutung.

3. Zieldefinition für die Gesundheitsförderung

Ein Projekt oder eine Maßnahme in der Gesundheitsförderung ist die Reaktion auf ein festgestelltes Problem. Ein Projekt beginnt stets mit einer Idee, die dann geplant und ausgeführt wird. Von zentraler Bedeutung sind die Ziele, die man sich setzt: sie erlauben gezieltes Arbeiten und eine Überprüfung der Resultate.

Um angepasste Ziele zu formulieren, ist zunächst eine Analyse der Ausgangssituation/der Problemsituation erforderlich. In dieser Problemanalyse oder «diagnostischen Evaluation» (siehe Kapitel 6) werden die Probleme, aber auch die Zielsetzungen und die erforderlichen Ressourcen aufgelistet und formuliert. Bei der Planung der Maßnahmen sollte die spätere Evaluation (siehe Kapitel 6) bereits mitgeplant werden, damit sichergestellt ist, dass alle erforderlichen Daten bereits im Laufe des Projekts erhoben werden.

Die Zieldefinition sollte auf der Basis eines Rasters erfolgen, um später die Auswertung der erreichten oder nicht erreichten Ziele zu erleichtern. Vorgeschlagen wird folgendes Raster:

- Richtziel

- Grobziel

- Feinziel

Definitionen:

Richtziel (finalité, gezondheidsdoel, health goal):

Das Richtziel ist die Grundmotivation, ein ideelles Ziel, das die Richtung angibt, in die man möchte. Das Richtziel ist eigentlich unerreichbar.

Beispiel: AIDS-Neuerkrankungen verhindern

Grobziel (but, strategisches Ziel, gezondheidsobjectief, health objective)

Grobziele umreißen und strukturieren grob die Bereiche, in denen angesetzt werden soll, um das Fernziel anzusteuern. Sie geben einigermaßen realistische, praktische Ziele wieder, die man anvisiert. Sie müssen überprüfbar sein!

Beispiel: vermehrt zum Thema AIDS informieren.

Feinziel (objectif, operationelles Ziel, gezondheidsdoelstelling, health target)

Ein Feinziel ist eine konkrete Umsetzung des Grobzieles. Es handelt sich hier um «kleine Schritte», die klar definiert und abgesteckt (abgegrenzt) sein müssen.

Beispiel: nach einem Jahr sollen x % der Leute ausreichende Kenntnisse zum Thema AIDS haben.

Innerhalb des Feinzieles können spezifische Ziele definiert werden (sous-objectifs, objectifs secondaires), hier z.B. die Aufklärungsrate bezüglich AIDS innerhalb einer bestimmten Zielgruppe/Untergruppe steigern.

Ein Ansatz für Gesundheitsförderung ist auf zwei Ebenen möglich: der strukturellen und der personenbezogenen Ebene.

3. . Struktureller Ansatz

Der strukturelle Ansatz fokussiert die Struktur der Gesundheitsangebote als solche: Netzwerke, Einrichtungen wie Schulen, Krankenhäuser, Betriebe... d.h. die verschiedenen Settings als solche.

Aus (7), s.100:

«Ein Setting wird einerseits als ein soziales System verstanden, das eine Vielzahl relevanter Umwelteinflüsse auf eine bestimmte Personengruppe umfasst und andererseits als ein System, im dem diese Bedingungen von Gesundheit und Krankheit auch gestaltet werden können. In erster Linie werden Kommunen, Schulen, Krankenhäuser und Betriebe als Settings bezeichnet.»

Beispiele für Zieldefinitionen, nach dem vorgegebenen Raster Richtziel-Grobziel-Feinziel:

1. Richtziel: die Qualität der Infrastruktur im Gesundheitsbereich verbessern. Adäquate Strukturen für die Gesundheitsförderung schaffen und die Qualität der existierenden Struktur im Gesundheitsbereich verbessern	
Grobziel 1 verbesserte Kommunikation zwischen den einzelnen Bestandteilen der Struktur	Feinziel 1 z.B. Gründung einer gemischten Arbeitsgruppe «Schule und Gesundheit»
	Feinziel 2
Grobziel 2 verbesserte Kommunikation zwischen den Nutznießern und der Struktur	Feinziel 1 Schaffung einer Rubrik «Gesundheit» im lokalen Fernsehsender KA3
	Feinziel 2
Grobziel 3 Verbesserung des Angebotes an Information für die Nutznießer	Feinziel 1
	Feinziel 2
	Feinziel 3
Grobziel 4 Regelmäßige Datenerhebung bez. des Gesundheitszustandes der ostbelgische Bevölkerung	
2. Richtziel: Schaffung eines gesundheitsfördernden Rahmens im Schulalltag	
Grobziel 1 Analyse der Verhältnisse und Interventionsmöglichkeiten in jeder Schule	Feinziel 1
	Feinziel 2
	Feinziel 3
Grobziel 2 Ausarbeiten von Richtlinien für die Hygiene an den Schulen	Feinziel 1
	Feinziel 2
Grobziel 4 Förderung der gesunden Körperhaltung von Schülern und Lehrern	Feinziel 1
Grobziel 5 Bewusstseinsbildung für den Wert der Gesundheit im täglichen Leben	Feinziel 2
3. Richtziel: Schaffung eines gesundheitsfördernden Rahmens in der Arbeitswelt	
Grobziel 1	Feinziel 1
	Feinziel 2
Grobziel 2	Feinziel 1
	Feinziel 2
4. Richtziel : Schaffung eines gesundheitsfördernden Rahmens in der Freizeitwelt	
Grobziel 1	Feinziel 1
	Feinziel 2
	Feinziel 2

3.2. personenbezogener Ansatz

Die Gesundheitsförderung setzt bei den Personen selbst an, und zwar in ihrem jeweiligen, ganz konkreten Lebensumfeld. Auf dieser Ebene orientiert sich die Gesundheitsförderung an den verschiedenen Zielgruppen: am Menschen als Individuum sowie als Teil einer Personengruppe.

Fernziel Stärkung der Gesundheitskompetenz der Menschen insgesamt wie auch in ihrem jeweiligen Entwicklungsstand. Dies beinhaltet altersgerechte Information über Gesundheitsthemen, die Schaffung von Bewusstsein für die Folgen des eigenen Verhaltens sowie die Betonung der Eigenverantwortung eines jeden für seine Gesundheit.	
Grobziel 1	Feinziel 1
	Feinziel 2
	Feinziel 3
Grobziel 2	Feinziel 1
	Feinziel 2
	Feinziel 3

Im personenbezogenen Ansatz wird mit den verschiedenen Zielgruppen gearbeitet, für die die Zielsetzungen jeweils gelten und anwendbar sind, beispielsweise

- Kinder und Jugendliche
- Erwachsene
- Chronisch Kranke

Die Gesundheitsförderung sollte sowohl auf der strukturellen als auch auf der personenbezogenen Ebene ansetzen.

4. Methoden und Strategien

Im Zentrum der Gesundheitsförderung steht die frühzeitig beginnende und kontinuierliche Förderung personaler, materieller und sozialer Ressourcen (protektiver Schutzfaktoren). Der ressourcenorientierte Ansatz wird um Programme zur Minimierung von Risikofaktoren ergänzt.

Gesundheitsförderung richtet sich an Menschen aller Altersstufen. Sie erfolgt zielgruppenspezifisch und berücksichtigt die jeweiligen Lebensweisen und das Lebensumfeld.

Gesundheitsförderung umfasst deshalb eine Vielzahl eng aufeinander abgestimmter personalkommunikativer und struktureller Maßnahmen.

4.1. Personalkommunikative Maßnahmen

Zu den personalkommunikativen Maßnahmen gehören:

(1) Information und Aufklärung:

Information und Aufklärung gehören zu den Methoden der Gesundheitsförderung. Sie erhöhen das Wissen und unterstützen rationale Entscheidungsprozesse. Allerdings vermögen Information und Aufklärung allein noch keine Veränderungen auf der Verhaltensebene zu bewirken (Problem der kognitiven Dissonanz). Information und Aufklärung sind deshalb zwar notwendige, aber keineswegs hinreichende Methoden der Gesundheitsförderung und bedürfen der Ergänzung um andere, tiefergreifende Methoden.

(2) Life skill Programme (Lebenskompetenzförderung)

Lebenskompetenzfördernde Ansätze stärken diejenigen Kräfte/Fähigkeiten, die Menschen benötigen, um alltägliche Anforderungen und Belastungen konstruktiv bewältigen zu können (z.B.: Selbstwirksamkeit; Konfliktfähigkeit) und leisten damit einen Beitrag zum Schutz der Gesundheit (ressourcenorientierter Ansatz: Stärkung gesundheitsschützender oder protektiver Faktoren).

Life skill Programme sind - über notwendige Information hinaus - wesentlich handlungsorientiert. Sie bieten Trainingsprogramme bzw. eröffnen Erfahrungs- und Lernfelder, die dem einzelnen einen Ausbau seiner protektiven Faktoren erlauben. Evaluationen von life skill Programmen zeigen gute Ergebnisse auf der Einstellungs- und Verhaltensebene. Solche Ergebnisse zu erzielen, setzt freilich qualifizierte Programme voraus. Wichtig ist, dass ausreichend Zeit eingeräumt wird, neue Lernerfahrungen/Handlungsweisen einüben/umsetzen und auch verankern zu können.

Je nach gesundheitlicher Thematik (Suchtvorbeugung, Ernährung etc.) verknüpfen life skill Programme die Stärkung allgemeiner Bewältigungsfertigkeiten (gesundheitsschützender Faktoren) mit der Förderung von für dieses Thema spezifischen Kompetenzen (bei der Suchtvorbeugung: z.B. Standfestigkeitstraining).

Life skill Programme sind individuumszentrierte Ansätze. Sie bedürfen ergänzend der Einbindung des sozialen Umfeldes der Zielgruppe und struktureller Ansätze. (Beispiele: Weiterführung von Programmen mit Schülerinnen und Schülern zur Gesundheitsförderung in der Zusammenarbeit mit Eltern; im Rahmen der Bewegungsförderung: Pausenhofgestaltung zur Schaffung geeigneter Bewegungsanreize oder im Rahmen der Ernährung: Bereitstellung entsprechender Angebote am Kiosk, in der Cafeteria etc.)

(3) Kulturpädagogische Ansätze zur Gesundheitsförderung:

Kulturpädagogische Ansätze (z.B. Theaterpädagogische Projekte zur gesundheitlichen Themen) sind geeignet, den einzelnen in eine innere persönliche (affektive, nicht nur kognitive) Auseinandersetzung mit einer gesundheitlichen Thematik zu bringen. Sie können, qualifiziert durchgeführt, eine tiefergreifende Auseinandersetzung befördern und neue Einschätzungen/Erfahrungen ermöglichen, sind tiefergehend als bloße kognitive Information. Grenzen werden bei der Transferierung in den Alltag erreicht. Hier bedürfen sie der Ergänzung um aufbauender ergänzender handlungsorientierter Ansätze.

Je stärker die Beteiligten selbst in den kreativen Prozess eingebunden sind, desto höher der persönliche Wert. Maßnahmen, in denen die Beteiligten eher die Position des Zuschauers (Ausstellungen; Theatervorführungen) einnehmen, können Impuls gebenden Charakter haben, sich von einer Fragestellung berühren zu lassen und können die Bereitschaft wecken, sich mit dieser auseinander zu setzen.

(4) Empowerment / Bürgerbeteiligung:

Die oben beschriebenen Ansätze werden in der Regel von Fachkräften für bestimmte Zielgruppen durchgeführt. Wichtig ist in der Gesundheitsförderung die Einbindung nicht nur von Expert/innen, sondern auch von Laien. Bürgerbeteiligung (Gesundheitszirkel in Gemeinden; Elterngruppen etc.) hat den Vorteil, dass die Betroffenen selbst ihre Anliegen der Gesundheitsförderung zur Sprache bringen, an der konkreten Bewältigung ihnen wichtiger Gesundheitsfragen in ihrem Lebensumfeld/Alltag arbeiten. Die Übergänge zur strukturellen Gesundheitsförderung sind deshalb fließend. Fachkräfte können Bürgerengagement unterstützen, indem sie entsprechende Prozesse moderieren, Katalysatorfunktion übernehmen und ggf. organisatorische Hilfestellung oder fachliche Inputs bieten.

(5) Multiplikator/innen:

Wichtig ist darüber hinaus der Aufbau eines Netzes von Multiplikator/innen (Schlüsselpersonen), die gesundheitsfördernde Inhalte/Maßnahmen vermitteln, als Ideengeber und Moderator gesundheitsfördernder Prozesse tätig sind. Es ist sinnvoll, Multiplikator/innen in ihrer Arbeit fachlich zu unterstützen (z.B. Moderatorent raining) und den Erfahrungsaustausch von Multiplikator/innen zu gewährleisten. Der Aufbau qualifizierter Multiplikator/innennetzwerke umfasst sowohl personalkommunikative als auch strukturelle Aspekte.

4.2. Strukturelle Maßnahmen

Zu den strukturellen Maßnahmen gehören:

1. Schaffung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen:

Ziel ist, das Lebens- und Arbeitsumfeld von Menschen so zu gestalten, dass gesundheitsschädigende Rahmenbedingungen abgebaut und gesundheitsfördernde Strukturen entwickelt werden. Beispiele hierfür:

- z.B. in Kindertagesstätten: für die Kinder: räuml. Gegebenheiten, die Erfahrungen von Stille/Entspannung ermöglichen; für Erzieher/innen: Erwachsenenstühle, nicht Kinderstühle zum Sitzen nutzen
- z.B. in Schulen: angemessene Pausenhofgestaltung (bewegungsfördernd, aggressionsmindernd)
- z.B. Lärmschutz am Arbeitsplatz; Einrichtung eines gesundheitsförderlichen Arbeitsplatzes
- z.B. Gemeinde: Gesundheitsläden, Oasen der Ruhe; Verkehrsplanung unter dem Gesichtspunkt von Lärmschutz
- z.B. alkoholfreie Getränke in Gaststätten preiswerter anbieten als alkoholische Getränke

2. Netzwerke

Aufbau von Netzwerken (sowohl sozialstützender Netzwerke, z.B. Nachbarschaftshilfe als auch Netzwerke zur von Fachkräften/Organisationen)

3. Kooperation und Koordination:

Gesundheitsförderung bezieht sich auf alle Bereiche, in denen Menschen leben und arbeiten. Gesundheitsförderung ist deshalb eine Aufgabe verschiedenster gesellschaftlicher Gruppierungen und Fachdienste. Zur Bündelung materieller und personeller Ressourcen sowie zur Erzielung von Synergieeffekten ist die Entwicklung kooperativer Strukturen und qualifizierter Koordinierungsstellen wesentlich.

4.3. Setting-Ansatz

Aus (Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, BzGA, s.100):

«Der Setting-Ansatz fokussiert die Rahmenbedingungen, unter denen Menschen leben, lernen, arbeiten und konsumieren. Er ist die Antwort auf die beschränkten Erfolge traditioneller Gesundheitserziehungsaktivitäten, die sich mit Information und Appellen an Einzelpersonen wenden. Es wird der Erkenntnis Rechnung getragen, dass Gesundheitsprobleme einer Bevölkerungsgruppe das Resultat einer wechselseitigen Beziehung zwischen ökonomischer, sozialer und organisatorischer Umwelt und persönlicher Lebensweise sind.» (Beispiele für Settings: Schule, Betriebe, Krankenhaus, Gemeinwesen)

Der Setting-Ansatz ist daher als Schlüsselstrategie für die Gesundheitsförderung anzusehen. Setting-Ansätze sind in besonderem Maße geeignet, personalkommunikative und strukturelle Aspekte miteinander zu verbinden.

Ein Beispiel:

Gesundheitsförderung im Setting Schule; Thema Ernährung

Maßnahmen für Schüler/innen, Lehrkräfte und Eltern (z.B. zur Weiterführung des Themas im familiären Bereich)

Pause: Kiosk mit entsprechendem Angebot; Gesundes Schulfrühstück

Einbindung des Umfelds: z.B. Frischmilch vom benachbarten Bauernhof statt vom Supermarkt

4.4. Massenkommunikative Maßnahmen

Massenkommunikative Maßnahmen können dazu beitragen, vorhandene Einstellungen zu festigen («Ich bleibe Nichtraucher.»), Image aufzubauen (Nicht rauchen, sondern Nichtraucher ist in.) und ein Thema in die öffentliche Diskussion zu rücken. Massenkommunikative Maßnahmen bedürfen der Abfederung durch personalkommunikative und/oder strukturelle Maßnahmen.

5. Qualitätskriterien

Um Gesundheitsförderung wirksam zu entwickeln, bedürfen die verschiedenen Ansätze der Koordination. Es sollten zudem verschiedene Qualitätskriterien bei der Entwicklung von Maßnahmen berücksichtigt werden:

Klare Zieldefinition

Maßnahmenziele sollten so konkret und realistisch wie möglich gefasst sein. Eine Orientierung bieten hierbei folgende Kriterien (smart):

- spezifisch
- messbar
- anspruchsvoll
- realistisch
- terminlich bestimmt

Stimmigkeit von Ziel und Methode

Transfer in den Alltag

Personalkommunikative Maßnahmen sollten den Transfer z.B. von Schulungen in den Alltag der Zielgruppe bei der Planung mit berücksichtigen.

Mittel- und Langfristigkeit

Die einzelnen Maßnahmen sollten innerhalb in ein mittel- und langfristiges Gesamtkonzept eingebunden sein. Isoliert durchgeführte Maßnahmen nützen in der Regel wenig.

Dokumentation

Zur Reflexion und Planung sowie zum Nachweis gegenüber Geldgebern ist es sinnvoll, Kernaspekte gesundheitsfördernder Projekte zu dokumentieren (Ergebnissicherung).

Evaluation

Insbesondere modellhafte Maßnahmen sollten evaluiert werden. Als Reflexions- und Planungshilfe in der Praxis können auch Selbstevaluationen weiterhelfen.

Für die Entwicklung von Maßnahmen in der Gesundheitsförderung gelten Qualitätskriterien.

6. Formen der Evaluation

«Evaluation ist die Bewertung von Programmen und Maßnahmen. Bewertet werden die Wirkungen von Maßnahmen (Effektivitätsprüfung, Gegenüberstellung von Zielen und Erfolgen) und das Kosten-Nutzen-Verhältnis von Maßnahmen (Effizienzprüfung, Gegenüberstellung von Erfolg und Aufwand). Evaluation bedient sich dazu der Methoden der Sozial- und Wirtschaftswissenschaften. In der Gesundheitsförderung wird unter Evaluation üblicherweise die Bewertung der Erfolge von Maßnahmen und Programmen verstanden. Kosten-Nutzen-Analysen zur Überprüfung der Effizienz sind noch selten.» (aus 7)

Es gibt verschiedene Formen der Evaluation: (aus 8)

- Die diagnostische Evaluation zielt auf das Sammeln von Angaben, um Angriffspunkte für ein Projekt zu bestimmen (Ziel und Zielsetzungen, Zielgruppe, Art der Durchführung). Diese Evaluation wird manchmal auch als Problemanalyse bezeichnet. Eine diagnostische Evaluation beurteilt nicht das Projekt und ist daher keine wirkliche Evaluation, sondern eher eine Untersuchung von Gegebenheiten im Hinblick auf eine empirische Untermauerung eines Projektes.

- Die Effektevaluation beantwortet die Frage, ob das Projekt die Zielsetzung erreicht hat und ob ein messbarer Effekt erzielt wurde. Es wird untersucht, was sich nach und durch das Projekt im Vergleich zur vorherigen Situation verändert hat. Dies setzt voraus, dass man über deutliche und konkret formulierte Zielsetzungen verfügt und über Kriterien oder Normen, mit denen die Resultate der Effektevaluation des Projektes verglichen werden können.

Werden die Effekte auf kurze Zeit untersucht, spricht man von Impaktevaluation. Beispiel: Determinanten von Verhaltensveränderungen, wie z.B. Steigerung der Kenntnisse, Veränderung der Einstellung oder der Umgebung.

Für die Untersuchung der Effekte über einen längeren Zeitraum hinweg, oder auf Ebene des Endziels wird auch der Begriff Outcomeevaluation benutzt.

- Die Prozessevaluation geht der Frage nach, wie genau ein Projekt von Anfang bis Ende ausgeführt wurde und ob es wie geplant ausgeführt wurde. Sie untersucht den Prozess und die Qualität (Stärken und Schwächen) der Umsetzung des Projektes. Dies beinhaltet, dass im Laufe der Ausführung verfolgt wird, ob das Projekt nach Plan verläuft. Beispiel: Registrierung der Aktionen und Aktivitäten und der Teilnahme daran, Beurteilung des Projektes durch die Betroffenen. Die Prozessevaluation kann helfen, den (ausgebliebenen) Effekt der Effektevaluation zu verstehen. Die Resultate der Prozessevaluation liefern Informationen für die regelmäßige Anpassung einer Intervention.

Eine besondere Form der Prozessevaluation ist die Produktevaluation. Ein Projekt bringt häufig ein Produkt (CDRom, Skript) hervor. Die Produktevaluation untersucht, wie das Produkt von der Zielgruppe aufgenommen wird, zum Beispiel durch das Vortesten des entwickelten Produkts.

- Die Effizienzevaluation ist eine Kombination aus Elementen der Prozess- und der Effektevaluation und liefert eine wirtschaftliche Beurteilung des Projektes. Effizienzevaluation wird zunehmend für die Vergabe von finanziellen Mitteln im Gesundheitswesen genutzt. Die Kosten-Nutzen-Analyse berechnet das Verhältnis zwischen Input (verursachten Kosten) und Output (Ertrag) des Projektes. Die Kosten-Effektivitätsanalyse untersucht, welche Investition erforderlich ist, um einen bestimmten Effekt zu erreichen.

Referenzen:

(1) Gesundheitsförderung in der Schule, Schriftenreihe «Lehrerfortbildung in Nordrhein-Westfalen», Landesinstitut für Schule und Weiterbildung, 1. Auflage 1998.

(2) Annemie Ernst, handschriftliche Notizen vom Beginn der Treffen.

(3) VIG, Materialien zur «Basisopleiding Gezondheidsbevordering herfst 1999».

(4) Begriffserklärung und Ansätze aus Sozial- und Präventivmedizin, Public Health F.Gutzwiller/O. Jeanneret, Verlag Hans Huber 1999, 2. Auflage.

(5) Gesundheitsförderung in der Pflege, Kohlhammer Studienbücher Krankenpflege, Marianne Brieskorn-Zinke, 1996.

(6) Over psychologie en volksgezondheid, S. Maes, Gedrag&Gezondheid, 1993, 21, 4, s. 159.

(7) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Reihe «Blickpunkt Gesundheit», 1999.

(8) VIGourens, Tijdschrift van het Vlams Instituut voor Gezondheidsbevordering, Jaargang 12, Nummer 3, September 2004.

Gesehen um dem Erlass vom 23. März 2006 zur Festlegung des globalen Konzepts zur Gesundheitsförderung für die Deutschsprachige Gemeinschaft beigefügt zu werden.

Eupen, den 23. März 2006

Für die Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft:

Der Minister-Präsident, Minister für lokale Behörden,

K.-H. LAMBERTZ

Der Vize-Ministerpräsident, Minister für Ausbildung und Beschäftigung, Soziales und Tourismus,

B. GENTGES

Der Minister für Unterricht und wissenschaftliche Forschung,

O. PAASCH

Die Ministerin für Kultur und Medien, Denkmalschutz, Jugend und Sport,

Frau I. WEYKMANS

TRADUCTION

MINISTERE DE LA COMMUNAUTE GERMANOPHONE

F. 2006 — 2299

[C - 2006/33060]

23 MARS 2006. — Arrêté du Gouvernement fixant le concept global de promotion de la santé en Communauté germanophone

Le Gouvernement de la Communauté germanophone,

Vu le décret du 1^{er} juin 2004 relatif à la promotion de la santé, notamment l'article 2, alinéa 1^{er};

Vu l'avis du Conseil consultatif pour la promotion de la Santé, donné le 18 mars 2005;

Sur la proposition du Ministre compétent en matière d'Affaires sociales;

Après délibération,

Arrête :

Article 1^{er}. Le Gouvernement adopte le concept global de promotion de la santé en Communauté germanophone, tel que figurant dans l'annexe au présent arrêté.

Art. 2. Le présent arrêté produit ses effets le 1^{er} janvier 2006.

Art. 3. Le Ministre compétent en matière d'Affaires sociales est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Eupen, le 23 mars 2006.

Pour le Gouvernement de la Communauté germanophone :

Le Ministre-Président, Ministre des Pouvoirs locaux,

K.-H. LAMBERTZ

Le Vice-Ministre-Président,

Ministre de la Formation et de l'Emploi, des Affaires sociales et du Tourisme,

B. GENTGES

Le Ministre de l'Enseignement et de la Recherche scientifique,

O. PAASCH

La Ministre de la Culture et des Médias, de la Protection des Monuments, de la Jeunesse et des Sports,

Mme I. WEYKMANS

Annexe à l'arrêté du Gouvernement du 23 mars 2006
fixant le concept global de promotion de la santé en Communauté germanophone

Promotion de la santé en Communauté germanophone

1. Quels sont les déterminants de la santé ?
 - 1.1. Définition des principes de base
 - 1.1.1. Qu'est-ce que l'homme ?
 - 1.1.2. Qu'est-ce que la « maladie » ?
 - 1.1.3. Qu'est-ce que la « santé » ?
2. Comment peut-on promouvoir la santé ?
 - 2.1. Qu'est-ce que la « promotion de la santé » ?
 - 2.2. Différence entre promotion de la santé et prévention
 - 2.3. Quelle forme devrait prendre la promotion de la santé en Communauté germanophone ?
3. Définition des objectifs en matière de promotion de la santé
 - 3.1. Approche structurelle
 - 3.2. Approche personnalisée
4. Méthodes et stratégies
 - 4.1. Mesures de communication personnalisée
 - 4.1.1. Information
 - 4.1.2. Programmes « Life skill » (promotion des compétences vitales)
 - 4.1.3. Approche pédagogique-culturelle
 - 4.1.4. Empowerment (participation citoyenne)
 - 4.1.5. Multiplicateurs
 - 4.2. Mesures structurelles
 - (1) création de conditions-cadres promouvant la santé
 - (2) réseaux
 - (3) coopération et coordination
 - 4.3. Approche par setting
 - 4.4. Mesures de communication de masse
5. Critères de qualité
6. Formes de l'évaluation
7. Références et sources

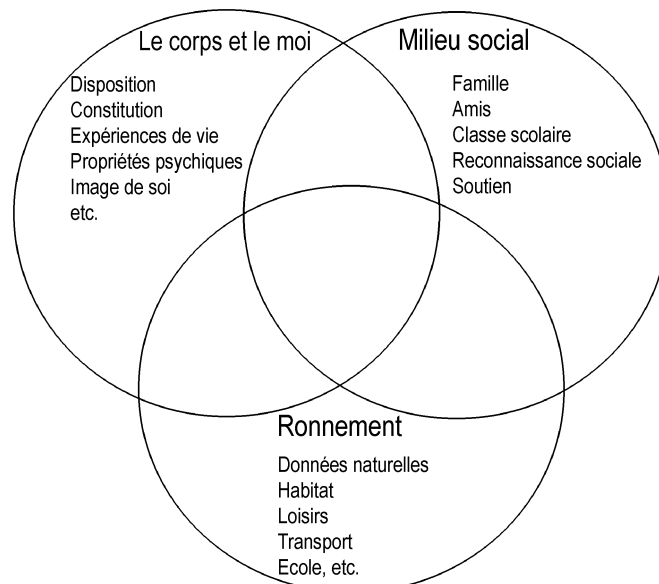
1. Quels sont les déterminants de la santé ?

- 1.1. Définition des principes de base
 - 1.1.1. Qu'est-ce que l'homme ?

L'homme est un être autonome capable de réflexion personnelle consciente, de planification, de conduite et évaluation ciblées de son propre comportement. (1)

Il vise à satisfaire les besoins fondamentaux qui mènent à son bien-être physique, social, psychique et spirituel. (2)

L'homme n'est pas isolé : il se trouve en perpétuelle interaction avec son environnement matériel et son environnement social, cherchant à assurer à travers eux sa survie et son épanouissement. (1)



1.1.2. Qu'est-ce que la « maladie » ? (3)

La notion de maladie implique différents aspects du fait de « ne pas être sain ».

Ainsi, la maladie est

- une combinaison objective et constatable de symptômes et de caractéristiques physiques qui s'expliquent par des fonctions corporelles (bio-physiques) perturbées (= « disease »)
- une expérience subjective de douleur et de plainte (= « illness »)
- un rôle social avec des droits (pouvoir solliciter le système de solidarité) et des devoirs (chercher de l'aide) (= « sickness »). L'homme malade a une « mission » socialement définie : il tente de se soigner ou du moins d'apprendre à vivre avec la maladie. (3)

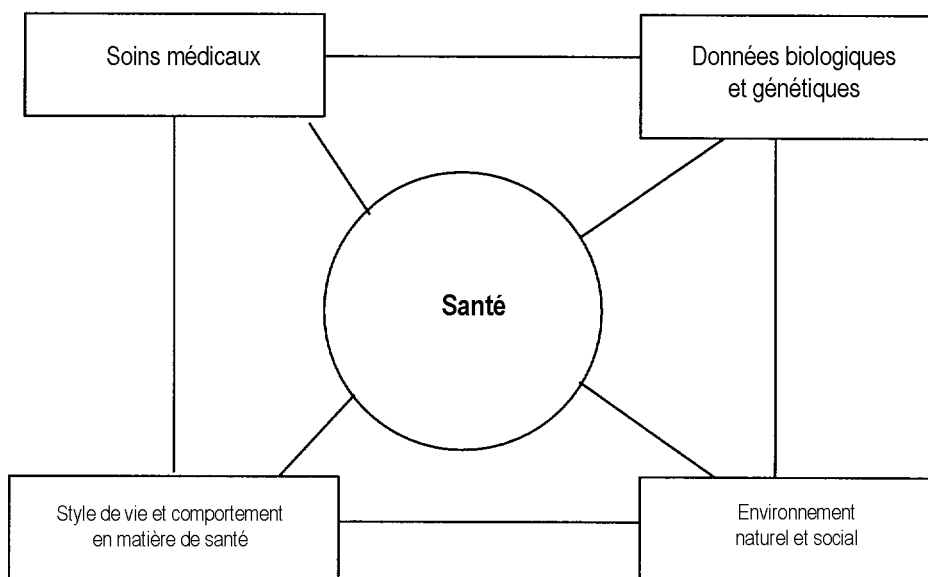
1.1.3. Qu'est-ce que la « santé » ?

La définition de la notion « santé » s'est modifiée au fil du temps. (4)

En 1976, l'OMS donnait la définition suivante : « La santé est un état de complet bien-être, tant physique, mental et social et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités ». (Déjà modifiée dans la Charte d'Ottawa en 1986 : « La santé est un état de bien-être, tant physique, mental et social aussi bon que possible, tout homme devant avoir la chance de développer et d'utiliser des capacités, avec des libertés et choix aussi larges que possible. »)

Cette notion empreinte de l'euphorie du possible d'après-guerre a connu une évolution manifeste au cours des deux dernières décennies, la conception socio-médicale moderne partant plutôt d'un processus dynamique, aussi appelé « homéostasie », que l'individu tente en permanence d'établir avec son environnement afin d'optimiser son bien-être.

Dans cette homéostasie, quatre dimensions influencent l'état de santé individuel, à savoir les données bio-génétiques, les possibilités médico-techniques (santé publique), ainsi que le style de vie et les facteurs environnementaux.



Dérivée de cette conception et fortement stimulée par l'OMS s'est également développée une conception moderne de la promotion de la santé. (4)

Elle part de la question des conditions de genèse de la santé, au sens de la « salutogénèse » de Antonovsky. (7) page 97

« La perspective salutogénétique essaie de fournir une base d'explication à la signification des ressources personnelles pour la genèse, le maintien et le rétablissement de la santé ». Ebenda, p. 96 :

« Du point de vue salutogénétique, la santé et la maladie ne sont pas considérées comme des états s'excluant l'un l'autre. Elles sont vues comme étant les pôles présumés d'un continuum santé-maladie. L'état de santé de chaque individu résulte de l'interaction dynamique entre des facteurs dommageables et des facteurs favorables voire protecteurs présents dans l'individu et dans son environnement. La balance entre les facteurs de risque et de protection, différemment stables et variables dans le temps, détermine le niveau de santé de chacun. »

En résumé, l'on peut dire que l'état de santé est influencé par des données bio-génétiques, les possibilités médico-techniques, le style de vie et les facteurs environnementaux.

La genèse, le maintien et le rétablissement de la santé sont influencés par les ressources personnelles.

2. Comment peut-on promouvoir la santé ?

2.1. Qu'est-ce que la « promotion de la santé » ? (4)

La Charte d'Ottawa de l'OMS, datant de 1986, stipule :

« La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci.

Cette démarche relève d'un concept définissant la «santé» comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne doit pas relever du seul secteur sanitaire mais implique l'ensemble des politiques : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être. »

Il s'en suit (5), page 24 :

« L'OMS met l'accent sur la dimension sociale de la santé, où l'on devrait façonner l'environnement social et naturel en tenant compte des impératifs de santé. Elle met aussi l'accent sur la dimension personnelle qui consiste à faire en sorte que les compétences nécessaires soient transmises à tout individu afin qu'il puisse améliorer sa propre santé.

Un autre point de vue important concerne les missions à remplir en matière de promotion de la santé, missions qui n'incomberaient pas seulement aux professionnels mais bien à tous les citoyens et où l'organisation personnelle serait érigée en principe. Bien des groupes professionnels différents doivent encourager et soutenir l'organisation et la responsabilité personnelles en vue mener à l'émancipation sanitaire. »

2.2. Différence entre promotion de la santé et prévention

« Au sens large, la promotion de la santé renferme toutes les mesures qui, dans le cadre d'une société, sont utiles à la santé, alors que la prévention (prophylaxie) vise déjà un objectif précis, à savoir la préservation de la santé ainsi que la prévention et le dépistage précoce de la maladie. » (4)

Schéma (3)

	Prévention	Promotion de la santé
point de départ	maladie	santé
intention, objectif	prévenir	promouvoir
groupe-cible	malades potentiels, groupes à risque	tout un chacun, aussi les personnes saines
vision	bio-médicale	bio-psycho-sociale
acteurs	personnel (para-)médical	pluridisciplinaire

La promotion de la santé va au-delà de la prévention, car elle englobe la dimension de la sensation subjective de la qualité de vie et de la liberté décisionnelle.

Remarque :

La prévention est une notion plus ancienne qui existe toujours. La distinction qui était opérée auparavant entre prévention primaire, secondaire et tertiaire est toujours d'actualité. Les deux notions « promotion de la santé » et « prévention » se recoupent quant à leur contenu, en ce sens que les mesures préventives peuvent faire partie de la promotion de la santé, mais ne sont pas nécessairement les seules. La distinction majeure repose dans la participation du public-cible. Les actions préventives font partie intégrante de la promotion de la santé, à condition que la liberté décisionnelle de l'individu en tant que tel soit respectée.

« La politique de l'OMS et la philosophie en matière de promotion de la santé telle que présentée ci-dessus se répercutent dans les objectifs du programme régional « Santé pour tous » que les pays faisant partie de la Région européenne de l'OMS se sont imposés et ont, les dernières années, revus en détail et accordés. Les objectifs se sont mus en une description de l'état de santé souhaitable, des facteurs promoteurs de santé, de la politique sanitaire et des principes d'action. Ils s'axent autour de quatre thèmes qui se conditionnent l'un l'autre et soutiennent les 12 objectifs (...) :

- assurer l'égalité des chances en matière de santé en comblant le fossé qui existe au niveau de l'état de santé entre les pays et entre les groupes à l'intérieur des pays;
- rendre la vie plus digne d'être vécue en aidant l'homme à développer pleinement et à épuiser son potentiel physique, psychique et social;
- vivre plus sainement en réduisant la maladie et le handicap;
- vivre plus longtemps grâce à une meilleure espérance de vie » (OMS 1991 :6) (5) page 27

La promotion de la santé doit être vue comme un concept regroupant différentes mesures visant à améliorer, protéger et maintenir la santé. Plus spécialement, il n'existe pas de délimitation théorique nette et encore moins une délimitation pratique entre la promotion de la santé et la prévention de la maladie. La « promotion de la santé » intègre différentes mesures et approches telles que l'information, l'éducation et la consultation sanitaires. Les mesures préventives en font également partie.

La prévention n'est pas seulement judicieuse d'un point de vue d'économie politique parce qu'elle épargne des coûts en réduisant la morbidité et le temps perdu et en prévenant l'invalidité et la mortalité, elle l'est aussi au niveau individuel parce qu'elle aide à maintenir voire à améliorer la qualité de la vie en prévenant les maladies et/ou l'invalidité.

Tant les mesures préventives actuelles que futures ne sont dès lors aucunement superflues, mais doivent plutôt être comprises comme faisant partie intégrante de la promotion de la santé, à condition toutefois qu'elles s'orientent autant que possible d'après les principes de la promotion de la santé : action intersectorielle et interdisciplinaire, participation du public-cible, prise en compte des conditions de vie des personnes concernées.

2.3. Quelle forme devrait prendre la promotion de la santé en Communauté germanophone ?

Remarque : En Communauté germanophone, les initiatives menées actuellement dans le secteur de la santé sont, à l'exception de quelques actions ponctuelles, menées principalement dans le domaine de la prévention (DKF, Inspection sanitaire, médecine du travail, centres de médecine scolaire)

Les messages sanitaires répressifs contenant des « vérités objectives » négligent la part de responsabilité personnelle et n'induisent pas nécessairement une modification du comportement. Pour amener réellement à une modification du comportement, il est nécessaire de présenter les informations de manière interactive. L'homme devrait en être le centre en tant qu'individu, l'accent mis sur sa propre responsabilité. Cela lui renvoie la responsabilité quant à sa propre vie et ses circonstances de vie (pour autant qu'il puisse les influencer).

Il faut donc diffuser des messages positifs. Cette approche souligne la propre responsabilité de l'homme et insiste sur les possibilités plutôt que sur les obligations.

Dès lors, l'homme ne peut être réduit à son seul corps, car « c'est manifestement le vécu subjectif de l'individu qui décide si l'on se sent malade ou pas ». (Präventiv 07.01/p2)

Etant donné que l'individu doit de ce fait être considéré avec ses circonstances de vie, des modèles qui veulent naïvement entraîner une modification du comportement (« modèle du tonneau vide », « modèle Goliath », « modèle des bombes à retardement ») ont peu de chances de succès. Contrairement à ces modèles, qui postulent qu'informer sur un comportement à risque conduit automatiquement à une modification du mode de vie, les concepts modernes de prévention de la santé se basent sur des théories et modèles psychologiques.

Quatre principes de base peuvent être dégagés (6) :

« - modification par étapes du comportement en matière de santé, il s'agit d'un processus continu (health behaviour change occurs in stages);

- la loi du moindre effort (law of minimal effort) implique qu'une décision est laissée à l'homme mais que la solution saine est facilitée;
- le comportement observé (en matière de santé) dépend de schémas comportementaux sous-jacents (observable health behaviour is controlled by underlying mechanisms), c.-à-d. que le comportement n'est pas rationnel;
- le comportement se fonde sur une interaction entre l'homme et son environnement (health behaviour is the result of an interaction between the individual and his environment). »

Il est particulièrement important de soutenir l'organisation et la responsabilité personnelles pour conduire à l'émancipation sanitaire.

3. Définition des objectifs en matière de promotion de la santé

En promotion de la santé, un projet ou une mesure est une réaction à un problème constaté. Un projet naît toujours d'une idée, qui est alors planifiée et mise en oeuvre. Les objectifs que l'on se fixe sont d'une importance primordiale : ils permettent de travailler de manière ciblée et de vérifier les résultats.

Afin de formuler des objectifs adaptés, une analyse de la situation de départ/de la situation problématique est indispensable. Lors de cette analyse du problème ou « évaluation diagnostique » (voir chapitre 6), les problèmes, mais aussi les objectifs et les ressources nécessaires sont énumérés et formulés. La planification des mesures intègre déjà l'évaluation ultérieure (voir chapitre 6) afin de garantir que toutes les données nécessaires soient collectées en cours de projet.

Les objectifs devraient être définis sur base d'une grille, afin de faciliter plus tard l'évaluation des objectifs atteints et non atteints. La grille suivante est proposée :

- Finalité
- But
- Objectif

Définitions :

Finalité (Richtziel, gezondheidsdoel, health goal) :

La finalité est la motivation profonde, un idéal donnant la direction souhaitée. En fait, la finalité est inaccessible.

Exemple : empêcher de nouvelles contaminations par le SIDA

But (Grobziel, strategisches Ziel, gezondheidsobjectief, health objective) :

Les buts tracent les contours et structurent sommairement les domaines dans lesquels il faut agir afin de mettre le cap sur l'objectif. Ils reflètent d'une certaine manière des objectifs pratiques que l'on vise. Ils doivent être vérifiables.

Exemple : informer à plusieurs reprises sur le thème du SIDA

Objectif (Feinziel, operationelles Ziel, gezondheidsdoelstelling, health target)

Un objectif est la concrétisation d'une finalité. Il s'agit ici de « petits pas » qui doivent être clairement définis et délimités.

Exemple : après un an, x % des gens doivent avoir une connaissance suffisante du thème SIDA.

À l'intérieur d'un objectif, des objectifs spécifiques (sous-objectifs ou objectifs secondaires) peuvent être définis, comme par exemple ici : augmenter le taux d'information sur le SIDA au sein d'un groupe-cible/sous-groupe déterminé.

Il est possible d'aborder la promotion de la santé à deux niveaux : le niveau structurel et le niveau personnel.

3.1. Approche structurelle

L'approche structurelle se focalise sur la structure de l'offre sanitaire en tant que telle : réseaux, établissements tels que les écoles, les hôpitaux, les entreprises..., à savoir les différents « settings » (lieux de vie).

(7) p. 100

« Un setting est compris d'une part comme un système social qui intègre une multitude d'influences environnementales pertinentes sur un certain groupe de personnes et d'autre part comme un système où ces conditions de santé et de maladie peuvent aussi être façonnées. Sont désignés en premier lieu comme settings les communes, les écoles, les hôpitaux et les entreprises. »

Exemples de définitions d'objectifs d'après la grille préétablie : finalité, but, objectif

1 ^{re} finalité : améliorer la qualité de l'infrastructure sanitaire	
Créer des structures adéquates pour la promotion de la santé et améliorer la qualité des structures sanitaires existantes	
But 1 Amélioration de la communication entre les différentes composantes de la structure	Objectif 1 p.ex. Création d'un groupe de travail mixte « école et santé »
	Objectif 2
But 2 Amélioration de la communication entre les utilisateurs et la structure	Objectif 1 Création d'une rubrique « santé » sur l'émetteur local KA 3
	Objectif 2
But 3 Amélioration de l'information offerte aux utilisateurs	Objectif 1
	Objectif 2
	Objectif 3
But 4 Réculte régulière de données relatives à l'état de santé de la population des cantons de l'est	
2 ^e finalité : création d'un cadre promoteur de la santé dans le quotidien scolaire	
But 1 Analyse des comportements et possibilités d'intervention dans chacune des écoles	Objectif 1
	Objectif 2

	Objectif 3
But 2 Elaboration de directives en matière d'hygiène destinées aux écoles	Objectif 1
	Objectif 2
But 3 Suppression de la consommation de sucreries à l'école	Objectif 1
	Objectif 2
But 4 Promotion d'une attitude corporelle saine dans le chef des élèves et enseignants	Objectif 1
But 5 Conscientisation à la valeur de la santé dans la vie quotidienne	Objectif 1
3 ^e finalité : création d'un cadre promoteur de la santé dans le monde du travail	
But 1	Objectif 1
	Objectif 2
But 2	Objectif 1
	Objectif 2
4 ^e finalité : création d'un cadre promoteur de la santé dans le monde des loisirs	
But 1	Objectif 1
	Objectif 2
	Objectif 3

3.2. Approche personnalisée

La promotion de la santé commence chez les gens, dans leur milieu de vie très concret. À ce niveau, la promotion de la santé s'oriente d'après les différents groupes-cibles : à l'homme en tant qu'individu ainsi qu'en tant que partie d'un groupe de personnes.

1 ^{er} objectif à long terme Renforcer la compétence sanitaire des hommes dans leur ensemble ainsi que dans leur propre état de développement. Ceci inclut une information adaptée à l'âge sur des thèmes relatifs à la santé, la conscientisation aux conséquences de son propre comportement ainsi que l'accentuation de la responsabilité de chacun quant à sa santé.	
But 1	Objectif 1
	Objectif 2
	Objectif 3
But 2	Objectif 1
	Objectif 2
	Objectif 3

Dans l'approche personnalisée, l'on travaille avec les différents groupes-cibles, les objectifs leur étant propres et applicables, par ex. :

- les enfants et les jeunes,
- les adultes,
- les malades chroniques.

La promotion de la santé doit reposer sur une approche tant structurelle que personnalisée.

4. Méthodes et stratégies

Au centre de la promotion de la santé se situe la promotion précoce et continue des ressources matérielles et sociales personnelles (facteurs protecteurs). L'approche orientée sur les ressources est complétée par des programmes de minimisation des facteurs de risque.

La promotion de la santé s'adresse aux hommes de tout âge. Elle est spécifique à des groupes-cibles et tient compte des modes et milieux de vie respectifs.

La promotion de la santé inclut de ce fait une multitude de mesures structurelles et de mesures en matière de communication personnalisée interdépendantes.

4.1. Mesures de communication personnalisée

Relèvent des mesures de communication personnalisée :

(1) L'information :

L'information est une méthode pour promouvoir la santé. Elle augmente la connaissance et soutient les processus décisionnels rationnels. Toutefois, l'information ne peut induire à elle seule une modification du comportement (problème de dissonance cognitive). L'information est certes nécessaire mais ne constitue pas une méthode suffisante pour promouvoir la santé et elle a besoin d'être complétée par d'autres méthodes plus radicales.

(2) les programmes « Life skill » (promotion des compétences vitales)

L'approche promouvant les compétences vitales renforce les aptitudes et les capacités dont les hommes ont besoin pour pouvoir faire face de manière constructive aux exigences et sollicitations de tous les jours (p.ex. efficacité personnelle, aptitude à gérer les conflits) et contribue ainsi à protéger la santé (approche orientée sur les ressources : renforcement des facteurs protecteurs de la santé).

Les programmes « Life skill » sont, au-delà de la nécessaire information, essentiellement orientés sur l'action. Ils offrent des programmes d'entraînement, voire ouvrent des champs d'expérimentation et d'apprentissage permettant à l'individu de développer ses facteurs protecteurs. Des évaluations de programmes « Life skill » montrent de bons résultats au niveau de la prise de position et du comportement. De tels résultats présupposent à vrai dire des programmes de qualité. Il est important de consacrer suffisamment de temps pour pouvoir inculquer/mettre en oeuvre et aussi ancrer de nouvelles expériences d'apprentissage, de nouveaux comportements.

Selon la thématique sanitaire (prévention de la toxicomanie, alimentation etc.), les programmes « Life skill » allient un renforcement des aptitudes générales de maîtrise (facteurs protecteurs de la santé) à la promotion de compétences propres au thème en question (p.ex. l'entraînement à la fermeté en ce qui concerne la prévention de la toxicomanie).

Les programmes « Life skill » constituent une approche centrée sur l'individu. Ils nécessitent en complément l'implication du milieu social du groupe-cible et une approche structurelle (p.ex. : poursuivre les programmes avec des élèves pour promouvoir la santé en coopération avec les parents; dans le cadre de la promotion de l'activité physique : aménagement de la cour de récréation afin de stimuler l'exercice physique de manière adéquate ou, dans le cadre de l'alimentation : kiosque, cafétéria... qui proposent des consommations appropriées).

(3) L'approche pédagogique-culturelle de la promotion de la santé

Une approche pédagogique-culturelle (p.ex. des projets pédagogiques de représentations théâtrales sur des thèmes relatifs à la santé) permet d'amener l'individu à une analyse personnelle intérieure (affective, pas seulement cognitive) d'une thématique sanitaire. Bien menée, elle peut favoriser une analyse profonde et permettre de nouvelles estimations/expériences allant au-delà d'une simple information cognitive. Les frontières sont atteintes lors du transfert dans la vie de tous les jours. Cette approche doit alors être complétée par une approche extensive orientée sur l'action.

Plus les participants sont impliqués personnellement dans le processus créatif, plus haute est la valeur personnelle. Des mesures qui accordent plutôt une position de spectateur aux participants (expositions, représentations théâtrales) peuvent donner une impulsion pour se laisser toucher par une problématique et susciter une disponibilité à l'analyser.

(4) L'empowerment (participation citoyenne)

En règle générale, les approches décrites ci-dessus sont menées par des spécialistes pour certains groupes-cibles. Il est important, en matière de promotion de la santé, d'impliquer non seulement des experts mais aussi des profanes. La participation citoyenne (cercles de santé dans les communes, groupements de parents, etc.) a pour avantage d'amener les intéressés à parler de l'importance que revêt pour eux la promotion de la santé, à travailler dans leur milieu de vie/leur quotidien à la maîtrise de questions qui leur paraissent importantes en matière de santé. Il devient plus facile de passer à une promotion structurelle de la santé. Les techniciens peuvent soutenir l'engagement citoyen en animant les processus, en jouant un rôle de catalyseur et, le cas échéant, en proposant une aide organisationnelle ou des inputs spécialisés.

(5) Les multiplicateurs

Il est en outre important de mettre sur pied un réseau de multiplicateurs (personnes-clés) qui transmettent des contenus/mesures promouvant la santé, sont actifs en tant que concepteurs et animateurs de processus promouvant la santé. Il est sensé soutenir de manière spécialisée le travail des multiplicateurs (p.ex. entraînement à l'animation) et de garantir l'échange d'expériences entre les multiplicateurs. La mise sur pied de bons réseaux de multiplicateurs touche des aspects tant structurels que de communication personnalisée.

4.2. Mesures structurelles

Relèvent des mesures structurelles :

1° la création de conditions-cadres promouvant la santé :

Le but est d'organiser le milieu de vie et de travail des hommes de manière à ce que des conditions dommageables pour la santé soient supprimées et que des structures promouvant la santé soient développées. Quelques exemples :

- dans les jardins d'enfants : des locaux qui permettent aux enfants d'expérimenter le calme/la détente et des chaises pour adultes afin que les éducateurs ne doivent pas s'asseoir sur des sièges pour enfants;
- dans les écoles : un aménagement approprié des cours de récréation (favorisant l'activité physique, diminuant l'agressivité);
- protection contre le bruit sur le lieu de travail : aménagement d'un poste de travail promouvant la santé;
- commune : magasins « santé », oasis de calme, plans de circulation conçus dans l'optique de la protection contre le bruit;
- proposer dans les lieux de restauration des boissons non alcoolisées à des prix plus intéressants que les boissons alcoolisées.

2° les réseaux

Mise sur pied de réseaux (tant des réseaux de soutien social, p.ex. aide de proximité, que des réseaux de techniciens/organisations)

3° la coopération et la coordination

La promotion de la santé concerne tous les lieux où les hommes vivent et travaillent, c'est pourquoi elle est du ressort de groupements sociaux les plus divers et de services spécialisés. Afin de relier les ressources matérielles et humaines et d'obtenir des synergies, il est essentiel de développer des structures coopératives et des cellules de coordination qualifiées.

4.3. Approche par setting

Extrait de « Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, BzG, p.100) :

« L'approche par setting (lieu de vie) se focalise sur les conditions-cadres dans lesquelles les hommes vivent, apprennent, travaillent et consomment. Elle est la réponse aux succès limités des activités traditionnelles en matière d'éducation sanitaire, lesquelles s'adressent à des personnes prises isolément au moyen d'information et de messages. Il a été tenu compte du fait que les problèmes de santé d'un groupe de population sont le résultat d'une relation bilatérale entre environnement économique, social et organisationnel d'un côté et le mode de vie personnel de l'autre. » (Exemples de settings : l'école, les entreprises, les hôpitaux, les communes).

L'approche par setting constitue donc une stratégie-clé pour la promotion de la santé. Elle est particulièrement apte à conjuguer les aspects structurels et les aspects de communication personnalisée.

Un exemple :

Promotion de la santé sur le lieu de vie « école », thème « alimentation »

Mesures pour les élèves, les enseignants et les parents (p.ex. poursuite du thème en milieu familial)

Pause : kiosque proposant des consommations appropriées, déjeuner sain à l'école

Implication de l'environnement : p.ex. lait frais provenant de la ferme voisine et non du supermarché

4.4. Mesures de communication de masse

Des mesures de communication de masse peuvent contribuer à conforter des prises de position présentes (« je reste non-fumeur »), à construire des images (C'est ne pas fumer qui est tendance et non pas fumer) et ouvrir un débat public sur un thème. Des mesures de communication de masse doivent être « amorties » par des mesures de communication personnalisée et/ou des mesures structurelles.

5. Critères de qualité

Afin de développer efficacement la promotion de la santé, les différentes approches doivent être coordonnées. Il faudrait de plus tenir compte de différents critères de qualité lors de la conception de mesures :

une définition claire des objectifs

Les objectifs des mesures doivent être déterminés de manière aussi concrète et réaliste que possible. Les critères suivants (smart) donnent une orientation

s spécifique

m mesurable

a acceptable

r réaliste

t déterminé dans le temps

adéquation entre objectif et méthode

transfert dans la vie quotidienne

Les mesures de communication personnalisée devraient également tenir compte, lors de la planification, du transfert p.ex. d'apprentissages dans la vie quotidienne du groupe-cible.

moyen et long terme

Les différentes mesures devraient s'imbriquer dans un concept global à moyen et long terme. En règle générale, les mesures appliquées de manière isolée ne servent pas à grand chose.

documentation

En vue de réfléchir et de planifier, mais aussi d'apporter des preuves aux bailleurs de fonds, il convient de fournir une documentation sur les aspects principaux des projets promouvant la santé (garantie de résultat).

évaluation

Ce sont particulièrement des mesures-modèles qui doivent être évaluées. Des auto-évaluations peuvent aussi, en pratique, apporter une aide à la réflexion et à la planification.

Des critères de qualité s'appliquent au développement de mesures en matière de promotion de la santé.

6. Formes d'évaluation

« L'évaluation est l'appréciation de programmes et de mesures. Sont évalués les effets des mesures (examen d'effectivité, confrontation entre objectifs et succès) et le rapport coût/utilité des mesures (examen d'efficacité, confrontation entre succès et investissement). Pour ce faire, l'évaluation se sert des méthodes des sciences socio-économiques. En matière de promotion de la santé, l'on entend habituellement par évaluation l'appréciation du succès remporté par des mesures et des programmes. Les analyses coût/utilité pour vérifier l'efficacité sont encore rares. » (7)

L'évaluation prend plusieurs formes (8) :

- L'évaluation diagnostique vise la récolte de données afin de déterminer des points d'attaque pour un projet (but et objectifs, groupe-cible, nature de la réalisation). Cette évaluation est parfois aussi appelée analyse de problème. Une évaluation diagnostique ne juge pas le projet et n'est donc pas une réelle évaluation, mais consiste plutôt en un examen de données en vue de soutenir un projet de manière empirique.

- L'évaluation des effets répond aux questions suivantes : le projet a-t-il atteint l'objectif et a-t-il produit un effet mesurable ? L'on examine ce qui a changé après et à cause du projet par rapport à la situation antérieure. Cela suppose que l'on dispose d'objectifs clairs et concrets ainsi que de critères ou normes permettant de comparer les résultats de l'évaluation des effets du projet.

Si l'examen porte sur les effets à court terme, l'on parle d'évaluation de l'impact. Exemple : déterminants de modifications du comportement, comme p.ex. augmentation des connaissances, modification du point de vue ou de l'environnement.

Pour ce qui est de l'examen des effets à plus long terme ou au niveau de l'objectif final, l'on utilise la notion de « outcome evaluation » (évaluation de contenu).

- L'évaluation du processus examine la mesure dans laquelle un projet a été mené du début à la fin et s'il l'a été comme prévu. Elle examine le processus et la qualité (points forts et points faibles) de la concrétisation du projet. Cela implique qu'en cours d'exécution, l'on examine si le projet se déroule comme prévu. Exemple : enregistrement des actions et activités et participation à celles-ci, évaluation du projet par les intéressés. L'évaluation du processus peut aider à comprendre l'effet (ou l'absence d'effet) de l'évaluation des effets. Les résultats de l'évaluation du processus fournissent des informations pour l'adaptation régulière d'une intervention.

L'évaluation du produit est une forme particulière de l'évaluation du processus. Un projet débouche souvent sur un produit (CDRom, script). L'évaluation du produit examine la manière dont le produit est perçu par le groupe-cible au moyen, par exemple, d'un pré-test du produit mis au point.

- L'évaluation de l'efficacité est une combinaison d'éléments de l'évaluation du processus et de l'évaluation des effets et fournit une appréciation économique du projet. L'évaluation de l'efficacité est de plus en plus utilisée pour l'octroi de moyens financiers en santé publique. L'analyse coût/utilité calcule le rapport entre l'input (les coûts générés) et l'output du projet (ce qu'il a rapporté). L'analyse coût/effectivité examine quels sont les investissements nécessaires pour obtenir un effet précis.

Références :

- (1) Gesundheitsförderung in der Schule, Schriftenreihe « Lehrerfortbildung in Nordrhein-Westfalen », Landesinstitut für Schule und Weiterbildung, 1. Auflage 1998.
- (2) Annemie Ernst, handschriftliche Notizen vom Beginn der Treffen.
- (3) VIG, Materialien zur « Basisopleiding Gezondheidsbevordering herfst 1999 ».
- (4) Begriffserklärung und Ansätze aus Sozial- und Präventivmedizin, Public Health F. Gutzwiller/O. Jeanneret, Verlag Hans Huber 1999, 2. Auflage.
- (5) Gesundheitsförderung in der Pflege, Kohlhammer Studienbücher Krankenpflege, Marianne Brieskorn-Zinke, 1996.
- (6) Over psychologie en volksgezondheid, S. Maes, Gedrag&Gezondheid, 1993, 21, 4, p. 159.
- (7) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Reihe « Blickpunkt Gesundheit », 1999.
- (8) VIGoureus, Tijdschrift van het Vlams Instituut voor Gezondheids promotie, Jaargang 12, Nummer 3, September 2004.

Vu pour être annexé à l'arrêté du 23 mars 2006 fixant le concept global de promotion de la santé en Communauté germanophone.

Eupen, le 23 mars 2006.

Pour le Gouvernement de la Communauté germanophone :

Le Ministre-Président, Ministre des Pouvoirs locaux,

K.-H. LAMBERTZ

Le Vice-Ministre-Président,

Ministre de la Formation et de l'Emploi, des Affaires sociales et du Tourisme,

B. GENTGES

Le Ministre de l'Enseignement et de la Recherche scientifique,

O. PAASCH

La Ministre de la Culture et des Médias, de la Protection des Monuments, de la Jeunesse et des Sports,

Mme I. WEYKMANS

VERTALING

MINISTERIE VAN DE DUITSTALIGE GEMEENSCHAP

N. 2006 — 2299

[C - 2006/33060]

23 MAART 2006. — Besluit van de Regering tot vaststelling van het globaal concept inzake gezondheids promotie in de Duitstalige Gemeenschap

De Regering van de Duitstalige Gemeenschap,

Gelet op het decreet van 1 juni 2004 betreffende de gezondheids promotie, inzonderheid op artikel 2, lid 1;

Gelet op het advies van de Adviesraad voor gezondheids promotie, uitgebracht op 18 maart 2005;

Op de voordracht van de Minister bevoegd inzake Sociale Aangelegenheden;

Na beraadslaging,

Besluit :

Artikel 1. De Regering neemt het globaal concept inzake gezondheids promotie in de Duitstalige Gemeenschap aan zoals opgenomen in de bijlage bij dit besluit.

Art. 2. Voorliggend besluit heeft uitwerking op 1 januari 2006.

Art. 3. De Minister bevoegd inzake Sociale Aangelegenheden is belast met de uitvoering van dit besluit.

Eupen, 23 maart 2006.

Voor de Regering van de Duitstalige Gemeenschap :

De Minister-President, Minister van Lokale Besturen,

K.-H. LAMBERTZ

De Vice-Minister-President,

Minister van Vorming en Werkgelegenheid, Sociale Aangelegenheden en Toerisme,

B. GENTGES

De Minister van Onderwijs en Wetenschappelijk Onderzoek,

O. PAASCH

De Minister van Cultuur en Media, Monumentenzorg, Jeugd en Sport,

I. WEYKMANS

Bijlage bij het besluit van de Regering van 23 maart 2006 tot vaststelling van het globaal concept inzake gezondheidspromotie in de Duitstalige Gemeenschap

Gezondheidspromotie in de Duitstalige Gemeenschap

- 1 Welke zijn de gezondheidsdeterminanten ?
 - 1.1. Definitie van de basisprincipes
 - 1.1.1. Wat is de mens ?
 - 1.1.2. Wat is « ziekte » ?
 - 1.1.3. Wat is « gezondheid » ?
 - 2 Hoe kan de gezondheid bevorderd worden ?
 - 2.1. Wat is « gezondheidspromotie » ?
 - 2.2. Verschil tussen gezondheidspromotie en preventie
 - 2.3. Hoe zou de gezondheidspromotie in de Duitstalige Gemeenschap er uitzien ?
 - 3 Definitie van de doelstellingen inzake gezondheidspromotie
 - 3.1. Structurele aanpak
 - 3.2. Persoonsgerichte aanpak
 - 4 Methodes en strategieën
 - 4.1. Maatregelen inzake persoonsgerichte communicatie
 - 4.1.1. Informatie/voorlichting
 - 4.1.2. Life skill programma's (bevordering van de levensvaardigheden)
 - 4.1.3. cultureel-pedagogische aanpak
 - 4.1.4. Empowerment (burgerparticipatie)
 - 4.1.5. Multiplicators
 - 4.2. Structurele maatregelen
 - (1) schepping van gezondheidsbevorderende kadervoorwaarden
 - (2) netwerken
 - (3) samenwerking en coördinatie
 - 4.3. Settingaanpak
 - 4.4. Maatregelen i.v.m. massacommunicatie
 - 5 Kwaliteitscriteria
 - 6 Evaluatievormen
 - 7 Referenties en bronnen

1. Welke zijn de gezondheidsdeterminanten ?

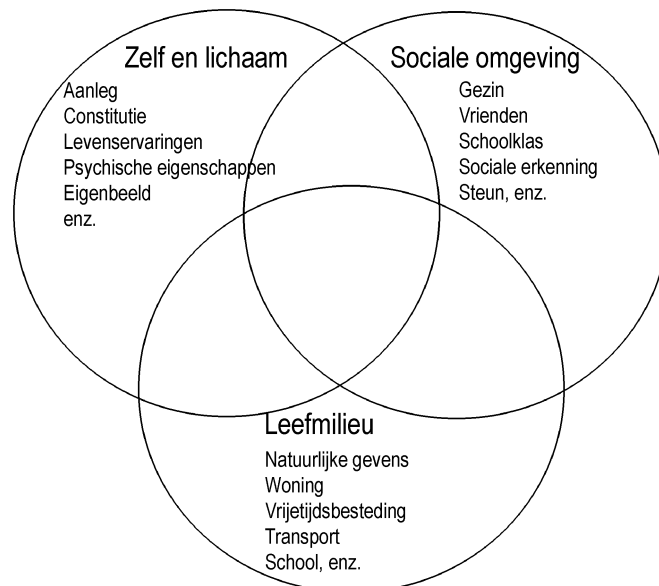
1. 1. Definitie van de basisprincipes

1.1.1. Wat is de mens ?

De mens is een autonoom wezen dat bekwaam is om bewust over zichzelf te reflecteren, plannen te maken en zijn eigen gedrag doelgericht te sturen en te beoordelen. (1)

Hij verzoekt de basisbehoeften te vervullen die tot zijn fysiek, sociaal, psychisch en spiritueel welzijn leiden. (2)

De mens is niet alleenstaand : hij is in bestendige interactie met zijn materiële en zijn sociale omgeving, waardoor hij verzoekt voor zijn overleving en zijn ontplooiing te zorgen. (1)



1.1.2. Wat is « ziekte » ? (3)

Het begrip « ziekte » impliceert verschillende aspecten van het « niet-gezond zijn ».

Zo is de ziekte

- een objectieve vaststelbare combinatie van symptomen en fysieke eigenschappen die zich door gestoorde lichamelijke (bio-fysieke) functies laten uitleggen (= « disease »)
- een subjectieve ervaring van pijn en klacht (= « illness »)
- een sociale rol met rechten (een beroep kunnen doen op het solidariteitssysteem) en plichten (naar hulp zoeken) (= « sickness »). De zieke mens heeft een sociaal bepaalde « opdracht » : hij verzoekt gezond te worden of ten minste met de ziekte te leren leven. (3)

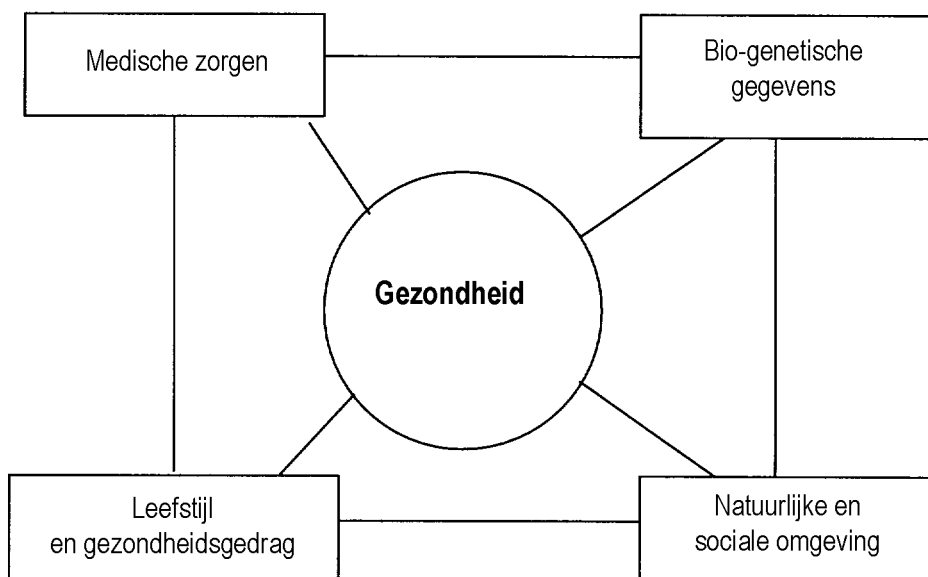
1.1.3. Wat is « gezondheid » ?

De definitie van het begrip « gezondheid » is mettertijd veranderd. (4)

In 1976 gaf de WGO de volgende definitie : « een toestand van volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden, en niet slechts de afwezigheid van ziekte of gebrek ». (Reeds gewijzigd bij de « Ottawa Charter for Health Promotion » (1986) : « Gezondheid is een toestand van een zo optimaal mogelijk fysiek, mentaal en sociaal welzijn, waarbij iedereen de kans moet hebben om als mens capaciteiten te ontwikkelen en te gebruiken met een maximum aantal vrijheidsgraden en keuzemogelijkheden ».

Dit begrip, dat het stempel draagt van de naoorlogse euforie van het mogelijke, had in de loop van de laatste twee decennia een duidelijke mutatie ondergaan : in de moderne socio-medische opvatting wordt eerder van een dynamisch proces uitgegaan, ook « homeostase » benoemd, waarmee een individu altijd verzoekt in evenwicht te zijn met zijn omgeving om zijn welbevinden te optimaliseren.

In deze homeostase beïnvloeden vier dimensies de individuele gezondheidstoestand, t.w. de bio-genetische gegevens, de medisch-technische mogelijkheden (volksgezondheid), alsmede de leefstijl en de omgevingsfactoren.



Afgeleid van deze opvatting en door de WGO sterk gestimuleerd, heeft zich een moderne opvatting inzake gezondheidsbevordering ontwikkeld. (4)

Zij heeft als uitgangspunt de voorwaarden voor het ontstaan van de gezondheid, in de zin van de « salutogenese » (zelfgenezing) van Antonovsky. (7) pagina 97

« Het salutogenetische perspectief probeert het belang van het persoonlijk vermogen bij de genese, het behoud en het herstel van de gezondheid te verklaren. » Ebenda, pagina 96

« Vanuit salutogenetisch oogpunt gelden gezondheid en ziekte niet als alternatieve, elkaar uitsluitende toestanden. Ze worden gezien als de veronderstelde polen van een continuüm gezondheid-ziekte. De gezondheidstoestand van elk individu is het resultaat van de dynamische interactie tussen factoren aanwezig in de mens en zijn omgeving, die een negatieve, positieve en zelfs beschermende invloed kunnen hebben. De balans tussen de risico- en beschermingsfactoren, die een verschillende stabiliteit aantonen en in de tijd veranderlijk zijn, bepaalt het gezondheidsniveau van het individu. »

Samengevat kan men zeggen dat de gezondheidstoestand door de bio-genetische gegevens, de medisch-technische mogelijkheden, de leefstijl en de omgevingsfactoren beïnvloed wordt.

De genese, het behoud en het herstel van de gezondheid worden door het persoonlijk vermogen beïnvloed.

2. Hoe kan de gezondheid bevorderd worden ?

2.1. Wat is « gezondheidspromotie » ? (4)

Luidens de Handvest van Ottawa (WGO) van 1986 is de bevordering van de gezondheid « het proces dat aan volkeren de middelen verschaft waarmee ze een grotere controle op hun eigen gezondheid kunnen uitoefenen en waarmee ze deze gezondheid kunnen verbeteren. Deze aanpak is afgeleid van een concept waarbij « gezondheid » wordt omschreven als de mate waarin een groep of een individu enerzijds zijn ambities kan waarmaken en zijn behoeften bevredigen, en anderzijds met het milieu kan mee-evolueren of zich aan dat milieu aanpassen. De gezondheid wordt dus beschouwd als een belangrijke « grondstof » voor het dagelijks leven en niet als het voorrangdoel van het leven. Dit is een positief concept dat niet alleen de sociale en individuele middelen, maar ook de fysieke capaciteiten in de verf zet. Zo is de bevordering van de gezondheid niet alleen een zaak van de gezondheidssector : ze overstijgt de notie van een gezonde leefstijl en mikt op het welzijn. »

Daaruit volgt (5), pagina 24 :

« De WGO beklemtoont de sociale dimensie van de gezondheid, waar de sociale en natuurlijke omgeving rekening houdend met de gezondheidsvereisten zou worden georganiseerd. Ze beklemtoont ook de persoonlijke dimensie die erin bestaat zodanig te handelen dat de noodzakelijke bevoegdheden aan ieder overgedragen worden opdat hij zijn eigen gezondheid kan verbeteren. Een ander belangrijk oogpunt betreft de opdrachten die inzake gezondheidspromotie moeten worden vervuld en niet alleen de beroepsbeoefenaars zouden betrekken maar als opdrachten zouden worden beschouwd die aan alle burgers worden toegewezen en waar men wenst dat de zelforganisatie tot principe wordt verheft. Vele verschillende beroepsgroepen moeten, met het oog op de sanitaire emancipatie, tot zelforganisatie en -verantwoordelijkheid aansporen en bijdragen. »

2.2. Verschil tussen gezondheidspromotie en preventie

Uit (4) :

« In brede zin omvat de gezondheidspromotie alle maatregelen die in het kader van een maatschappij nuttig zijn voor de gezondheid, terwijl de preventie (profylaxe) reeds doelgericht is, te weten het behoud van de gezondheid alsmede het voorkomen en het opsporen van ziekten ».

	Preventie	Gezondheidspromotie
Uitgangspunt	ziekte	gezondheid
Opzicht, doelstelling	voorkomen	bevorderen
Doelgroep	potentiële zieken, risicogroepen	iedereen, ook de gezonde mensen
Visie	bio-medisch	bio-psycho-sociaal
Acteurs	(para)medisch personeel	multidisciplinair

Schema uit (3)

Gezondheidspromotie is meer dan preventie; zij bevat de dimensie van de subjectieve perceptie van de levenskwaliteit en van de beslissingsvrijheid.

Opmerking :

Preventie is een ouder begrip dat toch verder bestaat. Ook de toenmalige indeling in primaire, secundaire en tertiaire preventie blijft geldig. Beide begrippen « gezondheidspromotie » en « preventie » overlappen elkaar qua inhoud daar de preventieve maatregelen een bestanddeel van de gezondheidspromotie kunnen vormen, zijn echter niet de enigen. Het grootste verschil berust bij de deelname (participatie) van het doelpubliek. Preventiecampagnes behoren tot de gezondheidspromotie voor zover de beslissingsvrijheid van het individu als zodanig in acht wordt genomen.

« Het beleid van de WGO en de filosofie inzake gezondheidspromotie zoals hierboven voorgesteld hebben praktische gevolgen in de doelstellingen van het regionaal programma « Gezondheid voor allen » dat de landen die deel uitmaken van de WGO-Europese Regio zich hebben opgelegd en de laatste jaren herzien en afgestemd hebben. De doelstellingen zijn een beschrijving van de wenselijke gezondheidstoestand, van de bevorderende factoren, van het gezondheidsbeleid en van de actieprincipes geworden. Zij draaien om vier thema's die elkaar bedingen en de basis vormen van de 12 doelstellingen (...):

- voor de gelijkheid van kansen zorgen door de kloof te dichten die op het niveau van de gezondheidstoestand tussen de landen en, binnen de landen, tussen de groepen bestaat;

- het leven levenswaardiger maken door de mens erin te helpen zijn lichamelijk, psychisch en sociaal vermogen volledig te ontplooiën en uit te putten;

- gezonder leven door ziekte en handicap te verminderen;

- langer leven dankzij een hogere levensverwachting » (WGO 1991 :6) (5) pagina 27

De gezondheidspromotie moet als een concept worden gezien dat verschillende maatregelen omvat die tot doel hebben de gezondheid te verbeteren, te beschermen en te behouden. Meer in het bijzonder bestaat er geen strikte theoretische en nog minder een praktische afbakening tussen de gezondheidspromotie en de ziektevoorkoming. De « gezondheidspromotie » integreert verschillende maatregelen en aanpakken zoals gezondheidsvoorlichting, -educatie en -raadgeving. De preventieve maatregelen zijn er ook een bestanddeel van.

Preventie heeft niet alleen zin vanuit een staathuishoudkundig standpunt omdat zij kosten bespaart door de morbiditeit en de verloren tijd te verminderen en de invaliditeit en de mortaliteit te voorkomen; zij heeft ook zin op het individueel vlak daar zij ertoe bijdraagt onze levenskwaliteit te behouden en zelfs te verbeteren door ziekte en/of invaliditeit te voorkomen.

Zowel de huidige als de toekomstige preventieve maatregelen zijn derhalve geenszins overbodig; zij moeten eerder als een bestanddeel van de gezondheidspromotie worden beschouwd, op voorwaarde dat ze zich echter zoveel mogelijk naar de principes van de gezondheidspromotie richten : intersectorale en interdisciplinaire actie, participatie van het doelpubliek, inaanmerkingneming van de levensomstandigheden van de betrokken personen.

2.3. Hoe zou de gezondheidspromotie in de Duitstalige Gemeenschap er uitzien ?

Opmerking : Met uitzondering van enige punctuele acties betreffen de tot nog toe op het gebied van de gezondheid in de Duitstalige Gemeenschap doorgevoerde initiatieven vooral de preventie (DKF, gezondheidsinspectie, arbeidsgeneeskunde, centra voor schoolgeneeskunde).

Repressieve gezondheidsboodschappen met « objectieve waarheden » negeren het gedeelte van eigenverantwoordelijkheid en leiden niet noodzakelijk tot een gedragswijziging. Om werkelijk een gedragswijziging te bereiken, is het noodzakelijk de informatie op interactieve wijze voor te stellen. De mens zou er als individu het centrum van zijn en de klemtoon op zijn eigenverantwoordelijkheid worden gezet. Daardoor wordt hij verantwoordelijk voor zijn eigen leven en zijn levensomstandigheden (voor zover hij deze kan beïnvloeden).

Er moeten dus positieve boodschappen worden verspreid. Zo'n aanpak onderstreept de eigenverantwoordelijkheid van de mens en legt eerder de nadruk op de mogelijkheden dan op de verplichtingen.

De mens kan derhalve niet tot zijn enkel lichaam worden gereduceerd : « de subjectieve beleving beslist klaarblijkelijk of men zich al dan niet ziek voelt ». (Präventiv 07.01/p2)

Daar het individu samen met zijn levensomstandigheden moet worden beschouwd, hebben de modellen die op naïeve wijze tot een gedragswijziging willen leiden (« model van het lege vat », « Goliath-model », « model van de tijdbommen ») weinig kans van succes. In tegenstelling tot deze modellen, die aannemen dat over een risicogedrag informeren automatisch een wijziging van de levenswijze met zich brengt, baseren de moderne concepten inzake gezondheidspreventie op psychologische theorieën en modellen.

Daaruit kunnen vier basisprincipes worden afgeleid (6) :

« - stapsgewijze wijziging van het gezondheidsgedrag - het gaat om een continu proces (health behaviour change occurs in stages);

- de wet van de minste inspanning (law of minimal effort) impliceert dat de beslissing de mens wordt voorbehouden maar dat de gezonde oplossing gemakkelijker wordt gemaakt;

- het waargenomen (gezondheids)gedrag is afhankelijk van onderliggende gedragspatronen (observable health behaviour is controlled by underlying mechanisms), d.w.z. dat het gedrag niet rationeel gestuurd wordt;

- het gedrag baseert op een uitwisseling tussen de mens en zijn omgeving (health behaviour is the result of an interaction between the individual and his environment). »

Het is bijzonder belangrijk de eigenorganisatie en -verantwoordelijkheid te ondersteunen om de sanitaire emancipatie te bereiken.

3. Definitie van de doelstellingen inzake gezondheidspromotie

Op het vlak van de gezondheidspromotie is een project of maatregel een reactie op een vastgesteld probleem. Een project begint altijd met een idee die daarna kan worden gepland en uitgevoerd. De doelstellingen staan centraal : zij maken het mogelijk doelgericht te werken en de resultaten te controleren.

Om aangepaste doelstellingen te formuleren, moet ten eerste de uitgangssituatie/probleemsituatie geanalyseerd worden. Bij deze probleemanalyse of « diagnostische evaluatie » (zie hoofdstuk 6), worden niet alleen de problemen maar ook de doelstellingen en de noodzakelijke hulpmiddelen opgesomd en geformuleerd. De programmatie van de maatregelen integreert al de latere evaluatie (zie hoofdstuk 6) om ervoor te zorgen dat alle noodzakelijke gegevens tijdens het project verzameld worden.

De definitie van de doelstellingen zou op basis van een raster gebeuren om later de evaluatie van de bereikte en niet bereikte doelstellingen te vergemakkelijken. Volgende raster wordt voorgesteld :

- Gezondheidsdoel
- Gezondheidsobjectief
- Gezondheidsdoelstelling

Definities :

Gezondheidsdoel (Richtziel, finalité, health goal) :

Het gezondheidsdoel is de diepe motivatie, een richtinggevend ideaal. In feite is het gezondheidsdoel onbereikbaar.

Voorbeeld : nieuwe Aids-besmettingen verhinderen

Gezondheidsobjectief (Grobziel, strategisches Ziel, but, health objective) :

De gezondheidsobjectieven zullen de gebieden waar moet worden gehandeld om naar de gezondheidsdoelstelling te streven, afbakenen en hen een grove structuur geven. In zekere zin geven ze de realistische praktische doelstellingen weer. Zij moeten kunnen worden onderzocht.

Voorbeeld : herhaaldelijk informeren over AIDS

Gezondheidsdoelstelling (Feinziel, operationelles Ziel, objectif, health target)

Een doelstelling is de verwezenlijking van een doel. Hier gaat het om « kleine stappen » die duidelijk te definiëren en af te bakenen zijn.

Voorbeeld : na één jaar moet x % van de mensen een voldoende kennis van het thema Aids hebben.

Binnen een doelstelling kunnen « subdoelstellingen » of « secundaire doelstellingen » worden gedefinieerd, hier b.v. : de Aids-informatiegraad verbeteren binnen een bepaalde doel-groep/subgroep.

Het is mogelijk de gezondheidspromotie op twee niveaus aan te pakken : het structureel en het persoonlijk niveau.

3.1. Structurele aanpak

De structurele aanpak focaliseert op de structuur van het gezondheidsaanbod als zodanig : netwerken, inrichtingen zoals scholen, ziekenhuizen, bedrijven... dus de verschillende « settings » (leefplaatsen).

(7) p. 100

« Een setting wordt begrepen enerzijds als een sociaal systeem dat een groot aantal pertinente invloeden van het milieu op een bepaald personengroep en anderzijds als een systeem waar deze gezondheids- en ziekteomstandigheden eveneens kunnen worden « bewerkt ». Worden als eerste settings aangewezen : de gemeenten, de scholen, de ziekenhuizen en de bedrijven. »

Voorbeelden van definities van doelstellingen op basis van de vastgelegde raster : gezondheidsdoel, gezondheidsobjectief en gezondheidsdoelstelling

1 ^e gezondheidsdoel : de kwaliteit van de gezondheidsinfrastructuur verbeteren	
Aangepaste structuren voor de gezondheidspromotie scheppen en de kwaliteit van de bestaande gezondheidsstructuren verbeteren	
Objectief 1 Verbetering van de communicatie tussen de verschillende bestanddelen van de structuur	Doelstelling 1 b.v. Oprichting van een gemengde werkgroep « school en gezondheid »
	Doelstelling 2
Objectief 2 Verbetering van de communicatie tussen de structuur en de gebruikers	Doelstelling 1 Invoering van een rubriek « gezondheid » op de lokale zender KA3
	Doelstelling 2
Objectief 3 Verbetering van de informatie verstrekt aan de gebruikers	Doelstelling 1
	Doelstelling 2
	Doelstelling 3
Objectief 4 Regelmatige verzameling van gegevens m.b.t. de gezondheidstoestand van de bevolking in de Oostkantons	
2de gezondheidsdoel : schepping van een gezondheidsbevorderend kader in het alledaagse schoolleven	
Objectief 1 Analyse van de gedragen en tussenkomstmogelijkheden in elke school	Doelstelling 1
	Doelstelling 2
	Doelstelling 3
Objectief 2 Uitwerken van richtlijnen inzake hygiëne die voor de scholen bestemd zijn	Doelstelling 1
	Doelstelling 2
Objectief 3 Geen snoepjes meer op school	Doelstelling 1
	Doelstelling 2
Objectief 4 Bevordering van een gezonde lichaamshouding bij de leerlingen en leerkrachten	Doelstelling 1
Objectief 5 Bewustmaking aan de gezondheidswaarde in het alledaags leven	Doelstelling 1
3 ^e gezondheidsdoel : schepping van een gezondheidsbevorderend kader in de arbeidswereld	
Objectief 1	Doelstelling 1
	Doelstelling 2
Objectief 2	Doelstelling 1
	Doelstelling 2
4 ^e gezondheidsdoel : schepping van een gezondheidsbevorderend kader in de wereld van de vrijetijdsbesteding	
Objectief 1	Doelstelling 1
	Doelstelling 2
	Doelstelling 3

3.2. Persoonsgerichte aanpak

De gezondheidspromotie begint bij de mensen, in hun heel concreet leefmilieu. Op dat niveau richt zich de gezondheidspromotie naar de verschillende doelgroepen : naar de mens als individu en als bestanddeel van een personengroep.

1 ^e doelstelling op lange termijn	
De gezondheidsbevoegdheid van de mensen in hun geheel alsmede in hun eigen ontwikkelingsstand versterken. Dit impliceert een voorlichting betreffende gezondheidsthema's naargelang van de leeftijd, de bewustmaking aan de gevolgen van zijn eigen gedrag alsmede de beklemtoning van de verantwoordelijkheid van iedereen t.o.v. zijn eigen gezondheid.	
Objectief 1	Doelstelling 1
	Doelstelling 2
	Doelstelling 3
Objectief 2	Doelstelling 1
	Doelstelling 2
	Doelstelling 3

Bij de persoonsgerichte aanpak werkt men met de verschillende doelgroepen, waarbij de doelstellingen de hunne zijn en op hen toepasselijk zijn, b.v. :

- de kinderen en jongelui,
- de volwassenen,
- de chronisch zieken.

De gezondheidspromotie moet zowel op een structurele als op een persoonsgerichte aanpak baseren.

4. Methodes en strategieën

In het midden van de gezondheidspromotie staat de vroege en bestendige bevordering van het persoonlijk materieel en sociaal vermogen (beschermende factoren). De naar het vermogen gerichte aanpak wordt aangevuld met programma's die een minimalisering van de risicofactoren beogen.

De gezondheidspromotie betreft de mensen van alle leeftijdscategorieën. Zij is doelgroepgericht en houdt rekening met hun respectievelijke leefstijl- en milieu.

Derhalve bevat de gezondheidspromotie een groot aantal structurele maatregelen en maatregelen inzake persoonsgerichte communicatie die op elkaar afgestemd worden.

4.1. Maatregelen inzake persoonsgerichte communicatie

Vallen onder de maatregelen inzake persoonsgerichte communicatie :

(1) Informatie/voorlichting

De informatie/voorlichting is een methode om de gezondheid te bevorderen. Zij breidt de kennis uit en ondersteunt de rationele beslissingsprocessen. Alleen kan de informatie/voorlichting echter niet tot een gedragswijziging leiden (probleem van cognitieve dissonantie). Informatie/voorlichting is wel noodzakelijk maar niet voldoende om de gezondheid te bevorderen en moet door andere diepergaande methodes worden aangevuld.

(2) de Life skill programma's (bevordering van de levensvaardigheden)

De aanpak die de levensvaardigheden bevordert, versterkt de krachten/capaciteiten waarvan de mensen gebruik maken om op constructieve wijze de vereisten en sollicitaties van het alledaags leven te kunnen beheersen (b.v. persoonlijke doeltreffendheid, bekwaamheid om conflicten te beheren) en zo ertoe bijdraagt de gezondheid te behoeden (naar het vermogen gerichte aanpak : versterking van de beschermende factoren).

De Life skill programma's zijn, bovenop de noodzakelijke voorlichting, vooral op actie gericht. Zij bieden trainingsprogramma's aan, openen zelfs ervarings- en leervelden die het individu het mogelijk maken om zijn beschermende factoren te ontwikkelen. Evaluaties van Life skill programma's tonen goede resultaten aan op het niveau van de instelling en van het gedrag. Zulke resultaten bereiken, veronderstelt eigenlijk programma's van kwaliteit. Het is belangrijk voldoende tijd te nemen om nieuwe leerervaringen, nieuwe handwijzen bij te brengen/toe te passen en te verankeren.

Naargelang van het gezondheidsthema (preventie van de toxicomanie, voeding, enz.) verbinden de Life skill programma's een versterking van de algemene beheersingsbekwaamheden (bevorderende factoren) met de bevordering van bekwaamheden die het betrokken thema eigen zijn (b.v. de training tot vastberadenheid, wat de preventie van de toxicomanie betreft).

De Life skill programma's zijn een aanpak waar het individu centraal staat. Zij moeten worden aangevuld door de betrokkenheid van het sociaal milieu van de doelgroep en een structurele aanpak (b.v. : de programma's met de leerlingen voortzetten om de gezondheid in samenwerking met de ouders te bevorderen; in het kader van de bewegingsbevordering : inrichting van de speelplaats om op aangepaste wijze tot beweging aan te sporen of, in het kader van de voeding : kiosk, cafetaria... die geschikte producten aanbieden).

(3) de cultureel-pedagogische aanpak van de gezondheidspromotie

Een cultureel-pedagogische aanpak van de gezondheidspromotie (b.v. pedagogische projecten van theaterstukken over thema's i.v.m. de gezondheid) maakt het mogelijk het individu tot een persoonlijke (affectieve, niet alleen cognitieve) innerlijke analyse van een gezondheidsthema aan te sporen. Vakkundig uitgevoerd kan ze een diepe analyse bevorderen en nieuwe schattingen/ervaringen mogelijk maken die verder gaan dan een gewone cognitieve informatieverstrekking. De grenzen worden bereikt met de overdracht in het dagelijks leven. Deze aanpak moet dan worden aangevuld met een extensieve aanpak gericht op actie.

Hoe meer de deelnemers persoonlijk in het creatief proces ingewikkeld zijn hoe groter is de persoonlijke waarde. Maatregelen die de deelnemers eerder de rol van toeschouwer toekennen (tentoonstellingen, theaterstukken) kunnen een impuls vormen om door een problematiek geroerd te worden en de mens ertoe aanzetten deze te analyseren.

(4) het empowerment (burgerparticipatie)

Normaliter worden de hierboven beschreven aanpakken door specialisten voor bepaalde doelgroepen toegepast. Inzake gezondheidspromotie is het belangrijk niet alleen experts maar ook leken in te wikkelen. De burgerparticipatie (gezondheidskringen in de gemeenten, oudergroeperingen, enz.) heeft als voordeel dat ze de betrokkenen ertoe leidt zich te uiten over het belang dat ze aan de gezondheidspromotie hechten, in hun leefmilieu/hun dagelijks leven de beheersing van vragen te bewerken die ze op het vlak van de gezondheid als belangrijk beschouwen. Het wordt gemakkelijker tot een structurele gezondheidspromotie over te gaan. De vakmannen kunnen het engagement van de burgers ondersteunen door de processen te animeren, door als katalysator te werken en, desgevallend, door een organisatorische hulp of gespecialiseerde inputs aan te bieden.

(5) de multiplicators

Bovendien is het belangrijk een netwerk van multiplicators (sleutelpersonen) op te richten die inhouden/maatregelen ter gezondheidspromotie overbrengen, als conceptoren en animators van gezondheidsbevorderende processen fungeren. Het is zinvol het werk van de multiplicators vakkundig te ondersteunen (b.v. animatietraining) en voor een uitwisseling van ervaringen tussen de multiplicators te zorgen. Door het organiseren van vakkundige netwerken van multiplicators worden zowel structurele aspecten als aspecten van de persoonsgerichte communicatie betrokken.

4.2. Structurele maatregelen

Behoren tot de structurele maatregelen :

1° de schepping van gezondheidsbevorderende kadervoorwaarden :

Het doel is het leef- en werkmilieu van de mensen zodanig te organiseren dat voor de gezondheid schadelijke omstandigheden afgeschaft en structuren die de gezondheid bevorderen, ontwikkeld worden. Enkele voorbeelden :

- in de peuterskolen : ruimten die het de kinderen mogelijk maken rust/ontspanning te experimenteren en volwassenenstoelen zodat de opvoeders niet op kinderenzetels moeten zitten;
- in de scholen : een aangepaste inrichting van de speelplaatsen (om de beweging te bevorderen, de agressiviteit te verminderen);
- bescherming tegen geluidshinder op de werkplaats : inrichting van een werkplaats die de gezondheid bevordert;
- gemeente : gezondheidswinkels, rustoasis, verkeersplannen met het oog op de bescherming tegen geluidshinder;
- in de restaurants alcoholvrije dranken aanbieden die goedkoper zijn dan alcoholische dranken.

2° de netwerken

Organisatie van netwerken (zowel netten van sociale steun, b.v. nabijheidshulp, als netwerken van vaklui/organisaties)

3° de samenwerking en de coördinatie

De gezondheidspromotie betreft alle plaatsen waar mensen leven en werken. Daarom ressorteert de gezondheidspromotie onder heel verschillende sociale groeperingen en gespecialiseerde diensten. Om materiële en menselijke hulpbronnen te bundelen en synergie-effecten te bereiken, is het essentieel samenwerkingsstructuren en vakkundige coördinatiecellen te ontwikkelen.

4.3. Settingaanpak

Uittreksel uit de « Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, BzGA, p.100) :

« De settingaanpak focaliseert op de kaderomstandigheden waarin de mensen leven, leren, werken en consumeren. Zij is het antwoord op het beperkt succes van de traditionele activiteiten inzake gezondheidseducatie, welke zich door middel van informatie en boodschappen tot afzonderlijk beschouwde personen richten. Er werd ermee rekening gehouden dat de gezondheidsproblemen van een bevolkingsgroep het resultaat zijn van een bilaterale betrekking tussen de economische, sociale en organisatorische omgeving enerzijds en de persoonlijke leefstijl anderzijds. » (Voorbeelden van settings : scholen, bedrijven, ziekenhuizen en gemeenten).

De settingaanpak is dus een sleutel-strategie voor de gezondheidspromotie. Zij is bijzonder geschikt om de structurele aspecten en de aspecten van de persoonsgerichte communicatie met elkaar te verbinden.

Een voorbeeld :

Gezondheidspromotie in de setting (leefplaats) « school », thema « voeding »

Maatregelen voor de leerlingen, de leerkrachten en de ouders (b.v. het thema in het gezinsmilieu voorzetten)

Pauze : kiosk met geschikte producten, gezond ontbijt op school

Betrokkenheid van de omgeving : b.v. verse melk uit de naburige boerderij en niet uit de supermarkt

4.4. Maatregelen i.v.m. massacommunicatie

Maatregelen i.v.m. massacommunicatie kunnen ertoe bijdragen aanwezige standpunten te fixeren (« ik blijf niet-roker »), beelden te bouwen (Niet roken is in, roken niet) en een openbare discussie over een thema in het leven te roepen. Maatregelen i.v.m. massacommunicatie moeten door maatregelen i.v.m. persoonsgerichte communicatie en/of structurele maatregelen worden gedempt.

5. Kwaliteitscriteria

Om de gezondheidspromotie efficiënt te ontwikkelen, moeten de verschillende aanpakken worden gecoördineerd. Bovendien zou er bij de uitwerking van de maatregelen met verschillende kwaliteitscriteria rekening moeten worden gehouden :

een duidelijke definitie van de doelstellingen

De doelstellingen van de maatregelen moeten zo concreet en zo realistisch als mogelijk worden vastgelegd. De volgende (smart-) criteria zijn richtinggevend :

s specifiek

m meetbaar

a acceptabel

r realistisch

t tijdgebonden

adequaatie tussen doelstelling en methode

overdracht in het alledaags leven

Bij de planning zouden de maatregelen i.v.m. persoonsgerichte communicatie eveneens rekening houden met de overdracht, b.v. van aanleren in het alledaags leven van de doelgroep.

middellange en lange termijn

De verschillende maatregelen zouden in een globaal concept op middellange en lange termijn passen. In de regel hebben op geïsoleerde wijze toegepaste maatregelen weinig invloed.

documentatie

Om na te denken en plannen maar ook om de geldgevers bewijzen te leveren is het raadzaam documentatie te verstrekken over de hoofdaspecten van de projecten m.b.t. de gezondheidspromotie (resultaatgarantie).

evaluatie

Vooraf modelmaatregelen moeten worden geëvalueerd. In de praktijk kunnen ook eigenevaluaties tot de reflectie en de programmatie bijdragen.

Kwaliteitscriteria zijn toepasselijk op de ontwikkeling van maatregelen i.v.m. de gezondheidspromotie.

6. Evaluatievormen

« De evaluatie is de beoordeling van programma's en maatregelen. De werking van de maatregelen wordt onderzocht (effectiviteitsonderzoek, confrontatie van de doelstellingen en de geboekte successen) en de relatie kosten/nuttigheid van de maatregelen (efficiëntieonderzoek, confrontatie succes/investering). Te dien einde gebruikt de evaluatie de methodes van de socio-economische wetenschappen. Inzake gezondheidspromotie betekent dikwijls evaluatie de beoordeling van het door maatregelen en programma's geboekt succes. De analyses kosten/nuttigheid om de efficiëntie te onderzoeken zijn nog zeldzaam. » (7)

De evaluatie neemt verschillende vormen aan (8) :

- De diagnostische evaluatie is gericht op het verzamelen van gegevens om aangrijpingspunten voor een project (doel en doelstellingen, doelgroep, implementatiewijze) te bepalen. Deze evaluatie wordt soms ook als probleemanalyse aangeduid. Diagnostische evaluatie geeft geen oordeel over een project en is dus niet echt een evaluatie-activiteit, maar eerder een onderzoeksactiviteit die een inschatting maakt van gegevens met het oog op het empirisch onderbouwen van een project.

- De effectevaluatie geeft een antwoord op de vraag of het project dat werd opgezet de beoogde doelstellingen heeft bereikt en of het heeft geresulteerd in een meetbaar effect. Er wordt gekeken naar wat er veranderd is na en ten gevolge van het project in vergelijking met de situatie ervoor. Dit veronderstelt dat men beschikt over duidelijke en concreet geformuleerde doelstellingen en over criteria of normen waarmee de resultaten van de effectevaluatie van het project kunnen vergeleken worden. Wanneer de effecten op korte termijn worden onderzocht, dan spreekt men van een impactevaluatie. Bijvoorbeeld : determinanten van gedragsverandering zoals kennisverhoging, attitudewijziging of omgevingsverandering. Voor het nagaan van de effecten op langere termijn of op het niveau van de einddoelen wordt ook de term « outcome-evaluatie » gebruikt.

- De procesevaluatie gaat na hoe een project precies werd uitgevoerd vanaf de start tot het einde van het project en of het werd uitgevoerd zoals gepland. Ze onderzoekt het proces en de kwaliteit (sterktes en zwaktes) van de uitvoering van het project. Dit houdt in dat in de loop van de uitvoering wordt opgevolgd of het project volgens plan verloopt. Bijvoorbeeld : registratie van de acties en activiteiten en deelname eraan, beoordeling van het project door betrokkenen. De procesevaluatie kan helpen om de (uitgebleven) effecten van de effectevaluatie te begrijpen. De resultaten van de procesevaluatie zijn een bron voor de regelmatige bijsturing van een interventie.

Een specifieke vorm van procesevaluatie is de productevaluatie. Een project levert vaak een product (een draaiboek, een cd-rom) op. De productevaluatie gaat na hoe dit product door de doelgroep wordt onthaald, bijvoorbeeld door het pretesten van het ontwikkelde product.

- De efficiëntie-evaluatie is een combinatie van elementen van proces- en effectevaluatie en is een economische beoordeling van een project. Efficiëntie-evaluatie wordt in toenemende mate gebruikt als hulpmiddel bij de toewijzing van financiële middelen in de gezondheidszorg. De kosten-baten analyse berekent de verhouding tussen de input (de gemaakte kosten) en de output (de opbrengsten) van een project. De kosten-effectiviteitsanalyse gaat na hoeveel investering vereist is om een bepaald effect te bereiken.

Referenties :

(1) Gesundheitsförderung in der Schule, Schriftenreihe « Lehrerfortbildung in Nordrhein-Westfalen », Landesinstitut für Schule und Weiterbildung, 1. Auflage 1998.

(2) Annemie Ernst, handschriftliche Notizen vom Beginn der Treffen.

(3) VIG, Materialien zur « Basisopleiding Gezondheidsbevordering herfst 1999 ».

(4) Begriffserklärung und Ansätze aus Sozial- und Präventivmedizin, Public Health F. Gutzwiller/O. Jeanneret, Verlag Hans Huber 1999, 2. Auflage.

(5) Gesundheitsförderung in der Pflege, Kohlhammer Studienbücher Krankenpflege, Marianne Brieskorn-Zinke, 1996.

(6) Over psychologie en volksgezondheid, S. Maes, Gedrag & Gezondheid, 1993, 21, 4, s. 159.

(7) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Reihe « Blickpunkt Gesundheit », 1999.

(8) VIGoureus, Tijdschrift van het Vlaams Instituut voor Gezondheids promotie, Jaargang 12, Nummer 3, September 2004.

Gezien om gevoegd te worden bij het besluit van 23 maart 2006 tot vaststelling van het globaal concept inzake gezondheids promotie in de Duitstalige Gemeenschap.

Eupen, 23 maart 2006.

Voor de Regering van de Duitstalige Gemeenschap :

De Minister-President, Minister van Lokale Besturen,

K.-H. LAMBERTZ

De Vice-Minister-President,

Minister van Vorming en Werkgelegenheid, Sociale Aangelegenheden en Toerisme,

B. GENTGES

De Minister van Onderwijs en Wetenschappelijk Onderzoek,

O. PAASCH

De Minister van Cultuur en Media, Monumentenzorg, Jeugd en Sport,

Mevr. I. WEYKMANS

REGION WALLONNE — WALLONISCHE REGION — WAALS GEWEST

MINISTERE DE LA REGION WALLONNE

F. 2006 — 2300

[2006/201958]

1^{er} JUIN 2006. — Arrêté du Gouvernement wallon fixant les modalités d'agrément des auditeurs pour la réalisation d'audits énergétiques dans le secteur du logement

Le Gouvernement wallon,

Vu le décret-programme du 18 décembre 2003 portant diverses mesures en matière de fiscalité régionale, de trésorerie et de dette, d'organisation des marchés de l'énergie, d'environnement, d'agriculture, de pouvoirs locaux et subordonnés, de patrimoine et de logement et de Fonction publique, notamment l'article 36bis;

Vu l'accord de coopération du 14 novembre 2002 entre l'Etat fédéral, la Région flamande, la Région wallonne et la Région de Bruxelles-Capitale relatif à l'établissement, l'exécution et le suivi d'un Plan national Climat, ainsi que l'établissement de rapports dans le cadre de la Convention-cadre des Nations unies sur les Changements climatiques et du Protocole de Kyoto, conclu à Bruxelles;

Considérant l'entrée en vigueur du Protocole de Kyoto en vue de réduire les émissions de gaz à effet de serre et la nécessité pour le Gouvernement wallon de se préparer à faire face à cette contrainte internationale;

Considérant le Plan d'Environnement pour un Développement durable, adopté par le Gouvernement wallon le 9 mars 1995;

Considérant la Directive 2002/91/CE du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 2002 sur la performance énergétique des bâtiments visant, notamment, la certification de la performance énergétique des logements existants;

Considérant l'article 145.24 du Code des impôts sur les revenus;

Considérant l'arrêté royal du 27 août 1993 portant exécution du Code des impôts sur les revenus 1992, notamment l'article 63.11;

Considérant qu'il est utile de soutenir l'aide à la décision au sein des ménages, en vue de leur permettre de mieux gérer leurs dépenses énergétiques;

Considérant l'audit énergétique comme une analyse préalable permettant d'orienter les décisions en matière d'investissements visant à réduire la consommation d'énergie;