



Vlaamse gezondheidsdoelstelling

Gezonder leven

2017-2025



Vlaanderen
is zorg

STRATEGISCH PLAN DE VLAMING LEEFT GEZONDER IN 2025

Heroriëntering van de afgelopen Vlaamse gezondheidsdoelstellingen 'Voeding en Beweging' en 'Tabak, Alcohol en Drugs'.

10 januari 2018
versie goedgekeurd door het Vlaamse Parlement

Inhoudstafel

1	Context	4
1.1	Gezondheidsdoelstelling	4
1.2	Traject	5
1.3	Prioritering	5
2	Leidende principes	7
2.1	Principe 1: Beleid is meer dan de gezondheidsdoelstellingen alleen	7
2.2	Principe 2: Ambitieuze maar realistische doelen	7
2.3	Principe 3: Less is more	8
2.4	Principe 4: Een beleid op lange termijn	8
2.5	Principe 5: Naar een uniforme opbouw van het preventiebeleid	9
2.6	Principe 6: Facettenbeleid (Health in all policies) als uitgangspunt en streefdoel	10
2.7	Principe 7: Meer focus op geïntegreerde implementatie en dit via settings	11
2.8	Principe 8: Aandacht voor specifieke doelgroepen	12
2.9	Principe 9: Integratie van de thematische invalshoek	12
2.10	Overzicht leidende principes	13
3	Gezondheidsdoelstelling gezonder leven: overzicht	14
3.1	gezondheidsdoelstelling en subdoelstellingen	14
3.1.1	<i>Overkoepelende gezondheidsdoelstelling</i>	14
3.1.2	<i>Settinggerichte (sub)doelstellingen</i>	15
3.2	Preventiestrategieën en acties	16
3.2.1	<i>Preventiestrategieën</i>	16
3.2.2	<i>Voorbeelden van acties</i>	18
4	Subdoelstelling 'Gezondheid in eigen handen'	19
4.1	Subdoelstelling	19
4.2	Situering	19
4.3	Preventiestrategieën	20
4.4	Voorbeelden van acties	21
5	Subdoelstelling 'Gezin bron van gezondheid'	23
5.1	Subdoelstelling	23
5.2	Situering	23
5.3	Preventiestrategieën	24
5.4	Voorbeelden van acties	25
6	Subdoelstelling 'Vrije tijd, gezonde tijd'	26
6.1	Subdoelstelling	26
6.2	Situering	26
6.3	Preventiestrategieën	28
6.4	Voorbeelden van acties	28
7	Subdoelstelling 'Gezondheid in onderwijs'	30
7.1	Subdoelstelling	30
7.2	Situering	30
7.3	Preventiestrategieën	32
7.4	Voorbeelden van acties	33
8	Subdoelstelling 'Werken, ook aan gezondheid'	36
8.1	Subdoelstelling	36
8.2	Situering	36
8.3	Preventiestrategieën	37

8.4	Voorbeelden van acties	38
9	Subdoelstelling 'Meer gezondheid in de zorg'	39
9.1	Subdoelstelling	39
9.2	Situering	39
9.3	Preventiestrategieën	40
9.4	Voorbeelden van acties	41
10	Subdoelstelling 'Gezonde buurten'	44
10.1	Subdoelstelling	44
10.2	Situering	44
10.3	Preventiestrategieën	45
10.4	Voorbeelden van acties	46
11	Subdoelstelling 'Goed bestuur, de weg naar gezondheid'	47
11.1	Subdoelstelling	47
11.2	Situering	47
11.3	Preventiestrategieën	48
11.4	Voorbeelden van acties	50
11.4.1	<i>Optimaliseren van belanghebbendenmanagement via werkgroepen</i>	50
11.4.2	<i>Voorzien in voldoende terreinwerk voor implementatie</i>	52
11.4.3	<i>Uitwerken en opvolgen van taakverdeling voor een efficiëntere preventieketen</i>	53
11.4.4	<i>Afspraken met diverse bestuursniveaus en beleidsdomeinen maken en verankeren</i>	56
11.4.5	<i>Realiseren van proportioneel universalisme</i>	57
11.4.6	<i>Voeren van een gezondheidsbevorderend communicatie- en mediabeleid</i>	59
11.4.7	<i>Instaan voor monitoring en evaluatie van het strategisch plan en rapportering hierover</i>	60
11.4.8	<i>Afstemmen met andere preventiethema's en plannen van volgende gezondheidsconferenties</i>	61
12	Indicatoren	63
12.1	Algemeen	63
12.2	Procesindicatoren	64
12.2.1	<i>De indicatorenbevraging: een instrument voor monitoring</i>	64
12.2.2	<i>Procesindicatoren voor de settinggerichte subdoelstellingen</i>	65
12.2.3	<i>Procesindicatoren voor het thematische preventieve gezondheidsbeleid</i>	67
12.2.4	<i>Procesindicatoren voor goed bestuur</i>	67
12.3	Gezondheidsindicatoren	68
13	Budgettair kader	70
13.1	Algemeen kader	70
13.2	Budgetdoelstellingen Binnen zorg en gezondheid voor deze gezondheidsdoelstelling	70



1 Context

1.1 GEZONDHEIDSDOELSTELLING

Het decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid¹ voorziet het formuleren van Vlaamse gezondheidsdoelstellingen voor preventie. Dit strategisch plan beschrijft een voorstel van gezondheidsdoelstelling, de preventiestrategieën om die te realiseren en het budgettair kader hiervoor en is gebaseerd op de gezondheidsconferentie preventie van 16 en 17 december 2016 met het oog op het herzien van de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen rond Voeding en Beweging en rond Tabak, Alcohol en Drugs die in 2015 afliepen.

Op de gezondheidsconferentie is er voor gekozen om vanuit het belang van een facettenbeleid (Health in all policies²) in te zetten op een beleid gericht op belangrijke levensdomeinen (settings³) zoals het gezin, vrije tijd, onderwijs, werk, zorg en welzijn en buurt en lokale gemeenschap. Om die reden werd gekozen om subdoelstellingen te formuleren op het niveau van verschillende settings en niet meer per preventiethema, te bereiken gedrag of gezondheidseffect zoals bij de afgelopen gezondheidsdoelstellingen voeding en beweging en tabak, alcohol en drugs. Tegelijk is er voor gekozen om sterker in te zetten om rechtstreeks de burger te bereiken en voldoende oog te hebben voor goed bestuur.

Dit strategisch plan behandelt de volgende preventiethema's: gezond eten, bewegen, sedentair gedrag, tabak, alcohol en drugs.

Met deze nieuwe gezondheidsdoelstelling worden ook ruimer nieuwe accenten gelegd voor het preventieve gezondheidsbeleid in Vlaanderen, zoals de nadruk op settinggericht werken en op implementatie van preventiemethodieken, verbindingen leggen met andere gezondheidsdoelstellingen en met beleidsevoluties binnen de zorg op de eerstelijns en de geestelijke gezondheid. Dit komt onder andere aan bod in de subdoelstelling 'goed bestuur'. Zo wordt een geïntegreerd beleid gerealiseerd waarbinnen de verdieping en verbreding mogelijk wordt. De verdieping via flankerende thema's zoals ondervoeding bij ouderen, eetstoornissen, psychoactieve medicatie, gamen, gokken is nu al voorzien en in de toekomst kan een verbreding naar andere thema's of gezondheidsdoelstellingen worden gerealiseerd zoals geestelijke gezondheidsbevordering en suïcidepreventie, val- en fractuurpreventie, mondzorg, het motiverend informeren over bevolkingsonderzoeken.

Deze verdieping en verbreding zal echter omzichtig worden ingevoerd, stap voor stap en goed onderbouwd. We moeten hierbij uitgaan van evidentie, efficiëntie, herkenbaarheid van het beleid en haalbaarheid voor de settings. Zo zullen sommige thema's slechts in bepaalde settings aan bod kunnen komen of enkel efficiënt kunnen aangepakt worden in bepaalde sectoren.

¹ <https://www.zorg-en-gezondheid.be/decreet-van-21-november-2003-betreffende-het-preventieve-gezondheidsbeleid>:
<https://codex.vlaanderen.be/Zoeken/Document.aspx?DID=1012025¶m=inhoud&ref=search>

² Het principe 'Health in all policies' is toepasbaar op zowel het preventieve als het curatieve gezondheidsbeleid. In de context van deze gezondheidsdoelstelling en dit strategisch plan ligt de focus uiteraard op het preventieve gezondheidsbeleid. Dit neemt niet weg dat er ook efficiënte linken zijn met het curatieve gezondheidsbeleid.

³ Onder setting wordt verstaan de context, omstandigheden en sociale omgeving met een aantal vaste kenmerken, waarbinnen iets plaats vindt. Eventuele synoniemen: levensdomein, context, leefsituatie, leefomgeving

1.2 TRAJECT

Dit strategisch plan is in haar huidige versie het resultaat van een heel traject. Volgende stappen werden hierbij gevolgd.

- opmaken van een omgevingsanalyse en beleidsevaluatie van de voorbije periode;
- doorlopen van een participatief proces via werkgroepen, drie toetsingsmomenten, enquêtes, publieke consultatie, wetenschappelijke revisies, enz.;
- presentatie in de commissie Welzijn Volksgezondheid en Gezin van het traject, visie en de aanpak via settings (levensdomeinen), onder begeleiding van Möbius;
- inventarisering van preventiestrategieën en acties die evidence based zijn in een uitgebreid raamwerk⁴;
- synthetiseren van het raamwerk tot een set van preventiestrategieën;
- formuleren van een overkoepelende gezondheidsdoelstelling met subdoelstellingen die gericht zijn op verschillende settings (onderwijs, werk, ...);
- selecteren van enkele voorbeelden van acties;
- uitdiepen tijdens settinggerichte werksessies op de gezondheidsconferentie;
- formuleren van indicatoren;
- concretiseren van een aantal strategieën;
- uitwerken van een globaal budgettair kader.

Het strategisch plan is, zeker gezien de duurtijd, een dynamisch plan dat zal evolueren in functie van voortschrijdend inzicht:

- de uitvoering van dit strategisch plan zal permanent opgevolgd worden en waar nodig worden bijgestuurd. Zo nodig worden nieuwe methodieken (instrumenten) ontwikkeld, via pilootprojecten uitgetest en bij gunstige evaluatie ruimer geïmplementeerd;
- in overleg met diverse stakeholders zullen bij de verschillende preventiestrategieën bijkomende acties worden geformuleerd;
- de gekozen procesindicatoren (output) en gezondheidsindicatoren (outcome) kunnen nog evolueren in functie van nieuwe inzichten en mogelijkheden;
- ook het budgettair kader is een dynamisch gegeven in functie van de beschikbare middelen en de beleidsprioriteiten;
- de gefaseerde verdieping en verbreding (zie hoger) kan wijzigingen aanbrengen aan dit plan;
- er wordt een tussentijdse evaluatie voorzien (2021) waarna bijsturing mogelijk is.

1.3 PRIORITERING

Om de prioriteiten van het nieuwe preventiebeleid te bepalen wordt uitgegaan van volgende criteria:

1. maatschappelijke kost⁵ (bv. a.d.h.v. % van totaal aantal Disability-Adjusted Life-Years⁶ (DALY's) te wijten aan een bepaald thema in de gemeenschap) of ernst (bij ontbreken van cijfers over DALY's vb. mortaliteit, ziekenhuisopnames, etc.) en omvang van de problematiek (in absolute cijfers);

⁴Het uitgebreid raamwerk is een werkdocument voor de verdere concretisering van dit strategisch plan: https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/raamwerk_voortraject_GC.xlsx

⁵ Zo veel als mogelijk uitgedrukt in euro's en in gezondheidsverlies

⁶ De ziektelast ('Burden of Disease') is de hoeveelheid gezondheidsverlies in een populatie die veroorzaakt wordt door ziekten. De ziektelast wordt uitgedrukt in DALY's ('Disability-Adjusted Life-Years'). De DALY kwantificeert gezondheidsverlies en is opgebouwd uit twee componenten: de jaren verloren door vroegtijdige sterfte en de jaren geleefd met ziekte. Het concept is afkomstig van de 'Global Burden of Disease' studie (GBD) van de Wereldbank en de WHO (Murray & Lopez, 1996)

2. maatschappelijke winst⁷ (bv. op basis van Quality-Adjusted Life-Years⁸ (QALY's));
3. trend in frequentie van voorkomen van de problematiek (groei of krimp);
4. beschikbaarheid evidence-based preventiestrategieën;
5. doeltreffendheid en kosteneffectiviteit van de preventiestrategieën;
6. haalbaarheid & draagvlak van de preventiestrategieën;
7. maatschappelijke waarden en trends (vb. niet stigmatiseren, ongelijkheid wegwerken, bezorgdheid/onrust...)

⁷ Zo veel als mogelijk uitgedrukt in euro's en in gezondheidswinst

⁸ De QALY komt overeen met het aantal extra levensjaren vermenigvuldigd door een correctiefactor voor de kwaliteit van die levensjaren. De factor bedraagt 1 bij het zich volledig gezond voelen en tussen 0 en 1 bij verminderde levenskwaliteit.



2 Leidende principes

Het strategisch plan werd ontwikkeld op basis van 9 leidende principes. De volgorde hieronder is willekeurig en houdt geen rangorde in.

2.1 PRINCIPE 1: BELEID IS MEER DAN DE GEZONDHEIDSDOELSTELLINGEN ALLEEN

Het werken met gezondheidsdoelstellingen laat toe prioriteiten en klemtonen te leggen en kan de effectiviteit van het beleid verbeteren. De volgende definitie is opgenomen in het preventiedecreet van 21 november 2003: “Een Vlaamse Gezondheidsdoelstelling is een op het vlak van gezondheid na te streven, tijdsgebonden, meetbare, haalbare en maatschappelijk aanvaardbare doelstelling”

Een noodzakelijke voorwaarde voor het werken met gezondheidsdoelstellingen is dat nodige middelen worden voorzien om de doelstellingen te realiseren.

De gezondheidsdoelstellingen vormen een waardevol beleidsinstrument dat echter geenszins het ganse beleid rond gezondheidsbevordering en ziektepreventie omvat. Ook thema's die niet opgenomen worden in de gezondheidsdoelstellingen zullen de juiste aandacht krijgen.

Het werken met gezondheidsdoelstellingen is er op gericht maatschappelijk draagvlak te creëren diverse actoren te engageren en bijvoorbeeld ook media-aandacht te bewerkstelligen. Dit is niet voor elk thema de beste manier om beleid te voeren. Het niet aanwezig zijn van een gezondheidsdoelstelling voor een bepaald thema betekent niet dat het een thema zonder belang betreft, maar is het resultaat van de afweging van de zinvolheid en haalbaarheid om gezondheidsdoelstellingen als beleidsinstrument voor dit thema in te zetten. Ook het beleid dat niet zal omvat worden door de gezondheidsdoelstellingen zal vorm krijgen via acties die gaandeweg zullen toegevoegd worden aan het strategisch plan of meer zichtbaar gemaakt worden op een gebruiksvriendelijke en toegankelijke manier. Ook voor deze acties geldt dat ze opgevolgd zullen worden aan de hand van indicatoren.

2.2 PRINCIPE 2: AMBITIEUZE MAAR REALISTISCHE DOELEN

Doelstellingen worden niet enkel in Vlaanderen gedefinieerd maar ook door de WHO, door federale partners, door andere landen, op Europees niveau, etc. Het spreekt voor zich dat een afstemming op andere doelstellingen, andere beleidsniveaus en internationale trends noodzakelijk is.

Deze ‘externe’ doelstellingen zullen voor het Vlaamse beleid zo veel als mogelijk opgevolgd worden via de indicatoren die in dit strategisch plan zijn opgenomen. Er dient onderzocht te worden op basis van de Vlaamse cijfers of deze ‘externe’ doelstellingen voor Vlaanderen realistisch en voldoende ambitieus zijn.

We wensen dus gezondheidsdoelstellingen te formuleren rekening houdend met de context en meetbare indicatoren door streefcijfers vast te leggen op basis van onderzoek (trendanalyses o.b.v. meetcycli), in samenspraak met het terrein en afgestemd op (inter)nationale kaders.



2.3 PRINCIPE 3: LESS IS MORE

Om gezondheidsdoelstellingen als beleidsinstrument succesvol in te kunnen zetten zodat bv. de meetbaarheid/opvolgbaarheid en het wervend karakter bewaard blijven, dienen er keuzes gemaakt te worden.

Daarom moet het beleid een focus creëren, waarbij er een beperkt aantal doelstellingen op het niveau van het beleid wordt geformuleerd. Ingebed in die doelstellingen worden dan per thema en setting indicatoren geformuleerd die een operationele opvolging van de doelstellingen toelaten.

Er dient dus een onderscheid gemaakt te worden tussen de gezondheidsdoelstellingen en de opvolging van het beleid aan de hand van indicatoren anderzijds. Een brede waaier aan indicatoren dient ons een breed inzicht te geven in de evolutie van de problematieken.

Vaak wordt het acroniem 'SMART'⁹ gebruikt dat een aantal kwaliteitscriteria omschrijft voor operationele doelen:

- Specifiek (waar nuttig per doelgroep)
- Meetbaar
- Acceptabel
- Realistisch
- Tijdgebonden

Tegelijk zijn bij het formuleren van gezondheidsdoelstellingen ook de 'AMORE' kwaliteitscriteria¹⁰ relevant:

- Ambitueus
- Motiverend (geeft energie en inspireert)
- Onderscheidend
- Relevant (voor alle stakeholders)
- Echt (authentiek en geloofwaardig)

Hoe beter we er in slagen onderbouwde beleidsmatige keuzes te maken, en dus streven naar minder in plaats van meer gezondheidsdoelstellingen, des te effectiever de gezondheidsdoelstellingen als beleidsinstrument zullen zijn. Setting- en themaspecifieke indicatoren moeten een operationele opvolging en sturing toelaten.

2.4 PRINCIPE 4: EEN BELEID OP LANGE TERMIJN

De horizon (het tijdsvenster) van gezondheidsdoelstellingen, de termijn waarop de geformuleerde doelstelling behaald dient te worden, dient bepaald te worden. Enkele voorbeelden:

- Vlaams:
 - Tabak, alcohol en drugs: van 2009 tot 2015
 - Voeding en beweging: van 2008 tot 2015
 - Vaccinatie: van 2012 tot 2020
 - Bevolkingsonderzoeken naar kanker: van 2013 tot 2020
 - Zelfdoding: van 2011 tot 2020
- WHO: tegen 2025 t.o.v. baseline 2010
- VS: van 2010 tot 2020

⁹ Zie onder andere De Caluwé, Kor, Weggeman, Wijnen, 2002

¹⁰ <https://overheid.vlaanderen.be/toolbox/strategieformulering/stappenplan>

Een lange periode kan de noodzakelijke samenwerking over beleidsdomeinen heen, op politiek- en administratieniveau, stimuleren in het kader van Health in All policies (zie verder). Om verandering te realiseren op onder andere aan gedrag gerelateerde determinanten en factoren¹¹ voor gezondheid is tijd nodig. Een tijdsperspectief van vijf jaar is onvoldoende. Om de gezondheidsdoelstellingen te kunnen realiseren op het terrein dient dus een realistische looptijd vooropgesteld te worden. Wanneer een langere periode gekozen wordt, lijkt het wel aangewezen om tussentijds, bv. na de helft van de looptijd, een tussentijdse evaluatie te doen zodat kan bijgestuurd worden waar nodig. Zo kan ook tijdig ingespeeld worden op nieuwe ontwikkelingen, maatschappelijke trends, nieuwe noden, ...

Een belangrijke afweging bij het bepalen van de termijn is ook de inspanning die gevraagd wordt aan de ganse sector om opnieuw een traject te lopen om te komen tot nieuwe gezondheidsdoelstellingen. Ook dit argument pleit ervoor de termijn van de gezondheidsdoelstellingen voldoende lang te maken.

We kiezen 2017 als startjaar voor deze nieuwe gezondheidsdoelstelling en 2025 als jaar waarin de doelstellingen gerealiseerd dienen te zijn om voldoende tijd te rekenen voor de realisatie op het terrein en samenwerking op lange termijn te stimuleren, met een tussentijdse evaluatie in 2021.

Na voorbereidingen in 2017, brengt dit een tussentijdse evaluatie na 4 werkjaren (2018 tot 2021) om vervolgens nog 4 werkjaren te kunnen werken naar de realisatie van de doelstellingen, rekening houdend met de nieuwe inzichten die tijdens de looptijd werden verworven. Uiteraard zullen cijfers over indicatoren die tijdens de looptijd ter beschikking komen, opgevolgd en gebruikt worden.

2.5 PRINCIPE 5: NAAR EEN UNIFORME OPBOUW VAN HET PREVENTIEBELEID

De vorige gezondheidsdoelstellingen rond voeding en beweging en rond tabak, alcohol en drugs waren opgebouwd uit een aantal subdoelstellingen die betrekking hadden op specifieke leeftijdscategorieën en een opdeling volgens gender. Dit gaf soms aanleiding tot een complexe mix van doelstellingen die niet wervend konden ingezet worden, en waarover moeilijk eenduidig gecommuniceerd kon worden.

Om het nieuwe beleid vorm te geven kiezen we zo veel als mogelijk voor een uniform stramien voor alle thema's die binnen de reikwijdte vallen van deze gezondheidsdoelstelling (gezond eten, bewegen, sedentair gedrag, tabak, alcohol en drugs).

Een uniforme, stabiele aanpak zou ook de opvolgbaarheid en trendanalyses over de jaren heen moeten kunnen vergemakkelijken. De vergelijkbaarheid van toekomstige resultaten met het verleden blijft een belangrijk aandachtspunt.

In de toekomst kunnen aanverwante thema's (vb. psychoactieve medicatie, eetstoornissen, ondervoeding bij ouderen, gamen en gokken) of thema's van of gerelateerd aan andere gezondheidsdoelstellingen die momenteel geen deel uitmaken van de reikwijdte van deze gezondheidsdoelstelling, op een gelijkaardige manier geïntegreerd worden in dit stramien (bv. beleid m.b.t. suïcidepreventie).

¹¹ In het decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid worden determinanten aanzien als elementen die Gezondheid gunstig beïnvloeden, terwijl factoren een bedreiging vormen voor de gezondheid. Vandaar dat beide termen hier gebruikt worden.

2.6 PRINCIPE 6: FACETTENBELEID (HEALTH IN ALL POLICIES) ALS UITGANGSPUNT EN STREEFDOEL

Een goede volksgezondheid is in ieders belang en ook elk beleidsdomein heeft er baat bij. Een gezondere bevolking helpt met haar grotere productiviteit de economie, versterkt de draagkracht van gezinnen, vermindert de kans op armoede, en is een element van een rechtvaardige samenleving.

Het idee dat gezondheid wordt beïnvloed door talrijke factoren buiten de gezondheidssector zoals socio-economische omstandigheden, publieke ruimte, huisvesting, leef-, leer- en werkomgeving, voedingsaanbod etc. wordt breed gedragen. Daarnaast lenen bepaalde settings zoals de werkomgeving en de schoolomgeving zich bij uitstek om aan gezondheidsbevordering te doen. Health in All Policies (HiAP)¹² is een aanpak waarbij het gezondheidsbeleid in alle beleidsdomeinen en –niveaus wordt geconcretiseerd. Dit wordt o.a. door de WHO gepromoot als een essentiële strategie voor het verkleinen van de sociale ongelijkheid in gezondheid. De HiAP-aanpak is ingebouwd in het decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid, waar er sprake is van een facettenbeleid als wezenlijk onderdeel van het preventieve gezondheidsbeleid. Het facettenbeleid wordt er gedefinieerd als het beleid dat zich buiten het strikte domein van de gezondheidszorg bevindt maar wel bijdraagt tot het bevorderen, beschermen of behouden van gezondheid.

Het facettenbeleid verhoogt de bewustwording van de impact van bepaalde beleidsbeslissingen in andere beleidsdomeinen op de gezondheid van de bevolking, stimuleert synergiën over beleidsdomeinen en –niveaus heen en tracht eventuele gezondheidsschade te minimaliseren en gezondheidsbevordering te maximaliseren. Het gemeenschappelijk maken van doelstellingen in de beleidsplannen van verschillende beleidsdomeinen, kan hiervan een concretisering zijn.

Het nieuwe preventieve gezondheidsbeleid rond gezondheidsbevordering en ziektepreventie dient vanuit dit uitgangspunt een verbindend en wervend effect te hebben naar alle beleidsdomeinen binnen de Vlaamse Overheid en naar alle andere relevante beleidsniveaus en hun gerelateerde instanties en organisaties (lokaal, regionaal, federaal, Europees, Internationaal). Er moeten in dit kader immers een aantal randvoorwaarden ingevuld worden en beleidsmaatregelen genomen worden die essentieel zijn om effectieve preventiestrategieën uit te kunnen rollen. Zonder deze maatregelen zijn de effecten van preventie beperkt. Deze maatregelen zijn voor een deel mogelijk binnen Vlaams beleid maar voor een ander (groot) deel alleen te realiseren op of samen met een ander dan het Vlaamse niveau. Vanuit dit principe dienen de Vlaamse overheid en alle betrokken actoren te blijven ijveren voor afstemming en samenwerking met de andere beleidsniveaus. Onder meer afstemming met het federale niveau, de gemeenschappen, afstemming tussen beleidsdomeinen en afstemming op andere conferenties verdienen hierbij bijzondere aandacht. In het kader van Health in All Policies (HiAP) zijn volgende politieke domeinen bv. relevant: veiligheid, justitie, economie, financiën, huisvesting, ruimtelijke ordening, onderwijs, gezin, werk, sport, etc.

In het kader van HIAP zullen we met de diverse beleidsdomeinen nagaan welke acties en/of projecten vanuit andere beleidsdomeinen of overheden een bijdrage (kunnen) leveren aan het preventieve gezondheidsbeleid. De concretisering van de Duurzame Ontwikkelingsdoelen 2030 van de Verenigde Naties zullen hier ook hun plaats in krijgen.

In Vlaanderen wordt al langer geïnvesteerd in facettenbeleid. De werking van de Logo's is in essentie een beleid gericht op health in all policies, maar dan eerder op een loco regionaal niveau. Dit wordt gerealiseerd door het begeleiden en ondersteunen van de lokale besturen in het uitwerken en

¹² Op basis van 'Health in All Policies – Training manual', World Health Organisation, 2015

opvolgen van hun lokaal preventieve gezondheidsbeleid en door het verspreiden¹³ van preventiemethodieken naar verschillende settings en preventieorganisaties. Daarenboven bevordert de werking van de Logo's ook het geïntegreerd aanbieden van de verschillende preventiethema's (zie ook principe 9).

Settinggerichte gezondheidsdoelstellingen zijn een middel om effecten op gedragsniveau bij bepaalde doelgroepen te bereiken via verschillende "omgevingen" waarin de burger zich kan bevinden (ook settings, levensdomeinen of contexten genoemd, bv. werk, onderwijs, gezin, vrije tijd, etc.) en laten gemakkelijker toe de brug te maken tussen beleidsdomeinen en –niveaus. De keuze van de settings gebeurt op basis van beschikbare bewijskracht, mogelijkheid om doelgroepen te bereiken, ervaringen op het terrein.

HiAP als ambitie heeft ertoe geleid te kiezen voor gezondheidsdoelstellingen op settingniveau (i.p.v. per preventiethema, te bereiken gedrag of gezondheidseffect zoals bij de afgelopen gezondheidsdoelstellingen Voeding en beweging en tabak, alcohol en drugs).

Facettenbeleid betekent ook dat de verschillende maatschappelijke sectoren (beleidsdomeinen) binnen hun dagelijkse werking, eigen beleidskader en budgetten investeren in preventie en gezondheid. Anderzijds zal het gezondheidsbeleid hen hierbij helpen door methodieken ter beschikking te stellen, die te verspreiden (disseminatieopdracht van de Logo's en andere organisaties) en de implementatie ervan te ondersteunen (door onder andere regionale en lokale (preventie)actoren). Methodiekontwikkeling en ondersteuning van de implementatie is vooral een taak van de partnerorganisaties binnen het preventieve gezondheidsbeleid. De methodieken zijn zo uitgewerkt dat ze niet enkel evidence based zijn, maar ook zijn getoetst op hun haalbaarheid, in nauwe samenwerking met het werkveld.

2.7 PRINCIPE 7: MEER FOCUS OP GEINTEGREERDE IMPLEMENTATIE EN DIT VIA SETTINGS

De burger bevindt zich in verschillende contexten (levensdomeinen) die zijn gezondheid kunnen bevorderen en ziektes kunnen helpen voorkomen. Deze contexten of settings bepalen het kader waarbinnen het beleid concreet gemaakt moet kunnen worden, zeker het facettenbeleid.

Verschillende actoren in het preventielandschap pleiten dan ook voor een focus van het beleid op de duurzame en eenduidige implementatie van preventiestrategieën op het terrein waar de burger zich bevindt.

Nu gebeurt het nogal eens dat actoren die op het terrein interageren met de burger benaderd worden met meervoudige preventieboodschappen vanuit verschillende hoeken. Dat geeft onduidelijkheid en is een te vermijden situatie.

Een beleid in diverse settings dat ook bijdraagt tot meer gezondheid integreert meerdere thema's (zie principe 9) en richt zich, om efficiënt te zijn, op een mix aan interventies. We zetten dus met de acties in op verschillende types van strategieën (zie verder bij 'preventiestrategieën en voorbeelden van

¹³ In de regelgeving is sprake van dissemineren om aan te geven dat deze opdracht meer inhoudt dan het enkel maar 'verspreiden': "...Het dissemineren van methodieken houdt onder meer in: a) het zoeken van geschikte preventieorganisaties voor een bepaalde methodiek of een geheel van methodieken; b) het informeren van preventieorganisaties over het aanbod aan methodieken en de toepassing van die methodieken; c) het aanmoedigen van preventieorganisaties om de acties op basis van bepaalde methodieken uit te voeren binnen hun eigen werking en hun eigen beleid en deze ook structureel op te nemen in hun werking en in hun eigen beleid; d) het informeren van preventieorganisaties over en het, waar nodig en mogelijk, doorverwijzen van de preventieorganisaties naar organisaties met terreinwerking, andere organisaties en individuele zorgaanbieders, voor eventuele verdere ondersteuning bij de uitvoering van de methodieken."

acties') en richten ons zowel op het individu rechtstreeks als op zijn directe en bredere omgeving. Zo is er sprake van een matrix model voor acties.

Wanneer we willen focussen op implementatie is het noodzakelijk dat we de verschillende actoren en hun netwerken rond specifieke settings samenbrengen, engageren en ondersteunen om de gezondheidsdoelstellingen mee te realiseren. Settinggerichte gezondheidsdoelstellingen ondersteunen dit idee.

Via een gestructureerde aanpak per setting (geconcretiseerd in kadermethodieken) verwachten we beter te implementeren. Deze werkwijze schept daarenboven mogelijkheden om versterkend te werken over thema's heen en kan potentiële versnippering van preventiebudgetten over huidige en nieuwe thema's heen tegengaan.

We kiezen voor settinggerichte gezondheidsdoelstellingen om de focus te kunnen leggen op implementatie binnen een degelijk beleidskader.

2.8 PRINCIPE 8: AANDACHT VOOR SPECIFIEKE DOELGROEPEN

De burger begeeft zich in verschillende settings en als die burger specifieke karakteristieken gemeenschappelijk heeft met andere burgers, kunnen we van een doelgroep spreken (bv. ouderen, jongeren, kansengroepen, kwetsbare groepen, lagere socio-economische status (SES), etc.). Het is wenselijk rekening te houden met de karakteristieken van deze doelgroepen bij het bepalen en uitvoeren van preventiestrategieën.

In het kader van de socio-economische gezondheidsgradiënt kiezen we voor het principe van proportioneel universalisme waarbij we pleiten voor een algemeen beschikbaar aanbod, voor iedereen, maar met een bijzondere aandacht voor de ondersteuningsnoden van zwakkere groepen binnen deze universele dienstverlening (Eeman, 2011).

We dragen maximaal bij aan de noodzakelijke gezamenlijke inspanningen vanuit verschillende beleidsdomeinen en –niveaus om gezondheidsongelijkheden terug te dringen. Hiervoor focussen we en geven we de nodige aandacht aan doelgroepgericht werken binnen de voorgestelde settings en streven we naar een inclusief beleid.

2.9 PRINCIPE 9: INTEGRATIE VAN DE THEMATISCHE INVALSHOEK

Thematisch werken is belangrijk:

- gezondheidsgerelateerd gedrag wordt onder andere gestuurd door thematische factoren en determinanten (bv. beginnen met roken en roken in de omgeving), bijgevolg moet hieromtrent diepgaande expertise opgebouwd en ingezet worden;
- thema-specifieke actoren kunnen gemakkelijk gemobiliseerd worden binnen de HiAP-aanpak;
- heel wat wetenschappelijke evidence is thema-specifiek;
- actieplannen opgemaakt door verschillende instanties zijn vandaag vaak thema-specifiek (bv. alcoholplan van de WHO en op Federaal niveau, kaderovereenkomsten WHO, anti-tabaksplan, EU actieplannen rond drugs, etc.). Afstemming hierop is essentieel;
- structurele maatregelen kennen vandaag vaak een thematische focus;
- vanuit een thematisch perspectief kan er over settings heen gezorgd worden voor vroeginterventie én kan de brug gemaakt worden naar zorg;



- gespecialiseerde preventiewerkers kunnen ondersteuning bieden op aanvraag voor specifieke thema's op het terrein.

Anderzijds worden bij een thematische aanpak de settings benaderd met meerdere preventieboodschappen tegelijk. Dit kan voor de settings verwarrend en belastend zijn, zeker wanneer de boodschappen en de methodieken niet op elkaar zijn afgestemd. Diverse sectoren zijn daarom vragende partij voor een meer geïntegreerde aanpak (zie principe 7).

Om deze integratie te verwezenlijken voegen we aan de settinggerichte gezondheidsdoelstellingen acties toe met een thematische invalshoek. Dit gebeurt op basis van een nodenverkenning en in functie van de problematiek binnen een setting.

2.10 OVERZICHT LEIDENDE PRINCIPES

	Leidend principe	Synthese
1	Beleidsinstrumenten zijn meer dan de gezondheidsdoelstellingen alleen	De gezondheidsdoelstellingen vormen een waardevol beleidsinstrument dat per definitie geenszins het ganse beleid rond gezondheidsbevordering en ziektepreventie omvat. Ook thema's die niet opgenomen worden in de gezondheidsdoelstellingen moeten de juiste aandacht krijgen.
2	Ambitieuze maar realistische doelen	We wensen gezondheidsdoelstellingen te formuleren rekening houdend met de context en meetbare indicatoren met streefcijfers vast te leggen op basis van onderzoek (trendanalyses o.b.v. meetcycli), in ruggespraak met het terrein en afgestemd op (inter)nationale kaders.
3	Less is more	Hoe beter we er in slagen onderbouwde beleidsmatige keuzes te maken, en dus streven naar minder in plaats van meer gezondheidsdoelstellingen, des te effectiever de gezondheidsdoelstellingen als beleidsinstrument zullen zijn.
4	Een beleid op lange termijn	We kiezen 2017 als startjaar en 2025 als jaar waarin de gezondheidsdoelstellingen gerealiseerd dienen te zijn om voldoende tijd te rekenen voor de realisatie op het terrein en samenwerking op lange termijn te stimuleren, met een tussentijdse evaluatie in 2021.
5	Naar een uniforme opbouw van de het preventiebeleid	Om het nieuwe beleid vorm te geven kiezen we zo veel als mogelijk voor een uniform stramien voor alle thema's die binnen de reikwijdte vallen van deze gezondheidsdoelstelling.
6	Health in all policies als uitgangspunt en streefdoel	HiAP als ambitie heeft ertoe geleid te kiezen voor gezondheidsdoelstellingen op settingniveau (i.p.v. enkel op niveau van gedrag of gezondheidseffect).
7	Meer focus op implementatie via settings	We kiezen voor settinggerichte gezondheidsdoelstellingen om de focus te kunnen leggen op implementatie binnen een degelijk beleidskader.
8	Aandacht voor specifieke doelgroepen	We kiezen voor het principe van proportioneel universalisme waarbij we pleiten voor een algemeen beschikbaar aanbod, voor iedereen, maar met een bijzondere aandacht voor de ondersteuningsnoden van zwakkere groepen binnen deze universele dienstverlening.

9	Integratie van de thematische invalshoek	We wensen aan de context van settinggerichte gezondheidsdoelstellingen de thematische invalshoek toe te voegen. Hiervoor worden per settinggerichte gezondheidsdoelstellingen preventiestrategieën voorzien met bijpassende thematische indicatoren (gedrags-, gezondheids- en/of beleidsindicatoren al dan niet per doelgroep waar wenselijk en haalbaar).
---	--	---

3 Gezondheidsdoelstelling gezonder leven: overzicht

Er is een overkoepelende gezondheidsdoelstelling “De Vlaming leeft gezonder in 2025” met (sub)doelstellingen die settinggericht¹⁴ geformuleerd zijn.

De overkoepelende gezondheidsdoelstelling vat de thematische reikwijdte kernachtig samen en geeft aan dat de nadruk ligt op een settinggerichte werking (facettenbeleid of Health in All Policies), op goed bestuur en op initiatieven rechtstreeks naar de burger, wat een focus op implementatie inhoudt. De effecten van het beleid worden opgevolgd door indicatoren (zie verder) die onder andere moeten in beeld brengen of alle maatschappelijke groepen, ook de kwetsbare, bereikt worden. Waar mogelijk worden indicatoren afzonderlijk berekend voor verschillende bevolkingsgroepen (vb. per leeftijdscategorie) en voor kwetsbare groepen zoals personen met verhoogd gezondheidsrisico, etnisch culturele minderheden, mensen met lagere socio-economische status, gedetineerden.

In dit hoofdstuk worden de doelstellingen enkel opgelijst en worden algemene principes over preventiestrategieën en acties om die doelstellingen te realiseren, verduidelijkt. In hierop volgende hoofdstukken van dit strategisch plan wordt per subdoelstelling besproken hoe die zullen gerealiseerd worden. Daarna volgen een hoofdstuk over de indicatoren en één over de financiële middelen die zullen gebruikt worden om de doelstellingen te realiseren en de voortgang ervan te meten.

3.1 GEZONDHEIDSDOELSTELLING EN SUBDOELSTELLINGEN

3.1.1 Overkoepelende gezondheidsdoelstelling

De Vlaming leeft gezonder in 2025

Tegen 2025 leven we gezonder op vlak van¹⁵ gezond eten, sedentair gedrag, lichaamsbeweging, tabak, alcohol en drugs.

Hiervoor voeren we een beleid in de levensdomeinen, gezin, vrije tijd, onderwijs, werk, zorg en welzijn en de buurt, richten we ons rechtstreeks naar de burger en zetten we in op goed bestuur.

¹⁴ Strikt genomen is de focus op ‘Burgers (gezondheid in eigen handen)’ en ‘Goed bestuur’ geen echte setting. Omwille van de eenvoud is toch beslist alle subdoelstellingen samen voor te stellen.

¹⁵ Deze opsomming betekent niet dat er geen specifieke acties zullen ondernomen worden m.b.t. gamen, gokken psycho-actieve medicatie, ondervoeding en eetstoornissen

Dit alles leidt tot verbetering van verschillende indicatoren bij diverse bevolkingsgroepen met extra aandacht voor kwetsbare groepen.

3.1.2 Settinggerichte (sub)doelstellingen

Deze doelstellingen worden in de volgende hoofdstukken nog verder toegelicht.

Een toelichting over wat verstaan wordt onder 'voldoende kwaliteitsvol preventief gezondheidsbeleid' is terug te vinden in het hoofdstuk 'Indicatoren'.

Gezondheid in eigen handen

Tegen 2025 beschikken burgers over laagdrempelige informatie en instrumenten om zelf gezonde keuzes te maken.

Gezin bron van gezondheid

Tegen 2025 beschikken ouders over laagdrempelige informatie en instrumenten om hun kinderen te laten opgroeien met een gezonde leefstijl.

Tegen 2025 voert een toenemend percentage van de voorzieningen en initiatieven in de kinderopvang van baby's en peuters en in de opvang van schoolkinderen buiten de school, een beleid dat gezonde leefstijl bij kinderen bevordert dat voldoende kwaliteitsvol is.

Vrije tijd, gezonde tijd

Tegen 2025 voeren vrijetijdsactoren een beleid dat gezonde leefstijl bevordert.

Gezondheid in onderwijs

Tegen 2025 voert 80% van de basisscholen en 80% van de secundaire scholen een preventief gezondheidsbeleid dat voldoende kwaliteitsvol is.

Tegen 2025 voert een toenemend percentage van de hogescholen en universiteiten een preventief gezondheidsbeleid dat voldoende kwaliteitsvol is.

Werken, ook aan gezondheid

Tegen 2025 voert 20% van de ondernemingen met minstens 20 werknemers een preventief gezondheidsbeleid dat voldoende kwaliteitsvol is.

Tegen 2025 voert een toenemend percentage van ondernemingen met minder dan 20 werknemers een preventief gezondheidsbeleid dat voldoende kwaliteitsvol is.

Meer gezondheid in de zorg

Tegen 2025 voert een toenemend percentage van de zorg- en welzijnsvoorzieningen een preventief gezondheidsbeleid dat voldoende kwaliteitsvol is.

Tegen 2025 past een toenemend percentage van de zorgverstrekkers en hulpverleners de beschikbare preventiemethodieken toe.



Gezonde buurten

Tegen 2025 voert een toenemend aantal¹⁶ lokale besturen een preventief gezondheidsbeleid dat voldoende kwaliteitsvol is.

Goed bestuur, de weg naar gezondheid

Tegen 2025 voeren de relevante beleidsdomeinen van de verschillende overheden een beleid dat gericht is op het vermijden van gezondheidsrisico's, het bevorderen van gezonde keuzes en een gezonde levensstijl, op zijn minst op niveau van omgevingsinterventies, afspraken en regelgeving

3.2 PREVENTIESTRATEGIEËN EN ACTIES

Met betrekking tot gezond eten, bewegen, sedentair gedrag, tabak, alcohol en drugs voert Vlaanderen al langer een preventief gezondheidsbeleid. Met deze nieuwe gezondheidsdoelstelling en dit strategisch plan, wordt verder gewerkt aan wat intussen is opgebouwd en worden tegelijk nieuwe accenten gelegd.

3.2.1 Preventiestrategieën

Verder in de tekst, bij de beschrijving van de doelstellingen, geven we een overzicht van strategieën (thema-overschrijdend) per setting. Het is belangrijk er op te wijzen dat preventiestrategieën¹⁷ geen doelstellingen zijn, maar een middel om dat doel te bereiken. De preventiestrategieën zijn opgemaakt op basis van de uitgebreide input aan strategieën uit het raamwerk¹⁸ dat werd opgemaakt door de partnerorganisaties op basis van de omgevingsanalyse, beleidsevaluatie, werkgroepen en toetsingsdagen. Dit raamwerk blijft bestaan als belangrijke basisinventaris en als werkinstrument voor partnerorganisaties om de komende jaren verdere acties uit te werken. De strategieën zijn per setting opgemaakt en werden zo opgevat dat ze kunnen gebruikt worden voor de verschillende thema's en voor thema-overschrijdende acties.

Een beleid in diverse settings dat wil bijdragen tot meer gezondheid zal, om efficiënt te zijn, bestaan uit een mix aan strategieën en acties. We zetten met de diverse acties enerzijds in op verschillende types van strategieën en anderzijds richten we ons zowel op het individu rechtstreeks als op zijn directe en bredere omgeving. Zo is er sprake van een matrix model voor acties (zie bijlage). Daarenboven zullen de acties gericht zijn op specifieke gezondheidsthema's, of benaderen ze de verschillende thema's samen. Het preventieve gezondheidsbeleid in het algemeen en via bepaalde levensdomeinen realiseert immers slechts voldoende gezondheidswinst als alle belangrijke thema's aan bod komen in de setting waar ze relevant zijn.

¹⁶ Uit de Indicatorenbevraging (2015-2016) van het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie bleek dat 53% van de ondervraagde gemeenten en 33% van de ondervraagde OCMW's een preventief gezondheidsbeleid heeft dat voldoende kwaliteitsvol is. In de volgende Indicatorenbevraging naar deze setting zullen de gemeenten en OCMW's geïntegreerd zijn en zal dit referentiecijfer herberekend worden.

¹⁷ Het begrip preventiestrategie wordt in het preventiedecreet genoemd maar niet gedefinieerd. In het algemeen wordt dit begrip gebruikt om aan te geven op welke manieren een gezondheidsdoelstelling zal gerealiseerd worden. Voor deze gezondheidsdoelstelling worden die geclusterd rond vier types (educatie, omgevingsinterventies, beleid via afspraken en regels en zorg en begeleiding). Het begrip preventiemethodiek wordt eerder gebruikt op een meer operationeel niveau en wordt omschreven als een verzameling technieken en activiteiten in het kader van het realiseren van een strategisch plan, gericht op een algemene of specifieke doelstelling (VGR, advies BVR Werkgroepen. De partnerorganisaties ontwikkelen deze methodieken volgens een leidraad. Een methodiek omvat ondersteuningsmiddelen (materialen en diensten) om hem te kunnen toepassen en grijpt in op een of meerdere strategieën (zie hierboven). Zo vormen methodieken een geheel van te volgen vaste, weldoordachte werkwijzen om een bepaalde doelstelling te bereiken (BVR Partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking).

¹⁸ Het uitgebreid raamwerk is een werkdocument voor de verdere concretisering van dit strategisch plan: https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/raamwerk_voortraject_GC.xlsx

De verschillende strategieën en acties worden dus op een doordachte en samenhangende manier gebruikt, binnen een globale, beleidsmatige aanpak. Het gaat dus niet om een lijst waaruit men er enkele kan kiezen, en de andere negeren. In de mate waarin alle strategieën samen aan bod komen zal het succes van het beleid toenemen.

Dit betekent echter niet dat een (organisatie binnen een) setting alles tegelijk met eenzelfde intensiteit moet realiseren. Een beleidsmatige aanpak verloopt in fases, en start typisch met een verkenning van de noden en behoeften, en de aanwezige hulpbronnen. Op basis daarvan kunnen trajecten op maat worden ontwikkeld, die onderling kunnen verschillen in termen van scope en tempo.

Globaal genomen wordt er verwacht telkens aandacht te besteden aan de volgende types van strategieën:

- educatie (E)
- omgevingsinterventie (O)
- afspraken en regels (B)
- zorg en begeleiding (Z)

Educatie is een ruim begrip. Dit omvat: informeren en sensibiliseren¹⁹ van doelgroep²⁰ en/of naaste omgeving, informeren en sensibiliseren van intermediairs²¹, vaardigheden versterken²² bij doelgroep en/of naaste omgeving en deskundigheidsbevordering bij intermediairs.

Bij *omgevingsinterventies* wordt 'omgeving', zoals in het preventiedecreet, zeer ruim ingevuld: zowel fysiek, ruimtelijk, materieel als sociaal. Dit houdt onder andere het principe van nudging²³ (gedragsturing via een niet-dwingende prikkel) in.

'*Afspraken en regels*' heeft in de eerste plaats betrekking op afspraken die binnen een setting worden gemaakt. Dat kan gaan over afspraken tussen organisaties of afspraken tussen organisaties en cliënten of gebruikers. De afspraken kunnen vastgelegd worden in regels, bijvoorbeeld in een schoolreglement of in een huishoudelijk reglement. Afspraken en regels verankeren in wetgeving kan ook, en dit zowel settinggericht als settingoverschrijdend, maar het is de bedoeling dit alleen te doen als dit een duidelijke meerwaarde heeft.

Zorg en begeleiding omvat naast het creëren van een zorgzame omgeving ook vroegdetectie en vroeginterventie en het toeleiden naar hulp.

Deze typologie is naar analogie met de afspraken die zijn gemaakt in de leidraad²⁴ voor het ontwikkelen van kwaliteitsvolle preventiemethodieken. Op die manier wordt afstemming bekomen tussen de werkwijze van de partnerorganisaties (die o.a. instaan voor methodiekontwikkeling) en de uitwerking van de initiatieven voor het realiseren van de gezondheidsdoelstelling.

¹⁹ Met informeren en sensibiliseren wordt de nadruk gelegd op kennisoverdracht (weten), bewustmaking en motivatie

²⁰ De doelgroep is de einddoelgroep en/of naaste omgeving zoals peergroup.

²¹ De organisaties en zorgaanbieders die een meerwaarde kunnen bieden voor het preventieve gezondheidsbeleid.

²² Met 'vaardigheden versterken' en 'deskundigheidsbevordering' wordt de nadruk gelegd op kunnen en doen, op handelen en op acties die leiden tot interventie

²³ Zie resolutie Vlaams parlement: conceptnota <http://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1108178>, verslag hoorzitting commissi WVG:

<http://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1172202>, verslag commissie wvg: <http://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1179365>, resolutie:

<https://docs.vlaamsparlement.be/docs/stukken/2015-2016/q852-1.pdf> en het verslag: <https://docs.vlaamsparlement.be/docs/stukken/2015-2016/q852-2.pdf>

²⁴ <https://www.zorg-en-gezondheid.be/formulier-voor-de-beoordeling-van-preventiemethodieken>

3.2.2 Voorbeelden van acties

De preventiestrategieën worden verder geconcretiseerd in acties.

Het raamwerk (zie hierboven) dat werd opgemaakt door de partnerorganisaties omvat een hele waaier aan acties die voldoen aan de volgende criteria: effectiviteit, efficiëntie, haalbaarheid en conform met maatschappelijke waarden.

In dit strategisch plan worden een aantal acties bij wijze van voorbeeld opgenomen. Die voorlopige selectie van acties is conform de principes beschreven onder 'prioritering' en gebeurde o.a. op basis van de omgevingsanalyse en de beleidsevaluatie. In de loop van de jaren komen acties in een andere fase, worden ze afgerond of bijgestuurd en komen er nieuwe acties bij.

De voorbeelden van acties worden in dit strategisch plan per setting opgesomd. In bijlage worden deze samengebracht en is aan elke actie een set van kenmerken toegekend, zoals:

- thema's waar ze betrekking op hebben;
- het type strategie waar ze uitvoering aan geven;
- of de actie specifiek gericht is op gezondheidsongelijkheid;
- de fase waarin de actie zich op dit moment bevindt: Onderzoek en ontwikkeling – Piloot – Implementatie

In overleg met de stakeholders van de verschillende settings zal een draagvlak gecreëerd worden met betrekking tot de settingsgerichte werking voor een preventief gezondheidsbeleid (zie actie 'optimaliseren van belanghebbendenmanagement via werkgroepen'). Tevens wordt er ruimte gelaten om de verschillende organisaties in de settings toe te laten, op basis van hun analyse en mogelijkheden, prioriteiten te stellen en acties kiezen. Dit is ook een uitdrukkelijke vraag van de Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten en van de werkgevers (Voka, Verso en Unizo).

Dit strategisch plan zal nog verder geconcretiseerd worden in overleg met de diverse betrokkenen (stakeholders uit de setting, (thematische) partnerorganisaties, terreinwerkers, Logo's en andere experts). De verzameling van acties die zullen worden uitgewerkt voor een bepaalde setting vormen het actieplan voor deze setting.



4 Subdoelstelling ‘Gezondheid in eigen handen’

4.1 SUBDOELSTELLING

Tegen 2025 beschikken burgers over laagdrempelige informatie en instrumenten om zelf gezonde keuzes te maken.

Toelichting

Voor deze subdoelstelling was het niet mogelijk om een streefcijfers voor het preventieve gezondheidsbeleid vast te leggen.

Deze subdoelstelling zal wel kunnen opgevolgd worden door het inventariseren van het al dan niet beschikbaar zijn van specifieke (meestal thematische) laagdrempelige informatie. Ook via bevragingen of registraties zal de kennis, het gebruik en de tevredenheid van de informatie en de instrumenten kunnen in kaart gebracht worden. Dit zal meestal gebeuren op actieniveau.

4.2 SITUERING

De laagdrempelige informatie en de instrumenten rechtstreeks naar de burger zullen vooral thematisch aangeboden worden, maar toch zal er op gewezen worden dat gezonder leven voor alle thema's belangrijk is. Het is niet wenselijk fanatiek te zijn rond bijvoorbeeld gezond eten en tegelijk teveel sedentair gedrag vertonen, te roken of onnodig psychoactieve medicatie te gebruiken.

De kernboodschap is 'zelf gezonde keuzes maken'. We weten dat dit niet eenvoudig is. Om die reden moeten alle levensdomeinen (zie andere subdoelstellingen) en de overheid (zie goed bestuur) hiertoe bijdragen. Met deze subdoelstelling willen we de burger helpen door laagdrempelige instrumenten aan te reiken om het maken van gezonde keuzes gemakkelijker te maken. Het kan bijvoorbeeld gaan om aanbieden van informatie, specifieke methodieken of online-tools. Dit sluit ook aan bij de principes van CASMA²⁵ (Community Assisted Self-Management) gelanceerd door de 'health community' van Voka, en bij de principes van 'health literacy'.

De preventiestrategieën en acties die hier vermeld worden richten zich rechtstreeks tot de burger (ongeacht leeftijd, context of doelgroep waartoe hij behoort). Zoals artikel 8 van het decreet van 21 november 2003 bepaalt, heeft iedere persoon een individuele verantwoordelijkheid ten opzichte van zijn eigen gezondheid en, door de daden die hij vrijwillig en bewust stelt of nalaat te stellen, ook ten opzichte van de gezondheid van zijn medemens.

Dat de overheid zich rechtstreeks tot de burger wendt, betekent niet dat zij de burger wil met de vinger wijzen of betuttelen. Wel wil ze hem een helpende hand reiken om zelf, in alle vrijheid, er gemakkelijker toe te komen gezonde keuzes te maken en zo zijn eigen leven gezonder te beleven.

Tussen de overheid die een preventief gezondheidsbeleid voert, en de burger die daardoor gezonder gaat leven, staan vaak verschillende intermediairs (of tussenpersonen): scholen, ondernemingen, gezondheidsvoorzieningen, lokale besturen... De Vlaamse overheid en de verschillende organisaties (ziekenfondsen, partner- en terreinorganisaties, niet gouvernementele organisaties,...) kunnen zich echter ook rechtstreeks richten tot de burger. Dat kan bijvoorbeeld met:

- wetenschappelijk onderbouwde boodschappen (diverse media, campagnes, websites, hulplijnen...);

²⁵ <http://www.healthcommunity.be/ikCASMA>

- methodieken die hij of zij zelfstandig kan gebruiken om gezonder te gaan leven (gezondheidsapps, e-coaching, zelfhulpmateriaal...);
- of met een aanbod van kwaliteitsvolle, persoonlijke ondersteuning (begeleiding door een coach individueel of in groep, zie 'zorg en welzijn').

Kwaliteit bewaken en verhogen

Onze maatschappij kende de laatste jaren een explosie aan boodschappen over preventie en gezondheid. Een hele resem nieuwe technologische toepassingen en nieuwe soorten van 'gezondheidsondersteuners' zagen het licht. Voor wie gezonder wil leven is het vaak niet eenvoudig om door de bomen het bos te zien. Tegenstrijdige berichten en methodieken van lage kwaliteit kunnen er voor zorgen dat burgers gedemotiveerd raken.

De Vlaamse overheid wil erover waken dat burgers op een eenvoudige manier toegang hebben tot betrouwbare, begrijpelijke en bruikbare informatie en tot een kwaliteitsvol aanbod aan methodieken en ondersteuners. En dit voor alle gezondheidsthema's.

Algemeen publiek en specifieke doelgroepen

Daarbij richten we ons niet alleen op het algemeen publiek, maar ook op diverse specifieke, vaak kwetsbare groepen: etnisch culturele minderheden, laagopgeleiden en mensen in armoede, mensen met een beperking, ouderen,... Per thema kunnen er ook specifieke risicogroepen zijn, andere dan de opgesomde kwetsbare groepen (vb. voor roken: gevangenen, zwangere vrouwen). Drempels inzake taalgebruik, stijl, vergoeding, en beschikbaarheid worden in kaart gebracht en zoveel mogelijk overwonnen door gepaste maatregelen.

Gezondheidsapps en sociale media

Er gaat aandacht naar de toepassing van nieuwe, mobiele applicaties (o.a. apps) in preventie. Dat kan via het zelf ontwikkelen en promoten van apps (bijvoorbeeld: smartstop voor jongeren die willen stoppen met roken). Dit kan ook door het screenen en toekennen van kwaliteitslabels aan apps die door andere spelers zijn ontwikkeld (naar analogie van www.ggdappstore.nl). Daarnaast is ook het intelligent gebruik van sociale media in het communiceren met burgers rond preventieve gezondheid een belangrijke uitdaging.

Vroeginterventie en coaching (zie verder bij 'zorg en welzijn')

Op het terrein is er een stijgende vraag naar vormen van begeleiding op maat voor mensen die gezonder willen gaan leven, en daarbij persoonlijk ondersteund willen worden. Dat kan individueel of in groep. De inhoud van de ondersteuning bestaat vooral uit het opzetten van een motiverend en haalbaar traject, of op vroegdetectie en vroeginterventie, eerder dan het behandelen van een diagnoseerbare ziekte, wat een taak is voor de gezondheidszorg.

4.3 PREVENTIESTRATEGIEËN

1. Overheid en/of organisaties informeren, sensibiliseren en motiveren burgers op vlak van gezonde leefstijl, met aandacht voor specifieke doelgroepen (E)
2. Overheid en/of organisaties bieden laagdrempelige methodieken of diensten aan voor burgers om hen te helpen gezond te leven en gezonde keuzes te maken, met aandacht voor specifieke doelgroepen, (Z)



Toelichting

Onder organisaties worden ook de verzekeringsinstellingen (ziekenfondsen) bedoeld, zoals bijvoorbeeld vastgelegd in het 'toekomstpact' van 28 november 2016 in 'Moderniseringsas 1': Informatieverlening aan, hulpverlening en gezondheidscoaching van de leden.

4.4 VOORBEELDEN VAN ACTIES

Hieronder bij wijze van voorbeeld en in willekeurige volgorde, enkele geselecteerde acties vanuit het preventieve gezondheidsbeleid:

Actie	Toelichting bij actie
Tabakstop	Informatie, advies, coaching rond stoppen met roken - telefonisch sessies, rookstop app
Smartstop	Deze methodiek helpt jongeren bij het stoppen met roken. Er wordt een informatiesessie gegeven op school, waarna geïnteresseerden de Smartstop app kunnen installeren en samen met een 'stopbuddy' het traject tot stoppen afleggen.
Druglijn.be	Informatie, advies en zelftests rond alcohol en drugs
Actieve voedingsdriehoek	In 2017 zal het vernieuwd educatief model met informatie op maat van de burger beschikbaar zijn over hoe hij/zij gezond kan eten, voldoende bewegen en zijn /haar sedentair gedrag beperken.
Tournée Minérale	Sensibiliseringscampagne waarbij burgers worden uitgenodigd om een hele maand geen alcohol te drinken.
10.000 stappen	10.000 stappen wil mensen aanzetten om voldoende te bewegen gedurende de hele dag, dit door een actieve leefstijl te promoten. 10.000 stappen zetten per dag (of hiernaar op te bouwen) is de aanbeveling. Ook andere activiteiten (fietsen) kunnen verrekend worden. Hiervoor zal ook een 10.000 stappen app ontwikkeld worden.
Ziekenfondsen: Informatie, hulpverlening en gezondheidscoaching van hun leden (zie pact, moderniseringsas 1)	Ziekenfondsen nemen steeds meer de rol van 'gezondheidscoach' op. In het recent gesloten pact worden afspraken gemaakt om die trend te ondersteunen en te versterken. In de toekomst zullen ziekenfondsen nog meer inzetten op het informeren van hun leden over gezondheid en over ons gezondheidszorgsysteem; de promotie van een gezonde levensstijl; het bijstaan van leden bij het opnemen van hun rechten, in het bijzonder kwetsbare mensen; het aanleren van de nodige vaardigheden voor zelfzorg en zelfmanagement.



<p>Fit in je Hoofd (inclusief NokNok, Zilverwijzer en de Goed-Gevoel-Stoel)</p>	<p>De website, zelftest en bijhorende app 'Fit in je Hoofd' wil de veerkracht en het vermogen tot zelfzorg van mensen versterken op basis van tien stappen. NokNok is een methodiek voor jongeren (12-16 jaar) om de eigen veerkracht te verhogen. Het is gebaseerd op de beschermende factoren voor geestelijke gezondheid. Zilverwijzer is een methodiek rond het versterken van mentale veerkracht voor ouderen. Er bestaat zowel een variant voor ouderen die thuis wonen als ouderen die in een woonzorgcentrum verblijven. De Goed-Gevoel-Stoel is de variant van Fit in je Hoofd voor maatschappelijk kwetsbare groepen.</p>
<p>Laat je niet vangen</p>	<p>Campagne 'Laat je niet vangen' over cannabis om bespreekbaarheid van thema bij jongeren en ouders te bevorderen.</p>



5 Subdoelstelling ‘Gezin bron van gezondheid’

5.1 SUBDOELSTELLING

Tegen 2025 beschikken ouders over laagdrempelige informatie en instrumenten om hun kinderen te laten opgroeien met een gezonde leefstijl.

Tegen 2025 voert een toenemend percentage van de voorzieningen en initiatieven in de kinderopvang van baby's en peuters en in de opvang van schoolkinderen buiten de school, een beleid dat gezonde leefstijl bij kinderen bevordert dat voldoende kwaliteitsvol is.

Toelichting

Voor het eerste deel van deze subdoelstelling was het niet mogelijk om een streefcijfers voor het preventieve gezondheidsbeleid vast te leggen.

Deze subdoelstelling zal wel kunnen opgevolgd worden door het inventariseren van het al dan niet beschikbaar zijn van specifieke (meestal thematische) laagdrempelige informatie. Ook via bevestigingen of registraties zal de kennis, het gebruik en de tevredenheid van de informatie en de instrumenten kunnen in kaart gebracht worden. Dit zal meestal gebeuren op actieniveau.

Voor het tweede deel van deze subdoelstelling ontbreekt momenteel een meetinstrument, en dus een nulmeting, (zie bij hoofdstuk 'Indicatoren'). Hierdoor kan momenteel geen streefcijfer worden bepaald voor de kinderopvang van baby's en peuters en de opvang van schoolkinderen buiten de school. Het is de bedoeling om in 2020 wel een nulmeting te kunnen doen en een streefwaarde te bepalen, op basis van een indicatorenbevestiging voor die sector vanaf 2018.

5.2 SITUERING

Deze subdoelstelling omvat twee luiken: het gezin zelf, waarvoor ook aspecten vermeld onder 'gezondheid in eigen handen' gelden, en de kinderopvang, met inbegrip van de Initiatieven voor buitenschoolse opvang.

Met het levensdomein gezin focussen we vooral op de volgende levensfasen: voor en tijdens de zwangerschap; de interactie tussen kinderen en hun (groot)ouders; niet professionele opvoeders, de kinderopvang en de initiatieven voor buitenschoolse opvang.

De centra voor kinderopvang en gezinsondersteuning bijvoorbeeld worden gerekend bij het levensdomein zorg en welzijn. Enkel de opvang door en in de school wordt aanzien als horend bij de setting onderwijs.

De periode van de zwangerschap (en zelfs daarvoor) en de eerste levensjaren zijn bepalend voor het leggen van de basis voor een gezonde leefstijl en de latere gezondheid. Kinderen die opgroeien in een omgeving (gezin, kinderopvang) waar voldoende aandacht is voor gezonde leefstijl leren van jongs af aan om zelf gezonde keuzes te maken.

Een gezonde start in het leven draagt bij tot het wegwerken van risico's voor gezondheidsongelijkheid. Hierbij is het belangrijk afstemming te vinden tussen gezin en andere levensdomeinen zoals onderwijs (school), werk en vrije tijd. De gezondheidsboodschappen en initiatieven zullen dus ook over de settings heen op elkaar afgestemd moeten zijn.



5.3 PREVENTIESTRATEGIEËN

De 'kinderopvang' en andere relevante organisaties gericht op gezinnen organiseren zich zodat ze maximaal het preventieve gezondheidsbeleid ondersteunen en gezinnen (en toekomstige ouders) worden aangespoord om zelf gezonde keuzes te maken. Dit omvat:

1. Organisaties die werken met en voor gezinnen informeren en sensibiliseren gezinnen over gezonde leefstijl (E)
2. (Toekomstige) ouders worden ondersteund en gestimuleerd op te voeden tot gezonde leefstijl, met aandacht voor drempels die specifieke doelgroepen ondervinden (E)
3. De 'kinderopvang' zorgt voor voldoende deskundigheid van hun personeel om gezonde leefstijl te bevorderen bij de kinderen, met aandacht voor specifieke doelgroepen (E)
4. Ouders hebben een voorbeeldfunctie en motiveren hiermee hun kinderen tot gezonde leefstijl (O)
5. De 'kinderopvang' creëert een omgeving die gezondheidsbevorderend is met aandacht voor specifieke doelgroepen en heeft een voorbeeldfunctie²⁶ (O)
6. (Toekomstige) ouders worden ondersteund en gestimuleerd een gezondheidsbevorderende omgeving te creëren. Dit gebeurt met aandacht voor drempels die specifieke doelgroepen ondervinden (O)
7. De 'kinderopvang' maakt afspraken die het preventieve gezondheidsbeleid ondersteunen (B)

Zorgverstrekkers en hulpverleners binnen de kinderopvang, de huizen van het kind of de consultatiebureaus, hebben bij de uitoefening van hun zorgtaken en in functie van de aard van hun zorgtaken, voldoende oog voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie. Dit gebeurt naar analogie met de preventiestrategieën 6 tot en met 9 beschreven bij de subdoelstelling 'Meer gezondheid in de zorg'.

Toelichting

Met 'kinderopvang' wordt bedoeld: de kinderopvang van baby's en peuters en de opvang van schoolkinderen buiten de school.

Onder 'ouders' wordt ook verstaan iedereen die in de gezinscontext, al dan niet tijdelijk, de ouders vervangt in een niet professionele relatie tot het kind.

Het tweede deel onder de rubriek preventiestrategieën wil benadrukken dat naast de zeven strategieën gericht op het gezin en op het algemeen beleid in de voorzieningen er ook aandacht dient te gaan naar de zorg zelf. Uiteraard is er in de praktijk overlap tussen beide elementen.

²⁶ Overal waar sprake is van 'voorbeeldfunctie' bij professionelen wordt bedoeld 'voorbeeldfunctie bij de uitoefening van hun taak als professioneel'.

5.4 VOORBEELDEN VAN ACTIES

Hieronder bij wijze van voorbeeld en in willekeurige volgorde, enkele geselecteerde acties vanuit het preventieve gezondheidsbeleid:

Actie	Toelichting bij actie
Gezondzwangerworden.be	Informatieve website voor burgers en professionelen m.b.t. preconceptionele gezondheid (en dus niet echt over preventie tijdens de zwangerschap)
Gezondopvoeden.be	Gezond opvoeden is een website voor ouders met opvoedingsvragen over hoe je kinderen en jongeren (van 2 tot 18 jaar) kan stimuleren om gezond te leven en hoe je risicogedrag kan voorkomen.
Methodiek gezonde kinderdagverblijven	Deze methodiek ondersteunt kinderdagverblijven in het opzetten van een gezond voedings- en bewegingsbeleid.
Actieve kinderopvang (naschools)	Deze methodiek ondersteunt de voor- en naschoolse kinderopvang (van 3 tot 12 jaar) bij het opzetten van een beleid rond voldoende beweging, gezonde dranken en tussendoortjes en de preventie van sedentair gedrag.
Als kleine kinderen groot worden	Een interactieve vorming voor ouders rond opvoeden en middelengebruik, met bijzonder aandacht voor kwetsbare groepen. Centraal staat het versterken van beschermende opvoedingsvaardigheden. De bedoeling is dat ouders tips krijgen om tabak-, alcohol- en ander druggebruik (ook gamen komt aan bod). bij hun kinderen te helpen voorkomen of uitstellen. Er wordt onder andere ingegaan op open communicatie en grenzen stellen.
Binnen roken is nooit OK	Campagne om te wijzen op de gevaren van binnen roken, naar algemeen publiek en professionals (aanwezigheid media, e-learning voor intermediairs...).
Schermtijd bij kinderen en jongeren reduceren	Versillende methodieken zullen ontwikkeld worden die (on)rechtstreeks inzetten op het verminderen van het sedentair gedrag, in het bijzonder het verminderen van de schermtijd.

6 Subdoelstelling ‘Vrije tijd, gezonde tijd’

6.1 SUBDOELSTELLING

Tegen 2025 voeren vrijetijdsactoren een beleid dat gezonde leefstijl bevordert.

Toelichting

Voor deze subdoelstelling is het niet mogelijk een streefcijfer voor het preventieve gezondheidsbeleid vast te leggen.

Het zal een hele uitdaging zijn de realisaties binnen die setting te meten, zonder daar onnodig veel middelen aan te besteden en administratieve overlast te veroorzaken. Er zal gezocht worden naar mogelijkheden op actieniveau voor bepaalde types van vrije tijdsbesteding.

6.2 SITUERING

Bij de beschrijving van de preventiestrategieën (zie verderop) wordt er beschreven dat dit geen evidente setting is om in te schakelen als het over gezond leven gaat. Het zal er op aankomen om win-win situaties te zoeken of te creëren specifiek voor de verschillende types van vrije tijdsbesteding. Voor het ene type zal dit vlotter gaan dan voor het ander. Belangrijk blijft in ieder geval dat er op evidentie gebaseerde preventiemethodieken voorhanden zijn.

De setting ‘vrije tijd’ omvat een zeer brede waaier van initiatieven en activiteiten, waaronder sport, cultuur, horeca, jeugdwerk en diverse verenigingen als jeugdbewegingen, socioculturele verenigingen, ouderenverenigingen ...

Enkele cijfers om aan te geven dat dit brede levensdomein voor preventie een waardevolle ingangspoort is:

- Drie kwart van de bevolking neemt deel aan culturele activiteiten.
- 45% van de bierconsumptie heeft plaats in een café of restaurant
- Bijna de helft van de bevolking is of was ooit lid van een jeugdbeweging
- Vlaanderen telt meer dan 23.000 sportclubs
- In 2015 waren 1.662.368 Vlamingen lid van een sportclub aangesloten bij een sportfederatie erkend door Sport Vlaanderen.
- Een Vlaams gezin besteedt een tiende van het huishoudbudget aan cultuur en vrije tijd.

Vrije tijd draait voor de meeste mensen rond genieten, tot rust komen, sociale contacten, zichzelf kunnen ontplooiën, en soms ook grenzen aftasten. Als mensen hun vrije tijd op een zinvolle manier invullen heeft dat op zich een intrinsieke, preventieve waarde. Tegelijk is het een levensdomein (setting) waarbinnen vaak duidelijke risico's optreden qua ongezond gedrag, waardoor er ook heel wat mogelijkheden zijn om te werken aan een gezonder leven.

Grote diversiteit

Vrije tijd kent van alle settings waarschijnlijk de grootste verscheidenheid. Sommige vormen worden georganiseerd of gefinancierd door overheden: denk aan jeugdbewegingen, ouderenverenigingen, jeugdhuizen, sportclubs... Andere, zoals de horeca, clubs en



evenementen zijn dan weer nagenoeg volledig privé. Daarnaast bestaan er nog verschillende mengvormen.

Het betrekken van al deze spelers binnen de bestaande netwerken rond preventieve gezondheidszorg is niet eenvoudig. Afstemming met federaties en koepels op het Vlaamse niveau, alsook binnen de lokale of regionale context hebben een duidelijke meerwaarde. Voor de laatstgenoemde is een belangrijke rol weggelegd voor de Logo's (de locoregionale netwerken voor preventie). De vrijwilligheid van de vrijetijdssectoren blijft hierbij een belangrijk uitgangspunt.

Door de verscheidenheid zal het een gedifferentieerde aanpak vergen. Er is momenteel nog geen systeem om de activiteiten binnen deze setting te monitoren (zoals voor onderwijs, werk en lokale gemeenschap wel het geval is).

Procesmatig werken is cruciaal

De meeste Vlamingen zijn niet echt verrast als een school, bedrijf of gemeentebestuur werkt rond gezondheid. Ze verwachten dit echter minder van vrijetijdsorganisaties. Dit geldt niet alleen voor de klanten of deelnemers, maar ook voor heel wat uitbaters en organisatoren.

Procesmatig werken is binnen deze setting dan ook een extra uitdaging: uitbaters en klanten moeten begrijpen welke voordelen ze kunnen hebben aan werken rond gezondheid, en daarbij wordt zo vaak als mogelijk vertrokken van de eigen noden en behoeften. Het is niet de bedoeling met de vinger te wijzen of te betuttelen, maar op zoek te gaan naar win-win situaties. Voor sommige thema's is er al een bepaalde traditie (bijvoorbeeld: werken rond middelengebruik in clubs en events, roken op cafés), voor andere is dat minder het geval.

Evenwicht tussen de verschillende strategieën

De afgelopen jaren hebben heel wat spelers in de vrijetijdssectoren preventie leren kennen op basis van beperkende regelgeving: het rookverbod in de horeca, de leeftijdsbeperkingen rond het schenken van alcohol... Vaak was dat voor hen en hun klanten een frustrerende ervaring.

Beperkende regelgeving werkt echter ondersteunend voor een preventief gezondheidsbeleid en biedt heel wat opportuniteiten. Deze regelgeving toelichten blijft noodzakelijk maar daarnaast moet evenveel aandacht gaan naar informeren en sensibiliseren, het creëren van een gezonde omgeving, het zoeken naar win-win situaties en het leggen van linken naar vroegdetectie, vroeginterventie en hulpverlening.

Voor meer en betere implementatie in de setting vrije tijd richten we ons op:

- vrije tijd wordt door de maatschappij niet gezien als een typische setting om te werken rond gezondheid, dus strategisch omgaan met weerstand en het creëren van een draagvlak is extra belangrijk;
- netwerken rond preventie uitbreiden met relevante spelers, gezien de diversiteit in eerste instantie kijken naar lokaal niveau (rol Logo's);
- rekening houden met de grote diversiteit binnen de sector van de vrije tijd;
- systeem opzetten om zicht te krijgen op de activiteiten binnen deze setting;
- vertrekken van items die duidelijk gelinkt zijn aan de vrije tijdsactiviteit, werken op de specifieke noden en behoeften van klanten-uitbaters zelf en vanuit die basis verder uitbreiden;



- verder gaan dan uitleggen beperkende regelgeving: extra aandacht voor informatie en sensibilisering, uitbreiden positieve mogelijkheden in de omgeving, link naar vroegdetectie, vroeginterventie en hulp bij problemen.

6.3 PREVENTIESTRATEGIEËN

Vrijtijdsactoren organiseren zich zodat ze maximaal het preventieve gezondheidsbeleid ondersteunen. Dit omvat:

1. Vrijtijdsactoren informeren, sensibiliseren en motiveren hun leden, deelnemers en klanten op vlak van gezonde leefstijl in functie van de aard van de vrijetijdsbesteding, met aandacht voor specifieke doelgroepen (E)
2. Vrijtijdsactoren zorgen voor voldoende deskundigheid van hun personeel en vrijwilligers op vlak van gezonde leefstijl in relatie tot de aard van de vrijetijdsbesteding (E)
3. Vrijtijdsactoren sensibiliseren hun personeel en vrijwilligers om tijdens de activiteiten een voorbeeldfunctie op te nemen over gezonde leefstijl (E) .
4. Vrijtijdsactoren creëren een omgeving die gezondheidsbevorderend is, met aandacht voor kwetsbare groepen (O)
5. Vrijtijdsactoren maken afspraken en regels die het preventieve gezondheidsbeleid ondersteunen (B)
6. Vrijtijdsactoren hebben oog voor signalen die wijzen op een risicovolle leefstijl en spreken de betrokkene hier op aan. Ze werken samen met zorgorganisaties die een aangepast aanbod hebben. (Z)

6.4 VOORBEELDEN VAN ACTIES

Hieronder bij wijze van voorbeeld en in willekeurige volgorde, enkele geselecteerde acties vanuit het preventieve gezondheidsbeleid:

Actie	Toelichting bij actie
Quality Nights	Quality Nights richt zich op de uitbaters van clubs en events (vb festivals). Deelnemende clubs ondertekenen een gezondheidscharter met daarin een aantal maatregelen, en krijgen op die manier het kwaliteitslabel.
Safe 'n Sound	Safe 'n Sound richt zich op bezoekers van evenementen, festivals en clubs in de elektronische dancescene. Vrijwilligers (peers) geven informatie over alcohol en andere partydrugs en helpen de risico's, voor zij die gebruiken of eraan denken te gebruiken, zo klein mogelijk te houden.
ATTENT	Jeugdhuizen worden gestimuleerd om problemen door middelengebruik te voorkomen en/of er adequaat op te reageren. Zo laat het jeugdhuis zien dat het zorg draagt voor zijn bezoekers en dat ze het belangrijk vinden dat hun bezoekers zich goed voelen. De Attenties ondersteunen bezoekers om op een verantwoordelijke manier uit te gaan. ATTENT helpt



	jeugdhuizen dan ook om de vier pijlers van een alcohol- en drugbeleid te implementeren.
Feest Wijzer	Voor fuiven en kleine evenementen in het kader van een lokaal beleid, studentenfuiven,...
Sportivos	Sportivos is een preventietraject voor sportclubs dat op een laagdrempelige manier werkt aan het beperken van problemen door alcohol- en druggebruik. Bestaat uit drie fasen die lopen over minimum drie seizoenen: Sportivos Brons, Sportivos Zilver en Sportivos Goud. Als een club een fase goed ten einde brengt, ontvangt ze een label. Brons richt zich vooral op initiatieven naar sleutelfiguren, zilver op clubleden, bij goud gaat het om structurele inbedding van maatregelen.
Sportclubs en jeugdverenigingen met oog voor gezondheid	Beleid in sportclubs en jeugdverenigingen rond diverse gezondheidsthema's is m.b.t. voeding, beweging, tabak, alcohol en drugs
Drugs in beweging	Website met o.a. een stappenplan dat jeugdbewegingen helpt om een alcohol- en drugbeleid uit te werken. Daarnaast is er ook een Zot op kamp-gids. Die helpt jeugdbewegingen bij het maken van specifieke afspraken voor op kamp.



7 Subdoelstelling ‘Gezondheid in onderwijs’

7.1 SUBDOELSTELLING

Tegen 2025 voert 80% van de basisscholen en 80% van de secundaire scholen een preventief gezondheidsbeleid dat voldoende kwaliteitsvol is.

Tegen 2025 voert een toenemend percentage van de hogescholen en universiteiten een preventief gezondheidsbeleid dat voldoende kwaliteitsvol is.

Toelichting

Met betrekking tot het eerste deel van deze subdoelstelling wordt in het hoofdstuk ‘Indicatoren’ toegelicht hoe de streefcijfers werden bepaald en wat verstaan wordt onder ‘een preventief gezondheidsbeleid dat voldoende kwaliteitsvol’ is.

Voor het tweede deel van deze subdoelstelling ontbreekt momenteel een meetinstrument, en dus een nulmeting, (zie bij hoofdstuk ‘Indicatoren’). Hierdoor kan momenteel geen streefcijfer worden bepaald voor hogescholen en universiteiten. Het is de bedoeling om in 2020 wel een nulmeting te kunnen doen en een streefwaarde te bepalen, op basis van een indicatorenbevraging voor die sector vanaf 2018.

7.2 SITUERING

Het preventieve gezondheidsbeleid dat met deze subdoelstelling bedoeld wordt, heeft in essentie als finaliteit een betere gezondheid voor de leerlingen en niet voor de leerkrachten (in de hoedanigheid van werknemer) en ander schoolpersoneel, behalve wat betreft de voorbeeldfunctie. Het preventieve gezondheidsbeleid van een schoolbestuur ten aanzien van de leerkrachten en ander schoolpersoneel valt onder de subdoelstelling ‘werken, ook aan gezondheid’.

Het algemeen kader waarbinnen het onderwijs in Vlaanderen is georganiseerd (educatief project van de school, leerdoelen, vakoverschrijdende eindtermen, zorgbeleid) draagt op zich al bij tot het bevorderen van de gezondheid en het preventieve gezondheidsbeleid in haar geheel.

Daarenboven kan Onderwijs door een kwaliteitsvolle leerlingenbegeleiding bijdragen tot de goede gezondheid van leerlingen, zowel tijdens de schoolloopbaan zelf als in het verdere leven. De leerlingenbegeleiding (door school, PBD en CLB) omvat dan gezondheidseducatie, een gezondheidsbevorderende (leer)omgeving, afspraken en regels en zorg en begeleiding. Een preventief gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren in onderwijs heeft tot doel de gezondheid, groei en ontwikkeling van kinderen en jongeren maximaal te vrijwaren. Dit zijn tevens belangrijke randvoorwaarden voor het leren. Let op, binnen de context van de gezondheidsdoelstellingen omvat dit niet – behoudens de voorbeeldfunctie van het schoolpersoneel tijdens hun functie- het preventieve gezondheidsbeleid voor leerkrachten; dat zit vervat in de setting werk.

De meeste schoolgaande kinderen en jongeren worden nu al bereikt met een preventief gezondheidsbeleid; zowel via het algemeen beleid en het gezondheidsbeleid van de school als via de werking van de Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB) met inbegrip van consulten en de vaccinaties. Een preventief gezondheidsbeleid in de setting onderwijs vertrekt vanuit een brede benadering van gezondheid. Hierbij is er aandacht voor het fysiek, mentaal en sociaal welbevinden en de samenhang



tussen deze drie dimensies van gezondheid. Het preventieve gezondheidsbeleid binnen onderwijs vertrekt tevens vanuit objectiveerbare noden (onder andere op basis van een omgevingsanalyse). Het biedt een uniform (gestandaardiseerd) en planmatig basisaanbod voor populaties of doelgroepen (volksgezondheidsperspectief) en wordt, voor kinderen en jongeren voor wie dit basisaanbod niet volstaat of voor wie de nood/vraag groter is, aangevuld met een bijkomend aanbod (zorg op maat). Dit komt tegemoet aan het principe van proportioneel universalisme: het waarborgt een breed bereik en wil alle kinderen laten starten met gelijke kansen, met inbegrip van diegenen die door hun socio-economische achtergrond of andere kwetsbaarheid bedreigd zijn in hun ontwikkelingskansen. Voor hen is het vinden van de weg naar ondersteuning en hulp(verlening) in het algemeen, en gezondheidszorg in het bijzonder, niet evident. Deze aanpak draagt bij tot een voor iedereen goede start in het verdere leven, wat een essentieel gegeven is in de aanpak van gezondheidsongelijkheden.

Door meer dan vroeger ook ouders te betrekken bij het aanbod én bij het beleid wordt niet alleen met de schoolcontext, maar ook met de gezinscontext van een kind of jongere rekening gehouden. Daarnaast is het betrekken van leerlingen bij het beleid een belangrijke meerwaarde. Bovendien kan preventieve gezondheid via kinderen en jongeren ook ouders en gezinnen bereiken.

Gezien het belang, wordt de aandacht voor een voldoende kwaliteitsvol preventief gezondheidsbeleid op school geëxpliciteerd als een belangrijke opdracht van de school. In het ontwikkelwerk van een nieuw decreet leerlingenbegeleiding wordt de preventieve gezondheidszorg meegenomen als een element van een geïntegreerd beleid op leerlingenbegeleiding, naast de drie andere begeleidingsdomeinen (psychosociaal welbevinden, onderwijsloopbaanbegeleiding, leren en studeren). Het preventief gezondheidsbeleid van een school zal enerzijds thema's omvatten die door de overheid worden vooropgesteld in functie van noden en prioriteiten die gelden voor alle schoolpopulaties, zoals bv. vaccinaties, aandacht voor gezonde voeding, ... Daarnaast kunnen scholen acties rond zelfgekozen gezondheidsthema's uitwerken die beantwoorden aan de prioriteiten van hun eigen schoolpopulatie en -context. Om zo'n preventief gezondheidsbeleid te ontwikkelen moet een school evenwel kunnen rekenen op de nodige ondersteuning en expertise.

De school kan bij het uitwerken van haar preventief gezondheidsbeleid ondersteund worden door het CLB en door de pedagogische begeleidingsdienst. De school kan beroep doen op de methodieken van partnerorganisaties en samenwerken met relevante (locoregionale) organisaties. Het algemeen kader van ondersteuning, en wie daarin welke rol speelt, wordt in overleg bepaald met het oog op duidelijke samenwerkingsverbanden.

Het preventieve gezondheidsbeleid op school is een integraal beleid: er wordt ingezet op een mix van preventieve acties die betrekking hebben op de vier eerder beschreven types van preventiestrategieën op verschillende niveaus (leerling, klas, school en schoolomgeving). Die acties gaan bijvoorbeeld om gezondheidsbevordering, vroegdetectie en -interventie en beschermende maatregelen. De kadermethodiek 'Gezonde school', ontwikkeld door VIGeZ, reikt een werkwijze en instrumenten aan om scholen en schoolondersteuners te begeleiden in het stapsgewijs uitbouwen of ondersteunen van een globaal preventief gezondheidsbeleid. Het bepalen van prioriteiten en het leggen van eigen accenten gebeurt op basis van een omgevingsanalyse, waarbij men een beroep kan doen op school-interne bronnen en externe gegevens zoals bijvoorbeeld systematische contacten (cf. de huidige medische consulten) of bevragingen.

Vanuit het beleidsdomein Onderwijs werd eind 2016 het actieplan 'geZONTijd' gelanceerd. Dit actieplan geeft een mogelijke invulling van het gezondheidsbeleid van een school voor sommige thema's (beweging (inclusief sporten), beweegvriendelijke sportinfrastructuur, gezonde voeding en eetgedrag, EHBO en reanimatie) uit dit strategisch plan. Met het actieplan 'geZONTijd' worden door het beleidsdomein Onderwijs bovenvermelde vier thema's uit het gezondheidsbeleid van een school in de schijnwerpers geplaatst.



De algemene visie op preventief gezondheidsbeleid binnen het beleidsdomein onderwijs en de verder besproken preventiestrategieën is opgemaakt voor het basis en secundair onderwijs. Voor het hoger onderwijs geldt in principe hetzelfde, maar zal, na overleg, aanpassing nodig zijn aan de specifieke context van het hoger onderwijs.

De CLB worden in dit strategisch plan aanzien als horende bij de setting onderwijs, hoewel ze ook taken vervullen die passen bij 'zorg en welzijn'. Die keuze is gemaakt omdat de CLB organisatorisch vallen onder de bevoegdheden van het beleidsdomein Onderwijs.

Het preventieve gezondheidsbeleid dat verwacht wordt vanuit de setting onderwijs is in essentie gericht op gezondheidswinst bij de leerlingen. Zoals eerder aangehaald, hoort het preventieve gezondheidsbeleid gericht op het eigen personeel bij de setting werk. Uiteraard heeft het onderwijs ook een voorbeeldfunctie en kan verwacht worden dat de sector onderwijs voor haar eigen werknemers ook oog heeft voor 'werken, ook aan gezondheid'. Daarenboven is er ook een wisselwerking tussen maatregelen voor personeel en maatregel voor leerlingen.

7.3 PREVENTIESTRATEGIEËN

Scholen voeren, ondersteund door de kadermethodiek 'Gezonde school', een preventief gezondheidsbeleid dat deel uitmaakt van het algemeen schoolbeleid en dat volgende elementen omvat:

1. Scholen informeren, sensibiliseren en vormen hun leerlingen op vlak van gezonde leefstijl, betrekken de ouders hierbij en hebben aandacht voor specifieke doelgroepen (E)
2. Scholen zorgen voor voldoende deskundigheid van hun personeel op vlak van gezonde leefstijl, zowel wat betreft kwaliteitsvolle gezondheidseducatie als om een kwaliteitsvol preventief gezondheidsbeleid uit te werken en uit te voeren, met aandacht voor specifieke doelgroepen (E)
3. Schoolpersoneel heeft een voorbeeldfunctie en motiveert hiermee de leerlingen tot een gezonde leefstijl (O)
4. Scholen creëren een omgeving die gezondheidsbevorderend is met aandacht voor specifieke doelgroepen (O)
5. Scholen maken afspraken en regels die het preventieve gezondheidsbeleid ondersteunen (B)
6. Scholen hebben een signaalfunctie en zorgen er voor dat leerlingen en hun ouders bij gezondheidsrisico's een beroep kunnen doen op kwaliteitsvolle zorg en begeleiding via een intern aanbod of externe partners (zoals CLB of andere experts en hulpverleners) (Z)

Zorgverstrekkers en hulpverleners binnen scholen en school-ondersteunende diensten, hebben bij de uitoefening van hun zorgtaken en in functie van de aard van hun zorgtaken, voldoende oog voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie. Dit gebeurt naar analogie met de preventiestrategieën 6 tot en met 9 beschreven bij de subdoelstelling 'Meer gezondheid in de zorg'.

Toelichting

De formulering is opgemaakt voor basis- en secundair onderwijs, maar is naar analogie ook toepasbaar op het hoger onderwijs, waarbij 'scholen' vervangen wordt door 'onderwijsinstelling', 'leerlingen' door 'studenten', 'schoolpersoneel' door 'personeel' en de verwijzing naar 'ouders' en 'CLB' wordt geschrapt. Het tweede deel onder de rubriek preventiestrategieën wil benadrukken dat naast de zes strategieën gericht op het algemeen beleid in de scholen er ook aandacht dient te gaan naar de zorg zelf. Uiteraard is er in de praktijk overlap tussen beide elementen.



7.4 VOORBEELDEN VAN ACTIES

Hieronder bij wijze van voorbeeld en in willekeurige volgorde, enkele geselecteerde acties vanuit het preventieve gezondheidsbeleid. Bij de verdere uitwerking en keuze van acties zal, zeker voor het hoger onderwijs, rekening worden gehouden met de specifieke context:

Actie	Toelichting bij actie
<p>Scholen voeren, ondersteund door CLB en PBD een geïntegreerd preventief gezondheidsbeleid, toegespitst op specifieke noden (met afstemming van diverse methodieken), (zie ook: www.gezondeschool.be)</p>	<p>Een preventief gezondheidsbeleid in de setting onderwijs is een integraal beleid (er wordt ingezet op een mix van preventieve acties) en vertrekt vanuit een brede benadering van gezondheid (met aandacht voor het fysiek, mentaal en sociaal welbevinden en de samenhang tussen deze drie dimensies van gezondheid) en objectiveerbare noden. Het biedt een uniform (gestandaardiseerd) en planmatig basisaanbod voor populaties of doelgroepen (volksgezondheidsperspectief) en wordt, voor kinderen en jongeren voor wie dit basisaanbod niet volstaat of de nood/vraag groter is, aangevuld met een bijkomend aanbod (zorg op maat). Gezondeschool.be is een portaalwebsite voor de kadermethodiek 'Gezonde school'.</p>
<p>Gezond leven, check het even (via CLB)</p>	<p>Er wordt gewerkt met een digitale vragenlijst die jongeren wil laten stilstaan bij hun eigen gezondheidsgedrag, leefstijl en welzijn. Na het invullen van de vragenlijst worden jongeren doorverwezen naar voor hen relevante websites van partnerorganisaties, krijgen ze eventueel gepersonaliseerde feedback en kunnen ze vragen stellen aan het CLB. Bij vaststellen van risicogedrag kan het CLB de leerling in kwestie uitnodigen voor een gesprek. De methodiek biedt ook de mogelijkheid om op systematische wijze gegevens te verzamelen over het gezondheidsgedrag van adolescenten.</p> <p>In een pilootproject wordt de validiteit van de vragenlijst, de haalbaarheid in de CLB-context en het effect van deze methodiek onderzocht.</p>

Schoolfruit (vernieuwde methodiek)	De methodiek 'schoolfruit' zal vernieuwd worden. De nieuwe methodiek gaat uit van het principe dat de deelnemers gratis 1 stuk fruit per week gedurende minstens 10 weken krijgt. Dit op voorwaarde dat de rest van het schooljaar wordt aangevuld door ofwel een eigen schoolfruit actie van de school; ofwel een fruit in de boekentas actie, waarbij ouders een stuk fruit meegeven naar school. Voor scholen met een hoger aantal leerlingen uit kansgroepen kunnen de leerlingen 20 weken lang een gratis stuk fruit krijgen alvorens deze aangevuld wordt met één van deze twee andere acties.
You Bet! Educatief pakket rond gokken	Informatie over de wetgeving inzake kansspelen, inzicht in de factor 'toeval' en de risico's verbonden aan kansspelen. Voor gebruik bij jongeren in het BSO en TSO van 16 tot 18 jaar.
Een evenwichtig aanbod verzekeren m.b.t. maaltijden, tussendoortjes en dranken in scholen. Dit via het eigen aanbod en via duidelijke afspraken met externe leveranciers (caterars/...) en met ouders	Scholen worden overtuigd van het belang van een gezond en evenwichtig aanbod van dranken, tussendoortjes en schoolmaaltijden (als aangeboden). Ze worden tevens gesensibiliseerd om een extra inspanning te doen om hun aanbod te verbeteren (als nodig).
Vlucht naar Avatar. Educatief pakket rond gamen.	Vlucht naar Avatar versterkt kennis, inzicht en vaardigheden van leerlingen van de derde graad lager onderwijs versterken, zodat ze op een verantwoordelijke manier leren omgaan met gamen. Het pakket bestaat uit zes lessen vol werkvormen, zoals hoekenwerk, een digitaal bordspel, rollenspelen... 'Vlucht naar Avatar' vertrekt vanuit de positieve insteek dat gamen heel leerzaam en ontspannend kan zijn, maar geeft ook aandacht aan de kleine groep gamers bij wie het game-gedrag kan ontsporen.
Meesterlijk Gezond optimaliseren en verder uitrollen	Meesterlijk Gezond is een digitale tool voor scholen die hun preventieve gezondheidsbeleid op een gestructureerde manier wensen uit te werken (hierbij ondersteund door CLB en LOGO). Via Meesterlijk Gezond worden scholen stap voor stap begeleid bij het toepassen van de kademethodiek 'Gezonde school'
Woogie Boogie bewegingstussendoortjes	Woogie boogie zijn filmpjes met beweegtussendoortjes waarin Disneyfiguurtjes de hoofdrol spelen. Deze kunnen in de klas afgespeeld worden, maar zijn ook beschikbaar voor thuis.



Vaardigheidstraining -middelen, gokken en gamen	Trainen van schoolteams in het aanleren van sociale en persoonlijke vaardigheden, corrigeren van verkeerde informatie, verhogen van de sociale invloed en versterken van de individuele veerkracht. Ondermeer 'Het gat in de haag' (kleuters), 'Topspel' (lager), 'Unplugged' (secundair).
Iedereen drinkt, iedereen blowt?	Kwetsbare jongeren (12-18 jaar) lopen een groter risico op problemen met middelengebruik dan anderen. 'Iedereen drinkt, iedereen blowt?' is een methodiek voor kortadvies, gestoeld op het principe van normatieve feedback, om met deze jongeren individueel preventief te werken rond alcohol en/of cannabis in het CLB, de bijzondere jeugdzorg of andere jeugdhulp. De methodiek wordt ondersteund door een online tool.
Drugbeleid op school	Scholen bouwen een beleid uit rond middelengebruik, gokken en gamen, met educatie, regels en afspraken, omgevingsinterventies en linken naar vroegdetectie, vroeginterventie en hulpverlening.
Coach de coach eet- en gewichtsproblemen	Deze methodiek ondersteunt schoolteams die aan de slag willen gaan in verband met primaire preventie van eet- en gewichtsproblemen op school. Tijdens een workshop van 2 uur leren schoolteams doordacht en versterkend om te gaan met thema's zoals uiterlijk, gewicht, (di)etgedrag, overgewicht en zelfbeeld in de klas.



8 Subdoelstelling ‘Werken, ook aan gezondheid’

8.1 SUBDOELSTELLING

Tegen 2025 voert 20% van de ondernemingen met minstens 20 werknemers een preventief gezondheidsbeleid dat voldoende kwaliteitsvol is.

Tegen 2025 voert een toenemend percentage van ondernemingen met minder dan 20 werknemers een preventief gezondheidsbeleid dat voldoende kwaliteitsvol is.

Toelichting

Met betrekking tot het eerste deel van deze subdoelstelling wordt in het hoofdstuk ‘Indicatoren’ toegelicht hoe de streefcijfers werden bepaald en wat verstaan wordt onder ‘een preventief gezondheidsbeleid dat voldoende kwaliteitsvol’ is.

Voor het tweede deel van deze subdoelstelling ontbreekt momenteel een meetinstrument, en dus een nulmeting, (zie bij hoofdstuk ‘indicatoren’). Hierdoor kan momenteel geen streefcijfer worden bepaald voor ondernemingen met minder dan 20 werknemers. Het is de bedoeling om in 2020 wel een nulmeting te kunnen doen en een streefwaarde te bepalen, op basis van een indicatorenbevraging voor die sector vanaf 2018.

Er wordt prioriteit gegeven aan beleidsmatig ‘gezond werken’, zeker in de context van ‘Werkbaar werk²⁷’ en het ‘Huis van werkvermogen²⁸’.

8.2 SITUERING

Deze gezondheidsdoelstelling is gericht op een breed preventief gezondheidsbeleid in alle omgevingen waar mensen werken, van kmo’s tot heel grote ondernemingen, van de dienstensector tot zware industrie. Ook het beleid ten aanzien van leerkrachten, en personeel van voorzieningen in zorg en welzijn en het personeel in lokale besturen horen dus bij deze gezondheidsdoelstelling.

Gezondheid en werk zijn nauw met elkaar verbonden. Werk heeft impact op de gezondheid van werknemers en de gezondheid van de bevolking heeft, naast de normen, waarden en competenties van de bevolking en de werkbaarheid van het werk, impact op het werkvermogen en op de werkzaamheidsgraad²⁹. De werkplek werd vroeger vaak enkel aanzien als een bron van gezondheidsproblemen, denk maar aan arbeidsongevallen en beroepsziekten, locomotorische problemen zoals rug- en nekklachten, burn-out etc. De werkplek is echter ook een omgeving/setting die de gezondheid kan bevorderen. Werken kan persoonlijke groei betekenen, de sociale cohesie versterken, zingevend zijn, een gezonde leefstijl bevorderen en gezondheidsrisico’s voorkomen. Dit is complementair aan de initiatieven vanuit de wetgeving ‘welzijn op het werk’ (o.a. via risicobeheersing, medisch toezicht of eerste hulp).

²⁷ Nadruk op leeransen en motivatie, stressbeperking, evenwicht werk-privé (www.werkbaarwerk.be/werkbaarwerk)

²⁸ Legt accenten op: werkomstandigheden en –organisatie, normen en waarden, competenties en gezondheid (<http://www.werk.be/beleidstemas/diversiteit-op-het-werk/beleidskader/leeftijd-en-werk/project-afgeleide-wai/werken-aan-het-huis-van-werkvermogen-de-sleutel-tot-duurzame>)

²⁹ De ‘health community’ van Voka spreekt in deze context over: “Gezond werken maakt gezond leven, en gezond leven maakt gezond werken”

De werkende bevolking wordt steeds ouder en werkt langer. Ouder worden gaat samen met meer gezondheidsproblemen zoals hart- en vaatziekten, obesitas, diabetes en andere zogenaamde welvaartziekten die mede veroorzaakt worden door een minder gezonde levensstijl. Deze gezondheidsrisico's en problemen kunnen werknemers daarenboven leiden tot verzuim en presenteïsme³⁰. Ze bemoeilijken het aan het werk blijven of zijn soms zelfs oorzaak van invaliditeit. Een ongezonde leefstijl en een zwakke fysieke fitheidstoestand hebben ook een negatief effect op het werkvermogen. Dit is zowel voor werknemer als werkgever een slechte zaak. De relatie tussen werk en gezondheid wordt dus steeds belangrijker.

Uit onderzoek blijkt dat een preventief gezondheidsbeleid op het werk een win-win situatie voor de werkgever en de werknemers kan creëren. Zo'n beleid bestaat onder andere uit maatregelen voorzien in de wetgeving 'welzijn op het werk': het beperken van de risico's van het werk voor het personeel, problemen detecteren via het medisch toezicht, maar ook de re-integratie van afwezigen bevorderen en gezondheidsbevordering voorzien. Maar er is meer, in Vlaanderen willen we dit preventief gezondheidsbeleid op het werk verruimen naar determinanten en risico's die ook niet strikt gerelateerd zijn aan de aard van het werk. Zo werken we aan een gezondheidsmatrix (zie bijlage) die aangeeft hoe een preventief gezondheidsbeleid op het werk er idealiter uit ziet. Dezelfde eerder beschreven vier types van strategieën komen ook hier terug: educatie, omgevingsinterventies, beleid via afspraken en regelgeving en zorg en begeleiding. Deze strategieën past men toe op de verschillende niveaus in een onderneming: individuele werknemer, team/afdeling, bedrijfsniveau en omgeving en verschillende gezondheidsthema's worden samen aangepakt via dit model. Een geïntegreerd beleid is haalbaarder en levert zo de meeste gezondheidswinst op.

Als we naar de praktijk kijken (cf. indicatorenbevraging door VIGeZ), blijkt dat deze brede invalshoek nog steeds weinig ingang vindt in onze ondernemingen. Vooral voor kmo's blijkt dit een moeilijke opdracht.

8.3 PREVENTIESTRATEGIEËN

Ondernemingen³¹ voeren, ondersteund door de kadmethode 'Gezond werken', een preventief gezondheidsbeleid dat deel uitmaakt van het algemeen bedrijfsbeleid en dat volgende elementen omvat:

1. Ondernemingen informeren, sensibiliseren en motiveren hun werknemers op vlak van gezonde leefstijl, met aandacht voor specifieke doelgroepen (E)
2. Ondernemingen zorgen voor voldoende deskundigheid van hun personeel of via hun partners (zoals EDPBW), op vlak van gezonde leefstijl om een kwaliteitsvol preventief gezondheidsbeleid uit te werken en uit te voeren, met aandacht voor specifieke doelgroepen (E)
3. Ondernemingen creëren een omgeving die gezondheidsbevorderend is met aandacht voor specifieke doelgroepen (O)
4. Ondernemingen maken afspraken en regels die het preventieve gezondheidsbeleid ondersteunen (B)
5. Ondernemingen zorgen er voor dat werknemers met gezondheidsrisico's een beroep kunnen doen op kwaliteitsvolle zorg en begeleiding via een intern aanbod of externe partners (zoals I&EDPBW of andere experts en hulpverleners) (Z)

³⁰ *Presenteïsme: situatie waarbij werknemers wel aanwezig zijn maar minder productief zijn door ziekte of zich ziek voelen.*

³¹ *Het begrip 'bedrijf' wordt zeer ruim geïnterpreteerd. Het gaat dus bijvoorbeeld ook om de non-profit sector (vb. ook gericht op leerkrachten, personeel van voorzieningen in zorg en welzijn, overheidspersoneel...)*

Zorgverstrekkers en hulpverleners binnen bedrijven en bedrijf-ondersteunende diensten, hebben bij de uitoefening van hun zorgtaken en in functie van de aard van hun zorgtaken, voldoende oog voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie³². Dit gebeurt naar analogie met de preventiestrategieën 6 tot en met 9 beschreven bij de subdoelstelling 'Meer gezondheid in de zorg'.

Toelichting

Het tweede deel onder de rubriek preventiestrategieën wil benadrukken dat naast de vijf strategieën gericht op het algemeen beleid in de ondernemingen er ook aandacht dient te gaan naar de zorg zelf. Uiteraard is er in de praktijk overlap tussen beide elementen.

8.4 VOORBEELDEN VAN ACTIES

Hieronder bij wijze van voorbeeld en in willekeurige volgorde, enkele geselecteerde acties vanuit het preventieve gezondheidsbeleid:

Actie	Toelichting bij actie
Coaching naar bedrijven voor een geïntegreerd preventief beleid op maat en met aandacht voor specifieke risico's en risicogroepen	Preventiecoaching voor ondernemingen op het vlak van o.a. geestelijke gezondheidsbevordering, tabak, alcohol en drugs, en voeding, beweging en sedentair gedrag. In de eerste fase wordt de inhoud van de coaching verder geconcretiseerd en worden kwaliteits- en terugbetalingsvereisten vastgelegd. Vervolgens wordt deskundigheidsbevordering voorzien en een uitbetalingssysteem opgezet. Er wordt promotie voor de methodiek voorzien in samenspraak met de sociale partners en sectoriële organisaties
Quado – alcohol- en drugbeleid in bedrijven	Quado informeert en sensibiliseert rond problematisch gebruik en de effecten op het werk. Daarnaast krijgen ondernemingen juridische informatie over onder meer cao 100, testen en verplichtingen van werknemers en werkgevers. Ook alle stappen voor uw alcohol- en drugbeleid, met tips en tricks en informatie over vormingen voor sleutelfiguren en een gratis Vragenlijst Alcohol- en Drugbeleid in de Organisatie.
Sport en bewegen op het werk (zie sport Vlaanderen)	Ondernemingen worden ondersteund om hun werknemers aan te zetten tot minder sedentair gedrag, meer beweging en/of sportgedrag. Dit doen ze vanuit een beleidsvisie hieromtrent.

³² Deze aandacht mag de taken van de interne en externe diensten preventie en bescherming op het werk, zoals vastgelegd in de wetgeving 'welzijn op het werk' niet in het gedrang brengen.

9 Subdoelstelling ‘Meer gezondheid in de zorg’

9.1 SUBDOELSTELLING

Tegen 2025 voert een toenemend percentage van de zorg- en welzijnsvoorzieningen een preventief gezondheidsbeleid dat voldoende kwaliteitsvol is.

Tegen 2025 past een toenemend percentage van de zorgverstrekkers en hulpverleners de beschikbare preventiemethodieken toe.

Toelichting

Voor het eerste deel van deze subdoelstelling ontbreekt momenteel een meetinstrument, en dus een nulmeting, (zie bij hoofdstuk ‘indicatoren’). Hierdoor kan momenteel geen streefcijfer worden bepaald voor zorg- en welzijnsvoorzieningen. Het is de bedoeling om in 2020 wel een nulmeting te kunnen doen en een streefwaarde te bepalen, op basis van een indicatorenbevraging voor die sector vanaf 2018.

Voor zorgverstrekkers en hulpverleners (zie tweede deel van deze subdoelstelling) is een analoge bevraging niet evident omwille van de omvang van het aantal te bevragen personen en de heterogeniteit van de subpopulaties zorgverstrekkers. Het zal een hele uitdaging zijn bronnen te vinden om de voortgang te kunnen opvolgen, zonder daar onnodig veel middelen aan te besteden en administratieve overlast te veroorzaken. Er zal gezocht worden naar mogelijkheden op actieniveau voor bepaalde types van zorg (vb. mate waarin methodieken gekend zijn, men er tevreden over is en ze gebruikt).

9.2 SITUERING

Deze subdoelstelling omvat twee luiken: zorg en welzijn als ‘voorziening’ en zorg en welzijn bekeken vanuit het standpunt van de (individuele) ‘zorgverstrekkers en hulpverlener’.

Onder ‘zorg- en welzijnsvoorzieningen’ en onder ‘zorgverstrekkers en hulpverleners’ worden ook de samenwerkingsverbanden en netwerken waartoe ze behoren verstaan.

Wegens het ontbreken van een meetinstrument, en dus van een nulmeting, (zie bij ‘indicatoren’) kan momenteel geen streefcijfer worden bepaald. Op basis van een indicatorenbevraging voor zorg- en welzijnsvoorzieningen in 2018 zal dit wellicht wel kunnen vanaf 2020.

Het preventieve gezondheidsbeleid dat verwacht wordt vanuit de setting zorg en welzijn is in essentie gericht op gezondheidswinst bij de cliënten. Het preventieve gezondheidsbeleid gericht op het eigen personeel hoort bij de setting werk. Uiteraard heeft zorg en welzijn ook een voorbeeldfunctie en kan verwacht worden dat die sector voor haar eigen werknemers ook oog heeft voor ‘werken, ook aan gezondheid’.

De setting ‘zorg en welzijn’ omvat een brede waaier van voorzieningen en initiatieven, waaronder, zonder volledig te zijn: ziekenhuizen, woonzorgcentra, thuiszorgvoorzieningen, centra algemeen welzijnswerk, samenlevingsopbouw, inburgering en integratie, Huizen van het Kind, samenwerkingsverbanden en netwerken, ambulante en (semi-)residentiële voorzieningen



jeugdhulpverlening, centra voor kindercare en gezinsondersteuning (CKG), dienstverlening via de OCMW, bepaalde diensten van de ziekenfondsen, huisartsen en andere eerstelijnsverstrekkers, enz.

Het gaat om initiatieven en voorzieningen die in contact komen met burgers/cliënten en hen, sommigen slechts eenmalig, anderen voor een tijdje, begeleiden, behandelen, een hulp- of dienstverlening aanbieden. Sommige voorzieningen zijn residentieel of thuisvervangend. De mogelijkheden, methodieken en de impact zal sterk verschillen per type initiatief of voorziening.

Een preventief beleid voeren in deze setting 'zorg en welzijn' houdt in dat de voorzieningen oog hebben voor gezondheidsdoelstellingen en methodieken uit het preventieve gezondheidsbeleid toepassen binnen de eigen setting. Ook hier is een mix aan interventies mogelijk rond de vier types van strategieën: educatie, omgevingsinterventies, beleid via afspraken en regels, zorg en begeleiding (zie bijlage 'matrixmodel voor een mix aan acties').

Het preventieve gezondheidsbeleid dat verwacht wordt vanuit de setting zorg en welzijn is in essentie gericht op gezondheidswinst bij de cliënten. Zoals eerder aangehaald, hoort het preventieve gezondheidsbeleid gericht op het eigen personeel bij de setting werk. Uiteraard heeft zorg en welzijn ook een voorbeeldfunctie en kan verwacht worden dat die sector voor haar eigen werknemers ook oog heeft voor 'werk en gezondheid'. Daarenboven is er ook een wisselwerking tussen maatregelen voor personeel en maatregelen voor de cliënten.

9.3 PREVENTIESTRATEGIEËN

Zorg- en welzijnsvoorzieningen, met inbegrip van samenwerkingsverbanden en netwerken, voeren een preventief gezondheidsbeleid dat deel uitmaakt van het algemeen beleid van de voorziening en dat volgende elementen omvat:

1. Voorzieningen informeren, sensibiliseren en motiveren hun cliënten op vlak van gezonde leefstijl, betrekken hun omgeving hierbij en hebben aandacht voor specifieke doelgroepen (E)
2. Voorzieningen zorgen voor voldoende deskundigheid van hun personeel op vlak van gezonde leefstijl om een kwaliteitsvol preventief gezondheidsbeleid uit te werken en uit te voeren, met aandacht voor specifieke doelgroepen (E)
3. Voorzieningen creëren een omgeving die gezondheidsbevorderend is met aandacht voor specifieke doelgroepen (O)
4. Voorzieningen maken afspraken en regels die het preventieve gezondheidsbeleid ondersteunen (B)
5. Voorzieningen zorgen er voor dat hun cliënten bij gezondheidsrisico's een beroep kunnen doen op kwaliteitsvolle zorg en begeleiding via een intern aanbod of externe partners (Z)

Zorgverstrekkers en hulpverleners, met inbegrip van samenwerkingsverbanden en netwerken, hebben bij de uitoefening van hun zorgtaken en in functie van de aard van hun zorgtaken, voldoende oog voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie, ook als dit buiten de specifieke zorgvraag valt. Dit omvat:

6. Zorgverstrekkers en hulpverleners informeren, sensibiliseren en motiveren hun cliënten op vlak van gezondheidsbevordering en ziektepreventie, betrekken hun omgeving hierbij en hebben aandacht voor specifieke doelgroepen (E)
7. Zorgverstrekkers en hulpverleners vormen zich om ook buiten de strikte zorgtaken initiatieven te nemen voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie bij hun cliënten (E)
8. Zorgverstrekkers en hulpverleners hebben een voorbeeldfunctie en motiveren hiermee hun cliënten (O)
9. Zorgverstrekkers en hulpverleners passen de methodieken voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie (waaronder ook vroegdetectie en vroeginterventie) toe die hen aangereikt



worden door o.a. de partnerorganisaties en werken mee aan de monitoring en evaluatie hieromtrent (Z)

Toelichting

De strategieën zijn geclusterd in twee groepen: eerder gericht op de voorzieningen en het beleid van die voorzieningen (1-5) en eerder gericht op de zorg zelf (6-9). Uiteraard is er in de praktijk overlap tussen beide elementen.

9.4 VOORBEELDEN VAN ACTIES

Hieronder bij wijze van voorbeeld en in willekeurige volgorde, enkele geselecteerde acties vanuit het preventieve gezondheidsbeleid:

Actie	Toelichting bij actie
Bewegen op verwijzing (BOV)	Bewegen op verwijzing wil mensen die een gezondheidsrisico lopen doordat ze onvoldoende bewegen of teveel zitten aanzetten om hun leefstijl aan te passen. Hiervoor worden ze doorverwezen door hun huisarts naar een BOV coach die samen met hen een beweegplan op maat maakt en een motiveert om dit vol te houden, o.a. via een lokaal laagdrempelig beweegaanbod.
Rookstopbegeleiding door tabakologen ³³	Vanaf 1 januari 2017 wordt gestart met een nieuwe werkwijze voor rookstopbegeleiding voor inwoners in Vlaanderen. Er wordt gewerkt met flexibele begeleidingstrajecten individueel of in groep, via een derdebetalende systeem en een verlaagde persoonlijke bijdrage voor personen die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming.
Tabaksbeleid in zorg- en welzijnsvoorzieningen	Een methodiek waarmee gezondheids- en welzijnsvoorzieningen aan de slag kunnen om een volwaardig tabaksbeleid uit te bouwen (op basis van de methodiek Netwerk Rookvrije Ziekenhuizen) wordt ontwikkeld.
BackPAC	BackPAC is een individuele interventie voor jongeren van 12 tot en met 15 jaar op maat van specifieke persoonlijkheidstypes. Het sensatiezoekend, impulsief, angstgevoelig en negatief denkend persoonlijkheidstype hangen samen met een verhoogd risico op middelenproblemen. Deelnemende jongeren gebruiken al alcohol en/of cannabis, maar nog niet problematisch. Ze krijgen inzicht in hun persoonlijkheid en de manier waarop ze omgaan met moeilijke situaties. Voor begeleiders van CLB, bijzondere jeugdzorg en andere jeugdhulpverlening.

³³ Zie <http://www.zorg-en-gezondheid.be/rookstopbegeleiding>



Gezonde Gasten	Organisaties in de bijzondere jeugdzorg kunnen helpen om de kansen op een goede gezondheid voor hun doelgroep te vergroten, door zelf een gezond aanbod te hebben en gezond gedrag bij de jongeren te stimuleren. Dit vanuit een positieve insteek en zoveel mogelijk aansluitend bij hun reguliere begeleidingsopdracht
Vroegdetectie en vroeginterventie (m.i.v. leefstijlverbetering) in de eerstelijns via gezondheidsgids, BOV, Halt2Diabetes, zoet zwanger ...	Diverse preventiemethodieken voor huisartsen worden geïntegreerd aangeboden via de gezondheidsgids en geïmplementeerd in de dagelijkse praktijk
Vroegdetectie en vroeginterventie (m.i.v. leefstijlverbetering) in de eerstelijns via de methodiek ME ASSIST voor artsen en welzijnswerkers	De me-ASSIST staat voor 'modified electronic – Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test'. De toolbox helpt om middelengebruik te detecteren, bespreekbaar te maken en er op te interveniëren. Hij bevat een geautomatiseerde vragenlijst met kortdurende interventie, folders, informatie over doorverwijzen, factsheets... Eénmaal de account is geactiveerd, kan men de afgenomen screenings op elk moment raadplegen in een beveiligde omgeving.
Vroeginterventie middelengebruik voor jongeren	Jongeren die riskant middelen gebruiken krijgen meer inzicht in hun gebruik en worden gemotiveerd om hun gedrag te veranderen. De interventie is kortdurend (3 à 5 sessies) en afgebakend qua inhoud en daardoor meer aanvaardbaar voor de jongere dan een klassieke behandeling. Jongeren die meer nodig hebben worden doorverwezen naar verdere hulpverlening (al dan niet alcohol- en drugspecifiek). Als groepsdeelname niet mogelijk is - bijvoorbeeld omwille van beperkte verbale mogelijkheden - krijgt de jongere een individuele interventie op maat.
Preventie van ondervoeding bij ouderen via woonzorgcentra, thuiszorg, eerstelijns	Een methodiek om ondervoeding bij ouderen te voorkomen zal ontwikkeld worden. Hierbij zal in de eerste plaats gewerkt worden aan een beleidsmatige aanpak van deze problematiek binnen de zorgsector en zullen de zorgverstrekkers en intermediairen die in contact komen met de doelgroep een centrale rol spelen.
Beleid rond psycho-actieve medicatie in woonzorgcentra	Er is een methodiek uitgewerkt om binnen ouderenvoorzieningen een beleid op te zetten dat rationeler en gezonder omgaat met psychofarmaca. Bestaande uit educatie en vorming voor alle betrokkenen, omgevingsinterventies (zoals meer zinvolle activiteiten), afspraken en regels...



Vroegdetectie en vroeginterventie rond eetstoornissen	Draaiboeken die zorgverstrekkers kundig maken om eet- en gewichtsproblemen tijdig op te sporen en op een gepaste manier door te verwijzen werden ontwikkeld. Er zijn draaiboeken voor huisartsen, CLB-medewerkers, diëtisten en CGG-medewerkers. Hierin wordt aandacht besteed aan een gepaste multidisciplinaire zorg in functie van de zorgnoden van de patiënt.
Rookstopbegeleiding: nicotine substitutie therapie (lagere SES)	Rokers met een lage SES roken meer en zijn vaak zwaarder verslaafd dan andere rokers. Stoppen is dan ook moeilijker, en gebruik van NST in combinatie met begeleiding kan de slaagkans vergroten.
Kleurrijk Gezond	Kleurrijk gezond wil via interactieve sessies een gezonde leefstijl op het vlak van voeding en beweging promoten bij etnisch culturele minderheden.
Communicatietool rond gezond eetgedrag, gewicht en uiterlijk	De communicatietool ondersteunt Vlaamse professionals die op een doordachte wijze groeithema's als eetgedrag, gewicht en uiterlijk willen bespreken. De tool concretiseert de nieuwste aanbevelingen voor professionals om niet stigmatiserend te zijn in gewichtsgelateerde communicatie en begeleidt hen in gespreksvoering die stimulerend en motiverend is ivm uiterlijk, gewicht en eetgedrag.
Vroegdetectie en vroeginterventie obesitas	Draaiboeken dat een traject uitstippelt voor de vroegdetectie en vroeginterventie van obesitas werden ontwikkeld. Ook hier is het de bedoeling om vroegtijdig door te verwijzen bij beginnend probleemgedrag.



10 Subdoelstelling ‘Gezonde buurten’

10.1 SUBDOELSTELLING

Tegen 2025 voert een toenemend aantal van de lokale besturen een preventief gezondheidsbeleid dat voldoende kwaliteitsvol is.

Toelichting

In het hoofdstuk ‘Indicatoren’ wordt toegelicht hoe de streefcijfers werden bepaald en wat verstaan wordt onder ‘een preventief gezondheidsbeleid dat voldoende kwaliteitsvol is’.

In de toekomst zal de indicatorenbevraging geen onderscheid meer maken tussen ‘OCMW’ en ‘gemeente’.

10.2 SITUERING

De setting lokale gemeenschap of buurt verwijst naar de fysieke ruimtelijke en sociale leefomgeving van inwoners van een bepaalde regio, meestal een gemeente. Iemands gezondheid wordt in belangrijke mate beïnvloed door wat er in die lokale gemeenschap gebeurt qua kansen en bedreigingen. Hierbij valt enerzijds te denken aan omgevingsfactoren die de gezondheid schade kunnen berokkenen, zoals bv. luchtvervuiling of lawaaihinder. Anderzijds kan een lokale gemeenschap ook bijdragen tot gezondheidsbevordering, door bijvoorbeeld de toegang tot gezonde voeding te verbeteren of inwoners aan te zetten tot meer beweging door acties en door ingrepen in de publieke ruimte.

Het subsidiariteitsprincipe volgend, wordt het Vlaamse preventieve gezondheidsbeleid best complementair aangevuld met een lokaal preventief gezondheidsbeleid door de lokale besturen.

Lokale besturen hebben een belangrijke impact op de lokale gemeenschap als leefomgeving. Ze zijn enerzijds actor in het opzetten van verschillende initiatieven, maar zijn anderzijds ook regisseur van een beleid dat al deze initiatieven op elkaar afstemt. Lokale besturen beschikken over een eigen beleidsvoerend vermogen om het thema gezondheid op een integrale manier aan bod te laten komen in het lokaal sociaal beleid. Het ontwerp decreet lokaal sociaal beleid vertrekt van een grondrechtensvisie, waarbij een lokaal bestuur (gemeente en OCMW) doelstellingen en acties formuleert met betrekking tot de toegang van elke burger tot de rechten vastgelegd in artikel 23 en 24§3 van de Grondwet. Voor wat gezondheid betreft vertaalt dit zich onder meer in aandacht voor gezonde wijken, gezond leefmilieu, maatregelen om oorzaken van ongezondheid zoveel mogelijk weg te nemen en helpen mensen hun eigen gezondheid te bewaken. Door een integrale en inclusieve aanpak legt het lokaal bestuur ook verbindingen naar andere levensdomeinen zoals huisvesting, samenleven, werk, vrije tijd, veiligheid,...

Het ontwikkelen van een preventief gezondheidsbeleid op lokaal niveau is dus in hoofdzaak een verantwoordelijkheid van het lokaal bestuur. De meeste lokale besturen hebben al ervaring met het opzetten van preventieve gezondheidsacties. Doordachte gezondheidscampagnes op zich zijn echter niet voldoende. Om écht de gezondheid van een lokale gemeenschap te verbeteren, is een samenhangend beleid op langere termijn nodig, waarbij alle oorzaken of determinanten van gezondheid beïnvloed worden. Daarvoor is de medewerking van uiteenlopende sectoren en beleidsdomeinen nodig. Maar het werkt ook andersom. Verbeteren van de volksgezondheid is



duidelijk iets waar elk beleidsdomein en iedereen baat bij heeft. Een gezondere bevolking heeft meer mogelijkheden om op langere termijn een grotere productiviteit te handhaven, draagt bij tot een veiligere omgeving, versterkt de draagkracht van gezinnen, kan armoede bestrijden, sociale cohesie en steun vergroten, en leidt tot een meer rechtvaardige samenleving.

Een lokaal preventief gezondheidsbeleid vertrekt van Vlaamse gezondheidsdoelstellingen en prioriteiten en dient daarbij in te spelen op lokale behoeften en eigenheden en houdt rekening met de aanwezige mogelijkheden voor de uitvoering. Om lokale besturen te ondersteunen bij de ontwikkeling van hun preventief gezondheidsbeleid, worden er vanuit de Vlaamse overheid methodieken ter beschikking gesteld, onder andere de kadermethodiek 'Gezonde gemeente'. Deze kadermethodiek, ontwikkeld door VIGeZ, laat lokale besturen toe om een zicht te krijgen op de spreiding van de verschillende acties en om maatregelen in de gemeente te nemen om hun beleid te optimaliseren. Het brengt de mix aan interventies in kaart en helpt de gemeente in het groeien naar een meer integraal en kwaliteitsvol lokaal preventief gezondheidsbeleid. Een gezondheidsmatrix voor lokale besturen vertrekt van het idee dat een goed beleid zowel oog heeft voor educatie, omgevingsinterventies, beleid via afspraken en regels als zorg en begeleiding. En dit zowel naar de algemene bevolking als naar bijzondere doelgroepen. Logo's hebben de specifieke opdracht om lokale besturen te begeleiden en te ondersteunen bij de uitwerking en opvolging van hun lokaal preventief gezondheidsbeleid. Naast de ondersteuning door de Logo's via Gezonde Gemeente, voorziet het ontwerpdecreet lokaal sociaal beleid ook dat andere Vlaamse erkende en vergunde diensten maximaal mee de lokale sociale beleidsdoelstelling ondersteunen. Ook de geplande hervormingen van de eerstelijnsgezondheidszorg zullen bijdragen tot een lokaal beleid dat zowel preventie en curatie als welzijn en gezondheid verbindt. Die verbindende kracht vanuit de lokale besturen wordt daarenboven versterkt door de initiatieven vanuit preventie gericht op de lokale actoren van zorg en welzijn.

De zorg- en welzijnsvoorzieningen ingericht door de lokale besturen en de dienstverlening door het OCMW/Sociaal Huis worden in dit strategisch plan beschouwd als horend bij de setting zorg en welzijn. Het preventieve gezondheidsbeleid gericht op het eigen personeel hoort bij de setting werk. Uiteraard heeft een lokaal beleid ook een voorbeeldfunctie en kan van haar verwacht worden dat ze bijvoorbeeld voor haar eigen werknemers ook oog heeft voor 'werken, ook aan gezondheid'.

10.3 PREVENTIESTRATEGIEËN

Lokale besturen voeren, ondersteund door de kadermethodiek 'Gezonde gemeente', een preventief gezondheidsbeleid dat de lokale organisaties hierbij betreft en dat deel uitmaakt van het algemeen lokaal beleid en dat volgende elementen omvat:

1. Lokale besturen informeren, sensibiliseren en motiveren de algemene bevolking op vlak van gezonde leefstijl, met aandacht voor specifieke doelgroepen (E)
2. Lokale besturen zorgen voor voldoende deskundigheid van hun personeel en mandatarissen op vlak van gezonde leefstijl, om een kwaliteitsvol preventief lokaal gezondheidsbeleid uit te werken en uit te voeren, met aandacht voor specifieke doelgroepen (E)
3. Lokale besturen hebben een voorbeeldfunctie en motiveren hiermee hun personeel en andere organisaties op hun grondgebied (O)
4. Lokale besturen creëren een omgeving die gezondheidsbevorderend is met aandacht voor specifieke doelgroepen (O)
5. Lokale besturen maken afspraken en regels die het preventieve gezondheidsbeleid ondersteunen (B)
6. Lokale besturen zorgen dat de randvoorwaarden vervuld zijn opdat burgers met gezondheidsrisico's een beroep kunnen doen op kwaliteitsvolle zorg en begeleiding via een



eigen aanbod of dat van externe partners en hebben hierbij extra aandacht voor (toegankelijkheid voor) specifieke doelgroepen (Z)

Toelichting

Bij het lokaal uitwerken van deze preventiestrategieën zullen de lokale besturen op basis van hun inzicht in de lokale noden, mogelijkheden prioriteiten stellen en keuzes maken in de soorten acties en thema's.

10.4 VOORBEELDEN VAN ACTIES

Hieronder bij wijze van voorbeeld en in willekeurige volgorde, enkele geselecteerde acties vanuit het preventieve gezondheidsbeleid:

Actie	Toelichting bij actie
'Gezonde gemeente' opnemen in bestuursakkoorden en verder uitdiepen, verbreden en implementeren	Gezondheidsbevordering en ziektepreventie opnemen in bestuursakkoorden via 'Gezonde gemeente' is een belangrijke voorwaarde voor een lokaal preventief gezondheidsbeleid. Logo's ondersteunen de lokale besturen hierbij.
Lokale Monitor Alcohol en Jongeren	De lokale monitor 'alcohol & jongeren' is een instrument voor lokale preventiewerkers om systematisch na te gaan in welke mate de wetgeving op de verkoop van alcohol aan minderjarigen in hun stad of gemeente wordt nageleefd door de detailhandel en de horeca. De preventiewerkers werken samen met 15- en 16-jarigen die in supermarkten, buurt- en nachtwinkels en cafés verifiëren of het voor hen mogelijk is om alcoholische dranken aan te kopen. De monitor kan gebruikt worden om, in het kader van lokale analyse, na te gaan of er nood is aan meer informatie over de wetgeving rond de verkoop van alcohol aan minderjarigen. Hij kan ook gebruikt worden om de effectiviteit te evalueren van preventieve acties die reeds opgezet werden rond dit thema.
Publieke Ruimte	De methodiek Publieke Ruimte wil steden en gemeenten ondersteunen om de ruimtelijke planning van hun stad/ gemeenten zodanig aan te passen (bijvoorbeeld bij structurele wijzigingen) dat de gezonde keuze wordt aangemoedigd.



11 Subdoelstelling ‘Goed bestuur, de weg naar gezondheid’

11.1 SUBDOELSTELLING

Tegen 2025 voeren de relevante beleidsdomeinen van de verschillende overheden een beleid dat gericht is op het vermijden van gezondheidsrisico's, het bevorderen van gezonde keuzes en een gezonde levensstijl, op zijn minst op niveau van omgevingsinterventies, afspraken en regelgeving.

Toelichting

De voortgang met betrekking tot deze subdoelstelling zal gemonitord worden aan de hand van specifieke indicatoren (zie 'procesindicatoren voor goed bestuur'). Dit zal gebeuren op actieniveau. In sommige gevallen zal het gaan om een ja/nee indicator (actie gerealiseerd of niet gerealiseerd) met eventuele toelichting waarom niet en welke verdere stappen er zullen worden genomen (dus eerder beschrijvend dan kwantificeerbaar).

11.2 SITUERING

Goed bestuur wordt gedefinieerd³⁴ als: het waarborgen van de onderlinge samenhang van de wijze van sturen, beheersen en toezicht houden van een organisatie, gericht op een efficiënte en effectieve realisatie van beleidsdoelstellingen, alsmede het daarover op een open wijze communiceren en verantwoording afleggen ten behoeve van belanghebbenden.

Toegepast op dit strategisch plan verwijst goed bestuur naar de manier waarop de publieke en (semi) private instellingen (belast met beleidsvoorbereiding en -formulering, financiering, planning, management en uitvoering, alsmede het houden van toezicht op kwaliteitsborging en voortgang) doelmatig functioneren en op elkaar zijn afgestemd.

Goed bestuur betreft dus alle organisaties en actoren betrokken bij de realisatie van de gezondheidsdoelstellingen en omvat voornamelijk de organisatorische en bestuurlijke aspecten, met aandacht voor transparantie, verantwoording en bewaking van de privacy van de deelnemers binnen het vastgelegde systeem, duidelijke taakverdeling en verantwoordelijkheden, focus op de prestaties en eindresultaten, met ruime aandacht voor het doelmatig inzetten van de beschikbare (publieke) middelen.

Het spreekt voor zich dat - ook met betrekking tot goed bestuur - de beleidsdomeinen, actoren en voorzieningen uit het brede maatschappelijke veld gevat zijn en dus niet enkel de 'klassieke' spelers uit de gezondheidszorg. Het facettenbeleid (health in all policies) veronderstelt dus ook 'goed bestuur' dat breder gaat dan de gezondheidssector. Dit betekent dat het optimaler inzetten en versterken van de instrumenten en middelen die bijdragen tot meer en betere preventie een zaak zijn van de verschillende beleidsdomeinen samen.

³⁴ Definitie komt uit 'Onderzoek 'efficiëntieverhoging Vlaamse bevolkingsonderzoeken naar borst-, baarmoederhals en dikkedarmkanker' van HERA (2012); Oorspronkelijke bron: Online: <http://www.mboraad.nl/?dossier/29202/Goed+Bestuur.aspx>

Belangrijke elementen³⁵ van goed bestuur in deze context zijn:

- *Transparantie*: door middel van monitoring en evaluatie wordt informatie over de voortgang en prestatieresultaten van de gezondheidsdoelstellingen/strategieën/acties regelmatig verstrekt;
- *Taakverdeling*: de opdrachtgever legt de rol en verantwoordelijkheden van alle actoren duidelijk vast en bewaakt de uitvoering van de gemaakte afspraken en taken. De organisaties betrokken bij het beleid waarborgen een eenduidige taakverdeling tussen de verschillende betrokkenen;
- *Verantwoording*: de opdrachtgever vraagt aan de uitvoerders om op regelmatige tijdstippen verantwoording af te leggen en gaat na of elke actor zich aan de wettelijke verplichtingen, afgebakende verantwoordelijkheden en gemaakte afspraken houdt.
- *Doelmatig inzetten van de beschikbare middelen (value for money)*: naast de overheid maken ook de actoren op een doelmatige manier gebruik van de overheidsmiddelen. Dit houdt in dat de opdrachtgever en de uitvoerders op regelmatige tijdstippen verantwoording afleggen en aantonen dat de ingezette middelen tot maximale output leiden.
- *Duurzaamheid*: de overheid kiest voor actoren, partners en structuren die op een duurzame manier de gezondheidsdoelstelling op lange termijn kunnen uitvoeren. Dit impliceert dat de betrokken organisaties beschikken over voldoende middelen, voldoende aandacht kunnen schenken aan de goede uitvoering van de acties en er als het ware hun kerntaak van maken, enz.

Goed bestuur wordt ook vaak als belangrijke randvoorwaarde of kritische succesfactor aanzien voor een beleid gericht op settings en doelgroepen en heeft betrekking op alle betrokken overheden, beleidsdomeinen, en organisaties.

In dit strategisch plan wordt 'goed bestuur' afzonderlijk besproken als belangrijk facet van het overheidsbeleid. Dit sluit niet uit dat er per setting ook acties van 'goed bestuur' kunnen vermeld worden.

11.3 PREVENTIESTRATEGIEËN

1. Overheid (en/of organisaties) nemen initiatieven om een gezondheidsbevorderende omgeving te creëren en om gezonde keuzes vanzelfsprekend, gemakkelijker en goedkoper te maken;
2. De verschillende overheden (Federaal, Vlaams en Gemeentelijk) stemmen hun beleid op elkaar af via heldere, structurele taakafspraken, o.a. met het oog op efficiëntieverhoging en health in all policies (facettenbeleid)
3. Om gezondheidsongelijkheid tegen te gaan zetten alle beleidsniveaus en beleidsdomeinen in op het versterken van determinanten die gelijkheid bevorderen en op het bestrijden van factoren die ongelijkheid versterken. Dit overstijgt het gezondheidsbeleid en zeker het preventieve gezondheidsbeleid
4. De overheid verankert randvoorwaarden en afspraken duurzaam en in regelgeving als dit nodig is
5. De overheid vrijwaart de ketencontinuïteit voor preventie (methodiekontwikkeling-disseminatie-implementatie-monitoring-evaluatie-bijsturing) en voorziet voldoende capaciteit voor implementatie. Dit laatste betekent: er zijn in de verschillende settings en voor de verschillende doelgroepen voldoende terreinwerkers beschikbaar, waarbij de opdrachten

³⁵ Bron: Gebaseerd op de Situatieschets 'goed bestuur in het kader van bevolkingsonderzoek naar kanker' (2013)

en deskundigheid hiertoe zoveel mogelijk aansluiten bij hun reguliere takenpakket (bv. leraren, artsen, gezondheidsambtenaren, preventieadviseurs, ...).

Hiervoor kunnen al of niet tijdelijke samenwerkingen over (partner)organisaties en beleidsdomeinen heen gestimuleerd en of opgezet worden in functie van het te bereiken doel of aanpak van een gemeenschappelijk onderwerp.

6. De overheid voorziet wetenschappelijke onderbouw, monitoring en evaluatie
7. De overheid voorziet in een coherent en gezondheidsbevorderend mediabeleid
8. De overheid communiceert transparant over haar beleid en betreft de belanghebbenden bij haar beleid



11.4 VOORBEELDEN VAN ACTIES

11.4.1 Optimaliseren van belanghebbendenmanagement via werkgroepen

Binnen het Vlaamse preventieve gezondheidsbeleid bestaat al langer de traditie om een beroep te doen op Vlaamse werkgroepen, dit is trouwens ook voorzien in het decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid. Het is belangrijk om de brede expertise die in het werkveld en bij andere stakeholders bestaat te betrekken bij het beleid.

De keuze voor een settinggerichte aanpak met een focus op implementatie en op facettenbeleid, maakt een hertekening van de Vlaamse werkgroepen die vooralsnog thematisch georganiseerd werden, noodzakelijk. Hierbij dient een evenwicht gevonden te worden tussen voldoende vertegenwoordiging van het werkveld en alle betrokken actoren enerzijds en het aantal leden van de werkgroep dat de efficiëntie en slagkracht rechtstreeks beïnvloedt.

In de toekomst zal gewerkt worden met een gediversifieerde aanpak door middel van: ‘thematische werkgroepen’, ‘settinggerichte werkgroepen’ en ‘structureel ketenoverleg’.

Het samenbrengen van expertise op thematisch vlak is een kerntaak binnen de beheersovereenkomsten van de thematische partnerorganisaties. In het verlengde hiervan is het een optie om in de toekomst de coördinatie van de **‘thematische werkgroepen’** toe te vertrouwen aan die partnerorganisaties. Het betreft hier werkgroepen binnen de beheersovereenkomsten en geen Vlaamse werkgroepen zoals voorzien in het decreet van 21 november betreffende het preventieve gezondheidsbeleid.

De taken van de ‘thematische werkgroepen’ zijn vooral:

- toetsen van evidentie en effectiviteit;
- theoretisch toetsen van de haalbaarheid;
- toetsen van de implementatieplannen voor de verschillende preventiemethodieken;
- prioritering vanuit wetenschappelijk oogpunt en op basis van efficiëntieoverwegingen;
- voorbereiden van toetsing binnen Vlaamse settinggerichte werkgroepen.

Deze taken moeten helpen om de geplande methodieken mee op te volgen, vooral op het vlak van het implementatietraject, en hebben niet tot doel het werk op niveau van de eigenlijke methodiekontwikkeling opnieuw te verrichten.

De samenstelling van deze ‘thematische werkgroepen’ gebeurt onder de verantwoordelijkheid van de partnerorganisaties. Onder andere het academisch werkveld dient betrokken te worden. Het agentschap Zorg en Gezondheid neemt indien nodig deel aan deze werkgroepen. De partnerorganisaties ontwerpen de aanpak van deze werkgroepen, speciëren deze aanpak jaarlijks in hun jaarplannen en rapporteren over de stand van zaken.

Het overleg voor het preventieve gezondheidsbeleid in diverse settings zou dan plaatsvinden in **‘settinggerichte Vlaamse werkgroepen’** conform de bepalingen over werkgroepen in het decreet van 21 november 2003. Vertegenwoordigers van de partnerorganisaties, die de brug vormen met de ‘thematische werkgroepen’, en de organisaties en stakeholders uit de settings in kwestie maken dan deel uit van die Vlaamse werkgroepen. De Vlaamse werkgroepen sluiten waar mogelijk praktisch of functioneel aan bij bestaande overlegfora binnen de setting.

De taken van de ‘settinggerichte Vlaamse werkgroepen’ zijn vooral:



- promoten en gedragenheid creëren van en facettenbeleid in de setting in kwestie;
- voorstellen doen om het preventiebeleid te verankeren in de beleidsvisie en –plannen, en waar relevant ook de begrotingen, van de setting;
- inventariseren van behoeften voor implementatie in de setting;
- prioriteren van thema's voor die setting;
- wegwerken van drempels voor implementatie;
- toetsen, vooral op vlak van haalbaarheid, van voorstellen uit thematische werkgroepen;
- verduidelijken en vastleggen van taakafspraken (wie neemt welke engagementen op, zeker op vlak van implementatie).

Momenteel wordt gedacht aan volgende settinggerichte 'Vlaamse werkgroepen' die zich richten op:

- Gezondheid in eigen handen (werkt o.a. rond apps, mediabeleid, toegankelijkheid, etc.);
- Gezin bron van gezondheid;
- Vrije tijd, gezonde tijd (eventueel starten met enkele subsectoren);
- Gezondheid in onderwijs;
- Werken, ook aan gezondheid;
- Meer gezondheid in de zorg;
- Gezonde buurten (lokale besturen en buurtwerking).

Er zal ook een Vlaamse werkgroep proportioneel universalisme worden opgericht (zie verder).

Zorg en Gezondheid staat in voor de algemene coördinatie, de onderlinge afstemming en het secretariaat van die Vlaamse werkgroepen. Om voldoende voeling te houden met de specificiteit van de setting wordt voorgesteld dat de administraties betrokken bij die sector, een belangrijke rol opnemen. De precieze samenstelling en werkwijze van deze Vlaamse werkgroepen zal later worden bepaald, na overleg met de settings in kwestie. In elk geval:

- zijn de verschillende stakeholders (middenveld, partnerorganisaties, gebruikers...) vertegenwoordigd;
- zullen, naast de administratie bevoegd voor het preventieve gezondheidsbeleid, idealiter ook de administraties bevoegd voor de setting in kwestie hun engagement hierin opnemen. Dit is een voorwaarde voor duurzame verankering van het beleid;
- kunnen die Vlaamse werkgroepen nieuw worden opgericht of een aanvulling vormen, mits uitbreiding van ontbrekende stakeholders, van bestaande overlegstructuren.

Het algemene beleid rond Goed bestuur en de gezamenlijke engagementen van de verschillende settings (facettenbeleid of health in all policies in het algemeen) zal op hoog niveau worden opgevolgd via '**Structureel ketenoverleg**' georganiseerd door de Vlaamse overheid. Hierbij worden, enkele malen per jaar, de actoren in de keten samengebracht: administraties, de partnerorganisaties, de Logo's en de intermediairs (organisaties met terreinwerking, vertegenwoordigers uit de settings, uitvoerders).

In dit 'structureel ketenoverleg' komen vooral volgende punten aan bod:

- uitwisseling van informatie om iedereen op de hoogte te brengen van de laatste, relevante ontwikkelingen;
- afstemming rond de wederzijdse verwachtingen waarbij bijvoorbeeld elk overleg focust op een of enkele groepen van actoren;
- het globale facettenbeleid (health in all policies).

De transitie van themagerichte werkgroepen, zoals die nu het vaakst voorkomen, naar het hierboven beschreven model zal omwille van de continuïteit, geleidelijk verlopen. Bij dit traject zal uiteraard ook de efficiëntie een belangrijke factor zijn.



11.4.2 Voorzien in voldoende terreinwerk voor implementatie

Er bestaan momenteel verschillende vormen van terreinwerk: lokale en intergemeentelijke preventiewerkers, CGG-preventiewerkers, individuele coaches, organisaties met terreinwerking al dan niet gericht op vroegdetectie en vroeginterventie, van rechtswege erkende organisaties met terreinwerking (CLB, Kind en Gezin), privé en commerciële aanbieders van dienstverlening, ... Het is de bedoeling dit terreinwerk te optimaliseren door een coherentere organisatie en door het uitbreiden van de capaciteit.

Om de diverse maatschappelijke sectoren (settings) te kunnen bereiken zijn niet enkel op evidentie gebaseerde preventiemethodieken nodig (cf. rol partnerorganisaties) maar moeten die ook verspreid worden (zogenaamde disseminatie), er moet 'diensten na verkoop' worden geboden (ondersteuning van de 'gebruiker') en er moet voldoende capaciteit, deskundigheid en ambitie zijn om die methodieken concreet uit te voeren. Het terreinwerk gebeurt via organisaties met terreinwerking (zie preventiedecreet), diverse intermediairs (organisaties of individuele zorgaanbieders) die dit opnemen binnen hun reguliere werking of door coaches of functies die hiertoe een specifieke opdracht of deskundigheid hebben.

Binnen het terreinwerk zijn meerdere types nodig:

- terreinwerk dat gericht is op het rechtstreeks uitvoeren van preventiemethodieken bij groepen of individuen. De wijze waarop dit gebeurt kan zeer verscheiden zijn bijvoorbeeld online of via face-to-face contacten. In het laatste geval gebeurt dit best op een niveau dicht bij de burger. Dit terreinwerk organiseren we dan bijvoorbeeld op het niveau van de eerstelijnszones zoals omschreven in de eerstelijnsconferentie van 16 februari 2017, of op een nog lager niveau (praktijk). Indien het aanbod heel specifiek is en de doelgroep relatief klein is, dan kan dit terreinwerk op een hoger niveau worden aangeboden.

Het gaat bijvoorbeeld om: Bewegen op Verwijzing, Tabakologen, bepaalde aspecten van Valpreventie bij ouderen, intergemeentelijke preventiewerkers (cf. vroegere co-financiering provincies-gemeenten), CLB-werking naar kinderen en hun ouders (vb. (consultatieve)leerlingenbegeleiding), Huizen van het Kind, eerstelijnspsychologische functie, vroegdetectie en vroeginterventie geestelijke gezondheidszorg, LMN, diabetes-educatoren, initiatieven van Halt2Diabetes, terreinwerk naar sekswerkers, eerste trap van het medisch-milieukundig netwerk. De laatste twee voorbeelden worden omwille van de specificiteit van het aanbod en de daaraan verbonden capaciteit op een hoger niveau georganiseerd (respectievelijk op een Vlaams niveau, weliswaar met een sterk decentrale werking, of op het niveau van een regionale zorgzone), ...

We situeren deze functies over het algemeen gesproken dus op twee niveaus. Het werkgeverschap of de coördinatie voor deze functies kan zich situeren op een hoger niveau.

- terreinwerk dat gericht is op het ondersteunen van settings om een generiek/geïntegreerd beleid te voeren op vlak van preventie
- terreinwerk dat gericht is op het ondersteunen van settings om een themaspecifiek beleid te voeren

De twee laatste types van terreinwerk vullen elkaar aan, vergen een andere expertise, maar zijn beiden nodig om voldoende resultaatgericht en duurzaam te zijn. Tot nu toe gebeurt dit eerder versnipperd.



Om efficiëntiereden zal het terreinwerk gericht op het ondersteunen van een generiek/geïntegreerd of thema-specifiek beleid georganiseerd worden op een hoger niveau dan het lokale, bijvoorbeeld op het niveau van een regionale zorgzones. Als dit efficiënter of haalbaarder is kunnen deze types terreinwerk ook settinggericht of gemengd worden georganiseerd.

11.4.3 Uitwerken en opvolgen van taakverdeling voor een efficiëntere preventieketen

De preventieketen is slechts zo sterk als zijn zwakste schakel. We kunnen efficiëntiewinst boeken in het preventieve gezondheidsbeleid door voldoende aandacht te geven aan elke schakel, door de taken van elke schakel goed te omschrijven en door de afstemming tussen de verschillende schakels te verbeteren.

Het is een kerntaak van de overheid om vanuit haar regierol en toezichtfunctie, dit proces te bewaken. Dit houdt onder meer in waar nodig de taken en taakafspraken te verduidelijken en toe te zien op de naleving ervan. Instrumenten hiervoor zijn: communicatie en sensibilisatie, bepalingen en operationele doelstellingen in regelgeving, jaarplannen (binnen beheersovereenkomsten), overeenkomsten, of subsidiebesluiten

Een efficiënte preventieketen houdt onder andere rekening met volgende principes:

- maximaal een beroep te doen op de competentie en expertise die aanwezig is in het middenveld, waaronder de partnerorganisaties;
- bewaken van alle stappen in de preventieketen zoals: behoeftebepaling, methodiekontwikkeling, disseminatie, implementatie en uitvoering, monitoring en evaluatie;
- bewaken van de draagkracht van de verschillende schakels in de preventieketen, gegeven de beschikbare middelen en mogelijkheden van die schakels. Dit betekent ook: iedere schakel gepaste opdrachten geven, geen overvraag, maar ook geen ondervraag creëren en vooral geen leemten doen ontstaan die de ketenpreventie in gedrang zouden brengen;
- bewaken van een passende verdeling van de aandacht en middelen over de verschillende settings, preventiestrategieën en –methodieken, acties en gezondheidsthema's. Er moet voorkomen worden dat bijvoorbeeld bepaalde settings en thema's (door lobbywerk, hoge zichtbare nood, enz.) proportioneel meer beroep zouden doen op de diensten vanuit de ketenpreventie, ten koste van settings en thema's die evenzeer nood heb aan preventie maar dit niet direct opeisen. De leidraad hierbij is een evenwicht tussen de te verwachten gezondheidswinst van een initiatief binnen die setting aan een aanvaardbare kost, de mate waarin reeds overheidsmiddelen worden geïnvesteerd in die setting en de mate van engagement binnen die setting;
- ontwikkelen van methodieken, met inbegrip van implementatieplan, volgens de met de sector genomen afspraken;
- in overleg met de settings, bepalen van de behoeftes aan methodieken en ondersteuningsmiddelen maar ook, en misschien vooral, aan ondersteuning/begeleiding en capaciteit voor implementatie in de verschillende settings;
- omschrijven van taken vanuit de principes van subsidiariteit en 'think global, act local'. Er moet van abstract naar concreet gedacht worden, van wetenschap en feiten naar toepassing in de praktijk, van thema-overschrijdende kadermethodiek naar thematische projecten en acties. Overheid, partner- en koepelorganisaties doen dit op Vlaams niveau, Logo's doen dit op loco-



regionaal niveau door drie belangrijke taken. Ten eerste dissemineren³⁶ Logo's preventiemethodieken naar de preventieorganisaties³⁷ in diverse settings, met inbegrip van de lokale besturen. Dit dissemineren houdt ook in hen toe te leiden naar ondersteunend terreinwerk. Daarenboven ondersteunen en begeleiden de Logo's de lokale besturen bij het voeren van een lokaal preventiebeleid. Tot slot staan de Logo's in voor de eerste trap in het medisch-milieukundig netwerk en bieden zij zo, m.b.t. gezondheid en milieu, zelf terreinwerk aan.

De **globale taakafspraken** voor het Vlaamse **preventieve gezondheidsbeleid** kunnen als volgt worden samengevat:

Op basis van een behoefteanalyse ontwikkelen de partnerorganisaties preventiemethodieken volgens de afgesproken leidraad voor methodiekontwikkeling. Diverse stakeholders worden hierbij betrokken, onder andere via thematische werkgroepen (zie hoger). Een implementatieplan is een vast onderdeel van de methodiekontwikkeling. Dit beschrijft onder andere welke partners betrokken worden en de bijhorende kwaliteitsvereisten (vb. wie dissemineert, wie voert uit en wie ondersteunt de uitvoering en welke deskundigheid is voor alles vereist).

Binnen de thematische en settinggerichte werkgroepen op Vlaams niveau (zie hoger) wordt overlegd over de realisatie van de verschillende stappen voor implementatie binnen de preventieketen. Dit gebeurt conform de taakverdeling tussen de verschillende werkgroepen. (zie punt optimaliseren van belanghebbenden management via werkgroepen) Zo wordt het implementatietraject verder ingevuld en opgevolgd: wie waarvoor aanspreekbaar is en welke engagementen door wie worden opgenomen opdat de keten zonder hiaten kan worden uitgevoerd. Waar nodig worden extra taakafspraken opgenomen in jaarplannen, operationele doelstellingen, subsidiebesluiten of werkafspraken.

Op niveau van regionale zorgzones³⁸ kunnen hieromtrent bijkomende afspraken worden gemaakt in functie van specifieke noden en mogelijkheden binnen de regio. Hierbij wordt ook rekening gehouden met andere stakeholders dan zij die 'klassiek' met preventie begaan zijn (vb. verenigingsleven, cultuur-, jeugd- en sportverenigingen, ...). Logo's coördineren dit voor wat betreft het preventieve gezondheidsbeleid.

Als we sterker willen inzetten op implementatie dan is het een prioriteit het terreinwerk verder uit te bouwen in zijn verschillende vormen (zie hoger) en dit terreinwerk tot bij de klant te

36 Disseminatie: het verspreiden van methodieken met betrekking tot het preventieve gezondheidsbeleid onder intermediairs of de einddoelgroep door diverse initiatieven te nemen die o.a. gericht zijn op het zoeken van geschikte intermediairs en kanalen voor de verspreiding en op het informeren en aanmoedigen van intermediairs of de einddoelgroep tot het uitvoeren van de methodieken. Specifiek voor Logo's: in het BVR op de Logo's vermeldt art. 17, §1, 5° dat disseminatie o.a. inhoudt:

*"a) het zoeken van geschikte preventieorganisaties voor een bepaalde methodiek of een geheel van methodieken;
b) het informeren van preventieorganisaties over het aanbod aan methodieken en de toepassing van die methodieken;
c) het aanmoedigen van preventieorganisaties om de acties op basis van bepaalde methodieken uit te voeren binnen hun eigen werking en hun eigen beleid en deze ook structureel op te nemen in hun werking en in hun eigen beleid;
d) het informeren van preventieorganisaties over en het, waar nodig en mogelijk, doorverwijzen van de preventieorganisaties naar organisaties met terreinwerking, andere organisaties en individuele zorgaanbieders, voor eventuele verdere ondersteuning bij de uitvoering van de methodieken;"*

Hierin kan ook begrepen worden het mee helpen organiseren van vormingen voor lokale preventieorganisaties omdat het Logo de preventieorganisatie hiermee informeert en aanmoedigt en zo op weg helpt om acties op te zetten op basis van de preventiemethodieken en die ook structureel te verankeren in hun werking.

37 In de regelgeving omschreven als: alle loco-regionale organisaties en diensten die een bijdrage kunnen leveren tot het preventieve gezondheidsbeleid

38 In afwachting van de beleidsevolutie naar aanleiding van de eerstelijnsconferentie van 16 februari 2017 wordt dit momenteel beschouwd als de 'regionaal stedelijke gebieden' waarbinnen Logo's worden erkend.

brengen. Organisaties die zich willen inzetten voor preventie en hiervoor (al dan niet door een Logo) overtuigd werden, hebben soms behoefte³⁹ aan een externe terreinwerker die hen ondersteunt of (tijdelijk) helpt bij de uitvoering van de preventiemethodieken. Meer (ondersteunend) terreinwerk organiseren en Logo's die meer inzetten op het toe leiden naar dat terreinwerk, kan de preventieketen versterken en zo het preventieve gezondheidsbeleid vooruithelpen. Het is de bedoeling dat de Logo's focussen op hun kerntaken en niet in de plaats treden van bijvoorbeeld het terreinwerk. Op die manier willen we naast het uitbreiden van het terreinwerk, elke schakel van de keten, in afstemming met de andere schakels, haar rol laten opnemen.

De netwerken van de Logo's zijn er op gericht het facettenbeleid⁴⁰ (health in all policies) te realiseren op loco-regionaal niveau. Ze doen dit door de drie hoger beschreven belangrijkste taken: dissemineren van preventiemethodieken, ondersteunen en begeleiden van lokale besturen en uitvoeren van de eerste trap in het medisch milieukundig netwerk. Logo's zetten zich dus in op het niveau van de regionale zorgzones, maar hun initiatieven zijn ook gericht op het niveau van de eerstelijnszones of lager. Dit hangt af van de aard van de acties en de context van hun operationele doelstellingen.

De rol van de Logo's is vooral belangrijk voor preventiemethodieken die in meerdere settings aangewend worden, waarvoor intersectorale afstemming een meerwaarde heeft en waarbij het 'community-aspect' belangrijk is. Dit betekent dat sommige preventiemethodieken efficiënter via sectorale kanalen zullen worden gedissemineerd dan via de Logo's. Dit is vaak het geval voor specifieke methodieken gericht op bijvoorbeeld de zorgsector (vb. gezondheidsgids Domus medica, CLB-standaarden). Wie bij voorkeur instaat voor disseminatie (vb. Logo's, andere organisaties, gemengde aanpak) hangt af van de methodiek, het implementatieplan en de afspraken binnen de werkgroepen.

Vernieuwend in dit strategisch plan is dus dat vanuit het preventieve gezondheidsbeleid sterker ingezet wordt op implementatie. Hiervoor willen we naast het ondersteunen van de lokale besturen door de Logo's extra inzetten op:

- *het versterken van de disseminerende rol van de Logo's door hen een bijkomende taak te geven in het toeleiden van verschillende voorzieningen en organisaties uit de diverse settings naar het ondersteunend terreinwerk (zie hoger). Dit moet de verschillende intermediairs helpen om de stap te zetten tot het echt gaan toepassen van de methodieken. Zo worden niet enkel methodieken verspreid, maar wordt de klant (de voorziening/organisaties) ook actiever in contact gebracht met het terreinwerk dat hem kan ondersteunen. M.a.w. Logo's 'verkopen' dan niet enkel de methodiek, maar leiden ook toe naar het ondersteunend terreinwerk. Op die manier krijgen Logo's ook meer zicht op de mate van adoptie van de methodieken die ze dissemineren;*
- *de Logo's aanmoedigen om zich nog meer te richten naar die organisaties binnen hun netwerk die nog niet helemaal overtuigd zijn van preventie en van hun eigen mogelijkheden daarin. Dit betekent dat ze niet alleen vraaggestuurd reactief werken, maar ook proactief een aanbod doen. Hierbij wenden ze hun inzichten omtrent de verschillende factoren die gezondheid beïnvloeden aan, om de organisaties te helpen om de best passende preventiemethodieken te kiezen;*

³⁹ Die vaststelling kwam tot uiting in het 'ketenonderzoek' van het steunpunt WVG, de omgevingsanalyse van de gezondheidsconferentie 'gezonder leven' en stemt ook overeen met de ervaringen van Logo's

⁴⁰ Het beleid binnen het preventieve gezondheidsbeleid dat er op gericht is gezondheidswinst te realiseren door initiatieven buiten de gezondheidszorg.

- *meer aandacht geven aan de signaalfunctie van Logo's naar het beleid en de partnerorganisaties, o.a. op vlak van behoeften aan preventiemethodieken, ondersteuningsmiddelen en terreinwerk.*

Partnerorganisaties zullen als expertisecentra, naast methodiekontwikkeling⁴¹ ook instaan voor vorming en kwaliteitsborging van het (ondersteunend) terreinwerk en zo bijdragen tot de ondersteuning van de kwaliteitsvolle implementatie. Dit is nu al opgenomen in hun beheersovereenkomsten. Daarenboven zorgen zij voor de coherentie tussen de verschillende boodschappen en preventiemethodieken zodat bijvoorbeeld boodschappen binnen een bepaald thema geen afbreuk doen aan en niet ziekmakend zijn voor een ander thema. Zij stemmen onderling thematisch af en onderbouwen samen het facettenbeleid (health in all policies) op Vlaams niveau om zo alle doelgroepen te bereiken.

Via 'thematische werkgroepen', 'settinggerichte werkgroepen' en het 'structureel ketenoverleg' (zie hoger) wordt gezocht naar voldoende afstemming en betrokkenheid van diverse experts en maatschappelijke sectoren.

De Vlaamse overheid zelf zal instaan voor de globale regie en coördinatie van dit strategisch plan, met inbegrip van monitoring, evaluatie en rapportering hierover (zie hoger). Hiervoor zal, waar nodig, een beroep gedaan worden op externe partners. Ze streeft er ook naar dat het facettenbeleid (health in all policies) waar nodig opgenomen wordt in beleidsnota's en beleidsbrieven.

We verwachten dat de lokale besturen het preventieve gezondheidsbeleid opnemen in hun lokaal sociaal beleidsplan. Ze worden hierbij ondersteund door de Logo's en doen een beroep op methodieken van de partnerorganisaties. In functie van lokale noden en hun eigen mogelijkheden en prioriteiten nemen ze hiervoor, al dan niet via intergemeentelijke samenwerkingsverbanden, concrete initiatieven. Voorbeelden hiervan zijn de initiatieven 'beweging op verwijzing' en de intergemeentelijke preventiewerkers die werken rond middelengebruik. We voorzien een co-financiering Vlaanderen-Gemeenten en een uitrol over heel Vlaanderen.

11.4.4 Afspraken met diverse bestuursniveaus en beleidsdomeinen maken en verankeren

Voor een efficiënt preventief gezondheidsbeleid is het essentieel dat het beleid op de verschillende bestuursniveaus en in verschillende beleidsdomeinen de gezondheid niet bedreigt en ook complementair en versterkend werkt. Dit is een essentiële vereiste op vlak van het beleid binnen de gezondheidszorg, maar ook daarbuiten (cf. facettenbeleid of health in all policies).

Dit betekent tegelijk dat relevante beleidsdomeinen buiten de gezondheidszorg ook voorwerp moeten uitmaken van een afsprakenkader en dat de Vlaamse bevoegdheden maximaal aangewend worden om de volksgezondheid te verbeteren (vb. ook op fiscaal vlak).

Het is de bedoeling om duidelijke afspraken te maken die het preventieve gezondheidsbeleid versterken. Hierbij zal het soms nodig zijn een en ander te verankeren in regelgeving, maar overregulering zal worden vermeden.

⁴¹ Bij de methodiekontwikkeling hoort ook een implementatieplan, wat betekent dat hierin verduidelijkt wordt wie welke taak opneemt om de methodiek uitgevoerd te krijgen



Afspraken met het federale beleidsniveau, en met de andere gemeenschappen/gewesten gebeurt via de interministeriële conferentie volksgezondheid en in uitvoering van het preventieprotocol gesloten op 16 maart 2016. De essentie van de afspraken is te komen tot synergiën. Dit kan leiden tot 'nationale beleidsplannen', maar er moet over gewaakt worden dat die plannen de andere relevante beleidsdomeinen, buiten de gezondheidszorg, ook betrekken en vatten, dat het om meer dan 'intenties' gaat en dat ze het Vlaamse beleid niet hinderen of vertragen.

Afspraken binnen de Vlaamse overheid gebeuren op het niveau van de Vlaamse minister bevoegd voor het gezondheidsbeleid en zijn kabinet, op niveau van de Vlaamse Regering en alle betrokken ministers, o.a. via interkabinettenwerkgroepen, en op niveau van de verschillende administraties. Het hogervermelde 'structureel ketenoverleg' kan hier zeker voorbereidend werk verrichten. Het is de bedoeling dat de verschillende ministers, waar dit relevant is, het facettenbeleid m.b.t. preventie in het kader van health in all policies, opnemen in hun beleidsbrieven.

Door de interne staatshervorming is de rol van de provinciebesturen op vlak van persoonsgebonden materies overgeheveld. Voor bepaalde elementen, bijvoorbeeld op vlak van sociale planning kunnen afspraken met de provinciebesturen essentieel zijn. Dit kan dan gebeuren via het preventiedecreet (zie hieronder).

Indien voor bepaalde elementen, bijvoorbeeld op vlak van sociale planning, een meerwaarde is voor afspraken met de provinciebesturen dan kan dit gebeuren volgens de procedure zoals voorzien in het preventiedecreet (zie hieronder).

Het lokale bestuursniveau is essentieel voor een geslaagd preventief gezondheidsbeleid, vandaar het formuleren van een settinggerichte subdoelstelling 'Gezonde buurt' en de bijhorende preventiestrategieën en acties. Die acties kaderen vooral in de kadermethodiek 'Gezonde gemeente'. De lokale besturen worden door de Logo's ondersteund bij het voeren van hun gemeentelijk preventieve gezondheidsbeleid.

De afstemming met het beleid van provincies, waar dit nog opportuun is, en gemeenten kan gebeuren via afspraken met gemeentelijke en provinciale overheden, zoals voorzien in artikel 27 van het decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid of via collectieve gezondheidsovereenkomsten conform artikel 35 van hetzelfde decreet.

11.4.5 Realiseren van proportioneel universalisme

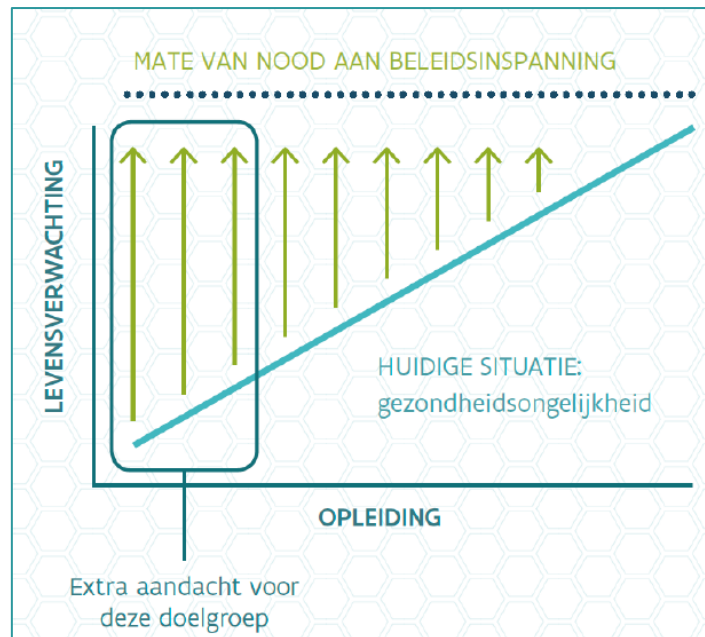
De kans op een goede gezondheid neemt steeds meer af naarmate je lager op de sociaal-economische ladder staat. We spreken van een 'sociale gradiënt' in gezondheid. Ook in Vlaanderen bewijzen de cijfers van de gezondheidsenquêtes en andere onderzoeken dat de sociale verschillen in levensverwachting of in het aantal gezonde levensjaren zo goed als constant blijven. Ook op vlak van leefstijl speelt de sociale gradiënt in veel gevallen een belangrijke rol.

De aanpak van deze sociale gradiënt is een complexe opdracht die de gezondheidssector ver overstijgt. Op basis van de literatuur weten we dat vanuit het preventieve gezondheidsbeleid enkel inzetten op diegene met de laagste socio-economische status de gezondheidsgradiënt niet zal verminderen en enkel een klein deel van het probleem zal aanpakken. Voor de verbetering van de gezondheid van de laagst sociale economische groep is het onontbeerlijk dat er eerst sterk wordt ingezet op andere



beleidsdomeinen. De fundamentele oorzaken van gezondheidsongelijkheden situeren zich immers hoofdzakelijk op vlak van huisvesting, inkomen en opleidingsmogelijkheden.

Vanuit het Vlaamse preventieve gezondheidsbeleid willen we een bijdrage leveren aan het verkleinen van de socio-economische gezondheidsverschillen. Dit betekent: de helling van de gezondheidsgradiënt minder steil maken (zoals afgebeeld in de onderstaande figuur). We beogen dus dat proportioneel meer mensen een betere gezondheid hebben. Het aanpakken van de sociale gradiënt beoogt dus geen gelijke gezondheidswinst voor elke sociale bevolkingslaag, maar een grotere gezondheidswinst voor wie een slechtere gezondheidstoestand heeft.



We doen dit door een analoog en coherent preventiebeleid te voeren in verschillende settings tegelijk. Hierbij wordt binnen elke setting het principe van proportioneel universalisme⁴² toegepast. Dit wil zeggen:

- een draagvlak creëren in alle settings en in alle settings rekening houden met het bereiken van iedereen;
- een toegankelijk preventief aanbod realiseren voor heel de preventieketen (van behoefteanalyse, over methodiekontwikkeling tot implementatie);
- een preventief gezondheidsbeleid voeren dat iedereen bereikt;
- extra inzetten in functie van de socio-economische gradiënt. Concreet betekent dit bijvoorbeeld:
 - In de setting werk: via de financiering van preventiecoaching in ondernemingen vooral inzetten op sectoren waar voornamelijk laaggeschoolden tewerkgesteld zijn
 - In de setting lokale besturen: via buurtwerk of samenlevingsopbouw extra preventieve acties ondernemen in achtergestelde buurten
 - In de setting gezin: via de Huizen van het Kind bijkomende gezinsondersteuning bieden aan gezinnen die dit nodig hebben

⁴² Onder proportioneel universalisme wordt in deze context een beleid verstaan dat gericht is op alle burgers maar met een verschillende intensiteitsgradiënt, waarbij de intensiteit varieert in functie van de mate van socio-economische of gezondheidsachterstand

- In de setting onderwijs: gezien de leerplicht worden in deze setting alle sociale lagen van de bevolking bereikt (universalisme) maar voor wat betreft preventieve gezondheid kan er extra ingezet worden op specifieke onderwijstypes en -vormen, met grotere noden.

Hierbij dient opgemerkt te worden dat acties die inspelen op proportioneel universalisme en daardoor bijvoorbeeld ook gericht zijn op health literacy, de gelijkheid verhogen en zo iedereen ten goede komen.

De partnerorganisatie Algemene Gezondheidsbevordering fungeert als centrum voor expertise inzake het proportioneel universalisme en werkt hieromtrent samen met andere organisaties en de Vlaamse werkgroepen voor de respectievelijke settings en thema's.

Om dit beleid op te kunnen volgen wordt een Vlaamse werkgroep 'preventie en sociale gradiënt' opgericht waarin de expertise op dat vlak wordt samengebracht en die als opdracht heeft het preventiebeleid op vlak van proportioneel universalisme op te volgen. Dit houdt onder andere in:

- inventariseren van noden en behoeften vanaf de methodiekontwikkeling tot en met de uitvoering;
- specifiek opvolgen van en adviseren over de ontwikkeling en implementatie van preventiemethodieken;
- monitoren van het algemeen beleid inzake proportioneel universalisme, o.a. op basis van beschikbare indicatoren;
- onderzoeken of er een tool dient ontwikkeld te worden om acties te toetsen op proportioneel universalisme;
- de samenwerking tussen de verschillende organisaties evalueren en hieromtrent adviseren met betrekking tot proportioneel universalisme.

11.4.6 Voeren van een gezondheidsbevorderend communicatie- en mediabeleid

Om 'gezonder leven' te promoten bij de Vlaamse bevolking is een coherent en doortastend communicatiebeleid nodig. Hiervoor werken we een gedragen informatie- en sensibiliseringsplan uit dat we implementeren en actualiseren. Dit plan omvat minimaal welke boodschap, voor wie en wanneer en geeft duidelijke en uniforme informatie op maat van de verschillende (sub)doelgroepen, via verschillende kanalen en volgens een uniforme huisstijl.

Dit houdt onder andere in:

- uitwerken van 'gezonder leven' als een aantrekkelijk en zichtbaar merk, over de thema's en settings heen. Hiermee creëren we draagvlak en dynamiek, ter ondersteuning van specifieke acties;
- onderzoeken van een marketingstrategie met een meerwaarde voor de promotie en ondersteuning van het merk 'gezonder leven' naar o.a. de verschillende settings
- streven naar een participatieve benadering die start bij de levensdoelen van de burger en die gericht is op geïnformeerd motiveren tot gezonde keuzes. Emotionele chantage wordt hierbij vermeden;
- het onderwerp communicatie en media wordt opgevolgd door onder andere de settinggerichte werkgroep 'Gezondheid in eigen handen';



We ontwikkelen een breed gedragen facettenbeleid binnen de sector van de media zowel m.b.t. fictie en non-fictie, op vlak van het aanbrengen en behandelen van preventie in het algemeen en specifieke preventiethema's, op basis van gegevens en wetenschappelijke inzichten.

Dit houdt onder andere in:

- samenwerking en afstemming tussen partnerorganisaties, Cebam, Vlaams kenniscentrum mediawijsheid en andere, m.b.t. het werken met de media, mediawijsheid en health literacy bij de algemene bevolking en verschillende doelgroepen. Bijvoorbeeld op basis van thematische fiches met een synthese van boodschappen en praktijken die preventief werken, of die juist schadelijk kunnen zijn;
- onderzoeken of collectieve gezondheidsovereenkomsten met actoren in de media een meerwaarde kunnen hebben in het bevorderen van de samenwerking, en het in praktijk brengen van afspraken en regels;
- nagaan welke afspraken en regels op het gebied van reclame en marketing, o.a. op vlak van gezond eten, alcohol en gokken mogelijk zijn. Vlaanderen maakt hierbij gebruik van de eigen bevoegdheden en brengt dit waar mogelijk ter sprake op federaal of Europees niveau. Dit alles gebeurt in afstemming met de minister van Media;
- onderzoeken in hoeverre binnen de huidige en toekomstige beheersovereenkomst afspraken met de VRT kunnen gemaakt worden om 'Gezonder leven' in haar verschillende aspecten te bevorderen;
- onderzoeken of de monitoring van de klassieke en de sociale media mogelijk is. Dit om een zicht te krijgen op hoe vaak en op welke manier thema's aan bod komen en of daarbij rekening wordt gehouden met het belang van preventie. Resultaten kunnen aanleiding geven tot feedback rond specifieke situaties (naar analogie van wat momenteel gebeurt bij suïcidepreventie). Meer algemeen creëert het de mogelijkheid om de effectiviteit en de vooruitgang van initiatieven te meten.

11.4.7 Instaan voor monitoring en evaluatie van het strategisch plan en rapportering hierover

Monitoring omvat onder andere registratie en dataverzameling via diverse bronnen (gezondheidsenquête, HBSC studie, voedselconsumptiepeiling, leerlingenbevraging VAD, indicatorenbevraging,...), validatie van data en ontsluiting van de gegevens.

Hierbij zoeken we afstemming met internationale organisaties en bijhorende vereisten en vertrekken we van beschikbare bronnen. Waar nodig worden nieuwe bronnen gezocht of ontwikkeld. Zie hoofdstuk over indicatoren.

Volgende principes worden hierbij gehanteerd:

- vermijden dat registraties, monitoring en evaluaties dubbel gebeuren;
- de bronnen zijn betrouwbaar, zijn geschikt voor beleidsevaluatie en zijn wetenschappelijk onafhankelijk;
- het gebruik van bronnen met verschillende oorsprong (overheid, organisaties uit het werkveld...) blijft aangewezen;

Er zal worden onderzocht hoe op een efficiënte wijze de verslagen van organisaties beter omgezet kunnen worden tot beleidsinformatie (o.a. via ICT platformen zoals CIRRO) die onder andere kan dienen voor evaluatie.



Gezien het belang dat wordt gehecht aan settinggericht werken en in het bijzonder aan ‘gezonde buurt’ en de verantwoordelijkheid hieromtrent van de lokale besturen, zal worden gezocht naar en geïnvesteerd in platformen die de nodige data verzamelen en ontsluiten naar de diverse settings en beleidsniveaus, in het bijzonder naar de lokale besturen. Waar dit op lager niveau niet haalbaar is, wordt een hoger niveau gekozen (vb. eerstelijnszone, regionale zorgzone).

Zo zal worden onderzocht of, op basis van de ervaringen met de nationale gezondheidsenquête, het mogelijk is een bevragingstool ter beschikking te stellen aan lokale besturen, aanvullend op de gemeentemonitor. Die data kunnen dan aangevuld worden met data uit andere bronnen, zodat elke setting en elk beleidsniveau beschikt over passende beleidsinformatie.

Bij het bepalen en opvolgen van verschillende indicatoren zal de aandacht niet enkel gaan naar settings en beleidsniveaus maar ook naar informatie met betrekking tot specifieke doelgroepen, in het bijzonder m.b.t. de socio-economische gradiënt (cf. proportioneel universalisme)

Uit het voortraject en de gezondheidsconferentie is gebleken dat om het proces van beleidsvoering op vlak van preventie te monitoren binnen de entiteiten van de verschillende settings enerzijds de indicatorenbevraging geoptimaliseerd en geactualiseerd moet worden (o.a. verhogen van de response rate (toegankelijker maken van de vragenlijst,...) en het optimaliseren en actualiseren van de vragenlijst), en anderzijds de indicatorenbevraging moet uitgebreid worden, zeker naar de volgende settings: zorg- en welzijnsvoorzieningen, hogescholen en universiteiten, kinderopvang van baby’s en peuters en opvang van schoolkinderen (binnen en buiten de school).

Daarenboven ontbreekt het nu aan data om het gebruik van methodieken door zorgverstrekkers en hulpverleners te monitoren, zowel in de setting van de zorg zelf als daarbuiten (cf. gezin: kinderopvang, huizen van het kind; onderwijs: scholen, CLB, pedagogische begeleidingsdiensten; werk: interne en externe diensten) . Er zal onderzocht worden hoe dit kan worden opgevangen. We weten nu al dat dit niet eenvoudig zal zijn. Het is immers niet de bedoeling om de administratieve lasten te verhogen.

In elk geval is het de bedoeling om conform artikel 12⁴³ van het decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid regelmatig te rapporteren over de verschillende indicatoren (zie verder), tussentijds te evalueren en nieuwe gezondheidsconferenties te organiseren (zie verder).

Naast die periodieke rapportering is in 2021 een tussentijdse evaluatie voorzien van dit strategisch plan. Daarin zal tussentijds gerapporteerd worden over de realisaties en zal een overzicht worden gegeven van de beschikbare proces- en gezondheidsindicatoren.

11.4.8 Afstemmen met andere preventiethema’s en plannen van volgende gezondheidsconferenties

⁴³ **Art. 12. §1.** Jaarlijks maakt de Vlaamse regering een stand van zaken op aangaande de gezondheidsindicatoren. De Vlaamse regering neemt de nodige initiatieven om die gegevens publiek te maken.
§2. Minstens om de vijf jaar maakt de Vlaamse regering, op basis van een wetenschappelijk verantwoorde onderbouwing, de belangrijkste gezondheidsindicatoren en de evolutie ervan, evenals de stand van zaken aangaande de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen, kenbaar aan het Vlaams Parlement.

Bij de realisatie van de gezondheidsdoelstelling 'Gezonder leven' ligt het accent op een settinggerichte aanpak en op implementatie om de hele bevolking en diverse subgroepen te bereiken m.b.t. preventie in het algemeen en specifiek thema's in het bijzonder.

Gezien de aanleiding het aflopen van de gezondheidsdoelstellingen 'voeding en beweging' en 'middelengebruik' was, zijn de gezondheidsthema's die in dit strategisch plan aan bod komen beperkt.

Het is de bedoeling om de hier voorgestelde werkwijze, waar dit wenselijk en efficiënter is, progressief te verbreden en te verdiepen. Het 'verdiepen' betekent dat specifiekere flankerende thema's worden meegenomen in het settinggericht werken, zoals eetstoornissen, ondervoeding bij ouderen, psychoactieve medicatie, gokken en gamen. Het 'verbreden' betekent dan dat ook andere gezondheidsthema's, al dan niet in het kader van andere gezondheidsdoelstellingen, worden opgenomen in het strategisch plan, zoals geestelijke gezondheidsbevordering en suïcidepreventie, valpreventie, mondzorg, seksuele gezondheid en het motiverend informeren over bevolkingsonderzoeken.

Deze verdieping en verbreding zal echter omzichtig worden ingevoerd, stap voor stap en goed onderbouwd. We moeten hierbij uitgaan van evidentie, efficiëntie, herkenbaarheid van het beleid en haalbaarheid voor de settings. Zo zullen sommige thema's slechts in bepaalde sectoren of settings aan bod kunnen komen. Andere thema's zullen dan weer onvoldoende efficiënt kunnen aangepakt worden in bepaalde settings of sectoren.

Een eerste stap kan zijn om bepaalde beleidsacties buiten dit strategisch plan die al dan niet in het kader van de realisatie van andere gezondheidsdoelstellingen worden genomen en passen binnen de voorgestelde settings, nu al mee te nemen in de uitwerking van de settinggerichte aanpak en het terreinwerk hieromtrent.

Hoe de volgende gezondheidsconferenties betreffende het preventieve gezondheidsbeleid zullen verlopen zal bepaald worden door de volgende Vlaamse Regeringen. Wel lijkt het een zinvolle optie om op basis van rapportering over gezondheidsindicatoren periodiek (bijvoorbeeld per legislatuur) een gezondheidsconferentie te organiseren die ingaat op het globale preventieve gezondheidsbeleid en bijstuurt op specifieke punten (settings, gezondheidsthema's, nieuwe trends, specifieke doelgroepen). Hiermee wordt dan meer het accent gelegd op de beleidscontinuïteit en op de integrale holistische benadering van het preventieve gezondheidsbeleid.

Aan die gezondheidsconferenties kunnen voorbereidende toetsingen voorafgaan (vb. in de diverse werkgroepen). Ook de periodieke rapporteringen over de verschillende indicatoren (zie hoger), tussentijdse evaluaties, publieke en parlementaire debatten en maatschappelijke trends zullen een basis vormen voor nieuwe gezondheidsconferenties.



12 Indicatoren

12.1 ALGEMEEN

Om de realisatie van de gezondheidsdoelstelling, de subdoelstellingen, de preventiestrategieën en acties te monitoren en te evalueren voorzien we verschillende indicatoren. Het is immers niet mogelijk alles te vatten in één indicator, en meerdere indicatoren zijn nodig om goed te kunnen evalueren en bijsturen.

We onderscheiden:

- **Procesindicatoren:** die zijn vooral een maat voor de voortgang (welke output is er gerealiseerd) van de gezondheidsdoelstellingen en het gevoerde beleid in een bepaalde setting en zullen over de periode van enkele jaren een evolutie zichtbaar maken.
- **Gezondheidsindicatoren:** die zijn vooral een maat voor het effect (outcome) van het gevoerde beleid op vlak van leefstijl (gedragsindicatoren), gezondheidsrisico's en gezondheid en hebben betrekking op een of (vaak) meerdere preventiethema's. Het is te verwachten dat (gezien de lange latentietijd tussen blootstelling aan de risicofactor/ beschermende factor enerzijds en het optreden of uitblijven van ziekte anderzijds) de evolutie op dat vlak voor een aantal indicatoren slechts zichtbaar wordt na ten vroegste 7-10 jaar.

Indicatoren kunnen graduele maten zijn (vb. % rokers, % scholen met een preventieve gezondheidsbeleid) of niet (vb. er is een afsprakennota ja/nee) en kunnen op verschillende niveaus worden geformuleerd (doelstelling, strategie, actie, preventiethema...). Het geheel van indicatoren maakt dat het beleid voldoende meetbaar wordt.

Op dit ogenblik is er een inventaris van indicatoren gemaakt. Tijdens de looptijd van de gezondheidsdoelstelling kunnen die nog wijzigen op basis van nieuwe inzichten of mogelijkheden (vb. nieuwe bronnen van data) en ten gevolge van tussentijdse monitoring en evaluatie (vb. accentwijzigingen in de loop van de gezondheidsdoelstelling).

Het vastleggen van indicatoren is een complexe oefening om te komen tot een monitoring met een noodzakelijk evenwicht tussen tijdigheid, bruikbaarheid, eenvoud, aanvaardbaarheid, flexibiliteit, sensitiviteit, specificiteit, volledigheid. Het is de bedoeling ons hierbij ook te blijven richten naar wat op dit vlak internationaal gebruikelijk is.

Het vinden van en werken met goede indicatoren is de basis voor het monitoren, evalueren en waar nodig bijsturen van het beleid (zie ook goed bestuur).



12.2 PROCESINDICATOREN

12.2.1 De indicatorenbevraging: een instrument voor monitoring

Om de drie jaar organiseert het VIGeZ een wetenschappelijk onderbouwde en voldoende representatieve indicatorenbevraging bij een aantal settings (tot nu toe onderwijs, werk (ondernemingen met meer dan 20⁴⁴ werknemers) en lokale besturen). In de toekomst wordt die bevraging geoptimaliseerd en - waar zinvol en haalbaar - uitgebreid naar andere settings (vb. zorg en welzijn, kinderopvang van baby's en peuters, buitenschoolse opvang en hogescholen en universiteiten).

De indicatorenbevraging monitort voor elk van de settings de kwaliteit van het algemene preventieve gezondheidsbeleid (over thema's heen) en de kwaliteit en invulling van het thematische beleid.

De **kwaliteit van het algemene preventieve gezondheidsbeleid** (over thema's heen) wordt gemonitord aan de hand van de kwaliteitscriteria die moeten vervuld zijn om een preventief gezondheidsbeleid te kunnen voeren in een bepaalde setting.

Voor onderwijs en werk zijn volgende voorwaarden weerhouden :

- beleidsmatige aanpak
- betrokkenheid
- deskundigheid
- evidence based werken

Voor lokale besturen zijn volgende voorwaarden weerhouden:

- lange termijnvisie
- communicatie
- capaciteit en bestuurskracht
- intersectorale samenwerking
- burgerparticipatie.

(zie bijlage 'Indicatorenbevraging: kwaliteitscriteria')

De **kwaliteit van het thematische gezondheidsbeleid** wordt gemonitord aan de hand van de vier types van preventiestrategieën (zie hoger: educatie (E), omgevingsinterventie (O), via afspraken en regels (B), zorg en begeleiding (Z)) en worden per setting gemeten voor de verschillende gezondheidsthema's.

Enkele voorbeelden: voedingseducatie, stimuleren tot actieve verplaatsing, informeren van werknemers over gezondheidsaanbevelingen, aanbod maaltijden, dranken en tussendoortjes, aanbod bewegingsactiviteiten, inrichting speelplaats, regels m.b.t. roken en alcohol, organisatie van toezicht voor naschoolse sportactiviteiten, procedures en begeleiding van drugsproblemen, extra fietsvergoedingen, aanbod van rookstop, enz. zie verder.

Tot nu toe gebeurde de indicatorenbevraging voor lokale besturen apart voor 'OCMW' en 'Gemeente'. Dit zal in de toekomst niet meer het geval zijn.

⁴⁴ Tot nu toe is het niet haalbaar gebleken de bedrijven met minder dan 20 werknemers te bevragen. In de toekomst kan gezocht worden of hiervoor andere bronnen beschikbaar kunnen zijn (vb. registratie binnen het project coaching bedrijven)

12.2.2 Procesindicatoren voor de settinggerichte subdoelstellingen

De indicatorenbevraging van VIGeZ wordt nu al gebruikt als feed-backinstrument naar de verschillende settings, en zal nu ook worden gebruikt om de kwaliteit van het niet-thematisch preventieve gezondheidsbeleid in een setting te monitoren (cf. formulering subdoelstellingen). Voor dit laatste wordt gebruik gemaakt van de totaalscore van de verschillende hierboven beschreven kwaliteitscriteria die moeten vervuld zijn om een preventief gezondheidsbeleid te kunnen voeren binnen een setting. Dit geeft een beeld van de kwaliteit van het algemene gezondheidsbeleid, los van de gezondheidsthema's, in een setting.

In de formulering van de subdoelstellingen is sprake van 'een preventief gezondheidsbeleid dat voldoende kwaliteitsvol is'. Om de evolutie van de kwaliteit van het preventief gezondheidsbeleid te kunnen opvolgen werd de volgende redenering gevolgd:

- er is uitgegaan van de indicatorenbevraging die in 2015 plaatsvond;
- voor alle kwaliteitscriteria samen wordt een score van 20 op 100 behaald;
- voor geen enkele procescomponent wordt een score lager dan 2 op 10 behaald (waarbij elke score van een kwaliteitscriterium herleid wordt naar een maximum van 10 punten)
- een entiteit binnen een setting die deze minimumnormen haalt, wordt aanzien als een entiteit waarvan het preventief gezondheidsbeleid voldoende kwaliteitsvol is.

Deze norm lijkt laag, maar is toch weerhouden. De score mag niet aanzien worden als een klassieke puntenscore waarbij 50 op 100 voldoende is, het gaat om een continue kwaliteitsschaal waarbij 20 als minimum geldt en 80 of meer ideaal is. Daarenboven is het de bedoeling om zo veel mogelijk entiteiten boven de minimale norm te krijgen, liever dan een klein percentage dat de ideale situatie bereikt.

Hieronder wordt per setting het percentage entiteiten weergegeven die een preventief gezondheidsbeleid hebben dat voldoende kwaliteitsvol op basis van de indicatorenbevragingen 2012-2013 en 2015-2016.

- setting onderwijs: basisscholen: 2015-2016: 67% - secundaire scholen: 75% (in 2012-2013 was dit respectievelijk 54% en 71%);
- setting werk: bedrijven: 2015-2016: 13% (in 2012-2013 was dit 15%, bij grote bedrijven met meer dan 500 werknemers was dit 31%);
- setting lokale besturen: 2015-2016: gemeenten: 53% - OCMW's: 33% (in 2012-2013 was dit voor gemeenten 30%, voor OCMW's was het niet mogelijk een percentage te bepalen wegens te kleine respons);

Om de streefcijfers voor 2025 te bepalen werd rekening gehouden worden met volgende elementen:

- de evolutie van scores tussen indicatorenbevraging 2012-2013 en 2015-2016;
- de specificiteit van de setting;
- het relatieve ingeschatte groeipotentieel (over een periode van 10 jaar).

Om te komen tot ambitieuze maar realistische subdoelstellingen, gedragen door het werkveld, werd hierover een participatief traject afgelegd met de sectoren.

Gezondheid in onderwijs

Voor het streefcijfers van de subdoelstelling "Gezondheid in onderwijs" werden twee interkabinettenwerkgroepen georganiseerd. Daar werd door VIGeZ toelichting gegeven over de opbouw van de indicatorenbevraging en de berekeningswijze van het voldoende kwaliteitsvol zijn van het preventief gezondheidsbeleid. Uit deze besprekingen komt het voorstel: 80% van de basisscholen en 80% van de secundaire scholen voert tegen 2025 een preventief gezondheidsbeleid dat voldoende kwaliteitsvol is. De Vlaamse onderwijsraad werd dit

strategisch plan toegelicht en nam kennis van deze subdoelstelling. De minister van Onderwijs zal hen hierover ook formeel om advies vragen. De verdere planning van de acties zal in nauw overleg met de sector gebeuren.

Werken, ook aan gezondheid

Om het streefcijfer van de subdoelstelling “Werken, ook aan gezondheid” vast te leggen werden eveneens twee interkabinettenwerkgroepen georganiseerd. Daarbij werden vertegenwoordigers van zowel kabinetten als vertegenwoordigers van werkgeversorganisaties en vertegenwoordigers van bedrijven uitgenodigd.

Na onderling overleg tussen Voka, Verso en Unizo werd een gezamenlijk voorstel van formulering voor de subdoelstelling setting werk voorgelegd. Zij stelden voor dat bedrijven met minstens 20 werknemers 20% een preventief gezondheidsbeleid voert dat voldoende kwaliteitsvol is; voor bedrijven met minder dan 20 werknemers voert een toenemend percentage een preventief gezondheidsbeleid. Dat voorstel werd ten slotte aangepast om de conformiteit met de andere subdoelstellingen te bewaren.

Gezonde buurten

Ook voor de setting lokale besturen werden twee interkabinettenwerkgroepen georganiseerd waarbij VIGeZ een toelichting gaf over de indicatorenbevraging en de opbouw en berekeningswijze van het voldoende kwaliteitsvol zijn van het preventief gezondheidsbeleid. Vervolgens werd aan de Vlaamse Vereniging voor Steden en Gemeenten gevraagd om een streefcijfer te formuleren inzake de subdoelstelling “Gezonde buurten”. Zij formuleerden een voorstel waarbij een toenemend percentage van lokale besturen een voldoende kwaliteitsvol preventief gezondheidsbeleid voeren. Dat voorstel werd ten slotte aangepast om de conformiteit met de andere doelstellingen te bewaren.

Op dit moment zijn er slechts voor drie settings streefcijfers voor de subdoelstellingen vastgelegd (werk, onderwijs, lokale besturen). Onder het hoofdstuk ‘Goed bestuur, de weg naar gezondheid’ is bij de acties opgenomen dat de indicatorenbevraging zal worden uitgebreid. Op dat moment zal voor de sectoren waar dat mogelijk is streefcijfers worden bepaald.

Zie bijlage ‘procesindicatoren voor de settinggerichte subdoelstellingen’. De beschrijving van indicatoren omvat o.a. volgende informatie:

- naam indicator
- definitie/ berekeningswijze
- setting
- thema
- bron
 - o eigenaar
 - o doelgroep
 - o frequentie en laatste meetpunt



12.2.3 Procesindicatoren voor het thematische preventieve gezondheidsbeleid

De indicatorenbevraging van VIGeZ omvat ook een luik over de thematische werking binnen de setting in kwestie. Op basis daarvan worden thematische procesindicatoren omschreven.

Daarnaast worden er nog andere thematische procesindicatoren opgemaakt. Enkele voorbeelden: de preventieactiviteiten van de CGG tabak, alcohol en drugspreventiewerkers gelden als een indicator van het proces binnen diverse settings. Ook het bereik van burgers en intermediairs door verschillende methodieken en diensten wordt opgenomen als procesindicator voor het thematisch preventieve gezondheidsbeleid (vb. aantal rookstopbegeleidingen door tabakologen, aantal begeleidingen door BOV-coaches, aantal bereikte preventieorganisaties door de Logo's, ...)

De voortgang zal gemonitord worden en er zal getracht worden op zo veel mogelijk indicatoren verbetering te realiseren. Die monitoring zal gebeuren in functie van het beschikbaar zijn van nieuwe cijfers en een belangrijke drijfveer zijn voor eventuele beleidsbijsturing.

Zie bijlage 'Procesindicatoren voor thematische preventieve gezondheidsbeleid'. De beschrijving van indicatoren omvat o.a. volgende informatie:

- naam indicator
- definitie/ berekeningswijze
- setting
- thema
- bron
 - o eigenaar
 - o doelgroep
 - o frequentie en laatste meetpunt

12.2.4 Procesindicatoren voor goed bestuur

Om de voortgang met betrekking tot de acties die opgenomen zijn onder het hoofdstuk 'Goed bestuur, de weg naar gezondheid' op te volgen werden verschillende indicatoren opgemaakt. Tijdens de looptijd van de gezondheidsdoelstelling kan deze lijst geactualiseerd worden.

Zie bijlage 'procesindicatoren voor goed bestuur'. De beschrijving van indicatoren omvat o.a. volgende informatie:

- actie
- indicator voor actie binnen goed bestuur
- realisatiedatum
- inventaris
- rapport/verslag



12.3 GEZONDHEIDSINDICATOREN

Zoals hoger vermeld zijn gezondheidsindicatoren vooral een maat voor het effect (outcome) van het gevoerde beleid op vlak van leefstijl (gedragsindicatoren), gezondheidsrisico's en gezondheid en hebben betrekking op een of (vaak) meerdere preventiethema's.

Bij de interpretatie van de gezondheidsindicatoren moet rekening gehouden worden met het feit dat er een lang tijdsinterval verstrijkt voordat een beleidsmaatregel een meetbaar effect heeft op een indicator. Verschillende indicatoren worden tevens beïnvloed door andere externe factoren. Dit betekent ook dat de meeste gezondheidsindicatoren een settingoverschrijdend beeld geven van de outcome.

Bij deze gezondheidsindicatoren zijn geen streefcijfers geformuleerd. Wel is het de bedoeling om de evolutie monitoren en op zo veel mogelijk indicatoren verbetering te realiseren. Die monitoring zal gebeuren in functie van het beschikbaar zijn van nieuwe cijfers en een belangrijke drijfveer zijn voor eventuele beleidsbijsturing.

De beschrijving van indicatoren omvat o.a. volgende informatie:

- naam indicator
- definitie/ berekeningswijze
- setting
- thema
- bron
 - o eigenaar
 - o doelgroep en leeftijdsgroep
 - o frequentie en laatste meetpunt
 - o internationale rapportage (ja/nee)

In de mate van het mogelijke zullen de indicatoren ook voor specifieke doelgroepen worden berekend, o.a. met het oog op het evalueren van het gevoerde beleid rond proportioneel universalisme.

Zie bijlage 'Gezondheidsindicatoren'

Gezondheidsindicator voor de overkoepelende gezondheidsdoelstelling "De Vlaming leeft gezonder in 2025"

Voor deze indicator willen we ons richten naar de werkwijze van Wales in kader van de 'Well-being of Future Generations Act'. Daar werden in Wales 46 indicatoren uitgewerkt. Twee van deze indicatoren zijn gericht op de gezonde levensstijl van kinderen en volwassenen. De twee indicatoren luiden als volgt⁴⁵:

'Percentage volwassenen die minder dan twee gezonde levensstijlen (niet roken, gezond gewicht, vijf porties fruit of groenten eten per dag, niet meer alcohol drinken dan de richtlijnen, en voldoen aan de richtlijnen van fysieke activiteit) hebben'

'Percentage kinderen die minder dan twee gezonde levensstijlen (niet roken, dagelijks fruit/groenten eten, nooit/zelden alcohol drinken, en voldoen aan de richtlijnen van fysieke activiteit) hebben'

⁴⁵ Bron: <http://gov.wales/docs/desh/publications/160316-national-indicators-to-be-laid-before-nafw-en.pdf>

De indicator gericht op volwassenen is gebaseerd op hun nationale gezondheidsenquête en omvat de leeftijdsgroep 16 jaar en ouder. De indicator gericht op kinderen is gebaseerd op de HBSC-studie en omvat de leeftijdsgroep van 11 jaar tot 16 jaar.

De overkoepelende gezondheidsdoelstelling *“Tegen 2025 leven we gezonder op vlak van gezond eten, sedentair gedrag, lichaamsbeweging, tabak, alcohol en drugs”* leent zich bijzonder goed om een gelijkaardige indicator voor de overkoepelende gezondheidsdoelstelling op te stellen voor Vlaanderen. De uitwerking van deze gezondheidsindicator zal in 2017-2018 gebeuren.



13 Budgettair kader

13.1 ALGEMEEN KADER

Het budgettair kader voor de realisatie van de gezondheidsdoelstelling in 2025 zal gedurende de looptijd van het strategisch plan gemonitord en zo nodig bijgestuurd worden. Het hangt onder meer samen met de beschikbare budgettaire ruimte en de evoluties in de keuze van bijkomende acties.

Gezien de fundamentele keuze om te werken via een facettenbeleid (Health in All Policies, HiAP) en het accent op implementatie (via deze settings), zal veel afhangen van de mate waarin de verschillende maatschappelijke sectoren bereid zijn dit facettenbeleid op te nemen in hun eigen strategische planning en (meerjaren)begroting.

Vanuit het preventieve gezondheidsbeleid is er een engagement om hen hierbij te helpen door methodieken ter beschikking te stellen, die te verspreiden en de implementatie ervan te ondersteunen. Het budgettair plan dat hieronder wordt voorgesteld betreft dus enkel dit engagement.

13.2 BUDGETDOELSTELLINGEN BINNEN ZORG EN GEZONDHEID VOOR DEZE GEZONDHEIDSDOELSTELLING

In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de huidige middelen die worden ingezet voor deze gezondheidsdoelstelling.

Het omvat enkel de budgetten die via het agentschap Zorg en Gezondheid specifiek aan preventie worden besteed in het kader van deze gezondheidsdoelstelling. Middelen die binnen Zorg en gezondheid en de rest van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin worden ingezet die een effect hebben op preventie, zijn niet opgenomen in de tabel (vb. Kind en Gezin). Hetzelfde geldt voor de middelen die vanuit andere beleidsdomeinen worden geïnvesteerd en een gunstig effect hebben op de gezondheid (cf. facettenbeleid of health in all policies) (vb. CLB, sport, mobiliteit,...).

Er dient opgemerkt dat niet alle initiatieven en dus ook de bijhorende bedragen, exclusief voor deze gezondheidsdoelstelling worden aangewend.

De bedragen zijn uitgedrukt in duizend euro en betreffen vastleggingskredieten. Dit betekent dat de middelen in kwestie over meerdere jaren kunnen aangewend worden.

In 2016 werd ongeveer 0,52^[1] euro binnen het budget van het agentschap Zorg en Gezondheid per inwoner per jaar besteed aan specifiek terreinwerk voor de uitvoering van de voorliggende gezondheidsdoelstelling (3,5 miljoen euro). Om de doelstellingen zoals in dit strategisch plan opgenomen waar te kunnen maken, wordt vooropgesteld om deze middelen gefaseerd op te trekken. De doelstelling hierbij is om de middelen tegen het einde van de looptijd van het strategisch plan op te trekken tot 2 euro per inwoner (13,4 miljoen euro). Bij de tussentijdse evaluatie van deze gezondheidsdoelstelling in 2021 kunnen ook de reeds ingezette middelen en de budgetdoelstelling geëvalueerd worden.

Rekening houdende met de beschikbare budgettaire ruimte kan met de inzet van de beschikbare bijkomende middelen, tegemoet gekomen worden aan de nood aan groei in het lokaal, settinggericht en thematisch terreinwerk (cf. focus op implementatie)

^[1] Dit is opgebouwd uit geraamde budget voor terreinwerking in 2016 voor tabakologen (650 deuro), Beweging op verwijzing (244 deuro), coaching bedrijven (400 deuro), CGG-preventiewerkers TAD (1.856 deuro), de Sleutel (155 deuro), Safe 'n sound (187 deuro): samen 3.492 deuro (= 0,52 euro a rato 6.706.000 inwoners)

Wat	VAK vroeger	VAK 2016	VAK 2017 (aan index 2016)
TOTAAL BUDGET		22.934	22.437
Bedrag in euro per inwoner (6.706.000 inw)		3,42	3,35
RECURRENT BUDGET		22.934	22.437
Beheersovereenkomsten en gereguleerd (a)		18.109	18.675
Partnerorganisaties (a°)		8.526	9.086
Logo's		6.819	6.819
Meerjarige overeenkomsten terreinwerk: CGG TAD-preventiewerkers, ziekenfondsen, ander terreinwerk, spuitenruil ...		2.764	2.770
Preventieve gezinsondersteuning Kind en Gezin		pm	pm
Centra voor leerlingenbegeleiding		pm	pm
Interne en externe diensten ter bescherming op het werk		pm	pm
Middelen uit andere beleidsdomeinen met een preventief effect		pm	pm
Facultatieve subsidies en overheidsopdrachten (b)		4.825	3.762
Gezondheidseconomische evaluatie beleid		134	134
Coaching bedrijven		2.800	pm
Gezond leven check het even		27	
Schoolfruit		115	115
Bewegen op verwijzing	4.544	pm	pm
Helpdesk burgers eetexpert		93	
Promotie lokale acties via "Uit in Vlaanderen"		31	31
Rookstopbegeleiding door tabakologen		650	PO
'Spel met Grenzen' Educatief Theater Antwerpen		43	
Uitbetalingssysteem tabakologen en bewegen op verwijzing		85	0
Adem Benemend		46	

////////////////////////////////////

Wat	VAK vroeger	VAK 2016	VAK 2017 (aan index 2016)
Vormingen psychofarmacabeleid in ouderenzorg en verder beleid rond psycho-actieve medicatie in woonzorgcentra		7	0
Peersupport uitgaansleven (Safe 'n Sound)		373	pm
Vroeginterventie jongeren (alcohol en drugs)		421	pm
Opvoedingsondersteuning drughulp	690	pm	pm
(Piloot)projecten nieuwe gezondheidsdoelstelling		0	1.741
Innovatieve methodieken nieuwe gezondheidsdoelstelling		0	1.741
Aanwenden middelen uit afslanking provincies voor intergemeentelijke preventie en vroeginterventie		pm	pm
BIJ UITBREIDING VAN HET BUDGET ZAL PRIORITAIR INGEZET WORDEN OP			
1. Algemeen: gezondheidsbevorderend mediabeleid, indicatorenbevraging optimaliseren en uitbreiden, monitoring, ...			
2. Terreinwerk			
<i>Totaalbedrag in euro per inwoner (6.706.000 inw)</i>		0,52	
Coaching bedrijven			
Bewegen op verwijzing			
Rookstopbegeleiding			
Uitbreiding lokaal terreinwerk via co-financiering intergemeentelijke samenwerking			
Uitbreiding settinggericht en thematisch terreinwerk			

Opmerkingen

- VAK: vastleggingskrediet (= reservering van middelen in een bepaald begrotingsjaar). Dit kan gespreid uitbetaald worden over meerdere jaren
- ntb: nader te bepalen o.a. in functie van nieuwe acties
- pm: pro memorie: budget buiten 'preventie' in de enge zin of eerder al vastgelegd
- PO: opgenomen in beheersovereenkomst partnerorganisatie tabak
- (a) bedrag voor partnerorganisatie tabak was lager in 2016 omdat toen de tabakologen nog door federaal werden gefinancierd

////////////////////////////////////

- (a°) Partnerorganisaties: Algemene gezondheidsbevordering (VIGeZ), Voeding, beweging, sedentair gedrag, ondervoeding (VigeZ), Eet- en gewichtsstoornissen (Eetexpert), Tabak (VIGeZ & co), Middelengebruik (VAD), Huisartsen (Domus medica), CLB-ondersteuning (VWVJ)
- (b) in 2016 is voor coaching bedrijven 1.063 deuro gebruikt uit andere beleidsmiddelen voor preventie (daardoor is het budget 2016 hoger dan ander jaren). Vanaf 2018 is er weer toename door overdracht vanuit de provincies (interne staats hervorming)

