

Deze oproep werd gewijzigd om een aantal fouten recht te zetten. De huidige, gewijzigde versie vervangt de vorige en werd gepubliceerd op de website van Departement Zorg op 20 januari 2026. Wijzigingen zijn aangeduid in het geel. Een overzicht van de wijzigingen is terug te vinden in verslag van de infosessie van 16 januari 2026, gepubliceerd op de website van Departement Zorg, samen met deze gewijzigde versie.

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

OPROEP MET 5 PERCELEN VOOR HET SLUITEN VAN MAXIMAAL 4 BEHEERSOVEREENKOMSTEN MET EEN PARTNERORGANISATIE EN MAXIMAAL 1 BEHEERSOVEREENKOMST MET EEN ORGANISATIE MET TERREINWERKING GERICHT OP DE ONDERSTEUNING EN IMPLEMENTATIE VAN HET VLAAMS PREVENTIEF GEZONDHEIDSBELEID OP VLAK VAN GEZONDE VOEDING EN BEWEGING

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

1	ALGEMEEN KADER	2
2	PROCEDURE OM EEN BEHEERSOVEREENKOMST TE SLUITEN	6
3	VEREISTEN M.B.T. DE KANDIDATEN	8
4	VEREISTEN M.B.T. HET DOSSIER	8
5	KWALITEITSVEREISTEN	10
6	BEOORDELINGSCRITERIA	11

1 ALGEMEEN KADER

Het sluiten van beheersovereenkomsten na een oproep kadert in het preventief gezondheidsbeleid en wordt geregeld door [het decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid](#) (preventiedecreet) en [het besluit van de Vlaamse Regering van 5 juni 2009 betreffende de subsidiëring en erkenning van partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking via een beheersovereenkomst](#).

Het preventief gezondheidsbeleid streeft naar gezondheidswinst op bevolkingsniveau – langer én gezonder leven. Hierbij wordt vertrokken van volgende principes: centrale gezondheidsdoelstellingen of beleidsplannen, een evidence based aanpak in de leefcontext of setting die de meeste impact heeft, datagedreven inzichten vanuit een noden gestuurd aanbod, proportioneel universalisme, duurzaam beleid gebaseerd op een mix van strategieën, Health in all Policies,.... Impact is het doel vanuit een public health-benadering en geïntegreerde en inclusieve preventie.

De Vlaamse minister van Welzijn en Armoedebestrijding, Cultuur en Gelijke Kansen maakt bij deze bekend dat zij namens de Vlaamse regering in het kader van het preventief gezondheidsbeleid wil overgaan tot het sluiten van maximaal 5 beheersovereenkomsten voor volgende beleidsthema's:

- het versterken van het preventief gezondheidsbeleid op vlak van gezonde voeding;
- het versterken van het preventief gezondheidsbeleid op vlak van bewegen en zitten;
- het vermijden van gezondheidsschade door eet- en gewichtsproblemen;
- het versterken van het preventief gezondheidsbeleid op vlak van mondgezondheid;
- het organiseren en uitvoeren van een programma leefstijl op verwijzing.

Het sluiten van een beheersovereenkomst leidt automatisch tot een erkenning voor de duur van de beheersovereenkomst, voor zover de Vlaamse overheid bevoegd is de organisatie in kwestie te erkennen.

Deze oproep en de beoogde beheersovereenkomsten kaderen in het realiseren van de gezondheidsdoelstelling 'Gezonde generatie', in het bijzonder in het preventieprogramma 'voeding en beweging'.

Deze oproep kan leiden tot het sluiten van maximaal 4 beheersovereenkomsten met een partnerorganisatie en maximaal 1 beheersovereenkomst met een organisatie met terreinwerking (1 per perceel).

Deze oproep bevat 5 percelen:

- Perceel 1: sluiten van een beheersovereenkomst met een partnerorganisatie voor het versterken van het preventief gezondheidsbeleid op vlak van gezonde voeding;
- Perceel 2: sluiten van een beheersovereenkomst met een partnerorganisatie het versterken van het preventief gezondheidsbeleid op vlak van bewegen en zitten;
- Perceel 3: sluiten van een beheersovereenkomst met een partnerorganisatie voor het vermijden van gezondheidsschade door eet- en gewichtsproblemen;
- Perceel 4: het sluiten van een beheersovereenkomst met een partnerorganisatie voor het versterken van het preventief gezondheidsbeleid op vlak van mondgezondheid;
- Perceel 5: het sluiten van een beheersovereenkomst met een organisatie met terreinwerking voor het organiseren en uitvoeren van een programma leefstijl op verwijzing.

Een kandidaat kan een dossier indienen voor alle percelen, enkele percelen of voor 1 perceel, vermeld in deze oproep. Een dossier moet betrekking hebben op minstens één volledig perceel: een kandidaat kan niet intekenen op slechts een deel van een perceel. Een kandidaat kan wel aansluiting zoeken bij andere kandidaten om samen een dossier in te dienen voor één of meerdere percelen.

Als een kandidaat een dossier indient voor meerdere percelen, volstaat het dat hij de stukken die gelden voor elk perceel, eenmaal indient. Elk perceel wordt afzonderlijk beoordeeld.

De geplande startdatum van de beheersovereenkomst(en) is 1 januari 2027. De einddatum van de beheersovereenkomst(en) is 31 december 2031. Als de beheersovereenkomst niet start op 1 januari 2027 wordt het subsidiebedrag voor het werkingsjaar 2027 in verhouding bepaald.

De maximale subsidie in kader van deze oproep voor het **eerste werkingsjaar bedraagt 5.021.500 euro**. De maximale subsidie voor de hele looptijd van de beheersovereenkomst bedraagt 25.107.500 euro.

Voor perceel 1 tot en met 4, gericht op het sluiten van een beheersovereenkomst met een partnerorganisatie, geldt het volgende:

Maximaal 45% van de totale subsidie per perceel in het kader van deze oproep wordt voorbehouden voor activiteiten en acties gericht op expertise en ontwikkeling van een aanbod voor burgers of intermediairs. Dit omvat ook co-creatie van aanbod of actualiseren van aanbod samen met andere preventiepartners, gezondheidmakers, intermediairs of burgers.

Met expertise en ontwikkeling worden volgende activiteiten wordt minstens bedoeld:

- Interventies ontwikkelen (incl. websites, deskundigheidsbevorderingsaanbod en materialen);
- Campagne of communicatiemateriaal ontwikkelen of folders ontwerpen en schrijven;
- Expertise opbouwen, onderhouden en uitdragen: wetenschappelijke evidentie opvolgen via congressen of literatuurstudie, netwerken;
- Beleidsvoorbereidend werk en adviesverlening;
- Samenwerken aan geïntegreerd aanbod voor settings;
- Evaluatie van bestaand aanbod.

Minimaal 45% van de totale subsidie per perceel in kader van deze oproep wordt voorbehouden voor activiteiten gericht op bereiken of ondersteunen van burgers en intermediaire organisaties of actoren. Dit omvat alle activiteiten die niet vallen onder 'expertise en ontwikkeling' en die bijdragen tot een hoger bereik (zorgen dat burgers/intermediairs het aanbod kennen, interessant vinden, gebruiken, integreren in hun leven/werking).

Voorbeelden:

- Communicatie (campagne, folders) naar het algemene publiek of intermediairs brengen;
- Dienstverlening rechtstreeks naar de burger en naar intermediairs;
- Deskundigheidsbevordering voor intermediairs;
- Ondersteunende activiteiten om dit aanbod te realiseren.

Kandidaten kunnen een groeipad voorstellen om deze verhouding te realiseren gedurende de eerst drie werkingsjaren. Vanaf het 4^e werkingsjaar moet de verhouding 45-45% gerealiseerd zijn.

In het subsidiebedrag zijn de eventuele overheadkosten voor centraal beheer en algemene exploitatie inbegrepen. Dat geldt ook voor de kosten die universiteiten gemaakt hebben, vermeld in het besluit van de Vlaamse regering van 14 juli 1993 tot regeling van de vergoeding van de centrale beheerskosten en de algemene exploitatiekosten van de universiteiten, verbonden aan de uitvoering van wetenschappelijke activiteiten die door de Vlaamse Gemeenschap gefinancierd worden.

Overheadkosten van universiteiten worden beperkt tot 10%. Voor andere organisaties wordt gestreefd naar 10% overheadkosten op de totale maximale subsidie per perceel.

Overheadkosten zijn de indirecte kosten die een organisatie maakt om haar activiteiten uit te voeren, en die niet direct zijn toe te wijzen aan een specifiek product, dienst of project. Ze maken deel uit van de algemene werking van de organisatie. Het betreft personeels- en werkingskosten die geen direct verband hebben met de output (diensten zoals methodiekontwikkeling, implementatie, expertise-opbouw):

- HR, Boekhouding, interne administratie, Raad van Bestuur en directie;
- Algemene communicatie over de organisatie zelf, dus niet over specifieke acties op topics (personeel en werking), bijvoorbeeld nieuwsbrief;

- Huisvesting (huur/afschrijving van gebouwen, kantoren en vergaderzalen, onderhoud- en herstellingskosten, schoonmaak) en meubilair;
- Nutsvoorzieningen: verwarming, verlichting, elektriciteit, water, internet, telefonie;
- Wettelijke verplichtingen (verzekeringen) en lidgelden;
- Algemene website van de organisatie en algemene IT.
- Kantooruitrusting en -benodigdheden

De minister kan na onderhandeling beslissen om geen beheersovereenkomst(en) te sluiten. Beslissingen van het Vlaams Parlement, de Vlaamse Regering of de minister, genomen na het lanceren van deze oproep (bv. over de beschikbaarheid van budget) primeren boven de bepalingen van deze oproep.

Als er geen beheersovereenkomst wordt gesloten of als de beheersovereenkomst niet wordt verlengd, kan de kandidaat, de partnerorganisatie of de organisatie met terreinwerking, geen aanspraak maken op een vergoeding van de kosten die verbonden zijn aan activiteiten die hebben plaatsgevonden om een beheersovereenkomst te sluiten of om de beheersovereenkomst te verlengen, of op een vergoeding voor het verlies van inkomsten door geen beheersovereenkomst te sluiten of de beheersovereenkomst niet te verlengen.

De maximale subsidie wordt als volgt verdeeld over 5 percelen.

Perceel 1: versterken van het preventief gezondheidsbeleid op vlak van gezonde voeding

Dit perceel beoogt het sluiten van een beheersovereenkomst met een partnerorganisatie. Het geografisch werkgebied van de beheersovereenkomst omvat het hele Nederlandse taalgebied en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad.

De minimale elementen en inhoudelijke krijtlijnen die voor deze oproep van toepassing zijn en geconcretiseerd moeten worden in een voorstel van beleidsplan (zie punt 4.1), staan vermeld in *bijlage 1 'perceel 1 – gezonde voeding'*, die integraal deel uitmaakt van de oproep. Als er een beheersovereenkomst wordt gesloten, zal het beleidsplan integraal deel uitmaken van de beheersovereenkomst.

De maximale subsidie het eerste werkingsjaar voor perceel 1 bedraagt 1.085.000 euro. De maximale subsidie voor de hele looptijd van de beheersovereenkomst voor perceel 1 bedraagt 5.425.000 euro.

Perceel 2: het versterken van het preventief gezondheidsbeleid op vlak van bewegen en zitten

Dit perceel beoogt het sluiten van een beheersovereenkomst met een partnerorganisatie. Het geografisch werkgebied van de beheersovereenkomst omvat het hele Nederlandse taalgebied en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad.

De minimale elementen en inhoudelijke krijtlijnen die voor deze oproep van toepassing zijn en geconcretiseerd moeten worden in een voorstel van beleidsplan (zie punt 4.1), staan vermeld in *bijlage 2 'perceel 2 – bewegen en zitten'*, die integraal deel uitmaakt van de oproep. Als er een beheersovereenkomst wordt gesloten, zal het beleidsplan integraal deel uitmaken van de beheersovereenkomst.

De maximale subsidie het eerste werkingsjaar voor perceel 2 bedraagt 1.085.000 euro. De maximale subsidie voor de hele looptijd van de beheersovereenkomst voor perceel 2 bedraagt 5.425.000 euro.

Perceel 3: voorkomen van gezondheidsschade door eet- en gewichtsproblemen

Dit perceel beoogt het sluiten van een beheersovereenkomst met een partnerorganisatie. Het geografisch werkgebied van de beheersovereenkomst omvat het hele Nederlandse taalgebied en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad.

De minimale elementen en inhoudelijke krijtlijnen die voor deze oproep van toepassing zijn en geconcretiseerd moeten worden in een voorstel van beleidsplan (zie punt 4.1) staan vermeld in *bijlage 3 'perceel 3 –vermijden van gezondheidsschade door eet- en gewichtsproblemen'*, die integraal deel uitmaakt van de oproep. Als er een beheersovereenkomst wordt gesloten, zal het beleidsplan integraal deel uitmaken van de beheersovereenkomst.

De maximale subsidie voor het eerste werkingsjaar voor perceel 3 bedraagt 457.500 euro. De maximale subsidie voor de hele looptijd van de beheersovereenkomst voor perceel 3 bedraagt 2.287.500 euro.

Perceel 4: versterken van het preventief gezondheidsbeleid op vlak van mondgezondheid

Dit perceel beoogt het sluiten van een beheersovereenkomst met een partnerorganisatie. Het geografisch werkgebied van de beheersovereenkomst omvat het hele Nederlandse taalgebied en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad.

De minimale elementen en inhoudelijke krijtlijnen die voor deze oproep van toepassing zijn en geconcretiseerd moeten worden in een voorstel van beleidsplan (zie punt 4.1) staan vermeld in *bijlage 4 'perceel 4 – mondgezondheid'*, die integraal deel uitmaakt van de oproep. Als er een beheersovereenkomst wordt gesloten, zal het beleidsplan integraal deel uitmaken van de beheersovereenkomst.

De maximale subsidie het eerste werkingsjaar voor perceel 4 bedraagt 774.000 euro. De maximale subsidie voor de hele looptijd van de beheersovereenkomst voor perceel 4 bedraagt 3.870.000 euro.

Perceel 5: organiseren en uitvoeren van een programma leefstijl op verwijzing

Dit perceel beoogt het sluiten van een beheersovereenkomst met een organisatie met terreinwerking. Het geografisch werkgebied van de beheersovereenkomst omvat het hele Nederlandse taalgebied Gewest en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad.

De minimale elementen en inhoudelijke krijtlijnen die voor deze oproep van toepassing zijn en geconcretiseerd moeten worden in een voorstel van beleidsplan (zie punt 4.1) staan vermeld in *bijlage 5 'perceel 5 - leefstijl op verwijzing'*, die integraal deel uitmaakt van de oproep. Als er een beheersovereenkomst wordt gesloten, zal het beleidsplan integraal deel uitmaken van de beheersovereenkomst.

De maximale subsidie voor het eerste werkingsjaar voor perceel 5 bedraagt 1.620.000 euro. De maximale subsidie voor de hele looptijd van de beheersovereenkomst voor perceel 5 bedraagt 8.100.000 euro.

Dit perceel zal worden gesubsidieerd door middel van een combinatie van een variabele en een forfaitaire subsidie.

De maximale forfaitaire subsidie bedraagt 870.000 euro voor het eerste werkingsjaar.

De totale maximale variabele subsidie voor het eerste werkingsjaar voor perceel 5 wordt vastgelegd op 750.000 euro. De variabele subsidie is bedoeld

- als vergoeding voor de geleverde prestaties van de individuele (zorg)aanbieder die het initiatief voeding op verwijzing of beweging op verwijzing aanbiedt en uitvoert, exclusief werkingskosten ter ondersteuning van deze uitbetaling (beheersvergoeding registratiesysteem, personeelskosten);

- indien van toepassing, als vergoeding voor de geleverde informatiesessies in de eerstelijnszones.

De variabele subsidie wordt als volgt berekend:

- een eenheidskost per groepstraject vermenigvuldigd met het aantal uitgevoerde groepstrajecten. Er is een limiet gesteld op 600 groepstrajecten voor gezonde voeding op verwijzing en voor beweging op verwijzing samen in alle ELZs per jaar;
- Indien van toepassing, een eenheidskost per informatiesessie, met een limiet op maximaal 180 informatiesessies in alle ELZs per jaar.

Indien het totale bedrag van alle geleverde prestaties in jaar x kleiner is dan de betaalde voorschotten, zal het verschil worden teruggevorderd in jaar x+1 via de jaarafrekening. Op dit variabele bedrag kan geen reserve worden opgebouwd.

De kandidaat voorziet het uitvoeren van een permanente monitoring uit van de uitgaven voor de vergoeding van de geleverde prestaties van de uitvoerders en evalueert per kwartaal of de prognose gevolgd wordt in functie van het maximale budget voor de variabele subsidie.

Indien de Vlaamse overheid beslist om leefstijl op verwijzing door individuele zorgaanbieders, en/of de bijhorende uitbetaling van de geleverde prestaties, op een andere manier te organiseren tijdens de looptijd van de beheersovereenkomst, zal de maximale variabele subsidie zoals bepaald voor het jaar x en de kosten ter ondersteuning van de uitbetaling van prestaties (beheersvergoeding registratiesysteem, personeelskosten), worden aangepast. Het Departement Zorg informeert de begunstigde van deze beheersovereenkomst via aangetekend schrijven minstens zes maanden voor de aanpassing van de subsidie.

De verdeling van maximaal 45% voor activiteiten en acties gericht op expertise en ontwikkeling van een aanbod voor burgers of intermediairs en minimaal 45% voor activiteiten gericht op bereiken of ondersteunen van burgers en intermediaire organisaties of actoren, is niet van toepassing op dit perceel. Er wordt verwacht dat de middelen grotendeels worden ingezet voor activiteiten gericht op bereiken of ondersteunen van burgers en intermediaire organisaties of actoren. Er wordt gestreefd naar 10% overheadkosten op de totale maximale subsidie van dit perceel.

2 PROCEDURE OM EEN BEHEERSOVEREENKOMST TE SLUITEN

Het sluiten van een beheersovereenkomst na deze oproep volgt een procedure met verschillende stappen, die hieronder worden beschreven.

Stap 1: informatiesessie

Het Departement Zorg organiseert een informatiesessie over deze oproep op vrijdag 16/01/2026 in het Belpairegebouw, Simon Bolivarlaan 17, 1000 Brussel om 9u30 uur. U kan zich inschrijven door ten laatste op 07/01/2026 een mail te sturen naar preventiefgezondheidsbeleid@vlaanderen.be. Vervolgens ontvangt u de exacte locatie waar de informatiesessie doorgaat.

Aanwezigen krijgen de gelegenheid om vragen te stellen. Het Departement plaatst een verslag met de vragen en de antwoorden op de website www.departementzorg.be.

Stap 2: 5-jaren beleidsplan en meerjarenbegroting, jaarplan en begroting eerste werkingsjaar

Kandidaten dienen ten laatste op 27/02/2026 om 23.59u een dossier in bij de secretaris-generaal van het Departement Zorg op preventiefgezondheidsbeleid@vlaanderen.be.

Dossiers die later ontvangen worden, worden automatisch onontvankelijk verklaard. Er wordt niet ingegaan op vragen om uitstel.

In punt 4.1. is beschreven waaruit een volledig dossier in deze stap bestaat.

Binnen drie werkdagen na ontvangst van uw dossier, krijgt u een ontvangstmelding per mail.

Departement Zorg gaat de ontvankelijkheid na, en deelt een gemotiveerde beslissing tot (on)ontvankelijkheid mee aan de kandidaat binnen twintig werkdagen na de ontvangstmelding. De ontvankelijkheid van een dossier betreft de tijdigheid van indienen van het dossier, de aanwezigheid van de noodzakelijke stukken en het aantal pagina's van het dossier. Om ontvankelijk te zijn moet het dossier

- tijdig ontvangen zijn op het juiste e-mailadres;
- vermelden op welke percelen het betrekking heeft (zie punt 1);
- betrekking hebben op de werkingsperiode en het budget, vermeld in de oproep (zie punt 1);
- alle vereiste documenten en gegevens bevatten en minstens volgende stukken: (zie punt 4.1):
 - een volledig ingevuld en ondertekend formulier 'Indienen van een dossier na een oproep voor het sluiten van een beheersovereenkomst in het kader van het preventieve gezondheidsbeleid';
 - een organigram met personeelsbezetting, functies, deskundigheden;
 - een beknopte voorstelling van de organisatie met de missie, doelstellingen of een visietekst, de belangrijkste activiteiten en een situering in het werkveld;
 - een voorstel van beleidsplan met bijhorende meerjarenbegroting;
 - een voorstel van jaarplan en begroting voor het 1^e werkingsjaar;
 - de werkingsperiode en het budget zijn in overeenstemming met deze oproep.

Als één van bovenstaande elementen ontbreekt in het dossier, dan is het dossier niet-ontvankelijk. Een duidelijke inhoudstafel en indeling van het dossier zijn zeer nuttig.

Na melding van onontvankelijkheid, heeft de kandidaat tien werkdagen om een aangepast dossier in te dienen. Als het dossier dan nog niet volledig is, vervalt het voorstel dat werd ingediend.

Stap 3: Bespreken sterktes-zwaktes van de ontvankelijke dossiers

Het Departement Zorg onderzoekt de sterktes en zwaktes van de ontvankelijke dossiers.

Departement Zorg organiseert een collectief overleg met alle kandidaten die een ontvankelijk dossier ingediend hebben om sterktes en zwaktes te bespreken. Dat kan resulteren in de indiening van nieuwe dossiers die de vorige vervangen.

Stap 4: indiening nieuwe dossiers

Kandidaten delen ten laatste drie werkdagen na het collectief overleg mee of ze een nieuw dossier indienen dat het vorige dossier vervangt.

Ten laatste twintig werkdagen na het overleg worden de nieuwe dossiers ingediend bij de secretaris-generaal van het Departement Zorg op preventiefgezondheidsbeleid@vlaanderen.be. In punt 4.2. is beschreven waaruit een volledig dossier in deze stap bestaat. Het nieuwe dossier vervangt het vorige dossier.

Ten laatste drie werkdagen na ontvangst van uw dossier, krijgt u een ontvangstbevestiging per mail.

Stap 5: beoordeling van de dossiers, rangschikking van de kandidaten en advies aan de minister

Departement Zorg beoordeelt de dossiers per perceel op basis van de criteria, vermeld in punt 6. Als er meerdere kandidaten zijn, rangschikt het Departement Zorg de kandidaten op basis van de beoordeling van de dossiers.

Departement Zorg maakt per perceel voor de best gerangschikte kandidaat een voorontwerp van beheersovereenkomst en voegt het voorontwerp van jaarplan voor het eerste werkingsjaar eraan toe. Het Departement Zorg bezorgt dit aan de minister. Als een kandidaat op meerdere van percelen 1 tot en met 4 als

best gerangschikte kandidaat naar voor komt, kan het Departement Zorg beslissen om verschillende van deze percelen te bundelen in één beheersovereenkomst.

Stap 6: onderhandeling met de kandidaat en sluiten van de beheersovereenkomst(en)

De minister onderhandelt met de kandidaat om tot een finale beheersovereenkomst te komen, of verzoekt Departement Zorg om erover te onderhandelen.

- Als de onderhandelingen leiden tot een akkoord, maakt Departement Zorg een ontwerp van beheersovereenkomst op.
- Als de minister vaststelt dat de onderhandelingen niet tot een akkoord leiden, beslist de minister om ofwel af te zien van het sluiten van een beheersovereenkomst, ofwel onderhandelingen op te starten met de kandidaat die als tweede gerangschikt werd.

De minister legt het ontwerp van beheersovereenkomst, samen met het ontwerp van beleidsplan, meerjarenbegroting en jaarplan en begroting voor het eerste werkingsjaar en het bijhorend ontwerp van subsidiebesluit voor het eerste werkingsjaar, ter advies voor aan de Inspectie van Financiën en ter goedkeuring voor aan de Vlaamse Regering.

De minister en de kandidaat ondertekenen de beheersovereenkomst.

3 VEREISTEN M.B.T. DE KANDIDATEN

De kandidaat moet ofwel 1) een rechtspersoon zijn, ofwel 2) een entiteit van een rechtspersoon met een eigen werking, ofwel 3) een groepering van rechtspersonen of entiteiten van rechtspersonen met een eigen werking.

Als een kandidaat gevestigd is in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, dan moeten ze een unicommunautaire Nederlandstalige werking hebben. Dit moet blijken uit de werking, de interne beheersstructuur en de taalkundige inrichting. Dit voor zover de dienstverlening rechtstreeks gericht is naar de inwoners van Brussel-Hoofdstad.

Als meerdere organisaties zich samen kandidaat stellen voor 1 of meerdere percelen vermeld in deze oproep, worden alle betrokken rechtspersonen vermeld en wordt aangeduid welke rechtspersoon als penvoerende organisatie optreedt. Een organisatie kan zich slechts éénmaal per perceel kandidaat stellen.

In het geval van een samenwerkingsverband:

- moet er een 'penvoerende organisatie' zijn die als eindverantwoordelijke moet optreden;
- moet de manier van samenwerken concreet worden beschreven;
- moet de samenwerking ook zichtbaar worden gemaakt in de begroting;
- moet het gaan over een groepering van rechtspersonen of entiteiten van rechtspersonen met een eigen werking.

4 VEREISTEN M.B.T. HET DOSSIER

Alle gegevens en documenten worden tegelijk via het mailadres preventiefgezondheidsbeleid@vlaanderen.be verstuurd naar het Departement Zorg.

Alle stukken uit het dossier worden zowel ingediend in PDF als in Word- of Excel-formaat.

Verschiedende scenario's of beleidsvoorstellen per perceel per kandidaat worden niet aanvaard. Scenario's die percelen gedeeltelijk combineren worden niet aanvaard.

4.1. Indienen van een eerste dossier: beleidsplan en meerjarenbegroting, jaarplan en begroting eerste werkingsjaar

Ten laatste op **27/02/2026** om 23u59, na de informatiesessie die gepland is op 16/01/2026, bezorgt de kandidaat een dossier (maximaal 75 pagina's per perceel). Telkens inclusief bijlagen) met volgende stukken:

- formulier "Indienen van een dossier na een oproep voor het sluiten van een beheersovereenkomst in het kader van het preventieve gezondheidsbeleid".
- een kopie van de meest recente statuten van de betrokken organisatie(s), tenzij die gepubliceerd zijn in het Belgisch Staatsblad (<https://www.ejustice.just.fgov.be/tsv/tsvn.htm>). In dat geval volstaat een link naar die publicatie.
- een beknopte voorstelling van de kandidaat (max 2 p) met 1) visie, doelstellingen, belangrijkste activiteiten en situering in het werkveld en 2) reflectie over sterke en zwakke punten als kandidaat en hoe de kandidaat deze zal benaderen.
- een organigram met de structuur van de organisatie(s) van de indienende kandidaat, een lijst met de personeelsbezetting (VTE) met beschrijving van de functies, deskundigheden en gemiddelde anciënniteit van de medewerkers die gevat worden door het voorstel dat wordt ingediend. Geef de nodige toelichting bij de inzet van personeel. Als de kandidaat een deel is van een grotere organisatie, beschrijft hij de relatie en taakverdeling tussen de indienende entiteit en de grotere organisatie of tussen de verschillende partners binnen een groepering.
- een 5-jarig beleidsplan dat invulling geeft aan de visie op het beleidsthema van de oproep en minimale elementen en inhoudelijke krijtlijnen, vermeld in deze oproep. Het beleidsplan benoemt in grote lijnen wat de kandidaat wil bereiken binnen de looptijd van de beheersovereenkomst (grote strategische lijnen en prioriteiten gekoppeld aan budget), met een inhoudelijke en budgettaire opbouw en evolutie voor de duur van de beheersovereenkomst.
- een meerjarenbegroting, op basis van het sjabloon meerjarenbegroting, waarin het beleidsplan wordt vertaald in een budgettaire plan dat rekening houdt met volgende punten:
 - het aangevraagde budget mag niet hoger zijn dan het maximale bedrag vermeld in de oproep;
 - geen index toepassen voor de duur van de beheersovereenkomst; de indexering wordt vanaf het 2^e werkjaar jaarlijks berekend volgens de bepalingen van artikel 11 van het besluit van de Vlaamse Regering van 5 juni 2009 betreffende de subsidiëring en erkenning van partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking via een beheersovereenkomst en toegekend i.f.v. regeringsbeslissingen;
 - de begroting maakt een duidelijk onderscheid tussen personeels- en werkingskosten;
 - de begroting moet voldoende middelen voorzien voor uitvoeren van de strategische lijnen en prioriteiten, m.i.v. werkingskosten, produceren en ter beschikking stellen van ondersteuningsmiddelen en materialen, pilootprojecten, evaluaties en eventuele campagnes;
 - de begroting houdt rekening met afspraken over samenwerking, minstens met Gezondheidsmakers/Gezond in Brussel (inclusief verspreiden en ontlenen van materialen);
 - het is mogelijk om in de begroting een reserve op te bouwen, bijvoorbeeld voor het financieren van weddedrift en specifieke kosten (vb. investeringen, campagnes...). Die reserve moet, conform de Vlaamse Codex Overheidsfinanciering, volledig afgebouwd zijn op het einde van de beheersovereenkomst;
 - opbouwen van sociaal passief is niet toegestaan;
 - de begroting vermeldt inkomsten uit andere bronnen die zullen worden aangewend voor de realisatie van het beleidsplan.
- een jaarplan voor het eerste werkingsjaar, op basis van sjabloon jaarplan eerste werkingsjaar, dat het beleidsplan vertaalt naar een concreet jaarplan voor het eerste werkingsjaar en dat rekening houdt met volgende punten:
 - benoem concrete acties om uitvoering te geven aan de minimale elementen en inhoudelijke krijtlijnen vermeld in deze oproep en bewaak een heldere samenhang met beleidsplan;
 - geef bij elke actie aan wat de timing is om de actie te realiseren, met concrete mijlpalen;
 - vermeld per actie de geraamde input (werkingsmiddelen, budget, VTE) en verwachte output met meetbare indicatoren (**indicatoren over bereik moeten in de kolom output worden toegevoegd**);

- vermeld per actie welk effect op korte en lange termijn wordt beoogd bij burgers en intermediairs en koppel hier indicatoren, minstens in termen van bereik¹ en streefnormen aan;
- vermeld hoe indicatoren zullen worden gemeten, opgevolgd en geëvalueerd;
- geef, als het om een samenwerkingsverband gaat, per actie duidelijk de taakverdeling en eindverantwoordelijkheid aan en welke eventuele budgetstromen aan die samenwerking gekoppeld worden.

Inhoudelijke toelichting per actie kan, indien relevant, in een apart document worden toegevoegd.

- een begroting voor het eerste werkingsjaar, op basis van sjabloon begroting werkjaar, dat de meerjarenbegroting vertaalt naar een concrete begroting voor het eerste werkingsjaar.

4.2. Indienen van een nieuw dossier

Ten laatste, twintig werkdagen na het collectief overleg, bezorgt de kandidaat een nieuw dossier met alle elementen vermeld in punt 4.1., waarbij ook rekening wordt gehouden met de sterktes en zwaktes die werden benoemd in het collectief overleg

5 KWALITEITSVEREISTEN

Volgende kwaliteitsvereisten worden mee in rekening genomen bij de beoordeling van de dossiers:

Kandidaten die een dossier indienen verklaren zich akkoord met de volgende voorwaarden:

- men voert de beheersovereenkomst uit conform de principes beschreven in het preventiedecreet en de Gezondheidsdoelstelling 'Gezonde Generatie';
- men voldoet aan de bepalingen in het preventiedecreet en besluiten ter uitvoering van dit decreet, en in het bijzonder houdt men rekening met de aandachtspunten vermeld in artikel 7, §1, van het preventiedecreet;
- men ontwikkelt en werkt met methodieken gebaseerd op de leidraad methodiekontwikkeling;
- men voert methodieken in een registratiesysteem in dat aanvaard of opgelegd is door Departement Zorg;
- men registreert activiteiten in een registratiesysteem dat aanvaard of opgelegd is door Departement Zorg;
- men maakt deel uit van het Structureel Overleg Preventie;
- men neemt deel aan de activiteiten georganiseerd door de partner 'geïntegreerd en inclusief samenwerken', en voorzien hiervoor budget binnen de maximale subsidie;
- men werkt samen met de Gezondheidsmakers en Gezond in Brussel rekening houdend met de prioriteiten en noden, vastgelegd in de jaarplanning van deze organisaties;
- men werkt thema-overschrijdend samen met andere organisaties **waarmee** een beheersovereenkomst wordt afgesloten op basis van deze oproep;
- men werkt thema-overschrijdend samen aan impact bij prioritaire settings;

¹ 'Bereiken' kan betekenen:

- Bewustwording: klanten weten dat een preventiemethodiek bestaat, doordat ze in contact komen met campagnes, informatie op websites of andere dragers, mailings, ingelicht worden door peers, ...;
- Interesse: klanten overwegen of gebruik van een preventiemethodiek haalbaar is en een meerwaarde heeft. Ze verkennen de eigenschappen, ze vragen advies, downloaden samples van materialen...;
- Beslissing/actie: klanten beslissen om een methodiek te gebruiken of deel te nemen aan een actie, beperkt in de tijd: ze volgen een vorming, organiseren een lezing, boeken een gesprek...;
- Routines wijzigen: klanten stappen in een traject om een aantal processen in hun organisatie of routines hun leefwijze duurzaam te veranderen.

- men voldoet aan de geldende regelgeving in verband met staatsteun, verwerking van persoonsgegevens enz;
- men onderschrijft een non-discriminatieclausule via sjabloon non-discriminatieclausule.

Bij de opmaak van het dossier, uit de motivatie bij het aanwenden van de middelen (personeel en werking) en uit de latere financiële verslagen moet duidelijk blijken dat

- er rekening wordt gehouden met de vereisten i.v.m. budget;
- er rekening wordt gehouden met minimaal % inzet op bereiken van burgers en intermediairs, zoals bepaald per perceel in deze oproep;
- acties onderbouwd zijn met wetenschappelijke (of praktijk) evidentie;
- acties haalbaar zijn in Vlaamse context;
- acties afgestemd zijn op internationale, federale en andere Vlaamse trends en beleidsinitiatieven.

Om de voortgang van elk doelstelling uit het beleidsplan na te gaan, maakt Departement Zorg gebruik van evaluatiecriteria, die bestaan uit de indicatoren per actie en desgevallend streefnormen die de kandidaat zelf voorstelt. De evaluatiecriteria kunnen tijdens de looptijd van de beheersovereenkomst in overleg aangepast worden. Die aanpassingen worden opgenomen in het jaarplan waarop ze betrekking hebben.

De kandidaat verbindt zich ertoe om elke wijziging van de statuten, vermeld in punt 4.1, onmiddellijk mee te delen aan het Departement Zorg, als ze betrekking heeft op de uitvoering van de overeenkomst.

6 BEOORDELINGSCRITERIA

Het Departement Zorg beoordeelt ontvankelijke dossiers m.b.t. perceel 1 tot en met 5 op basis van de volgende criteria:

- criterium 1: wetenschappelijke onderbouwing;
- criterium 2: resultaatgerichtheid;
- criterium 3: netwerking en samenwerking;
- criterium 4: onderbouwing van de begroting en afweging van kosten/baten.

Criterium 1: Wetenschappelijk onderbouwing van de werkwijze om de resultaten

- De mate waarin de keuze van de acties in het beleidsplan onderbouwd worden met verwijzingen naar een analyse van populatiegegevens (gezondheid, gedrag, kennis, attitude), resultaten van wetenschappelijk onderzoek, of internationale richtlijnen gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. Bij afwezigheid van wetenschappelijk onderzoek: de mate waarin er onderbouwing is met andere (praktijk)evidence. De mate waarin is nagegaan of de evidentie voor Vlaanderen geldt.
- De mate waarin is aangetoond dat de actie haalbaar is in Vlaamse context
- De mate waarin er een procedure is voor het regelmatig toetsen van de eigen werking (ontwikkeling en implementatie van methodieken) aan wetenschappelijke bronnen en maatschappelijke noden.
- De mate waarin er een methode is voor meten en evalueren van effect.

Specifiek voor het jaarplan eerste werkingsjaar

- De mate waarin de keuze van acties binnen het jaarplan onderbouwd is met verwijzingen naar resultaten van wetenschappelijk onderzoek, of internationale richtlijnen gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek? Bij afwezigheid van wetenschappelijk onderzoek: de mate waarin er onderbouwing is met andere (praktijk)evidence. De mate waarin werd nagegaan of de evidentie voor Vlaanderen geldt.
- De mate waarin verwezen wordt naar de effectiviteit en de efficiëntie van de acties.
- De mate waarin de acties passen in een gefaseerd plan om de doelstellingen in het beleidsplan te halen, indien relevant.

Criterium 2: Resultaatgerichtheid en meetbaarheid van de acties en de meetbaarheid van het behalen van de resultaten

- De mate waarin een helder specifiek (wie, wat, waar, wanneer, hoe) overzicht wordt gegeven van acties die men wil realiseren.
- De mate waarin benoemd wordt waarom thema's en strategieën binnen de drie percelen meer/minder aan bod komen.
- De mate waarin wordt afgestemd met de omgevingsanalyse voor de gezondheidsdoelstelling en de daarbij vooropgestelde prioriteiten.
- De mate waarin het voorstel is afgestemd op de minimale elementen en inhoudelijke krijtlijnen zoals beschreven in de bijlagen.
- De mate waarin de kandidaat aantoont dat rekening wordt gehouden met de relevante kenmerken van de (sub)doelgroepen en settings.
- De mate waarin rekening wordt gehouden met de geformuleerde kwaliteitsvereisten.
- De mate waarin rekening wordt gehouden met de beschikbaarheid, expertise en ervaring van het personeel dat de kandidaat ter beschikking stelt.
- De mate waarin de sterke en zwakke punten van de kandidaat aan bod komen in het dossier.
- De mate waarin wordt aangegeven op welke wijze de kandidaat meewerkt aan registratie, effectmeting en evaluatie.
- De mate waarin wordt aangegeven of en hoe de kandidaat thema-overschrijdend samenwerkt aan impact bij prioritaire settings.
- De mate waarin de acties rekening houden met de capaciteit en draagkracht van de intermediairs.
- De mate waarin implementatie uitgewerkt is in een plan dat rekening houdt met het bereiken van de doelgroep en intermediairs.
- De mate waarin de kandidaat een budget voorziet om methodieken te testen.
- De mate waarin de kandidaat een budget voorziet voor samenwerking.

Specifiek voor het jaarplan eerste werkingsjaar

- De mate waarin bij de acties in het jaarplan de gevraagde elementen benoemd worden (input, output, outcome, mijlpalen, indicatoren).
- De mate waarin de kandidaat aantoont of, waar relevant, de acties werkzaam zijn in Vlaanderen.
- De mate waarin de kandidaat aantoont dat rekening wordt gehouden met de relevante kenmerken van de (sub)doelgroepen en settings bij acties.
- De mate waarin de actie aansluit bij vragen van de burger of intermediairs/de setting (behoefteanalyse).
- De mate waarin bij de keuze van de acties rekening wordt gehouden met de beschikbaarheid, expertise en ervaring van het personeel dat de kandidaat ter beschikking stelt.

Criterium 3: Netwerking en samenwerking

- De mate waarin structurele samenwerking met de Gezondheidsmakers, Gezond in Brussel, CGG preventiewerking en intergemeentelijke preventiewerking wordt voorzien.
- De mate waarin wordt samengewerkt met de Gezondheidsmakers en Gezond in Brussel i.f.v. een themaoverschrijdend aanbod naar prioritaire settings.
- De mate waarin wordt samengewerkt met andere partnerorganisaties i.f.v. een themaoverschrijdend aanbod.
- De mate waarin samenwerking voldoende concreet wordt omschreven (op actieniveau, met projectplan, verantwoordelijke en gezamenlijke financiering).
- De mate waarin er sprake van publiek-private samenwerking En de mate waarin desgevallend daarbij de regelgeving i.v.m. staatsteun wordt gerespecteerd.

Specifiek voor het jaarplan van het eerste werkingsjaar

- De mate waarin er voor de uitvoering van de acties netwerking en duurzame samenwerking voorzien is met relevante actoren (organisaties terreinwerking, partnerorganisaties, individuele zorgverleners, intermediairs, andere...) die een meerwaarde opleveren.
- De mate waarin per actie de samenwerkingsafspraken tussen de verschillende actoren vastgelegd zijn in een intentieverklaring die is bevestigd door de betrokken partijen.
- De mate waarin de samenwerkingsafspraken procedures bevatten voor het opvolgen en bijsturen van de samenwerkingen.

Criterium 4: Onderbouwing van de begrotingen en afweging van kosten/baten

- De mate waarin een concreet en realistisch budget geraamd wordt (werking + personeel).
- De mate waarin de begroting een volledig overzicht geeft van alle verwachte inkomsten en uitgaven (personeel, werking, overige inkomsten).
- De mate waarin er een evenwicht is tussen de inkomsten en de uitgaven.
- De mate waarin overige inkomsten (andere dan de subsidie op basis van de erkenning) duurzaam zijn.
- De mate waarin middelen voorzien worden voor werkingskosten, materialen en diensten, pilootprojecten, evaluaties en eventuele campagnes.
- De mate waarin de begroting gebaseerd is op de prioriteiten van het beleidsplan.
- De mate waarin de uitgaven voor personeel rekening houden met de evolutie van de loonkosten over de volledige periode van de beheersovereenkomst.
- De mate waarin het voorstel een visie op reservevorming en reserveafbouw omvat.
- Voor perceel 1 tot en met 4: De mate waarin er rekening is gehouden met de bovenvermelde verhouding 45% expertise en ontwikkeling en 45% bereiken of ondersteunen van burgers en intermediaire organisaties.

Specifiek voor de begroting bij het eerste werkingsjaar

- De mate waarin per actie een concreet en realistisch budget wordt geraamd (werking + personeel).
- De mate waarin de begroting een volledig overzicht geeft van alle verwachte inkomsten en uitgaven (personeel, werking, overige inkomsten voor de acties).
- De mate waarin middelen voorzien worden voor worden voor werkingskosten, materialen en diensten, pilootprojecten, evaluaties en eventuele campagnes.
- Voor perceel 1 tot en met 4: De mate waarin er rekening is gehouden met de bovenvermelde verhouding expertise/methodieontwikkeling en bereiken en ondersteunen van burgers en intermediairs.
- De mate waarin bij elke actie een raming van budget, VTE en tijdsinvestering is toegevoegd.

Op basis van de beoordeling van het ingediende dossier wordt voor elk criterium een cijfer toegekend van 0 tot 5. De betekenis van deze cijfers is als volgt:

- 0 = zeer zwak, onmogelijk te remediëren
- 1 = zwak, moeilijk te remediëren
- 2 = onvoldoende, maar remediëren mogelijk
- 3 = voldoende
- 4 = sterk
- 5 = zeer sterk

Voor het opmaken van de rangorde worden die cijfers opgeteld. De organisatie die het meeste punten haalt, wordt beschouwd als het best gerangschikt. Op basis van dit dossier wordt een voorstel van beheersovereenkomst opgemaakt en overgemaakt aan de minister.

Bijlage 1. Perceel 1 – gezonde voeding'

Doelgroep 1^e 1000 dagen

PROBLEEM in de samenleving dat aanleiding geeft om tot actie over te gaan

Ongeveer één op de vijf Vlamingen beschikt over beperkte gezondheidsvaardigheden. Er zijn onvoldoende gezondheidsvaardigheden ontwikkeld die een gezond eetpatroon stimuleren en problematisch eetgedrag en leefstijl worden laat gedetecteerd. Er is onvoldoende kennis, begeleiding en ondersteuning rond gezonde voeding de eerste 1000 dagen.

De prevalentie van borstvoeding blijft onder de WHO doelstelling (6 maanden exclusief) terwijl de introductie van gesuikerde dranken en ultrabewerkte voeding bij baby's en peuters te vroeg gebeurt.

Er is een hoge prevalentie aan overgewicht, obesitas en zwangerschapsdiabetes wat de gezondheidskansen in de eerste levensfase onder druk zet. Data van Opgroeien tonen een stijgende trend aan bij het aantal 2-jarige kinderen met overgewicht of obesitas.

De analyse van Vlaamse voedselomgevingen toont aan dat de gezonde keuze niet altijd de gemakkelijkste is — onze leefomgeving stimuleert nog te vaak ongezond eetgedrag.

De gezondheidsongelijkheid blijft groot: (baby's in) gezinnen in armoede, migratiecontext, éénoudergezinnen en andere kwetsbare groepen hebben minder toegang tot gezonde voeding, ondersteunende voorzieningen en een gezond aanbod in hun omgeving.

IMPACT (meetbare verandering op lange termijn)

Burgers: welke (meetbare) verandering op lange termijn wordt beoogd? Wat streven we na bij burgers?

De 1^e 1000 dagen vormen een unieke en cruciale periode waarin de gezondheidswinst groot kan zijn. Investeren in een evenwichtig voedingspatroon tijdens deze fase heeft langdurige effecten op de gezondheid van het kind:

- Vrouwen met een kinderwens, zwangere vrouwen, hun partners en jonge ouders of andere gezinsleden en hun baby/peuter (de eerste 1000 dagen) volgen de voedingsrichtlijnen van de Hoge Gezondheidsraad en de WHO met betrekking tot een gezond eetpatroon.
- Ouders en andere opvoedingsfiguren beschikken over kennis en vaardigheden op vlak van gezonde mondvreindelijke voeding en gezond (leren) eten.

Intermediairs: welke meetbare verandering op lange termijn wordt beoogd? Wat streven we na bij intermediairs?

Vrouwen met een kinderwens, zwangere vrouwen, hun partners en jonge ouders en hun baby/peuter kunnen starten in een omgeving die gezonde voeding, gezonde eetvaardigheden stimuleren en een evenwichtige groei bevordert. De belangrijkste rol ligt bij zorg- en welzijnsactoren, gezinsondersteuning en lokale besturen die een laagdrempelig en niet-stigmatiserend aanbod voorzien dat de doelgroep ondersteunt.

Belangrijkste omgevingsactoren voor deze doelgroep:

Actoren, professionals en diensten in de (perinatale) zorg en welzijn:

- Communiceren niet-stigmatiserend over gezonde voeding, eetgedrag en lichaamsbeeld, en spelen laagdrempelig in op de noden van (aanstaande) ouders.
- Geven aanstaande en jonge ouders correcte, leeftijdsgerichte en cultuursensitieve informatie over gezonde voeding en bieden ondersteuning bij het versterken van gezondheidsvaardigheden op vlak van gezonde voeding.
- Voeren een beleid op vlak van gezonde voeding, met een mix van strategieën: educatie, regels en afspraken, omgevingsinterventies en (doorverwijzing naar) zorg en begeleiding.
- Voorzien een doorverwijzing naar gespecialiseerde ondersteuning waar nodig.
- Zijn deskundig in het geven van advies over gezonde voeding, gezonde eetvaardigheden en leefstijladvies.

Lokale besturen:

- Creëren een gezonde voedingsomgeving waarin de toegang tot gezonde, betaalbare en duurzame voeding structureel en laagdrempelig verankerd is.
- Ondersteunen de implementatie van preventiemethodieken en stimuleren initiatieven die gezinnen helpen om van bij de start gezonde voedingsgewoonten te ontwikkelen.
- Brengen relevante partners samen (Huizen van het Kind, welzijnsdiensten, lokale verenigingen) om kwetsbare gezinnen te bereiken.

Indicatoren om verandering op langere termijn te meten

Bij burgers:

- % baby's dat exclusieve borstvoeding krijgt tot de leeftijd van 6 maanden.
- De gemiddelde leeftijd waarop gesuikerde dranken en ultrabewerkte voeding worden geïntroduceerd bij baby's.

- % baby's en peuters met een gezond gewicht, met overgewicht of obesitas.
- % zwangere vrouwen met zwangerschapsdiabetes.
- % gezinnen dat gebruik maakt van ondersteuning (Huizen van het Kind, Kind&Gezin, lokale initiatieven) rond gezonde voeding.
- % gezinnen met lage SES dat bereikt wordt door Kind&Gezin, Huizen van het Kind en andere lokale actoren.

Bij intermediairs:

- % zorg- en welzijnsactoren met een kwaliteitsvol voedings- en leefstijlbeleid dat ondersteuning biedt d.m.v. een mix van strategieën: educatie, afspraken en regels, omgevingsinterventies, zorg/doorverwijzing.
- % actoren dat deskundigheidsbevordering volgt over gezonde voeding en ondersteuning in gezond eetgedrag de eerste 1000 dagen.
- % gemeenten/steden dat voldoet aan de kwaliteitscriteria voor een kwaliteitsvol preventief voedingsbeleid.
- % gemeenten/steden met een structureel beleid en actieplan voor het creëren van een gezonde, toegankelijke en betaalbare voedingsomgeving.
- % gemeente/steden met een toename aan gezonde aanbodpunten in de lokale voedselomgeving en een afname van % voedselwoestijnen en voedselmoerassen.

Binnen het kader van HiAP:

- % organisaties dat voldoet aan de kwaliteitscriteria voor een preventief voedings- en gezondheidsbeleid (deskundigheid, betrokkenheid, evidence based en beleidsmatig). Een toenemend aantal good practices dat wordt opgeschaald en structureel verankerd binnen beleid en praktijk.

RESULTAATGEBIEDEN EN MINIMALE ACTIES: het voorstel de kandidaat omvat minstens acties gericht op

- Vraaggestuurd afstemmen met Opgroeien en relevante actoren (waaronder Huizen van het Kind en Kind & Gezin) over de versterking van bestaande werkingen, met focus op gezonde voeding en eetopvoeding in de eerste 1000 dagen en bereiken van kwetsbare groepen.
- Structureel verankeren van een voedingsbeleid binnen de setting lokale besturen en de setting zorg en welzijn.
- Inzetten op universele preventie met initiatieven die alle kinderen en gezinnen bereiken en bijdragen aan het bevorderen van gezonde voeding, gezond (leren) eten en gezonde, betaalbare, toegankelijke en duurzame voedselomgevingen.
- Samenwerking met eventuele andere preventiepartners in het preventief gezondheidsbeleid, minstens voor preventie van eet- en gewichtsproblemen, mondgezondheid, beweging en middelengebruik.
- Deskundigheidsbevordering en vorming van intermediairs om een integraal beleid op vlak van gezonde voeding en gezond eetgedrag te integreren in hun dagelijkse werking, met aandacht voor educatie, omgevingsaanpassing en ouderbetrokkenheid.
- Bijdragen aan meer adequate dataverzameling, monitoring, evaluatie, kennisdeling en het versterken van datagebruik rond voeding en aanverwante gezondheidsvaardigheden.

Doelgroep Kinderen en jongeren

PROBLEEM in de samenleving dat aanleiding geeft om tot actie over te gaan

Het percentage kinderen en jongeren dat kampt met een onevenwichtig en ongezond eetpatroon blijft hoog. Dit ondermijnt hun gezondheid en versterkt en creëert ongelijke gezondheidskansen.

Er is een tekort aan gezonde vaardigheden die een gezond en evenwichtig eetpatroon stimuleren en problematisch eetgedrag en ongezonde leefstijl wordt vaak pas laat opgemerkt. Er is onvoldoende structurele begeleiding rond gezonde voeding, eetcompetenties en lichaamstevredenheid binnen de setting onderwijs.

De prevalentie van overgewicht en obesitas bij kinderen en jongeren blijft toenemen, met negatieve gevolgen voor hun fysieke gezondheid, mentaal welzijn en ontwikkelingskansen. In schooljaar 2023-2024 had meer dan één op de vier jongeren overgewicht of obesitas. Het risico op overgewicht en obesitas stijgt met de leeftijd: bij 3-jarige kleuters werd obesitas vastgesteld bij 3,3%, terwijl in de groep van 14-jarigen (3de secundair) dit opliep tot 7,7%. Tien jaar eerder, in 2013-2014, lagen deze cijfers merkbaar lager (respectievelijk 2,4% en 5,4%). Er zijn duidelijke verschillen tussen onderwijsniveaus (ASO, TSO/KSO, BSO). Ook zijn er belangrijke geografische verschillen, waarbij er een hogere prevalentie van overgewicht en obesitas wordt vastgesteld in centrumsteden.

De consumptie van gesuikerde dranken en ultrabewerkte voeding start te vroeg en blijft wijdverspreid onder kinderen en jongeren. Hoewel de lichaamstevredenheid van jongeren licht verbeterde, blijft het aandeel meisjes dat zichzelf te dik vindt aanzienlijk hoger dan bij jongens (2022: 21,8% bij jongens en 39,8% bij meisjes).

De gezondheidsongelijkheid blijft groot. Kinderen en jongeren uit gezinnen in armoede, met migratieachtergrond, uit éénoudergezinnen of andere kwetsbare situaties hebben minder toegang tot gezonde voeding, ondersteunende

voorzieningen en een gezond aanbod in hun leefomgeving. Commerciële prikkels en marketing sturen bovendien nog te vaak richting ongezonde voedingskeuzes.

De analyse van Vlaamse voedselomgevingen toont aan dat de gezonde keuze niet altijd de gemakkelijkste is — onze leefomgeving stimuleert nog te vaak ongezond eetgedrag.

IMPACT (meetbare verandering op lange termijn)

Burgers: welke (meetbare) verandering op lange termijn wordt beoogd? Wat streven we na bij burgers?

- Kinderen en jongeren volgen de voedingsaanbevelingen volgens de richtlijnen van de Hoge Gezondheidsraad en de WHO.
- Kinderen en jongeren beschikken over kennis en vaardigheden op vlak van gezonde en mondvriendelijke voeding en gezond (leren) eten.

Intermediairs: welke meetbare verandering op lange termijn wordt beoogd? Wat streven we na bij doen?

Kinderen en jongeren groeien op in een omgeving die gezonde voedingsgewoonten, gezonde eetvaardigheden en een evenwichtige leefstijl vanzelfsprekend maakt. Gezonde voeding en gezonde eetvaardigheden worden structureel geïntegreerd binnen de context waarin zij leren, spelen en opgroeien. De belangrijkste rol ligt bij zorg- en welzijnsactoren, lokale besturen en scholen die samen werken aan een voedselomgeving die duurzame, betaalbare en gezonde keuzes stimuleert en die ouders en opvoedingsfiguren actief betrekken bij het aanleren van gezond eetgedrag en ondersteuning bieden waar nodig.

Belangrijkste omgevingsactoren voor deze doelgroep.

Actoren, professionals en diensten in zorg en welzijn:

- communiceren niet-stigmatiserend over voeding, eetgedrag en lichaamsbeeld, en spelen laagdrempelig in op de noden van kinderen en jongeren.
- geven kinderen en jongeren correcte, cultuursensitieve en leeftijdsgerichte informatie over gezonde voeding en bieden ondersteuning bij het versterken van gezondheidsvaardigheden.
- voeren een beleid op vlak van gezonde voeding, met een mix van strategieën: educatie, regels en afspraken, omgevingsinterventies en (doorverwijzing naar) zorg en begeleiding.
- voorzien een doorverwijzing naar gespecialiseerde ondersteuning waar nodig.
- zijn deskundig in het geven van advies over gezonde voeding, gezonde eetvaardigheden en leefstijladvies.

Onderwijsinstellingen:

- worden ondersteund in het versterken van kennis, attitudes en vaardigheden op vlak van gezonde voeding.
- worden ondersteund in het voeren een geïntegreerd en participatief beleid voor gezonde voeding met ruimte voor dialoog, het versterken van vaardigheden, het creëren van een gezond voedingsaanbod en het tijdig signaleren van problemen.
- scholen werken samen met CLB's en welzijnsactoren op vlak van gezonde voeding en gezonde eetvaardigheden.

Lokale besturen:

- creëren een gezonde voedingsomgeving waarin toegang tot gezonde, betaalbare en duurzame voeding structureel en laagdrempelig verankerd is.
- ondersteunen de implementatie van preventiemethodieken op maat van kinderen en jongeren, en stimuleren initiatieven die kinderen en jongeren helpen om gezonde voedingsgewoonten te ontwikkelen.
- brengen relevante actoren samen om kwetsbare groepen te bereiken.
- sporen good practices samen met de gezondheidmakers en de Intergemeentelijke preventiewerkers actief op en bundelen ze, zodat succesvolle initiatieven breder ingang vinden.

Indicatoren om verandering op langere termijn te meten

Bij burgers (VCP – HBSC – Opgroeien):

- % kinderen en jongeren dat de voedingsrichtlijnen van de Hoge Gezondheidsraad volgt (groenten, fruit, water, volkorenproducten, peulvruchten en beperking ultrabewerkte voeding).
 - % kinderen en jongeren met een gezond gewicht, met overgewicht en obesitas.
 - % kinderen en jongeren dat dagelijks gesuikerde dranken en ultrabewerkte voeding consumeert.
 - % kinderen en jongeren dat dagelijks minstens 1 liter water drinkt.
 - % kinderen en jongeren dat dagelijks ontbijt.
 - % kinderen en jongeren dat dagelijks fruit en groenten eet.
 - Verschil in % kinderen en jongeren met een gezond voedingspatroon tussen kansrijke en kwetsbare kinderen en jongeren.
-

- % kinderen en jongeren met voldoende kennis en vaardigheden om gezonde voedingskeuzes te maken en kritisch om te gaan met reclame, sociale media en lichaamsidealen.
- % kinderen en jongeren dat 'de gezonde keuze als haalbaar en toegankelijk ervaart.

Bij intermediairs:

- % scholen en zorg- en welzijnsactoren met een kwaliteitsvol voedings- en leefstijlbeleid dat ondersteuning biedt d.m.v. een mix van strategieën: educatie, afspraken en regels, omgevingsinterventies, zorg/doorverwijzing).
- % scholen dat voedingseducatie en vaardigheden structureel integreert in de leeromgeving.
- % scholen dat beperkingen hanteert op verkoop van gesuikerde dranken en ongezonde snacks.
- % scholen dat gratis water aanbiedt en een gezond voedingsaanbod biedt.
- % actoren dat deskundigheidsbevordering volgt over gezonde voeding en ondersteuning in gezond eetgedrag bij kinderen en jongeren.
- % gemeenten/steden dat voldoet aan de kwaliteitscriteria voor een kwaliteitsvol preventief voedingsbeleid.
- % gemeenten/steden met een structureel beleid en actieplan voor het creëren van een gezonde, toegankelijke en betaalbare voedingsomgeving.
- % gemeenten/steden dat inzet op het voorkomen van voedselarmoede.
- % gemeente/steden met een toename aan gezonde aanbodpunten in de lokale voedselomgeving en een afname van % voedselwoestijnen en voedselmoerassen.

Binnen het kader van HiAP:

- % relevante organisaties dat voldoet aan de kwaliteitscriteria voor een preventief voedings- en gezondheidsbeleid (deskundigheid, betrokkenheid, evidence based en beleidsmatig). Een toenemend aantal good practices dat wordt opgeschaald en structureel verankerd binnen beleid en praktijk.

RESULTAATGEBIEDEN EN MINIMALE ACTIES: het voorstel de kandidaat omvat minstens acties gericht op

- Vraaggestuurd afstemmen met relevante beleidsdomeinen en actoren over de versterking van bestaande werkingen, met focus op gezonde voeding.
- Structureel verankeren van een voedingsbeleid binnen de setting onderwijs, zorg en welzijn en lokale besturen.
- Sensibiliseren van de doelgroep, o.a. via terugkerende onderbouwde campagnes en gevalideerde preventiemethodieken over gezonde voeding (met aandacht voor adequate communicatie over gezond gewicht en lichaamstevredenheid), het versterken van voedingsvaardigheden en gezondheidsvaardigheden.
- Inzetten op universele preventie met initiatieven die alle kinderen en jongeren bereiken en bijdragen aan het bevorderen van gezonde voeding, gezond leren eten en gezonde, betaalbare, toegankelijke en duurzame voedselomgevingen.
- Bereiken van kwetsbare groepen, en minstens kinderen en jongeren uit gezinnen met lage SES, met migratieachtergrond, kinderen en jongeren uit éénoudergezinnen, kinderen en jongeren met een fysieke of mentale beperking.
- Samenwerking met eventuele andere preventiepartners in het preventief gezondheidsbeleid, minstens voor preventie van eet- en gewichtsproblemen, mondgezondheid, beweging en sociaal-emotionele vaardigheden.
- Deskundigheidsbevordering en vorming van intermediairs om een integraal beleid op vlak van gezonde voeding te integreren in hun dagelijkse werking, met aandacht voor educatie omgevingsaanpassing en indien relevant ouderbetrokkenheid.
- Bijdragen aan meer adequate dataverzameling, monitoring, evaluatie, kennisdeling en het versterken van datagebruik rond voeding en aanverwante gezondheidsvaardigheden
- Delen van good practices die bijdragen aan een gezonde voedingskeuze en toegankelijke en duurzame voedselomgevingen, met expliciete aandacht voor gelijke gezondheidskansen.

Doelgroep

Volwassenen

PROBLEEM in de samenleving dat aanleiding geeft om tot actie over te gaan

Het percentage volwassenen dat kampt met een ongezond voedingspatroon blijft hoog. Dit ondermijnt de gezondheid en creëert ongelijke gezondheidskansen.

Er zijn onvoldoende gezondheidsvaardigheden ontwikkeld die een gezond eetpatroon stimuleren en problematisch eetgedrag wordt te laat gedetecteerd. Grote verschillen naar opleidingsniveau, socio-economische status en migratieachtergrond leiden tot ongelijke gezondheidskansen.

Commerciële prikkels sturen vaak richting ongezonde voedingskeuzes.

Meer dan de helft van de volwassenen heeft overgewicht; 1 op 6 lijdt aan obesitas.

De analyse van Vlaamse voedselomgevingen toont aan dat de gezonde keuze niet altijd de gemakkelijkste is — onze leefomgeving stimuleert nog te vaak ongezond eetgedrag.

IMPACT (meetbare verandering op lange termijn)

Burgers: welke (meetbare) verandering op lange termijn wordt beoogd? Wat streven we na bij burgers?

- Volwassenen volgen de voedingsaanbevelingen (voldoende groenten, fruit, volkorenproducten, water) volgens de richtlijnen van de Hoge Gezondheidsraad en de WHO.
- Volwassenen beschikken over kennis en vaardigheden op vlak van gezonde mondvriendelijke voeding en gezond (leren) eten.

Intermediairs: welke meetbare verandering op lange termijn wordt beoogd? Wat streven we na bij intermediairs?

Volwassenen leven en wonen in een omgeving die gezonde voeding, gezonde eetvaardigheden en een evenwichtige leefstijl ondersteunt. De focus ligt op het systematisch integreren van voeding-, eet- en leefstijlmaatregelen die een gezond en evenwichtig eetpatroon bevorderen binnen de leefomgeving van volwassenen.

Belangrijkste omgevingsactoren voor deze doelgroep.

Actoren, professionals en diensten in zorg en welzijn:

- geven volwassenen correcte en cultuursensitieve informatie over gezonde en evenwichtige voeding en bieden ondersteuning bij het versterken van gezondheidsvaardigheden.
- voeren een beleid op vlak van gezonde voeding, met een mix van strategieën: educatie, regels en afspraken, omgevingsinterventies en (doorverwijzing naar) zorg en begeleiding.
- voorzien een doorverwijzing naar gespecialiseerde ondersteuning waar nodig.
- zijn deskundig in het geven van advies over gezonde voeding, gezonde eetvaardigheden en leefstijladvies.
- hebben aandacht voor mensen in een kwetsbare positie of met een verhoogd risico op voedingsgerelateerde gezondheidsproblemen.

Lokale besturen:

- creëren van een gezonde voedingsomgeving waarin toegang tot gezonde, betaalbare en duurzame voeding structureel en laagdrempelig verankerd is.
- ondersteunen de implementatie van preventiemethodieken op maat van volwassenen, en stimuleren initiatieven die volwassenen helpen om gezonde voedingsgewoonten te ontwikkelen.
- brengen relevante actoren samen om kwetsbare groepen te bereiken.
- sporen good practices samen met de gezondheidmakers en de Intergemeentelijke preventiewerkers actief op en bundelen ze, zodat succesvolle initiatieven breder ingang vinden.

Indicatoren om verandering op langere termijn te meten

Bij burgers (VCP, Gezondheidsenquête, Preventiebarometer):

- % volwassenen dat de voedingsrichtlijnen van de Hoge Gezondheidsraad volgt (groenten, fruit, water, volkorenproducten, peulvruchten en beperking ultrabewerkte voeding).
- % volwassenen met een gezond gewicht, met overgewicht en obesitas.
- % volwassenen dat dagelijks gesuikerde dranken en ultrabewerkte voeding consumeert
- % volwassenen dat dagelijks minstens 1 liter water drinkt
- % volwassenen dat dagelijks ontbijt
- % volwassenen dat dagelijks fruit en groenten eet
- % volwassenen met (on)gezonde voedingsgewoonten
- Verschil in % volwassenen met een gezond voedingspatroon tussen kansrijke en kwetsbare volwassenen
- % volwassenen dat voldoende kennis en vaardigheden om gezonde voedingskeuzes te maken en kritisch om te gaan met reclame, sociale media en lichaamsidealen.
- % volwassenen dat gezonde keuzes als haalbaar en toegankelijk en betaalbaar ervaart in de eigen leefomgeving.
- % volwassenen dat aangeeft vertrouwen te hebben in eigen vermogen om gezond te eten

Bij intermediairs:

- % relevante organisaties/voorzieningen met een kwaliteitsvol voedings- en leefstijlbeleid dat ondersteuning biedt d.m.v. een mix van strategieën: educatie, afspraken en regels, omgevingsinterventies, zorg/doorverwijzing.
 - % actoren dat deskundigheidsbevordering volgt over gezonde voeding en ondersteuning in gezond eetgedrag bij volwassenen.
 - % gemeenten/steden en lokale actoren dat voldoet aan de kwaliteitscriteria van een kwaliteitsvol preventief voedingsbeleid.
-

- % gemeenten/steden met een structureel beleid en actieplan voor het creëren van een gezonde, toegankelijke en betaalbare voedingsomgeving.
- % gemeenten/steden dat inzet op het voorkomen van voedselarmoede.
- % gemeente/steden met een toename aan gezonde aanbodpunten in de lokale voedselomgeving en een afname van % voedselwoestijnen en voedselmoerassen.

Binnen het kader van HiAP:

- % relevante organisaties dat voldoet aan de kwaliteitscriteria voor een preventief voedings- en gezondheidsbeleid (deskundigheid – betrokkenheid – evidence based, beleidsmatig).
- Een toenemend aantal good practices dat wordt opgeschaald en structureel verankerd binnen beleid en praktijk.

RESULTAATGEBIEDEN EN MINIMALE ACTIES: het voorstel de kandidaat omvat minstens acties gericht op

- Vraaggestuurd afstemmen met relevante beleidsdomeinen en actoren over concretisering of versterking van initiatieven, met focus op gezonde voeding
- Structureel verankeren van een voedingsbeleid binnen de setting zorg en welzijn en lokale besturen met ondersteuning vanuit de expertise voeding.
- Sensibiliseren van de doelgroep, o.a. via terugkerende onderbouwde campagnes en gevalideerde preventiemethodieken over gezonde voeding, het versterken van voedingsvaardigheden.
- Inzetten op universele preventie met initiatieven die alle volwassenen bereiken en bijdragen aan het bevorderen van gezonde voeding en gezonde, betaalbare, toegankelijke en duurzame voedselomgevingen.
- Bereiken van kwetsbare groepen en minstens volwassenen met lage SES, met migratieachtergrond, met een fysieke of mentale beperking, met problematisch eetgedrag, met chronische aandoeningen.
- Samenwerking met eventuele andere preventiepartners in het preventief gezondheidsbeleid, minstens voor preventie van eet- en gewichtsproblemen, mondgezondheid, beweging en leefstijlaanbod op verwijzing.
- Deskundigheidsbevordering en vorming van intermediairs om een integraal beleid op vlak van gezonde voeding te integreren in hun dagelijkse werking, met aandacht voor educatie omgevingsaanpassing.
- Bijdragen aan meer adequate dataverzameling, monitoring, evaluatie, kennisdeling en het versterken van datagebruik rond voeding en aanverwante gezondheidsvaardigheden.
- Delen van good practices die bijdragen aan een gezonde voedingskeuze en toegankelijke en duurzame voedselomgevingen, met expliciete aandacht voor gelijke gezondheidskansen.

Doelgroep Ouderen

PROBLEEM in de samenleving dat aanleiding geeft om tot actie over te gaan

Ondervoeding bij ouderen blijft een onderschat, maar een structureel probleem. Naarmate de leeftijd toeneemt, nemen eetlust, smaak- en kauwvermogen af, wat leidt tot een lagere inname van energie en essentiële voedingsstoffen. Dit verhoogt het risico op sarcopenie, verminderde weerstand en een vertraagd herstel na ziekte of ingreep. Ondervoeding vergroot de kans op ziekenhuisopnames en verlengt de zorgafhankelijkheid.

Tegelijk blijft overgewicht bij een deel van de oudere bevolking aanwezig. Ongezonde voeding, ongezonde eetvaardigheden en een gebrek aan beweging dragen bij tot metabole aandoeningen en chronische ziekten. Vooral kwetsbare ouderen — alleenwonenden, ouderen in armoede, met een migratieachtergrond of met fysieke en mentale beperkingen — worden disproportioneel getroffen. Hierdoor nemen de gezondheidsverschillen verder toe. Ook de mondgezondheid van ouderen vormt een belangrijke, maar vaak vergeten schakel in het bredere voedingsverhaal. Slechte mondhygiëne of ontbrekende tanden leiden tot pijn en kauwproblemen, wat een gezonde voedselinname bemoeilijkt en de levenskwaliteit aantast.

De analyse van Vlaamse voedselomgevingen toont aan dat de gezonde keuze niet altijd de gemakkelijkste is — onze leefomgeving stimuleert nog te vaak ongezond eetgedrag.

IMPACT (meetbare verandering op lange termijn)

Burgers: welke (meetbare) verandering op lange termijn wordt beoogd? Wat streven we na bij burgers?

- Ouderen volgen voedingsaanbevelingen aangepast aan hun leeftijd en gezondheidstoestand volgens de richtlijnen van de Hoge Gezondheidsraad en de WHO.
- Ouderen beschikken over kennis en vaardigheden op vlak van gezonde mond vriendelijke voeding en gezond eten om de zelfredzaamheid te behouden en ondervoeding te voorkomen.
- Ouderen beschikken over toegankelijke en begrijpelijke informatie en communicatie rond gezonde voeding en ondervoeding, gericht op sensibilisering en vroegtijdige herkenning van risico's.

Intermediairs: welke meetbare verandering op lange termijn wordt beoogd? Wat streven we na bij intermediairs?

Ouderen leven in een omgeving die gezonde en evenwichtige voeding ondersteunt, met bijzondere aandacht voor het voorkomen, vroegtijdig opsporen en aanpakken van ondervoeding.

Belangrijkste omgevingsactoren voor deze doelgroep.

Actoren, professionals en diensten in zorg en welzijn, m.i.v. de eerstelijnsactoren:

- geven de doelgroep correcte en genuanceerde informatie over gezonde voeding en gezond eten.
- integreren voedingsmaatregelen die gezonde en evenwichtige voeding bij ouderen ondersteunen, met specifieke aandacht voor het voorkomen en tijdig opsporen van ondervoeding en voeren een beleid op vlak van gezonde voeding en gezond eten, met een mix van strategieën: educatie, regels en afspraken, omgevingsinterventies en (doorverwijzing naar) zorg en begeleiding.
- zijn deskundig in het versterken van vaardigheden van ouderen 65+ op vlak van gezonde voeding, gezond eten en ondervoeding, in het signaleren van problemen en in het doorverwijzen naar aangepast ondersteuningsaanbod.
- grijpen multidisciplinair in bij risico op ondervoeding, overgewicht en gebrekkige mondgezondheid.

Lokale besturen:

- creëren van een gezonde voedingsomgeving waarin toegang tot gezonde, betaalbare en duurzame voeding structureel en laagdrempelig verankerd is.
- ondersteunen de implementatie van preventiemethodieken op maat van ouderen, en stimuleren initiatieven die ouderen helpen om gezonde voedingsgewoonten te ontwikkelen.
- ondersteunen ouderen via lokale initiatieven zoals sociale voedselinitiatieven, maaltijddiensten, wijkprojecten en betrekken ouderen in participatieve trajecten rond voeding en gezondheid en gericht op behoud van zelfstandigheid en levenskwaliteit
- brengen relevante actoren samen om kwetsbare groepen te bereiken.
- sporen good practices samen met de gezondheidmakers en de Intergemeentelijke preventiewerkers actief op en bundelen ze, zodat succesvolle initiatieven breder ingang vinden.

Indicatoren om verandering op langere termijn te meten

Bij burgers (VCP, Gezondheidsenquête, Preventiebarometer)

- % ouderen 65+ met een gezonde voedingsstatus (geen risico op ondervoeding of overvoeding).
- % ouderen 65+ dat de voedingsrichtlijnen van de Hoge Gezondheidsraad volgt (groenten, fruit, water, volkorenproducten, eiwitrijke producten en beperking ultrabewerkte voeding).
- % ouderen 65+ met een gezond gewicht, met overgewicht en obesitas.
- % ouderen 65+ dat risico loopt op ondervoeding, opgespoord via systematische screening in eerstelijnszorg of woonzorg.
- % ouderen 65+ dat dagelijks gesuikerde dranken en ultrabewerkte voeding consumeert
- % ouderen 65+ dat dagelijks minstens 1 liter water drinkt
- % ouderen 65+ dat dagelijks ontbijt.
- % ouderen 65+ dat dagelijks groenten en fruit consumeert.
- % ouderen 65+ dat voldoende eiwitrijke voeding consumeert.
- % ouderen 65+ met (on)gezonde voedingsgewoonten
- % ouderen 65+ dat voldoende kennis en vaardigheden heeft om gezonde maaltijden te plannen, bereiden of verkrijgen, al dan niet met ondersteuning.
- % ouderen 65+ dat gezonde voeding als haalbaar, toegankelijk en betaalbaar ervaart in de eigen leefomgeving.
- Verschil in % ouderen 65+ met een gezonde voedingsstatus tussen kansrijke en kwetsbare ouderen.

Bij intermediairs

- % zorg- en welzijnsactoren met een kwaliteitsvol voedings- en leefstijlbeleid dat ondersteuning biedt d.m.v. een mix van strategieën: educatie, afspraken en regels, omgevingsinterventies, zorg/doorverwijzing.
- % actoren dat deskundigheidsbevordering volgt over gezonde voeding en ondersteuning in eetgedrag, ondervoeding en mondgezondheid bij ouderen.
- % zorgvoorzieningen dat gezonde voeding en de voedingsstatus structureel integreert in het multidisciplinair zorgplan.
- % zorg- en welzijnsactoren dat systematisch screent op (risico op) ondervoeding bij ouderen.
- % gemeenten/steden en lokale actoren dat voldoet aan de kwaliteitscriteria voor een kwaliteitsvol preventief voedingsbeleid met specifieke aandacht voor ouderen 65+.

- % gemeenten/steden met een structureel beleid en actieplan voor het creëren van een gezonde, toegankelijke en betaalbare voedingsomgeving.
- % gemeenten/steden met beleid rond sociale voedselinitiatieven (bv. buurtrestaurants, maaltijddiensten)
- % gemeente/steden met een toename aan gezonde aanbodpunten in de lokale voedselomgeving en een afname van % voedselwoestijnen en voedselmoerassen.

Binnen het kader van HiAP

- % relevante organisaties dat voldoet aan de kwaliteitscriteria voor een preventief voedings- en gezondheidsbeleid (deskundigheid, betrokkenheid, evidence based en beleidsmatig).
- Een toenemend aantal good practices dat wordt opgeschaald en structureel verankerd binnen beleid en praktijk.

RESULTAATGEBIEDEN EN MINIMALE ACTIES: het voorstel de kandidaat omvat minstens acties gericht op

- Vraaggestuurd afstemmen met relevante beleidsdomeinen en actoren over concretisering of versterking van initiatieven, zodat voeding, preventie van ondervoeding en aandacht voor kwetsbare groepen structureel ingebed blijven in het beleid op vlak van ouderenzorg, welzijn, wonen en lokale gemeenschap
- Structureel verankeren van een voedingsbeleid binnen de setting zorg en welzijn en lokale besturen.
- Sensibiliseren van de doelgroep, o.a. via terugkerende onderbouwde campagnes en gevalideerde preventiemethodieken over gezonde voeding, het versterken van voedingsvaardigheden en gezondheidsvaardigheden.
- Inzetten op universele preventie met initiatieven die alle ouderen bereiken en bijdragen aan het bevorderen van gezonde voeding en gezonde, betaalbare, toegankelijke en duurzame voedselomgevingen.
- Bereiken van kwetsbare ouderen en minstens alleenstaande/alleenwonende, cognitieve achteruitgang of dementie, met slik-, kauw-, geur- of smaakproblemen, lage SES, migratieachtergrond, fysieke beperking of één of meerdere chronische aandoeningen.
- Samenwerking met eventuele andere preventiepartners in het preventief gezondheidsbeleid, minstens voor preventie van eet- en gewichtsproblemen, mondgezondheid, valpreventie en leefstijlaanbod op verwijzing.
- Bijdragen aan meer adequate dataverzameling, monitoring, evaluatie, kennisdeling en het versterken van datagebruik rond voeding en aanverwante gezondheidsvaardigheden.
- Delen van good practices die bijdragen aan een gezonde voedingskeuze en toegankelijke en duurzame voedselomgevingen, met expliciete aandacht voor gelijke gezondheidskansen.
- Deskundigheidsbevordering en vorming van intermediairs om een integraal beleid op vlak van gezonde voedingen ondervoeding te integreren in hun dagelijkse werking, met aandacht voor educatie en omgevingsaanpassing.

Bijlage 2. Perceel 2 – bewegen en zitten

Doelgroep 1^e 1000 dagen

PROBLEEM in de samenleving dat aanleiding geeft om tot actie over te gaan

Ongeveer één op de vijf Vlamingen beschikt over beperkte gezondheidsvaardigheden, wat ook het aanleren van gezonde beweegvaardigheden bemoeilijkt.

Het percentage (aanstaande) ouders, baby's en jonge kinderen dat de WHO-beweegrichtlijnen niet haalt, ligt te hoog. Er is een hoge prevalentie aan overgewicht, obesitas en zwangerschapsdiabetes wat de gezondheidskansen in de eerste levensfase onder druk zet. Data van Opgroeien tonen een stijgende trend aan bij het aantal 2-jarige kinderen met overgewicht of obesitas.

De gezondheidsongelijkheid blijft groot: (baby's in) gezinnen in armoede, met migratieachtergrond, éénoudergezinnen, en gezinnen waarin ouders kampen met postpartumproblematiek of een beperking, ervaren minder tijd en minder toegang tot veilige, nabijgelegen beweegruimtes. Deze groepen hebben ook vaker een sedentaire omgeving en minder middelen om te bewegen of te sporten.

De Vlaamse leefomgeving nodigt nog te vaak uit tot zitten in plaats van bewegen.

IMPACT (meetbare verandering op lange termijn)

Burgers: welke (meetbare) verandering op lange termijn wordt beoogd? Wat streven we na bij burgers?

- Vrouwen met een kinderwens, zwangere vrouwen, hun partners en jonge ouders of andere gezinsleden en hun baby/peuter (1^e 1000 dagen) volgen de WHO-richtlijnen met betrekking tot regelmatig, voldoende en afwisselend bewegen en het beperken van langdurig zitten.
- Ouders en andere opvoedingsfiguren volgen de WHO-richtlijnen die adviseren om schermtijd bij baby's te vermijden en bij peuters vanaf 2 jaar te beperken.

- Ouders en andere opvoedingsfiguren beschikken over kennis en vaardigheden op vlak van voldoende bewegen, sedentair gedrag en schermtijd.

Intermediairs: welke meetbare verandering op lange termijn wordt beoogd? Wat streven we na bij intermediairs?

Vrouwen met een kinderwens, zwangere vrouwen, hun partners, jonge ouders en hun baby/peuter kunnen starten in een omgeving die voldoende bewegen bevordert en lang stilzitten ontmoedigt. De belangrijkste rol ligt bij zorg- en welzijnsactoren en gezinsondersteuning die een laagdrempelig en niet-stigmatiserend aanbod voorzien dat ouders ondersteunt in het ontwikkelen van voldoende, regelmatig en afwisselend bewegen en het beperken van lang stilzitten.

Belangrijkste omgevingsactoren voor deze doelgroep:

Actoren, professionals en diensten in (perinatale) zorg en welzijn

- communiceren niet-stigmatiserend over gezonde beweegroutines en lichaamsbeeld, en spelen laagdrempelig in op de noden van (aanstaande) ouders.
- geven aanstaande en jonge ouders correcte, leeftijdsgerichte en cultuursensitieve informatie over voldoende bewegen, het beperken van lang stilzitten en schermtijd en bieden ondersteuning bij het versterken van gezondheidsvaardigheden op vlak van gezond bewegen en zitten.
- voeren een beleid op vlak van voldoende bewegen en het beperken van lang stilzitten, met een mix van strategieën: educatie, regels en afspraken, omgevingsinterventies en (doorverwijzing naar) zorg en begeleiding.
- voorzien een doorverwijzing naar gespecialiseerde ondersteuning indien nodig
- zijn deskundig in het geven van advies over regelmatig, voldoende en afwisselend bewegen, het beperken van lang stilzitten en leefstijladvies.

Lokale besturen:

- creëren een beweegvriendelijke publieke ruimte die de zitcultuur doorbreekt.
- ondersteunen de implementatie van preventiemethodieken en stimuleren initiatieven die gezinnen helpen om van bij de start voldoende beweging en het beperken van lang stilzitten te ontwikkelen.
- brengen relevante partners samen (Huizen van het Kind, welzijnsdiensten, lokale vereniging) om kwetsbare gezinnen te bereiken.

Indicatoren om verandering op langere termijn te meten

Bij burgers

- % gezinnen dat gebruik maakt van ondersteuning (Huizen van het Kind, Kind&Gezin, lokale initiatieven) rond voldoende bewegen en het beperken van lang stilzitten.
- % gezinnen met lage SES dat bereikt wordt door Kind&Gezin, Huizen van het Kind en andere lokale actoren.

Bij intermediairs

- % zorg- en welzijnsactoren met een kwaliteitsvol beweeg- en leefstijlbeleid dat ondersteuning biedt d.m.v. een mix van strategieën: educatie, afspraken en regels, omgevingsinterventies, zorg/doorverwijzing.
- % actoren dat deskundigheidsbevordering volgt over beweeg- en zitadvies de eerste 1000 dagen en motiverende gespreksvoering.
- % gemeenten/steden met een geïntegreerd beweeg- en leefstijlbeleid gericht naar gezinnen in de eerste 1000 dagen met extra inspanningen naar de meest kwetsbare groepen.
- % gemeenten/steden met een structureel gezondheidsbeleid en actieplan voor het creëren van beweegvriendelijke publieke ruimten en veilige, toegankelijke speel- en ontmoetingsplekken.
- % gemeenten/steden waar het aandeel beweegvriendelijke publieke ruimte en duurzame verplaatsingen (te voet of met de fiets) toeneemt.
- % gemeenten/steden dat structureel inzet op het verminderen van de zitcultuur in publieke omgevingen.

Binnen het kader van HiAP:

- % relevante organisaties dat voldoet aan de kwaliteitscriteria voor een preventief beweegbeleid (deskundigheid, betrokkenheid, evidence based en beleidsmatig).
- Een toenemend aantal good practices dat wordt opgeschaald en structureel verankerd binnen beleid en praktijk.

RESULTAATGEBIEDEN EN MINIMALE ACTIES: het voorstel de kandidaat omvat minstens acties gericht op

- Vraaggestuurd afstemmen met Opgroeien en relevante actoren (waaronder Huizen van het Kind en Kind & Gezin) over de concretisering of versterking van bestaande werkingen, met focus op regelmatig, voldoende en afwisselend bewegen, het beperken van lang stilzitten en het bereiken van kwetsbare groepen.
- Structureel verankeren van een beweegbeleid binnen de setting lokale besturen en de setting zorg en welzijn.

- Inzetten op universele preventie met initiatieven die alle kinderen en gezinnen bereiken en bijdragen aan het bevorderen van voldoende beweging, het beperken van lang stilzitten en gericht op het creëren van een beweegvriendelijke omgeving die actieve verplaatsing, vrij spel en zitonderbreking stimuleren.
- Samenwerking met eventuele andere preventiepartners in het preventief gezondheidsbeleid, minstens voor eet- en gewichtsproblemen, gezonde voeding en schermgebruik.
- Meer adequate dataverzameling, monitoring, evaluatie, kennisdeling en het versterken van datagebruik rond bewegen, zitten en aanverwante gezondheidsvaardigheden
- Deskundigheidsbevordering en vorming van intermediairs om een integraal beleid op vlak van regelmatig, voldoende en afwisselend bewegen, het beperken van lang stilzitten en schermtijd te integreren in hun dagelijkse werking, met aandacht voor educatie, omgevingsaanpassing en ouderbetrokkenheid.

Doelgroep Kinderen en jongeren

PROBLEEM in de samenleving dat aanleiding geeft om tot actie over te gaan

Een aandeel kinderen en jongeren haalt de beweegrichtlijnen van de Wereldgezondheidsorganisatie niet. De cijfers bevestigen dat jongeren te weinig bewegen en dat dit gedrag ongelijk verdeeld is. Meisjes bewegen minder dan jongens, jongeren uit gezinnen met een lager opleidingsniveau zijn minder actief, en de kloof tussen groepen neemt verder toe. Tegelijk stijgt de schermtijd: van gemiddeld 5,1 uur per dag in 2014 naar 6,0 uur in 2022. Slechts 5% van de jongeren blijft binnen de aanbevolen limiet. Deze evolutie doet zich voor bij zowel jongens als meisjes en in alle onderwijsvormen. Het toegenomen schermgebruik beïnvloedt het dagelijks beweeggedrag: sociale media met inbegrip van gamen, leiden tot lang stilzitten en minder actieve tijd.

De prevalentie van overgewicht en obesitas bij kinderen en jongeren blijft toenemen, met negatieve gevolgen voor hun fysieke gezondheid, mentaal welzijn en ontwikkelingskansen. In schooljaar 2023-2024 had meer dan één op de vier jongeren overgewicht of obesitas. Het risico op overgewicht en obesitas stijgt met de leeftijd: bij 3-jarige kleuters werd obesitas vastgesteld bij 3,3%, terwijl in de groep van 14-jarigen (3de secundair) dit opliep tot 7,7%. Tien jaar eerder, in 2013-2014, lagen deze cijfers merkbaar lager (respectievelijk 2,4% en 5,4%). Er zijn duidelijke verschillen tussen onderwijsniveaus (ASO, TSO/KSO, BSO). Ook zijn er belangrijke geografische verschillen, waarbij er een hogere prevalentie van overgewicht en obesitas wordt vastgesteld in centrumsteden.

De Vlaamse leefomgeving nodigt nog te vaak uit tot zitten in plaats van bewegen. Gezondheidsongelijkheid blijft daarbij zichtbaar: kinderen en jongeren uit kwetsbare gezinnen hebben minder toegang tot veilige speelruimte, sportinfrastructuur en betaalbare vrijetijdsbesteding. Zij wonen vaker in buurten met weinig groen, meer verkeer en minder laagdrempelige initiatieven die bewegen en samen spelen stimuleren.

IMPACT (meetbare verandering op lange termijn)

Burgers: welke (meetbare) verandering op lange termijn wordt beoogd? Wat streven we na bij burgers?

- Kinderen en jongeren bewegen regelmatig, voldoende en afwisselend volgens de WHO-richtlijnen.
- Kinderen en jongeren vermijden lang stilzitten en onderbreken zitmomenten volgens de WHO-richtlijnen.
- Kinderen en jongeren beperken hun schermtijd tot max. 1 uur per dag (voor kinderen van 2 tot 6 jaar) en beperken schermtijd in de vrije tijd tot 2 u per dag (voor kinderen vanaf 6 jaar).
- Kinderen en jongeren beschikken over kennis en vaardigheden op vlak van bewegen, sedentair gedrag en schermtijd.

Intermediairs: welke meetbare verandering op lange termijn wordt beoogd? Wat streven we na bij intermediairs?

Structureel integreren van een beweeg- en zitbeleid in de leefomgevingen van kinderen en jongeren is essentieel om dagelijkse voldoende beweging de norm te maken en lang stilzitten te voorkomen.

Belangrijkste omgevingsactoren voor deze doelgroep.

Actoren, professionals en diensten in zorg en welzijn

- communiceren niet-stigmatiserend over gezonde beweegroutines en lichaamsbeeld, en spelen laagdrempelig in op de noden van kinderen en jongeren.
- geven kinderen en jongeren correcte, leeftijdsgerichte en cultuursensitieve informatie over voldoende bewegen, het beperken van lang stilzitten en schermtijd en bieden ondersteuning bij het versterken van gezondheidsvaardigheden op vlak van gezond bewegen en zitten.
- voeren een beleid op vlak van voldoende bewegen en het beperken van lang stilzitten, met een mix van strategieën: educatie, regels en afspraken, omgevingsinterventies en (doorverwijzing naar) zorg en begeleiding.
- voorzien een doorverwijzing naar gespecialiseerde ondersteuning indien nodig.

- zijn deskundig in het geven van advies over voldoende bewegen, het beperken van lang stilzitten en leefstijladvies.

Onderwijsinstellingen:

- worden ondersteund in het opnemen van een sleutelrol op in het versterken van kennis, attitudes en vaardigheden op vlak van voldoende bewegen, beperken van lang stilzitten en schermtijd.
- Worden ondersteund in het voeren van een geïntegreerd en participatief beleid met ruimte voor dialoog, het versterken van vaardigheden, het creëren van een voldoende en afwisselend beweegaanbod en het tijdig signaleren van problemen.

Lokale besturen:

- creëren een beweegvriendelijke publieke ruimte, veilige en laagdrempelige speel- en sportruimten die de zitcultuur doorbreken.
- ondersteunen de implementatie van preventiemethodieken op maat van kinderen en jongeren, en stimuleren initiatieven die kinderen en jongeren helpen om gezonde beweegroutines te ontwikkelen.
- brengen relevante actoren samen om kwetsbare groepen te bereiken.
- sporen good practices samen met gezondheidmakers en Intergemeentelijke preventiewerkers actief op en bundelen ze zodat succesvolle initiatieven breder ingang vinden.

Indicatoren om verandering op langere termijn te meten

Bij burgers:

- % kinderen (3–9 jaar) en jongeren (10–17 jaar) dat voldoende beweegt volgens de WHO-beweegrichtlijnen.
- % kinderen en jongeren dat de WHO-richtlijnen voor het beperken van sedentair gedrag (niet) haalt.
- % kinderen (vanaf 6 jaar) en jongeren met een schermtijd van maximaal 2 uur per dag buiten schoolcontext.
- Gemiddeld aantal minuten schermtijd per dag bij kinderen (3–9 jaar) en jongeren (10–17 jaar).
- % jongeren dat beschikt over voldoende kennis en vaardigheden om beweging in te passen in het dagelijks leven en lang stilzitten te vermijden.
- % kinderen en jongeren dat voldoende kennis heeft over de gezondheidsvoordelen van beweging en de risico's van lang stilzitten.

Bij intermediairs:

- % scholen, zorg en welzijnsvoorzieningen met een beweeg- en leefstijlbeleid dat ondersteuning biedt d.m.v. een mix van strategieën: educatie, afspraken en regels, omgevingsinterventies en zorg/doorverwijzing.
- % scholen dat dagelijks beweegkansen voorziet binnen en buiten de lesuren.
- % actoren dat deskundigheidsbevordering volgt over beweeg- en zitadvies, motiverende gespreksvoering en gedragsverandering bij kinderen en jongeren.
- % gemeenten/steden dat voldoet aan de kwaliteitscriteria voor een kwaliteitsvol preventief beweegbeleid.
- % gemeenten/steden met een structureel gezondheidsbeleid en actieplan voor het creëren van beweegvriendelijke publieke ruimte en veilige routes naar school en toegankelijke speel- en ontmoetingsplekken.
- % gemeenten/steden waar het aandeel beweegvriendelijke publieke ruimten en duurzame actieve verplaatsingen (te voet of per fiets) bij kinderen en jongeren toenemen.

Binnen het kader van HiAP:

- % relevante organisaties dat voldoet aan de kwaliteitscriteria voor een preventief voedings- en gezondheidsbeleid (deskundigheid, betrokkenheid, evidence based en beleidsmatig)..
- Een toenemend aantal good practices dat wordt opgeschaald en structureel verankerd binnen beleid en praktijk.

RESULTAATGEBIEDEN EN MINIMALE ACTIES: het voorstel de kandidaat omvat minstens acties gericht op

- Vraaggestuurd afstemmen met relevante beleidsdomeinen en actoren over de concretisering of versterking van bestaande werkingen, met focus op regelmatig, voldoende en afwisselend bewegen, het beperken van lang stilzitten en schermtijd.
- Structureel verankeren van een beweegbeleid binnen de setting onderwijs, de setting zorg en welzijn en de setting lokale besturen.
- Sensibiliseren van de doelgroep, o.a. via terugkerende onderbouwde campagnes en gevalideerde preventiemethodieken over het belang van voldoende bewegen, het beperken van lang stilzitten en het versterken van beweegvaardigheden.

- Inzetten op universele preventie met initiatieven die alle kinderen en jongeren bereiken en bijdragen aan het bevorderen van voldoende beweging, het beperken van lang stilzitten en schermgebruik en gericht op het creëren van een beweegvriendelijke omgeving die actieve verplaatsing, vrij spel en zitonderbreking stimuleren.
- Samenwerking met eventuele andere preventiepartners in het preventief gezondheidsbeleid, minstens voor eet- en gewichtsproblemen, gezonde voeding, sociaal-emotionele vaardigheden en schermgebruik.
- Bereiken van kwetsbare groepen, en minstens kinderen en jongeren in gezinnen met lage SES, met migratieachtergrond, éénoudergezinnen, kinderen en jongeren met een fysieke of mentale beperking
- Meer adequate dataverzameling, monitoring, evaluatie, kennisdeling en het versterken van datagebruik rond bewegen en zitten en aanverwante gezondheidsvaardigheden
- Delen van good practices die bijdragen aan actief bewegen en minder sedentair leven, met een beweegvriendelijke en veilige leefomgeving die actieve verplaatsing, vrij spel en zitonderbreking stimuleert, met expliciete aandacht voor gelijke gezondheidskansen.
- Deskundigheidsbevordering en vorming van intermediairs om een integraal beleid op vlak van regelmatig, voldoende en afwisselend bewegen, het beperken van lang stilzitten en schermtijd te integreren in hun dagelijkse werking, met aandacht voor educatie, omgevingsaanpassing en ouderbetrokkenheid.

Doelgroep Volwassenen

PROBLEEM in de samenleving dat aanleiding geeft om tot actie over te gaan

Een groot aandeel van de volwassen bevolking in Vlaanderen haalt de beweegrichtlijnen niet. Slechts de helft van de volwassenen voldoet aan de aanbeveling van minstens 150 minuten matig intensieve beweging per week, en minder dan één op drie doet ook aan spier- en botversterkende activiteiten.

Tegelijkertijd vertoont Vlaanderen zeer hoge niveaus van sedentair gedrag. De gemiddelde volwassene zit meer dan 8 uur per dag, zowel op het werk als in de vrije tijd.

Slechts een minderheid van de volwassenen heeft correcte kennis over de beweegrichtlijnen en het belang van zitonderbreking. Slechts 1 op 5 weet dat lang stilzitten gezondheidsrisico's inhoudt, en dat regelmatige korte bewegingen gedurende de dag gezondheidswinst opleveren. Het gebruik van wearables en gezondheidsapps stijgt, maar leidt niet automatisch tot meer beweging.

Meer dan de helft van de volwassenen heeft overgewicht; 1 op 6 lijdt aan obesitas.

Volwassenen met een lage sociaaleconomische status, in armoede, of met een chronische aandoening of beperking, bewegen minder, zitten meer en hebben minder toegang tot beweegvriendelijke omgevingen. Deze ongelijkheid vertaalt zich in een hoger risico op chronische aandoeningen en een lagere levenskwaliteit.

IMPACT (meetbare verandering op lange termijn)

Burgers: welke (meetbare) verandering op lange termijn wordt beoogd? Wat streven we na bij burgers burgers?

- Volwassenen bewegen regelmatig, voldoende en afwisselend volgens de WHO-richtlijnen
- Volwassenen vermijden lang stilzitten en onderbreken zitmomenten volgens de WHO-richtlijnen.
- Volwassenen beschikken over kennis en vaardigheden op vlak van bewegen en sedentair gedrag.

Intermediairs: welke meetbare verandering op lange termijn wordt beoogd? Wat streven we na bij intermediairs?

Structureel integreren van een beweeg- en zitbeleid in de leefomgevingen van volwassenen is essentieel om lang stilzitten te verminderen en voldoende, regelmatig en afwisselend bewegen vanzelfsprekend te maken. Zorg- en welzijnsactoren en lokale besturen dragen de verantwoordelijkheid om een cultuur te creëren waarin voldoende bewegen en zitonderbreking de norm worden.

Belangrijkste omgevingsactoren voor deze doelgroep.

Actoren, professionals en diensten in zorg en welzijn:

- communiceren niet-stigmatiserend over gezonde beweegroutines en het beperken van lang stilzitten en spelen laagdrempelig in op de noden van volwassenen.
- geven volwassenen correcte, cultuursensitieve en leeftijdsgerichte informatie over voldoende bewegen, het beperken van lang stilzitten en bieden ondersteuning bij het versterken van gezondheidsvaardigheden op vlak van bewegen en zitten.
- voeren een beleid op vlak van voldoende bewegen en het beperken van lang stilzitten, met een mix van strategieën: educatie, regels en afspraken, omgevingsinterventies en (doorverwijzing naar) zorg en begeleiding.
- verwijzen indien nodig door, naar gepaste beweegondersteuning.
- hebben aandacht voor de kwetsbare groepen en personen met een verhoogd risico op bewegingsgerelateerde gezondheidsproblemen.

- zijn deskundig in het geven van advies over regelmatig, voldoende en afwisselend bewegen, beperken van lang stilzitten en leefstijladvies.

Lokale besturen:

- creëren een beweegvriendelijke publieke ruimte die de zitcultuur doorbreekt, die uitnodigen tot veilig en actief verplaatsen.
- ondersteunen de implementatie van preventiemethodieken op maat van volwassenen, en stimuleren initiatieven die volwassenen helpen om voldoende beweging en minder zitten te ontwikkelen, zoals beweegvriendelijke routes naar het werk, buurtwandelingen en laagdrempelige sportaanbiedingen.
- brengen relevante actoren samen om kwetsbare groepen te bereiken.
- good practices worden samen met gezondheidmakers en Intergemeentelijke preventiewerking actief opgespoord en gebundeld, zodat succesvolle initiatieven breder ingang vinden.

Indicatoren om verandering op langere termijn te meten

Bij burgers (VCP, Gezondheidsenquête, Preventiebarometer):

- % volwassenen dat de WHO beweegrichtlijnen haalt.
- % volwassenen dat regelmatig spier- en botversterkende activiteiten uitvoert.
- Gemiddeld aantal uren per dag dat volwassenen zittend doorbrengen.
- % volwassenen dat langdurig ononderbroken zit (meer dan 30 minuten zonder onderbreking).
- % volwassenen met correcte kennis en positieve attitudes over bewegen en het doorbreken van lang stilzitten.
- % volwassenen dat toegang heeft tot beweegvriendelijke publieke ruimte (nabijheid, veiligheid, toegankelijkheid).

Bij intermediairs:

- % relevante organisaties met een kwaliteitsvol beweeg- en leefstijlbeleid dat ondersteuning biedt d.m.v. een mix van strategieën: educatie, afspraken en regels, omgevingsinterventies, zorg/doorverwijzing.
- % actoren dat deskundigheidsbevordering volgt over beweeg- en zitadvies, motiverende gespreksvoering en gedragsverandering bij volwassenen.
- % gemeenten/steden en lokale actoren dat voldoet aan de kwaliteitscriteria voor een kwaliteitsvol preventief beweegbeleid.
- % gemeenten en steden met een structureel gezondheidsbeleid en een actieplan voor het creëren van beweegvriendelijke publieke ruimte en actieve mobiliteit.
- % gemeenten en steden waar het aandeel beweegvriendelijke publieke ruimten en duurzame actieve verplaatsingen (te voet, per fiets) bij volwassenen toeneemt.

Binnen het kader van HiAP:

- % relevante organisaties dat voldoet aan de kwaliteitscriteria voor een preventief beweeg- en gezondheidsbeleid (deskundigheid, betrokkenheid, evidence based en beleidsmatig).
- Een toenemend aantal good practices dat wordt opgeschaald en structureel verankerd binnen beleid en praktijk.

RESULTAATGEBIEDEN EN MINIMALE ACTIES: het voorstel de kandidaat omvat minstens acties gericht op

- Vraaggestuurd afstemmen met relevante beleidsdomeinen en actoren over de concretisering of versterking van bestaande werkingen, met focus op regelmatig, voldoende en afwisselend bewegen, het beperken van lang stilzitten.
- Structureel verankeren van een beweegbeleid binnen de setting zorg en welzijn en de setting lokale besturen.
- Sensibiliseren van de doelgroep, o.a. via terugkerende onderbouwde campagnes over het belang van voldoende bewegen en het beperken van lang stilzitten en het versterken van beweegvaardigheden.
- Inzetten op universele preventie met initiatieven die alle volwassenen bereiken en bijdragen aan het bevorderen van voldoende beweging, het beperken van lang stilzitten en gericht op het creëren van een beweegvriendelijke omgeving die actieve verplaatsing, vrij spel en zitonderbreking stimuleren.
- Samenwerking met eventuele andere preventiepartners in het preventief gezondheidsbeleid, minstens voor preventie van eet- en gewichtsproblemen, gezonde voeding, schermgebruik en leefstijlaanbod op verwijzing.
- Bereiken van kwetsbare groepen en minstens volwassenen met lage SES, met migratieachtergrond, met een fysieke of mentale beperking, en met chronische aandoeningen.
- Meer adequate dataverzameling, monitoring, evaluatie, kennisdeling en het versterken van datagebruik rond bewegen en zitten en aanverwante gezondheidsvaardigheden

- Delen van good practices die bijdragen aan actief bewegen en minder sedentair leven, met een beweegvriendelijke en veilige leefomgeving die actieve verplaatsing, vrij spel en zitonderbreking stimuleert, met expliciete aandacht voor gelijke gezondheidskansen.
- Deskundigheidsbevordering en vorming van intermediairs om een integraal beleid op vlak van regelmatig, voldoende en afwisselend bewegen en het beperken van lang stilzitten te integreren in hun dagelijkse werking, met aandacht voor educatie, omgevingsaanpassing.

Doelgroep Ouderen

PROBLEEM in de samenleving dat aanleiding geeft om tot actie over te gaan

In Vlaanderen haalt minder dan de helft van de 65-plussers de beweegrichtlijnen van de Wereldgezondheidsorganisatie. De vergrijzing van de bevolking leidt bovendien tot een toenemend aantal ouderen met verminderde spierkracht, mobiliteit en evenwicht, wat het risico op valincidenten, hospitalisaties en verlies van zelfstandigheid vergroot.

Gemiddeld brengen ouderen meer dan negen uur per dag zittend door, zowel thuis als in woonzorgvoorzieningen. Lang stilzitten verhoogt het risico op hart- en vaatziekten, diabetes type 2, cognitieve achteruitgang en depressieve klachten. Het lang stilzitten versnelt de fysieke achteruitgang en beperkt de deelname aan het sociale leven.

Na een val verliezen veel ouderen het vertrouwen om nog zelfstandig buiten te komen, waardoor hun beweeggedrag verder afneemt. Deze terugtrekking leidt niet alleen tot een snellere fysieke achteruitgang, maar versterkt ook gevoelens van eenzaamheid en verlies van controle.

Hoewel beweging en spierversterking een bewezen impact hebben op het behoud van zelfstandigheid en levenskwaliteit, is beweegadvies nog onvoldoende structureel ingebed in de zorg voor ouderen. In de eerstelijnszorg, de thuiszorg en de woonzorgcentra blijft beweegstimulering te vaak afhankelijk van individuele initiatieven. Er is nood aan een geïntegreerde aanpak waarbij zorg- en welzijnsactoren samenwerken om beweging en zitonderbreking systematisch te integreren in elke vorm van ouderenzorg.

Kwetsbare ouderen – zoals bv. ouderen in armoede, met een migratieachtergrond, beperkte mobiliteit of chronische aandoeningen – hebben minder toegang tot beweegvriendelijke en toegankelijke infrastructuur. Zij wonen vaker in dichtbebouwde buurten met weinig groen, veel verkeer en een beperkt aanbod aan laagdrempelige ontmoetings- en beweegmogelijkheden. Deze ongelijkheid versterkt het risico op fysieke achteruitgang en sociaal isolement.

IMPACT (meetbare verandering op lange termijn)

Burgers: welke (meetbare) verandering op lange termijn wordt beoogd? Wat streven we na bij burgers?

- Ouderen bewegen regelmatig, voldoende en afwisselend volgens de WHO-richtlijnen.
- Ouderen vermijden lang stilzitten en onderbreken zitmomenten volgens de WHO-richtlijnen.
- Ouderen beschikken over kennis en vaardigheden op vlak van bewegen en sedentair gedrag.

Intermediairs: welke meetbare verandering op lange termijn wordt beoogd? Wat streven we na bij intermediairs?

Een toekomstgericht beleid moet inzetten op structurele beweegstimulering binnen zorg- en welzijn, gecombineerd met een beweegvriendelijke publieke ruimte die ouderen toelaat om veilig, zelfstandig en actief te blijven.

Belangrijkste omgevingsactoren voor deze doelgroep

Actoren, professionals en diensten in zorg en welzijn:

- Geven de doelgroep correcte en genuanceerde informatie over voldoende bewegen, beperken van lang stilzitten en valpreventie.
- Integreren maatregelen die voldoende beweging, doorbreken van lang stilzitten bij ouderen ondersteunen, met specifieke aandacht voor het voorkomen van vallen en het realiseren van een beweegvriendelijke inrichting van de omgeving die de zitcultuur doorbreekt.
- Voeren een beleid op vlak van bewegen en zitten, met een mix van strategieën: educatie, regels en afspraken, omgevingsinterventies en (doorverwijzing naar) zorg en begeleiding.
- Zijn deskundig in het versterken van vaardigheden van ouderen 65+ op vlak van voldoende bewegen en minder zitten, in het signaleren van problemen en in het doorverwijzen naar aangepast ondersteuningsaanbod.

Lokale besturen

- Realiseren beweegvriendelijke publieke ruimten die uitnodigen tot wandelen, ontmoeten en deelnemen aan buurtactiviteiten. Infrastructuur en openbare plaatsen worden zo ingericht dat ouderen zich veilig en zelfstandig kunnen verplaatsen.
- Ondersteunen de implementatie van preventiemethodieken op maat van ouderen, en stimuleren initiatieven die ouderen helpen om gezonde beweegroutines te ontwikkelen.

- Zetten in op buurtwerking m.n. groepsgerichte beweegactiviteiten en initiatieven om lokaal kwetsbare ouderen samen te brengen en te ondersteunen in het behouden van mobiliteit, kracht, evenwicht en autonomie.
- Brengen relevante actoren samen om kwetsbare groepen te bereiken.

Indicatoren om verandering op langere termijn te meten

Bij burgers:

- % ouderen dat de WHO- beweegrichtlijnen haalt.
- % ouderen dat wekelijks spier- bot- en evenwichtsversterkende activiteiten uitvoert.
- Gemiddelde aantal uren per dag dat ouderen 65+ zittend doorbrengen.
- % ouderen dat langdurig ononderbroken zit (meer dan 30 minuten zonder onderbreking).
- % ouderen met correcte kennis en positieve attitude over bewegen en het doorbreken van lang stilzitten.
- % ouderen dat toegang heeft tot beweegvriendelijke publieke ruimte (nabijheid, veiligheid en toegankelijkheid).
- % kwetsbare ouderen (lage SES, migratieachtergrond, beperkte mobiliteit) dat onvoldoende toegang heeft tot aangepast beweegaanbod of betaalbare initiatieven.

Bij intermediairs:

- % woonzorgcentra, dienstencentra, thuiszorg- en eerstelijnsorganisaties met een kwaliteitsvol beweeg- en leefstijlbeleid dat ondersteuning biedt d.m.v. een mix van strategieën: educatie, afspraken en regels, omgevingsinterventies, zorg/doorverwijzing).
- % actoren dat deskundigheidsbevordering volgt over beweeg- en zitadvies, valpreventie, motiverende gespreksvoering en gedragsverandering bij ouderen 65+ en doorverwijst, indien nodig, naar een aangepast aanbod.
- % gemeenten/steden en lokale actoren dat voldoet aan de kwaliteitscriteria voor een kwaliteitsvol preventief beweegbeleid (gericht op ouderen 65+, met expliciete aandacht voor valpreventie, mobiliteit, sociale participatie en kwetsbare groepen).
- % gemeenten/steden met een structureel gezondheidsplan en een actieplan voor het creëren van beweegvriendelijke publieke ruimte en veilige omgeving voor ouderen 65+.
- % gemeenten/steden waar het aandeel beweegvriendelijke publieke ruimten en duurzame actieve en veilige actieve verplaatsingen bij 65+ toeneemt.

Binnen het kader van HiAP:

- % relevante organisaties dat voldoet aan de kwaliteitscriteria voor een preventief beweeg- en gezondheidsbeleid (deskundigheid, betrokkenheid, evidence based en beleidsmatig). Een toenemend aantal good practices dat wordt opgeschaald en structureel verankerd binnen beleid en praktijk

RESULTAATGEBIEDEN EN MINIMALE ACTIES: het voorstel de kandidaat omvat minstens acties gericht op

- Vraaggestuurd afstemmen met relevante beleidsdomeinen en actoren over concretisering of versterking van bestaande werking, zodat voldoende bewegen, het beperken van lang stilzitten en aandacht voor kwetsbare groepen structureel ingebed blijven in het beleid op vlak van ouderenzorg, welzijn, wonen en lokale gemeenschap.
- Structureel verankeren van een beweegbeleid binnen de setting lokale besturen en de setting zorg en welzijn om ouderen zo lang mogelijk gezond, zelfstandig en sociaal actief te houden.
- Sensibiliseren van de doelgroep, o.a. via terugkerende onderbouwde campagnes over het belang van voldoende bewegen, het doorbreken van lang stilzitten en het behoud van zelfredzaamheid.
- Inzitten op universele preventie met initiatieven die alle ouderen bereiken en bijdragen aan het bevorderen van beweging, het beperken van lang stilzitten en het creëren van beweegvriendelijke omgeving.
- Samenwerking met eventuele andere preventiepartners in het preventief gezondheidsbeleid, minstens voor preventie van eet- en gewichtsproblemen, gezonde voeding, valpreventie en leefstijlaanbod op verwijzing.
- Bereiken van kwetsbare ouderen, en minstens alleenstaande/alleenwonende, cognitieve achteruitgang of dementie, lage SES, migratieachtergrond, fysieke beperking of één of meerdere chronische aandoeningen.
- Meer adequate dataverzameling, monitoring, evaluatie, kennisdeling en het versterken van datagebruik rond voeding en aanverwante gezondheidsvaardigheden.
- Delen van good practices die bijdragen aan een actief en minder sedentair leven bij ouderen, met een beweegvriendelijke en veilige leefomgeving die zelfstandig wandelen, actief verplaatsen, bewegen in groep en het regelmatig doorbreken van zitmomenten stimuleert, met expliciete aandacht voor gelijke gezondheidskansen, sociale inclusie en het voorkomen van isolement.

- Deskundigheidsbevordering en vorming van intermediairs om een integraal beleid op vlak van voldoende bewegen en beperken van zitten te integreren in hun dagelijkse werking met aandacht voor educatie en omgevingsaanpassing.

Bijlage 3 'perceel 3 – eet- en gewichtsproblemen'

Doelgroep 1^e 1000 dagen

PROBLEEM in de samenleving dat aanleiding geeft om tot actie over te gaan

Er is een stijgende trend bij het aantal 2-jarige kinderen met overgewicht of obesitas.

IMPACT (meetbare verandering op lange termijn)

Burgers: welke (meetbare) verandering op lange termijn wordt beoogd? Wat streven we na bij burgers?

- Ouders herkennen signalen van (problematisch) gedrag bij hun baby of peuter (als eten moeilijk verloopt, als het kind ander eetgedrag vertoont), ondersteunen hun kind en hebben toegang tot gepaste hulp

Intermediairs: welke meetbare verandering op lange termijn wordt beoogd? Wat streven we na bij intermediairs?

- Mediamakers maken gebruik van een communicatiemethodiek voor ethische en niet-stigmatiserende communicatie over gezond gewicht, competent eetgedrag en lichaamstevredenheid ter preventie van eet- en gewichtsproblemen.
- Relevante actoren in zorg en welzijn zijn deskundig op vlak van preventie, vroegdetectie, vroeginterventie en zorg bij eet- en gewichtsproblemen
- Er zijn voldoende opgeleide personen/instanties die de doelgroep kunnen ondersteunen bij eet- en gewichtsproblemen met evidence-based strategieën, individueel of in groep, al dan niet op doorverwijzing van een zorgverlener.
- Kind en Gezin vervult een signaalfunctie op vlak van ongezond gewicht, eet- en gewichtsproblemen bij ouders, baby's en peuters

Indicatoren om verandering op langere termijn te meten

- Aantal 2-jarigen met overgewicht en obesitas

RESULTAATGEBIEDEN EN ACTIES: het voorstel van de kandidaat omvat minstens acties gericht op

- Vraaggestuurd afstemmen met Opgroeien en relevante actoren (waaronder Huizen van het Kind en Kind & Gezin) over de versterking van bestaande werkingen, met focus op preventie van eet- en gewichtsproblemen.
- Laagdrempelig aanbod of ondersteuning - online en via telecom - die op maat van de doelgroep informatie aanbiedt over preventie van eet- en gewichtsproblemen, doorverwijst naar meer intensieve vormen van ondersteuning voor wie daar nood aan heeft (o.a. diëtisten, eerstelijnspsychologen, ...).
- Deskundigheidsbevordering en vorming van actoren, professionals en organisaties in de setting zorg en welzijn op vlak van (selectieve en geïndiceerde) preventie, vroegdetectie, vroeginterventie en zorg bij eet- en gewichtsproblemen.
- Bereiken van kwetsbare groepen en minstens baby's en peuters in gezinnen in (generatie)armoede of met lage socio-economische status, gezinnen met migratieachtergrond, gezinnen met problematiek rond eet- en gewichtsproblemen, éénoudergezinnen.
- Samenwerking met eventuele andere partners in het preventief gezondheidsbeleid, minstens voor gezonde voeding, beweging en mentaal welzijn, sociaal-emotionele vaardigheden, lichaamstevredenheid en schermgebruik.
- Bijdragen aan adequate dataverzameling en monitoring van de gezondheidsimpact, en aandacht voor evaluatie, kennisdeling en het versterken van datagebruik.

Doelgroep Kinderen en jongeren

PROBLEEM in de samenleving dat aanleiding geeft om tot actie over te gaan

In schooljaar 2023-2024 had meer dan 1 op 4 jongeren overgewicht of obesitas. Het risico op overgewicht en obesitas neemt ook toe met de leeftijd. In 2023-2024 bedroeg bijvoorbeeld de prevalentie van obesitas bij 3-jarige kleuters 3,3%, terwijl in de groep van 14-jarigen (3^e secundair) bij 7,7% van alle leerlingen in Vlaanderen obesitas werd vastgesteld. In schooljaar 2013-2014 waren deze percentages beduidend lager; resp. 2,4% en 5,4%. Wat betreft overgewicht en obesitas zijn er grote verschillen op te merken tussen ASO, TSO/KSO en BSO. Ook zijn er belangrijke geografische verschillen, waarbij er een hogere prevalentie van overgewicht en obesitas wordt vastgesteld in centrumsteden. De lichaamstevredenheid van jongeren evolueerde gunstig, maar er is nog steeds een significant groter aandeel meisjes dat zich te dik vindt in vergelijking met jongens (2022: 21,8% bij jongens en 39,8% bij meisjes); in dezelfde lijn stelde een

groter aandeel meisjes gedrag om gewicht te verliezen dan jongens (2022: 11,8% bij jongens en 24,7% bij meisjes) en liepen ze een groter risico om een eetstoornis te ontwikkelen (2022: 5,6% bij jongens en 17,3% bij meisjes). Het omgekeerde is waar bij jongeren die zich te mager vinden (2022: 20,6% van jongens en 11,7% van meisjes). Uit de Gezondheidsenquête van 2018 blijkt dat 7.2% van de Belgen een verhoogd risico heeft voor een eetstoornis. Deze groep is stabiel gebleven tussen 2013 en 2018, maar wel gestegen in 2021. Het percentage dat een verhoogd risico heeft ligt hoger bij vrouwen en de jongere leeftijdscategorieën. Uit de resultaten van 2021 blijkt dat 18% van de populatie tussen 18 en 29 jaar een verhoogd risico heeft voor de ontwikkeling van een eetstoornis. Uit de meest recente Gezondheidsenquête van 2023-2024 blijkt dat 7,5% van de bevolking (15+) een eetstoornis van het type anorexia/boulimia rapporteert en 9,7% van de bevolking (15+) rapporteert periodes met eetbuien, waarbij men heel snel en grote hoeveelheden eet (eetbuistoornis). Uit de resultaten van de voedselconsumptiepeiling uit 2022 bleek dat in België 13% van de populatie tussen 10 en 64 jaar een verhoogd risico heeft voor een eetstoornis.

IMPACT (meetbare verandering op lange termijn)

Burgers: welke (meetbare) verandering op lange termijn wordt beoogd? Wat streven we na bij burgers?

- Ouders kennen de sociale (media) omgeving waarin hun kind(eren) zich bevindt/bevinden en ondersteunen vaardigheden om om te gaan met reclame, sociale media, lichaamstevredenheid.
- Ouders stimuleren open communicatie met hun kind(eren) rond eten en gewicht en ondersteunen hen bij vragen, problemen, riskante situaties, groepsdruk enz.
- Ouders herkennen designalen van (problematisch) voedings- en eetgedrag of ongezond gewicht ondersteunen hun kind(eren) en hebben toegang tot gepaste hulp.
- Kinderen en jongeren bouwen een gezond en realistisch lichaamsbeeld op.

Intermediairs: welke meetbare verandering op lange termijn wordt beoogd? Wat streven we na bij intermediairs?

- Mediamakers maken gebruik van een communicatiemethodiek voor ethische en niet-stigmatiserende communicatie over gezond gewicht, gezond eetgedrag en lichaamstevredenheid ter preventie van eet- en gewichtsproblemen.
- Relevante intermediairs/voorzieningen geven onderbouwd advies, signaleren problemen en/of verwijzen door naar bijkomende ondersteuning voor mensen die dat nodig hebben en zijn deskundig op vlak van eet- en gewichtsproblemen.
- Relevante actoren en diensten in de setting Zorg en Welzijn werken multidisciplinair en geïntegreerd samen met oog op preventie, vroegdetectie, vroeginterventie en zorg bij eet- en gewichtsproblemen.
- Relevante actoren en diensten in de setting Zorg en Welzijn zijn deskundig op vlak van preventie, vroegdetectie, vroeginterventie en zorg bij eet- en gewichtsproblemen.
- Er zijn voldoende opgeleide personen/instanties die de doelgroep kunnen ondersteunen bij eet- en gewichtsproblemen met evidence-based strategieën, individueel of in groep, al dan niet op doorverwijzing van een zorgverlener.
- Sportclubs, jeugdhuisen, jeugdbewegingen en organisaties die buitenschoolse opvang organiseren houden rekening met de beschermende en risicofactoren voor eet- en gewichtsproblemen en zijn attent op signalen van (problematisch) gedrag en bieden gepaste ondersteuning of verwijzen hun kinderen/jongeren door naar gepaste ondersteuning.
- Onderwijsinstellingen houden rekening met de beschermende en risicofactoren voor eet- en gewichtsproblemen en zijn waakzaam voor signalen van (problematisch) gedrag en ondersteunen hun kinderen/jongeren en/of gebruiken gepaste hulp.

Indicatoren om verandering op langere termijn te meten

- % kinderen en jongeren met overgewicht en obesitas.
- % kinderen en jongeren dat een verhoogd risico heeft voor de ontwikkeling van een eetstoornis.

RESULTAATGEBIEDEN EN MINIMALE ACTIES: het voorstel de kandidaat omvat minstens acties gericht op

- Laagdrempelig aanbod of ondersteuning – online en via telecom – die op maat van jongeren informatie aanbiedt over gezond eetgedrag in het kader van selectieve en geïndiceerde preventie van eet- en gewichtsproblemen, mogelijkheden aanbiedt tot zelfscreening en ondersteuning bij verandering naar gezonder gedrag en doorverwijst naar meer intensieve vormen van ondersteuning voor wie daar nood aan heeft.
- Deskundigheidsbevordering en vorming van actoren, professionals en organisaties in de setting zorg en welzijn en Onderwijs op vlak van preventie, vroegdetectie, vroeginterventie en zorg bij eet- en gewichtsproblemen.

- Samenwerking met eventuele andere partners in het preventief gezondheidsbeleid, minstens voor gezonde voeding, beweging, mentaal welzijn, lichaamstevredenheid, sociaal-emotionele vaardigheden en schermgebruik.
- Bereiken van kwetsbare groepen, en minstens kinderen en jongeren in gezinnen in (generatie)armoede of met lage socio-economische status, gezinnen met migratieachtergrond, gezinnen met problematiek rond eet- en gewichtsproblemen bij ouders, kinderen en jongeren met diabetes type 1, kinderen en jongeren in éénoudergezinnen.
- Bijdragen aan adequate dataverzameling en monitoring van de gezondheidsimpact, en aandacht voor evaluatie, kennisdeling en het versterken van datagebruik

Doelgroep	Volwassenen
-----------	-------------

PROBLEEM in de samenleving dat aanleiding geeft om tot actie over te gaan

Er is een stijging in de prevalentie van overgewicht en obesitas. Meer dan de helft van de 26-64-jarigen heeft overgewicht, en bij 18-25 jarigen gaat het om 23,2%. Op vlak van overgewicht doen mannen het minder goed (2022: 53% bij mannen en 40,4% bij vrouwen), terwijl vrouwen minder goede tekenen vertonen op vlak van ondergewicht (2022: 1,2% bij mannen en 4% bij vrouwen). Vrouwen hebben vaker een risico op de ontwikkeling van een eetstoornis (2022: 4,6% bij mannen en 6,8% bij vrouwen)

Uit de Gezondheidsenquête van 2018 blijkt dat 7.2% van de Belgen een verhoogd risico heeft voor een eetstoornis. Deze groep is stabiel gebleven tussen 2013 en 2018, maar wel gestegen in 2021. Het percentage dat een verhoogd risico heeft ligt hoger bij vrouwen en de jongere leeftijdscategorieën. Uit de resultaten van 2021 blijkt dat 18% van de populatie tussen 18 en 29 jaar een verhoogd risico heeft voor de ontwikkeling van een eetstoornis.

Uit de meest recente Gezondheidsenquête van 2023-2024 blijkt dat 7,5% van de bevolking (15+) een eetstoornis van het type anorexia/boulimia rapporteert en 9,7% van de bevolking (15+) rapporteert periodes met eetbuien, waarbij men heel snel en grote hoeveelheden eet (eetbuistoornis).

Uit de resultaten van de voedselconsumptiepeiling uit 2022 bleek dat in België 13% van de populatie tussen 10 en 64 jaar een verhoogd risico heeft voor een eetstoornis.

IMPACT (meetbare verandering op lange termijn)

Burgers: welke (meetbare) verandering op lange termijn wordt beoogd? Wat streven we na bij burgers?

- Volwassenen beschikken over sociaal-emotionele vaardigheden om kritisch om te gaan met reclame, sociale media, trends over voeding en lichaamstevredenheid.
- Volwassenen behouden of werken aan een gezond en realistisch lichaamsbeeld als beschermende factor voor eet- en gewichtsproblemen.

Intermediairs: welke meetbare verandering op lange termijn wordt beoogd? Wat streven we na bij intermediairs?

- Mediamakers maken gebruik van een communicatiemethodiek voor ethische en niet-stigmatiserende communicatie over gezond gewicht, competent eetgedrag en lichaamstevredenheid ter preventie van eet- en gewichtsproblemen.
- Relevante intermediairs/voorzieningen geven onderbouwd advies, signaleren problemen en/of verwijzen door naar bijkomende ondersteuning voor mensen die dat nodig hebben en zijn deskundig op vlak van eet- en gewichtsproblemen.
- Relevante actoren en diensten in de setting Zorg en Welzijn werken multidisciplinair en geïntegreerd samen met oog op preventie, vroegdetectie, vroeginterventie en zorg bij eet- en gewichtsproblemen.
- Relevante actoren en diensten in de setting Zorg en Welzijn zijn deskundig op vlak van preventie, vroegdetectie, vroeginterventie en zorg bij eet- en gewichtsproblemen.
- Er zijn voldoende opgeleide personen/instanties die volwassenen kunnen ondersteunen bij eet- en gewichtsproblemen met evidence-based strategieën, individueel of in groep, al dan niet op doorverwijzing van een zorgverlener.

Indicatoren om verandering op langere termijn te meten

- % volwassenen met overgewicht en obesitas.
- % volwassenen dat 'at risk' is voor de ontwikkeling van een eetstoornis.

RESULTAATGEBIEDEN EN MINIMALE ACTIES: het voorstel de kandidaat omvat minstens acties gericht op

- Een laagdrempelig aanbod of ondersteuning – online en via telecom – dat op maat van volwassenen doorverwijst naar meer intensieve vormen van ondersteuning voor wie daar nood aan heeft.
- Deskundigheidsbevordering en vorming van actoren, professionals en organisaties in de setting zorg en welzijn op vlak van preventie, vroegdetectie, vroeginterventie en zorg bij eet- en gewichtsproblemen.

- Samenwerking met eventuele andere partners in het preventief gezondheidsbeleid, minstens voor gezonde voeding, beweging, mentaal welzijn, schermgebruik, leefstijlaanbod na verwijzing.
- Bereiken van kwetsbare groepen en minstens volwassenen in (generatie)armoede of met lage socio-economische status, volwassenen met migratieachtergrond, volwassenen met diabetes type 1, volwassenen met eet- of gewichtsproblemen. Bijdragen aan adequate dataverzameling en monitoring van de gezondheidsimpact, en aandacht voor evaluatie, kennisdeling en het versterken van datagebruik

Bijlage 4 'perceel 4 – mondgezondheid'

Perceel	Versterken van preventief gezondheidsbeleid op vlak van Mondgezondheid
Doelgroep	1 ^e 1000 dagen

PROBLEEM in de samenleving dat aanleiding geeft om tot actie over te gaan

In 2022 was slechts 1 op de 5 de kleuters in de afgelopen 3 jaar minstens 2 keer naar de tandarts geweest. Ondanks de redelijke stijging sinds 2013 was dit nog steeds te weinig. Vroegtijdig bezoek aan de tandarts vormt belangrijk voor een goede preventieve start, minder ingrijpende tandartsbezoeken op jonge leeftijd en de attitude van het kind (zoals angst voor de tandarts als het eerste bezoek moeizaam verloopt). Internationaal is het meest gebruikte advies om rond de eerste verjaardag te gaan, en zeker vóór de tweede verjaardag. (Carrillo-Díaz, Migueláñez-Medrán, Nieto-Moraleda, Romero-Maroto, & González-Olmo, 2021) Desondanks was op te merken dat peuters en kleuters vaker na de 2de verjaardag gaan, dit zowel uit onwetendheid van de ouders als door advies van de tandarts. Net geen 50% ging nog nooit naar de tandarts. Dat was al een grote verbetering ten opzichte van 2013, maar stagneerde sinds 2018. Bij kinderen liep dit op tot 70% van de kinderen die op een regelmatige basis naar de tandarts gingen. Dit was een zeer lichte stijging sinds 2013, maar sinds 2018 is een dalende trend merkbaar. Dezelfde trend was terug te vinden bij kinderen die de afgelopen 3 jaar niet naar de tandarts gingen.

IMPACT (meetbare verandering op lange termijn)

Burgers: welke (meetbare) verandering op lange termijn wordt beoogd? Wat streven we na bij burgers?

- Ouders en andere opvoedingsfiguren staan in voor een goede mondhygiëne bij hun baby of peuter en leren gezonde gewoontes aan op het gebied van mondgezondheid
- Ouders en andere opvoedingsfiguren herkennen signalen van slechte mondgezondheid bij hun baby of peuter.
- Ouders en andere opvoedingsfiguren gaan op de leeftijd van 2 jaar op eerste tandartsbezoek met hun peuter
- Ouders en andere opvoedingsfiguren vermijden hardnekkig of te lang fopspeengebruik bij hun baby of peuter (voorbij de derde verjaardag)

Intermediairs: welke meetbare verandering op lange termijn wordt beoogd? Wat streven we na bij intermediairs?

- mondhygiënist en tandartsen hebben een laagdrempelig preventief aanbod voor de doelgroep, aangepast aan hun situatie
- zorg- en welzijnsactoren informeren, sensibiliseren, signaleren en ondersteunen rond goede mondgezondheid, en schakelen waar nodig passende expertise of zorgverleners in, afgestemd op de situatie van de doelgroep
- diensten voor opvoedings- en gezinsondersteuning informeren, sensibiliseren, signaleren en ondersteunen rond goede mondgezondheid, en schakelen waar nodig passende expertise of zorgverleners in, afgestemd op de situatie van de doelgroep.

Alle actoren hebben extra aandacht voor de inclusie en ondersteuning van gezinnen in een kwetsbare positie, situatie of periode.

Indicatoren om verandering op langere termijn te meten

Geen data bij deze doelgroep.

RESULTAATGEBIEDEN EN MINIMALE ACTIES: het voorstel de kandidaat omvat minstens acties gericht op

- In afstemming met Opgroeien analyseren van het bestaande aanbod aan diensten van de Vlaamse Overheid voor opvoedings- en gezinsondersteuning via o.a. de systematische contacten (Huizen van het Kind en consultatiebureaus). Op vraag en op basis van de vastgestelde noden van de betrokken diensten en ouders wordt een voorstel ontwikkeld dat de werking op de vindplaatsen duurzaam en structureel versterkt met evidence-based inzichten inzake het bevorderen van een gezonde mondgezondheid. (= in service van de belangrijkste vindplaatsen).
- het bereiken van kwetsbare groepen en minstens via selectieve preventie voor gezinnen in een kwetsbare positie, situatie of periode, waarvoor intensievere ondersteuning nodig is, met specifieke aandacht voor:

- Gezinnen in armoede of met een sociaal-economische kwetsbaarheid (bv. gezinnen met lage werkintensiteit);
- Gezinnen met een migratieachtergrond;
- Gezinnen met een ouder met psychische of afhankelijkheidsproblemen (KOPP/KOAP);
- identificatie van kwetsbare doelgroepen en de uitwerking van een systematische aanpak om hen te bereiken, in nauwe samenwerking met de partnerorganisatie 'ondersteunen van CLB in hun opdracht preventieve gezondheidszorg' en Opgroeien.
- Samenwerking met eventuele andere preventiepartners in het preventief gezondheidsbeleid, minstens voor (mondvriendelijke)voeding.
- Bijdragen aan meer adequate dataverzameling, monitoring, evaluatie, kennisdeling en het versterken van datagebruik op vlak van mondgezondheid.

Doelgroep Kinderen en jongeren

PROBLEEM in de samenleving dat aanleiding geeft om tot actie over te gaan

Bij de 15 tot 17-jarigen is er sinds 2018 een lichte daling van het aandeel jongeren dat regelmatig naar de tandarts gaat (van 77,7% in 2018 naar 76,6% in 2022). Ook het aandeel personen dat de afgelopen 3 jaar niet naar de tandarts is geweest stijgt licht (van 10,1% in 2018 naar 11,3% in 2022). Ten opzichte van de leeftijdscategorie 5-14 jaar gaan de jongeren wel regelmatig naar de tandarts, wat vooral toe te schrijven is aan de grote groep die op deze leeftijd op frequente basis orthodontie consultaties hebben.

IMPACT (meetbare verandering op lange termijn)

Burgers: welke (meetbare) verandering op lange termijn wordt beoogd? Wat streven we na bij burgers?

- kinderen en jongeren hebben gezonde gewoontes op het gebied van mondgezondheid (o.a. 2x per dag tandenpoetsen)
- kinderen en jongeren gaan jaarlijks op preventief tandartsbezoek
- ouders en andere opvoedingsfiguren staan in voor een goede mondhygiëne bij hun kind(eren) en leren hen gezonde gewoontes aan op het gebied van mondgezondheid (o.a. 2x per dag tanden poetsen, ouders poetsen voor- of na bij kinderen tot 9 jaar)
- ouders en andere opvoedingsfiguren organiseren een jaarlijks preventief tandartsbezoek voor hun kind(eren)
- Jongeren organiseren gaan jaarlijks op preventief tandartsbezoek
- Ouders en andere opvoedingsfiguren vermijden hardnekkig of te lang fopspeengebruik (voorbij de derde verjaardag) bij hun baby of peuter
- geven hun kind(eren) het goede voorbeeld op het gebied van mondgezondheid,
- ouders kennen eerste hulp bij tandongevallen

Intermediairs: welke meetbare verandering op lange termijn wordt beoogd? Wat streven we na bij intermediairs?

Belangrijkste omgevingsactoren binnen deze oproep:

- mondhygiënist en tandartsen hebben laagdrempelig aanbod voor de doelgroep, aangepast aan hun situatie
- zorg- en welzijnsactoren informeren, sensibiliseren, signaleren en ondersteunen rond goede mondgezondheid, en waar nodig passende expertise of zorgverleners inschakelen, afgestemd op de situatie van de doelgroep
- scholen worden ondersteund in het ontwikkelen van een beleid dat mondgezondheid bevordert, dat gericht is op het personeel, de kinderen en de ouders, met een mix van strategieën (educatie, regels en afspraken, omgevingsinterventies en (doorverwijzing naar) zorg en begeleiding)
- CLB's integreren mondgezondheid en -advies in de systematische contactmomenten en verwijzen door voor verdere ondersteuning indien nodig.

Alle actoren verwijzen door naar bijkomende ondersteuning voor mensen die dat nodig hebben en hebben extra aandacht voor de inclusie en ondersteuning van gezinnen in een kwetsbare positie, situatie of periode.

Indicatoren om verandering op langere termijn te meten

- Het % rechthebbenden die minstens 2 contacten met de tandarts hebben in 2 verschillende jaren binnen een periode van 3 kalenderjaren (jongeren 15 - 17 jaar) neemt toe (IMA)
- Het % rechthebbenden met geen enkel contact bij de tandarts binnen een periode van 3 kalenderjaren (jongeren 15 - 17 jaar) daalt (IMA)

RESULTAATGEBIEDEN EN MINIMALE ACTIES: het voorstel de kandidaat omvat minstens acties gericht op

- Voldoende opgeleide personen/instanties die de doelgroep kunnen ondersteunen bij mondgezondheid met evidence-based strategieën, individueel of in groep, aan haalbare tarieven, en verwijzen al dan niet op doorverwijzing naar een tandarts.
- Wegwerken van barrières die ouders verhinderen om tijdig en regelmatig een tandarts te consulteren, via gerichte sensibilisering, toegankelijke informatie, praktische ondersteuning en warme toeleiding naar tandzorg.
- Bereiken van kwetsbare groepen, en minstens via selectieve preventie voor kinderen en jongeren een kwetsbare positie, situatie of periode, waarvoor intensievere ondersteuning nodig is, met specifieke aandacht voor:
 - Kinderen en jongeren in de (bijzondere) jeugdzorg. (te bekijken met sector of hier draagvlak voor is)
 - Kinderen en jongeren in armoede of sociaal-economische kwetsbaarheid (bv. gezin met lage werkintensiteit).
 - Kinderen en jongeren met een fysieke of mentale beperking of handicap.
 - Kinderen en jongeren met een migratieachtergrond.
- Samenwerking met CLB in het kader van de systematische contactmomenten, met het oog op het aanbieden van een selectief preventieaanbod.
- Identificatie van prioritaire kwetsbare doelgroepen en de uitwerking van een systematische aanpak om hen te bereiken met de sectoren van de vindplaatsen die bijdragen aan het bevorderen van een goede mondgezondheid.
- Samenwerking met eventuele andere preventiepartners in het preventief gezondheidsbeleid, minstens voor (mondvriendelijke) voeding en de partnerorganisatie 'ondersteunen van CLB in hun opdracht preventieve gezondheidszorg', tabak en middelengebruik.
- Bijdragen aan meer adequate dataverzameling, monitoring, evaluatie, kennisdeling en het versterken van datagebruik op vlak van mondgezondheid.

Doelgroep	Volwassenen
-----------	-------------

PROBLEEM in de samenleving dat aanleiding geeft om tot actie over te gaan

Vanaf 18 jaar is er een sterke daling in het aantal 18-25-jarigen dat regelmatig naar de tandarts gaat. Bijna 20% of 1 op de 5 stopt met regelmatig naar de tandarts te gaan. De 26-64-jarigen worden in 2 groepen opgedeeld waarbij vooral bij de oudere leeftijdsgroepen een grote stijging zichtbaar is in het regelmatig tandartsbezoek tussen 2013 en 2018. Er is ook een grote inhaalbeweging bij de oudere leeftijdsgroep: het aandeel 45-64-jarigen die geen tandartsbezoek had in de afgelopen 3 jaar daalde van 24,5% in 2013 tot 21,5% in 2022.

Vanaf 18 jaar is er een sterke daling in het aantal 18-25-jarigen dat regelmatig naar de tandarts gaat. Bijna 20% of 1 op de 5 stopt met regelmatig naar de tandarts te gaan. De 26-64-jarigen worden in 2 groepen opgedeeld waarbij vooral bij de oudere leeftijdsgroepen een grote stijging zichtbaar is in het regelmatig tandartsbezoek tussen 2013 en 2018. Er is ook een grote inhaalbeweging bij de oudere leeftijdsgroep: het aandeel 45-64-jarigen die geen tandartsbezoek had in de afgelopen 3 jaar daalde van 24,5% in 2013 tot 21,5% in 2022.

Wat betreft mondhygiënegedrag bij 26-64-jarigen is er tussen 2013 en 2018 over het algemeen een lichte stijging te zien in het aantal personen dat minstens twee keer per dag tandenpoetst, enkel in de categorie 35- tot 44-jarigen is er een kleine daling van 0,5%. Verder valt op dat onder de 26-64-jarigen de kans dat men twee keer per dag poetst daalt naarmate men ouder wordt, evenals de kans dat de eigen mondgezondheid als goed wordt beoordeeld.

IMPACT (meetbare verandering op lange termijn)

Burgers: welke (meetbare) verandering op lange termijn wordt beoogd? Wat streven we na bij burgers?

- Volwassenen begrijpen op welke manier een mondgezondheid de algemene gezondheid beïnvloedt
- Volwassenen hebben gezonde gewoontes op het gebied van mondgezondheid (o.a. 2x per dag tandenpoetsen)
- Volwassenen gaan jaarlijks op preventief tandartsbezoek en stellen zorg niet uit

Intermediairs: welke meetbare verandering op lange termijn wordt beoogd? Wat streven we na bij intermediairs?

Belangrijkste omgevingsactoren binnen deze oproep:

- mondhygiënist en tandarts hebben laagdrempelig aanbod voor de doelgroep, aangepast aan hun situatie
- zorg- en welzijnsactoren informeren, sensibiliseren, signaleren en ondersteunen rond goede mondgezondheid, en waar nodig passende expertise of zorgverleners inschakelen, afgestemd op de situatie van de doelgroep

Alle actoren

verwijzen door naar bijkomende ondersteuning voor mensen die dat nodig hebben en hebben extra aandacht voor de inclusie en ondersteuning van gezinnen in een kwetsbare positie, situatie of periode.

Aanvullende omgevingsactoren waarvoor in deze oproep een beperkte prioriteit geldt:

- lokale besturen zorgen voor een adequaat mondzorgaanbod in de buurt

Indicatoren om verandering op langere termijn te meten

- Percentage volwassenen dat minstens tweemaal per dag de tanden poetst (Gezondheidsenquête) neemt toe
- Het % rechthebbenden dat minstens 2 contacten met de tandarts hebben in 2 verschillende jaren binnen een periode van 3 kalenderjaren neemt toe (IMA)
- Het % rechthebbenden met geen enkel contact bij de tandarts binnen een periode van 3 kalenderjaren daalt (IMA)

RESULTAATGEBIEDEN EN MINIMALE ACTIES: het voorstel de kandidaat omvat minstens acties gericht op

- voldoende opgeleide personen/instanties die de doelgroep kunnen ondersteunen bij mondgezondheid met evidence-based strategieën, individueel of in groep, aan haalbare tarieven, en verwijzen al dan niet op doorverwijzing naar een tandarts
- het wegwerken van barrières die kwetsbare groepen verhinderen om tijdig en regelmatig een tandarts te consulteren, via gerichte sensibilisering, toegankelijke informatie, praktische ondersteuning en warme toeleiding naar tandzorg.
- bereiken van kwetsbare groepen en minstens via selectieve preventie voor gezinnen in een kwetsbare positie, situatie of periode, waarvoor intensievere ondersteuning nodig is, met specifieke aandacht voor:
 - Volwassenen in armoede
 - Volwassenen met een fysieke of mentale beperking of handicap.
 - Volwassenen met een migratieachtergrond.
- Samenwerking met eventuele andere preventiepartners in het preventief gezondheidsbeleid, minstens voor (mondvriendelijke) voeding, tabak en middelengebruik
- Bijdragen aan meer adequate dataverzameling, monitoring, evaluatie, kennisdeling en het versterken van datagebruik op vlak van mondgezondheid.

Doelgroep Ouderen

PROBLEEM in de samenleving dat aanleiding geeft om tot actie over te gaan

Hoewel er vanaf 65 jaar terug een daling is in het aandeel van de leeftijdsgroep dat regelmatig naar de tandarts gaat, kende de groep 65-79-jarigen de grootste stijging tussen 2013 en 2022 (47,5% in 2013 en 58,1% in 2022). Bij de hoogste leeftijdscategorie van 75-plussers ligt het aandeel personen dat frequent naar de tandarts dan weer een stuk lager (41,3% in 2022) en is er een hoger percentage dat de afgelopen 3 jaren niet naar de tandarts is geweest (41,5% in 2022). 65-74-jarigen tonen – net als bij de tandartsbezoeken – de grootste verbetering op vlak van tandenpoetsen, het percentage dat dit minimaal twee keer per dag deed steeg van 35,4% in 2013 naar 48,5% in 2018. Verder scoort deze leeftijdscategorie de eigen mondgezondheid ook beter ten opzichte van de 55- tot 64-jarigen en de 75-plussers. Deze oudste groep scoren hier opnieuw beduidend slechter dan de jongere leeftijdsgroepen, en cijfers wat betreft poetsgedrag laten zien dat slecht 33% zegt minimaal twee keer per dag te poetsen. Een hogere zorgafhankelijkheid en verminderde mobiliteit zijn belangrijke factoren die hierbij een rol spelen. Verder kan het generatie-effect bij de hoogste leeftijdscategorieën ook een verklarende factor vormen. Meer en meer ouderen zijn zich bewust van het belang van een goede mondgezondheid en groeien ook op met de nodige kennis rond het tandenpoetsen. Ook via beleidsniveau is er meer bewustzijn voor de zorg van ouderen. Sinds 2020 werd een mondzorgbeleid verplicht in woonzorgcentra en viel de leeftijdsbegrenzing van 64 jaar voor een terugbetaling van het preventief mondonderzoek weg. Deze effecten zullen pas in de komende jaren zichtbaar worden.

IMPACT (meetbare verandering op lange termijn)

Burgers: welke (meetbare) verandering op lange termijn wordt beoogd? Wat streven we na bij burgers?

- Ouderen begrijpen op welke manier een mondgezondheid de algemene gezondheid beïnvloedt
- Ouderen hebben gezonde gewoontes op het gebied van mondgezondheid (o.a. 2x per dag tandenpoetsen)
- Ouderen gaan jaarlijks op preventief tandartsbezoek en stellen zorg niet uit
- Ouderen vragen ondersteuning voor mondzorg bij verminderde zelfredzaamheid

Intermediairs: welke meetbare verandering op lange termijn wordt beoogd? Wat streven we na bij intermediairs?

Belangrijkste omgevingsactoren binnen deze oproep:

- mondhygiënist en tandartsen hebben laagdrempelig aanbod voor de doelgroep, aangepast aan hun situatie
- zorg- en welzijnsactoren informeren, sensibiliseren, signaleren en ondersteunen rond goede mondgezondheid, en waar nodig passende expertise of zorgverleners inschakelen, afgestemd op de situatie van de doelgroep
- Woonzorgcentra en lokale Dienstencentra voeren een beleid op vlak van mondgezondheid, met een mix van strategieën: educatie, regels en afspraken, omgevingsinterventies en (doorverwijzing naar) zorg en begeleiding

Alle actoren verwijzen door naar bijkomende ondersteuning voor mensen die dat nodig hebben en hebben extra aandacht voor de inclusie en ondersteuning van gezinnen in een kwetsbare positie, situatie of periode.

Aanvullende omgevingsactoren waarvoor in deze oproep een beperkte prioriteit geldt:

- lokale besturen zorgen voor een adequaat mondzorgaanbod in de buurt

Indicatoren om verandering op langere termijn te meten

- Percentage volwassenen dat minstens tweemaal per dag de tanden poetst (Gezondheidsenquête) neemt toe
- Het % rechthebbenden dat minstens 2 contacten met de tandarts hebben in 2 verschillende jaren binnen een periode van 3 kalenderjaren neemt toe (IMA)
- Het % rechthebbenden met geen enkel contact bij de tandarts binnen een periode van 3 kalenderjaren daalt (IMA)

RESULTAATGEBIEDEN EN MINIMALE ACTIES: het voorstel de kandidaat omvat minstens acties gericht op

- Voldoende opgeleide personen/instanties die de doelgroep kunnen ondersteunen bij mondgezondheid met evidence-based strategieën, individueel of in groep, aan haalbare tarieven, en verwijzen al dan niet op doorverwijzing naar een tandarts
- het wegwerken van barrières die kwetsbare groepen verhinderen om tijdig en regelmatig een tandarts te consulteren, via gerichte sensibilisering, toegankelijke informatie, praktische ondersteuning en warme toeleiding naar tandzorg.
- bereiken van kwetsbare groepen, en minstens via selectieve preventie voor gezinnen in een kwetsbare positie, situatie of periode, waarvoor intensievere ondersteuning nodig is, met specifieke aandacht voor:
 - Volwassenen in armoede
 - Volwassenen met een fysieke of mentale beperking of handicap (incl bv vormen van dementie).
 - Volwassenen met een migratieachtergrond.
- Samenwerking met eventuele andere partners in het preventief gezondheidsbeleid, minstens voor (mondvriendelijke) voeding, tabak en middelen
- Bijdragen aan meer adequate dataverzameling, monitoring, evaluatie, kennisdeling en het versterken van datagebruik op vlak van mondgezondheid.

Bijlage 5 'perceel 5 – leefstijl na verwijzing'

Doelgroep

Volwassenen

(*) dit perceel betreft 1) de centrale organisatie van adequate doorverwijzing door **de (huis)arts** van personen met verhoogd risico op cardiometabole aandoeningen naar een gepaste vorm van leefstijlcoaching (op vlak van gezonde voeding, beweging, rookstop. en 2) de centrale organisatie en lokale uitvoering van een aanbod van gezonde voeding op verwijzing en beweging op verwijzing.

PROBLEEM in de samenleving dat aanleiding geeft om tot actie over te gaan

Cardiometabole aandoeningen – waaronder Diabetes Mellitus Type 2 (DM Type 2), hart – en vaatzieken, overgewicht, obesitas, etc – vormen een belangrijk gezondheidsprobleem. In hoge inkomenslanden zijn ze verantwoordelijk voor circa 30% van de sterftegevallen, ze gaan gepaard met een significante afname in kwaliteit van leven en leiden tot hoge zorgkosten (World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals). Door vergrijzing van de bevolking en een ongezonde leefstijl blijven cardiometabole aandoeningen toenemen. Ondanks dat deze aandoeningen een genetische oorzaak kunnen hebben, worden ze veelal veroorzaakt door een ongezonde levensstijl: te weinig beweging, een ongezond voedingspatroon, roken, etc.

IMPACT (meetbare verandering op lange termijn)

Burgers: welke (meetbare) verandering op lange termijn wordt beoogd? Wat streven we na bij burgers?

- Personen tussen 18 en 69 jaar met een verhoogd risico op cardiometabole aandoeningen (*) worden doorverwezen naar leefstijl op verwijzing dat het meest aansluit bij hun noden (vanuit een holistische inschatting van de gezondheid) (**)
- Personen tussen 18 en 69 jaar met een verhoogd risico op cardiometabole aandoeningen nemen deel aan het programma leefstijl op verwijzing (***)
- Personen tussen 18 en 69 jaar met een verhoogd risico op cardiometabole aandoeningen die deelnemen aan het programma leefstijl op verwijzing hebben meer gezondheidsvaardigheden, bewegen meer, zitten minder en hebben een gezonder voedingspatroon

(*) verhoogd risico op cardiometabole aandoeningen:

a) 45+ers met een FINDRISC score van ≥ 12 inclusief een bevestigd verhoogd risico op DM type 2 via een nuchtere glycemie bepaling bij de (huis)arts;

b) Volwassenen ≥ 18 en ≤ 69 met:

- een BMI van 25 tot 30 kg/m² in combinatie met een buikomvang > 102 cm voor mannen en > 88 cm voor vrouwen;
- een BMI van 25 tot 30 kg/m², met een normale buikomvang, in combinatie met comorbiditeit (hetzij een risicofactor voor hart- en vaatziekten, voor DM 2, hetzij manifeste ziektes zoals DM 2);
- een BMI ≥ 30 kg/m² (ook met 'normale' buik-omvang). Voor de laatste groep geldt dat deze mate van overgewicht over het algemeen als 'obesitas' gekwalificeerd wordt.

c) Vrouwen die zwangerschapsdiabetes hebben gehad.

NB: op basis van wetenschappelijke en voortschrijdende inzichten kunnen bovenstaande criteria aangepast / uitgebreid worden incl. bijbehorende leeftijdsgrenzen.

() doorverwijzing naar leefstijl op verwijzing**

- Gezonde voeding op verwijzing met als doel om praktische kennis en vaardigheden op te doen om eetgewoonten te verbeteren en een gezonder voedingspatroon te ontwikkelen.
- Beweging op verwijzing met als doel om meer te bewegen naar een actievere of minder sedentaire levensstijl.
- Rookstopbegeleiding met als doel om te stoppen met roken.

(*) deelname aan programma leefstijl op verwijzing**

- Gezonde voeding op verwijzing
- Beweging op verwijzing

NB: personen kunnen wel doorverwezen worden naar 'Rookstopbegeleiding', maar centrale organisatie en lokale uitvoering van 'rookstopbegeleiding' valt buiten het focusgebied van deze oproep.

Intermediairs: welke meetbare verandering op lange termijn wordt beoogd? Wat streven we na bij intermediairs?

- (Huis)artsen en actoren die een groepsprogramma leefstijl op verwijzing aanbieden zijn geïnformeerd over het programma leefstijl op verwijzing
- (Huis)artsen zijn ondersteund in een adequate selectie van de doelgroep voor het programma leefstijl op verwijzing
- (Huis)artsen zijn ondersteund in het adequaat doorverwijzen naar het meest gepaste aanbod leefstijl op verwijzing voor personen met verhoogd risico op cardiometabole aandoeningen, en met name rookstopbegeleiding, groepsessies bewegen op verwijzing of groepsessies gezonde voeding op verwijzing. De doorverwijzing gebeurt op maat van de persoon met verhoogd risico in kwestie vanuit een holistische inschatting van de gezondheid (*).
- Actoren die een groepsprogramma (**) leefstijl op verwijzing aanbieden zijn deskundig op vlak van motiverende gespreksvoering, het aanbieden van kwalitatieve groepscoaching bewegen of gezonde voeding op verwijzing, terugvalpreventie en hebben kennis over kwetsbare doelgroepen.
- Lokale actoren, netwerken en diensten die mee instaan voor sensibiliseren en verspreiden van informatie zijn hiervoor ondersteund met wetenschappelijk onderbouwde informatie en materialen op maat van de doelgroep.

(*) holistische inschatting

Bij doorverwijzing gaat de (huis)arts na welke problematiek een gezonde leefstijl het meest in de weg staat en welk aanbod het beste aansluit op de noden en doelen van de persoon in kwestie.

() groepsprogramma**

Beweging - en voeding op verwijzing worden uitsluitend voorzien als groepsprogramma dat fysiek of online aangeboden kan worden, afhankelijk van de noden van en bereik bij de doelgroep.

Indicatoren om verandering op langere termijn te meten

- Aantal eerstelijnszones waar het programma leefstijl op verwijzing geïmplementeerd is, per werkingsjaar
- Aantal actoren die groepscoaching beweging en voeding op verwijzing aanbieden per eerstelijnszone
- Aantal deelnemers aan het programma leefstijl op verwijzing dat behoort tot de doelgroep
- Aantal deelnemers aan het programma leefstijl op verwijzing per eerstelijnszone, per groepsessie of online sessie, per geslacht, per leeftijd, per verhoogde tegemoetkoming
- Aantal deelnemers aan het programma leefstijl op verwijzing dat niet alle sessies volbrengt (uitval)
- Aantal deelnemers aan het programma leefstijl op verwijzing met meer gezonde beweegroutines of voedingspatronen na 1 jaar follow up
- het programma leefstijl op verwijzing is aangepast aan de noden van de doelgroep (tevredenheid)
- ondersteuning van doorverwijzers is aangepast aan de noden van de doelgroep

RESULTAATGEBIEDEN EN MINIMALE ACTIES: het voorstel de kandidaat omvat minstens acties gericht op

- Een centrale organisatie (coördinatie en aansturing, taakverdeling en uitvoering, van een programma leefstijl op verwijzing voor personen met verhoogd risico op cardiometabole aandoeningen na doorverwijzing door een **(huis)arts** (= selectieve preventie). Centrale organisatie betekent coördinatie en regie over alle onderdelen van het programma: 1) verspreiden van informatie en sensibilisering, 2) implementatie in de regio, 3) opleiding en deskundigheidsbevordering, 4) uitvoeren van het aanbod, 5) monitoring van het aanbod en 6) evaluatie van het aanbod.
- Lokale organisatie en uitvoering in **heel** Vlaanderen van een programma leefstijl op verwijzing voor personen met verhoogd risico op cardiometabole aandoeningen na doorverwijzing door **een (huis)arts**, en minstens:
 - Organisatie van alle aspecten door de centrale organisatie (=trekkerschap) is verbonden aan een laagdrempelig groepsprogramma om gezonde beweeg- en voedingsroutines te bevorderen na verwijzing door **de (huis)arts**. Groepscoaching kan fysiek of online worden georganiseerd i.f.v. de noden van de doelgroep en houdt rekening met programmatie (*).
 - Contacten leggen met relevante actoren, professionals en organisaties.
 - Werven en opleiden van actoren die de groepscoaching aanbieden.
 - Deskundigheidsbevordering bij **(huis)artsen** om personen met een vastgesteld verhoogd risico adequaat door te verwijzen.
 - Deskundigheidsbevordering van en intervisie voor actoren die groepsessies leefstijl op verwijzing aanbieden op vlak van motiverende gespreksvoering en het aanbieden van een kwalitatief hoogwaardig aanbod.
 - Informeren en sensibiliseren van relevante lokale actoren over het programma leefstijl op verwijzing, met inbegrip van rookstopbegeleiding.
 - Ontwikkelen en verspreiden materialen aangepast aan programma leefstijl op verwijzing.
- Ondersteuning en evaluatie van de subsidiëring van de individuele zorgaanbieders die het initiatief 'bewegen op verwijzing' en 'gezonde voeding op verwijzing' uitvoeren (**). Samenwerkingsafspraken met relevante lokale en Vlaamse actoren die (mee) kunnen instaan voor de organisatie en uitvoering van het programma.
- Opvolgen en delen van expertise en wetenschappelijke of maatschappelijke evoluties op vlak van het aangeboden leefstijlaanbod.
- Motiveren van burgers met een vastgesteld verhoogd gezondheidsrisico om deel te nemen.
- Ontwikkelen van een communicatiestrategie om de doelgroep betrouwbaar te informeren en te sensibiliseren over het belang van deelname.
- Samenwerking met eventuele andere preventiepartners in het preventief gezondheidsbeleid, minstens voor gezonde voeding, beweging en roken. Deze samenwerking is minstens gericht op afstemmen van een universeel aanbod gezonde voeding, bewegen, roken op het selectief aanbod 'leefstijl op verwijzing'.
- Een kwalitatief en efficiënt registratiesysteem in afstemming met Departement Zorg. (**).
- Monitoren en evalueren van alle onderdelen van het programma in afstemming met het Departement Zorg om een duurzame gedragsverandering te bereiken.
- Deelname aan een Vlaamse Werkgroep leefstijl op verwijzing.
- Optimaliseren van gegevensstromen in afstemming met Departement Zorg.
- Kwaliteitsbewaking van het programma.

(*) programmatie

Maximaal 600 groepstrajecten voor gezonde voeding op verwijzing en voor beweging op verwijzing samen in alle ELZs per jaar.

() uitbetalen van actoren die groepscoaching aanbieden en registratiesysteem**

Uitbetaling van actoren en bijhorend registratiesysteem, zal op termijn verlopen via de Vlaamse Sociale bescherming. Tot die doorontwikkeling gerealiseerd is, maakt de kandidaat gebruik van de reeds beschikbare uitbetalings- en registratiemodaliteiten en baseert zich daarvoor op relevante regelgeving