

Verdere verkenning – Achtergrondinfo bij voorlopige keuze prioritaire thema's

Het Agentschap Zorg en Gezondheid vraagt om een onderscheid te maken tussen doelstellingen rond de werking van de zorgraad (governance) en inhoudelijke doelstellingen.

- ⇒ Formuleer vijf doelstellingen waarvan minimaal twee in het kader van de versterking van jullie werking als zorgraad en minimaal twee inhoudelijke. Voor de vijfde doelstelling is de keuze vrij tussen werking en inhoud.

1. Gezonde levensstijl	5
1.1. Preventief luik: gezonde voeding (met link naar armoede)	5
1.1.1. Gezondheidsdoelstelling gezond leven en BMI als indicator	5
1.1.2. Cijfergegevens Sciensano m.b.t. eetgedrag	5
1.1.3. Cijfergegevens preventief gezondheidsbeleid bij steden en gemeenten	7
1.1.4. Link kansarmoede	9
1.1.5. Mogelijke finaliteiten	9
1.1.6. Mogelijke acties	9
1.2. Link van gezonde voeding naar beweging → BOV	11
1.2.1. Cijfergegevens Sciensano m.b.t. lichaamsbeweging – sedentair gedrag	11
1.2.2. Cijfergegevens preventief gezondheidsbeleid bij steden en gemeenten	13
1.2.3. Cijfergegevens BOV ELZ Dender	16
1.2.4. Mogelijke finaliteiten	18
1.2.5. Mogelijke acties	18
1.3. Verslaving / misbruik medicatie	18
1.3.1. Cijfergegevens Belgische Gezondheids- en Welzijnscohort (BELHEALTH)	18
1.3.2. Cijfergegevens Sciensano	19
1.3.3. Cijfergegevens IMA	21
1.3.4. Cijfergegevens preventief gezondheidsbeleid bij steden en gemeenten	22
1.3.5. Mogelijke finaliteiten	26
1.3.6. Mogelijke acties	26
1.3.7. Contactpersonen	28
1.3.8. Cijfers Politiezones ELZ Dender	28
1.4. Psychisch welbevinden - lichaamsbeeld	34
1.4.1. Tussentijds rapport Gezonder leven in 2025	34
1.5. Eetstoornissen / gewichtsproblemen: diabetes, obesitas, overgewicht, malnutritie	34
1.5.1. Algemene info	34
1.5.2. Cijfergegevens	36
1.5.3. Referentiepersoon eetstoornissen Oost-Vlaanderen	43
1.5.4. Mogelijke finaliteiten	43
1.5.5. Mogelijke acties	43
1.6. Voeding bij baby's	44

2.	Geestelijke gezondheid	48
2.1.	Algemeen	48
2.1.1.	<i>Cijfergegevens Belgische Gezondheids- en Welzijnscohort (BELHEALTH)</i>	48
2.1.2.	<i>Cijfergegevens CM-studie</i>	49
2.1.3.	<i>Preventiebarometer Sciensano</i>	49
2.1.4.	<i>Mentaal welzijn scholieren – Onderzoeksrapport WADDIST</i>	51
2.1.5.	<i>Public Health perspectief als leidraad</i>	52
2.1.6.	<i>Cijfergegevens preventief gezondheidsbeleid bij steden en gemeenten</i>	54
2.1.7.	<i>Mogelijke finaliteiten</i>	56
2.1.8.	<i>Mogelijke acties</i>	56
2.1.9.	<i>Input Psychologenkring Dender</i>	58
2.2.	Suicide	59
2.2.1.	<i>Cijfergegevens Belgische Gezondheids- en Welzijnscohort (BELHEALTH)</i>	59
2.2.2.	<i>De epidemiologie van suïdepogingen in Vlaanderen</i>	59
2.2.3.	<i>Epidemiologisch rapport VLESP (Vlaams Expertisecentrum Suïdepreventie)</i>	63
2.2.4.	<i>Lokale cijfers: politiezones ELZ Dender ?</i>	64
2.2.5.	<i>Vlaams Actieplan Suïdepreventie III (2022-2030)</i>	65
2.2.7.	<i>Mogelijke finaliteiten</i>	70
2.2.8.	<i>Mogelijke acties</i>	70
2.3.	Burn-out / Depressie / Angst / Veerkracht	73
2.3.1.	<i>Cijfergegevens Belgische Gezondheids- en Welzijnscohort (BELHEALTH)</i>	73
2.4.	Isolatie / Vereenzaming	74
2.4.1.	<i>Cijfergegevens Belgische Gezondheids- en Welzijnscohort (BELHEALTH)</i>	74
2.4.2.	<i>Onderzoek Bond Zonder Naam</i>	74
2.4.3.	<i>Redactionele artikels</i>	74
2.4.4.	<i>Mogelijke acties</i>	75
2.5.	Zelf mentaal gezond blijven als zorgverstrekker	75
2.6.	Staten-Generaal Geestelijke Gezondheid	75
2.6.1.	<i>Memorandum 2023</i>	75
2.6.2.	<i>Mogelijke acties</i>	77
3.	Nabije en toegankelijke zorg	78
3.1.	Huisartsen	78
3.1.1.	<i>Huisartsenstatistiek Vehamed - 2023</i>	78
3.1.2.	<i>Studie naar vraag en aanbod van huisartsgeneeskunde</i>	80
3.1.3.	<i>Info uit redactionele artikels</i>	81
3.1.4.	<i>Digitale platformen als ‘oplossing’ ?!</i>	82
3.1.5.	<i>Lokale voorbeelden van (nood)oplossingen voor een toegankelijke huisartsgeneeskunde</i>	86
3.1.6.	<i>New Deal</i>	88
3.2.	Tandartsen	89
3.2.1.	<i>Info uit redactionele artikels</i>	89

3.2.2.	<i>Input beroepsvereniging – bevraging tandartsen</i>	89
3.2.3.	<i>Digitale platformen als ‘oplossing’ ?!</i>	93
3.3.	<i>Mantelzorg</i>	93
3.3.1.	<i>Mantelzorgplan 2022-2024</i>	94
3.3.2.	<i>Onderzoeksresultaten zorgenquête 2021</i>	94
3.3.3.	<i>Doelstellingen en acties</i>	95
3.3.4.	<i>Mogelijke acties op ELZ-niveau, gelinkt aan doelstellingen mantelzorgplan</i>	96
3.4.	<i>Arbeidsmarkt in ELZ Dender</i>	98
3.5.	<i>De Sociale Kaart</i>	102
3.5.1.	<i>Website De Sociale Kaart</i>	102
3.5.2.	<i>Rechtenverkenner</i>	103
4.	<i>Armoede</i>	105
5.	<i>Governance</i>	106
5.1.	<i>Kernideeën uit de nota ‘Slagkrachtige zorggraden’</i>	106
5.2.	<i>Doelstellingen m.b.t. de werking van de zorgraad (governance)</i>	106
5.2.1.	<i>Hoe komen we tot acties ?</i>	106
5.2.2.	<i>Hoe organiseren we onze vzw ?</i>	107
5.2.3.	<i>Hoe integreren we VAPH en Opgroeien in onze werking?</i>	107
5.2.4.	<i>Hoe gebruiken we de beschikbare middelen?</i>	107
5.2.5.	<i>Aanpassing van eerstelijnszones</i>	107
5.3.	<i>Delegatiematrix</i>	107
5.4.	<i>Competentieraster</i>	107
5.5.	<i>Klachtenprocedure</i>	107
5.6.	<i>Deontologische code</i>	108
5.7.	<i>Profielomschrijving</i>	108
5.8.	<i>Tekstvoorstellen voor herformulering van het BVR - governance</i>	108
5.8.1.	<i>Samenstelling van de vzw</i>	108
5.8.2.	<i>Samenstelling van het bestuursorgaan</i>	109
5.8.3.	<i>Goed bestuur</i>	110
5.8.4.	<i>Inhoudelijke werking</i>	110
5.8.5.	<i>Ondersteuning zorggraden</i>	111
5.8.6.	<i>Kwaliteitslabel WSE</i>	111
5.8.7.	<i>Organen van de vzw</i>	111
6.	<i>Sjabloon Beleidsplan</i>	113
7.	<i>Sjabloon actieplan</i>	113
7.1.	<i>Inleiding</i>	114
7.2.	<i>Algemene werking</i>	114
7.3.	<i>Acties 2024</i>	114
	<i>Strategische doelstelling 1 - titel</i>	114
	<i>Operationele doelstelling 1 - titel</i>	114

1. Gezonde levensstijl

Subthema's

- Preventief luik: gezonde voeding (met link naar armoede)
- Link van gezonde voeding naar beweging → BOV
- Psychisch welbevinden - lichaamsbeeld
- Eetstoornissen/gewichtsproblemen: diabetes, obesitas, overgewicht, malnutritie
- Voeding bij baby's → informeren → gezegd op expeditieteam in juni dat we dit niet gingen doen?

	-1 → 3 (+ zwangerschap)	3 → 18	volwassenen	ouderen
Gezonde voeding	X	X	X	X (tandzorg – slikprobl.)
Psychisch welbevinden		X	X	
Stoornissen / Problematieken		X	X	X
Voeding baby's	X			

1.1. Preventief luik: gezonde voeding (met link naar armoede)

1.1.1. Gezondheidsdoelstelling gezond leven en BMI als indicator

- [Strategisch plan 'De Vlaming leeft gezonder in 2025'](#) = basis voor een Vlaams preventief gezondheidsbeleid dat er op gericht is om de Vlaming gezonder te laten leven op het vlak van eten, sedentair gedrag, lichaamsbeweging, tabak, alcohol en drugs.
- Overheid zet in de eerste plaats in op het bevorderen van een gezonde leefstijl bij haar burgers (over de subthema's heen). Gewicht wordt wel gebruikt als indicator voor de levensstijl.

1.1.2. Cijfergegevens Sciensano m.b.t. eetgedrag

- Percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder dat dagelijks fruit eet

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
48,4	48,5	46,2	46,6

- Percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder dat dagelijks groenten eet

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
67,6	69,4	65,6	69,8

- Percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder dat gesuikerde frisdrank drinkt

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
15,1	15,9	17,8	19,6

- Percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder dat dagelijks zoete of zoute snacks eet

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
26,9	27,2	19,6	30,7

- Percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder dat dagelijks groenten en fruit eet

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
42,0	41,4	38,9	42,1

- Percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder dat de voedingswaarde heel belangrijk vindt bij het kopen van eten

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
41,5	40,4	42,1	37,3

- Percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder dat de prijs heel belangrijk vindt bij het kopen van eten

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
39,4	40,8	41,9	41,9

- Percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder dat het gemak heel belangrijk vindt bij het kopen van eten

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
18,0	19,1	19,3	21,5

- Percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder dat geprobeerd heeft om gezond te eten in de afgelopen 12 maanden

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
73,5	73,6	70,5	72,4

- Percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder dat de intentie heeft om in de komende 12 maanden gezond te eten

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
67,5	68,8	70,7	66,8

- Percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder dat als belemmering om gezond eten aangeeft dat ze op onregelmatige uren werken

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
31,4	29,6	26,3	31,0

- Percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder dat als belemmering om gezond te eten aangeeft dat ze lekker eten niet willen of kunnen missen

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
63,3	66,1	63,5	66,9

- Percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder dat als belemmering om gezond te eten aangeeft dat ze een druk leven hebben

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
58,7	59,9	59,6	54,5

- Percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder dat als belemmering om gezond te eten aangeeft dat gezonde voeding duur is

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
65,3	68,4	71,9	69,6

- Percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder dat als belemmering om gezond te eten aangeeft dat familie en vrienden gezonde voeding niet lekker vinden

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
28,0	27,4	31,0	28,3

- Percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder dat als belemmering om gezond te eten aangeeft dat er geen gezonde voeding in de winkel, kantine of thuis is

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
16,3	16,9	21,4	11,6

- Percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder dat als belemmering om gezond te eten aangeeft dat gezonde voeding vreemd of ongewoon is

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
12,4	13,4	13,8	16,9

- Percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder dat als belemmering om gezond te eten aangeeft te weinig te weten over gezond eten

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
31,5	32,3	33,3	33,8

- Percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder dat als belemmering om gezond te eten aangeeft dat ze hun honger niet kunnen stillen met gezonde voeding

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
30,3	31,4	33,0	29,6

- Percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder dat geen belemmering ervaren om gezond te eten

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
7,1	5,1	4,7	3,4

- Uitgaande van de preventiebarometer van Sciensano wees ook de Vlaamse Ouderenraad in [een artikel](#) op de opvallende cijfers bij ouderen voor eet- en zitgedrag
 - 65-plussers hebben minder vaak de intentie om in de toekomst gezonder te eten, maar ze zijn er wel vaker van overtuigd dat het hen zal lukken om die intentie waar te maken.
 - De voornaamste belemmering is het gebrek aan kennis over gezond eten.
 - En 65- tot 74-jarigen geven, vaker dan jongere leeftijdsgroepen, aan dat ze de prijs van gezonde voeding als een drempel te ervaren.

1.1.3. Cijfergegevens preventief gezondheidsbeleid bij steden en gemeenten

- Om in kaart te brengen hoe het in de praktijk gesteld is met het preventief gezondheidsbeleid bij lokale besturen, voert het **Vlaams Instituut Gezond Leven, in samenwerking met het Vlaams**

expertisecentrum Alcohol en andere Drugs (VAD) en de Lokale Gezondheidsoverleggen (Logo's), elke 4 jaar een bevraging uit bij Vlaamse lokale besturen (steden en gemeenten).

- In de indicatorenbevraging wordt er gekeken hoe lokale besturen de voorgaande jaren hun gezondheidsbeleid invulden. De resultaten van deze **indicatorenbevraging** tonen de werkpunten voor de komende jaren.
- De meest recente vragenlijst, waarover wij over de resultaten beschikken, werd aan het begin van de coronacrisis (05/03/2020 tot 10/07/2020) door 186 Vlaamse steden en gemeenten ingevuld. Op dit moment loopt opnieuw een dergelijke bevraging.
- [Resultaten bevraging 2020](#) – Er werd opgevraagd of we deze resultaten ook op niveau van onze 6 lokale besturen kunnen bekomen
- Resultaten voeding
 - In vergelijking met 2016 zetten lokale besturen significant meer in op een voedingsbeleid. De stijging is vooral te danken aan een verbetering op het vlak van de strategie 'afspraken en regels'.
 - Educatie
 - Centrumsteden en gemeenten met een hoger bevolkingsaantal zetten significant meer in op educatie (informerende van inwoners rond voeding, bijvoorbeeld via gemeentelijk blad), afspraken en regels (zoals prijsinterventies in de eigen gemeentelijke diensten) en omgevingsinterventies rond voeding (voorzien van gezonde dranken en tussendoortjes in de gemeentelijke diensten) dan niet-centrumsteden en gemeenten met een lager bevolkingsaantal. Dit verschil zagen we ook al in 2016.
 - Het is positief dat de overgrote meerderheid (**87%**) van de Vlaamse steden en gemeenten haar inwoners **informeert en sensibiliseert rond gezonde voeding**.
 - Populair daarbij is het (online) publiceren van artikels in het **gemeentelijk infoblad of stadsmagazine** (60%), informatie op de gemeentelijke **website, Facebookpagina of e-zine** (47%), het ophangen van **affiches, het verspreiden van folders en flyers** (53%) en het organiseren van **infosessies** (55%).
 - De meerderheid van Vlaamse steden en gemeenten (**71%**) communiceert naar de **algemene bevolking**.
 - **43%** van de steden en gemeenten communiceert ook naar burgers in een maatschappelijk kwetsbare situatie (d.w.z. een combinatie van een laag opleidingsniveau, lage werkintensiteit en een laag inkomen).
 - **14%** communiceert naar inwoners met een **verhoogd risico op voedingsgerelateerde problemen** (bv. mensen met diabetes, mensen met overgewicht, ondervoede ouderen, mensen met een voedselallergie).
 - **57%** geeft aan een **voorbeeldrol op te nemen naar de eigen inwoners**, waarbij 46% dit doet door een gezond aanbod van dranken en tussendoortjes bij recepties of vergaderingen te voorzien (2016: 12%) en 14% door deze (ook) te voorzien bij evenementen. 21% vraagt het gemeentebestuur en ambtenaren zelf mee te doen aan acties voor de inwoners.
 - **2%** heeft een **fruitautomaat** in de eigen gemeentelijke diensten.
 - **30%** heeft een **warmer drankenautomaat** voor koffie, thee of soep. In 2016 was dat 45%.
 - **31%** heeft een **koude drankenautomaat** (frisdrank of fruitsap), in 2016 was dat 50%.
 - **12%** heeft een **snackautomaat**.
 - **39%** geeft aan **geen** acties te ondernemen waarbij het bestuur een **voorbeeldrol** opneemt. Enkele lokale besturen geven aan het niet te weten.
 - De helft van de Vlaamse steden en gemeenten (**51%**) **stelt geen automaten ter beschikking** voor inwoners bij de eigen gemeentelijke diensten*. In 2016 was dat 1 op de 4.
 - **70%** van de Vlaamse steden en gemeenten biedt **gratis water** aan voor inwoners bij de eigen gemeentelijke diensten. Dat is een **daling** met 7% in vergelijking met 2016. Ook het aandeel gemeenten dat betalend water aanbiedt, daalde met 19%. Naast gratis water blijken er vooral **warmer dranken** beschikbaar te zijn bij de gemeentelijke diensten. In 1 op de 5 gemeenten is er **frisdrank** beschikbaar.

- **In de meeste gemeenten (67%) worden geen tussendoortjes aangeboden bij de gemeentelijke diensten.** 14% biedt zoute snacks zoals chips en nootjes aan en 10% gratis vers fruit. De andere tussendoortjes worden nauwelijks aangeboden.
- **39% moedigt de keuze voor gezonde voedingsmiddelen en dranken aan door deze goedkoper of gratis te maken** (bv. gratis water aanbieden). In 2016 gaf slechts 2% van de lokale besturen aan dit te doen.
- **Slechts 4% gaat minder gezonde voedingsmiddelen en dranken duurder maken** t.o.v. gezonde alternatieven. In 2016 was dat 1%.
- **31% zet gezonde keuzes in de kijker** d.m.v. een affiche, bordje of slogan, of door voedingswaarden te vermelden.
- **20% beperkt minder gezonde voedingsmiddelen en dranken** in de overeenkomst met voedings- en/of drankenleveranciers (bv. in automaten of keuken). In 2016 was dit 1%.
- **12% bevordert dan weer gezonde voedingsmiddelen en dranken** in de overeenkomst met voedings- en/of drankenleveranciers (bv. in automaten of keuken). In 2016 was dit 2%.
- **20% neemt geen initiatieven** en **6%** geeft aan het antwoord **niet te weten**.
- Daarnaast blijken veel steden en gemeenten ook via andere afspraken en regels gezonde voeding bij hun inwoners te stimuleren, bijvoorbeeld door een deel van de maandelijkse toelage voor kwetsbare gezinnen expliciet toe te kennen voor het aankopen van verse groenten en fruit, of door het kopen bij lokale fruitboeren te stimuleren.
- **Slechts een minderheid van de steden en gemeenten (24%) geeft aan zorg en begeleiding te voorzien** rond voeding voor de inwoners. 18% verwijst door naar een huisarts en 17% (ook) naar een diëtist. Het terugbetalen van de consultatie bij een diëtist maakt in vergelijking met 2016 een klein maar niet onbelangrijk sprongetje van 0% naar 2%.

1.1.4. *Link kansarmoede*

- Mensen in armoede eten ongezonder dan mensen die niet in armoede leven ([artikel](#)).

1.1.5. *Mogelijke finaliteiten*

- Burgers binnen ELZ Dender zijn beter geïnformeerd rond gezonde voeding binnen een gezonde leefstijl.
- Burgers verwerven competenties rond een gezond eetgedrag.
- Partners van de Eerstelijnszone (scholen, ondernemingen, zorg- en welzijnsactoren, lokale besturen, vrijetijdssector, ...) (worden ondersteund in het) implementeren een intern en extern beleid rond gezonde voeding.

1.1.6. *Mogelijke acties*

- Eetgedrag wordt gezien als een deelaspect van leefgedrag dat geleerd moet worden. Vanuit het open netwerk van de Eerstelijnszone kan gesensibiliseerd en ondersteund worden m.b.t. het ontwikkelen van de 4 eetcompetenties (de 4 G's):
 - Geregeld: heeft te maken met alles rond het plannen en organiseren van maaltijden.
 - Genieten: heeft te maken met alles rond het plezier dat eten en voeding mag geven.
 - Gevarieerd: heeft te maken met de mate van variatie in het voedingspatroon.
 - Genoeg: heeft te maken met het luisteren naar wat het lichaam nodig heeft bij zijn groei, het luisteren naar interne honger en verzadigingssignalen van ons lichaam.
- Gekoppeld aan het Strategisch Plan "De Vlaming leeft gezonder in 2025" binnen de Vlaamse gezondheidsdoelstelling "Gezonder Leven" 2017-2025 kunnen wij als Eerstelijnszone zeker een aantal

doelstelling en acties mee ondersteunen, faciliteren, ... die gelinkt zijn aan het thema gezonde voeding en beweging.

- Voorzien van laagdrempelige informatie en instrumenten (methodieken, online-tools, ...) zodat burgers zelf gezonde keuzes kunnen maken, met aandacht voor specifieke doelgroepen. Als ELZ richten we ons hiervoor op verschillende intermediairs: scholen, ondernemingen, gezondheidsvoorzieningen, lokale besturen, ...
Enkele concrete voorbeelden:
 - Voeding: actieve voedingsdriehoek
 - Beweging: 10.000 stappen – actueel [artikel](#) m.b.t. gezondheidswinst van dagelijkse beweging
- Zorg- en welzijnsactoren en -voorzieningen ondersteunen in een preventief gezondheidsbeleid dat voldoende kwaliteitsvol is
Enkele concrete voorbeelden: Bewegen op verwijzing (BOV)
- Deskundigheidsbevordering m.b.t. vroegdetentie en vroeginterventie (m.i.v. leefstijlverbetering) in de eerstelijns via gezondheidsgids, BOV, Halt2Diabetes, zoet zwanger, kleurrijk gezond, ...
- Voorzien van laagdrempelige informatie en instrumenten aan ouders om hun kinderen te laten opgroeien met een gezonde leefstijl, opnieuw via intermediairs zoals huizen van het kind, scholen, ...
Enkele concrete voorbeelden: gezondzwangerworden.be, gezondopvoeden.be, gezondeschool.be, schoolfruit, woogie boogie bewegingstussendoortjes, coach de coach eet- en gewichtsproblemen
- Voorzieningen en initiatieven in de kinderopvang en opvang van schoolkinderen ondersteunen in een beleid dat gezonde leefstijl bij kinderen bevordert dat voldoende kwaliteitsvol is.
Enkele concrete voorbeelden: methodiek gezonde kinderdagverblijven, actieve kinderopvang (naschools)
- Vrijtijdsactoren (sport, cultuur, horeca, jeugdwerk en diverse verenigingen als jeugdbewegingen, socioculturele verenigingen, ouderenverenigingen, ...) ondersteunen in een beleid dat gezonde leefstijl bevordert
 - Informeren, sensibiliseren en motiveren m.b.t. gezonde leefstijl, gezondheidsbevorderende omgeving, ...
 - Voldoende deskundigheidsondersteuning voor personeel en vrijwilligers op vlak van gezonde leefstijl in relatie tot de aard van de vrijetijdsbesteding
- Uitgaande van de bevraging van het preventief gezondheidsbeleid bij steden en gemeenten, zou het misschien zinvol kunnen zijn om een intervisiegroep op te starten met onze 6 lokale besturen om van elkaar te leren, actief te verbreden, ...
- In het kader van afstemming van het beleid van een lokaal bestuur en dat van een Eerstelijnszone lijkt het een evidentie om met de lokale besturen in gesprek te gaan om de prioritaire thema's van onze Eerstelijnszone ook te vertalen naar lokaal beleid vanuit het lokaal bestuur.
- Mogelijke acties kunnen dan zijn:
 - Een [voedingsbeleid](#) uitwerken op niveau van de gemeente
 - Werken aan een [gezonde publieke ruimte](#)
- Vanuit Logo bestaat een pakket rond gezonde voeding in sociale voedselvoorzieningen. Heel wat elementen die daarbinnen zijn ontwikkeld kunnen ook ruimer waardevol ingezet worden.

Werk je bij een sociale voedselvoorziening, zoals een sociale kruidenier, buurtrestaurant of voedselbank? En wil je gezonde voeding introduceren in het aanbod? Het project 'Gezonde voeding in sociale voedselvoorzieningen' helpt organisaties daarbij door antwoorden te bieden op vragen zoals:

- Hoe zorg je voor gezonde voeding in je aanbod?
- Hoe hou je het betaalbaar?
- Hoe help je de klant zo goed mogelijk, rekening houdend met zijn of haar religieuze of culturele achtergrond?

Waarom?

Uit recente behoeftebevestigingen is gebleken dat er een nood is aan ondersteuning om gezonde voeding op een toegankelijke manier aan te bieden.

Verder bleek er behoefte te zijn aan tips over:

- vragen van klanten i.v.m. halal-voeding
- de bereidings- en bewaarwijze van groenten en peulvruchten
- budgetvriendelijke recepten
- tips om het vertrouwen van klanten t.o.v. kraanwater te vergroten

Voor wie? Klanten van sociale voedselvoorzieningen

Wie kan aan de slag met het project? Sociale kruideniers, sociale restaurants, buurtrestaurants, voedselbedelingen, maaltijdbedelingen, voedselbanken, ...

Een overzicht van de materialen:

- Algemeen:
 - De brochure [Gezonde en betaalbare voeding in sociale voedselvoorzieningen](#) richt zich tot alle medewerkers. Ze staat boordevol tips om klanten op weg te helpen naar gezondere en betaalbare eetgewoonten.
- Winkelaanbod: Werk je in een sociale voedselvoorziening die voedingsmiddelen aanbiedt? Dan helpen deze materialen om aanbod gezonder en toegankelijker te maken voor iedere klant.
 - De brochure [Superdiverse en gezonde voeding](#) helpt je om het winkelaanbod af te stemmen op een divers publiek. Je vindt er bijvoorbeeld tips over hoe je je aanbod halal-vriendelijker kan maken.
 - De [Winkelgids](#) helpt je om een gezonder aanbod en een gezondere winkelinrichting te verwezenlijken. De aanbevelingen van de voedingsdriehoek vormen het vertrekpunt voor deze gids.
 - In [Papierenfiches groenten en peulvruchten](#) staan de bewaar- en bereidingswijzen van een groente of peulvrucht, met telkens een budgetvriendelijk recept erbij. Er zijn 15 verschillende fiches. Je kan ze gemakkelijk meegeven met je klanten, in functie van het seizoen en van jullie aanbod op dat moment.
- Maaltijdaanbod: Werk je in een sociale voedselvoorziening die maaltijden aanbiedt? Dan helpen deze materialen om jullie aanbod gezonder en toegankelijker te maken voor iedere klant:
 - De brochure [Superdiverse en gezonde voeding](#) (maaltijdaanbod) bevat heel wat handvaten om de maaltijden af te stemmen op een divers publiek. Zo staan er onder meer tips in om vegetarisch en halal-vriendelijker te koken.
 - De [Maaltijdgids](#) geeft gedetailleerde richtlijnen om maaltijden gezonder klaar te maken en aan te bieden. De aanbevelingen van de voedingsdriehoek vormen het vertrekpunt voor deze gids.

Meer informatie over gezonde voeding in sociale voedselvoorzieningen vind je op [deze pagina](#).

Wil jij als gezondheidsprofessional meer te weten komen over gezondheidsongelijkheid en voedselarmoede? Neem dan zeker een kijkje op [deze pagina](#).

1.2. Link van gezonde voeding naar beweging → BOV

1.2.1. Cijfergegevens Sciensano m.b.t. lichaamsbeweging – sedentair gedrag

- Percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder dat voldoet aan de gezondheidsaanbeveling om minstens 150 minuten per week matig tot hoog intensief bewegen

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
72,2	70,7	66,9	74,2

- Percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder dat geen belemmering ervaart om regelmatig te bewegen

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
12,1	10,5	12,9	9,8

- Percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder dat geprobeerd heeft om meer te bewegen in de afgelopen 12 maanden

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
64,9	65,4	66,2	64,1

- Percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder dat de intentie heeft om in de komende 12 maanden meer te bewegen

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
72,1	73,6	76,4	70,5

- Percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder dat als belemmering om regelmatig te bewegen gebrek aan interesse in lichaamsbeweging aangeeft

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
45,4	46,5	51,0	47,3

- Percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder dat als belemmering om regelmatig te bewegen gebrek aan tijd aangeeft

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
67,8	66,8	67,2	61,0

- Percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder dat als belemmering om regelmatig te bewegen gebrek aan sportkledij of sportmateriaal aangeeft

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
12,9	14,9	20,8	16,3

- Percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder dat als belemmering om regelmatig te bewegen gebrek aan aanbod van sport of beweegactiviteiten in de buurt aangeeft

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
19,7	23,3	21,6	21,7

- Percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder dat als belemmering om regelmatig te bewegen gebrek aan een goede gezondheid aangeeft

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
35,5	39,7	44,2	40,1

- Percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder dat als belemmering om regelmatig te bewegen gebrek aan iemand om samen mee te bewegen aangeeft

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
41,1	45,7	47,6	44,4

- Percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder dat meer dan 8 uur op een dag spendeert aan zitten of rusten

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
21,9	24,2	24,6	27,9

- Percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder dat geprobeerd heeft om minder lang stil te zitten in de afgelopen 12 maanden

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
32,1	35,0	36,7	35,1

- Percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder dat de intentie heeft om in de komende 12 maanden minder lang stil te zitten

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
43,5	46,2	46,5	44,0

- Percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder dat door zijn naasten aangemoedigd wordt om minder lang stil te zitten (sociale steun)

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
21,1	21,2	20,7	22,7

- Percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder dat kennis heeft over de aanbeveling om elke 30 minuten het stilzitten te onderbreken

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
29,9	29,0	26,8	30,9

- Uitgaande van de preventiebarometer van Sciensano wees ook de Vlaamse Ouderenraad in [een artikel](#) op de opvallende cijfers bij ouderen voor eet- en zitgedrag
 - De aanbeveling is om 150 minuten per week matig tot hoog intensief te bewegen. Het percentage Belgen dat deze aanbeveling haalt is het laagst bij de 75-plussers, met 64,9%. Bij de 65- tot 74-jarigen is het beeld positiever. Daar haalt 77,3% de aanbeveling.
 - Hoewel er in elke leeftijdsgroep een grote bereidheid is om meer te bewegen, liggen deze percentages lager bij ouderen. Respectievelijk 51,5% en 60,8% van de 75-plussers en de 65- tot 74-jarigen heeft in de afgelopen 12 maanden geprobeerd om meer te bewegen. Vooral het gebrek aan een goede gezondheid houdt ouderen tegen om meer te bewegen.

1.2.2. Cijfergegevens preventief gezondheidsbeleid bij steden en gemeenten

- Om in kaart te brengen hoe het in de praktijk gesteld is met het preventief gezondheidsbeleid bij lokale besturen, voert het **Vlaams Instituut Gezond Leven, in samenwerking met het Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs (VAD) en de Lokale Gezondheidsoverleggen (Logo's)**, elke 4 jaar een bevraging uit bij Vlaamse lokale besturen (steden en gemeenten).

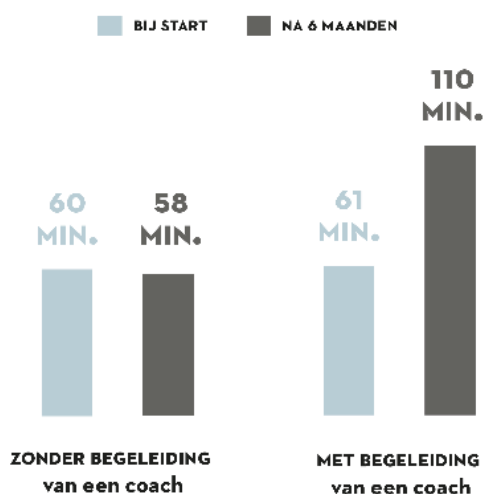
- In de indicatorenbevraging wordt er gekeken hoe lokale besturen de voorgaande jaren hun gezondheidsbeleid invulden. De resultaten van deze **indicatorenbevraging** tonen de werkpunten voor de komende jaren.
- De meest recente vragenlijst, waarover wij over de resultaten beschikken, werd aan het begin van de coronacrisis (05/03/2020 tot 10/07/2020) door 186 Vlaamse steden en gemeenten ingevuld. Op dit moment loopt opnieuw een dergelijke bevraging.
- [Resultaten bevraging 2020](#) – Er werd opgevraagd of we deze resultaten ook op niveau van onze 6 lokale besturen kunnen bekomen
- Resultaten thema bewegen
 - Het is positief dat **bijna alle** (97%) Vlaamse steden en gemeenten hun inwoners **informer**
en sensibiliseren over beweging.
 - Niet verrassend gebeurt dit het frequentst via het **gemeentemagazine** (89%), al dan niet op papier of online, op de voet gevolgd door **affiches, folders** (86%) en **website of socialemediakanalen** (77%). Ongeveer 1 op de 3 steden en gemeenten duidt aan al te werken met een **promotiecampagne** die bestaat uit een mix van communicatiekanalen. Dat is de meest effectieve educatiestrategie om burgers aan te zetten tot meer beweging. Daarom zouden we nog meer steden en gemeenten willen oproepen om hierop in te zetten. Het '[10.000 stappen'-project](#)' een schoolvoorbeeld op dat vlak.
 - De **algemene bevolking** is de meest voorkomende doelgroep van het gemeentelijke bewegingsbeleid en de bewegingsinitiatieven. Dat is niet verwonderlijk, en ook positief. Het is een belangrijke basisaanpak voor bewegingseducatie om op verder te bouwen, om vervolgens relatief meer in te zetten op specifieke doelgroepen ('proportioneel universalisme'). Groeipolen voor gerichte sensibilisering zijn de doelgroepen adolescenten, gezinnen en mensen in kwetsbare situaties of met medische risico's. Het is daarom belangrijk dat er bij elke methodiekontwikkeling aandacht is voor verschillende doelgroepen, via materialen en concrete tips op maat van de setting.
 - **Speelpleinen, sporthallen en parken blijven de meest aanwezige faciliteiten** voor burgers om te bewegen. **Groeipolen** blijven vooral de inrichting van een **autoluw of autovrij centrum. Slechts 16% doet dit**. Nochtans is dit een belangrijk element om meer beweegruimte en- infrastructuur, met extra aandacht voor de toegankelijkheid en bereikbaarheid voor mensen in kwetsbare situatie te creëren. Een noodzaak die nog actueler is geworden in het licht van de coronacrisis. Ook wat betreft de planning van **speelweefsel en goede fietspaden** kunnen gemeenten het best nog een versnelling hoger schakelen.
 - 85% heeft openbare sportvelden (basketbal, voetbal ...)
 - 87% heeft een openbare sporthal
 - 47% heeft openbare fitnessstoestellen
 - 79% heeft een openbare atletiekpiste of Finse looppiste
 - 87% heeft een park
 - 40% heeft volkstuintjes
 - 27% heeft een speelweefsel
 - 48% heeft veilige en goed verlichte fietsenstallingen
 - 44% heeft veilige en goed verlichte fietspaden
 - 16% heeft een autoluw centrum
 - 70% heeft trage wegen
 - 85% heeft fietsstraten of schoolstraten
 - 87% organiseert **sportkampen** voor kinderen en jongeren.
 - 62% organiseert niet-competitieve sport- of **bewegingsinitiatielessen** voor inwoners.
 - Die initiatielessen worden voornamelijk voor alle inwoners georganiseerd. Slechts een minderheid (12%) organiseert die voor mensen met verhoogd risico op bewegingsgerelateerde problemen of voor mensen in een maatschappelijk kwetsbare situatie (18%).
 - 44% moedigt **trapgebruik** aan in de gebouwen van de gemeentelijke diensten.
 - 27% zet in op **verhuur van fietsen** (bv. fietsdeelsysteem).
 - 7% voorziet andere **initiatieven, specifiek gericht naar ouderen**.
 - 20% voorziet andere fysieke of structurele initiatieven dan hierboven opgesomd, zoals beweegroutes, gratis fietsverhuur of sportuitrusting, een vergoeding, speelbos ...

- 6% voorziet andere initiatieven dan hierboven opgesomd, met een divers aanbod van wandelingen, beweeglessen, -programma's en -projecten ...
- Als we kijken **naar welke (doel)groepen de niet-competitieve initiatielessen gericht zijn**, dan zien we dat 62% van de steden en gemeenten ze voor alle inwoners organiseert. 44% richt zich specifiek naar ouderen, 39% naar kinderen, 37% naar volwassenen, 27% naar jongeren, 18% naar mensen in een maatschappelijk kwetsbare situatie en 12% naar mensen met een verhoogd risico op bewegingsgerelateerde problemen. Voor de laatste twee groepen zijn er nog veel groeikansen.
- 38% heeft regels rond **veiligheid, netheid en sociale controle** bij speelpleinen, parken en sportterreinen. Dat is belangrijk om een aangenaam en veilig gevoel te creëren, zeker voor doelgroepen zoals kinderen en ouderen.
- Bij 37% zijn er regels rond het bevorderen van **actieve verplaatsingen** te voet en per fiets (bv. rond mobiliteitsplanning, voorrangsregels en verkeersveiligheid).
- 56% geeft aan dat er **speelstraten** worden ingericht.
- 19% geeft aan dat er geen regels zijn om beweging te bevorderen bij inwoners en 10% geeft aan het niet te weten.
- 45% voorziet subsidies voor een recreatief aanbod in sportclubs (geen competitieformules).
- 46% geeft korting op deelname aan een lokaal bewegingsaanbod (bv. korting op abonnement in sportcentra, deelnemen aan de UTPAS).
- 19% geeft subsidies voor de organisatie van naschoolse beweging, inclusief sport.
- 8% geeft aan dat er geen subsidies zijn en 16% weet het niet.
- Het uitwisselen van goede praktijken tussen steden en gemeenten - met en zonder ervaring - kan deze percentages optrekken. Preventieorganisaties kunnen hierin faciliteren door bv. het delen van subsidiereglementen en het opleiden van gemeentepersoneel om zulke zaken goed in de markt te zetten.
- Er is nood aan een gezonde mobiliteit die uitgaat van het **STOP-principe**, de rangorde van wenselijke vervoerwijzen: **Stappen, Trappen** (fiets), **Openbaar vervoer** en pas in laatste instantie **Privé** (individueel gemotoriseerd vervoer), waarbij de gezonde keuze de makkelijkste wordt. Hoewel het STOP-principe ondertussen al bijna 20 jaar oud is en een begrip geworden is in het mobiliteitsdiscours, antwoordt slechts 14% het STOP-principe consequent toe te passen. 16% past het nu en dan toe en 25% nooit. Dat zijn lage percentages. Het is nochtans een cruciale voorwaarde voor meer, en veilige en comfortabele actieve verplaatsingen. Preventieprofessionals kunnen alvast proberen om in hun acties, projecten en campagnes advies te geven dat aansluit bij het STOP-principe.
- **Resultaten thema lang stilzitten**
 - Slechts **43%** van de steden en gemeenten geeft aan **informatie rond minder lang stilzitten te verspreiden** naar inwoners. Die vaststelling komt overeen met de situatie uit 2016. De lokale besturen die er wel over informeren, doen dat voornamelijk via diverse promotiematerialen, het (online) **gemeenteblad** en **online communicatiekanalen**. Een **promotiecampagne** met verschillende communicatiekanalen is de meest effectieve communicatiemethode rond minder lang stilzitten. Daarom zouden we alle andere gemeenten dan de huidige 8% willen oproepen om hierop in te zetten. De [10.000-stappencampagne](#) is een schoolvoorbeeld, waarvan bewezen is dat ze ook aanzet tot minder lang stilzitten.
 - De lokale besturen die informeren rond lang stilzitten, doen dit voornamelijk naar **al hun inwoners** (67%). Educatie naar de algemene bevolking is een belangrijke basis om op verder te bouwen, en vervolgens relatief meer in te zetten op specifieke doelgroepen ('proportioneel universalisme'). Lokale besturen die informeren rond minder lang stilzitten naar specifieke doelgroepen richten zich vooral naar **ouderen** (30%), **mensen met een hoger risico** op gezondheidsproblemen gelinkt aan lang stilzitten (20%) en **mensen in een maatschappelijk kwetsbare situatie** (17%).
 - We zien voor statafels en stappentellers een positieve evolutie tegenover 2016: een stijging van 10% voor statafels en 3% voor stappentellers.
 - 43% heeft publieke infrastructuur of aanbod om lang stilzitten te beperken: 13% beperkt het aantal parkeerplaatsen, 23% heeft sta-tafels in de gemeentelijke diensten en 23% verhuurt stappentellers.

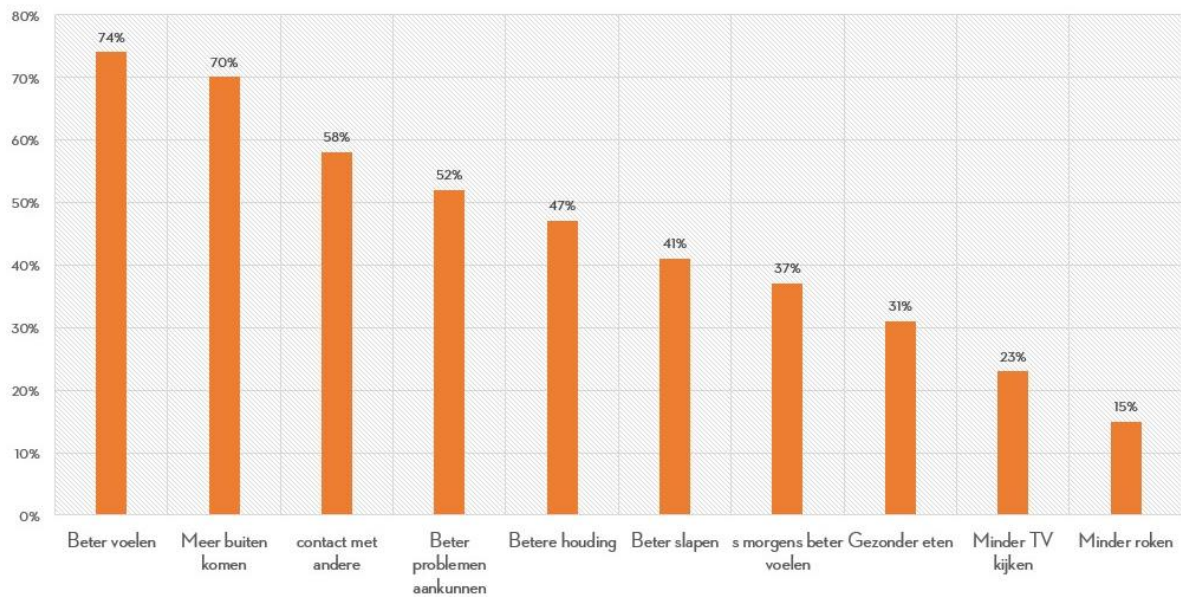
- Slechts **14%** van de lokale besturen (voornamelijk centrumsteden) neemt onderstaande zaken op in hun **regelgeving** in functie van **minder (lang) stilzitten** voor inwoners:
 - **12%** van de lokale besturen heeft een **regeling voor het ontmoedigen van verplaatsingen met de auto**, zoals de reductie van het aantal parkeerplaatsen, mobiliteitsplanning, voorrangregels en verkeersveiligheid.
 - Er is nog groeipotentieel m.b.t. **het staand of zittend ontvangen van burgers** door het gemeentepersoneel: slechts **2%** doet dit. Gemeenten kunnen hier als publieke rechtspersoon een voorbeeldrol opnemen. Via een specifiek aanbod (bv. statafels) en bijhorende afspraken dragen ze bij aan het creëren aan gedragsverandering.
- Een minderheid van de lokale besturen (27%) neemt specifieke initiatieven om lang stilzitten te voorkomen. Een hoog percentage van de lokale besturen geeft aan dit niet te weten (20%).
- Steden en gemeenten zetten voornamelijk in op het toekennen van **subsidies voor de mindermobielen centrale** (20%) en in mindere mate op het invoeren van een derdebetalerssysteem of andere **subsidies om het gebruik van het openbaar vervoer te stimuleren** (10%).

1.2.3. Cijfergegevens BOV ELZ Dender

- Mogelijke positieve bijwerkingen van bewegen op verwijzing:
 - Meer sociale contacten
 - Gezonder eten
 - Minder tv-kijken
 - Beter voelen
 - Meer buiten komen
 - Beter slapen
- Onderzoek toont aan dat bewegen op verwijzing inactieve patiënten actiever maakt.



- Evolutie aantal consultaties (deelnemers):
 - 2018: 5.188
 - 2019: 9.655
 - 2020: 8.980 (impact COVID-19 ...)
 - 2021: 10.406
- Gevolgen van bewegen op verwijzing



- Cijfers BOV 2021
 - Meer dan 10.000 consultaties in 2021
 - 1834 nieuwe deelnemers gestart in 2021
 - 93%: individuele consultaties
 - 37% had recht op een VT
 - 85% behaalde zijn of haar doelstellingen uit het beweegplan volledig (12% gedeeltelijk)
 - 1564 artsen verwezen minstens 1 patiënt door via de online verwijstool
 - **Meest voorkomende pathologiën:**
 - Overgewicht en obesitas
 - Mentale aandoeningen
 - Diabetes type 2
 - Cardiovasculaire aandoeningen
 - Artrose
- Evolutie BOV ELZ Dender
 - Berlare, Buggenhout, Dendermonde en Lebbeke erkend vanaf januari 2018, start 1/1/2019
 - 1/03/2022: opstartgesprekken Zele
 - Uitbreidingsdossier indienen oktober 2022
 - April 2023: Goedgekeurd
 - Gesprekken Hamme: mei 2022 (toen incentive gezond leven bij Waasland)
 - ➔ 2023: Hamme stapt niet mee in project
 - Gevangenis: interesse
 - Rode draad: moeilijke bereikbaarheid **maatschappelijk kwetsbare**

De eerstelijnszorg speelt een cruciale rol bij het stimuleren van beweging.

- Uit een nieuwe review blijkt dat als zorgprofessionals beweging aanmoedigen, hun patiënten daadwerkelijk meer gaan bewegen. Extra ondersteuning, zoals een **Bewegen Op Verwijzing-coach**, blijkt effectief te zijn.
- De review van 46 onderzoeken met 16.198 deelnemers toont aan dat interventies van zorgprofessionals het wekelijkse aantal minuten beweging met gemiddeld **14 minuten** verhogen. Deelnemers hebben **33% meer kans** om aanbevolen 150 minuten per week matig tot intensief actief te zijn. Zelfs gewichtsverlies werd waargenomen bij de groep die gestimuleerd werd om meer te bewegen.
- Meerdere **contactmomenten**, vooral met een **gezondheidsprofessional** uit de **eerstelijnszorg**, blijken effectiever te zijn. De eerstelijnszorg biedt veel mogelijkheden om patiënten te ondersteunen en het Bewegen Op Verwijzing-programma in Vlaanderen kan zorgverleners helpen om patiënten op regelmatige basis te begeleiden en ondersteunen.
- [Link naar review](#)

1.2.4. Mogelijke finaliteiten

- Burgers binnen ELZ Dender zijn beter geïnformeerd rond de impact van beweging binnen een gezonde leefstijl.
- De uitbreiding van de doorverwijzers van huisartsen naar een ruime groep van zorgverstrekkers (verpleegkundigen, kinesitherapeuten, diëtisten, apothekers, maatschappelijk werkers, psychologen, ergotherapeuten, vroedvrouwen, podologen, ...) vanaf 01/09/2023 wordt geïmplementeerd binnen onze Eerstelijnszone → doorverwijzers zijn geïnformeerd – burgers zijn geïnformeerd – ...
- Het aantal toeleidingen naar BOV en de actieve deelname aan BOV wordt geïntensifieerd
- Partners van de Eerstelijnszone (scholen, ondernemingen, zorg- en welzijnsactoren, lokale besturen, vrijetijdssector, ...) (worden ondersteund in het) implementeren een intern en extern beleid rond beweging.

1.2.5. Mogelijke acties

- Uitgaande van de bevraging van het preventief gezondheidsbeleid bij steden en gemeenten, zou het misschien zinvol kunnen zijn om een intervisiegroep op te starten met onze 6 lokale besturen om van elkaar te leren, actief te verbreden, ...
- In het kader van afstemming van het beleid van een lokaal bestuur en dat van een Eerstelijnszone lijkt het een evidentie om met de lokale besturen in gesprek te gaan om de prioritaire thema's van onze Eerstelijnszone ook te vertalen naar lokaal beleid vanuit het lokaal bestuur.
- Mogelijke acties kunnen dan zijn:
 - Een [bewegingsbeleid](#) uitwerken op niveau van de gemeente
 - Werken aan een [gezonde publieke ruimte](#)

1.3. Verslaving / misbruik medicatie

1.3.1. Cijfergegevens Belgische Gezondheids- en Welzijnscohort (BELHEALTH)

- [Bulletin januari 2023](#) - [Bulletin mei 2023](#)
- **Prevalentie van risicogedrag zoals het overschrijden van de aanbevolen alcohollimiet** nog steeds een punt van zorg: respectievelijk 18% en 13% van de volwassenen meldt dit gedrag.
- **Gebruik van alcohol**
 - Volgens de aanbevolen grens van niet meer dan 10 glazen alcohol per week bleek 18% van de volwassen bevolking een hoger risico te lopen, of boven deze grens te gebruiken.
 - Vooral mannen (27%), 65-plussers (20%), mensen met een betaalde baan (19%) en alleenstaanden (20%) vertoonden een hoger risico om 10 glazen of meer alcohol per week te drinken.
 - Risky single occasion drinking (RSOD) verwijst naar het drinken van 6 standaardglazen of meer alcoholische consumpties bij één gelegenheid, bv. op een feestje, met vrienden of alleen thuis. Dit kan in verband worden gebracht met een aantal gezondheids-, sociale en economische factoren, zoals uit vele studies blijkt. Het drinken van 6 of meer glazen alcohol bij dezelfde gelegenheid kwam niet voor bij 45% van de volwassen bevolking. Voor 17% kwam het minder dan één keer per maand voor. 31% van de bevolking dronk maandelijks 6 of meer alcoholische dranken bij dezelfde gelegenheid, 6% deed dat wekelijks en 1% dagelijks. Voor 7% van de volwassenen kwam het drinken van 6 of meer glazen bij dezelfde gelegenheid dus minstens één keer per week voor. Vooral mannen (12%), 18-29 jarigen (10%) en alleenstaanden (9%) liepen een groter risico om ten minste wekelijks 6 of meer glazen bij dezelfde gelegenheid te drinken.
- **Gebruik van tabak**
 - In vergelijking met het tabaksgebruik in 2018 is er een afname van het dagelijks tabaksgebruik (13% vs 16%).
 - Vooral mensen tussen 30-49 jaar (15%) en 50-64 jaar (16%), mensen die in Wallonië wonen (14%), mensen met ten hoogste een diploma secundair onderwijs (16%), mensen zonder

betaald werk (28%), mensen die niet in staat zijn om te werken (27%), alleenstaanden zonder (20%) en met (21%) kinderen liepen een groter risico om dagelijks te roken.

- Het gebruik van slaapmiddelen en antidepressiva is relatief gebruikelijk: respectievelijk 14% en 13% van de volwassenen zegt deze geneesmiddelen te gebruiken.
- 14% gebruikte de afgelopen 2 weken **slaap- of kalmeringsmiddelen**.
 - De volgende groepen vertoonden een groter risico op het gebruik van kalmerende middelen: mensen die arbeidsongeschikt zijn (35%), mensen die alleen wonen (21%), 50-plussers (17% van de 50-64-jarigen en 20% van de 65-plussers), mensen die in Wallonië wonen (17%), vrouwen (16%) en mensen met ten hoogste een diploma secundair onderwijs (16%). Mensen met angst- of depressieklachten (32% en 34%) gebruikten vaker slaap- of kalmeringsmiddelen dan mensen zonder angst- of depressieklachten (10% en 11%).
 - Vergeleken met december 2020 (tijdens de COVID-19-crisis) meldden aanzienlijk minder volwassenen een toename van hun gebruik van kalmerende middelen.
- 13% gebruikte de afgelopen 2 weken **antidepressiva**
 - Arbeidsongeschikten (37%), mensen tussen 30-49 jaar (13%) en 50-64 jaar (16%), alleenstaanden (15%), mensen met ten hoogste een diploma secundair onderwijs (14%) en vrouwen (14%) vertoonden een hoger risico om antidepressiva te gebruiken. Mensen met angst- of depressiesymptomen (30% en 31%) gebruikten vaker antidepressiva dan degenen die geen angst- of depressiesymptomen hebben (9% en 9%).

1.3.2. *Cijfergegevens Sciensano*

- Alcohol
 - Percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder dat in de afgelopen 12 maanden alcohol gedronken heeft (= **recente alcoholgebruikers**)

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
81,7	83,0	83,5	82,0

- Percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder dat dagelijks alcohol drinkt (= **dagelijkse alcoholgebruikers**)

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
6.5	5.6	5.9	8.9

- Percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder dat meer dan 10 glazen alcohol per week drinkt (= **riskante alcoholgebruikers**)

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
10.3	10.1	10.1	10.9

- Percentage recente alcoholgebruikers van 18 jaar en ouder dat geprobeerd heeft om **minder alcohol** te drinken in de afgelopen 12 maanden

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
25.3	27.9	23.9	27.2

- Percentage recente alcoholgebruikers van 18 jaar en ouder dat geprobeerd heeft om te **stoppen** met alcohol te drinken in de afgelopen 12 maanden

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
6.0	6.1	5.7	7.4

- Percentage recente alcoholgebruikers van 18 jaar en ouder dat de **intentie** heeft om in de komende 12 maanden **minder** alcohol te drinken

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
24.4	27.7	28.4	21.0

- Percentage recente alcoholgebruikers van 18 jaar en ouder dat de **intentie** heeft om in de komende 12 maanden te **stoppen** met alcohol drinken

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
6.3	6.7	7.3	5.9

- Percentage recente en vroegere alcoholgebruikers van 18 jaar en ouder dat het moeilijk vindt om geen alcohol te drinken als vrienden wel alcohol drinken (**sociale druk**)

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
17.5	20.7	18.2	17.2

- Percentage recente en vroegere alcoholgebruikers van 18 jaar en ouder dat het moeilijk vindt "nee" te zeggen als iemand een drankje met alcohol aanbiedt (**sociale druk**)

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
13.6	14.7	14.0	12.0

- Percentage recente en vroegere alcoholgebruikers van 18 jaar en ouder dat het moeilijk vindt om helemaal te stoppen met drinken (**sociale druk**)

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
30.9	33.9	32.8	34.5

- Percentage recente en vroegere alcoholgebruikers van 18 jaar en ouder dat kennis heeft over **de invloed van alcohol op de werking van medicijnen**

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
89.8	90.4	89.6	88.7

- Percentage recente en vroegere alcoholgebruikers van 18 jaar en ouder dat kennis heeft over **de invloed van alcohol op psychische klachten**

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
76.5	75.5	76.9	71.8

- Percentage recente en vroegere alcoholgebruikers van 18 jaar en ouder dat kennis heeft over **de invloed van alcohol op kanker**

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
44.6	48.0	43.8	47.9

- Percentage recente en vroegere alcoholgebruikers van 18 jaar en ouder dat weet dat **1 glas rode wijn per dag niet gezond** is

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
27.7	28.1	27.2	29.6

- Percentage recente en vroegere alcoholgebruikers van 18 jaar en ouder dat weet dat volwassenen **niet meer dan 10 glazen alcohol per week mogen drinken**

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
66.0	66.8	69.2	66.0

- Uitgaande van de preventiebarometer van Sciensano wees ook de Vlaamse Ouderenraad in [een artikel](#) op de opvallende cijfers bij ouderen voor alcoholgebruik
 - Het dagelijks alcoholgebruik ligt het hoogst in de oudste leeftijdscategorieën. 14,9% van de 75-plussers en 13,3% van de 65- tot 74-jarigen drinkt dagelijks alcohol. Wel is er een groot verschil tussen mannen en vrouwen. Bij 75-plussers gaat het om 20,5% mannen, versus 9,8% vrouwen. Bij 65- tot 74-jarigen drinkt 18,5% van de mannen dagelijks, versus 8,7% van de vrouwen.

- Riskant alcoholgebruik is hoger bij 55-64-jarigen (13,7%) en 65-74-jarigen (13,4%) dan bij alle andere leeftijdsgroepen. Bij 75-plussers gaat het bijvoorbeeld om 8,4%.
- 75-plussers probeerden het afgelopen jaar minder vaak om te minderen met alcohol (14,9%) dan de jongere leeftijdsgroepen. 25-34-jarigen (30,2%) probeerden het vaakst om minder alcohol te drinken.
- Het aantal personen dat probeerde te stoppen met alcohol is het laagst in de leeftijdsgroepen van 55 tot 64 jaar (3,7%) en van 75 jaar en ouder (3,8%).
- Een opmerkelijk verschil is dat de intentie om te stoppen met het drinken van alcohol in het komende jaar juist wel hoger ligt in de oudere leeftijdsgroepen. Bij 65- tot 74-jarigen gaat het om 11% en bij 75-plussers om 11,3%. Bij de jongere leeftijdsgroepen liggen die percentages tussen de 4,2% en 5,2%.
- Ouderen zijn er van alle groepen het minst zeker van dat het hen ook zal lukken om te stoppen of te minderen met alcohol.
- De negatieve werking van alcohol op medicijnen is iets minder gekend bij 75-plussers (82,2%) dan bij de jongere leeftijdsgroepen (tussen 87,7% en 93,7%).
- Het verband tussen alcoholgebruik en kanker is het minst gekend bij 18-24- jarigen (39,3%), 35-44-jarigen (41,2%) en 75-plussers (40,5%).
- 12,8% van de 75-plussers weet dat de stelling “1 glas rode wijn per dag is gezond” niet correct is.

- Cannabis

- Percentage van de bevolking van 18 tot 64 jaar dat cannabis heeft **gebruikt** in de afgelopen 12 maanden.

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
6.3	6.0	4.5	7.2

- Percentage van de bevolking van 18 jaar tot 64 jaar dat **kennis heeft over de verslavende werking van cannabis**

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
77.8	77.6	79.7	77.9

- Percentage van de bevolking van 18 jaar tot 64 jaar dat **kennis heeft over de invloed van cannabis op concentratie en geheugen**

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
69.9	69.9	72.3	62.8

- Percentage van de bevolking van 18 jaar tot 64 jaar dat **kennis heeft over de illegaliteit van cannabis**

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
37.0	38.0	40.5	43.6

1.3.3. Cijfergegevens IMA

- Percentage gebruikers antidespressiva, antipsychotica per kalenderjaar. Percentage rechthebbenden van 6 tot en met 17 jaar die gebruik maken van stimulantia per kalenderjaar.

Psychofarmaka (ambulant) - Gemeenten [6] 				
	% gebruikers antidepressiva		% gebruikers antipsychotica	
	2009	2019	2009	2019
Gemeente Berlare	11,6	12,9	2,9	3,0
Gemeente Buggenhout	12,7	13,1	2,6	2,8
Gemeente Dendermonde	12,0	12,8	3,1	3,3
Gemeente Lebbeke	11,7	13,3	3,0	2,9
Gemeente Hamme	11,1	12,5	2,8	3,0
Gemeente Zele	11,8	13,4	3,0	2,6
Gewest Vlaams Gewest	11,4	12,3	3,5	3,5
Provincie Oost-Vlaander...	11,5	12,6	3,4	3,3

% gebruikers stimulantia - Gemeenten [6] 				
	2009	2010	2019	2020
Gemeente Berlare	2,8	3,4	2,9	2,7
Gemeente Buggenhout	3,7	3,7	4,0	4,3
Gemeente Dendermonde	3,1	3,6	3,3	3,2
Gemeente Hamme	2,4	2,4	3,3	3,8
Gemeente Lebbeke	3,1	3,1	3,3	3,1
Gemeente Zele	2,6	2,7	2,9	2,8
Provincie Oost-Vlaander...	2,6	2,8	2,7	2,7
Gewest Vlaams Gewest	2,8	2,9	2,8	2,7

- Het gemiddelde voor de ELZ ligt elk jaar hoger dan in het Vlaams Gewest en Oost-Vlaanderen. 2,95 in 2009, 3,15 in 2010, 3,3 in 2019 en 3,3 in 2020.

1.3.4. Cijfergegevens preventief gezondheidsbeleid bij steden en gemeenten

- Om in kaart te brengen hoe het in de praktijk gesteld is met het preventief gezondheidsbeleid bij lokale besturen, voert het **Vlaams Instituut Gezond Leven, in samenwerking met het Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs (VAD) en de Lokale Gezondheidsoverleggen (Logo's)**, elke 4 jaar een bevraging uit bij Vlaamse lokale besturen (steden en gemeenten).
- In de indicatorenbevraging wordt er gekeken hoe lokale besturen de voorgaande jaren hun gezondheidsbeleid invulden. De resultaten van deze **indicatorenbevraging** tonen de werkpunten voor de komende jaren.
- De meest recente vragenlijst, waarover wij over de resultaten beschikken, werd aan het begin van de coronacrisis (05/03/2020 tot 10/07/2020) door 186 Vlaamse steden en gemeenten ingevuld. Op dit moment loopt opnieuw een dergelijke bevraging.
- [Resultaten bevraging 2020](#) – Er werd opgevraagd of we deze resultaten ook op niveau van onze 6 lokale besturen kunnen bekomen
- Resultaten thema roken:
 - **3 op de 4 lokale besturen informeren hun inwoners via minstens één kanaal over roken.** Dat doen ze voornamelijk via diverse promotiematerialen, zoals affiches en brochures, en via hun eigen communicatiekanalen, zoals het (online) gemeentebblad, de website en sociale media. Dat is een positieve vaststelling. Hopelijk zullen andere lokale besturen die hun inwoners nog

niet informeren over roken dat op termijn toch doen. We stellen vast dat het voornamelijk gaat om lokale besturen met minder dan 10.000 inwoners.

- **83%** informeert over **stoppen met roken** (rokers aanmoedigen om te stoppen en in contact brengen met een kwaliteitsvol rookstopaanbod). Dat is een stijging met 30% tegenover 2016.
- **65%** informeert over **het rookvrij maken van plaatsen waar kinderen en/of jongeren komen** (speeltuinen, sportterreinen ...). Aangezien er pas vanaf 2018 actief wordt gepromoot om ook in te zetten op het rookvrij maken van die plaatsen, is het feit dat meer dan 6 op de 10 steden en gemeenten hierop inzetten alvast zeer gunstig.
- **34%** informeert over **onvrijwillig meeroken/passief roken**.
- In de meerderheid van de lokale besturen is die informatie gericht naar de volledige bevolking. Waar men de informatie richt naar bepaalde doelgroepen, gebeurt dit vooral naar jongeren, volwassenen en mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties.
- Vlaamse steden en gemeenten hebben de afgelopen vier jaar duidelijke stappen gezet bij het rookvrij maken van hun diensten. Het gaat om gemeentediensten in een gesloten publieke ruimte zoals een sociaal huis, jeugddienst,... **In 34% van de steden en gemeenten geldt een volledig rookverbod binnen de eigen diensten, zowel binnen als buiten.** Dat is een stijging met 15% tegenover 2016.
- Vanuit het kader van Generatie Rookvrij is dit zeker positief. Bij een lokale sport- of jeugddienst komen ook veel kinderen en jongeren over de vloer. Het is daarom belangrijk dat er niet gerookt wordt of dat de rokers afgeschermd worden van de kinderen. Want zien roken, doet roken. Op basis van de huidige resultaten, blijkt er wel nog groeimarge om roken buiten te beperken tot afgebakende rookzones, idealiter ook uit het zicht van de kinderen.
- De meeste lokale besturen geven aan dat er overal buiten gerookt kan worden (46%). Slechts 13% geeft aan dat roken alleen kan in een rookzone buiten, en 5% in een buiten-rookzone uit het zicht van kinderen.
- Spelen en roken horen niet samen. Kinderen hebben het recht om zich te amuseren in gezonde lucht en propere ruimtes. **In bijna 60% van de Vlaamse steden en gemeenten zijn er geen afspraken en regels rond roken op speelterreinen of kan er op de speelterreinen buiten overal gerookt worden.** Die cijfers liggen veel te hoog. We begrijpen dat sommige speelterreinen te klein zijn om er een afgebakende rookruimte te installeren, maar idealiter geldt er dan een volledig rookverbod of wordt er aan de bezoekers gevraagd om buiten het speelterrein en uit het zicht van de kinderen te roken (bv. in een nabijgelegen straat).
- 40% van de lokale besturen geeft wel het goede voorbeeld: in 30% is er een volledig rookverbod op speelpleinen en bij 10% kan alleen gerookt worden op speelpleinen in een rookzone uit het zicht van kinderen.
- Ook met betrekking tot **de sportterreinen kan er in 60% van de gemeenten buiten overal gerookt worden of zijn er geen afspraken rond roken.** Ook hier is een volledig rookvrij terrein belangrijk. Sportterreinen hebben vaak een aanzienlijke oppervlakte, wat ook mogelijkheden biedt om aparte rookzones in te richten. 14% van de steden en gemeenten geeft aan over die rookzones te beschikken. Hier is nog heel wat progressie mogelijk. Ze worden idealiter ingericht uit het zicht van de (sportende) kinderen, bijvoorbeeld eerder achter de kantine dan naast de sportvelden.
- Het rookvrij maken van parken en recreatiedomeinen is in de realiteit niet evident. Het is positief dat lokaal ook initiatieven worden genomen naar het rookvrij maken of het beperken van roken tot afgebakende zones. Indien er in het park of recreatiedomein sport- en spelterreinen liggen, dan is het cruciaal om daar in te zetten op het rookvrij maken, gezien het groter aantal kinderen en jongeren dat er langskomt.
- **In 8% van de gemeenten is er wel een volledig rookverbod in parken en in 9% van de gemeenten in recreatiedomeinen.** In 3% van de parken en 7% van de recreatiedomeinen is er een aparte rookzone, en in 2% is er een rookzone uit het zicht van kinderen.
- Een aanzienlijk deel van de Vlaamse steden en gemeenten spreekt zowel haar inwoners (51%) als haar personeel (58%) aan wanneer wordt vastgesteld dat ze roken op rookvrije plaatsen. Mensen aanspreken op hun rookgedrag is zeker niet evident, daarom zijn de inspanningen die lokale besturen hierrond nemen zeer lovenswaardig.
- **54% van de steden en gemeenten voorziet op één of andere manier zorg en begeleiding rond roken voor inwoners.** In 2016 was dat nog maar 38%. Dat is een zeer mooie evolutie. Het merendeel van de Vlaamse steden en gemeenten verwijst haar burgers door naar externe

hulpverlening (36%) of naar de telefoonlijn Tabakstop (32%). In 1 op de 4 gemeenten organiseert men ook zelf cursussen rond rookstop voor de inwoners. We hopen dat die positieve evolutie de komende vier jaar verdergezet wordt.

- De meeste gemeenten richten hun rookstopbegeleiding naar alle inwoners (62%). Waar gemeenten een rookstopaanbod richten naar bepaalde doelgroepen, is dit voornamelijk naar volwassenen (16%) en mensen in een maatschappelijke kwetsbare situatie (14%).
- Resultaten thema alcohol:
 - **Bijna 8 op de 10 steden en gemeenten geven informatie rond alcoholgebruik aan de inwoners.** Die informatie wordt voornamelijk verspreid via diverse promotiematerialen, zoals affiches, folders en brochures, en via artikels in het (online) gemeentebblad. Daarnaast informeren ongeveer 4 op de 10 gemeenten via de gemeentelijke website of andere digitale communicatiekanalen (app, sociale media). Van de gemeenten die communiceerden via een signalisatie- en promotiecampagne (30%), geven er veel aan te hebben deelgenomen aan [Tournée Minérale](#).
 - De meeste steden en gemeenten (84%) informeren al hun inwoners over alcoholgebruik. In de gemeenten waar men zich (ook) richt naar specifieke doelgroepen, doet men dit voornamelijk naar jongeren. Idealiter hebben lokale besturen ook aandacht voor communicatie naar volwassenen en ouderen over (overmatig) alcoholgebruik. Daar kan dus nog verder aan gewerkt worden.
 - **Iets meer dan 8 op de 10 gemeenten geven aan een voorbeeldrol op te nemen rond alcoholgebruik.** In ongeveer de helft van de gemeenten doet men dit door personeel te vragen om zelf mee te doen aan acties voor de inwoners, zoals Tournée Minérale (61%), door een alcohol- en drugbeleid binnen de eigen diensten op te zetten (49%) en door een voldoende groot aanbod alcoholvrije alternatieven aan te bieden op evenementen (51%).
 - **Slechts 4 op de 10 lokale besturen geven aan structurele maatregelen te nemen die bijdragen aan de aanpak van alcoholproblematiek.** Dit lage cijfer komt voor een deel doordat 25% niet weet of er dergelijke maatregelen worden genomen. 35% geeft expliciet aan dit niet te doen.
 - De lokale besturen die aangeven dat het wel gebeurt, zetten het vaakst in op het (her)inrichten van de sociale omgeving, zoals **meer verlichting op openbare plaatsen** (16%), en door in te zetten op **alternatief vervoer bij lokale evenementen** (16%). Meer verlichting op openbare plaatsen zorgt voor sociale controle en bevordert het veiligheidsgevoel van inwoners.
 - 11% zet in op **sociale activering en arbeidsactivering van (voormalige) alcoholgebruikers**. 6% op heeft een online **infopunt op de gemeentelijke website**.
 - Hierbij dient evenwel te worden opgemerkt dat de alcohol- en drugthematiek door veel steden en gemeenten voornamelijk vanuit een **veiligheidsperspectief** wordt benaderd. Zo nemen heel wat steden en gemeenten structurele en omgevingsgerichte maatregelen om onveiligheidsgevoelens, overlast ... aan te pakken. Die maatregelen kunnen evenwel ook gezien worden als onderdeel van een beleidsmatige aanpak in het kader van alcohol- en druggebruik.
 - **Ongeveer 6 op de 10 Vlaamse steden en gemeenten hebben afspraken en regels rond alcoholgebruik bij inwoners.** Degene met dergelijke afspraken en regels hebben in de meeste gevallen een lokaal fuiven- en evenementenbeleid (52%), bv. voor het afleveren van vergunningen. Daarnaast heeft 33% afspraken en regels over de naleving van de wetgeving op de verkoop van alcohol aan jongeren onder de wettelijke leeftijd.
 - 10% koppelt de subsidiëring van jeugdhuizen en -verenigingen aan de ontwikkeling van hun TAD-beleid (lokaal tabak-, alcohol- en drugbeleid).
 - 22% heeft geen afspraken en regels rond alcohol in de gemeente en 19% weet het niet.
 - Bij ongeveer **8 op de 10 gemeenten en steden kunnen inwoners met een alcoholgerelateerd probleem terecht voor hulpverlening en ondersteuning**. 11% van de lokale besturen voorziet geen begeleiding voor inwoners en 8% gaf als antwoord "ik weet het niet".
 - De meeste steden en gemeenten bieden zelf geen ondersteuning aan, maar verwijzen wel door:
 - 70% verwijst door naar **ambulante externe hulpverlening** zoals CGG, JAC, CAW,...
 - 41% verwijst door naar **externe residentiële hulpverlening** zoals Crisis Interventie Centra, PAAZ-diensten (Psychiatrische Afdeling in een Algemeen Ziekenhuis), ontweningsafdelingen in psychiatrische ziekenhuizen, Therapeutische Gemeenschappen,...

- **40%** verwijst (ook) door naar [De DrugLijn](#)
 - **38%** verwijst door naar **zelfhulpprogramma's** (bv. www.alcoholhulp.be) of **groepen** (bv. AA, SOS Nuchterheid)
- Een minderheid van de steden en gemeenten organiseert zelf begeleiding:
 - **17%** biedt **individuele begeleiding** aan, georganiseerd door de gemeente zelf. Bv. via een Drugpunt.
 - **7%** biedt **groepscursussen** aan, georganiseerd door de gemeente zelf.
- Dit begeleidingsaanbod wordt vooral voorzien voor alle inwoners van de gemeente. Er wordt in mindere mate begeleiding voorzien voor specifieke groepen zoals jongeren (12%) en mensen in een maatschappelijk kwetsbare situatie (10%).
- **Resultaten thema drugs:**
 - **Bijna 7 op de 10 steden en gemeenten geven informatie rond illegaal druggebruik aan de inwoners.** Deze informatie wordt voornamelijk verspreid via diverse promotiematerialen, zoals affiches, folders en brochures (51%). Daarnaast gebeurt de verspreiding bij 38% van de gemeenten en steden via een artikel in het (online) gemeentebblad. 1 op de 3 gemeenten doet dit via het organiseren van infosessies of workshops, en/of via de gemeentelijke website of andere digitale communicatiekanalen, zoals een app of sociale media.
 - Het merendeel van Vlaamse steden en gemeenten informeert alle inwoners over illegaal druggebruik. In de gemeenten waar men zich (ook) richt naar specifieke doelgroepen, doet men dit voornamelijk naar jongeren.
 - **Slechts 4 op de 10 lokale besturen geven aan dat hun gemeente structurele maatregelen neemt die bijdragen aan de aanpak van de problematiek rond illegale drugs.** Dit lage cijfer valt deels te verklaren doordat bijna 3 op de 10 steden en gemeenten niet weten of er dergelijke maatregelen worden genomen.
 - De lokale besturen die aangeven dat het wel gebeurt, zetten het vaakst in op het (her)inrichten van de sociale omgeving, zoals **meer verlichting op openbare plaatsen** (25%). Daarnaast zet 11% in op **alternatief vervoer bij lokale evenementen**, en 10% op **sociale activering en arbeidsactivering van (voormalige) druggebruikers**.
 - 5% voorziet een online infopunt op de gemeentelijke website en ook 5% zet in op spuitenruil.
 - Hierbij dient te worden opgemerkt dat de alcohol- en drugthematiek door veel steden en gemeenten voornamelijk vanuit een **veiligheidsperspectief** wordt benaderd. Zo nemen heel wat steden en gemeenten structurele en omgevingsgerichte maatregelen om onveiligheidsgevoelens, overlast ... aan te pakken. Die maatregelen kunnen evenwel ook gezien worden als onderdeel van een beleidsmatige aanpak in het kader van alcohol- en druggebruik.
 - **Slechts iets minder dan de helft van Vlaamse steden en gemeenten heeft specifieke afspraken en regels rond druggebruik bij inwoners.**
 - In de meeste gevallen gaat het om regels en afspraken rond het **lokaal fuiven- en evenementenbeleid**, zoals het afleveren van vergunningen (**41%**). **12%** geeft aan **regels rond de subsidiëring van jeugthuizen en jeugdverenigingen** te hebben, door bijvoorbeeld subsidies te koppelen aan de ontwikkeling van een TAD-beleid (lokaal tabak-, alcohol- en drugbeleid).
 - Opvallend is dat 1 op de 3 aangeeft niet te weten of ze dergelijke regels en afspraken hebben. 22% geeft expliciet aan geen (bijkomende) regels rond druggebruik voor inwoners te hebben.
 - **Bij ongeveer 8 op de 10 gemeenten en steden kunnen inwoners met problemen rond illegale drugs terecht voor hulpverlening en ondersteuning.** Het merendeel van de steden en gemeenten biedt zelf geen ondersteuning of begeleiding aan, maar verwijst wel door naar ambulante externe hulpverlening zoals een CGG. Ongeveer 4 op de 10 gemeenten wijzen inwoners ook de weg naar externe residentiële hulpverlening, zoals Crisis Interventie Centra en De Druglijn. Financiële tegemoetkoming of logistieke ondersteuning wordt hierbij echter zelden voorzien.
 - De meeste steden en gemeenten bieden zelf geen ondersteuning aan, maar verwijzen wel door:
 - **67%** verwijst door naar **ambulante externe hulpverlening** zoals CGG, JAC, CAW, ...

- **45%** verwijst door naar **externe residentiële hulpverlening** zoals Crisis Interventie Centra, PAAZ-diensten (Psychiatrische Afdeling in een Algemeen Ziekenhuis), ontweningsafdelingen in psychiatrische ziekenhuizen, Therapeutische Gemeenschappen, ...
- **44%** verwijst (ook) door naar **De Druglijn**
- **27%** verwijst door naar zelfhulpprogramma's (bv. www.drughulp.be) of -groepen (bv. na-belgium.org, SOS Nuchterheid)
- Een minderheid van de steden en gemeenten gaat zelf begeleiding organiseren:
 - **20%** biedt **individuele begeleiding** aan, georganiseerd door de gemeente zelf. Bv. via een Drugpunt.
 - **4%** biedt **groeps cursussen** aan, georganiseerd door de gemeente zelf
- Dit begeleidingsaanbod wordt vooral voorzien voor alle inwoners van de gemeente. Er wordt in mindere mate begeleiding voorzien voor specifieke groepen zoals jongeren (20%) en mensen in een maatschappelijk kwetsbare situatie (12%).

1.3.5. Mogelijke finaliteiten

- Het project rond optimalisatie medicatietraject (groene enveloppe, medicatiemapje, gemeente op schema) dat najaar 2023 in Berlare en Hamme wordt uitgerold, wordt bij positieve evaluatie verder uitgerold binnen onze hele ELZ.
- Onze burgers zijn beter geïnformeerd rond de impact van en het maken van gezonde keuzes.
- De kennis en vaardigheden van de actoren binnen onze ELZ rond leefstijlverbetering is verhoogd, waardoor er ook een betere vroegdetectie en vroeginterventie bestaat.
- Het brede netwerk van onze ELZ (zorg- en welzijnsactoren, lokaal bestuur, maar ook vrije tijd, onderwijs, ...) is geïnformeerd rond en ondersteund in de ontwikkeling van een intern en extern beleid rond het voorkomen van alcoholgebruik, tabak, drugs en andere verslavende middelen.

1.3.6. Mogelijke acties

- Het thema drugs- en alcoholgebruik bij jongeren en jongvolwassenen staat ook in Zele vandaag hoog op de agenda na het ontvangen van heel wat signalen vanuit het onderwijs en de jongeren zelf. De gemeente wil samen met hun jeugdraad en in samenwerking met CGG Waas en Dender een jongerenbevraging organiseren. De gesprekken daarover starten wel pas in september, dus resultaten zullen niet op tijd zijn als insteek voor onze keuze, maar misschien is het wel een optie om mee aan te schuiven rond de tafel om de mogelijkheden te bekijken om te verbreden, te versterken, te verrijken, ... vanuit het brede netwerk van ELZ.
- Gekoppeld aan het Strategisch Plan "[De Vlaming leeft gezonder in 2025](#)" binnen de Vlaamse gezondheidsdoelstelling "Gezonder Leven" 2017-2025 kunnen wij als Eerstelijnszone zeker een aantal doelstelling en acties mee ondersteunen, faciliteren, ... die gelinkt zijn aan verslavingsproblematieken zoals alcohol, tabak of drugs.
 - Voorzien van laagdrempelige informatie en instrumenten (methodieken, online-tools, ...) zodat burgers zelf gezonde keuzes kunnen maken, met aandacht voor specifieke doelgroepen. Als ELZ richten we ons hiervoor op verschillende intermediairs: scholen, ondernemingen, gezondheidsvoorzieningen, lokale besturen, ...
Enkele concrete voorbeelden:
 - Tabak: Tabakstop, Smartstop, binnen roken is nooit OK
 - Drugs: druglijn.be, laat je niet vangen
 - Alcohol: Tournée Minérale
 - Algemeen: als kleine kinderen groot worden
 - Zorg- en welzijnsactoren en -voorzieningen ondersteunen in een preventief gezondheidsbeleid dat voldoende kwaliteitsvol is
Enkele concrete voorbeelden: Rookstopbegeleiding door tabakologen, tabaksbeleid in zorg- en welzijnsvoorzieningen, Gezonde Gasten (bijzondere jeugdzorg)
 - Deskundigheidsbevordering m.b.t. vroegdetectie en vroeginterventie (m.i.v. leefstijlverbetering) in de eerstelijns via ME ASSIST, rookstopbegeleiding, ...

- Vrijtijdsactoren (sport, cultuur, horeca, jeugdwerk en diverse verenigingen als jeugdbewegingen, socioculturele verenigingen, ouderenverenigingen, ...) ondersteunen in een beleid dat gezonde leefstijl bevordert
 - Informeren, sensibiliseren en motiveren m.b.t. gezonde leefstijl, gezondheidsbevorderende omgeving, ...
 - Voldoende deskundigheidsondersteuning voor personeel en vrijwilligers op vlak van gezonde leefstijl in relatie tot de aard van de vrijetijdsbesteding
 - Concrete voorbeelden: quality nights, safe'n sound, attent, feest wijzer, sportivos, drugs in beweging
- **Vorming voor lokale kwaliteitsgroepen rond interdisciplinaire aanpak vroeginterventie alcohol**

Het gebruik van alcohol is schadelijk voor de gezondheid, tegelijkertijd is het overal aanwezig in onze samenleving. Dat bemoeilijkt het opmerken van alcoholgerelateerde problemen. Er zijn echter mogelijkheden om problemen die mogelijk gelinkt zijn aan alcohol in een vroeg stadium te detecteren en bespreekbaar te maken. Niet alleen de huisarts, maar ook andere zorgverleners in de eerste lijn kunnen dergelijke problemen vroegtijdig identificeren en interveniëren.

In deze interdisciplinaire LOK krijgt u een beeld over de rol van verschillende zorgverleners binnen de eerstelijns rond de preventie en vroeginterventie van alcoholproblemen. Aan de hand van filmpjes worden de rollen van verschillende zorgverleners verduidelijkt. Tijdens de LOK kunnen inzichten over de samenwerking gedeeld worden en kan een sociale kaart worden opgemaakt.

De aanwezigheid van andere zorgactoren voor deze LOK kan een meerwaarde zijn, maar het is geen vereiste. Een uitnodiging kan enerzijds verstuurd worden naar de coördinator van de zorgraad van de eerstelijnszone, die het op zijn beurt kan verspreiden onder zorgverleners uit de buurt. Anderzijds kan de uitnodiging ook rechtstreeks verstuurd worden naar zorgverleners uit de buurt.

Dit LOK-pakket werd ontwikkeld in samenwerking met Vivel en VAD en kan als een doe-het-zelf-pakket worden aangevraagd. In het pakket zit de link naar de filmpjes, een draaiboek, een presentatie en een sjabloon voor een sociale kaart. Na de LOK dient er een evaluatie ingevuld te worden en kan een vergoeding van € 250 worden aangevraagd bij Domus Medica.

U kan de aanvraag nu reeds doen via onderstaande knop, begin september wordt het voorziene materiaal doorgestuurd naar de aanvrager.

Bij vragen mag u contact opnemen met helena.broekaert@domusmedica.be
- Wat alcoholgebruik betreft bestaat heel wat materiaal, zelfs specifiek per leeftijdsgroep/doelgroep. Zo is er bv. [de folder 'langer gezond genieten' van het VAD](#) (Vlaams expertisecentrum voor Alcohol en andere Drugs). Je krijgt in de folder informatie over de voordelen van minder alcohol en de gevaarlijke cocktail van alcohol met medicijnen. Daarnaast ontdek je concrete tips voor een glas minder, wordt de mythe doorprikt dat alcohol goed zou zijn voor het hart en lees je welke richtlijn je kan hanteren om gezondheidsrisico's te beperken.
- Het is met initiatieven zoals deze folder niet de bedoeling om oudere volwassenen hun glaasje te ontnemen. Het is wel de moeite waard om even stil te staan bij het alcoholgebruik gezien de verhoogde kwetsbaarheid.

⇒ Ouderen en hun omgeving informeren over de gezondheidswinst van minder alcohol en de gezondheidsrisico's zijn broodnodig. Het draagt bij aan een klimaat waar ouderen hun gebruik kunnen aanpassen aan veroudering, aan het gebruik van medicatie en aan eventuele opduikende gezondheidsproblemen.
- Uitgaande van de bevraging van het preventief gezondheidsbeleid bij steden en gemeenten, zou het misschien zinvol kunnen zijn om een intervisiegroep op te starten met onze 6 lokale besturen om van elkaar te leren, actief te verbreden, ...
- In het kader van afstemming van het beleid van een lokaal bestuur en dat van een Eerstelijnszone lijkt het een evidentie om met de lokale besturen in gesprek te gaan om de prioritaire thema's van onze Eerstelijnszone ook te vertalen naar lokaal beleid vanuit het lokaal bestuur.
- Mogelijke acties kunnen dan zijn:

- Een [rookbeleid](#) uitwerken op niveau van de gemeente
- Een [alcoholbeleid](#) uitwerken op niveau van de gemeente
- Werken aan een [gezonde publieke ruimte](#)

1.3.7. Contactpersonen

- Intergemeentelijke Drugpreventiedienst Berlare- Lokeren – Zele
Drugpunt Lokeren – Moerbeke
Jessie Heirwegh
Lokale preventie- en vroeginterventiewerker Drugpunt Lokeren - Moerbeke.
0485 91 00 11 OF 09 340 86 36
jessie.heirwegh@lokeren.be
Gevestigd in Sociaal Huis Lokeren
Lepelstraat 4, 9160 Lokeren
- ⇒ Voor Dendermonde, Lebbeke, Hamme en Buggenhout is er geen drugpunt -> De Druglijn of CGG Waas en Dender?

1.3.8. Cijfers Politiezones ELZ Dender

Politiezone Hamme/Waasmunster

Zoals reeds telefonisch gemeld is het onmogelijk om de tussenkomsten (bijv een ruzie) waarbij één van de partijen onder invloed is van drugs en/of alcohol uit ons systeem te filteren.

Enkele kanttekeningen bij onderstaande cijfers:

- In 2022 (en 2023) vond er een dancefestival plaats in de PZ Hamme-Waasmunster. Tijdens dit festival werd sterk ingezet op een controle van drugsbezit bij de bezoekers. Hierdoor geven de cijfers inzake bezit een vertekend beeld.

- Cijfers voor 2023 zijn tot en met 24/08/2023

- Het strafbaar stellen van het bezit van lachgas werd pas in 2022 opgenomen in het politiereglement (GAS). Voor 2022 kon aldus nog niet geformaliseerd worden op het bezit van lachgas. Het bezit van lachgas neemt duidelijk toe, in 2023 werden reeds 7 vaststellingen gedaan.

Verdovende middelen

Aantal opgestelde processen-verbaal inzake drugs

	2020	2021	2022	2023
Bezit	77	94	113	39
Handel	20	21	18	7
Fabricatie	9	2	4	3
Gebruik	2	3	2	4
In- en uitvoer		6	3	1
Andere	3	1	2	
Totaal	111	127	142	54

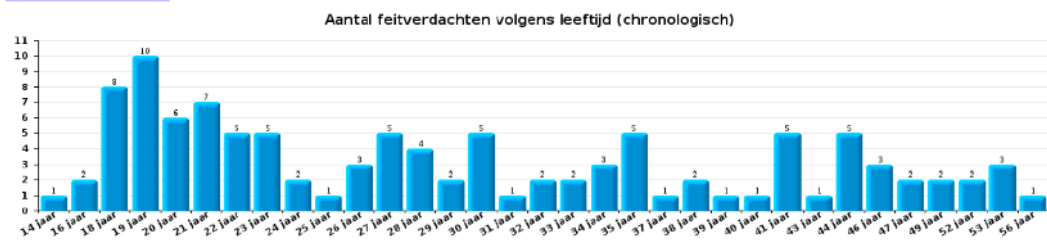
Volgens geslacht

	2020	2021	2022	2023
Man	99	113	127	46
Vrouw	12	14	15	8

Volgens leeftijd

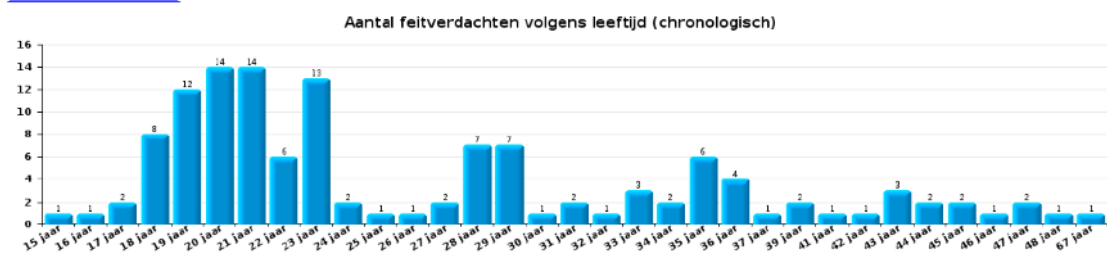
2020

Drugs



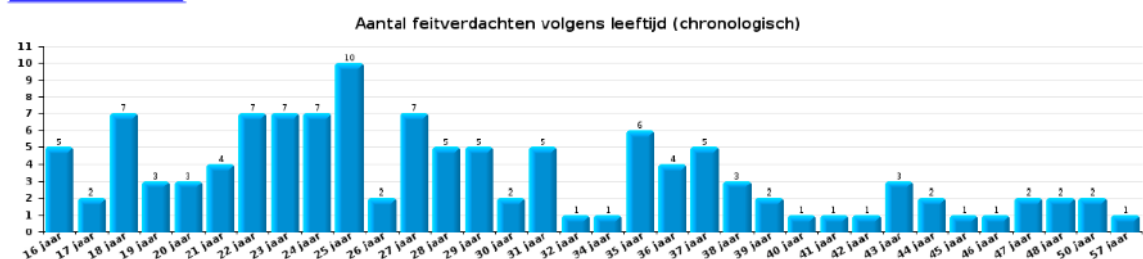
2021

Drugs



2022

Drugs



2022

Soort drugs

2021

	Aantal
Cannabis	52
Cocaïne	16
Hasjiesj	6
XTC/MDMA	3
Heroïne	2
Mephedrone	1
GHB	1
Speed	16
Meth	1
LSD	1

	Aantal
Cannabis	55
Cocaïne	24
Hasjiesj	18
XTC/MDMA	11
Heroïne	10
Mephedrone	5
GHB	2
Ketamine	1
Lachgas	4
Meth	1
LSD	1
Humane doping	1
Opiaten	1
Morfine	1
Benzodiazepine	1

Opgestelde processen-verbaal inzake openbare dronkenschap

	2020	2021	2022	2023
Man	16	23	26	20
Vrouw	3	5	6	5
Totaal	19	28	32	25

Verkeer

	2020	2021	2022	2023
Aantal positieve alcoholtesten	44	63	147	52
Aantal positieve speekseltesten (drugs)	41	65	79	33

Bron: Bert Dierickx; PZ.HammeWaasmunster.LIK@police.belgium.eu

Politiezone Berlare/Zelee

Enkele opmerkingen:

* De cijfers voor 2023 zijn tot en met 31/07/2023.

* Het is niet mogelijk om op een automatische manier de tussenkomsten (bijv een ruzie) waarbij één van de partijen onder invloed is van drugs en/of alcohol uit ons systeem te filteren. Dus staan bij dronkenschap enkel de gevallen opgesomd waarbij er een pv werd gemaakt, m.a.w. dat de persoon in kwestie zo dronken was dat deze moest beschermd worden en dus in de doorgangscel diende te blijven tot ontzuivering (met een maximum van 12 uren).

Er zijn inderdaad zeer veel strafbare feiten die gebeuren omdat er (overmatig) alcohol of drugs is gebruikt en de remmingen weg zijn, maar om deze allemaal op te lijsten zou elk dossier manueel moeten worden nagekeken.

* Ivm met de drugs: het meest frequent wordt *cannabis* aangetroffen, maar qua hoeveelheid hebben we enkele tijd terug een grote hoeveelheid *speed* gehad en de laatste tijd is *mephedrone* (Meffi) in opgang... Een lijstje met de exacte cijfers over de hoeveelheden en soorten drugs hebben we niet, dit zou dan ook een manuele (en langdurige) taak zijn.

Het jaar 2020 geeft een merkbaar hoger aantal drugsfeiten dan de andere jaren, dit kan te verklaren zijn door de uitzonderlijke maatschappelijke omstandigheden inzake 'covid-19'.

* De stijging van het aantal speekseltesten is te verklaren doordat er in 2022 een verplichting is ingevoerd om steeds speekseltest af te nemen bij een verkeersongeval (ademtest was al verplicht).

* De inbreuk omtrent lachgas is in het politiereglement van BERLARE en ZELEE ingevoerd op 01/01/2022 en in 2022 zijn er 19 GAS-pv's opgesteld wegens lachgas, in 2023 tot nu toe 2 GAS-pv's.

Verdovende middelen

Aantal opgestelde processen-verbaal inzake drugs

	2020	2021	2022	2023
Bezit	98	69	65	44
Handel	25	19	6	6
Fabricatie	2	2	2	1
Gebruik	4	1	5	6
In- en uitvoer	0	1	1	0
Andere	6	2	2	4
Totaal	135	94	81	61

Totaal aantal feiten opgesplitst volgens geslacht verdachte

	2020	2021	2022	2023
Man	123	81	76	56
Vrouw	12	13	5	8

Verkoop opgesplitst volgens soort drugs

	2020	2021	2022	2023
Cocaïne	9	8	/	2
Synthetische drugs	3	5	2	1
Cannabis in grote hoeveelheden		1		

Volgens leeftijd

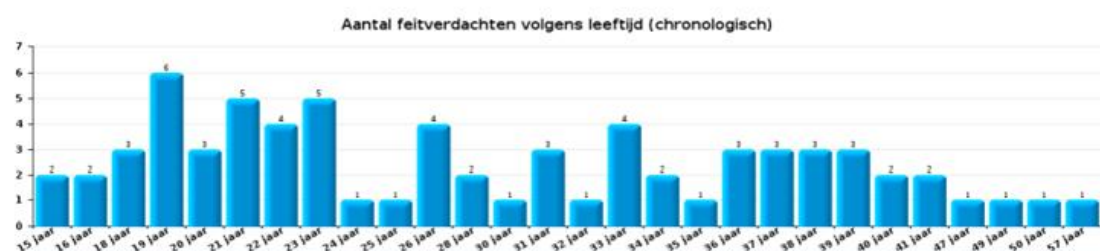
2020



2021



2022



Opgestelde processen-verbaal inzake openbare dronkenschap

	2020	2021	2022	2023
Man	36	27	36	12
Vrouw	7	6	0	4
Totaal	43	33	36	16

Verkeer

	2020	2021	2022	2023
Aantal positieve alcoholtesten	54	56	53	61
Aantal positieve speekseltesten (drugs)	14	8	7	19

Bron: Liesbet Christiaens (PPZ.BerlareZele@police.belgium.eu)

1.4. Psychisch welbevinden - lichaamsbeeld

1.4.1. Tussentijds rapport Gezonder leven in 2025

- Op vlak van lichaamstevredenheid van jongeren zijn er significante verschillen tussen 2014 en 2018 in het percentage jongeren dat zichzelf 'te dik', 'goed' en 'te mager' vindt.
 - Het percentage jongeren dat zichzelf te dik vindt, is gedaald tussen 2014 (38,5%) en 2018 (33,9%) terwijl – tussen 2014 en 2018 – de percentages jongeren die zichzelf goed (resp. 47,9% vs. 51,3%) of te mager (resp. 13,6% vs. 14,8%) vinden zijn gestegen.
 - Ondanks een daling in het percentage jongeren dat zichzelf te dik vindt, steeg het percentage dat aangeeft een dieet te volgen van 16,5% in 2014 tot 20,6% in 2018.
 - Er is voorlopig geen verklaring voor deze verbetering in lichaamstevredenheid tegenover de stijging in diëten.

1.5. Eetstoornissen / gewichtsproblemen: diabetes, obesitas, overgewicht, malnutritie

1.5.1. Algemene info

Wat zijn eetstoornissen en gewichtsproblemen?

- Heel wat kinderen en jongeren maken wel eens een tijdelijke hapering door in het eetgedrag. Wanneer deze te plaatsen is binnen een normaal ontwikkelingstraject en geen probleem veroorzaakt in de groei of ontwikkeling, spreken we niet van een eetprobleem of een eetstoornis. Schommelingen in de hoeveelheid die een kind of jongere eet zijn eigen aan de ontwikkeling van een kind.

Voedingsproblemen

- Als eetgedrag toch in die mate verstoord is dat de ontwikkeling en/of groei van een kind of jongere verstoord geraakt, spreken we bij kinderen jonger dan zes jaar over voedingsproblemen en –stoornissen. Bij oudere kinderen spreekt men over eetproblemen en –stoornissen.
- Een voedingsprobleem houdt in dat een jong kind moeilijkheden ondervindt in de ontwikkeling van bepaalde eetvaardigheden. Een klassiek voedingsprobleem bij jonge kinderen is selectief of kieskeurig eten.

Eetproblemen

- Een eetprobleem is een verstoring in het gezonde eetgedrag, waardoor het eetgedrag niet meer ontspannen en natuurlijk verloopt. Voorbeelden zijn te veel eten, te weinig eten en eetbuien. Een eet- of voedingsprobleem kan op zichzelf staan, maar kan ook kaderen binnen een eet- of voedingsstoornis.

Gewichtsprobleem

- Een gewichtsprobleem gaat over een gewicht buiten de normale grenzen, gekoppeld aan bepaalde gezondheidsrisico's. Normale gewichtsgrenzen worden bepaald in functie van geslacht, leeftijd en lengte. Men gebruikt hierbij de Body Mass Index, met aangepaste grenzen voor kinderen en jongeren.
- Zowel een te hoog als een te laag lichaamsgewicht kan gezondheidsrisico's inhouden, maar ook een gewicht 'binnen' de grenzen kan gepaard gaan met eetproblemen. De afwezigheid van een gewichtsprobleem wil dus niet per definitie zeggen dat er geen eetprobleem is.

Eetstoornissen

- Eetstoornissen (en voedingsstoornissen) zijn syndromen en bestaan dus uit verschillende kenmerken, waarbij verstoord eetgedrag centraal staat.
- Kenmerken
 - Eetproblemen: meer of minder eten
 - Verstoord lichaamsbeeld: erg veel waarde hechten aan gewicht en lichaamsvormen
 - psychosociale problemen: laag gevoel van zelfwaarde, moeilijk kunnen omgaan met heftige emoties, eenzaamheid

- Lichamelijke problemen: een te laag of te hoog lichaamsgewicht, spijsverteringsproblemen, osteoporose
- Het afwijkend eetgedrag is wel het meest opvallende kenmerk (hoewel niet steeds observeerbaar), maar mag geen gevolg zijn van een lichamelijke aandoening of een psychose.
- Soorten eetstoornissen
 - De eetstoornissen (volgens DSM-5) die vooral bij jongeren en volwassenen gediagnosticeerd worden, zijn anorexia nervosa, boulimia nervosa en de eetbuistoornis.
 - Eetstoornissen die eerder op kinderleeftijd ontstaan, maar ook in de volwassenheid kunnen voorkomen, zijn de vermijdende/restrictieve voedselintakestoornis (ARFID als Engelstalig acroniem), pica, en ruminatiestoornis.
 - Daarnaast is er ook de categorie 'andere specifieke eetstoornissen' voor eetstoornissen die een deel van de kenmerken van voorgaande diagnoses hebben.
 - Een persoon kan in de loop van de tijd evolueren van het ene naar het andere type eetstoornis, zeker als het gaat over AN, BN en BED. Maar de basisproblematiek blijft vaak dezelfde, ook al veranderen de uiterlijke kenmerken.
 - Eetstoornissen moeten dan ook als een samenhangend geheel worden beschouwd: we spreken daarom van een spectrum van eetstoornissen.
- Voor een uitgebreid overzicht van signalen van een eetstoornis, kan je gaan naar de **checklist signalen van een (beginnende) eetstoornis**, **checklist anorexia nervosa**, **checklist boulimia nervosa**, en **checklist eetbuistoornis**.

Onderscheid tussen de termen 'gezond gewicht' en 'normaal gewicht'.

- Een gezond gewicht is een gewicht dat samengaat met een gezonde leefstijl. Een gezond gewicht kan mogelijk wat buiten de grenzen gaan van wat als normaal gewicht wordt beschreven.
- Een normaal gewicht kan ook samengaan met een ongezonde leefstijl.
- Gezondheid kan dus bereikt worden bij meerdere gewichtsstatussen, niet enkel bij een gewicht dat als normaal wordt beschouwd en evenmin is een normaal gewicht een garantie voor gezondheid.
- Wat echter wel duidelijk is, is dat een uitgesproken overgewicht -wat we obesitas noemen- wel gezondheidsrisico's inhoudt. Omdat de oorzaken van obesitas multifactorieel en zeer complex zijn, kan het gewicht echter niet beschouwd worden als een toereikende indicator van slechte voedingsgewoonten, onvoldoende lichaamsbeweging, sedentair gedrag, De cijfers mogen dus niet gebruikt worden om iets over het voorkomen van deze zaken te zeggen.
- Op groepsniveau worden verbanden gevonden tussen de gewichtsstatus (ondergewicht/normaal/overgewicht) en gezondheidsrisico's, waarbij normaal gewicht gepaard gaat met een grotere kans op een goede levenskwaliteit en minder kans op aandoeningen op korte en lange termijn.
- In de communicatie ten aanzien van burgers is het niet aangewezen te focussen op gewicht, maar moeten we blijven inzetten op een gezonde leefstijl waaronder gezond eetgedrag, voldoende lichaamsbeweging, beperken van sedentair gedrag en voldoende slaap.

[Meer info](#)

[Draaiboeken en tools, fiches, boeken en folders per beroepsgroep/setting](#)

[Eerstelijnsdraaiboek](#)

- Eerstelijnssteams kunnen een belangrijke rol spelen in het begeleiden van normaal ontwikkelend eetgedrag, en in het voorkomen van probleemgedrag.
- We richten ons met dit eerstelijnsdraaiboek tot de brede eerste lijn (zorg en welzijn) die in contact komen met zorgvragers met vragen rond eetgedrag, gewicht en uiterlijk. We denken daarbij aan huisartsen, psychologen, maatschappelijk werkers, verpleegkundigen, bewegingscoaches, kinésitherapeuten, diëtisten en bachelors of masters werkzaam binnen CAW, JAC, CLB,... .
- Met ons draaiboek willen we hulpverleners in de eerste lijn versterken zodat zij kunnen:
 - Informeren en versterken rond eetgedrag, gewicht en uiterlijk
 - Triëren en ernst inschatten van eet/gewichtsvragen
 - Motiveren voor herstel/Begeleiden in de eerste lijn

- Aanvullen van gespecialiseerde zorg via opvang bij behandelingspauzes, nazorg en crisiszorg
- Inhoud
 - Deel 1 bundelt nieuwe inzichten rond eetgedrag, gewicht en een gezonde leefstijl.
 - In deel 2 worden handvatten gegeven rond invoegen en verkennen van probleemgedrag met het oog op triage en eventuele verwijzing. Het acroniem INNOVATE vat samen hoe de eerstelijnsmedewerker dit kan doen: Invoegen, Niet stigmatiseren, Negotiëren, Onderzoeken, Verduidelijken, Actie bepalen, Timen en plannen en Evalueren.
 - In deel 3 worden ingrediënten van een eerstelijnsbegeleiding uitgewerkt.
 - Deel 4 geeft de eerstelijnsmedewerker handvaten voor terugvalpreventie
 - Deel 5 biedt handvaten bij overbruggingsondersteuning en crisishulpverlening.

1.5.2. Cijfergegevens

BMI

[Cijfergegevens m.b.t. BMI \(Opgroeien\)](#)

Evolutie gewichtsstatus (lage BMI, normaal gewicht, overgewicht (inclusief obesitas)) van kinderen van 2 jaar

- Vlaanderen:
 - Normaal gewicht: 92,2 % in 2011 → 89,5 % in 2022
 - Overgewicht: 6,8 % in 2011 → 9,9 % in 2022
 - Obesitas: 0,9 % in 2011 → 1,5 % in 2022
- Oost-Vlaanderen:
 - Normaal gewicht: 92,6 % in 2011 → 90,1 % in 2022
 - Overgewicht: 6,3 % in 2011 → 9,2 % in 2022
 - Obesitas: 1,0 % in 2011 → 1,6 % in 2022

	Berlare		Buggenhout		Dendermonde		Hamme		Lebbeke		Zelee	
	2011	2022	2011	2022	2011	2022	2011	2022	2011	2022	2011	2022
Normaal gewicht	93.8	95.7	92.5	88.2	93.5	90.8	92.6	83.7	96.3	94.2	88.5	88.2
Overgewicht	6.2	4.3	6.0	11.8	5.9	8.8	6.5	16.3	3.7	4.9	6.3	11.2
Laag BMI			1.5		0.6	0.4	0.9			1.0	5.2	0.6

Kenmerken van het gezin

	Vlaanderen		Oost-Vlaanderen	
	2011	2022	2011	2022
Belg en niet-kansarm	93,0 % normaal 5,9 % overgewicht 0,6 % obesitas	91,1 % normaal 8,3 % overgewicht 0,9 % obesitas	93,3 % normaal 5,6 % overgewicht 0,7 % obesitas	91,9 % normaal 7,6 % overgewicht 1,0 % obesitas
Belg en kansarm	91,9 % normaal 7,2 % overgewicht 1,3 % obesitas	87,3 % normaal 11,8 % overgewicht 2,4 % obesitas	90,4 % normaal 7,4 % overgewicht 2,1 % obesitas	89,3 % normaal 9,5 % overgewicht 1,9 % obesitas
Niet-belg en niet-kansarm	89,6 % normaal 9,5 % overgewicht 1,8 % obesitas	86,6 % normaal 12,6 % overgewicht 2,3 % obesitas	89,9 % normaal 9,2 % overgewicht 1,9 % obesitas	85,8 % normaal 13,2 % overgewicht 2,7 % obesitas
Niet-belg en kansarm	88,4 % normaal 10,2 % overgewicht 2,2 % obesitas	85,2 % normaal 13,8 % overgewicht 3,1 % obesitas	88,6 % normaal 9,4 % overgewicht 2,5 % obesitas	86,1 % normaal 12,8 % overgewicht 2,9 % obesitas

- Op een leeftijd van 24 maanden zien we een duidelijk verschil naargelang de origine van de moeder:
 - Kinderen met een moeder van Maghreb origine kennen de hoogste prevalentie van overgewicht op 24 maanden (15,5%).

- Kinderen met een moeder van Belgische origine kennen de laagste prevalentie van overgewicht (6,4%). Cijfers 2015.

De gewichtstatus (BMI) van kinderen en jongeren in Vlaanderen

Rapport

Theoretisch verwachte prevalantiecijfers voor kinderen en jongeren tussen 2 en 18 jaar.

Geslacht	Lage BMI voor leeftijd ⁹	Normaal	Overgewicht ¹⁰	waarvan Obesitas
Jongens	2,3	88,2	9,5	1,1
Meisjes	2,3	87,0	10,7	1,4

Evolutie van de gewichtstatus bij kinderen en jongeren in Vlaanderen

		Lage BMI voor leeftijd	Normaal gewicht	Overgewicht	Waarvan obesitas
2 jarigen	2011	1.1	92.2	6.7	0.9
	2017	0.7	90.7	8.6	1.1
4 jarigen	2011	0.4	89.1	10.4	2.0
	2015	0.4	89.0	10.6	2.0
6 jarigen	2011	0.9	85.9	13.3	3.4
	2015	0.9	85.8	13.3	3.5
8 jarigen	2011	1.1	83.0	16.2	3.7
	2015	1.1	82.9	15.9	3.8
10 jarigen	2011	2.3	80.9	16.8	3.4
	2015	2.4	80.7	16.9	3.5
12 jarigen	2011	4.0	79.2	16.8	3.5
	2015	4.4	78.0	17.6	4.0
14 jarigen	2011	3.2	80.7	16.1	3.5
	2015	3.3	79.7	16.9	4.1

- Geen algemene en duidelijke toename van het aandeel kinderen met een niet-normale gewicht status
- Op elke leeftijd heeft **minstens 8 op de 10 kinderen in Vlaanderen een normale gewichtstatus**. We zien wel dat niet weinig kinderen kampen met overgewicht en dat 4% van de 12- en 14-jarigen obees is. Hoewel een normaal gewicht geen garantie is op een gezond gewicht, tonen de cijfers wel aan dat het nodig is om te blijven inzetten op het bevorderen van een gezonde leefstijl bij kinderen en jongeren.
- De **prevalentie overgewicht is duidelijk hoger bij oudere kinderen**. Toch moeten we zeker op jonge leeftijd inspanningen blijven doen. Jong beginnen zorgt ervoor dat een kind gezonde gewoonten verwerft die het meeneemt in zijn verdere leven.

Prevalentie per leeftijd en geslacht in Oost-Vlaanderen, registratiejaar 2015

	JONGENS				MEISJES			
	Lage BMI	Normaal gewicht	Overgewicht	Totaal (N)	Lage BMI	Normaal gewicht	Overgewicht	Totaal (N)
2-jaar	1,4%	92,4%	6,2%	5.392	0,6%	92,8%	6,6%	5.029
4-jaar	0,4%	90,5%	9,2%	8.857	0,4%	87,8%	11,8%	8.476
6-jaar	1,2%	87,9%	10,9%	7.103	0,6%	83,4%	16,0%	7.065
8-jaar	1,4%	85,4%	13,2%	5.703	0,8%	80,6%	18,6%	5.481
10-jaar	2,6%	82,4%	15,0%	5.985	2,6%	78,8%	18,7%	5.685
12-jaar	5,1%	77,4%	17,5%	5.185	4,0%	77,7%	18,4%	5.205
14-jaar	5,0%	79,2%	15,8%	5.127	2,6%	79,4%	18,0%	5.174

- Oost-Vlaanderen scoort gemiddeld.
- Hoewel het niet zo is dat het altijd dezelfde provincies zijn met de hoogste en laagste prevalentie normaal gewicht per leeftijd, zien we wel dat West-Vlaanderen en Vlaams-Brabant meestal een hogere prevalentie normaal gewicht hebben en dat Limburg en Antwerpen vaak de provincies zijn waar het aandeel kinderen met overgewicht hoger ligt. Vooral voor de oudere leeftijden (vanaf 10 jaar) scoort Limburg minder goed dan andere provincies. Antwerpen kent dan weer de hoogste prevalenties overgewicht voor de jongste leeftijden.

Prevalentie ELZ Dender, registratiejaar 2015

	Lage BMI	Normaal gewicht	Overgewicht
3-9-jarigen	1,0 % (Vlaanderen 0,7 %)	85,8 % (Vlaanderen 86,1 %)	13,1 % (Vlaanderen 13,2 %)
10-14 jarigen	3,2 % (Vlaanderen 3,3 %)	77 % (Vlaanderen 78,8 %)	19,8 % (Vlaanderen 17,8 %)

Prevalentie naargelang kansarmoede - 2015

Leeftijd	Kansarmoedesituatie	Lage BMI	Normaal	Overgewicht	Totaal (N)
2-jarigen	Kinderen in kansarmoede	1,0%	87,5%	11,5%	4.623
	Geen kansarmoede	0,8%	92,1%	7,1%	39.928
	Totaal	0,8%	91,6%	7,6%	44.715
4-jarigen	Kinderen in kansarmoede	0,3%	79,6%	20,1%	7.365
	Geen kansarmoede	0,4%	90,1%	9,5%	66.315
	Totaal	0,4%	89,0%	10,5%	73.680
6-jarigen	Kinderen in kansarmoede	0,7%	73,6%	25,7%	5.573
	Geen kansarmoede	0,9%	87,1%	12,0%	54.084
	Totaal	0,9%	85,8%	13,3%	59.657
8-jarigen	Kinderen in kansarmoede	0,6%	69,6%	29,8%	3.802
	Geen kansarmoede	1,2%	84,0%	14,8%	46.085
	Totaal	1,1%	82,9%	15,9%	49.887
10-jarigen	Kinderen in kansarmoede	1,3%	66,3%	32,4%	3.713
	Geen kansarmoede	2,5%	81,8%	15,7%	45.969
	Totaal	2,4%	80,7%	16,9%	49.682
12-jarigen	Kinderen in kansarmoede	2,1%	65,3%	32,7%	2.963
	Geen kansarmoede	4,6%	78,8%	16,6%	42.366
	Totaal	4,4%	78,0%	17,6%	45.329
14-jarigen	Kinderen in kansarmoede	1,7%	65,3%	33,0%	2.636
	Geen kansarmoede	3,4%	80,7%	15,9%	40.866
	Totaal	3,3%	79,7%	16,9%	43.502

- Op alle leeftijden kennen kinderen in kansarmoede een minder gunstige gewichtsstatus dan kinderen die niet in kansarmoede geboren werden/opgroeien. Het aandeel kinderen met een normale gewichtsstatus ligt er op alle leeftijden een heel stuk lager. Op een leeftijd van 2 jaar bedraagt het verschil al bijna 5 procentpunten, vanaf 4 jaar gaat het om een verschil van 10 procentpunten of meer.
- De afwijkende gewichtsstatus van kinderen in kansarmoede manifesteert zich vooral op vlak van overgewicht. Een op de vijf 4-jarigen in kansarmoede heeft overgewicht, bij niet-kansarme kinderen van die leeftijd gaat het om minder dan 1 op de 10. Vanaf 10 jaar ligt het aandeel kinderen met overgewicht bij kinderen in kansarmoede zelfs op minstens 32%, terwijl de prevalentie overgewicht bij de andere kinderen ongeveer de helft lager ligt (gaande van 15,7% op 10 jaar tot 16,6% op 12 jaar).
- Qua lage BMI voor leeftijd zien we ook een verschil naargelang de kansarmoedesituatie, maar daar ligt de prevalentie bij kinderen in kansarmoede vanaf 4 jaar op alle leeftijden lager dan bij kinderen die niet in kansarmoede geboren werden, al is het verschil op 4 en 6 jaar erg beperkt?
- De prevalentie van overgewicht is bij kinderen die opgroeien in kansarmoede op alle leeftijden aanzienlijk groter dan die van andere kinderen. Dit doet tal van vragen rijzen naar het belang en de oorzaken van die verschillen. Wijzen ze echt op een belangrijk verschil qua gezondheid? En zo ja, wat zijn dan de oorzaken er van? Op basis van de cijfers in dit rapport kunnen en mogen we hier geen uitspraken over doen, maar ze vormen wel een belangrijk signaal dat nader geanalyseerd moet worden, zowel kwantitatief, als kwalitatief.

Aandachtspunt:

- cijfers juist situeren en voldoende genuanceerd interpreteren → gezond leven niet verengen tot het hebben van normaal gewicht. Een normaal gewicht is immers niet noodzakelijk ook een gezond gewicht, net zoals laag gewicht of overgewicht niet automatisch wijzen op ongezondheid of op een ongezonde levensstijl.
- Enkel voor de jongste en oudste kinderen (vanaf 12 jaar) zien we een toename van het aandeel kinderen met overgewicht: bij 2-jarigen van 6,7% naar 8,6%, bij de 14-jarigen van 16% naar 16,9%

Cijfers gewicht bij volwassenen

(bron: <https://www.gezondleven.be/themas/voeding/cijfers/cijfers-gewicht>)

Uitgaande van de preventiebarometer van 2023 is de helft van de volwassen Vlaamse bevolking te zwaar:

- 34,3% heeft overgewicht
- 16,4% heeft obesitas
- Het percentage personen met overgewicht is significant hoger bij mannen dan bij vrouwen (41,2% versus 27,5%).
- Hoogopgeleiden hebben significant vaker een gezond gewicht (54,5%) dan midden- en laagopgeleiden (respectievelijk 46,8% en 35,0%). Daarnaast zien we dat hoogopgeleiden (30,7%) significant minder vaak overgewicht hebben dan midden- en laagopgeleiden (respectievelijk 34,1% en 40,1%). Hoogopgeleiden hebben ook minder vaak obesitas dan midden- en laagopgeleiden (respectievelijk 12,3% versus 16,5% en 22,9%).
- Personen die aangeven gemakkelijk rond te komen hebben significant vaker een gezond gewicht dan personen die melden moeilijk rond te komen (50,3% versus 38,4%). Ze hebben, tot slot, ook minder vaak obesitas dan personen die melden moeilijk financieel rond te komen (13,7% versus 23,4%).

Uit de Gezondheidsenquête van 2018 blijkt dat ongeveer de helft van de Vlamingen overgewicht heeft:

- gemiddelde Vlaming heeft een BMI heeft 25,3.
- 48% van de Vlamingen heeft overgewicht.
- Significant meer mannen (55%) dan vrouwen (42%) hebben overgewicht in Vlaanderen
- 15% van de Vlamingen heeft obesitas.
- Deze percentages stijgen met de leeftijd (tot 74 jaar).
- Sinds 1997 is de gemiddelde BMI van de volwassen Vlaming gestegen, van 24,4 in 1997 tot 25,3 in 2018. En ook overgewicht en obesitas komen almaar vaker voor.
- Overgewicht en obesitas blijken samen te hangen met het opleidingsniveau: hoe lager het opleidingsniveau, hoe hoger de kans op gewichtsproblemen. Het percentage volwassenen met overgewicht is significant lager bij de hoogst opgeleiden (40,1%) t.o.v. de lager opgeleiden (58,9%). 11% van de hoogst opgeleiden heeft obesitas tegenover 23,1% van de laagst opgeleiden.

Cijfers gewicht bij ouderen

- Uit de gezondheidsenquête van 2018 blijkt dat van de Belgen tussen 65 en 74 jaar oud 63% overgewicht vertoont. Bij de leeftijdsgroep van de 75-plussers daalt dit naar 51%.
- Van de Belgen tussen 65 en 74 jaar oud vertoont 23% obesitas, bij de groep van 75-plussers bedraagt dit 14%.
- Er zijn ook ouderen die te weinig eten, daarom is het interessant om het percentage ondergewicht bij ouderen te bekijken. Zo'n 2% van de 65- tot 74-jarigen en ook 2% van de 75-plussers kampt met ondergewicht.
- In België is 12% van de 70-plussers ondervoed en loopt 45% een risico op ondervoeding. Het is een veel voorkomend probleem in alle delen van de gezondheidszorg. In ziekenhuizen en woonzorgcentra liggen de cijfers hiervan nog hoger. In woonzorgcentra is 13% van de ouderen ondervoed en loopt 50% een risico op ondervoeding.

Cijfergegevens Sciensano m.b.t. gewicht

- Percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder dat een gezond gewicht heeft

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
46,9	45,7	41,5	46,0

- Percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder dat overgewicht heeft

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
34,3	33,9	35,8	35,9

- Percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder dat obesitas heeft

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
16,4	18,1	20,7	14,8

- Percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder dat ondergewicht heeft

Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Aalst	Sint-Niklaas
2,4	2,3	2,0	3,4

- Uitgaande van de preventiebarometer van Sciensano wees ook de Vlaamse Ouderenraad in [een artikel](#) op de opvallende cijfers bij ouderen voor eet- en zitgedrag
 - Het valt op dat overgewicht en obesitas vaker voorkomen bij oudere leeftijdsgroepen. 40,2% van de 65-74-jarigen en 42,6% van de 75-plussers heeft overgewicht. Respectievelijk 22% en 17,4% heeft obesitas.

Diabetes

- Prevalentie diabetes: mensen die in het kader van de ziekteverzekering medicatie nemen en/of therapie ondergaan die aan diabetes gerelateerd zijn.
 - Per 1.000 personen in de ziekteverzekering zijn er 62 personen met een diabetesbehandeling. Het gemiddelde in het Vlaams Gewest is 56. De prevalentie van diabetes is het hoogst in Berlare.
 - Aantal rechthebbenden met afleveringen antidiabetica of met naar diabetes verwijzende nomenclatuur per 1.000 rechthebbenden. Bron – IMA

Prevalentie diabetes - Gemeenten [6] 		
	2009	2019
Gemeente Berlare	51	70
Gemeente Buggenhout	50	61
Gemeente Dendermonde	49	64
Gemeente Lebbeke	49	68
Gemeente Hamme	48	63
Gemeente Zele	49	67
Gewest Vlaams Gewest	45	58
Provincie Oost-Vlaander...	47	60

- Zwangerschapsdiabetes

- Toename van het aantal **moeders met diabetes**. Samen met de gewichtsproblemen stijgt ook het aandeel jonge vrouwen met (zwangerschaps-) diabetes. De proportie moeders met diabetes steeg van 2,9 % in 2011 tot 8,1 % in 2020, waarbij de toename zich vooral de laatste jaren voordeed.
- Bij deze stijging spelen wellicht ook de verbeterde screening en diagnose een rol.
- Naast een hoge BMI vonden we dat ook een hoge leeftijd en pariteit met het risico op diabetes geassocieerd zijn.
- **Cijfers ziekenhuis Sint-Blasius**: toename van 8% tussen 2011 en 2020 van moeders met diabetes. 2,3 % in 2011 en 10,4% in 2020.
- 30 tot 50% van de vrouwen met zwangerschapsdiabetes ontwikkelen in de eerste 5 à 10 jaar na de bevalling blijvende diabetes.
- **Project Zoet Zwanger**: De doelstelling van het project Zoet Zwanger is het stimuleren van de opvolging na de zwangerschap bij vrouwen die zwangerschapsdiabetes hebben gehad. Dit betekent dat leefstijlaanpassingen die diabetes helpen voorkomen worden gepromoot en een jaarlijkse screening bij de huisarts wordt geadviseerd om diabetes vroegtijdig op te sporen.
- Cijfergegevens uit [resultatenrapport 10 jaar Zoet Zwanger](#)
 - 28,1% heeft overgewicht vóór de zwangerschap
 - 23,7% lijdt aan obesitas
 - 47,2% van alle Vlaamse huisartsen kwam reeds in contact met het project Zoet Zwanger
 - Van alle vrouwen die in opvolging zijn is er maar 14% die zich effectief jaarlijks heeft laten screenen
 - Na 5 jaar heeft reeds 21,6% van de vrouwen minstens één keer een gestoorde bloedglucosewaarde gerapporteerd, wat stijgt naar 40,4% na 7 jaar.

Overgewicht en obesitas

- Toename van het aantal **moeders met overgewicht en obesitas**.
 - Bij het begin van de zwangerschap hebben bijna 40 % van de Vlaamse vrouwen een ongezonde BMI van boven de 25,0 kg/m² (25,5 % met overgewicht en 14,3 % met obesitas).
 - Deze proportie stijgt onrustwekkend snel: het aandeel moeders met overgewicht of obesitas was 32,5 % in 2011 en steeg dus tot 39,8 % in 2020.
 - Bij een te hoge BMI tijdens de zwangerschap is er beduidend meer risico op diabetes, hypertensie en keizersnede. Ook lopen de kinderen van vrouwen die lijden aan obesitas beduidend meer kans om later zelf gewichtsproblemen te hebben.
 - Promotie van een gezonde leefstijl in de vruchtbare fase is dus een hoeksteen voor gezonde generaties in de toekomst en moet geprioritiseerd worden
 - **Cijfers ziekenhuis Sint-Blasius**: toename van overgewicht en obesitas tussen 2011 en 2020.
 - Overgewicht: toename van 2% van 24,5% naar 26,7%.
 - Obesitas: toename van 4% van 9,7% naar 13,2%.

Link kansarmoede

- Op alle leeftijden kennen kinderen die geboren worden of opgroeien in kansarmoede een minder gunstige gewichtstatus.
 - 20% van de 4-jarigen in kansarmoede heeft overgewicht. Bij niet-kansarme kinderen gaat het op die leeftijd om minder dan 1 op de 10.
 - Vanaf 10 jaar heeft minstens 32% van de kinderen in kansarmoede overgewicht. Dat is dubbel zo veel als bij kinderen die niet in kansarmoede opgroeien⁶.
- Kansarmoedeindex: drukt uit hoe groot het aandeel kinderen van 0 tot 3 jaar in kansarmoede is ten opzichte van het totaal aantal kinderen van 0 tot 3 jaar.

Gemeente	2011	2016	2021
Berlare	4,7%	8,9%	12,3%

Buggenhout	3,7%	7,1%	5,9%
Dendermonde	3,7%	9,5%	13%
Hamme	3,7%	4,7%	12,2%
Lebbeke	4,7%	7,3%	9,9%
Zeel	7,6%	20,8%	13,6%
Dender	4,7%	9,7%	11%
Oost-Vlaanderen	8,8%	12,1%	12,1%
Vlaams Gewest	9,7%	12,8%	12,7%

1.5.3. Referentiepersoon eetstoornissen Oost-Vlaanderen

- Binnen elke Vlaamse provincie en Brussel is 1 referentiepersoon voor eetstoornissen aangesteld. Deze referentiepersonen zijn tewerkgesteld binnen een centrum geestelijke gezondheidszorg (CGG), die nauw samenwerken met de netwerken Geestelijke Gezondheid (GG) en de ambulante hulpverleners (vb. privépraktijken, groepspraktijken,...), onder leiding van het Kenniscentrum Eetexpert.
- Contactgegevens OVL:

Veerle	Roggeman	(Klinisch	psycholoog)
CGG	Zuid		Oost-Vlaanderen

veerle.roggeman@zov.be
0472 54 07 25 // 078 15 55 70

1.5.4. Mogelijke finaliteiten

- Het aanbod zorg en ondersteuning rond eetproblemen, - stoornissen en – problematieken is in kaart gebracht, beter op elkaar afgestemd en zowel burgers als intermediairen vinden hun weg naar dit aanbod.
- Partners / actoren binnen de ELZ zijn beter geïnformeerd rond eetgedrag, gewicht, lichaamsbeeld, ...
- [Draaiboeken per beroepsgroep/setting](#) zijn geïmplementeerd binnen onze ELZ.
- Er is een snellere en betere detectie rond eetproblemen, -eetstoornissen en -problematieken
- Bestaande zorgpaden/trajecten zijn in kaart gebracht, geëvalueerd en geoptimaliseerd. Partners / actoren binnen de ELZ zijn op de hoogte van deze zorgpaden/zorgtrajecten en zijn zich bewust van hun rol / nemen hun rol op binnen deze paden/trajecten.
- In aanvulling op BOV is Halt2Diabetes verder verkend en na positieve verkenning/evaluatie mee geïmplementeerd binnen onze ELZ.

1.5.5. Mogelijke acties

- Kennisoverdracht en afgestemde basiszorg en -ondersteuning rond eet- en gewichtsproblemen
 - Eerstelijnsactoren hebben een duidelijke voortrekkersrol in het begeleiden van normaal ontwikkelend eetgedrag, en in het **voorkomen van probleemgedrag**.
 - In de eerstelijns gebeurt een ernstinschatting op basis waarvan men kan beslissen welke zorg nodig is.
 - Daarnaast zorgt de eerstelijns ook voor continuïteit van zorg. Dit zorgt voor een divers zorgaanbod in de eerstelijns van preventie tot zorg: versterken bij groeivragen, invoegen en triëren bij signalen, zelf begeleiden, maar ook back up zijn bij overbruggingszorg, hervolpreventie, en crisiszorg.

- Binnen de eerste fase wordt er nagegaan of er sprake is van een hapering op vlak van eten en/of gewicht.
- Indien dit het geval is, is het belangrijk om na te gaan of er signalen zijn die aangeven of een verdere ernstinschatting op zijn plaats is.
- Indien dit niet het geval is, volstaat het om aan de hand van een eerstelijnsondersteuning met de cliënt te werken rond de hapering op vlak van eten en/of gewicht.
- Indien er wel signalen zijn voor verdere ernstinschatting wordt de cliënt doorverwezen naar de huisarts. De huisarts kan dan nagaan of een gespecialiseerde behandeling voor eet- en gewichtsproblemen noodzakelijk is.
- Voor deze inschatting kan de huisarts ook beroep doen op andere disciplines, denk aan de (eerstelijns)psycholoog, een diëtist, of een bewegingsdeskundige.
- De huisarts beslist op basis van de ernstinschatting om de cliënt door te verwijzen naar de gespecialiseerde zorg ofwel zelf met de cliënt aan de slag te gaan rond het eet- en gewichtsprobleem in combinatie met andere disciplines

[Draaiboeken en tools, fiches, boeken en folders per beroepsgroep/setting](#)

[Eerstelijnsdraaiboek](#)

- Eerstelijnssteams kunnen een belangrijke rol spelen in het begeleiden van normaal ontwikkelend eetgedrag, en in het voorkomen van probleemgedrag.
- We richten ons met dit eerstelijnsdraaiboek tot de brede eerste lijn (zorg en welzijn) die in contact komen met zorgvragers met vragen rond eetgedrag, gewicht en uiterlijk. We denken daarbij aan huisartsen, psychologen, maatschappelijk werkers, verpleegkundigen, bewegingscoaches, kinésitherapeuten, diëtisten en bachelors of masters werkzaam binnen CAW, JAC, CLB,...
- Met ons draaiboek willen we hulpverleners in de eerste lijn versterken zodat zij kunnen:
 - Informeren en versterken rond eetgedrag, gewicht en uiterlijk
 - Triëren en ernst inschatten van eet/gewichtsvragen
 - Motiveren voor herstel/Begeleiden in de eerste lijn
 - Aanvullen van gespecialiseerde zorg via opvang bij behandelingspauzes, nazorg en crisiszorg
- Inhoud
 - Deel 1 bundelt nieuwe inzichten rond eetgedrag, gewicht en een gezonde leefstijl.
 - In deel 2 worden handvatten gegeven rond invoegen en verkennen van probleemgedrag met het oog op triage en eventuele verwijzing. Het acroniem INNOVATE vat samen hoe de eerstelijnsmedewerker dit kan doen: Invoegen, Niet stigmatiseren, Negotiëren, Onderzoeken, Verduidelijken, Actie bepalen, Timen en plannen en Evalueren.
 - In deel 3 worden ingrediënten van een eerstelijnsbegeleiding uitgewerkt.
 - Deel 4 geeft de eerstelijnsmedewerker handvatten voor terugvalpreventie
 - Deel 5 biedt handvatten bij overbruggingsondersteuning en crisishulpverlening.

1.6. Voeding bij baby's

Uitgebreid onderzoek toont aan dat borstvoeding heel wat voordelen heeft voor je baby, jezelf, je gezin en de samenleving.

- Hoe langer je borstvoeding geeft, hoe groter het gezondheidsvoordeel voor mama en kind.
- Ook op lange termijn is het belang van borstvoeding ter preventie van chronische aandoeningen aangetoond.

Daarom wordt wereldwijd aanbevolen om 6 maanden uitsluitend borstvoeding te geven.

Vanaf 6 maanden start je met vaste voeding, maar daarnaast kan je verder gaan met borstvoeding tot 2 jaar, of zolang als jij en je kind dit wensen.

Daarom werden ook deze cijfergegevens verder verkend, in evolutie doorheen de tijd, maar ook specifiek voor onze Eerstelijnszone.

Cijfers borstvoeding

Percentage dat borstvoeding krijgt de eerste 24 uur en op dag 6 (2015) – Bron: Opgroeien

DENDER	24u			Dag 6		
	BV	BV, niet excl	Geen BV	BV	BV, niet excl	Geen BV
Berlare	65,4	0,8	33,9	51,6	7,9	40,5
Buggenhout	63,4	4,8	31,7	49,3	9,9	40,8
Dendermonde	69,6	3,1	27,3	54,6	14,3	31,2
Hamme	73,6	1,5	24,9	60,5	8,8	30,7
Lebbeke	66,7	3,4	30,0	51,9	15,5	32,5
Zeile	79,8	2,3	17,9	67,9	8,3	23,9
OOST-VLAANDEREN	76,3	1,5	22,3	65,6	7,7	26,7
VLAANDEREN	77,1	1,5	21,4	65,0	8,6	26,4

Percentage dat borstvoeding krijgt de eerste 24 uur en op dag 6 (2020) – Bron: Opgroeien

DENDER	24u			Dag 6		
	BV	BV, niet excl	Geen BV	BV	BV, niet excl	Geen BV
Berlare	69,5	3,8	26,7	58,7	9,6	31,7
Buggenhout	72,1	5,4	22,5	57,3	17,3	25,5
Dendermonde	75,8	3,7	20,5	58,3	16,9	24,8
Hamme	72,9	5,5	21,6	57,8	17,4	24,8
Lebbeke	69,1	5,6	25,3	52,3	19	28,7
Zeile	77,1	5,8	17	65,9	12,6	21,5
OOST-VLAANDEREN	77,5	3,9	18,6	66,1	11,5	22,5
VLAANDEREN	77,1	4,4	18,6	64,1	12,9	23

Percentage dat borstvoeding krijgt de eerste 24 uur en op dag 6 (2021)

DENDER	24u			Dag 6		
	BV	BV, niet excl	Geen BV	BV	BV, niet excl	Geen BV
Berlare	69,4	3,7	26,9	48,5	18,7	32,8
Buggenhout	69,8	4,0	26,2	49,2	21,4	29,4
Dendermonde	74,0	1,0	25,1	57,6	13,7	28,7
Hamme	73,8	6,6	19,7	57,3	18,5	24,2
Lebbeke	78,3	1,1	20,6	58,5	16,4	25,1
Zeile	82,9	3,8	13,3	69,7	14,2	16,1
OOST-VLAANDEREN	78,2	3,1	18,7	65,2	11,9	22,8
VLAANDEREN	77,6	4,0	18,4	63,9	12,9	23,2

Percentage dat borstvoeding krijgt de eerste 24 uur en op dag 6 (2022) (nieuwe cijfers t.o.v omgevingsanalyse)

DENDER	24u			Dag 6		
	BV	BV, niet excl	Geen BV	BV	BV, niet excl	Geen BV
Berlare	69	6,3	24,6	51,6	18,3	30,2
Buggenhout	57,6	12	30,4	44,4	21	34,7
Dendermonde	71	6,2	22,8	56,7	16,7	26,6
Hamme	69,8	4,7	25,5	59,5	13,8	26,7

Lebbeke	57	13	30,1	46,4	17,7	35,9
Zelee	78,6	1,9	19,4	59,2	17	23,8
OOST-VLAANDEREN	77,8	4,1	18,1	63,3	13,6	23,1
VLAANDEREN	77,8	4,4	17,8	62,7	14,4	23

Startvoeding op 24 uur

- 82,2% van de baby's geboren in Vlaanderen startte in 2022 met borstvoeding, een beperkte stijging met 0,6 procentpunt tegenover 2021. In onze Eerstelijnszone scoren al onze gemeenten een stuk lager: Berlare minder goed met slechts 75,3%, Buggenhout met 69,6%, Dendermonde met 77,2%, Hamme met 74,5%, Lebbeke met 70% en Zelee met 80,5%
- Bovendien zien we in Vlaanderen al enkele jaren een toename van het aandeel kinderen met borstvoeding op 24 uur. In alle provincies stelt men vast dat er iets meer kinderen starten met borstvoeding dan in 2021. Bij ons zien we eerder het tegendeel, waar in Buggenhout, Hamme, Lebbeke en Zelee een daling vastgesteld wordt.
- 77,8% van de kinderen geboren in Vlaanderen krijgt in het prille levensbegin uitsluitend borstvoeding, een toename met 0,2 procentpunt tegenover 2021 en 0,7 procentpunt tegenover 2020. In onze Eerstelijnszone doet enkel Zelee beter met 78,6%, alle andere gemeenten scoren een heel stuk lager: Berlare 69%, Buggenhout 57,6%, Dendermonde 71%, Hamme 69,8% en Lebbeke 57% (heel opvallend: in 2021 was dit in Lebbeke nog 78,3%)

Voeding op dag 6

- 6 dagen na de geboorte zien we dat het aandeel baby's dat borstvoeding krijgt 5,1 procentpunten lager ligt dan op 24 uur. Het gaat wel nog om 77,1%, van wie het grootste deel uitsluitend borstvoeding krijgt. In onze Eerstelijnszone doen opnieuw alle gemeenten het minder goed: 69,9% in Berlare, 65,4% in Buggenhout, 73,4% in Dendermonde, 73,2% in

Voeding op dag 6 naar profielkenmerken (zwangerschapsduur, rang van het kind, origine van de moeder en kansarmoedesituatie)

- Bij **prematuur geboren kinderen** (<37 weken) ligt het percentage dat op dag 6 borstvoeding krijgt 3,9 procentpunten lager dan bij à terme geboren kinderen (73,4% tegenover 77,3%). Het aandeel kinderen dat uitsluitend borstvoeding krijgt, verschilt wel sterker. Van de à terme geboren kinderen krijgt 63,5% uitsluitend borstvoeding, bij premature baby's gaat het om 52,2%. Premature baby's kennen dus een hoger aandeel kinderen dat naast borstvoeding andere voeding krijgt (21,2% tegenover 13,9%). Tegenover 2021 nam het aandeel premature baby's dat start met borstvoeding af met 1 procentpunt.
- Bij **eerstgeboren kinderen** ligt het aandeel kinderen dat op dag 6 borstvoeding krijgt iets hoger dan bij 'volgende' kinderen (77,6% tegenover 76,5% in 2022). 'Volgende' kinderen krijgen echter vaker uitsluitend borstvoeding dan eerstgeborenen. Uit niet-opgenomen data weten we er onder de 'volgende' kinderen nog verschillen zijn. Het is niet zo dat er steeds minder borstvoeding gegeven wordt naarmate de pariteit van het kind hoger ligt. Borelingen van pariteit 3 of 4 krijgen juist meer borstvoeding dan borelingen van pariteit 2. Dat heeft vooral te maken met het feit dat er bij de kinderen met een hogere pariteit meer moeders van niet-Belgische origine zijn, van wie gekend is dat ze meer borstvoeding geven.
- 9 op de 10 kinderen met een **moeder van niet-Belgische origine** (dus die bij haar geboorte niet de Belgische nationaliteit had) krijgt op dag 6 borstvoeding. Dat is heel wat hoger dan de 70,7% bij de kinderen met een moeder van Belgische origine.
- Uit de cijfers per originecluster leiden we af dat kinderen met een moeder van **Afrikaanse origine** het hoogste aandeel borstvoeding kennen op dag 6. Even opmerkelijk is dat kinderen met een moeder met een **geboortenationaliteit van een ander EU-land** duidelijk meer starten met borstvoeding dan kinderen met een moeder van Belgische origine.
- Bij kinderen met een moeder van Belgische origine doet zich een groot verschil voor naargelang de **kansarmoedesituatie van het gezin** (49,2% van de kinderen in kansarmoede krijgt borstvoeding op dag 6 tegenover 71,8% bij niet-kansarme kinderen). Bij kinderen met een moeder van niet-Belgische origine

doet zich amper een verschil voor in het aandeel dat op dag 6 borstvoeding krijgt, maar uit niet-opgenomen cijfers weten we wel dat er onder de kinderen in kansarmoede minder kinderen uitsluitend borstvoeding krijgen (66,5% tegenover 70,1%). Die verschillen deden zich ook in de voorbije jaren al voor.

Borstvoeding op 6 maanden

- Op 6 maanden krijgt 35% van de kinderen (geboren in Vlaanderen in 2021) nog borstvoeding. 1 op de 10 baby's krijgen dan nog uitsluitend borstvoeding.
- Ten opzichte van de geboortecohorte van 2020 zien we dat het aandeel kinderen dat op 6 maanden borstvoeding (uitsluitend + niet uitsluitend) krijgt, is afgenomen (-1,1 procentpunten) en dat enkel het aandeel kinderen dat uitsluitend borstvoeding krijgt, is afgenomen.
- We zien op 6 maanden dat meer dan de helft (50,7%) van de kinderen met een moeder van niet-Belgische origine nog borstvoeding krijgt, terwijl het bij kinderen met een moeder van Belgische origine om 28,1% gaat. Ook op 6 maanden zien we bij de kinderen met een moeder van Belgische origine dat kinderen in kansarmoede vaker geen borstvoeding (meer) krijgen dan kinderen die niet in kansarmoede leven. Het verschil doet zich in elke provincie voor.

2. Geestelijke gezondheid

Voorstel vanuit overleg 18/07 om hier geen rode draad van te maken bij alle gekozen thema's, maar er een afzonderlijk prioritair thema van te maken.

Subthema's

- verslaving/misbruik medicatie
- suïcide
- burn-out/depressie/angst/veerkracht
- isolatie/vereenzaming

	-1 → 3 (+ zwangerschap)	3 → 18	volwassenen	ouderen
Verslaving	(X) → impact voor kind	X	X	X
Suïcidepreventie		X	X	
Burn-out / depressie / angst / veerkracht	X	X	X	X
Isolatie / vereenzaming		X	X	X

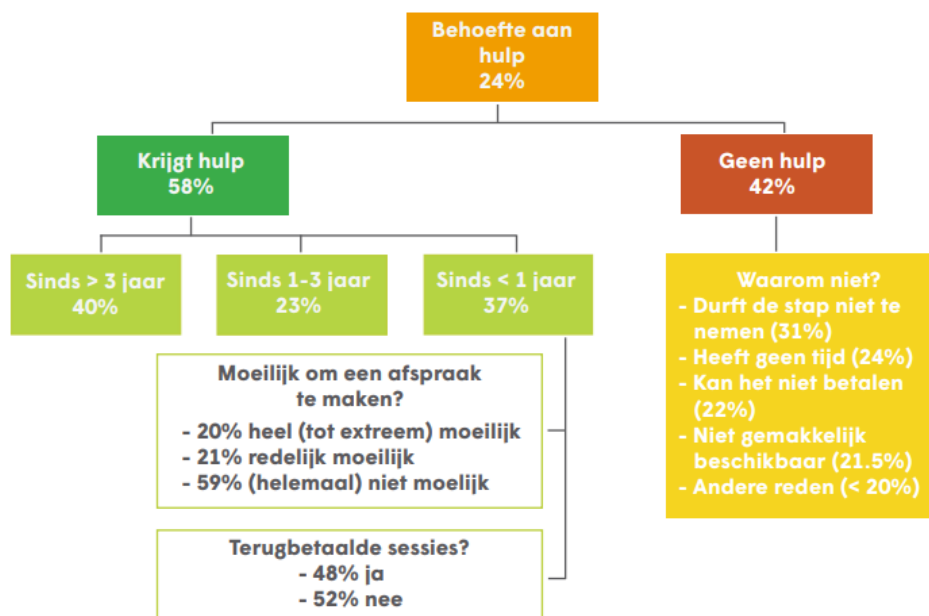
2.1. Algemeen

2.1.1. Cijfergegevens Belgische Gezondheids- en Welzijnscohort (BELHEALTH)

- [Bulletin januari 2023](#) - [Bulletin mei 2023](#)
- Een longitudinale studie met als doel de gezondheid en het welzijn van een grote groep Belgische inwoners gedurende minstens twee jaar op te volgen. Om de 3 maanden wordt een enquête naar dezelfde groep mensen (cohortgroep) opgestuurd met vragen over hun gezondheid in het algemeen, met een specifieke focus op de geestelijke gezondheid.
- Op basis van de bevindingen van de tweede BELHEALTH-enquête in februari 2023 kunnen we besluiten dat de **geestelijke gezondheid een belangrijk punt van zorg blijft** bij de volwassen bevolking in België.
- Een kwart van de volwassenen geeft aan **behoefte te hebben aan geestelijke gezondheidszorg**, maar slechts 58% krijgt ook effectief professionele hulp.
- Uit de resultaten bleek ook dat geestelijke gezondheidsproblemen nog steeds worden **gestigmatiseerd**.
- **Gebruik en toegang tot geestelijke gezondheidszorg**
 - Bijna 1 op de 4 volwassenen (24%) gaf aan de afgelopen 6 maanden **behoefte** gehad te hebben **aan professionele geestelijke gezondheidszorg**.
 - Een hoger percentage vrouwen (29%) en alleenstaanden met kinderen (37%) dan mannen (19%) en paren met (25%) en zonder kinderen (17%) rapporteerden deze behoefte aan geestelijke gezondheidszorg.
 - Van de volwassenen die aangaven in de afgelopen 6 maanden behoefte te hebben gehad aan geestelijke gezondheidszorg, kreeg slechts 58% **effectief professionele hulp**. Van hen werd 40% al opgevolgd vóór de gezondheidscrisis (meer dan 3 jaar geleden), maar de meerderheid (60%) kreeg minder dan 3 jaar geleden hulp.
 - De meeste volwassenen die zich in het afgelopen jaar tot een geestelijke gezondheidszorg hebben gewend, beweren dat het vrij gemakkelijk was om een **afpraak te krijgen** (59%), terwijl 21% het redelijk moeilijk vond en 20% heel tot extreem moeilijk.
 - Bovendien profiteerde bijna de helft (48%) van de volwassenen van de **recente hervorming van psychologische zorg**, die voorziet in een gedeeltelijke terugbetaling van begeleiding door een eerstelijns geregistreerd psycholoog.
 - Van degenen die geen gebruik hebben gemaakt van de terugbetaalde sessies (52%), was 28% niet op de hoogte van de hervorming, raadpleegde 46% een psycholoog die niet onder de

conventie viel, meldde 7% dat het te veel moeite kostte om te begrijpen hoe het werkt, en zocht 5% een eerstelijns geconventioneerde psycholoog, maar er was geen beschikbaar.

- 62% van de mensen die geestelijke gezondheidszorg raadpleegde, meldde tevreden tot zeer tevreden te zijn over de ondersteuning die zij krijgen.
- Anderzijds heeft 42% van de volwassenen die geestelijke gezondheidszorg nodig hebben, **geen professionele hulp gekregen**.
 - De meest genoemde reden is dat zij zich niet op hun gemak voelen om de stap te zetten (31%), maar er zijn ook veel praktische redenen, zoals het feit dat zij geen tijd, toegang of financiële middelen hebben voor geestelijke gezondheidszorg (21-24%).
 - Geestelijke gezondheidsproblemen worden in veel samenlevingen nog steeds verkeerd begrepen of gestigmatiseerd. Dit kan ertoe leiden dat mensen geen hulp zoeken, zich isoleren van vrienden en familie, of niet deelnemen aan werk en sociale activiteiten. Stigmatisering komt hier tot uiting in het feit dat 1 op de 3 mensen die hulp nodig hadden, geen hulp zocht omdat zij bang waren de stap te zetten (31%) of bang waren voor wat anderen zouden denken (8,5%).



2.1.2. Cijfergegevens CM-studie

- [Link](#) CM-studie
- Van de vrouwen met psychische problemen is slechts 37 procent zich ervan bewust, tegenover 39 procent van de mannen.
- Het risico op psychologische problemen 1,4 keer hoger is voor vrouwen dan voor mannen en 1,7 keer hoger voor mensen in de categorie met de laagste inkomens in vergelijking met mensen met de hoogste inkomens.
- Vrouwen stoten vaker op praktisch-financiële belemmeringen om hulp te zoeken: 33 procent geeft aan bezorgd te zijn over de kosten, 4 procent vindt het moeilijk om tijd te maken voor een afspraak. Bij mannen is dit respectievelijk 24 procent en 1 procent.
- Mensen in financiële moeilijkheden maken in het geval van een depressie vaker gebruik van medicatie (73 procent, tegenover 62 procent in de klasse met het hoogste inkomen), en minder van psychotherapie (39 procent tegenover 51 procent). Gevoelens van schaamte (17%) weerhouden hen er ook vaker van om hulp te zoeken

2.1.3. Preventiebarometer Sciensano

- [Rapport juli 2023](#)

- 3 op de 10 personen melden een slechte geestelijke gezondheid.
 - Vrouwen melden significant vaker een slechte geestelijke gezondheid dan mannen (34,5% versus 24,0%).
 - De 18-54-jarigen (32,4% à 35,5%) melden significant vaker een slechte geestelijke gezondheid dan de 55-plussers (22,1% à 26,6%).
 - Er kan een duidelijke significante associatie vastgesteld worden tussen opleidingsniveau en geestelijke gezondheid: hoe lager het opleidingsniveau, hoe slechter de geestelijke gezondheid (hoogopgeleid: 25,4%, middenopgeleid: 31,3%, laagopgeleid: 33,2%).
 - Personen die aangeven moeilijk rond te komen met hun huishoudinkomen melden significant vaker een slechte geestelijke gezondheid dan personen die aangeven gemakkelijk rond te komen (43,8% versus 23,6%).
- De gemiddelde score voor levenstevredenheid is 7,3 op een schaal van 0 tot 10. Van de volwassen Vlaamse bevolking bevindt 18,6% zich in de categorie “hoge levenstevredenheid” (score 9 of 10), 71,7% in de categorie “matige levenstevredenheid” (score 6 tot en met 8) en 9,8% in de categorie “lage levenstevredenheid” (score lager dan 6).
 - Het percentage mannen in de categorie “hoge levenstevredenheid” is significant hoger dan het percentage vrouwen in deze categorie (20,0% versus 17,3%).
 - Het percentage 18-34-jarigen in de categorie “hoge levenstevredenheid” (13,5% à 14,4%) is significant lager dan het percentage 55-plussers in deze categorie (19,4% à 23,7%). Het percentage 18-34-jarigen in de categorie “lage levenstevredenheid” (12,5% à 13,2%) is significant hoger dan het percentage 45-74-jarigen in deze categorie (6,9% à 8,8%).
 - Het percentage hoogopgeleiden in de categorie “hoge levenstevredenheid” (20,3%) is significant hoger dan het percentage midden- en laagopgeleiden in deze categorie (respectievelijk 16,1% en 19,3%). In de categorie “lage levenstevredenheid” constateren we een opleidingsgradiënt: 7,1% van de hoogopgeleiden bevindt zich in deze categorie, 10,7% van de middenopgeleiden en 12,9% van de laagopgeleiden.
 - Het percentage personen die moeilijk rondkomen met hun huishoudinkomen in de categorie “lage levenstevredenheid” (20,3%) is significant hoger dan het percentage personen die financieel gemakkelijk rondkomen in deze categorie (5,7%). Omgekeerd is het percentage personen die financieel gemakkelijk rondkomen in de categorie “hoge levenstevredenheid” (22,4%) significant hoger dan het percentage personen die moeilijk rondkomen in deze categorie (8,3%).
- De aspecten die als belangrijkste ervaren worden voor de geestelijke gezondheid zijn: “lichamelijk gezond zijn” (63,7%), “familie of goede vrienden hebben om problemen mee te bespreken” (56,6%) en “controle over je eigen leven hebben” (38,8%).
- Bij familie, vrienden of partner (26,4%), de huisarts (24,1%) en de psycholoog (22,2%) wordt het vaakst hulp gezocht om over geestelijke gezondheid te praten of om informatie hieromtrent te vragen.
- 3 op de 10 personen die een slechte geestelijke gezondheid melden, hebben nog nooit hulp gezocht om over geestelijke gezondheid te praten of om informatie hieromtrent te vragen. Het zijn vaker mannen en 55-plussers die een slechte geestelijke gezondheid melden die nog nooit hulp hebben gezocht.
- Iets minder dan de helft van de Vlaamse bevolking (46,0%) heeft geprobeerd om in de voorbije 12 maanden hun geestelijke gezondheid te versterken en ongeveer 1 op de 2 personen (50,7%) heeft de intentie om dit te doen in de volgende 12 maanden. Personen die een slechte geestelijke gezondheid melden en personen met een lagere levenstevredenheid hebben vaker de intentie om hun geestelijke gezondheid te versterken.
 - Personen die een slechte geestelijke gezondheid melden hebben significant vaker geprobeerd om hun geestelijke gezondheid te versterken in de voorbije 12 maanden dan personen die een goede geestelijke gezondheid melden (58,2% versus 41,0%). Verder hebben personen die een slechte geestelijke gezondheid melden significant vaker de intentie om hun geestelijke gezondheid te versterken in de volgende 12 maanden dan personen die een goede geestelijke gezondheid melden (68,5% versus 43,4%).
 - Hoe lager de levenstevredenheid, hoe significant vaker men geprobeerd heeft om hun geestelijke gezondheid te versterken in de voorbije 12 maanden (hoge levenstevredenheid: 35,4%, matige levenstevredenheid: 46,7%, lage levenstevredenheid: 59,1%). Alsook hoe significant vaker men de intentie heeft om in de volgende 12 maanden hun geestelijke gezondheid te versterken (hoge levenstevredenheid: 33,5%, matige levenstevredenheid: 52,3%, lage levenstevredenheid: 67,3%).

- Verder merken we significante geslachtsverschillen op: 51,7% van de vrouwen heeft in de voorbije 12 maanden geprobeerd om hun geestelijke gezondheid te versterken tegenover 40,1% van de mannen en 56,5% van de vrouwen heeft de intentie om in de volgende 12 maanden hun geestelijke gezondheid te versterken tegenover 44,7% van de mannen.
- De 18-54-jarigen (49,1% à 51,5%) hebben significant vaker geprobeerd om hun geestelijke gezondheid te versterken in de voorbije 12 maanden dan de 55-plussers (37,8% à 42,1%). Ook hebben de 18-54-jarigen (54,2% à 58,7%) significant vaker de intentie om hun geestelijke gezondheid te versterken in de volgende 12 maanden dan de 55-plussers (40,8% à 46,2%).
- Tot slot, personen die moeilijk rondkomen met hun huishoudinkomen (49,7%) hebben significant vaker geprobeerd om hun geestelijke gezondheid te versterken in de voorbije 12 maanden dan personen die aangeven gemakkelijk rond te komen (44,5%). Daarnaast hebben personen die financieel moeilijk rondkomen (56,5%) significant vaker de intentie om in de volgende 12 maanden hun geestelijke gezondheid te versterken dan personen die gemakkelijk rondkomen (48,4%).
- Meer dan de helft (55,8%) van de personen met de intentie om hun geestelijke gezondheid te versterken in de volgende 12 maanden is echter weinig zeker hierin te slagen. Bij personen die een slechte geestelijke gezondheid melden is zelfs 65,4% weinig zeker hierover.
- Tot slot, 92,6% vindt een vak over mentale gezondheid op school belangrijk en 92,3% acht het belangrijk dat de media aangemoedigd worden om boodschappen te geven die een realistisch en gezond lichaamsbeeld tonen.
 - Personen die een goede geestelijke gezondheid melden, vinden het significant vaker belangrijk dat de media worden aangemoedigd om boodschappen te geven die een realistisch en gezond lichaamsbeeld tonen dan personen die een slechte geestelijke gezondheid melden (92,5% versus 91,7%).
 - Personen in de categorie “lage levenstevredenheid” vinden beide maatregelen significant minder vaak belangrijk dan personen met uit de categorie “matige levenstevredenheid” of “hoge levenstevredenheid”:
 - 92,2% van de personen uit de categorie “lage levenstevredenheid” vindt het belangrijk dat er een vak rond mentale gezondheid op school wordt gegeven tegenover 93,6% van de personen uit de categorie “matige levenstevredenheid” en 93,4% van de personen uit de categorie “hoge levenstevredenheid”.
 - 91,1% van de personen uit de categorie “lage levenstevredenheid” vindt het belangrijk dat de media aangemoedigd worden om boodschappen te geven die een realistisch en gezond lichaamsbeeld tonen tegenover 93,6% van de personen uit de categorie “matige levenstevredenheid” en 92,8% van de personen uit de categorie “hoge levenstevredenheid”.
- Voor beide maatregelen merken we een significant geslachtsverschil: 96,4% van de vrouwen vindt een vak over mentale gezondheid op school belangrijk tegenover 88,7% van de mannen en 95,1% van de vrouwen vindt het belangrijk dat de media aangemoedigd worden om boodschappen te geven die een realistisch en gezond lichaamsbeeld tonen tegenover 89,2% van de mannen.
- De 65-74-jarigen (96,3%) vinden een vak over mentale gezondheid op school significant vaker belangrijk dan de jongere leeftijdsgroepen. De 18-24-jarigen (86,4%) vinden een vak over mentale gezondheid op school significant minder vaak belangrijk dan de oudere leeftijdsgroepen ($\geq 92,4\%$), uitgezonderd de 35-44-jarigen (90,6%). Ook dat de media aangemoedigd worden om boodschappen te geven die een realistisch en gezond lichaamsbeeld tonen beschouwen de 18-24-jarigen (86,1%) significant minder vaak belangrijk dan de oudere leeftijdsgroepen ($\geq 92,1\%$).
- Personen die moeilijk rondkomen met hun huishoudinkomen vinden een vak over mentale gezondheid op school significant vaker belangrijk dan personen die gemakkelijk rondkomen (93,1% versus 92,5%). Ook de tweede maatregel rond geestelijke gezondheid, namelijk “de media aanmoedigen om boodschappen te geven die een realistisch en gezond lichaamsbeeld tonen” achten personen die financieel moeilijk rondkomen significant vaker als belangrijk dan personen die gemakkelijk rondkomen (92,7% versus 92,2%).

2.1.4. Mentaal welzijn scholieren – Onderzoeksrapport WADDIST

- [Onderzoeksrapport maart 2023](#)
- Uit de SIGMA-studie 2019 blijkt dat:
 - 1 op 3 jongeren zich niet goed voelt in zijn vel
 - 1 op 5 zich eenzaam voelt
 - 4 op 10 jongeren moeite hebben om in slaap te vallen
- CLB ziet een stijging van het aantal chatgesprekken voor hulp en een stijging van emotionele problemen bij jongeren
- 35% voelt zich niet goed op school
- 33% vindt school geen veilige plek
- 83% vindt dat scholen meer moeten doen voor leerlingen rond mentaal welzijn
- 74% wil meer info over mentaal welzijn via school:
 - 2 op 3 kent de afspraken en acties rond mentaal welzijn op school niet
 - 23% weet niet wie de leerlingenbegeleider is op school
 - 28% weet niet waar ze terecht kunnen op school als ze zich niet goed voelen, omdat ze menen dat er niemand is (15%) of omdat ze niet weten bij wie ze terecht kunnen (13%)
- 52% van de schoolgaande jongeren heeft nog nooit op school tijd gespendeerd aan hoe je kan omgaan met stress
- 52% denkt dat een vak 'psychisch welzijn' op school een grote meerwaarde zou zijn.
- 54% geeft aan dat een gesprek met een psycholoog op school hem/haar deugd zou doen.
- 37% heeft het gevoel dat ze zichzelf niet mogen zijn of mochten zijn op school
- 26% voelt(de) zich af en toe gediscrimineerd en 6% voelt(de) zich vaak tot altijd gediscrimineerd.
- 48% weet niet hoe ze over hun emoties kunnen praten
- 77% merkt op wanneer het mentaal niet goed gaat met zichzelf of met een vriend. 17% geeft aan dit toch niet goed te kunnen inschatten.
- 66% gaat over tot actie wanneer ze zich slecht voelen: 24% van hen doet iets actiefs, 49% doet eerder iets rustig en 30% praat er ook over met anderen. 33% doet echter niets wanneer ze zich slecht voelen.

2.1.5. *Public Health perspectief als leidraad*

- [Brochure](#): De mythes voorbij ... Het public health perspectief als leidraad bij hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg – Prof. dr. Ronny Bruffaerts
- De public health benadering legt sterk de nadruk op het vóórkomen (de prevalentie) en het voorkómen (de preventie) van geestelijke gezondheidsproblemen in de samenleving. Public health vertrekt niet van het bestaande aanbod van zorg- en welzijnsactoren, maar stelt de zorgbehoefte van zowel de individuele burger als van de globale bevolking centraal.
- Als we kijken naar de totale bevolking en polsen naar ervaren psychische klachten, dan antwoordt 1 op 3 mensen positief op die vraag.
- Op jaarbasis kampt ongeveer 1 op 5 minderjarigen en 1 op 7 volwassenen met een psychische stoornis (psychisch evenwicht langdurig verstoord met een negatief effect op het functioneren op diverse levensdomeinen). Voorbeelden van vaak voorkomende stoornissen zijn angstproblematieken (7% van de 18- tot 64-jarigen op jaarbasis), stemmingsstoornissen (6 à 7% van diezelfde leeftijdsgroep op jaarbasis) en alcoholafhankelijkheid (3% van de 18- tot 64-jarigen op jaarbasis).
- Zeer ernstige psychische stoornissen komen relatief weinig voor, zowat bij 1,7% van de totale bevolking.
- **Onderbehandeling van psychische stoornissen**
 - Slechts ongeveer 43% van de volwassenen met een vaak voorkomende en behandelbare stoornis op jaarbasis professioneel wordt behandeld. Voor jongeren is dat slechts 31%. Op jaarbasis worden 7 op de 10 jongeren met een stoornis niet behandeld. ➔ over alle leeftijden heen 60% unmet need
 - Een minderheid krijgt bovendien ook een adequate behandeling ➔ ongeveer een derde van de behandelingen voldoet aan MAT (Minimal Adequate Treatment)
- **Overbehandeling** – overmet need
 - ongeveer 11% van de mensen die een gespecialiseerde ambulante psychiatrische behandeling krijgt, voldoet niet aan de criteria van een psychische stoornis (lees: milde emotionele problemen worden hooggespecialiseerd behandeld).

- De aanwezigheid van de vaakst voorkomende stoornissen (angststoornissen, stemmingsstoornissen en alcoholgebonden stoornissen) blijft vrij stabiel over de jaren heen.
 - Jongeren tot 18 jaar 8% - volwassenen 18-64 jaar 13% - ouder dan 64 jaar 6%
 - Depressie in België sinds 1997 5 tot 7% van de bevolking
 - Prevalentie wel gestegen als gevolg van de coronapandemie
 - Common mental disorders + ernstige psychische aandoeningen: 15% bij volwassenen – bij jongeren 20%
 - Zichtbaarheid van psychische problemen in de samenleving wel gestegen
 - Bij de meer recente leeftijdscohorten is er vandaag een hogere kans op het sneller ontwikkelen van “externaliserende” stoornissen (gelinkt aan problemen inzake impulscontrole, bv. aandachts- en concentratiestoornissen, agressiegerelateerde stoornissen, bingedrinken, middelengebruik of eetstoornissen. → bij huidige jongeren van 5 tot 18 jaar in België 8 tot 13% (twee- tot driemaal hoger dan in de volwassen bevolking)
 - Bovendien komen die stoornissen bij de jongeren vaak samen voor, waardoor die jongeren hogere én andere zorgnoden hebben dan de standaardbehandeling voor een depressie of angstproblematiek → gepast en dynamisch hulpverleningsaanbod nodig
 - De gemiddelde en mediane leeftijden waarop een psychische stoornis duidelijk wordt, is respectievelijk 21 en 17 jaar. Dat betekent dat de helft van de stoornissen al effectief aanwezig is vóór de leeftijd van 17 à 21 jaar. Een kwart van alle stoornissen bij de Belgische bevolking ontstaat vóór de leeftijd van 14 jaar
 - Externaliserende stoornissen, ontstaan gemiddeld op de leeftijd van 7 jaar.
 - De gemiddelde aanvangsleeftijd voor angststoornissen is 14 jaar
 - voor alcoholstoornissen 23 jaar
 - voor stemmingsstoornissen 38 jaar.
 - Driekwart van alle psychische stoornissen ontwikkelt zich vóór de leeftijd van 27 jaar.
 - De meeste gezondheidswinst kunnen we boeken door psychische problemen in de leeftijdsgroep van 14 tot 25 jaar vroeg en effectief aan te pakken.
 - Zogenaamde early childhood adversities (zoals verwaarlozing, mishandeling, of seksueel overschrijdend gedrag) vroeg in de kindertijd zijn een sterke en consistente voorspeller voor psychische stoornissen, middelenmisbruik en suicidaliteit tot ver in de volwassenheid.
 - De behandeling van angststoornissen in de adolescentie halveert het risico op de ontwikkeling van een depressie in de volwassenheid.
- ⇒ Preventie in eerste instantie richten op kinderen en jongeren → meeste impact op erg jonge leeftijd, bij voorkeur al startend tussen 6 en 12 jaar
- Mensen vinden **moeilijk toegang tot psychische hulpverlening**. Rond 2000 kwam naar schatting 28% van de mensen met een vaak voorkomende psychische stoornis in de zorg terecht. Vandaag schatten we dat iets meer dan 2 op 5 van de volwassenen en ongeveer 31% van de minderjarigen binnen het jaar zorg krijgt.
 - Voor depressie en angststoornissen zoeken we het vaakst hulp, voor alcoholgebonden en externaliserende stoornissen het minst.
 - De ‘**uitsteltermijnen**’ duren dikwijls erg lang: gemiddeld 10 tot 15 jaar → verhoogde kans op de ontwikkeling van andere psychische problemen, die kunnen leiden tot een hogere negatieve impact op het sociaal en relationeel leven van betrokkenen alsook de arbeidsmarkt.

Oorzaken:

- 6 op 10 mensen met psychische problemen zijn ervan overtuigd dat ze hun problemen alleen de baas kunnen en ze die dus ‘zelf wel kunnen oplossen’.
- Meer dan de helft oordeelt dat er helemaal ‘geen probleem’ is waarvoor een professionele behandeling aangewezen is.
- Slechts 12 tot 16% geeft aan dat de financiële kost van de hulpverlening een reden voor uitstel is.
- Bij 1 op 10 mensen is stigma het belangrijkste argument

- Het **zorggebruik** voor psychische problemen is in ons land tijdens de voorbije 20 jaar gestegen → gemiddeld stijgt het zorggebruik met 0,75 à 1% per jaar.
- Opvallend is wel dat er vooral meer vraag is naar **zorg in niet-gespecialiseerde, laagdrempelige settings**: bij de huisarts, de spoedgevallendiensten en de jongste jaren ook via online behandelingen.
- Internationaal vergelijkend onderzoek toont dat er geen rechtstreeks verband bestaat tussen het aantal professionals en voorzieningen (gedefinieerd als het aantal psychiaters, psychologen, huisartsen en het aantal psychiatrische bedden per 10.000 inwoners) en de met of unmet need.

Factoren die wel de unmet need kunnen terugdringen:

- Laagdrempelige toegang tot de zorg die het hulpzoekproces van de patiënt optimaal ondersteunt → overstap van informele zorg naar meer professionele hulp vlotter laten verlopen
- Evolutie in online hulpverlening → steeds meer mensen vinden online anoniem en op eigen tempo de weg naar een behandeling
- Initiatieven die het zorgproces en de continuïteit van de zorg centraal stellen voor de individuele patiënt.
- Steeds meer personen zoeken hulp op de eerste lijn → nauwe aansluiting van de psychologische werking bij de huisarts

2.1.6. *Cijfergegevens preventief gezondheidsbeleid bij steden en gemeenten*

- Om in kaart te brengen hoe het in de praktijk gesteld is met het preventief gezondheidsbeleid bij lokale besturen, voert het **Vlaams Instituut Gezond Leven, in samenwerking met het Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs (VAD) en de Lokale Gezondheidsoverleggen (Logo's)**, elke 4 jaar een bevraging uit bij Vlaamse lokale besturen (steden en gemeenten).
- In de indicatorenbevraging wordt er gekeken hoe lokale besturen de voorgaande jaren hun gezondheidsbeleid invulden. De resultaten van deze **indicatorenbevraging** tonen de werkpunten voor de komende jaren.
- De meest recente vragenlijst, waarover wij over de resultaten beschikken, werd aan het begin van de coronacrisis (05/03/2020 tot 10/07/2020) door 186 Vlaamse steden en gemeenten ingevuld. Op dit moment loopt opnieuw een dergelijke bevraging.
- [Resultaten bevraging 2020](#) – Er werd opgevraagd of we deze resultaten ook op niveau van onze 6 lokale besturen kunnen bekomen
- Resultaten thema mentaal welbevinden:
 - **In bijna alle gemeenten (89%) wordt er op één op andere manier informatie rond mentaal welbevinden gegeven aan de inwoners.** Die informatie lijkt voornamelijk verspreid te worden via diverse promotiematerialen zoals **affiches en brochures** (78%), via artikels en communicatie in het **gemeentebblad** (66%) of via de online communicatiekanalen van de gemeente zoals de **website of sociale media** (61%).
 - Daarnaast is het ook positief dat **4 op de 10 gemeenten met promotiecampagnes** via verschillende communicatiekanalen hun inwoners informeren. Door binnen die campagnes gebruik te maken van diverse informatiekanalen, neemt de kans toe dat alle inwoners of welbepaalde doelgroepen geïnformeerd en gesensibiliseerd worden. Dat kunnen we daarom enkel verder blijven aanmoedigen.
 - Niet-centrumsteden blijken gemiddeld via drie of vier communicatiekanalen te informeren rond mentaal welbevinden, terwijl centrumsteden hiervoor gemiddeld gebruik maken van zes kanalen. Ook blijkt geen enkele centrumstad hierrond niet te informeren, terwijl 11% van de niet-centrumsteden aangeeft geen informatie te verspreiden.
 - **De meeste gemeenten informeren al hun inwoners over mentaal welbevinden (80%).** In de gemeenten waar men die informatie (ook) richt naar specifieke doelgroepen, doet men dat voornamelijk naar **ouderen** (30%), **mensen in een kwetsbare situatie** (24%) en **jongeren** (23%). Dat is positief, want een sterk beleid rond mentaal welbevinden omvat niet enkel algemene sensibiliseringscampagnes gericht naar een algemeen publiek, maar ook acties op maat van specifieke doelgroepen. Voor elk van de bovenvermelde doelgroepen zijn andere

noden en onderwerpen belangrijk, bijvoorbeeld ‘zelfvertrouwen’ bij jongeren, ‘work-lifebalans’ bij gezinnen, ‘eenzaamheid’ bij ouderen en bespreekbaar maken van moeilijkheden bij mensen met verhoogde kwetsbaarheid. Een algemene campagne kan die specifieke noden nooit 100% dekken. Daarom zijn extra acties gericht naar specifieke doelgroepen aangewezen.

- **Structurele maatregelen zorgen ervoor dat je je thuis voelt op de plek waar je woont.** Dat kan door aangename plekken in te richten (vb. groene ruimtes, stiltegebieden ...) en dus de **fysieke omgeving** aan te pakken. Maar ook door sociale cohesie en verbondenheid te stimuleren (bv. via buddywerking, versterken van de sociale verbondenheid van oudere en kwetsbare bewoners, inzetten op participatie ...). Daarbij speel je in op de **sociale omgeving** van de inwoners. Het is belangrijk om steeds te streven naar een mix van acties die zowel op de fysieke als de sociale omgeving inspelen, om zo tot een sterk beleid rond mentaal welbevinden te komen.
- Het is daarom fijn om vast te stellen dat de overgrote meerderheid (**meer dan 80%**) van de Vlaamse steden en gemeenten dergelijke **structurele maatregelen** heeft, gericht op het versterken van het mentaal welbevinden van haar inwoners. Hier maken de Vlaamse steden en gemeenten een mooie **sprong voorwaarts**: in **2016 bleek slechts 17%** van de steden en gemeenten een dergelijk aanbod te voorzien. In de praktijk betekent dit dat gemeenten vandaag voornamelijk inzetten op het **tegengaan van eenzaamheid bij oudere en kwetsbare inwoners** en op het **aanbieden van een rustige, groene publieke ruimte**. De minderheid van gemeenten geeft aan ‘andere initiatieven’ te nemen. Dit blijkt vooral te gaan over een beweeg- en beleefstuin, of het inzetten van wijkwerkers.
- De invloed van de **coronacrisis** is hier niet te onderschatten. Verschillende initiatieven, die zich hoofdzakelijk richten op het versterken van verbondenheid (belcirkels naar eenzame burgers/ouderen, buddysystemen,...), werden opgestart of kregen een boost onder impuls van de toegenomen solidariteit die spontaan op gang kwam in de eerste coronagolf. Vele (zo niet alle) lokale besturen hebben daardoor ook extra acties opgezet om de burgers te ondersteunen. De komende jaren zouden we sterker moeten inzetten op het creëren van opportuniteiten bij lokale besturen, om gelijkaardige omgevingsinterventies ook te bestendigen.
- 90% van de centrumsteden en 44% van de kleine steden en gemeenten zet in op **verbinding tussen inwoners en omgeving** (bv. buddywerking of ontmoetingsplaatsen)
- 100% van de centrumsteden en 65% van de kleine steden en gemeenten helpt **eenzaamheid bij ouderen of andere kwetsbare groepen tegengaan** (bv. via huisbezoek of belrondes)
- 100% van de centrumsteden en 45% van de kleine steden en gemeenten zet in op **ouders ondersteunen bij positieve opvoeding** (bv. via outreachende activiteiten)
- 80% van de centrumsteden en 42% van de kleine steden en gemeenten stimuleert **participatie van alle (sub)groepen bewoners**
- 80% van de centrumsteden en 18% van de kleine steden en gemeenten voorziet **plaatsen waar inwoners kunnen spreken over hun mentaal welbevinden** (bv. gevoelsplekken)
- 100% van de centrumsteden en 51% van de kleine steden en gemeenten **creëert rustige publieke ruimtes** (bv. toegankelijke natuur)
- **28%** van de Vlaamse steden en gemeenten heeft één van de volgende **afspraken en regels om mentaal welbevinden bij inwoners te bevorderen**:
 - 21% heeft regels in verband met subsidies voor de organisatie van buurtactiviteiten.
 - 16% heeft regels in verband met burgerparticipatie.
 - 2% heeft een draaiboek voor suïcidepreventie.
- **Bij 8 op de 10 gemeenten en steden kunnen inwoners met problemen op het vlak geestelijke gezondheid terecht voor hulpverlening en ondersteuning.** 9% voorziet geen begeleiding voor inwoners en 10% gaf als antwoord "ik weet het niet".
- De meeste steden en gemeenten bieden zelf geen ondersteuning aan, maar verwijzen door:
 - **70% verwijst door naar externe hulpverlening**, zoals CAW, Inloopcentrum, een psycholoog.
 - **58% verwijst (ook) door naar de telefoonlijn ‘Tele-Onthaal’ of ‘Awel’** (hulplijn voor jongeren) of **‘1813’** (zelfmoordlijn)
- Het aandeel **gemeenten dat zelf hulpverlening aanbiedt** (bv. via Overkop-huizen, psycholoog, eerstelijnspsycholoog), steeg van **8% in 2016 naar 30% in 2020**. De verdere uitbouw van de eerstelijnszones kunnen daarin een rol gespeeld hebben.

- 44% van de steden en gemeenten voorziet financiële tegemoetkoming of logistieke ondersteuning:
 - 27% van de gemeenten neemt een actieve rol op in het **opzetten of onderhouden van netwerken** - met o.a. wijkgezondheidscentra, eerstelijnszones, ... - rond zorg en begeleiding bij geestelijke gezondheidsproblemen, (bv. om wachttijden zo klein mogelijk te houden).
 - 26% voorziet **logistieke ondersteuning voor andere organisaties** of diensten die zorg en begeleiding bij geestelijke gezondheidsproblemen aanbieden (bv. ter beschikking stelling van infrastructuur).
 - 11% voorziet **financiële ondersteuning voor andere organisaties** of diensten die zorg en begeleiding bij geestelijke gezondheidsproblemen aanbieden.
 - 5% voorziet een financiële tegemoetkoming bovenop de Vlaamse tussenkomst, waardoor **externe hulpverlening** (bv. CGG, een psycholoog) **gratis is voor de inwoner**.
 - 4% voorziet een financiële tegemoetkoming bovenop de Vlaamse tussenkomst, waardoor de inwoner voor **externe hulpverlening** (bv. CGG, een psycholoog) **nog slechts een kleine vergoeding dient te betalen**.

2.1.7. *Mogelijke finaliteiten*

- Het aanbod zorg en ondersteuning rond mentaal welbevinden is in kaart gebracht, beter op elkaar afgestemd en zowel burgers als intermediairs vinden hun weg naar dit aanbod.
- Een 'kruispunt' rond geestelijke gezondheidszorg, maar bij voorkeur ook ruimer, is uitgerold in onze ELZ.
- Zowel in basis- als secundair onderwijs wordt aandacht besteed aan het mentaal welbevinden van hun leerlingen/studenten d.m.v. projectwerking, sensibilisering, toeleiding, ...
- Mentale problemen bij kinderen en jongeren worden sneller gedetecteerd en toegeleid naar de juiste zorg en ondersteuning.
- Mogelijkheden m.b.t. groepsaanbod en vindplaatsgericht werken rond mentaal welbevinden zijn geanalyseerd, geïnventariseerd en geïmplementeerd waar zinvol en mogelijk.
- Het brede netwerk / actoren binnen ELZ Dender zijn geïnformeerd m.b.t. de kindreflex en deze is ook maximaal geïmplementeerd.
- Zorg- en welzijnsactoren en lokale besturen zijn geïnformeerd en ondersteund in de uitwerking en implementatie van een intern en extern beleid rond mentaal welbevinden.
- Jaarlijkse actieve deelname en ondersteuning tiendaagse geestelijke gezondheid.

2.1.8. *Mogelijke acties*

- In 2022 werd na een brainstormoefening onder onze 6 lokale besturen reeds beslist om onder coördinatie van de IGP Sam Callebaut te werken rond geestelijke gezondheid, met focus op doelgroep 10-14-jarigen. Dit resulteerde in het project 'Operatie JongGeluk', dat ook werd toegelicht op onze laatste ELZ WG GGZ.

Het project valt uiteen in twee deelprojecten die zich elk naar een andere leeftijd en setting richten:

- 2023-2024
 - Doelgroep: 3e graad lager onderwijs (10 tot 12 jaar)
 - Setting: basisscholen
 - Project: Operatie JongGeluk: Warme William op school
- 2024-2025
 - Doelgroep: 1e graad secundair onderwijs (12 tot 14 jaar)
 - Setting: vrije tijd/jeugd
 - Projectfiche nog op te maken
- Aanbevelingen Prof. dr. Ronny Bruffaerts
 - Werk met gezondheidsdoelstellingen en doe een systematische sturing van het beleid op basis van data in een value based benadering
 - Zet in op preventie, vroeginterventie en kinderen & jongeren.
 - het aanbieden van informatie over psychische problemen en stoornissen

- interventies in het onderwijs op school- en klasniveau (met als doel de interacties in de klas te verbeteren)
- detectie en doorverwijzing van leerlingen met psychische problemen

De Centra Geestelijke Gezondheidszorg en Centra voor Leerlingenbegeleiding kunnen bijvoorbeeld gezamenlijk detectie- en verwijspaden installeren voor leerlingen met psychische problemen in het algemeen en voor externaliserende stoornissen in het bijzonder.

- Verleg de focus van één-op-éénbehandeling van psychische stoornissen naar het creëren van een laagdrempelig groepsaanbod in de eerste lijn → toegang voor de patiënt tot professionele gezondheidszorg verhogen
 - Focus op 'vindplaatsen' en installeer daar adequate interventies en gerichte zorgtoeleiding
 - Voor kinderen en jongeren: kinderopvang, scholen, ontmoetingsplaatsen in de vrije tijd
 - Volwassenen: huisarts, spoedgevallendienst
 - Online
 - Bestrijd actief de hardnekkige mythes die echte verandering in de weg staan
- Doorheen de verkenning van het thema mentaal welbevinden / geestelijke gezondheidszorg valt meermaals de nadruk op kinderen en jongeren op als doelgroep om op in te zetten. Dat brengt ons onder meer naadloos bij de [projectoproep "overhoop" – samen voorbij trauma, van preventie tot herstel](#).
 - **De oproep richt zich tot organisaties die willen bijdragen aan praktijkmodellen die de eerste lijn versterken in de aanpak en preventie van ontwikkelingstrauma. è Sleutel mee aan een samenwerkingsmodel, een zorgpad, een methodiek ... en draag zo bij aan een samenleving die kinderen helpt op te groeien in balans met zichzelf en hun omgeving.**
 - Kinderen worden groot met vallen en opstaan. Maar wat als opstaan plots moeilijker gaat door een ingrijpende stressvolle gebeurtenis? Bijvoorbeeld omwille van een ouder met een verslavingsproblematiek, emotionele of fysieke verwaarlozing, een echtscheiding of een ouder die overlijdt?
 - Onderzoek leert dat 12% van de kinderen vier of meer negatieve ervaringen meemaakt. De opeenstapeling van ingrijpende gebeurtenissen kan leiden tot ernstige verstoring van het stresssysteem van kinderen. Zonder preventie of tijdige hulp van buitenaf, worden vertrouwensrelaties dan een mogelijke bron van angst, stress en onveiligheid en komt de goede ontwikkeling van kinderen in het gedrang. Ontwikkelingstrauma hypothekeert de levenskwaliteit en de gezondheid, ook op latere leeftijd, en kan worden doorgegeven van generatie op generatie.
 - OverHoop is een project van de Koning Boudewijnstichting dat in opdracht van de Vlaamse Overheid en met de hulp van professionele en informele actoren in Vlaanderen bouwt aan meer preventie en een versterkte aanpak van ontwikkelingstrauma en de ingrijpende gebeurtenissen die daaraan voorafgaan.
 - OverHoop wil eerstelijnsactoren houvast bieden om zelf via gerichte samenwerking en met werkzame methodes en interventies aan de slag te gaan rond ontwikkelingstrauma en dit van preventie tot herstel. Want waar negatieve ervaringen diepe sporen nalaten, doen positieve dat evenzeer. De eerste lijn kan daarin samen met andere partners een belangrijke rol spelen maar heeft nood aan werkzame en aangepaste tools en methoden.
 - De oproep nodigt uit om bij te dragen aan de ontwikkeling van breed inzetbare instrumenten. De methodes die effectief blijken, zullen breed ter beschikking worden gesteld van de eerste lijn vanaf 2025.
 - Timing: indienen tot en met 28/09/2023 è kandidaten die geselecteerd worden, worden uitgenodigd voor een selectiegesprek op 19 of 27 oktober è in november worden de definitieve selectie bekend gemaakt è project zelf loopt tot december 2024

Binnen onze Eerstelijnszone zijn wel een aantal partners geïnteresseerd om rond dit project samen te werken met de Eerstelijnszone. Een aantal mogelijke insteken worden op dit moment verder verkend, waaronder de KOPP-werking en de kindreflex. We zijn ook in overleg met VIVEL voor eventuele samenwerking/ondersteuning.

⇒ [Projectoproep](#)

⇒ [Inspiratienota](#)

- Uitgaande van de bevraging van het preventief gezondheidsbeleid bij steden en gemeenten, zou het misschien zinvol kunnen zijn om een intervisiegroep op te starten met onze 6 lokale besturen om van elkaar te leren, actief te verbreden, ...
- In het kader van afstemming van het beleid van een lokaal bestuur en dat van een Eerstelijnszone lijkt het een evidentie om met de lokale besturen in gesprek te gaan om de prioritaire thema's van onze Eerstelijnszone ook te vertalen naar lokaal beleid vanuit het lokaal bestuur.
- Mogelijke acties kunnen dan zijn:
 - Een [beleid rond mentaal welbevinden](#) uitwerken op niveau van de gemeente
 - Werken aan een [gezonde publieke ruimte](#)

2.1.9. Input Psychologenkring Dender

Een jaar of twee jaar geleden is in het kader van opstellen van doelgroepprioriteiten voor het besteden van het budget van de conventie een enquête rondgestuurd naar eerstelijns zorgverleners als ik me niet vergis. Dit was gericht naar zoveel mogelijk actoren in de eerstelijnszone, met de vraag naar wat prioriteit/te kort was. Ik weet niet meer wie de organisator hiervan was: de groep rond de conventie? de zorgraad Dender?. Wellicht zijn daar wel gegevens uit gevolgd? Is de vraag naar verslavingshulp momenteel al beantwoord door De Kiem?

Wij zien zelf ipv in doelgroepen in te delen eerder andere dingen interessant om budget aan te besteden. Bijvoorbeeld:

- het uitwerken van een zo'n naadloos met elkaar overeenstemmend aanbod met zo kort mogelijke wachttijden en zo weinig mogelijk drempels voor de burger,
- goede zorg/organisatie/ondersteuning voor de hulpverleners zodat ze kwalitatief werk kunnen blijven leveren en niet uitvallen
- focus op het geestelijk welzijn van onze jongeren (ter preventie want zij worden later volwassenen), en van onze ouderen (een groter wordende groep, die niet in de vergetelheid mogen geraken).
- Initiatieven zoals een OverkopHuis voor jongeren zou heel goed zijn in Dendermonde volgens ons. Een huis waar jongeren kunnen chillen, gezellig samenzijn, rust vinden, er creatief kunnen bezig zijn als ze willen, maw er een veilig nest vinden; met enkele begeleiders die professioneel geschoold zijn in psychische problemen bij jongeren. Met in dat huis ook de mogelijkheid tot een ondersteunend individueel gesprek bij een psycholoog vanuit de conventie, de mogelijkheid om zich in te schrijven voor groepjes rond bv. assertiviteit, faalangst, relaxatie, mindfulness, uitgevoerd door psychologen vanuit de conventie, maar ook groepjes rond bv. haken, houtbewerking, yoga, sport, enzoverder, uitgevoerd door andere beroepsgroepen of vrijwilligers. En de mogelijkheid mee te gaan op enkele uitstapjes voor een erg laag bedrag. Die uitstapjes kunnen fun zijn, maar ook sport of cultureel.
- Voor ouderen misschien eerder af en toe een uurtje groepsaanbod gegeven door een psycholoog vanuit de conventie, aansluitend bij een maaltijd bv. in de dienstencentra, gericht op veerkracht, relaxatie, rouw, slaap, enzoverder. En telkens verwijzing naar de individuele therapeuten waar men bij terecht kan voor gesprekken. Maar er kunnen ook andere beroepsgroepen misschien iets komen doen dat de veerkracht en zelfzorg kan versterken. Het zou hier bij zeer handig zijn als de regels waar een psycholoog zich aan moet houden voor groepssessies vanuit de conventie niet gelden voor dit aanbod, en dat de administratie voor de groepssessies in de conventie ook tot een minimum vereenvoudigd kan worden voor de psycholoog.

2.2. Suïcide

2.2.1. Cijfergegevens Belgische Gezondheids- en Welzijnscohort (BELHEALTH)

- [Bulletin januari 2023 - Bulletin mei 2023](#)
- 10% had de afgelopen 12 maanden **zelfmoordgedachten** t.o.v. 4% in 2018 (13% in 2021). 0,4% ondernam een **zelfmoordpoging** de afgelopen 12 maanden t.o.v. 0,2% in 2018 (0,6% in 2021)
 - **Volwassenen met angst, depressie of beide (comorbiditeit)** gaven vaker aan in de afgelopen 12 maanden aan zelfmoord te hebben gedacht of een zelfmoordpoging te hebben gedaan dan mensen zonder één van beide stoornissen.

2.2.2. De epidemiologie van suïcidepogingen in Vlaanderen

- [Jaarverslag 2021](#)
- Opgelet: beperkingen in 2020-2021 door COVID-19
Het is niet duidelijk of er effectief minder suïcidepogingen zijn gebeurd, of werd er minder naar de spoedafdeling gegaan na een suïcidepoging met weinig letsel? Indien de patiënt zich toch had aangemeld op de spoed, was er voldoende tijd om een assessment te doen? Uit een aantal internationale studies blijkt dat er geen verandering of sterke stijging was in de eerste maanden van de pandemie. Toch blijft het belangrijk om waakzaam te zijn voor eventuele veranderingen in de cijfers op lange termijn.
- Overzicht rates per 100.000 inwoners, 2021

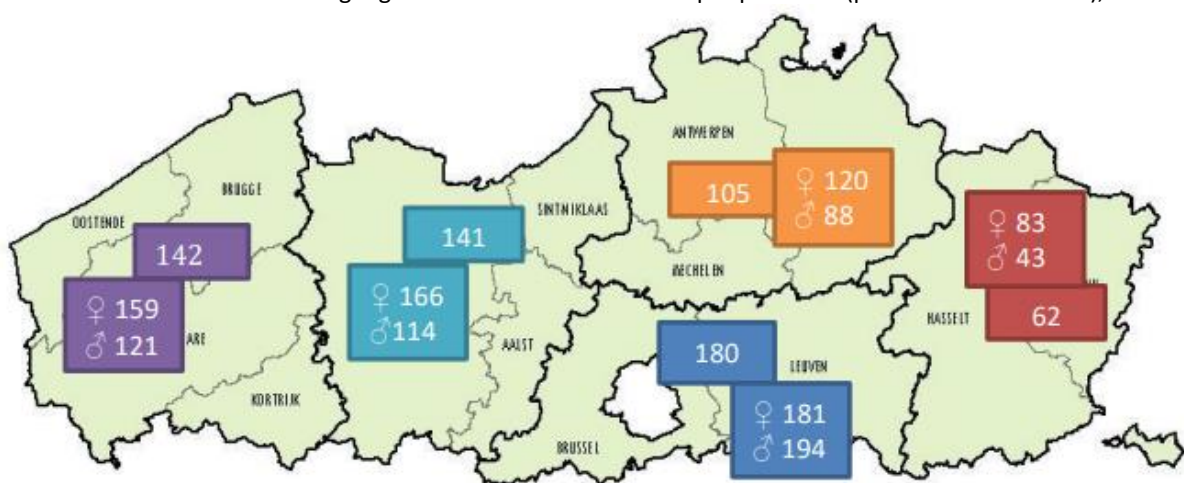
	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	event-based	person-based	event-based	person-based	event-based	person-based
AZ Lokeren	121	121	283	283	200	200
AZ Sint-Blasius	162	162	195	191	178	176
Vlaanderen	106	104	147	144	127	124

- Het gemiddelde van de totale PB rates de voorbije 23 registratiejaren bedraagt 152 op 100.000 inwoners.
- De gemiddelde PB-incidentierate voor vrouwen (180/100.000) ligt hoger dan deze voor mannen (123/100.000)
- De gemiddelde EB-rate voor Vlaanderen, berekend over de laatste 23 jaar, bedraagt 156/100.000 inwoners. Het verschil tussen de gemiddelde EB-rate voor vrouwen (188/100.000) en mannen (127/100.000) is enigszins meer uitgesproken in vergelijking met het man/vrouw verschil van de PB-rates (respectievelijk 180/100.000 en 123/100.000). Dit zou kunnen aantonen dat vrouwen een suïcidepoging vaker herhalen dan de mannen
- In Oost-Vlaanderen was er bij twee van de deelnemende spoedopnamediensten een significante daling zichtbaar ten opzichte van 2019, m.n. UZ Gent (31.6%) en AZ Alma (26.6%). De EB-rate steeg ten opzicht van 2019 in AZ Lokeren, AZ Maria Middelaars, AZ Sint-Vincentius, AZ Oudenaarde en AZ Jan Palfijn. De stijging was significant in AZ Maria Middelaars (54.7%), AZ Sint-Vincentius (26%) en AZ Oudenaarde (38.1%). In AZ Sint-Blasius Dendermonde en AZ Sint-Lucas Gent bleef de rate ten opzicht van 2019 relatief gelijk.

Overzicht van EB-rates in Oost-Vlaanderen volgens instelling, 2005-2021

Instelling, regio *	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11	'12	'13	'14	'15	'16	'17	'18	'19	'20
UZ Gent*	310	231	271	280	294	280	206	191	183	183	227	231	240	217	196	134
AZ Lokeren					188	242	134	117	169	141	219	140	276	226	213	248
AZ Maria Middelaers, Gent*						95	30	32	116	126	101	120	114	97	95	147
AZ Sint-Blasius, Dendermonde						164	245	257	175	179	218	196	186	184	212	214
OLV ZH Aalst-Asse						121	134	169	47	131	146	123	156	132		104
AZ Sint-Lucas, Gent							264	242	222	164	195	148	152	118	120	123
AZ Sint-Vincentius, Deinze*							189	180	309	185	220	172	155	137	148	187
ASZ, Aalst										40	45	152	159	145	136	
Jan Palfijn, Gent										240	268	286	253	247	224	248
AZ Alma, Eeklo*										228	251	308	261	308	335	246
AZ Oudenaarde*													227	225	194	268

- Overzicht van geografische EB-rates distributie per provincie (per 100.000 inwoners), 2021



- Leeftijd
 - Het hoogst absolute aantal suïcidepogers vonden we terug in de leeftijdscategorie 15-19jaar, 20-24jaar en 35-39jaar.
 - Voor de vrouwen het hoogst aantal pogers in de leeftijdsgroep van 15-19 jaar en in de leeftijdsgroep 20-24jaar.
 - Bij mannen bevinden de meeste pogers zich onder de 20-24 jarigen, de 25-29 jarigen en onder de 45-49 jarigen en 50-54 jarigen.
 - De gemiddelde leeftijd van suïcidepogers in Vlaanderen was 38.9 jaar; voor mannen was dit 40.8 jaar en voor vrouwen 37.7 jaar
- Burgerlijke staat
 - Uit de literatuur blijkt dat alleenstaanden, personen die gescheiden zijn en alleenwonenden een risicogroep vormen voor suïcidaal gedrag.
 - 2021: ongehuwden de grootste subgroep (43.7%) onder suïcidepogers die op een Vlaamse spoedopnamedienst werden aangemeld. Daarnaast was 4.1% weduwe(naar), 18.3% was gescheiden, 24% was gehuwd en 7.5% was officieel samenwonend.
 - Wanneer de burgerlijke staat van de suïcidepogers vergeleken wordt met deze van algemene Vlaamse bevolking (op 01/01/2022), stellen we vast dat het percentage suïcidepogers dat gescheiden is (18.3%) relatief hoog is in vergelijking met het totaal percentage gescheiden personen in Vlaanderen (8.9%). Het percentage gehuwde suïcidepogers (24%) is daarentegen relatief laag in vergelijking met het totaal percentage gehuwden in Vlaanderen (38.5%). Wat betreft de overige burgerlijke staten was er geen duidelijk verschil tussen de suïcidepogers en de algemene bevolking in Vlaanderen.
- Woonsituatie

- 33.9% woonde alleen op het moment van de suïcidepoging. Mannen (37.6%) woonden significant vaker alleen dan vrouwen (31.5%).
- Meer dan de helft (54.1%) van de patiënten had kinderen. Vrouwen (56.6%) hadden significant vaker kinderen dan mannen (50%).
- Economische toestand
 - Patiënten die lager opgeleid zijn en (langdurig) werklozen vertonen een hogere kans op suïcidaal gedrag, zowel suïcidepogingen als suïcides.
 - In Vlaanderen was 38.8% van de geregistreerde suïcidepogers werkend en was 17.6% werkloos, 43.6% was economisch inactief. Deze laatste groep bestond voornamelijk uit personen die invalide verklaard werden (36.2%). 30.2% was economisch inactief omwille van pensioen en 32% omdat men student was.
 - Bij vergelijking van de economische toestand van de suïcidepogers tussen de 15 en 64 jaar met die van de algemene Vlaamse bevolking tussen de 15 en 64 jaar valt op dat de algemene werkloosheidsgraad in Vlaanderen, die 2.9% bedraagt (2021), relatief lager is dan die van de Vlaamse suïcidepogers in dezelfde leeftijdscategorie (19.6%). De algemene werkzaamheidsgraad, die 70% bedraagt (2021), is daarentegen relatief hoger dan die van de Vlaamse suïcidepogers (43.2%).
 - Vrouwelijke suïcidepogers zijn vaker economisch inactief zijn (48.1% vs. 36.7%) in vergelijking met mannelijke suïcidepogers. Mannelijke suïcidepogers zijn significant vaker werkend dan de vrouwelijke subgroep (46.2% vs. 34.0%).
- Psychiatrische behandeling in de voorgeschiedenis
 - Uit eerder onderzoek is gebleken dat veel suïcidale patiënten reeds in contact kwamen met psychiatrische hulpdiensten.
 - Huidig onderzoek bevestigt dit: 61.6% van de patiënten wiens voorgeschiedenis in kaart kon worden gebracht, werd reeds residentieel (40.9%) en/of ambulant (41.9%) behandeld.
 - Bij 4.2% werd de huisarts vermeld in het kader van psychologische/psychiatrische begeleiding.
 - 25.8% van de patiënten werd vóór de huidige suïcidepoging op geen enkele wijze psychiatrisch behandeld.
 - Significant meer vrouwen kregen vooraf aan de suïcidepoging residentiële psychiatrische begeleiding (45.9%) dan mannen (33.2%).
 - Er waren significant meer mannen (32%) die vóór hun suïcidepoging geen enkele vorm van psychische hulpverlening hebben gekregen in vergelijking met vrouwen (21.7%).
- Voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag
 - Wanneer de patiënt voorafgaand aan de huidige poging reeds een suïcidepoging ondernam, verhoogt dit de kans op een nieuwe poging binnen het jaar met 16%.
 - Een andere studie toonde aan dat 11% van de patiënten die werden aangemeld in een ziekenhuis na een suïcidepoging de poging herhalen binnen het jaar.
 - Hoe meer pogingen, hoe groter het risico. De studie van Carroll, Metcalfe en Gunnell (2014) toonde aan dat 1.6% van de patiënten die werden aangemeld in het ziekenhuis na een suïcidepoging overleden binnen het jaar door suïcide.
 - Wanneer een patiënt reeds vroeger een suïcidepoging heeft ondernomen, is het belangrijk om na te gaan wanneer deze poging plaatsvond, want hoe korter de termijn van de voorgaande tot de huidige suïcidepoging, hoe acuter het gevaar voor herhaald suïcidaal gedrag. 50.9% van de pogingen voorafgaand aan de huidige poging, werd gedurende het afgelopen jaar ondernomen. De overige pogingen vonden meer dan een jaar geleden plaats.
 - Bijna drie op vier van de vorige pogingen werd medisch behandeld (70.5%). Dit gebeurde voornamelijk in een ziekenhuis (86.9%). 2.6% werd door de huisarts behandeld en 10.6% werd elders medisch behandeld (bijvoorbeeld in een psychiatrisch ziekenhuis).
 - Bij 67.2% van de patiënten werd aangeduid dat de voorgaande poging ook “psychisch” behandeld werd.
- Sociaal netwerk
 - Gebrek aan sociale steun vergroot het risico op een suïcidepoging.

- Sociale steun werd het vaakst door familie (51.9%) en de partner (23.8%) gegeven. 22.7% gaf aan sociale steun te vinden bij een vriend en/of vriendin. 16.1% gaf aan niemand te hebben waarbij men terecht kan.
- Alcohol- en middelenmisbruik
 - In de meerderheid van de gevallen (62.5%) was er géén vermoeden van alcohol- of drugmisbruik. Bij 7.0% was er sprake van “mogelijk misbruik” en bij 30.3% was er sprake van “waarschijnlijk misbruik”.
 - “Geen misbruik” kwam significant vaker voor bij vrouwen dan bij mannen (68.1% vs. 54.7%). “Waarschijnlijk misbruik” kwam significant vaker voor bij mannen dan bij vrouwen (36.7% vs. 25.7%).
- Diagnose
 - Wanneer iemand suïcidaal gedrag stelt, zijn er zeer frequent psychiatrische stoornissen zoals stemmingsstoornissen vast te stellen.
 - Wanneer een diagnose werd geformuleerd, kwam een “stemmingsstoornis” (24.8%) het vaakst voor. Het kan hierbij gaan om de diagnose “depressieve episode”, “majeure depressieve stoornis”, “dysthyme stoornis” of “bipolaire stoornis”.
 - Daarnaast werd in 9% van de gevallen “afhankelijk van een middel” of “misbruik van een middel” gediagnosticeerd
 - In 4.4% van de gevallen werd “middelengebruik” gecombineerd met de diagnose “stemmingsstoornis”.
 - Bij 6.7% werd ‘acute aanpassingsproblemen’ gemeld.
 - In 3.2% van de gevallen vermeldde men een andere diagnose. Hieronder werden onder andere volgende stoornissen geassocieerd: obsessiefcompulsieve stoornis, ADHD, autisme spectrumstoornis en post-traumatische stressstoornis.
 - Bij mannen werd significant vaker “afhankelijkheid van een middel” of “middelenmisbruik” aangegeven bij de diagnose dan bij vrouwen (13.4% vs. 6.3%).
- Zorgtraject
 - Een grote meerderheid gaf aan dat men verder begeleiding wenste (91.5%). 8.5% weigerden expliciet verdere professionele begeleiding binnen het ziekenhuis.
 - Uit eerder onderzoek blijkt dat de zorgbehoeften van de patiënt niet altijd overeenkomen met het zorgaanbod van de hulpverleners. Om de patiënt te kunnen engageren in het hulpaanbod is het echter zeer belangrijk beide visies op elkaar af te stemmen. Een expliciete bevestiging van de zorgbehoeften van de patiënt is dus noodzakelijk.
 - Van de patiënten bij wie de nood aan professionele hulp geregistreerd werden, gaf 19.5% aan ambulante begeleiding te wensen. 31.5% wenste residentiële begeleiding en 0.7% wenste ondersteuning door een huisarts. 7.3% van de patiënten was onbeslist over de vorm van de gewenste behandeling.
- Suïcidepogingen bij kinderen en jongeren
 - Onder de jongeren die in 2021 een suïcidepoging ondernamen, bevonden zich meer meisjes (74.6%) dan jongens (25.4%). In de literatuur vinden we dezelfde trend terug, suïcidepogingen worden vaker door jonge meisjes ondernomen dan door jongens.
 - In huidige studie was de gemiddelde leeftijd van de jongere 15.3 jaar (min.: 12; max.: 17). Bij de jongens was de gemiddelde leeftijd 15.4 jaar, bij de meisjes was dit 15.3 jaar.
 - 73.2% van de jongeren woonde bij familie. 25.4% woonde in een gezinsvervangende situatie, deze jongeren verbleven voornamelijk in een voorziening (BJZ, GGZ, gehandicaptenzorg). 1.5% gaf aan in een andere situatie te wonen.
 - Wanneer de schoolsituatie van de jonge suïcidepogers vergeleken wordt met deze van de jongeren die het Nederlandstalig secundair onderwijs volgen in de tweede en derde graad (situatie op 01/02/2021), stellen we vast dat het percentage jonge suïcidepogers die het TSO volgen (24.1%) relatief hoog is in vergelijking met het totaal percentage leerlingen in de tweede en derde graad van het TSO (30.5%). Het percentage jonge suïcidepogers die het BSO volgen (16.7%) is relatief laag in vergelijking met het totaal percentage leerlingen in de tweede en derde graad van het BSO (24.2%). Het percentage jonge suïcidepogers die het ASO volgen

(31.5%) is eveneens laag in vergelijking met het totaal percentage leerlingen in de tweede en derde graad van het ASO (42.9%)

- Verschillende studies hebben aangetoond dat (het herhalen van) een suïcidepoging een risicofactor is voor latere suïcide en een belangrijke voorspeller is van toekomstig suïcidaal gedrag. Hoe meer pogingen, hoe groter het risico.
- Uit huidig onderzoek bleek dat voor 43.8% van de jongeren dit de eerste suïcidepoging was. 31.3% van de jongeren had reeds één eerdere poging ondernomen, 10.9% twee, 3.1% drie en 10.9% reeds vier pogingen.
- Bij 64.3% van de jongeren was de vorige poging minder dan 6 maand geleden en bij 80.8% van de jongeren was er iemand op de hoogte gebracht zoals een ouder, broer of zus, een vriend(in) en/of een vertrouwenspersoon op school.
- 85.7% van de jongeren gaf aan dat er hulp werd geboden na de suïcidepoging. 33.3% van de jongeren werd geholpen door een psycholoog of psychiater en 33.3% door hun ouders of voogd.
- Door 72.2% van de jongeren werd aangegeven dat men aan automutilatie doet. Bij 96.3% van de jongeren was dit minder dan 6 maanden geleden. significant meer meisjes dan jongens gaven aan te automutileren (81.1% vs. 53.3%)
- Wetenschappelijke studies hebben aangetoond dat sociale steun een belangrijke beschermende invloed heeft op de prevalentie van suïcidaal gedrag
- 10.4% van de jongeren gaf aan het gevoel te hebben dat niemand om hen geeft.
- 25.5% van de jongeren gaf aan niet geneigd te zijn om met anderen te praten over dingen die hen dwars zitten. Jongens zijn significant vaker niet geneigd om te praten dan meisjes (50% vs. 15.2%). 10.6% gaf aan met niemand te kunnen praten.
- Bij 89.2% van de bevraagde jongeren was er geen vermoeden van alcohol-, drugs- en/of medicatiemisbruik. 35.9% van de jongeren gaf wel aan alcohol te hebben gedronken tijdens de afgelopen drie maanden. 7.7% van de jongere gaf aan drugs te hebben gebruikt in de afgelopen drie maanden en 28.2% van de jongere gaf aan tijdens de afgelopen drie maanden medicatie gebruikt te hebben in een hogere dosis dan voorgeschreven door de arts.
- Wetenschappelijke studies hebben aangetoond dat de risicofactoren die aan suïcidepogingen voorafgaan bij adolescenten in twee clusters kunnen opgedeeld worden: (1) omgeving en/of psychosociale factoren zoals niet samenwonen bij beide ouders, ouders die gescheiden zijn, gepest worden, ernstige bezorgdheid hebben rond hun seksuele geaardheid, problemen hebben met de politie, en familie en/of vrienden hebben die een suïcidepoging hebben gedaan, en (2) persoonlijkheids- en psychologische kenmerken zoals impulsiviteit, perfectionisme, angst en depressiviteit.
- De jongeren gaven vaak aan dat het moeilijk is om vrienden te maken/ te houden (56.5%) en vermeldten vaak dat er problemen waren op school (52.2%). Ruzie tussen ouders (41.3%), gescheiden ouders of ouders die uit elkaar gaan (47.8%) en de aanwezigheid van psychische klachten (69.6%) werden ook vaak opgegeven. Tenslotte gaven een aantal jongeren aan gepest te worden (28.3%) en zelf pesten (6.5%), problemen met justitie te hebben (17.4%), dat er iemand in het gezin is overleden of ernstig ziek is (17.4%), het overlijden van een vriend (6.5%) seksuele problemen (8.7%) en fysieke problemen (8.7%).
- Wanneer aan de jongere gevraagd werd of hij/zij bereid was tot verdere begeleiding, gaf 63.3% aan verdere begeleiding te wensen. 10% van de jongeren weigerde expliciet verdere professionele begeleiding en 26.7% van de jongeren stond hier neutraal tegenover.

2.2.3. Epidemiologisch rapport VLESP (Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie)

- [Rapport 2022](#)
- Jaarlijks bundelt het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP) een uitgebreid overzicht van cijfers m.b.t. suïcides, suïcidepogingen en geestelijke gezondheidsproblemen in Vlaanderen in een epidemiologisch rapport (de laatste update dateert van juli 2023).

- De studies naar 2020 en 2021 tonen voorlopig geen stijging van de suïdecijfers tijdens de coronapandemie voor België en Vlaanderen. Desondanks het uitblijven van stijgende suïdecijfers wijzen studies op veel psychisch leed wat op de langere termijn een suïciderisico met zich mee kan brengen.
- Mentaal welzijn en geestelijke gezondheid zijn belangrijke factoren die samenhangen met suïcidaal gedrag. Zo zijn psychische problemen een belangrijke risicofactor voor suïcide. Ongeveer 90% van de mensen die overlijden door suïcide vertoonden tekenen van psychiatrische problemen
- In 2021 overleden in België 1,732 personen ten gevolge van suïcide, waarvan 1,259 mannen en 473 vrouwen. Dit komt neer op bijna vijf suïcides per dag.
- Tussen 2000 en 2020 is zelfdoding gedaald bij mannen (28.1%) en bij vrouwen (33.3%) in België. In totaal zien we een daling van 28.6% in België – 30% in Vlaanderen in 2020 ten opzichte van 2000.
- In 2021 (meest recente cijfers) overleden in Vlaanderen 913 personen door suïcide. Dit komt neer op ongeveer 2.5 suïcides per dag. Een merendeel van de suïcides (70%) waren mannen. Het sterfterisico voor mannen was 2.7 keer groter dan voor vrouwen
- Rekening houdend met de veranderende leeftijdsverdeling en toenemende bevolking, zijn er in Vlaanderen in 2020 minder overlijdens ten gevolge van suïcide waar te nemen dan in 2000. De gezondheidsdoelstelling van het 2de Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (2012-2020) van de Vlaamse overheid stelde dat de suïcides in 2020 met 20% afgenomen moeten zijn in vergelijking met het jaar 2000. Er kan een daling vastgesteld worden van 29% minder suïcides bij mannen en 30% minder suïcides bij vrouwen in vergelijking met het jaar 2000. De gezondheidsdoelstelling voor zowel mannen als voor vrouwen over alle leeftijden heen is dus behaald.
- Wanneer de cijfers worden opgesplitst naar leeftijd, dan blijkt dat de gezondheidsdoelstelling voor zowel mannen als vrouwen voor vrijwel alle leeftijdsgroepen behaald is, behalve bij mannen in de leeftijd van 45-59 jaar en vrouwen in de leeftijd van 15-29 jaar.
- In 2021 zagen we dat in vergelijking met 2000 de daling is doorgezet bij vrijwel alle doelgroepen, behalve bij vrouwen in de leeftijd van 15-29 jaar en 60-74 jaar. Bij vrouwen in de leeftijd van 15-29 jaar zagen we een stijging ten opzichte van 2000, maar bij vrouwen tussen de 60-74 jaar is er wel sprake van een daling alleen is deze minder dan de afgesproken 20%. Daarentegen zien we dat het de daling bij mannen in de leeftijd van 45-59 jaar in 2021 voor het eerst sinds baselinejaar 2000 meer dan 20% (streefdaling) is.
- De gezondheidsdoelstelling van het 3de Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (2022-2030) van de Vlaamse overheid stelt dat het aantal zelfdodingen in 2030 met 10% moet gedaald zijn t.o.v. het referentiejaar 2020. Wanneer de vergelijking wordt gemaakt met de baseline van het jaar 2020, rekening houdend met de veranderende leeftijdsverdeling en toenemende bevolking, is er in 2021 een daling van de suïdecijfers met 7.1%. Het is echter nu nog wat vroeg om uitspraken te doen over het behalen van dit doel gezien dit nog maar de evolutie over 1 jaar betreft.
- De meest westelijke provincies, West- (17,7/100.000) en Oost-Vlaanderen (15/100.000) hebben hogere gestandaardiseerde sterftcijfers ten opzichte van de drie andere Vlaamse provincies (9,7-13,5/100.000).
- We zien dat de suïdecijfers in vrijwel alle provincies zijn gedaald in 2021 t.o.v. 2012. We zien dat de daling het sterkst is in Oost-Vlaanderen, Antwerpen en Limburg.
- Beroepsgroepen met een hoger suïciderisico zijn landbouwers, artsen, apothekers, verplegers, politieagenten en militairen. Ook in justitie, media en communicatie en bij artiesten, boorput- en mijnwerkers, bouwvakkers, schoonmaakpersoneel en medewerkers van transport- en logistiekbedrijven zien we hogere zelfmoordcijfers.

2.2.4. Lokale cijfers: politiezones ELZ Dender ?

- Te bevragen bij politiezone Berlare/Zelee ; Dendermonde; Buggenhout/Lebbeke; Hamme/Waasmunster?
 - <https://www.politie.be/5443/contact/diensten/onthaal> = contactformulier ingevuld 28/08
 - <https://www.politie.be/5437/contact/commissariaten/hoofdcommissariaat-lebbeke> = gemaild

Politiezone Hamme/Waasmunster

- Cijfers voor 2023 zijn tot en met 24/08/2023

Zelfdoding

	2020	2021	2022	2023
Totaal	13	12	15	6
Waarvan poging	10	9	11	5
Man	6	5	6	4
Vrouw	7	7	9	2

Bron: Bert Dierickx; PZ.HammeWaasmunster.LIK@police.belgium.eu

Politiezone Berlare/Zele

- Cijfers voor 2023 zijn tot en met 31/7/2023
- Inzake doorverwijzing na een zelfmoordpoging: intern de politie kan er enkel beroep gedaan worden op de slachtofferbejegenaars maar deze mensen kunnen worden doorverwezen naar de sociale sector (CAW, huisarts, psycholoog,...). Normaal gezien wordt er vanuit de politie een nazicht huidige toestand gedaan, maar dat is geen hulp op zich.

Zelfmoord

	2020		2021		2022		2023	
	man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw
Voltrokken feit	2	1	3	0	4	1	1	0
Poging	2	7	3	5	3	8	5	5
Totaal	12		11		16		11	

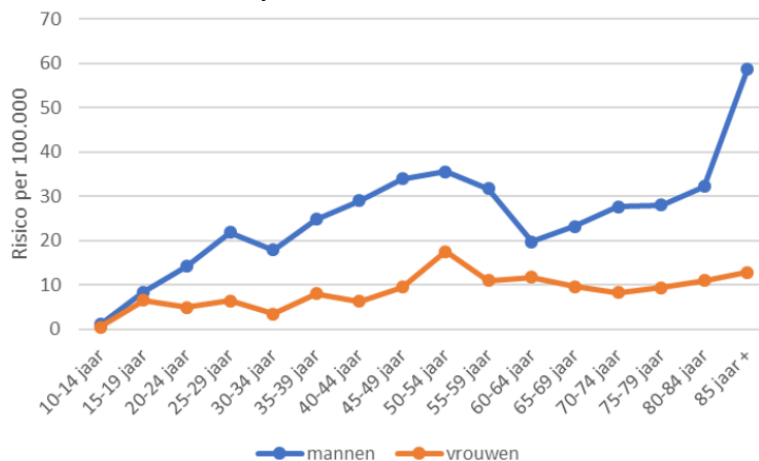
Bron: Liesbet Christiaens (PPZ.BerlareZele@police.belgium.eu)

2.2.5. Vlaams Actieplan Suïcidepreventie III (2022-2030)

Wat de opmaak van een concreet plan voor de ELZ zou ik aanraden om zeker een kijkje te nemen in het nieuwe actieplan suïcidepreventie: https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/2022-12/VAS_III.pdf. Dit actieplan omvat acties die zowel op universele, selectieve als geïndiceerde preventie gericht zijn, en die in

Vlaanderen uitgerold zijn of uitgerold zullen worden. Mogelijks zijn hier ook initiatieven bij die jullie van uit ELZ Dender extra kunnen ondersteunen, mee in de kijker zetten, etc.

- Suïcide is een ernstig en complex volksgezondheidsprobleem.
- In 2019 overleden in Vlaanderen **960 personen**, waarvan 702 mannen en 258 vrouwen, ten gevolge van **suïcide**. Aangezien er jaarlijks sterfgevallen zijn waarvan de doodsoorzaak moeilijk te bepalen is, is dit waarschijnlijk een onderschatting.
- Wanneer de Vlaamse suïcidecijfers worden vergeleken met andere Europese landen, dan ligt het Vlaamse suïcidecijfer 1.35 keer hoger dan het gemiddelde binnen Europa.
- Indien gekeken wordt **per leeftijd**, zien we dat bepaalde leeftijdsgroepen verhoogde cijfers vertonen. Dit is voornamelijk het geval bij mannen boven de 75 jaar, mannen tussen 40 en 65 jaar en vrouwen tussen 50 en 65 jaar.



- In 2020 waren er naar schatting ongeveer **9181 personen**, of 25 per dag, die als gevolg van een **suïcidepoging** in de spoedopnamediensten terecht kwamen. Opnieuw is dit vermoedelijk een onderschatting van het aantal suïcidepogingen, aangezien niet iedereen die een suïcidepoging onderneemt op de spoedafdeling terecht komt.
- Er is een geslachtsverschil zichtbaar, waarbij vrouwen (60.3%) meer suïcidepogingen ondernemen dan mannen. Mannen (73.7%) overlijden dan weer meer ten gevolge van suïcide dan vrouwen.
- Daarnaast blijkt uit de Nationale Gezondheidsenquête uit 2018 dat **14%** van de Belgische bevolking ouder dan 14 jaar minstens één keer in hun leven ernstig **aan zelfmoord dacht**. In Vlaanderen was dit bij 13% van de bevolking het geval. Van deze groep had iets meer dan een derde zelfmoordgedachten in de afgelopen 12 maanden.
- Hoe ontstaat suïcidaal gedrag? Enkele theoretische modellen. (pagina 6-9) ➔ suïcide is een complex gegeven, waarbij verschillende (neuro)biologische, psychologische, psychiatrische, sociale en culturele factoren een rol spelen. Bovendien interageren en fluctueren deze factoren over tijd. Het is belangrijk om bij de preventie van suïcide rekening te houden met deze complexiteit.
- Preventie van zelfdoding: welke strategieën werken? (pagina 9-11)
- Gezondheidsdoelstelling VAS III (2022-2030): het aantal zelfdodingen in 2030 moet met 10% gedaald zijn t.o.v. het referentiejaar 2020.
- Strategie 1 – Suïcidepreventie bij de hele bevolking (pagina 25-31)

SUBSTRATEGIE 1: Geestelijke gezondheidsbevordering via het versterken van beschermende factoren	
CONTINUEREND	NokNok
	Warme Steden en Gemeenten
NIEUW	Mentaal welbevinden in het basis-, secundair en hoger onderwijs
	Preventie in de schoolsetting via het project Warme Scholen
	Implementatie van de Geluksdriehoek
SUBSTRATEGIE 2: Doorbreken van stigma op psychische problemen en aanmoedigen van hulp zoeken	
CONTINUEREND	Werking Te Gek!?
	Campagne '4voor12'
	Campagne 'Warme William'
	Methodiek 'Eerste Hulp bij Psychische Problemen'
NIEUW	'Mentaalmaatje': Campagne over peer support
SUBSTRATEGIE 3: Veilig bespreekbaar maken van suïcide in maatschappij en media	
CONTINUEREND	Mediarichtlijnen en mediawerking
	Werelddag Suïcidepreventie
	Lezingen, vormingen en webinars voor het algemene publiek
SUBSTRATEGIE 4: Beperken van de toegang tot (dodelijke) middelen en methodes	
CONTINUEREND	Samenwerking met Infrabel
	Adviezen voor zorginstellingen
NIEUW	Deskundigheidsbevordering van apothekers
	Richtlijnen m.b.t. het beperken van de toegang tot methodes

- Strategie 2 – Deskundigheidsbevordering van professionelen en sleutelfiguren (pagina 32-35)

ACTIES BINNEN STRATEGIE 2: DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING VAN PROFESSIONELEN EN SLEUTELFIGUREN	
CONTINUEREND	Breed ondersteunings- en vormingsaanbod
	Settinggerichte preventierichtlijnen
	Hulplijn voor hulpverleners: ASPHA
NIEUW	Deskundigheidsbevordering van zorg- en hulpverleners via een Virtual Reality Tool
	Deskundigheidsbevordering van huisartsen via navorming
	Denktank en pilootproject Setting Werk
	Deskundigheidsbevordering van bemiddelaars bij VDAB

- Strategie 3 – Suïcidepreventie bij kwetsbare doelgroepen → jongeren, ouderen, mannen, LGBTI+personen, financieel kwetsbare groepen, kwetsbare beroepsgroepen, personen in detentie en personen met een psychische problematiek (pagina 36-41)

JONGEREN	
CONTINUEREND	Serious game “Silver”
	Hulplijn AWEL
	Fiches voor het Jeugdwerk
NIEUW	Versterken van mentaal welbevinden bij jongeren uit kwetsbare posities
OUDEREN	
CONTINUEREND	Praktijkadviezen en e-learning voor zorg- en hulpverleners
NIEUW	Lezing algemeen publiek en Webinars voor ouderen
	Intensifiëring samenwerking VLESP - Vlaamse Ouderenraad
MANNEN	
CONTINUEREND	Campagne ‘Kom Uit Je Kop’
LGBTI+ PERSONEN	
CONTINUEREND	Aandacht voor de doelgroep/het thema in nieuwe acties
	Websites Lumi.be/lgbt en Gendervonk
NIEUW	Intensifiëring samenwerking VLESP - çavaria, Transgender Infopunt, WelJong
	Te verkennen: kwalitatief onderzoek naar ervaringen en noden van LGBTI+ personen met suïcidegedachten
FINANCIEEL KWETSBARE GROEPEN EN KWETSBARE BEROEPSGROEPEN	
NIEUW	Versterken van mentaal welbevinden bij werklozen
	Onderzoek naar kwetsbare beroepsgroepen
	Suïcidepreventie bij land- en tuinbouwers
PERSONEN IN DETENTIE	
CONTINUEREND	Sensibilisering en in kaart brengen van knelpunten voor implementatie

- Strategie 4 – Preventie bij suïcidale personen & ondersteuning naasten (pagina 42-51)

SUBSTRATEGIE 1 – Laagdrempelige informatie en hulp aanbieden	
CONTINUEREND	Het platform Zelfmoord1813.be
	Zelfmoordlijn 1813
	Mobiele applicaties On Track Again en BackUp
NIEUW	Zelfhulpapp voor suïcidale jongeren
	Zelfzorggroep voor ervaringsgenoten na een suïcidepoging
SUBSTRATEGIE 2 – Ontwikkelen en implementeren van richtlijnen en interventies ter bevordering van de detectie en behandeling van suïcidale gedachten en gedrag	
CONTINUEREND	Multidisciplinaire richtlijn voor de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag en e-learning website “SP-Reflex”
	Mindfulness-based cognitieve therapie en Toekomstgerichte Training
	Zorg voor personen na een suïcidepoging
NIEUW	Richtlijn voor de detectie en behandeling van suïcidale gedachten en gedrag bij kinderen en jongeren
	Richtlijn voor de detectie en behandeling van suïcidale gedachten en gedrag bij personen met autisme
	Richtlijn voor de detectie en behandeling van suïcidale gedachten en gedrag bij chronische suïcidaliteit
	Tool voor hulpverleners om suïcidale gedachten en gedrag met jongeren te bespreken
	Kortdurende interventie voor personen na een suïcidale crisis of suïcidepoging
	Groepstraining voor suïcidale jongeren
SUBSTRATEGIE 3 – Zorgcontinuïteit voor suïcidale personen bevorderen	
CONTINUEREND	Leidraad Zorgcontinuïteit en Ondersteuning netwerken GGZ
NIEUW	Zorgcontinuïteit en ketenzorg voor suïcidale personen vanuit de hulplijnen
	Netwerken GGZ: Evaluatie en Ontwikkeling zorgaanbod en follow-up systeem voor suïcidale personen
	Interdisciplinaire intervisie op EersteLijnsZones

- Strategie 5 – Postventie na suïcide & ondersteuning nabestaanden (pagina 52-54)

SUBSTRATEGIE 1 – Laagdrempelige informatie en hulp aanbieden aan nabestaanden	
CONTINUEREND	Huidig aanbod van informatie en hulp voor nabestaanden
NIEUW	Bekendmaking en uitbreiding van laagdrempelige informatie en hulp voor nabestaanden
SUBSTRATEGIE 2 – Lotgenotencontact organiseren voor nabestaanden	
CONTINUEREND	Aanbod van fysiek en online lotgenotencontact
SUBSTRATEGIE 3 – Ondersteuning bij postventie na een suïcide	
NIEUW	Deskundigheidsbevordering van hulpverleners m.b.t. postventie
	Methodiek voor ondersteuning bij postventie na een suïcide

- Strategie 6 – Onderzoek naar suïcidaliteit, monitoring van cijfers en evaluatie van het actieplan (pagina 55-57)

SUBSTRATEGIE 1 – Wetenschappelijk onderzoek naar suïcidaliteit	
CONTINUEREND	Samenwerking met KU Leuven
NIEUW	Onderzoek naar het effect van een mediarijclijnconforme verhaallijn in fictie
	Onderzoek naar de impact van suïcide in de media
	Onderzoek naar risicoberoepen
SUBSTRATEGIE 2 – Actuele registratie van suïcidaal gedrag	
CONTINUEREND	Registratieproject suïcidepogingen
NIEUW	Actuele en gedetailleerde suïcidecijfers
SUBSTRATEGIE 3 – Continue evaluatie van noden en acties	
CONTINUEREND	Alertheid voor nieuwe noden en mogelijke nieuwe acties
	Evaluatie van acties en het actieplan

2.2.6. Contactpersonen

- Suïcidepreventiewerker Waas en Dender
Marieke Van Malderen
CGG Adentro
Lange Violettestraat 84, 9000 Gent
0495/57.17.29
marieke.vanmalderen@cggadentro.be
- Suïcidepreventiewerker CGG OVL
Liefke De Witte
Liefke.dewitte@cggadentro.be

2.2.7. Mogelijke finaliteiten

- Het zorgpad suïcide is geëvalueerd en kenbaar gemaakt en betrokken actoren nemen ook actief hun rol op binnen dit zorgpad.
- De kennis en vaardigheden van de actoren binnen onze ELZ rond het inschatten van een suïciderisico en het omgaan met suïcidale personen zijn verhoogd, waardoor er ook een betere vroegdetectie en vroeginterventie bestaat.
- Suïcide(pogingen) worden voorkomen door inzet op geestelijke gezondheidsbevordering via het versterken van beschermende factoren.
- Burgers met suïciderisico en hun directe omgeving is beter geïnformeerd rond bestaande ondersteuning en vind ook makkelijker zijn of haar weg ernaar toe.

2.2.8. Mogelijke acties

- Een suïcidepoging is één van de belangrijkste risicofactoren voor suïcide. Studies tonen aan dat het risico op suïcidaal gedrag significant daalt in de eerste 12 maanden volgend op een suïcidepoging indien de patiënt terecht kan in de geestelijke gezondheidszorg. De beschikbaarheid van de diensten binnen de geestelijke gezondheidszorg maakt dan ook een belangrijk deel uit van de preventiestrategie.
- Naast suïcidepogers vormen ook personen met psychische problemen en personen met lichamelijke aandoeningen een belangrijke risicogroep voor suïcide.
Uit de cijfers van Vlaanderen blijkt dat 43.6% economisch inactief is, van wie bijna de helft invalide is ten gevolge van zowel psychische (vb. depressie) als somatische (vb. fibromyalgie) aandoeningen. Selectieve preventie, gericht op doelgroepen met een verhoogd risico van suïcidaal gedrag, is dus nodig.
- Kennis en vaardigheden van betrokken beroepsgroepen spelen een zeer belangrijke rol en initiatieven gericht op het vergroten van deze kennis en vaardigheden met betrekking tot het inschatten van het

suïciderisico en omgaan met suïcidale patiënten bij professionals verdienen aanbeveling. Voorbeelden zijn deskundigheidsbevorderende interventies zoals trainingen. In het nieuwe Vlaams Actieplan Suïcidepreventie III (VASIII 2022-2030) is deskundigheidsbevordering nog steeds een belangrijke preventiestrategie.

- Bijna driekwart (71.7%) van de suïcidepogingen gebeurt met behulp van een overdosis medicatie. Gebruikte medicatie bij een overdosis wordt meestal verkregen via legitieme kanalen (voorgeschreven door huisarts of psychiater) voor legale doelen (behandelen psychische problemen). De inname van een overdosis medicatie in combinatie met alcohol zorgt voor een hogere letaliteit. Als universele preventiestrategie, gericht op de algemene bevolking, kunnen artsen worden geadviseerd minder toxische medicatie en kleinere hoeveelheden medicatie voor te schrijven. Voor medicatie die verkrijgbaar is zonder voorschrift van een arts kan aangeraden worden om de inhoud van de verpakking te limiteren en de toegankelijkheid te verminderen.
- Vanuit het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP) worden vormingen opgezet rond:
 - Signalen herkennen
 - Het gesprek aangaan & risicoformulering
 - Rol van medicatie in suïcide
 - Aanmoedigen tot (samen) hulp zoeken en doorverwijzen
 - Het gesprek afronden
 - Beroepsgeheim
 - Zelfzorg

Momenteel loopt een proefproject met e-learning voor apothekers. Misschien is dit een piste om verder te verkennen om bredere vorming voor actoren in onze ELZ op te zetten, gelinkt aan het bestaande zorgpad voor verdere opvolging.

Meer informatie over het onderzoek en de e-learning is te vinden op www.zelfmoord1813.be/onderzoek.

Kirsten Pauwels, adjunct-directeur VLES, verwees ook nog naar het e-learningplatform [SP-reflex](#): è een beetje analoog aan de e-learning voor apothekers, een aantal e-learningmodules die gratis gevolgd kunnen worden. Afhankelijk van de functie van de persoon in kwestie zullen één of meerdere modules relevant zijn: de module detectie is eigenlijk voor elke hulpverlener relevant, de module interventies zal eerder geschikt zijn voor professionelen die ook instaan voor vervolgzorg. Dit platform wordt momenteel volledig vernieuwd en zal in december in een nieuwe versie gelanceerd worden. Er zullen ook een aantal nieuwe modules aan toegevoegd worden. De modules zijn gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijnen voor detectie en behandeling van suïcidaliteit.

- Binnen het **Vlaams Actieplan Suïcidepreventie III** zijn heel wat strategieën en acties opgenomen die wij binnen onze Eerstelijnszone mee kunnen ondersteunen en/of lokaal kunnen gaan uitwerken.
- Geestelijke gezondheidsbevordering via het versterken van beschermende factoren:
 - Werken aan de verdere implementatie en streven naar een groter bereik van:
 - Het online platform voor jongeren (12-16 jaar) '**NokNok.be**' (Vlaams Instituut Gezond Leven)
 - Het project '[Warme Steden en Gemeenten.net](#)' (Fonds Ga voor Geluk) è binnen onze Eerstelijnszone is enkel Lebbeke een Warme Stad/Gemeente in beweging. Het zou fijn zijn mochten ook onze andere lokale besturen zich daarbij aansluiten.
 - **Mentaal welbevinden in het basis-, secundair en hoger onderwijs** (Vlaams Instituut Gezond Leven) → Operatie Jong Geluk (zie 2.1.6.) past hier zeker bij, maar in het actieplan staan ook nog andere methodieken opgesomd die we zeker kunnen faciliteren naar ons onderwijsveld toe: tips voor het hele schooljaar – online databank – happy snacks – routines – geluksdriehoek – vorming voor leerkrachten rond mentaal welbevinden en hoe hieraan te werken in de klascontext
 - **Preventie in de schoolsetting via het project [Warme Scholen](#)** (Fonds Ga voor Geluk) è Op dit moment worden in Vlaanderen zo'n 80-tal scholen begeleid. Binnen onze Eerstelijnszone zijn dit:
 - Vrije Basisschool HEHA Dendermonde

- Oogappels Campus Appels
 - KOHamme: St-Jozef en Heilig Hart
- Indien gewenst wil men graag een infosessie organiseren voor de scholen binnen onze Eerstelijnszone.
- Contactpersoon: Sarah Peene – sarah.peene@warmescholen.net
- **Implementatie van de Geluksdriehoek** (Vlaams Instituut Gezond Leven) → sensibiliseren van de brede bevolking (communicatie, online toolbox, workshop, geluikswandeling, groepstraject) en van intermediairs (bekend maken, verspreiden, ondersteuningsmateriaal, deskundigheidsbevordering) rond mentaal welzijn
 - **Doorbreken van stigma** verbonden aan psychische problemen en aanmoedigen van hulp zoeken
 - Mee ondersteunen en verspreiden van campagnes zoals 'Te Gek !?', '4voor12', 'Warme William', 'Eerste Hulp Bij Psychische Problemen (EHBP)', 'Mentaalmaatje'
 - **Veilig bespreekbaar maken van suicide** in maatschappij en media
 - Mee verspreiden van info VLESP (bv. Werelddag Suicidepreventie, lezingen/vormingen/webinars)
 - **Beperken van de toegang tot (dodelijke) middelen en methodes**
 - Leidraad voor het suicideveilig maken van zorginstellingen uitdragen bij de zorginstellingen uit onze ELZ.
 - Deskundigheidsbevordering van apothekers (VAN, VLESP) → men wil pilootprojecten uitrollen in enkele eerstelijnszones
 - **Breed ondersteunings- en vormingsaanbod** → deskundigheidsbevordering van professionelen en sleutelfiguren: onderwijs, jeugdwerk, ondersteuningsdiensten, zorg- en welzijnsactoren, politie, justitie, gevangenis, lokale besturen
 - Inzetten op bekendmaking van de **hulplijn voor hulpverleners** [ASPHA](#)
 - **Deskundigheidsbevordering van huisartsen** via navorming: LOK vormingspakket & intervisie organiseren in samenwerking met huisartsenkring
 - **Suicidepreventie bij jongeren** (zelfmoord is meest voorkomende doodsoorzaak bij jongeren tussen 15 en 29 jaar)
 - inzetten op verspreiding serious game '[Silver](#)' (VLESP) (12-16 jaar), hulplijn [AWEL](#), [fiches voor het jeugdwerk](#) (CGG-SP)
 - versterken van het mentaal welbevinden bij jongeren uit kwetsbare posities en wijken via workshops
 - **Suicidepreventie bij ouderen** (mannen vanaf 75 jaar hebben het hoogste risico om te overlijden door zelfmoord en dit risico stijgt naarmate de leeftijd toeneemt)
 - Praktijkadviezen en e-learning rond detectie en behandeling voor zorg- en hulpverleners m.b.t. suicidepreventie bij ouderen (VLESP)
 - Lezingen over suicidepreventie i.s.m. zorgzame buurten, LDC's, ouderenverenigingen, ...
 - **Suicidepreventie bij mannen** (3 op 4 zelfdodingen in Vlaanderen gebeuren bij mannen)
 - '[Kom uit je kop](#)' campagne mee verspreiden
 - **Suicidepreventie bij LGBTI+ personen**
 - Websites [Lumi.be](#) en [Gendervonk](#) mee verspreiden
 - **Suicidepreventie bij financieel kwetsbare groepen en kwetsbare beroepsgroepen**
 - **Suicidepreventie in detentie** (de zelfmoordrate in de gevangenis in België lag in 2014 zes keer hoger dan in de algemene populatie in België)
 - **Suicidepreventie bij personen met een psychische problematiek**
 - **Laagdrempelige informatie en hulp aanbieden: telefonisch, online, face-tot-face**
 - Inzetten op breder bereik van het platform [Zelfmoord1813.be](#), [Zelfmoordlijn 1813](#), de mobiele applicaties On Track Again en BackUp
 - **Faciliteren van de implementatie van richtlijnen en interventies ter bevordering van de detectie en behandeling van suicidale gedachten en gedrag**
 - Multidisciplinaire richtlijn (MDR) voor de detectie en behandeling van suicidaal gedrag en de bijhorende e-learningwebsite [SP-Reflex](#) - [LOES](#) en andere nog in ontwikkeling zijnde methodieken
 - **Zorgcontinuïteit voor suicidale personen bevorderen**
 - Zorgpad Suicide dat ontwikkeld werd door Netwerk GG ADS verder up to date houden en inzetten op verspreiding en levend houden ervan

- Interdisciplinaire intervisie op ELZ-niveau → ELZ Die ingaan op het aanbod krijgen 2 sessies aangeboden: eerste met focus op ervaring, verwachting en invulling van samenwerken op niveau ELZ + stilstaan bij het afgelegde traject sinds eerste overlegmoment en impact van de invulling op het welzijn van de zorgverlener
- **Inzetten op bekendmaking van laagdrempelige informatie en hulp voor nabestaanden** ([Werkgroep Verder na Zelfdoding](#), VLESP)
- **Deskundigheidsbevordering van hulpverleners m.b.t. postventie**

2.3. Burn-out / Depressie / Angst / Veerkracht

2.3.1. Cijfergegevens Belgische Gezondheids- en Welzijnscohort (BELHEALTH)

- [Bulletin januari 2023](#) - [Bulletin mei 2023](#)
- De prevalentie van **angst en depressie** blijft hoog: respectievelijk 19% en 17% van de bevolking heeft te maken met deze problematieken.
- **Angst** (% mensen dat positief scoorde op gegeneraliseerde angst): 11% in gezondheidsenquête 2018 ==> 19% in BELHEALTH enquête okt. 2022 ==> 18% feb. 2023
 - 18-29 jarigen scoorden vaker positief op gegeneraliseerde angst (24%) in vergelijking met 50-64 jarigen (18%) en mensen van 65 jaar en ouder (10%).
 - Vrouwen hadden vaker angstklachten (23%) in vergelijking met mannen (15%).
 - Mensen met ten hoogste een diploma middelbaar onderwijs hadden vaker angstklachten (20%) dan hoogopgeleiden (15%).
 - Mensen die samenwonen als koppel met kinderen, rapporteerden minder angst (17%) dan mensen die alleen wonen zonder (18%) of met (27%) kinderen.
 - Mensen met een betaalde baan hadden minder vaak angstklachten (19%) dan mensen die arbeidsongeschikt zijn (39%).
 - Mensen die (veel) moeite hebben om rond te komen, ervaren vaker angstklachten (39%) dan mensen die enigszins moeilijk (17%) tot zeer gemakkelijk (9%) rondkomen.
- **Depressie** (% mensen dat positief scoorde op depressie): 9% in 2018 ==> 17% in okt. 2022 ==> 15% feb. 2023
 - 18-29 jarigen scoorden vaker positief op depressie (20%) dan 50-64 jarigen (15%) en mensen van 65 jaar en ouder (9%).
 - Mensen met ten hoogste een diploma middelbaar onderwijs hadden vaker depressiesymptomen (17%) dan hoogopgeleiden (12%).
 - Mensen die samenwonen als koppel zonder (11%) of met (13%) kinderen rapporteerden minder vaak depressiesymptomen dan mensen die alleen wonen zonder (19%) of met (20%) kinderen.
 - Mensen met een betaalde baan hadden minder vaak symptomen van depressie (15%) dan mensen die arbeidsongeschikt zijn (36%).
 - Mensen die (veel) moeite hebben om rond te komen, ervaren vaker symptomen van depressie (35%) dan mensen die enigszins moeilijk (14%) tot zeer gemakkelijk (7%) rondkomen
- 18% rapporteert een lage **levenstevredenheid**.
 - Mensen tussen 18-29 jaar (vs. 65+), mensen met ten hoogste een diploma middelbaar onderwijs, mensen zonder betaalde baan (vs. mensen met een betaalde baan) en mensen die in Wallonië wonen (vs. mensen die in Vlaanderen wonen) vertoonden een hoger risico om laag te scoren op levenstevredenheid.
- 6% rapporteert een lage **positieve mentale gezondheid**.
 - 30-49 jarigen (vs. 65+), mensen met ten hoogste een diploma middelbaar onderwijs en vrouwen vertoonden een groter risico om laag te scoren op positieve mentale gezondheid.
- 43% rapporteert een (zeer) slechte **slaapkwaliteit**
 - 18-29 jarigen (52%), alleenstaanden met kinderen (58%) en mensen met ten hoogste een diploma middelbaar onderwijs (44%) vertoonden vaker een slechte slaapkwaliteit.
- 39% scoorde een lage **vitaliteit** (zich in de afgelopen week levendig voelen, veel positieve energie en zin voor initiatief hebben en zich krachtig en vitaal voelen)

- 18-29 jarigen (54,5%), alleenstaanden met kinderen (57%) en mensen met ten hoogste een diploma middelbaar onderwijs (41%) vertoonden vaker een lagere vitaliteit.
- 35% scoort een lage **veerkracht** (vermogen om terug te veren na moeilijke periodes)
 - 18-29 jarigen (58%), vrouwen (39%), alleenstaanden met kinderen (42%) en mensen met ten hoogste een diploma middelbaar onderwijs (37%) had vaker een laag niveau van veerkracht.

2.4. Isolatie / Vereenzaming

2.4.1. Cijfergegevens Belgische Gezondheids- en Welzijnscohort (BELHEALTH)

- [Bulletin januari 2023](#) - [Bulletin mei 2023](#)
- Uit de enquête bleek dat een aanzienlijk deel van de volwassenen zich niet **gesteund voelt** door de mensen om hen heen: 28% meldt dit probleem, en 20% is ontevreden met zijn sociale contacten.
- 20% (18% in okt. 2022) scoort zijn/haar **sociale tevredenheid** als zeer/vrij onbevredigend (sociale contacten)
 - Volwassenen die het vaakst ontevreden waren over sociale contacten waren mannen (21%), alleenstaande ouders (31%), mensen met ten hoogste een diploma secundair onderwijs (22%) en mensen die in Wallonië wonen (22%).
- 28% (27% in okt. 2022) voelt zich slecht **sociaal gesteund** door hun omgeving
 - Mensen van 50-64 jaar (32,5%) en alleenstaanden met kinderen (46%) liepen een groter risico zich zwak ondersteund te voelen door hun omgeving.

2.4.2. Onderzoek Bond Zonder Naam

- [Artikel](#)
- De resultaten van deze recente bevraging duiden op een zeer sterke stijging op de eenzaamheidsschaal tussen 2010 en 2021.
 - De vragen die peilen naar eenzaamheid werden omgezet in scores, waarbij 0 staat voor geen gevoelens van eenzaamheid en 6 voor zeer sterke gevoelens van eenzaamheid.
 - Waar men in 2010 nog 43% een score van 0 had op deze schaal, is dit nu slechts 4%. Ook aan het ander uiterste, een score van 6, is er een sterke toename: van 2,5% naar 21,3%.
 - In het recente onderzoek geeft daarenboven maar liefst 41% van de bevroegden aan zich sinds de start van de lockdown in het najaar van 2020 meer eenzaam te voelen dan voordien.
- Ook de ongelijkheid wordt in het recente onderzoek opnieuw bevestigd: mensen met een lager inkomen en met gezondheidsproblemen zijn meer eenzaam.
 - Dubbel zo veel personen die moeilijk rondkomen geven aan dat ze eenzaam zijn in vergelijking met de algemene populatie.
- Opvallend in vergelijking met het onderzoek van 2010 is dat er nu ook veel meer jongeren eenzaamheid ervaren.
- Uit de vraag in het onderzoek van BZN naar 'wat kan helpen tegen eenzaamheid?', blijkt dat voor bijna 6 op 10 een gewoon praatje maken al kan helpen. Het belang van sociale contacten en er zijn voor elkaar wordt hiermee benadrukt. Omringd worden door een buurtnetwerk kan mensen enorm ondersteunen in moeilijke momenten.

2.4.3. Redactionele artikels

- [Eenzaamheid bij ouderen nergens in West-Europa zo fors toegenomen als in België: "Velen voelen zich niet gehoord" – 28/08/2023](#)
 - Volgens een nieuw onderzoek blijkt dat de eenzaamheid bij alleenwonende 65-plussers bijvoorbeeld fors is toegenomen. Socioloog dr. Katrijn Delaruelle (UGent) heeft dat onderzocht samen met collega's van de Universiteit Antwerpen en de Erasmusuniversiteit van Amsterdam.
 - Vooral in Griekenland is de eenzaamheid fors gestegen, gevolgd door Italië en Malta. Ons land staat op plaats 4 en is zo het slechtst scorende West-Europese land. Een op de drie Belgische ouderen die alleen woont, geeft aan dat ze nu eenzamer zijn dan voor de coronapandemie.

- De pandemie ligt achter ons en de bijhorende - isolerende - maatregelen zijn afgeschaft. Toch is de eenzaamheid bij alleenwonende ouderen dus toegenomen. De Vlaamse Ouderenraad wijst daarvoor onder meer naar het verenigingsleven dat zich nauwelijks hersteld heeft: veel vrijwilligers zijn weggevallen en er is heel wat minder aanbod.
- Daarnaast heeft de pandemie een aantal maatschappelijke veranderingen enorm versneld. Op het vlak van digitalisering, op het vlak van digitale dienstverlening, op het vlak van dingen in de buurt die vervangen worden. Zeker op oudere leeftijd, als je minder mobiel wordt, is die nabije omgeving erg belangrijk.
- Eenzaamheid kan grote gevolgen hebben voor de gezondheid, zowel mentaal als fysiek. Het kan leiden tot een lagere levenskwaliteit en een lagere levensverwachting. Er is zelfs een recente studie die aantoont dat de gevolgen van eenzaamheid vergelijkbaar zijn met elke dag 15 sigaretten roken.
- In Vlaanderen is er sinds enkele jaren een eenzaamheidsplan. De focus ligt daarbij op sensibilisering en lokale initiatieven in steden en gemeenten.

2.4.4. *Mogelijke acties*

- Uit de vraag in het onderzoek van BZN naar 'wat kan helpen tegen eenzaamheid?', blijkt dat voor bijna 6 op 10 een gewoon praatje maken al kan helpen. Het belang van sociale contacten en er zijn voor elkaar wordt hiermee benadrukt → Omringd worden door een buurtnetwerk kan mensen enorm ondersteunen in moeilijke momenten.
- Signaleren en bespreekbaar maken van eenzaamheid
 - [Movisie](#) ontwikkelde samen met de Werkplaats Sociaal Domein Nijmegen handboeken met trainingsmaterialen 'In gesprek over eenzaamheid', over het signaleren en bespreekbaar maken van eenzaamheid én het verkennen van de mogelijkheden om de situatie te verbeteren. Doel hiervan is dat aanhoudende gevoelens van eenzaamheid worden signaleerd en dat er met aandacht over gesproken wordt.

2.5. *Zelf mentaal gezond blijven als zorgverstrekker*

Zelf mentaal gezond blijven als zorgverstrekker is belangrijk ... maar niet makkelijk. Zelfzorg komt zelden op de eerste plaats, je kiest vaak sneller voor zorg voor een ander.

Stel dat we als Eerstelijnszone van mentale gezondheid een prioriteit maken is het misschien ook wel zinvol/nuttig/logisch om ook bij de doelgroep zorg- en welzijnsverstrekker zelf rond te werken.

The Human Link (expertisecentrum in preventie en welzijn in Antwerpen) ontwikkelde een traject specifiek voor zorgverleners. [Meer info](#) over dit teamversterkingstraject, de train-the-trainer rond intercollegiale coaching en andere tips.

2.6. *Staten-Generaal Geestelijke Gezondheid*

De Staten-Generaal Geestelijke Gezondheid (SGGG) is een forum van personen met psychische kwetsbaarheid, ervaringsdeskundigen, hun familieleden, zorgverleners, leden van zorgorganisaties, academici, vertegenwoordigers van beroepsfederaties en zorgkoepels. Zij hebben een gezamenlijk doel: een betere geestelijke gezondheid(szorg), vertrekkend van de noden van de patiënten. Zij zetten in op de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg en doen voorstellen aan de beleidsmakers.

2.6.1. *[Memorandum 2023](#)*

De nood is groot:

- Bijna een op de vijf (17,9%) Belgen kampt met ernstige psychische problemen zoals een depressie, angststoornis of alcohol- of drugsverslaving.
- **21%** van alle **disability adjusted life years** (jaren van ziekte plus verloren jaren door voortijdig overlijden) zijn te wijten aan neuro-psychiatrische aandoeningen (voor kanker is dit 19%). De **suïdecijfers** zijn nog steeds schrikbarend hoog (**6 per dag**).

- Het grote aantal mensen met psychische problemen heeft een hoge kostprijs voor de maatschappij. De OESO (2018) raamt de kosten voor ons land op 20,7 miljard euro. Dat is ruim vijf procent van het bruto binnenlands product. Naast gezondheidsuitgaven doen uitkeringen en een verminderde productiviteit en absentieïsme de economische kosten voor de maatschappij hoog oplopen.

15 beleidsaanbevelingen:

1. **Meer en beter.** De capaciteit voor GGZ moet uitgebreid worden. Een gegarandeerde toegankelijkheid is nodig, zoals die bestaat voor elke somatische aandoening. Dit vergt meer eerstelijnsopvang, meer eerstelijnspsychologen, meer psychiaters, meer opvangplaatsen..., maar ook: betere diagnoses en indicatiestellingen, **minder lappendeken** en een betere organisatie van en meer samenwerking in de GGZ. Er is ook winst te maken door **overmet need** in de eerste, tweede en derde lijn te switchen naar **unmet need** met een betere afstemming tussen somatische, psychologische en sociale zorgverleners.
2. Een **efficiënt ggz-aanbod** moet gebaseerd zijn op de noden van de populatie. Tijdige, minder dure zorg voor meer mensen zal de levenskwaliteit van mensen met een psychische kwetsbaarheid verhogen en zal ook invloed hebben op de wachttijden, het psychofarmacagebruik en het aantal arbeidsongeschikten en uitkeringen. We adviseren om het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) de opdracht te geven om een methode te ontwikkelen **om population mental healthcare** in de praktijk te brengen, rekening houdend met de Belgische context.
3. Er moet meer ingezet worden op **preventie** en op een **groter aanbod van diensten in de nulde- en eerstelijns. Selfcaremanagement, peer-to-peer**-initiatieven, lotgenotenorganisaties zijn initiatieven op de nulde lijn die nu al een leemte invullen, echter zonder veel ondersteuning. Zeker voor lotgenotenorganisaties is ondersteuning dringend nodig. (Huis)artsen en andere zorgverstrekkers moeten beter opgeleid worden in de bio-psycho-sociale visie en samenwerking.
4. Opdat zorgvragers snel op de juiste plaats zouden terechtkomen is een goede **indicatiestelling** belangrijk met een wetenschappelijk onderbouwde indicatiestellingstool. De zgn. **Kruispunten** – vandaag nog altijd zonder financiering! – blijken hier een voortreffelijke rol in te kunnen spelen.
5. **Geïntegreerde** zorg is nodig en die vergt ook een **‘ontschotting van de zorg’** waarbij alle factoren en de impact van het lijden op alle levensdomeinen aangepakt worden vanuit één omvattend **zorgplan**. Op die manier vermijden we dat mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen gemiddeld 10-15 jaar vroeger overlijden bij gebrek aan aandacht voor hun somatische en sociale problemen.
6. We moeten ook vermijden dat **chronisch zieken** in stilte psychisch lijden omdat er enkel aandacht is voor hun lichamelijke noden, en dat **mensen in armoede** nog altijd lichamelijke, psychosociale en psychische zorg ontberen
7. De **‘vermaatschappelijking van zorg’** is initieel een goede zaak, maar heeft ook nieuwe problemen geschapen: ze heeft ertoe geleid dat de residentiële en semi-residentiële zorgpopulatie een grotere zorgzwaarte vertoont zonder dat het personeel is uitgebreid.
Een ander probleem is dat een deel van de ‘vermaatschappelijkte’ patiënten terechtkomt in een niet-specifieke setting zoals daklozenopvang, algemeen ziekenhuis of een gevangenis waar de nodige ggz-expertise ontbreekt.
Algemeen is er trouwens een schrijnend tekort aan personeel met de gepaste kwalificaties zoals psychiatrisch verpleegkundigen, psychiaters, en huisartsen met een feeling voor geestelijke gezondheidsproblemen. De creatie van meer opleidingsplaatsen kan perspectief bieden. Maar wat ook nodig is: deskundigheidsbevordering over psychisch (dis)functioneren in alle zorgopleidingen.
8. Niet enkel op vlak van zorg zijn psychische problemen jarenlang verwaarloosd; dit geldt ook op het gebied van **onderzoek**. Een systematische wachttijdenregistratie opzetten vraagt studiewerk, maar heeft meteen ook praktische implicaties, omdat het toelaat de impact van beleidsaanpassingen te inventariseren. Om te komen tot **population mental health**, zijn er epidemiologische data nodig, maar ook cijfers over het zorggebruik. De bestaande datasets (IMA, MPG) vertonen te veel gaten. We adviseren aan het KCE een studie te vragen over hoe dit best wordt georganiseerd.
9. Het gebruik van **psychofarmaca** in ons land is te hoog en nog steeds stijgend. Dat heeft o.m. te maken met de moeilijke toegang tot niet-medicamenteuze behandelingen. Anderzijds moet er ook ingezet

worden op een betere toegankelijkheid van psychofarmaca die voor een deel van de mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen noodzakelijk zijn, maar zeer duur.

Ook moet worden geïnvesteerd in deskundigheidsbevordering van alle zorgverleners inzake psychische zorg, zodat medicatie niet meer de evidente eerste keuze is bij mensen met psychische problemen.

10. **Armoede** is een belangrijke predictor van psychische problemen. Daarom is het essentieel dat het vervangingsinkomen de armoedegrens overschrijdt. In vergelijking met andere Europese landen scoren we hierop slecht.
11. De expertise van **ervaringsdeskundigen en hun familie** is uniek en draagt bij aan de kwaliteit van de GGZ, in beleidsorganen, maar ook in de behandelteams in de nulde, eerste, tweede en derde lijn. Het uitwerken van een duidelijk kader met voldoende randvoorwaarden hiervoor is een noodzakelijke volgende stap.
12. **Discriminatie** van mensen met een psychische kwetsbaarheid grijpt breder om zich heen dan velen zich realiseren. De discriminatie door verzekeringsmaatschappijen moet worden aangepakt. Dat de kosten van een psychiatrische opname niet opgenomen worden in de maximumfactuur, is ook een discriminatie die onmiddellijk moet verdwijnen. Daarnaast moet het statuut 'chronisch zieke' toegankelijker worden voor mensen met een psychische problematiek.
13. De 'GGZ van de toekomst' moet uitgebouwd worden met **alle stakeholders**. Dit vergt een volwaardige afvaardiging van de GGZ op alle niveaus: in het RIZIV, in federale, regionale en lokale niveaus. Dit geldt in het bijzonder voor ervaringswerkers en patiënten. Zij hebben unieke kennis die in het veld al op een groeiende erkenning kan rekenen; nu nog in het beleid.
14. Belofte maakt schuld: in Resolutie 1211 van de federale Kamer van 2/7/2020 is een groeipad opgenomen: tegen 2030 zou **12% van het federale gezondheidszorgbudget aan geestelijke gezondheidszorg** worden besteed. We werken graag mee aan het meerjarenplan dat de federale regering in haar regeerakkoord beloofde.
15. Tot slot kan de Staten-Generaal niet anders dan met veel nadruk signaleren dat de gedeelde en versnipperde bevoegdheden een zware extra hinderpaal zijn om de zorg goed te organiseren. Een **veréenvoudiging van de bevoegdheden** is hard nodig.

2.6.2. Mogelijke acties

- We blijven inzetten op onze ELZ WG GGZ waarin alle partners binnen de GGZ, maar ook intermediairs, elkaar ontmoeten om elkaars aanbod beter te leren kennen, af te stemmen, ... om zo te komen tot een betere organisatie van en meer samenwerking in de GGZ binnen onze ELZ.
- Vanuit deze ELZ WG GGZ volgen we ook de ELP conventie op, zodat we de mogelijkheden maximaal en zo gericht mogelijk invullen binnen onze ELZ.
- We zetten in op preventie door te sensibiliseren, maar ook door te informeren m.b.t. GGZ-aanbod binnen onze ELZ, selfcaremanagement, peer-to-peer-initiatieven, lotgenotenorganisaties, ...
- Daarnaast sensibiliseren we alle actoren binnen zorg en welzijn om bij de nodenverkenning en diagnose ook aandacht te hebben voor alle levensdomeinen en dus ook het mentaal welbevinden. Hierbij zetten we ook in op deskundigheidsbevordering over psychisch (dis)functioneren.
- We werken actief mee aan de uitbouw van GGZ-kruispunten in onze provincie en bepleiten daarbij dat er ook een kruispunt komt in onze ELZ. Tevens trachten we maximaal andere vormen van kruispunten binnen 'andere' sectoren, zoals GBO, VAPH, ... te linken, zodat zorgvragen zo snel mogelijk op de juiste plaats terechtkomen.
- Om te komen tot population mental health zetten we samen met het netwerk geestelijke gezondheid in op het verzamelen van epidemiologische data, maar ook data over aanwezig aanbod en lacunes, ...
- Ervaringsdeskundigen en hun familie zijn heel belangrijk en dus zoeken we naar manieren om hen te betrekken bij de uitwerking van ons actieplan, bv. door deelname aan onze ELZ WG GGZ.

3. Nabije en toegankelijke zorg

Tijdens overleg van 18/07 werd voorgesteld om dit als nieuwe noemer te nemen voor de problematiek rond bereikbaarheid & beschikbaarheid zorg en welzijn

Subthema's

Beschikbaarheid: wat verstaan we hier onder? -> vanuit regio (wijk/buurt/gemeente)

- er is een lokaal aanbod
- bij acute problemen kan je lokaal terecht
- informatie hebben over het aanbod dat er is
- instroom/personeel
- aanbod LDC, WZC, kinderopvang, dagopvang t.o.v bevolkingsprognose (zie omgevingsanalyse)

Bereikbaarheid: wat verstaan we hier onder? Gekoppeld aan doelgroep/beroepsgroep?

- telefonische bereikbaarheid
- fysieke bereikbaarheid
- digitale bereikbaarheid
- laagdrempelig
- kruispunten: GBO, kruispunt GGZ, VAPH
- instroom/personeel

⇒ Onder dit thema ook de link naar vergrijzing mogelijk? (zie omgevingsanalyse)

3.1. Huisartsen

3.1.1. Huisartsenstatistiek Vehamed - 2023

- Aantal en huisartsendichtheid per gemeente

Gemeente	actieve huisartsen	artsen buiten Vehamed	inwoners	huisartsen-dichtheid	haio
Berlare	10	2	15.450	7,77	1
Buggenhout	10		14.880	6,72	3
Dendermonde	37		46.905	7,89	9
Hamme	24		25.351	9,47	2
Lebbeke	15	3	19.923	9,03	3
Zelee	17		21.357	7,96	5
Totaal	113	5	143.866	8,20	23

Huisartsendichtheid = # huisartsen/10.000 inwoners; waarde < 9 kan duiden op tekort (norm RIZIV)

- Huisartsen buiten Vehamed: 3 in Wieze en 2 in Overmere

- Aantal huisartsen per gemeente en volgens type huisartsenpraktijk

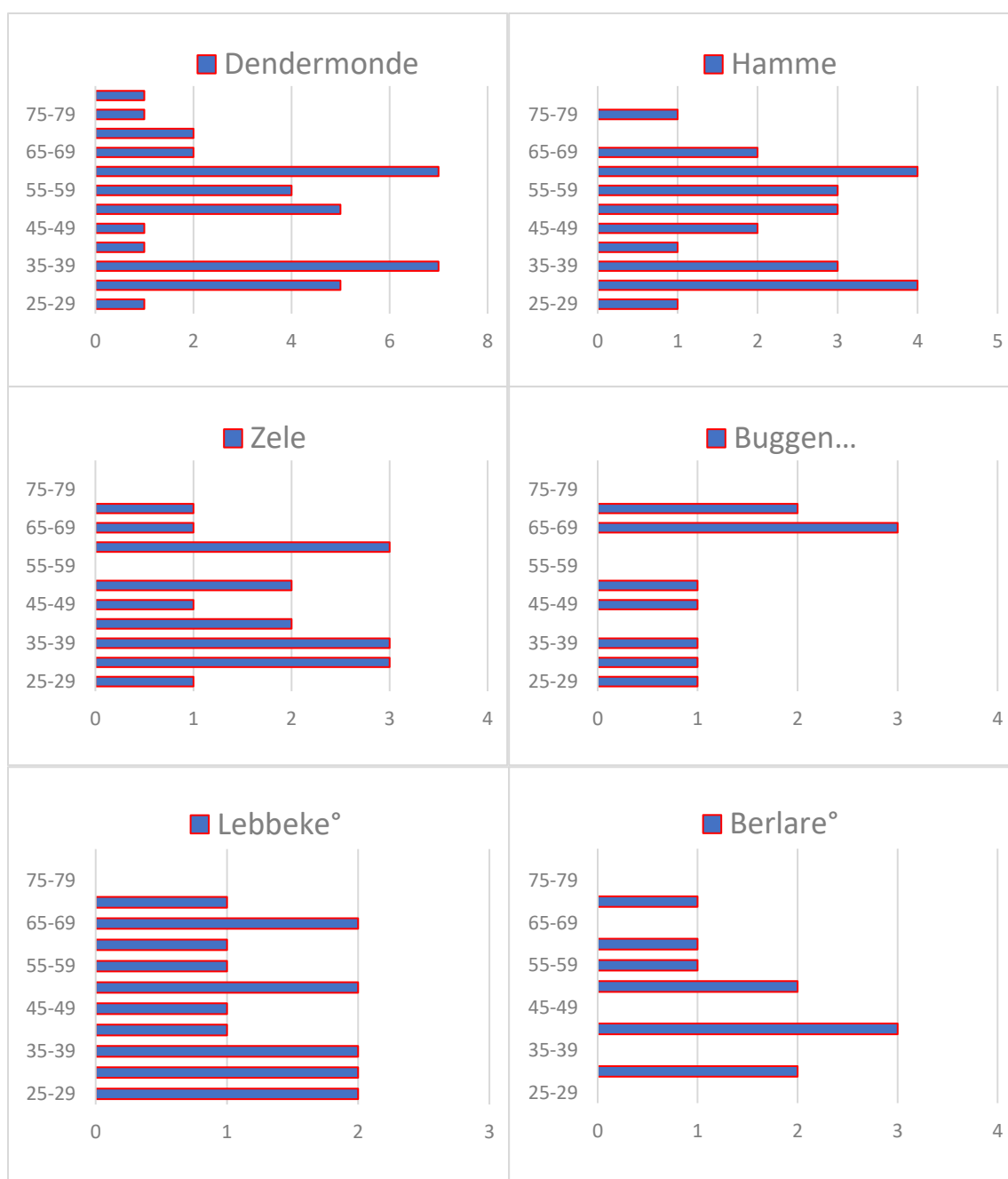
Gemeente	duopraktijk	groepspraktijk	netwerkpraktijk	solopraktijk	Totaal
Berlare	4	3	0	5	12

Buggenhout	0	6	0	4	10
Dendermonde	2	20	0	15	37
Hamme	0	15	3	6	24
Lebbeke	4	9	0	5	18
Zeel	2	11	0	4	17
Totaal	12	64	3	39	118

- Aantal huisartsenpraktijken per gemeente en volgens type huisartsenpraktijk

Gemeente	Duopraktijk	Groepspraktijk	Netwerkpraktijk	Solopraktijk	Totaal
Berlare	2	1	0	5	8
Buggenhout	0	2	0	4	6
Dendermonde	1	6	0	15	22
Hamme	0	4	1	6	11
Lebbeke	2	2	0	5	9
Zeel	1	3	0	4	8
Totaal	6	18	1	39	64

- Leeftijdspiramide actieve huisartsen per gemeente



° Berlare zonder Overmere, Lebbeke zonder Wieze voor leeftijd actieve artsen

3.1.2. Studie naar vraag en aanbod van huisartsengeneeskunde

- [Artikel 08/11/2022](#)
- Studieproject, gestart in 2021, met Domus Medica, UGent en VIVEL om een set van meetbare en relevante indicatoren samen te stellen
- Een eerste fase van dit studieproject is intussen voltooid. Via 2 proefprojecten in de huisartsenkring IJzerstreek en Westkust en de Huisartsenvereniging Regio Turnhout werd uitgetest welke indicatoren gemeten kunnen worden en hoe dat kan verlopen (via bevragingen, dataverzameling uit bestaande databanken, GDPR...).
- De proefprojecten kwamen tot een set van 57 indicatoren over de zorgvraag en het aanbod en een eerste analyse hoe je die kan verzamelen. Indicatoren over het aanbod gaan bijvoorbeeld over het zorgaanbod in de omgeving waarin een huisarts werkt, eigenschappen van zijn of haar praktijk en

infrastructuur en indicatoren over zijn of haar carrière en werkdruk. Langs de vraagzijde gaan de indicatoren over demografische en socio-economische gegevens.

- Het onderzoek in 2 regio's is nog niet representatief voor heel Vlaanderen, maar dient als basis om de gegevensverzameling te verfijnen. De resultaten tonen het nut aan om ruimer te monitoren en initiatieven te nemen voor de ondersteuning en andere organisatie van de huisartsengeneeskunde.
- Het rapport van fase 1 van het project (december 2021-oktober 2022) kan u [hier](#) raadplegen. Er staan alvast interessante inzichten in:
 - 60 % van de huisartsen in de 2 studieregio's hebben een gedeeltelijke patiëntenstop geldt, bij 13 % geldt een volledige patiëntenstop. In geen enkele praktijk zijn er nog vrije consultaties.
 - Wel doen zo goed als alle praktijken (96,6%) nog aan huisbezoeken en kunnen patiënten bij dringende zaken (patiënt contacteert de praktijk op een maandag voor 12u) nog dezelfde dag een afspraak krijgen (95,7%).
 - Bijna 6 op de 10 huisartsen zeggen dat de werkdruk zwaar begint te wegen (44%) of onhoudbaar begint te worden (15,4%).
 - Drie kwart van de huisartsen is niet van plan om hun praktijk stop te zetten, 1 op 4 is dat wel van plan binnen een termijn van 5 jaar.
 - In 6 op de 10 praktijken is minstens 1 onthaal- of administratief medewerker aan de slag en in 3 op de 10 huisartsenpraktijken is minstens 1 praktijkverpleegkundige tewerkgesteld.
- De vervolgstudie met 3 extra testregio's moet resulteren in een definitief draaiboek voor Vlaanderen (fase 2 van het project). Intussen bereidt het Agentschap Zorg en Gezondheid een dataplatform voor, waarop de indicatorendata verzameld en verwerkt kunnen worden.
- In het voorjaar van 2023 zal het project tot slot over heel Vlaanderen uitgerold worden (fase 3 van het project).

⇒ Update huidige stand van zaken:

In de tweede fase van het onderzoek werd een focus gelegd op de optimalisatie van de methodiek, o.a. op de indicatoren die in de eerste fase werden bepaald. Ook was er in de tweede fase nog een piloottest in een aantal regio's. Op dit moment is er nog geen zicht op de verdere timing.

Meer informatie over de tijdslijn en wat verdere stappen zouden volgt wanneer het rapport van de 2^e fase gepubliceerd wordt.

Hannelore Storms volgt mee op vanuit VIVEL.

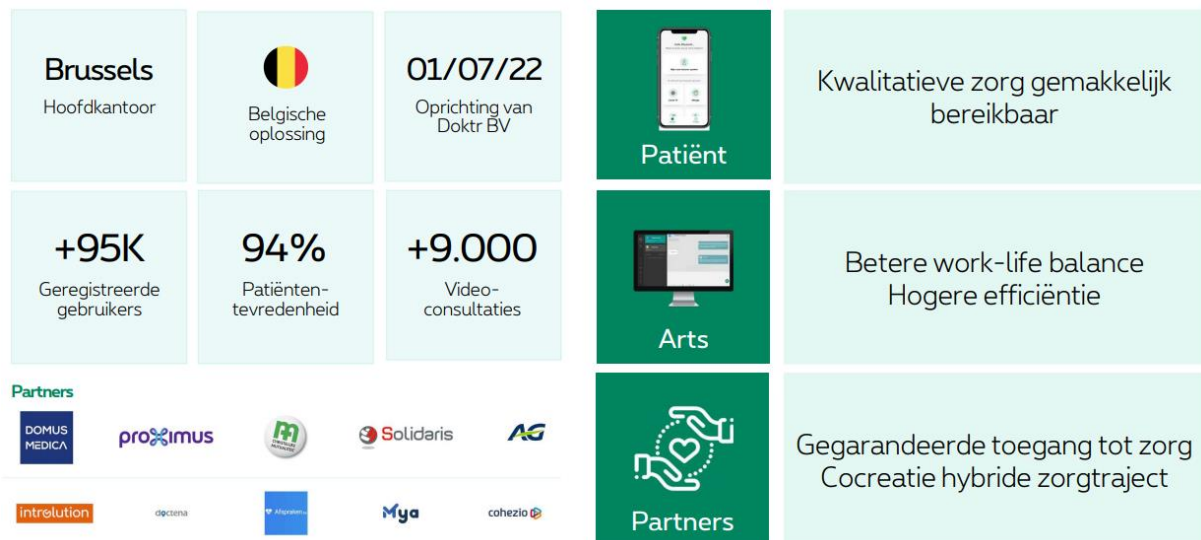
3.1.3. Info uit redactionele artikels

- [Artikel 17/04/2023](#) – op basis van enquête in opdracht van de FOD Volksgezondheid bij Belgische huisartsen
 - Meer dan de helft van de huisartsen in ons land accepteert enkel nog onder specifieke voorwaarden nieuwe patiënten. Bijna een op de vijf (17%) heeft zelfs een volledige patiëntenstop.
 - Slechts een op de vier Belgische artsen blijkt nog nieuwe patiënten zonder voorwaarden te ontvangen.
 - Bij 58 procent van de bevroegden is dat enkel nog onder "specifieke voorwaarden". De nieuwe patiënt moet bijvoorbeeld wonen in een specifiek afgebakend gebied of familie zijn van een huidige patiënt.
 - Vooral artsen in Henegouwen (27 procent) en Oost-Vlaanderen (22 procent) moeten patiënten weigeren. In West-Vlaanderen is dat aantal het laagst (8 procent).
 - Driekwart van de bevroegden gaf daarin aan een hoge tot zeer hoge werkdruk te ervaren.
 - Hoewel meer dan de helft van de bevroegden aangaf graag 38 tot 40 uur per week te werken, stelt zowat 17 procent van de artsen daadwerkelijk die "ideale werkweek" te hebben.
 - Ruim de helft zegt 50 tot 64 uur per week te werken, 17 procent beweert wekelijks meer dan 64 uur te kloppen.
- [Artikel 17/12/2022](#) -
 - 70 Vlaamse gemeenten hebben een tekort aan huisartsen (minder dan 90 huisartsen/100.000 inwoners), waaronder ook 3 in onze Eerstelijnszone:
 - Dendermonde: 78/100.000 inwoners

- Berlare: 79/100.000 inwoners
- Zele: 80/100.000 inwoners
- Buggenhout: 102/100.000 inwoners
- Lebbeke: 107/100.000 inwoners
- Hamme: 112/100.000 inwoners

3.1.4. Digitale platformen als 'oplossing' ?!

- [Ik zoek een huisarts](#)
 - [Info Domus Medica](#) – 23/05/2019
 - Met de website www.ikzoekeenhuisarts.be willen de Vereniging Huisartsenkringen Zuiderkempem (VHKZ) en de Huisartsenvereniging Regio Turnhout (HVRT) de patiënt die geen huisartsenpraktijk vindt, een helpende hand bieden.
 - Steeds meer huisartsenpraktijken in de Kempen lassen een patiëntenstop in. Patiënten vinden daar steeds minder makkelijk een huisarts. Om aan dat probleem tegemoet te komen, lanceren de Vereniging Huisartsenkringen Zuiderkempem (VHKZ) en de Huisartsenvereniging Regio Turnhout (HVRT) een website die patiënten op zoek naar een huisarts moet leiden naar een huisarts in hun buurt die nog wel patiënten aanneemt.
 - De website werkt op een uiterst patiëntvriendelijke manier. De patiënt geeft zijn adres in en de website zoekt de huisartsen binnen een straal van 3 tot 5 kilometer die geen patiëntenstop hebben ingevoerd. We deden zelf de test en voerden enkel willekeurige adressen in. Het aantal voorgestelde huisartsen(praktijken) varieerde tussen drie en vijftien.
- [Doktr](#) (verslag van verkennend overleg met Stef Schots (sales lead) en Jan Van Wijnendaele (managing director))
 - CM en Socialistische Mutualiteiten zetten mee hun schouders onder Doktr, de videoconsultatie-app van Proximus. De alliantie wil bijdragen tot de uitbouw van een toekomstgericht hybride zorgmodel, waarin alle patiënten toegang hebben tot betaalbare en kwalitatieve zorg en waarbij rekening wordt gehouden met de noden en wensen van artsen en zorgverleners.



- In het kader van de [samenwerking met Domus Medica](#) steunt Doktr alle huisartsenpraktijken die willen inzetten op deze hybride manier van werken. Leden van Domus Medica kunnen daarom met een exclusief ledenvoordeel* gebruikmaken van Doktr gedurende de eerste 6 maanden.



Digitale dienstverlener in de gezondheidszorg

Doktr maakt videoconsultaties mogelijk tussen mensen en zorgverleners

Gedreven door een focus op de patiënt

Patiëntgericht

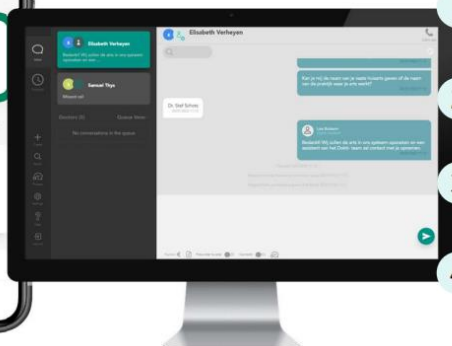
Toegankelijk

en een visie op de toekomst

Bouwsteen voor hybride zorgtrajecten

Van curatief naar preventief

- Doktr wil een wereld van digitale mogelijkheden openen zodat mensen beter leven en slimmer werken. Onze missie in e-health is mensen de digitale tools geven om hun gezondheid in eigen handen te nemen. Doktr biedt je de mogelijkheid om op een gemakkelijke en snelle manier een dokter te contacteren via je smartphone. Als je ziek bent heb je al genoeg aan je hoofd. Je wil je geen zorgen maken over waar je het snelst terecht kunt, of je verlof kan krijgen op je werk en of je een babysit kan vinden voor je kinderen. Met Doktr brengen we de dokter naar jou. Zodat jij je volledig kunt focussen op je genezingsproces. Bij Doktr sta jij centraal en dit elke dag opnieuw. Gebruiksvriendelijkheid, veiligheid, privacy en toegankelijkheid dat zijn onze kernwaarden voor arts én patiënt.
- Doktr bestaat uit een team van klantgerichte en innovatieve digitale experts, artsen en specialisten. We delen dezelfde ambitie: samen onze gezondheidszorg klaarmaken voor de toekomst. Een toekomst waar hybride zorg een prominente rol zal spelen. Bij Doktr geloven we in hybride zorg waar digitale en fysieke consultaties elkaar aanvullen. Daarom zijn we fier op de huisartsen waarmee we samenwerken. Zij hebben ervoor gekozen om niet af te wachten, maar samen met ons de eerste stap te zetten richting de gezondheidszorg van de toekomst. Dit op een duurzame manier, met de nodige aandacht voor Evidence-Based Medicine en generische medicatie. Zo vaart ook het systeem er wel bij.
- Met de Doktr-app spreek je je eigen huisarts



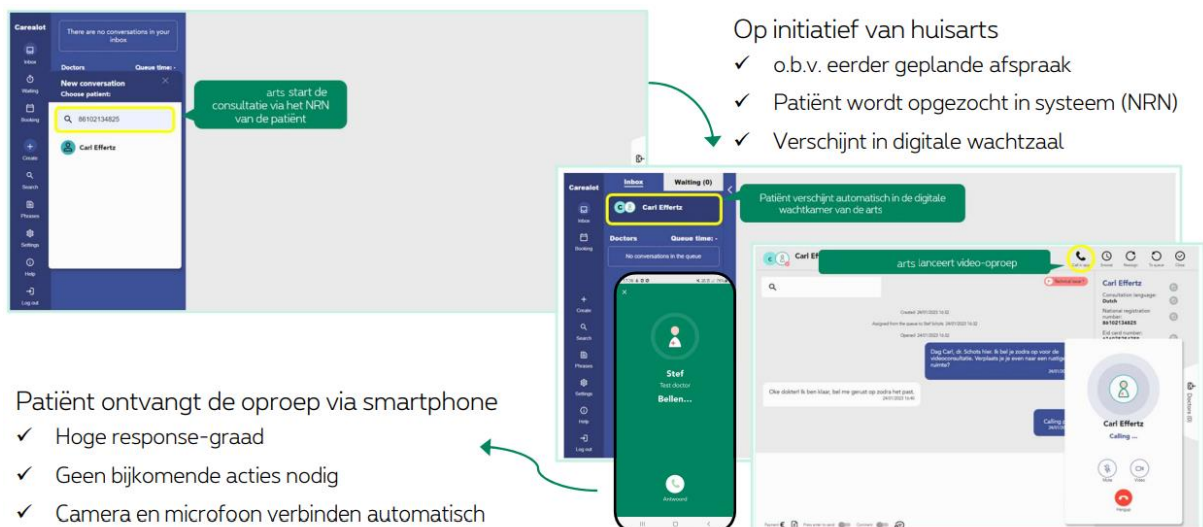
Video-consultaties naar hybride zorg

- 1 Eenduidige en voordelige terugbetalings-regeling voor videoconsultaties
- 2 Krijg vanop afstand **inzicht in het ziektebeeld** van een patiënt mét visuele check
- 3 Maak **meer tijd vrij voor jouw patiënten** door je efficiënter te organiseren
- 4 Maak je praktijk **toegankelijker** door een nieuw contactpunt met je patiënten



of een andere beschikbare arts voor persoonlijk medisch advies via een videogesprek.





Op initiatief van huisarts

- ✓ o.b.v. eerder geplande afspraak
- ✓ Patiënt wordt opgezocht in systeem (NRN)
- ✓ Verschijnt in digitale wachtkamer

Patiënt ontvangt de oproep via smartphone

- ✓ Hoge response-graad
- ✓ Geen bijkomende acties nodig
- ✓ Camera en microfoon verbinden automatisch

- Al onze artsen zijn gekozen voor hun brede medische kennis en, zijn erkend in België. Ze kiezen er voor deels te werken met videoconsultaties via de Doktr app. Of, Wanneer ze niet aan de slag zijn in de Doktr app, werken ze in hun dokterspraktijk. Open de app en consulteer snel één van de huisartsen voor persoonlijk medisch advies.
- Je kan nu ook aangeven dat je je eigen huisarts wilt spreken door te klikken op de categorie "mijn vaste huisarts spreken" en de achternaam van je huisarts in het zoekveld in te voeren. Het support team zal dan nagaan of je huisarts beschikbaar is op het platform.
- De Orde van Geneesheren werd mee betrokken bij de ontwikkeling van dit platform. Advies van Orde v. Geneesheren over raadplegingen op afstand ([klik hier](#))

Op 18 juni '22 publiceerde Orde van Geneesheren [volgend advies](#)

TELECONSULTATIES IN HET HUIDIGE ZORGLANDSCHAP – DEONTOLOGISCHE REGELS

In zijn vergadering van 18 juni 2022 onderzocht de nationale raad van de Orde der artsen de plaats van teleconsultaties in het huidige zorglandschap.

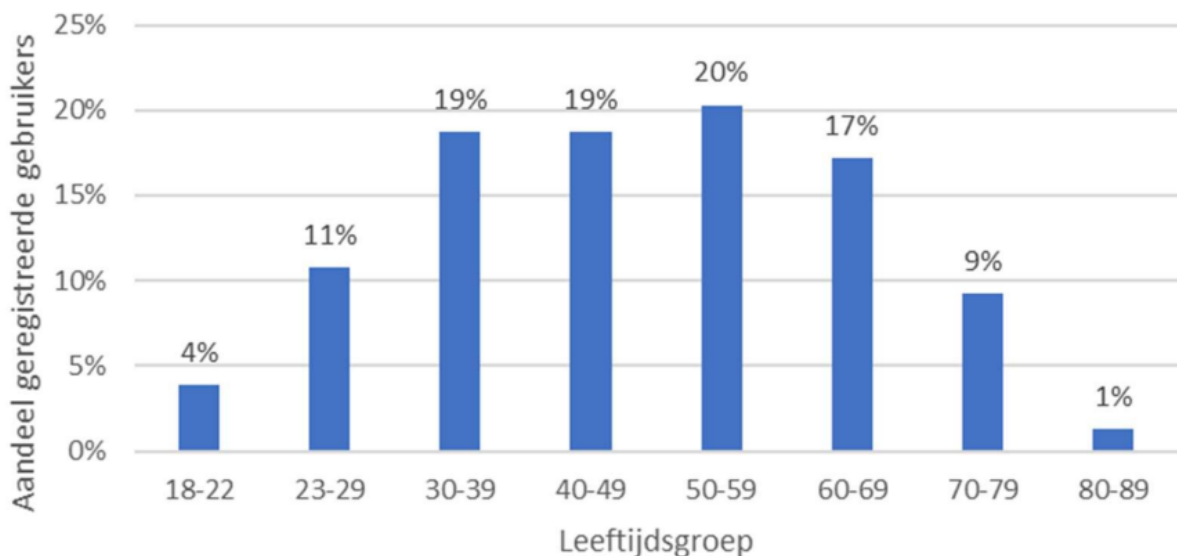
Technologische kernlijnen:

- ✓ Twee-factor authenticatie van identiteit (bvb ltsme)
- ✓ Video- of audiocommunicatie wordt niet opgeslagen
- ✓ Documenten worden ter beschikking gesteld na afloop van communicatie
 - Een van de huidige minpunten zit momenteel nog in het financiële plaatje. Videoraadpleging wordt in de huidige regelgeving enkel terugbetaald met de eigen vaste huisarts. Dat zorgt ervoor dat patiënten die via Doktr niet hun eigen huisarts zien het volledige honorarium van 24,21 euro moeten betalen. Informatie over het terugbetalingskader voor zorg op afstand ([klik hier](#))

Code	Omschrijving	Honorarium	Remgeld	
			Standaard	Verhoogde tegem.
101673	Videoraadpleging door huisarts	€24,21	€4	€1

Onder de volgende voorwaarden:

- Behandelrelatie tussen arts en patiënt
 - Arts beheert het Globaal Medisch Dossier
 - Minstens één fysieke raadpleging in afgelopen twee kalenderjaren
 - Samenvatting: De waarde van een hybride zorgtraject ligt niet alleen in de technologie, maar tevens in expertise van Doktr bij de operationele ondersteuning voor ELZ/HAP, met volgende voordelen:
 - Eerstelijnszorg wordt opnieuw toegankelijk voor de patiënt
 - Gebruiksvriendelijke applicatie en service resulteert in hoge patiëntentevredenheid (94%)
 - Doktr begeleidt ELZ of huisartsenpraktijken bij opzet (installatie, communicatie, opleidingen, ...)
 - Schaalbaar voor patiënten op zoek naar een arts of zorgpraktijken.
 - Doktr kon een absolute cijfergegevens bezorgen over het huidige aantal gebruikers van de applicatie in onze Eerstelijnszone. Er zouden op vandaag nog geen huisartsen uit onze Eerstelijnszone met de applicatie werken. Wat de patiënten/gebruikers betreft is dit het procentuele bereik per leeftijdsgroep (maar zegt dus niks over aantal gebruikers):



- Voorbeeld van een praktijk die Doktr reeds gebruikt ([klik hier](#))
- In het kader van ons thema “toegankelijkheid en beschikbaarheid van de zorg” ziet Doktr deze mogelijkheden:
 - In overleg met de HAK mogelijkheid bespreken tot het voorzien van “hybride” artsenpraktijken in de omgeving
 - Het ondersteunen van lokale besturen door het netwerk van beschikbare artsen aan te reiken als aanvulling op het lokale zorgaanbod
 - Het ondersteunen van lokale communicatie-campagnes/screenings voor preventie/chronische ziektes/...
 - ...

3.1.5. Lokale voorbeelden van (nood)oplossingen voor een toegankelijke huisartsgeneeskunde

- Een gedeelde 'dagwacht' met de huisartsen in Merchtem
 - Alle huisartsen van Merchtem (solo, duo en groepspraktijk) nemen deel aan de dagwacht van Merchtem. De dagwacht loopt van 8 u t.e.m. 18u. Een patiënt met een acuut/dringend probleem zal tijdens die uren steeds op eenvoudige wijze een arts kunnen bereiken en/of consulteren.
 - Waarom succesvol ?
 - Permanentie voor acute problemen bij patiënten van oudere solo-artsen die wat minder werken (omdat het werk fysiek anders te zwaar is) of voor solo-artsen die parttime werken (omwille van bijv. werk op unief/CRA , alleenstaande ouder of andere, ...)
 - Permanentie aanwezig indien een huisarts ziek wordt of in verlof gaat
 - Verdeling van de werklast : een collega-huisarts valt langdurig ziek (vb. kanker) en is 1 jaar buiten strijd dan worden zijn/haar patiënten gezien en opgevolgd door de collega-huisartsen. Verdeling van de patiënten kan dan gebeuren via 1733. De huisarts van wacht die een chronische patiënt van een zieke collega op zijn wachtdienst krijgt, doet dan ook de chronische opvolging totdat de collega terug is uit ziekteverlof (in ons geval hebben we de GMD's ook gelaten bij onze zieke collega)
- Een huisartsenpraktijk met een wisselende "arts van overflow"
 - We hebben als team afgesproken om allemaal onze agenda anders in te delen en tijd vrij te houden voor niet-planbare zorg. Alle artsen uit de praktijk delen hun agenda nu in met consultatieblokken voor chronische problemen en acute problemen. Daarnaast is één arts in de praktijk om de beurt "van overflow". Is er aan patiënt met een acuut probleem, maar het acute agendablok van diens arts is vol? Dan kan die bij de overflow terecht. Deze arts ziet nog alle patiënten van de praktijk (met acute problemen) die best nog deze dag of week gezien worden. Binnenkort zijn we met zeven huisartsen, dus dit zou dan betekenen dat we 1 op 7 van overflow zijn.
 - De overflow arts:
 - Beoordeelt of iets dringend is en wat er moet gebeuren (indien de GMD-houdende arts er niet is)
 - Schat in of een dringend huisbezoek nodig is (indien de GMD-houdende arts er niet is)
 - Werkt tot 20u en schat zelf in - in functie van de voorspelde drukte- hoeveel consultaties die voor de overflow-functie vrijhoudt.
 - De overflow raadpleeging:
 - Is voor alle patiënten van de groepspraktijk die best nog vandaag of deze week gezien worden. Dit mag voor van alles zijn: acute ziekte, voorschriften die dringend nodig zijn, chronische letsels die plots veel erger worden,....
 - Kan online geboekt worden of telefonisch afgesproken
 - Als we dan ook nog de werkdruk niet aankunnen dan kunnen we nog rekenen op de 1733 die bij ons 24h op 24h en 7d/7d werkt. We hebben dit in uitzonderlijke situaties moeten doen toen bijna alle collega's omwille van medische redenen zijn uitgevallen.
 - Waarom succesvol ?
 - Acute problemen van mensen kunnen nog de dag zelf of ten laatste de volgende dag opgelost worden. Wij als huisartsen ervaren een minder gejaagd gevoel. Je bent niet meer elke dag paraat voor alle acute zaken en je probeert niet meer alle acute onverwachte problemen er bij te proppen in een al volle agenda. Sta je in voor de dringende zaken? Dan heb je er tijd voor gemaakt in je agenda. Is je dag als overflow eens rustiger? Dan heb je tijd voor administratie, om uit te blazen of om andere taken voor de praktijk te doen.
- Huisartsenhulppost in het WZC in Wissekerke
 - Sinds maandag 5 september 2022 vestigt de nieuwe 'Huisartsenhulppost Wissekerke' in het woonzorgcentrum Wissekerke. De huisartsen uit de groepspraktijken Het Stalen Gestel (Kruibeke) en ZorgSaam (Rupelmonde) zorgen voor een beurtrol in de hulppost. Wie hulp nodig heeft, kan er terecht op maandag, woensdag of vrijdag tussen 08.30 en 10.00 uur. Na aanmelding om 08.30 uur aan het onthaal in woonzorgcentrum Wissekerke, ontvangt men een kaartje met een richt uur waarop een huisarts van dienst je die voormiddag kan onderzoeken. Er is voorzien in een praktijkruimte en wachtruimte op de 2e verdieping.

- De gemeente ondersteunt de huisartsen in de organisatie en infrastructuur van de huisartsenhulppost:
 - Zij draagt alle kosten voor de technologische infrastructuur waaronder telefonie, PC, etc.
 - Ondersteunt de organisatie van consultaties via een reservatiesysteem via kaartje met uur afhalen (paspoort afgeven)
 - Heeft afspraken gemaakt met CareConnect m.b.t. dossieroverdracht
- Een kringbevraging in Morsel rond de continuïteit van zorg
 - "Meten is weten". We hebben we een kleine enquête opgesteld die polst naar de grootte en inrichting van alle huisartsenpraktijken binnen onze zone en de vijf-jaren-planning ervan.
 - De werkgroep continuïteit van zorg ging op zoek naar welke elementen cruciaal zijn om continuïteit van zorg te waarborgen. Deze elementen werden bevraagd in de vorm van een enquête.

3.1.6. *New Deal*

Wat is de New Deal?

- De New Deal is **een derde organisatie- en financieringsmodel** voor de huisartsgeneeskunde. De bedoeling van dit derde model is om er voor te zorgen dat huisartsen op een andere manier kunnen werken, met **taakdelegatie** en **ondersteuning** in de huisartsenpraktijk. Eens geïmplementeerd kunnen artsen hier **vrijwillig** voor kiezen.

Waarom is er een New Deal nodig?

- De aanleiding voor dit eindverslag was de visienota die minister Vandenbroucke voorstelde op 17 juni 2022. In deze nota beschreef de minister een aantal uitdagingen voor de huisartsenpraktijken:
 - Een verouderende populatie en toename van chronische ziekten zorgen voor een hogere en complexere zorgnood vanuit de bevolking.
 - Huisartsen voelen zich overbevraagd en/of voeren patiëntenstops in, waardoor patiënten op sommige plaatsen geen huisarts meer vinden.
 - Het systeem van betaling per prestatie vergoedt onvoldoende het werk buiten de patiëntencontacten en laat moeilijk toe dat het team in de huisartspraktijk diverser wordt.
 - De nieuwe generaties wensen een evenwicht tussen hun professionele activiteiten en privéleven.
 - Er is heel veel administratieve overlast, waardoor huisartsen minder tijd hebben voor hun kerntaken.
- Om deze uitdagingen het hoofd te bieden stelde de minister voor om toe te werken naar een New Deal voor de huisartsenpraktijken, waarbij een derde organisatie- en financieringsmodel wordt ontwikkeld naast de blijvende prestatiefinanciering en forfaitaire financiering. Een belangrijke randvoorwaarde is dat huisartsenpraktijken vrijwillig kunnen instappen in dit derde model.

Doelstellingen van de New Deal

- Dit model streeft de doelstellingen van de Quintuple Aim na: de verbetering van de gezondheid van de gehele bevolking, de verbetering van de door het individu ervaren kwaliteit van de zorgverlening, het efficiënter gebruiken van de beschikbare middelen, de vermindering van de sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid en het verbeteren van het welzijn van de zorgverleners.
- De hogere financiering per patiënt moet zorgen voor:
 - Erkenning en honoreren van werk buiten directe patiëntencontacten
 - Meer autonomie in het besteden van de middelen (diversiteit huisartspraktijkenlandschap)
 - Het toelaten van taakdelegatie, tussen huisartsen en/of andere zorgprofessionelen.
 - Vergoeding volgens gemiddelde zorgzwaarte en complexiteit

- Het behoud van loon naar werken
 - Meer incentives voor kwaliteitsvolle praktijkvoering.
- De nieuwe premiefinanciering moet zorgen voor:
 - Kwaliteitsverhoging door meer preventieve en proactieve zorg door taakdelegatie
 - Toegankelijkheid huisarts voor nieuwe patiënten stijgt
 - Professionele tevredenheid stijgt door taakdelegatie voor protocoleerbare zorg
 - Minder consultaties per huisarts door taakdelegatie
 - Praktijkmanagement premie maakt tijd vrij voor ontwikkelen praktijkprocessen en richtlijnen met kwaliteitsverbetering tot gevolg.
- Evaluatie
 - Deze doelstellingen zullen worden geëvalueerd tijdens de looptijd van dit project (3 jaar). Het Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg (KCE) zal de studie coördineren. Deze continue evaluatie zal het mogelijk maken om indien nodig bij te sturen, met als doel het structureel te verankeren in de verplichte ziekteverzekering.

[Meer info](#) m.b.t. new deal

3.2. Tandartsen

3.2.1. Info uit redactionele artikels

- [Artikel 27/03/2023](#) – op basis van rondvraag Terzake
 - Van de 40 gecontacteerde tandartsen had ruim de helft een patiëntenstop, bij de meeste andere was het heel lang wachten op een afspraak.
 - Bij 25 van de 40 was te horen dat er momenteel een patiëntenstop is.
 - 4 van de 40 gaan met pensioen dus nemen geen nieuwe patiënten meer aan.
 - Bij 8 van de 40 kon een afspraak gemaakt worden, weliswaar met een lange wachttijd met uitschieters tot de zomer van 2024.
 - Bij een kleine minderheid - 3 op de 40 - lukte het om een afspraak te maken binnen de twee maanden.

3.2.2. Input beroepsvereniging – bevraging tandartsen

- Voor de tandartsen bestaat er géén kadaster, dus deze info is alleszins niet zomaar voor handen.
- Ik zou een mail kunnen sturen naar de leden van onze studieclub, maar daarmee bereik je maar een fractie van de tandartsen, namelijk zij die aangesloten zijn bij het VVT, maar niet de collega's die zijn aangesloten bij concurrerende beroepsvereniging VBT, Land van Aalst, ...
- Zelfs al zou ik een mail sturen om te polsen naar deze info, onze leden kennende zal hooguit 10% hierop reageren, of wie weet nog minder. De enige manier om deze info over de tandartsen in de ELZ te verzamelen is ze stuk voor stuk persoonlijk contacteren via de telefoon. Daar heb ik, noch iemand anders van onze studieclub jammer genoeg niet de tijd voor. Ik weet niet of er eventueel administratief personeel binnen de ELZ is die de gouden gids (digitaal) kunnen openslaan en iedereen opbellen om dit na te vragen?
- De reden waarom er zou weinig reactie zou op komen zijn legio
 - Oudere populatie tandartsen die hun mails weinig tot nooit lezen
 - Dringender zaken te doen dan zo'n mails beantwoorden (overvolle agenda met patiënten!)
 - Desinteresse
 - Wantrouwen / afkeer van alles wat met overheid en administratie te maken heeft.
 - Vakantieperiode
 - ...
- In opvolging van bovenstaande reactie werd een eigen bevraging opgestart. Een bevraging in Forms werd via mail bezorgd aan alle mailadressen die we konden terugvinden van de tandartsen in onze Eerstelijnszone. We geven hieronder alvast een eerste voorlopige blik op de resultaten.

- 18 tandartsen reageerden op de bevraging: 2 een Berlare, 2 uit Buggenhout, 10 uit Dendermonde, 1 uit Hamme, 2 uit Lebbeke en 1 uit Zele.
- De leeftijd van deze tandartsen is erg gevarieerd, maar een vrij groot deel toch ook al wat ouder: 1 tussen 20-30, 5 tussen 30-40, 1 tussen 40-50, 8 tussen 50-60, 2 tussen 60-70 en 1 ouder dan 70
- Voor 9 respondenten is hun praktijk ook hun woonadres, 5 wonen op minder dan 5 km afstand en 2 tussen de 5 en 10 km. Opvallend is misschien ook dat 1 respondent tussen 20-30 km van de praktijk woont en 1 zelfs meer dan 30 km.
- 8 van de respondenten heeft een solo praktijk (wat opvallend is, gezien het grote aantal groepspraktijken in onze Eerstelijnszone), 8 werken in een groepspraktijk tandartsen en 2 werken in een multidisciplinaire praktijk.
- Alle 18 respondenten hebben momenteel een patiëntenstop: 4 een volledige en 14 een gedeeltelijke:
 - Enkel familie van bestaande patiënten die op hetzelfde adres gedomicilieerd zijn
 - Geografische zeer nabije burens/kennissen van patiënten
 - (Digitale) wachtlijst
 - Inwoners van de gemeente
 - Kinderen tot 18 jaar
- 12 van de 18 respondenten heeft in de praktijk ondersteuning van een onthaal- of administratief medewerker.
 - Soms zit deze administratieve ondersteuning vervat in het takenpakket van een tandartsassistent met wie wordt samengewerkt.
 - Deze ondersteuning varieert van 1 tot 4 FTE
 - Zij nemen volgende taken op:
 - Helpen met telefoons opnemen
 - Opruimen en aanvullen van stockage
 - Sterilisatie
 - Back-office management
- 10 van de 18 respondenten werkt met een tandartsassistent, variërend van 12u tot 1,5 FTE.
 - Zij nemen volgende taken op:
 - Opruimen
 - Stoelassistentie
 - Administratief werk: balie onthaal, telefoon, ...
- 5 van de 18 respondenten werkt samen met een mondhygiënist, 4/5 tot 1 FTE, met volgende taken:
 - Reinigen, bleaching, controles, poetsinstructies, begeleiden van mensen met tandvleesproblemen, opbeetplaten, hulp bij aligners
- Bij 3 van de 18 respondenten staat momenteel een vacature open:
 - algemeen tandarts of mondhygiënist, 1 FTE
 - Tandarts, deeltijds
 - 2 vacatures voor tandarts en 1 voor assistente
- Hoe snel kan een patiënt die dringende ondersteuning nodig heeft, bij u terecht:
 - Bij 5 respondenten diezelfde werkdag
 - Bij 1 respondent de volgende werkdag
 - Bij 9 respondenten binnen de week
 - Bij 1 respondent binnen de 2 weken
 - Bij 2 respondenten duurt dit langer dan 2 weken
- Het aantal dagen en aantal uur per dag dat de praktijk bereikbaar is voor telefonisch advies varieert heel sterk, van een half uur per dag tot dagelijks 10u
- Huidige werkdruk:
 - Slechts voor 2 respondenten voelt de huidige werkdruk OK aan
 - 5 ervaren een verhoogde werkdruk
 - 7 ervaren een verhoogde werkdruk die blijft aanhouden en zwaar begint te wegen
 - 2 ervaren een erg verhoogde werkdruk die blijft aanhouden en onhoudbaar begint te worden
 - 2 respondenten benoemen de werkdruk zelfs als onhoudbaar.
- 1 respondent is van plan om de eigen activiteit als tandarts in de praktijk binnen een termijn van een jaar stop te zetten, 1 binnen de 3 jaar en 2 binnen de 5 jaar.
- 2 respondenten zijn van plan om de eigen activiteiten als tandarts in de praktijk binnen het jaar af te bouwen, 2 binnen de 2 jaar, 3 binnen de 3 jaar en 2 binnen een termijn van 5 jaar.

- Slechts 1 respondent is van plan om de eigen activiteiten in de praktijk uit te breiden, binnen een termijn van 2 jaar.
- We vroegen hen ook hoe zij staan tegenover de problematiek van de druk op de tandzorg:
 - Er is veel druk, maar ook weinig begrip van de maatschappij. Mensen veronderstellen dat wij altijd maar bereikbaar en beschikbaar moeten zijn omdat we in de zorg zitten en daar zelf voor gekozen hebben. Zelfs bij ziekte zouden wij moeten blijven werken...
 - meer Vlaamse studenten laten starten en stop op buitenlandse tandartsen met twijfelachtige praktijken . Proberen dat tandartsen niet vroegtijdig op pensioen gaan
 - Ze wisten dat dit er al 15 jaar zat aan te komen. Indien ze juiste cijfers zouden gebruiken van enkel actieve tandartsen en kijkend naar het aantal werkende uren, zouden ze vele beter een inschatting kunnen maken waar de nood het grootst is.
 - Onhoudbaar op huidige niveau
 - De situatie is bijzonder onprettig voor zowel patiënt en verstrekker
 - Omkadering, inburgering van ondersteunend personeel zoals mondhygiënist kan en moet nog veel beter.
 - We oogsten nu wat er sinds reeds een twintigtal jaren werd gezaaid , het was zeer voorspelbaar, jammer genoeg begint het nu pas te dagen...
 - Zeer moeilijk om dagelijks vragende nieuwe patiënten te moeten weigeren. Mensen zijn wanhopig omdat ze geen tandarts vinden. Soms staan mensen aan de deur met vraag om hulp
 - De beperkte instroom en de grote uitstroom zijn duidelijke cijfers. Bovendien werkt de startende generatie minder uren per week en per dag dus is er meer mankracht nodig om hetzelfde werk uit te voeren De overheid heeft hier een probleem gecreëerd door de instroom te beperken en de vergoeding minder aantrekkelijk te maken
 - We doen ons best om zoveel mogelijk mensen te helpen en werken reeds lange dagen. Het is ook belangrijk om onze eigen quality of life te waarborgen.
 - Er dienen niet meer tandartsen te zijn, meer ondersteunend personeel die simpele taken kunnen overnemen waardoor tandartsen kunnen uitvoeren waarvoor ze opgeleid zijn. Een halfjaarlijkse controle van een patient die volledig gestabiliseerd is hoort hier zeker niet bij.
 - Het probleem ontstaat omdat er nog teveel mensen zijn die niet jaarlijks op controle gaan en geen vaste tandarts hebben. Het zijn deze die acute problemen krijgen en die nergens terecht kunnen.
 - Dringend meer tandartsen nodig
 - meer studenten toelaten in Vlaanderen
 - Het probleem vloeit voort uit een foute inschatting van de quota (vervrouwelijking van het beroep) en het onaantrekkelijk beeld dat er van de medische sector wordt opgehangen in de media. Wat leidt tot een minder aantrekkelijk perspectief voor een beginnend student.
 - Het probleem van acute tandzorg bevindt zich vooral bij patiënten die alleen een tandarts raadplegen bij pijn en die geen routine van een regelmatige controle door tandarts hebben. Trouwe correcte patiënten hebben zelden of nooit een acuut probleem. Een deel van de bevolking is te weinig dental minded.
 - Qua werkdruk: gepast is het nooit. Er is wel veel financiële druk: loonkosten, materiaalkosten en werkingskosten zijn hoog.
- De respondenten gaven ook hun mening over projecten waarbij gemeenten gratis gebitscontrole aanbieden (bv. voor burgers die het financieel moeilijk hebben):
 - Ik heb daar een dubbel gevoel bij. Want wat is een financieel moeilijke situatie, als het tandzorg betreft? Er zijn patiënten die dan uit de boot zullen vallen en daardoor niet de nodige tandzorg zullen krijgen die zij toch ook verdienen?
 - Wat ben je met een gratis gebitscontrole om dan te constateren dat er veel werk aan de winkel is omdat juist deze burgers niet naar de tandarts gaan . En na de controle gaan ze zeker niet gaan omdat het niet gratis is . Velen van hen met een WIGW nummer gaan nu al bijna gratis naar de tandarts . Maar weten zij dit ?
 - Gratis bestaat niet. Ik denk ook dat niet altijd de juiste mensen bereikt gaan worden. Het is ook een langetermijnproject waarbij ook gekeken moet worden naar mondhygiëne (zoals dagelijks poetsen) naast de controle De RIZIVtarieven voor een controle zijn ook zeer schappelijk. En zouden ook draagbaar zijn voor minderbedeelden als patiënten ook bij gedeconventioneerde tandartsen enkel het remgeld zou moeten betalen (de wetgeving staat dit nu niet toe).

- Begrijpelijk en menselijk maar dit zal de werkdruk extra doen verhogen en problematiek doen toenemen
- het gratis-verhaal werkt niet voldoende om de mondzorg bij de doelgroep op te krikken
- Wij werken voor kinderen tot 18jaar aan conventie met 3de betalingsregeling. Verder aanvaarden wij de 3de betalingsregeling voor WIGW's. De inburgering voor goede tandzorg en met name preventie moet bij kinderen starten. jong geleerd is oud gedaan. dit soort campagnes zou ik zeker steunen. Voor volwassenen vind ik niet dat er dit soort projecten moeten komen.
- Positief, voor zover dit met het beperkt aantal tandartsen haalbaar is.
- positief, maar hiervoor moeten wel beschikbare tandartsen gevonden worden. Zo goed als elke tandarts heeft het reeds te druk in zijn/haar praktijk, hoe zal de gemeente een tandarts vinden die er tijd voor kan maken?
- Preventie en gebitscontrole zijn geen grote kost voor de patiënt en goed terugbetaald door het ziekenfonds. Dit lijkt me niet de taak van een gemeente. Het gaat ook niet om het aanbieden van de zorg maar een tekort aan tandartsen om ze uit te voeren
- In onze huidige set-up met assistentie en digitalisatie is het voor ons niet haalbaar aan andere tarieven te werken dan de huidige.
- Dit is een vorm van een terugbetaling voorzien door een overheidsinstantie en daarin zijn ze vrij. Zolang de tarieven van de tandartsen niet door hen worden beslist.
- Gebitscontrole is helemaal niet duur!
- Niets dient gratis te zijn..niet goed.
- een gewone controle is niet zo duur en bepaalde doelgroepen vertonen gewoon geen interesse
- Daar kan ik me volledig in vinden maar wie gaat dit uitvoeren? En wie gaat onze medische voorzieningen blijven betalen? Alle zorgdragende beroepen staan onder druk door jarenlang een beleid te voeren dat zowel onderwijs als geneeskunde in de brede zin van het woord heeft links laten liggen.
- Ik denk dat dit een druppel op een hete plaat is, men bereikt er zelden de juiste mensen mee
- Er moeten initiatieven zijn. Maar gratis is het nooit.
- Volgens onze respondenten zijn dit de grootste noden op vlak van tandzorg in onze Eerstelijnszone:
 - Te weinig tandartsen
 - Vergoeding van nomenclatuurnummers is voor bepaalde behandelingen te laag (bv. prothese aangezien de laboprijzen geweldig zijn gestegen)
 - Te veel regels, te veel papieren in te vullen voor extra verzekeringen
 - Leren poetsen ! En ze moeten het dan ook doen . Want anders is het een straatje zonder einde.
 - Een duidelijk overzicht hoeveel tandartsen er effectief actief zijn, en waar die zich bevinden. EN uiteraard dan ook of ze nog nieuwe patiënten aannemen
 - Reguliere tandzorg en urgentiebeleid
 - meer zorgaanbod
 - Preventie en voorlichting zijn de sleutels. 70% van de pathologie kan voorkomen worden als je van jongs af aan geleerd wordt wat goede voedingsgewoontes en gebitsverzorging zijn.
 - het tekort aan practici
 - Er moeten meer studenten de kans krijgen om de studies tandheelkunde te kunnen starten
 - Dezelfde al in heel Vlaanderen. Zorgen dat er voldoende kwalitatief opgeleide tandartsen aan de slag zijn
 - Aantal tandartsen moet omhoog
 - Motivatie van bepaalde bevolkingsgroepen om een vaste tandarts te zoeken, en trouw op controle te gaan.
 - Preventie, cariës behandeling en prothese
 - pijnbestrijding en preventie
 - Onderwijs in eerste instantie weer alle krachten geven. Quota optrekken. Eerste lijn promoten en aantrekkelijke maken
- We vroegen hen tot slot ook waarin (de zorggraad van) de Eerstelijnszone kan ondersteunen op vlak van tandzorg in onze Eerstelijnszone:
 - Extra wachtdienst
 - Motiveren van de preventie.
 - Aangezien de wachtdienst een totaal andere zone (eerder Aalst-Dendermonde) beslaat, lijkt het mij moeilijk hier op in te spelen, en dient dit van hogerop te gebeuren

- Urgentiebeleid en wachtdienstcoördinatie
- Vooral ondersteuning naar de bevolking toe
- Druk op de overheid uitoefenen om het aantal studenten tandheelkunde te verhogen
- Ik meen dat het probleem op niveau van ziekenfondsen / riziv / overheid / opleidingscentra moet opgelost niet lokaal
- Vervoer van ouderen naar praktijk en begeleiding
- Ik ben te weinig op de hoogte van de mogelijkheden die er zijn. Daardoor kan ik niet zinvol op deze vraag antwoorden.
- Subsidies regelen voor het dragen van de loonkosten van administratief personeel zoals gebeurt bij huisartsen?
- 4 van de 18 respondenten zijn eventueel bereid om mee te werken aan een werkgroep hieromtrent, gesteld dat het thema zou weerhouden worden als prioriteit.
- Leuk extraatje van deze bevraging is dat 6 van de 18 respondenten zich ook inschreven op onze nieuwsbrief.

3.2.3. Digitale platformen als 'oplossing' ?!

- Ambetand
 - Ambetand is een Belgische startup die de ambitie heeft om tandpijn te verhelpen en tandengeknars van de tandarts te vermijden. Dat doen we door een platform aan te bieden waar tandartsen hun vrije momenten beschikbaar stellen om patiënten te helpen. Zo kunnen personen met tandpijn snel een tandarts vinden en geholpen worden wanneer het voor iedereen uitkomt, zonder dat gebruikers hiervoor (vaak met negatief resultaat) onnodig veel tandartsen moeten rond bellen.
 - Ambetand is een platform dat dringende afspraken regelt voor patiënten die urgente tandheelkundige hulp nodig hebben. Elke tandarts kan zich gratis inschrijven en zijn beschikbaarheid voor eigen of nieuwe patiënten invullen volgens een zeer gebruiksvriendelijke interface.
 - Ambetand laat toe om uw eigen urgenties te organiseren of onverwachte plaatsjes in de agenda op te vullen. Zo wordt uw secretariaat ontlast en neemt Ambetand de grote pijnpunten van uw praktijkvoering weg.
 - Ambetand wordt zo het platform waar patiënten met tandpijn kunnen worden geholpen wanneer ze geen eigen tandarts hebben.
 - Zo werkt het:
 - Inschrijven → Gratis inschrijvingen voor tandartsen (enkel tandartsen met een erkende titel en RIZIV nummer in België kunnen zich registreren), de patiënt betaalt zijn behandeling bij u zoals u gewoon bent. → opgelet, in een latere fase zal een kleine boekingskost worden aangerekend aan de patiënt
 - Agenda → Stel uw beschikbaarheid in op het platform met persoonlijke agenda. Uw dashboard toont een duidelijk overzicht van uw agenda en afspraken.
 - Online boeken → Patiënten zonder tandarts kunnen via Ambetand 24/7 een beschikbare tandarts zoeken in hun buurt. U geeft zelf aan wanneer u beschikbaar bent.
 - Eigen portaal → U kan via een unieke link uw eigen patiënten met urgente problemen een afspraak laten inboeken wanneer het voor u past. Via deze link komen uw patiënten enkel bij u terecht.

3.3. Mantelzorg

Op het expeditieteam van 31/08 werd beslist om het thema mantelzorg in te bouwen binnen de prioriteit van nabije en toegankelijke zorg.

Subthema's

- Participatie en empowerment
 - Mantelzorgers betrekken bij scharniermomenten

- betrekken van mantelzorg in WZC (vb in Zele) om formele en informele zorg te verbinden. Hier is ook een link naar toegankelijkheid (bereikbaarheid/beschikbaarheid) zorg en welzijn mogelijk
- psychosociale ondersteuning bij scharniermomenten: vb rond rouwverwerking na overlijden van zorgvrager
 - Psychosociale ondersteuning voor mantelzorgers
- Jonge mantelzorgers
 - (H)erkenning van jonge mantelzorgers

In beeld brengen: hoeveel in onze zone? Wat kunnen we hier rond doen?

- Verbinding leggen tussen mantelzorgorganisaties en onderwijs en zorgsettings?
- formele – informele zorg (mantelzorg, buurt,...) à buurtgericht werken

- Werk en mantelzorg
 - (H)erkenning van mantelzorgers op de werkvloer
- Administratie en rechten

- vroegtijdige zorgplanning (informereren over mogelijkheden)

- registratie 'niet-erkende MZ' è informeren, verbinden, ondersteunen

3.3.1. Mantelzorgplan 2022-2024

- [Tekst mantelzorgplan](#)

3.3.2. Onderzoeksresultaten zorgenquête 2021

- 33% van de Vlaamse bevolking van 18 jaar en ouder verleent of verleende in het afgelopen jaar mantelzorg
- Vlamingen die zelf een hulp- of ondersteuningsnood hebben (omwille van een langdurige ziekte, gezondheidsproblemen of een beperking) ontvangen in bijna 7 op de 10 gevallen hulp van familie, vrienden, burens of kennissen.
- Vrouwen verlenen én ontvangen vaker mantelzorg.
- Mantelzorg raakt het leven van mensen op alle leeftijden.
 - 21% van de Vlaamse jongeren in de leeftijdsgroep van 11 tot 18 jaar (of 119.000 jongeren) woont bij een persoon met een langdurige ziekte of beperking.
 - 5% van de Vlaamse jongeren zorgt minstens 4u per week voor een persoon met een langdurige ziekte of beperking.
- Gemiddelde tijd van de mantelzorger
 - 67% van de mantelzorgers verleent minder dan 10u/week hulp en ondersteuning, 19% tussen 10u-20u/week, 11% tussen 21u-60u/week en 3% meer dan 60u/week.
 - Bij de 65-plussers en lager opgeleiden zien we dat zeer intensieve mantelzorg bieden, meer voorkomt.
 - Er is geen verschil in de intensiteit van mantelzorg tussen mannen en vrouwen .
 - Het geven van mantelzorg wordt vaak gecombineerd met andere rollen : zo heeft 7 op 10 Vlaamse mantelzorgers op arbeidsactieve leeftijd ook betaald werk. Bij jongere mantelzorgers tussen 18 en 25 jaar volgt 63% een opleiding.
- Emotionele impact
 - De grote meerderheid van de Vlaamse mantelzorgers (92%) ervaart de hulp die men biedt als zinvol
 - 79% geeft aan voldoening te halen uit de hulptaken die ze opnemen.
 - Tegelijkertijd ervaart de helft van de mantelzorgers de zorg als emotioneel belastend, ongeveer 24% ervaart dit als fysiek belastend.
 - 18% ervaart onvoldoende tijd voor zichzelf en 12% onvoldoende tijd voor het eigen gezin, omwille van de zorg en ondersteuning die men biedt.

- Specifiek voor jonge mantelzorgers van 11 tot 18 jaar werd ook vastgesteld dat hun mentale en lichamelijke gezondheid minder gunstig is dan die van jonge niet-mantelzorgers. Jonge mantelzorgers rapporteren vaker een lagere levenskwaliteit, een lagere levenstevredenheid en een slechte gezondheidsbeleving.
- Economische impact
 - Als alle uren die mantelzorgers aan hulp spenderen zouden worden betaald, dan betekent dat volgens hun simulatiemodel een jaarlijkse kost van 11,38 miljard euro. Tegelijk heeft mantelzorg ook een maatschappelijke en menselijke kost, bijvoorbeeld wanneer mantelzorgers door overbelasting ziek worden en terugvallen op de ziekteverzekering.
 - Idealiter kan het bedrag van deze kost dus beter geïnvesteerd worden in preventieve en ondersteunende maatregelen om mantelzorgers beter te erkennen, ondersteunen, en begeleiden.
- Ondersteuning mantelzorgers
 - 65% van de mantelzorgers van 18 jaar en ouder geeft aan ondersteuning nodig te hebben.
 - Emotionele steun wordt hierbij het vaakst aangegeven, gevolgd door advies en informatie op maat, en financiële ondersteuning.
 - Personen jonger dan 25 jaar geven vaker aan geen steun nodig te hebben, maar duiden vaker dan oudere mantelzorgers aan dat ze emotionele steun nodig hebben en nood aan training / opleiding.
 - De nood aan financiële steun en ondersteuning bij de combinatie van werk en zorg zien we vaker in de leeftijdsgroep 40 tot 64 jaar. Deze leeftijdsgroep geeft ook vaker aan hulp nodig te hebben bij het regelen of coördineren van de zorg.
 - Algemeen zegt 21% van de mantelzorgers meer waardering te wensen voor de hulp die men biedt.
 - Bij de jongere mantelzorgers van 11 tot 18 jaar zien we dat ongeveer de helft aangeeft dat ze met iemand konden praten over de ziekte of beperking van hun gezinslid. Bij 20% van de jonge mantelzorgers is dat (meestal) niet zo. Jonge mantelzorgers hebben het meeste nood aan een meer begripvolle houding in hun omgeving, waaronder ook de schoolomgeving. Die kan ondersteuning geven door het aanbieden van studiebegeleiding op maat van de individuele leerling.
 - Verder geven jonge mantelzorgers aan dat ze het meeste baat hebben bij iemand met wie ze kunnen praten, iemand die ze in vertrouwen kunnen nemen omtrent de thuissituatie en de zorgen en de uitdagingen die dit met zich meebrengt.

3.3.3. Doelstellingen en acties

- Strategische Doelstelling 1: Mantelzorgers herkennen en erkennen
 - Operationele Doelstelling 1.1 We zetten in op de sensibilisering rond mantelzorg zodat mantelzorg zichtbaarder wordt in de samenleving en mantelzorgers (h)erkend worden
 - Actie 1.1.1: We zetten in op de (h)erkenning van jonge mantelzorgers . We zoeken manieren om hen dichter te betrekken bij het beleid
 - Actie 1.1.2: We zetten in op de (h)erkenning en zichtbaarheid van mantelzorgers op de werkvloer, en benutten daarbij ervaringsdeskundigheid. We knopen aan bij personeelsdiensten, werknemers- en werkgeverscentrales
 - Actie 1.1.3: We verhogen de zichtbaarheid over het bestaande opleidings- en ondersteuningsaanbod voor en over mantelzorg. We doen dit door een optimalisering van de website mantelzorgers.be
 - Actie 1.1.4: We zorgen dat de belangen van mantelzorgers beter vertegenwoordigd worden
 - Operationele Doelstelling 1.2. We ontwikkelen acties die inzetten op het identificeren en waarderen van mantelzorg
 - Actie 1.2.1: We onderzoeken of we het mantelzorgstatuut kunnen optimaliseren door dit te koppelen aan duidelijke voordelen zodat dit door de mantelzorgers als een meerwaarde wordt ervaren. We onderzoeken de harmonisering van de statuten van mantelzorgers op gemeentelijk, Vlaams en federaal niveau.

- Actie 1.2.2: We onderzoeken de mogelijkheden van een aangepast mantelzorgstatuut voor kinderen/jongeren/studenten met bijhorende ondersteuningsrechten en gaan na hoe zich dit verhoudt tot het federale mantelzorgstatuut
 - Actie 1.2.3: We zetten in op administratieve vereenvoudiging en automatische rechtentoekenning en koppelen dit aan mantelzorgers.be zodat mantelzorgers geïnformeerd worden
 - Actie 1.2.4: We brengen evidence based methoden in kaart om moeilijk bereikbare mantelzorgers te bereiken
 - Actie 1.2.5: We sensibiliseren professionele zorginstellingen om mantelzorgers te betrekken bij scharniermomenten
- Strategische Doelstelling 2: Mantelzorgers ondersteunen
 - Operationele Doelstelling 2.1. We zetten in op het optimaliseren van het professioneel aanbod
 - Actie 2.1.1: We optimaliseren het professionele aanbod van zorg en ondersteuning en maken dit beter bekend bij mantelzorgers. We streven naar het voorzien van een gedifferentieerd, flexibel aanbod van respijtzorg dat mantelzorgers ondersteunt
 - Operationele Doelstelling 2.2. We hebben bijzondere aandacht voor de combinatie werk en mantelzorg
 - Actie 2.2.1: We onderzoeken hoe we de keuzemogelijkheden van de verlofstelsels en de aanvraag ervan toegankelijker kunnen maken
 - Actie 2.2.2: We verkennen mogelijkheden voor werkende mantelzorgers om beroep te doen op ondersteuning, coaching en opleiding. We gaan na welk instrument het meest geschikt is
 - Actie 2.2.3: We onderzoeken de mogelijkheden tot maattrajecten als aanvullingen op of verfijning van de bestaande verlofstelsels
 - Actie 2.2.4: We sluiten aan bij het initiatief van de VDAB voor herintreders op de arbeidsmarkt
 - Operationele Doelstelling 2.3. Het mantelzorgplan zet in op preventie van overbelasting en op kwaliteit van leven
 - Actie 2.3.1: We hebben aandacht voor de haalbaarheid van mantelzorg reeds op jonge leeftijd
 - Actie 2.3.2: We voorzien in psychologische begeleiding voor mantelzorgers. We zetten onder andere in op mantelzorgondersteuning via de eerstelijnspsychologische functie
 - Actie 2.3.3: We ondersteunen ontmoeting tussen mantelzorgers
 - Operationele Doelstelling 2.4. Lokale acties
 - Actie 2.4.1: We creëren meer mogelijkheden voor uitwisseling over het thema mantelzorg (fysiek en digitaal) op gemeentelijk niveau en/of op het niveau van een Eerstelijnszone (ELZ)

3.3.4. Mogelijke acties op ELZ-niveau, gelinkt aan doelstellingen mantelzorgplan

- Mantelzorgers herkennen en erkennen
- We ontwikkelen acties die inzetten op het identificeren en waarderen van mantelzorg
 - Dag van de Mantelzorg: sensibiliseringscampagne met het oog op herkennen en erkennen (vgl. gedichtenwedstrijd van dit jaar)
- We zetten in op de (h)erkenning van jonge mantelzorgers
 - Informatie- en sensibiliseringscampagne t.a.v. onderwijsveld in onze Eerstelijnszone
- We zetten in op de (h)erkenning en zichtbaarheid van mantelzorgers op de werkvloer, en benutten daarbij ervaringsdeskundigheid.
 - Informatie- en sensibiliseringscampagne t.a.v. werkgevers binnen onze Eerstelijnszone m.b.t. mantelzorgbeleid binnen de organisatie
Vormingen en instrumenten werden en worden hiervoor uitgewerkt, die wij lokaal kunnen aanbieden.
- We verhogen de zichtbaarheid over het bestaande opleidings- en ondersteuningsaanbod voor en over mantelzorg.
 - Mantelzorgers zijn onze informele zorgverstrekkers en dus dient onze communicatie zich ook tot deze groep te richten. Op dit moment gebeurt deze communicatie heel versnipperd

(mantelzorgorganisaties, lokale besturen, ELZ). Het lijkt een goede oefening om hieromtrent in overleg te gaan om tot een beter afgestemde communicatiestrategie te komen.

- We zorgen dat de belangen van mantelzorgers beter vertegenwoordigd worden
 - Dit luik wordt uiteraard meegenomen in onze klankbordgroep PZON/MZ/Vrijwilligers
- We zetten in op administratieve vereenvoudiging en automatische rechtentoekenning en koppelen dit aan mantelzorgers.be zodat mantelzorgers geïnformeerd worden
 - Het zou een optie kunnen zijn om binnen onze GBO-stuurgroep hieromtrent een optimalisatie-oefening op te zetten.
- We brengen evidence based methoden in kaart om moeilijk bereikbare mantelzorgers te bereiken
 - Op Vlaams niveau wil men oplijsten welke groepen mantelzorgers momenteel niet of moeilijk bereikt worden en aanvullend identificeren welke elementen er aanwezig zijn waarom een mantelzorger niet op een aanbod ingaat, met respect voor de keuzevrijheid van elke mantelzorger. Het kan zinvol zijn om binnen onze Eerstelijnszone hieromtrent af te stemmen, uit te wisselen, ... met organisatie die werken met deze moeilijk te bereiken doelgroep. Onze buurtzorgprojecten kunnen hierbij ook een belangrijke rol spelen.
- We sensibiliseren professionele zorginstellingen om mantelzorgers te betrekken bij scharniermomenten
 - Ook dit is een doelstelling die zeker op ELZ-niveau kan opgenomen worden → We onderzoeken hoe we bij deze scharniermomenten individuele zorg- en hulpverleners, maar ook woonzorgvoorzieningen, ziekenhuis, ... alerter kunnen maken om steeds de reflex te hebben om na te gaan of er een mantelzorger betrokken is in de situatie en deze te betrekken, met akkoord van de persoon met zorg- en ondersteuningsnood.
- We optimaliseren het professionele aanbod van zorg en ondersteuning en maken dit beter bekend bij mantelzorgers. We streven naar het voorzien van een gedifferentieerd, flexibel aanbod van respijtzorg dat mantelzorgers ondersteunt.
 - Binnen onze werkgroep Sociale Kaart was voorzien om in 2024 naar de burger te stappen. Bovenstaande actie kan hier zeker aan gekoppeld worden.
- We hebben aandacht voor de haalbaarheid van mantelzorg reeds op jonge leeftijd
 - We zetten in op een beter toegankelijke zorg en ondersteuning door professionals uit de zorg- en hulpverlening. We doen dit door zorgaanbieders, onderwijs, jeugddiensten... te sensibiliseren over de thematiek, opdat zij sneller situaties kunnen opsporen en erop anticiperen. Hierbij brengen we de essentiële rol van familie en vrienden en lokale netwerken onder de aandacht.
 - We brengen zorgaanbieders in kaart die hierin een rol kunnen opnemen en gaan na hoe zij hierin kunnen ondersteunen. Dit alles met respect voor de eigenheid van de situatie door in te zetten op een haalbaar evenwicht, zodat de positie van de jonge mantelzorger gevrijwaard blijft en er geen hulp wordt opgezet als dit niet nodig is.
- We voorzien in psychologische begeleiding voor mantelzorgers. We zetten onder andere in op mantelzorgondersteuning via de eerstelijnspsychologische functie.
 - Dit aspect werd reeds aangebracht binnen onze ELZ WG GGZ en kan dus hier zeker verder opgevolgd worden met gerichte acties.

⇒ **Projectoproep:** psycho-educatiepakketten voor mantelzorgers

- In het kader van het Vlaams Mantelzorgplan zoekt men kandidaat-eerstelijnszones die een **lokale proeftuin** willen opstarten **rond psycho-educatie voor mantelzorgers**.
 - **Wat?** Tijdens deze co-creatielijnen wordt gezocht naar de meest geschikte vorm van psycho-educatie, afgestemd op de lokale contexten en voor bepaalde groepen mantelzorgers. We willen versterkend werken om een samenwerking te faciliteren tussen de eerstelijnspsychologen en andere lokale en regionale actoren die inzetten op mantelzorgondersteuning en de mantelzorgverenigingen.
 - **Hoe?** Kandidaturen kunnen ingediend worden via <https://forms.office.com/e/in6i0AP1Ag>, ten laatste op 01/10/2023. De selectie wordt bekendgemaakt op 20/10/2023.
 - In [dit document](#) lees je meer over de inhoud, selectiecriteria en timing.
- We ondersteunen ontmoeting tussen mantelzorgers

- We stellen vast dat deze ontmoetingen momenteel niet optimaal verlopen binnen onze ELZ (lokaal, gemeentelijk aanbod naast elkaar met beperkte opkomst, praatcafé dementie dat hoogstwaarschijnlijk zal worden stopgezet bij gebrek aan trekker, ...)
Het is belangrijk dat mantelzorgers met elkaar in gesprek kunnen gaan en dus kan het interessant zijn om hieromtrent op ELZ-niveau eens een optimalisatie-oefening op te zetten
- Gelinkt aan bovenstaande kunnen we binnen de invulling van deze momenten ook nog extra inzetten op de diversiteit van mantelzorg, zodat ook specifieke groepen zoals jonge mantelzorgers, werkende mantelzorgers, mantelzorgers met een migratieachtergrond, ouder(s) van kinderen met een handicap... aangesproken en bereikt kunnen worden.
- We creëren meer mogelijkheden voor uitwisseling over het thema mantelzorg (fysiek en digitaal) op gemeentelijk niveau en/of op het niveau van een Eerstelijnszone (ELZ)
 - Dit aspect is uiteraard mee opgenomen met onze Klankbordgroep

3.4. Arbeidsmarkt in ELZ Dender

Aantal ontvangen vacatures augustus 2022 – juli 2023

Ontvangen vacatures (*)

in de periode aug 2022 - jul 2023

Alle Sectoren

Arrondissement Dendermonde

Bron : VDAB Studiedienst

(*): Vacatures NEO's Urechtstreekt aan VDAB gemeld

	Gemeente						
	Berlare	Buggenhout	Dendermonde	Hamme	Lebbeke	Zeel	Totaal
Diensten aan personen	3	6	8	2	0	0	19
Ontspanning, cultuur en sport	1	76	119	0	0	6	202
Openbare besturen	24	12	156	20	28	0	240
Onderwijs	14	46	369	66	18	51	564
Gezondheidszorg	4	12	212	0	28	28	284
Maatschappelijke dienstverlening	29	109	142	65	46	12	403
Totaal	75	261	1.006	153	120	97	

Bron: https://arvastat.vdab.be/arvastat_detailtabellen_vacatures.html

Openstaande vacatures op het einde van elke maand in 2023

Tijdreeks

	jan/23	feb/23	mrt/23	apr/23	mei/23	jun/23	jul/23
Diensten aan personen	0	0	1	3	2	0	0
Ontspanning, cultuur en sport	0	0	0	0	0	0	1
Openbare besturen	1	4	0	1	2	0	0
Onderwijs	2	3	3	1	0	0	0
Gezondheidszorg	0	0	0	0	2	2	0
Maatschappelijke dienstverlening	0	0	3	1	3	3	6
Totaal	3	7	7	6	9	5	7

Berlare

Diensten aan personen	1	3	2	1	1	2	2
Ontspanning, cultuur en sport	31	34	5	6	6	0	0
Openbare besturen	4	4	2	2	5	6	2
Onderwijs	5	6	6	6	2	4	1
Gezondheidszorg	2	2	3	1	1	1	1
Maatschappelijke dienstverlening	6	10	17	15	11	8	8
Totaal	49	59	35	31	26	21	14

Buggenhout

Diensten aan personen	1	1	2	1	1	2	2
Ontspanning, cultuur en sport	22	24	17	18	16	13	13
Openbare besturen	17	16	56	57	63	60	51
Onderwijs	48	47	48	32	47	60	49
Gezondheidszorg	22	24	25	37	34	41	37
Maatschappelijke dienstverlening	12	11	14	11	22	22	16
Totaal	122	123	162	156	183	198	168

Dendermonde

Diensten aan personen	1	1	1	0	0	0	0
Ontspanning, cultuur en sport	0	0	0	0	0	0	0
Openbare besturen	0	4	2	1	2	3	4
Onderwijs	13	12	13	11	11	16	16
Gezondheidszorg	0	0	0	0	0	1	1
Maatschappelijke dienstverlening	12	14	15	13	13	19	18
Totaal	26	31	31	25	26	39	39

Hamme

Diensten aan personen	1	1	0	0	0	0	0
Ontspanning, cultuur en sport	0	0	0	0	0	0	0
Openbare besturen	3	3	3	4	4	7	6
Onderwijs	1	1	1	5	4	1	0
Gezondheidszorg	4	5	3	4	5	6	4
Maatschappelijke dienstverlening	9	12	14	11	10	12	10
Totaal	18	22	21	24	23	26	20

Lebbeke

Diensten aan personen	0	0	0	0	0	0	0
Ontspanning, cultuur en sport	1	2	1	2	1	1	0
Openbare besturen	0	0	0	0	0	0	0
Onderwijs	4	5	11	3	4	2	5
Gezondheidszorg	2	3	9	6	9	5	0
Maatschappelijke dienstverlening	3	2	4	2	2	2	4
Totaal	10	12	25	13	16	10	9

Zelee

Bron: https://arvastat.vdab.be/arvastat_detailtabellen_vacatures.html

Werkzoekenden zonder werk (gemiddelde 2022)

Werkzoekenden zonder werk

Geografische indeling

Arrondissement Dendermonde

	Gemiddelde 2022	Aandeel	Jaarvershil
Kengetallen			
Totaal			
Arro. Dendermonde			
Arro. Dendermonde	4.626	100,0%	-5,1%
Gemeente Berlare	314	6,8%	-6,5%
Gemeente Buggenhout	248	5,4%	-11,2%
Gemeente Dendermonde	1.250	27,0%	-2,3%
Gemeente Hamme	591	12,8%	-4,6%
Gemeente Laarne	209	4,5%	-13,4%
Gemeente Lebbeke	377	8,2%	-5,6%
Gemeente Waasmunster	206	4,4%	-4,0%
Gemeente Wetteren	661	14,3%	-8,9%
Gemeente Wichelen	240	5,2%	-1,3%
Gemeente Zele	531	11,5%	-1,0%

Werkzoekendengraad (gemiddelde 2022)

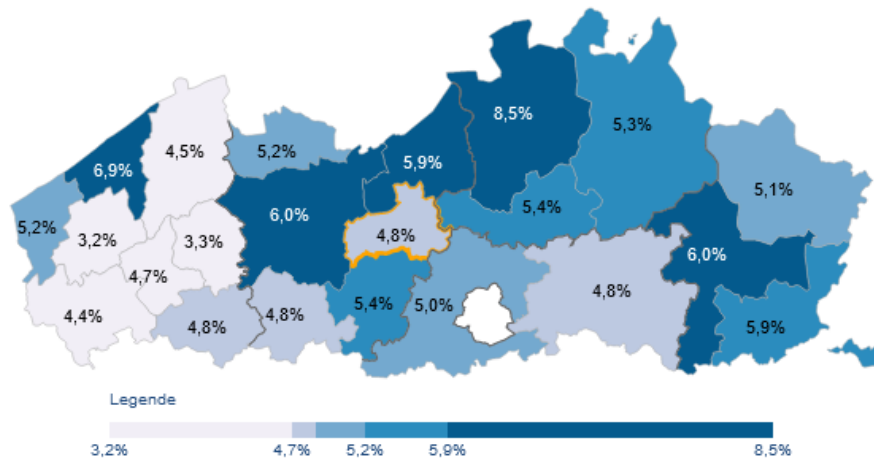
Werkzoekendengraad

Gemiddelde 2022

Alle werkzoekenden zonder werk

Totaal

- └ **Vlaanderen** 177.956 | 5,7%
- └ Provincie **Oost-Vlaanderen** 40.648 | 5,6%
- └ Arrondissement **Dendermonde** 4.626 | 4,8%



Werkzoekenden zonder werk (juli 2023)

Werkzoekenden zonder werk

Geografische indeling

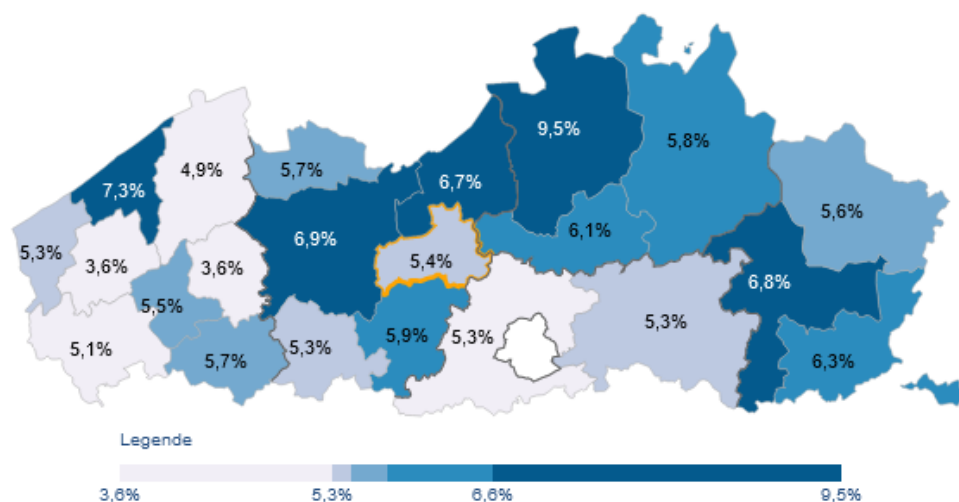
Arrondissement Dendermonde

	Juli 2023	Aandeel	Jaarverschil
Kengetallen			
Totaal			
Arro. Dendermonde	5.316	100,0%	+11,9%
Gemeente Berlare	336	6,3%	+6,7%
Gemeente Buggenhout	282	5,3%	+6,4%
Gemeente Dendermonde	1.455	27,4%	+14,0%
Gemeente Hamme	667	12,5%	+8,3%
Gemeente Laarne	222	4,2%	+10,4%
Gemeente Lebbeke	444	8,4%	+13,0%
Gemeente Waasmunster	254	4,8%	+14,9%
Gemeente Wetteren	771	14,5%	+13,9%
Gemeente Wichelen	282	5,3%	+19,0%
Gemeente Zele	603	11,3%	+9,6%

Werkzoekendengraad zonder werk (juli 2023)

Totaal

- └ **Vlaanderen** 201.567 | 6,4%
- └ Provincie **Oost-Vlaanderen** 46.643 | 6,3%
- └ Arrondissement **Dendermonde** 5.316 | 5,4%



Bron: https://arvastat.vdab.be/burgers_basisstatistieken.html

3.5. De Sociale Kaart

3.5.1. Website De Sociale Kaart

Eind 2022 werd de vernieuwde website De Sociale Kaart gelanceerd.

Vanaf september 2023 start het Team De Sociale Kaart vanuit Departement Zorg met een actualisatiecampagne naar iedereen die staat geregistreerd op De Sociale Kaart. Wij ontvangen hun communicatie-planning zodat we hier ook in onze eigen communicatie/website/nieuwsbrief naar kunnen verwijzen.

Aanpak:

- In 6 fases om de mailings wat te spreiden zodat ook de reacties gespreid binnen komen
- Welzijn en gezondheid wordt gescheiden gezien informatie anders is voor beide groepen
- 3 types mailings naar deze groepen, afhankelijk van:
 - Geen fichebeheerder
 - In oude versie wel een fichebeheerder, in de nieuwe nog niet
 - Wel fichebeheerder
- Herinnering in december naar diegene die na mailing niks hebben gedaan aan fiche
 Vanaf dan is het de bedoeling dat er automatisch een mail wordt gestuurd naar diegene waar 6 maand niks is manueel aangepast aan de fiche als reminder om het na te kijken
- Met de werkgroep Sociale Kaart is beslist dat wij als ELZ geen beheer gaan overnemen van fiches maar onze focus ligt erop om organisaties/praktijken te informeren/stimuleren zelf fichebeheerder te zijn van hun eigen fiche --> opmaak flowchart waarin o.a. wordt verwezen naar webinar van begin 2023 dat we organiseerden: <https://www.eerstelijnszone.be/sites/default/files/2023->

[07/flowchart sociale kaart .pdf](#) die op geregelde tijdstippen in onze nieuwsbrief/communicatie vermeld zal worden.

- In 2023 werd in overleg met de zorgraad 4 prioritaire sectoren/doelgroepen vastgelegd waar we extra focus op leggen, nl gezinszorgdiensten, VAPH-organisaties, thuisverpleegkundigen en organisaties in GGZ.
- De gemaakte flowchart werd verstuurd naar de gezinszorgdiensten in onze zone, kringverantwoordelijke voor thuisverpleegkundigen en naar de coördinator voor geconventioneerde psychologen in onze zone. Hierbij werd gevraagd om deze flowchart verder te verspreiden naar hun leden.
- In 2024 wordt de bekendmaking van De Sociale Kaart verruimd naar burgers gezien de website zowel voor professionals en burgers is bedoeld. Verder te bekijken welke rol we hierin opnemen gezien we burgers enkel willen bereiken via intermediairen.

3.5.2. Rechtenverkenner

[De rechtenverkenner geeft u een online overzicht van sociale rechten:](#)

- premies en andere voordelen op het vlak van onderwijs, arbeid, wonen, welzijn, energie .
- voor kwetsbare groepen: ouderen, chronisch zieken, personen met een handicap, werkzoekenden, ...
- door verschillende overheden: federale, Vlaamse, provinciale en lokale overheid

Belangrijk: Er wordt gewerkt aan een nieuwe versie van de Rechtenverkenner. De versie die nu nog online staat wordt niet meer bijgewerkt. [Klik hier voor meer informatie over Rechtenverkenner 2.0 .](#)

✓ [Eerste kwartaal 2024 - Rechtenverkenner 2.0 komt online](#)

Op dit moment kan nog geen definitieve datum meegedeeld worden voor de lancering van de website Rechtenverkenner 2.0.

- [Vierde kwartaal 2023 - Tweede test van de pilootapplicatie door het werkveld](#)
- [Juni 2023 – Onderzoeksrapport van de eerste testfase wordt opgesteld](#)
- [Vanaf juni 2023 - Federale, Vlaamse en lokale rechten toevoegen in IPDC/LPDC en Rechtenverkenner hiermee vullen.](#)
- [Mei 2023 - Testen van de pilootversie door het werkveld](#)

Stand van zaken rechtenverkenner (31/08/2023)

Samen met onze partners (Digitaal Vlaanderen, Agentschap Binnenlands Bestuur, VVSG, Kenniscentrum Vlaamse Steden, SAM vzw) werken we vanuit het Departement Zorg verder aan de ontwikkeling van de vernieuwde Rechtenverkenner:

- ⇒ In mei organiseerden we een testfase waarbij mensen uit het werkveld de pilootapplicatie van de Rechtenverkenner (een minimaal werkende versie) uitgebreid konden testen. De resultaten en feedback van deze testfase werden verwerkt in een onderzoeksrapport. Momenteel werkt Digitaal Vlaanderen verder aan de technische ontwikkeling van de applicatie. Enerzijds wordt er bijgestuurd n.a.v. de resultaten van de testfase, en anderzijds worden nog nieuwe functionaliteiten ontwikkeld. Deze technische ontwikkeling wordt nauw opgevolgd door het Departement Zorg.
- ⇒ We werken aan een governance in samenwerking met onze partners. Het doel is om de verantwoordelijkheden van alle betrokken partners duidelijk vast te leggen en een kwaliteitskader op te maken voor de input en updating van de informatie over sociale rechten.
- ⇒ Bijkomend wordt er, samen met ABB, gewerkt aan het sensibiliseren en informeren van lokale besturen over het ingeven en actueel houden van hun lokale sociale rechten in de Lokale Producten- en Dienstencatalogus (LPDC). Er worden hierover in de komende maanden infosessies georganiseerd: [Opleidingsmomenten LPDC-module najaar 2023 | Vlaanderen.be](#).
- ⇒ In het najaar van 2023 plannen we een tweede korte testfase van de applicatie met een selecte groep die eerder aangaf geïnteresseerd te zijn om te testen. In die fase zullen we meer

focussen op de inhoud van de Rechtenverkenner, aangezien Rechtenverkenner dan al meer informatie over lokale sociale rechten zal bevatten. We zullen dan opnieuw hun feedback meenemen in het verdere technische en inhoudelijke ontwikkelingstraject.

- ⇒ Tot slot werken we ook aan een communicatieplan om de eindgebruiker te informeren over de komst van de vernieuwde Rechtenverkenner en om de promotie en vorming na de lancering op te starten.

Er zijn al vele stappen ondernomen maar we dienen er nog enkele belangrijke te nemen vooraleer de lancering mogelijk is. De timing is afhankelijk van de werkzaamheden van de verschillende actoren en de mate van beschikbaarheid van gegevens over lokale sociale rechten in LPDC. Momenteel mikken we op 2de kwartaal-midden 2024.

Indien u nog vragen heeft, mag u ons altijd contacteren. Ook verwijzen we u graag door naar deze pagina waar er geregeld updates gepost worden: [Rechtenverkenner 2.0 | Departement Zorg \(departementwvg.be\)](#).

Ik wens u nog een fijne dag!

Met vriendelijke groeten,

Margo Van Muylder

Beheerder Sociale Kaart en Rechtenverkenner

DEPARTEMENT **ZORG**

Afdeling Communicatie en IT

M 0472 43 01 13

margo.vanmuylder@vlaanderen.be

Koning Albert II-laan 35 bus 30, 1030 Brussel

www.departementzorg.be – www.desocialekaart.be

4. Armoede

Armoede blijft een rode draad als alarmbel. Preventie en community building zijn belangrijk om tot ultieme finaliteit te komen.

Projectoproep 'lokale bondgenotennetwerk' kinderarmoede

Indienen voor 8/10 rond kinderarmoede: [Informatiebrochure bij de subsidieaanvraag in het kader van de projectoproep 'lokale bondgenotennetwerk'. \(vlaanderen.be\)](#)

Voorliggende projectoproep heeft als doelstelling de kansarmoede bij kinderen en jongeren structureel te verminderen, door nieuwe lokale bondgenotennetwerken op te starten of door bestaande netwerken te verruimen en te verankeren.

Het bondgenotennetwerk richt zich tot alle kinderen en jongeren die opgroeien in gezinnen met een kansarmoederisico. Initiatiefnemers kunnen daarbij kiezen om zich te focussen op kinderen in het Nederlandstalig basisonderwijs, in het Nederlandstalig secundair onderwijs of beiden. Het terugdringen van kansarmoede door het ondersteunen van kinderen, jongeren en hun gezinnen en het bieden van concrete hulp- en dienstverlening is de kernactiviteit van dit netwerk. Het netwerk is een instrument hiertoe, door bruggen te slaan tussen de kinderen, jongeren en hun gezinnen en verschillende sectoren, actoren en initiatieven. In dat opzicht is het dus uitdrukkelijk niet de bedoeling dat projecten uitsluitend resulteren in de creatie van nieuwe organisaties, overlegstructuren of denkkaders.

5. Governance

Op 1 januari 2025 beginnen we als zorgraad aan een nieuw verhaal. Ons beleidsplan zal de weg moeten aangeven hoe we ons als ELZ Dender willen voorbereiden op die toekomst.

We verzamelen hier al enkele aspecten m.b.t. governance die al dan niet een plaats kunnen/moeten krijgen in ons beleids-/actieplan.

5.1. Kernideeën uit de nota 'Slagkrachtige zorggraden'

- De zorgraad is **een organisatienetwerk**: de zorgraad zet in op het faciliteren en de procesbegeleiding tussen de diverse actoren op het terrein en coördineert de in de schoot van de zorgraad gemaakte afspraken, meerjarenplan en projecten. De zorgraad doet hiervoor maximaal beroep op de partners binnen het netwerk. Het is dan ook belangrijk dat de zorgraad hiervoor over de nodige competenties, expertise en middelen beschikt.
- De zorgraad is **een open netwerk** waarin alle lokale zorgactoren (gezondheidswerkers, welzijnsorganisaties, lokale besturen en PZON) kunnen vertegenwoordigd zijn via het lidmaatschap van de vzw.
- De zorgraad is een dynamische en **goed bestuurd organisatie** via
 - een bestuursorgaan dat pluralistisch en divers samengesteld is in vier gelijkwaardige clusters van maximaal 8 leden – minimaal 1 lid per cluster
 - eventueel een dagelijks bestuur dat slagvaardig optreedt
 - kansen en plaatsen bieden waar betrokken actoren met elkaar in gesprek kunnen gaan (gesprekstafels), op eigen initiatief of op vraag
- De zorgraad vindt **het beleidsmatig evenwicht** tussen
 - de ondersteuning van het lokaal sociaal beleid
 - de uitvoering van Vlaamse beleidsprioriteiten en gezondheids- en welzijnsdoelstellingen
 - de doelstellingen die binnen de organisatie worden geformuleerd

5.2. Doelstellingen m.b.t. de werking van de zorgraad (governance)

Formuleer minstens twee strategische doelstellingen rond onderstaande elementen die belangrijk zijn voor de werking van uw vzw in de volgende jaren. De concrete uitvoering van deze doelstellingen ligt vooral in 2024.

5.2.1. Hoe komen we tot acties?

- Is er afstemming met de lokale besturen van uw eerstelijnszone? Hoe verloopt die afstemming? Is het eenrichtingsverkeer of dialoog? Hoe ga je de discussie voeren met de lokale besturen over de lokale sociale beleidsplannen? We vragen hier nog geen afstemming met de lokale sociale beleidsplannen, maar wel hoe je het overleg met de lokale besturen wil organiseren in de toekomst.
- Datagedreven werken: zorggraden zullen in de toekomst veel meer dan vandaag de dag met data werken. Hoe pak je dit nu aan? Welke bronnen zijn ter beschikking of kunnen in de toekomst aangeboord worden? Wat leer je uit de data, wat doe je ermee? Welke opportuniteiten zie je op korte of middellange termijn?
- Actief actoren betrekken in werking: welke actoren heb je nodig om je doel te bereiken, of welke actoren kunnen daarbij helpen? Hoe motiveer je actoren om samen te werken? Waar zie je de winst voor de PZON in jouw eerstelijnszone?
- Aansluiting bij Vlaamse beleidsthema's: een aantal beleidsthema's wordt door de Vlaamse overheid gepromoot: buurtgerichte zorg, eerstelijnspsychologische hulp, geïntegreerd breed onthaal, ... Met welke thema's die vanuit de Vlaamse overheid geïnitieerd worden, wil je aan de slag gaan? Wat sluit goed aan bij de prioriteiten die je zelf ziet in je eerstelijnszone?
- Zorggraden stemmen de organisatie en het aanbod van kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning in hun eerstelijnszone af op de zorg- en ondersteuningsvragen. Welke instrumenten gebruik je voor deze afstemming, of wil je gebruiken in de toekomst? Hoe gebruik je deze instrumenten in je planning? Hoe ga je daarmee aan de slag? Waar zie je opportuniteiten? Heb je voldoende kennis in huis?

5.2.2. Hoe organiseren we onze vzw ?

- Hoe zal je ervoor zorgen dat de zorgraad een open organisatienetwerk wordt? Hoe pak je dat aan?
- Hoe kom je tot een brede discussie met je partners? Hoe zal je ervoor zorgen dat de partners zich betrokken voelen bij de werking van de zorgraad? Hoe zal je hen stimuleren om een actieve rol op te nemen?
- Efficiënt bestuur: hoe organiseer je de Algemene Vergadering – Bestuursorgaan – Dagelijks bestuur op een efficiënte manier?

5.2.3. Hoe integreren we VAPH en Opgroeien in onze werking?

- Op welke manier wil je kennismaken met deze organisaties en de dialoog voeren?
- Is er overeenstemming over de missie en visie van de zorgraad?
- Hoe wil je deze organisaties betrekken bij de werking?

5.2.4. Hoe gebruiken we de beschikbare middelen?

- Hoe wil je de beschikbare middelen inzetten voor vergoeding van personeel, voor werking?
- Op welke manier wil je de prestaties die geleverd worden op een billijke manier vergoeden?

5.2.5. Aanpassing van eerstelijnszones

- De zorgraden die (zwaar) geïmpacteerd worden door een aanpassing van hun eerstelijnszone omwille van de alignatie op de referentieregio's of door fusies van lokale besturen kunnen als beleidsplan een transitieplan uitwerken en een beperkt actieplan voor 2024.
- Eind 2024 leveren zij dan een beleidsplan op voor 2025-2026.

5.3. Delegatiematrix

- [VIVEL – model RACI delegatiematrix](#)

5.4. Competentieraster

- [VIVEL - competentieraster](#)

5.5. Klachtenprocedure

VR 2022 0912 DOC.1379-2BIS Subsidie versterking zorgraden – BVR

2° de zorgraden passen een aantal principes toe van goed bestuur:

- 1) ze werken een code voor goed bestuur uit met duidelijke afspraken over rollen en opdrachten, delegatie, deontologische code en belangenconflicten;*
- 2) ze maken een afsprakenkader met de lokale besturen om de samenwerking en afstemming inzake beleidsplanning en -opvolging vast te leggen;*
- 3) ze installeren een **procedure voor klachtenafhandeling**.*

Aan het begin van de zomer heeft het departement zorg de vraag gesteld aan VIVEL om de zorgraden hierin te ondersteunen. We willen daarom een kader opmaken voor een klachtenprocedure en tools aanreiken om de klachten te registreren en te behandelen.

In de loop van de maand september zullen we een eerste draft aftoetsen via de Werf Goed bestuur. We hopen dan snel een praktische procedure aan jullie te kunnen voorstellen waar jullie in jullie eigen zone mee aan de slag kunnen. Indien jullie reeds een eigen procedure hebben ontwikkeld, kan deze binnen het kader blijven bestaan.

Er is geen druk om hier snel iets rond te ondernemen als zorgraad, maar vanuit VIVEL hoopt men in het late najaar een kader klaar te hebben dat de zorgraden kunnen gebruiken. Klachtenbehandeling maakt immers deel

uit van goed bestuur. Op die manier kunnen zorgraden indien zij dat wensen hier een actie rond formuleren voor het actieplan.

5.6. Deontologische code

Ter inspiratie:

- deontologische code CM (mail Natascha 26/09/2022)
- <https://overheid.vlaanderen.be/checklist-deugdelijk-bestuur>

5.7. Profielomschrijving

- Bestuurder: [Vivel](#)
- Voorzitter: [Vivel](#)
- Coördinator
- Stafmedewerker

5.8. Tekstvoorstellen voor herformulering van het BVR - governance

5.8.1. Samenstelling van de vzw

Ontwerp van wijzigingsdecreet eerstelijnszorg

Art. 12. In dit artikel wordt verstaan onder afgevaardigde: een persoon die namens een lokaal bestuur, een organisatie of beroepsgroep wordt aangewezen om dit lokaal bestuur, die organisatie of beroepsgroep te vertegenwoordigen in de zorgraad.

Een zorgraad is pluralistisch en divers samengesteld en bestaat minstens uit de afgevaardigden van:

- 1° de lokale besturen;
- 2° de eerstelijnszorgaanbieders van verschillende disciplines, de woonzorgcentra, diensten voor gezinszorg, diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen, centra algemeen welzijnswerk;
- 3° de verenigingen van personen met een zorg- en ondersteuningsnood;
- 4° de erkende verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers;
- 5° de voorzieningen die erkend, vergund of gesubsidieerd zijn door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, vermeld in artikel 3 van het decreet van 7 mei 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, en de voorzieningen die erkend, vergund of gesubsidieerd zijn door het agentschap Opgroeien regie, vermeld in artikel 3 van het decreet van 30 april 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Opgroeien regie.

Als het werkgebied van de zorgraad gelegen is in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad is de deelname van afgevaardigden van de lokale besturen uit het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad facultatief. De lokale besturen uit het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad worden uitgenodigd om via afgevaardigden deel te nemen aan de vergaderingen van de zorgraad.

De Vlaamse Regering kan nadere regels over de samenstelling van de zorgraad bepalen.

Wijziging Besluit Vlaamse Regering voor erkenning en subsidiëring van de zorgraden

Art. 8 De zorgraden zijn samengesteld conform artikel 12 van het decreet van 26 april 2019. De zorgraden staan als **netwerkorganisaties open voor elke natuurlijke of rechtspersoon** die werkzaam of woonachtig is in het werkgebied van de zorgraad en die zich rechtstreeks of via afgevaardigde willen laten vertegenwoordigen in de zorgraad, op voorwaarde dat zij zich ertoe verbinden om de bepalingen uit het voorgenoemde decreet na te leven en er geen gegronde redenen zijn om te weigeren. Een beslissing tot weigering wordt met vermelding van de redenen meegedeeld aan de aanvrager en aan het agentschap

De zorgraad bestaat uit leden en toetreders leden.

5.8.2. Samenstelling van het bestuursorgaan

Wijziging Besluit Vlaamse Regering voor erkenning en subsidiëring van de zorgraden

Art. 9. §1. In dit artikel wordt verstaan onder:

- 1° welzijnsactor:
- de woonzorgcentra;
 - de diensten voor gezinszorg;
 - de lokale dienstencentra;
 - de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen;
 - de centra voor algemeen welzijnswerk;
 - de voorzieningen die erkend, vergund of gesubsidieerd worden door het agentschap Opgroeien regie;
 - de OverKopnetwerken;
 - de samenwerkingsverbanden Huizen van het Kind;
 - de samenwerkingsverbanden één gezin, één plan;
 - de Diensten ondersteuningsplan;
 - de Multidisciplinaire teams;
 - de Multifunctionele centra;
 - de Ouderinitiatieven;
 - de organisaties die door het VAPH zijn erkend of vergund of bij het VAPH zijn geregistreerd om zorg en ondersteuning te bieden aan personen met een handicap.
- 2° eerstelijnszorgactor :
- de huisartsen;
 - de thuisverpleegkundigen;
 - de kinesitherapeuten;
 - de tandartsen;
 - de apothekers;
 - de podologen;
 - de vroedvrouwen;
 - de ergotherapeuten;
 - de diëtisten;
 - de klinisch psychologen;
 - de partners die actief zijn in functie 1 van de netwerken volwassenen artikel 107 en activiteitenprogramma 1 van de netwerken geestelijke gezondheid kinderen en jongeren.

§2. Het bestuursorgaan van de zorgraden is pluralistisch en divers samengesteld volgens een representatieve vertegenwoordiging van het zorglandschap, die de volgende verdeling respecteert:

- minimaal één en maximaal acht bestuurders verkozen door de afgevaardigden van de welzijnsactoren;
- minimaal één en maximaal acht bestuurders verkozen door de afgevaardigden van de eerstelijnszorgactoren;
- minimaal één en maximaal acht bestuurders verkozen door de afgevaardigden van de lokale besturen;
- minimaal één en maximaal acht bestuurders verkozen door de afgevaardigden van de verenigingen van personen met een zorg- en ondersteuningsvraag, de erkende verenigingen van gebruikers en mantelzorgers en vrijwilligersverenigingen.

De zorgraden kunnen bijkomend maximaal vier bestuurders toelaten.

Deze paragraaf is niet van toepassing als de zorgraad het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad als werkgebied heeft.

§3. In de zorgraad die het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad als werkgebied heeft, is het bestuursorgaan pluralistisch en divers samengesteld volgens een vertegenwoordiging van het zorglandschap, die volgende verdeling respecteert:

- minimaal één en maximaal acht leden verkozen door de afgevaardigden van de welzijnsactoren;

2. minimaal één en maximaal acht leden verkozen door de afgevaardigden van de eerstelijnszorgactoren;
3. minimaal één en maximaal acht leden verkozen door de afgevaardigden van de verenigingen van personen met een zorg- en ondersteuningsvraag, de erkende verenigingen van gebruikers en mantelzorgers en vrijwilligersverenigingen.

Het bestuursorgaan kan naast de leden, vermeld in het tweede lid, volgende leden omvatten:

1. maximaal acht leden verkozen door de afgevaardigden van de lokale besturen;
2. maximaal vier leden, naast de leden, vermeld in het tweede lid en in punt 1°.

§4. De clusters in het bestuursorgaan zijn gelijkwaardig, ongeacht hun numerieke vertegenwoordiging.

5.8.3. Goed bestuur

Wijziging Besluit Vlaamse Regering voor erkenning en subsidiëring van de zorgraden

We beschouwen onderstaande als richtinggevend document:

AANBEVELINGEN GOED BESTUUR IN WELZIJS- EN ZORGORGANISATIES

EEN INITIATIEF VAN: DE VLAAMSE OVERHEID, FEDERATIE VRIJE BEROEPEN - SOM – UNIEKO - UNIZO – VERSO - VLAAMS WELZIJSVERBOND - VLOZO – VOKA – VVDG - ZORGNET-ICURO – HEFBOOM EN DE KONING BOUDEWIJNSTICHTING

De aanbevelingen worden momenteel geactualiseerd. Een nieuwe versie is weldra beschikbaar.

Art. ... De zorgraden tonen tweemaal in hun beleidsperiode, telkens bij aanvang ervan en na 3 jaar, aan dat ze de principes van goed bestuur naleven. Ze volgen hiervoor de 'Aanbevelingen goed bestuur in welzijns- en zorgorganisaties'. (met verwijzing naar waar deze code te vinden is)

Te bekijken of we onderstaande definitie opnemen in BVR of Memorie van Toelichting

Goed bestuur is het systematisch handelen van een bestuursorgaan en directie om efficiënt naar collectieve doelen toe te werken. Deze collectieve doelen overstijgen de individuele belangen van de bestuurders en directieleden. Dit wordt bereikt door een transparante bevoegdheidsverdeling toe te passen, de processen te stroomlijnen, de waarden en visie van de vzw te bewaken, de financiën goed te beheren en verantwoording af te leggen aan de leden van de algemene vergadering, de financierende overheid en andere belanghebbenden.

5.8.4. Inhoudelijke werking

Wijziging Besluit Vlaamse Regering voor erkenning en subsidiëring van de zorgraden

Art. ... Om erkend te blijven dienen de zorgraden om de zes jaar een meerjarenplan in en om de twee jaar een actieplan.

Het meerjaren- en actieplan wordt voorbereid door de leden en toegetroeden leden en wordt voorgelegd aan het bestuursorgaan.

Het bestuursorgaan keurt het meerjarenplan en actieplan goed of maakt een (verzwaard) advies over aan de AV. Bij een advies door het BO keurt de AV het meerjaren- en actieplan goed met een meerderheid van minstens 66%.

- We leggen het initiatief bij de leden en toegetroeden leden om een meerjarenplan en actieplan te schrijven.
- Zorgraden zullen in de aanhef van hun beleidsplan door middel van een procesbeschrijving moeten aantonen dat ze een ruim aantal leden en toegetroeden leden hebben betrokken (zo breed mogelijk)
- Zorgraden kunnen in de statuten de rechten en plichten van leden en toegetroeden leden beschrijven. Het departement zal voorbeeldstatuten opstellen; de vzw keurt uiteraard zelf de statuten goed.
- De werkvormen kiezen de zorgraden zelf: werkgroepen, stuurgroepen, themagroepen, platformvergaderingen, of wat dan ook. Eventueel ook te regelen in de statuten.
- Goedkeuring met 66% als alternatieve formulering voor een vertegenwoordiging van 66% van de voorzieningen in de vzw.

In het beleidsplan wordt een aantal perspectieven afgetoetst

- a. geïntegreerde zorg en ondersteuning;
 - b. doelgerichte zorg en ondersteuning;
 - c. informele zorg en ondersteuning
 - d. maatschappelijke meerwaarde (accountability, verantwoording)
 - e. subsidiariteit (think global, act local)
 - f. toegankelijkheid van zorg (bruikbaarheid, beschikbaarheid, betaalbaarheid, bereikbaarheid, bekendheid, begrijpbaarheid, betrouwbaarheid)
- Geen definitieve lijst: nog te bekijken of we dit opnemen in BVR of memorie van toelichting.
 - De zorgraden zorgen voor een goede samenstelling van de werkgroepen om deze inzichten te kunnen leveren of aftoetsen.
 - Geïntegreerde zorg en ondersteuning is het leidend principe dat van toepassing is op alle thema's en doelgroepen in het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

5.8.5. Ondersteuning zorgraden

Wijziging Besluit Vlaamse Regering voor erkenning en subsidiëring van de zorgraden

Opdracht VIVEL

de zorgraden ondersteunen, adviseren, coachen en sensibiliseren:

- a. in goed bestuur;
- b. bij hun personeelsadministratie, hun personeelsmanagement, hun boekhoudkundige verplichtingen en hun verenigingsrechtelijke verplichtingen;
- c. bij hun opdrachten, vermeld in en in uitvoering van artikel 11 van het decreet van 26 april 2019;

5.8.6. Kwaliteitslabel WSE

Nog te checken. Input gevraagd van collega Werk & Sociale Economie

5.8.7. Organen van de vzw

Algemene vergadering:

Hoe gekozen: bestaat uit alle leden van de VZW

Wettelijk _____ takenpakket _____ (exclusief _____ voor _____ AV):

- Statuten wijzigen
- Benoeming en coöptatie van bestuurders, afzetting van bestuurders, bepaling van bezoldiging van bestuurder indien dit gebeurt, kwijting aan bestuurders. Indien nodig: instellen van verenigingsvordering tegen bestuurders.
- goedkeuring jaarrekening en de later gecorrigeerde jaarrekening
- goedkeuring begroting
- ontbinding vereniging
- uitsluiting van een lid uit de VZW

Bestuursorgaan:

Hoe gekozen: worden op de AV gekozen.

Wettelijk takenpakket (exclusief voor BO):

- Neerleggen van verenigingsstukken bij wijzigingen vzw
- De aanleg van het ledenregister
- Aanvaarding van de leden
- Correct voorleggen van ontslag van wettelijke leden
- Correct en tijdig verklaren van UBO
- Respecteren GDPR
- Respecteren statuten
- Respecteren intern reglement
- Tijdig en correct samenroepen en organiseren van buitengewone en algemene AV
- Naleven van arbeids- en sociale zekerheidswetgeving, naleven fiscale wetgeving, naleven strafrecht
- Correct voorleggen, uitvoeren en opvolgen van een begroting
- Correct voeren van boekhouding
- Recht tot ontslag (mits naleven redelijke termijn)
- Alle andere verplichtingen die niet exclusief aan de AV zijn toegewezen (tenzij statutair anders bepaald).

Medewerkers

Wettelijk takenpakket: Geen, tenzij ter volmacht (gespecificeerd en beperkt in tijd) verkregen van het bestuursorgaan.

Leden (ook wettelijke leden genoemd)

Hoe gekozen: volgens de criteria vastgelegd in de statuten. Indien geen criteria vastgelegd; door BO

Takenpakket:

- Stemrecht in de AV (of vertegenwoordigd op AV en zo te stemmen)
- Recht om op te roepen tot AV
- Recht tot het tijdig krijgen van de agenda van de AV
- Recht om thema's aan te brengen naar de AV, het recht op antwoord
- Recht tot inzage documenten
- Recht tot ontslag
- Aanvullende rechten, indien gedefinieerd door de statuten
- **Vorbereiding meerjarenplan en actieplan (wijziging statuten)**

Toegetreden leden

Hoe gekozen: volgens de criteria vastgelegd in de statuten. Indien geen criteria vastgelegd; door BO

Takenpakket:

- Rechten zoals vastgelegd in de statuten van de VZW
- Recht op ontslag
- **Vorbereiding meerjarenplan en actieplan (wijziging statuten)**

Dagelijks bestuur

Geen verplichting in de wetgeving. Te beslissen door iedere zorgraad (hangt af van de grootte en performantie van het bestuursorgaan)

6. Sjabloon Beleidsplan

- Werk jullie beleidsplan uit in vijf strategische doelstellingen die verder geconcretiseerd worden in een beperkt aantal meer operationele doelstellingen (2 tot maximum 5). Beschrijf vervolgens concrete acties die je onder operationele doelstellingen plant.
- Geef ook weer op basis van welke informatie jullie zullen bepalen of jullie het vooropgestelde doel behalen (criteria/indicatoren). Om dit verder uit te schrijven, kunnen jullie onderstaande tabel gebruiken.

Strategische doelstelling 1:	
Operationele doelstelling 1.1	
Acties	
Indicatoren	
Acties	
Indicatoren	
Operationele doelstelling 1.2	
Acties	
Indicatoren	
Acties	
Indicatoren	
Operationele doelstelling 1.x	
...	
Strategische doelstelling 2:	
OD 2.1	
Acties	
Indicatoren	
OD 2.x	
Acties	
Indicatoren	
Strategische doelstelling x:	
OD x.1	
Acties	
Indicatoren	
...	

Onderstaande elementen vormen een rode draad door het hele beleidsplan; zij zullen ook door het agentschap gehanteerd worden als criteria voor beoordeling van het beleidsplan.

- **Werk en opleiding in de richting van geïntegreerde zorg:** dat is het doel waar we naartoe willen met alle zorgaanbieders. De weg is nog lang, maar iedere stap in deze richting is de moeite waard.
- **Perspectief van de burger / PZON:** we houden steeds dit perspectief voor ogen. Wordt de burger/PZON er beter van? Het is een integraal deel van wat we doen.
- **Zorgraad = organisatienetwerk.** De zorgraad werkt niet op een eiland, ze is een aantrekkingspool waar alle partners die iets willen realiseren in de eerstelijnszorg deel willen van zijn.
- **Acties zijn meetbaar, impactgericht.** Hoe evalueer je de eigen werking? Waar heeft de zorgraad een meerwaarde gecreëerd en hoe weet je dat? Heb je een goede indicator om dat effect te meten?

7. Sjabloon actieplan

De focus van de acties in 2024 ligt voornamelijk op implementatie van de nota versterking zorggraden – lees: de uitvoering van de strategische doelstellingen rond de werking (governance) van de zorgraad. Met welke acties ga je ervoor zorgen dat je zorgraad klaar is om op 1 januari 2025 te starten aan een nieuw verhaal?

Aan de uitvoering van de inhoudelijke strategische doelstellingen kunnen in 2024 ook al (een beperkt aantal) inhoudelijke acties gekoppeld worden. Het gros van de inhoudelijke acties plan je beter in 2025-2026.

Voor de inhoudelijke acties stelt VIVEL een template voor het uitschrijven van projectfiches ter beschikking. Alle elementen waarmee je rekening moet houden om acties op een goede manier te ontwikkelen, staan erin vermeld. Het zet ertoe aan om projectmatig te werken en de acties goed voor te bereiden. Het gebruik van de template is verplicht.

7.1. Inleiding

Schrijf hier je algemene inleiding tot het actieplan.

7.2. Algemene werking

Door de algemene werking op te nemen in het actieplan, leg je de nadruk op de continue verbetering van de dagelijkse werking van de organisatie. Hiervoor kan je je baseren op de evaluatie van je werking.

Beschrijf hier kort en bondig de algemene werking en benadruk het belang van routinematige activiteiten en hun relatie tot de strategische doelstellingen van het actieplan. Bv. vzw-werking, coördinatie, netwerkvorming, communicatie, ...

7.3. Acties 2024

Strategische doelstelling 1 - titel

Operationele doelstelling 1 - titel

Titel van de actie

Korte omschrijving Geef een korte beschrijving van je actie.	
 Waarom?	Waarom deze actie? Waarom deze actie nu? Noteer hier de context en waarom je deze actie waardevol vindt? Welke argumenten heb je om deze actie te verdedigen. Maak hier de link naar je omgevingsanalyse,...
 Voor wie?	Doelgroep(en) Lijst hier de doelgroep(en) die je wenst te bereiken met deze actie op.
 Wat?	Formuleer duidelijk wat je wil bereiken. Wat ga je <u>wel</u> doen? • Wat ga je <u>niet</u> doen? •

 Met wie?	Eindverantwoordelijke: Kies een item.	Klik of tik om tekst in te voeren.											
	Welke rol neem je zelf op? Indien je een trekkende of faciliterende rol opneemt welke samenwerkingen en partnerschappen zet je op?												
 Hoe?	Werk de actie verder uit en noteer hier hoe je deze actie gaat benaderen (stappenplan).												
 Link	Welke link is er met andere acties en projecten?												
 Wanneer?	Startdatum: Vul een datum in.	Einddatum: Vul een datum in.											
	Tijdpad 2024 (markeer hieronder de maanden waarin je aan deze actie gaat werken) <table border="1"> <tr> <td>Jan</td> <td>Feb</td> <td>Mrt</td> <td>Apr</td> <td>Mei</td> <td>Jun</td> <td>Jul</td> <td>Aug</td> <td>Sep</td> <td>Okt</td> <td>Nov</td> <td>Dec</td> </tr> </table>		Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov
Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec		
 Communicatie	Definieer de communicatiekanalen en -middelen die worden gebruikt om informatie te delen en stakeholders op de hoogte te houden.												
 Evaluatie	Selecteer minstens één van onderstaande manieren voor evaluatie. Definieer de indicatoren en meetmethoden die worden gebruikt om de voortgang en/of het succes van de actie te evalueren.												
	☐ Proces evaluatie												
	☐ Resultaatgerichte evaluatie (Output)												
☐ Impact evaluatie (Outcome)													