



VLAAMSE REGERING

*De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin*

## **MEDEDELING AAN DE LEDEN VAN DE VLAAMSE REGERING**

### **Betreft : stand van zaken uitvoering Vlaamse gezondheidsdoelstellingen**

Deze nota geeft een stand van zaken over de realisatie van de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen tot en met 2011. Het is de bedoeling de nota voor te leggen aan de commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding van het Vlaamse Parlement. Dit initiatief kadert in de bepaling van artikel 12 van het decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid (preventiedecreet) dat bepaalt dat de Vlaamse Regering gegevens over gezondheidsindicatoren bekend maakt en het Vlaams Parlement informeert over de stand van zaken aangaande de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen.

Het rapport bespreekt de verschillende gezondheidsdoelstellingen. Het gaat, in willekeurige volgorde, over:

- 1° tabak, alcohol en drugs (pag. 1);
- 2° infectieziekten en vaccinaties (pag. 12);
- 3° borstkankeropsporing (pag. 17);
- 4° ongevallenpreventie (pag. 29);
- 5° voeding en beweging (pag. 32);
- 6° suïcidepreventie (pag. 64).

Waar relevant, werd per gezondheidsdoelstelling de volgende indeling gebruikt:

- 1° Formulering Vlaamse gezondheidsdoelstelling
- 2° Algemeen kader van de gezondheidsdoelstelling:
  - a) grote lijnen voor de planning van realisatie van de doelstelling: de strategieën en/of actieplan
  - b) reden van deze doelstelling en historisch kader (verleden, gezondheidsconferentie, herziening doelstelling)
- 3° Beschikbare cijfers:
  - a) Cijfers met bronvermelding en periode of datum;
  - b) Planning met betrekking tot monitoring en update cijfergegevens
- 4° Uitvoering: stand van zaken
  - a) Overzicht initiatieven;
  - b) Werkgroepen (eventueel);
  - c) Partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking (eventueel);
  - d) Betrokkenheid Logo's (eventueel);
  - e) Bereik van kwetsbare groepen
- 5° Financiering
  - a) Overzicht budgetten laatste jaren (met vermelding looptijd van initiatieven)
  - b) Vastleggingen lopend jaar (met vermelding looptijd van initiatieven);

Jo VANDEURZEN

Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

VLAAMSE GEZONDHEIDSDOELSTELLINGEN  
RAPPORT EINDE 2011

**Tabak, alcohol en drugs**

**1. Formulering Vlaamse gezondheidsdoelstelling (2009 - 2015)**

**"Het realiseren van gezondheidswinst op bevolkingsniveau door tegen het jaar 2015 het gebruik van tabak, alcohol en illegale drugs terug te dringen."**

"Gebruik terugdringen" betekent onder meer:

- voorkomen dat jongeren en jongvolwassenen beginnen te roken, alcohol te gebruiken of illegale drugs te nemen;
- de beginleeftijd uitstellen;
- verantwoordelijk gedrag bevorderen;
- vroegtijdige aanpak stimuleren (bv. stoppen met roken, vroegdetectie);
- hulp aanbieden (vroeginterventie, behandeling, terugvalpreventie);
- een gezonde leefomgeving waarborgen.

Voor elk van de 3 middelen omschrijft de doelstelling specifieke streefdoelen.

TABAK:

- Bij personen van 15 jaar en jonger is het percentage rokers niet hoger dan 11% (in het schooljaar 2004 - 2005 was dat 14,2%).
- Bij personen van 16 jaar en ouder is het percentage rokers niet hoger dan 20% (in 2004 was dat 27.1%).

ALCOHOL

- Bij personen van 15 jaar en jonger is het percentage dat meer dan 1 keer per maand drinkt niet hoger dan 20% (in het schooljaar 2004 - 2005 was dat 26,6%).
- Bij de 15- tot 25-jarigen ligt het percentage jongeren dat minstens 1 keer per week 6 glazen op 1 dag drinkt niet hoger dan 13% (in 2004 was dat 17,3%).
- Bij de mannen van 16 jaar en ouder is het percentage dat meer dan 21 eenheden per week drinkt niet hoger dan 10% (in 2004 was dat 13%).
- Bij de vrouwen van 16 jaar en ouder is het percentage dat meer dan 14 eenheden per week drinkt niet hoger dan 4% (in 2004 was dat 5,5%).

ILLEGALE DRUGS

- Bij personen van 17 jaar en jonger is het percentage dat ooit cannabis of een andere illegale drug heeft gebruikt niet hoger dan 14% (in het schooljaar 2004 - 2005 was dat 19%).
- Bij personen van 17 jaar en jonger is het percentage dat 12 maanden voor de bevraging cannabis of een andere illegale drug heeft gebruikt niet hoger dan 7% (in het schooljaar 2004 - 2005 was dit 9,9%).
- Bij 18- tot 35-jarigen is het percentage dat 12 maanden voor de bevraging cannabis of een andere illegale drug heeft gebruikt niet hoger dan 8% (in 2004 was dit 10,7%).

## **2. Algemeen kader van de gezondheidsdoelstelling:**

### **a) Grote lijnen voor de planning van de realisatie van de doelstelling: de strategieën en/of actieplan;**

Op basis van de conclusies van de gezondheidsconferentie eind 2006, werd door een werkgroep een voorstel van actieplan 2009 – 2015 opgemaakt. De werkgroep bestond uit vertegenwoordigers van de belangrijkste actoren op het veld (Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen VAD, Vlaams Instituut Gezondheidspromotie en Ziektepreventie VIGEZ, Logo's, Centra Geestelijke Gezondheid-preventiewerkers, Steunpunt Algemeen Welzijnswerk SAW, Vlaamse Vereniging voor Steden en Gemeenten VVSG, Vereniging voor Vlaamse Provincies VVP). De werkgroep toetste haar bevindingen af bij een ruime groep van betrokken sectoren (onder meer onderwijs, gezin, jeugd, welzijn), met ondersteuning van de Universiteit Antwerpen (UA). Op basis van dit voorstel werd door het agentschap een actieplan opgemaakt, dat door de minister werd voorgelegd aan Vlaamse Regering en Vlaams Parlement.

Het plan groepeerde de verschillende maatregelen en strategieën waarlangs het Vlaamse preventiebeleid rond die thema's verder zal worden uitgebouwd, van 2009 tot en met 2015. Het actieplan bestaat uit 3 grote delen:

- een beleidsvisie,
- een overzicht van sectoren en doelgroepen,
- een pakket van 7 krachtlijnen.

Beleidsvisie. Om te komen tot een daling van het aantal gebruikers en een vermindering van de schade als gevolg van middelengebruik kiest Vlaanderen voor een integrale aanpak: het gelijktijdig invoeren van een reeks elkaar ondersteunende maatregelen waarvan de effectiviteit bewezen is. Binnen dat beleid is er ruimte om te diversifiëren naar verschillende doelgroepen en sectoren en worden concrete oplossingen geboden voor zeer verscheiden noden en problemen.

Sectoren en doelgroepen Om de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling te bereiken moet de integrale beleidsvisie in de praktijk gebracht worden binnen verschillende sectoren en bij de verschillende doelgroepen:

- school
- werkplek
- vrije tijd
- gevangnissen
- lokale besturen
- welzijn- en gezondheidswerkers
- gezinnen
- hulpverlening
- voorzieningen voor jongeren met een hoog risicoprofiel

Krachtlijnen voor actie. Het plan bevat 2 soorten krachtlijnen:

*Structurele krachtlijnen* die aangeven aan welke randvoorwaarden voldaan moet zijn:

- Afbakenen van opdrachten en verantwoordelijkheden voor Vlaamse actoren.
- Optimale en doelmatige aanwending van de capaciteit voor uitvoering op het terrein.
- Investeren in registratie, monitoring en effectevaluatie.

*Strategische krachtlijnen* die aangeven wat er inhoudelijk op het terrein moet gebeuren:

- Impact van de bestaande preventieve acties verbeteren.
- Methodieken rond tabak, alcohol en drugs integreren waar mogelijk.
- Uitbouwen van rookstopbegeleiding en vroeginterventie voor alcohol- en drugproblemen.
- Systematische aandacht voor specifieke doelgroepen (mensen in armoede, etnisch culturele minderheden, gedetineerden) en genderverschillen.

Bij de structurele krachtlijnen wordt telkens aangegeven wie de beleidsverantwoordelijkheid heeft om die acties op te starten. Daarnaast maakt het actieplan ook een inschatting van de budgettaire consequenties.

Een volledige versie van het goedgekeurde plan vindt u op de site van het agentschap Zorg en gezondheid: [www.zorgengezondheid.be/Beleid/Gezondheidsdoelstellingen/Vlaams-actieplan-tabak-alcohol-en-drugs-2009-2015/](http://www.zorgengezondheid.be/Beleid/Gezondheidsdoelstellingen/Vlaams-actieplan-tabak-alcohol-en-drugs-2009-2015/)

## **b) Reden van deze doelstelling en historisch kader**

Op 21 januari 1998 werd een eerste gezondheidsdoelstelling rond tabak voorgesteld aan de pers. Op 19 februari en 26 maart van datzelfde jaar volgde hierover een [gedachtenwisseling in de Commissie Welzijn, Gezondheid en Gezin \(pdf, 930 kB\)](#) van het Vlaams Parlement.

Op 6 maart 2009 keurde de Vlaamse Regering de huidige gezondheidsdoelstelling tabak, alcohol en drugs en het bijhorende actieplan officieel goed. Gezondheidsdoelstelling en actieplan werden ook besproken in het Vlaams Parlement (mei 2009). De gezondheidsdoelstelling werd geformuleerd op basis van de gezondheidsconferentie van 23 en 30 november 2006.

In het kader van deze conferentie werd een rapport gepubliceerd dat een beeld geeft van de problematiek in Vlaanderen. Dit rapport geeft een overzicht van het gebruik van alcohol, tabak en drugs en de gevolgen ervan voor de gezondheid en de maatschappij. [Middelengebruik in Vlaanderen, een stand van zaken \(PDF, 4,31 MB\)](#)

## **3. Beschikbare cijfers:**

### **a) Cijfers met bronvermelding en periode of datum;**

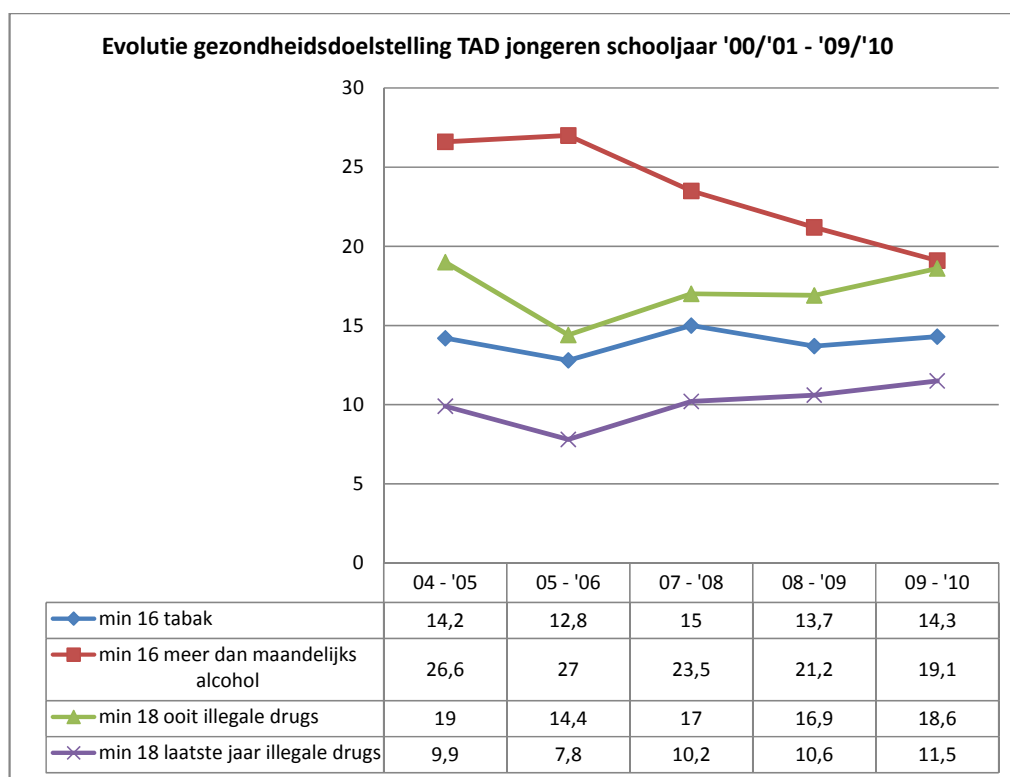
### **b) Planning met betrekking tot monitoring en update cijfergegevens**

Het onder 2. b) vermelde rapport ([Middelengebruik in Vlaanderen, een stand van zaken \(PDF, 4,31 MB\)](#)) bevat heel wat cijfermateriaal waarmee de gezondheidsdoelstelling en het actieplan onderbouwd werd.

Met betrekking tot de subdoelstellingen voor jongeren en volwassenen zijn onderstaande data belangrijk.

#### **Jongeren**

Voor de doelstellingen die betrekking hebben op minderjarigen, wordt een beroep gedaan op cijfers van de Leerlingenbevraging (VAD).



Uit de cijfers blijkt dat tot nu toe het meeste succes is geboekt rond het alcoholgebruik. De gezondheidsdoelstelling is daar gehaald (huidig percentage is 19,1% - streefdoel voor 2015 is 20%). De daling is vooral uitgesproken bij de jongste groep, de jongeren tussen 12 en 14, wat een goede zaak is.

Het aantal rokers van 15 jaar of jonger vertoont over de volledige periode lichte schommelingen rond een zelfde waarde. De dalende trend die was ingezet tussen 2000 en 2004 (van 17% naar 13,8%) is duidelijk gestopt.

Wat het gebruik van illegale drugs betreft (het gaat dan vooral cannabis) zien we helaas dat na een daling tussen 2004 en 2005, en een stabiele periode tussen 2006 en 2008, er nu toch sprake lijkt te zijn van een lichte stijging, zowel bij ooit gebruik als bij laatste jaar gebruik. Bij deze laatste indicator zitten we momenteel zelfs boven de beginwaarde van 2004 – 2005.

Conclusie: op het gebied van alcohol is er een duidelijke dalende trend. Het is van belang om deze verbetering vast te houden of nog te versterken. Tot op heden krijgen we weinig vat op het rookgedrag van jongeren of op de indicatoren die te maken hebben met illegale drugs. Bij die laatste is er zelfs een licht stijging te merken. Indien we de doeltelling van 2015 nog willen halen, moeten we de komende jaren meer inzetten op deze thema's.

### Volwassenen

Voor de doelstellingen die betrekking hebben op iets oudere jongeren en volwassenen, doen we een beroep op de cijfers van de Nationale gezondheidsenquête van het WIV. De cijfers die zijn opgenomen in de huidige formulering van de doelstellingen, komen uit de resultaten van 2004. Ondertussen beschikken we ook over de cijfers van 2008. Hieronder een overzicht van de meetpunten 2004, 2008 en de cijfers van de gezondheidsdoelstelling (alles in %, groen is een daling, geel is een stijging).

	2004	2008	Doel 2015
Rokers van 16 jaar en ouder	27.1	22.9	20.0
Bingedrinken (minim. 1/week) bij 15 tot 25 jaar	17.3	13.7	13.0
Overmatig drinken bij mannen vanaf 16 jaar	13.0	9.9	10.0
Overmatig drinken bij vrouwen vanaf 16 jaar	5.5	6.2	4.0
Laatstejaarsgebruik cannabis bij 18 tot 35 jarigen	10.7	11.5	8.0

Conclusie: roken, bingedrinken, en overmatig drinken bij mannen is aanzienlijk gedaald. Bij overmatig drinken bij mannen is de gezondheidsdoelstelling zelfs al gehaald. Overmatig drinken bij vrouwen en laatstejaarsgebruik van cannabis is licht tot redelijk gestegen.

Omdat we maar beschikken over 2 meetpunten, en de bevestigingen zijn gebeurd voor de financieel-economische crisis, is het te vroeg om verregaande conclusies te trekken. Een volgende bevestiging (in 2012) zal waarschijnlijk duidelijker maken of deze verschillen echte trends zijn. Alleszins moet bekeken worden hoe we extra aandacht kunnen besteden aan bingedrinken bij vrouwen, en cannabisgebruik bij jongvolwassenen.

#### **4. Uitvoering: stand van zaken**

##### **a) Overzicht initiatieven**

De Vlaamse gezondheidsdoelstelling met bijhorend actieplan is officieel pas goedgekeurd in 2009, maar dat betekent niet dat er in de drie jaar tussen de gezondheidsconferentie en de goedkeuring niets is gebeurd.

In 2007 werd een oproep gelanceerd voor implementatieprojecten die werkten rond strategieën die waren besproken op de gezondheidsconferentie, en die aansloten bij de conclusies van de conferentie.

Mede op basis van deze oproep werden op de begroting van 2008 twaalf projecten opgestart, met verschillende looptijden, in totaal voor meer dan anderhalf miljoen euro. Daarnaast werd de capaciteit van de regionale alcohol- en drugpreventiewerkers permanent opgetrokken met 5 VTE. Voor een overzicht van de projecten, met looptijd en bedrag, zie infra (5.b).

In 2009 ging vooral aandacht naar het opvolgen en begeleiden van deze projecten. Twee ervan werden voor een jaar verlengd (ECAT 'to Empower the Community in Response to Alcohol Threats' van VAD, Lifeskills van De Sleutel). Daarnaast werd ook een nieuw project opgestart om bedrijven te ondersteunen bij het opzetten van een alcoholbeleid, dit naar aanleiding van het van kracht worden van CAO100. Dit project wordt uitgevoerd door VAD in samenwerking met de regionale alcohol- en drugpreventiewerkers bij de CGG's.

In 2010 werd de Vlaamse werkgroep tabak, alcohol en drugs opgestart (zie ook infra 4.b). Deze werkgroep maakte een advies op over een aangepaste taakverdeling tussen de belangrijke actoren op het veld (partnerorganisaties, Logo's, CGG preventiewerkers, provinciale, lokale en intergemeentelijke preventiewerkers). Over de verdeling van de meeste taken kon consensus worden bereikt, uitzonderingen waren: 'ondersteuning van uitvoering' en 'beleidsontwikkeling bij lokale besturen'. Na voorlegging van het advies besliste de minister dat ondersteuning van uitvoering aan de CGG-preventiewerkers wordt toegewezen, en dat 'beleidsontwikkeling bij lokale besturen' nader moet worden bekeken.

In de relatie met de federale overheid, werd, vóór de val van de regering, een politiek akkoord bereikt over de inzet van de middelen uit het zogenaamde 'Fonds ter bestrijding van verslavende middelen'. Er werd binnen de Cel Gezondheidsbeleid Drugs een ontwerp van samenwerkingsprotocol opgemaakt dat de cofinanciering en beoordeling van projecten regelt. Door de val van de vorige federale regering kon dit protocol helaas niet meer worden getekend. In het federale regeerakkoord is opgenomen dat het fonds wordt overgedragen naar de gemeenschappen.

In 2011 werden de volgende zaken verwezenlijkt:

- Er werd pilootproject opgestart in drie regio's rond het bereiken van allochtone jongeren met alcohol- en drugpreventie, uitgevoerd door VAD, CGG en lokale partners (227.000 euro)
- De procedure voor het erkennen van vijf organisaties met terreinwerking rond spuitenruil, een organisatie met terreinwerking rond lifeskills in het onderwijs, en een partnerorganisatie rond spuitenruil werd doorlopen. Alle ontvankelijke dossier werden beoordeeld en er werden voorstellen van beheersovereenkomst opgemaakt, die begin 2012 moeten resulteren in een officiële erkenning.
- Er werd een oproep gelanceerd voor preventieprojecten, met de focus op de doelgroep gezinnen. Op het gebied van tabak, alcohol en drugs werden vier projecten weerhouden, voor een totaal bedrag van 431.000 euro, rond de volgende activiteiten:
  - een informatiecampaagne over de risico's van roken, alcohol- en druggebruik voor tijdens en na de zwangerschap.
  - een initiatief dat kinderen van ouders met alcohol- of drugproblemen (KOAP) sensibiliseert en helpt om ondersteuning te zoeken.
  - ontwikkeling van interactief materiaal dat ouders ondersteunt in hun opvoeding op het gebied van middelengebruik, en een portaalwebsite waar ze een antwoord kunnen vinden op al hun opvoedingsvragen.
- Na advies van de Vlaamse werkgroep tabak, alcohol en drugs werd een nieuwe taakverdeling uitgewerkt tussen de Logo's en de preventiewerkers in de CGG's. Deze herverdeling van taken wordt in 2012 geïmplementeerd.
- De tijdelijke uitbreiding van capaciteit van de preventiewerkers bij de CGG's, voor de ondersteuning van een alcohol- en drugbeleid bij lokale besturen en in bedrijven (CAO100) werd verdergezet (samen voor 285.000 euro).
- In opvolging van de resultaten van het project 'rookstopregisseurs' werd een project goedgekeurd dat moet zorgen voor een versterking van het lokale rookstopbeleid (145.000 euro).
- Het vervolg van de campagne '24u niet roken' werd opgestart. De actiedag zal doorgaan op 31 mei 2012 (334.000 euro).

Voor 2012 staat op het programma:

Een uitbreiding van de capaciteit van de Logo's voor het versterken van de acties op het gebied van rookstop en een aantal nieuwe taken rond alcohol (hierbij hoort ook het omzetten van projectmatige financiering in structurele financiering) Een uitbreiding van de capaciteit van de preventiewerkers bij de CGG's voor het versterken van de acties op het gebied van alcohol- en drugbeleid bij lokale besturen en bedrijven en een aantal nieuwe taken op het gebied van tabak (hierbij hoort ook het omzetten van projectmatige financiering in structurele financiering) Tijdelijke versterking van het VIGEZ voor de ontwikkeling van nieuwe methodieken op het gebied van XXX. Uitschrijven van een oproep voor een partnerorganisatie rond tabakspreventie en rookstop. Begeleiden van de overgang van de middelen en activiteiten van het Federaal Fonds ter Bestrijding van Verslavingen, van het RIZIV naar de Vlaamse Gemeenschap. Opmaak van een samenwerkingsprotocol tussen Vlaamse Gemeenschap, provincies, steden en gemeenten inzake preventie van schade door tabak, alcohol en drugs. Opstarten van een Vlaams aanbod op het gebied van vroeginterventie voor jongeren met beginnende alcohol- en drugproblemen, op basis van het advies van de Vlaamse werkgroep tabak, alcohol en drugs.

## **b) Werkgroepen**

De Vlaamse werkgroep tabak, alcohol en drugs werd opgericht bij MB op 1 september 2010. Ze wordt voorgezeten door het agentschap. Daarnaast zijn de volgende organisaties vertegenwoordigd: VIGEZ, VAD, de Logo's, de CGG's die over preventiewerkers beschikken, De Sleutel, de Vlaamse Jeugdraad, de VVSG, de VVP en Domus Medica.

Opdrachten van de werkgroep zijn de volgende:

- de verdere uitwerking van de structurele en strategische krachtlijnen van het Vlaams Actieplan tabak, alcohol en drugs 2009 - 2015:
  - o het adviseren van de minister op het gebied van timing en prioriteitsstelling van initiatieven;
  - o het bewaken van de samenhang van de initiatieven;
  - o het bewaken van de wetenschappelijke onderbouwing en de maatschappelijke haalbaarheid;
  - o het ontwikkelen van instrumenten die de uitvoering faciliteren;
- meewerken aan de evaluatie en actualisatie van het actieplan en de gezondheidsdoelstellingen;
- het ontwikkelen van een advies over een model van samenwerkingsprotocol tussen de Vlaamse Gemeenschap, de provinciale, locoregionale- en lokale overheden, met als onderwerp de coördinatie, implementatie en uitvoering van acties op het gebied van het voorkomen van gezondheidsschade door tabak, alcohol en drugs.

### c) Partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking

Eind 2010 werden drie oproepen gelanceerd die relevant zijn voor tabak, alcohol en drugs:

- Partnerorganisatie spuitenruil
- Terreinorganisaties spuitenruil
- Terreinorganisatie trainen van levensvaardigheden in het onderwijs

Het Agentschap ontving dossiers voor alle hierboven genoemde oproepen. Alle ontvankelijke dossiers werden beoordeeld op de criteria opgenomen in de oproep. Voor de dossiers die als beste uit de evaluatie kwamen werden voorstellen van beheersovereenkomst opgemaakt. De beheersovereenkomsten voor de terreinorganisaties spuitenruil en levensvaardigheden in het onderwijs, zijn klaar voor agendering op de Vlaamse Regering. Het dossier voor de partnerorganisatie spuitenruil, is bij de Inspectie van Financiën voor advies.

### d) Betrokkenheid Logo's

Inzake tabak, alcohol en drugs werken Logo's rond de volgende prioritaire actiefocussen (allemaal actiotype 'disseminatie'):

- Preventie van gezondheidsschade door tabak, alcohol en drugs bij kinderen en jongeren van 10 tot 26 jaar in het lager, secundair en hoger onderwijs.
- Preventie van gezondheidsschade door tabak in gezinnen, in het bijzonder bij zwangere vrouwen en hun partner en bij jonge ouders.
- Preventie van gezondheidsschade door tabak, alcohol en drugs bij de algemene bevolking, groepen met lagere sociaal economische status, en etnisch culturele minderheden.
- Preventie van gezondheidsschade door tabak, alcohol en drugs op de werkplek (bedrijven, organisaties en overheden).
- Opbouwen en onderhouden van een netwerk rond de thema's tabak, alcohol en drugs.

Er is ten slotte ook een ad hoc actiefocus geformuleerd in het kader van de projectsubsidies in verband met de rookstopregie. Die actiefocus luidt als volgt:

- Inventariseren, stimuleren en bekendmaken van het aanbod aan rookstopbegeleiding.

In lijn met deze actiefocussen en op basis van de door de werkgroep opgestelde nota over de taakverdeling van actoren, besliste de minister dat de taakafbakening voor Logo's, op het gebied van tabak, alcohol en drugs, wordt aangepast:

- Logo's worden verantwoordelijk voor de locoregionale disseminatie van methodieken rond de drie thema's (tabak, alcohol en drugs). De disseminatie van methodieken rond alcohol en drugs is nieuw en nemen ze over van de CGG-preventiewerkers.
- Logo's doen niet langer de ondersteuning van uitvoering op het gebied van tabak. Deze taak zal worden overgenomen door de CGG-preventiewerkers.

De implementatie van deze nieuwe taakafspraken zal plaatsvinden in 2012. Het overleg hierover werd opgestart in 2011 en eerste stand van zaken werd overgemaakt aan het Agentschap in december. Een tweede rapportage is voorzien voor september 2012.

### e) Bereik van kwetsbare groepen

Krachtlijn 7 van het actieplan luidt: ‘Systematische aandacht voor specifieke doelgroepen (mensen in armoede, etnisch culturele minderheden) en genderverschillen.’

Sinds de gezondheidsconferentie eind 2006 zijn verschillende implementatieprojecten gefinancierd met de bedoeling om specifieke groepen beter te bereiken:

- ‘Outreach drugpreventie bij allochtone jongeren’, door de Eenmaking in Gent. Bedoeling was om vooral Turkse en Marokkaanse jongeren beter te bereiken met boodschappen rond drugpreventie, door middel van vormingen gegeven door allochtone ervaringsdeskundigen, in de setting van allochtone organisaties en moskeeën. Het project werd positief geëvalueerd, maar tegelijk is het duidelijk dat er een meer uitgebreid aanbod aan methodieken nodig is, en een betere kennis van wie deze kan uitvoeren in de rest van Vlaanderen. Een vervolproject werd goedgekeurd dat op drie plaatsen in Vlaanderen verschillende soorten acties onderneemt op het terrein, met de bedoeling ervaringen te verzamelen en door te geven. Het project wordt uitgevoerd door De Eenmaking, CAD-Limburg, VAGGA- Antwerpen, Free Clinic. Het wordt gecoördineerd door de VAD (zie ook ‘programma 2011’, tweede item).
- ‘24u niet roken’, promotie van rookstop bij doelgroep laagopgeleiden, door het VIGeZ in samenwerking met de Logo’s in stad Antwerpen en provincie Limburg. Op basis van een Nederlandse methodiek, combinatie van campagnes en lokale acties, met ondersteuning van de tabaksstoptlijn. Het project werd extern geëvalueerd door de UA en de resultaten waren positief. In 2010 werd beslist om deze werkwijze uit te breiden naar de rest van Vlaanderen. De campagnedag vond plaats op 31 mei 2011.

Daarnaast waren er nog een aantal kleinere projecten:

- Rookstop bij mensen in armoede, door Centra voor Algemeen Welzijn (CAW) de Terp in Antwerpen. Bedoeling was om vanuit de armoedewerking van een CAW de doelgroep te laten deelnemen aan aangepaste rookstopbegeleidingen. Resultaten waren gemengd. Het was wel mogelijk om de doelgroep te laten deelnemen aan infosessies, maar deelnemen aan een echte rookstopcursus bleek moeilijk. Bovendien blijkt uit het eindverslag van het project dat er binnen de sector weinig steun was voor activiteiten rond dit thema.
- Rookstop voor mensen in armoede en zwangere vrouwen door Wijkgezondheidscentrum (WGC) van Sint-Niklaas. Bedoeling was hier om mensen in armoede aan te zetten tot rookstop via de toegangspoort van enerzijds de promotie van bewegen op buurtniveau, en anderzijds via moedergroepen. Ook hier gemengde resultaten: mensen informeren en sensibiliseren is doenbaar, ze daadwerkelijk laten stoppen is een pak moeilijker.

In 2011 – 2012 zijn in dit kader de volgende projecten van belang (ook hierboven al vermeld):

- de proefprojecten rond preventie van alcohol en drugs bij de doelgroep allochtone jongeren;
- de herhaling van de campagne ‘24u niet roken’ in 2012, met een speciale focus op allochtone rokers;
- de projecten die zijn goedgekeurd in het kader van de oproep rond gezinnen.

## 5. Financiering

### a) Overzicht budgetten laatste jaren (met vermelding looptijd van initiatieven)

In de volgende tabellen wordt enkel informatie gegeven over projectsubsidies, dus zonder de terugkerende subsidies (zie 5 b), terugkerende subsidies.

**Uitvoering actieplan Tabak, alcohol en drugs (vanaf 2007)**

	Periode	Vastlegging		Vereffening								
		bedrag	jaar	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Inebria conferentie (Domus medica) 07	2007	5.000	2007	0	4.795	0	0	0	0	0	0	0
ECAT (VAD) 08	1/4/2008-30/4/2009	144.000	2008		97.200	46.800	0	0	0	0	0	0
Rookvrije school (VIG) 08	1/4/2008-30/11/2009	141.875	2008		63.844	63.844	12.608	0	0	0	0	0
Lifeskills onderwijs (De Sleutel) 08	1/4/2008-15/4/2009	140.000	2008		94.500	45.500	0	0	0	0	0	0
Laat armoede (niet) in rook opgaan - Open huis PSC 08	1/4/2008-31/3/2010	43.500	2008		19.575	19.575	0	0	0	0	0	0
Als de rook om je hoofd is verdwenen - WGC De Vlier 08	1/4/2008-15/4/2009	30.000	2008		20.250	9.750	0	0	0	0	0	0
E-intervention studenten alcohol - UA 08	1/4/2008-30/4/2009	27.600	2008		18.630	8.970	0	0	0	0	0	0
Viralco - Securex 08	1/4/2008-30/6/2011	139.638	2008		62.837	31.419	0	31.419	13.964	0	0	0
AD-beleid binnen Lereren ondernemen 08	1/4/2008-15/4/2010	55.072	2008		24.782	24.782	5.507	0	0	0	0	0
24 uur niet roken (VIG) 08	1/4/2008-31/3/2009	139.700	2008		94.298	31.433	13.970	0	0	0	0	0
Rookstopadvies apothekers (VAN) 08	1/11/2008-31/3/2011	120.000	2008		18.000	54.000	36.000	10.674	0	0	0	0
De eenmaking (allochtonen) 08	1/11/2008-31/10/2009	70.135	2008		15.780	47.341	0	0	0	0	0	0
Locoregionale rookstopregie (6 Logo's) 08	1/12/2008-30/11/2010	399.990	2008		59.999	119.997	179.996	39.999	0	0	0	0
ECAT Uitbreiding 09	1/5/2009-30/04/2010	145.000	2009			97.875	47.125	0	0	0	0	0
Lifeskills onderwijs (De Sleutel) 09	1/5/2009-31/7/2010	140.000	2009			94.500	45.500	0	0	0	0	0
Alcoholbeleid in bedrijven (CGG) 09	14/12/2009-15/12/2010	144.900	2009			32.603	97.808	14.490	0	0	0	0
ECAT Uitbreiding 10	1/5/2010-31/12/2011	241.667	2010				108.750	108.750	24.167	0	0	0
Lifeskills onderwijs (De Sleutel) 10	16/4/2010-31/12/2011	240.000	2010				108.000	108.000	24.000	0	0	0
24 uur niet roken (VIGEZ) 10	1/7/2010-30/6/2011	325.000	2010				146.250	146.250	32.500			0
Alcoholbeleid in bedrijven (CGG) 10	15/12/2010-14/12/2011	145.000	2010				32.625	97.875	14.500	0	0	0
A&D preventie allochtonen (VAD & PW-CGG) 11	1/9/2011-28/02/2013	227.040	2011					102.168	102.168	22.704	0	0
24 uur niet roken (VIGEZ) 11	15/11/2011-31/7/2012	334.000	2011					75.150	258.850	0	0	0
Lokaal rookstopbeleid (VIGEZ) 11	15/11/2011-31/5/2012	145.750	2011					65.588	80.163	0	0	0
Heel wat in huis (VAD) 11	1/12/2011-30/11/2013	199.113	2011					44.800	89.601	44.800	19.911	0
TAD en zwangerschap (VAD) 11	1/12/2011-30/11/2012	76.759	2011					17.271	51.812	7.676	0	0
KOAP (VAD) 11	1/12/2011-30/6/2013	56.649	2011					12.746	25.492	18.411	0	0
E-educatie leefstijl gezin (VB&TAD) (VIGEZ) 11	1/12/2011-31/3/2014	100.000	2011					22.500	22.500	45.000	10.000	0
<b>Totaal</b>		<b>3.977.388</b>		<b>0</b>	<b>594.490</b>	<b>728.388</b>	<b>834.138</b>	<b>897.679</b>	<b>739.716</b>	<b>138.591</b>	<b>29.911</b>	

**Uitvoering actieplan Tabak, alcohol en drugs (vanaf 2007): overzicht**

Vastlegging		Vereffening							
bedrag	jaar	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
5.000	2007		4.795	0	0	0	0	0	0
1.451.510	2008		589.695	503.410	248.081	82.092	13.964	0	0
429.900	2009			224.978	190.433	14.490	0	0	0
951.667	2010				395.625	460.875	95.167	0	0
1.139.311	2011					317.723	608.086	93.591	19.911

Vastlegging		Procentuele spreiding van de vereffening							
bedrag	jaar	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
5.000	2007		95,9%						
1.451.510	2008		40,6%	34,7%	17,1%	5,7%			
429.900	2009			52,3%	44,3%	3,4%			
951.667	2010				41,6%	48,4%	10,0%		
1.139.311	2011					27,9%	53,4%	8,2%	1,7%

## b) Vastleggingen 2011 (met vermelding looptijd van initiatieven)

*Terugkerende subsidies (periode = telkens kalenderjaar 2011)*

VAD basiswerking (gereguleerd + convenant)	2.283.541
Spuitenruil Vl. Coördinatie	182.772
SPR Antwerpen (MSOC Antwerpen)	83.553
SPR Limburg (MSOC) 10	52.221
SPR Oost-Vlaanderen (MSOC Gent)	52.221
SPR Vlaams Brabant. (MSOC Leuven)	52.221
SPR West-Vlaanderen. (MSOC Oostende)	50.877
<b>totaal</b>	<b>2.757.406</b>

**Zijn niet inbegrepen in deze lijst:** de middelen die door andere gezondheidsorganisaties, met meerdere thema's, worden ingezet, waaronder VIGEZ, de Logo's, ziekenfondsen, Domus Medica, en de preventiewerkers binnen de CGG's. In het actieplan worden deze middelen geraamd op een totaal van ongeveer 2.2 miljoen euro per jaar.

Belangrijk hierbij te vermelden is dat de basiswerking van het VIGEZ vanaf december 2011 extra ondersteund werd met vier voltijdsequivalenten (240.000 euro op jaarbasis) voor de versterking van de Logo-werking en de werking rond tabak met telkens 1 VTE en de werking rond voeding en beweging met 2 VTE.

Daarnaast worden middelen ingezet door organisaties die niet worden gefinancierd door de Vlaamse Gemeenschap, maar wel door Europa, de federale overheid, de provincies, steden en gemeenten. Hiervan een raming maken is moeilijk, maar het gaat over een bedrag in de orde grootte van miljoenen euro's.

*Projectsubsidies in het kader van het actieplan: vastleggingen 2011*

In 2011 werden volgende projectsubsidies vastgelegd (zie ook tabel onder 5 a) ):

<b>MIDDELENGEBRUIK</b>		
Vervolgproject acties TAD naar allochtone doelgroepen (VAD, CGG, Logo's)	227.040,00	september 2011 – februari 2013
Campagne + lokale acties 24u niet roken 2012	334.000,00	november 2011 – juli 2012 (actiedag op 31 mei 2012)
Versterking van lokaal rookstopbeleid	145.750,00	november 2011 – mei 2012
Oproep TAD zwangere vrouwen en partner, gezinnen met jonge kinderen.		
- Heel wat in huis (VAD)	199.113,00	december 2011 – november 2013
- TAD en zwangerschap (VAD)	76.759,00	december 2011 – november 2012
- KOAP (VAD)	56.649,00	december 2011 – juni 2013
	<b>1.039.311,00</b>	
<b>MIDDELENGEBRUIK + VOEDING EN BEWEGING (geïntegreerd project)</b>		
E-educatie leefstijl gezin (VB&TAD) (VIGEZ)	helft van 200.000,00	december 2011 – maart 2014
<b>TOTAAL</b>	<b>1.139.311,00</b>	

## Infectieziekten en vaccinaties

### 1. Formulering Vlaamse gezondheidsdoelstelling (1998 - 2002)

De gezondheidsdoelstelling 'infectieziekten en vaccinatie' luidt als volgt:

**"In het jaar 2002 moet de preventie van infectieziekten op significante wijze worden verbeterd, met name door het verder verhogen van de vaccinatiegraad voor aandoeningen als polio, kinkhoest, tetanus, difterie, mazelen, bof en rubella."**

In afwachting van een verlenging en herformulering naar aanleiding van de gezondheidsconferentie vaccinaties die in april 2012 zal plaatsvinden en momenteel voorbereid wordt, blijft deze doelstelling van kracht.

### 2. Algemeen kader van de gezondheidsdoelstelling:

#### **a) Grote lijnen voor de planning van de realisatie van de doelstelling: de strategieën en/of actieplan;**

De kern van de strategie is samen te vatten in vier punten:

- gratis ter beschikking stellen van vaccins voor het vaccinatieprogramma;
- gebruik maken van een breed veld aan vaccinatoren met zowel gratis aangeboden gestructureerde preventiediensten (K&G; CLB) als individuele zorgverstrekkers (huisartsen, pediaters);
- een wetenschappelijke onderbouwing (Hoge Gezondheidsraad, Wereldgezondheidsorganisatie,...) en evaluatie (periodieke coverage studies volgens WGO-methodologie);
- het gebruik van Vaccinnet stimuleren als elektronisch bestelsysteem en het registreren van vaccinaties om de impact van het vaccinatieprogramma beter te kunnen opvolgen.

De formulering van de huidige doelstelling is gedateerd en aan vernieuwing toe.

#### **b) Reden van deze doelstelling en historisch kader (verleden, gezondheidsconferentie, herziening doelstelling)**

Op 21 januari 1998 werd de gezondheidsdoelstelling voorgesteld aan de pers. Op 19 februari en 26 maart van datzelfde jaar volgde hierover een [gedachtewisseling in de Commissie Welzijn, Gezondheid en Gezin \(pdf, 930 kB\)](#) van het Vlaams Parlement.

In de beleidsnota staat vermeld: "De gezondheidsdoelstelling over de preventie van infectieziekten door vaccinaties wordt geactualiseerd en het vaccinatieaanbod uitgebreid."

Het is de bedoeling in 2012 hierover een gezondheidsconferentie te organiseren, ter gelegenheid van de Europese Vaccinatieweek van de Wereldgezondheidsorganisatie, op 21 april 2012.

De voorbereiding gebeurt door 4 ad hoc werkgroepen en een stuurgroep rond, voornamelijk, de Vlaamse Vaccinatiekoepel met vertegenwoordigers van de verschillende groepen vaccinatoren (huisartsen, kinderartsen, Kind en Gezin, Centra voor Leerlingenbegeleiding, bedrijfsgezondheidszorg) naast experts van Universiteiten. Voor deze gelegenheid wordt de groep natuurlijk uitgebreid met andere betrokkenen. Er is gewerkt rond 5 actiefocussen:

- Moeilijk te bereiken, ondergevaccineerde groepen ("how to reach the undervaccinated")
- Politiek – maatschappelijk aanvaardbaar ("gedragenheid")
- Kosten-baten

- Gezondheidswinst en hoge beschermingsgraad
- Kwaliteit van het vaccinatieprogramma

Een tussentijds rapport is ondertussen beschikbaar (<http://www.gezondheidsconferentie.be/>). Het zal in januari 2012 afgetoetst worden met het werkveld en geïnteresseerde burgers.

### **3. Beschikbare cijfers:**

#### **a) Cijfers met bronvermelding en periode of datum;**

De meest recente vaccinatie coveragestudie dateert van 2008 en kan integraal gelezen en gedownload worden van de website van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Ook voorgaande onderzoeken naar de vaccinatieraad zijn op de website beschikbaar. De studies zijn uitgevoerd door VUB, KULeuven en UA in opdracht van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.

#### **b) Planning met betrekking tot monitoring en update cijfergegevens**

De gegevens uit de vaccinatiegraadstudie van 2008 bij jonge kinderen tonen dat de huidige vaccinatiegraad voor alle aanbevolen vaccins boven het streefdoel van 95% ligt, behalve voor de toen pas algemeen gestarte vaccinatie tegen pneumokokken. Er werden geen significante verschillen in vaccinatiegraad vastgesteld tussen de verschillende provincies. Met deze vaccinatiegraad bij jonge kinderen behoort Vlaanderen tot de koplopers in Europa. In 2012 wordt een nieuwe vaccinatiecoveragestudie in Vlaanderen uitgevoerd.

De Wereldgezondheidsorganisatie wil de eliminatie van mazelen realiseren in de Europese Regio. Hiervoor moet in feite een vaccinatiegraad van minstens 95% bereikt worden voor de twee dosissen. Voor de eerste dosis op de leeftijd van 12 maanden is deze doelstelling bereikt. Voor de tweede dosis, toegediend op de leeftijd van 10 jaar (in het vijfde leerjaar), kon bij 90,6% van de jongeren deze vaccinatie gedocumenteerd worden. Hier is nog ruimte voor verbetering.

Sinds enkele jaren kunnen vaccinatoren vaccins bestellen en vaccinaties registreren in Vaccinnet. De vaccinatiedatabank die zo ontstaat bevat alle gegevens van recent toegediende vaccinaties door Kind en Gezin en de Centra voor Leerlingenbegeleiding. Daarnaast maakt ondertussen iets meer dan 50% van de huisartsen en pediaters gebruik van deze mogelijkheid, waardoor ruim 90% van alle recente vaccinaties geregistreerd worden. Dit leidt tot minder verlies van vaccinatiegegevens en efficiëntere vaccinatie van de bevolking in Vlaanderen.

Aantallen geleverde vaccins in 2010 (De verwerking van de gegevens over het precieze aantal dosissen in 2011 zijn op dit moment nog niet afgerond):

vaccintype	aantal geleverde vaccins
Difterie, tetanus, pertussis (dTp)	66.083
DTP-IPV	66.385
DTP-IPV-Hib-HBV	291.529
griepvaccins	64.466
Hepatitis B (HBV)	40.580
HPV	55.088
Polio (IPV)	5.580
Mazelen, bof, rubella	147.395
Meningokokken C	77.979
Pneumokokken	219.547
Difterie-tetanus	187.661

#### **4. Uitvoering: stand van zaken**

##### **a) Overzicht initiatieven**

###### **Uitbreiding van het aanbod de laatste jaren.**

Sinds begin 2007 werd de vaccinatie tegen pneumokokken voor jonge kinderen aan de vaccinatiekalender toegevoegd en ook voorzien in het aanbod vaccins dat door de Vlaamse overheid gratis ter beschikking gesteld wordt van de vaccinatoren.

De vaccinatie tegen rotavirus voor zuigelingen wordt aanbevolen, maar werd niet weerhouden om aan het pakket gratis vaccins toe te voegen omwille van een gebrek aan doelmatigheid.

Sinds begin 2009 wordt voor de herhalingsinenting in het derde jaar secundair onderwijs een vaccin gebruikt met een extra component tegen kinkhoest naast tetanus en difterie.

In het regeerakkoord en de beleidsverklaring werd de uitdrukkelijke wens geformuleerd om meisjes systematisch te kunnen inenten tegen HPV (veroorzaakt baarmoederhalskanker). Om dit te kunnen realiseren werd in september 2009 op de interministeriële conferentie volksgezondheid een protocolakkoord preventie ondertekend. De nodige middelen werden via de begrotingscontrole 2010 en in de begroting 2011 voorzien. Vaccinatie werd gestart vanaf september 2010. De implementatie van deze vaccinatie volgt volledig het advies van de Wereldgezondheidsorganisatie, de ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) en ligt in lijn met het wetenschappelijk advies van de Hoge Gezondheidsraad in België. Het HPV-vaccinatieprogramma is erg succesvol. We stellen vast dat na het eerste vaccinatiejaar (september 2010 – augustus 2011) ongeveer 83% van de 35.000 meisjes die in aanmerking kwamen volledig gevaccineerd (3 inspuitingen) werden en dat 90% minstens 1 dosis heeft gekregen.

Vanaf juli 2011 zijn de meeste overheidsopdrachten vernieuwd. Voor het pneumokokkenvaccin is nu een 13-valent vaccin voorzien ter vervanging van het vorige 7-valente vaccin. Dit moet bescherming bieden tegen meer invasieve infecties.

Aan de woonzorgcentra is eind 2011 voor het tweede jaar op rij gratis vaccin tegen seizoensgriep geleverd.

### **b) Werkgroepen**

De Vlaamse Vaccinatiakoepel is momenteel nog niet omgevormd tot een werkgroep conform het besluit op de werkgroepen, maar vervult al jaren de rol als overlegplatform met de belangrijkste actoren op vlak van vaccinatie. De voorbereidingen hiervoor zijn wel gestart in het kader van de voorbereiding van de gezondheidsconferentie in 2012.

### **c) Partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking**

Eind 2010 werd er een oproep gelanceerd voor het sluiten van een beheersovereenkomst met een organisatie met terreinwerking voor een werking op vlak van tuberculose. Eind 2011 keurde de Vlaamse regering de uit de oproep voortkomende beheersovereenkomst met de Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding (VRGT) goed. Strikt genomen valt dit buiten de contouren van de huidige en toekomstige gezondheidsdoelstelling omdat die enkel betrekking heeft op vaccinaties en vaccineerbare infectieziekten. De terreinwerking in verband met tuberculose omvat geen vaccinatieprogramma.

### **d) Betrokkenheid Logo's**

Voor de Logo's werden actiefocussen geformuleerd waarin hun taken voor het realiseren van de gezondheidsdoelstellingen worden geconcretiseerd

Het accent voor de Logo's en VIGEZ, dat als partnerorganisaties de Logo's ondersteunt, komt te liggen op het bereiken, daar waar het Logo-netwerk een meerwaarde heeft, van groepen in de samenleving met een verhoogd risico op ondervaccinatie.

### **e) Bereik van kwetsbare groepen**

Zie d)

In de voorbereiding van de gezondheidsconferentie is het bereiken van ondergevaccineerde groepen één van de actiefocussen.

## **5. Financiering**

### **a) Overzicht budgetten laatste jaren (met vermelding looptijd van initiatieven)**

### **b) (ramingen) Vastleggingen lopend jaar (met vermelding looptijd van initiatieven)**

De verwerking van de gegevens over het precieze aantal dosissen en bestede budgetten 2011 zijn op dit moment nog niet afgerond, vandaar dat de tabellen enkel de data tot 2010 weergeven.

Hierna volgt een tabel met de kosten voor aankoop van vaccins van de voorbije jaren.

aankoopkosten	2006	2007	2008	2009	2010
dT <sub>p</sub>				721.194,32	568.993,03
DTP-IPV	547.696,49	535.173,97	561.903,77	550.849,25	538.624,69
DTP-IPV-Hib- HBV	6.275.624,85	6.534.351,34	6.623.944,13	10.159.822,86	10.653.320,49
Griepvaccins					239.168,86
Hepatitis B	850.173,00	823.736,60	692.752,40	418.016,14	266.039,86
HPV					963.489,12
Polio	9.016,84	15.783,51	15.411,71	24.106,52	24.546,42
Mazelen, bof, rubella	953.643,63	981.189,00	1.026.822,85	950.344,59	1.015.551,55
Meningokokken C	994.404,89	816.852,96	1.035.114,17	983.146,18	1.007.436,83
Pneumokokken		12.890.692,54	10.783.398,44	10.497.687,60	11.003.016,36
Difterie-tetanus	669.793,09	756.555,07	719.713,21	544.517,37	598.751,19
<b>totaal</b>	<b>10.300.352,78</b>	<b>23.354.334,99</b>	<b>21.459.060,69</b>	<b>24.849.684,83</b>	<b>26.878.938,40</b>

Een deel van de aankoopkost wordt gedragen door het RIZIV.

Het reële gedeelte van de kost voor de vaccins voor Vlaanderen, in de veronderstelling dat het RIZIV de engagementen van de protocolakkoorden nakomt, wordt in volgende tabel weergegeven:

Vlaams budget	2006	2007	2008	2009	2010
dT <sub>p</sub>				240.398,11	189.664,34
DTP-IPV	182.565,50	178.391,32	187.301,26	183.616,42	179.541,56
DTP-IPV-Hib- HBV	2.091.874,95	2.178.117,11	2.207.981,38	3.386.607,62	3.551.106,83
Griepvaccins					239.168,86
Hepatitis B	283.391,00	274.578,87	230.917,47	139.338,71	88.679,95
HPV					321.163,04
Polio	3.005,61	5.261,17	5.137,24	8.035,51	8.182,14
Mazelen, bof, rubella	317.881,21	327.063,00	342.274,28	316.781,53	338.517,18
Meningokokken C	331.468,30	272.284,32	345.038,06	327.715,39	335.812,28
Pneumokokken		4.296.897,51	3.594.466,15	3.499.229,20	3.667.672,12
Difterie-tetanus	520.898,42	607.660,41	570.818,55	544.517,37	598.751,19
<b>Vlaanderen totaal</b>	<b>3.731.084,98</b>	<b>8.140.253,71</b>	<b>7.483.934,37</b>	<b>8.646.239,86</b>	<b>9.518.259,50</b>

Hierbij moet wel opgemerkt worden dat het hier enkel gaat om de aankoopkost voor de vaccins. Het gaat dus om de kostprijs zonder middelen voor communicatie over vaccinaties of middelen die door andere organisaties worden ingezet rond dit thema, waaronder de Logo's, CLB, Kind en Gezin en VIGeZ.

## Borstkankeropsporing

### 1. Formulering Vlaamse gezondheidsdoelstelling (2006-2012)

De gezondheidsdoelstelling 'borstkankeropsporing' luidt als volgt:

**Tegen 2012 verloopt het Vlaams bevolkingsonderzoek naar borstkanker bij vrouwen van 50 tot en met 69 jaar doelmatiger, d.w.z. voldoende vrouwen nemen deel, meer kankers worden tijdig gevonden en er gebeuren zo weinig mogelijk overbodige onderzoeken.**

Concreet betekent dit:

1. dat ten minste **75%** vrouwen uit de doelgroep **deelnemen** aan het bevolkingsonderzoek;
2. dat meer kankers tijdig gevonden worden, d.w.z. dat bij een eerste screening ten minste 25% en bij een vervolgscreening 30% van de gevonden (invasieve) kankers **kleiner** is **dan 1 centimeter**;
3. dat het aantal **verwijzingen** van deelnemende vrouwen **niet meer** bedraagt **dan 5%**, zodat zo weinig mogelijk overbodige onderzoeken gebeuren.

### 2. Algemeen kader van de gezondheidsdoelstelling:

#### **a) Grote lijnen voor de planning van de realisatie van de doelstelling: de strategieën en/of actieplan;**

Het realiseren van deze [gezondheidsdoelstelling](#) gebeurt door het organiseren van [bevolkingsonderzoek](#) met een call-recall systeem ten aanzien van vrouwen van 50-69 jaar. Zij kunnen deelnemen en beslissen tot een screeningsmammografie op basis van de oproepbrief waarin een voorstel van afspraak in een mammografische eenheid staat vermeld of op basis van een verwijfsbrief door de huisarts of gynaecoloog. De 5 centra voor borstkankeropsporing staan in voor de tweede lezingen en de kwaliteitsbewaking van de mammografische eenheden. Het consortium van centra beheert het registratiesysteem, bewaakt de uniforme werking tussen de centra en rapporteert over het bevolkingsonderzoek en in het bijzonder over de kwaliteitsindicatoren conform de Europese aanbevelingen. De Vlaamse werkgroep bevolkingsonderzoek naar borstkanker, voorgezeten door het agentschap, begeleidt dit bevolkingsonderzoek en de afspraken hieromtrent worden opgenomen in een [draaiboek](#) dat raadpleegbaar is op de website van het agentschap.

#### **b) Reden van deze doelstelling en historisch kader (verleden, gezondheidsconferentie, herziening doelstelling)**

Borstkanker is in Vlaanderen de meest voorkomende vorm van kanker bij vrouwen. Ongeveer 1 op de 9 vrouwen krijgt in haar leven te maken met borstkanker. In 2008 [overleden](#) in Vlaanderen 1.361 vrouwen aan borstkanker. Bij vrouwen van 40 tot 69 jaar is borstkanker de voornaamste doodsoorzaak. In vergelijking met de andere Europese landen is de sterfte aan borstkanker in Vlaanderen heel hoog. Toch overleeft de meerderheid van vrouwen borstkanker. Die kans vergroot als de borstkanker in een vroeg stadium wordt ontdekt.

Op 21 januari 1998 werd een eerste gezondheidsdoelstelling m.b.t. borstkankeropsporing voorgesteld aan de pers. Op 19 februari en 26 maart van datzelfde jaar volgde hierover een [gedachtewisseling in de Commissie Welzijn, Gezondheid en Gezin \(pdf, 930 kB\)](#) van het Vlaams Parlement.

De eerste doelstelling luidde als volgt:

In het jaar 2002 moet de borstkankerscreening bij vrouwen doelmatiger verlopen.

Het aandeel van de evidence-based screenings bij de doelgroep van 50-69 jaar moet toenemen tot 80 %. Het aantal vrouwen uit de specifieke doelgroep dat bereikt wordt moet toenemen tot 75 %.

Status huidige gezondheidsdoelstelling: De gezondheidsconferentie ging door op 16 december 2005. De hieraan verbonden gezondheidsdoelstelling werd principieel goedgekeurd door Vlaamse Regering op 27 januari 2007 en werd goedgekeurd door de Commissie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin op 18 oktober 2007.

Eind 2012 loopt de gezondheidsdoelstelling borstkankeropsporing af. Een evaluatie is voorzien in 2013, een hernieuwing in 2014. Jaarlijks wordt door het consortium een jaarrapport opgemaakt waarin de verschillende proces- en effectindicatoren worden geëvalueerd.

Beleidsnota: "We formuleren in dit verband nieuwe of aangepaste gezondheidsdoelstellingen en maken werk van onder meer een evaluatie van opsporingsprogramma's voor kanker. De borstkankeropsporing wordt verlengd deze legislatuur, met daaraan gekoppeld een evaluatie met betrekking tot de (modaliteiten van een) voortzetting ervan".

### **3. Beschikbare cijfers:**

#### **a) Cijfers met bronvermelding en periode of datum;**

#### **b) Planning met betrekking tot monitoring en update cijfergegevens**

**Hier worden enkele cijfers weergegeven over het bevolkingsonderzoek naar borstkanker.**

Ze zijn gebaseerd op het jaarrapport 2010 van het Consortium. Meer informatie over het bevolkingsonderzoek vindt u op de website [www.borstkankeropsporing.be](http://www.borstkankeropsporing.be) (onder andere alle [jaarverslagen](#), en meer uitgebreide [cijfergegevens](#)).

Bron: jaarrapport 2010 van het Consortium, zevende IMA-rapport en monitoringcomité 13 september 2011

#### **GD 1. Dat ten minste 75% vrouwen uit de doelgroep deelnemen aan het bevolkingsonderzoek;**

##### **1.1. Participatiecijfers, doelgroep en uitnodigingen per jaar, twee jaar over heel Vlaanderen**

Jaar	doelgroep	Uitnodigingen	opkomsten	Jaar	Opkomst % tov doelgroep
2001			50.832	2001	
2002	685.027		103.790	2002	15,15%
2003	689.879		119.894	2003	17,38%
2004	696.669	262.748	127.589	2004	18,31%
2005	704.933	290.996	134.576	2005	19,09%
2006	715.106	357.833	163.793	2006	22,90%
2007	725.907	321.599	165.506	2007	22,80%
2008	736.864	359.253	175.789	2008	23,86%
2009	747.627	355.854	182.856	2009	24,46%
2010	760.633	370.016	183.384	2010	24,11%
					Participatie %
2002-2003			223.684	2002-2003	32,5%
2003-2004			247.483	2003-2004	35,7%
2004-2005			262.165	2004-2005	37,4%
2005-2006			298.369	2005-2006	42,0%
2006-2007			329.299	2006-2007	45,7%
2007-2008			341.295	2007-2008	46,7%
2008-2009			358.645	2008-2009	48,3%
2009-2010			366.240	2009-2010	48,6%

**Conclusie:** Eén van de gezondheidsdoelstellingen van de Vlaamse overheid is om tegen 2012 een participatie van minstens 75% te halen. Voor de periode 2009-2010 werd een participatie van 48,6% gehaald. Een groot deel van de vrouwen uit de doelgroep wordt dus nog steeds niet of niet regelmatig (binnen de twee jaar) bereikt. In de afgelopen jaren is er een geleidelijke stijging van de globale 2-jaarlijkse participatie, maar deze stijging stagneert sinds 2006-2007. De participatie nam slechts zeer beperkt toe in 2009-2010 (0.3%) ten opzichte van de voorgaande twee jaar terwijl dit in de beginjaren nog 4% en 5% was.

Er werden reeds een aantal factoren besproken die deze participatiecijfers beïnvloeden, maar een belangrijke reden die ook in 2010 een grote rol blijft spelen is dat een deel van de screening als diagnostische mammografieën worden geregistreerd en dus niet meetellen in de participatiecijfers. Dit aantal is bij de start van de screening in Vlaanderen sterk verminderd maar blijft sinds 2004 vrij stabiel. Volgens het zevende IMA rapport liet in de periode 2007-2008 nog 21% van de vrouwen in de doelgroep een diagnostische mammografie nemen. Er is slechts een beperkt percentage dat overstapt van diagnostische naar screening en omgekeerd. Er zijn geen recentere cijfers beschikbaar, maar te verwachten is dat dit niet fundamenteel verandert.

Als deelname via het diagnostische circuit wordt meegeteld zou de dekkinggraad het streefdoel veel dichterbij benaderen (ongeveer 65% participatie). Ook zouden sommige regionale verschillen in participatie veel kleiner zijn. Vooral in stedelijke gebieden wordt dit diagnostische circuit nog veel gebruikt. Een diagnostische mammografie moet echter niet aan dezelfde kwaliteitseisen voldoen en wordt niet geregistreerd zodat opvolging van de resultaten onmogelijk is zoals wel het geval is bij de screeningsmammografieën.

Het stimuleren van de keuze voor screening is één van de grote uitdagingen om de participatiecijfers te verhogen. Dit kan onder meer ondersteund worden door nomenclatuurwijzigingen waarbij voorwaarden worden verbonden aan de terugbetaling van een diagnostische mammografie bij vrouwen van 50 tot en met 69 jaar. Zo zou het RIZIV kunnen verplichten dat op de aanvraag voor een mammografie bij die groep verplicht de klacht vermeld wordt zodat onterecht gebruik van mammografieën ontmoedigd wordt. Het agentschap heeft samen met de experts inzake borstkankeropsporing enkele verbeterpunten voorgesteld betreffende aanpassingen in de nomenclatuur. Er werd op initiatief van Mevrouw Laurette Onkelinx, ontslagnemend federale minister Volksgezondheid, hierover een rondetafelconferentie georganiseerd met alle betrokken actoren.

Er zijn, qua participatie, diverse subgroepen zoals: trouwe deelnemers, onregelmatige deelnemers, deelnemers die afhaken, vrouwen die een diagnostische mammografie laten nemen en vrouwen die nog nooit deelnamen. Als we de participatie en een regelmatige deelname willen bevorderen zullen we elke subgroep op een aangepaste manier moeten benaderen. Hiertoe zijn recentelijk enkele initiatieven genomen. Het project 'kenmerken niet-gescreende vrouwen en verloren vrouwen (drop-outs)' wordt door het IMA in samenwerking met de Stichting tegen Kanker en de gemeenschappen uitgevoerd. Bovendien werden inzake het verhogen van de deelname specifieke activiteiten en hieraan gekoppelde evaluatiecriteria geformuleerd in de oproep voor een partnerorganisatie. Ook de voorbije jaren werden al methodes uitgetest om de deelnamegraad te verhogen. Ter illustratie een paar voorbeelden:

- *Samenwerking met huisartsen.*

In de regio Brugge is een werkwijze uitgetest waarbij een bijkomende uitnodigingsbrief werd verstuurd via de huisarts bij vrouwen die nog niet, of niet meer deelnamen. Dit leidde tot een verhoogde deelname: 18% van de aangeschreven vrouwen deed uiteindelijk toch mee.

- *Samenwerking met Wijkgezondheidscentra.*

In Gent loopt een samenwerkingsproject met de 8 wijkgezondheidscentra. Er wordt nagegaan bij welke groepen de deelname beter is en bij welke niet. Op basis hiervan zal onderzocht worden hoe de wijkgezondheidscentra hun preventiebeleid kunnen verbeteren.

In Leuven werd onderzocht of de deelname verhoogde als via het wijkgezondheidscentrum de vrouwen werden uitgenodigd naar de mammobiel die opgesteld stond in de buurt. De deelname die al vergelijkbaar was met de rest van groot Leuven (50-55%) verhoogde hierdoor niet.

- *Bijzondere aandacht voor kansengroepen.*

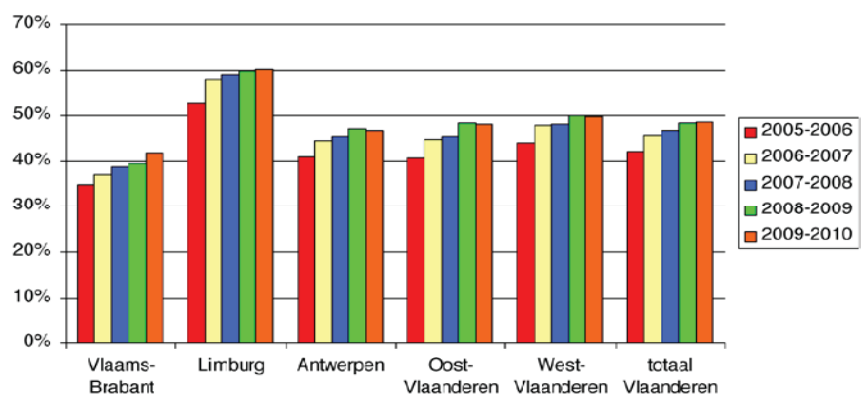
In een Antwerpse achtergestelde buurt werd de mammobiel ingezet samen met omkaderende activiteiten voor vrouwen die niet of niet meer deelnamen aan de screening. 211 vrouwen (16,6% van de gecontacteerde vrouwen) participeerde aan de screening waardoor de deelnamegraad op wijkniveau steeg van 36,9% tot 44,5%. De vraag ligt voor in welke mate dit initiatief kan herhaald worden of dat uitbreiding naar andere gelijkaardige wijken in Vlaanderen haalbaar is. Deze interventie is namelijk zeer arbeidsintensief.

Een andere reden voor de nog te lage participatiecijfers is dat in de doelgroep alle vrouwen van die leeftijd zijn genomen, dus ook die vrouwen die eigenlijk geen screeningsmammografie moeten ondergaan, bijvoorbeeld omdat ze recent borstkanker hadden of al in opvolging zijn wegens een verhoogd risico. De Europese aanbeveling laat toe de indicator 'participatie' zo te berekenen dat de vrouwen bij wie geen screeningsmammografie nodig is, worden afgetrokken van de doelgroep. Indien we dit in Vlaanderen zouden doen zou de participatie ook gunstiger liggen. Tot nu toe werd de participatie niet zo berekend omdat niet precies geweten is hoe groot die groep is. Ramingen hieromtrent zou kunnen geïnterpreteerd worden alsof de overheid de cijfers wil opsmukken.

Verder dient nog onderzocht of het verschil in 'uitgenodigde vrouwen' en 'de helft van de doelgroep' te maken heeft met een onvolledig uitnodigen van de doelgroep of te wijten is aan andere oorzaken (vb. verschil in aantallen tussen ADSEI en kruispuntbank, 36 maanden (cf. eerste spoor) tussen uitnodiging i.p.v. 24 maanden, verschillen pare en onpare jaren ...). Zie onderstaande tabel:

Jaar	Doelgroep	helft doelgroep	uitnodigingen	%
2004	696.669	348.335	262.748	75,43%
2005	704.933	352.467	290.996	82,56%
2006	715.106	357.553	357.833	100,08%
2007	725.907	362.954	321.599	88,61%
2008	736.864	368.432	359.253	97,51%
2009	747.627	373.814	355.854	95,20%
2010	760.633	380.317	370.016	97,29%

## 1.2. Geografische spreiding van de participatie op niveau van de provincies

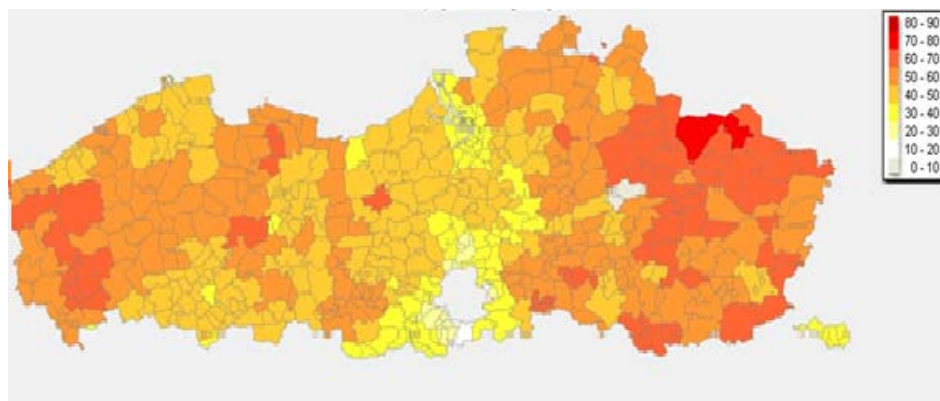


Antwerpen, West-Vlaanderen en Oost-Vlaanderen kennen voor het eerst een kleine daling (max. 0,5%) in de participatiecijfers tegenover de cijfers van 2008-2009. Vlaams-Brabant heeft de hoogste stijging van de vijf Vlaamse provincies tegenover 2008-2009. Limburg heeft de hoogste deelnamegraad en Vlaams-Brabant de laagste.

## 1.3. Geografische spreiding van de participatie op Logo-niveau

Provincie	CBO	Logo	Participatie 2009-2010
West-Vlaanderen	CBO Brugge	Logo Brugge	46%
		Logo Oostende	53%
	CBO Brugge CBO Gent	Logo Midden-West-Vlaanderen	56%
Oost-Vlaanderen	CBO Gent	Logo Leieland	44%
	CBO Gent CBO Brussel	Logo Waasland	46%
		Logo Dender	47%
Antwerpen	CBO Antwerpen	Logo Gezond +	49%
		Logo Antwerpen	42%
		Logo Mechelen	43%
Vlaams-Brabant	CBO Leuven CBO Gent	Logo Kempen	57%
		Logo Oost-Brabant	52%
	CBO Brussel CBO Gent	Logo Zenneland	33%
Limburg	CBO Leuven	Logo Regio Genk	59%
		Logo Regio Hasselt	60%

#### 1.4. Geografische spreiding van de participatie op gemeentelijk niveau



**Conclusie:** Gezien de lichte stijging van de participatiecijfers verandert de geografische weergave voor Vlaanderen weinig ten opzichte van de voorgaande jaren. Enkel het aantal gemeenten met deelname boven 60% stijgt van 31 naar 37 gemeenten (vooral in Limburg). In 146 gemeenten is er een participatie hoger dan 50%, deze gemeenten liggen voornamelijk in de Kempen, in het westen van West-Vlaanderen, het Hageland en Oost-Vlaanderen.

Rond Brussel blijft de participatie erg laag. Ook in en rond grote Vlaamse steden zoals Antwerpen is de participatie nog onder het gemiddelde.

#### **GD 2. Dat meer kankers tijdig gevonden worden, d.w.z. dat bij een eerste screening ten minste 25% en bij een vervolgscreening 30% van de gevonden (invasieve) kankers kleiner is dan 1 centimeter**

De grootte van de borsttumoren op het moment van opsporing is van groot belang voor de kans op genezing en het behandelplan (meer of minder ingrijpend voor de patiënte). Bij screening moet worden gestreefd naar een zo groot mogelijk percentage invasieve tumoren kleiner dan 10 mm. De Europese aanbevelingen stellen dat het wenselijk is dat bij vrouwen die voor de eerste keer deelnemen aan de

screening, minstens 25% van de invasieve tumoren kleiner of gelijk aan 10 mm zijn (een aanvaardbaar percentage is 20%). Voor vrouwen met een vervolgscreening wordt 30% aanbevolen (een aanvaardbaar percentage voor die groep is 25%). In de tabel hieronder zijn de resultaten voor de tumorgrootte weergegeven.

Tabel: Grootte invasieve tumoren (enkel op niveau van Vlaanderen owv. de kleine aantallen) – DR: detection rate

	Eerste screening		Vervolgscreening	
	<= 10 mm %	<= 10 mm DR /1000	<= 10 mm %	<= 10 mm DR /1000
2004	24,3	0,9	36,0	1,1
2005	32,5	1,6	31,8	1,1
2006	29,0	1,3	37,9	1,3
2007	27,8	1,1	31,7	1,0
2008	26,4*	1,1*	35,7*	1,2*
2009	24,0*	1,0*	31,0*	1,1*
2010	28,1*	1,1*	26,2*	1,0*

\*) Het cijfer m.b.t. het resultaat van het verder onderzoek voor 2010 is nog onvolledig, daardoor zal de kankerdetectie een onderschatting zijn. In het jaarrapport van 2011 zal het cijfer voor 2010 worden aangevuld. Om dezelfde reden wijkt het bovenstaande resultaat van het verder onderzoek voor 2009 en 2008 enigszins af van het resultaat dat in het jaarrapport van 2009 werd gerapporteerd.

DR = detection rate

**Conclusie:** De resultaten voor tumorgrootte voldoen voor vrouwen met een eerste screening aan de norm.. Voor vrouwen met een vervolgscreening voldoen de resultaten aan de aanvaardbare norm van minstens 25%.

### GD 3. Dat het aantal verwijzingen van deelnemende vrouwen niet meer bedraagt dan 5%, zodat zo weinig mogelijk overbodige onderzoeken gebeuren.

#### 3.1. Eerste ronde (op niveau Vlaanderen en Centra voor Borstkankeropsporing CBO)

De Europese aanbeveling stelt dat het aantal doorverwezen vrouwen (of ook recall rate genoemd) in een eerste ronde maximaal 7% en bij voorkeur slechts 5% van de gescreende vrouwen mag bedragen. De streefwaarden voor de eerste ronde zijn echter niet opgenomen in de huidige Vlaamse gezondheidsdoelstelling.

Tabel: Doorverwijspercentages van eerste lezers en tweede lezers in een eerste ronde (Screeningsmammografieën Vlaanderen 2010):

Regio	Analoog + digitaal			Analoog			Digitaal		
	L1	L2	Eindbe sluit	L1	L2	Eindbe sluit	L1	L2	Eindbe sluit
Vlaanderen	6,1%	6,1%	5,5%	5,8%	5,8%	5,6%	6,4%	6,4%	5,5%
CBO Antwerpen	8,2%	10,2%	9,3%	7,7%	9,5%	9,3%	8,6%	10,8%	9,2%
CBO Brussel	6,2%	4,9%	4,3%	6,5%	4,8%	4,3%	6,1%	4,9%	4,3%
CBO Leuven	3,5%	2,4%	2,3%	4,0%	2,3%	2,4%	3,1%	2,5%	2,2%
CBO Brugge	7,2%	7,7%	7,4%	6,6%	8,0%	7,8%	7,4%	7,6%	7,3%
CBO Gent	6,4%	6,1%	5,1%	5,3%	5,6%	4,7%	6,9%	6,3%	5,3%

**Conclusie:** Als we de cijfers voor heel Vlaanderen bekijken voor de eerste ronde, wordt de norm in 2010 door beide lezers behaald.

In de tabel is te zien dat de eerste lezers van één CBO duidelijk minder doorverwijzen. Bij digitaal zijn er twee CBO's waar de eerste en tweede lezers de norm niet halen. Bij de eerste lezers valt het op dat de digitale foto's een hogere recall rate hebben. Bij de tweede lezers is deze trend minder duidelijk.

### 3.2. Vervolgronde (op niveau Vlaanderen en CBO)

Volgens de Europese aanbeveling mag het aantal doorverwezen vrouwen (of ook recall rate genoemd) in een vervolgronde maximaal 5% en bij voorkeur slechts 3% van de gescreende vrouwen bedragen. In de Vlaamse gezondheidsdoelstelling is enkel de aanvaardbare norm opgenomen.

Tabel: Doorverwijspercentages van eerste lezers en tweede lezers in een vervolgronde. (Screeningsmammografieën Vlaanderen 2010)

Regio	Analoog + digitaal			Analoog			Digitaal		
	L1	L2	Eind besluit	L1	L2	Eind besluit	L1	L2	Eind besluit
Vlaanderen	3,1%	3,1%	2,7%	2,7%	2,6%	2,3%	3,4%	3,5%	3,0%
CBO Antwerpen	3,7%	4,6%	4,0%	3,4%	3,8%	3,5%	4,0%	5,3%	4,5%
CBO Brussel	4,7%	4,3%	3,8%	3,2%	3,2%	2,3%	5,3%	4,7%	4,3%
CBO Leuven	1,9%	1,2%	1,1%	1,0%	1,0%	0,9%	1,8%	1,4%	1,2%
CBO Brugge	3,7%	4,6%	3,9%	4,4%	4,4%	3,5%	4,0%	4,7%	4,0%
CBO Gent	3,1%	2,8%	2,4%	2,7%	2,7%	2,3%	3,3%	2,9%	2,4%

#### **Conclusie:**

Als we cijfers voor heel Vlaanderen bekijken voor de vervolgronden, wordt de norm in 2010 gehaald door zowel eerste lezers, tweede lezers en tevens voor het eindbesluit.

We zien dat de recall rates bij analoge dossiers voor de eerste lezers in de voorbije jaren een dalende trend heeft. De tweede lezers hebben de laatste jaren een dalende trend. Het doorverwijspercentage ligt overheen de jaren goed onder de aanvaardbare norm.

In de tabel is te zien dat bij slechts één CBO de norm niet is behaald voor de tweede lezers bij de digitale foto's. Bij een ander CBO is dit voor de eerste lezers bij de digitale foto's. Bij zowel eerste als tweede lezers valt het op dat de digitale foto's een hogere recall rate hebben. Dit verschil zwakt de laatste jaren af.

## **4. Uitvoering: stand van zaken**

Een aantal cijfergegevens over de uitvoering zijn hierboven al toegelicht.

### **a) Overzicht initiatieven**

Naast het continu proces van uitnodigen en kwaliteitsbewaking wordt aandacht besteed om het bevolkingsonderzoek permanent te verbeteren op vlak van participatie en kwaliteit.

Er werd literatuuronderzoek en veldonderzoek verricht door verschillende organisaties over de reden van niet deelname of afhaken. Het blijkt dat een complex samenspel van verschillende factoren een rol speelt. Het komt er nu op aan om hieromtrent conclusies te trekken en specifieke maatregelen te treffen. VIGEZ en het Consortium hebben binnen de Vlaamse werkgroep de taak gekregen om het uitnodigingsmateriaal te evalueren. Tegen eind maart 2012 bezorgt het Consortium, in samenwerking met VIGEZ, aan de leden van de werkgroep een communicatie- en sensibilisatieplan. Bovendien werden inzake het verhogen van de deelname specifieke activiteiten en hieraan gekoppelde evaluatiecriteria geformuleerd in de oproep voor partnerorganisatie. Deze worden in de beheersovereenkomst van de partnerorganisatie in 2012 opgenomen.

Midden 2010 kregen zes mammografische eenheden een voornemen tot intrekking erkenning gezien zij gedurende twee evaluatieperiodes op rij niet voldeden aan de kwaliteitscriteria. Deze diensten dienden een bezwaarschrift in bij de VAR. Op basis van het horen van de mammografische eenheden, het agentschap en de betrokken centra voor borstkankeropsporing heeft de VAR enkele algemene aanbevelingen geformuleerd met het oog op het verbeteren van de kwaliteit van het borstkankerscreeningsprogramma. Het Consortium onderzoekt momenteel op welke manier deze kunnen geïmplementeerd worden. Voor de tweede lezers werden binnen de Vlaamse werkgroep ook specifieke afspraken gemaakt. In mei 2011 werd voor de eerste keer een centrumoverschrijdende evaluatie van de tweede lezers georganiseerd.

Het agentschap blijft er binnen de werkgroep op aandringen dat de werking van de centra en mammografische eenheden en de beoordeling van de mammografische eenheden en de tweede lezers zo uniform en kwaliteitsvol mogelijk zou gebeuren. Dit is ook opgenomen in de oproepen voor de beheersovereenkomsten en in het ontwerp van besluit op de erkenning van de mammografische eenheden dat binnenkort wordt afgerond.

In 2010 hebben de inspectie van financiën en het IVA inspectie (nu Zorginspectie) een financiële doorlichting uitgevoerd van de werking van de centra en het consortium. Dit leverde een aantal interessante conclusies op die zeker kunnen gebruikt worden voor de verdere aansturing van die organisaties. De verwachting dat de audit ook een nieuw financieringsmodel zou aanleveren dat efficiëntie verhogend zou kunnen werken werd echter niet ingelost. Het agentschap ontwikkelde ter voorbereiding van de oproep zelf een nieuw financieringsmodel. Hierin werden er minder parameters opgenomen.

Eind april 2011 zijn 116 mammografische eenheden van de 177 erkende diensten gedigitaliseerd. Bovendien worden in verhouding nog meer digitale foto's genomen, gezien voornamelijk de 'grote' mammografische eenheden digitaal werken. De Centra voor Borstkankeropsporing werken volop aan de verdere automatisering van het screeningsproces. Zo zullen op korte termijn alle tweede en derde lezers hun protocol digitaal kunnen invoeren, zoals dit nu reeds gebeurt in het CBO Leuven en CBO Brugge. Op langere termijn zal ook het invullen en het doorsturen van het aanvraagformulier en de eerste lezing volledig gedigitaliseerd kunnen verlopen. In het CBO Leuven zijn er reeds tien mammografische eenheden die hun eerste lezing digitaal doorsturen.

Momenteel worden volgende hervormingen voorbereid. Die zijn nodig omwille van het Besluit van de Vlaamse Regering van 12 december 2008 betreffende bevolkingsonderzoek in kader van ziektepreventie:

- In juni 2011 werd het bevolkingsonderzoek naar borstkanker voorgelegd aan de Vlaamse werkgroep bevolkingsonderzoek.
- Na advies van de experts inzake borstkankeropsporing werd het ontwerpbesluit waarin onder meer bepalingen over het draaiboek, de erkenning van individuele zorgaanbieders voor het uitvoeren van screeningsmammografieën, de regelgeving voor typetoelatingen digitale screening en de erkenning van controleorganisaties is opgenomen, voorgelegd en op 10 november 2011 door de Vlaamse regering principieel goedgekeurd. Momenteel worden aanpassingen aan het ontwerpbesluit en het draaiboek uitgevoerd, ten gevolge van het advies van de Raad van State.

## **b) Werkgroepen**

De Vlaamse werkgroep bevolkingsonderzoek, voorgezeten door het agentschap, werd op 29 januari 2010 officieel opgericht conform het besluit op de werkgroepen. De werkgroep is een belangrijk overlegplatform van alle partijen betrokken bij het bevolkingsonderzoek. De afspraken die er gemaakt worden, zijn bindend voor de verschillende actoren en zorgen er voor dat de kwaliteit en uniformiteit van het bevolkingsonderzoek worden verbeterd en bewaakt.

## **c) Partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking**

Het huidige bevolkingsonderzoek moet ten laatste begin 2012 worden aangepast aan de bepalingen van het besluit betreffende bevolkingsonderzoek in het kader van ziektepreventie.

Hiertoe werden eind 2010 oproepen gelanceerd voor het sluiten van een beheersovereenkomst met enerzijds een partnerorganisatie die o.a. als opdracht heeft in te staan voor de registratie en monitoring van

het bevolkingsonderzoek en te zorgen voor meer uniformiteit tussen de verschillende actoren en anderzijds maximaal 5 organisaties met terreinwerking (centra voor borstkankeropsporing) die zullen instaan voor de eigenlijke organisatie en uitvoering van het bevolkingsonderzoek. In beide oproepen werden taken inzake sensibilisatie als participatieverhoging opgenomen. Gezien de moeilijkheden om de Logo's en de CBO's de werkgebieden te laten bepalen is in de oproep voor organisatie met terreinwerking het volgen van de zorgregio-indeling als programmatiecriteria opgenomen.

Het Agentschap ontving dossiers voor de hierboven genoemde oproepen en volgt de verdere procedure.

#### **d) Betrokkenheid Logo's**

De Logo's hebben vooral de opdracht om, waar hun netwerk een meerwaarde heeft, de deelname aan het bevolkingsonderzoek te bevorderen. Het blijft een hele uitdaging om diverse organisaties er toe te bewegen zich in te zetten voor de promotie van dit bevolkingsonderzoek. Misschien nog meer dan in het verleden zullen zij zich vooral moeten richten op de niet-deelnemers. Het ombuigen van de 'gewone' mammografieën naar screeningsmammografieën ziet het agentschap niet als prioritaire taak voor de Logo's. Vrouwen met een lagere sociaaleconomische status of die om andere redenen niet deelnemen zijn hierbij wel een prioriteit. Via hun netwerk zijn de Logo's immers goed geplaatst om zich te richten tot specifieke subdoelgroepen. De Logo's moeten voor de ondersteuning van deze initiatieven een beroep kunnen doen op het VIGEZ, op de centra voor borstkankeropsporing en op het consortium. Het consortium zal met haar communicatie- en sensibilisatieplan, dat tegen einde maart 2012 verwacht wordt, duidelijk aangeven welke rollen elk van de betrokkenen moeten opnemen om het geheel te doen slagen.

Voor de Logo's zijn actiefocussen geformuleerd waarin hun taken voor het realiseren van de gezondheidsdoelstellingen worden geconcretiseerd:

- het stimuleren tot participatie van de doelgroep (vrouwen tussen de 50 en 69 jaar) in haar leef-, werk- en vrijetijdsomgeving;
- het verhogen van de participatie bij specifieke doelgroepen met een lage participatie

Dit zijn de verticale actiefocussen. De horizontale actiefocus luidt:

- Opbouwen en onderhouden van een netwerk rond het thema borstkankeropsporing, in afstemming met het CBO.

#### **e) Bereik van kwetsbare groepen**

zie algemene inleiding en hogervermelde initiatieven

### **5. Financiering**

#### **a) Overzicht budgetten laatste jaren (met vermelding looptijd van initiatieven):**

zie tabellen

## Borstkankeropsporing

	periode	Vastlegging		Niet uitbetaald	Teruggevorderd
		bedrag	jaar		
CBO (UAntwerpen) 05	2005	847.201	2005	61.347	
CBO (LUCK) 05	2005	817.925	2005	-111.657	
CBO (UZGent) 05	2005	833.854	2005	79.485	
CBO (VOB-Brugge) 05	2005	368.625	2005	-60.599	
CBO (VUBrussel) 05	2005	307.414	2005	31.424	
BKO Brussel (Brumamo) 05	2005	50.000	2005	0	
BKO Alg (Consortium CBO) 05	6/12/2005-5/12/2006	135.000	2005	0	
CBO (UAntwerpen) 06	2006	826.650	2006	-65.779	
CBO (LUCK) 06	2006	970.854	2006	59.737	
CBO (UZGent) 06	2006	872.641	2006	0	
CBO (VOB-Brugge) 06	2006	446.863	2006	-63.778	
CBO (VUBrussel) 06	2006	346.001	2006	69.820	
BKO Brussel (Brumamo) 06	2006	50.000	2006	0	
BKO Alg (Consortium CBO) 06	6/12/2006-31/12/2007	146.205	2006	0	
BKO Non-participanten 06	1/12/2006-31/5/2008	70.000	2006	15	
BKO Sensibilisatie (OCL) 06	1/12/2006 - 30/11/2007	64.000	2006	3.577	
CBO (UAntwerpen) 07	2007	860.380	2007	-229.933	117.860,43
CBO (VUBrussel) 07	2007	341.763	2007	5.385	39.326,18
CBO (UZGent) 07	2007	794.674	2007	-106.313	
CBO (LUCK) 07	2007	1.174.613	2007	117.461	45.380,19
CBO (VOB-Brugge) 07	2007	465.831	2007	-300	
CBO Groei tgv Kom Op 07	2007	215.932	2007	215.932	
BKO Brussel (Brumamo) 07	2007	50.000	2007	0	
CBO (UAntwerpen) 08	2008	969.549	2008	-4.468	
CBO (VUBrussel) 08	2008	394.555	2008	39.456	51.063,02
CBO (UZGent) 08	2008	1.075.800	2008	12.578	
CBO (LUCK) 08	2008	1.080.593	2008	67.760	
CBO (VOB-Brugge) 08	2008	507.163	2008	50.716	7.120,18
BKO Alg (Consortium CBO) 08	2008	154.500	2008	249	
BKO Brussel (Brumamo) 08	2008	50.000	2008	0	
CBO (UAntwerpen) 09	2009	1.055.616	2009	37.632	
CBO (VUBrussel) 09	2009	426.244	2009	42.624	71.567,26
CBO (UZGent) 09	2009	1.057.271	2009	90.030	
CBO (LUCK) 09	2009	1.177.504	2009	117.750	7.890,10
CBO (VOB-Brugge) 09	2009	533.105	2009	9.215	
BKO Alg (Consortium CBO) 09	2009	158.502	2009	0	
BKO Brussel (Brumamo) 09	2009	50.000	2009	0	
CBO (UAntwerpen) 10	2010	1.038.943	2010	100.382	
CBO (VUBrussel) 10	2010	322.856	2010	4.767	
CBO (UZGent) 10	2010	1.092.378	2010	109.238	
CBO (LUCK) 10	2010	1.139.181	2010	113.918	
CBO (VOB-Brugge) 10	2010	571.598	2010	57.160	
BKO Alg (Consortium CBO) 10	2010	158.502	2010	0	
BKO Brussel (Brumamo) 10	2010	50.000	2010	0	

CBO (UAntwerpen) 11	2011	999.104	2011	?	
CBO (VUBrusse) 11	2011	315.930	2011	?	
CBO (UGent) 11	2011	1.080.542	2011	?	
CBO (LUCK) 11	2011	1.087.583	2011	?	
CBO (VOB-Brugge) 11	2011	535.573	2011	?	
BKO Alg (Consortium CBO) 11	2011	158.502	2011	?	
BKO Brussel (Brumammo) 11	2011	50.000	2011	?	
<b>Totaal</b>		<b>28.347.520</b>		<b>854.830</b>	<b>340.207,36</b>

Vastlegging		Niet uitbetaald	Terug- gevorderd
bedrag	jaar		
3.360.019	2005	0	0,00
3.793.214	2006	3.592	0,00
3.903.193	2007	2.232	202.566,80
4.232.160	2008	166.291	58.183,20
4.458.242	2009	297.251	79.457,36
4.373.458	2010	385.465	0,00
4.227.234	2011	0	0,00
<b>28.347.520</b>	<b>totaal</b>	<b>854.830</b>	<b>340.207</b>

## **b) Vastleggingen 2011 (met vermelding looptijd van initiatieven)**

### **Begroting 2011:**

Zie tabel hierboven.

Er dient opgemerkt dat hierin de middelen die door andere organisaties worden ingezet rond dit thema niet zijn inbegrepen, waaronder de Logo's en VIGEZ. De bedragen voor de CBO's zijn niet definitief, maar worden bij uitbetaling van het saldo in 2012 finaal berekend aan de hand van een financieringsmodel.

## Ongevallenpreventie

### 1. Formulering Vlaamse gezondheidsdoelstelling (1998-2002)

"In het jaar 2002 moet het aantal dodelijke ongevallen in de privésfeer en in het verkeer afnemen met 20%"

In afwachting van een verlenging of herformulering blijft deze doelstelling van kracht.

### 2. Algemeen kader van de gezondheidsdoelstelling:

- a) Grote lijnen voor de planning van de realisatie van de doelstelling: de strategieën en/of actieplan;
- b) Reden van deze doelstelling en historisch kader (verleden, gezondheidsconferentie, herziening doelstelling)

Op 21 januari 1998 werd de gezondheidsdoelstelling over ongevallen in de privésfeer voorgesteld aan de pers. Op 19 februari en 26 maart van datzelfde jaar volgde hierover een [gedachtenwisseling in de Commissie Welzijn, Gezondheid en Gezin \(pdf, 930 kB\)](#) van het Vlaams Parlement.

Sinds 2002 is de gezondheidsdoelstelling niet meer hernieuwd. Voorlopig situeert het beleid rond ongevallenpreventie zich voornamelijk op vlak van valpreventie bij ouderen.

Aan het WIV is gevraagd een matrix op te stellen die een overzicht geeft van het Europese, Belgische en Vlaamse beleidskader i.v.m. ongevallenpreventie. De epidemiologie van ongevallen is onderzocht, uitgesplitst naar de soorten ongevallen die voorkomen en de setting waarin ze gebeuren. Cijfers voor suïcide en verkeersongevallen zijn in dit rapport niet weerhouden. Enkele redenen hiervoor zijn: suïcide is het voorwerp van een afzonderlijke gezondheidsdoelstelling, het impact op verkeersongevallen vanuit het preventieve gezondheidsbeleid is beperkt (en voor alcohol e.d. is dit vervat in de gezondheidsdoelstelling TAD, en de restrictie maakt een correctere vergelijking tussen de situatie in Vlaanderen en die in de rest van Europa mogelijk. Het rapport toont dat de zinvolle focussen voor het preventieve beleid ongevallenpreventie voornamelijk in het domein van de valpreventie liggen, en dit bij zowel ouderen (65+) als zeer jonge kinderen. Ook enkele specifieke focussen zoals een geïntegreerde aanpak van ongevallen bij jonge kinderen zouden zinvol kunnen zijn. Momenteel wordt bekeken of het Vlaamse beleid ter zake moet worden bijgestuurd.

### 3. Beschikbare cijfers:

- a) Cijfers met bronvermelding en periode of datum;
- b) Planning met betrekking tot monitoring en update cijfergegevens

*Voor valpreventie:*

Nationale en internationale cijfers tonen aan dat 30% tot 45% van de thuiswonende ouderen en meer dan de helft van de rusthuisbewoners minstens eenmaal per jaar valt. Ongeveer één op de drie tot zelfs één op de twee valt meerdere keren per jaar. Dit is een onderschatting van de problematiek: heel wat valincidenten zonder letsel worden niet gemeld, voornamelijk uit vrees voor een opname in een woonzorgcentrum. In de residentiële zorg ligt de valincidentie nog hoger: ongeveer de helft tot 70% van de bewoners van woonzorgcentra valt er minstens één keer per jaar.

Bron: website van het Expertisecentrum Valpreventie Vlaanderen [www.valpreventie.be](http://www.valpreventie.be)

*Voor ongevallenpreventie (exclusief valpreventie) :*

Tussen 1998 en 2007 is bij mannen het aantal sterftes door een verkeersongeval gedaald met 37%. Het aantal sterftes door niet-intentioneel vallen daalde met 14%, maar de sterfte door andere, niet-verkeersgerelateerde ongevallen steeg met 19%. Bij vrouwen is het aantal verkeersgerelateerde sterftes in diezelfde periode gedaald met 50%, het aantal sterftes door niet-intentioneel vallen met 30% en de sterfte door andere ongevallen met 8%.

Bron: website Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid [www.zorg-en-gezondheid.be](http://www.zorg-en-gezondheid.be)

#### **4. Uitvoering: stand van zaken**

##### **a) Overzicht initiatieven**

Vzw Oscare heeft in 2011 een subsidie van 25.000 euro m.b.t. preventie van brandwonden en sensibilisatie i.v.m. brandwonden ontvangen. Het project wordt in 2012 geëvalueerd.

Het Vlaamse Kruis ontving voor de periode 1 december 2010 t.e.m. 31 december 2011 een subsidie van 60.000 euro voor vormingen in reanimatie en het gebruik van AED-toestellen. Het project wordt in 2012 geëvalueerd.

Voor valpreventie is het convenant met het Expertisecentrum Valpreventie Vlaanderen verlengd tot eind 2011, vanaf 2012 wordt met een beheersovereenkomst gewerkt na het lanceren van de oproep eind 2010 (zie punt c).

##### **b) Werkgroepen**

Er is geen Vlaamse werkgroep m.b.t. ongevallenpreventie. VIGEZ ondersteunt tot nu toe het algemeen thema ongevallenpreventie. Voor valpreventie bij ouderen gebeurt dit door het expertisecentrum valpreventie.

##### **c) Partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking**

Eind 2010 werd een oproep gelanceerd voor een partnerorganisatie betreffende val- en fractuurpreventie bij ouderen. In de oproep werd onder het resultaatgebied 'ondersteunen van de implementatie', het managen en ondersteunen van de referentiepersonen valpreventie bij ouderen mee opgenomen.

De Vlaamse Regering heeft op 16 december 2011 de beheersovereenkomst 2012 – 2016 voor het Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen als partnerorganisatie inzake val- en fractuurpreventie bij ouderen goedgekeurd.

##### **d) Betrokkenheid Logo's**

De rol van de Logo's zal er vooral in bestaan om, samen met de SEL, de verschillende organisaties te motiveren om het beleid rond valpreventie bij ouderen, zoals ontwikkeld door het expertisecentrum, op te nemen in hun werking. Het betreft vooral de algemene sensibilisatie en de vorming en coaching van hulpverleners door de referentiepersonen op vlak van vallen in de thuisomgeving. Momenteel is de eventuele rol van de Logo's ten aanzien van de residentiële sector nog niet uitgewerkt.

Voor de Logo's worden actiefocussen geformuleerd waarin hun taken voor het realiseren van de gezondheidsdoelstellingen worden geconcretiseerd:

- Samen met het SEL bekendmaken van de praktijkrichtlijn(en) valpreventie bij hun netwerk;
- Samen met het SEL de vormingen van de referentiepersonen valpreventie promoten bij hun netwerk.

Dit zijn de verticale actiefocussen. De horizontale actiefocus luidt:

- Opbouwen en onderhouden van een netwerk rond het thema valpreventie.

##### **e) Bereik van kwetsbare groepen**

In deze fase zijn nog geen specifieke initiatieven hieromtrent genomen.

## **5. Financiering**

### **a) Overzicht budgetten laatste jaren**

Voor ongevallenpreventie werd in de jaren 2007-2008-2009-2010 respectievelijk 254.317, 174.986, 136.000 en 269.717 euro vastgelegd (60.000 euro voor reanimatietraining door het Vlaamse Kruis inbegrepen in 2010). Gelieve op te merken dat een deel van de subsidies aan VIGEZ ook worden besteed aan dit thema.

### **b) Vastleggingen 2011**

In 2011 is 152.631 euro vastgelegd voor het Expertisecentrum Valpreventie Vlaanderen.

Voor de subsidiëring van het project van vzw Oscare (website rond preventie van brandwonden) is 25.000 euro begroot.

Er dient opgemerkt dat in bovenvermeld overzicht de middelen die door andere organisaties worden ingezet rond dit thema, waaronder de Logo's, CLB, Kind en Gezin en VIGEZ, niet zijn inbegrepen.

## Voeding en Beweging

### 1. Formulering Vlaamse gezondheidsdoelstelling (2009-2015)

#### Hoofddoelstelling:

Het realiseren van gezondheidswinst op bevolkingsniveau door een stijging van het aantal mensen dat voldoende fysiek actief is, evenwichtig eet en een gezond gewicht nastreeft.

Deze hoofddoelstelling wordt onderverdeeld in de volgende subdoelstellingen:

#### Subdoelstellingen:

1. Tegen 2015 stijgt het percentage personen dat voldoende fysiek actief is om gezondheidswinst te behalen met 10% punten <sup>1</sup> .		
Jongeren 12-14 j <sup>2</sup>	Jongens	Tegen 2015 stijgt het percentage jongens uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor voldoende fysieke activiteit haalt van 74% tot 84%.
	Meisjes	Tegen 2015 stijgt het percentage meisjes uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor voldoende fysieke activiteit haalt van 47% tot 57%.
Jongeren 15 – 18 j <sup>3</sup>	Jongens	Tegen 2015 stijgt het percentage jongens uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor voldoende fysieke activiteit haalt van 67% tot 77%.
	Meisjes	Tegen 2015 stijgt het percentage meisjes uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor voldoende fysieke activiteit haalt van 42% tot 52%.
Volwassenen 19–59 j <sup>4</sup>	Mannen	Tegen 2015 stijgt het percentage mannen uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor voldoende fysieke activiteit haalt van 49% tot 59%.
	Vrouwen	Tegen 2015 stijgt het percentage vrouwen uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor voldoende fysieke activiteit haalt van 29% tot 39%.
Ouderen 60+ <sup>5</sup>	Mannen	Tegen 2015 stijgt het percentage mannen uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor voldoende fysieke activiteit haalt van 17% tot 27%.
	Vrouwen	Tegen 2015 stijgt het percentage vrouwen uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor voldoende fysieke activiteit haalt van 11% tot 21%.

<sup>1</sup> %punten: verwijzen naar het rekenkundig verschil tussen twee percentages.

<sup>2</sup> Lefevre J., et al., 2002

<sup>3</sup> Lefevre J., et al., 2002

<sup>4</sup> Steunpunt Sport, beweging en Gezondheid in Vlaanderen, 2002 – 2006

<sup>5</sup> Steunpunt Sport, beweging en Gezondheid in Vlaanderen, 2002 – 2006

2. Tegen 2015 daalt het percentage sedentaire personen met 10% punten.		
Jongeren 12-14 j <sup>6</sup>	Jongens	Tegen 2015 daalt het percentage jongens uit deze leeftijdsgroep dat sedentair is van 5% tot 2%.
	Meisjes	Tegen 2015 daalt het percentage meisjes uit deze leeftijdsgroep dat sedentair is van 11% tot 2%.
Jongeren 15 – 18 j <sup>7</sup>	Jongens	Tegen 2015 daalt het percentage jongens uit deze leeftijdsgroep dat sedentair is Van 8% tot 2%.
	Meisjes	Tegen 2015 daalt het percentage meisjes uit deze leeftijdsgroep dat sedentair is van 16% tot 6%.
Volwassenen 19–59 j <sup>8</sup>	Mannen	Tegen 2015 daalt het percentage mannen uit deze leeftijdsgroep dat sedentair is van 11% tot 2%.
	Vrouwen	Tegen 2015 daalt het percentage vrouwen uit deze leeftijdsgroep dat sedentair is van 22% tot 12%.
Ouderen 60+ <sup>9</sup>	Mannen	Tegen 2015 daalt het percentage mannen uit deze leeftijdsgroep dat sedentair is van 44% tot 34%.
	Vrouwen	Tegen 2015 daalt het percentage vrouwen uit deze leeftijdsgroep dat sedentair is van 45% tot 35%.

**3. Tegen 2015 stijgt het percentage moeders <sup>10</sup> dat met borstvoeding start (gemeten op dag 6) van 64 naar 74%.**

4. Tegen 2015 eten meer mensen <sup>11</sup> evenwichtig overeenkomstig de aanbevelingen van de actieve voedingsdriehoek.	
<b>Water</b>	Tegen 2015 stijgt het percentage personen dat de aanbeveling voor water haalt van 22% tot 32%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van water met 10% (van 669 naar 736 ml/dag).
<b>Groenten</b>	Tegen 2015 stijgt het percentage personen dat de aanbeveling voor groenten haalt van 1% tot 11%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van groenten met 10% (van 147 naar 162 g/dag).
<b>Fruit</b>	Tegen 2015 stijgt het percentage personen dat de aanbeveling voor fruit haalt van 5% tot 15%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van fruit met 10% (van 113 naar 124 g/dag).
<b>Melkproducten en calciumverrijkte sojaproducten</b>	Tegen 2015 stijgt het percentage personen dat de aanbeveling voor melkproducten en calciumverrijkte sojaproducten haalt van 4% tot 14%.

Met opmaak: Afstand Voor: 0,2 regel, Na: 0,2 regel

Met opmaak: Afstand Voor: 0,2 regel, Na: 0,2 regel

Met opmaak: Afstand Voor: 0,2 regel, Na: 0,2 regel

<sup>6</sup> Lefevre J., et al., 2002

<sup>7</sup> Lefevre J., et al., 2002

<sup>8</sup> Steunpunt Sport, beweging en Gezondheid in Vlaanderen, 2002 – 2006

<sup>9</sup> Steunpunt Sport, beweging en Gezondheid in Vlaanderen, 2002 – 2006

<sup>10</sup> Lenaers S. et al, 2002

<sup>11</sup> De Vriese S. et al, 2006: VIG, 2004

	Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van melkproducten en calciumverrijkte sojaproducten met 10% (van 165 naar 182 g/dag).
<b>Restgroep</b>	Tegen 2015 stijgt het percentage personen dat de aanbeveling voor de restgroep haalt van 5% tot 15%. Tegen 2015 daalt de gemiddelde inname van de restgroep met 10% (van 703kcal naar 633kcal/dag).

<b>5. Tegen 2015 blijft het percentage personen <sup>12</sup> met een gezond gewicht minstens behouden.</b>		
Volwassenen 19-59 j	Mannen	52,7%
	Vrouwen	66,5%
	Totaal	59,6%
Ouderen ≥ 60 j	Mannen	38,0%
	Vrouwen	43,5%
	Totaal	40,9%

Voor de volledigheid wordt hieronder de opsplitsing van subdoelstelling 4 (voeding overeenkomstig de aanbevelingen van de actieve voedingsdriehoek) per leeftijdsgroep weergegeven.

<b>KLEUTERS (3-6 JAAR)</b>	
Water	Tegen 2015 stijgt het percentage kleuters dat de aanbeveling voor water (0,5 liter) haalt van 4% tot 14%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van water (0,5 liter) bij kleuters met 10% (van 224 ml naar 246 ml/dag).
Groenten	Tegen 2015 stijgt het percentage kleuters dat de aanbeveling voor groenten (100 g/dag) haalt van 44% tot 54%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van groenten bij kleuters met 10% (van 66 naar 73g).
Fruit	Tegen 2015 stijgt het percentage kleuters dat de aanbeveling voor fruit (1 – 2 stuks/dag) haalt van 43% tot 53%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van fruit bij kleuters met 10% (van 113 naar 121 g/dag).
Melkproducten en calciumverrijkte sojaproducten	Tegen 2015 stijgt het percentage kleuters dat de aanbeveling (500 ml) voor melk(producten) en calciumverrijkte sojaproducten haalt van 41% tot 51%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van melk(producten) en calciumverrijkte sojaproducten bij kleuters met 10% (van 440 naar 484 g/dag).
Restgroep	Tegen 2015 stijgt het percentage kleuters dat de aanbeveling voor restgroep haalt van x% tot x%. (gegevens niet beschikbaar) Tegen 2015 daalt de gemiddelde inname van de restgroep bij kleuters met 10%. (gegevens niet beschikbaar)

<sup>12</sup> WIV, Gezondheidsenquête, 2004

JONGEREN (12- 14 JAAR)		
Water	Jongens	Tegen 2015 stijgt het percentage jongens uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor water haalt van x% tot x%. (gegevens niet beschikbaar, wordt opgenomen in HBSC 2010 en 2014) Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van water bij jongens uit deze leeftijdsgroep met 10%. (gegevens niet beschikbaar, wordt opgenomen in HBSC 2010 en 2014)
	Meisjes	Tegen 2015 stijgt het percentage meisjes uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor water haalt van x% tot x%. (gegevens niet beschikbaar, wordt opgenomen in HBSC 2010 en 2014) Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van water bij meisjes uit deze leeftijdsgroep met 10%. (gegevens niet beschikbaar, wordt opgenomen in HBSC 2010 en 2014)
	Totaal	
Groenten	Jongens	Tegen 2015 stijgt het percentage jongens uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor groenten haalt van x% tot x%. (gegevens niet beschikbaar) Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van groenten bij jongens uit deze leeftijdsgroep met 10%. (gegevens niet beschikbaar, wordt opgenomen in HBSC 2010 en 2014)  Tegen 2015 stijgt het aantal jongens dat elke dag meer dan 1 keer groenten eet van 14% naar 24%
	Meisjes	Tegen 2015 stijgt het percentage meisjes uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor groenten haalt van x% tot x%. [dagelijks gebruik] (gegevens niet beschikbaar) Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van groenten bij meisjes uit deze leeftijdsgroep met 10%. (gegevens niet beschikbaar, wordt opgenomen in VCP kinderen 2010)  Tegen 2015 stijgt het aantal meisjes dat elke dag meer dan 1 keer groenten eet van 15 naar 25%
	Totaal	Tegen 2015 stijgt het aantal jongeren dat elke dag meer dan 1 keer groenten eet van 15 naar 25%
Fruit	Jongens	Tegen 2015 stijgt het percentage jongens uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor fruit haalt van x% tot x%. (gegevens niet beschikbaar) Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van fruit bij jongens uit deze leeftijdsgroep met 10%. (gegevens niet beschikbaar, wordt opgenomen in VCP kinderen 2010)  Tegen 2015 stijgt het aantal jongens dat elke dag meer dan 1 keer fruit eet van 12% naar 22%.

**Met opmaak:** Geen, Afstand Voor: 0,2 regel, Na: 0,2 regel, Niet bij volgende alinea houden

**Met opmaak:** Geen, Afstand Voor: 0,2 regel, Na: 0,2 regel, Niet bij volgende alinea houden

	Meisjes	<p>Tegen 2015 stijgt het percentage meisjes uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor fruit haalt van x% tot x%. (gegevens niet beschikbaar)</p> <p>Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van fruit bij meisjes uit deze leeftijdsgroep met 10%. (gegevens niet beschikbaar, wordt opgenomen in VCP kinderen 2010)</p> <p>Tegen 2015 stijgt het aantal meisjes dat elke dag fruit meer dan 1 keer eet van 14% naar 24%.</p>
	Totaal	Tegen 2015 stijgt het aantal jongeren dat elke dag meer dan 1 keer fruit eet van 13% naar 23%.
Melkproducten en calciumverrijkte sojaproducten	Jongens	<p>Tegen 2015 stijgt het percentage jongens uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor melk(producten) en calciumverrijkte sojaproducten haalt van x% tot x%. (gegevens niet beschikbaar, wordt opgenomen in HBSC 2010 en 2014)</p> <p>Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van melk(producten) en calciumverrijkte sojaproducten bij jongens uit deze leeftijdsgroep met 10%. (gegevens niet beschikbaar, wordt opgenomen in HBSC 2010 en 2014)</p>
	Meisjes	<p>Tegen 2015 stijgt het percentage meisjes uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor melk(producten) en calciumverrijkte sojaproducten haalt van x% tot x%. (gegevens niet beschikbaar, wordt opgenomen in HBSC 2010 en 2014)</p> <p>Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van melk(producten) en calciumverrijkte sojaproducten bij meisjes uit deze leeftijdsgroep met 10%. (gegevens niet beschikbaar, wordt opgenomen in HBSC 2010 en 2014)</p>
	Totaal	
Restgroep	Jongens	<p>Tegen 2015 stijgt het percentage jongens uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor restgroep haalt van x% tot x%.</p> <p>Tegen 2015 daalt de gemiddelde inname van de restgroep bij jongens uit deze leeftijdsgroep met 10%. (gegevens niet beschikbaar, wordt opgenomen in VCP kinderen 2010)</p>
	Meisjes	<p>Tegen 2015 stijgt het percentage meisjes uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor de restgroep haalt van x% tot x%.</p> <p>Tegen 2015 daalt de gemiddelde inname van de restgroep bij meisjes uit deze leeftijdsgroep met 10%. (gegevens niet beschikbaar, wordt opgenomen in VCP kinderen 2010)</p>
	Totaal	

**Met opmaak:** Geen, Afstand Voor: 0,2 regel, Na: 0,2 regel, Niet bij volgende alinea houden

**Met opmaak:** Geen, Afstand Voor: 0,2 regel, Na: 0,2 regel, Niet bij volgende alinea houden

**Met opmaak:** Geen, Afstand Voor: 0,2 regel, Na: 0,2 regel, Niet bij volgende alinea houden

<b>JONGEREN (15- 18 JAAR)</b>		
Water	Jongens	Tegen 2015 stijgt het percentage jongens dat de aanbeveling voor water haalt van 5% tot 15%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van water bij jongens met 10% (van 449 naar 494 ml/dag).
	Meisjes	Tegen 2015 stijgt het percentage meisjes dat de aanbeveling voor water haalt van 16% tot 26%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van water bij meisjes met 10% (van 616 naar 678 ml/dag).
	Totaal	Tegen 2015 stijgt het percentage jongeren dat de aanbeveling voor water haalt van 11% tot 21%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van water bij jongeren met 10% (van 532 naar 585 ml/dag).
Groenten	Jongens	Tegen 2015 stijgt het percentage jongens dat de aanbeveling voor groenten haalt van 0% tot 10%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van groenten bij mannen met 10% (van 99 naar 109 g/dag).
	Meisjes	Tegen 2015 stijgt het percentage meisjes dat de aanbeveling voor groenten haalt van 0% tot 10%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van groenten bij vrouwen met 10% (van 117 naar 129 g/dag).
	Totaal	Tegen 2015 stijgt het percentage jongeren dat de aanbeveling voor groenten haalt van 0% tot 10%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van groenten bij jongeren met 10% (van 109 naar 120 g/dag).
Fruit	Jongens	Tegen 2015 stijgt het percentage jongens dat de aanbeveling voor fruit haalt van 2% tot 12%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van fruit bij jongens met 10% (van 70 naar 77 g/dag).
	Meisjes	Tegen 2015 stijgt het percentage meisjes dat de aanbeveling voor fruit haalt van 3% tot 13%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van fruit bij meisjes met 10% (van 114 naar 125 g/dag).
	Totaal	Tegen 2015 stijgt het percentage jongeren dat de aanbeveling voor fruit haalt van 2% tot 12%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van fruit bij jongens met 10% (van 90 naar 99 g/dag).
Melkproducten en calciumverrijkte sojaproducten	Jongens	Tegen 2015 stijgt het percentage jongens dat de aanbeveling voor melk(producten) en calciumverrijkte sojaproducten haalt van 7% tot 17%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van melk(producten) en calciumverrijkte sojaproducten bij jongens met 10% (van 244 naar 268 g/dag).
	Meisjes	Tegen 2015 stijgt het percentage meisjes dat de aanbeveling voor melk(producten) en calciumverrijkte sojaproducten haalt van 2% tot 12%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van melk(producten) en calciumverrijkte sojaproducten bij meisjes met 10% (van 179 naar 197 g/dag).

	Totaal	<p>Tegen 2015 stijgt het percentage jongeren dat de aanbeveling voor melk(producten) en calciumverrijkte sojaproducten haalt van 7% tot 17%.</p> <p>Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van melk(producten) en calciumverrijkte sojaproducten bij jongeren met 10% (van 211 naar 232 g/dag).</p>
Restgroep	Jongens	<p>Tegen 2015 stijgt het percentage jongens dat de aanbeveling voor de restgroep haalt van 0% tot 10%.</p> <p>Tegen 2015 daalt de gemiddelde inname van de restgroep bij jongens met 10% (van 1100 kcal tot 990 kcal/dag).</p>
	Meisjes	<p>Tegen 2015 stijgt het percentage meisjes dat de aanbeveling voor de restgroep haalt van 0% tot 10%.</p> <p>Tegen 2015 daalt de gemiddelde inname van de restgroep bij meisjes met 10% (van 651 kcal tot 586 kcal/dag).</p>
	Totaal	<p>Tegen 2015 stijgt het percentage jongeren dat de aanbeveling voor de restgroep haalt van 0% tot 10%.</p> <p>Tegen 2015 daalt de gemiddelde inname van de restgroep bij jongeren met 10% (van 879 kcal tot 791 kcal).</p>

VOLWASSENEN (19 – 59 JAAR)		
Water	Mannen	<p>Tegen 2015 stijgt het percentage mannen dat de aanbeveling voor water haalt van 20% tot 30%.</p> <p>Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van water bij mannen met 10% (van 637 naar 701 ml/dag).</p>
	Vrouwen	<p>Tegen 2015 stijgt het percentage vrouwen dat de aanbeveling voor water haalt van 24% tot 34%.</p> <p>Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van water bij vrouwen met 10% (van 707 naar 778 ml/dag).</p>
	Totaal	<p>Tegen 2015 stijgt het percentage volwassenen dat de aanbeveling voor water haalt van 22% tot 32%.</p> <p>Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van water bij volwassenen met 10% (van 680 naar 748 ml/dag).</p>
Groenten	Mannen	<p>Tegen 2015 stijgt het percentage mannen dat de aanbeveling voor groenten haalt van 0% tot 10%.</p> <p>Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van groenten bij mannen met 10% (van 140 naar 154 g/dag).</p>
	Vrouwen	<p>Tegen 2015 stijgt het percentage vrouwen dat de aanbeveling voor groenten haalt van 1% tot 11%.</p> <p>Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van groenten bij vrouwen met 10% (van 160 naar 176 g/dag).</p>
	Totaal	<p>Tegen 2015 stijgt het percentage volwassenen dat de aanbeveling voor groenten haalt van 1% tot 11%.</p> <p>Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van groenten bij volwassenen met 10% (van 150 naar 165 g/dag).</p>
Fruit	Mannen	<p>Tegen 2015 stijgt het percentage mannen dat de aanbeveling voor fruit haalt van 5% tot 15%.</p> <p>Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van fruit bij mannen met 10% (van 102 naar 112 g/dag).</p>

	Vrouwen	Tegen 2015 stijgt het percentage vrouwen dat de aanbeveling voor fruit haalt van 3% tot 13%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van fruit bij vrouwen met 10% (van 124 naar 136 g/dag).
	Totaal	Tegen 2015 stijgt het percentage volwassenen dat de aanbeveling voor fruit haalt van 5% tot 15%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van fruit bij volwassenen met 10% (van 114 naar 125 g/dag).
Melkproducten en calciumverrijkte sojaproducten	Mannen	Tegen 2015 stijgt het percentage mannen dat de aanbeveling voor melk(producten) en calciumverrijkte sojaproducten haalt van 3% tot 13%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van melk(producten) en calciumverrijkte sojaproducten bij mannen met 10% (van 170 naar 187 g/dag).
	Vrouwen	Tegen 2015 stijgt het percentage vrouwen dat de aanbeveling voor melk(producten) en calciumverrijkte sojaproducten haalt van 1% tot 11%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van melk(producten) en calciumverrijkte sojaproducten bij vrouwen met 10% (van 150 naar 165 g/dag).
	Totaal	Tegen 2015 stijgt het percentage volwassenen dat de aanbeveling voor melk(producten) en calciumverrijkte sojaproducten haalt van 3% tot 14%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van melk(producten) en calciumverrijkte sojaproducten bij volwassenen met 10% (van 161 naar 177 g/dag).
Restgroep	Mannen	Tegen 2015 stijgt het percentage mannen dat de aanbeveling voor de restgroep haalt van 2% tot 12%. Tegen 2015 daalt de gemiddelde inname van de restgroep bij mannen met 10% (van 861 kcal naar 775 kcal/dag).
	Vrouwen	Tegen 2015 stijgt het percentage vrouwen dat de aanbeveling voor de restgroep haalt van 6% tot 16%. Tegen 2015 daalt de gemiddelde inname van de restgroep bij vrouwen met 10% (van 498 kcal naar 448 kcal/dag).
	Totaal	Tegen 2015 stijgt het percentage volwassenen dat de aanbeveling voor de restgroep haalt van 5% tot 15%. Tegen 2015 daalt de gemiddelde inname van de restgroep bij volwassenen met 10% (van 686 kcal naar 617 kcal/dag).

OUDEREN (60+)		
Water	Mannen	Tegen 2015 stijgt het percentage mannen dat de aanbeveling voor water haalt van 7% tot 17%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van water bij mannen met 10% (van 395 naar 434 ml/dag).
	Vrouwen	Tegen 2015 stijgt het percentage vrouwen dat de aanbeveling voor water haalt van 14% tot 24%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van water bij vrouwen met 10% (van 577 naar 634 ml/dag).
	Totaal	Tegen 2015 stijgt het percentage ouderen dat de aanbeveling voor water haalt van 11% tot 21%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van water bij ouderen met 10% (van 495 naar 544 ml/dag).

Groenten	Mannen	Tegen 2015 stijgt het percentage mannen dat de aanbeveling voor groenten haalt van 1% tot 11%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van groenten bij mannen met 10% (van 145 naar 160 g/dag).
	Vrouwen	Tegen 2015 stijgt het percentage vrouwen dat de aanbeveling voor groenten haalt van 1% tot 11%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van groenten bij vrouwen met 10% (van 133 naar 146 g/dag).
	Totaal	Tegen 2015 stijgt het percentage ouderen dat de aanbeveling voor groenten haalt van 1% tot 11%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van groenten bij ouderen met 10% (van 138 naar 152 g/dag).
Fruit	Mannen	Tegen 2015 stijgt het percentage mannen dat de aanbeveling voor fruit haalt van 10% tot 20%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van fruit bij mannen met 10% (van 128 naar 141 g/dag).
	Vrouwen	Tegen 2015 stijgt het percentage vrouwen dat de aanbeveling voor fruit haalt van 13% tot 23%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van fruit bij vrouwen met 10% (van 157 naar 173 g/dag).
	Totaal	Tegen 2015 stijgt het percentage ouderen dat de aanbeveling voor fruit haalt van 12% tot 22%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van fruit bij ouderen met 10% (van 144 naar 158 g/dag).
Melkproducten en calciumverrijkte sojaproducten	Mannen	Tegen 2015 stijgt het percentage mannen dat de aanbeveling voor melk(producten) en calciumverrijkte sojaproducten haalt van 2% tot 12%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van melk(producten) en calciumverrijkte sojaproducten bij mannen met 10% (van 129 naar 142 g/dag).
	Vrouwen	Tegen 2015 stijgt het percentage vrouwen dat de aanbeveling voor melk(producten) en calciumverrijkte sojaproducten haalt van 2% tot 12%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van melk(producten) en calciumverrijkte sojaproducten bij vrouwen met 10% (van 148 naar 163 g/dag).
	Totaal	Tegen 2015 stijgt het percentage ouderen dat de aanbeveling voor melk(producten) en calciumverrijkte sojaproducten haalt van 2% tot 12%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van melk(producten) en calciumverrijkte sojaproducten bij ouderen met 10% (van 140 naar 154 g/dag).
Restgroep	Mannen	Tegen 2015 stijgt het percentage mannen dat de aanbeveling voor de restgroep haalt van 18% tot 28%. Tegen 2015 daalt de gemiddelde inname van de restgroep bij mannen met 10% (van 629 kcal naar 566 kcal/dag).
	Vrouwen	Tegen 2015 stijgt het percentage vrouwen dat de aanbeveling voor de restgroep haalt van 6% tot 16%. Tegen 2015 daalt de gemiddelde inname van de restgroep bij vrouwen met 10% (van 425 kcal naar 382 kcal/dag).

	Totaal	Tegen 2015 stijgt het percentage ouderen dat de aanbeveling voor de restgroep haalt van 13% tot 23%. Tegen 2015 daalt de gemiddelde inname van de restgroep bij ouderen met 10% (van 514 kcal naar 463 kcal/dag).
--	--------	--

## **2. Algemeen kader van de gezondheidsdoelstelling:**

### **a) Grote lijnen voor de planning van de realisatie van de doelstelling: de strategieën en/of actieplan;**

Om een integrale aanpak in Vlaanderen te kunnen realiseren is een actieplan met 6 strategieën en 12 prioriteiten naar voor geschoven.

#### **- Strategie 1: Gezond bewegen en evenwichtiger eten in de lokale gemeenschap**

**Prioriteit 1:** Aanreiken van geschikte hulpmiddelen aan lokale beleidsactoren en organisaties die met kansarmen en/of etnisch culturele minderheden werken, om sociale risicogroepen aan te zetten tot gezond bewegen en evenwichtig eten.

**Prioriteit 2:** Ondersteunen van lokale beleidsactoren in het opstellen en uitvoeren van een lokaal beleid voor gezonde beweging en evenwichtige voeding, binnen het kader van het lokaal sociaal beleid en met medewerking van het middenveld.

#### **- Strategie 2: Gezond bewegen en evenwichtiger eten bij kinderen en jongeren van 0 tot 18 jaar**

**Prioriteit 3:** Van borstvoeding de norm maken. In Vlaanderen neemt obesitas al vanaf de kinderleeftijd toe. Het waken over goede voedingsgewoonten en voldoende lichaamsactiviteit bij kinderen is dan ook belangrijk. In de directe sociale omgeving hebben de ouders, het gezin, de kinderopvang en vrijetijdsorganisaties een belangrijke invloed op het verwerven van een gezonde levensstijl. In deze strategie gaat extra aandacht naar de rol die deze personen of organisaties kunnen spelen in het bevorderen van evenwichtige voeding en beweging bij kinderen.

**Prioriteit 4:** Ondersteunen van ouders, gezinnen en diensten voor opvoedingsondersteuning om kinderen en jongeren evenwichtiger te leren eten en meer te doen bewegen.

**Prioriteit 5:** Aanbieden en faciliteren van gezonde voedings- en beweegmogelijkheden in de kinderopvang.

#### **- Strategie 3: Gezond bewegen en evenwichtiger eten op school**

**Prioriteit 6:** Versterken van het bovenschools organisatorisch kader en de begeleidingsstructuur om zo scholen (basis- en secundair onderwijs) te ondersteunen bij hun opdracht om leerlingen evenwichtiger te stimuleren gezond te leven, meer bepaald evenwichtiger te eten en meer te bewegen.

#### **- Strategie 4: Gezond bewegen en evenwichtiger eten bij de werkende bevolking**

**Prioriteit 7:** Creëren van een draagvlak bij bedrijven en sociale partners, in het bijzonder in kleine en middelgrote ondernemingen om een voedings- en bewegingsbeleid uit te werken. Prioritaire sectoren zijn voeding, chemie, metaal, transport, overheid, scholen en de socioculturele sector.

**Prioriteit 8:** Aanbieden en faciliteren van gezonde voedings- en beweegmogelijkheden op de werkplek.

#### **- Strategie 5: Een beter ondersteuningsaanbod voor zorgverstrekkers**

**Prioriteit 9:** Aanreiken van hulpmiddelen aan zorgverstrekkers zodat patiënten/cliënten de juiste informatie krijgen over de thema's voeding en beweging, problemen vroegtijdig worden herkend en correct wordt doorverwezen.

#### **- Strategie 6: Gezond bewegen en evenwichtiger eten bevorderen via informatie en communicatie**

**Prioriteit 10:** Organiseren van een langlopende, goed herkenbare massamediacampagne, ter ondersteuning van het actieplan voeding en beweging, gericht naar alle doelgroepen en gedragen door lokale actoren.

**Prioriteit 11:** Beïnvloeden van de beeldvorming rond gezonde voeding en beweging.

**Prioriteit 12:** Betrekken van de voedingssector bij de uitvoering van het actieplan.

### **Opmerking:**

Het thema 'ondervoeding bij ouderen' wordt vaak ten onrechte gekoppeld aan het Vlaams preventief voedingsbeleid. Toch behoort het niet tot de scoop. Tijdens het voortraject van de gezondheidsconferentie is er door de experts expliciet voor gekozen om dit niet op te nemen binnen het Vlaams actieplan voeding en beweging. Ondervoeding wijst immers vaak op een onderliggend probleem: motorische stoornissen, slikproblemen, visuele problematiek of psychische stoornissen. Deze problematiek is daarom fundamenteel verschillend van de doelstelling binnen het Vlaams preventief voedingsbeleid: het behalen van gezondheidswinst door evenwichtige voedingsgewoonten. Het actieplan is vanuit een positieve filosofie geformuleerd. Daarom is dit moeilijk te vertalen naar de specifieke gezondheidsproblematieken waar ouderen met ondervoeding mee te kampen hebben.

### **b) Eventueel reden van deze doelstelling en historisch kader (verleden, gezondheidsconferentie, herziening doelstelling)**

Op 21 januari 1998 werd voor het eerst een gezondheidsdoelstelling over voeding voorgesteld. Op 19 februari en 26 maart van datzelfde jaar volgde hierover een [gedachtenwisseling in de Commissie Welzijn, Gezondheid en Gezin \(pdf, 930 kB\)](#) van het Vlaams Parlement.

Op de gezondheidsconferentie voeding en beweging van 23 oktober 2008 werd deze gezondheidsdoelstelling geherformuleerd en uitgebreid tot een gezondheidsdoelstelling voor voeding én beweging. De gezondheidsconferentie van 2008 formuleerde voor het eerst een (sub)doelstelling rond 'fysieke activiteit'. Tevens werd er in het voortraject voor gekozen om de gezondheidsdoelstellingen op te splitsen naar een aantal doelgroepen (mannen/vrouwen en jongeren/volwassenen/senioren).

29 mei 2009: de Vlaamse Regering van de vorige legislatuur keurt de gezondheidsdoelstelling en het actieplan voeding en beweging goed

24 juli 2009: de huidige Vlaamse Regering bekrachtigt de goedkeuring van de gezondheidsdoelstelling en het actieplan voeding en beweging

12 november 2009: de gezondheidsdoelstelling en het actieplan voeding en beweging worden door de commissie Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding unaniem goedgekeurd.

## **3. Beschikbare cijfers:**

### **a) Cijfers met bronvermelding en periode of datum;**

De volgende onderzoeken liggen aan de basis voor de onderstaande cijfergegevens:

- Voedselconsumptiepeiling (ad hoc; 2004 + 15 jarigen)
- Voedingsprofiel Vlaamse kleuters (Huybrechts; 2004)
- Gezondheidsenquête (om de 4 jaar: 1997, 2001, 2004 en 2008)
- Steunpunt Sport, Bewegen en Gezondheid (2002-2006)
- Indicatorenbevraging VIGEZ (2009)

#### **1. Cijfers op Vlaams niveau**

**Overzicht van het percentage personen per leeftijdsgroep dat de aanbevelingen uit de subdoelstellingen haalt.**

(WIV: VCP-1, 2004; WIV: Gezondheidsenquête, 2004; Steunpunt SBG 2002 - 2006, 2007; Lefevre, J. e.a. , 2002; Huybrechts, I., 2008; Lenaers, S. e.a. 2002)

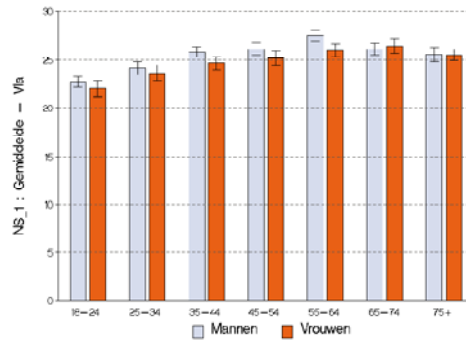
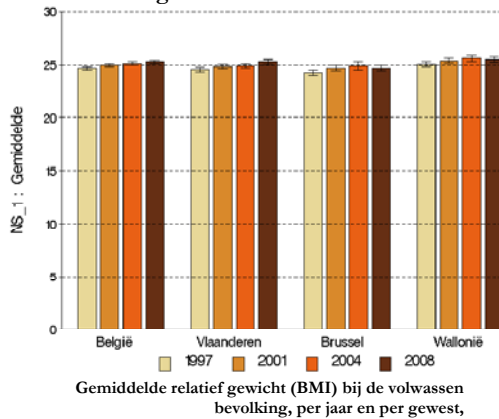
Subdoelstelling	Vlaamse bevolking (15 – 59)	Kleuters (3-5 jaar)	6 – 11jaar	12 – 14 jaar		15 – 18 jaar		Volwassenen (19 – 59 jaar)		60+	
				M	V	M	V	M	V	M	V
1. Tegen 2015 stijgt het aantal mensen dat voldoende fysiek actief is om gezondheidswinst te behalen met 10%.	39%	Geen gegevens	Geen gegevens	74%	47%	67%	42%	49%	29%	18%	11%
2. Tegen 2015 daalt het aantal sedentairen met X%	17%	Geen gegevens	Geen gegevens	5%	11%	8%	16%	11%	22%	44%	46%
3. Tegen 2015 stijgt het aantal jonge moeders dat met borstvoeding start van 64% naar 75%. (Lenaers, 2002)											
4. Tegen 2015 eten meer mensen evenwichtig overeenkomstig de aanbevelingen van de actieve voedingsdriehoek											
4a) Tegen 2015 stijgt het % mensen dat de aanbeveling voor water haalt met 10%	22% drinkt min. 1 l/dag	4% kleuters drinkt min. 500 ml water per dag	Geen gegevens	Geen gegevens		5%	16%	20%	24%	7%	14%
4b) Tegen 2015 stijgt het % mensen dat de aanbeveling voor groenten haalt met 10%	1 % eet 300g/dag	44% eet min. 100 g per dag	Geen gegevens	14 % eet dagelijks meer dan 1 X groenten	15,4 eet dagelijks meer dan 1 X groenten	0%	0%	0%	1%	1%	1%
4c) Tegen 2015 stijgt het % mensen dat de aanbeveling voor fruit haalt met 10%.	5% eet 250 g/dag	43% eet gem. min. 1 stuk fruit	Geen gegevens	12% eet dagelijks meer dan 1 X fruit	14% eet dagelijks meer dan 1 X fruit	2%	3%	5%	3%	10%	13%
4d) tegen 2015 stijgt het % mensen dat de aanbeveling voor melk, melkproducten en calciumverrijkte sojaproducten haalt met 10%	4% gebruikt 450 g/dag	41% haalt de aanbeveling (69% gebruikt geen volle melk)	Geen gegevens	Geen gegevens		7%	2%	3%	1%	2%	2%
4e) Tegen 2015 stijgt het % mensen dat de aanbeveling voor de restgroep haalt met 10%.	5% gebruikt max. 250 kcal	Gem. inname is 250 kcal	Geen gegevens	Geen gegevens		0,2%	0,5%	2%	6%	18 %	6%
5. Tegen 2015 blijft het % mensen met een gezond gewicht minstens behouden		tussen 2 en 5 jaar heeft 93% normaal gewicht	tussen 5 en 10 jaar heeft 86% normaal gewicht	tussen 10 en 15 jaar heeft 89% normaal gewicht		93,5% normaal gewicht		54% heeft een gezond gewicht Tussen 31 en 59 jaar heeft 45% een gezonde middelomtrek		38 à 40% gezond gewicht 20% gezonde middelomtrek	

**Gemiddelde inname per dag per leeftijdsgroep voor de subdoelstellingen i.v.m. voeding**  
(geg. WIV: VCP-1,2004 behalve kleuters: Huybrechts I., 2008)

Subdoelstelling	Vlaamse bevolking (15 – 59)	Kleuters (3-5 jaar)	6 – 11jaar	12 – 14 jaar	15 – 18 jaar		Volwassenen (19 – 59 jaar)		60+	
					M	V	M	V	M	V
4a) Tegen 2015 stijgt de gem. inname van water met 10%	Gem. 669 ml water/dag	224 ml	Geen gegevens	Geen gegevens	449 ml	616 ml	637 ml	707 ml	405 ml	663 ml
4b) Tegen 2015 stijgt de gem. inname van groenten met 10%	Gem. 147g/dag	66,5 g	Geen gegevens	Geen gegevens	109 g	129 g	140l g	160 g	145 g	133 g
4c) Tegen 2015 stijgt de gem. inname van fruit met 10%	Gem. 113g/dag	113 g	Geen gegevens	Geen gegevens	70 g	114 g	102 g	124 g	127 g	160 g
4d) tegen 2015 stijgt de gem. inname van melk, melkproducten en calciumverrijkte sojaproducten met 10%	Gem. 165g/dag	440 g	Geen gegevens	Geen gegevens	244 g	179 g	170 g	150 g	124 g	142 g
4e) Tegen 2015 daalt de gem. inname uit de restgroep met 10%	Gem. 703 kcal/dag	250 kcal	Geen gegevens	Geen gegevens	1100 kcal	652 kcal	861 kcal	498 kcal	629 kcal	425 kcal

## Cijfers gezondheidsenquête 2008 (WIV)

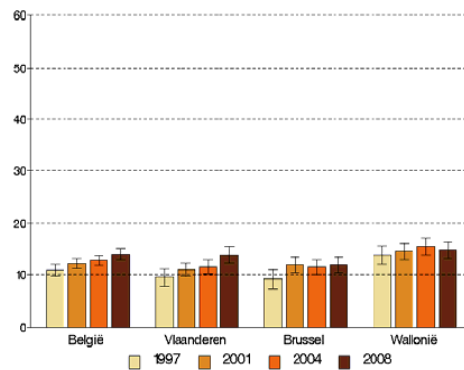
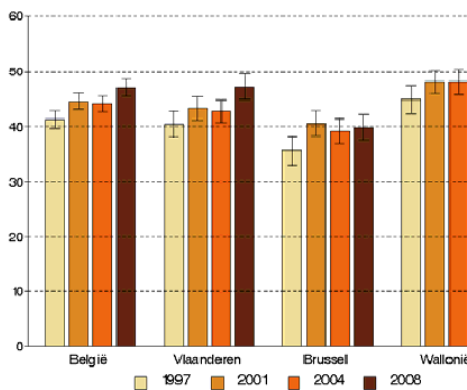
## Gewicht – overgewicht - obesitas



De gemiddelde BMI-waarde voor volwassenen in het Vlaams Gewest is 25,3. Ook hier is dit gemiddelde significant hoger bij mannen (25,7) dan bij vrouwen (24,9). Voor het overige lopen de resultaten voor het Vlaams Gewest parallel met deze voor het ganze land:

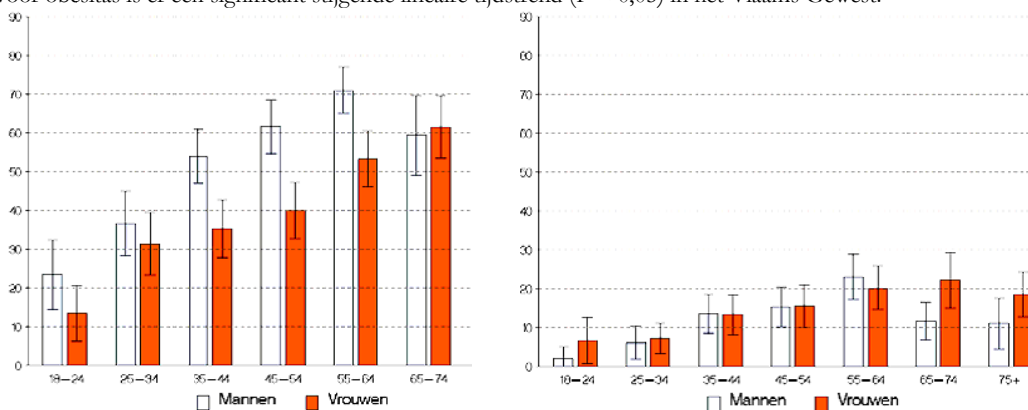
- toename van de BMI- waarde naarmate de leeftijd stijgt (behoudens voor de oudste leeftijdsgroepen)
- een hogere gemiddelde BMI-waarde voor de lager geschoolden
- geen samenhang tussen de urbanisatiegraad en de gemiddelde BMI-waarde.

Zoals voor België, wordt er ook voor het Vlaams Gewest vanaf 1997 een significante toename ( $P < 0,05$ ) met lineaire tendens van de gemiddelde BMI-waarde vastgesteld.



## Genderverschillen voor Vlaanderen

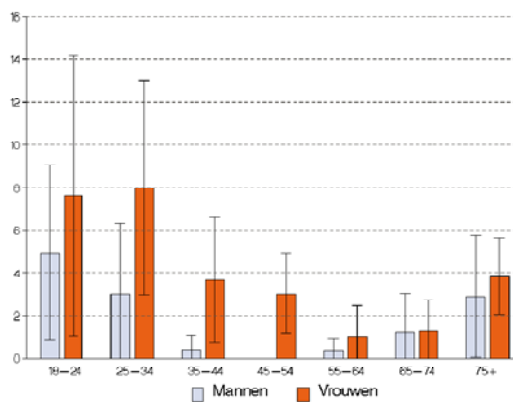
Significant meer mannen (53%) dan vrouwen (41%) geven aan een overgewicht te hebben, ook na correctie van leeftijd. Met uitzondering van de twee oudste leeftijdsgroepen, stijgt het percentage van volwassenen met een overgewicht met de leeftijd. Bij personen met een diploma hoger onderwijs ligt het percentage van volwassenen met een overgewicht significant lager dan bij de andere opleidingsniveaus. Ook in het Vlaams Gewest wordt er een significant stijgende lineaire tijdstrend ( $P < 0,05$ ) voor overgewicht waargenomen. Wanneer de aandacht toegespitst wordt op volwassenen met obesitas, dan tonen de resultaten voor het Vlaams Gewest grote overeenkomsten met deze van het ganse land: meer vrouwen (15%) dan mannen (13%) zijn zwaarlijvig, een verschil dat echter niet significant is na correctie voor leeftijd. Het percentage vrouwen zwaarlijvige volwassenen stijgt met de leeftijd (met uitzondering van de twee oudste leeftijdsgroepen) en is significant lager bij die personen met een diploma hoger onderwijs. Ook voor obesitas is er een significant stijgende lineaire tijdstrend ( $P < 0,05$ ) in het Vlaams Gewest.



Percentage van de Vlaamse volwassen bevolking met linker grafiek overgewicht (BMI  $\geq 25$ ) en rechter grafiek obesitas (BMI  $\geq 30$ ), volgens leeftijd en geslacht

## Ondergewicht

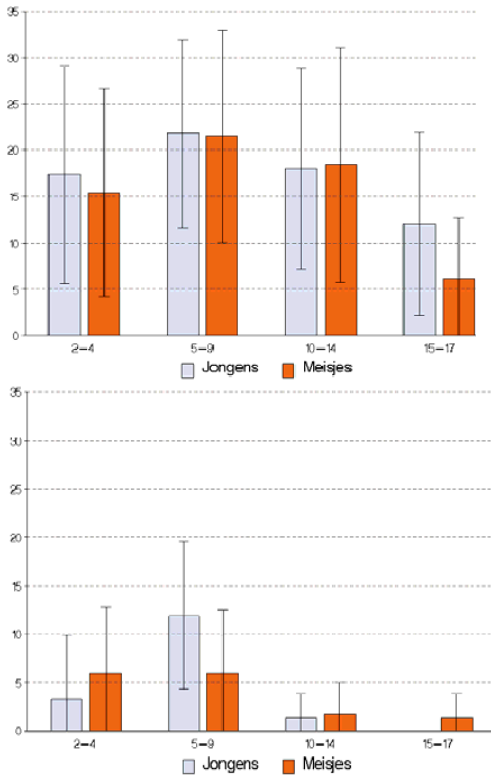
In het Vlaams Gewest heeft 3% van de volwassen bevolking een ondergewicht: 3,9% van de vrouwen en 1,4% van de mannen, een verschil dat significant blijft na correctie voor leeftijd. Personen met een ondergewicht kunnen vooral teruggevonden worden in de jongste leeftijdsgroepen. Ondergewicht komt in het Vlaams Gewest meer voor bij diegenen met een diploma hoger onderwijs. In het Vlaams Gewest komt ondergewicht significant meer voor in grootstedelijke gebieden dan in landelijke gebieden. Het percentage volwassenen met een ondergewicht is onveranderd gebleven over de verschillende meetpunten (1997, 2001, 2004 en 2008). Opgelet, de cijfers over ondergewicht zijn slechts een beperkte indicator voor de prevalentie van eetstoornissen in Vlaanderen. Hierover bestaan op heden geen cijfers.



## Jongeren

Het percentage jongeren met een overgewicht in het Vlaams Gewest is 17%. Dit percentage ligt iets hoger bij jongens (18%) dan bij meisjes (16%), maar dit verschil is niet significant. Ook hier is de prevalentie van overgewicht bij jong adolescenten (15-17 jaar) het laagst (9%), maar niet significant. Jongeren behorend tot huishoudens met een lage opleiding vertonen een significante hogere prevalentie van overgewicht dan die met een hoge opleiding. Ook hier is de prevalentie over de verschillende meetpunten (1997, 2001, 2004 en 2008) nagenoeg constant gebleven.

Als we ons verder focussen op de prevalentie van zwaarlijvigheid, dan kampt 4% van de Vlaamse jongeren met dit probleem. Zoals ook het geval is bij overgewicht, is er geen verschil tussen jongens (5%) en meisjes (4%). De prevalentie is significant lager bij jong adolescenten (15-17 jaar) en is constant gebleven over de verschillende meetpunten (1997, 2001, 2004 en 2008). Zwaarlijvigheid wordt het vaakst opgemerkt in de leeftijdsgroep 5-9 jaar.



**Percentage van de jongeren (van 2 t.e.m. 17 jaar) met linker grafiek overgewicht en rechter grafiek obesitas, volgens geslacht en leeftijd**

In de Gezondheidsenquête 2008 werd ook de dagelijkse consumptie van fruit, groenten, fruit- en groentesap, bruin brood en gesuikerde frisdranken en de wekelijkse consumptie van vis bevraagd. Hieronder worden enkel de resultaten besproken van groenten en fruit en de gesuikerde frisdranken, omdat deze direct in verband kunnen gebracht worden met een subdoelstelling van de gezondheidsdoelstelling.

Mannen (62%) eten in vergelijking tot vrouwen (70%) minder frequent dagelijks **fruit**. Bovendien is de frequentie van vrouwen (42%) dat minstens 2 porties fruit per dag eet significant hoger dan bij mannen (35%). In de leeftijdsgroep 15- 24 jaar eet minder dan de helft (47%) van de populatie dagelijks fruit, om daarna terug toe te nemen.

Mensen met een opleiding hoger onderwijs (70%) geven vaker aan dagelijks fruit te eten. Het verschil met de andere opleidingsniveaus (gaande van 61% tot 67%) is, na correctie voor leeftijd en geslacht, significant. Ook voor wat betreft de hoeveelheid, is het percentage mensen dat minstens 2 porties fruit per dag eet significant hoger bij diegenen met een diploma hoger onderwijs (43%) in vergelijking met de lagere opleidingsniveaus.

In het Vlaams Gewest wordt er geen significant verschil tussen mannen (86%) en vrouwen (88%) waargenomen wat de dagelijkse consumptie van **groenten** betreft; dit is ook zo wat de hoeveelheid groenten per dag (minstens 200g) betreft: respectievelijk 68% en 65%. Aangaande de leeftijdsverdeling zien we dat er 2 uitschieters voor de dagelijkse consumptie van groenten zijn: in de leeftijdsgroep 15-24 jaar is deze frequentie het laagst, namelijk 80%, en in de leeftijdsgroep 55- 64 jaar is deze frequentie het hoogst, namelijk 94%, deze verschillen zijn significant na correctie voor geslacht.

In het Vlaams Gewest zijn er geen socio-economische verschillen voor zowel de dagelijkse consumptie van groenten als de hoeveelheid groenten per dag (minstens 200g).

Ook in het Vlaams Gewest is er een grote toename sinds 2004 wat het percentage mensen dat dagelijks groenten eet betreft: van 76% in 2004 tot 87% in 2008, een verschil dat ook significant ( $P < 0,05$ ) is na correctie voor leeftijd en geslacht.

**Hieronder is een overzicht terug te vinden over welke subgroepen extra aandacht verdienen op basis van deze cijfers.**

**Met betrekking tot overgewicht en obesitas**

- 45 plussers (overgewicht prevalentie neemt toe vanaf deze leeftijd)
- Jongeren (5-9 jarigen en 10-14 jarigen)
- ➔ specifiek segment voor beide subgroepen: mensen met een lager opleidingsniveau
- Mannen hebben doorgaans een hogere BMI dan vrouwen

**Met betrekking tot ondergewicht**

- Jonge vrouwen (18 tot 34 jaar)
- ➔ specifiek segment voor deze subgroep: vrouwen met een hoger opleidingsniveau

**Met betrekking tot groenten en fruitconsumptie**

- 15-24 jarigen
- Enkel fruit: mannen
- Mensen met een lager opleidingsniveau

**Met betrekking tot fysieke activiteit:**

- vrouwen
- mensen met een lager opleidingsniveau
- 55- plussers

## 2. Cijfers op provinciaal niveau

### Beweging

De volgende cijfers geven een opsplitsing per provincie van het aantal personen dat voldoende fysiek actief is voor het behalen van gezondheidswinst. (HIS 2004) Er is geen recenter cijfermateriaal beschikbaar dat een indicatie zou kunnen geven als 'nulmeting' van de gezondheidsdoelstelling.

leeftijdsgroep	geslacht	Antwerpen		Vlaams-Brabant		West-Vlaanderen		Oost-Vlaanderen		Limburg	
		% actief	N(*)	% actief	N(*)	% actief	N(*)	% actief	N(*)	% actief	N(*)
15-59	Man	60,2	205	60,4	96	59,6	143	59,2	159	62,4	198
	Vrouw	52,2	215	38	105	35	164	44,7	173	32	202
	Totaal	56,4	420	48,6	201	46,4	307	51,8	332	47,1	400
60+	Man	44,7	126	50,4	67	42,9	74	54,2	80	50,8	107
	Vrouw	30	152	24,1	70	23,1	95	25,4	109	29,6	123
	Totaal	37,1	278	37,2	137	32,1	169	38,3	189	39,4	230

Uit de bovenstaande tabel noteren we een hogere activiteitsgraad bij de volwassen vrouwen uit de provincie Antwerpen ten opzichte van de andere provincies. Limburg en West-Vlaanderen scoren het minst hoog. Bij de volwassen mannen liggen de cijfers voor de verschillende provincies veel dicht bij elkaar.

Bij de 60-plussers scoort West-Vlaanderen bij zowel de mannen als de vrouwen het zwakst.

#### Gewicht

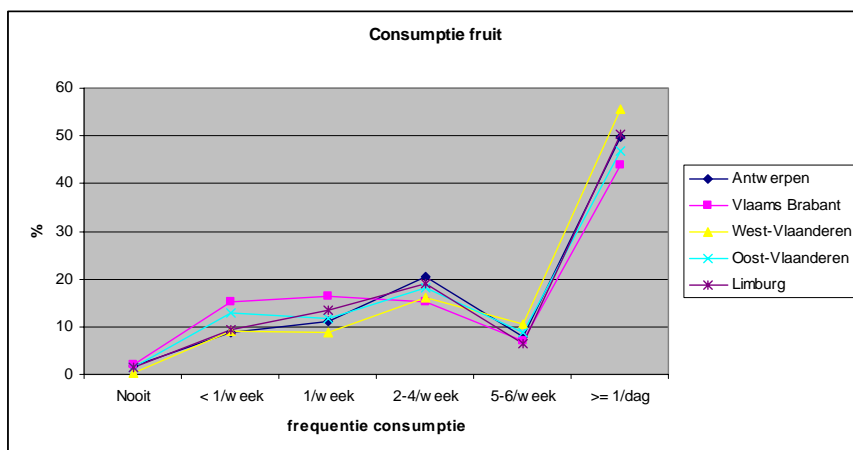
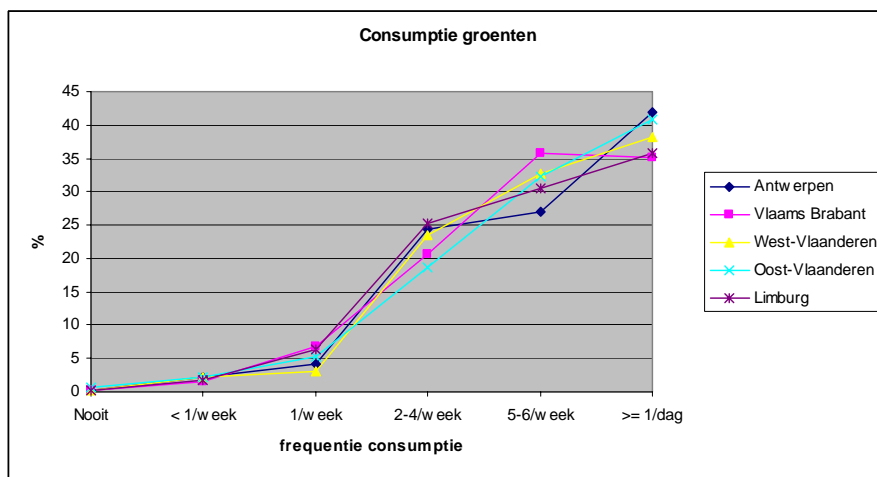
De volgende cijfers geven een opsplitsing per provincie met voor 'gezond gewicht' (HIS 2004).

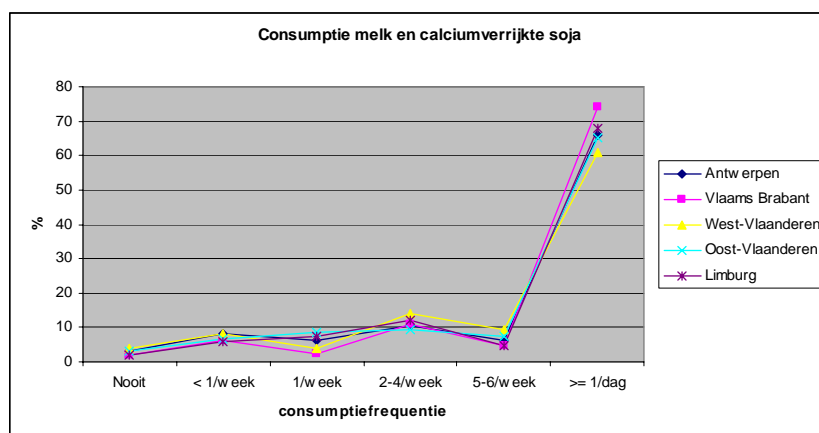
	Leef-tijd	Ge-slacht	2004				2008			
			onder-gewicht	Normaal gewicht	over-gewicht	N(*)	onder-gewicht	Normaal gewicht	over-gewicht	N(*)
Antwerpen	19-59	Man	1,4	53,7	44,9	279	2,2	46,6	51,2	300
		Vrouw	4,3	68,7	27	296	7	56,9	36,1	277
		Totaal	2,8	61	36,2	575	4,5	51,6	43,9	577
	60+	Man	1,7	36,2	62,1	177	0,6	36,6	62,8	171
		Vrouw	4,4	39	56,6	201	3,1	36,3	60,6	191
		Totaal	3,1	37,6	59,3	378	2	36,4	61,6	362
Vlaams-Brabant	19-59	Man	0,3	57	42,7	132	0,5	45,8	53,7	143
		Vrouw	1,9	64	34,1	141	2	59,8	38,2	153
		Totaal	1,1	60,6	38,3	273	1,3	53,1	45,6	296
	60+	Man	0,5	43,8	55,7	90	2,2	37,9	59,9	92
		Vrouw	3,3	52,5	44,2	108	3,8	40,1	56,1	130
		Totaal	2	48,6	49,4	198	3,1	39,1	57,8	222
West-Vlaanderen	19-59	Man	0,9	52,2	46,9	205	2,3	45,6	52,1	193
		Vrouw	4,3	63,5	32,2	209	6,1	66,5	27,4	168
		Totaal	2,6	58	39,4	414	4,1	55,6	40,3	361
	60+	Man	1	34	65	110	0	41,4	58,6	105
		Vrouw	1,4	47,7	50,9	116	1,1	40,8	58,1	140
		Totaal	1,2	40,7	58,1	226	0,6	41,1	58,3	245
Oost-Vlaanderen	19-59	Man	0,3	50,9	48,8	231	0,9	55,7	43,4	177
		Vrouw	5	68,4	26,6	243	5,9	63,7	30,4	196
		Totaal	2,6	59,6	37,8	474	3,5	59,8	36,7	373
	60+	Man	0,2	43,2	56,6	126	4,2	27,3	68,5	101
		Vrouw	5,6	43,1	51,3	144	1	47,1	51,9	132
		Totaal	3,1	43,1	53,8	270	2,5	37,9	59,6	233
Limburg	19-59	Man	2,8	50,2	47	273	0,2	46,3	53,5	136
		Vrouw	6,1	65,9	28	261	1,4	55,4	43,2	132
		Totaal	4,4	57,8	37,8	534	0,8	50,9	48,3	268

	60+	Man	1	31,5	67,5	140	0	39,1	60,9	76
		Vrouw	1,9	36,5	61,6	158	1,1	44,5	54,4	103
		Totaal	1,5	34,2	64,3	298	0,6	41,9	57,5	179

### 3. Cijfers over consumptie van groenten, fruit, melk en calciumverrijkte soja

De volgende grafieken geven een indicatie van de consumptie van groenten, fruit en melk (en melkverrijkte soja producten) per provincie. Hiervoor constateren we geen opmerkelijke verschillen tussen de verschillende provincies.





#### 4. Cijfers over de settings lokale besturen, bedrijven en scholen (Indicatorenbevraging, 2009, VIGEZ)

Op basis van de resultaten van de indicatorenbevraging van het VIGEZ (afgenomen 2009) werden door VIGEZ de volgende beleidsaanbevelingen gesuggereerd naar:

##### 1. Gemeentebesturen en OCMW's

- Breed lokaal overlegforum gezondheid in elke gemeente.

De sterkte van het lokaal gezondheidsbeleid ligt in het betrekken van lokale partners. Waar een overlegforum is gecreëerd, worden verschillende welzijns-, socio-culturele en doelgroeporganisaties betrokken om juiste beleidskeuzes te adviseren en om gezondheidsacties in de reguliere werkingen te integreren. Verdere verspreiding van werkzame **lokale participatie- en overlegvormen** verdient aanbeveling om de lokale coördinatiefunctie van de gemeente te faciliteren.

- Versterking lokale coördinatiecapaciteit en duidelijke taakverdeling.

De aanwezige '**capaciteit**' (werkkracht, budget, deskundigheid, overleg) die nu in gemeenten kan worden ingezet, is beperkt. (Preventieve) gezondheid wordt wel benaderd als een integraal thema, overkoepelend voor de deelthema's voeding, tabak en zomeer. Manieren om de capaciteit te versterken dienen in overleg tussen lokale besturen, gezondheidsbevordering en de Vlaamse overheid (binnenlands bestuur-gezondheid) ontwikkeld te worden. Gemeenten moeten maximaal een beroep kunnen doen op de ondersteuning van hun beleidsproces door Logo's.

- Praktische aanbevelingen voor lokaal facetbeleid.

**Lokaal facetbeleid** moet gestimuleerd en ondersteund worden vanuit gezondheid. Uitwerken wat de bijdrage kan zijn van andere beleidsdomeinen is nodig. Zeker binnen een lokaal sociaal beleid, met specifieke aandacht voor armoedebestrijding en doelgroepbeleid zoals voor ouderen.

- Meer aandacht voor gezondheidsbevordering van gemeente- en OCMW-personeel.

**Gezondheidsbevordering voor het personeel** van het OCMW en de gemeente scoort grotendeels minder sterk in vergelijking met de gewone bevolking.

- Interventies en campagnes voor voeding en tabak uitbreiden.

Bevorderen van gezonde beweging is, door de aanwezigheid van sportdiensten en door het **aanbod aan campagnes**, bij de besturen meer uitgewerkt dan tabakspreventie en gezonde voeding. Beweging kan daardoor meer gaan focussen op bijkomende doelen, zoals het bereiken van sedentaire groepen, terwijl voeding en tabak bijkomende interventies en campagnes kunnen gebruiken.

- OCMW's aanzetten om gezondheidsbevordering op maat van kansengroepen te voorzien.

OCMW's scoren iets sterker dan gemeentebesturen op vlak van aandacht voor toegankelijke

gezondheidsbevordering **voor lage SES** (socioeconomische status) groepen. Toch is het bereik nog minimaal en dikwijls beperkt tot voeding. OCMW's zijn hier duidelijk goed geplaatst om hulpverlening en preventie te koppelen, mits goede externe samenwerking.

## 2. Onderwijs

- Kwalitatieve integratie van gezondheidseducatie in de dagelijkse klas- en schoolwerking.

Het onderwijs kent een brede gezondheidseducatie in de klas- en schoolpraktijk die wordt gekenmerkt door een werking in de verschillende leerjaren en veelvuldige initiatieven in klas en school. Een kwaliteitsvolle integratie (in de diepte), een **systematische werking doorheen alle leerjaren** en een 'borging' ervan in de reguliere werking is in veel scholen nog niet gerealiseerd, zeker in de bovenbouw SO niet. Een structurele invulling hiervan vraagt een werking vanuit de (vakoverschrijdende) eindtermen, een spiraalcurriculum met uitgewerkte leerlijnen van expliciete en impliciete leerinhouden en de link met de andere leergebieden/vakken. Om dergelijke werking dieper te implementeren hebben scholen nood aan een zicht op dit curriculum en de bijhorende werkwijze, en aan een aanbod van geschikte, op elkaar afgestemde educatieve methodieken en materialen. Zowel gezondheids- als onderwijsorganisaties dienen blijvend te werken aan de verdere uitbouw van een dergelijk aanbod.

- Verdere inspanningen voor evenwichtige, kwaliteitsvolle schoolmaaltijden.

Er zijn blijvende inspanningen nodig voor een **evenwichtig aanbod van schoolmaaltijden**. Belangrijk aandachtspunt blijft hierbij een dagelijks aanbod van voldoende groenten. Ook de gemiddelde situatie van het broodjesaanbod (gebeurt vooral in SO) vraagt om verbetering. De huidige paradox - een evenwichtige samenstelling van maaltijden lijkt min of meer gerealiseerd, maar er zijn signalen van een persistent gebrek aan kwaliteit - dient verder onderzocht te worden vanuit dieptestudies.

- Dranken- en tussendoortjesaanbod in het secundair onderwijs duurzaam maken.

Er zijn inspanningen nodig om de huidige, positief geëvolueerde situatie van het dranken- en tussendoortjesaanbod te consolideren. Vooral **het tussendoortjesaanbod** heeft nog in heel wat secundaire scholen een 'groeipotentieel'. Secundaire scholen aanmoedigen en ondersteunen in de verdere uitbouw van een stimulerend beleid rond water en fruit vormt hierin een prioritair aandachtspunt.

- Verdere inspanningen voor kwaliteitsvolle bewegingsmogelijkheden in alle scholen.

Een kleine minderheid van basis- en secundaire scholen lijkt niet of onvoldoende te kunnen beschikken over de noodzakelijke infrastructuur en faciliteiten om de eindtermen/ontwikkelingsdoelen omtrent beweging vlot te realiseren. Andere signalen wijzen op een grotere groep scholen die kampt met te krappe, te weinig of slechts zelden beschikbare **kwaliteitsvolle infrastructuur en faciliteiten**. Verdere analyse op deze database dient het zicht hierop te verscherpen. Vanuit een brede discussie binnen onderwijs dient gezocht te worden naar mogelijkheden om scholen hierin tegemoet te treden. Een hechtere samenwerking tussen scholen en/of met externe partners - hetzij voor financiering, hetzij voor gebruik van infrastructuur of faciliteiten - behoort eventueel tot mogelijke oplossingen. Ook het omgekeerde geldt: In het kader van brede school lijken stimuli (of het wegnemen van drempels) voor secundaire scholen om hun infrastructuur ook buiten de schooldag ruimer beschikbaar te stellen voor de wijk, lokale (sport)clubs of de jongeren uit de omgeving, (nog steeds) een aandachtspunt.

- Stimuleren van scholen om een breed, gevarieerd en systematisch bewegingsaanbod voor de leerlingen uit te bouwen.

De school dient voldoende aandacht te hebben voor een **stimulerend bewegings- en sportaanbod** dat door zijn variatie (naar inhoud, werkvormen ...) en differentiatie (afgestemd op gender, kansengroepen, bijzondere behoeften, ...) maximaal tegemoet komt aan de behoeften en wensen van alle leerlingen. De diversiteit van het aanbod en extra stimuli die uit deze bevraging blijken, moeten verder ondersteund worden. Zo dient gekeken te worden hoe deze in een meerderheid van de scholen structureel kunnen verankerd worden.

- De gegroeide aandacht voor kwaliteitsvolle processen bevestigen en verankeren in het reguliere schoolbeleid.

De sterk toegenomen aandacht in het onderwijs voor kwaliteitsvolle processen in de uitbouw van een rook-, voedings- en bewegingsbeleid vraagt **voldoende stimuli en ondersteuning voor 'borging' in de**

**reguliere schoolwerking.** Blijven zoeken naar initiatieven, die de uitbouw van een structurele schoolinterne organisatie en de samenwerking met schoolnabije en externe partners faciliteren, is nodig. Binnen dit beleid dienen zowel stimulerende elementen en drempels bij de school in rekening gebracht te worden, als aanbod en mogelijkheden van de schoolnabije- en externe partners.

- De aandacht van scholen voor gezondheidsbeleid in hun personeelsbeleid (vooral voeding en beweging) stimuleren.

De aandacht voor voeding en beweging in het **personeelsbeleid** steekt schril af tegen de steile positieve evolutie van het beleid voor leerlingen (voor rookbeleid is er meer aandacht in personeelsbeleid). Voor een sector die een belangrijk aandeel van de actieve bevolking tewerkstelt - en dit bovendien in heel wat gevallen in een onderneming die beduidend groter is dan een KMO - is dit een blijvend aandachtspunt, ook in het kader van hun voorbeeldfunctie als leraar. Scholen moeten sterker aangesproken worden als werkplek, als bedrijf. Een sensibilisering voor een kwaliteitsvol gezondheidsbeleid voor het personeel en geschikte stimuli lijken noodzakelijk.

### 3. Bedrijven

- Sectoren aanmoedigen om samen te werken aan gezondheid

De meerderheid van de bedrijven zijn (nog) niet actief op vlak van gezondheidspromotie. Een gezondheidsbeleid stimuleren in bedrijven en organisaties gebeurt best via **een intersectorale benadering**. Het is daarbij nodig dat de gezondheidspromotiesector het voortouw neemt en de dialoog aangaat met andere beleidsdomeinen als economie, tewerkstelling, mobiliteit en arbeid. Daarbij is een consensus met de sociale partners over de rol en mogelijke invulling van gezondheidspromotie op het werk nuttig.

- Bestaande inspanningen in bedrijven en organisaties in kaart brengen

Het gros van de bedrijven en organisaties staat of komt in de startfase van de promotie van gezonde leefgewoonten. Andere bedrijven brengen zelf verbeteringen aan door aan het gezondheidsaanbod te sleutelen. Slechts een kleine minderheid neemt gezondheid op als integraal deel van de bedrijfsvoering. Er is nood aan diverse hefboomen om van dit ene naar het volgende niveau te geraken in hun gezondheidsbeleid. Dit kan door het in kaart brengen van 'prototypes' en certificering van goede praktijkvoorbeelden, de organisatie van deskundigheidsbevordering in bedrijven en fiscale hefboomen die bedrijfsactiviteit op vlak van beweging, voeding en tabakspreventie stimuleren.

- Dienstverlening op vlak van gezondheid uitbouwen

Bedrijven hebben baat bij kwalitatieve ondersteuning van externe aanbieders. Hiervoor vinden ze nog te weinig de weg naar hun externe dienst voor preventie en bescherming op het werk, Logo's en logopartners. Deze organisaties hebben een duidelijke opdracht en taakverdeling nodig om hun **dienstverlening verder uit te bouwen**. De verdere uitbouw van een ondersteuningsstructuur geeft hiervoor de mogelijkheden.

- Meer beleid via partnerschap met de lokale gemeenschap

Voor bedrijven en organisaties is het nodig om de promotie van lichaamsbeweging, gezonde voeding en rookstop haalbaar te maken. Die haalbaarheid ligt deels in de promotie en **communicatie over aanbod, educatie en faciliteiten die in de omgeving van het bedrijf** liggen. Samen met de regionale ondersteuningsstructuren dient dit in kaart gebracht en gefaciliteerd te worden zodat zowel bedrijven als werknemers geactiveerd worden.

## b) Planning met betrekking tot monitoring en update cijfergegevens

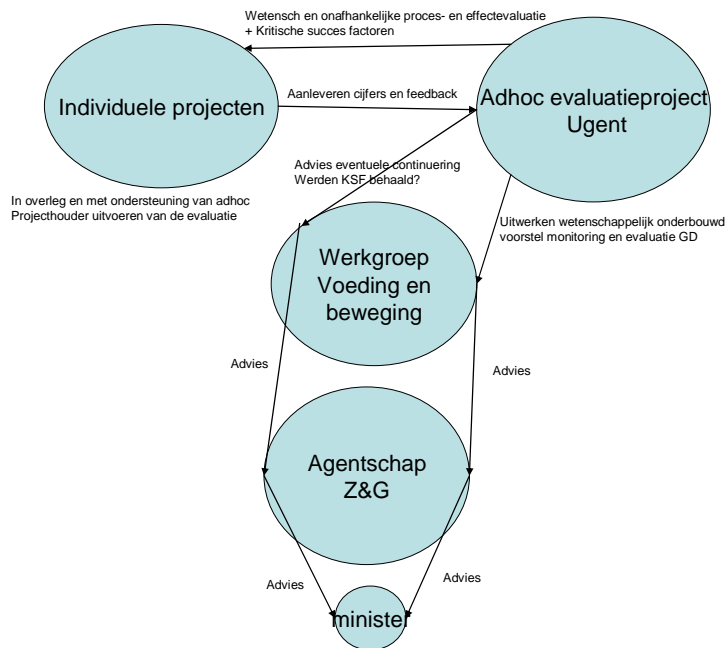
Zoals eerder aangehaald zal een voorstel voor monitoring en evaluatie opgemaakt worden door de projecthouders (universiteiten, VIGEZ en WIV) van het adhoc evaluatieproject.

Uiteraard is het de bedoeling om de evolutie op te volgen aan de hand van de resultaten van de gezondheidsenquêtes zoals die periodiek door het WIV worden georganiseerd.

Ook andere bronnen worden betrokken bij de monitoring en evaluatie.

Het evalueren van de initiatieven, strategieën en de realisatie van de gezondheidsdoelstelling in haar geheel is een gezamenlijke opdracht van ten minste volgende betrokkenen:

- Individuele projecthouders;
- Adhoc evaluatieproject;
- Vlaamse werkgroep voeding en beweging;
- VIGEZ;
- WIV;
- Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid



Momenteel beschikken we enkel over cijfergegevens voor de nulmeting.

In 2010 ging het evaluatieproject (ad hoc project Vlaamse Universiteiten, WIV en VIGEZ) van start dat de individuele projecthouders zal ondersteunen bij hun evaluatie, maar ook de monitoring en evaluatie van het geheel zal begeleiden. Zo zal een eerste voorstel voor wetenschappelijke monitoring en evaluatie van de gezondheidsdoelstelling opgesteld worden en aan de werkgroep en het agentschap worden overgemaakt.

Het agentschap stelde voor om alvast de volgende projecten in een eerste fase op te nemen: meer bewegen bij armen, Bike to Work, Gezondheid scoort en het project dat gericht is op een lokaal beleid voor gezonde voeding en beweging bij kleine gemeenten. Projecten waarbij de ontwikkeling van de evaluatiemethodiek reeds expliciet in het projectbudget werd voorzien, werden niet opgenomen.

Wat betreft de projecten die in 2011 werden opgestart zullen de volgende projecten in elk geval mee opgenomen worden in het evaluatieproject:

- Voedings- en bewegingsbeleid in secundaire scholen (VIGEZ);
- 'Weet en eet gezond' (Tievo)

Aan de werkgroep zal gevraagd worden dit nog verder aan te vullen.

#### **4. Uitvoering: stand van zaken**

##### **a) Overzicht initiatieven**

8 maart 2010: ondertekening Collectieve Gezondheidsovereenkomst met FEVIA Vlaanderen.

4 mei 2010: oprichting Vlaamse werkgroep voeding en beweging.

25 oktober 2010: afsluiten intentieverklaring sport – bewegen.

De gezondheidsdoelstelling loopt tot eind 2015. In 2016 zal de doelstelling worden geëvalueerd en hernieuwd tegen 2017. Hiervoor kende de minister eind 2010 een subsidie toe aan drie Vlaams universiteiten (VUB – KUL – UGent), het VIGEZ en het WIV. Met deze subsidie zullen deze organisaties een methodiek ontwikkelen die kan gehanteerd worden om projecten te evalueren (proces en effectevaluatie). Deze methodiek zal een verdere uitwerking zijn van de EFFECT methodiek, ontwikkeld door het steunpunt WVG. De bedoeling van de concrete vertaling is dat er op maat van de verschillende projecten (rekening houdend met de eigenheid ervan) op een degelijke, wetenschappelijke manier kan geëvalueerd worden.

Om de realisatie van de gezondheidsdoelstelling te kunnen opvolgen werd een tabel samengesteld die per subdoelstelling (fysieke activiteit - borstvoeding – voeding) aangeeft welke acties hierop inwerken. De tabel is geactualiseerd begin 2012.

In de onderstaande tabel staan de verschillende acties weergegeven die, zowel ad hoc als binnen de werking van een partnerorganisatie, worden geïmplementeerd. Een actie komt tweemaal voor in de lijst als deze op verschillende strategieën of prioriteiten inzet. Indien een actie zowel naar voeding als beweging gericht is, dan werd deze onder de subdoelstelling 'beide' gebracht.

De 'leeftijdsgroepen' werden zoveel mogelijk in functie van de doelgroepen van de gezondheidsdoelstellingen gekozen. Voor de 'jeugd' is slechts één leeftijdsgroep (3-18) omdat verdere opsplitsing weinig relevant is om de bestaande acties in onder te brengen. De leeftijdsgroep van de 19 – 59 jarigen beslaat de werkende bevolking.

Met 'doelgroep implementatie' (keuzes: 'bevolking' of 'intermediairen') wordt aangeduid wie de eigenlijke 'target groep' is van de actie. Er werd 'intermediairen' toegekend indien deze ook effectief de einddoelgroep is. Is er toch een deel van de actie die zich richt naar de bevolking, dan werd 'bevolking' gekozen.

'Niveau implementatie' slaat op de mate van verbreiding van een actie (keuzes: 'regionaal', 'provinciaal' en 'Vlaams').

De 'verankering' (keuzes: 'pilot', 'start implementatie', 'ruime implementatie' en 'verankering'). Dit geeft weer in welke fase van implementatie een project zich bevindt.

In 'de fase van evaluatie' wordt het al dan niet beschikbaar zijn van de resultaten nader verklaard.

Het 'budget' geeft een zicht op de middelen die er besteed werden vanuit het preventief gezondheidsbeleid, voor de hele periode.

Tot slot werd er een kolom toegevoegd, namelijk de 'status', welke aangeeft of een project al dan niet nog lopend is.

naam actie	N°	strategie	prioriteit	leeftijdsgroep	doelgroep implementatie (bevolking intermediairen)	niveau implementatie (lokaal prov vlaams)	niveau verankering	fase van evaluatie	looptijd	budget	status
<b>A= adhoc project / R= regulier / V= regulier VIGEZ / E= regulier Eetexpert / D= regulier Domus Medica / K= regulier Kind en Gezin</b>											
wijken in beweging 10000 stappen Vlaanderen	A1	1	2	18+	bevolking	vlaams	ruime implementatie	w ordt verw acht	1/10/2008 - 31/12/2011	746.000 €	
wijken in beweging 10000 stappen Vlaanderen	A1	4	8	19-59	bevolking	vlaams	start implementatie	w ordt verw acht			afgerond
Elke stap telt	A2	1	2	60+	bevolking	vlaams	ruime implementatie	beschikbaar	1/10/2008 - 31/12/2010	97.715 €	afgerond
123feelfree social cooking	A3	1	1	18+	bevolking	lokaal	piloot	beschikbaar	16/05/2009 - 31/08/2011	58.706 €	afgerond
123feelfree business events	A3	4	8	19-59	bevolking	lokaal	piloot	beschikbaar			
jobfit	A4	4	7	19-59	bevolking	regionaal	piloot	w ordt verw acht	1/12/2009 - 31/12/2013	492.018 €	
jobfit	A4	4	8	nvt	intermediairen	regionaal	piloot	w ordt verw acht	1/12/2009 - 31/12/2013		lopend
Wandelfederatie	A5	5	9	18+	bevolking	regionaal	start implementatie	niet opgenomen	1/09/2010 - 31/12/2012	6.000 €	
Wandelfederatie	A5	1	1	18+	bevolking	regionaal	start implementatie	niet opgenomen			lopend
Vlaamse liga bedrijfs sportbond	A6	4	8	19-59	bevolking	vlaams	piloot	niet opgenomen	eigen initiatief	geen	afgerond
effectonderzoek Kiloetje minder coach (webbased voedings- en beweegadvies)	A7	nvt	nvt	19-59	bevolking	vlaams	nvt	beschikbaar	15/10/2009 - 15/12/2010	38.900 €	afgerond
bike to work	A8	4	8	19-59	bevolking	regionaal	start implementatie	w ordt verw acht	01/12/2010 - 31/12/2011	49.000 €	afgerond
multidisciplinaire zorg	A9	5	9	alle	intermediairen	lokaal	start implementatie	niet opgenomen	01/12/2010 - 31/12/2013	50.000 €	lopend
Gezondheid scoort!	A10	3	6	3-18	bevolking	regionaal	start implementatie	w ordt verw acht	01/12/2010 - 31/05/2012	85.000 €	lopend
bewegen bij armen	A11	1	1	18+	bevolking	lokaal	piloot	w ordt verw acht	1/12/2010 - 31/12/2014	375.000 €	lopend
lokaal getailored beleid bewegen gemeenten (<15000)	A12	1	2	alle	intermediairen	lokaal	start implementatie	w ordt verw acht	1/10/2010 - 31/12/2013	500.000 €	lopend
evaluatieproject universiteiten	A13	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	01/11/2010 - 31/12/2016	245.000 €	lopend
zorgverstrekkers richtlijnen	A14	5	9	nvt	intermediairen	vlaams	piloot	nvt	1/11/2010 - 31/12/2012	80.000 €	lopend
overheidsopdracht ontwikkeling communicatieplan	A15	6	nvt	alle	nvt	vlaams	nvt	nvt	voorstel tegen sept 2011	20.000 €	afgerond
de aanschuifafel (CM)	A16	2	4	gezin	bevolking	lokaal	piloot	w ordt verw acht	01/12/2011 - 31/03/2014	103.020 €	lopend
ontbijt je fit (Gezinsbond)	A17	2	4	gezin	intermediairen	regionaal	piloot	w ordt verw acht	01/12/2011 - 30/11/2014	200.000 €	lopend
vermindering sedentair gedrag en bevorderen gezonde voedingsgewoonten (Ugen)	A18	2	4	gezin	bevolking	vlaams	piloot	w ordt verw acht	01/12/2011 - 30/11/2014	178.420 €	lopend
e-educatie van opvoedingsvaardigheden (VIGEZ)	A19	2	4	gezin	bevolking	vlaams	piloot	w ordt verw acht	01/12/2011 - 31/03/2014	200.000 €	lopend
weet en eet gezond (Tievo)	A20	3	6	12-18	intermediairen	regionaal	piloot	w ordt verw acht	15/12/2011 - 30/06/2013	124.891 €	lopend
voebewbeleid in SO (VIGEZ)	A21	3	6	12-18	intermediairen	vlaams	piloot	w ordt verw acht	15/12/2011 - 31/08/2013	140.000 €	lopend
de bakermat (borstvoeding)	A22	2	3	gezin	intermediairen	regionaal	piloot	w ordt verw acht	15/12/2011 - 15/10/2013	99.733 €	lopend
methodiekontwikkeling sedentair gedrag (Ugent)	A23	4	8	18+	intermediairen	lokaal	piloot	w ordt verw acht	21/11/2011 - 21/05/2013	81.058 €	lopend
winkelgids	A24	1	1	18+	intermediairen	lokaal	ruime implementatie	niet opgenomen	15/12/2011- 31/08/2012	6.000 €	lopend
jobfit KMO	A25	4	8	18+	intermediairen	lokaal	piloot	w ordt verw acht	01/12/2011 - 31/12/2014	132.500 €	lopend
obesitas preventie via SMS (Uhasselt)	A26	5	9	18+	intermediairen	lokaal	piloot	w ordt verw acht	01/11/2011 - 31/03/2013	17.792 €	lopend
CGO fevia	R1	6	12	nvt	intermediairen	vlaams	nvt	nvt	eind 2012 of eind 2015	geen	lopend
schoofruit	V1	3	6	3-12	bevolking	vlaams	verankering	w ordt verw acht	sinds SJ 2009-2010	300.000 €	gecontinueerd
fitte school (opm inclusief SVS en NICE)	V2	3	6	3-18	bevolking	vlaams	verankering	beschikbaar	sinds SJ 2009-2010	regulier	gecontinueerd
kieskeurig (VIGEZ)	V3	3	6	3-18	intermediairen	vlaams	start implementatie	niet opgenomen	reguliere werking VIGEZ	convenant	gecontinueerd
schoolsnaker (VIGEZ)	V4	3	6	3-18	bevolking	vlaams	start implementatie	niet opgenomen	reguliere werking VIGEZ	convenant	gecontinueerd
hartelijke buurt (VIGEZ)	V5	1	2	nvt	intermediairen	vlaams	start implementatie	niet opgenomen	reguliere werking VIGEZ	convenant	gecontinueerd
eetexpert	E1	5	9	nvt	intermediairen	vlaams	ruime implementatie	niet opgenomen	01/01/2012-31/12/2016	BHO	gecontinueerd
consultatieondersteuning huisartsen FA en voeding	D1	5	9	19-59	intermediairen	vlaams	start implementatie	niet opgenomen	reguliere werking DM	convenant	gecontinueerd
draai je fit (OO VIGEZ)	V6	3	6	3-12	intermediairen	vlaams	verankering	niet opgenomen	reguliere werking	37.028,71 €	lopend
interactieve draaiboeken Eetexpert	E2	5	9	nvt	intermediairen	vlaams	verankering	niet opgenomen	reguliere werking	9.849,40 €	lopend

naam actie	N°	strategie	prioriteit	leeftijdsgroep	doelgroep implementatie (bevolking intermediairen)	niveau implementatie (lokaal prov vlaams)	niveau verankering	fase van evaluatie	looptijd	budget	status
Beleidsgegevens m.b.t. voeding via gemeentelijke kindrapporten Kind en Gezin (Aanstaande) ouders informeren en begeleiden m.b.t. borstvoeding binnen het aanbod van Kind en Gezin	K1	1	2	0-3	intermediairen	vlaams	verankering				
Schriftelijke communicatiedragers m.b.t. borstvoeding (website, brochures, Kind in Beeld, kinderkwesities, nieuwsbrieven...)	K2	2	3	0-3	bevolking	vlaams	verankering				
Competentieontwikkeling van regioverpleegkundigen, gezinsondersteuners, consultatiebureau-artsen m.b.t. borstvoeding (klassikale opleiding en/of webcursus en/of intervisie)	K3	2	3	0-3	bevolking	vlaams	verankering				
Samenwerken met partners uit universiteiten, gezondheidszorg (huisartsen, kinderartsen, gynaecologen, apothekers, vroedvrouwen, kraamklinieken..) en borstvoedingsorganisaties, ... m.b.t. borstvoeding	K4	2	3	0-3	intermediairen	vlaams	ruime implementatie				
Borstvoedingsproject met De Bakermat 2008 - 2010 en 2011 - 2015	K5	2	3	0-3	intermediairen	vlaams	verankering				
Project promotiecampagne borstvoeding Limburg (tijdschrift, rolmodel, bevolkingscampagne, website, label,...)	K6	2	3	nvt	bevolking	vlaams	ruime implementatie				
Project methodieontwikkeling om borstvoedingsgraad bij autochtone kansarme gezinnen te verhogen i.s.m. inloopteams (Koning Boudewijnstichting)	K7	2	3	0-3	bevolking	lokaal	piloot				
Zorgverstrekkers richtlijnen m.b.t. borstvoeding	K8	2	3	0-3	intermediairen	vlaams	verankering				
Aanstelling lactatiekundigen binnen Kind en Gezin	K9	2	3	0-3	intermediairen	vlaams	verankering				
Participatie aan Federaal Borstvoedingscomité	K10	2	3	0-3	intermediairen	vlaams	verankering				
Informeren kinderopvang m.b.t. borstvoeding	K11	2	3	0-3	intermediairen	vlaams	verankering				
Competentieontwikkeling kinderopvang m.b.t. borstvoeding (i.s.m. De Bakermat) (Aanstaande) ouders informeren en begeleiden m.b.t. voeding en beweging binnen het aanbod van Kind en Gezin	K12	2	3	0-3	intermediairen	vlaams	piloot				
Schriftelijke communicatiedragers m.b.t. voeding en beweging (website, brochures, Kind in Beeld, kinderkwesities, nieuwsbrieven...)	K13	2	4	0-3	bevolking	vlaams	verankering				
zorgverstrekkers richtlijnen (o.a. State of the art preventieve gezinsondersteuning, aanbevelingen, ...)	K14	2	4	0-3	bevolking	vlaams	verankering				
Wetenschappelijk dossier preventie van obesitas	K15	4	9	0-3	intermediairen	vlaams	ruime implementatie				
Competentieontwikkeling van regioteamleden en consultatiebureau-artsen m.b.t. voeding en beweging	K16	2	4	0-3	intermediairen	vlaams	piloot				
Samenwerken met partners uit universiteiten, gezondheidszorg, welzijnzorg, ... m.b.t. voeding en beweging	K17	5	9	0-3	intermediairen	vlaams	ruime implementatie				
Informeren kinderopvang m.b.t. voeding en beweging	K18	4	9	0-3	intermediairen	vlaams	ruime implementatie				
Informeren kinderopvang m.b.t. voeding en beweging	K19	2	5	0-3	intermediairen	vlaams	ruime implementatie				
	K20	2	5	0-3	intermediairen	vlaams	ruime implementatie				

Strategieën		Prioriteiten										
		hulpmiddelen actoren kansengroepen	ondersteunen lokale beleidsactoren	van borstvoeding de norm maken	ondersteunen ouders, gezinnen en diensten opvoedingsondersteuning	kinderopvang	bovenschools organisatorisch kader	draagvlak bedrijven en sociale partners	voebew mogelijkheden op het werk	hulpmiddelen zorgverstrekkers	massamediacampagne	beeldvorming
lokale gemeenschap	A1 A3 A5 A11 A24	A2 A12 V5 K1										
0-18j			K2, K3, K4, K5, K6, K7, K8, K9, K10, K11, K12, K13, A22	K14 K15 K17 A16 A17 A18 A19	K20							
op school						A10, A20, A21 V1, V2 V3, V4, V6						
werkende bevolking						A4	A1, A3 A4, A6 A8, A23 A25					
zorgverstrekkers								A5, A9 A14, A26 D1 E1, E2 K16 K18 K19				
info com muni										A15	A15	R1
											nvt: A7, A13	

## **b) Werkgroep**

De Vlaamse werkgroep Voeding en Beweging werd opgericht op 4 mei 2010. Op de zomervakantie na komt deze werkgroep maandelijks samen.

Deze werkgroep heeft de taak om advies te geven over de realisatie van de gezondheidsdoelstelling voeding en beweging. Hierbij dient eveneens de samenhang bewaakt te worden. Tevens zal de werkgroep adviseren over de evaluatie van de gezondheidsdoelstelling en het actieplan.

De uitgebreide vertegenwoordiging (25 leden uit verschillende settings, vertegenwoordigen verschillende doelgroepen, verschillende deskundigheden) uit het veld in deze werkgroep zorgt voor een breed draagvlak.

Tevens worden er, op vraag van de minister, ook adhoc projecten ter advies voorgelegd.

## **c) Partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking**

Op 24 december 2010 werd een oproep gelanceerd worden voor het sluiten van een beheersovereenkomst voor de periode 2012 – 2015 met een partnerorganisatie voor de problematiek ‘eet- en gewichtproblemen’. De insteek hierbij is in hoofdzaak ‘ziektepreventie’. Hiervoor werd een jaarlijks budget voorzien van 120.000 euro. (of 600.000 euro voor de hele periode). In afwachting zal het convenant dat de Vlaamse overheid heeft gesloten met Eetexpert vzw, worden verlengd in 2011. Uit deze oproep werd de vzw Eetexpert.be gekozen als beste kandidaat voor het uitvoeren van de opdrachten uit de oproep. Met Eetexpert zal dan ook de beheersovereenkomst gesloten worden begin 2012.

Het VIGEZ, koos, conform het besluit op de partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking, voor een verlenging van het lopende convenant (en de bijhorende gereguleerde subsidie). De facto blijft VIGEZ hierdoor fungeren als partnerorganisatie voor voeding (gezondheids promotie door middel van het promoten van gezonde voeding).

Omdat de behoeften op vlak van ondersteuning door een partnerorganisatie toegenomen zijn is beslist om de werking van het VIGEZ structureel te versterken (zie verder bij punt 5.). Belangrijke is dat in deze capaciteitsuitbreiding ook het thema ‘beweging’ is opgenomen.

Er zijn geen organisaties met terreinwerking erkend specifiek voor voeding en beweging. Wel zijn de CLB en de consultatiebureau’s van Kind en Gezin van rechtswege erkend als organisatie met terreinwerking.

## **d) Betrokkenheid Logo’s**

Voor de realisatie van de gezondheidsdoelstelling zal verder een beroep gedaan worden op de Logo’s en hun netwerk. Binnen hun basisfinanciering hebben de Logo’s vooral de opdracht om in te staan voor de disseminatie van de methodieken rond voeding en beweging bij hun netwerk.

Voor de Logo’s werden actiefocussen geformuleerd waarin hun taken voor het realiseren van de gezondheidsdoelstellingen worden geconcretiseerd. De verticale actiefocussen voor voeding en beweging luiden:

- Bevorderen van gezonde voeding en voldoende fysieke activiteit bij de algemene bevolking.
- Bevorderen van gezonde voeding en voldoende fysieke activiteit in het basis- en het secundair onderwijs.
- Bevorderen van gezonde voeding en voldoende fysieke activiteit bij de werkende bevolking.

De horizontale actiefocus luidt:

- Opbouwen en onderhouden van een netwerk rond de thema's voeding en beweging.

In een aantal projecten nemen de Logo’s een meer ondersteunende en zelfs uitvoerende taak op zich. Dit is momenteel bijvoorbeeld al het geval binnen het project ‘10.000 stappen Vlaanderen’. Hiervoor werd een ad hoc actiefocus geformuleerd voor de Logo’s, die luidt als volgt:

- De promotie van het ondersteuningsmiddel 10.000 stappen om de algemene bevolking aan te zetten tot meer beweging.

Deze actiefocus liep af op 31 december 2011 samen met het aflopen van het 10.000 stappen project als adhocproject. Dit zal opgenomen worden binnen de extra capaciteit van het VIGEZ en de bestaande verticale actiefocus van gezonde voeding en voldoende fysieke activiteit bij de algemene bevolking van de Logo's.

Een andere ad hoc actiefocus verwijst naar een andere projectsubsidie voor de Logo's:

- Ondersteunen van beleid, initiatieven en projecten om acties voor voeding en beweging op te zetten in kleine gemeenten.

Verdere eventuele aanpassingen aan de actiefocussen worden in januari door het agentschap uitgevoerd.

### e) Bereik van kwetsbare groepen

Het project 'Armoede in beweging' is erop gericht om armen meer te laten bewegen ter realisatie van de gezondheidsdoelstelling voeding en beweging (zie tabel financiering: bewegingsbeleid kansarmen 10).

Dit leidde eind 2011 tot een eerste goedkeuring van 7 projecten (budget: 165.707 euro):

- Riso Vlaams Brabant vzw: 'Bewegen op voorschrift', 25.000 euro;
- Vzw Al-arm: 'Gezond en wel in je vel', 24.239 euro; (opmerking 1 in acht genomen)
- Wijkcentrum De Kring: 'WORD HIP!', 25.000 euro; (opmerking 2 in acht genomen)
- D'Broej vzw – WMKJ Ratatouille: 'Sportkriebels in de Brabantwijk', 25.000 euro; (opmerking 1 in acht genomen)
- Vzw A'kzie: 'KOMAAN MET DAT LIJF', 22.468 euro; (opmerking 1 in acht genomen)
- OCMW Heist-op-den-Berg: 'Den Draai verplaatst', 19.000 euro;
- t'Sas: 'Doel in zicht', 25.000 euro.

Het agentschap maakte hierbij de bedenking dat de klemtoon te sterk ligt op laagdrempelige sportparticipatie ipv laagdrempelige beweegactiviteiten. In de tweede oproep zal dit criterium een absolute basisvoorwaarde zijn en dus zwaarder moeten doorwegen bij de beoordeling van de dossiers.

Ook '123feelfree social cookings' van Bexpertise richt zich momenteel naar kansarmen. Uit het tussentijds overleg van 19 april 2010, blijkt dat het betrekken van deze doelgroep geen evidentie is, laat staan dat de methodiek leidt tot gezondheidswinst.

Uit het eindrapport blijkt onvoldoende evidentie om het project verder te zetten, laat staan uit te breiden.

## 5. Financiering

### a) Overzicht budgetten laatste jaren (met vermelding looptijd van initiatieven)

zie tabellen

## Uitvoering actieplan voeding en beweging (vanaf 2007)

	periode	Vastlegging		Vereffening									Niet uitbetaald	Teruggevoerd	
		bedrag	jaar	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015			
Fitte school (VIG) 07	1/11/2007-31/10/2008	25.000	2007	11.250	13.750	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GC voeding en beweging (VIG) 07	20/8/2007-31/12/2008	25.000	2007	11.250	11.250	2.500	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Eetstoornissen (eetexpert) 07	1/7/2007-30/6/2008	80.000	2007	54.000	26.000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GC voeding en beweging (VIG) 08	20/8/2007-31/12/2008	12.375	2008		6.188	6.188	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fitte school (VIG) 08	1/11/2008-30/6/2009	18.000	2008		8.100	9.908	0	0	0	0	0	0	0	92	0
Eetstoornissen (Eetexpert) 08	1/7/2008-31/12/2009	120.000	2008		54.000	54.000	12.000	0	0	0	0	0	0	0	0
Ethisch Vegetarisch Alternatief 08	1/12/2008-30/11/2010	13.500	2008		3.038	9.113	0	1.350	0	0	0	0	0	0	0
Wijken in beweging 08	1/12/2008-31/12/2011	746.000	2008		0	377.600	154.600	139.200	74.600	0	0	0	0	?	0
Gezonde schoolautomaat 08	2008-2009	5.950	2008		5.355	595	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Elke stap telt (Okra) 08	1/12/2008-31/12/2010	97.715	2008		0	58.629	29.315	9.772	0	0	0	0	0	0	0
EU-Schoolfruit (via betaalorgaan) 09	1/10/2009-30/6/2011	300.000	2009			150.000	47.275	0	0	0	0	0	0	102.725	0
Een kiloetje minder (CM) 09	15/10/2009-15/12/2010	38.900	2009			8.753	26.258	3.890	0	0	0	0	0	0	0
123feelfree social cooking & business events 09	1/4/2009-31/3/2010	58.706	2009			39.627	13.209	0	5.871	0	0	0	0	0	0
Jobfit (VIGEZ ea) 09	1/12/2009-31/12/2013	492.018	2009			0	147.605	98.404	137.765	68.883	39.361	0	0	?	0
Bedrijfssportbond 09	1/6/2009-31/5/2010	7.000	2009			4.725	2.275	0	0	0	0	0	0	0	0
Eetstoornissen (Eetexpert) 10	2010	81.836	2010				73.652	8.184	0	0	0	0	0	0	0
EU-Schoolfruit (via betaalorgaan) 10	1/10/2010-30/6/2012	300.000	2010				150.000	150.000	0	0	0	0	0	0	0
Bewegingsbeleid kansarmen 10	1/12/2010-31/12/2014	375.000	2010				0	203.207	68.668	56.250	0	46.875	?	0	0
Bewegingsbeleid kleinere gemeenten (Logo's en Vigez) 10	1/10/2010-31/12/2013	500.000	2010				204.750	20.250	112.500	112.500	50.000	0	?	0	0
Richtlijnen zorgverstrekkers voe-bew (Eetexpert) 10	1/11/2010-31/12/2012	80.000	2010				36.000	18.000	18.000	8.000	0	0	?	0	0
Monitoring en evaluatie actieplan 10	1/11/2010-31/12/2016	245.000	2010				36.750	36.750	36.750	36.750	36.750	61.250	?	0	0
Multidiscipl. zorg 5 regio's (Eetexpert) 10	1/12/2010-31/12/2013	50.000	2010				25.000	10.000	10.000	0	5.000	0	?	0	0
Bewegen residentiële sector (Wandelliga) 10	2010	6.000	2010				2.700	0	0	0	0	0	3.300	0	0
Bike to work (Fietsersbond) 10	1/12/2010-31/12/2011	49.000	2010				24.500	19.600	4.900	0	0	0	?	0	0
Gezondheid scoort (Open stadium) 10	1/12/2010-31/05/2012	85.000	2010				0	76.500	8.500	0	0	0	?	0	0
Eetstoornissen (Eetexpert) 11	2011	83.387	2011					75.048	8.339	0	0	0	?	0	0
Voedings- en bewegingsbeleid sec. scholen (VIGEZ) 11	15/10/2011-30/6/2014	140.000	2011					31.500	63.000	45.500	0	0	?	0	0
Jobfit Fevia (VIGEZ) 11	1/12/2011-31/12/2014	132.500	2011					19.875	46.375	33.125	19.875	13.250	?	0	0
De Winkelgids (KAHO-SL) 11	15/12/2011-31/8/2012	6.000	2011					5.400	600	0	0	0	?	0	0
Weet en eet gezond (TIEVO-VIGEZ) 11	15/12/2011-30/6/2013	124.891	2011					22.480	67.441	34.969	0	0	?	0	0
Voedingsadvies via SMS (Uhasse) 11	1/11/2011-31/3/2013	17.792	2011					5.338	10.675	1.779	0	0	?	0	0
Ouders 6-12 jarigen (Ugent) 11	1/12/2011-30/11/2014	178.420	2011					40.145	40.145	40.145	40.145	17.842	?	0	0
Ontbijt je fit (Gezinsbond) 11	1/12/2011-30/11/2014	200.000	2011					45.000	45.000	45.000	45.000	20.000	?	0	0
Aanschuiftafel (CM) 11	1/12/2011-31/3/2014	103.020	2011					23.180	23.180	46.359	10.302	0	?	0	0
Promotie borstvoeding (vzw de Bakermat) 11	15/12/2011-15/10/2013	99.733	2011					22.440	44.880	32.413	0	0	?	0	0
E-educatie leefstijl gezin (VB&TAD) (VIGEZ) 11	1/12/2011-31/3/2014	100.000	2011					22.500	22.500	45.000	10.000	0	?	0	0
<b>Totaal</b>		<b>4.997.743</b>		<b>76.500</b>	<b>127.680</b>	<b>721.536</b>	<b>985.888</b>	<b>1.108.010</b>	<b>849.687</b>	<b>606.673</b>	<b>256.433</b>	<b>159.217</b>	<b>106.117</b>	<b>0</b>	<b>0</b>



## b) Vastleggingen 2011

Zie tabel onder 5 a)

Er dient opgemerkt dat hierin niet begrepen zijn de middelen die door andere organisaties worden ingezet rond dit thema, waaronder de Logo's, CLB, Kind en Gezin, Domus Medica, Nice, ziekenfondsen en VIGEZ.

Belangrijk hierbij te vermelden is dat de basiswerking van het VIGEZ vanaf december 2011 extra ondersteund werd met vier voltijdsequivalenten (240.000 euro op jaarbasis) voor de versterking van de Logo-werking en de werking rond tabak met telkens 1 VTE en de werking rond voeding en beweging met 2 VTE.

Naast de eerder vermelde subsidies werden volgende overheidsuitgaven m.b.t. voeding en beweging vastgelegd in 2011

Werkgroep Voeding en Beweging	1.687,96
VoeBew strategisch communicatieplan (Link Inc)	26.586,12
Sedentarisme werkomgeving (Ugent)	81.057,90
Materiaal draai je fit (Vigez) 11	37.028,71
Web-based draaiboek (D'Hondt-Ravijts) 11	9.849,40
Mediaruimte voeding en beweging	145.200,00
<b>TOTAAL</b>	<b>301.410,09</b>

## Suïcidepreventie

### 1. Formulering Vlaamse gezondheidsdoelstelling (2012-2020)

Tijdens de gezondheidsconferentie Suïcidepreventie van 17 december 2011 werd de nieuwe gezondheidsdoelstelling voorgesteld die luidt:

Het aantal zelfdodingen zal met 20 % dalen tegen 2020, en dit ten opzichte van het jaar 2000.

Dit voorstel van nieuwe gezondheidsdoelstelling werd geformuleerd op basis van een gezondheidseconomische evaluatie van een selectie van preventieve acties. Deze acties passen binnen de voorgestelde preventiestrategieën. De gezondheidsdoelstelling dient nog voorgelegd te worden aan de Vlaamse Regering en het Vlaamse Parlement. Om de gezondheidsdoelstelling te realiseren zal een nieuw actieplan worden uitgewerkt.

### 2. Algemeen kader van de gezondheidsdoelstelling:

#### **a) Grote lijnen voor de planning van de realisatie van de doelstelling: de strategieën en/of actieplan;**

Op de gezondheidsconferentie van 17 december 2011 werden voor de realisatie van de nieuwe gezondheidsdoelstelling volgende vijf preventiestrategieën voorgesteld (in *cursief* staan de strategieën en substrategieën die in het eerste actieplan niet aan bod kwamen):

1. Geestelijke gezondheidsbevordering met betrekking tot individu en maatschappij
  - a. De individuele veerkracht en het vermogen voor zelfhulp versterken
  - b. *Ondersteuningsvaardigheden bij ouders verhogen*
  - c. *Bevorderen van sociale aansluiting*
  - d. *Hulp zoeken aanmoedigen en stigma doorbreken*
  - e. *De leefomgeving meer gezondheidsbevorderend, zorgzaam en suïcideveilig maken via beleid in de lokale gemeenschap, scholen, werkplek, ... en via de media.*
2. Suïcidepreventie door laagdrempelige telefonische en online hulp
3. Bevorderen van deskundigheid en netwerkvorming bij intermediairs
4. Strategieën voor specifieke risicogroepen
  - a. Suïcidepogers: screening en opvang
  - b. *Personen met suïcidale gedachten en/of concrete plannen: behandeling*
5. *Algemene aanbevelingen voor suïcidepreventie en implementatie van een multidisciplinaire richtlijn suïcidaal gedrag met aandacht voor ketenzorg*

Bij het uitwerken en implementeren van acties binnen de bovenvermelde strategieën is het belangrijk om zorg te dragen voor een aantal kwetsbare groepen. “Kwetsbare” groepen zijn groepen waarbij een verhoogd risico is vastgesteld voor de ontwikkeling en voortgang van het suïcidaal proces, maar waarbij “het behoren tot de groep” op zich niet meteen betekent dat het suïcidaal proces ook effectief zal starten. Bij “risicogroepen” is het suïcidaal proces reeds gestart en in ontwikkeling en bij deze groepen is het risico op suïcidaal gedrag dan ook veel groter. Vandaar dat in het voorstel wordt gevraagd om voor de risicogroepen (suïcidepogers en personen met suïcidale ideatie) specifieke strategieën te ontwikkelen.

Uit cijfers in Vlaanderen blijkt dat volgende “kwetsbare” groepen een verhoogde kwetsbaarheid hebben om suïcidaal gedrag te ontwikkelen:

- personen met een psychiatrische stoornis: stemmingsstoornissen, middelenmisbruik, psychotische stoornis, persoonlijkheidsstoornissen, eetstoornissen;
- nabestaanden;
- omgeving van suïcidale personen;

- leeftijdscategorieën: ouderen (75-plussers), mannen 35-45 jaar, jongeren en vooral jonge meisjes (15-19 jaar);
- gedetineerden;
- kansarmen;
- holebi's en transgenders.

Daarnaast zijn er een aantal groepen waarvan wordt verondersteld dat ook bij hen sprake is van een verhoogde kwetsbaarheid, zoals land- en tuinbouwers, mensen met een beperking, vluchtelingen en asielzoekers,... Voor deze groepen zijn geen Vlaamse cijfers beschikbaar, maar ervaringsdeskundigen en experts vragen om bij de uitwerking van de acties ook rekening te houden met deze groepen.

Indien blijkt dat de ontwikkelde acties binnen de strategieën onvoldoende effect hebben op de beoogde kwetsbare groepen, zullen nieuwe, specifieke acties voor deze doelgroepen moeten worden ontwikkeld.

## **b) reden van deze doelstelling en historisch kader (verleden, gezondheidsconferentie, herziening doelstelling)**

**De eerste Vlaamse gezondheidsdoelstelling (2006-2010) suïcidepreventie** luidde:

"De sterfte door zelfdoding bij mannen en vrouwen moet tegen 2010 verminderd zijn met 8% ten opzichte van 2000".

Subdoelstellingen:

1. daling van het aantal suïcidepogingen
2. daling van de suïcidale ideatie
3. daling van het aantal depressies

Deze eerste Vlaamse gezondheidsdoelstelling suïcidepreventie kwam tot stand na een gezondheidsconferentie hierover in december 2002. In afwachting van een formele goedkeuring werden vanaf 2004 al initiatieven genomen om de doelstelling, die nog niet officieel was, te realiseren. Pas op 8 december 2006 keurde de Vlaamse Regering de doelstelling principieel goed. Op 30 januari 2007 werd ze besproken in de commissie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin van het Vlaamse Parlement. De Vlaamse Regering keurde de gezondheidsdoelstelling en het bijhorend Vlaams actieplan suïcidepreventie op 19 juli 2007 officieel goed.

Deze doelstelling werd gebaseerd op een voorspelling van het aantal zelfdodingen in 2010 bij ongewijzigd beleid enerzijds en op een effectiviteitsberekening van het preventief programma anderzijds. Op basis van de sterftestatistiek van het jaar 2000 en de daaruit afleidbare trends kan men voorspellen dat er in 2010 in absolute aantallen jaarlijks 1200 zelfdodingen zullen voorkomen in Vlaanderen in plaats van de 1174 zelfdodingen in 2000. Dit betekent dat er bij mannen ten minste 4% en bij vrouwen 6% méér zelfdodingen zullen zijn. Rekening houdend met de bevolkingspredicties bedraagt de zelfdodingssterfte dan 20 per 100.000 tegenover 19,6 per 100.000 in het jaar 2000. Een preventief programma, bestaande uit een beperkt aantal betaalbare initiatieven met wetenschappelijke onderbouw en maatschappelijk draagvlak zou - op basis van de geraamde effectiviteit - een vermindering van het aantal sterfgevallen met 8% ten opzichte van 2000 mogelijk maken. Dit betekent in 2010 94 zelfdodingen minder dan de 1174 overlijdens door zelfdoding in 2000. In de veronderstelling dat zonder een actieplan het aantal zelfdodingen in 2010 zou toegenomen zijn tot 1200 zelfdodingen (26 extra gevallen van zelfdoding), zou men zo in 2010 120 (94 + 26) zelfdodingen kunnen vermijden. Dit komt neer op een daling van het aantal zelfdodingen met 10% ten opzichte van het verwachte aantal zelfdodingen in 2010.

**Het eerste Vlaams actieplan suïcidepreventie bevatte 5 strategieën en een aantal randvoorwaarden, om de uitvoering van het actieplan te bevorderen:**

**Strategieën:**

1. het bevorderen van de geestelijke gezondheid met betrekking tot het individu en de maatschappij;
2. het bevorderen van de laagdrempelige telezorg;

3. het bevorderen van deskundigheid van professionelen en optimaliseren van de netwerking;
4. het uitlokken van zelfdoding tegengaan;
5. aandacht voor specifieke doelgroepen.

**Randvoorwaarden:**

De doelstelling kan enkel gerealiseerd worden dankzij een geïntegreerde aanpak van de verschillende initiatieven en een goede samenwerking. De volgende randvoorwaarden werden geformuleerd:

- een **facettenbeleid**: samenwerking met andere beleidsdomeinen op Vlaams en op federaal niveau
- een **locoregionale ondersteuning in de uitwerking** waarbij de overlegplatforms geestelijke gezondheid, de Logo's en de CGG suicidepreventie werkers betrokken zijn
- een **goede dataregistratie, opvolging en evaluatie van het actieplan**
- tot slot zal het hele actieplan aangestuurd worden door een werkgroep: **de Vlaamse werkgroep suicidepreventie**.

**De voorbereiding van de gezondheidsconferentie suicidepreventie van 17 december 2011**

De voorbereidingen voor de tweede gezondheidsconferentie suicidepreventie gingen eind 2010 van start, met het vaststellen van een naam, doel, datum en werkwijze om deze gezondheidsconferentie te organiseren. Omdat voor het beleidsthema geen partnerorganisatie bestaat, werd een samenwerkingsverband van experts in suicidepreventie, het consortium, opgericht en gefinancierd voor een periode van 2 jaar. De kerntaak van het consortium is het inhoudelijk voorbereiden, begeleiden en verzorgen van het natraject van de gezondheidsconferentie. Het consortium rapporteert aan een bureau dat bestaat uit leden van het kabinet, het agentschap, de Vlaamse werkgroep suicidepreventie en het consortium zelf. Het bureau zorgde voor afstemming met de Vlaamse werkgroep suicidepreventie.

Om een zo groot mogelijk draagvlak te creëren en zo veel mogelijk gebruik te maken van de kennis, ervaring en behoeftes die leven in het veld, werd het voorbereidend werk georganiseerd binnen drie werkgroepen, een voor universele, voor selectieve en een voor geïndiceerde preventie.

De eerste voorbereidingen bestonden uit het oprichten van een forum en een website voor de gezondheidsconferentie. In maart werd een hoorzitting gehouden voor iedereen die een voorstel wilde indienen dat betrekking heeft op de preventie van suicide. Dit leverde interessante contacten en inzichten op die verder werden beoordeeld binnen de voorbereidende werkgroepen van de gezondheidsconferentie.

Binnen de werkgroep Universele Preventie kwamen behalve de bevordering van de geestelijke gezondheid, ook de beeldvorming, en het verbreden van sociale steun aan bod.

Binnen de werkgroep Selectieve Preventie werd naast bestaande initiatieven, aandacht geschonken aan doelgroepen die aangegeven hebben dat ze nood hebben aan ondersteuning voor de preventie van zelfdoding. Dit is bijvoorbeeld het geval voor "Boeren op een Kruispunt", Çavaria, bedrijfsgeneeskundige diensten...

Van andere doelgroepen weten we uit de cijfers dat zij een groter risico lopen te komen overlijden door zelfdoding: hoogbejaarde mannen, jongeren, allochtonen.. ook zij kwamen aan bod in de voorbereiding van de nieuwe gezondheidsconferentie suicidepreventie.

De werkgroep Geïndiceerde Preventie besteedde vooral aandacht aan risicogroepen die nog niet eerder aan bod kwamen. Daarnaast klinkt de vraag om suicidepreventie nog verder te integreren in de maatschappij. Er wordt gedacht aan een multidisciplinaire richtlijn voor kwaliteitsvolle zorg, of nog verder, aan een multidisciplinaire richtlijn.

In de werkgroepen zaten vertegenwoordigers van het consortium, het agentschap, de huidige projecten, de CGG, de Logo's, Vigez, het steunpunt algemeen welzijn, het netwerk van verenigingen waar armen het woord nemen, Boeren op een kruispunt, bedrijfsgeneeskundige diensten, apothekers (VAN), holebi's en transgenders (Cavaria), de VVGG, Eetexpert, Plan vzw, Lucas, Domus medica, UZ Brussel, Universiteit Gent, overlegplatforms GGZ, CGG Brugge, Ga voor Geluk, de FOD Volksgezondheid en de VAD.

Uiteraard was voor de tweede gezondheidsconferentie de evaluatie van de realisatie van de eerste gezondheidsdoelstelling en het bijhorend actieplanactieplan heel belangrijk. Die evaluatie wordt verder beschreven onder punt 4 b).

De voorgestelde preventiestrategieën werden op hun wetenschappelijke evidentie onderzocht en ook de keuze van de genoemde kwetsbare groepen (waarvoor Vlaamse cijfers beschikbaar zijn), werd wetenschappelijk onderbouwd. De gezondheidseconomische onderbouw van de keuze van de preventiestrategieën gebeurde op basis van een analyse en evaluatie van acties die passen binnen een bepaalde strategie.

Meer informatie over beide gezondheidsconferenties kan u vinden op de [website van het agentschap](#).

### **3. Beschikbare cijfers:**

#### **a) Cijfers met bronvermelding en periode of datum;**

##### **1. Het aantal zelfdodingen:**

De eerste gezondheidsdoelstelling zelfdoding en depressie bepaalde dat sterfte door zelfdoding bij mannen en vrouwen tegen 2010 verminderd moet zijn met 8% ten opzichte van 2000.

Voor mannen werd die doelstelling in 2009 nog steeds gehaald. Het aantal zelfdodingen daalde tot 2007, sindsdien kennen we opnieuw een stijging. .

Uit de onderstaande tabel blijkt het volgende: In 2009 overleden er opnieuw meer mensen door suïcide dan in 2005. In absolute cijfers is daarmee de doelstelling niet langer bereikt.

- Er stierven nochtans gedurende de hele periode 2001-2008 8% minder vrouwen dan in 2000. In 2009 waren er echter slechts 6% minder suïcides bij vrouwen dan in 2000.
- In 2006, 2007 en 2008 stierven er ook 14% tot 19% minder mannen door suïcides dan in 2000. In 2009 waren er echter slechts 6% minder suïcides bij mannen dan in 2000.

Wanneer we echter rekening houden met de leeftijdsverdeling, zijn er wel meer dan 8% minder overlijdens in 2009 in vergelijking met 2000 (gestandaardiseerd aantal), en is de doelstelling wel bereikt.

- Voor mannen stelden we een daling van 13% vast tussen het gestandaardiseerde aantal overlijdens in 2000 en dat in 2009. Dat is meer dan de vooropgestelde 8% en bovendien een statistisch significant verschil.
- Voor vrouwen daalde het gestandaardiseerde aantal overlijdens met 11% in 2009 ten opzichte van 2000. Ook bij vrouwen is de doelstelling voorlopig gehaald als we rekening houden met de leeftijd, al is dit verschil niet statistisch significant.

Wanneer we kijken naar het **absolute** aantal overlijdens, dan is de daling dus minder uitgesproken. Dit komt omdat toch een aanzienlijk aantal suïcides gepleegd wordt door ouderen. En net deze

bevolkingsgroep wordt steeds groter. Dit effect wordt net weggewerkt bij standaardisatie, waardoor dit cijfer wel nog 8% lager is dan in 2000.

- In 2009 was het aantal suicides bij mannen in elke leeftijdsgroep lager dan in 2000, behalve bij 35-44-jarigen. Bij 45-59-jarigen was de daling wel minder dan 8%.
- In 2009 was het aantal suicides bij vrouwen gestegen bij volgende leeftijdsgroepen: 15-19 jaar, 25-34 jaar, 45-49 jaar, 60-69 jaar en 75-79 jaar.

**De stijging na 2007 is dus vooral te wijten aan de economisch actieven.** Dat er nog een daling is ten opzichte van 2000 is vooral te danken aan het lagere aantal overlijdens bij mannen van 75 jaar of ouder.

Overzicht sterftecijfers door suicide in vergelijking met vooropgestelde doelstelling							
		Mannen			Vrouwen		
		aantal overlijdens	gestandaardiseerd aantal overlijdens	ASR (per 100.000 inw.)	aantal overlijdens	gestandaardiseerd aantal overlijdens	ASR (per 100.000 inw.)
Startcijfer	2000	843	880	29,6	331	324	10,9
	2001	837	868	29,2	302	293	9,9
	2002	802	824	27,8	298	285	9,6
	2003	785	805	27,1	289	278	9,4
	2004	784	791	26,6	301	286	9,6
	2005	818	824	27,7	297	281	9,5
Start actieplan	2006	700	692	23,3	280	260	8,8
	2007	681	668	22,5	303	277	9,3
	2008	728	712	24,0	299	275	9,3
laatste cijfers	2009	792	764	25,7	310	289	9,7
streefcijfer	2010	776	810	27,3	305	298	10,0
	bron:	Alle sterftecificaten, Vlaams Gewest, 2000 & 2008					

## 2. Evolutie sterfte door zelfdoding

Hoewel er nog steeds sprake is van een daling ten opzichte van het ijkjaar 2000, zien we in de cijfers van 2008 en 2009 een stijging:

### Sterftecijfers Zelfdoding gestandaardiseerd

jaartal	mannen	vrouwen
2000	880	324
2006	692	260
2008	712	275
2009	764	289
Daling tov 2000	13%	11%
Stijging tov 2006	10,4%	11,2%

Stijging tov 2008	7,3%	5,1%
-------------------	------	------

- In 2009 was het aantal suïcides bij **mannen** opnieuw licht gestegen, maar het bleef nog altijd significant lager dan in de periode 1999-2005.
- Voor **vrouwen** stellen we geen statistisch significant verschil vast. Tijdens de hele periode zijn de sterftecijfers voor vrouwen beduidend lager dan deze voor mannen.

Het aantal suïcides is bijna altijd **onderschat**. Het is immers niet altijd duidelijk of het om een ongeval, een suïcide of een moord gaat. Bijvoorbeeld, indien iemand sterft na een val, is het soms niet duidelijk of de overledene per ongeluk viel, zelf sprong, of door iemand geduwd werd. Die overlijdens worden samengeteld onder de noemer "sterfte waarvan de intentie niet kan bepaald worden". Vermoedelijk betreft het merendeel van deze sterftegevallen suïcides. In de onderstaande grafiek worden de sterftecijfers door onbepaalde intenties opgeteld bij die van suïcides (niet ingekleurde symbolen). Uit een vergelijkende studie (Reijnders et al, 2009)<sup>13</sup> blijkt wel dat de onbepaalde intenties ook in andere landen apart worden gehouden van de eigenlijke registraties van het aantal zelfdodingen. De betrouwbaarheid van de registratie van zelfdoding wordt hierdoor niet in vraag gesteld en is ook geen verklaring voor hogere, dan wel lagere cijfers in de ons omringende landen.

### 3. Sterftecijfers naar zorgregio<sup>14</sup>

De dalingen in het aantal zelfdodingen blijken niet lineair en niet gelijkmatig verdeeld over de zorgregio's. Het aantal zelfdodingen bij vrouwen was in 2006 lager dan in 2007, 2008 en 2009, en ondanks de grote daling in het aantal zelfdodingen bij mannen, blijkt het aantal overlijdens door zelfdoding in Kortrijk en Oostende juist gestegen.

Tabel: Gestandaardiseerd sterftecijfer per jaar door zelfdoding bij mannen

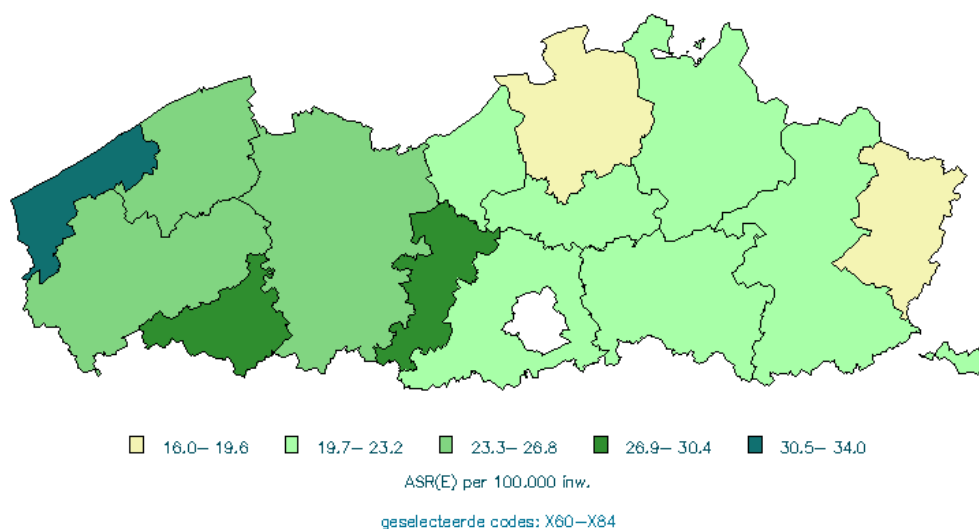
zorgregio: ip14	ASR (E) 2000	ASR (E) 2001	ASR (E) 2002	ASR (E) 2003	ASR (E) 2004	ASR (E) 2005	ASR (E) 2006	ASR (E) 2007	ASR (E) 2008	ASR (E) 2009	gemiddelde ASR(E) – voor periode 2005- 2009 (kaart)	gemiddeld aantal inwoners in 2005- 2009	gemiddeld aantal overlijdens per jaar 2005- 2009
Vlaams Gewest	26,92	26,55	25,04	24,64	24,34	24,90	21,41	20,57	21,82	23,43	22,40	3.019.737	743,8
RS: Brugge	23,80	29,51	25,06	29,86	28,79	24,90	24,31	24,26	23,93	26,84	24,76	151.444	41,4
RS: Oostende	27,96	33,27	34,20	27,76	22,80	35,36	38,66	29,19	30,07	31,52	33,03	88.742	33,0
RS: Roesel	31,14	29,11	32,75	25,92	23,86	27,75	25,69	27,25	29,22	20,76	26,14	172.732	48,6

<sup>13</sup>Onderzoek naar verklarende factoren voor de verschillen in suïcidecijfers in Vlaanderen in vergelijking met Europese landen, Reijnders, A., van Heeringen, C., De Maeseneer, J. en Van Audenhove, C., 2009, Steunpunt WVG: LEUVEN

<sup>14</sup>Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid, afdeling I & O.

are													
<b>RS:</b> Kortrijk	25,91	27,08	26,26	30,19	27,14	28,71	32,28	22,05	33,15	19,47	27,13	151.729	44,4
<b>RS:</b> Gent	32,43	30,01	29,69	30,44	32,50	29,06	24,19	22,35	24,96	27,66	25,62	416.271	118,0
<b>RS:</b> Sint-Niklaas	24,01	32,19	30,28	22,30	28,74	21,32	22,66	20,18	22,41	22,39	21,70	112.049	26,2
<b>RS:</b> Aalst	31,60	37,54	29,81	30,89	29,02	26,82	24,80	25,30	23,72	33,66	26,90	160.496	47,6
<b>RS:</b> Hasselt	21,91	23,52	23,69	20,37	19,89	22,24	16,34	19,28	18,84	22,40	19,73	287.346	63,2
<b>RS:</b> Genk	24,31	21,76	17,67	25,10	19,34	16,24	17,29	14,81	17,80	18,09	16,89	122.233	22,4
<b>RS:</b> Antwerpen	24,10	22,89	21,59	23,08	23,68	21,66	20,19	16,30	17,32	19,32	18,97	437.731	88,4
<b>RS:</b> Mechelen	29,98	23,17	18,77	18,72	19,14	22,08	21,21	22,19	13,28	21,48	20,01	190.998	42,4
<b>RS:</b> Turnhout	23,65	22,34	23,88	17,39	22,69	25,62	18,79	18,49	24,17	24,52	22,30	212.439	53,2
<b>RS:</b> Leuven	26,14	30,18	20,94	22,31	18,57	24,64	14,16	14,96	18,77	26,69	19,87	228.344	51,0
<b>RS:</b> Brussel rand	27,72	21,64	23,51	23,42	21,49	26,00	15,27	21,06	19,61	18,93	20,09	287.184	64,0

## Zelfdoding, 2005–2009 Mannen

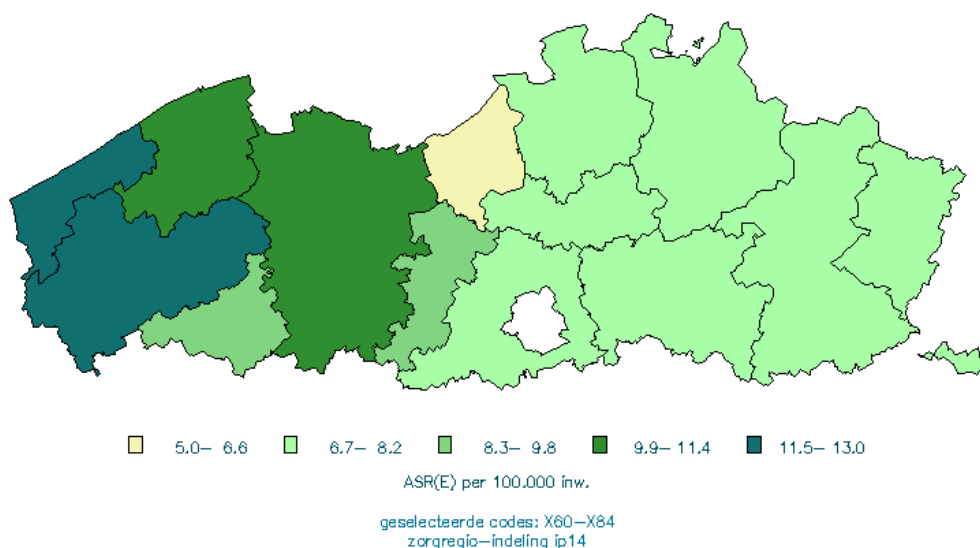


Tabel: Gestandaardiseerd sterftecijfer bij vrouwen per jaar door zelfdoding

zorgre- gio: ip14	ASR (E) 2000	ASR (E) 2001	ASR (E) 2002	ASR (E) 2003	ASR (E) 2004	ASR (E) 2005	ASR (E) 2006	ASR (E) 2007	ASR (E) 2008	ASR (E) 2009	gemidd elde aantal ASR(E) – voor periode 2005- 2009 (kaart)	gemid deld aantal inwon ers in 2005- 2009	gemid deld aantal overlij dens per jaar 2005- 2009
<b>Vlaam s Gewest</b>	<b>10,06</b>	<b>9,13</b>	<b>8,88</b>	<b>8,80</b>	<b>8,92</b>	8,94	8,14	8,40	8,55	9,08	8,62	3.102.357	297,8
<b>RS: Brugg e</b>	11,82	7,98	12,57	12,08	13,64	13,30	9,87	7,65	12,12	12,87	11,21	157.358	20,4
<b>RS: Oosten de</b>	14,84	14,30	16,19	8,74	9,99	13,59	12,89	13,00	7,09	12,52	11,81	93.249	13,2
<b>RS: Roesel are</b>	9,34	16,81	7,01	8,44	13,53	12,71	12,76	8,31	14,78	14,45	12,60	175.082	23,4
<b>RS: Kortrij k</b>	9,90	10,30	12,88	10,64	9,84	10,30	10,84	6,31	10,78	7,78	9,27	156.069	16,0
<b>RS: Gent</b>	11,58	10,50	10,73	9,66	8,83	10,37	9,75	12,38	9,62	10,37	10,50	429.708	49,4
<b>RS: Sint-</b>	4,01	7,25	2,66	10,49	4,57	5,47	3,66	5,25	5,39	5,87	5,13	114.889	7,0

<b>Niklaas</b>													
<b>RS:</b>	10,44	14,75	13,26	13,06	7,16	8,49	8,06	4,43	12,24	12,63	9,15	165.922	16,8
<b>Aalst</b>													
<b>RS:</b>	10,45	8,23	6,52	10,39	9,06	8,63	6,05	7,32	6,14	7,76	7,15	289.352	23,2
<b>Hasselt</b>													
<b>RS:</b>	5,88	5,07	10,83	6,30	5,65	7,15	5,83	5,76	5,88	8,73	6,63	122.172	8,8
<b>Genk</b>													
<b>RS:</b>	10,14	7,50	8,12	5,82	7,12	6,70	8,80	6,65	9,62	8,08	7,96	452.793	38,0
<b>Antwerpen</b>													
<b>RS:</b>	11,58	7,88	10,01	9,11	8,63	11,71	5,77	8,79	3,84	6,27	7,28	197.413	16,4
<b>Mechelen</b>													
<b>RS:</b>	11,57	7,80	7,97	5,75	10,43	7,41	6,34	9,69	6,48	7,97	7,56	211.185	18,0
<b>Turnhout</b>													
<b>RS:</b>	8,87	7,97	6,65	5,05	8,96	6,87	7,64	9,55	6,78	7,81	7,75	234.104	21,4
<b>Leuven</b>													
<b>RS:</b>	8,08	6,45	5,26	10,71	8,44	6,86	6,46	8,97	8,01	7,19	7,48	303.060	25,8
<b>Brusselrand</b>													

## Zelfdoding, 2005–2009 Vrouwen

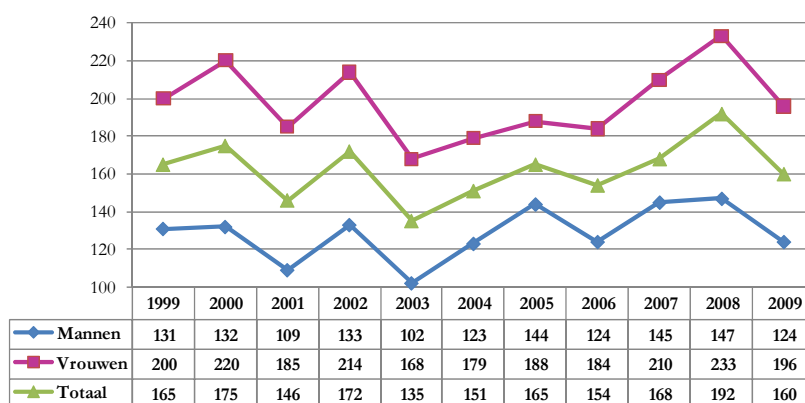


#### 4. Het aantal suïcidepogingen<sup>15</sup>:

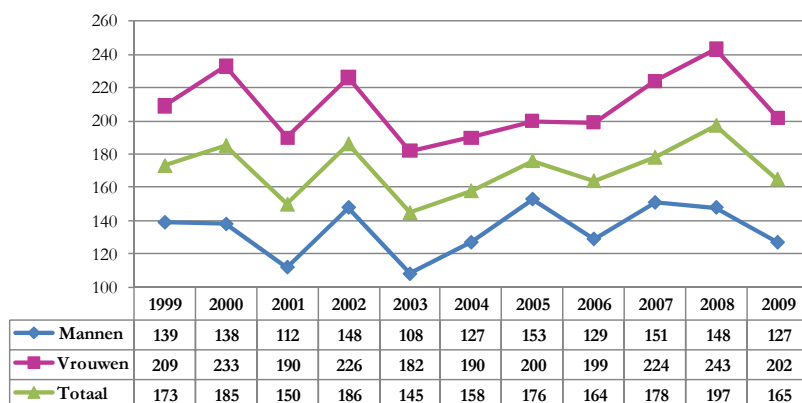
Het aantal suïcidepogingen daalde in 2010 met 7,3 % ten opzichte van 2009. In 2010 bedroegen de event-based rates voor suïcidepogingen in Vlaanderen 153/100.000 (165/100.000 in 2009). De person-based rates bedroegen 150/100.000 (160/100.000 in 2009).

Veel meer vrouwen dan mannen (ratio 1,5:1) doen een poging tot zelfdoding, terwijl meer mannen dan vrouwen overlijden door zelfdoding. De man-vrouw ratio was in 2009 identiek.

##### Person-based rate-evolutie van suïcidepogingen per 100.000 inwoners in Vlaanderen, volgens geslacht, 1999-2010



##### Event-based rate-evolutie van suïcidepogingen per 100.000 inwoners in Vlaanderen, volgens geslacht, 1999-2010



Meer dan één op twee van de aangemelde suïcidepogers (55,7%) had reeds één of meerdere suïcidepogingen ondernomen in het verleden. Ongeveer de helft van hen (49,7%) ondernam een poging

<sup>15</sup> Bron: 'DE EPIDEMIOLOGIE VAN SUÏCIDEPOGINGEN IN VLAANDEREN': Jaarverslag 2010, Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, Universiteit Gent

gedurende het afgelopen jaar. Direct na een opname als gevolg van een suïcidepoging hebben bijna de helft van de patiënten zwakke tot sterke gedachten om zichzelf opnieuw te beschadigen. Deze cijfers geven aan dat een gespecialiseerde opvang voor suïcidepogers nodig is.

Het hoogste absolute aantal suïcidepogers was tussen de 45 en 49 jaar oud. Ongeveer één derde van de mannelijke (33,9%) en vrouwelijke suïcidepogers (34,2%) was tussen de 15 en 29 jaar.

Iets meer dan de helft van de suïcidepogers behoort tot het inactieve deel (42,9 %) van de bevolking, of was werkloos (18,2 %), wat overeenkomt met de bevindingen van voorgaande jaren.

Bijna de helft van de patiënten bij wie de psychiatrische behandeling in de voorgeschiedenis in kaart werd gebracht, ontving reeds een residentiële (40,5%) en/of ambulante behandeling (40,8%). Slechts één op vier (26,9%) was nog nooit psychiatrisch behandeld voorafgaand aan de suïcidepoging.

Bij 5,5 % van de patiënten was er sprake van “mogelijk alcohol en/of middelenmisbruik”, bij 27,8 % was er sprake van “waarschijnlijk misbruik”.

78 % van alle suïcidepogingen gebeurde aan de hand van zelfvergiftiging (vooral door middel van medicatie), ongeveer één op vijf van de suïcidepogingen (15,1 %) gebeurde door middel van zelfverwonding, en 8,7 % gebeurde door een combinatie van zelfverwonding en zelfvergiftiging. Bij het uitvoeren van de poging had 29,7% van de patiënten alcohol ingenomen.

## **b) Planning met betrekking tot monitoring en update cijfergegevens**

### **1. Cijfers zelfdoding**

De verwerking van de sterftcertificaten duurt meer dan een jaar. De sterftcijfers door zelfdoding in 2009 zijn sinds september 2011 beschikbaar. Een definitieve beoordeling van het eerste Vlaams actieplan suïcidepreventie op basis van het aantal zelfdodingen zal pas mogelijk zijn in 2012.

### **2. Cijfers suïcidepogingen**

De rapportage over het aantal pogingen tot zelfdoding in Vlaanderen wordt jaarlijks uitgegeven door de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek van de Universiteit van Gent. De gegevens over 2011 werden nog niet overgemaakt aan het agentschap.

## **4. Uitvoering: stand van zaken**

### **a) Overzicht initiatieven**

#### **De bevordering van de geestelijke gezondheid in de bevolking:**

De campagne **Fit In Je Hoofd** (FIJH) werd opgestart. In 2009 werd deze campagne opnieuw gelanceerd en richt zich op de bevordering van de geestelijke gezondheid en zelfeducatie over problemen met de geestelijke gezondheid. In de eerste drie maanden van die campagne kende de website van Fit In Je Hoofd door 125.000 mensen bezoekers. Het effect hiervan wordt nog dit jaar onderzocht.

De Fit In Je Hoofd campagne wordt nu uitgebreid met zowel een versie die is gericht op gebruik door **jongeren** als een versie die bruikbaar is voor mensen die leven in **kansarmoede**. De Fit In Je Hoofd campagne, gericht op mensen die leven in kansarmoede, kreeg de naam **Goed Gevoel Stoel (GGS)**. Anders dan bij Fit In je Hoofd steunt de Goed Gevoel Stoel op 4 peilers in plaats van de 10 tips van FIJH. Het programma bestaat uit groepssessies, onder begeleiding van een hulpverlener die gevormd is in het gebruik van de GGS door Vigez. De Goed Gevoel Stoel werd inmiddels in gebruik genomen en bekendgemaakt via een persbericht in juni 2010. Vanuit welzijnsorganisaties en belangenverenigingen wordt enthousiast gereageerd.

Voor jongeren werd de Fit In Je Hoofd –versie gepresenteerd als website. Deze heet NokNok en maakt ook gebruik van 4 pijlers in plaats van 10 stappen. Binnen de 4 adviezen worden probleemclusters gepresenteerd die aansluiten bij de leefwereld van jongeren. Vigez heeft hiervoor contact opgenomen met jongerenorganisaties. De thema's werden bepaald na focusgesprekken. De verschillende organisaties werden vooral betrokken om zowel de inhoud af te stemmen als een draagvlak te creëren voor verdere implementatie. Behalve bekendmaking via scholen en aansluiting bij de preventiecoaches kunnen ook andere kanalen aangeboord worden. Vigez stelde inmiddels een implementatieplan in 3 fasen voor. De lancering van NokNok heeft plaatsgevonden op 10 september laatstleden, op de wereld dag voor de preventie van zelfdoding.

Nog gedeeltelijk binnen deze strategie (en gedeeltelijk binnen de 5<sup>e</sup> strategie), past het **project preventiecoaches geestelijke gezondheid** in middelbare scholen. Het doel van dit project is om scholen te begeleiden in het voeren van een op geestelijke gezondheid gericht beleid, met aandacht voor vroege detectie en een goede doorverwijzing van leerlingen met problemen. Uit de interesse van de scholen blijkt dat we hiermee beantwoorden aan een reële vraag van de scholen. Er schreven zich ondertussen al meer dan honderd scholen in. De preventiecoaches zitten hiermee aan een maximum aan werkbelasting. Dit project loopt tot september 2012. In de evaluatie ervan, wordt gekeken naar de mate van bekendmaking, het aantal en de mate waarin scholen daadwerkelijk een geestelijk gezondheidsbeleid opstarten en hun tevredenheid met het werk van de preventiecoaches. Er werden tot nu toe 249 scholen bereikt.

**Binnen de tweede strategie, laagdrempelige telezorg**, werd de werking van het Centrum ter Preventie voor zelfdoding, dat de zelfmoordlijn (7 dagen op 7, 24 uur per dag) en chatsessies verzorgt, verder versterkt en uitgebreid. De chatsessies bereiken beduidend meer jongeren dan de telefoondienst van de zelfmoordlijn. 31,7 % van de chatsessie wordt geïnitieerd door jongeren tussen 16 en 20 jaar. Aan de telefoon is de grootste groep volwassenen tussen 41 en 50 jaar (26,6 %). Recent is een daling van het aantal oproepen vastgesteld, en dit zowel in het aantal telefoongesprekken (-10,75%) als het aantal chatsessies (-1.1 %). Voor deze opdracht werd eind 2010 een oproep gelanceerd voor het sluiten, vanaf 2012, van een beheersovereenkomst van vijf jaar, met een organisatie met terreinwerking.

**De derde strategie** betreft de **deskundigheidsbevordering** van hulpverleners. Behalve een permanent aanbod via de suïcidepreventie werkers van de Centra voor Geestelijke Gezondheid werd speciaal voor huisartsen een vormingsprogramma ontworpen dat via internet te volgen is. Dit Itol werd echter onvoldoende gebruikt door reeds gevestigde huisartsen. Huisartsen blijken vooral in crisissituaties geïnteresseerd in vorming rond suïcidepreventie. Hiervoor werd speciaal voor huisartsen een hulpdienst opgericht binnen de werking van CPZ (zie hierboven): advies suïcidepreventie huisartsen, ASPHA. Huisartsen kunnen sinds december 2010 16 uur per dag een beroep doen op deze telefonische dienstverlening. Daarnaast kunnen zij hun vragen ook per email stellen. Uit een recent persbericht van het CPZ over ASPHA blijkt dat huisartsen voorsnog niet frequent een beroep doen op ASPHA, maar wel in die situaties waar de hulplijn voor bedoeld is, namelijk in geval van crisis. Eind 2011 werd de werking van de CGG suïcidepreventiewerkers uitgebreid. Met name door de extra taken die de suïcidepreventiewerkers kregen toebedeeld, en de nieuwe taken die in het kader van de gezondheidsconferentie verder uitgewerkt zullen worden in een volgend Vlaams Actieplan Suïcidepreventie. In ieder geval geeft dit extra mogelijkheden voor het verbeteren en uitbreiden van de deskundigheidsbevordering inzake suïcidepreventie.

**Binnen de vierde strategie** wordt op verschillende manieren gewerkt aan het voorkomen van uitlokking van zelfdoding. Op lokaal niveau wordt samengewerkt met de spoorwegen, om de gevaarlijke plaatsen, de zogenaamde hotspots, af te schermen. De mediarijchlijnen die door Werkgroep Verder worden bekendgemaakt en opgevolgd en zijn effectief gebleken in het bewerken van de manier van berichtgeving.

**De vijfde strategie** betreft de zorg voor risicogroepen, groepen die meer dan anderen een risico lopen suïcidale gedachten te hebben of pogingen te willen ondernemen

**Het project integrale zorg suïcidepogers (PIZS).** Ziekenhuizen worden binnen dit project benaderd om mee te werken aan een betere opvang, en een betere nazorg na een suïcidepoging. Binnen het project wordt gezorgd voor een samenwerking tussen het ziekenhuis, de huisarts en de CGG. Voor deze opdracht werd eind 2010 een oproep gelanceerd voor het sluiten, vanaf 2012, van een beheersovereenkomst van vijf jaar, met een organisatie met terreinwerking.

**Het project vroege detectie en interventie bij een eerste psychose (VDIP).** Psychoses en schizofrenie worden in verband gebracht met een hoog risico op zelfdoding. Door vroegdetectie en vroeginterventie is het de bedoeling zo veel mogelijk zelfdodingen te voorkomen. Hiervoor werden in verschillende regio's in Vlaanderen pilootprojecten opgezet. Door de aard van de doelgroep is er een overlap met de artikel 107- projecten, waar door de manier van werken, het vermaatschappelijken van de geestelijke gezondheidszorg, ook vooral beroep op wordt gedaan door mensen die lijden aan een tot de psychosen behorende mentale stoornis. Daarnaast is er ook binnen de werking van de VDIP regioteams zelf een overlap tussen preventie, vroeg detectie en zorg. In het kader van de preventie van zelfdoding is het de bedoeling deze werking duurzaam verder te zetten voor wat betreft het aandeel preventie en vroegdetectie, en die te verankeren in de CGG suïcidepreventiewerking. Dit komt dan ook overeen met de functie 1a van de artikel 107 projecten. De doelstelling hierbij is het behouden van de aandacht voor deze doelgroep binnen de suïcidepreventie (zowel qua vroegdetectie van psychosen als suïcidepreventie bij (gekende) personen met een psychose), en het voorkomen van een overlap in zorgfinanciering.

**Zorg voor nabestaanden,** gecoördineerd door de Werkgroep Verder. Zij verzorgen een website met een forum en informatie voor nabestaanden, en minstens twee gespreksgroepen in elke provincie. Voor deze opdracht werd eind 2010 een oproep gelanceerd voor het sluiten, vanaf 2012, van een beheersovereenkomst van vijf jaar, met een organisatie met terreinwerking.

Voor personen met recidiverende depressies is uit een Vlaamse pilootstudie binnen het actieplan, gebleken dat **MBCT** (Mindfulness-based Cognitive Therapy) een zinvolle aanpak is. Die aanpak wordt door diverse entiteiten aangeboden binnen het reguliere circuit. Voor die behandelingen is geen afzonderlijke subsidie voorzien binnen het actieplan.

Binnen deze strategie werden ook kinderen van ouders met psychische problemen (**KOPP**) opgevat als een risicogroep. Het project dat hiervoor werd gelanceerd leidde niet tot het gewenste resultaat, er was onvoldoende animo vanuit de doelgroep zelf om van de hulp gebruik te maken, men herkende zich niet als risicogroep voor zelfdoding. Om die reden werd het project niet verlengd en niet verder geïmplementeerd binnen het actieplan suïcidepreventie. In de aanloop naar de tweede gezondheidsconferentie van 17 december 2011 werden opnieuw contacten gelegd met vertegenwoordigers van kinderen met ouders met psychische problemen. Het onderzoeksproject wat destijds werd voorgesteld beantwoordde niet aan de verwachtingen van de doelgroep. De doelgroep vraagt zelf om lotgenotencontact als preventieve methodiek. Deze groepering zal bij de totstandkoming van een volgend actieplan betrokken worden.

Samen met de Holebifederatie (nu çavaria) werd een project afgerond rond de problematiek van suïcide en **Holebi's**. In de aanloop naar de gezondheidsconferentie van 17 december 2011 werd Çavaria betrokken. Uit de bijdragen in de werkgroep selectieve preventie kwam vooral tot uiting dat het niet volstaat de hulpverleners die met holebi's werken deskundig te maken in suïcidepreventie. Het gaat er ook om andere hulpverleners, bijvoorbeeld die aan suïcidepreventie werken, deskundig te maken om met de specifieke doelgroep om te gaan. De uitwerking hiervan zal in eerste instantie vorm krijgen in een uitbreiding van de Vlaamse werkgroep suïcidepreventie, met een vertegenwoordiging van Çavaria.

Er is ook een project afgerond m.b.t. **Rouwzorg**

#### **Randvoorwaarden.**

De Vlaamse **Werkgroep** Suïcidepreventie kende sinds de gezondheidsconferentie een aantal wisselende samenstellingen. In 2010 werd de werkgroep officieel opgericht volgens het besluit ter uitvoering van het preventiedecreet. De werkgroep heeft naast het opvolgen en bijsturen van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie als taak mee te werken aan de voorbereidingen voor een nieuw actieplan suïcidepreventie. De leden van de Vlaamse werkgroep hebben allen meegewerkt aan tenminste één van de voorbereidende werkgroepen van de gezondheidsconferentie. In het natraject van de gezondheidsconferentie dient de werkgroep uitgebreid te worden met een vertegenwoordiging van de doelgroepen of organisaties die in de nieuw voorgestelde strategieën aan bod zijn gekomen.

Het **facettenbeleid** naar het beleidsdomein onderwijs kreeg vorm binnen het project preventiecoaches waar secundaire scholen ondersteund worden om een preventief beleid te voeren op vlak van geestelijke gezondheid op basis van een matrix aan mogelijke initiatieven. Dit was mogelijk dankzij de intentieverklaring van beide bevoegde ministers.

Er werd een **locoregionale** werking suïcidepreventie ondersteund om een geïntegreerde lokale uitvoering van het actieplan te bewerkstelligen (think global, act local). Samen met de overlegplatforms geestelijke gezondheid en de Logo's, hebben de CGG Suïcidepreventiewerkers een motor gekregen voor hun vormingen over de preventie van zelfdoding. Door de Logo's werd het mogelijk suïcidepreventie op de agenda's van lokale besturen en onderwijspartners te krijgen. De locoregionale projecten werken op dit moment actief mee aan de uitvoering van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie en zijn bij alle bovenstaande projecten, campagnes en initiatieven betrokken. In 2011 werden de locoregionale projecten verlengd. In de toekomst zal de aandacht voor een loco-regionale werking verder gezet worden maar niet langer als aparte structuur. Er komt een integratie binnen de opdrachten van bestaande structuren zoals de CGG-suïcidepreventiewerkers en de Logo's. Het is de bedoeling hiervoor extra middelen te voorzien.

De noodzaak van **wetenschappelijke onderbouw** van het beleid werd voorgesteld als belangrijke randvoorwaarde in het actieplan. De kennis van de diverse experten werd ondersteund door een aantal initiatieven. Met behulp van een subsidie werd een vergelijkende studie uitgevoerd naar de mogelijke achtergronden van de verschillen in suïdecijfers in EU landen met hoge (België/Vlaanderen en Frankrijk) en lage (Nederland en Duistland) suïdecijfers. Op vraag van het agentschap investeerde Vigez in een evaluatie van het gebruik en de effecten van de zelfbeoordelingstest bij de Fit In Je Hoofd campagne. Tot slot werd een overheidsopdracht uitgeschreven voor een evaluatiestudie van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie. De opdracht werd gegund aan Lucas – KULeuven. De evaluatie van het plan in zijn geheel en de strategieën en projecten afzonderlijk bestaat uit een beoordeling op theoretische onderbouwing, verwachte werkzaamheid en implementatie. Omdat het onderwerp 'zelfdoding' zich niet leent voor effectevaluatie, is het oorzakelijk gevolg van al of niet succesvolle preventie, behalve door het beoordelen van de populatiecijfers, niet evident. (zie verder).

## b) Evaluatie Vlaams actieplan suïcidepreventie

De evaluatie van het eerste Vlaams actieplan suïcidepreventie leidde tot de volgende vaststellingen:

### **De hoofddoelstelling van het VAS werd bereikt:**

Zowel voor mannen als voor vrouwen nam het aantal suïcides in de periode 2000-2009 met meer dan 8% af. Voor mannen daalde het aantal suïcides met 13,2% en voor vrouwen met 11%.

### **Het eerste Vlaams actieplan bevatte alle strategieën waarvoor wetenschappelijk evidentie bestaat.**

Het actieplan **doorstaat een internationale vergelijking**, Vlaanderen heeft een volwaardig nationaal actieplan, met interventies die ook in andere landen worden gebruikt.

De uitvoering van het Vlaams actieplan beantwoordde aan de verwachtingen. Een groot aantal nieuwe initiatieven werden opgestart, zoals:

- Fit in je hoofd, goed in je vel
- De preventiecoaches in secundaire scholen
- Advies Suïcidepreventie voor Huisartsen, ASPHA
- Project Integrale Zorg voor Suïcidepogers, PIZS
- Vroegdetectie en -Interventie bij Psychose, VDIP

Van de randvoorwaarden werden volgende elementen gerealiseerd:

- Locoregionale uitvoering van het Vlaams actieplan
- Oprichting van een Vlaamse werkgroep voor suïcidepreventie

- Een systematische registratie van het aantal zelfdodingen, het aantal pogingen en depressies, de opvolging en evaluatie van het actieplan.

De in de evaluatiestudie voorgestelde knelpunten- of verbeterpunten kwamen ook al ter sprake in de voorbereidingen van de gezondheidsconferentie. In de voorgestelde strategieën werd hier zodoende al rekening mee gehouden.

Verder bleek uit een **gezondheidseconomische evaluatie dat alle geëvalueerde acties** een aanvaardbare kost inhouden in termen van het gewonnen aantal levensjaren. Niet alle activiteiten in het huidig Vlaams Actieplan Suïcidepreventie werden opgenomen in de evaluatie. Een aantal acties lijken in deze evaluatie zeer gunstig: deskundigheidsbevordering scoort zeer goed in termen van kosten/baten verhouding, in gewonnen levensjaren is het een zeer efficiënte strategie, het levert meer op dan het kost. Een preventieve actie op bevolkingsniveau brengt per definitie veel minder op in gewonnen levensjaren, maar kost in die verhouding ook niets. De gezondheidseconomische aspecten zullen in de op te maken voorstellen voor een nieuw actieplan en besteding van middelen een belangrijke rol spelen.

### c) Partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking

Eind 2010 werden drie oproepen gelanceerd voor het sluiten, vanaf 2012, van een beheersovereenkomst van vijf jaar, met organisaties met terreinwerking:

1. Laagdrempelige **telezorg** wordt door het Centrum ter Preventie van Zelfdoding (CPZ) georganiseerd. De zelfmoordlijn biedt telefonische en digitale hulp aan burgers en hulpverleners met vragen over de aanpak bij zelfdodinggedachten. Een duurzame verankering van deze zorg past in een continu suïcidepreventiebeleid, vandaar de oproep. Daarnaast nam het CPZ de taak op zich een **helpdesk speciaal voor huisartsen** uit te bouwen. Dit tweejarig project werd in 2009 gefinancierd als project en kan pas na afloop, in 2011, worden beoordeeld op zijn werkzaamheid. Bij gunstig verloop kan een verankering gebeuren als organisatie met terreinwerking. Dit werd vooruitlopend op een beoordeling van de werking van Aspha opgenomen in de oproep. In antwoord op de oproep voor een organisatie suïcidepreventie door telezorg, stelde het CPZ zich kandidaat. Het door het CPZ ingediende voorstel werd inmiddels voorgelegd aan de inspectie van financiën.
2. De zorg voor **nabestaanden** van zelfdoding, werd opgenomen in het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie omdat deze nabestaanden zelf ook een verhoogd risico lopen op overlijden door zelfdoding. Werkgroep Verder wordt voor het voorzien in deze zorg al lang via facultatieve subsidies gefinancierd. Werkgroep Verder kreeg eveneens de opdracht de invoering, aanpassing en opvolging van de **mediarichtlijnen** voor de berichtgeving over zelfdoding te bewaken. Een duurzame verankering van deze zorg past in een continu suïcidepreventiebeleid, vandaar de oproep. In reactie op de oproep voor een organisatie met terreinwerking voor de zorg voor nabestaanden van zelfdoding, stelde Werkgroep Verder zich kandidaat.
3. Een duurzame verankering van de **zorg voor suïcidepogers** in het kader van suïcidepreventie is noodzakelijk. Suïcidepogers lopen het grootste risico te overlijden door zelfdoding. Dit pilootproject werd gerealiseerd met bescheiden middelen. Ondanks dat er geen financiële beloning is voor de meewerkende algemene ziekenhuizen, is het de projecthouder toch gelukt om 47 van de 59 fusieziekenhuizen te overtuigen de zorg voor suïcidepogers zorgvuldig en systematisch te organiseren met behulp van het Instrument voor Psychosociale Evaluatie (IPEO). Continuering van de aandacht voor suïcidepogers in algemeen ziekenhuizen kan door een oproep te doen voor een organisatie met terreinwerking, met een uitbreiding van de opdracht tot het actief betrekken van eerstelijnswerkers, waaronder vooral huisartsen. In reactie op de oproep voor een organisatie met terreinwerking voor de zorg voor suïcidepogers, stelde het DAGG Lommel zich kandidaat. De kandidatuur werd inmiddels goedgekeurd door de inspectie van financiën.

## d) Betrokkenheid Logo's

Binnen hun basisfinanciering hebben de Logo's vooral de opdracht om in te staan voor de disseminatie van specifieke methodieken rond suïcidepreventie bij hun netwerk. Het gaat hier vooral over geestelijke gezondheidsbevordering zoals de actie Fit in je hoofd en de afgeleiden voor kansarmen (Goed Gevoelstoel) en jongeren (Nok Nok).

Bij een aantal andere initiatieven nemen de Logo's een meer ondersteunende en zelfs uitvoerende taak op zich. Zo zijn de Logo's projecthouder van het project preventiecoaches geestelijke gezondheid naar secundaire scholen en zijn ze betrokken bij de locoregionale projecten suïcidepreventie als vaste partners van vooral de CGG Suïcidepreventiewerking.

Voor de Logo's werden voor het thema geestelijke gezondheid volgende actiefocussen geformuleerd:

- Het bevorderen van de geestelijke gezondheid bij de algemene bevolking.
- Het bevorderen van de geestelijke gezondheid bij groepen met lagere sociaal economische status.
- Het bevorderen van de geestelijke gezondheid bij jongeren.
- Het bevorderen, door het vraag gestuurd coachen van middelbare scholen met behulp van vooraf bepaalde methoden, van de geestelijke gezondheid bij jongeren en van het vroeg detecteren en begeleiden van jongeren met geestelijke gezondheidsproblemen.
- Het binnen de locoregionale projecten suïcidepreventie promoten van het actieplan suïcidepreventie.

De twee laatste zijn ad hoc actiefocussen geformuleerd naar aanleiding van de specifieke bijkomende projectsubsidie die de Logo's hiervoor ontvangen. In afwachting van een verder verloop zullen deze ad-hoc actiefocussen meer of minder relevant worden.

Ten slotte is er ook nog de generieke actiefocus:

- Opbouwen en onderhouden van een netwerk rond het thema suïcidepreventie.

## e) Bereik van kwetsbare groepen

De vijfde strategie richt zich op risicogroepen en dus per definitie ook op kwetsbare groepen.

Op vlak van geestelijke gezondheidsbevordering is naar kansarmen toe een aanzet gegeven met de methodiek Goed Gevoelstoel die door Vigez werd ontworpen. Zowel Logo's als het werkveld laten weten dat er een grote behoefte is aan methodieken om kansarmen te bereiken. De manier waarop Vigez deze methodiek tot ontwikkeling heeft gebracht, in samenspraak met belangenverenigingen, ervaringsdeskundigen en instanties, lijkt aan te slaan en is voor herhaling vatbaar.

Voor wat betreft de preventie van zelfdoding zijn kwetsbare groepen ook allochtonen, vluchtelingen, ouderen en jongeren. Voor jongeren zijn er de preventiecoaches en (binnenkort) Nok Nok (zie hoger). Voor de andere doelgroepen moet een volgende gezondheidsconferentie uitmaken of en op welke wijze deze groepen een hoger risico lopen op zelfdoding of dat ze binnen het kader van de bevordering van geestelijke gezondheid moeilijk bereikbaar zijn en extra aandacht behoeven. In de voorbereiding van de gezondheidsconferentie werden bovendien nog een aantal doelgroepen genoemd, waarbij het risico op zelfdoding in het algemeen hoger ligt dan dit in de algemene bevolking. In een volgend Vlaams actieplan zal erover gewaakt worden dat ook nieuwe kwetsbare groepen aan bod komen.

## 5. Financiering

### a) Overzicht budgetten laatste jaren (met vermelding looptijd van initiatieven)

zie tabellen



## Uitvoering actieplan suïcidepreventie (vanaf 2004): vervolg

	periode	Vastlegging		Vereffening												Niet uitbetaald	Terug- gevorderd	
		bedrag	jaar	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015			
Fit in je hoofd (VIGEZ) 08	1/12/2008-31/12/2010	146.000	2008		0	0	0	21.900	65.700	43.800	14.600	0	0	0	0	0	0	0
CPZ-coördinatiefunctie 08	1/4/2008-31/12/2008	30.000	2008		0	0	0	27.000	2.914	0	0	0	0	0	0	0	0	86
Suïcidepogers Symposium (CGG DAGG) 08	15/11/2008-15/2/2009	8.900	2008		0	0	0	0	8.900	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Werkgroep Verder (CGG Passant) 08	2008	62.040	2008		0	0	0	55.836	6.204	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rouw zorg (Zorgsaam) 08	1/12/2008-30/11/2009	75.000	2008		0	0	0	16.875	50.625	262	0	0	0	0	0	0	0	7.238
VDIP (CGG Ahasverus) 08	1/12/2008-31/12/2010	1.135.190	2008		0	0	0	0	681.114	340.557	113.519	0	0	0	0	0	0	0
Attitude jongeren VI-Ned (CPZ) 08	1/10/2008-30/04/2010	30.140	2008		0	0	0	6.782	13.563	6.782	3.014	0	0	0	0	0	0	0
CPZ-zelfmoordlijn 09	2009	135.000	2009		0	0	0	0	121.500	13.500	0	0	0	0	0	0	0	0
Ondersteuning huisartsen (CPZ) 09	1/12/2009-31/12/2011	145.000	2009		0	0	0	0	32.625	65.250	32.625	14.500	0	0	0	0	0	?
Werkgroep Verder (CGG Passant) 09	2009	86.600	2009		0	0	0	0	77.940	8.619	0	0	0	0	0	0	0	41
MBCT symposium 09	1/2/2009-1/5/2009	7.317	2009		0	0	0	0	7.156	0	0	0	0	0	0	0	0	161
Preventiecoaches scholen (Logo's) 09	1/5/2009-31/8/2012	1.188.000	2009		0	0	0	0	356.400	334.800	259.200	237.600	0	0	0	0	0	?
Fit in je hoofd (VIGEZ) 10	15/12/2010-31/12/2012	249.270	2010		0	0	0	0	0	0	149.562	74.781	24.927	0	0	0	0	0
CPZ-zelfmoordlijn 10	2010	174.490	2010		0	0	0	0	0	157.041	17.449	0	0	0	0	0	0	0
Suïcidepogers (CGG DAGG) 10	16/1/2010-31/12/2010	59.354	2010		0	0	0	0	0	53.419	4.957	0	0	0	0	0	0	978
Jonge suïcidepogers 10	1/9/2010-31/12/2010	18.995	2010		0	0	0	0	0	17.096	0	0	0	0	0	0	0	1.900
Werkgroep Verder (CGG Passant) 10	2010	88.888	2010		0	0	0	0	0	79.999	8.889	0	0	0	0	0	0	0
LocoReg. 5 prov. & Brussel 10	1/12/2010-31/12/2011	349.034	2010		0	0	0	0	0	119.638	187.687	41.708	0	0	0	0	0	?
Consortium suïcidepreventie (FDGG) 10	1/10/2010-31/12/2012	212.917	2010		0	0	0	0	0	47.906	95.813	47.906	21.292	0	0	0	0	?
CPZ-zelfmoordlijn 11	2011	178.112	2011								160.301	17.811	0	0	0	0	0	?
CPZ vrijw illigers 11	2011	35.000	2011								31.500	3.500	0	0	0	0	0	?
Suïcidepogers (CGG DAGG) 11	2011	173.173	2011								155.856	17.317	0	0	0	0	0	?
Werkgroep Verder (CGG Passant) 11	2011	90.732	2011								81.659	9.073	0	0	0	0	0	?
VDIP (CGG Ahasverus) 11	2011	937.284	2011								843.556	93.728	0	0	0	0	0	?
LocoRegionale Uitvoering VAS 11	2011	68.049	2011								68.049	0	0	0	0	0	0	0
Groei CGG-SPrevWerkers (structureel) 11	1/12/2011-31/12/2013	791.917	2011								178.181	356.363	178.181	79.192	0	0	0	?
Euregenas capaciteit & e-mental health (UGent) 11	1/11/2011-31/12/2014	146.087	2011								32.870	32.870	32.870	32.870	14.609	0	0	?
Totaal		9.924.813		89.123	457.818	403.191	737.975	696.580	1.812.133	1.593.313	2.567.081	949.170	259.283	114.075	16.624	252.561	0	0

## Uitvoering actieplan suïcidepreventie (vanaf 2004): vervolg

Vastlegging		Vereffening												Niet uitbetaald	Teruggevorderd	
bedrag	jaar	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015			
616.287	2004	87.119	306.679	19.162	29.887	42.838	21.419	0	0	0	0	0	0	0	109.185	0
623.979	2005	0	149.134	260.311	75.335	24.060	0	0	0	0	0	0	0	0	115.139	0
466.120	2006	0	0	121.712	198.124	68.768	66.984	7.468	0	0	0	0	0	0	3.064	0
1.595.938	2007	0	0	0	432.623	430.515	297.080	295.168	125.784	0	0	0	0	0	14.770	0
1.487.270	2008	0	0	0	0	128.393	829.020	391.401	131.133	0	0	0	0	0	7.324	0
1.561.917	2009	0	0	0	0	0	595.621	422.169	291.825	252.100	0	0	0	0	202	0
1.152.948	2010	0	0	0	0	0	0	475.098	464.357	164.396	46.219	0	0	0	2.878	0
2.420.354	2011	0	0	0	0	0	0	0	1.551.971	530.662	211.051	112.061	14.609	0	0	0

Vastlegging		Procentuele spreiding van de vereffening											
bedrag	jaar	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
616.287	2004	14,14%	49,76%	3,1%	4,8%	7,0%	3,5%						
623.979	2005		23,90%	41,7%	12,1%	3,9%							
466.120	2006			26,1%	42,5%	14,8%	14,4%	1,6%					
1.595.938	2007				27,1%	27,0%	18,6%	18,5%	7,9%	0,0%			
1.487.270	2008					8,6%	55,7%	26,3%	8,8%				
1.561.917	2009						38,1%	27,0%	18,7%	16,1%			
1.152.948	2010							41,2%	40,3%	14,3%	4,0%		
2.420.354	2011							0,0%	64,1%	21,9%	8,7%	4,6%	0,6%

**b) Vastleggingen 2011**

Zie tabel onder 5 a)

Er dient opgemerkt dat hierin niet begrepen zijn de middelen die door andere organisaties worden ingezet rond dit thema, waaronder de Logo's, CLB, Domus Medica, VIGEZ, de suïcidepreventiewerkers binnen de centra geestelijke gezondheidszorg.