



DE PREVENTIEPEILING IN VOORZIENINGEN VOOR PERSONEN MET EEN HANDICAP 2023

RAPPORT THEMATISCH PREVENTIEF GEZONDHEIDSBELEID

MENTAAL WELBEVINDEN

BEWEGING

ROKEN

ILLEGALE DRUGS

VOEDING

LANG STILZITTEN

ALCOHOL

MONDGEZONDHEID

VAN WIE GAAT DIT RAPPORT UIT?

De Preventiepeiling wordt uitgevoerd door het [Vlaams Instituut Gezond Leven vzw](#), in opdracht van het [Departement Zorg](#).

In samenwerking met:

- het Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere drugs (VAD)
- het Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen (EVV)
- het Vlaams Instituut Mondgezondheid (Gezonde Mond)
- de Vlaamse Lokale Gezondheidsoverleggen (Logo's)
- The Human Link

VOOR WIE IS DIT RAPPORT BEDOELD?

Dit rapport is bedoeld voor al wie de volledige resultaten van de Preventiepeiling in voorzieningen voor personen met een handicap wil raadplegen.

Wie een beknopter overzicht wil van de resultaten, kan de [factsheet](#) van de Preventiepeiling in voorzieningen voor personen met een handicap raadplegen.

Wie nuttige tips wil en links naar ondersteuningsmaterialen en methodieken om zelf mee aan de slag te gaan, kan de [inspiratiegids](#) voor een kwaliteitsvol preventief gezondheidsbeleid in voorzieningen voor personen met een handicap raadplegen.

HOE IS DIT RAPPORT OPGEBOUWD?

In dit rapport bespreken we de resultaten van het 'thematisch' preventief gezondheidsbeleid in voorzieningen voor personen met een handicap. Het rapport is opgebouwd rond de gezondheidsthema's die bevraagd worden in de Preventiepeiling.



Per gezondheidsthema vind je:

- een overzicht van de kwaliteitscriteria voor een preventief gezondheidsbeleid;
- een bespreking van de resultaten van de kwaliteitscriteria.

In de [BIJLAGEN](#) van het rapport kan je de resultaten van de vragen die niet gelinkt zijn aan een kwaliteitscriterium per gezondheidsthema terugvinden.



INHOUD

INLEIDING	5
Wat is de preventiepeiling?	6
Methodologie.....	10
MENTAAL WELBEVINDEN.....	15
Kwaliteitscriteria	16
Resultaten	19
Samenvatting	33
VOEDING	36
Kwaliteitscriteria	37
Resultaten	40
Samenvatting	62
BEWEGING	65
Kwaliteitscriteria	66
Resultaten	68
Samenvatting	82
LANG STILZITTEN.....	84
Kwaliteitscriteria	85
Resultaten	87
Samenvatting	100
ROKEN.....	102
Kwaliteitscriteria	103
Resultaten	104
Samenvatting	121
ALCOHOL.....	123
Kwaliteitscriteria	124
Resultaten	126
Samenvatting	139

ILLEGALE DRUGS	142
Kwaliteitscriteria	143
Resultaten	145
Samenvatting	154
MONDGEZONDHEID	156
Kwaliteitscriteria	157
Resultaten	159
Samenvatting	168
BIJLAGEN	171
Bijlage 1. De impact van COVID-19	172
Bijlage 2. Resultaten extra vragen.....	177
COLOFON	199

INLEIDING



WAT IS DE PREVENTIEPEILING?

De **Preventiepeiling** (vroeger: indicatorenbevraging) is een driejaarlijkse vragenlijststudie die peilt naar het **preventieve gezondheidsbeleid** in scholen, ondernemingen, steden en gemeenten, kinderopvanginitiatieven en zorg- en welzijnsinstellingen in Vlaanderen en Brussel. Met de vragenlijst monitoren we in deze 'settings' hoe(veel) de organisaties, instellingen en voorzieningen inzetten op verschillende **preventieve gezondheidsthema's** (bv. voeding, beweging, mentaal welbevinden, ...) en hoe ze ervoor zorgen dat hun beleid succesvol is. Zo krijgen overheden (bv. Vlaams, ook over beleidsdomeinen heen, en lokaal), de preventieve

gezondheidssector en de organisaties uit de setting zelf (bv. voorzieningen voor personen met een handicap) een zicht op de stand van zaken en evoluties.

Het Vlaams Instituut Gezond Leven vzw voert de Preventiepeiling uit in opdracht van het Departement Zorg en in samenwerking met verschillende partners: het Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs (VAD), het Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen (Evv), het Vlaams Instituut Mondgezondheid (Gezonde Mond), de Vlaamse Lokale Gezondheidsoverleggen (Logo's) en The Human Link.

5 SETTINGS, 12 BEVRAGINGEN

De Preventiepeiling wordt afgenomen in 5 hoofdsettings, die in sommige gevallen bestaan uit meerdere subsettings. In totaal worden er 12 verschillende vragenlijsten opgesteld, telkens specifiek gericht op 1 van de bevraagde (sub)settings.



Onderwijs

- Basisonderwijs
- Secundair onderwijs
- Hoger onderwijs



Werk



Lokale besturen



Zorg en welzijn

- Lokale dienstencentra
 - Jeugdhulp
 - Ouderenzorg
- Centra Algemeen Welzijnswerk (CAW)
- Voorzieningen voor personen met een handicap



Kinderopvang

- Voor baby's en peuters
- Voor schoolgaande kinderen

2 LUIKEN

De Preventiepeiling bestaat uit 2 luiken: het thematische luik en het algemene luik. Sinds deze editie zijn deze luiken opgesplitst in 2 aparte bevestigingen die op een verschillend moment afgenomen worden.

Thematische luik

In het thematische deel peilen we naar hoe(veel) de settings inzetten op de volgende gezondheidsthema's: voeding, beweging, lang stilzitten, mentaal welbevinden, alcohol, illegale drugs, valpreventie en mondgezondheid. Dit zijn de gezondheidsthema's die opgenomen zijn in de [Vlaamse gezondheidsdoelstelling](#) 'De Vlaming leeft gezonder in 2025'.

Niet alle thema's worden in elke setting bevestigd. Per setting werd nagegaan welke thema's relevant zijn voor de doelgroep binnen elke setting. In de Preventiepeiling in voorzieningen voor personen met een handicap bevestigden we

Dit rapport geeft de resultaten weer van de thematische bevestiging.

alle thema's, behalve valpreventie.

Binnen elk thema worden er vragen gesteld die betrekking hebben op 1 van de [4 preventiestrategieën](#) die een voorziening kan toepassen in haar acties en die als basis dienen voor het preventieve gezondheidsbeleid rond elk thema.

Binnen elk gezondheidsthema is de set vragen opgebouwd rond een aantal criteria voor een kwaliteitsvol preventief gezondheidsbeleid. Deze kwaliteitscriteria vatten samen welke initiatieven, maatregelen en faciliteiten deel uitmaken van een kwaliteitsvol preventief beleid voor het betreffende thema.



VOEDING



BEWEGING



LANG STILZITTEN
(SEDENTAIR GEDRAG)



ALCOHOL



ROKEN



ILLEGALE
DRUGS



MENTAAL
WELBEVINDEN



VALPREVENTIE



MONDGEZONDHEID

Algemene luik

In het algemene luik van de Preventiepeiling kijken we naar het algemene preventieve gezondheidsbeleid. De kwaliteit daarvan schatten we in aan de hand van een aantal [succesfactoren](#), bv. deskundigheid, communicatie, samenwerking, tijd en middelen. Zet je als voorziening in op meerdere succesfactoren, dan verhoog je de kans dat je gezondheidsbeleid goed in elkaar zit.

Het algemene deel van de bevestiging in voorzieningen voor personen met een handicap wordt afgenomen begin 2024.

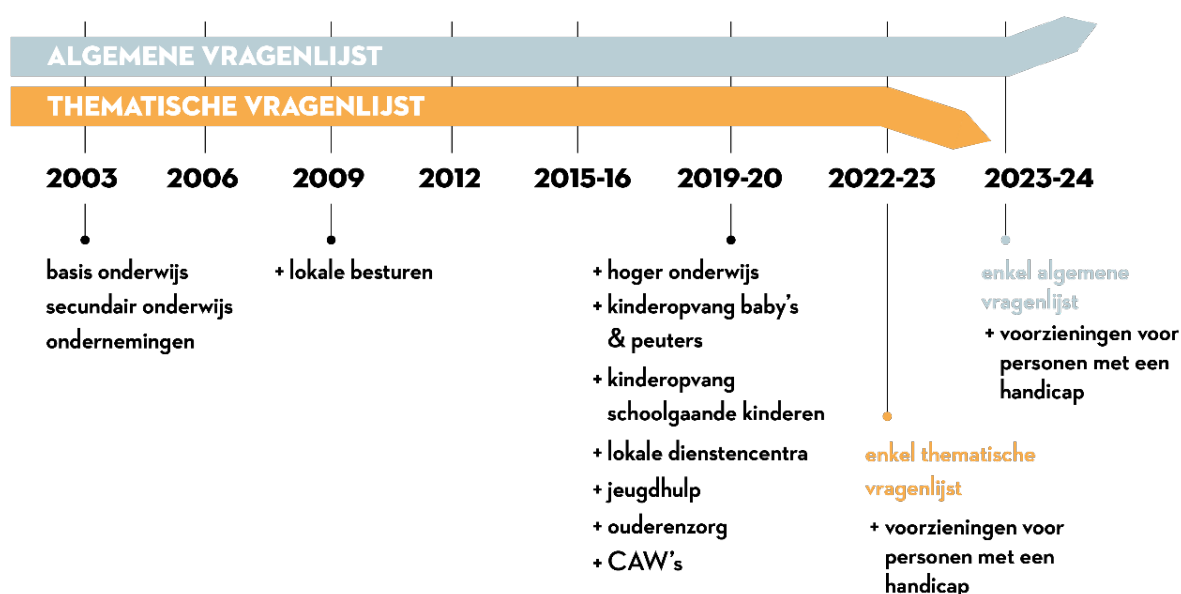
De resultaten van het algemene deel worden gepubliceerd in een apart rapport, terug te vinden op www.preventiepeiling.be.

EVOLUTIE SINDS 2003

De Preventiepeiling is geen eenmalige bevraging maar wordt sinds 2003 ongeveer driejaarlijks herhaald. Bij de eerste editie in 2003 werden er 3 verschillende settings bevraged.

Ondertussen zijn we toe aan de zevende editie en onderzoeken we het preventieve gezondheidsbeleid in 5 hoofdsettings, met een aantal subsettings (goed voor in totaal 12 bevragingen). Voor de subsetting

'voorzieningen voor personen met een handicap' was dit de eerste editie van de Preventiepeiling. De resultaten gelden dus als nulmeting. De voorbije edities peilden we in 1 vragenlijst zowel naar het thematische gezondheidsbeleid als naar het algemene gezondheidsbeleid. Vanaf de huidige editie is de vragenlijst opgesplitst over 2 meetpunten: het thematische gezondheidsbeleid wordt bevraged in 2022-2023 en het algemene gezondheidsbeleid in 2023-2024.



2 DOELSTELLINGEN

Doelstelling 1: het preventieve gezondheidsbeleid in Vlaanderen monitoren

De Vlaamse overheid gebruikt de resultaten van de Preventiepeiling om de realisatie van de gezondheidsdoelstelling 'De Vlaming leeft gezonder in 2025' te monitoren. Op basis van de resultaten kan de overheid bovendien haar eigen preventieve gezondheidsbeleid gericht verder uitwerken en de nodige acties ondernemen.

Ook voor de preventieve gezondheidssector zijn de resultaten een leidraad om mee aan de slag te gaan. Ze kunnen helpen om prioriteiten te stellen en acties te bepalen.

Doelstelling 2: actoren uit de settings informeren, inspireren en inzichten bieden

Met de Preventiepeiling wil het Vlaams Instituut Gezond Leven vzw ook alle betrokken actoren uit de verschillende settings informeren over de kwaliteit van en werkpunten voor het preventieve gezondheidsbeleid bij voorzieningen voor personen met een handicap.

De resultaten bieden inzicht in wat al goed loopt en wat nog beter kan. Organisaties die aan de slag willen gaan met hun preventieve gezondheidsbeleid, kunnen bij de Vlaamse Logo's, het Vlaams Instituut Gezond Leven vzw, het Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs, het Vlaams Instituut Mondgezondheid, het Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen en The Human Link terecht voor informatie, ondersteunend materiaal en vorming.



METHODOLOGIE

OPZET EN UITVOERING

Voor de opmaak van de Preventiepeiling voor voorzieningen voor personen met een handicap vertrokken we van de vragenlijsten uit andere settings, zoals de vragenlijst voor jeugdhulporganisaties van 2023. Verschillende soorten experts waren hierbij betrokken: thema-experten voeding, beweging, lang stilzitten en roken (vanuit het Vlaams Instituut Gezond Leven vzw), thema-expert alcohol en illegale drugs (vanuit het Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs - VAD), thema-expert mondgezondheid (vanuit het Vlaams Instituut Mondgezondheid – Gezonde Mond), thema-expert mentaal welbevinden (vanuit The Human Link), medewerkers van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) en directie en medewerkers van enkele voorzieningen.

FASE 1 Kwaliteitscriteria voor een thematisch preventief gezondheidsbeleid

In een eerste fase formuleerden de thema-experten kwaliteitscriteria voor elk gezondheidsthema binnen de Preventiepeiling in voorzieningen voor personen met een handicap. Deze kwaliteitscriteria omvatten de **meest effectieve manieren** voor voorzieningen om in te zetten op de thema's mentaal welbevinden, voeding, beweging, lang stilzitten, roken, alcohol, illegale drugs en mondgezondheid. Ze zijn gebaseerd op bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek en praktijkervaring.

Met de kwaliteitscriteria voor een thematisch preventief gezondheidsbeleid slaat de Preventiepeiling deze editie een nieuwe weg in. Waar in voorgaande edities de kwaliteit van de verschillende preventieve acties in de vragenlijst werd beoordeeld via een puntensysteem, wordt nu gekozen voor een beknopte en heldere set van kwaliteitscriteria waaraan voorzieningen wel of niet voldoen. Met de introductie van de kwaliteitscriteria bieden we een wetenschappelijk onderbouwde, transparante en eenduidige manier om de kwaliteit van het preventieve beleid voor elk gezondheidsthema te onderzoeken en te rapporteren.

De kwaliteitscriteria werden als maatstaf gehanteerd om een duidelijker onderscheid te maken tussen de *must know*-vragen (= vragen die rechtstreeks gelinkt zijn aan een kwaliteitscriterium) en de *nice to know*-vragen (= bijvragen of specifieke vragen om bepaalde zaken meer in detail in kaart te brengen). In het rapport ligt de focus op de bespreking van de kwaliteitscriteria en de antwoorden op de bijhorende *must know*-vragen. De antwoorden op de *nice to know*-vragen geven we weer in de **BIJLAGEN**.

FASE 2 Feedback stakeholders uit de setting

In de tweede fase werden de kwaliteitscriteria en de bijhorende vragen en antwoordopties afgetoetst met stakeholders en partners van voorzieningen voor personen met een handicap, namelijk met het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) en enkele voorzieningen. We vroegen hen om vanuit hun voeling en ervaring met voorzieningen voor personen met een handicap feedback te geven op de haalbaarheid van de opgestelde kwaliteitscriteria en de mate waarin deze in lijn zijn met de dagdagelijkse realiteit van de voorzieningen.

FASE 3 Terugkoppeling naar thema-experten en vragenlijst finaliseren

In de derde en laatste fase koppelden we de feedback van de stakeholders en partners terug naar de thema-experten. Vervolgens werden de kwaliteitscriteria en de bijhorende vragen gefinaliseerd.

Uitnodiging en herinneringsmail(s)

We nodigden alle 210 voorzieningen met verblijf voor minder- en meerderjarigen uit om deel te nemen aan de Preventiepeiling, namelijk vergunde zorgaanbieders (VZA) en multifunctionele centra (MFC). De contactgegevens verkregen we via het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH), waar elke voorziening is geregistreerd.

De vragenlijst stond open van 28 februari 2023 tot 1 augustus 2023. In deze periode werden 2 herinneringsmails en een brief verstuurd naar alle voorzieningen die de vragenlijst nog niet of slechts gedeeltelijk hadden ingevuld. Daarnaast maakten enkele partners de bevraging mee bekend in hun nieuwsbrief of via hun sociale media-kanalen.

Respons

76 van de 210 voorzieningen vulden de vragenlijst volledig in (36%). Het eerste thema – *mentaal welbevinden* – werd door 85 voorzieningen volledig ingevuld (40%). Doorheen de vragenlijst zijn er 9 respondenten (11%) uitgevallen. **Grafiek 1** toont voor elk thema het aantal respondenten dat alle vragen volledig invulde.

We gingen na in welke mate de deelnemende groep voorzieningen de totale populatie weerspiegelt voor 2 kenmerken: provincie en type voorziening. De verdeling van beide kenmerken in de groep deelnemende voorzieningen komt overeen met de verdeling van deze kenmerken in de volledige populatie voorzieningen voor personen met een handicap. Voor meer details, zie verderop bij **Settingkenmerken van de deelnemende voorzieningen**.

Invulprocedure

Aan de hand van een infographic in de uitnodigingsmail en op de startpagina van de bevraging kregen de deelnemers een overzicht van wie de bevraging het best kon invullen, welke documenten van pas konden komen bij het invullen, welke personen of diensten konden helpen en hoelang het invullen zou duren.

Daarnaast gaven we informatie over het feit dat alle antwoorden anoniem verwerkt werden, over de mogelijkheid om de vragenlijst tussendoor te pauzeren en over de FAQ-pagina voor deelnemers die nog bijkomende vragen hadden over de Preventiepeiling.

Bij sommige voorzieningen hebben verschillende vestigingen een apart instellingsnummer. Respondenten kregen daarom de mogelijkheid om de vragenlijst 1 keer in te vullen voor de verschillende instellingsnummers samen, op voorwaarde dat hetzelfde preventieve gezondheidsbeleid van toepassing was op de cliënten van alle vestigingen.

76

VOORZIENINGEN VULDEN DE VRAGENLIJST VOLLEDIG IN

= 36%

VAN DE POPULATIE

57 MIN.

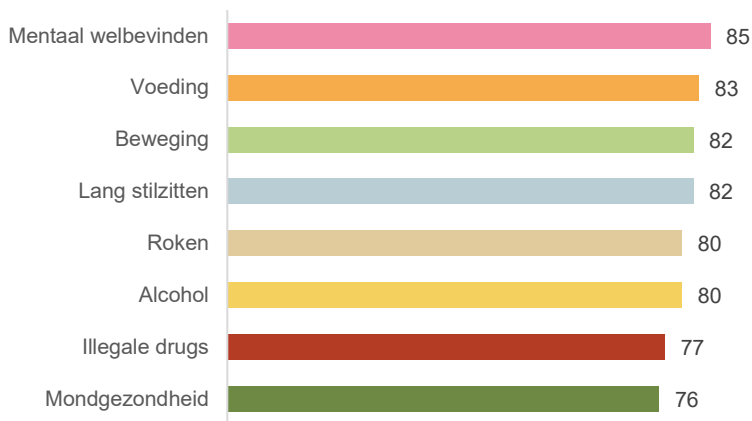
= GEMIDDELDE INVULTIJD

Interpretatie van de resultaten

Dit rapport geeft de resultaten van 2023 weer. Gezien dit de eerste editie is van de Preventiepeiling bij voorzieningen voor personen met een handicap is er geen vergelijking mogelijk met voorgaande edities.

We gaan er in dit rapport van uit dat het responspercentage van 36%, in combinatie met de representatieve verdeling van 2 settingkenmerken (provincie en type voorziening) volstaat om de resultaten te veralgemenen naar de volledige populatie voorzieningen voor personen met een handicap.

1 Aantal voorzieningen dat de vragenlijst invulde, per thema



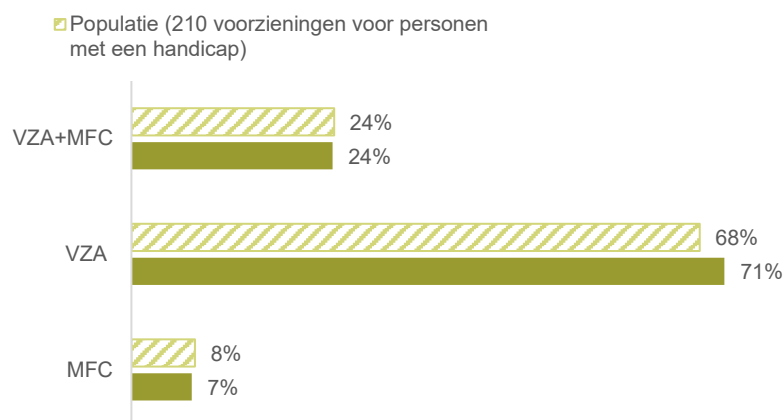
SETTINGKENMERKEN VAN DE DEELNEMENDE VOORZIENINGEN

Voor de kenmerken provincie en type voorziening gingen we na of de verdeling in de groep deelnemende voorzieningen in overeenstemming is met de verdeling in de totale populatie voorzieningen in Vlaanderen en de Vlaamse Gemeenschap in Brussel. De verdeling werd statistisch getest door middel van chi²-testen, en dit voor elk thema (= voor de groep respondenten die dat thema volledig invulde).

Provincie

De verschillende provincies zijn evenredig verdeeld in de groep deelnemende voorzieningen ten opzichte van de totale populatie voorzieningen: Antwerpen (23% vs. 26%), Brussels Hoofdstedelijk Gewest (0% vs. 1%), Limburg (13% vs. 10%), Oost-Vlaanderen (23% vs. 24%), Vlaams-Brabant (18% vs. 17%) en West-Vlaanderen (25% vs. 21%). **Op het vlak van provincie is de groep respondenten dus een goede weerspiegeling van de totale populatie van voorzieningen voor personen met een handicap.**

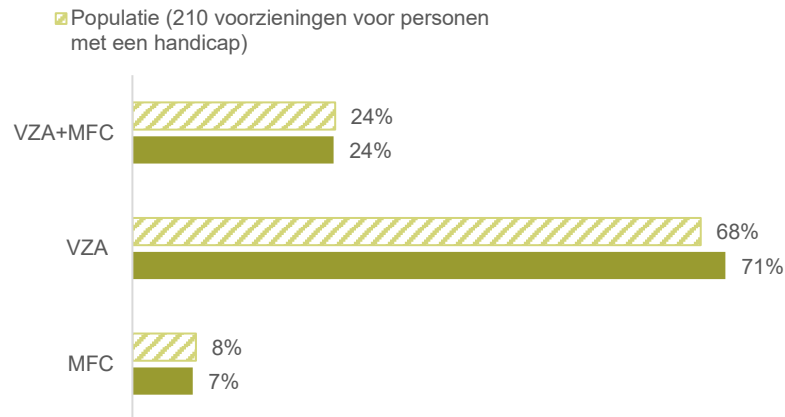
2 Verdeling van provincie in de populatie vs. in de groep respondenten



Type voorziening

De types voorzieningen zijn evenredig verdeeld in de groep deelnemende voorzieningen in vergelijking met de totale populatie voorzieningen: multifunctionele centra (MFC) (7% vs. 8%), vergunde zorgaanbieders (VZA) (71% vs. 68%) en VZA+MFC (24% vs. 24%). **Voor type voorziening is de groep respondenten dus een goede weerspiegeling van de totale populatie voorzieningen voor personen met een handicap.**

3 Verdeling van type voorziening in de populatie vs. in de groep respondenten



De bovenstaande grafieken geven de verdeling van de settingkenmerken weer in de grootste groep respondenten, namelijk alle respondenten die het eerste thema van de vragenlijst (mentaal welbevinden) volledig hebben ingevuld. De verdeling van de kenmerken blijft nagenoeg hetzelfde voor de kleinere groepen respondenten die de volgende thema's volledig hebben ingevuld.

FUNCTIE VAN DE INVULLERS

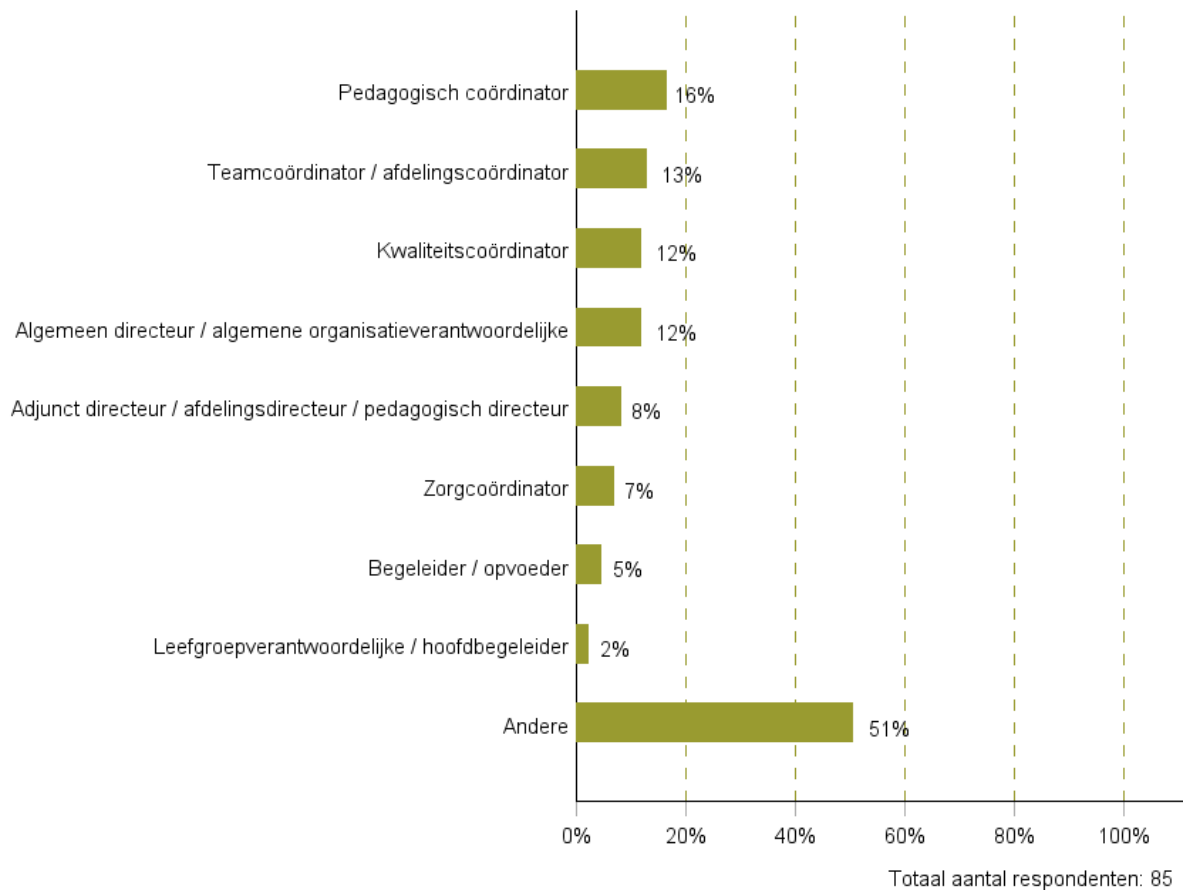
De meest voorkomende functies bij de respondenten zijn pedagogisch coördinator (16%), teamcoördinator/afdelingscoördinator (13%), kwaliteitscoördinator (12%) en algemeen directeur/algemene organisatieverantwoordelijke (12%).

Een groot aandeel van de respondenten (51%) gaf aan dat ze (ook) een 'andere' functie hebben. Het gaat hierbij vooral om de functies:

- preventieadviseur (25%);
- verpleegkundige (5%);
- verantwoordelijke medische dienst (2%);
- diensthoofd paramedische dienst (2%);
- kwaliteitscoördinator (2%).

4 Wat is jouw functie in de voorziening?

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



MENTAAL WELBEVINDEN



85

DEELNEMENDE
VOORZIENINGEN

KWALITEITSCRITERIA

1

De voorziening creëert op minstens 3 van volgende manieren een fysieke en/of sociale omgeving waarin cliënten zich goed kunnen voelen:

1. rust- en ontspanningsplekken voorzien (bv. stille ruimte/ruimte om zich terug te trekken, snoezelruimte, gevoelsplekken of gevoelshoekjes, groene buitenruimte of tuin);
2. (georganiseerde) rust- en ontspanningsmomenten voorzien (bv. rustige muziek opzetten, yoga, relaxatieoefeningen, rustige spelletjes of activiteiten);
3. een eigen plek/kamer voorzien waar cliënten altijd terecht kunnen;
4. plekken voorzien waar cliënten terecht kunnen om zich (preventief) te ontladen (bv. boksbal of boksring);
5. duidelijke routines en rituelen hebben (bv. er is een vaste dagstructuur, een vast ritueel wanneer de cliënten in de (leef)groep komen, een weekafsluiter, een ritueel om nieuwe cliënten in de (leef)groep te verwelkomen);
6. werken rond vaardigheden gericht op het omgaan met emoties, zoals het uiten, herkennen en benoemen van emoties.

2

De voorziening creëert op minstens 3 van volgende manieren een fysieke en/of sociale omgeving waarin cliënten zichzelf kunnen zijn:

1. cliënten inspraak geven in hun eigen begeleidingstraject waarbij ze kunnen aangeven wat voor hen prioritair is. Dit betekent dat er afhankelijk van de capaciteiten van de cliënt wordt gezocht naar mogelijkheden om naar hen te luisteren/hen inspraak te geven in hun begeleidingstraject;
2. cliënten een persoonlijke plek geven die ze individueel kunnen inrichten (bv. eigen kamer, eigen hoek in gemeenschappelijke kamer);
3. cliënten inspraak geven in aspecten die verder gaan dan hun persoonlijke begeleidingstraject (bv. via de gebruikersraad inspraak hebben over het inrichten van gemeenschappelijke ruimtes, keuze in het aanbod van activiteiten);
4. cliënten begeleiden in het uitzoeken van 'wie ze zijn' (bv. door een traject 'life tree', door een workshop rond zelf- en lichaamsbeeld, door het bespreekbaar maken van seksuele identiteit, door in groep te bespreken hoe ervaringen/gebeurtenissen cultuurdivers benaderd worden);
5. cliënten ondersteunen in het uitstippelen van een doel in hun leven (bv. door hen te stimuleren tot zinvolle daginvulling/dagbesteding, participatie in vrijwilligersactiviteiten, betaald werk of semi-industrieel werk/maatwerk);
6. werken rond het in kaart brengen van talenten en vaardigheden van cliënten (bv. aan de hand van regenboogstelsel);
7. cliënten stimuleren en motiveren om hun talenten te ontplooien (bv. door gerichte toeleiding naar vrijetijdsactiviteiten, sport- en bewegingsactiviteiten al dan niet in clubverband, door te stimuleren tot vrijwilligerswerk);
8. ernaar streven om cliënten zo veel als mogelijk op een inclusieve manier te laten participeren aan de maatschappij.

3

De voorziening creëert op minstens 3 van volgende manieren een fysieke en/of sociale omgeving waarin cliënten zich goed omringd voelen:

1. inzetten op een warm onthaal van cliënten bij wie een begeleiding start (bv. door een onthaaltraject, een wenperiode);
2. een ontmoetingsplek creëren. Dit is een ruimte waarin cliënten zich samen kunnen terugtrekken, pauzeren en babbelen, vrienden kunnen uitnodigen;
3. ervoor zorgen dat elke cliënt te allen tijde terecht kan bij een vertrouwenspersoon (bv. ruimte om vertrouwenspersoon altijd te kunnen opbellen);
4. ervoor zorgen dat er in elke groep of binnen elk traject een beperkt aantal vaste begeleiders zijn;
5. relationele continuïteit garanderen in de begeleiding (bv. zorgzame overdracht bij wissel van (individuele) begeleiders, actief gebruik van persoonlijk ontwikkelingsplan, opvolging bij terugkeer na crisisperiodes);
6. relationele continuïteit garanderen met belangrijke anderen buiten de voorziening (bv. thuiscontext, uitnodigen van vrienden en klasgenoten in de voorziening);
7. actief op zoek gaan om het netwerk uit te breiden van cliënten die geen of een zeer beperkt netwerk hebben (bv. inschakelen van een vrijwilliger, zoeken naar een onthaalgezin, opstarten van een traject via Lus vzw);
8. stimuleren van contacten buiten de voorziening (bv. via vrijwilligerswerk, hobby's);
9. werken rond vaardigheden gericht op het opbouwen van positieve contacten met anderen (bv. door inschatting emotionele ontwikkeling a.d.h.v. SEO-R, praten met elkaar, empathisch reageren, zorg vragen en geven aan anderen, erbij horen en niemand uitsluiten);
10. ervoor zorgen dat cliënten die in de voorziening verblijven, hun hobby/vrijetijdsactiviteit kunnen (blijven) uitoefenen.

4

De voorziening creëert op minstens 3 van volgende manieren een fysieke en/of sociale omgeving waarin cliënten leren omgaan met moeilijke momenten, stress en tegenslag:

1. plekken of momenten voorzien waar cliënten terechtkunnen als ze willen praten over moeilijke momenten, stress, en tegenslag;
2. flexibel reageren op moeilijke situaties (bv. geweld, pesten, ...) of conflict in de groep;
3. werken rond vaardigheden om 'neen' te zeggen (bv. leren grenzen aangeven) of emoties te leren reguleren (bv. wat doe ik als ik boos ben; woede-uitbarstingen voorkomen) of hanteren van een consequente aanpak op maat voor mensen die dit zelf niet kunnen aangeven (bv. naar prikkelarme ruimte laten gaan);
4. werken rond vaardigheden gericht op het omgaan met emoties, zoals het uiten, herkennen en benoemen van emoties, het aangeven als het niet goed gaat;
5. werken rond vaardigheden om voor jezelf te zorgen en om tot rust te komen (bv. zelf naar een rustige plek gaan wanneer het te druk is of wanneer het emotioneel te moeilijk wordt);
6. werken rond vaardigheden gericht op het omgaan met crisissituaties (bv. opstellen van een crisisplan);
7. de impact van moeilijke levensgebeurtenissen/gebeurtenissen in het thuismilieu op de cliënten monitoren en hen begeleiden om hier op een gepaste manier mee om te gaan (veerkracht versterken);
8. de impact van uithuisplaatsing op cliënten monitoren en hen begeleiden om hier op een gepaste manier mee om te gaan (veerkracht versterken).

5

De voorziening creëert op minstens 3 van volgende manieren een psychologisch veilig (opvang)klimaat a.d.h.v. afspraken en regels:

1. afspraken hebben met de begeleiders om de cliënten op een positieve en milde manier te benaderen (bv. toepassen Gentle Teaching, positief bekrachtigen, afstemmen op SEO-R om zich goed te kunnen ontplooiën/goed te voelen);
2. gedragsregels opstellen om een psychologisch veilig opvangklimaat te creëren (bv. "wij respecteren elkaar", "we slaan elkaar niet", "wij hebben respect voor het materiaal");
3. duidelijke afspraken hebben met de cliënten en/of thuiscontext over overtreding van opgestelde gedragsregels (bv. bij wie men terecht kan bij overtreding van de afgesproken gedragsregels en de gevolgen van overtreding van bepaalde gedragsregels);
4. een pestactieplan hebben;
5. procedure of stappenplan hebben over hoe te handelen indien de psychische of fysieke integriteit van een cliënt in de thuis-situatie in vraag wordt gesteld.

6

Medewerkers* nemen op minstens 2 van volgende manieren een voorbeeldrol op naar de cliënten rond het versterken van mentaal welbevinden:

*Dit zijn begeleiders, leidinggevenden en administratief personeel.

1. in het bijzijn van cliënten zorgen medewerkers ervoor dat ze voldoende emotionele pauzes inlassen (bv. even naar buiten gaan en een wandelingetje maken, naar een aparte ruimte gaan voor begeleiders);
2. in het bijzijn van cliënten geven begeleiders aan dat ze het soms zelf ook niet weten en roepen ze de hulp in van collega's;
3. in het bijzijn van cliënten wijzen medewerkers erop dat het normaal is om uit balans te zijn/je minder goed in je vel te voelen;
4. medewerkers geven cliënten complimenten voor gedrag dat mentaal welbevinden versterkt (bv. "Ik zie dat je regelmatig even buiten gaat om je hoofd leeg te maken.").

7

De voorziening observeert en monitort het mentaal welbevinden van de cliënten*.

*bv. door op regelmatige tijdstippen cliënten hierover te bevragen, hen te observeren of door regelmatig gesprekken in te plannen waarin mentaal welbevinden centraal staat

8

De voorziening onderneemt minstens 2 van volgende initiatieven om in te spelen op signalen van verminderd mentaal welbevinden bij cliënten:

1. de voorziening observeert en monitort het mentaal welbevinden van de cliënten (bv. door op regelmatige tijdstippen cliënten hierover te bevragen of hen te observeren, door regelmatig gesprekken in te plannen waarin mentaal welbevinden centraal staat);
2. de voorziening heeft afspraken over het signaleren van cliënten met bijzondere noden op het vlak van mentaal welbevinden en mentale gezondheid (bv. cliënten die niet goed in hun vel zitten, die moeilijkheden ervaren in de thuissituatie);
3. de voorziening informeert cliënten (en de thuiscontext) over het ondersteunings- of hulpverleningsaanbod (bv. CCG);
4. de begeleiding wordt in overleg met de thuiscontext afgestemd op de noden van de cliënt.

9

De voorziening geeft op minstens 1 van volgende manieren ondersteuning aan cliënten die klachten ontwikkelen op het vlak van geestelijke gezondheid*:

*bv. krassen of snijden, agressie, angstklachten, aanhoudende depressieve stemming, ...

1. de begeleiders nemen dit zelf op;
2. het privénetwerk wordt samen met het team betrokken;
3. er wordt doorverwezen naar een psychiater of gekwalificeerde professional binnen de organisatie (bv. klinisch psycholoog, klinisch orthopedagoog met specifieke expertise over geestelijke gezondheid bij personen met een handicap);
4. er wordt doorverwezen naar een netwerk van professionals buiten de organisatie (bv. zelfstandig psycholoog of orthopedagoog met specifieke expertise over geestelijke gezondheid bij personen met een handicap).

10

De voorziening verwijst minstens 21% van de cliënten die klachten ontwikkelen op het vlak van geestelijke gezondheid door naar een professional binnen de voorziening of naar een netwerk van professionals buiten de voorziening.

RESULTATEN

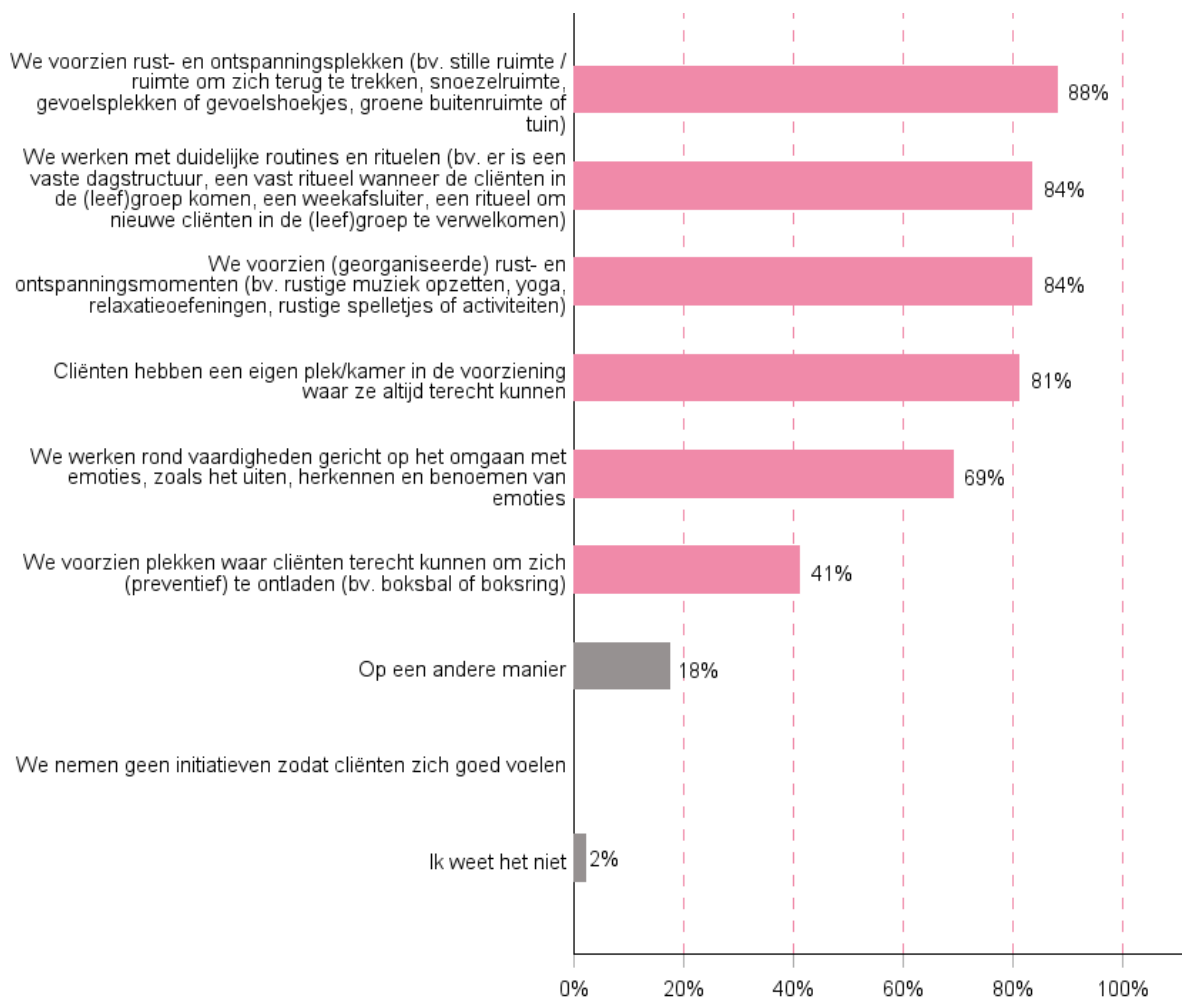
KWALITEITSCRITERIUM 1. DE VOORZIENING CREËERT OP MINSTENS 3 MANIEREN EEN FYSIEKE EN/OF SOCIALE OMGEVING WAARIN CLIËNTEN ZICH GOED KUNNEN VOELEN

✓ 2023: 89% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

Bijna 9 op de 10 voorzieningen (89%) creëren op minstens 3 manieren een fysieke en/of sociale omgeving waarin cliënten zich goed kunnen voelen. De 3 meest voorkomende manieren zijn: (1) rust- en ontspanningsplekken voorzien (bv. stille ruimte/ruimte om zich terug te trekken, snoezelruimte, gevoelsplekken of gevoelshoekjes, groene buitenruimte of tuin) (88%); (2) werken met duidelijke routines en rituelen (bv. een vaste dagstructuur, een vast ritueel wanneer de cliënten in de (leef)groep komen, een weekafsluiter, een ritueel om nieuwe cliënten in de (leef)groep te verwelkomen) (84%); en (3) (georganiseerde) rust- en ontspanningsmomenten voorzien (bv. rustige muziek opzetten, yoga, relaxatieoefeningen, rustige spelletjes of activiteiten) (84%).

5 Wat doet jouw voorziening zodat cliënten zich goed voelen? Dit kan gaan over positieve emoties ervaren, evenwicht vinden tussen positieve en negatieve emoties, algemene levenstevredenheid.

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



Totaal aantal respondenten: 85

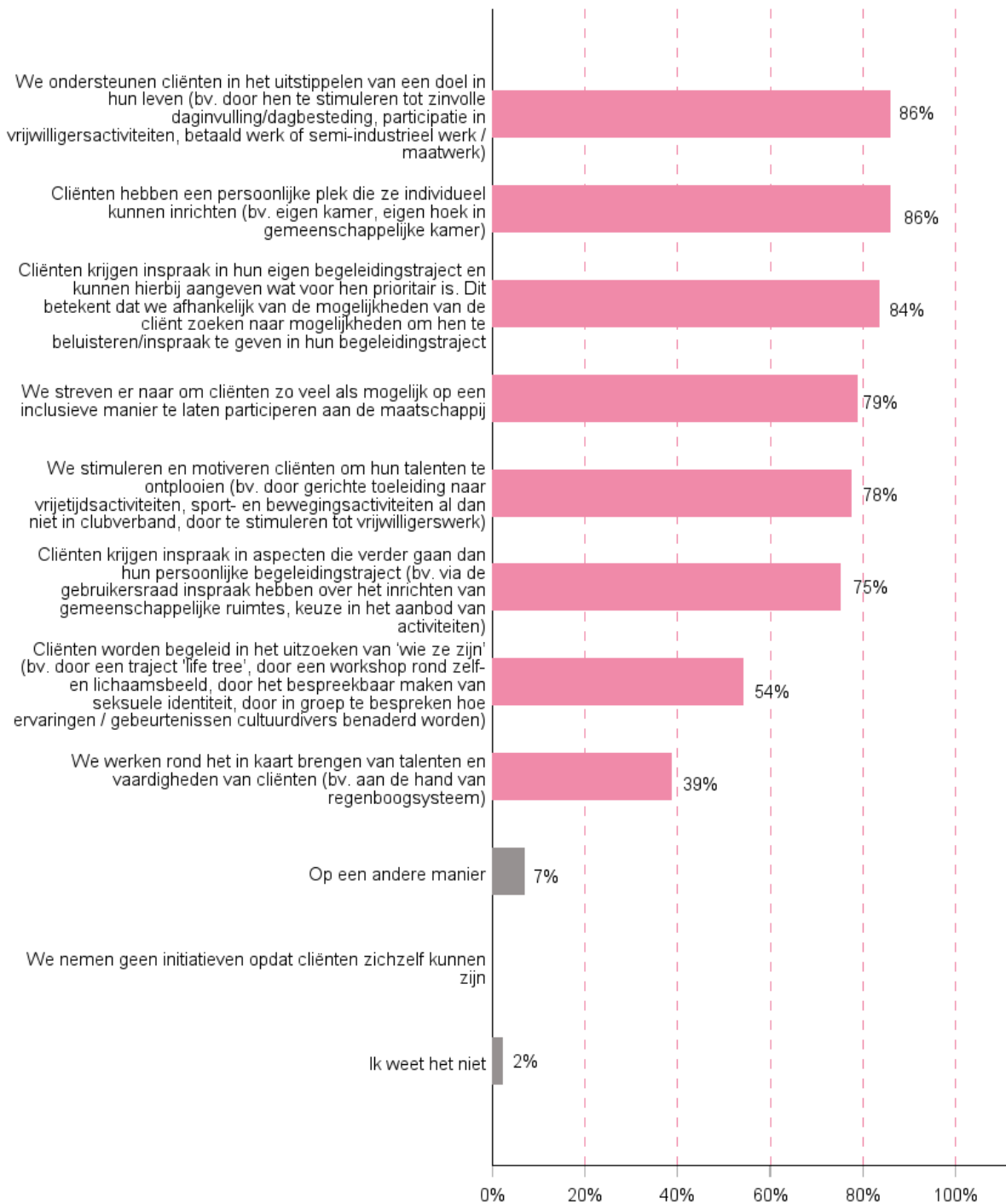
KWALITEITSCRITERIUM 2. DE VOORZIENING CREËERT OP MINSTENS 3 MANIEREN EEN FYSIEKE EN/OF SOCIALE OMGEVING WAARIN CLIËNTEN ZICHZELF KUNNEN ZIJN

- ✓ 2023: 92% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

92% van de voorzieningen creëert op minstens 3 manieren een fysieke en/of sociale omgeving waarin cliënten zichzelf kunnen zijn. De 3 meest voorkomende manieren zijn: (1) cliënten ondersteunen in het uitstippelen van een doel in hun leven (bv. door hen te stimuleren tot zinvolle daginvulling/dagbesteding, participatie in vrijwilligersactiviteiten, betaald werk of semi-industrieel werk/maatwerk) (86%); (2) cliënten een persoonlijke plek geven die ze individueel kunnen inrichten (bv. eigen kamer, eigen hoek in gemeenschappelijke kamer) (86%); en (3) cliënten inspraak geven in hun eigen begeleidingstraject en hen laten aangeven wat voor hen prioritair is. Dit betekent dat er, afhankelijk van de capaciteiten van de cliënt, gezocht wordt naar mogelijkheden om naar hen te luisteren/hen inspraak te geven in hun begeleidingstraject (84%).

6 Wat doet jouw voorziening opdat cliënten zichzelf kunnen zijn? Dit kan gaan over: weten wat je écht belangrijk vindt, weten waar je goed en minder goed in bent (talenten), weten wie je bent (identiteit), doelen hebben en daarvoor gaan.

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



Totaal aantal respondenten: 85

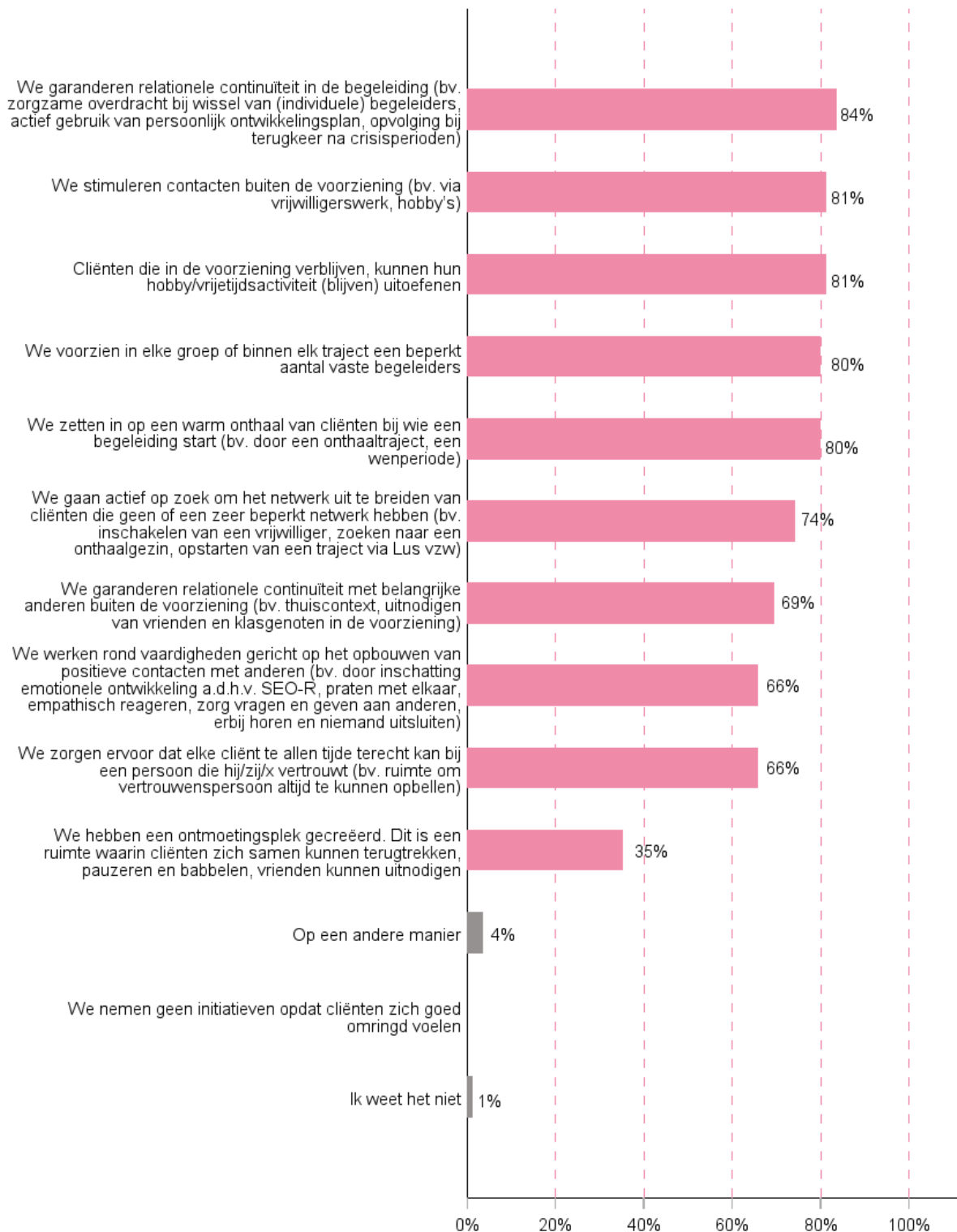
KWALITEITSCRITERIUM 3. DE VOORZIENING CREËERT OP MINSTENS 3 MANIEREN EEN FYSIEKE EN/OF SOCIALE OMGEVING WAARIN CLIËNTEN ZICH GOED OMRINGD VOELEN

- ✓ 2023: 94% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

94% van de voorzieningen creëert op minstens 3 manieren een fysieke en/of sociale omgeving waarin cliënten zich goed omringd voelen. De 3 meest voorkomende manieren zijn: (1) garanderen van relationele continuïteit in de begeleiding (bv. zorgzame overdracht bij wissel van (individuele) begeleiders, actief gebruik van persoonlijk ontwikkelingsplan, opvolging bij terugkeer na crisisperioden) (84%); (2) stimuleren van contacten buiten de voorziening (bv. via vrijwilligerswerk, hobby's) (81%); en (3) ervoor zorgen dat cliënten die in de voorziening verblijven, hun hobby's/vrijtijdsactiviteit kunnen (blijven) uitoefenen (81%).

7 Wat doet jouw voorziening zodat de cliënten zich goed omringd voelen? Dit kan gaan over mensen hebben die je kunt vertrouwen en waarop je kunt rekenen, iets betekenen voor anderen, dankbaarheid.

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



Totaal aantal respondenten: 85

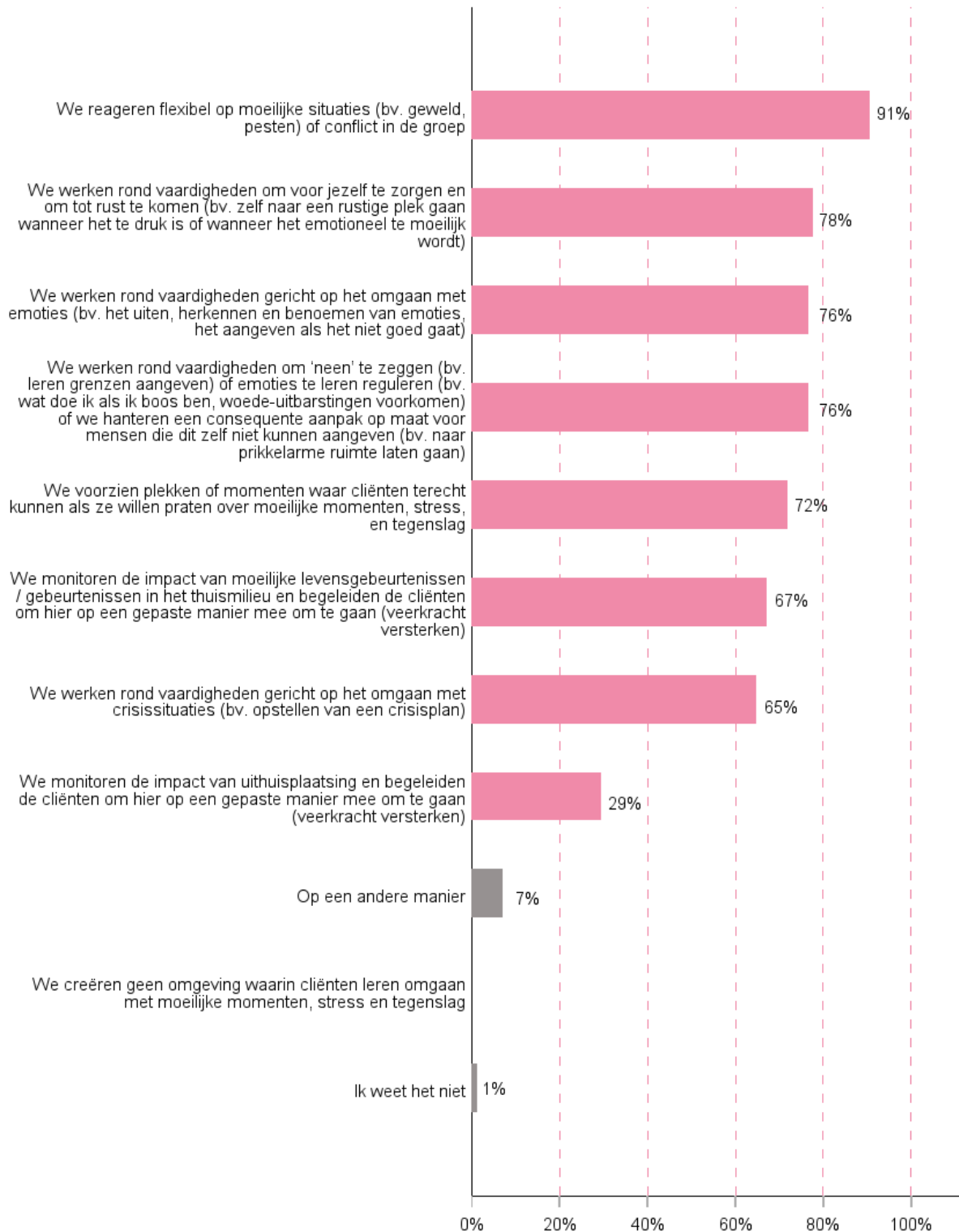
KWALITEITSCRITERIUM 4. DE VOORZIENING CREËERT OP MINSTENS 3 MANIEREN EEN FYSIEKE EN/OF SOCIALE OMGEVING WAARIN CLIËNTEN LEREN OMGAAN MET MOEILIJKE MOMENTEN, STRESS EN TEGENSLAG

- ✓ 2023: 92% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

92% van de voorzieningen creëert op minstens 3 manieren een fysieke en/of sociale omgeving waarin cliënten leren omgaan met moeilijke momenten, stress en tegenslag. De 3 meest voorkomende manieren – waarvan de laatste twee even vaak voorkomen – zijn: (1) flexibel reageren op moeilijke situaties (bv. geweld, pesten) of conflict in de groep (91%); (2) werken rond vaardigheden om voor jezelf te zorgen en om tot rust te komen (bv. zelf naar een rustige plek gaan wanneer het te druk is of wanneer het emotioneel te moeilijk wordt) (78%); en (3a) werken rond vaardigheden gericht op het omgaan met emoties (bv. het uiten, herkennen en benoemen van emoties, het aangeven als het niet goed gaat) (76%) en (3b) werken rond vaardigheden om ‘neen’ te zeggen (bv. leren grenzen aangeven) of emoties te leren reguleren (bv. wat doe ik als ik boos ben, woede-uitbarstingen voorkomen) of hanteren van een consequente aanpak op maat voor mensen die dit zelf niet kunnen aangeven (bv. naar prikkelarme ruimte laten gaan) (76%).

8 Op welke manier creëert jouw voorziening een omgeving waarin cliënten leren omgaan met moeilijke momenten, stress en tegenslag?

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



Totaal aantal respondenten: 85

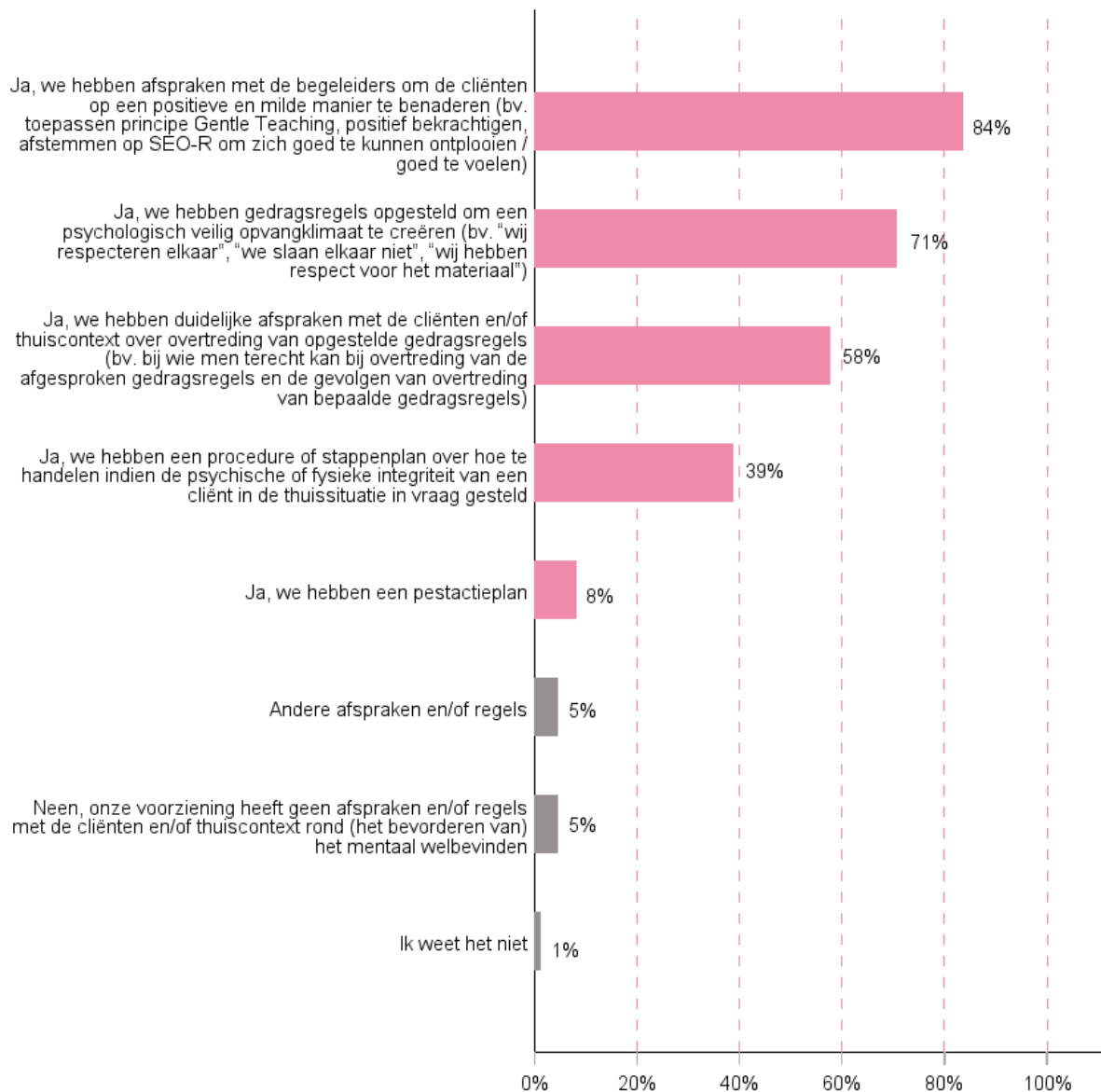
KWALITEITSCRITERIUM 5. DE VOORZIENING CREËERT OP MINSTENS 3 MANIEREN EEN PSYCHOLOGISCH VEILIG (OPVANG)KLIMAAT A.D.H.V. AFSPRAKEN EN REGELS

- ✓ 2023: 54% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

Iets meer dan de helft van de voorzieningen (54%) creëert op minstens 3 manieren een psychologisch veilig (opvang)klimaat a.d.h.v. afspraken en regels. De 3 meest voorkomende manieren zijn: (1) afspraken hebben met de begeleiders om de cliënten op een positieve en milde manier te benaderen (bv. toepassen principe Gentle Teaching, positief bekrachtigen, afstemmen op SEO-R om zich goed te kunnen ontplooiën/goed te voelen (84%); (2) gedragsregels opstellen om een psychologisch veilig opvangklimaat te creëren (bv. “wij respecteren elkaar”, “we slaan elkaar niet”, “wij hebben respect voor het materiaal”) (71%); en (3) duidelijke afspraken hebben met de cliënten en/of thuiscontext over overtreding van opgestelde gedragsregels (bv. bij wie men terecht kan bij overtreding van de afgesproken gedragsregels) en de gevolgen van een overtreding (58%).

9 Heeft jouw voorziening afspraken en/of regels over (het bevorderen van) mentaal welbevinden?

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



Totaal aantal respondenten: 85

KWALITEITSCRITERIUM 6. MEDEWERKERS* NEMEN OP MINSTENS 2 MANIEREN EEN VOORBEELDROL OP NAAR DE CLIËNTEN ROND HET VERSTERKEN VAN MENTAAL WELBEVINDEN

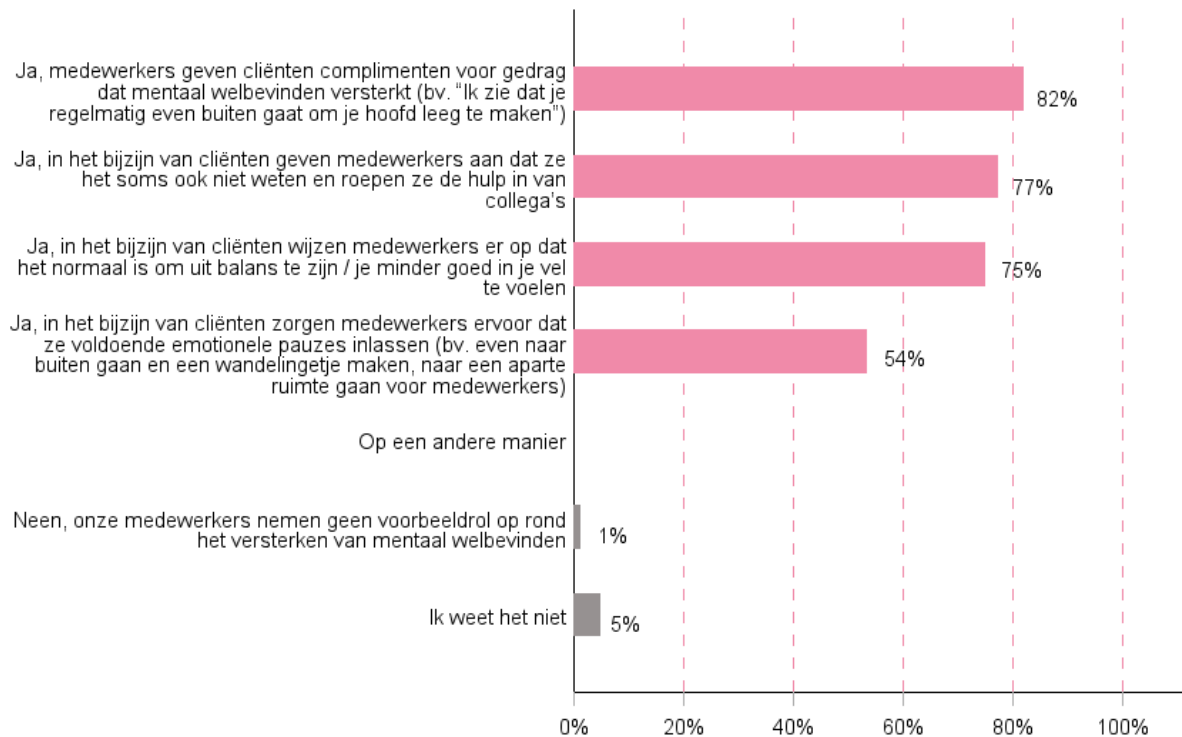
*Dit zijn begeleiders, leidinggevend en administratief personeel.

- ✓ 2023: 84% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

84% van de voorzieningen neemt op minstens 2 manieren een voorbeeldrol op naar cliënten rond het versterken van mentaal welbevinden. Medewerkers die de cliënten complimenten geven voor gedrag dat mentaal welbevinden versterkt (bv. "Ik zie dat je regelmatig even buiten gaat om je hoofd leeg te maken.") (82%) en medewerkers die in het bijzijn van cliënten aangeven dat ze het soms ook niet weten en de hulp van collega's inroepen (77%) zijn de 2 meest voorkomende manieren om een voorbeeldrol op te nemen.

10 Nemen medewerkers een voorbeeldrol op naar de cliënten rond het versterken van mentaal welbevinden? Met medewerkers bedoelen we leidinggevend, begeleiders en administratief personeel.

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.




Totaal aantal respondenten: 85

KWALITEITSCRITERIUM 7. DE VOORZIENING OBSERVEERT EN MONITORT HET MENTAAL WELBEVINDEN VAN DE CLIËNTEN*

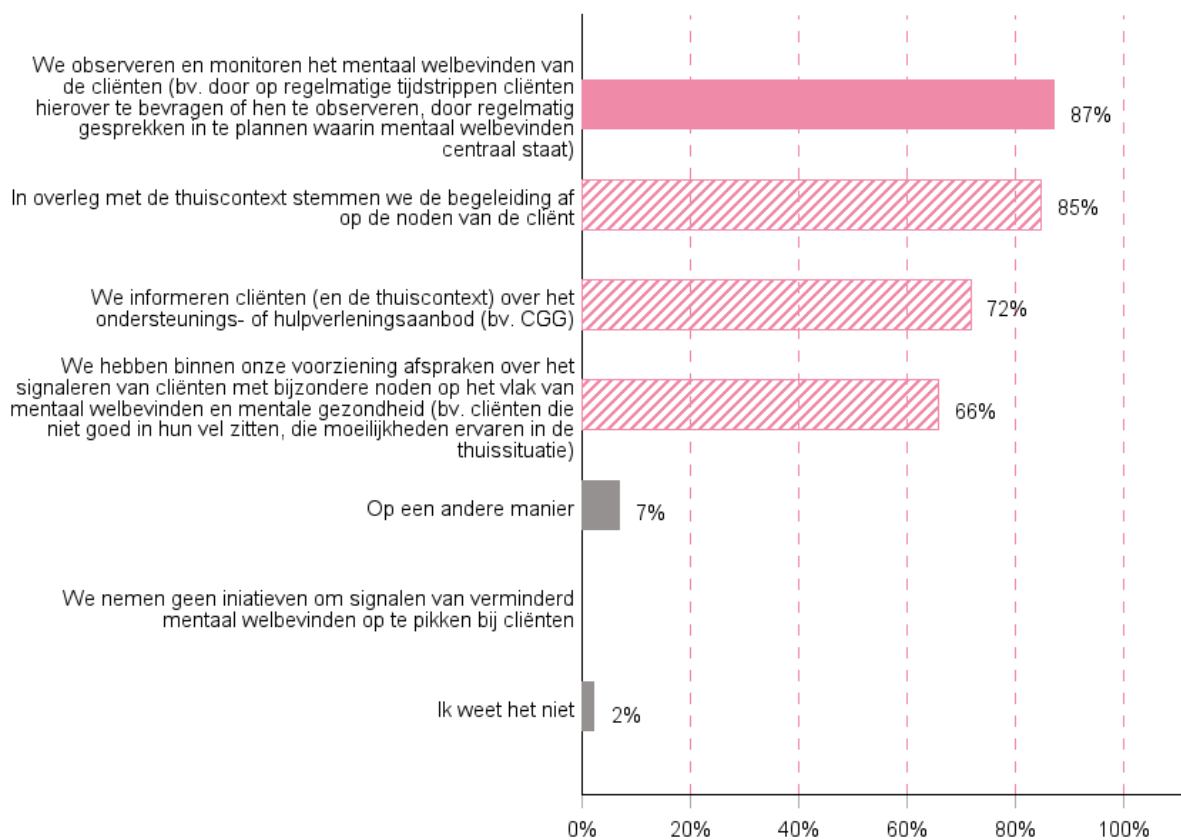
* bv. door op regelmatige tijdstippen cliënten hierover te bevragen, hen te observeren of door regelmatig gesprekken in te plannen waarin mentaal welbevinden centraal staat

- ✓ 2023: 87% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

87% van de voorzieningen observeert en monitort het mentaal welbevinden van de cliënten (bv. door op regelmatige tijdstippen cliënten hierover te bevragen, hen te observeren of door regelmatig gesprekken in te plannen waarin mentaal welbevinden centraal staat) (zie de gekleurde balk  in [grafiek 11](#)).

11 Wat doet jouw voorziening om signalen van verminderd mentaal welbevinden op te pikken bij cliënten?


De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



Totaal aantal respondenten: 85

KWALITEITSCRITERIUM 8. DE VOORZIENING ONDERNEEMT MINSTENS 2 INITIATIEVEN OM IN TE SPELEN OP SIGNALLEN VAN VERMINDERD MENTAAL WELBEVINDEN BIJ CLIËNTEN

- ✓ 2023: 92% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

92% van de voorzieningen onderneemt minstens 2 initiatieven om in te spelen op signalen van verminderd mentaal welbevinden bij cliënten (zie de gearceerde balkjes  in de vorige **grafiek 11**). De 2 meest genomen initiatieven zijn: (1) in overleg met de thuiscontext de begeleiding afstemmen op de noden van de cliënt (85%); en (2) de cliënten (en de thuiscontext) informeren over het ondersteunings- of hulpverleningsaanbod (bv. CCG) (72%).

KWALITEITSCRITERIUM 9. DE VOORZIENING GEEFT OP MINSTENS 1 MANIER ONDERSTEUNING AAN CLIËNTEN DIE KLACHTEN ONTWIKKELEN OP HET VLAK VAN GEESTELIJKE GEZONDHEID*

*bv. krassen of snijden, agressie, angstklachten, aanhoudende depressieve stemming, ...

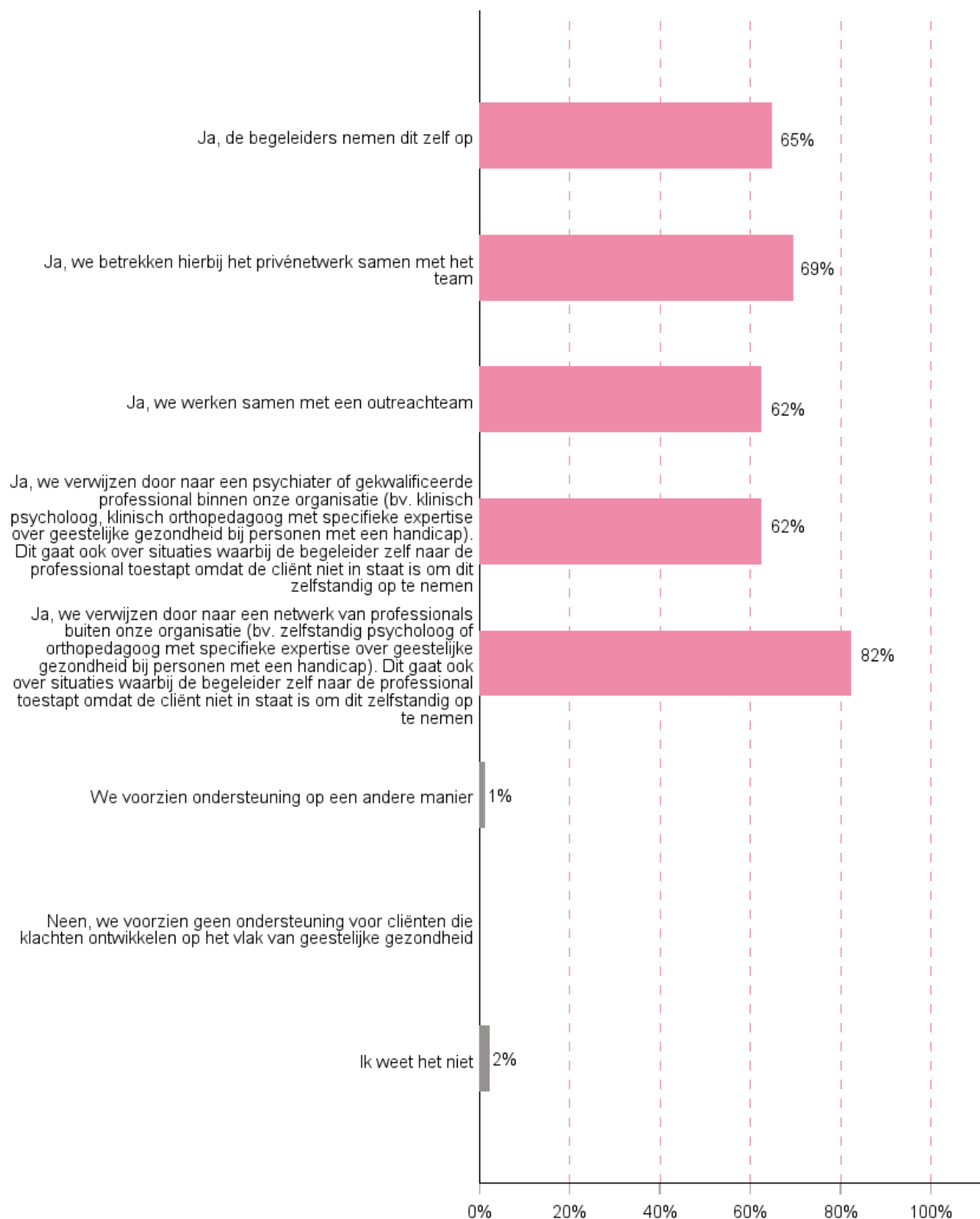
- ✓ 2023: 97% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

Bijna alle voorzieningen (97%) geven op minstens 1 manier ondersteuning. De meest voorkomende manier, bij 82% van de voorzieningen, is de cliënten doorverwijzen naar een netwerk van professionals buiten de organisatie (bv. zelfstandig psycholoog of orthopedagoog met specifieke expertise over geestelijke gezondheid bij personen met een handicap). Dit gaat ook over situaties waarbij de begeleiding naar de professional toestapt omdat de cliënt niet in staat is om dit zelfstandig op te nemen.

Verder zien we dat 69% aangeeft dat ze (ook) het privénetwerk betrekken, en bij 65% nemen de begeleiders dit (ook) zelf op. 62% werkt (ook) samen met een outreachteam en 62% verwijst (ook) door naar een psychiater of gekwalificeerde professional binnen de organisatie (bv. klinisch psycholoog, klinisch orthopedagoog met specifieke expertise over geestelijke gezondheid bij personen met een handicap).

12 Wordt er ondersteuning voorzien voor cliënten die klachten ontwikkelen op vlak van geestelijke gezondheid? (bv. krassen of snijden, agressie, angstklachten, aanhoudende depressieve stemming)

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



Totaal aantal respondenten: 85

KWALITEITSCRITERIUM 10. DE VOORZIENING VERWIJST MINSTENS 21% VAN DE CLIËNTEN DIE KLACHTEN ONTWIKKELEN OP HET VLAK VAN GEESTELIJKE GEZONDHEID DOOR NAAR EEN PROFESSIONAL BINNEN DE VOORZIENING OF NAAR EEN NETWERK VAN PROFESSIONALS BUITEN DE VOORZIENING

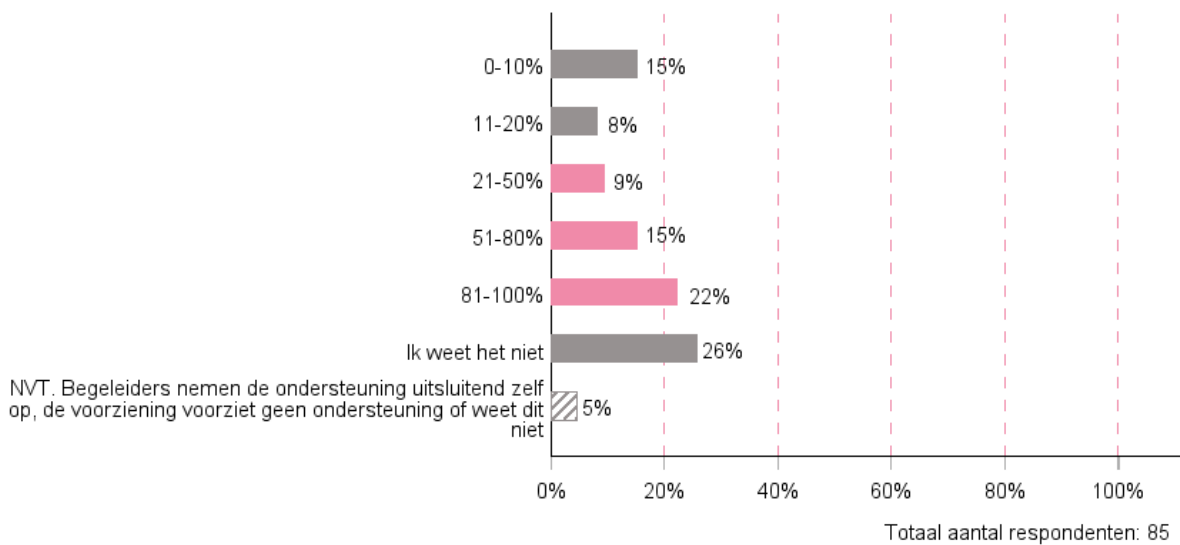
- ✓ 2023: 46% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

46% van de voorzieningen verwijst minstens 21% van de cliënten die klachten ontwikkelen op vlak van geestelijke gezondheid door naar een professional binnen de voorziening of naar een netwerk van professionals buiten de voorziening.

13 Hoeveel percent van de cliënten die klachten ontwikkelen op vlak van geestelijke gezondheid verwijst jouw voorziening door naar een professional binnen de voorziening of naar een netwerk van professionals buiten de organisatie? Dit gaat ook over situaties waarbij de begeleider wordt doorverwezen omdat de cliënt niet in staat is om dit zelfstandig op te nemen.

Deze vraag werd niet gesteld aan voorzieningen die in de voorgaande vraag (zie **grafiek 12**) aangaven dat de begeleiders uitsluitend zelf ondersteuning voorzien, de voorziening geen ondersteuning voorziet of dit niet weten (N=5%). Zij voldoen ook niet aan kwaliteitscriterium 10. In onderstaande grafiek geven we deze respondenten weer als 'NVT. Begeleiders nemen de ondersteuning uitsluitend zelf op, de voorziening voorziet geen ondersteuning of weet dit niet'.

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



SAMENVATTING

Hieronder vatten we de belangrijkste resultaten samen met betrekking tot de criteria voor een kwaliteitsvol beleid rond mentaal welbevinden in de huidige editie van de Preventiepeiling. **Grafiek 14** op de volgende pagina geeft voor elk van de kwaliteitscriteria weer hoeveel voorzieningen voor personen met een handicap aan dit criterium voldoen. **Grafiek 15** geeft het cumulatief aantal behaalde criteria weer voor een kwaliteitsvol beleid rond mentaal welbevinden.

STAND VAN ZAKEN BELEID ROND MENTAAL WELBEVINDEN (2023)

- Gemiddeld voldoen voorzieningen voor personen met een handicap aan 8 van de 10 criteria voor een kwaliteitsvol beleid rond mentaal welbevinden (8 = het gemiddeld aantal behaalde criteria).
- 26% voldoet aan alle 10 de criteria voor een kwaliteitsvol beleid rond mentaal welbevinden.
- 1% voldoet aan geen enkel criterium voor een kwaliteitsvol beleid rond mentaal welbevinden.

Waarop wordt het meest ingezet?

- Op minstens 1 manier ondersteuning voorzien voor cliënten die klachten ontwikkelen op het vlak van geestelijke gezondheid (97%).
- Op minstens 3 manieren een fysieke en/of sociale omgeving creëren waarin cliënten zich goed omringd voelen (94%).

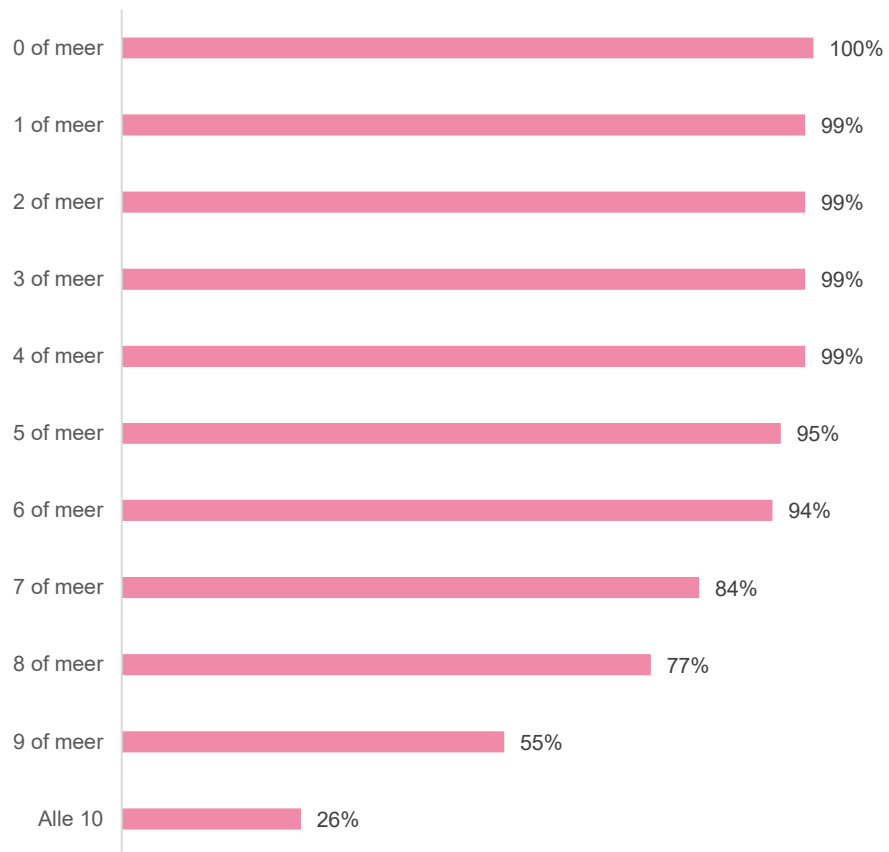
Waarop wordt het minst ingezet?

- Op minstens 3 manieren een psychologisch veilig (opvang)klimaat creëren a.d.h.v. afspraken en regels (54%).
- Minstens 21% van de cliënten die klachten ontwikkelen op vlak van geestelijke gezondheid doorverwijzen naar een professional binnen de voorziening of naar een netwerk van professionals buiten de organisatie (46%).

14 Aandeel voorzieningen dat aan de criteria voor een kwaliteitsvol beleid rond mentaal welbevinden voldoet (2023)



15 Cumulatief aantal behaalde criteria voor een kwaliteitsvol beleid rond mentaal welbevinden (2023)



VOEDING



83

DEELNEMENDE
VOORZIENINGEN

KWALITEITSCRITERIA

BASISKWALITEITSCRITERIA

1

De voorziening biedt ongezonde dranken* minder dan 1 keer per week, enkel bij speciale gelegenheden of nooit aan.

*Dit zijn: gesuikerde fruitdranken en -nectars (bv. Capri-Sun, Oasis), gezoete melk (bv. chocomelk) of gezoete calciumverrijkte sojadranken, gesuikerde frisdranken, light of zero frisdranken en sportdranken (bv. Aquarius) of energiedranken.

2

De voorziening neemt minstens 3 initiatieven om gezonde voeding bij de cliënten te stimuleren:

1. samen met de cliënten een boodschappenlijstje maken en daarbij aandacht schenken aan gezonde, gevarieerde en milieubewuste voeding (bv. veel groenten, volkoren granen/brood/pasta);
2. samen met de cliënten naar de winkel gaan en daarbij aandacht schenken aan gezonde, gevarieerde en milieubewuste voeding (bv. etiketten leren lezen, seizoensgroenten kiezen);
3. samen met de cliënten koken, met aandacht voor gezonde, gevarieerde en milieubewuste maaltijden (bv. gezonde brooddoos leren maken, restjes leren verwerken);
4. zorgen dat cliënten de hele dag toegang hebben tot water, thee en/of (deca)koffie;
5. inzetten op nudges (nudges zijn subtiele duwtjes die, via kleine aanpassingen in de omgeving of in communicatie, ons gedrag richting gezonde keuzes kunnen sturen) om van de gezonde keuze de makkelijkste keuze te maken (bv. fruit duidelijk zichtbaar in de leefruimte, groenten worden aantrekkelijk gepresenteerd, water op tafel plaatsen, koeken niet op aanrecht of tafel maar in kast bewaren, gezonde recepten zichtbaar in leefruimte ter beschikking stellen);
6. de cliënten (en thuiscontext) vragen om gezonde producten en traktaties mee te geven/brengen bij speciale gelegenheden zoals verjaardagen of afscheid van cliënten (bv. fruit of groenten, producten die niet te vet, zout of zoet zijn, zoals rozijntjes, of iets dat niet aan voeding is gerelateerd);
7. zorgen dat er geen afleiding is aan tafel door smartphone, televisie of andere beeldschermen.

3

Medewerkers* nemen op minstens 2 van volgende manieren een voorbeeldrol op naar de cliënten rond gezonde voeding:

*Dit zijn begeleiders, leidinggevend en administratief personeel.

1. in het bijzijn van de cliënten maken medewerkers de gezonde keuze (bv. gezonde tussendoortjes eten, veel water drinken);
2. in het bijzijn van de cliënten praten medewerkers positief over gezonde voeding;
3. medewerkers moedigen cliënten actief aan om de gezonde keuze te maken;
4. medewerkers bekrachtigen cliënten die gezond eten door dit expliciet te benoemen (bv. "Ik heb gezien dat je geproefd hebt van de wortelen, super!");
5. in het bijzijn van de cliënten gebruiken medewerkers geen smartphone (voor privé zaken) of kijken ze geen tv tijdens de maaltijden.

4

De voorziening heeft meer stimulerende dan beperkende afspraken en/of regels* over gezonde voeding.

*Stimulerende afspraken zijn afspraken die gezonde voeding stimuleren (bv. bij boterhammen worden altijd groenten voorzien) en beperkende afspraken zijn afspraken die ongezonde voeding beperken (bv. cliënten mogen maximaal 1 keer per week een ongezond tussendoortje eten).

5

De voorziening zet op minstens 2 van volgende manieren in op leren en sensibiliseren van cliënten over gezonde voeding (kennis en vaardigheden):

1. via (samen) doen (bv. kookworkshops, etiketten lezen met begeleider, samen inkopen doen, educatief spel);
2. via laten zien (bv. affiches, een keuken die toegankelijk is voor de cliënten, brochures, filmavond, theaterstuk);
3. via laten luisteren (bv. infosessies, advies diëtisten);
4. via laten reflecteren (bv. (groeps)gesprek, gesprek met individuele begeleider);
5. via samen beslissen (bv. inspraak in de afspraken en regels over voeding, het voedingsaanbod).

6

De voorziening geeft op minstens 1 van volgende manieren ondersteuning aan cliënten met bijzondere noden rond voeding*.

*bv. diabetes, overgewicht, ondergewicht

7

De voorziening verwijst minstens 21% van de cliënten met bijzondere noden rond voeding* door naar een professional binnen de voorziening of naar een netwerk van professionals buiten de organisatie.

*bv. slikprobleem, medische diëten (zoutarm), niet willen eten, diabetes, overgewicht, ondergewicht

KWALITEITSCRITERIA AANBOD TUSSENDOORTJES

Goed om te weten: we berekenen de kwaliteitscriteria voor tussendoortjes afzonderlijk van de basiscriteria voor voeding omdat niet alle voorzieningen tussendoortjes aanbieden aan de cliënten. 75 voorzieningen (90%) geven tussendoortjes.

1

De voorziening biedt minstens 1 gezond tussendoortje* dagelijks aan.

*Dit is: vers fruit, verse groenten, ongezouten noten en ongezoete melkproducten (ongezoete yoghurt natuur of alternatief op basis van soja (ongezoet en calciumverrijkt) of ongezoete verse kaas natuur).

2

De voorziening biedt ongezonde tussendoortjes* maximaal 1 keer per week aan.

*Dit zijn: koeken, wafels, cake, taart, snoep, chocolade, snoeprepen, koffiekoeken, croissants, donuts, worstenbroodjes, zoute snacks en gezoete melkproducten (yoghurt met fruit [met toegevoegde suikers of zoetstof], pudding, rijstpap of alternatief op basis van soja [gezoet en calciumverrijkt]).

KWALITEITSCRITERIA AANBOD WARME MAALTIJDEN

Goed om te weten: we berekenen de kwaliteitscriteria voor warme maaltijden afzonderlijk van de basiscriteria voor voeding omdat niet alle voorzieningen warme maaltijden aanbieden aan de cliënten. 80 voorzieningen (96%) serveren warme maaltijden.

1

De voorziening biedt bij de warme maaltijden dagelijks een volwaardige groenteportie* aan.

*Dit is een half bord.

2

De voorziening biedt bij de warme maaltijden maximaal 1 keer per week gefrituurde aardappelproducten* aan.

*bv. frieten of kroketten

3

De voorziening biedt bij de warme maaltijden minstens 1 keer per week een plantaardige vleesvervanger* aan.

*bv. peulvruchten (bv. kikkererwten, rode of witte bonen), tofu of quorn. Hiermee bedoelen we geen groenteburgers.

KWALITEITSCRITERIUM AANBOD BROODMAALTIJDEN

Goed om te weten: we berekenen het kwaliteitscriterium voor broodmaaltijden afzonderlijk van de basiskwaliteitscriteria voor voeding omdat niet alle voorzieningen broodmaaltijden aanbieden aan de cliënten. 77 voorzieningen (93%) serveren broodmaaltijden.

1

De voorziening biedt bij de broodmaaltijden minstens 1 keer per week plantaardig beleg* aan.

*bv. hummus, notenpasta, groentespread (chocopasta valt hier niet onder)

RESULTATEN

BASISCRITERIA

BASISCRITERIUM 1. DE VOORZIENING BIJDT ONGEZONDE DRANKEN* MINDER DAN 1 KEER PER WEEK, ENKEL BIJ SPECIALE GELEGENHEDEN OF NOOIT AAN

*Dit zijn: gesuikerde fruitdranken en -nectars (bv. Capri-Sun, Oasis), gezoete melk (bv. chocomelk) of gezoete calciumverrijkte sojadranken, gesuikerde frisdranken, light of zero frisdranken en sportdranken (bv. Aquarius) of energiedranken.

- ✓ 2023: 60% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

In 6 op 10 voorzieningen (60%) worden ongezonde dranken minder dan 1 keer per week, enkel bij speciale gelegenheden of nooit aangeboden. We zien dat voornamelijk gezoete melk of gezoete calciumverrijkte sojadranken (64%) en light of zerodranken (70%) nog frequent worden aangeboden.

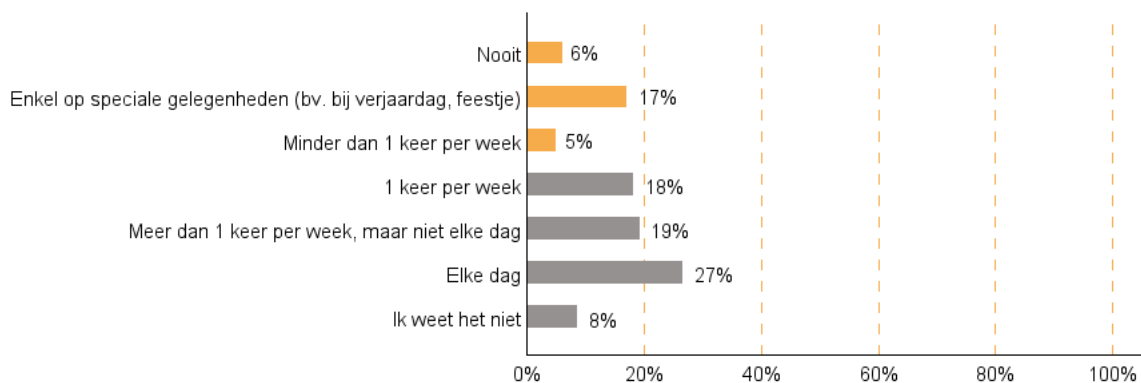
Sport- of energiedranken en alcoholvrije varianten van alcoholische dranken worden in 75% van de voorzieningen minder dan 1 keer per week, enkel bij speciale gelegenheden of nooit aangeboden. 28% van de voorzieningen biedt gezoete melk of gezoete calciumverrijkte sojadrank binnen de aanbevolen frequentie aan. Gesuikerde fruitdranken en -nectars en gesuikerde frisdranken worden respectievelijk door 55% en 45% van de voorzieningen binnen de aanbevolen frequentie aangeboden.

GEZOETE MELK OF GEZOETE CALCIUMVERRIJKTE SOJADRANK

28% van de voorzieningen biedt gezoete melk (bv. chocolademelk) of gezoete calciumverrijkte sojadrink aan binnen de aanbevolen frequentie: 6% biedt dit nooit aan, 17% enkel op speciale gelegenheden (bv. bij verjaardag, feestje), en 5% minder dan 1 keer per week. Opvallend is dat 27% dagelijks gezoete melk of gezoete calciumverrijkte sojadrink aanbiedt.

16 Hoe vaak is gezoete melk (bv. chocolademelk) of gezoete calciumverrijkte sojadrink beschikbaar in jouw voorziening? Denk aan wat op tafel staat, aanwezig is in de kast/automaat/interne winkel. Dit doorgaans voor alle cliënten over alle (leef)groepen heen.

De respondent kon 1 antwoord selecteren.



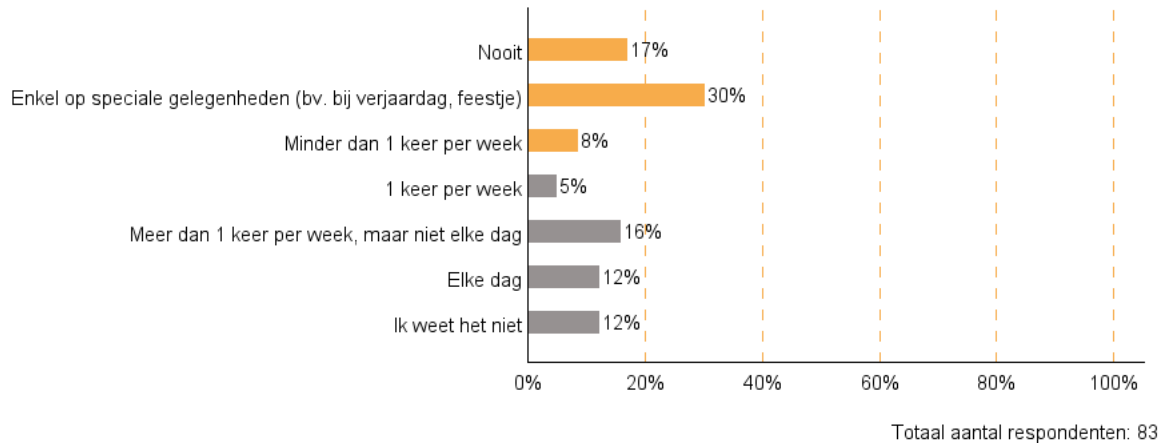
Totaal aantal respondenten: 83

GESUIKERDE FRUITDRANKEN EN -NECTARS

Iets meer dan de helft van de voorzieningen (55%) biedt gesuikerde fruitdranken en -nectars (bv. Capri-Sun, Oasis) aan binnen de aanbevolen frequentie: 17% biedt dit nooit aan, 30% enkel op speciale gelegenheden en 8% minder dan 1 keer per week.

17 Hoe vaak zijn gesuikerde fruitdranken en -nectars (bv. Capri-Sun, Oasis) beschikbaar in jouw voorziening? Denk aan wat op tafel staat, aanwezig is in de kast/automaat/interne winkel. Dit doorgaans voor alle cliënten over alle (leef)groepen heen.

De respondent kon 1 antwoord selecteren.

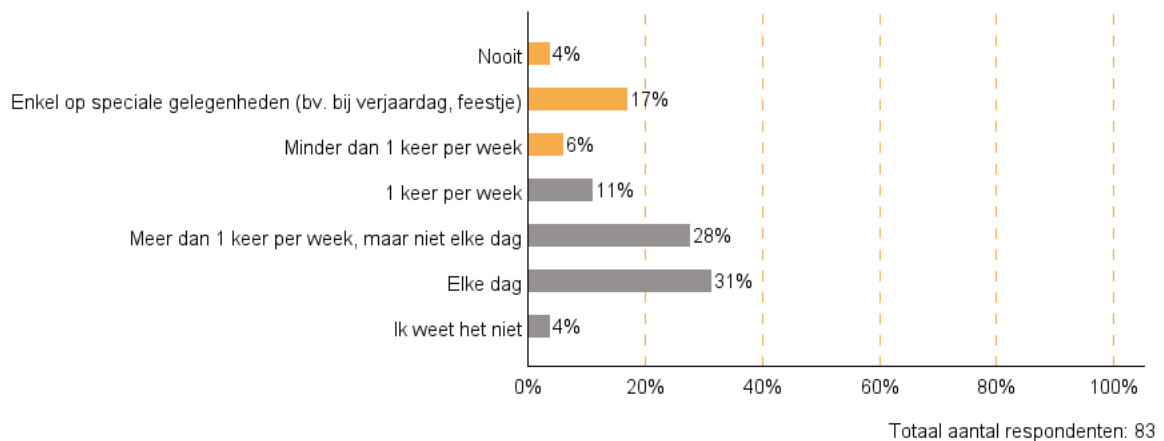


LIGHT OF ZERO FRISDRANKEN

Bij 27% van de voorzieningen zijn light of zero frisdranken nooit (4%), enkel bij speciale gelegenheden (17%) of minder dan 1 keer per week (6%) beschikbaar. Wat opvalt is dat 31% van de voorzieningen aangeeft dagelijks light of zero frisdranken aan te bieden, en 28% meer dan 1 keer per week.

18 Hoe vaak zijn light of zero frisdranken beschikbaar in jouw voorziening? Denk aan wat op tafel staat, aanwezig is in de kast/automaat/interne winkel. Dit doorgaans voor alle cliënten over alle (leef)groepen heen.

De respondent kon 1 antwoord selecteren.

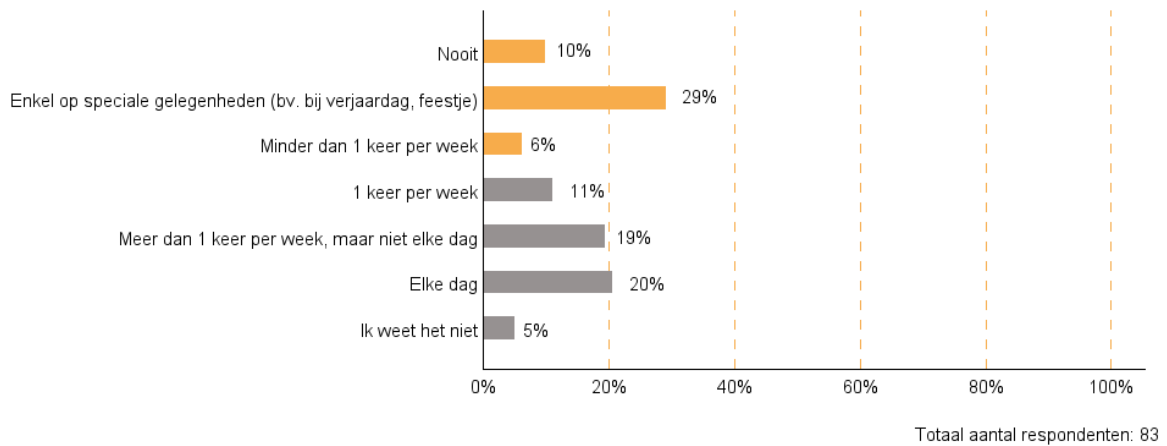


GESUIKERDE FRISDRANKEN

Gesuikerde frisdranken zijn in 45% van de voorzieningen minder dan 1 keer per week tot nooit beschikbaar. Opvallend is dat 20% van de voorzieningen aangeeft dagelijks gesuikerde frisdranken aan te bieden, en 19% meer dan 1 keer per week maar niet elke dag.

19 Hoe vaak zijn gesuikerde frisdranken beschikbaar in jouw voorziening? Denk aan wat op tafel staat, aanwezig is in de kast/automaat/interne winkel. Dit doorgaans voor alle cliënten over alle (leef)groepen heen.

De respondent kon 1 antwoord selecteren.

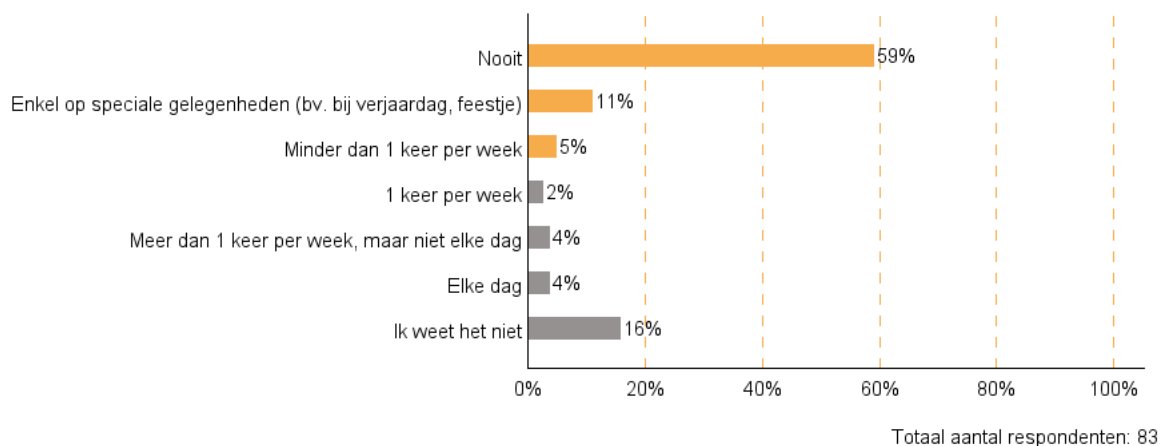


SPORTDRANKEN OF ENERGIEDRANKEN

Bij de meerderheid van de voorzieningen (75%) zijn sportdranken (bv. Aquarius) of energiedranken binnen de aanbevolen frequentie beschikbaar: 5% van de voorzieningen biedt deze minder dan 1 keer per week aan, 11% enkel op speciale gelegenheden en 59% biedt deze dranken nooit aan.

20 Hoe vaak zijn sportdranken (bv. Aquarius) of energiedranken beschikbaar in jouw voorziening? Denk aan wat op tafel staat, aanwezig is in de kast/automaat/interne winkel. Dit doorgaans voor alle cliënten over alle (leef)groepen heen.

De respondent kon 1 antwoord selecteren.



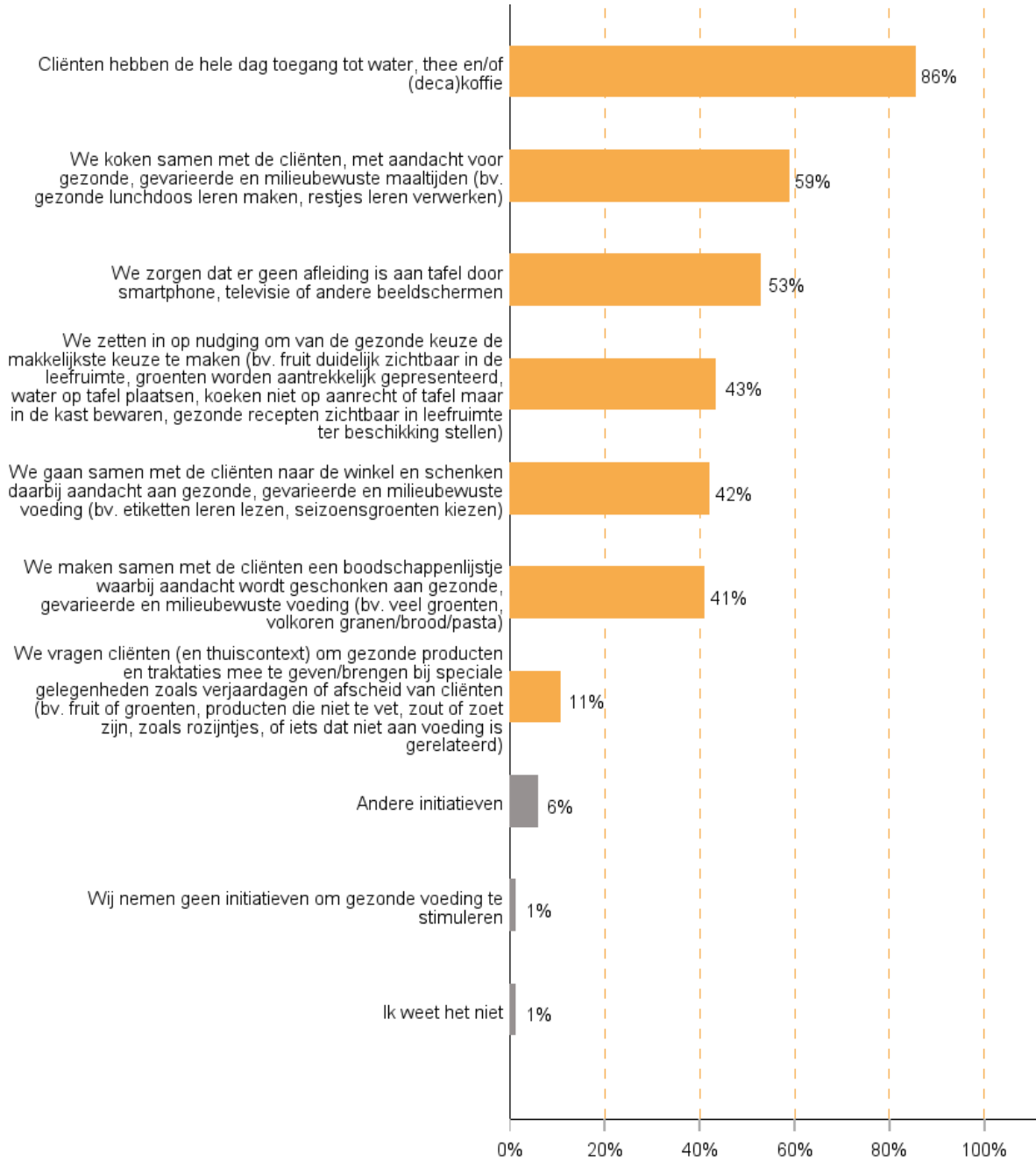
BASISCRITERIUM 2. DE VOORZIENING NEEMT MINSTENS 3 INITIATIEVEN OM GEZONDE VOEDING BIJ DE CLIËNTEN TE STIMULEREN

- ✓ 2023: 48% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

Ongeveer de helft van de voorzieningen (48%) neemt minstens 3 initiatieven om gezonde voeding bij de cliënten te stimuleren. De 3 meest voorkomende initiatieven zijn: (1) zorgen dat cliënten de hele dag toegang hebben tot water, thee en/of (deca)koffie (86%); (2) samen koken met de cliënten met aandacht voor gezonde, gevarieerde en milieubewuste maaltijden (bv. gezonde brooddoos leren maken, restjes leren verwerken) (59%); en (3) zorgen dat er geen afleiding is aan tafel door smartphone, televisie of andere beeldschermen (53%).

21 Welke initiatieven neemt jouw voorziening om gezonde voeding bij de cliënten te stimuleren?

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



Totaal aantal respondenten: 83

BASISCRITERIUM 3. MEDEWERKERS* NEMEN OP MINSTENS 2 MANIEREN EEN VOORBEELDROL OP NAAR DE CLIËNTEN ROND GEZONDE VOEDING

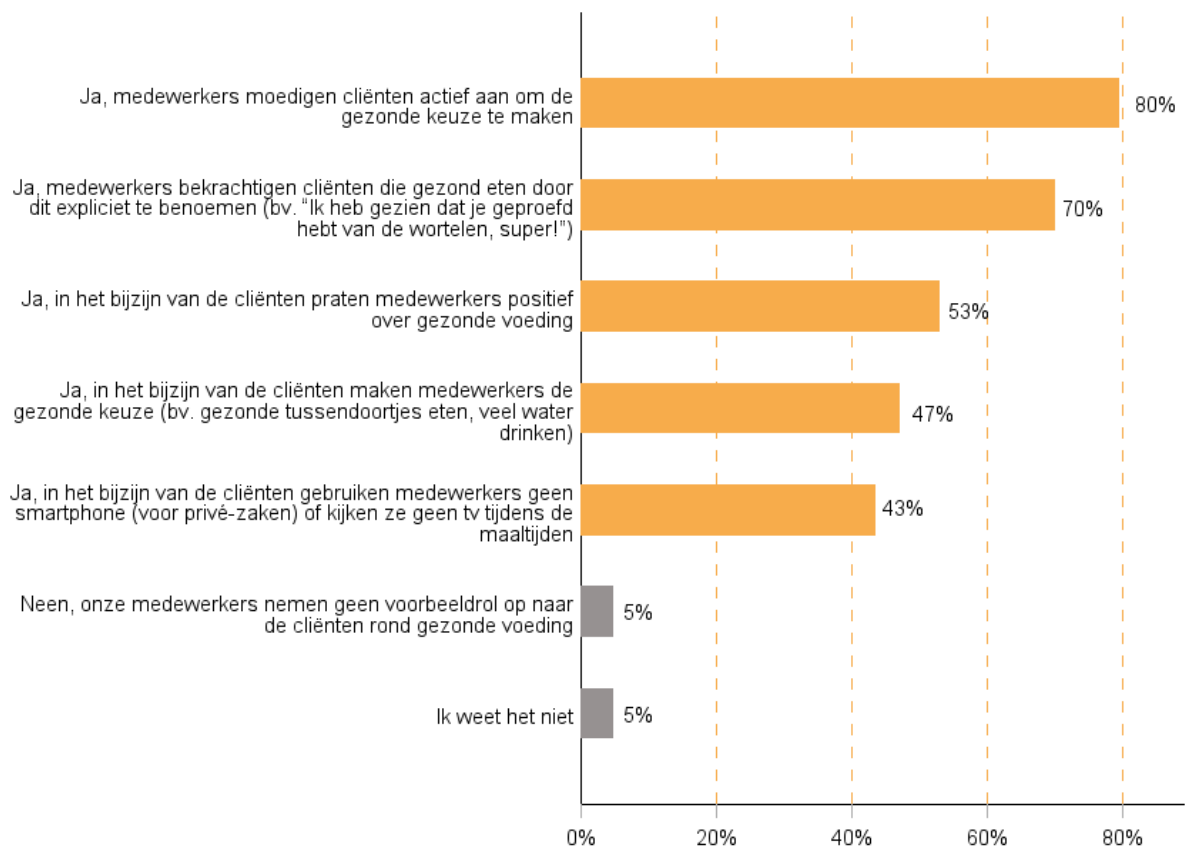
*Dit zijn leidinggevend, begeleiders en administratief personeel.

- ✓ 2023: 81% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

Bij 8 op 10 voorzieningen (81%) nemen medewerkers op minstens 2 manieren een voorbeeldrol op naar de cliënten rond gezonde voeding. De cliënten actief aanmoedigen om de gezonde keuze te maken (80%) en cliënten bekrachtigen die gezond eten door dit expliciet te benoemen (bv. "Ik heb gezien dat je geproefd hebt van de wortelen, super!") (70%) zijn de meest voorkomende manieren waarop medewerkers een voorbeeldrol opnemen.

22 Nemen medewerkers een voorbeeldrol op naar de cliënten rond gezonde voeding? Dit zijn leidinggevend, begeleiders en administratief personeel.

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



Totaal aantal respondenten: 83

BASISCRITERIUM 4. DE VOORZIENING HEEFT MEER STIMULERENDE DAN BEPERKENDE AFSPRAKEN EN/OF REGELS OVER GEZONDE VOEDING*

*Stimulerende afspraken zijn afspraken die gezonde voeding stimuleren (bv. bij boterhammen worden altijd groenten voorzien) en beperkende afspraken zijn afspraken die ongezonde voeding beperken (bv. cliënten mogen maximaal 1 keer per week een ongezond tussendoortje eten).

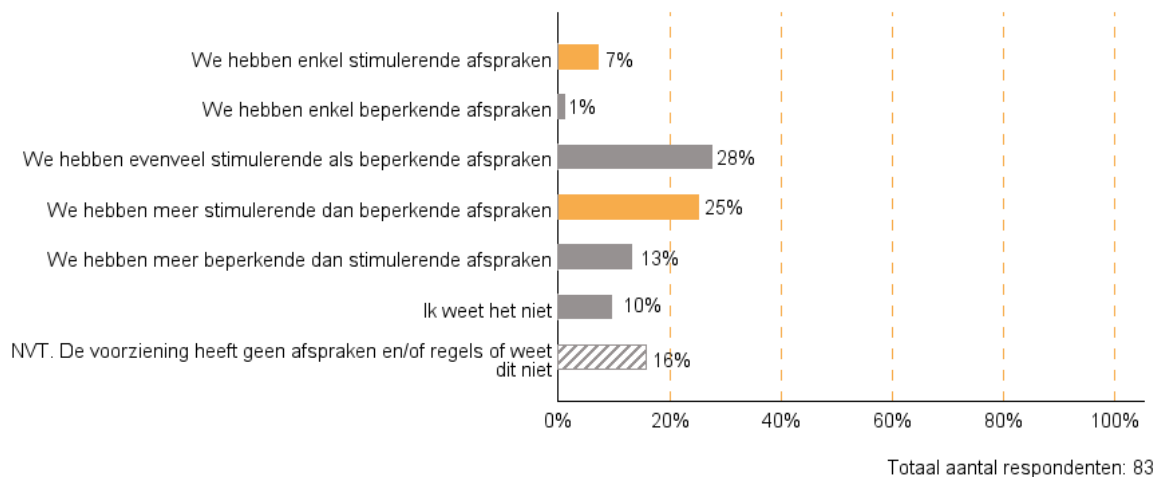
- ✓ 2023: 33% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

33% van de voorzieningen heeft meer stimulerende dan beperkende afspraken en regels over gezonde voeding, zijnde 7% die enkel stimulerende afspraken heeft en 25% die meer stimulerende dan beperkende afspraken heeft¹. Daarnaast geeft 28% aan evenveel stimulerende als beperkende afspraken te hebben.

23 Duid aan wat voor jullie afspraken en/of regels over gezonde voeding van toepassing is. De afspraken kunnen tussen medewerkers onderling zijn of tussen medewerkers en cliënten.

Deze vraag werd niet gesteld aan voorzieningen die in de voorgaande vraag (zie **grafiek 161** in de bijlagen) aangaven dat ze geen afspraken en/of regels over gezonde voeding hebben of dit niet weten (N=16%). Zij voldoen ook niet aan kwaliteitscriterium 4. In onderstaande grafiek geven we deze respondenten weer als 'NVT. De voorziening heeft geen afspraken en/of regels of weet dit niet'.

De respondent kon 1 antwoord selecteren.



¹ Alle percentages in dit rapport worden afgerond tot op 0 decimalen. 32,5% voldoet aan het criterium, zijnde 7,2% met enkel stimulerende afspraken en 25,3% met meer stimulerende dan beperkende afspraken.

BASISCRITERIUM 5. DE VOORZIENING ZET OP MINSTENS 2 MANIEREN IN OP LEREN EN SENSIBILISEREN VAN CLIËNTEN OVER GEZONDE VOEDING (KENNIS EN VAARDIGHEDEN)

✓ 2023: 74% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

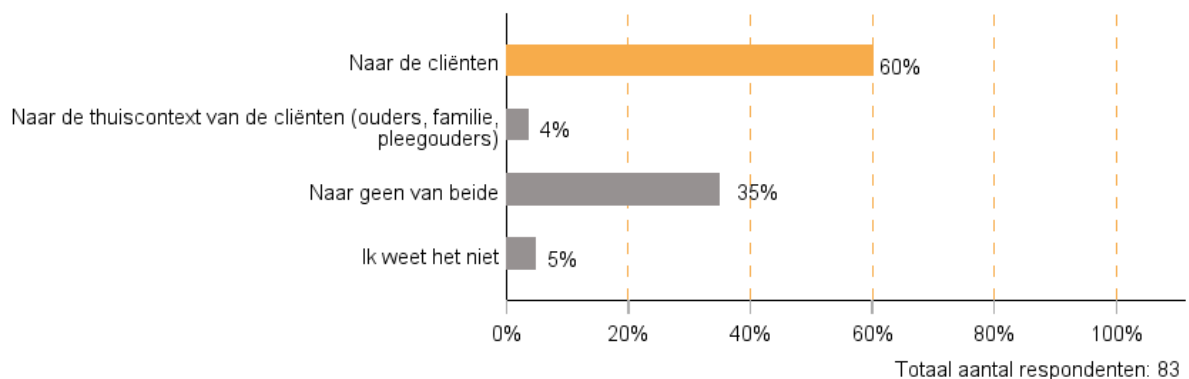
74% van de voorzieningen zet op minstens 2 manieren in op leren en sensibiliseren van cliënten over gezonde voeding (kennis en vaardigheden). Dit gebeurt vooral via samen beslissen (bv. cliënten inspraak geven in de afspraken en regels over voeding, het voedingsaanbod) (71%) en via laten reflecteren (bv. (groeps)gesprek, gesprek met individuele begeleider) (63%).

VIA (SAMEN) DOEN

60% van de voorzieningen zet in op leren en sensibiliseren van de cliënten over gezonde voeding via (samen) doen (bv. kookworkshops, etiketten lezen met begeleider, samen inkopen doen, educatief spel).

24 Hoe zet jouw voorziening in op leren en sensibiliseren over gezonde voeding via (samen) doen (bv. kookworkshops, etiketten lezen met begeleider, samen inkopen doen, educatief spel)? Dit betreft zowel vaardigheden als kennis over gezonde voeding.

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.

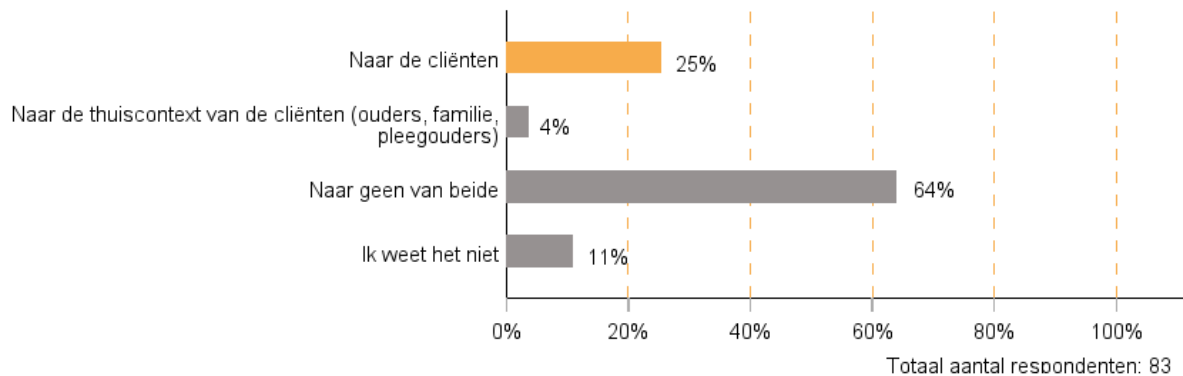


VIA LATEN ZIEN

25% van de voorzieningen zet in op leren en sensibiliseren van de cliënten over gezonde voeding via laten zien (bv. affiches, een keuken die toegankelijk is voor de cliënten, brochures, filmavond, theaterstuk).

25 Hoe zet jouw voorziening in op leren en sensibiliseren over gezonde voeding via laten zien (bv. affiches, een keuken die toegankelijk is voor de cliënten, brochures, filmavond, theaterstuk)? Dit betreft zowel vaardigheden als kennis over gezonde voeding.

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.

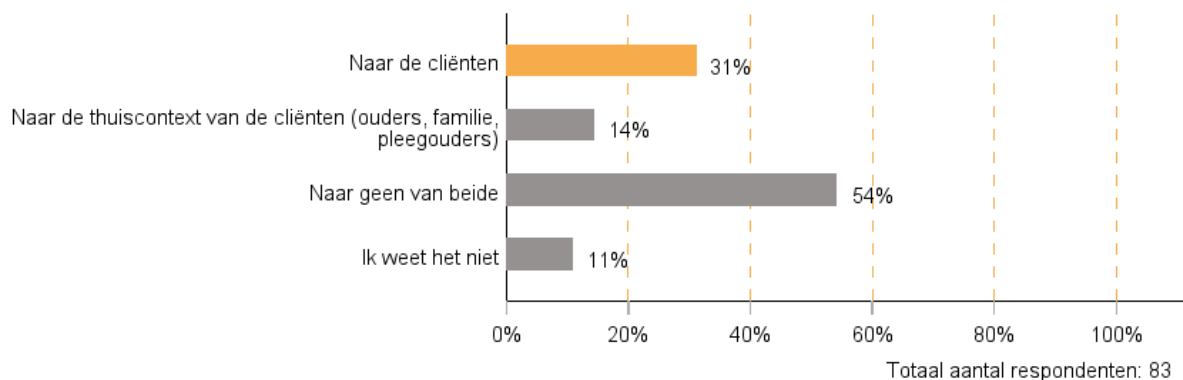


VIA LATEN LUISTEREN

31% van de voorzieningen zet in op leren en sensibiliseren van de cliënten over gezonde voeding via laten luisteren (bv. infosessies, advies diëtisten).

26 Hoe zet jouw voorziening in op leren en sensibiliseren over gezonde voeding via laten luisteren (bv. infosessies, advies diëtisten)? Dit betreft zowel vaardigheden als kennis over gezonde voeding.

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.

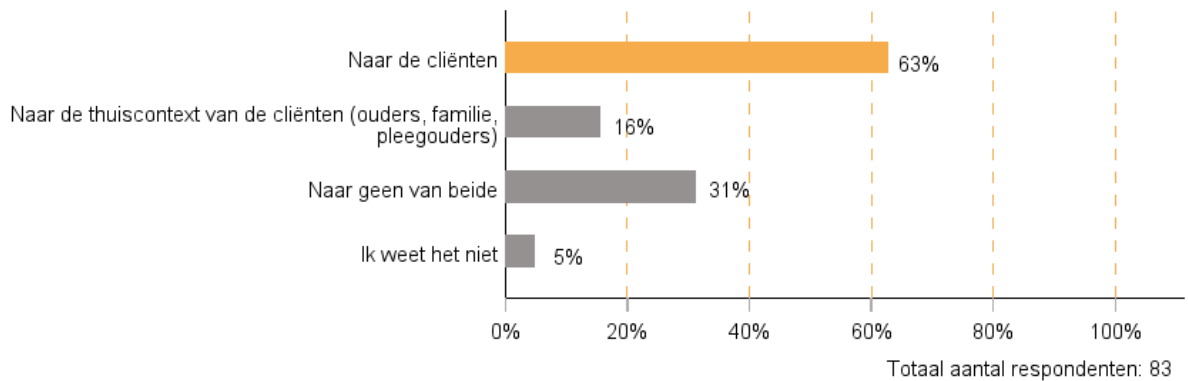


VIA LATEN REFLECTEREN

63% van de voorzieningen zet in op leren en sensibiliseren van de cliënten via laten reflecteren over gezonde voeding (bv. (groeps)gesprek, gesprek met individuele begeleider).

27 Hoe zet jouw voorziening in op leren en sensibiliseren via laten reflecteren over gezonde voeding (bv. (groeps)gesprek, gesprek met individuele begeleider)? Dit betreft zowel vaardigheden als kennis over gezonde voeding.

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.

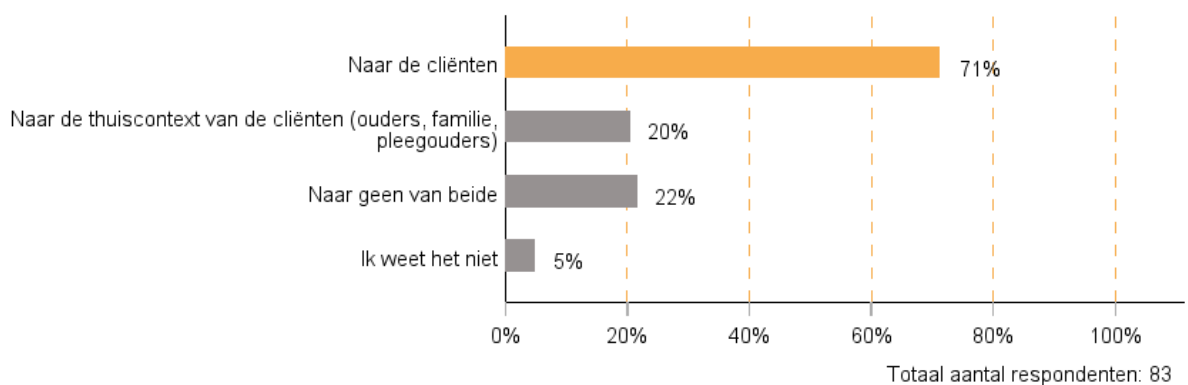


VIA SAMEN BESLISSEN

71% van de voorzieningen zet in op leren en sensibiliseren van de cliënten over gezonde voeding via samen beslissen (bv. inspraak in de afspraken en regels over voeding, het voedingsaanbod).

28 Hoe zet jouw voorziening in op leren en sensibiliseren over gezonde voeding via samen beslissen (bv. inspraak in de afspraken en regels over voeding, het voedingsaanbod)? Dit betreft zowel vaardigheden als kennis over gezonde voeding.

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



BASISCRITERIUM 6. DE VOORZIENING GEEFT OP MINSTENS 1 MANIER ONDERSTEUNING AAN CLIËNTEN MET BIJZONDERE NODEN ROND VOEDING*

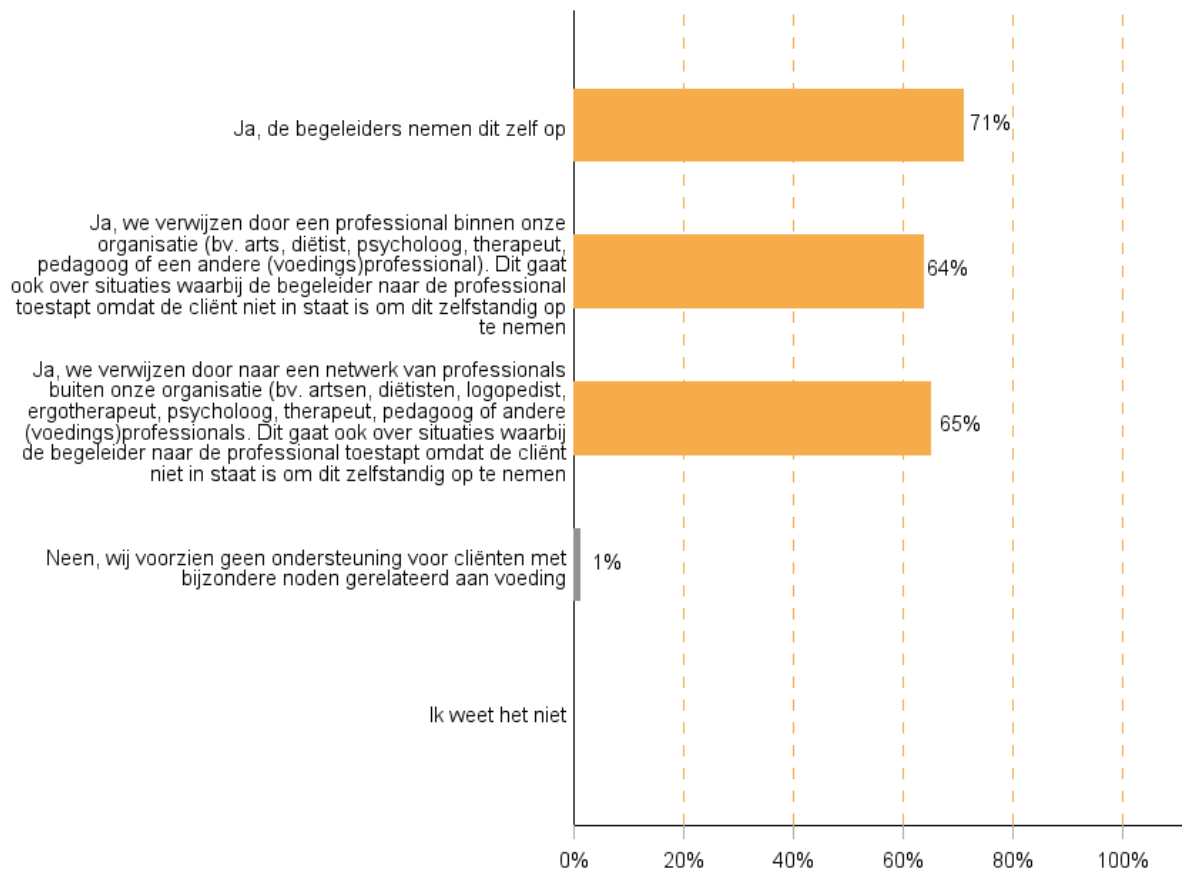
*bv. diabetes, overgewicht, ondergewicht

- ✓ 2023: 70% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

70% van de voorzieningen geeft op minstens 1 manier ondersteuning aan cliënten met bijzondere noden rond voeding. We zien dat de begeleiders dit vooral zelf opnemen (71%). Daarnaast wordt er (ook) vaak doorverwezen naar een netwerk van professionals buiten de organisatie (bv. artsen, diëtisten, logopedist, ergotherapeut, psycholoog, therapeut, pedagoog of andere (voedings)professionals) (65%) of naar een professional binnen de organisatie (bv. arts, diëtist, psycholoog, therapeut, pedagoog of een andere (voedings)professional) (64%).

29 Is er ondersteuning voorzien voor cliënten met bijzondere noden gerelateerd aan voeding (bv. diabetes, overgewicht, ondergewicht)?

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



Totaal aantal respondenten: 83

BASISCRITERIUM 7. DE VOORZIENING VERWIJST MINSTENS 21% VAN DE CLIËNTEN MET BIJZONDERE NODEN ROND VOEDING* DOOR NAAR EEN PROFESSIONAL BINNEN DE VOORZIENING OF NAAR EEN NETWERK VAN PROFESSIONALS BUITEN DE ORGANISATIE

*bv. slikprobleem, medische diëten (zoutarm), niet willen eten, diabetes, overgewicht, ondergewicht

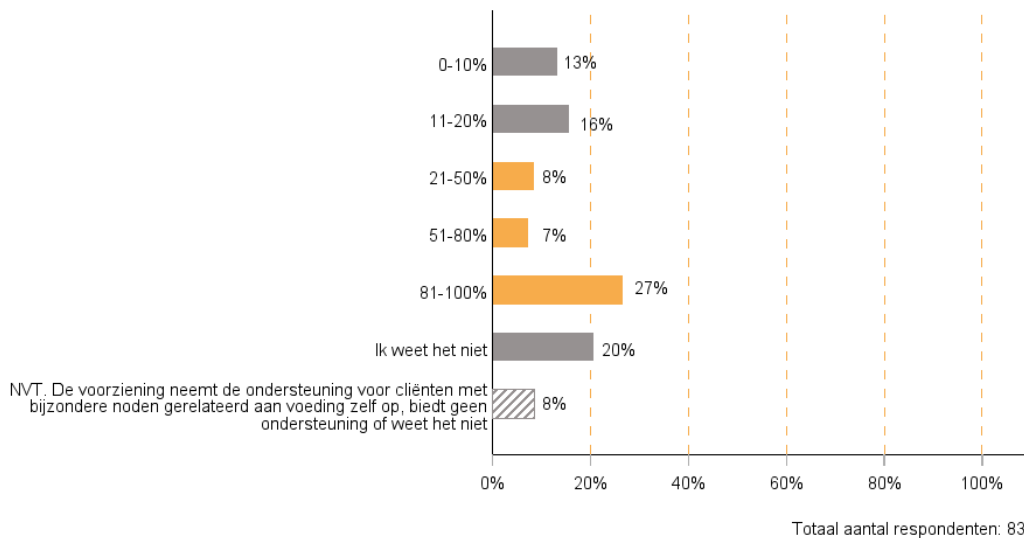
- ✓ 2023: 42% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

42% van de voorzieningen verwijst minstens 21% van de cliënten met bijzondere noden rond voeding (bv. slikprobleem, medische diëten (zoutarm), niet willen eten, diabetes, overgewicht, ondergewicht) door naar een professional binnen de voorziening of naar een netwerk van professionals buiten de organisatie.

30 Hoeveel percent van de cliënten met bijzondere noden rond voeding (bv. slikprobleem, medische diëten (zoutarm), niet willen eten, diabetes, overgewicht, ondergewicht) verwijst jouw voorziening door naar een professional binnen de voorziening of naar een netwerk van professionals buiten de organisatie? Dit gaat ook over situaties waarbij de begeleider naar de professional toestapt omdat de cliënt niet in staat is om dit zelfstandig op te nemen.

Deze vraag werd niet gesteld aan voorzieningen die in de voorgaande vraag (zie [grafiek 29](#)) aangaven dat de begeleiders uitsluitend zelf ondersteuning voorzien, de voorziening geen ondersteuning voorziet of dit niet weten (N=8%). Zij voldoen ook niet aan kwaliteitscriterium 7. In onderstaande grafiek geven we deze respondenten weer als 'NVT. Begeleiders nemen de ondersteuning uitsluitend zelf op, de voorziening voorziet geen ondersteuning of weet dit niet'.

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



KWALITEITSCRITERIA AANBOD TUSSENDOORTJES

Goed om te weten: we berekenen de kwaliteitscriteria voor tussendoortjes afzonderlijk van de basiscriteria voor voeding omdat niet alle voorzieningen tussendoortjes aanbieden aan de cliënten. 75 van de 83 voorzieningen (90%) geeft tussendoortjes.

KWALITEITSCRITERIUM 1. DE VOORZIENING BIEDT MINSTENS 1 GEZOND TUSSENDOORTJE* DAGELIJKS AAN

*Dit is: vers fruit, verse groenten, ongezouten noten en ongezoete melkproducten (ongezoete yoghurt natuur of alternatief op basis van soja (ongezoet en calciumverrijkt) of ongezoete verse kaas natuur).

- ✓ 2023: 93% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

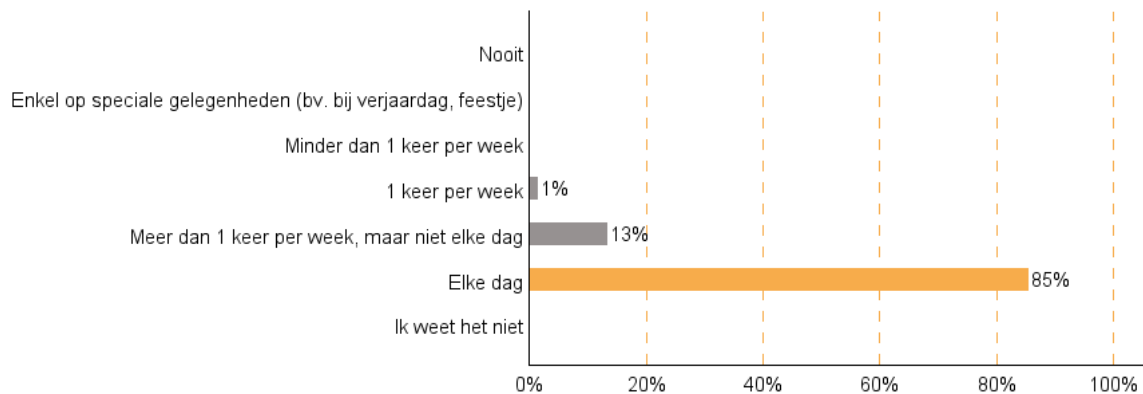
93% van de voorzieningen biedt minstens 1 gezond tussendoortje dagelijks aan. Vooral fruit wordt elke dag aangeboden (85%). Iets meer dan de helft van de voorzieningen biedt dagelijks ongezoete melk- of sojaproducten aan (55%), en bijna de helft biedt dagelijkse verse groenten (bv. snackgroente, soep) aan (49%). Een minderheid van 4% biedt dagelijks (ongezouten) noten (bv. notenmix of cashewnoten) als tussendoortje aan.

VERS FRUIT

85% van de voorzieningen biedt elke dag vers fruit als tussendoortje aan (bv. stuk fruit, fruitsla of fruitpap zonder koek).

31 Hoe vaak is vers fruit (bv. stuk fruit, fruitsla of fruitpap zonder koek) beschikbaar als tussendoortje in jouw voorziening? Dit gemiddeld over alle (leef)groepen heen.

De respondent kon 1 antwoord selecteren.



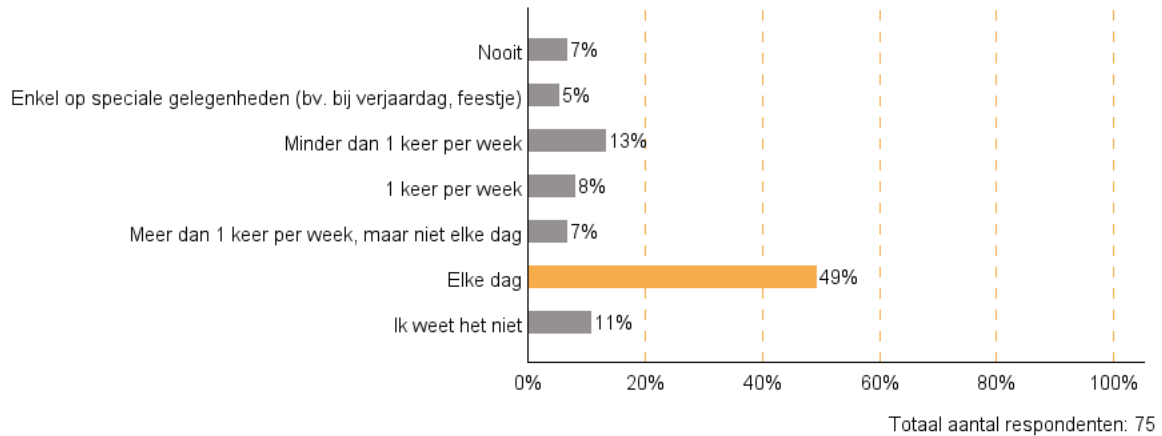
Totaal aantal respondenten: 75

VERSE GROENTEN

49% van de voorzieningen biedt dagelijks verse groenten (bv. snackgroente, soep) aan.

32 Hoe vaak zijn verse groenten (bv. snackgroente, soep) beschikbaar als tussendoortje in jouw voorziening? Dit gemiddeld over alle (leef)groepen heen.

De respondent kon 1 antwoord selecteren.

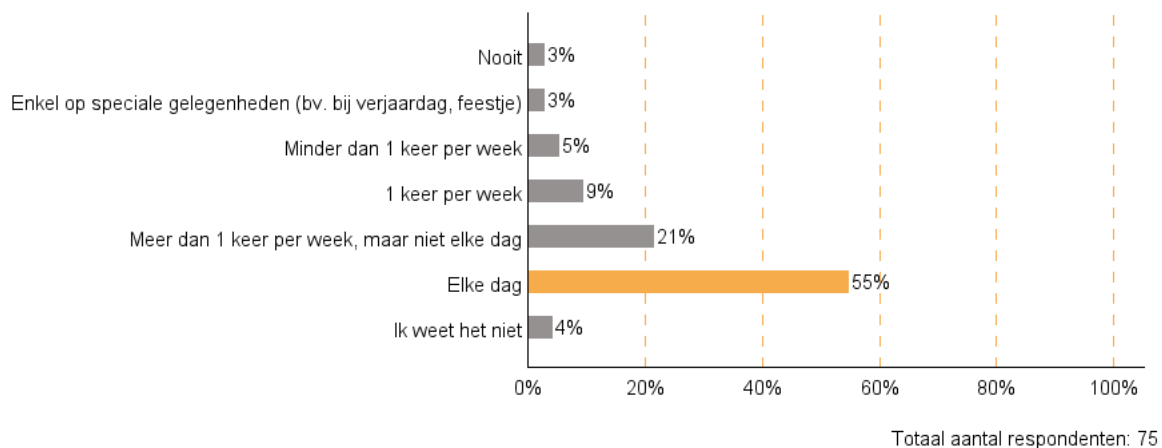


ONGEZOETE MELK- OF SOJAPRODUCTEN

Bij 55% van de voorzieningen wordt ongezoete yoghurt natuur of alternatief op basis van soja natuur (ongezoet en calciumverrijkt) of ongezoete verse kaas natuur dagelijks aangeboden.

33 Hoe vaak is ongezoete yoghurt natuur of alternatief op basis van soja natuur (ongezoet en calciumverrijkt) of ongezoete verse kaas natuur beschikbaar als tussendoortje in jouw voorziening? Dit gemiddeld over alle (leef)groepen heen.

De respondent kon 1 antwoord selecteren.

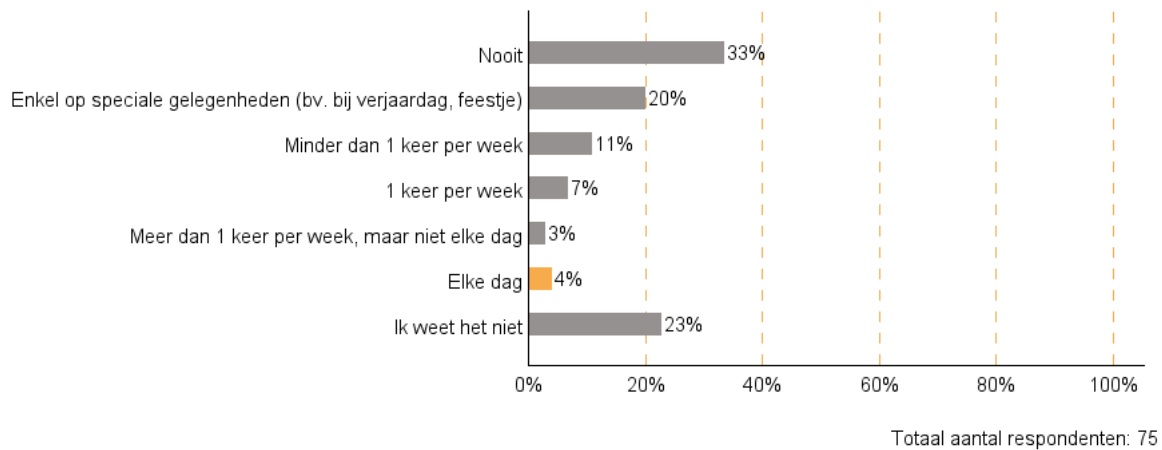


(ONGEZOUTEN) NOTEN

Slechts 4% van de voorzieningen biedt dagelijks (ongezouten) noten (bv. notenmix of cashewnoten) als tussendoortje aan. Een derde van de voorzieningen geeft aan nooit (ongezouten) noten aan te bieden.

34 Hoe vaak zijn (ongezouten) noten (bv. notenmix of cashewnoten) beschikbaar als tussendoortje in jouw voorziening? Dit gemiddeld over alle (leef)groepen heen.

De respondent kon 1 antwoord selecteren.



KWALITEITSCRITERIUM 2. DE VOORZIENING BIEDT ONGEZONDE TUSSENDOORTJES* MAXIMAAL 1 KEER PER WEEK AAN

*Dit zijn: koeken, wafels, cake, taart, snoep, chocolade, snoeprepen, koffiekoeken, croissants, donuts, worstenbroodjes, zoute snacks en gezoute melkproducten (yoghurt met fruit [met toegevoegde suikers of zoetstof], pudding, rijstpap of alternatief op basis van soja [gezoet en calciumverrijkt]).

- ✓ 2023: 77% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

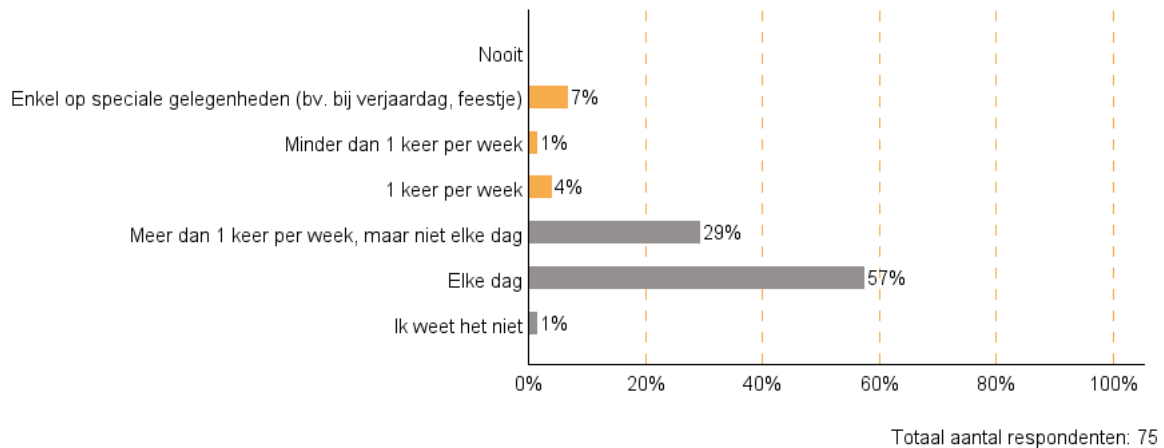
77% van de voorzieningen biedt ongezonde tussendoortjes maximaal 1 keer per week aan. Een zeer groot deel van de voorzieningen (93%) biedt koffiekoeken, croissants, donuts of worstenbroodjes maximaal 1 keer per week tot nooit als tussendoortje aan. Daarentegen geeft 12% maximaal 1 keer per week koeken (droge koeken of koeken met chocoladevulling) als tussendoortje.

KOEKEN (DROGE KOEKEN OF KOEKEN MET CHOCOLADEVULLING)

12% van de voorzieningen die tussendoortjes geven, biedt koeken (bv. droge koeken of koeken met chocoladevulling) maximaal 1 keer per week aan. We zien dat in meer dan de helft van de voorzieningen die tussendoortjes aanbieden (57%) koeken nog dagelijks worden aangeboden.

35 Hoe vaak zijn koeken (bv. droge koeken of koeken met chocoladevulling) beschikbaar als tussendoortje in jouw voorziening? Dit gemiddeld over alle (leef)groepen heen.

De respondent kon 1 antwoord selecteren.

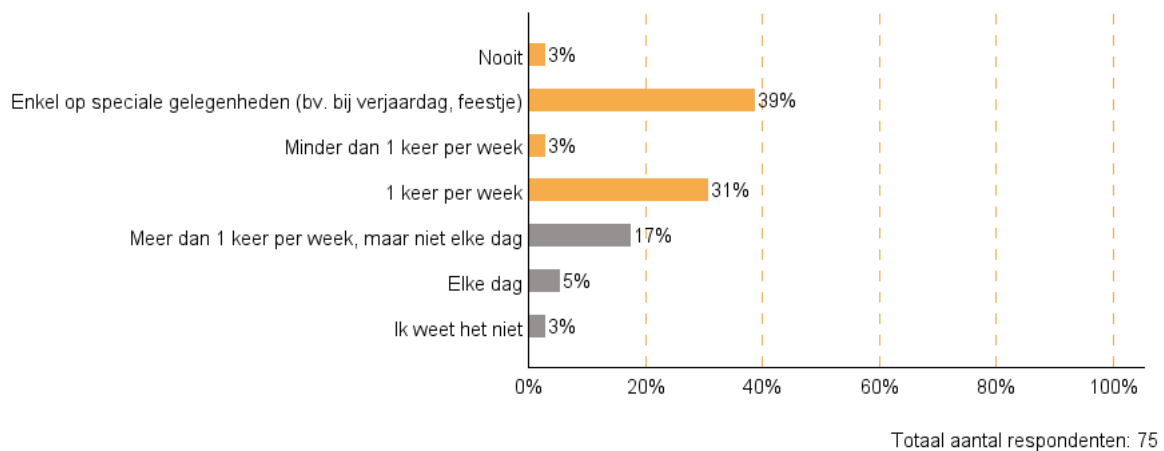


ZOUTE SNACKS

76% van de voorzieningen biedt zoute snacks (bv. chips of bewerkte nootjes) nooit (3%), enkel bij speciale gelegenheden (39%), minder dan 1 keer per week (3%) of 1 keer per week (31%) aan.

36 Hoe vaak zijn er zoute snacks (bv. chips of bewerkte nootjes) als tussendoortje in jouw voorziening? Dit gemiddeld over alle (leef)groepen heen.

De respondent kon 1 antwoord selecteren.

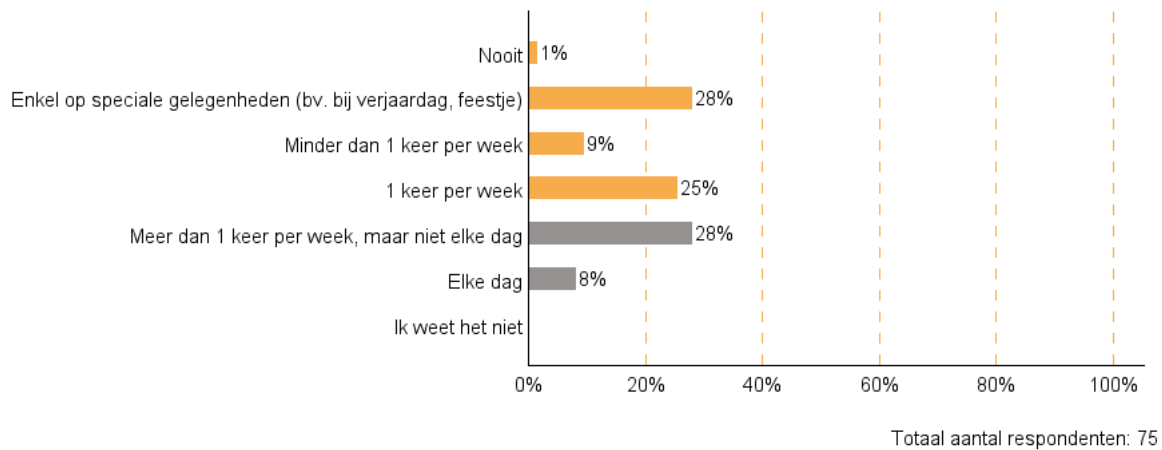


WAFELS, CAKE, TAART, SNOEP, CHOCOLADE OF SNOEPREPEN

63% van de voorzieningen die tussendoortjes geven, biedt wafels, cake, taart, snoep, chocolade of snoeprepen maximaal 1 keer per week aan.

37 Hoe vaak zijn er wafels, cake, taart, snoep, chocolade of snoeprepen als tussendoortje in jouw voorziening? Dit gemiddeld over alle (leef)groepen heen.

De respondent kon 1 antwoord selecteren.

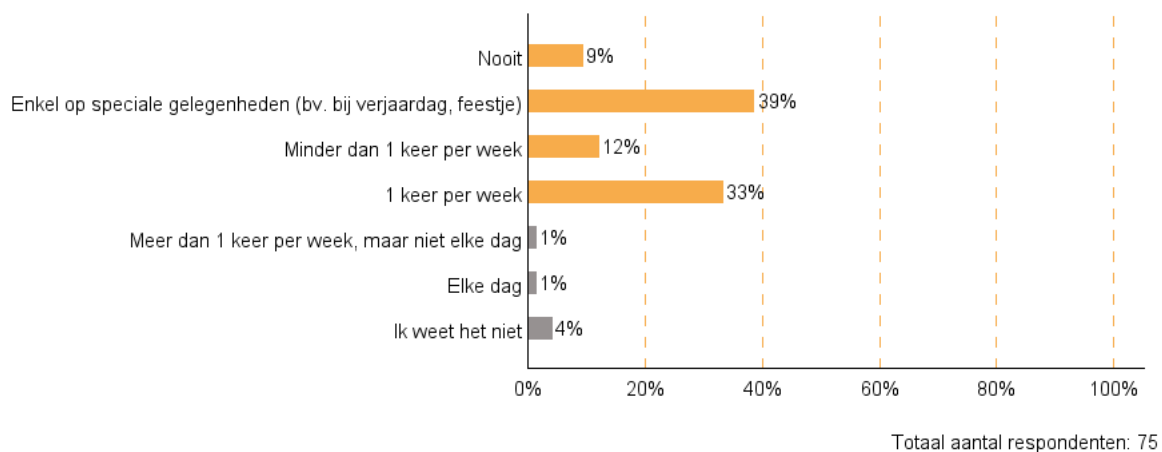


KOFFIEKOEKEN, CROISSANTS, DONUTS OF WORSTENBROODJE

93% van de voorzieningen die tussendoortjes geven, biedt koffiekoeken, croissants, donuts of worstenbroodjes maximaal 1 keer per week aan.

38 Hoe vaak zijn er koffiekoeken, croissants, donuts of worstenbroodjes als tussendoortje in jouw voorziening? Dit gemiddeld over alle (leef)groepen heen.

De respondent kon 1 antwoord selecteren.

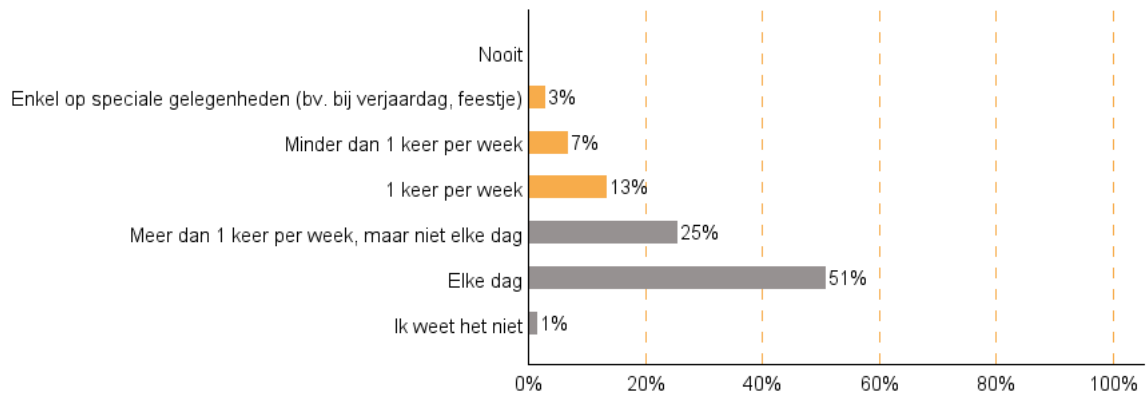


YOGHURT MET FRUIT (MET TOEGEVOEGDE SUIKERS OF ZOETSTOF), PUDDING, RIJSTPAP OF ALTERNATIEF OP BASIS VAN SOJA (GEZOET EN CALCIUMVERRIJKT)

23% van de voorzieningen die tussendoortjes geven, biedt maximaal 1 keer per week yoghurt met fruit (met toegevoegde suikers of zoetstof), pudding, rijstpap of alternatief op basis van soja (gezoet en calciumverrijkt) aan.

39 Hoe vaak is yoghurt met fruit (met toegevoegde suikers of zoetstof), pudding, rijstpap of alternatief op basis van soja (gezoet en calciumverrijkt) beschikbaar als tussendoortje in jouw voorziening? Dit gemiddeld over alle (leef)groepen heen.

De respondent kon 1 antwoord selecteren.



Totaal aantal respondenten: 75

KWALITEITSCRITERIA AANBOD WARME MAALTIJDEN

Goed om te weten: we berekenen de kwaliteitscriteria voor warme maaltijden afzonderlijk van de basiscriteria voor voeding omdat niet alle voorzieningen warme maaltijden aanbieden aan de cliënten. 80 van de 83 voorzieningen (96%) serveren warme maaltijden.

KWALITEITSCRITERIUM 1. DE VOORZIENING BIEDT BIJ DE WARME MAALTIJDEN DAGELIJKS EEN VOLWAARDIGE GROENTEPORTIE* AAN

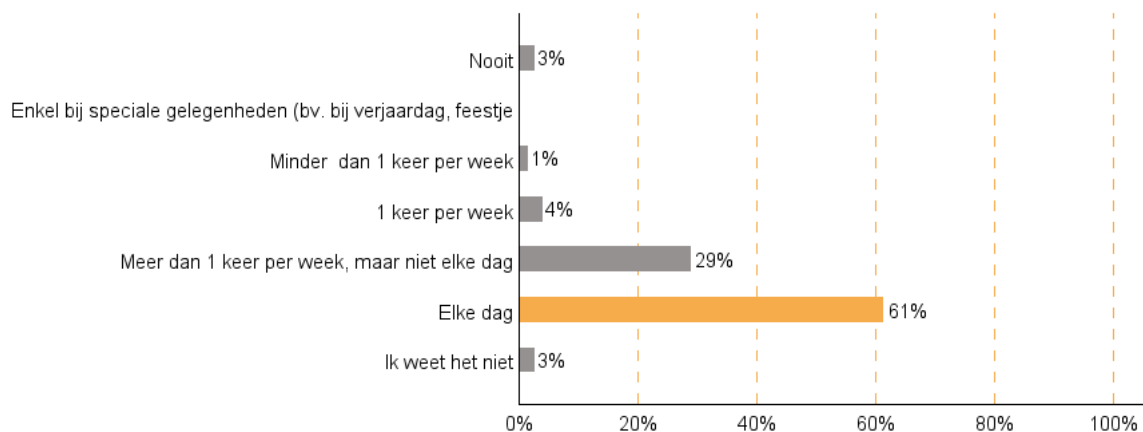
*Dit is een half bord.

- ✓ 2023: 61% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

61% van de voorzieningen die warme maaltijden aanbieden, serveert hierbij dagelijks een volwaardige groenteportie (= een half bord).

40 Hoe vaak wordt een volwaardige (seizoens)groenteportie (= een half bord) aangeboden in jouw voorziening? Dit gemiddeld over alle (leef)groepen heen.

De respondent kon 1 antwoord selecteren.



Totaal aantal respondenten: 80

KWALITEITSCRITERIUM 2. DE VOORZIENING BIJ DE WARME MAALTIJDEN MAXIMAAL 1 KEER PER WEEK GEFRITUURDE AARDAPPELPRODUCTEN* AAN

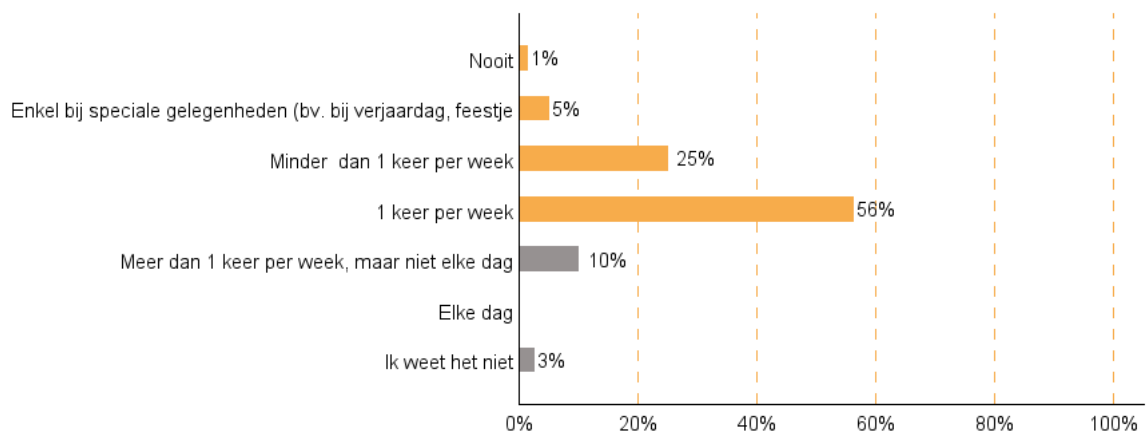
*bv. frieten of kroketten

- ✓ 2023: 88% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

Een groot deel van de voorzieningen die warme maaltijden aanbieden, namelijk 88%², serveert maximaal 1 keer per week gefrituurde aardappelproducten (bv. frieten of kroketten). Iets meer dan de helft van de voorzieningen (56%) biedt dit 1 keer per week aan, 1 op de 4 voorzieningen (25%) minder dan 1 keer per week.

⁴¹ Hoe vaak worden gefrituurde aardappelproducten (bv. frieten of kroketten) aangeboden in jouw voorziening? Dit gemiddeld over alle (leef)groepen heen.

De respondent kon 1 antwoord selecteren.



Totaal aantal respondenten: 80

² Alle percentages in dit rapport worden afgerond tot op 0 decimalen. 87,6% voldoet aan het criterium, zijnde 1,3% voorzieningen die nooit gefrituurde aardappelproducten (bv. frieten of kroketten) aanbieden, 5% enkel bij speciale gelegenheden (bv. bij verjaardag, feestje), 25% minder dan 1 keer per week en 56,3% 1 keer per week.

KWALITEITSCRITERIUM 3. DE VOORZIENING BIEDT BIJ DE WARME MAALTIJDEN MINSTENS 1 KEER PER WEEK EEN PLANTAARDIGE VLEESVERVANGER* AAN

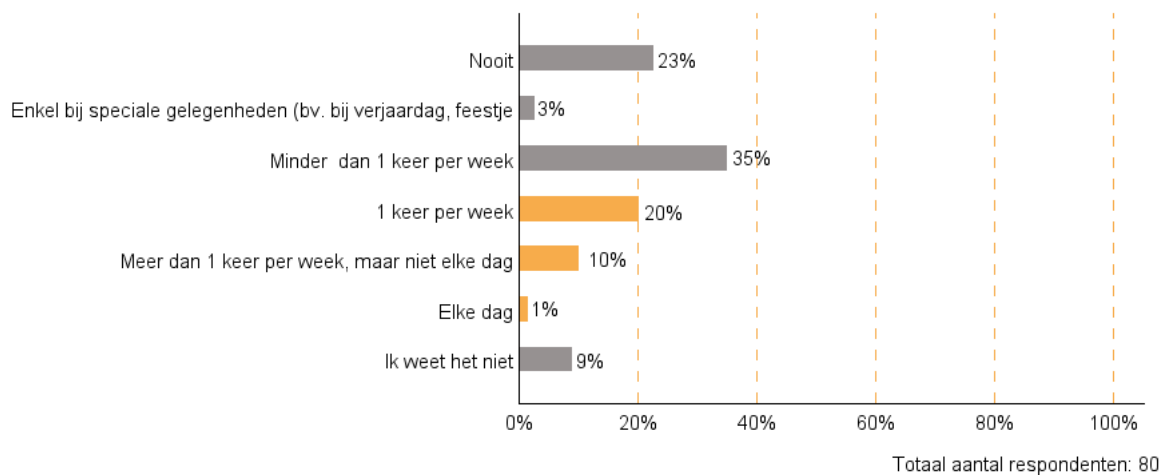
*bv. peulvruchten (bv. kikkererwten, rode of witte bonen), tofu of quorn

- ✓ 2023: 31% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

31% van de voorzieningen biedt bij de warme maaltijden minstens 1 keer per week een plantaardige vleesvervanger zoals peulvruchten (bv. kikkererwten, rode of witte bonen), tofu of quorn aan: 20% biedt dit 1 keer per week aan, 10% meer dan 1 keer per week maar niet elke dag, en een minderheid van 1% elke dag. Een groot deel van de respondenten (namelijk 60%³) geeft aan minder dan 1 keer tot nooit een plantaardige vleesvervanger aan te bieden.

42 Hoe vaak wordt een plantaardige vleesvervanger zoals peulvruchten (bv. kikkererwten, rode of witte bonen), tofu of quorn aangeboden in jouw voorziening? Let op: hiermee bedoelen we geen groenteburgers. Dit gemiddeld over alle (leef)groepen heen.

De respondent kon 1 antwoord selecteren.



³ Alle percentages in dit rapport worden afgerond tot op 0 decimalen. 60% geeft aan minder dan 1 keer per week tot nooit een plantaardige vleesvervanger aan te bieden, zijnde 22,5% die dit nooit aanbieden, 2,5% enkel bij speciale gelegenheden (bv. bij verjaardag, feestje) en 35,0% minder dan 1 keer per week.

KWALITEITSCRITERIUM AANBOD BROODMAALTIJDEN

Goed om te weten: we berekenen de kwaliteitscriteria voor broodmaaltijden afzonderlijk van de basiscriteria voor voeding omdat niet alle voorzieningen broodmaaltijden aanbieden aan de cliënten. 77 van de 83 voorzieningen (93%) serveren broodmaaltijden.

KWALITEITSCRITERIUM 1. DE VOORZIENING BIJ DE BROODMAALTIJDEN MINSTENS 1 KEER PER WEEK PLANTAARDIG BELEG* AAN

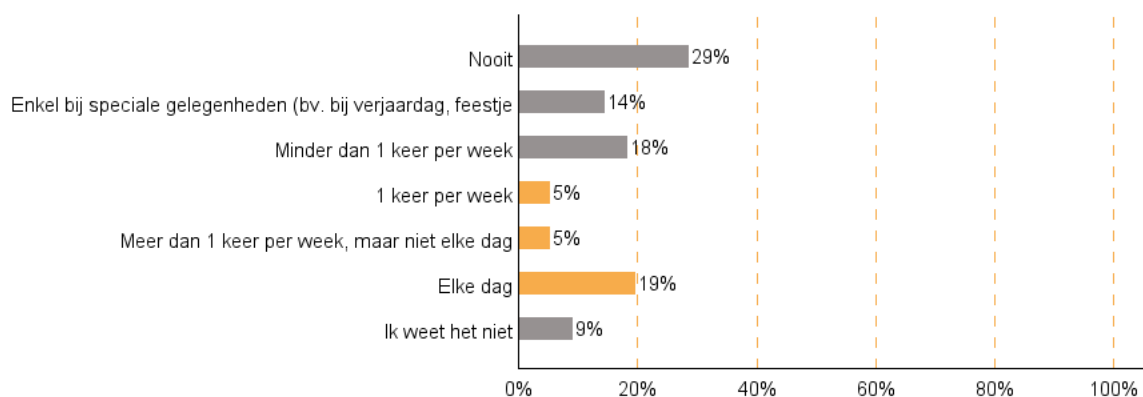
*bv. hummus, notenpasta, groentespread (chocopasta valt hier niet onder)

- ✓ 2023: 29% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

29% van de voorzieningen biedt bij de broodmaaltijden minstens 1 keer per week plantaardig beleg (bv. hummus, notenpasta, groentespread [chocopasta valt hier niet onder]) aan: 5% geeft dit 1 keer per week, 5% meer dan 1 keer per week, maar niet dagelijks, en 19% elke dag. Een groot deel van de respondenten (namelijk 61%) geeft aan minder dan 1 keer per week tot nooit plantaardig beleg aan te bieden.

43 Hoe vaak kan bij de broodmaaltijden plantaardig beleg (bv. hummus, notenpasta, groentespread [chocopasta valt hier niet onder]) verkregen worden? Dit gemiddeld over alle leefgroepen heen. Als er alleen in het weekend broodmaaltijden zijn, vul dan in op basis van een weekenddag.

De respondent kon 1 antwoord selecteren.



Totaal aantal respondenten: 77

SAMENVATTING

Hieronder vatten we de belangrijkste resultaten samen met betrekking tot de kwaliteitscriteria voor een kwaliteitsvol voedingsbeleid, alsook voor de criteria voor tussendoortjes, warme maaltijden en broodmaaltijden in de huidige editie van de Preventiepeiling. **Grafiek 44** op de volgende pagina geeft voor elk van de basiskwaliteitscriteria weer hoeveel voorzieningen voor personen met een handicap aan dit criterium voldoen. **Grafiek 45** geeft dit weer voor de kwaliteitscriteria voor het aanbod tussendoortjes, warme maaltijden en broodmaaltijden. **Grafiek 46** geeft het cumulatief aantal behaalde basiscriteria weer voor een kwaliteitsvol voedingsbeleid, **grafiek 47** voor het aanbod tussendoortjes en **grafiek 48** voor het aanbod warme maaltijden.

STAND VAN ZAKEN VOEDINGSBELEID (2023)

BASISKWALITEITSCRITEIA

- Gemiddeld voldoen voorzieningen voor personen met een handicap aan 5 van de 7 basiscriteria voor een kwaliteitsvol voedingsbeleid (5 = het gemiddeld aantal behaalde kwaliteitscriteria).
- 5% voldoet aan alle 7 de basiscriteria voor een kwaliteitsvol voedingsbeleid.
- 0% voldoet aan geen enkel basiscriterium voor een kwaliteitsvol voedingsbeleid. Alle voorzieningen voldoen aan minstens 1 van de 7 kwaliteitscriteria.

KWALITEITSCRITEIA AANBOD TUSSENDOORTJES, WARME MAALTIJDEN EN BROODMAALTIJDEN

- 76% voldoet aan alle criteria voor aanbod tussendoortjes.
- 5% voldoet aan geen enkel criterium voor aanbod tussendoortjes.
- 21% voldoet aan alle criteria voor aanbod warme maaltijden.
- 7% voldoet aan geen enkel criterium voor aanbod warme maaltijden.
- 29% voldoet aan het criterium voor broodmaaltijden.

Waarop wordt het meest ingezet?

- Op minstens 2 manieren een voorbeeldrol opnemen rond gezonde voeding (81%).
- Op minstens 2 manieren inzetten op leren en sensibiliseren naar de cliënten (kennis en vaardigheden) (74%).

Waarop wordt het minst ingezet?

- Bij de broodmaaltijden minstens 1 keer per week plantaardig beleg aanbieden (29%).
- Meer stimulerende dan beperkende afspraken en/of regels hebben over gezonde voeding (33%).

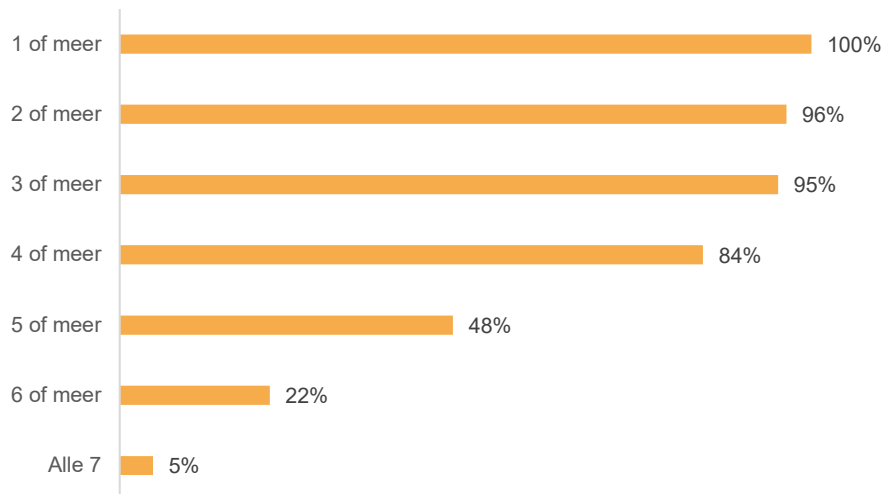
44 Aandeel voorzieningen dat aan de basiscriteria voor een kwaliteitsvol voedingsbeleid voldoet (2023)



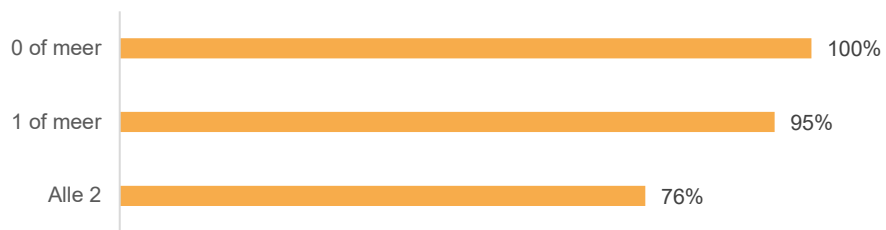
45 Aandeel voorzieningen dat aan de criteria voor aanbod tussendoortjes, warme maaltijden en broodmaaltijden voldoet (2023)



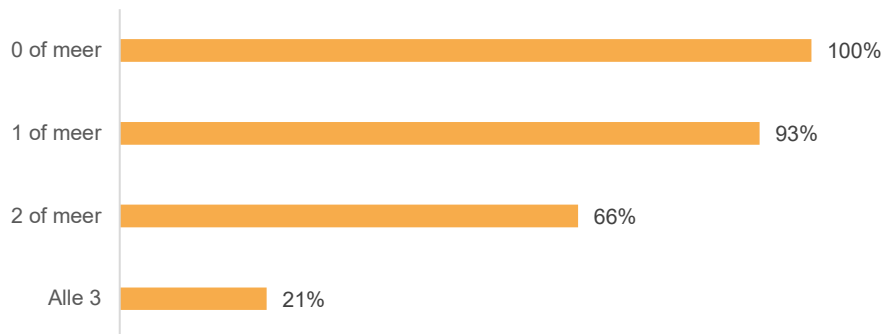
46 Cumulatief aantal behaalde basiscriteria voor een kwaliteitsvol voedingsbeleid (2023)



47 Cumulatief aantal behaalde kwaliteitscriteria voor aanbod tussendoortjes (2023)



48 Cumulatief aantal behaalde kwaliteitscriteria voor aanbod warme maaltijden (2023)



BEWEGING

Met beweging bedoelen we alle activiteiten waarbij energieverbruik en spierwerking nodig zijn, zoals helpen opruimen, tikkertje spelen, springen. Beweging is dus ruimer dan sport.



82

DEELNEMENDE
VOORZIENINGEN

KWALITEITSCRITERIA

In (de directe omgeving van) de voorziening zijn minstens 3 van volgende aangepaste faciliteiten die beweging stimuleren toegankelijk* voor cliënten:

*bv. altijd open, elke avond (met toezicht) beschikbaar, meerdere keren per week opengesteld

1

1. groene elementen (bv. grasveld, moestuin, bomen);
2. verharde speelzone (bv. koer);
3. een sportveld met markeringen (bv. veldlijnen);
4. een overdekt gedeelte buiten (om te bewegen bij regen);
5. avontuurlijke elementen buiten (bv. hindernissenparcours, boomstammetjes, klimheuvel, tunnel, fontein, belevingstuin);
6. fietsenstalling toegankelijk voor de cliënten;
7. een binnenruimte zonder obstructies waar cliënten ongehinderd kunnen bewegen (bv. lopen, dansen, fietsen);
8. faciliterende ruimtes (bv. opbergruimte voor beweegmateriaal, douches die toegankelijk zijn na het sporten);
9. cliënten kunnen dieren bezoeken of mee verzorgen.

De voorziening biedt voor elke aanwezige leeftijdsgroep* minstens 2 van volgende vormen van aangepast materiaal aan om beweging te stimuleren:

*Mogelijke leeftijdsgroepen zijn: cliënten van 0 tot 12 jaar, cliënten van 13 tot 25 jaar, cliënten van 26 tot 65 jaar en cliënten ouder dan 65 jaar. De leeftijd verwijst naar de mentale leeftijd van de cliënten.

2

1. losse spel- en sportuitrusting (bv. fietsen, wobblers, stapstenen, (sensorische) ballen, doelen, spikeball, los fitnessmateriaal, hometrainer);
2. vaste spel- en sportuitrusting (bv. glijbaan, schommel, zandhoek, sensomotorische tastwand, basketring, klimmuur);
3. vaste beweeg- of fitnessstoelinstellingen voor spier- of evenwichtsoefeningen;
4. fietsen zodat cliënten zich (onder begeleiding) kunnen verplaatsen (bv. naar school, hobby, dagbesteding);
5. aangepaste fietsen (bv. driewieler, elektrische duofiets of bakfiets, rolstoeltransportfiets);
6. beweeg- of loophulpen (bv. rolstoel, rollator, aangepast schoeisel).

De voorziening organiseert/moedigt cliënten aan* tot minstens 4 van volgende vormen van beweegactiviteiten:

*Aanmoedigen is meer dan alleen toestaan wanneer cliënten hiernaar vragen, maar ze actief aanzetten tot deze activiteiten.

3

1. uitstappen organiseren naar buitenruimtes die aanzetten tot beweging (bv. park speelplein, zwembad);
2. ruimte geven tot vrij spelen binnen;
3. ruimte geven tot vrij spelen buiten;
4. inzetten op actieve verplaatsingen (bv. fietspoolen, begeleide verplaatsing te voet of met de fiets naar school of naar een uitstap);
5. gevarieerde beweegmomenten (aangepast aan de interesses en ontwikkeling van de cliënt) structureel inplannen in de weekplanning (bv. dans, (wandel)voetbal, tikkertje);
6. zelf spel- en beweegactiviteiten organiseren (bv. wandelingen, loopwedstrijd, moestuinproject);
7. deelnemen aan externe activiteiten (bv. G-sport, buurtsport, activiteiten van een sportclub, aansluiten bij een jeugdbeweging, plogging, tornooi met andere voorzieningen);
8. ervoor zorgen dat iedere cliënt op elk moment toegang heeft tot een fiets voor fietstochten als recreatie/ontspanning.

De voorziening integreert beweging op minstens 2 van volgende manieren in het dagelijks leven van de cliënten:

4

1. de begeleiders integreren bewegen in dagelijkse activiteiten (bv. tijdens dagelijkse verzorging, knuffelen, tafel zelf laten dekken, (samen) fietsen naar bestemming);
2. vrij bewegen en spelen faciliteren (bv. door muziek op te zetten, aantrekkelijk materiaal aan te bieden, zaken te tonen, samen vrij te spelen);
3. regelmatig nieuwe beweeg- en spelmaterialen voorzien die cliënten nog niet kennen of waarvoor ze op dat moment veel interesse tonen.

5

Medewerkers* nemen op minstens 2 van volgende manieren een voorbeeldrol op naar de cliënten rond voldoende bewegen:

*Dit zijn begeleiders, leidinggevenden en administratief personeel.

1. in het bijzijn van cliënten bewegen medewerkers veel tijdens de dagelijkse routine;
2. begeleiders doen (indien mogelijk) altijd mee met de beweegactiviteit (bv. zelf meespelen);
3. in het bijzijn van cliënten spreken medewerkers positief over bewegen;
4. medewerkers bekrachtigen cliënten die bewegen door dit expliciet te benoemen (bv. "Ik zie dat je gewandeld hebt, super!").

6

De voorziening heeft meer stimulerende dan beperkende afspraken en/of regels over beweging*.

*Stimulerende afspraken zijn afspraken die veel bewegen stimuleren (bv. halfuur buiten spelen voor/na (huis)werk, wekelijks beweegaanbod, bijdragen aan lidgeld voor sportclub) en beperkende afspraken zijn afspraken die te weinig bewegen beperken (bv. in het weekend maximaal 1 uur per dag tv-kijken).

7

De voorziening zet op minstens 2 van volgende manieren in op leren en sensibiliseren van de cliënten over beweging (kennis en vaardigheden):

1. via samen doen (bv. beweegschema zoals 'start to'-programma's, krachtoefeningen, sportsessie, samen wandelen of fietsen, leren poetsen);
2. via laten zien (bv. veilig fietsen in het verkeer, sportwedstrijd op domein, samen gaan kijken naar sport, bewegingen demonstreren of uitleggen, film, bewegen in de buurt);
3. via laten luisteren (bv. infosessies, advies kinesisten);
4. via laten reflecteren (bv. (groeps)gesprek, gesprek met individuele begeleider);
5. via samen beslissen (bv. cliënten inspraak geven in de afspraken en regels over beweging, het beweeg- en materiaal aanbod).

8

De voorziening geeft op minstens 1 van volgende manieren ondersteuning aan cliënten met bijzondere noden rond beweging*:

*bv. diabetes, nek- en rugklachten, obesitas, motorische vaardigheden, op maat van rolstoelgebruikers

1. de begeleiders nemen dit zelf op;
2. er wordt doorverwezen naar een arts of gekwalificeerde bewegingsdeskundige binnen de organisatie (bv. ergotherapeut, kinesist);
3. er wordt doorverwezen naar een netwerk van professionals buiten de organisatie (bv. artsen, ergotherapeuten, kinesisten of andere gekwalificeerde bewegingsdeskundigen).

9

De voorziening verwijst minstens 21% van de cliënten met bijzondere noden rond beweging* door naar een professional binnen de voorziening of naar een netwerk van professionals buiten de organisatie.

*bv. diabetes, nek- en rugklachten, obesitas, motorische vaardigheden

RESULTATEN

KWALITEITSCRITERIUM 1. IN (DE DIRECTE OMGEVING VAN) DE VOORZIENING ZIJN MINSTENS 3 AANGEPASTE FACILITEITEN DIE BEWEGING STIMULEREN TOEGANKELIJK* VOOR CLIËNTEN

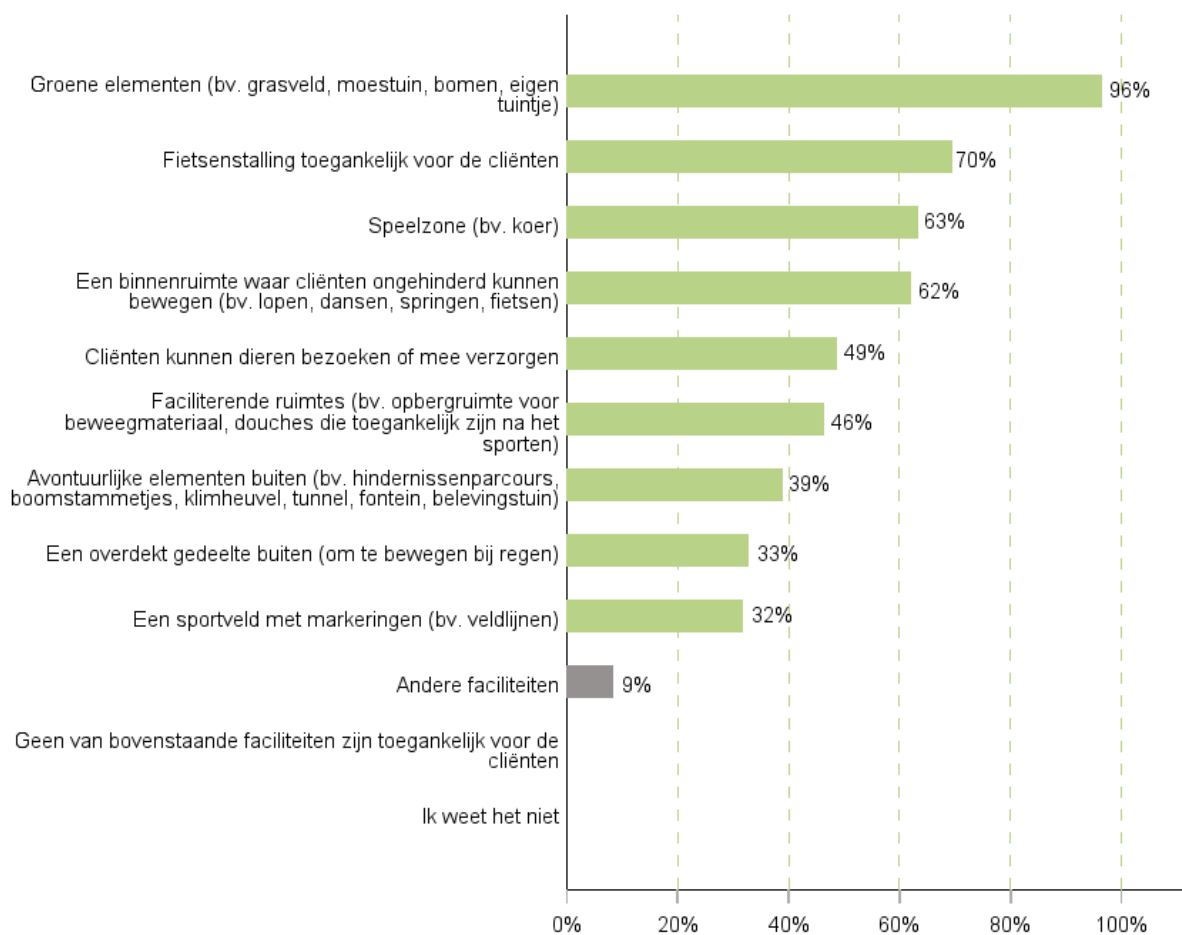
*bv. altijd open, elke avond (met toezicht) beschikbaar, meerdere keren per week opengesteld

- ✓ 2023: 84% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

84% van de voorzieningen heeft in (de directe omgeving van) de voorziening minstens 3 aangepaste faciliteiten die beweging stimuleren en die toegankelijk zijn voor cliënten. De 3 meest voorkomende faciliteiten zijn: (1) groene elementen (bv. grasveld, moestuin, bomen, eigen tuintje) (96%); (2) fietsenstalling toegankelijk voor de cliënten (70%); en (3) een speelzone (bv. koer) (63%).

49 Welke aangepaste faciliteiten zijn toegankelijk voor cliënten in (de directe omgeving van) jouw voorziening? (bv. altijd open, elke avond (met toezicht) beschikbaar, meerdere keren per week opengesteld)

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



Totaal aantal respondenten: 82

KWALITEITSCRITERIUM 2. DE VOORZIENING BIEDT VOOR ELKE AANWEZIGE LEEFTIJDGROEP* MINSTENS 2 VORMEN VAN AANGEPAST MATERIAAL AAN OM BEWEGING TE STIMULEREN

*Mogelijke leeftijdsgroepen zijn: cliënten van 0 tot 12 jaar, cliënten van 13 tot 25 jaar, cliënten van 26 tot 65 jaar en cliënten ouder dan 65 jaar. De leeftijd verwijst naar de mentale leeftijd van de cliënten.

- ✓ 2023: 24% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

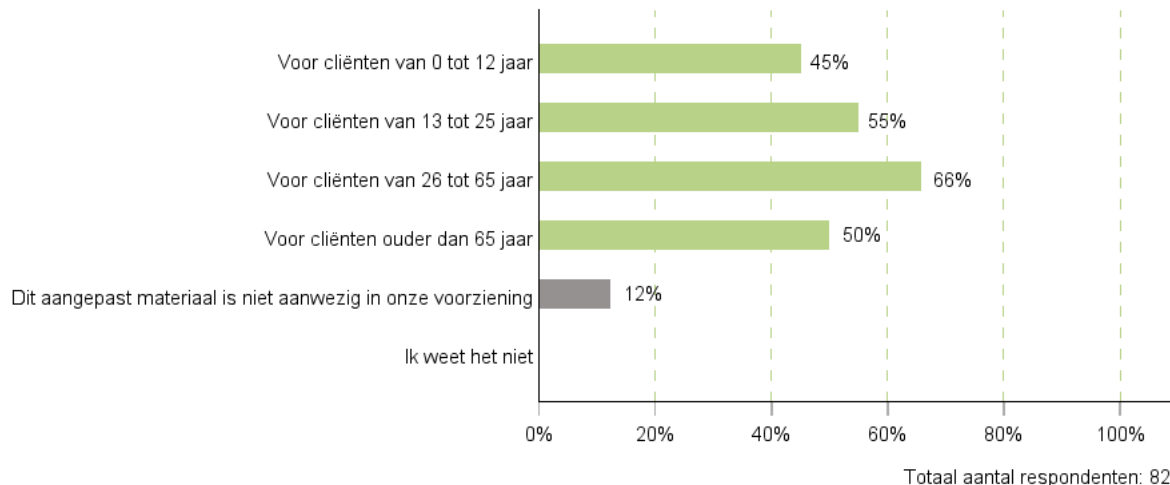
Bijna 1 op 4 voorzieningen (24%) biedt voor elke aanwezige leeftijdsgroep minstens 2 vormen van aangepast materiaal aan om beweging te stimuleren. 49% van de voorzieningen voorziet minstens 2 vormen van aangepast materiaal voor cliënten van 0 tot 12 jaar, 61% voor cliënten van 13 tot 25 jaar, 73% voor cliënten van 26 tot 65 jaar en 61% voor cliënten ouder dan 65 jaar (deze cijfergegevens zijn niet af te leiden uit onderstaande grafieken).

LOSSE SPEL- EN SPORTUITRUSTING

Minstens de helft van de voorzieningen heeft voor elke aanwezige leeftijdsgroep losse spel- en sportuitrusting (bv. fietsen, wobbels, stapstenen, [sensorische] ballen, doelen, spikeball, los fitnessmateriaal, hometrainer). 45% heeft dit voor cliënten van 0 tot 12 jaar, 55% voor cliënten van 13 tot 25 jaar, 66% voor cliënten van 26-65 jaar en 50% voor cliënten ouder dan 65 jaar.

50 Heeft jouw voorziening losse spel- en sportuitrusting (bv. fietsen, wobbels, stapstenen, [sensorische] ballen, doelen, spikeball, los fitnessmateriaal, hometrainer) om beweging bij cliënten te stimuleren? De leeftijden hieronder verwijzen naar de mentale leeftijd van cliënten.

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.

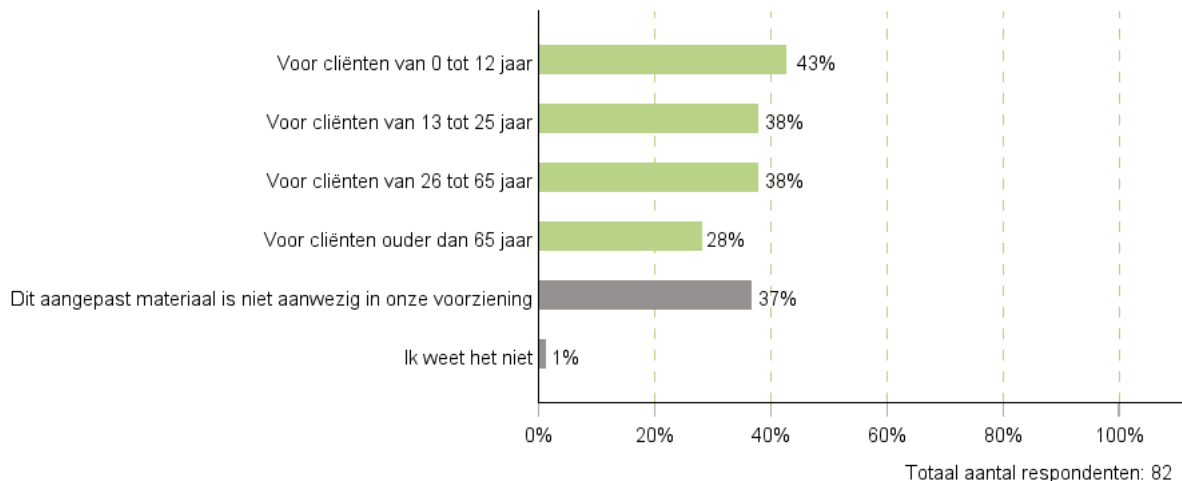


VASTE SPEL- EN SPORTUITRUSTING

Vaste spel- en sportuitrusting (bv. glijbaan, schommel, zandhoek, sensomotorische tastwand, basketring, klimmuur) is voor kinderen van 0 tot 12 jaar aanwezig in 43% van de voorzieningen, voor cliënten van 13 tot 25 jaar en van 26 tot 65 jaar in 38% van de voorzieningen en voor cliënten ouder dan 65 jaar in 28% van de voorzieningen. 37% geeft aan dat er geen vaste spel- en sportuitrusting aanwezig is in de voorziening.

51 Heeft jouw voorziening vaste spel- en sportuitrusting (bv. glijbaan, schommel, zandhoek, sensomotorische tastwand, basketring, klimmuur) om beweging bij cliënten te stimuleren? De leeftijden hieronder verwijzen naar de mentale leeftijd van cliënten.

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.

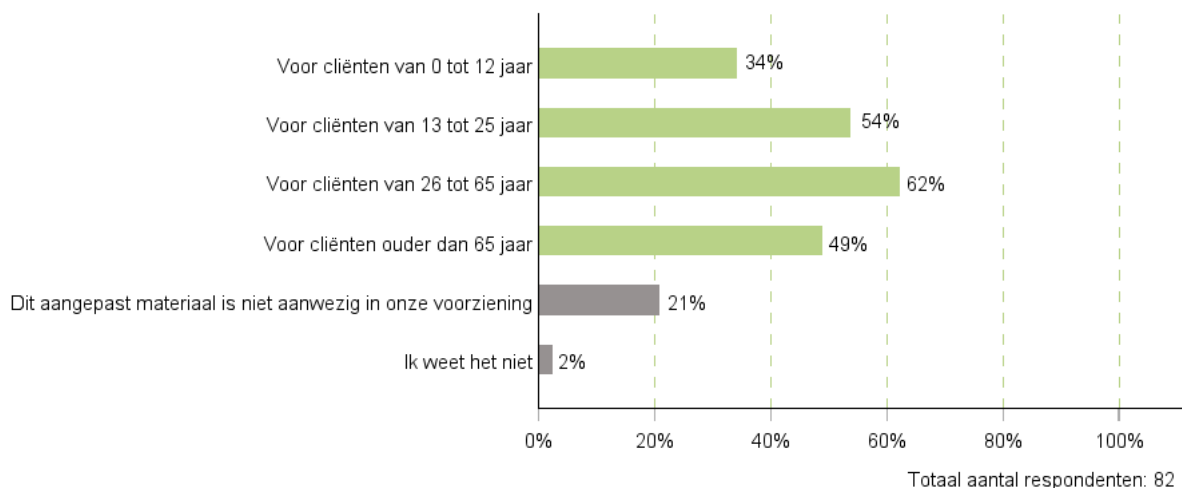


VASTE BEWEEG- OF FITNESSSTOESTELLEN VOOR SPIER- OF EVENWICHTSOEFENINGEN

62% van de voorzieningen heeft vaste beweeg- of fitnessstoestellen voor spier- of evenwichtsoefeningen voor cliënten van 26 tot 65 jaar. Voor cliënten van 0 tot 12 jaar heeft 34% dit, voor cliënten van 13 tot 25 jaar 54% en voor cliënten ouder dan 65 jaar is dat 49%.

52 Heeft jouw voorziening vaste beweeg- of fitnessstoestellen voor spier- of evenwichtsoefeningen om beweging bij cliënten te stimuleren? De leeftijden hieronder verwijzen naar de mentale leeftijd van cliënten.

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.

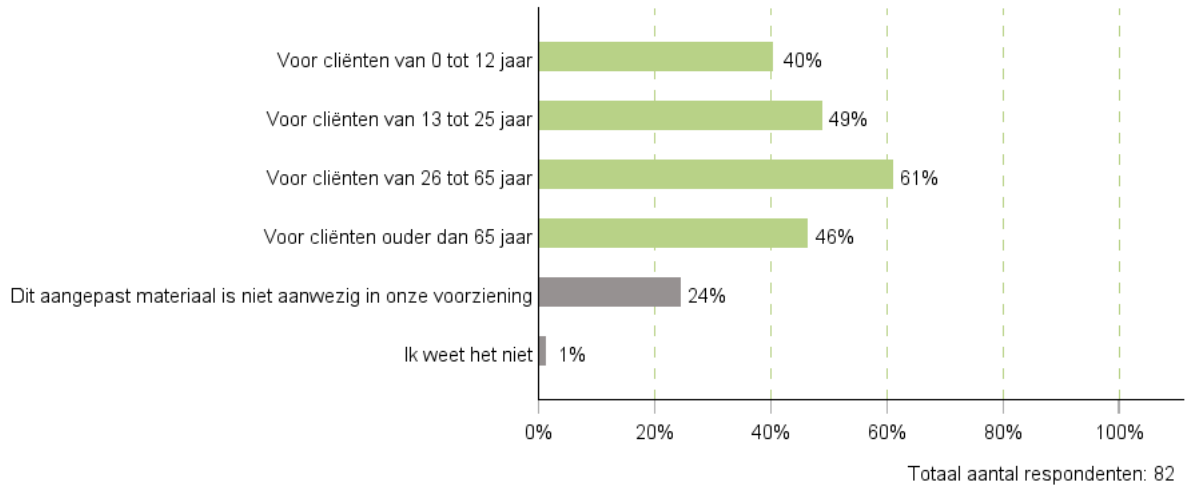


FIETSEN ZODAT CLIËNTEN ZICH (ONDER BEGELEIDING) KUNNEN VERPLAATSEN

61% van de voorzieningen heeft fietsen voor cliënten van 26 tot 65 jaar zodat ze zich (onder begeleiding) kunnen verplaatsen (bv. naar school, hobby, dagbesteding). Voor cliënten van 0 tot 12 jaar biedt 40% deze aan, voor cliënten van 13 tot 25 jaar 49% en voor cliënten ouder dan 65 jaar is dat 46%.

53 Heeft jouw voorziening fietsen zodat cliënten zich (onder begeleiding) kunnen verplaatsen (bv. naar school, hobby, dagbesteding) om beweging bij cliënten te stimuleren? De leeftijden hieronder verwijzen naar de mentale leeftijd van cliënten.

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.

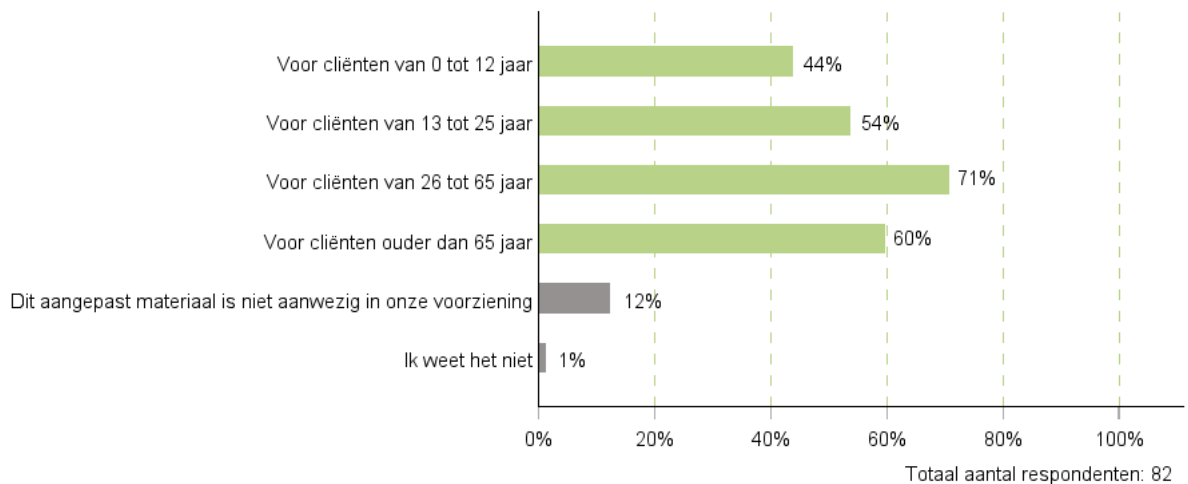


AANGEPASTE FIETSEN

Heel wat voorzieningen hebben aangepaste fietsen (bv. driewieler, elektrische duofiets of bakfiets, rolstoeltransportfiets) voor cliënten van 26 tot 65 jaar, namelijk 71%. 44% voorziet deze voor cliënten van 0 tot 12 jaar, 54% voor cliënten van 13 tot 25 jaar en 60% voor cliënten ouder dan 65 jaar.

54 Heeft jouw voorziening aangepaste fietsen (bv. driewieler, elektrische duofiets of bakfiets, rolstoeltransportfiets) om beweging bij cliënten te stimuleren? De leeftijden hieronder verwijzen naar de mentale leeftijd van cliënten.

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.

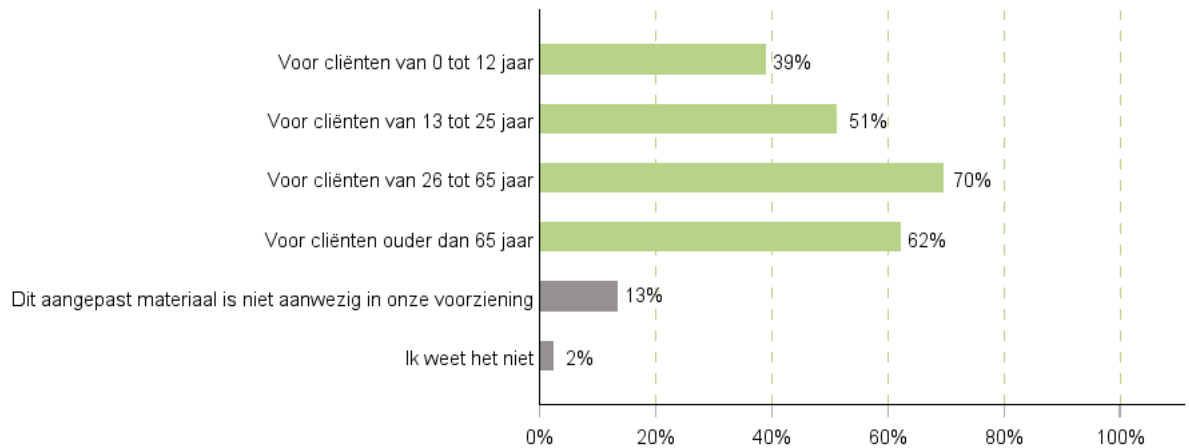


BEWEEG- OF LOOPHULPEN

7 op 10 voorzieningen (70%) hebben beweeg- of loophulpen (bv. rolstoel, rollator, aangepast schoeisel) voor cliënten van 26 tot 65 jaar en 62% voor cliënten ouder dan 65 jaar. Voor de jongere leeftijdsgroepen hebben minder voorzieningen beweeg- of loophulpen: 51% heeft deze voor cliënten van 13 tot 25 jaar en 39% voor cliënten van 0 tot 12 jaar.

55 Heeft jouw voorziening beweeg- of loophulpen (bv. rolstoel, rollator, aangepast schoeisel) om beweging bij cliënten te stimuleren? De leeftijden hieronder verwijzen naar de mentale leeftijd van cliënten.

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



Totaal aantal respondenten: 82

KWALITEITSCRITERIUM 3. DE VOORZIENING ORGANISEERT/MOEDIGT CLIËNTEN AAN* TOT MINSTENS 4 VORMEN VAN BEWEEGACTIVITEITEN

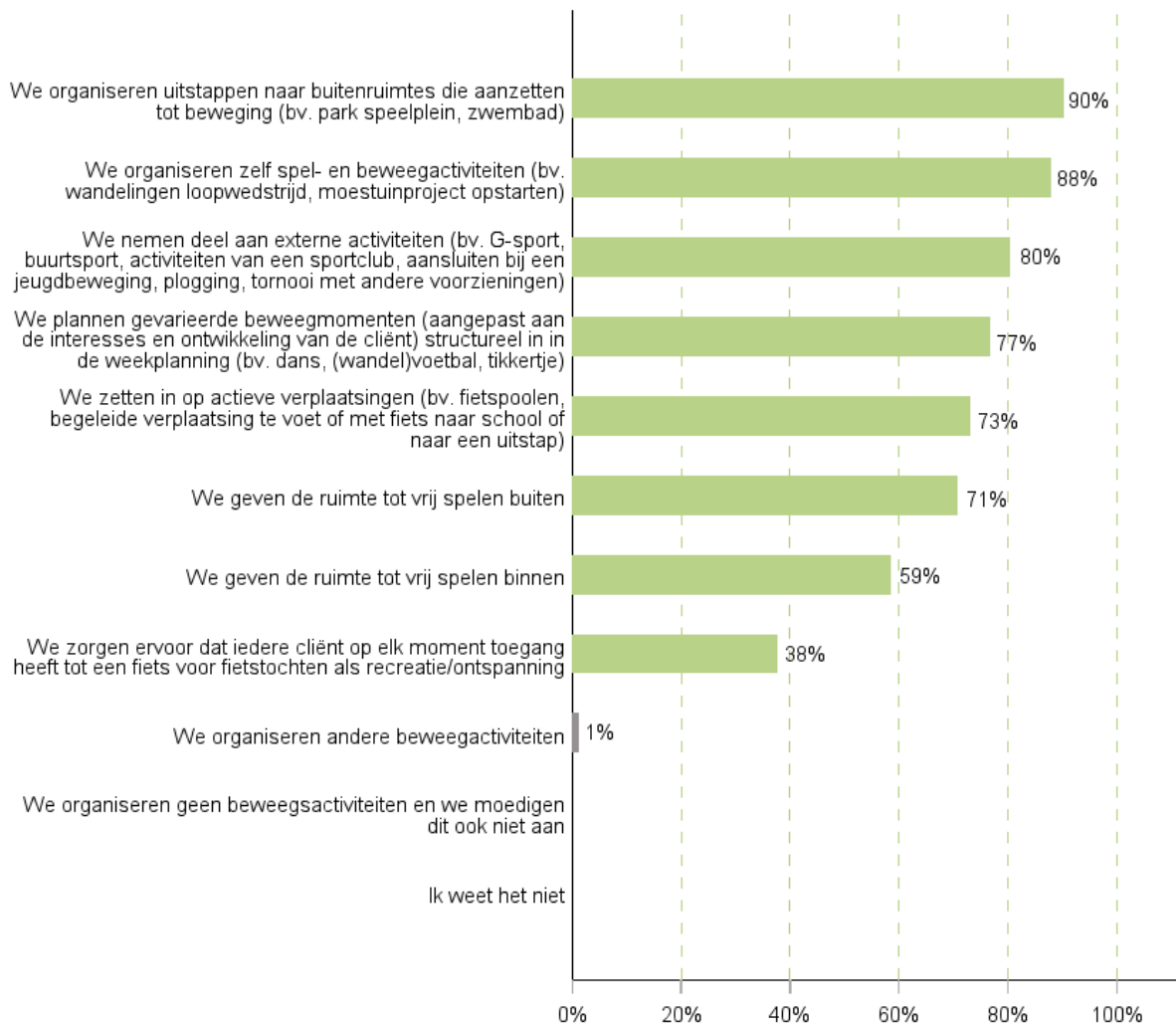
*Aanmoedigen is meer dan alleen toestaan wanneer cliënten hiernaar vragen, maar ze actief aanzetten tot deze activiteiten.

- ✓ 2023: 87% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

Bijna 9 op de 10 (87%) voorzieningen organiseren/moedigen aan tot minstens 4 vormen van beweegactiviteiten. De activiteiten die het vaakst voorkomen, zijn: (1) uitstappen organiseren naar buitenruimtes die aanzetten tot beweging (bv. park, speelplein, zwembad) (90%); (2) zelf spel- en beweegactiviteiten organiseren (bv. wandelingen, loopwedstrijd, moestuinproject) (88%); en (3) deelnemen aan externe activiteiten (bv. G-sport, buurtsport, activiteiten van een sportclub, aansluiten bij een jeugdbeweging, plogging, toernooi met andere voorzieningen) (80%).

56 Welke beweegactiviteiten worden in jouw voorziening georganiseerd en/of aangemoedigd? Met aanmoedigen bedoelen we meer dan alleen toestaan wanneer cliënten hiernaar vragen, maar hen actief aanzetten tot deze activiteiten.

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



Totaal aantal respondenten: 82

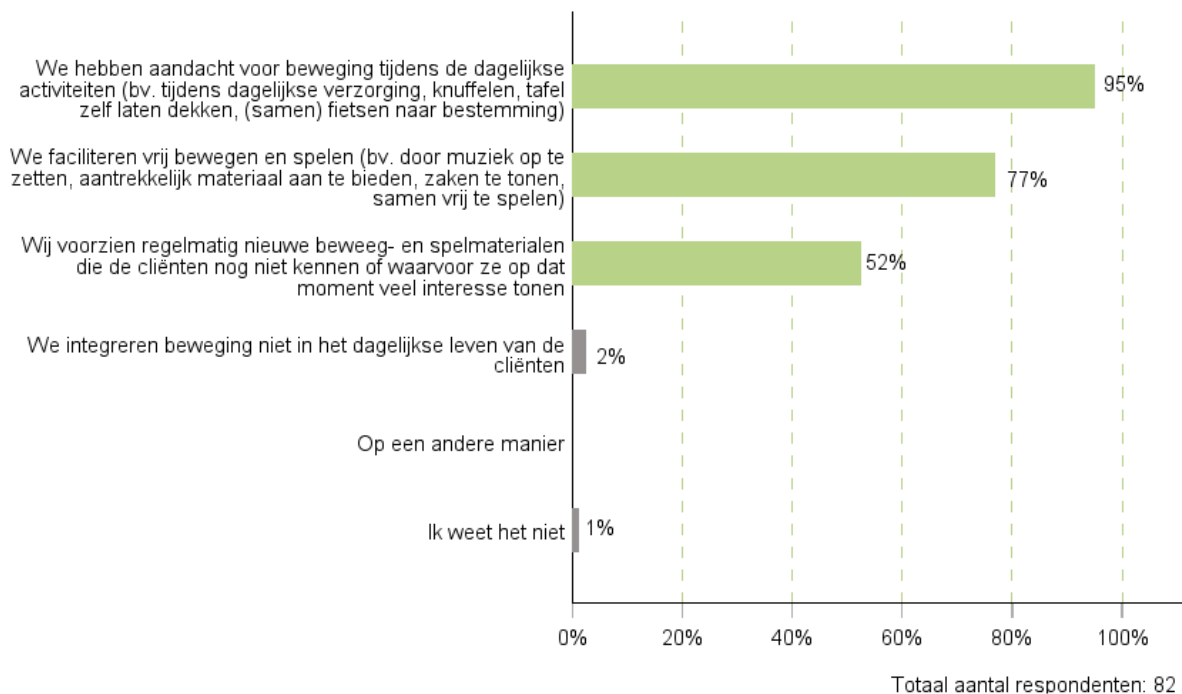
KWALITEITSCRITERIUM 4. DE VOORZIENING INTEGREERT OP MINSTENS 2 MANIEREN BEWEGING IN HET DAGELIJKS LEVEN VAN DE CLIËNTEN

✓ 2023: 81% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

81% van de voorzieningen integreert op minstens 2 manieren beweging in het dagelijks leven van de cliënten. De meest voorkomende manier is aandacht hebben voor beweging tijdens de dagelijkse activiteiten (bv. tijdens dagelijkse verzorging, knuffelen, tafel zelf laten dekken, (samen) fietsen naar bestemming) (95%). De tweede meest voorkomende manier is het faciliteren van vrij bewegen en spelen (bv. door muziek op te zetten, aantrekkelijk materiaal aan te bieden, zaken te tonen, samen vrij te spelen) (77%).

57 Op welke manier integreert jouw voorziening beweging in het dagelijks leven van de cliënten?

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



KWALITEITSCRITERIUM 5. MEDEWERKERS* NEMEN OP MINSTENS 2 MANIEREN EEN VOORBEELDROL OP NAAR DE CLIËNTEN ROND VOLDOENDE BEWEGEN

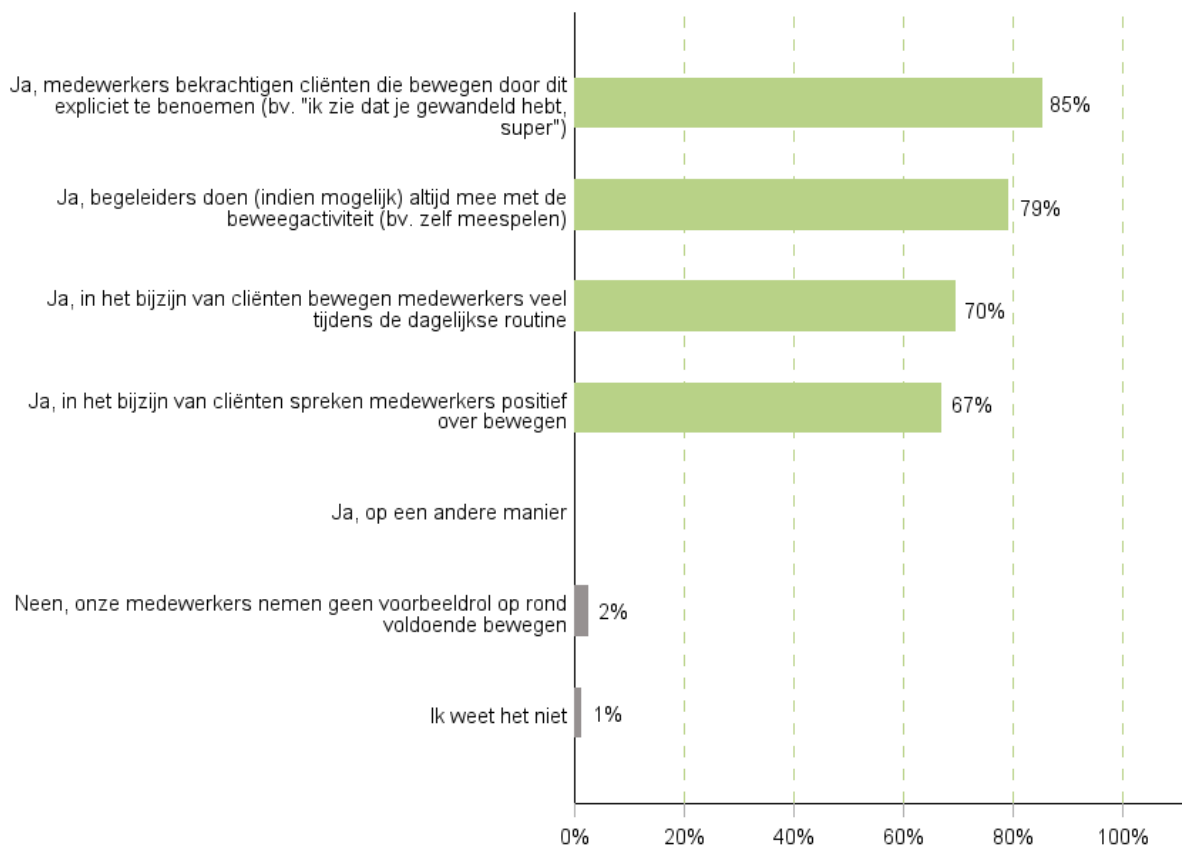
*Dit zijn begeleiders, leidinggevend en administratief personeel.

- ✓ 2023: 89% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

Bij 9 op 10 voorzieningen (89%) nemen medewerkers op minstens 2 manieren een voorbeeldrol op naar de cliënten rond voldoende bewegen. De 2 meest voorkomende manieren zijn: (1) medewerkers bekrachtigen cliënten die bewegen door dit expliciet te benoemen (bv. "Ik zie dat je gewandeld hebt, super!") (85%) en (2) begeleiders doen (indien mogelijk) altijd mee met de beweegactiviteit (bv. zelf meespelen) (79%).

58 Nemen medewerkers een voorbeeldrol op naar de cliënten rond bewegen? Hiermee bedoelen we begeleiders, leidinggevend en administratief personeel.

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



Totaal aantal respondenten: 82

KWALITEITSCRITERIUM 6. DE VOORZIENING HEEFT MEER STIMULERENDE DAN BEPERKENDE AFSPRAKEN EN/OF REGELS OVER BEWEGING*

*Stimulerende afspraken zijn afspraken die veel bewegen stimuleren (bv. halfuur buiten spelen voor/na (huis)werk, wekelijks beweegaanbod, bijdragen aan lidgeld voor sportclub) en beperkende afspraken zijn afspraken die te weinig bewegen beperken (bv. in het weekend maximaal 1 uur per dag tv kijken).

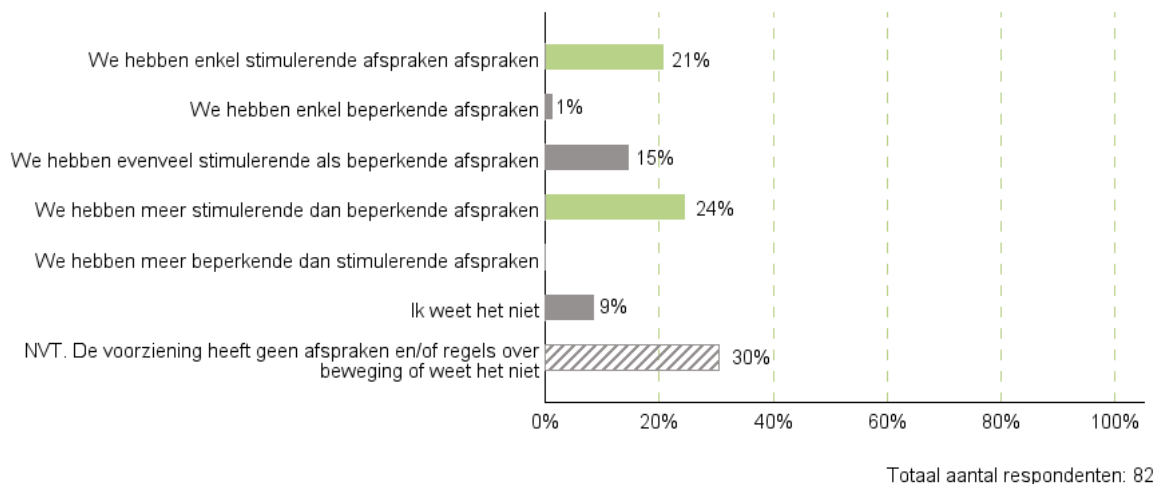
- ✓ 2023: 45% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

45% van de voorzieningen geeft aan meer stimulerende dan beperkende afspraken en/of regels over beweging te hebben. Iets meer dan 1 op 5 voorzieningen (21%) heeft enkel stimulerende afspraken, terwijl bijna 1 op 4 voorzieningen (24%) meer stimulerende dan beperkende afspraken heeft.

59 Duid aan wat voor jullie afspraken en/of regels over beweging van toepassing is. De afspraken kunnen tussen medewerkers onderling zijn of tussen medewerkers en cliënten.

Deze vraag werd niet gesteld aan voorzieningen die in een voorgaande vraag (zie [grafiek 189](#) in de bijlagen) aangaven dat ze geen afspraken en/of regels over beweging hebben of dit niet weten (N=30%). Zij voldoen ook niet aan kwaliteitscriterium 6. In onderstaande grafiek geven we deze respondenten weer als 'NVT. De voorziening heeft geen afspraken en/of regels of weet dit niet'.

De respondent kon 1 antwoord selecteren.



KWALITEITSCRITERIUM 7. DE VOORZIENING ZET OP MINSTENS 2 MANIEREN IN OP LEREN EN SENSIBILISEREN VAN CLIËNTEN OVER BEWEGING (VAARDIGHEDEN EN KENNIS)

- ✓ 2023: 85% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

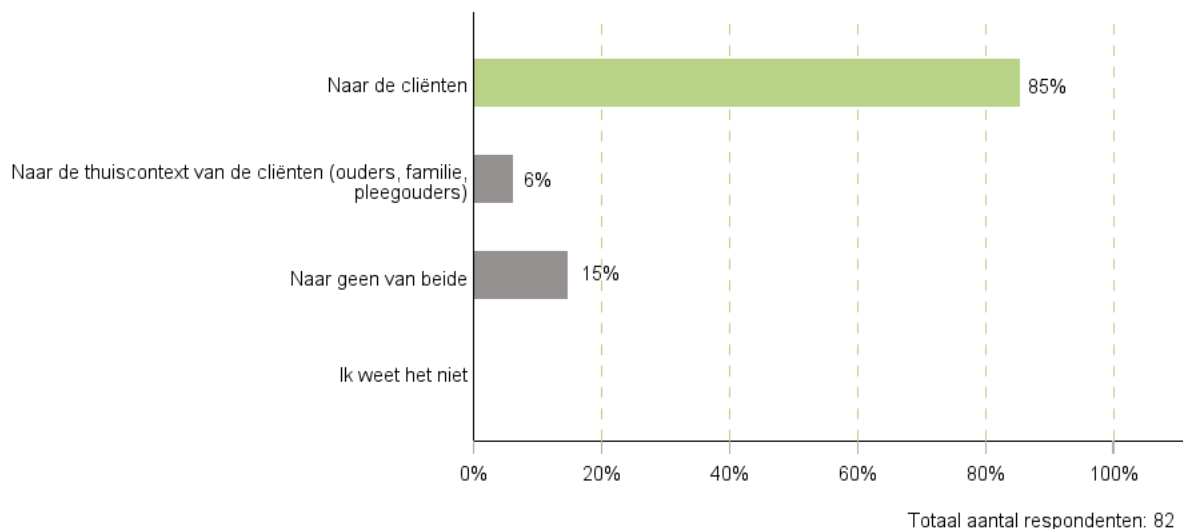
In 85% van de voorzieningen wordt op minstens 2 manieren ingezet op leren en sensibiliseren van cliënten over beweging (vaardigheden en kennis). Dit gebeurt het meest via samen doen (bv. beweegschema, zoals 'start to'-programma's, krachtoefeningen, sportsessie, samen wandelen of fietsen, leren poetsen) (85%) en via laten zien (bv. veilig fietsen in het verkeer, sportwedstrijd op domein, samen gaan kijken naar sport, bewegingen demonstreren of uitleggen, film, bewegen in de buurt) (76%).

VIA SAMEN DOEN

85% van de voorzieningen zet in op leren en sensibiliseren over beweging via samen doen (bv. beweegschema, zoals 'start to'-programma's, krachtoefeningen, sportsessie, samen wandelen of fietsen, leren poetsen).

60 Hoe zet jouw voorziening in op leren en sensibiliseren over beweging via samen doen (bv. beweegschema, zoals 'start to'-programma's, krachtoefeningen, sportsessie, samen wandelen of fietsen, leren poetsen)? Dit betreft zowel vaardigheden als kennis over beweging.

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.

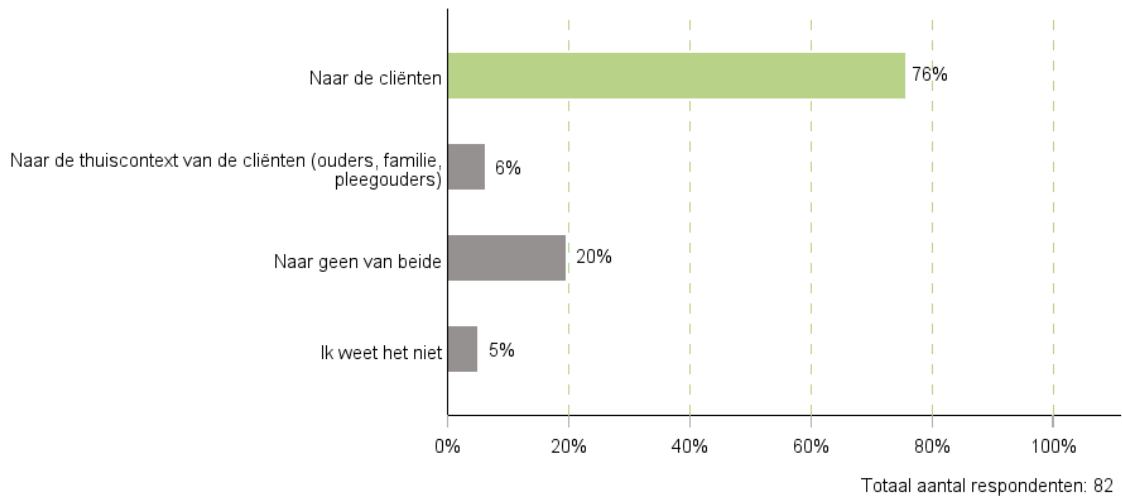


VIA LATEN ZIEN

76% van de voorzieningen zet in op leren en sensibiliseren over beweging via laten zien (bv. veilig fietsen in het verkeer, sportwedstrijd op domein, samen gaan kijken naar sport, bewegingen demonstreren of uitleggen, film, bewegen in de buurt).

61 Hoe zet jouw voorziening in op leren en sensibiliseren over beweging via laten zien (bv. veilig fietsen in het verkeer, sportwedstrijd op domein, samen gaan kijken naar sport, bewegingen demonstreren of uitleggen, film, bewegen in de buurt)? Dit betreft zowel vaardigheden als kennis over beweging.

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.

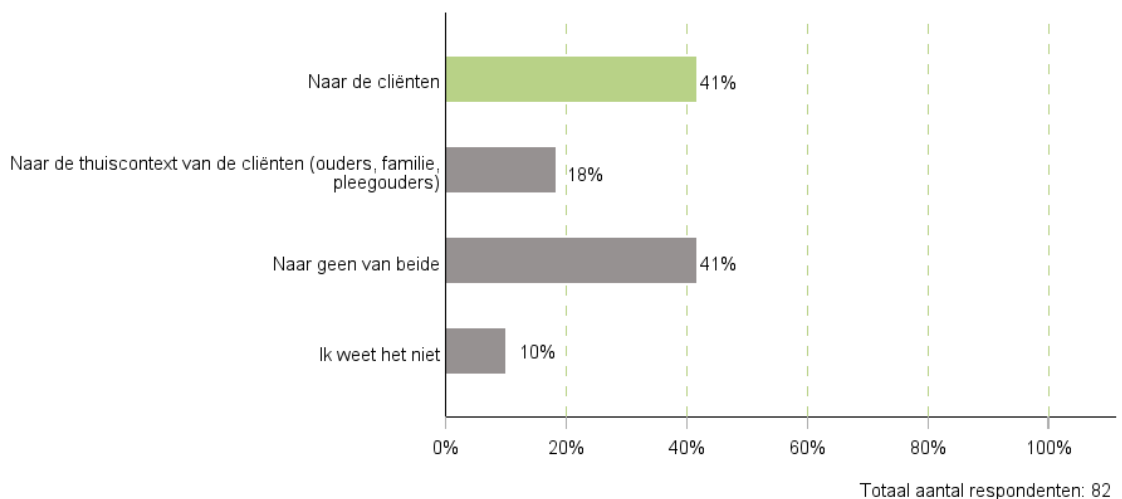


VIA LATEN LUISTEREN

41% van de voorzieningen zet in op leren en sensibiliseren over beweging via laten luisteren (bv. infosessies, advies kinesisten). Een even grote groep voorzieningen (41%) geeft aan dit niet te doen, noch naar de cliënten, noch naar hun thuiscontext (bv. ouders, familie, pleegouders).

62 Hoe zet jouw voorziening in op leren en sensibiliseren over beweging via laten luisteren (bv. infosessies, advies kinesisten)? Dit betreft zowel vaardigheden als kennis over beweging.

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.

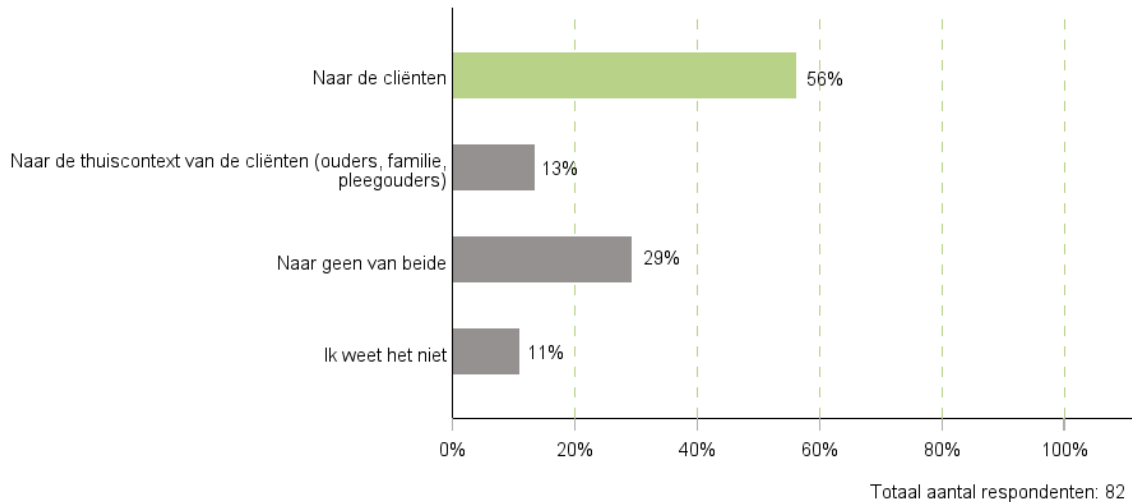


VIA LATEN REFLECTEREN

56% van de voorzieningen zet in op leren en sensibiliseren over beweging via laten reflecteren (bv. (groeps)gesprek, gesprek met individuele begeleider).

63 Hoe zet jouw voorziening in op leren en sensibiliseren over beweging via laten reflecteren (bv. (groeps)gesprek, gesprek met individuele begeleider)? Dit betreft zowel vaardigheden als kennis over beweging.

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.

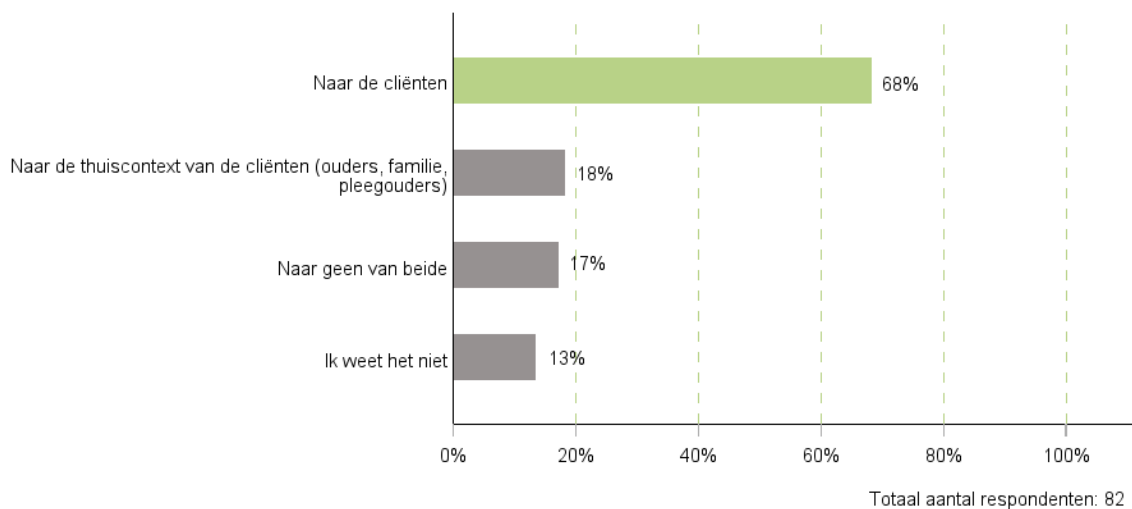


VIA SAMEN BESLISSEN

68% van de voorzieningen zet in op leren en sensibiliseren over beweging via samen beslissen (bv. inspraak in de afspraken en regels rond beweging, het beweeg- en materiaal aanbod).

64 Hoe zet jouw voorziening in op leren en sensibiliseren over beweging via samen beslissen (bv. inspraak in de afspraken en regels over beweging, het beweeg- en materiaal aanbod)? Dit betreft zowel vaardigheden als kennis over beweging.

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



KWALITEITSCRITERIUM 8. DE VOORZIENING GEEFT OP MINSTENS 1 MANIER ONDERSTEUNING AAN CLIËNTEN MET BIJZONDERE NODEN ROND BEWEGING*

*bv. diabetes, nek- en rugklachten, obesitas, motorische vaardigheden, op maat van rolstoelgebruikers

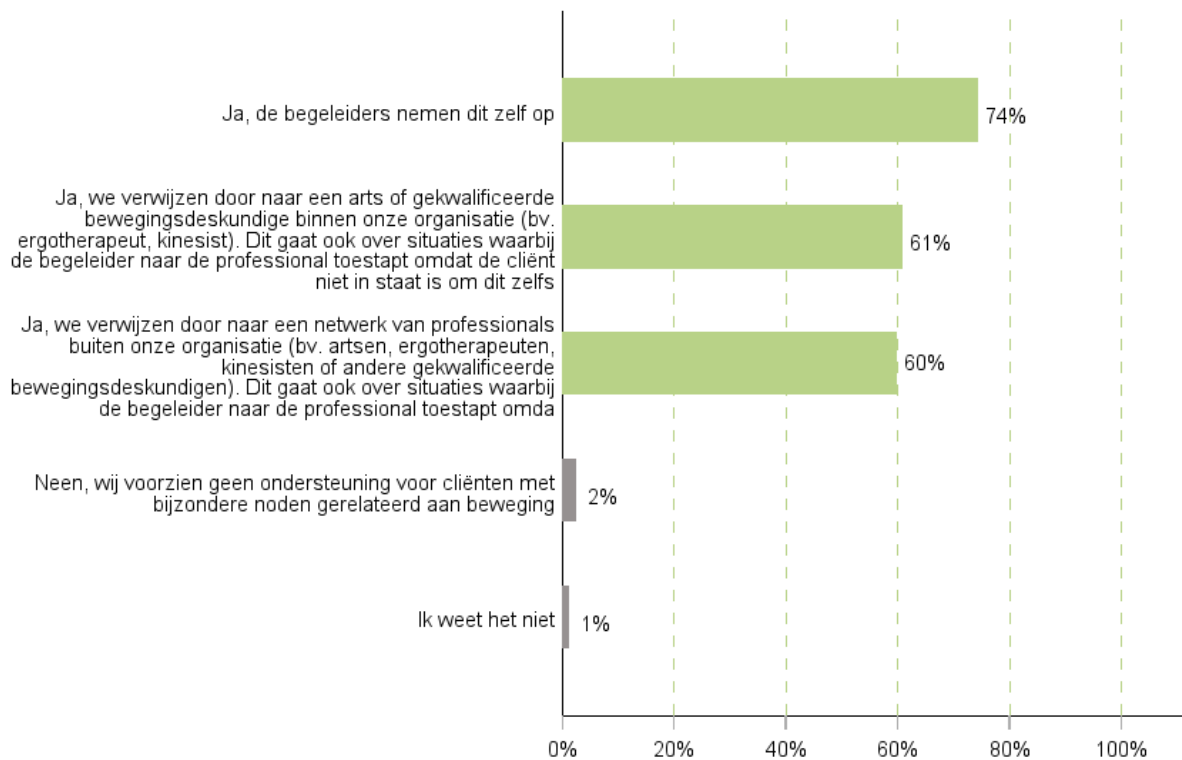
- ✓ 2023: 96% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

Bijna alle voorzieningen (96%) geven op minstens 1 manier ondersteuning aan cliënten met bijzondere noden grond beweging (bv. diabetes, nek- en rugklachten, obesitas, motorische vaardigheden, op maat van rolstoelgebruikers). De meest voorkomende manier is dat de begeleiders dit zelf opnemen (74%).

Wat iets minder vaak voorkomt, is dat de voorzieningen de cliënten met bijzondere noden rond beweging (ook) intern of extern doorverwijst. 61% van de voorzieningen verwijst cliënten door naar een arts of gekwalificeerde bewegingsdeskundige binnen de organisatie (bv. ergotherapeut, kinesist) en 60% verwijst cliënten (ook) door naar een netwerk van professionals buiten de organisatie (bv. artsen, ergotherapeuten, kinesisten of andere gekwalificeerde deskundigen).

65 Is er ondersteuning voorzien voor cliënten met bijzondere noden gerelateerd aan beweging? (bv. diabetes, nek- en rugklachten, obesitas, motorische vaardigheden, op maat van rolstoelgebruikers)

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



Totaal aantal respondenten: 82

KWALITEITSCRITERIUM 9. DE VOORZIENING VERWIJST MINSTENS 21% VAN DE CLIËNTEN MET BIJZONDERE NODEN ROND BEWEGING* DOOR NAAR EEN PROFESSIONAL BINNEN DE VOORZIENING OF NAAR EEN NETWERK VAN PROFESSIONALS BUITEN DE ORGANISATIE

*bv. diabetes, nek- en rugklachten, obesitas, motorische vaardigheden

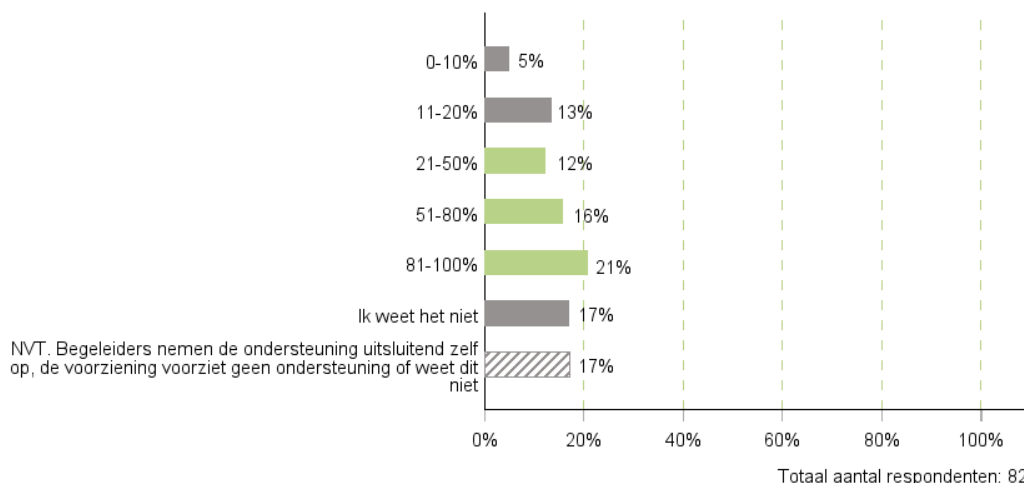
- ✓ 2023: 49% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

Bij bijna de helft van de voorzieningen wordt minstens 21% van de cliënten met bijzondere noden rond beweging (bv. diabetes, nek- en rugklachten, obesitas, motorische vaardigheden) doorverwezen naar een professional binnen de voorziening of naar een netwerk van professionals buiten de organisatie.

66 Hoeveel percent van de cliënten met bijzondere noden rond beweging (bv. diabetes, nek- en rugklachten, obesitas, motorische vaardigheden) verwijst jouw voorziening door naar een professional binnen de voorziening of naar een netwerk van professionals buiten de organisatie? Dit gaat ook over situaties waarbij de begeleider naar de professional toestapt omdat de cliënt niet in staat is om dit zelfstandig op te nemen.

Deze vraag werd niet gesteld aan voorzieningen die in de voorgaande vraag (zie [grafiek 65](#)) aangaven dat de begeleiders uitsluitend zelf ondersteuning voorzien, de voorziening geen ondersteuning voorziet of dit niet weten (N=17%). Zij voldoen ook niet aan kwaliteitscriterium 9. In onderstaande grafiek geven we deze respondenten weer als 'NVT. Begeleiders nemen de ondersteuning uitsluitend zelf op, de voorziening voorziet geen ondersteuning of weet dit niet'.

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



SAMENVATTING

Hieronder vatten we de belangrijkste resultaten samen met betrekking tot de criteria voor een kwaliteitsvol bewegingsbeleid in de huidige editie van de Preventiepeiling. **Grafiek 67** op de volgende pagina geeft voor elk van de kwaliteitscriteria weer hoeveel voorzieningen voor personen met een handicap aan dit criterium voldoen. **Grafiek 68** geeft het cumulatief aantal behaalde criteria weer voor een kwaliteitsvol bewegingsbeleid.

STAND VAN ZAKEN BEWEGINGSBELEID (2023)

- Gemiddeld voldoen voorzieningen aan 6 van de 9 criteria voor een kwaliteitsvol bewegingsbeleid (6 = het gemiddeld aantal behaalde criteria).
- 7% voldoet aan alle 9 de criteria voor een kwaliteitsvol bewegingsbeleid.
- 1% voldoet aan geen enkel criterium voor een kwaliteitsvol bewegingsbeleid.

Waarop wordt het meest ingezet?

- Op minstens 1 manier ondersteuning voorzien voor cliënten met bijzondere noden gerelateerd aan beweging (96%).
- Op minstens 2 manieren een voorbeeldrol opnemen naar cliënten rond voldoende bewegen (89%).

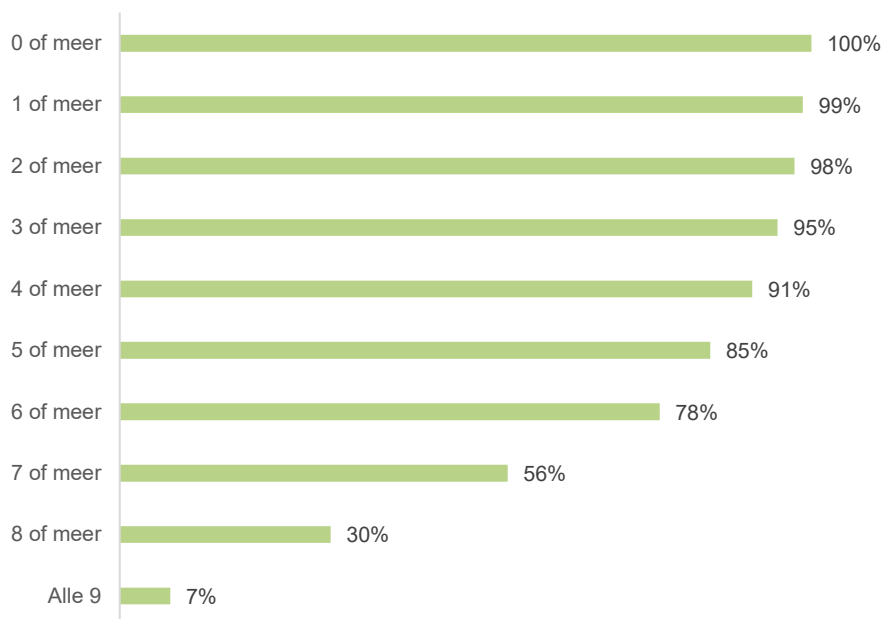
Waarop wordt het minst ingezet?

- Meer stimulerende dan beperkende afspraken en/of regels hebben over beweging (45%).
- Voor elke aanwezige leeftijdsgroep minstens 2 vormen van aangepast materiaal aanbieden om beweging te stimuleren (24%).

67 Aandeel voorzieningen dat aan de criteria voor een kwaliteitsvol bewegingsbeleid voldoet (2023)



68 Cumulatief aantal behaalde criteria voor een kwaliteitsvol bewegingsbeleid (2023)



LANG STILZITTEN

Met lang stilzitten of sedentair gedrag bedoelen we alle activiteiten waarbij cliënten zitten of liggen (maar niet slapen) én waarbij ze weinig energie verbruiken, zoals televisiekijken of zittend spelen.

Cliënten die voldoende bewegen omdat ze bijvoorbeeld spelen tijdens de pauze of sporten na hun dagbesteding maar verder vooral zittend de dag doorbrengen, kunnen toch een sedentaire levensstijl hebben.



82

DEELNEMENDE
VOORZIENINGEN

KWALITEITSCRITERIA

1

De voorziening heeft minstens 2 van volgende vormen van aangepast materiaal om cliënten te stimuleren om het lang stilzitten te onderbreken/beperken:

1. stameubilair om staand activiteiten te doen (bv. spelen, puzzelen, koken of creatief bezig zijn);
2. exergames (interactieve VR- of videogames waarvoor actieve beweging nodig is, zoals dansen);
3. spelmateriaal voor staande houding (bv. water-/zandtafel, kickertafel, verhoogde knutseltafel, biljart, darts, boksbal);
4. modulair licht meubilair waardoor de opstelling van de ruimte gemakkelijk aangepast kan worden (bv. om (snel) meer ruimte te creëren om te bewegen, zoals een zetel op wielotjes).

2

De voorziening integreert minder lang stilzitten in het dagelijks leven van de cliënten op minstens 2 van volgende manieren:

1. de leefruimte is ingericht in functie van rechtstaande activiteiten (bv. stoelen verwijderen aan een tafel, statafels, zandtafel op stahoogte, installatie van schildersezels);
2. gebruik maken van nudging (nudges zijn subtiele duwtjes die, via kleine aanpassingen in de omgeving of in communicatie, ons gedrag richting gezonde keuzes kunnen sturen,) (bv. televisie, games, tablet liggen uit het zicht);
3. de leefomgeving is opgedeeld in aantrekkelijke hoeken met verschillende functies zodat het zitten regelmatig onderbroken wordt (bv. multimediahoek, beweeghoek, creahoek, praathoek);
4. zittend materiaal (bv. wipstoel, park, zetel, ...) is niet de volledige dag toegankelijk voor de cliënten;
5. zittende activiteiten rechtstaand of in beweging doen (bv. een liedje rechtstaand of in beweging aanleren, rechtstaand puzzelen en knutselen, koken);
6. cliënten krijgen de keuze om individuele begeleidingsmomenten staand of wandelend te doen;
7. een dagindeling hebben die zittende activiteiten onderbreekt met actieve momenten (bv. na school/dagbesteding buitenspele, wisselhoudingen toepassen voor rolstoelgebruikers, na het eten samen afwassen, een bewegingstussendoortje tijdens het tv-kijken).

3

De voorziening beperkt voor elke aanwezige leeftijdsgroep de schermtijd* tot de volgende aanbevolen maximumschermtijd:

*Dit in zittende houding zowel in de leefruimte als op de kamer (bv. spelletjes spelen, filmpjes op YouTube kijken, scrollen op Instagram of TikTok). Noodzakelijke communicatie in functie van een begeleidingstraject (bv. met consulent) en voor relationele continuïteit (bv. videobellen of chatten met ouders, brussen, vrienden) wordt niet meegerekend.

1. Cliënten van 0 tot 1 jaar krijgen geen schermtijd.
2. Cliënten van 2 tot 5 jaar krijgen maximaal 1 uur schermtijd per dag.
3. Cliënten van 6 tot 12 jaar en cliënten vanaf 13 jaar krijgen maximaal 2 uur schermtijd per dag.

4

Medewerkers* nemen op minstens 2 van volgende manieren een voorbeeldrol op naar de cliënten rond minder lang stilzitten:

*Dit zijn begeleiders, leidinggevenden en administratief personeel.

1. begeleiders gaan zelf niet zitten tijdens activiteiten van de cliënten (bv. tijdens vrij spel);
2. medewerkers staan regelmatig recht tijdens zittende activiteiten in het bijzijn van de cliënten;
3. medewerkers beperken hun schermtijd en/of smartphonegebruik voor privé zaken in het bijzijn van de cliënten;
4. medewerkers spreken cliënten aan wanneer ze lange tijd zitten;
5. medewerkers bekrachtigen cliënten die het lang stilzitten onderbreken/beperken door dit expliciet te benoemen (bv. "Ik zie dat je buiten hebt gespeeld en niet in de zetel hebt gezeten, super!").

5

De voorziening heeft meer stimulerende dan beperkende afspraken en/of regels over minder lang stilzitten*.

*Stimulerende afspraken zijn afspraken die minder lang stilzitten stimuleren (bv. knutselen wordt aan statafels gedaan, begeleidingsgesprekken zijn altijd al wandelend/staand) en beperkende afspraken zijn afspraken die lang stilzitten beperken (bv. schermtijd mag niet langer zijn dan een halfuur ononderbroken).

6

De voorziening zet op minstens 2 van volgende manieren in op leren en sensibiliseren van de cliënten over minder lang stilzitten (vaardigheden en kennis):

1. via samen doen (bv. al rechtstaand voorlezen, samen dartsen, wandelen tijdens individuele begeleiding, educatief spel);
2. via laten zien (bv. affiches, medewerkers die zelf rechtstaan na een halfuur zitten, film, theaterstuk);
3. via laten luisteren (bv. infosessies, advies kinesisten);
4. via laten reflecteren (bv. (groeps)gesprek, individueel begeleidingsgesprek);
5. via samen beslissen (bv. kinderen/jongeren inspraak geven in de afspraken en regels over lang stilzitten, het beweeg- en materiaal aanbod).

7

De voorziening geeft op minstens 1 van volgende manieren ondersteuning aan cliënten met bijzondere noden rond lang stilzitten*:

*bv. diabetes, nek- en rugklachten, obesitas

1. de begeleiders nemen dit zelf op;
2. er wordt doorverwezen naar een arts of gekwalificeerde bewegingsdeskundige binnen de organisatie (bv. ergotherapeut, kinesist);
3. er wordt doorverwezen naar een netwerk van professionals buiten de organisatie (bv. artsen, ergotherapeuten, kinesisten of andere gekwalificeerde bewegingsdeskundigen).

8

De voorziening verwijst minstens 21% van de cliënten met bijzondere noden rond lang stilzitten* door naar een professional binnen de voorziening of naar een netwerk van professionals buiten de organisatie.

*bv. diabetes, nek- en rugklachten, obesitas

RESULTATEN

KWALITEITSCRITERIUM 1. DE VOORZIENING HEEFT MINSTENS 2 VORMEN VAN Aangepast MATERIAAL OM CLIËNTEN TE STIMULEREN OM HET LANG STILZITTEN TE ONDERBREKEN/BEPERKEN

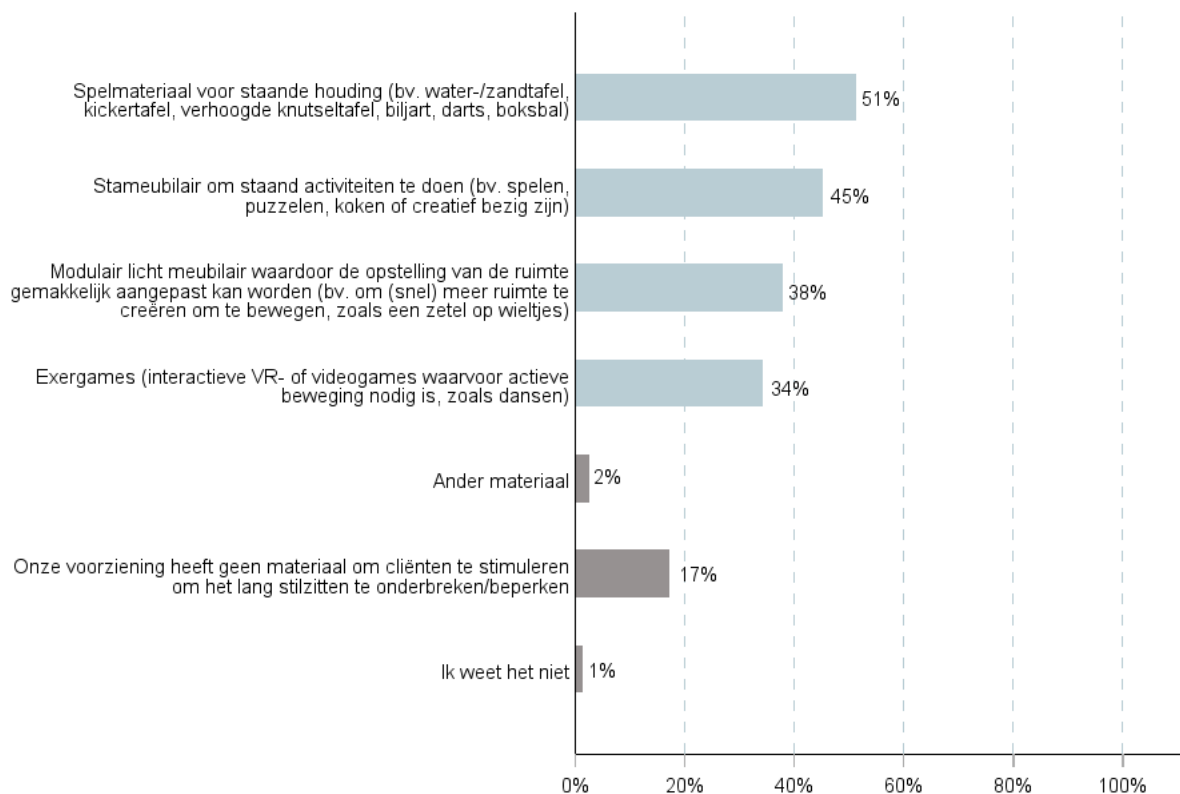
✓ 2023: 52% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

De helft van de voorzieningen (52%) heeft minstens 2 vormen van aangepast materiaal om cliënten te stimuleren om het lang stilzitten te onderbreken/beperken. De aangepaste materialen die het meest voorkomen, zijn: (1) spelmateriaal voor staande houding (bv. water-/zandtafel, kickertafel, verhoogde knutseltafel, biljart, darts, boksbal) (51%); en (2) stameubilair om staand activiteiten te doen (bv. spelen, puzzelen, koken of creatief bezig zijn) (45%).

17% geeft aan dat de voorziening geen materiaal heeft om cliënten te stimuleren om het lang stilzitten te onderbreken/beperken.

69 Welk aangepast materiaal is er in jouw voorziening om cliënten te stimuleren om het lang stilzitten te onderbreken/beperken?

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



Totaal aantal respondenten: 82

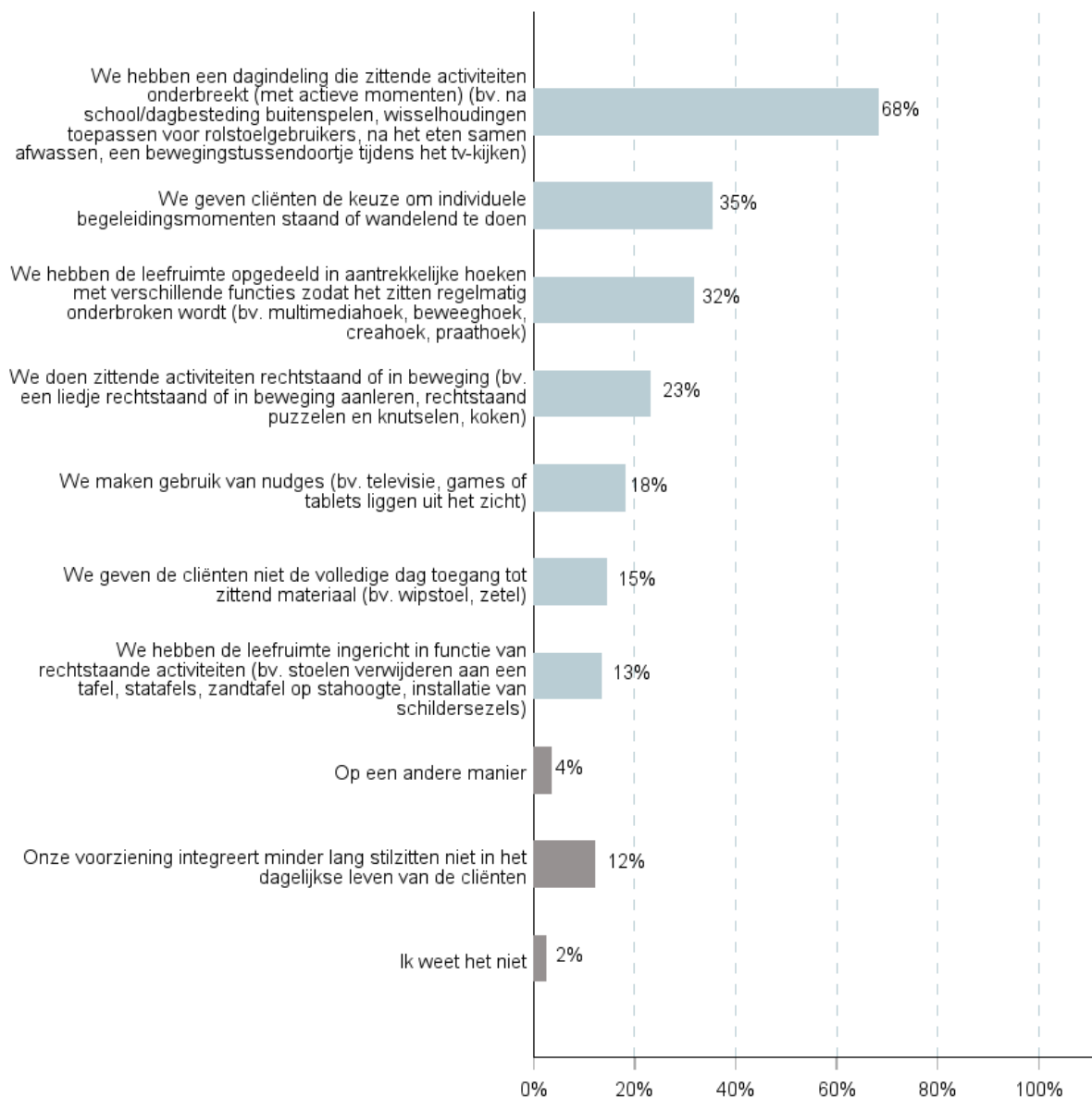
KWALITEITSCRITERIUM 2. DE VOORZIENING INTEGREERT MINDER LANG STILZITTEN IN HET DAGELIJKS LEVEN VAN DE CLIËNTEN OP MINSTENS 2 MANIEREN

✓ 2023: 55% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

55% van de voorzieningen integreert minder lang stilzitten in het dagelijks leven van de cliënten op minstens 2 manieren. Een dagindeling hebben die zittende activiteiten onderbreekt (met actieve momenten) (bv. na school/dagbesteding buitenspelen, wisselhoudingen toepassen voor rolstoelgebruikers, na het eten samen afwassen, een bewegingstussendoortje tijdens het tv-kijken) (68%) is de meest voorkomende manier. Een minder voorkomende manier is cliënten de keuze geven om individuele begeleidingsmomenten staand of wandelend te doen (35%).

70 Op welke manier integreert jouw voorziening minder lang stilzitten in het dagelijks leven van de cliënten?

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



Totaal aantal respondenten: 82

KWALITEITSCRITERIUM 3. DE VOORZIENING BEPERKT VOOR ELKE AANWEZIGE LEEFTIJDGROEP DE SCHERMTIJD* TOT DE AANBEVOLEN MAXIMUMSCHERMTIJD

*Dit in zittende houding zowel in de leefruimte als op de kamer (bv. spelletjes spelen, filmpjes op YouTube kijken, scrollen op Instagram of TikTok). Noodzakelijke communicatie in functie van een begeleidingstraject (bv. met consulent) en voor relationele continuïteit (bv. videobellen of chatten met ouders, brussen, vrienden) wordt niet meegerekend.

- ✓ 2023: 10% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

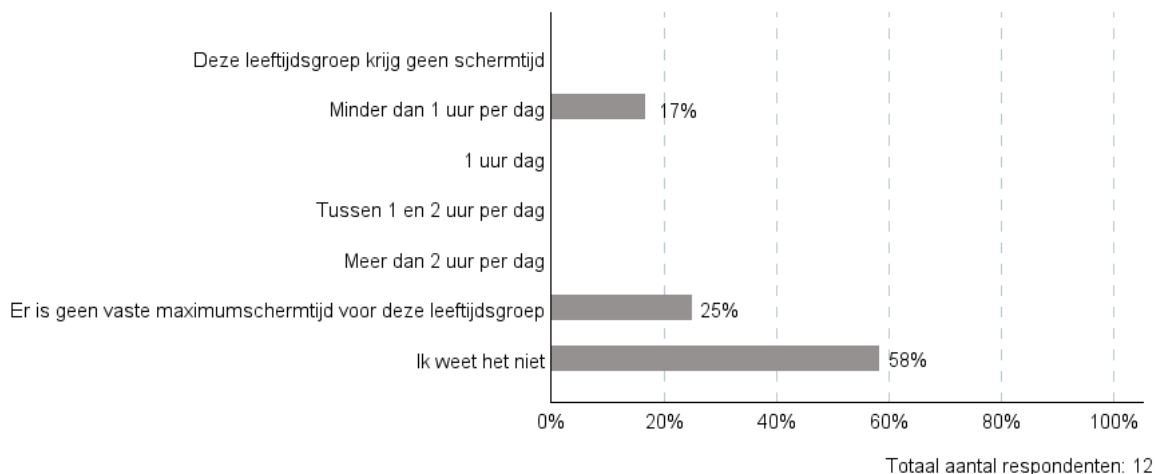
Slechts 10% van de voorzieningen beperkt voor elke aanwezige leeftijdsgroep de schermtijd tot het aanbevolen maximum. Dit lage percentage is hoofdzakelijk te wijten aan het opvolgen van de aanbevolen maximumschermtijd voor de leeftijdsgroep van 0 tot 1 jaar. We zien namelijk dat geen enkele voorziening de aanbeveling volgt om geen schermtijd te geven aan deze doelgroep. Bij de leeftijdsgroep van cliënten van 2 tot 5 jaar volgt 27% de aanbevolen schermtijd van maximaal 1 uur per dag. Bij de leeftijdsgroep van 6 tot 12 jaar en de leeftijdsgroep van 13 tot 17 jaar volgt respectievelijk 47% en 43% de aanbevolen schermtijd van maximaal 2 uur per dag.

CLIËNTEN VAN 0 TOT 1 JAAR KRIJGEN GEEN SCHERMTIJD

70 voorzieningen (85%) hebben geen cliënten in de leeftijd van 0 tot 1 jaar. Bij de 12 voorzieningen waar deze leeftijdsgroep wel aanwezig is, heeft 25% geen vaste maximumschermtijd voor deze leeftijdsgroep en 17% minder dan 1 uur schermtijd per dag. Het is opvallend dat meer dan de helft van de voorzieningen, (58%) dit niet weet.

71 Hoelang mogen cliënten van 0 tot 1 jaar in hun vrije tijd naar televisie of andere beeldschermen (bv. computer, tablet, smartphone) kijken? Hiermee bedoelen we in zittende houding en zowel in de leefruimte als op de kamer (bv. spelletjes spelen, filmpjes op YouTube kijken, scrollen op Instagram of TikTok). Let op: noodzakelijke communicatie in functie van een begeleidingstraject (bv. met consulent) en voor relationele continuïteit (bv. videobellen of chatten met thuiscontext, vrienden) moet je niet meerekenen.

De respondent kon 1 antwoord selecteren.

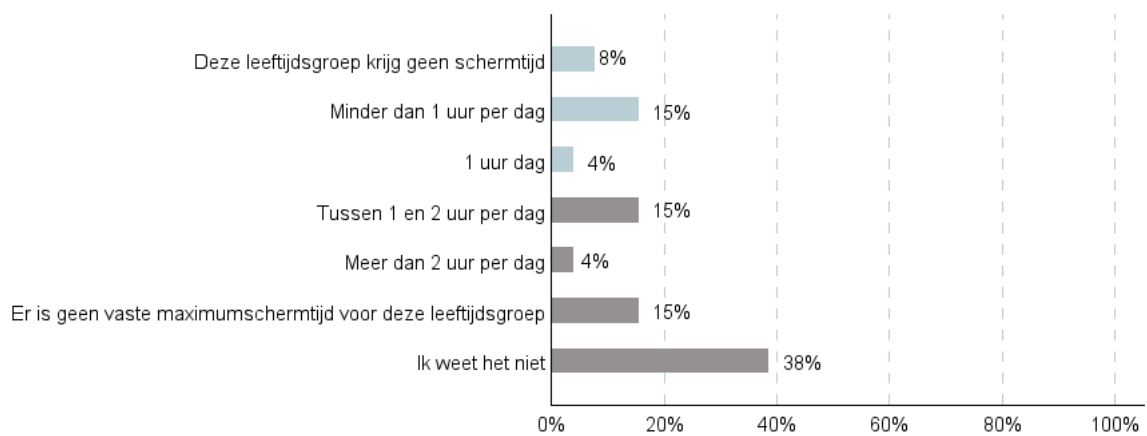


CLIËNTEN VAN 2 TOT 5 JAAR KRIJGEN MAXIMAAL 1 UUR SCHERMTIJD PER DAG

56 voorzieningen (68%) hebben geen cliënten in de leeftijd van 2 tot 5-jaar. Bij de 26 voorzieningen waar deze leeftijdsgroep wel aanwezig is, zien we dat 27% wel de aanbevolen schermtijd van maximaal 1 uur per dag volgt: 8% van de voorzieningen geeft geen schermtijd aan deze leeftijdsgroep, 15% minder dan 1 uur per dag en 4% geeft 1 uur schermtijd per dag. Opvallend is dat 15% van de voorzieningen aangeeft dat er geen vaste maximumschermtijd voor deze leeftijdsgroep is, en 38% aangeeft dit niet te weten.

72 Hoelang mogen cliënten van 2 tot 5 jaar in hun vrije tijd naar televisie of andere beeldschermen (bv. computer, tablet, smartphone) kijken? Hiermee bedoelen we in zittende houding en zowel in de leefruimte als op de kamer (bv. spelletjes spelen, filmpjes op YouTube kijken, scrollen op Instagram of TikTok). Let op: noodzakelijke communicatie in functie van een begeleidingstraject (bv. met consulent) en voor relationele continuïteit (bv. videobellen of chatten met thuiscontext, vrienden) moet je niet meerekenen.

De respondent kon 1 antwoord selecteren.



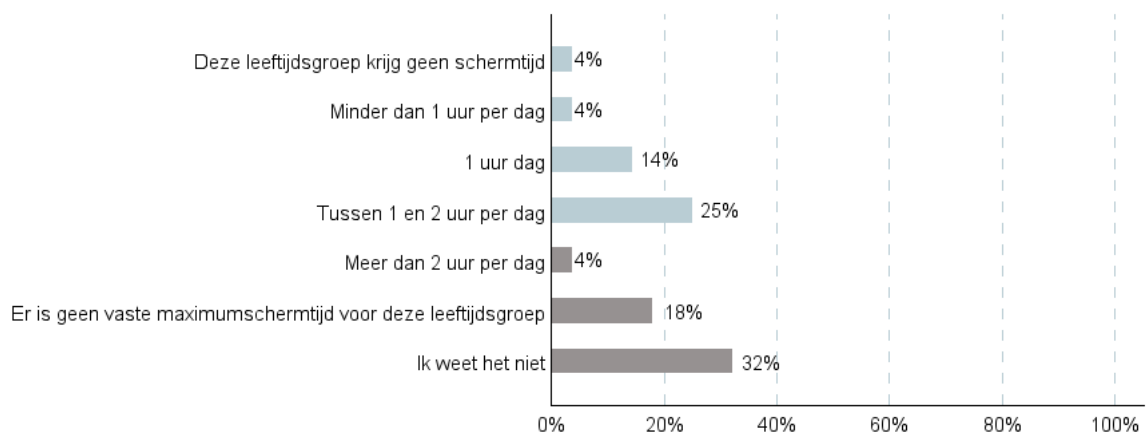
Totaal aantal respondenten: 26

CLIËNTEN VAN 6 TOT 12 JAAR KRIJGEN MAXIMAAL 2 UUR SCHERMTIJD PER DAG

54 voorzieningen (66%) hebben geen cliënten in de leeftijd van 6 tot 12 jaar. Bij de 28 voorzieningen waar deze leeftijdsgroep wel aanwezig is, volgt bijna de helft, namelijk 47%, de aanbevolen schermtijd van maximaal 2 uur per dag. 4% geeft geen schermtijd aan deze leeftijdsgroep, 4% minder dan 1 uur per dag, 14% 1 uur per dag en 25% tussen 1 en 2 uur per dag. Het is opvallend dat 18% van de voorzieningen aangeeft geen maximumschermtijd voor deze leeftijdsgroep te hebben, en 32% aangeeft dit niet te weten.

73 Hoelang mogen cliënten van 6 tot 12 jaar in hun vrije tijd naar televisie of andere beeldschermen (bv. computer, tablet, smartphone) kijken? Hiermee bedoelen we in zittende houding en zowel in de leefruimte als op de kamer (bv. spelletjes spelen, filmpjes op YouTube kijken, scrollen op Instagram of TikTok). Let op: noodzakelijke communicatie in functie van een begeleidingstraject (bv. met consulent) en voor relationele continuïteit (bv. videobellen of chatten met thuiscontext, vrienden) moet je niet meerekenen.

De respondent kon 1 antwoord selecteren.



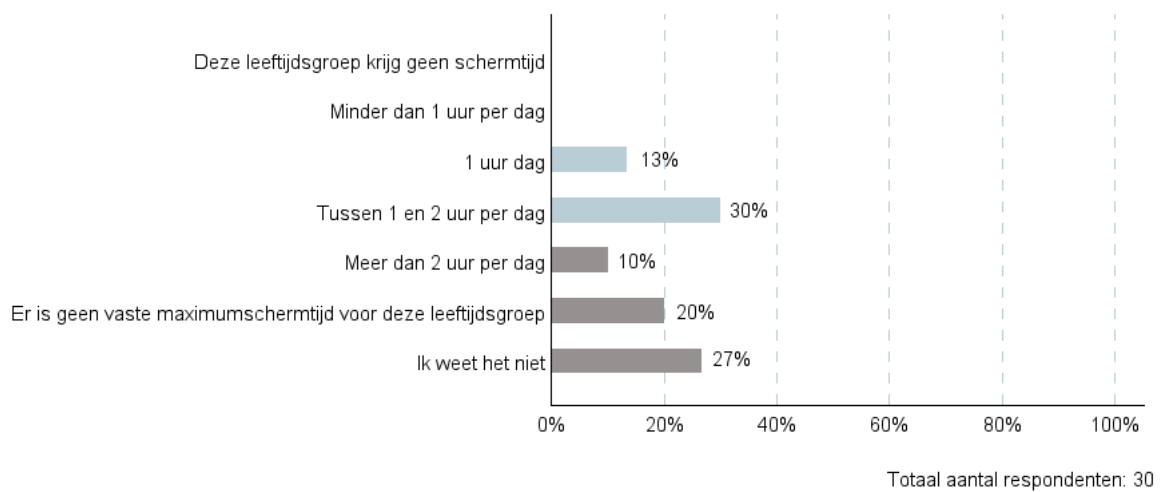
Totaal aantal respondenten: 28

CLIËNTEN VAN 13 TOT 17 JAAR KRIJGEN MAXIMAAL 2 UUR SCHERMTIJD PER DAG

52 voorzieningen (63%) hebben geen cliënten in de leeftijd van 13 tot 17 jaar. Bij de 30 voorzieningen waar deze leeftijdsgroep wel aanwezig is, volgt 43% van de voorzieningen de aanbevolen maximale schermtijd van maximaal 2 uur per dag. 13% van de voorzieningen geeft 1 uur schermtijd per dag aan deze leeftijdsgroep en 30% tussen 1 en 2 uur per dag. Opvallend is dat 20% van de voorzieningen aangeeft geen maximumschermtijd voor deze leeftijdsgroep te voorzien, en 27% aangeeft dit niet te weten.

74 Hoelang mogen cliënten van 13 tot 17 jaar in hun vrije tijd naar televisie of andere beeldschermen (bv. computer, tablet, smartphone) kijken? Hiermee bedoelen we in zittende houding en zowel in de leefruimte als op de kamer (bv. spelletjes spelen, filmpjes op YouTube kijken, scrollen op Instagram of TikTok). Let op: noodzakelijke communicatie in functie van een begeleidingstraject (bv. met consulent) en voor relationele continuïteit (bv. videobellen of chatten met thuiscontext, vrienden) moet je niet meerekenen.

De respondent kon 1 antwoord selecteren.



KWALITEITSCRITERIUM 4. MEDEWERKERS* NEMEN OP MINSTENS 2 MANIEREN EEN VOORBEELDROL OP NAAR DE CLIËNTEN ROND MINDER LANG STILZITTEN

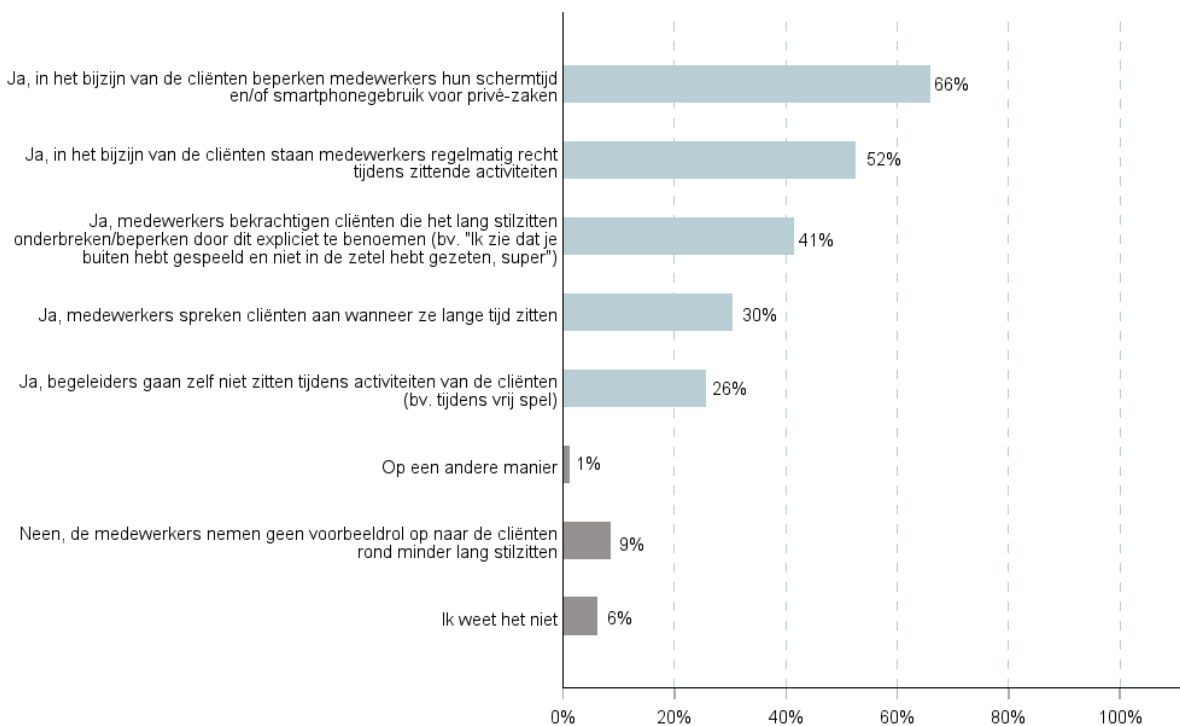
*Dit zijn begeleiders, leidinggevend en administratief personeel.

- ✓ 2023: 65% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

In 65% van de voorzieningen nemen medewerkers op minstens 2 manieren een voorbeeldrol op naar de cliënten rond minder lang stilzitten. De 2 meest voorkomende manieren zijn: (1) in het bijzijn van cliënten hun schermtijd en/of smartphonegebruik voor privé-zaken beperken (66%); en (2) regelmatig rechtstaan tijdens zittende activiteiten in het bijzijn van de cliënten (52%).

75 Nemen de medewerkers een voorbeeldrol op naar de cliënten rond minder lang stilzitten? Dit zijn begeleiders, leidinggevend en administratief personeel.

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



Totaal aantal respondenten: 82

KWALITEITSCRITERIUM 5. DE VOORZIENING HEEFT MEER STIMULERENDE DAN BEPERKENDE AFSPRAKEN EN/OF REGELS OVER MINDER LANG STILZITTEN*

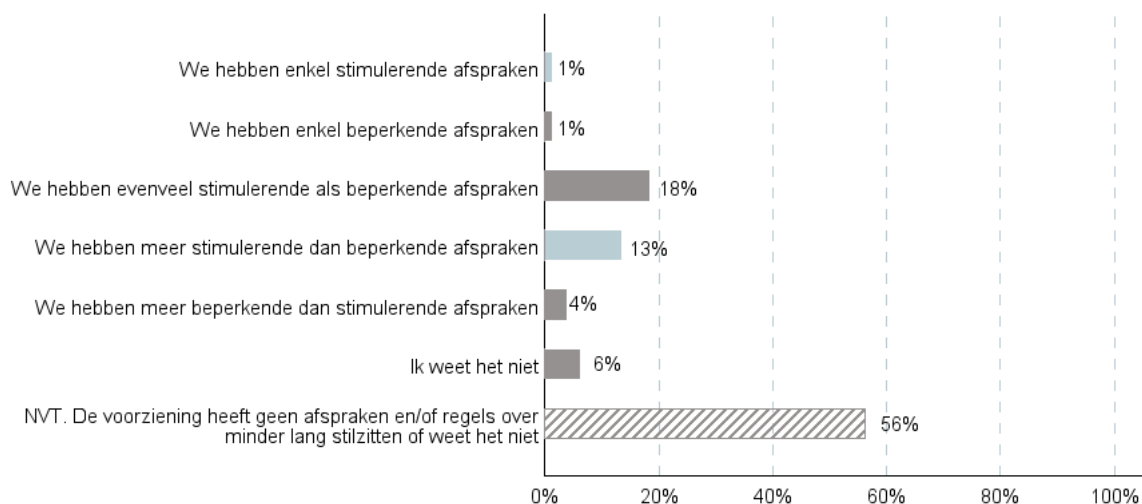
*Stimulerende afspraken zijn afspraken die minder lang stilzitten stimuleren (bv. knutselen wordt aan statafels gedaan, begeleidingsgesprekken zijn altijd al wandelend/staand) en beperkende afspraken zijn afspraken die lang stilzitten beperken (bv. schermtijd mag niet langer zijn dan een halfuur ononderbroken).

- ✓ 2023: 15% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

15% van de voorzieningen heeft meer stimulerende dan beperkende afspraken over minder lang stilzitten. Slechts 1% heeft enkel stimulerende afspraken en 13% heeft meer stimulerende dan beperkende afspraken⁴. Wat opvalt is dat meer dan de helft van de respondenten (56%) aangeeft geen afspraken en/of regels te hebben over minder lang stilzitten of dit niet weten.

76 Duid aan wat voor jullie afspraken en/of regels over minder lang stilzitten van toepassing is. De afspraken kunnen tussen medewerkers onderling zijn of tussen medewerkers en cliënten.

De respondent kon 1 antwoord selecteren.



Totaal aantal respondenten: 82

⁴ Alle percentages in dit rapport worden afgerond tot op 0 decimalen. 14,6% voldoet aan het criterium, zijnde 1,2% met enkel stimulerende afspraken en 13,4% met meer stimulerende dan beperkende afspraken.

KWALITEITSCRITERIUM 6. DE VOORZIENING ZET OP MINSTENS 2 MANIEREN IN OP LEREN EN SENSIBILISEREN VAN DE CLIËNTEN OVER MINDER LANG STILZITTEN (KENNIS EN VAARDIGHEDEN)

✓ 2023: 52% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

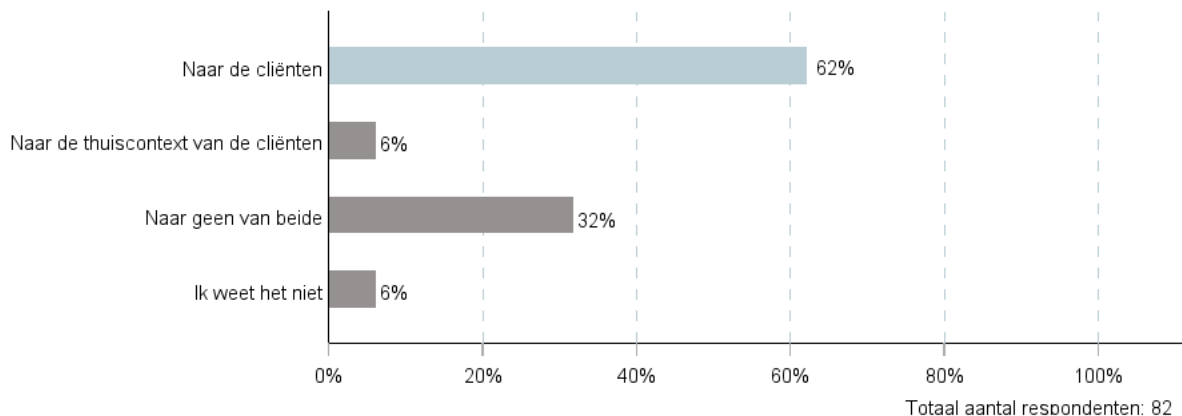
52% van de voorzieningen zet op minstens 2 manieren in op leren en sensibiliseren van de cliënten over minder lang stilzitten (kennis en vaardigheden). De 2 meest voorkomende manieren zijn via samen doen (bv. al rechtstaand voorlezen, samen dartsen, wandelen tijdens individueel begeleidingsgesprek, educatief spel) (62%) en via samen beslissen (bv. inspraak geven over de afspraken en regels rond lang stilzitten, het beweeg- en materiaalaanbod) (53%).

VIA SAMEN DOEN

62% van de voorzieningen versterkt kennis en vaardigheden bij cliënten over lang stilzitten via samen doen (bv. al rechtstaand voorlezen, samen dartsen, wandelen tijdens individueel begeleidingsgesprek, educatief spel).

77 Naar wie zet jouw voorziening in op leren en sensibiliseren over minder lang stilzitten via samen doen (bv. al rechtstaand voorlezen, samen dartsen, wandelen tijdens individueel begeleidingsgesprek, educatief spel)?

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.

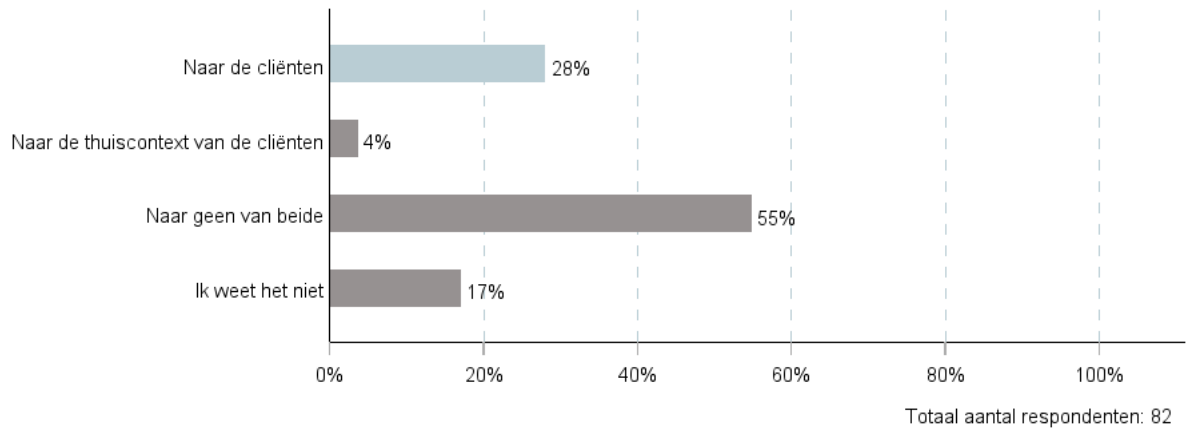


VIA LATEN ZIEN

In 28% van de voorzieningen worden vaardigheden en kennis versterkt bij cliënten over minder lang stilzitten via laten zien (bv. affiches, medewerkers die zelf rechtstaan na een halfuur zitten, film, theaterstuk).

78 Naar wie zet jouw voorziening in op leren en sensibiliseren over minder lang stilzitten via laten zien (bv. affiches, medewerkers die zelf rechtstaan na een halfuur zitten, film, theaterstuk)?

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.

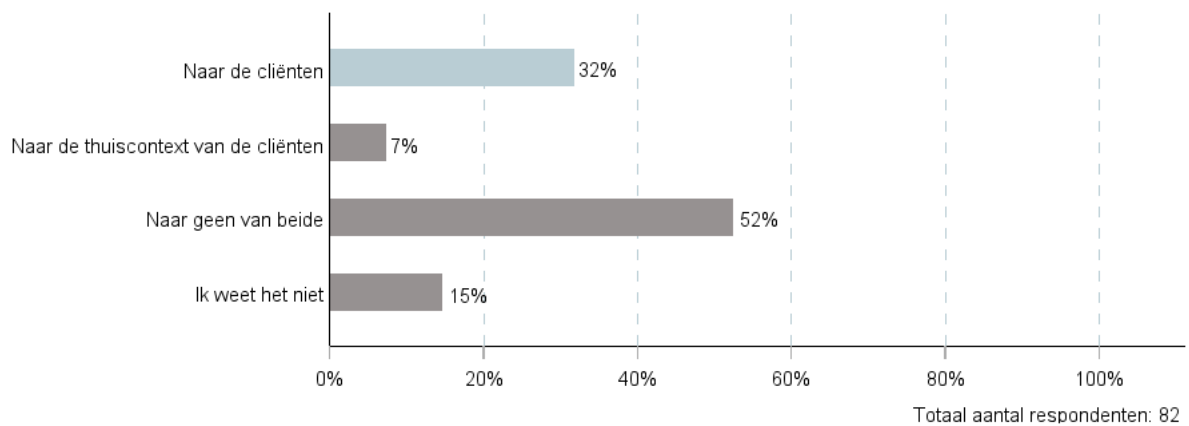


VIA LATEN LUISTEREN

32% van de voorzieningen zet in op het versterken van kennis en vaardigheden bij cliënten over lang stilzitten via laten luisteren (bv. infosessies, advies kinesisten).

79 Naar wie zet jouw voorziening in op leren en sensibiliseren over minder lang stilzitten via laten luisteren (bv. infosessies, advies kinesisten)?

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.

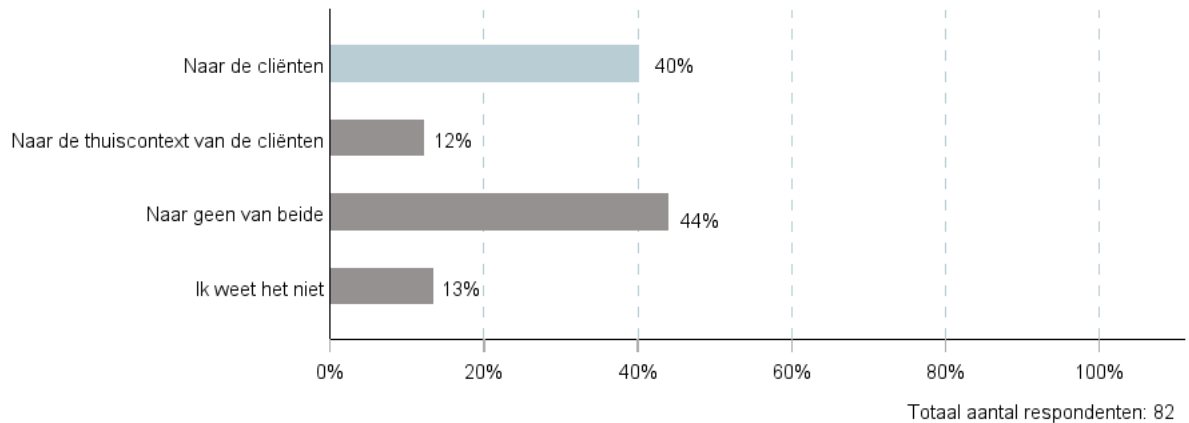


VIA LATEN REFLECTEREN

40% van de voorzieningen zet in op het versterken van kennis en vaardigheden rond lang stilzitten via laten reflecteren (bv. (groeps)gesprek, individueel begeleidingsgesprek).

80 Naar wie zet jouw voorziening in op leren en sensibiliseren over minder lang stilzitten via laten reflecteren (bv. (groeps)gesprek, individueel begeleidingsgesprek)?

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.

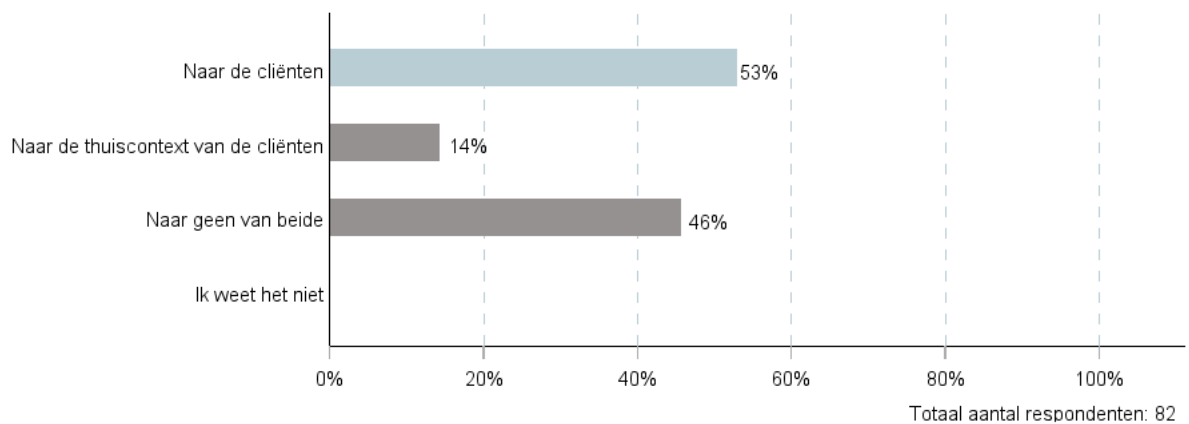


VIA SAMEN BESLISSEN

In 53% van de voorzieningen worden kennis en vaardigheden versterkt over lang stilzitten via samen beslissen (bv. inspraak geven over de afspraken en regels rond lang stilzitten, het beweeg- en materiaalaanbod).

81 Op welke manier zet jouw voorziening in op het leren en sensibiliseren over minder lang stilzitten via samen beslissen (bv. inspraak geven over de afspraken en regels rond lang stilzitten, het beweeg- en materiaalaanbod)?

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



KWALITEITSCRITERIUM 7. DE VOORZIENING GEEFT OP MINSTENS 1 MANIER ONDERSTEUNING AAN CLIËNTEN MET BIJZONDERE NODEN ROND LANG STILZITTEN*

*bv. diabetes, nek- en rugklachten, obesitas

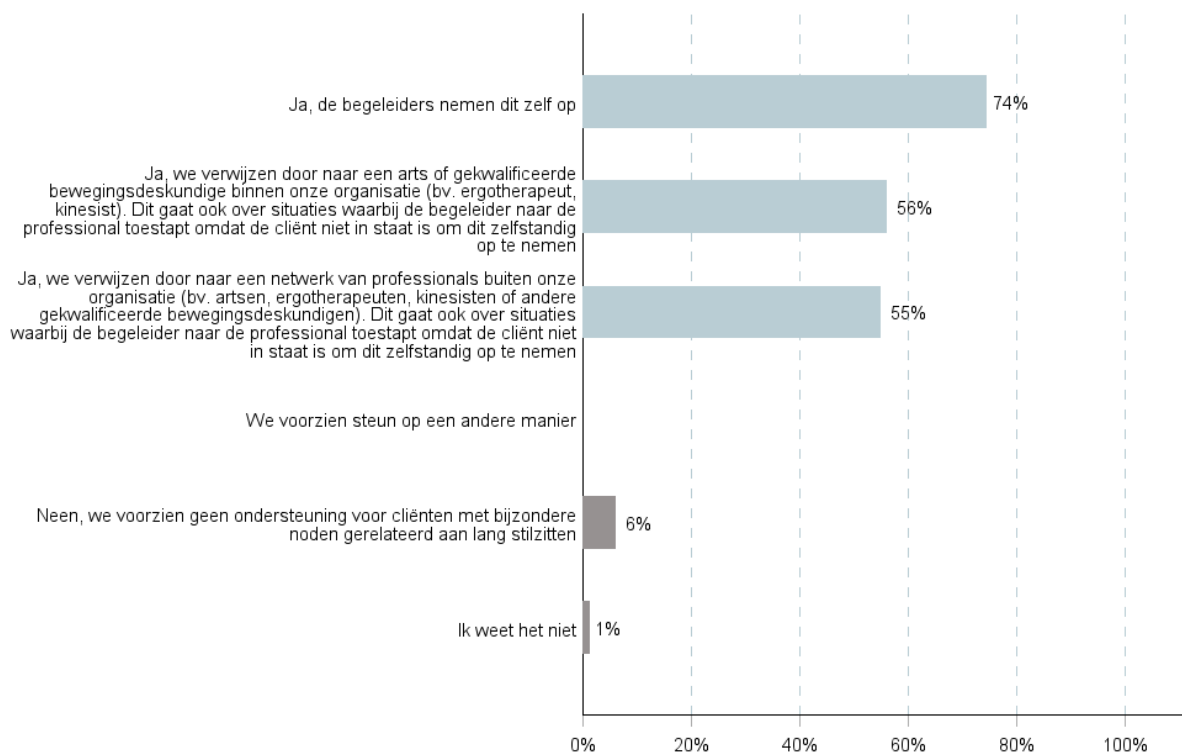
- ✓ 2023: 93% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

93% van de voorzieningen voorziet op minstens 1 manier ondersteuning voor cliënten met bijzondere noden gerelateerd aan lang stilzitten (bv. diabetes, nek- en rugklachten, obesitas). Bij 74% van de voorzieningen nemen begeleiders dit zelf op.

Wat iets minder vaak voorkomt, is dat de voorzieningen de cliënten met bijzondere noden rond lang stilzitten (ook) intern of extern doorverwijst. 56% van de voorzieningen verwijst deze cliënten door naar een arts of gekwalificeerde bewegingsdeskundige binnen de organisatie (bv. ergotherapeut, kinesist). 55% verwijst (ook) door naar een netwerk van professionals buiten de organisatie (bv. artsen, ergotherapeuten, kinesisten of andere gekwalificeerde bewegingsdeskundigen).

82 Is er ondersteuning voorzien voor cliënten met bijzondere noden gerelateerd aan lang stilzitten? (bv. diabetes, nek- en rugklachten, obesitas)

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



Totaal aantal respondenten: 82

KWALITEITSCRITERIUM 8. DE VOORZIENING VERWIJST MINSTENS 21% VAN DE CLIËNTEN MET BIJZONDERE NODEN ROND LANG STILZITTEN* DOOR NAAR EEN PROFESSIONAL BINNEN DE VOORZIENING OF EEN NETWERK VAN PROFESSIONALS BUITEN DE ORGANISATIE

*bv. diabetes, nek- en rugklachten, obesitas

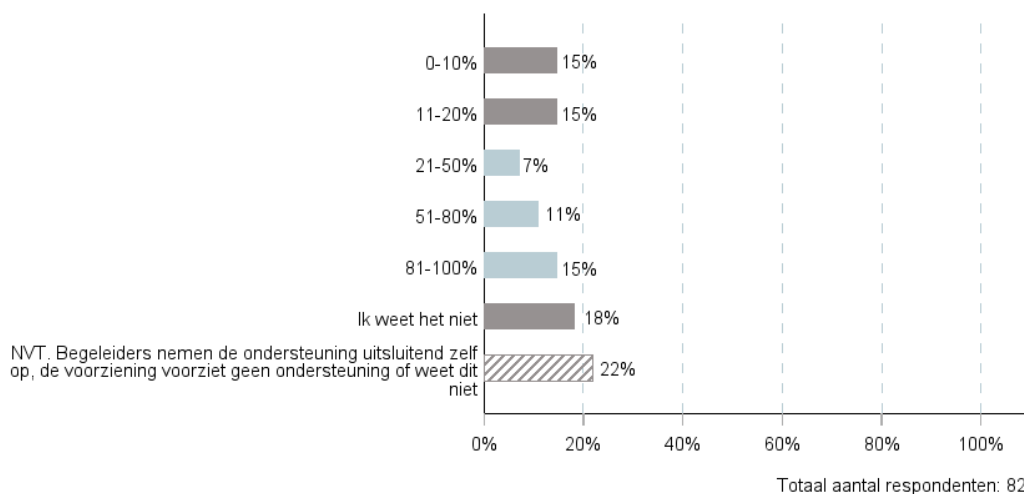
- ✓ 2023: 33% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

1 op 3 voorzieningen (33%) verwijst minstens 21% van de cliënten met bijzondere noden rond lang stilzitten door naar een professional binnen de organisatie of naar een netwerk van professionals buiten de organisatie. Het valt op dat bijna 1 op 3 voorzieningen (30%) een kleiner aantal cliënten met bijzondere noden rond lang stilzitten (namelijk minder dan 21%) doorverwijst.

83 Hoeveel percent van de cliënten met bijzondere noden rond lang stilzitten verwijst jouw voorziening door naar een professional binnen de organisatie of naar een netwerk van professionals buiten de organisatie? Dit gaat ook over situaties waarbij de begeleider naar de professional toestapt omdat de cliënt niet in staat is om dit zelfstandig op te nemen.

Deze vraag werd niet gesteld aan voorzieningen die in de voorgaande vraag (zie [grafiek 82](#)) aangaven dat de begeleiders uitsluitend zelf ondersteuning voorzien, de voorziening geen ondersteuning voorziet of dit niet weten (N=22%). Zij voldoen ook niet aan kwaliteitscriterium 8. In onderstaande grafiek geven we deze respondenten weer als 'NVT. Begeleiders nemen de ondersteuning uitsluitend zelf op, de voorziening voorziet geen ondersteuning of weet dit niet'.

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



SAMENVATTING

Hieronder vatten we de belangrijkste resultaten samen met betrekking tot de criteria voor een kwaliteitsvol beleid rond lang stilzitten in de huidige editie van de Preventiepeiling. **Grafiek 84** op de volgende pagina geeft voor elk van de kwaliteitscriteria weer hoeveel voorzieningen voor personen met een handicap aan dit criterium voldoen. **Grafiek 85** geeft het cumulatief aantal behaalde criteria weer voor een kwaliteitsvol beleid rond lang stilzitten.

STAND VAN ZAKEN BELEID ROND LANG STILZITTEN (2023)

- Gemiddeld voldoen voorzieningen aan 4 van de 8 criteria voor een kwaliteitsvol beleid rond lang stilzitten (4 = het gemiddeld aantal behaalde criteria).
- 0% voldoet aan alle 8 de criteria voor een kwaliteitsvol beleid rond lang stilzitten. 4% voldoet aan 7 van de 8 criteria.
- 5% voldoet aan geen enkel criterium voor een kwaliteitsvol beleid rond lang stilzitten.

Waarop wordt het meest ingezet?

- Op minstens 1 manier ondersteuning voorzien voor cliënten met bijzondere noden rond lang stilzitten (93%).
- Op minstens 2 manieren een voorbeeldrol opnemen rond minder lang stilzitten (65%).

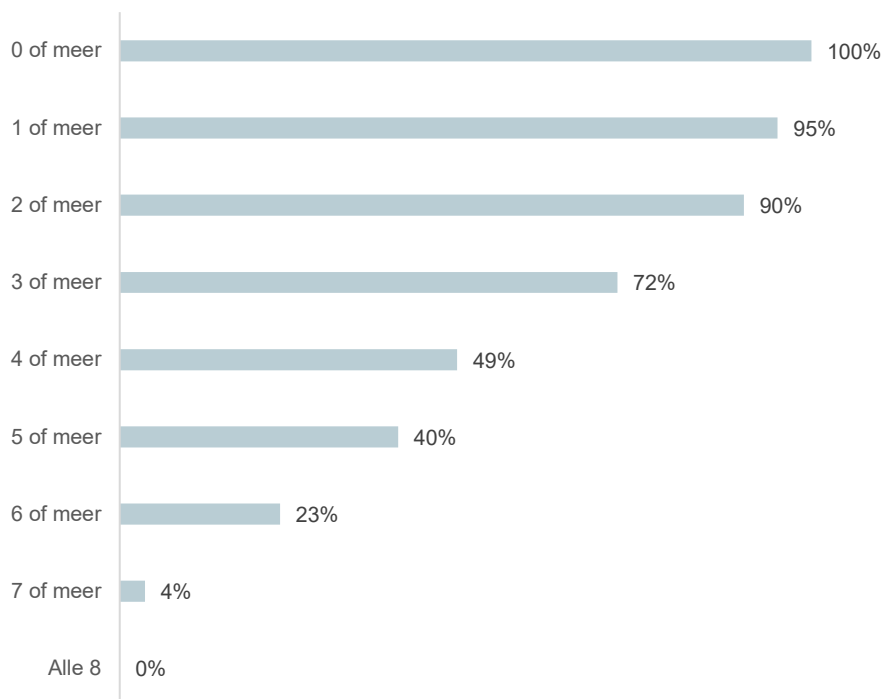
Waarop wordt het minst ingezet?

- Meer stimulerende dan beperkende afspraken hebben over minder lang stilzitten (15%).
- Voor elke aanwezige leeftijdsgroep de schermtijd beperken tot de aanbevolen maximumschermtijd (10%).

84 Aandeel voorzieningen dat aan de criteria voor een kwaliteitsvol beleid rond lang stilzitten voldoet (2023)



85 Cumulatief aantal behaalde criteria voor een kwaliteitsvol beleid rond lang stilzitten (2023)



ROKEN

Met roken bedoelen we zowel het roken van tabaksproducten als van elektronische sigaretten ('e-sigaret').

A photograph of a person's hands holding a lit cigarette. The person is wearing a light-colored, short-sleeved shirt. The background is a soft, out-of-focus grey. The top half of the image is a solid light yellow color.

80

DEELNEMENDE
VOORZIENINGEN

KWALITEITSCRITERIA

1

De voorziening heeft afspraken en/of regels over roken voor cliënten, medewerkers* en bezoekers (naast het wettelijk rookverbod).

*Dit zijn begeleiders, leidinggevenden en administratief personeel.

2

De voorziening communiceert op minstens 2 van volgende manieren de afspraken en/of regels over roken en/of het wettelijk rookverbod naar jongeren, medewerkers* en bezoekers:

*Dit zijn begeleiders, leidinggevenden en administratief personeel.

1. via signalisatie (bv. sticker, signalisatiebord rookverbod);
2. via aanduiding van rookzones en/of -ruimtes;
3. via een bericht (bv. interne nieuwsbrief, mailing, brief, WhatsApp, Facebook);
4. via de huisregels (bv. in een brochure);
5. via mondelinge communicatie (bv. tijdens een cliëntoverleg, een eerste gesprek of bezoekmoment, een teamvergadering).

3

Cliënten mogen nergens binnen roken in de voorziening.

4

Cliënten die buiten roken, mogen dit niet doen in het zicht van andere personen.

5

Wanneer cliënten, medewerkers* of bezoekers die de afspraken en/of regels over roken en/of het wettelijk rookverbod overtreden, worden zij hier steeds op aangesproken.

*Dit zijn begeleiders, leidinggevenden en administratief personeel.

6

Medewerkers* nemen een voorbeeldrol op door niet samen, niet in het bijzijn en niet in het zicht van cliënten te roken.

*Dit zijn begeleiders, leidinggevenden en administratief personeel.

7

De voorziening zet op minstens 2 van volgende manieren in op leren en sensibiliseren van cliënten over (stoppen met) roken (kennis en vaardigheden):

1. via samen doen (bv. samen naar een arts of andere zorgverstrekker gaan, samen naar de apotheek gaan voor de aankoop van nicotinevervangers, educatief spel);
2. via samen kijken (bv. affiches, film, theaterstuk, www.watwat.be/roken);
3. via samen luisteren (bv. een infosessie, advies van een arts of zorgprofessional);
4. via samen reflecteren (bv. groepsgesprek, individueel begeleidingsgesprek);
5. via samen beslissen (bv. inspraak over de afspraken en regels rond roken).

8

De voorziening geeft op minstens 1 van volgende manieren ondersteuning aan cliënten bij het stoppen met roken:

1. cliënten informatie geven over stoppen met roken via affiches, stickers of andere signalisatie, folders of brochures;
2. zelf een rookstopsessie organiseren;
3. doorverwijzen naar een website over stoppen met roken;
4. doorverwijzen naar de telefonische hulplijn tabakstop;
5. doorverwijzen naar de verschillende rookstopapps;
6. doorverwijzen naar professionals binnen de organisatie die de cliënten kunnen helpen (bv. een arts of een andere zorgprofessional binnen de organisatie);
7. doorverwijzen naar een netwerk van professionals buiten de organisatie die cliënten kunnen helpen (bv. een arts of een andere zorgprofessional).

RESULTATEN

KWALITEITSCRITERIUM 1. DE VOORZIENING HEEFT AFSPRAKEN EN/OF REGELS OVER ROKEN VOOR CLIËNTEN, MEDEWERKERS* EN BEZOEKERS (NAAST HET WETTELIJK ROOKVERBOD)

*Dit zijn begeleiders, leidinggevenden en administratief personeel.

- ✓ 2023: 66% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

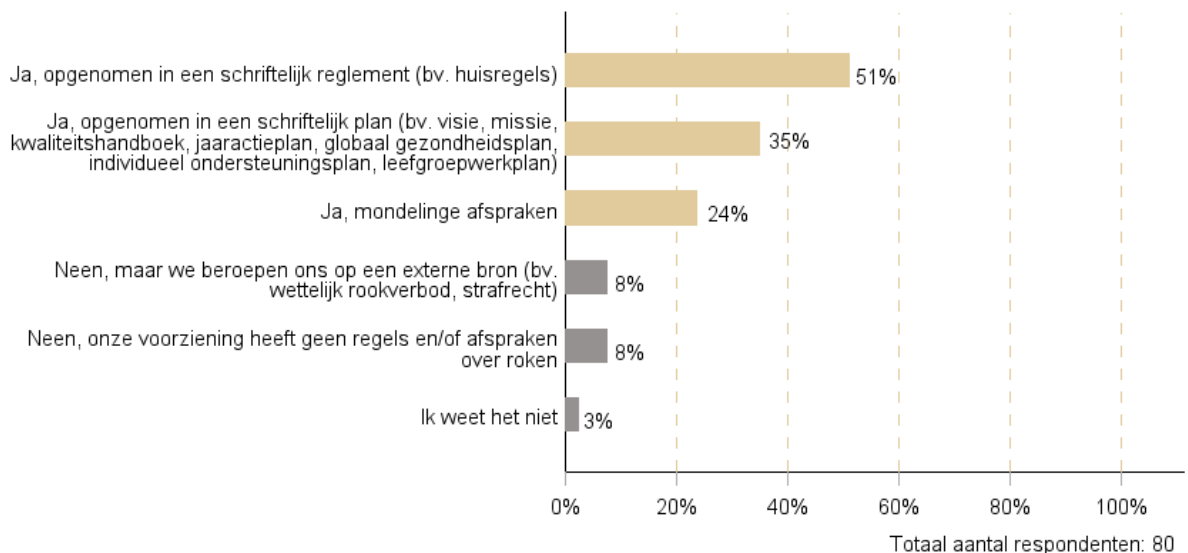
66% van de voorzieningen heeft afspraken en/of regels over roken voor cliënten, medewerkers en bezoekers (naast het wettelijke rookverbod). We zien dat 85% van de voorzieningen afspraken en/of regels heeft voor cliënten, 85% voor medewerkers en 71% voor bezoekers (deze waarden kunnen niet worden afgelezen uit de grafieken).

AFSPRAKEN EN/OF REGELS VOOR CLIËNTEN

85% van de voorzieningen heeft afspraken en/of regels over roken voor cliënten, los van het wettelijk rookverbod. De helft (51%) heeft deze opgenomen in een schriftelijk reglement (bv. huisregels), 35% (ook) in een schriftelijk plan (bv. visie, missie, kwaliteitshandboek, jaaractieplan, globaal gezondheidsplan, individueel ondersteuningsplan, leefgroepwerkplan). 24% heeft (ook) mondelinge afspraken.

86 Heeft jouw voorziening regels en/of afspraken over roken voor cliënten, los van het wettelijk rookverbod? (bv. over waar en wanneer er gerookt mag worden, over het aankopen van rookwaren, en de leeftijd waarop cliënten in jouw voorziening mogen roken)

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.

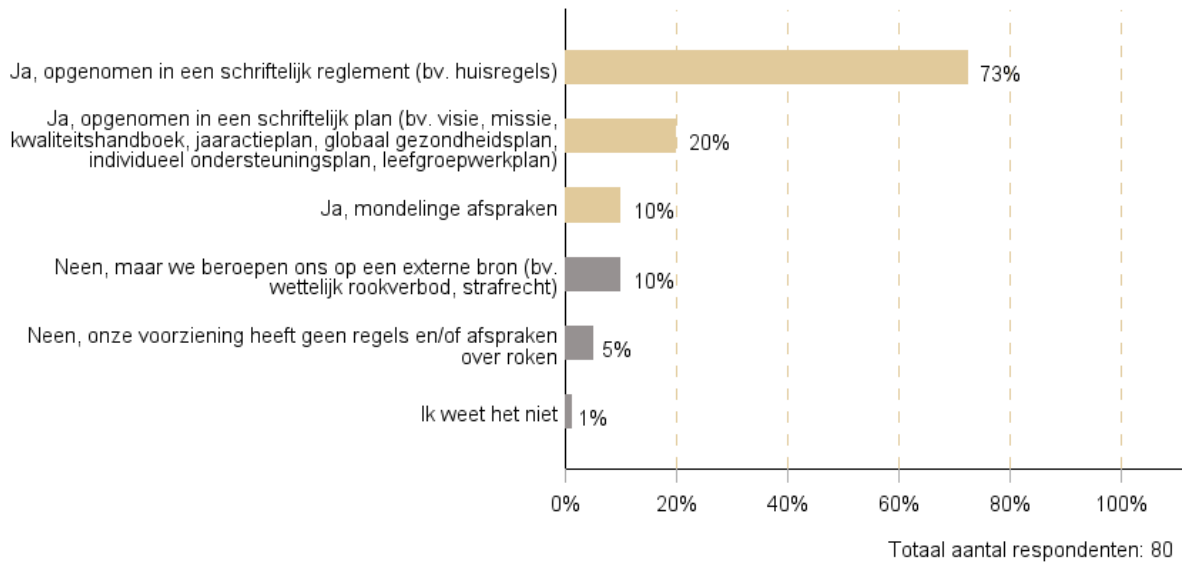


AFSPRAKEN EN/OF REGELS VOOR MEDEWERKERS

85% van de voorzieningen heeft afspraken en/of regels over roken voor medewerkers (naast het wettelijke rookverbod). De meerderheid (73%) heeft deze regels opgenomen in een schriftelijk reglement (bv. huisregels). Een vijfde heeft deze opgenomen in een schriftelijk plan (bv. visie, missie, kwaliteitshandboek, jaaractieplan, globaal gezondheidsplan, individueel ondersteuningsplan, leefgroepwerkplan) (20%) en een tiende heeft mondelinge afspraken (10%).

87 Heeft jouw voorziening regels en/of afspraken over roken voor medewerkers, los van het wettelijk rookverbod? (bv. over waar en wanneer er gerookt mag worden, over het aankopen van rookwaren, en de leeftijd waarop cliënten in jouw voorziening mogen roken)

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.

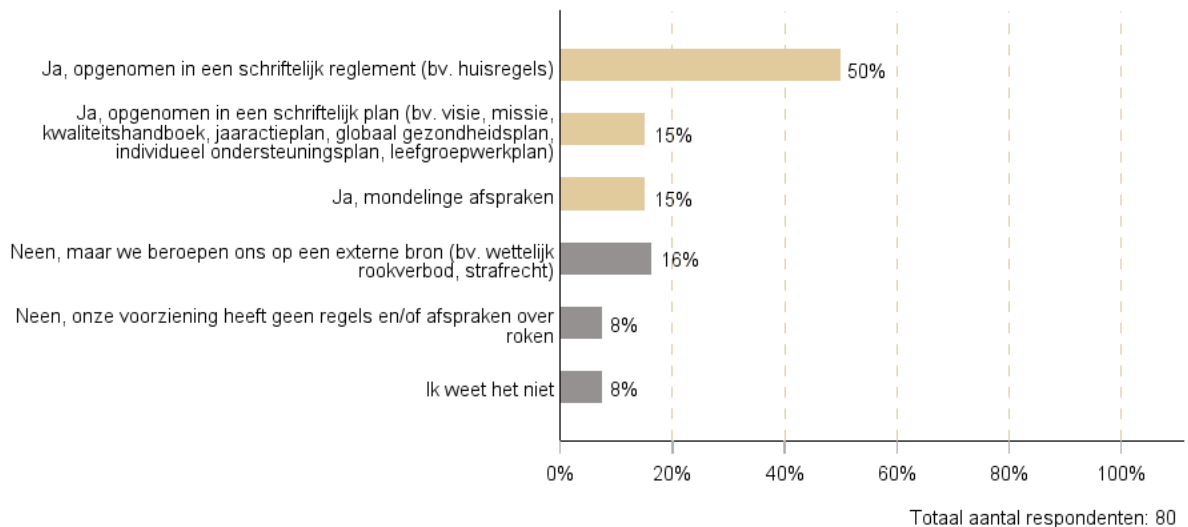


AFSPRAKEN EN/OF REGELS VOOR BEZOEKERS

71% van de voorzieningen heeft regels en/of afspraken over roken voor bezoekers (naast het wettelijk rookverbod). De helft van de voorzieningen (50%) heeft deze opgenomen in een schriftelijk reglement (bv. huisregels). 15% heeft deze opgenomen in een schriftelijk plan (bv. visie, missie, kwaliteitshandboek, jaaractieplan, globaal gezondheidsplan, individueel ondersteuningsplan, leefgroepwerkplan) en/of heeft mondelinge afspraken over roken met bezoekers.

88 Heeft jouw voorziening regels en/of afspraken over roken voor bezoekers, los van het wettelijk rookverbod? (bv. over waar en wanneer er gerookt mag worden, over het aankopen van rookwaren, en de leeftijd waarop cliënten in jouw voorziening mogen roken)

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



KWALITEITSCRITERIUM 2. DE VOORZIENING COMMUNICEERT OP MINSTENS 2 MANIEREN DE AFSPRAKEN EN/OF REGELS OVER ROKEN EN/OF HET WETTELIJK ROOKVERBOD NAAR CLIËNTEN, MEDEWERKERS* EN BEZOEKERS

*Dit zijn begeleiders, leidinggevenden en administratief personeel.

- ✓ 2023: 49% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

De helft van de voorzieningen (49%) communiceert op minstens 2 manieren de afspraken en/of regels over roken en/of het wettelijk rookverbod naar cliënten, medewerkers en bezoekers.

De meest 2 voorkomende manieren waarop voorzieningen de afspraken en/of regels over roken en/of het wettelijk rookverbod communiceren naar cliënten, zijn via mondelinge communicatie (bv. tijdens een cliëntenoverleg, een eerste gesprek of bezoekmoment, een teamvergadering) (73%) en via de huisregels (bv. in een brochure) (56%). De 2 meest voorkomende manieren waarop voorzieningen hierover communiceren naar medewerkers zijn via de huisregels (68%) en via mondelinge communicatie (64%), en naar bezoekers via signalisatie (54%) en via mondelinge communicatie (46%).

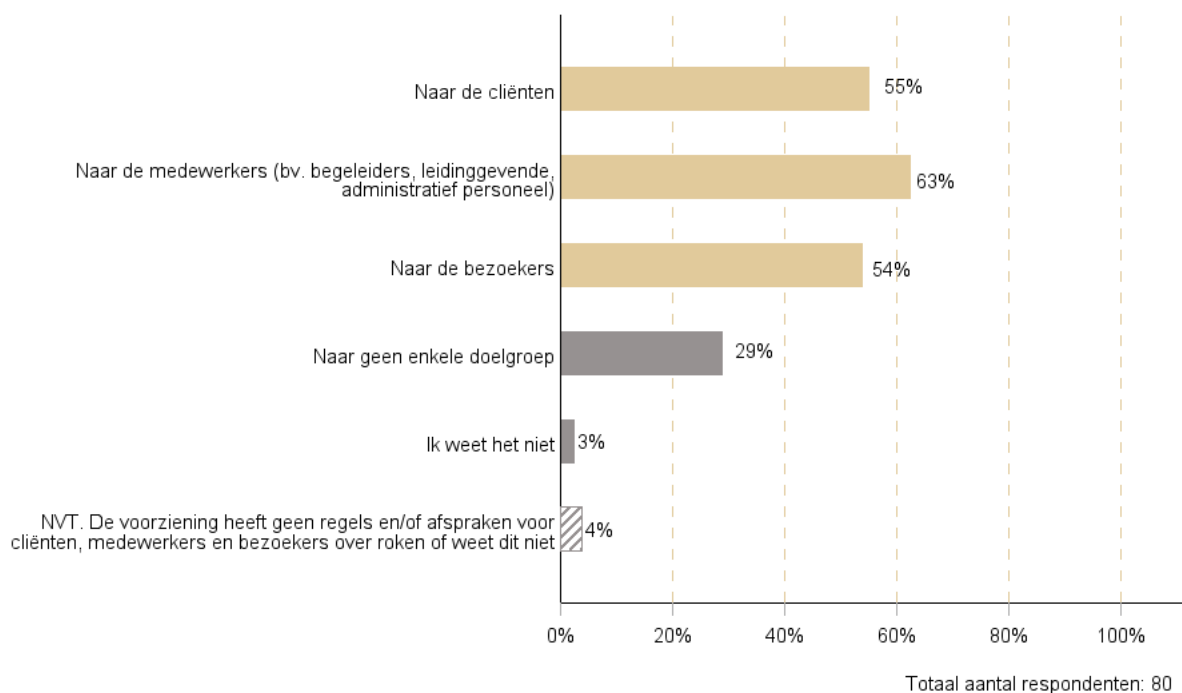
VIA SIGNALISATIE

63% van de voorzieningen communiceert via signalisatie naar medewerkers over afspraken en/of regels over roken en/of het wettelijk rookverbod (bv. sticker, signalisatiebord rookverbod). 54% doet dat (ook) op deze manier naar de bezoekers en 55% (ook) naar de cliënten.

89 Naar wie communiceert jouw voorziening de afspraken en/of regels over roken en/of het wettelijk rookverbod via signalisatie (bv. sticker, signalisatiebord rookverbod)?

Deze vraag werd niet gesteld aan voorzieningen die in de voorgaande vraag (zie [grafieken 86, 87 en 88](#)) aangaven dat ze voor geen enkele doelgroep afspraken en/of regels hebben over roken en/of het wettelijk rookverbod of dit niet weten (N=4%). Zij voldoen ook niet aan kwaliteitscriterium 2. In onderstaande grafiek geven we deze respondenten weer als 'NVT. De voorziening heeft geen afspraken en/of regels voor cliënten, medewerkers en bezoekers over roken of weet dit niet'.

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



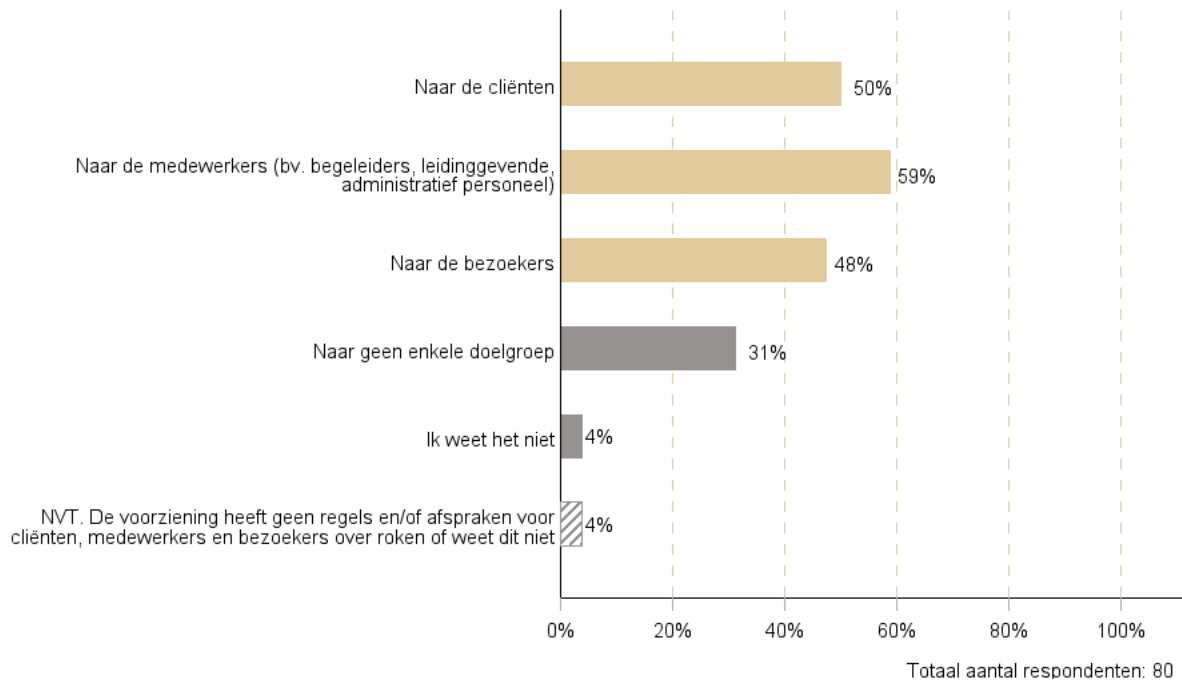
VIA AANDUIDING VAN ROOKZONES EN/OF -RUITES

De helft van de voorzieningen (50%) communiceert via aanduiding van rookzones en/of -ruimtes de afspraken en/of regels over roken en/of het wettelijk rookverbod naar cliënten. 59% van de voorzieningen communiceert zo (ook) naar medewerkers en 48% (ook) naar bezoekers.

90 Naar wie communiceert jouw voorziening de afspraken en/of regels over roken en/of het wettelijk rookverbod via aanduiding van rookzones en/of -ruimtes?

Deze vraag werd niet gesteld aan voorzieningen die in de voorgaande vraag (zie [grafieken 86, 87 en 88](#)) aangaven dat ze voor geen enkele doelgroep afspraken en/of regels hebben over roken en/of het wettelijk rookverbod of dit niet weten (N=4%). Zij voldoen ook niet aan kwaliteitscriterium 2. In onderstaande grafiek geven we deze respondenten weer als 'NVT. De voorziening heeft geen afspraken en/of regels voor cliënten, medewerkers en bezoekers of weet dit niet'.

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



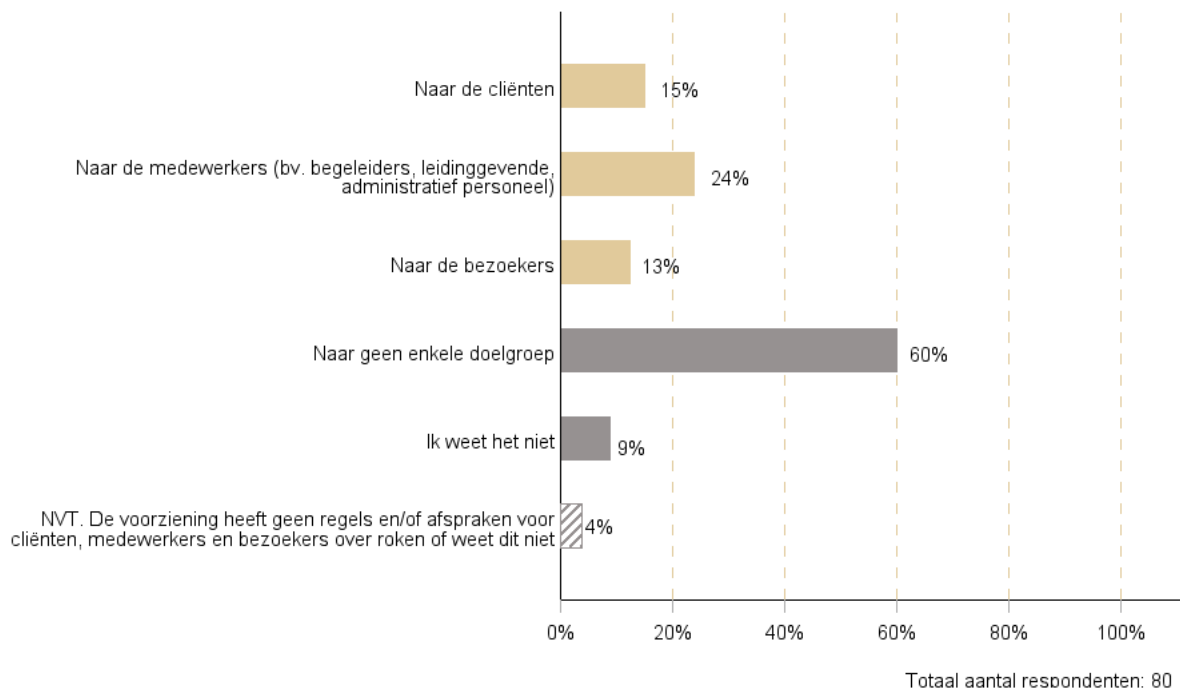
VIA EEN BERICHT

De afspraken en/of regels over roken en/of het wettelijk rookverbod worden bij 15% van de voorzieningen via een bericht (bv. interne nieuwsbrief, mailing, brief, WhatsApp, Facebook) gecommuniceerd naar de cliënten, bij 24% (ook) naar de medewerkers en bij 13% (ook) naar bezoekers.

91 Naar wie communiceert jouw voorziening de afspraken en/of regels over roken en/of het wettelijk rookverbod via een bericht (bv. interne nieuwsbrief, mailing, brief, WhatsApp, Facebook)?

Deze vraag werd niet gesteld aan voorzieningen die in de voorgaande vraag (zie [grafieken 86, 87 en 88](#)) aangaven dat ze voor geen enkele doelgroep afspraken en/of regels hebben over roken en/of het wettelijk rookverbod of dit niet weten (N=4%). Zij voldoen ook niet aan kwaliteitscriterium 2. In onderstaande grafiek geven we deze respondenten weer als 'NVT. De voorziening heeft geen afspraken en/of regels voor cliënten, medewerkers en bezoekers of weet dit niet'.

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



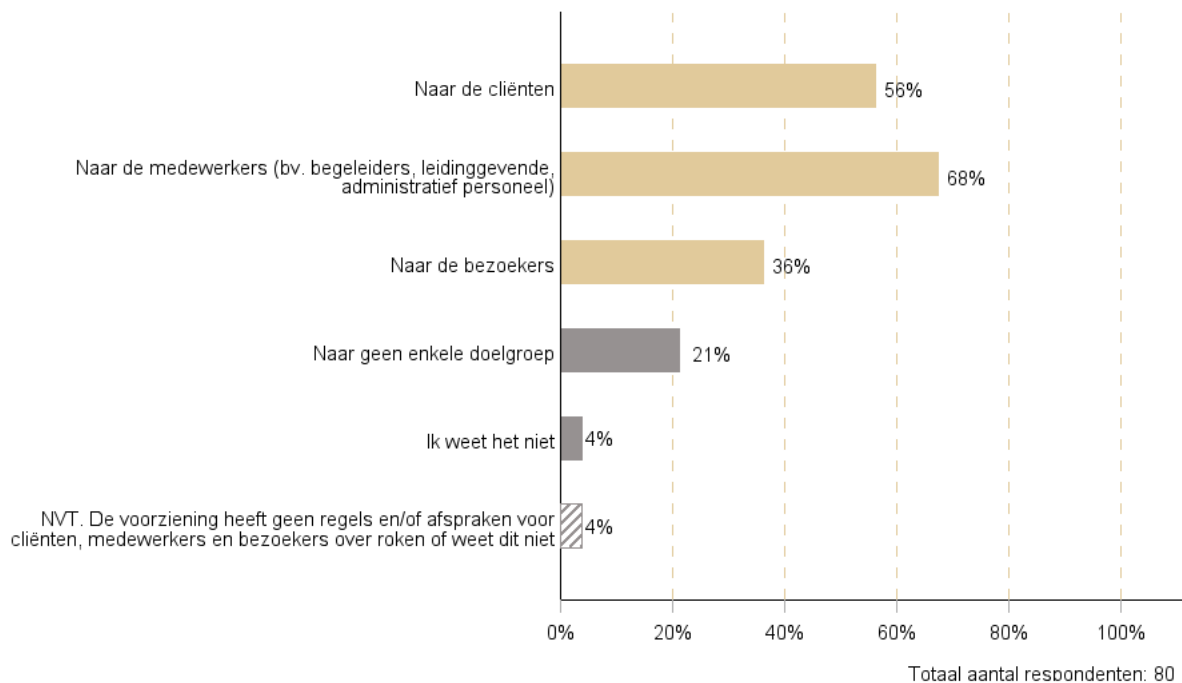
VIA DE HUISREGELS

68% van de voorzieningen communiceert via de huisregels naar medewerkers over afspraken en/of regels over roken en/of het wettelijk rookverbod (bv. in een brochure). 56% doet dat (ook) op deze manier naar de cliënten en 36% (ook) naar de bezoekers.

92 Naar wie communiceert jouw voorziening de afspraken en/of regels over roken en/of het wettelijk rookverbod via de huisregels (bv. in een brochure)?

Deze vraag werd niet gesteld aan voorzieningen die in de voorgaande vraag (zie [grafieken 86, 87 en 88](#)) aangaven dat ze voor geen enkele doelgroep afspraken en/of regels hebben over roken en/of het wettelijk rookverbod of dit niet weten (N=4%). Zij voldoen ook niet aan kwaliteitscriterium 2. In onderstaande grafiek geven we deze respondenten weer als 'NVT. De voorziening heeft geen afspraken en/of regels voor cliënten, medewerkers en bezoekers of weet dit niet'.

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



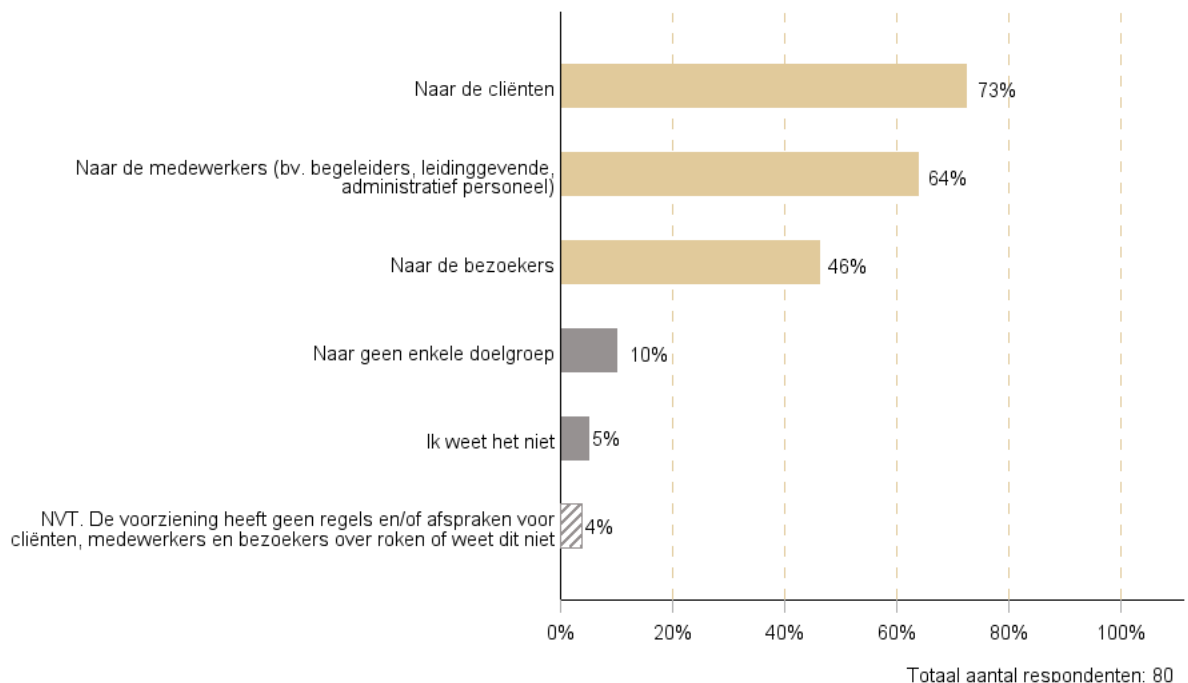
VIA MONDELINGE COMMUNICATIE

73% van de voorzieningen communiceert de afspraken en/of regels over roken en/of het wettelijk rookverbod mondeling naar cliënten. 64% van de voorzieningen communiceert (ook) zo naar medewerkers en 46% (ook) naar bezoekers.

93 Naar wie communiceert jouw voorziening de afspraken en/of regels over roken en/of het wettelijk rookverbod via mondelinge communicatie (bv. tijdens een cliëntenoverleg, een eerste gesprek of bezoekmoment, een teamvergadering)?


Deze vraag werd niet gesteld aan voorzieningen die in de voorgaande vraag (zie [grafieken 86, 87 en 88](#)) aangaven dat ze voor geen enkele doelgroep afspraken en/of regels hebben over roken en/of het wettelijk rookverbod of dit niet weten (N=4%). Zij voldoen ook niet aan kwaliteitscriterium 2. In onderstaande grafiek geven we deze respondenten weer als 'NVT. De voorziening heeft geen afspraken en/of regels voor cliënten, medewerkers en bezoekers of weet dit niet'.

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



KWALITEITSCRITERIUM 3. CLIËNTEN MOGEN NERGENS BINNEN ROKEN IN DE VOORZIENING

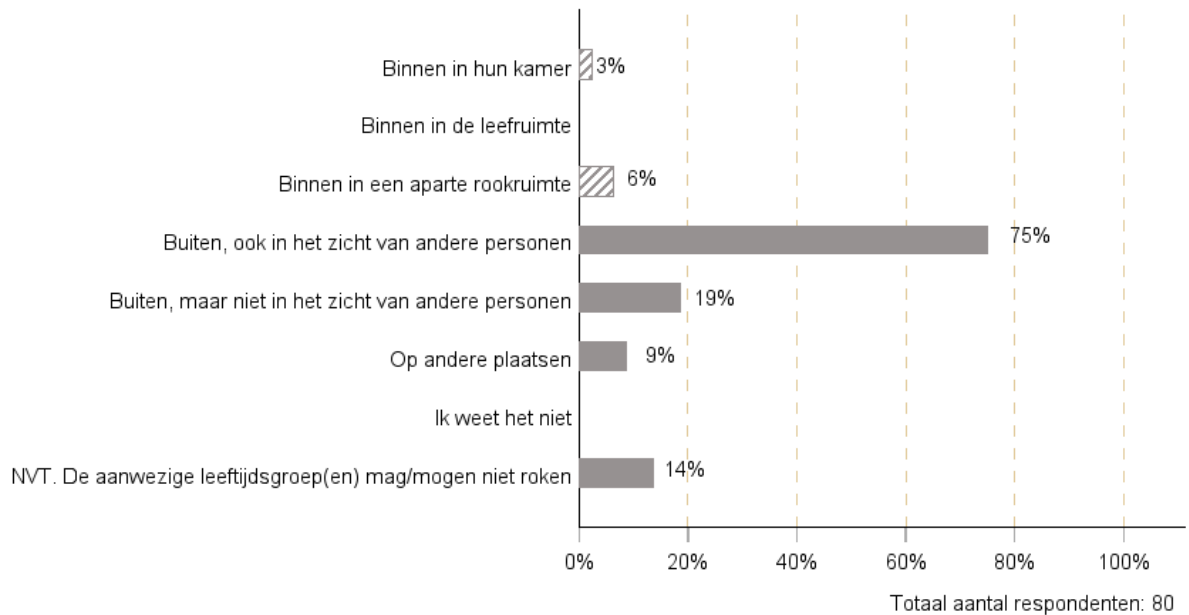
✓ 2023: 91% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

In 91,3% van de voorzieningen mogen cliënten nergens binnen roken in de voorziening. Bij de 8,7% voorzieningen waar cliënten wel binnen mogen roken, zien we dat 2,5% binnen in de kamer mag roken en 6,3% binnen aparte rookruimte (zie de gearceerde balkjes  in de onderstaande [grafiek 94](#)).

94 Waar mogen cliënten roken?

Deze vraag werd enkel gesteld aan voorzieningen die in de voorgaande vraag (zie [grafieken in bijlagen 198, 199, 200 en 201](#)) aangaven dat de aanwezige leeftijdsgroepen mogen roken. 14% kreeg deze vraag niet te zien omdat de leeftijdsgroepen in hun voorziening niet mogen roken of niet aanwezig zijn, zij voldoen wel aan kwaliteitscriterium 3. In onderstaande grafiek geven we deze respondenten weer als 'NVT. De aanwezige leeftijdsgroep(en) mag/mogen niet roken'.


De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



KWALITEITSCRITERIUM 4. CLIËNTEN DIE BUITEN ROKEN, MOGEN DIT NIET DOEN IN HET ZICHT VAN ANDERE PERSONEN

- ✓ 2023: 19% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

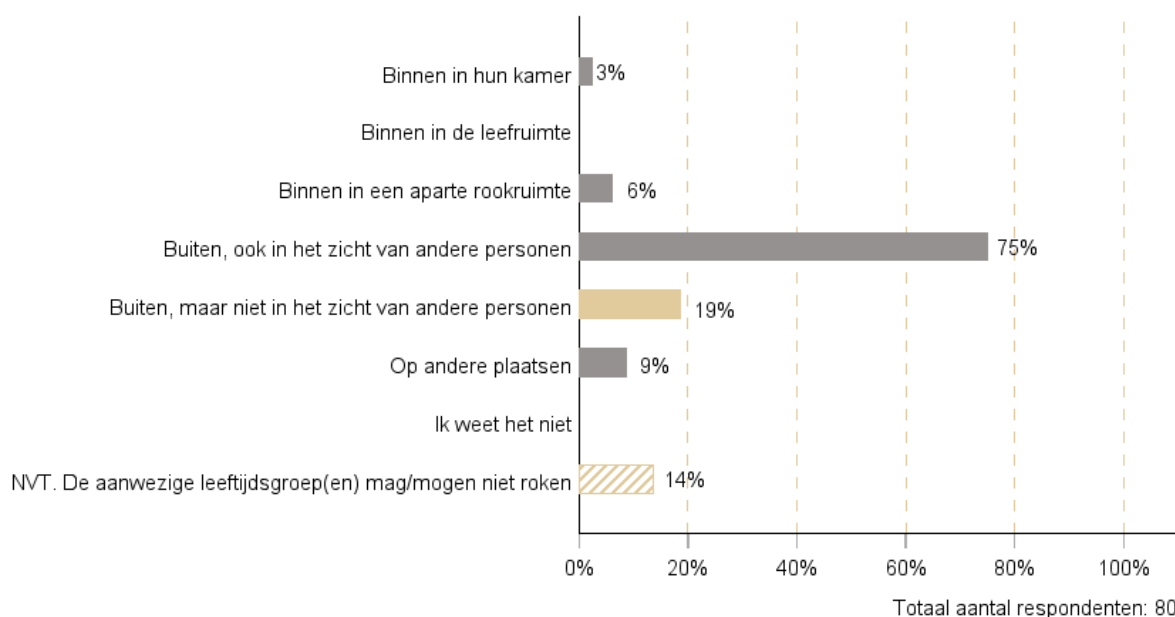
In 19% van de voorzieningen mogen cliënten die buiten roken dit niet doen in het zicht van andere personen.

Als we meer in detail naar de verschillende antwoordopties kijken, zien we dat de voorzieningen die voldoen aan het criterium uit 2 groepen bestaan. Enerzijds de voorzieningen waar cliënten buiten mogen roken, maar enkel uit het zicht van andere personen (5%⁵) en anderzijds de voorzieningen waar de aanwezige leeftijdsgroep(en) niet mag/mogen roken (14%) (zie gearceerd balkje ).

95 Waar mogen cliënten roken?

Deze vraag werd enkel gesteld aan voorzieningen die in de voorgaande vraag (zie [grafieken in bijlagen 198, 199, 200 en 201](#)) aangaven dat de aanwezige leeftijdsgroepen mogen roken. 14% kreeg deze vraag niet te zien omdat de leeftijdsgroepen in hun voorziening niet mogen roken of niet aanwezig zijn, zij voldoen wel aan kwaliteitscriterium 3. In onderstaande grafiek geven we deze respondenten weer als 'NVT. De aanwezige leeftijdsgroep(en) mag/mogen niet roken'.

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



⁵ Dit percentage is niet afleesbaar in de grafiek omdat het bruine balkje ook 11 respondenten omvat die tevens aangeduid hebben dat cliënten ook buiten in het zicht van anderen mogen roken.

KWALITEITSCRITERIUM 5. WANNEER CLIËNTEN, MEDEWERKERS* OF BEZOEKERS DE AFSPRAKEN EN/OF REGELS OVER ROKEN EN/OF HET WETTELIJK ROOKVERBOD OVERTREDEN, WORDEN ZIJ HIER STEEDS OP AANGESPROKEN

*Dit zijn begeleiders, leidinggevend en administratief personeel.

- ✓ 2023: 51% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.
-

De helft van de voorzieningen (51%) spreekt cliënten, medewerkers en bezoekers steeds aan wanneer zij de afspraken en/of regels over roken en/of het wettelijk rookverbod overtreden. Medewerkers (60%) en bezoekers (50%) worden het minst aangesproken bij een overtreding. 71% spreekt de cliënten steeds aan bij een overtreding. Wanneer een voorziening aangeeft dat niemand van de cliënten, medewerkers of bezoekers de afspraken en/of regels over roken en/of het wettelijk rookverbod overtreedt, dan voldoet deze voorziening ook aan het criterium (8% geeft dit aan voor cliënten, 9% voor medewerkers en 8% voor bezoekers).

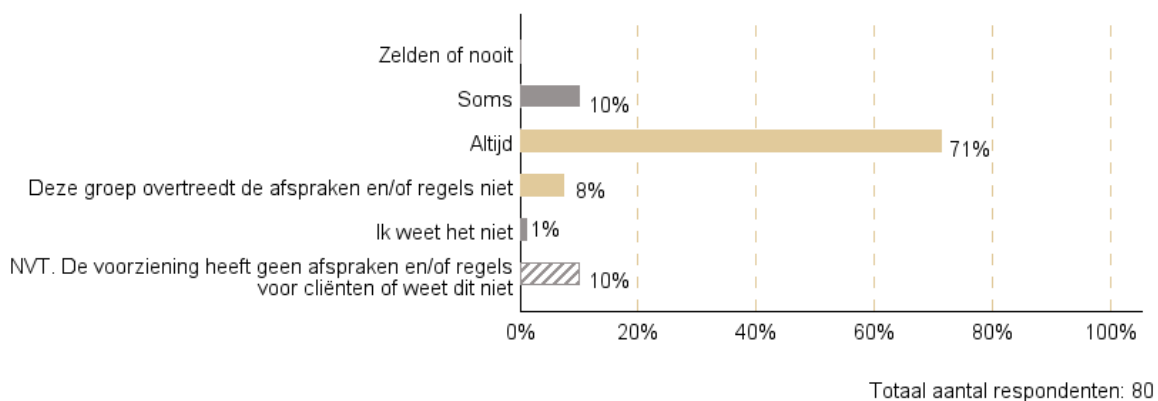
CLIËNTEN AANSPREKEN

71% van de voorzieningen spreekt cliënten altijd aan wanneer ze de afspraken en/of regels over roken en/of het wettelijk rookverbod overtreden. 8% van de voorzieningen geeft aan dat cliënten de afspraken en/of regels niet overtreden.

96 Als cliënten de afspraken en/of regels over roken en/of het wettelijk rookverbod overtreedt, worden zij hier dan op aangesproken?

Deze vraag werd niet gesteld aan voorzieningen die in de voorgaande vraag (zie **grafiek 86**) aangaven dat ze geen afspraken en/of regels hebben over roken voor cliënten of dit niet weten (N=10%). Zij voldoen ook niet aan kwaliteitscriterium 5. In onderstaande grafiek geven we deze respondenten weer als 'NVT. De voorziening heeft geen afspraken en/of regels over roken voor cliënten of weet dit niet'.

De respondent kon 1 antwoord selecteren.



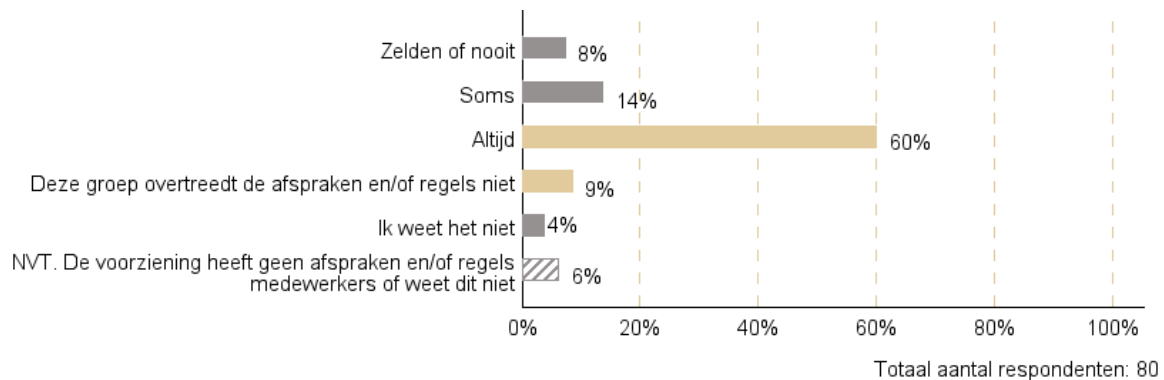
MEDEWERKERS AANSPREKEN

60% van de voorzieningen spreekt medewerkers altijd aan wanneer zij de afspraken en/of regels over roken en/of het wettelijk rookverbod overtreden. 9% van de voorzieningen geeft aan dat medewerkers de afspraken en/of regels niet overtreden.

97 Als medewerkers de afspraken of regels over roken en/of het wettelijk rookverbod overtreden, worden zij hier dan op aangesproken?

Deze vraag werd niet gesteld aan voorzieningen die in de voorgaande vraag (zie [grafiek 87](#)) aangaven dat ze geen afspraken en/of regels hebben over roken voor medewerkers of dit niet weten (N=6%). Zij voldoen ook niet aan kwaliteitscriterium 5. In onderstaande grafiek geven we deze respondenten weer als 'NVT. De voorziening heeft geen afspraken en/of regels voor medewerkers of weet dit niet'.

De respondent kon 1 antwoord selecteren.



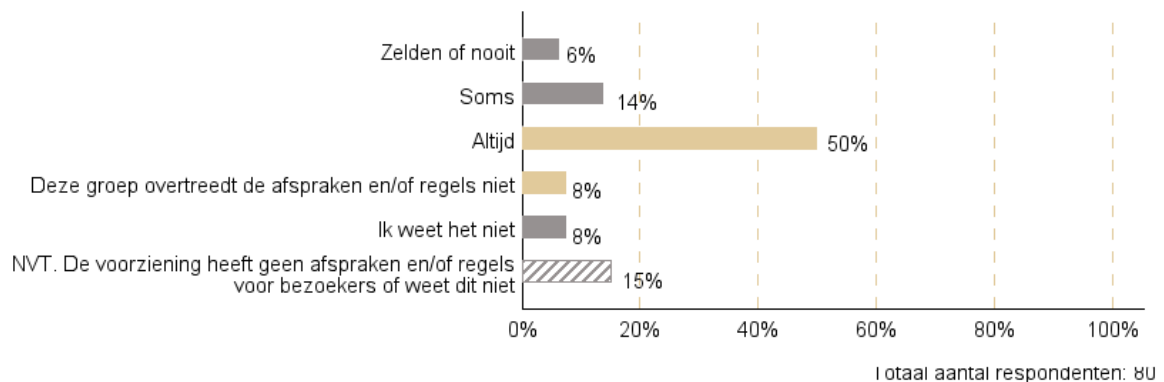
BEZOEKERS AANSPREKEN

50% van de voorzieningen spreekt bezoekers altijd aan wanneer zij de afspraken en/of regels over roken en/of het wettelijk rookverbod overtreden. 8% van de voorzieningen geeft aan dat bezoekers de afspraken en/of regels niet overtreden.

98 Als bezoekers de afspraken of regels over roken en/of het wettelijk rookverbod overtreden, worden zij hier dan op aangesproken?

Deze vraag werd niet gesteld aan voorzieningen die in de voorgaande vraag (zie [grafiek 88](#)) aangaven dat ze geen afspraken en/of regels hebben over roken voor bezoekers of dit niet weten (N=15%). Zij voldoen ook niet aan kwaliteitscriterium 5. In onderstaande grafiek geven we deze respondenten weer als 'NVT. De voorziening heeft geen afspraken en/of regels voor bezoekers of weet dit niet'.

De respondent kon 1 antwoord selecteren.



KWALITEITSCRITERIUM 6. MEDEWERKERS* NEMEN EEN VOORBEELDROL OP DOOR NIET SAMEN, NIET IN HET BIJZIJN EN NIET IN HET ZICHT VAN CLIËNTEN TE ROKEN

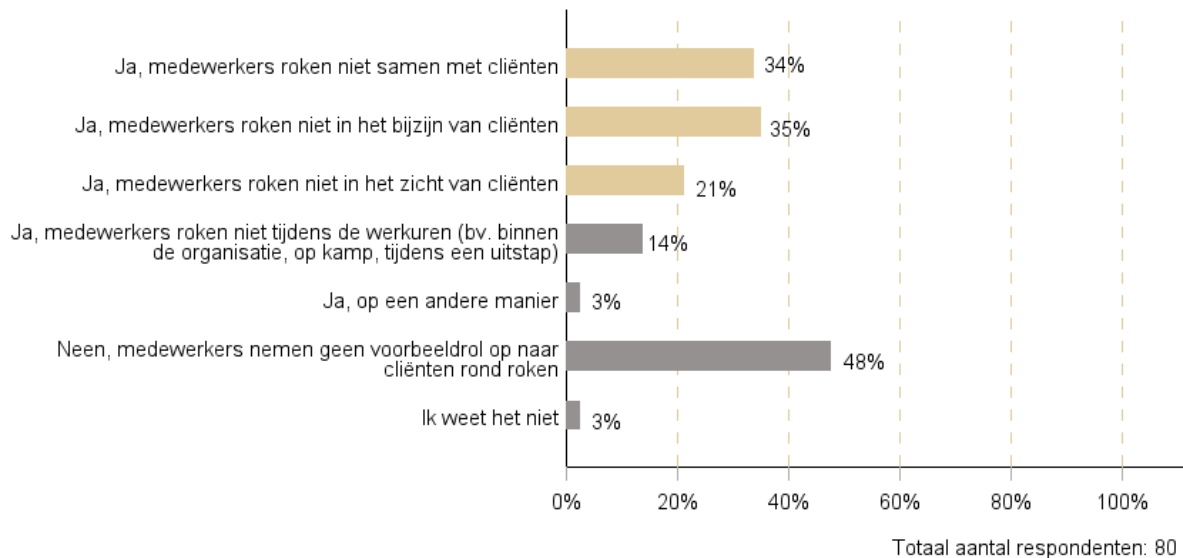
*Dit zijn begeleiders, leidinggevend en administratief personeel.

- ✓ 2023: 16% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

Bij de minderheid van de voorzieningen (16%) nemen medewerkers een voorbeeldrol op door een combinatie van 3 acties: niet samen, niet in het bijzijn en niet in het zicht van cliënten roken. Als we meer in detail naar de verschillende antwoordopties kijken, zien we dat 34% aangeeft dat medewerkers niet samen roken met cliënten, 35% dat medewerkers niet roken in het bijzijn van cliënten en 21% dat medewerkers niet roken in het zicht van cliënten. Het is opvallend dat ongeveer de helft (48%) expliciet aangeeft dat medewerkers geen voorbeeldrol opnemen naar cliënten rond roken.

99 Nemen de medewerkers een voorbeeldrol op naar de cliënten rond roken? Dit zijn begeleiders, leidinggevend en administratief personeel.

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



KWALITEITSCRITERIUM 7. DE VOORZIENING ZET OP MINSTENS 2 MANIEREN IN OP LEREN EN SENSIBILISEREN VAN CLIËNTEN OVER (STOPPEN MET) ROKEN (KENNIS EN VAARDIGHEDEN)

- ✓ 2023: 55% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

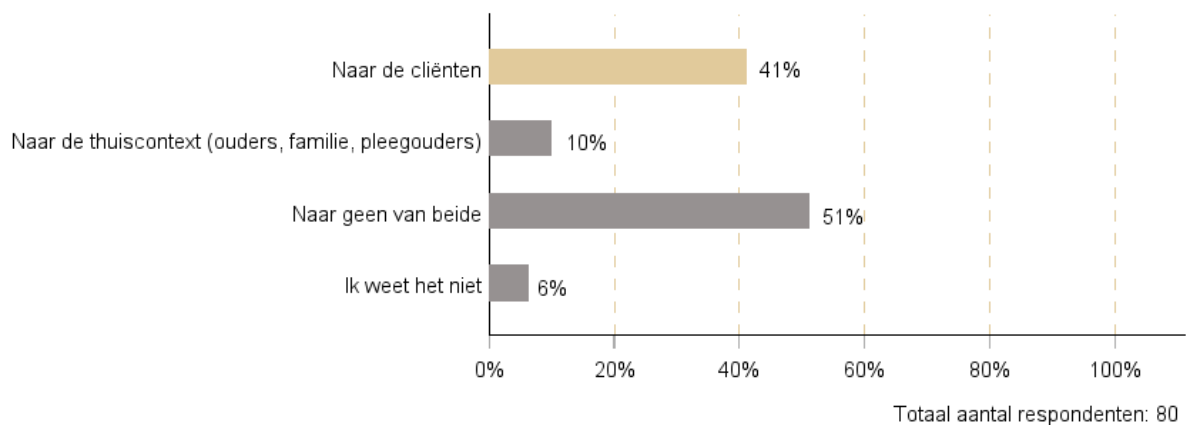
Iets meer dan de helft van de voorzieningen (55%) zet op minstens 2 manieren in op leren en sensibiliseren van cliënten over (stoppen met) roken (vaardigheden en kennis). Dit gebeurt het vaakst via samen beslissen (bv. inspraak in de afspraken en regels over roken) (59%). Daarnaast zet de helft van de voorzieningen ook in op leren en sensibiliseren van cliënten over (stoppen met) roken via samen reflecteren (bv. groepsgesprek, individueel begeleidingsgesprek) (50%).

VIA SAMEN DOEN

41% van de voorzieningen zet in op leren en sensibiliseren van cliënten over (stoppen met) roken via samen doen (bv. samen naar een arts of andere zorgverstrekker gaan, samen naar de apotheek gaan voor de aankoop van nicotinevervangers, educatief spel).

100 Op welke manier zet jouw voorziening in op het leren en sensibiliseren over (stoppen met) roken via samen doen en naar wie is dit educatief aanbod gericht? (bv. samen naar een arts of andere zorgverstrekker gaan, samen naar de apotheek gaan voor de aankoop van nicotinevervangers, educatief spel)

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.

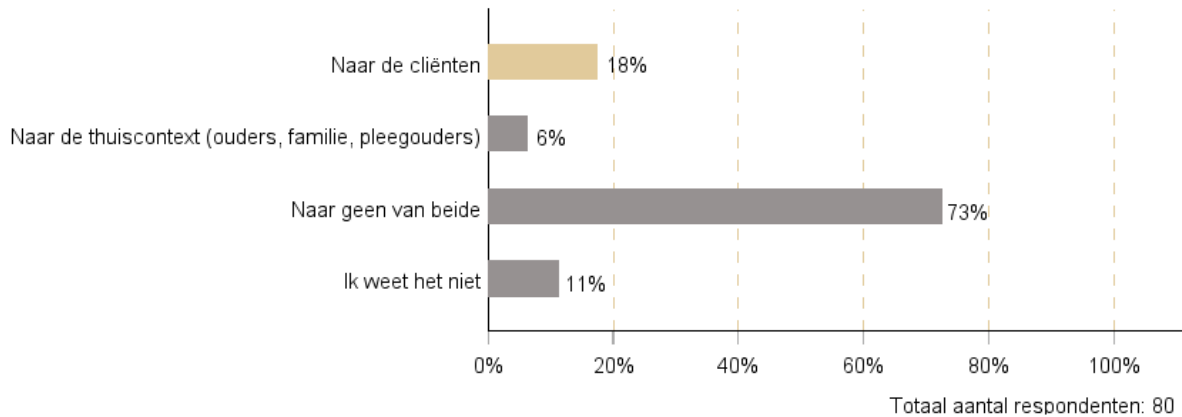


VIA SAMEN KIJKEN

Een minderheid van de voorzieningen (18%) zet in op leren en sensibiliseren van cliënten over (stoppen met) roken via samen kijken (bv. affiches, film, theaterstuk, website van WAT WAT over roken).

101 Op welke manier zet jouw voorziening in op het leren en sensibiliseren over (stoppen met) roken via samen kijken en naar wie is dit educatief aanbod gericht? (bv. affiches, film, theaterstuk, website van WAT WAT over roken).

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.

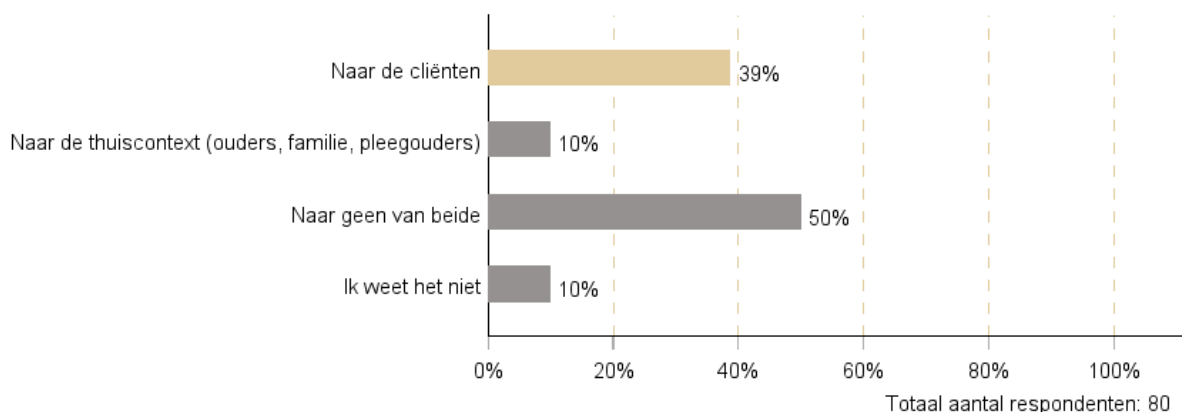


VIA SAMEN LUISTEREN

39% van de voorzieningen zet in op leren en sensibiliseren van cliënten over (stoppen met) roken via samen luisteren (bv. een infosessie, advies van een arts of zorgprofessional).

102 Op welke manier zet jouw voorziening in op het leren en sensibiliseren over (stoppen met) roken via samen luisteren en naar wie is dit educatief aanbod gericht? (bv. een infosessie, advies van een arts of zorgprofessional)

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.

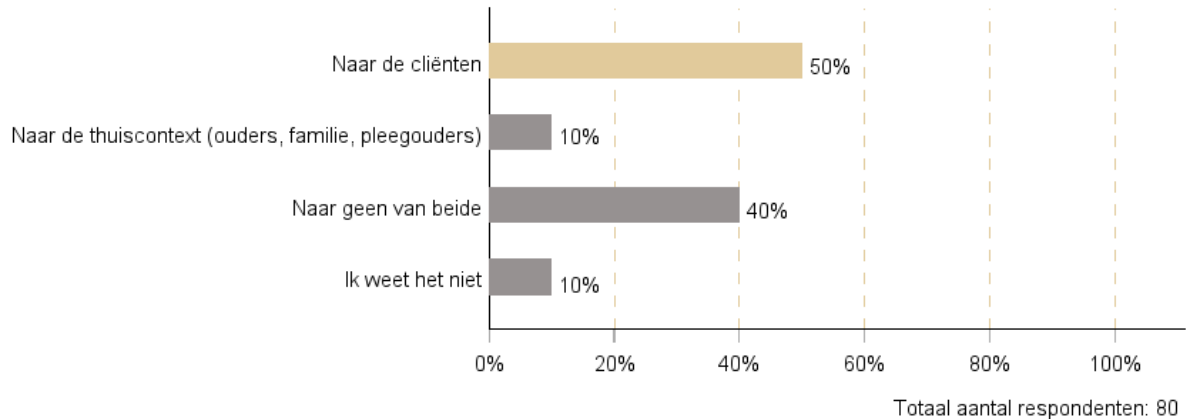


VIA SAMEN REFLECTEREN

De helft van de voorzieningen (50%) zet in op leren en sensibiliseren van cliënten over (stoppen met) roken via samen reflecteren (bv. groepsgesprek, individueel begeleidingsgesprek).

103 Op welke manier zet jouw voorziening in op het leren en sensibiliseren over (stoppen met) roken via samen reflecteren en naar wie is dit educatief aanbod gericht? (bv. groepsgesprek, individueel begeleidingsgesprek)

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.

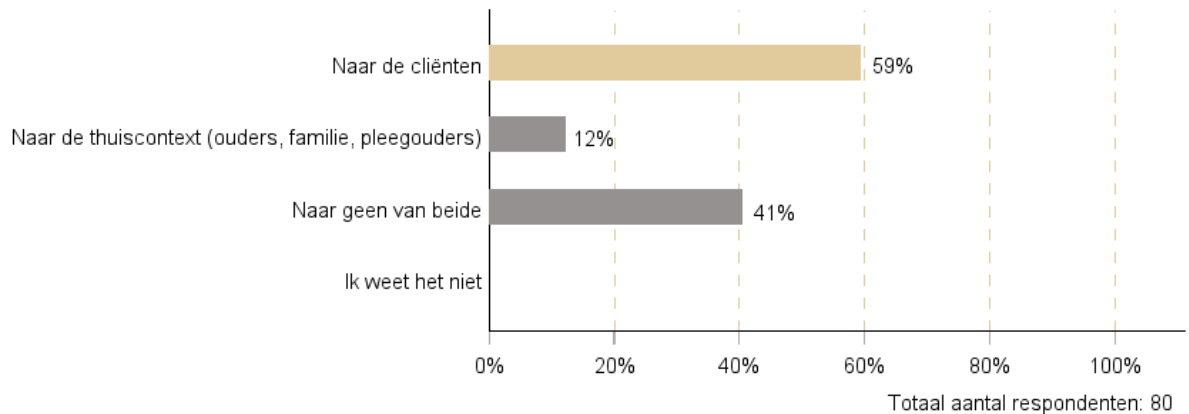


VIA SAMEN BESLIJSEN

59% van de voorzieningen zet in op leren en sensibiliseren van cliënten over (stoppen met) roken bij cliënten via samen beslissen (bv. inspraak in de afspraken en regels over roken).

104 Op welke manier zet jouw voorziening in op het leren en sensibiliseren over (stoppen met) roken via samen beslissen en naar wie is dit educatief aanbod gericht? (bv. inspraak in de afspraken en regels over roken)

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



KWALITEITSCRITERIUM 8. DE VOORZIENING GEEFT OP MINSTENS 1 MANIER ONDERSTEUNING AAN CLIËNTEN BIJ HET STOPPEN MET ROKEN

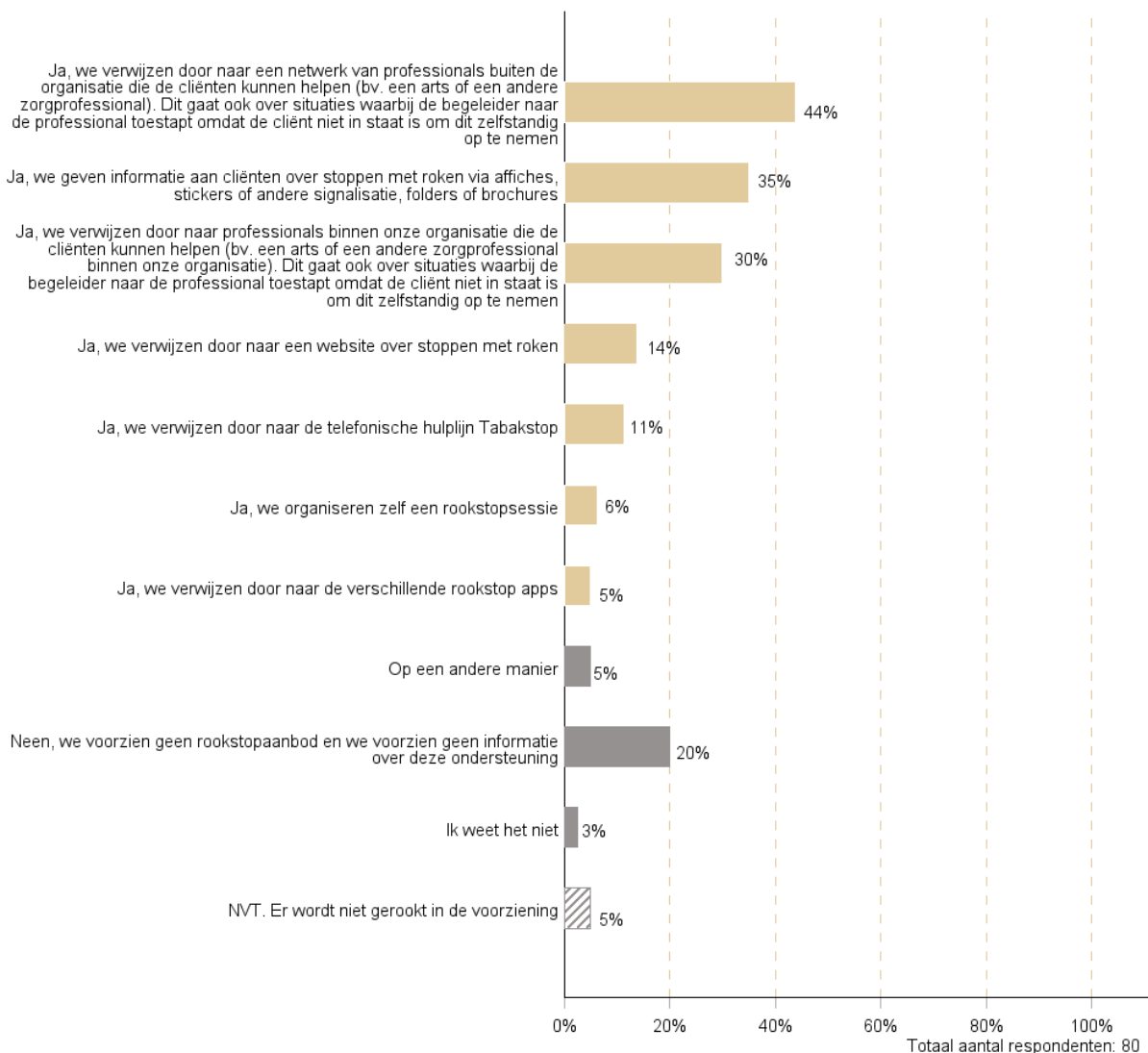
✓ 2023: 69% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

69% van de voorzieningen geeft op minstens 1 manier ondersteuning aan cliënten bij het stoppen met roken. De meest voorkomende manier is doorverwijzen naar een netwerk van professionals buiten de organisatie die de cliënten kunnen helpen bij het stoppen met roken (bv. een arts of een andere zorgprofessional (44%).

Daarnaast geeft 35% (ook) informatie aan cliënten over stoppen met roken via affiches, stickers of andere signalisatie, folders of brochures en verwijst 30% van de voorzieningen cliënten (ook) door naar professionals binnen de organisatie die de cliënten kunnen helpen bij het stoppen met roken (bv. een arts of een andere zorgprofessional binnen de organisatie) (30%).

105 Geeft jouw voorziening ondersteuning aan cliënten bij het stoppen met roken, of informatie over deze ondersteuning?

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



SAMENVATTING

Hieronder vatten we de belangrijkste resultaten samen met betrekking tot de criteria voor een kwaliteitsvol rookbeleid in de huidige editie van de Preventiepeiling. **Grafiek 106** op de volgende pagina geeft voor elk van de kwaliteitscriteria weer hoeveel voorzieningen voor personen met een handicap aan dit criterium voldoen. **Grafiek 107** geeft het cumulatief aantal behaalde criteria weer voor een kwaliteitsvol rookbeleid.

STAND VAN ZAKEN ROOKBELEID (2023)

- Gemiddeld voldoen voorzieningen voor personen met een handicap aan 4 van de 8 criteria voor een kwaliteitsvol rookbeleid (4 = het gemiddeld aantal behaalde criteria).
- 1% voldoet aan alle 8 de criteria voor een kwaliteitsvol rookbeleid.
- 1% voldoet aan geen enkel criterium voor een kwaliteitsvol rookbeleid.

Waarop wordt het meest ingezet?

- Cliënten die nergens binnen mogen roken in de voorziening (91%).
- Cliënten op minstens 1 manier ondersteuning geven bij het stoppen met roken (69%).

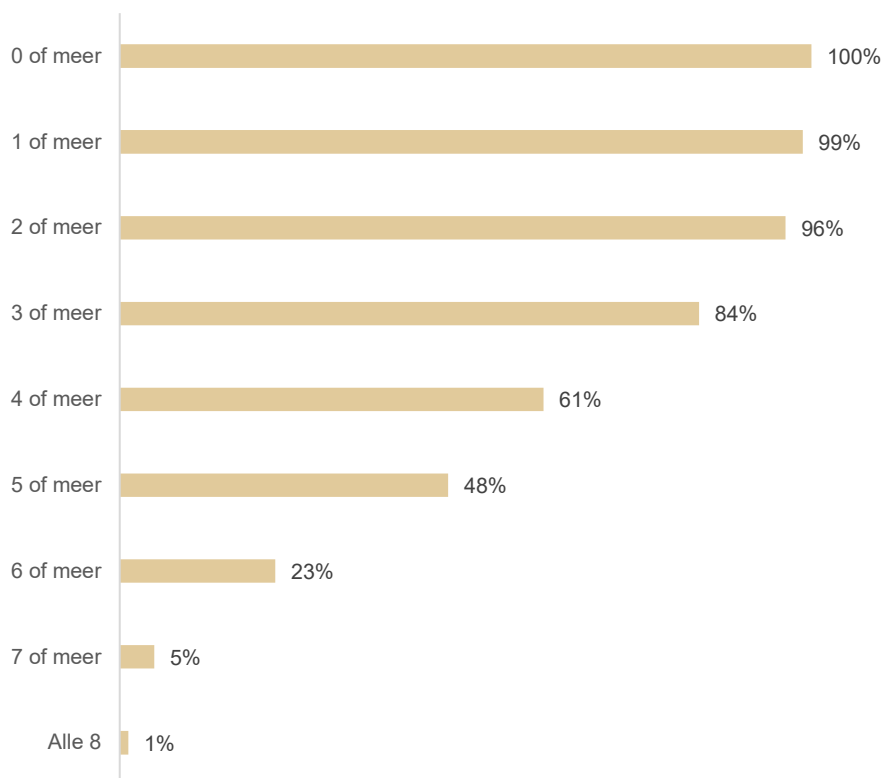
Waarop wordt het minst ingezet?

- Cliënten die buiten roken, mogen dit niet doen in het zicht van andere personen (19%).
- Medewerkers die een voorbeeldrol opnemen door niet samen, niet in het bijzijn en niet in het zicht van cliënten te roken (16%).

106 Aandeel voorzieningen dat aan de criteria voor een kwaliteitsvol rookbeleid voldoet (2023)



107 Cumulatief aantal behaalde criteria voor een kwaliteitsvol rookbeleid (2023)



ALCOHOL



80

DEELNEMENDE
VOORZIENINGEN

KWALITEITSCRITERIA

1

De voorziening heeft schriftelijke afspraken en/of regels voor cliënten over alcoholgebruik.

2

De voorziening communiceert de afspraken en/of regels over alcoholgebruik op minstens 1 van volgende manieren actief* naar de cliënten:

*Actief communiceren is meer dan enkel een vermelding in bv. het reglement.

1. tijdens een eerste gesprek;
2. naar aanleiding van regelovertreding;
3. regelmatig in de loop van een begeleiding;
4. in het kader van educatieve/preventieve activiteiten;
5. schriftelijk via de brochure met de huisregels.

3

De voorziening respecteert de wettelijke leeftijdsgrenzen voor alcoholgebruik en stelt nooit alcoholische dranken ter beschikking aan -18-jarigen en enkel op vaste momenten aan +18-jarigen.

4

De voorziening reageert op minstens 1 van volgende manieren wanneer een cliënt de afspraken en/of regels over alcoholgebruik overtreedt:

1. de cliënt wordt aangesproken op de regelovertreding;
2. er volgt een vooraf vastgelegde sanctie voor de betreffende regelovertreding (bv. in het huisreglement);
3. er volgt een sanctie op maat van de specifieke situatie;
4. de regelovertreding wordt opgenomen in de begeleidingsgesprekken;
5. de regelovertreding wordt besproken op de teamvergadering;
6. de thuiscontext wordt betrokken.

5

De voorziening neemt minstens 1 van volgende initiatieven om het thema alcohol bespreekbaar te maken:

1. het thema wordt bevraagd tijdens een eerste gesprek;
2. het thema wordt regelmatig ter sprake gebracht tijdens begeleidingsgesprekken;
3. er worden thema-avonden of groepsgesprekken over alcohol georganiseerd;
4. er wordt gezorgd dat het thema onderwerp van gesprek is naar aanleiding van de actualiteit of gebeurtenissen in de omgeving van een cliënt;
5. er wordt gezorgd dat cliënten weten dat ze bij de begeleiding terecht kunnen met vragen;
6. het thema wordt enkel besproken als er een vermoeden is dat de regels en afspraken overtreden worden of dat er een probleem is.

6

De voorziening ondersteunt medewerkers* in het herkennen van signalen bij moeilijkheden op het vlak van alcoholgebruik door coaching of opleiding te voorzien.

*Dit zijn begeleiders, leidinggevenden en administratief personeel.

1. er wordt opleiding hierover voorzien;
2. medewerkers worden hierin intern gecoacht;
3. medewerkers worden hierin extern gecoacht (bv. CCG preventiewerkers).

7

De voorziening zet op minstens 1 van volgende manieren in op het informeren en sensibiliseren van cliënten over alcohol:

1. via schriftelijke informatie, zoals folders, brochures of affiches;
2. via online informatiekkanalen, zoals sociale media, websites en nieuwsbrieven;
3. via het organiseren van infosessies, workshops of andere educatieve activiteiten in groep (bv. educatief spel, theaterstuk of filmavond);
4. via het samen beslissen (bv. inspraak geven in de afspraken rond alcohol);
5. tijdens begeleidingsmomenten;
6. via advies door een psycholoog of arts.

8

De voorziening zet op minstens 1 van volgende manieren in op het informeren en sensibiliseren van de thuiscontext van cliënten* over alcohol:

*bv. ouders, pleegouders, familie

1. via schriftelijke informatie, zoals folders, brochures of affiches;
2. via online informatiekkanalen, zoals sociale media, websites en nieuwsbrieven;
3. via het organiseren van infosessies, workshops of andere educatieve activiteiten in groep (bv. educatief spel, theaterstuk of filmavond);
4. via het samen beslissen (bv. inspraak geven in de afspraken rond alcohol);
5. tijdens begeleidingsmomenten;
6. via advies door een psycholoog of arts.

9

Medewerkers* nemen een voorbeeldrol op naar de cliënten door geen alcohol te drinken tijdens de werkuren.

*Dit zijn begeleiders, leidinggevend en administratief personeel.

10

De voorziening voorziet minstens 2* van volgende vormen van intern en extern begeleidingsaanbod voor cliënten als er problemen zijn door alcoholgebruik:

*Dit is minstens 1 interne vorm van begeleidingsaanbod en minstens 1 externe vorm.

1. de begeleiders nemen dit zelf op;
2. er wordt doorverwezen naar een arts, therapeut of psycholoog binnen de voorziening;
3. er wordt doorverwezen naar een huisarts, therapeut of psycholoog buiten de voorziening;
4. er wordt doorverwezen naar een vroeg-interventieaanbod (bv. van een CCG);
5. er wordt doorverwezen naar gespecialiseerde alcohol- en drughulpverlening.

RESULTATEN

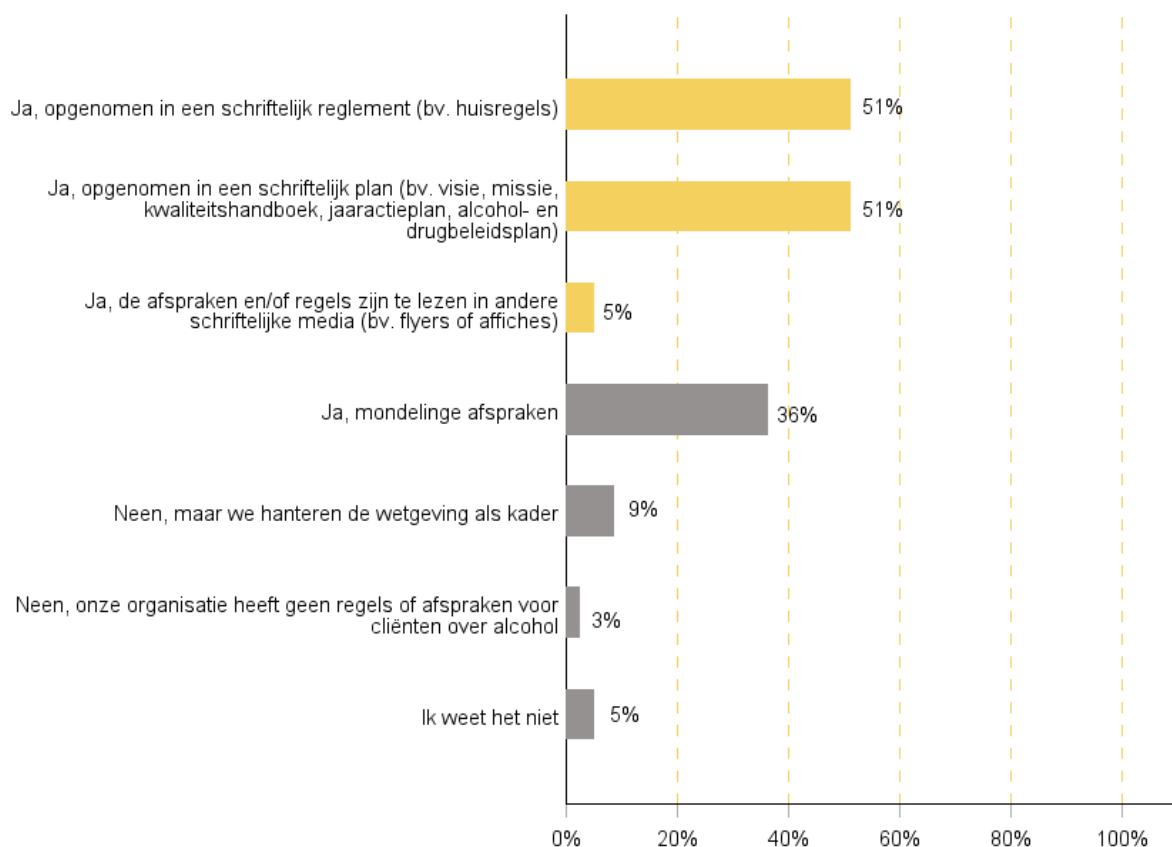
KWALITEITSCRITERIUM 1. DE VOORZIENING HEEFT SCHRIFTELIJKE AFSPRAKEN EN/OF REGELS VOOR CLIËNTEN OVER ALCOHOLGEBRUIK

- ✓ 2023: 71% van voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

71% van de voorzieningen heeft schriftelijke afspraken en/of regels voor cliënten over alcoholgebruik. Bij 51% van de voorzieningen zijn de afspraken en/of regels opgenomen in een schriftelijk plan (bv. visie, missie, kwaliteitshandboek, jaaractieplan, alcohol- en drugbeleidsplan) en eveneens bij 51% zijn deze (ook) opgenomen in een schriftelijk reglement (bv. huisregels). Daarnaast geeft 5% aan dat de afspraken en/of regels (ook) te lezen zijn in andere schriftelijke media (bv. flyers of affiches). Iets meer dan 1 op 3 voorzieningen (36%) geeft aan (ook) mondelinge afspraken te hebben.

108 Heeft jouw voorziening afspraken en/of regels voor cliënten over alcohol? Dit gaat zowel over alcoholgebruik binnen de voorziening als buiten de voorziening.

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



Totaal aantal respondenten: 80

KWALITEITSCRITERIUM 2. DE VOORZIENING COMMUNICEERT DE AFSPRAKEN EN/OF REGELS OVER ALCOHOLGEBRUIK OP MINSTENS 1 MANIER ACTIEF* NAAR DE CLIËNTEN

*Actief communiceren is meer dan enkel een vermelding in bv. het reglement.

- ✓ 2023: 79% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

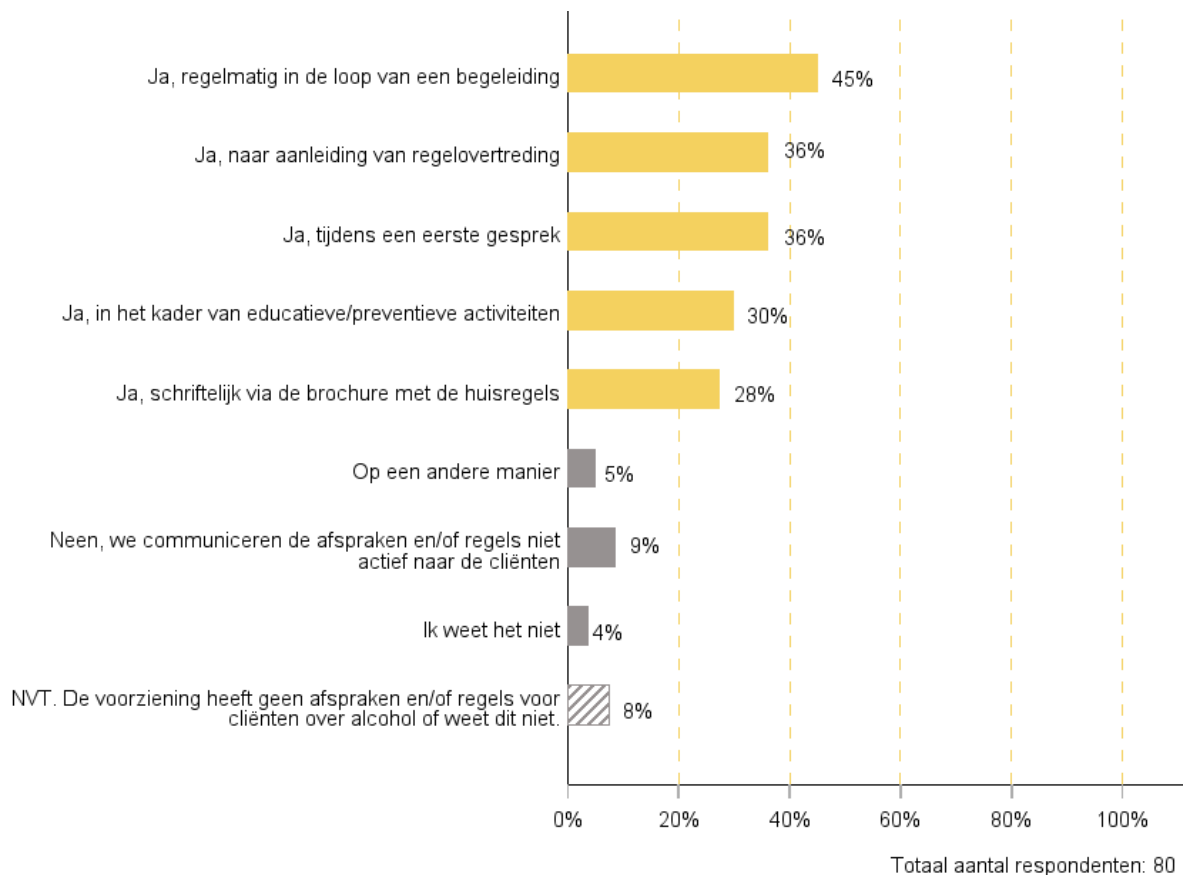
79% van de voorzieningen communiceert de afspraken en/of regels over alcoholgebruik op minstens 1 manier actief naar de cliënten. De meest voorkomende manier is de afspraken en/of regels regelmatig in de loop van een begeleiding actief communiceren (45%).

Daarnaast communiceert 36% van de voorzieningen de afspraken en/of regels over de alcoholgebruik (ook) actief naar aanleiding van een regelovertreding of (ook) tijdens een eerste gesprek (beiden 36%).

109 Communiceert jouw voorziening deze afspraken en/of regels over alcohol actief naar de cliënten? Actief zien we als meer dan enkel een vermelding in bv. het reglement.

Deze vraag werd niet gesteld aan voorzieningen die in de voorgaande vraag (zie [grafiek 108](#)) aangaven dat ze geen afspraken en/of regels hebben voor cliënten over alcohol of dit niet weten (N=8%). Zij voldoen ook niet aan kwaliteitscriterium 2. In onderstaande grafiek geven we deze respondenten weer als 'NVT. De voorziening heeft geen afspraken en/of regels voor cliënten over alcohol of weet dit niet'.

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



KWALITEITSCRITERIUM 3. DE VOORZIENING RESPECTEERT DE WETTELIJKE LEEFTIJDGRENZEN VOOR ALCOHOLGEBRUIK EN STELT NOOIT ALCOHOLISCHE DRANKEN TER BESCHIKKING AAN -18-JARIGEN EN ENKEL OP VASTE MOMENTEN AAN +18-JARIGEN

- ✓ 2023: 86% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

86% van de voorzieningen respecteert de wettelijke leeftijdsgrenzen voor alcoholgebruik en stelt nooit alcoholische dranken ter beschikking aan -18-jarigen (hiermee bedoelen we de leeftijdsgroep 14- en 15-jarigen en de leeftijdsgroep 16- en 17-jarigen) en enkel op vaste momenten aan +18-jarigen.

Als we meer in detail naar de beschikbaarheid van alcoholische dranken binnen de leeftijdsgroepen kijken, zien we dat 91% van de voorzieningen nooit alcoholische dranken beschikbaar stelt voor 14- en 15-jarigen. 87% stelt deze (ook) niet beschikbaar voor 16- en 17-jarigen.

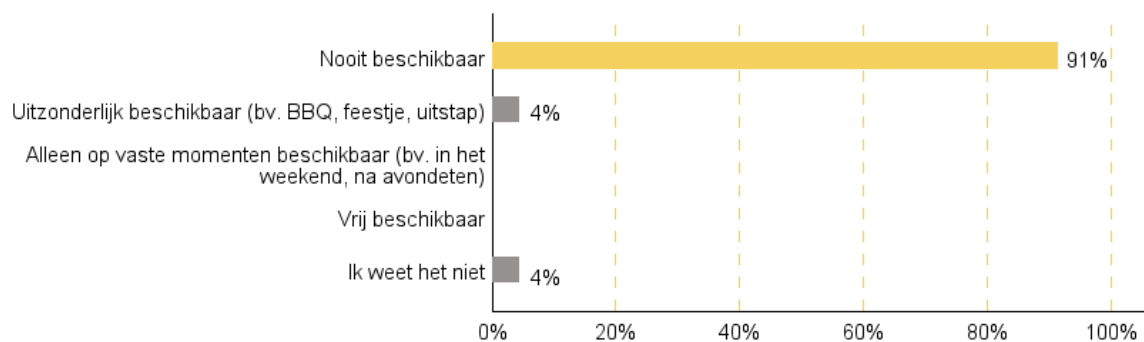
Bij de voorzieningen met cliënten van 18 jaar of ouder schenkt 13% nooit alcohol, 41% uitzonderlijk en 35% enkel op vaste momenten. Slechts in een zeer kleine minderheid van de voorzieningen (6%) zijn alcoholische dranken vrij beschikbaar voor cliënten vanaf 18 jaar.

BESCHIKBAARHEID ALCOHOLISCHE DRANKEN VOOR 14- EN 15-JARIGEN

57 voorzieningen (71%) hebben geen cliënten van 14 of 15 jaar. Bij de 23 voorzieningen waar deze leeftijdsgroep wel aanwezig is, zien we dat 91% de wettelijke leeftijdsgrenzen respecteert en nooit alcoholische dranken beschikbaar stelt voor 14- en 15-jarigen.

110 Wanneer zijn alcoholische dranken in jouw voorziening beschikbaar voor 14- en 15-jarigen?

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



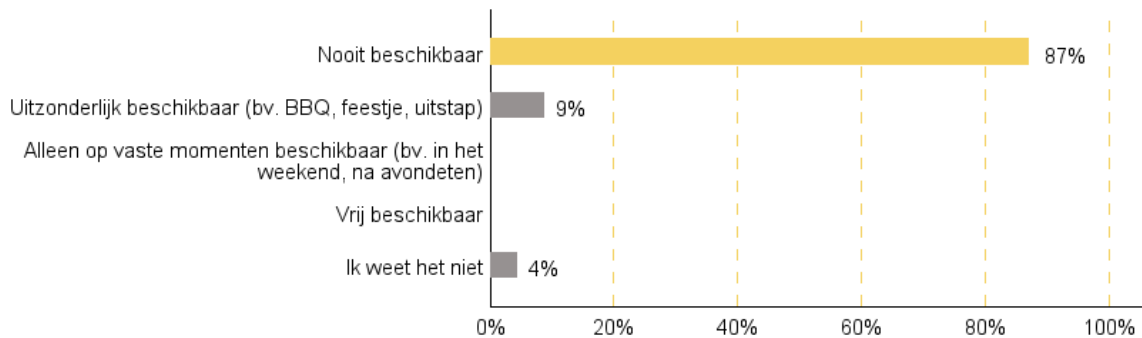
Totaal aantal respondenten: 23

BESCHIKBAARHEID ALCOHOLISCHE DRANKEN VOOR 16- EN 17-JARIGEN

57 voorzieningen (71%) hebben geen cliënten van 16 of 17 jaar. Bij de 23 voorzieningen waar deze leeftijdsgroep wel aanwezig is, zien we dat 87% de wettelijke leeftijdsgrenzen respecteert en nooit alcoholische dranken beschikbaar stelt voor 16- en 17-jarigen.

111 Wanneer zijn alcoholische dranken in jouw voorziening beschikbaar voor 16- en 17-jarigen?

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



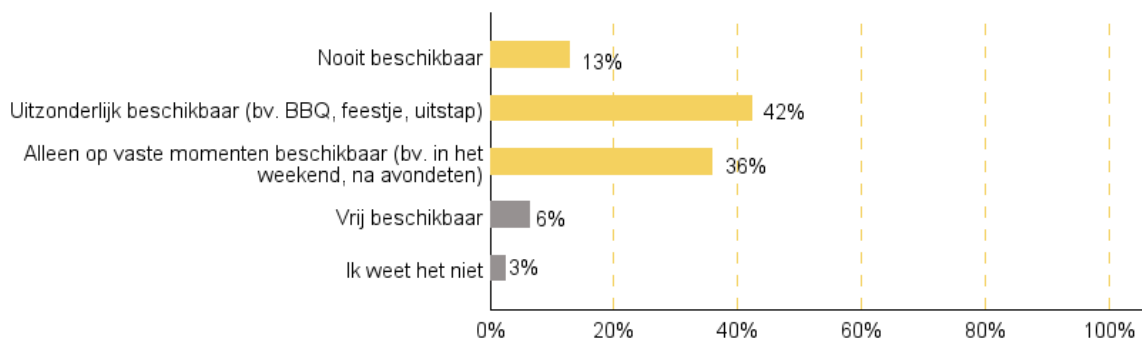
Totaal aantal respondenten: 23

BESCHIKBAARHEID ALCOHOLISCHE DRANKEN CLIËNTEN VANAF 18 JAAR

2 voorzieningen (3%) hebben geen cliënten van 18 jaar of ouder. Bij de 78 voorzieningen waarbij deze leeftijdsgroep wel aanwezig is, zien we dat 13% nooit alcoholische dranken beschikbaar stelt voor cliënten vanaf 18 jaar. 41% stelt deze uitzonderlijk beschikbaar (bv. bij een BBQ, feestje, uitstap) en 35% alleen op vaste momenten (bv. in het weekend, na avondeten). Slechts in een zeer kleine minderheid van de voorzieningen (6%) zijn alcoholische dranken vrij beschikbaar voor cliënten vanaf 18 jaar.

112 Wanneer zijn alcoholische dranken in jouw voorziening beschikbaar voor cliënten vanaf 18 jaar?

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



Totaal aantal respondenten: 78

KWALITEITSCRITERIUM 4. DE VOORZIENING REAGEERT OP MINSTENS 1 MANIER WANNEER EEN CLIËNT DE AFSPRAKEN EN/OF REGELS OVER ALCOHOLGEBRUIK OVERTREEDT

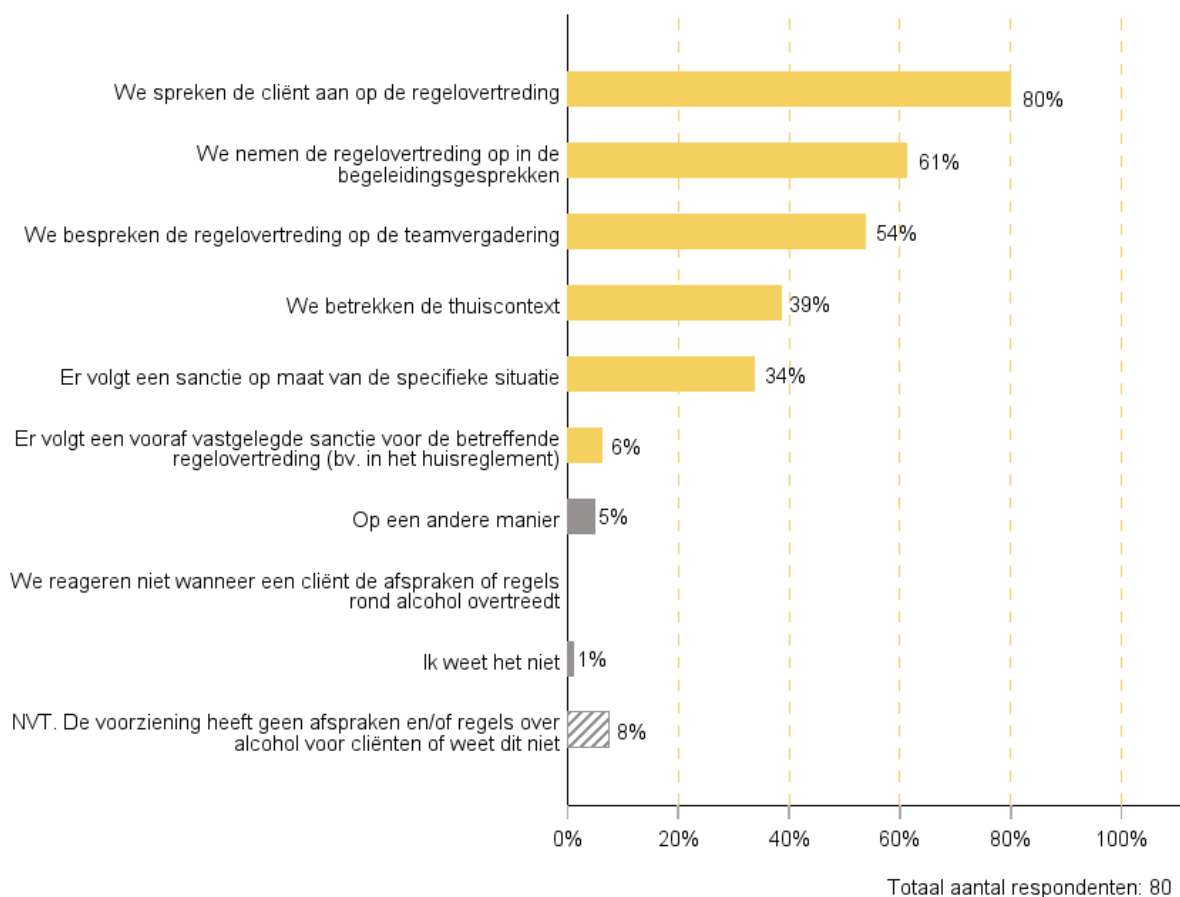
✓ 2023: 88% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

88% van de voorzieningen reageert op minstens 1 manier wanneer een cliënt de afspraken en/of regels over alcoholgebruik overtreedt. De meest voorkomende manier waarop voorzieningen reageren is de cliënt aanspreken op de regelovertrading (80%). Iets minder voorzieningen nemen de overtrading (ook) op in de begeleidingsgesprekken (61%).

113 Hoe reageert jouw voorziening wanneer een cliënt de afspraken en/of regels rond alcohol overtreedt?

Deze vraag werd niet gesteld aan voorzieningen die in de voorgaande vraag (zie [grafiek 108](#)) aangaven dat ze geen afspraken en/of regels hebben voor cliënten over alcohol of dit niet weten (N=8%). Zij voldoen ook niet aan kwaliteitscriterium 4. In onderstaande grafiek geven we deze respondenten weer als 'NVT. De voorziening heeft geen afspraken en/of regels voor cliënten over alcohol of weet dit niet'.

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



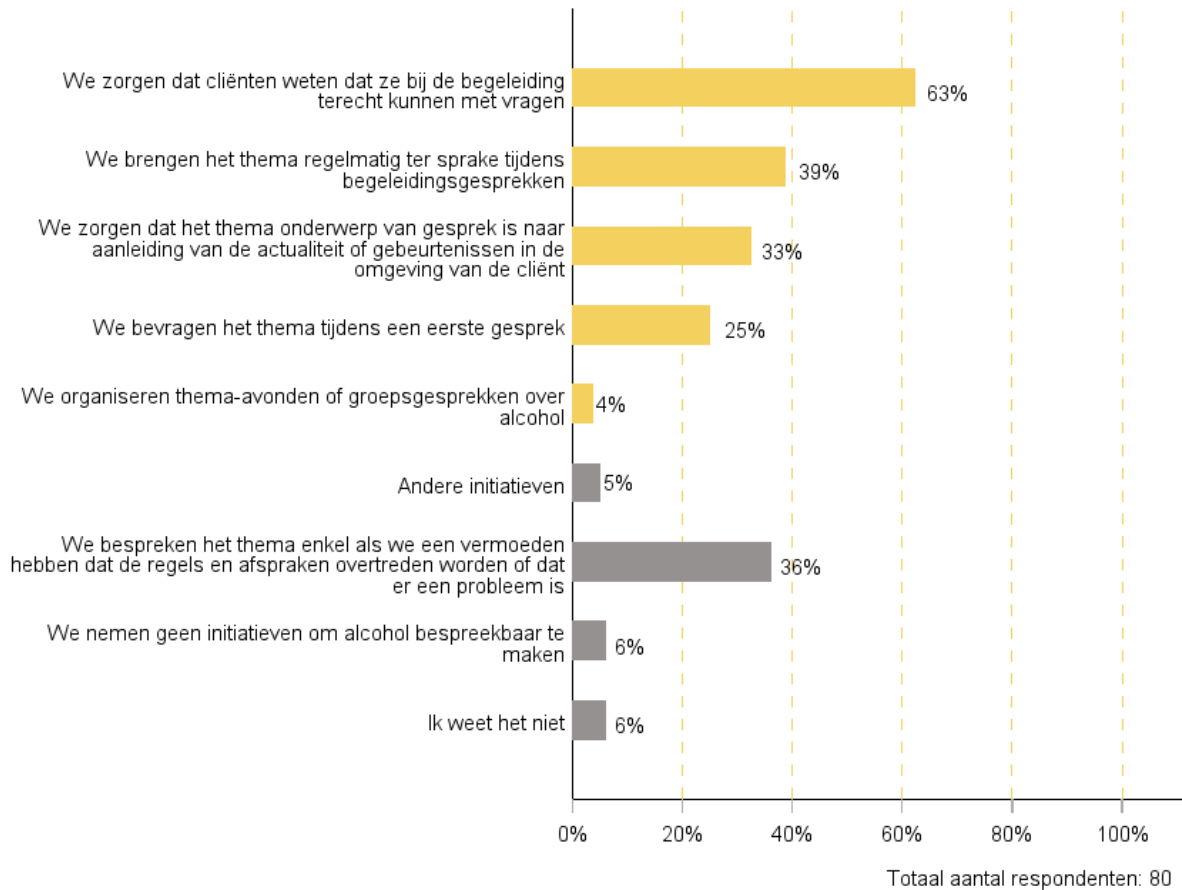
KWALITEITSCRITERIUM 5. DE VOORZIENING NEEMT MINSTENS 1 INITIATIEF OM HET THEMA ALCOHOL BESPREEKBAAR TE MAKEN

✓ 2023: 75% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

75% van de voorzieningen neemt minstens 1 initiatief om het thema alcohol bespreekbaar te maken. Het initiatief dat het meest genomen wordt, is ervoor zorgen dat cliënten weten dat ze bij de begeleiding terecht kunnen met vragen (63%). Andere initiatieven, zoals het thema regelmatig ter sprake brengen tijdens begeleidingsgesprekken (39%) of zorgen dat het thema onderwerp van gesprek is naar aanleiding van de actualiteit of gebeurtenissen in de omgeving van de cliënt (33%) worden minder vaak genomen.

114 Welke initiatieven neemt jouw voorziening om alcohol bespreekbaar te maken?

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



KWALITEITSCRITERIUM 6. DE VOORZIENING ONDERSTEUNT MEDEWERKERS* IN HET HERKENNEN VAN SIGNALLEN BIJ MOEILIKHEDEN OP HET VLAK VAN ALCOHOLGEBRUIK DOOR COACHING OF OPLEIDING TE VOORZIEN

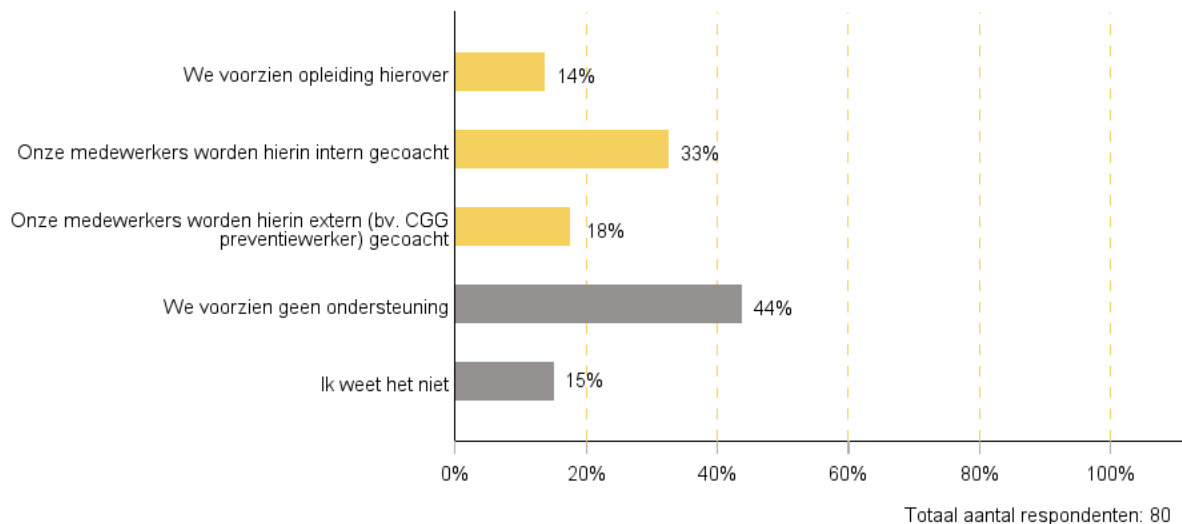
*Dit zijn begeleiders, leidinggevend en administratief personeel.

- ✓ 2023: 41% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

41% van de voorzieningen ondersteunt medewerkers in het herkennen van signalen bij moeilijkheden op het vlak van alcoholgebruik door coaching of opleiding te voorzien. Wanneer we in meer detail naar de resultaten kijken, zien we dat in 1 op 3 voorzieningen (33%) medewerkers intern gecoacht worden. 18% geeft aan dat de medewerkers (ook extern) worden gecoacht (bv. CGG, preventiewerker). 14% voorziet hier (ook) zelf een opleiding over. Wat opvalt is dat 44% van de voorzieningen aangeeft geen ondersteuning te voorzien.

115 Op welke manier ondersteunt jouw voorziening de medewerkers om signalen te herkennen bij moeilijkheden op het vlak van alcoholgebruik?

De respondenten konden meerdere antwoorden selecteren.



KWALITEITSCRITERIUM 7. DE VOORZIENING ZET OP MINSTENS 1 MANIER IN OP HET INFORMEREN EN SENSIBILISEREN VAN DE CLIËNTEN OVER ALCOHOL

- ✓ 2023: 73% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.



KWALITEITSCRITERIUM 8. DE VOORZIENING ZET OP MINSTENS 1 MANIER IN OP HET INFORMEREN EN SENSIBILISEREN VAN DE THUISCONTEXT VAN CLIËNTEN* OVER ALCOHOL

*bv. ouders, pleegouders, familie

- ✓ 2023: 29% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

73% van de voorzieningen zet op minstens 1 manier in op het informeren en sensibiliseren van cliënten over alcohol (zie [kwaliteitscriterium 7](#)). Het valt op dat heel wat minder voorzieningen op minstens 1 manier inzetten op het informeren en sensibiliseren naar de thuiscontext van cliënten (bv. ouders, pleegouders, familie), namelijk 29% (zie [kwaliteitscriterium 8](#)).

De 2 meest voorkomende manieren om cliënten te informeren en te sensibiliseren over alcohol zijn: (1) tijdens begeleidingsmomenten (68%) en (2) via het samen beslissen (bv. inspraak geven in de afspraken over alcohol) (54%). Voor het informeren en sensibiliseren van de thuiscontext van cliënten zijn de meest voorkomende manieren hetzelfde, hetzij in de omgekeerde volgorde: (1) via het samen beslissen (21%) en (2) tijdens begeleidingsmomenten (14%).

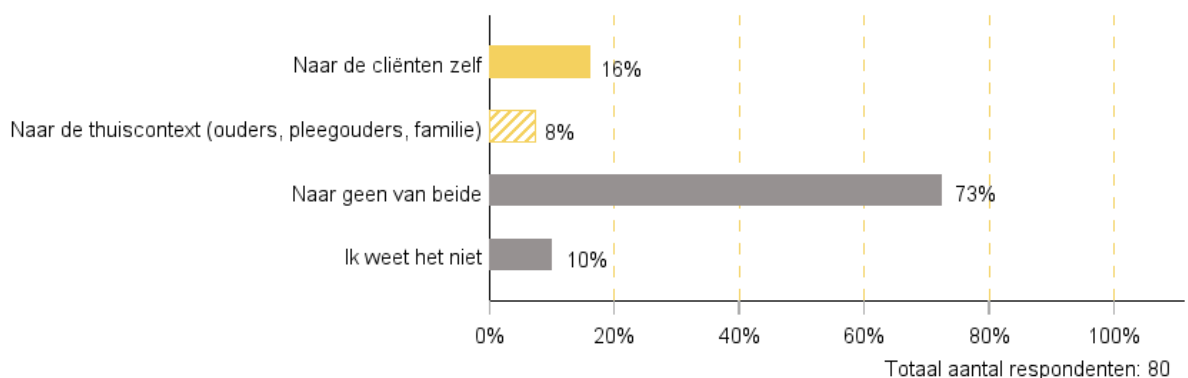
In de onderstaande [grafieken 116 tot 121](#) geven we voor 6 mogelijke manieren om te informeren en te sensibiliseren over alcohol de doelgroep 'cliënten' weer via een gekleurde balk  en de doelgroep 'thuiscontext van cliënten' via een gearceerde balk .

VIA SCHRIFTELIJKE INFORMATIE

16% van de voorzieningen informeert en sensibiliseert over alcohol via schriftelijke informatie, zoals folders, brochures of affiches naar de cliënten zelf, en 8% informeert en sensibiliseert op deze manier naar de thuiscontext (bv. ouders, pleegouders, familie). Het valt op dat een groot deel van de voorzieningen, namelijk 73%, aangeeft naar geen van beide te informeren en sensibiliseren over alcohol via schriftelijke informatie.

116 Op welke manier zet jouw voorziening in op informatie en sensibilisering over alcohol via schriftelijke informatie, zoals folders, brochures of affiches en naar wie is dit educatief aanbod gericht?

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.

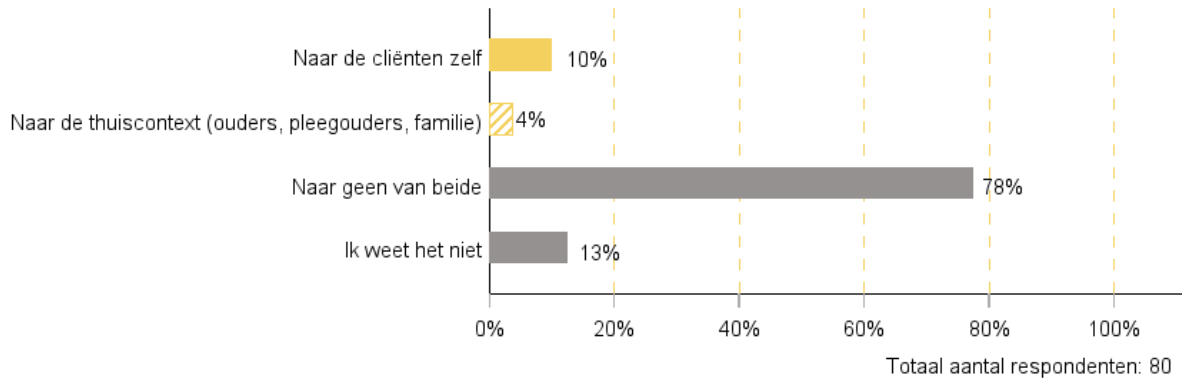


VIA ONLINE INFORMATIEKANALEN

10% van de voorzieningen zet in op het informeren en sensibiliseren over alcohol via online informatiekkanalen, zoals sociale media, websites of nieuwsbrieven naar de cliënten zelf, en 4% naar de thuiscontext (ouders, pleegouders, familie). Een groot deel van de voorzieningen, namelijk 78%, geeft aan noch naar de cliënten zelf, noch naar de thuiscontext van cliënten te informeren en te sensibiliseren via online informatiekkanalen.

117 Op welke manier zet jouw voorziening in op informatie en sensibilisering over alcohol via online informatiekkanalen, zoals sociale media, websites of nieuwsbrieven en naar wie is dit educatief aanbod gericht?

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.

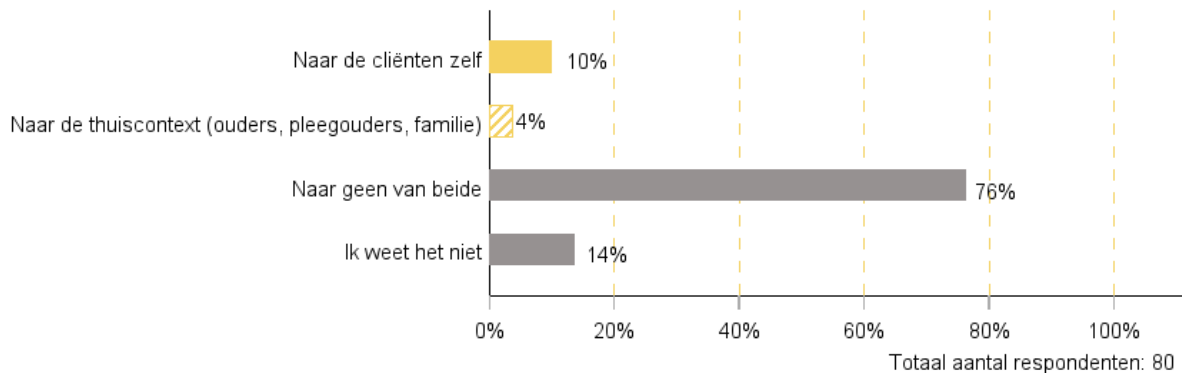


VIA HET ORGANISEREN VAN INFOSESSIES, WORKSHOPS OF ANDERE EDUCATIEVE ACTIVITEITEN IN GROEP

10% van de voorzieningen zet in op het informeren en sensibiliseren over alcohol via het organiseren van infosessies, workshops of andere educatieve activiteiten in groep (bv. educatief spel, theaterstuk of filmavond) naar de cliënten zelf, en 4% naar de thuiscontext (ouders, pleegouders, familie). Het valt op dat een grote meerderheid van 76% naar geen van beide informeert en sensibiliseert over alcohol via het organiseren van infosessies, workshops of andere educatieve activiteiten in groep.

118 Op welke manier zet jouw voorziening in op informatie en sensibilisering over alcohol via het organiseren van infosessies, workshops of andere educatieve activiteiten in groep (bv. educatief spel, theaterstuk of filmavond) en naar wie is dit educatief aanbod gericht?

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.

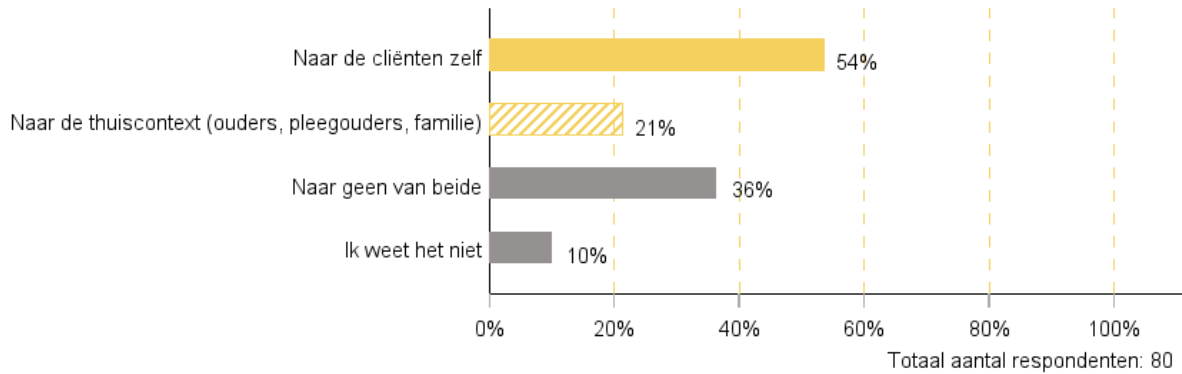


VIA HET SAMEN BESLISSEN

Iets meer dan de helft van de voorzieningen (54%) informeert en sensibiliseert over alcohol via het samen beslissen (bv. inspraak geven in de afspraken over alcohol) naar de cliënten zelf, en 21% naar de thuiscontext (ouders, pleegouders, familie). Iets meer dan een derde van de voorzieningen (36%) geeft aan naar geen van beiden te informeren en sensibiliseren over alcohol via het samen beslissen.

119 Op welke manier zet jouw voorziening in op informatie en sensibilisering over alcohol via het samen beslissen (bv. inspraak geven in de afspraken over alcohol) en naar wie is dit educatief aanbod gericht?

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.

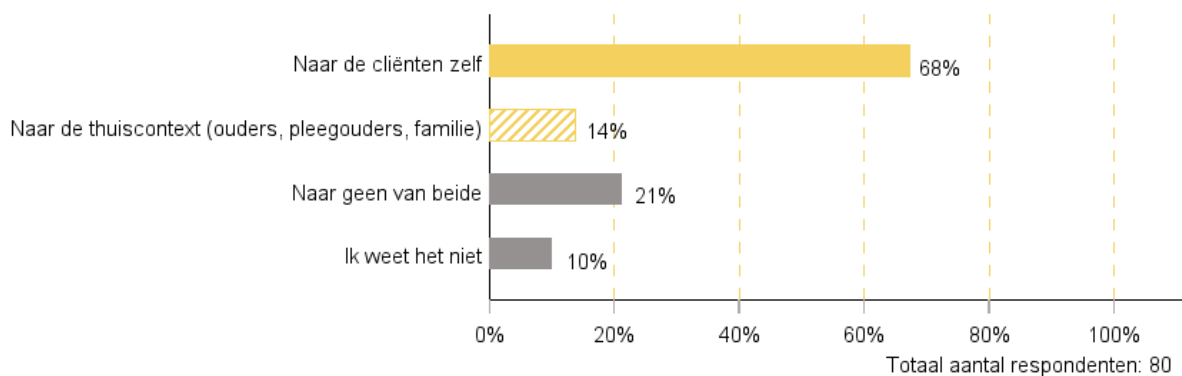


TIJDENS BEGELEIDINGSMOMENTEN

2 op 3 voorzieningen (68%) zet in op het informeren en sensibiliseren over alcohol tijdens begeleidingsmomenten naar cliënten. Heel wat minder voorzieningen, namelijk 14%, informeert en sensibiliseert naar de thuiscontext (ouders, pleegouders, familie) tijdens begeleidingsmomenten.

120 Op welke manier zet jouw voorziening in op informatie en sensibilisering over alcohol tijdens begeleidingsmomenten en naar wie is dit educatief aanbod gericht?

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.

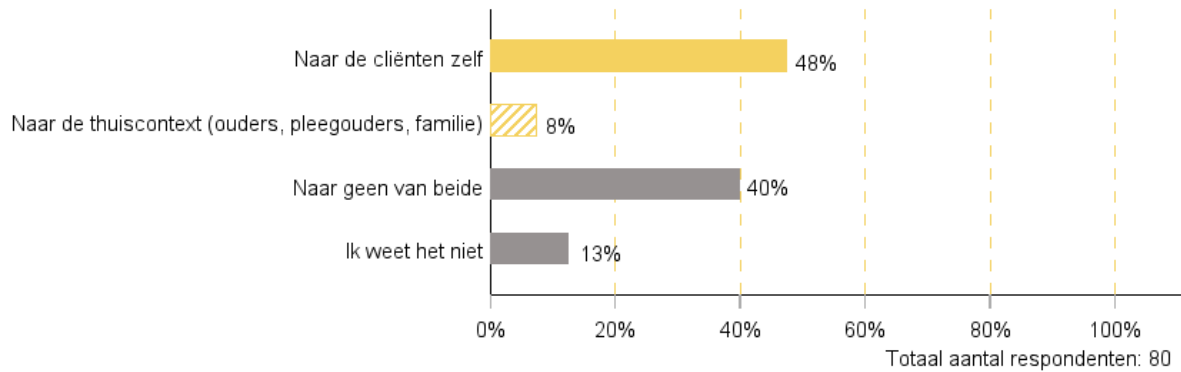


VIA ADVIES DOOR EEN PSYCHOLOOG OF ARTS

Bijna de helft van de voorzieningen (48%) informeert en sensibiliseert over alcohol via advies door een psycholoog of arts naar de cliënten. Het valt op dat heel wat minder voorzieningen, namelijk slechts 8%, informeert en sensibiliseert via advies door een psycholoog of arts naar de thuiscontext (ouders, pleegouders, familie). Daarnaast valt het ook op dat bij 40% van de voorzieningen er naar geen van beide wordt geïnformeerd of gesensibiliseerd via advies door een psycholoog of arts.

121 Op welke manier zet jouw voorziening in op informatie en sensibilisering over alcohol via advies door een psycholoog of arts en naar wie is dit educatief aanbod gericht?

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



KWALITEITSCRITERIUM 9. MEDEWERKERS NEMEN EEN VOORBEELDROL OP NAAR DE CLIËNTEN DOOR GEEN ALCOHOL TE DRINKEN TIJDENS DE WERKUREN

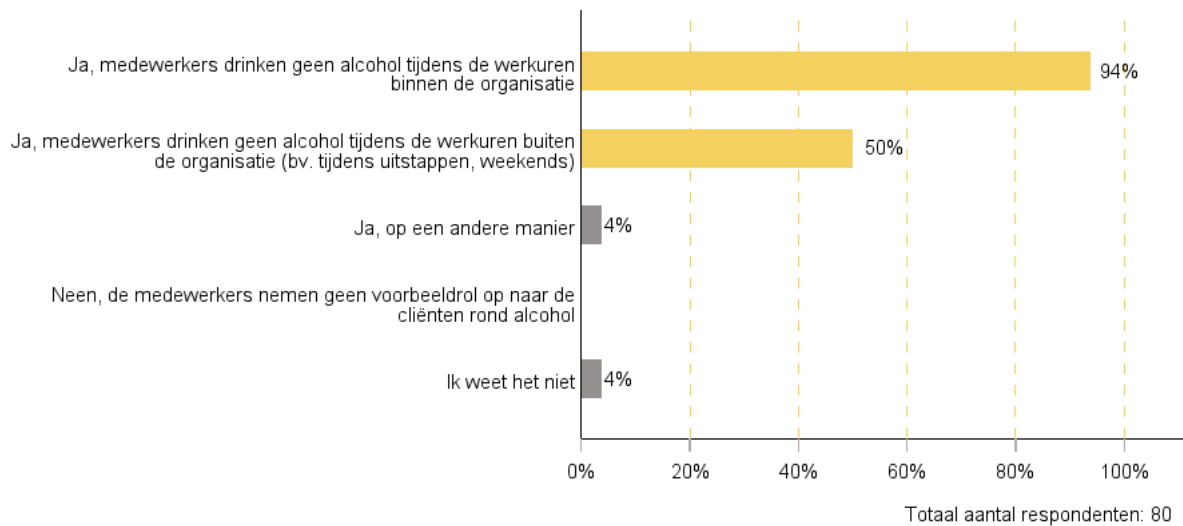
*Dit zijn begeleiders, leidinggevenden en administratief personeel.

- ✓ 2023: 50% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

Bij de helft van de voorzieningen (50%) nemen medewerkers een voorbeeldrol op naar de cliënten door geen alcohol te drinken tijdens de werkuren. Bij een grote meerderheid van de voorzieningen (94%) drinken medewerkers geen alcohol tijdens de werkuren binnen de organisatie, terwijl een stuk minder voorzieningen (50%) aangeven dat medewerkers geen alcohol drinken tijdens de werkuren buiten de organisatie (bv. tijdens uitstappen, weekends).

122 Nemen de medewerkers een voorbeeldrol op naar de cliënten rond alcohol? Dit zijn begeleiders, leidinggevenden en administratief personeel.

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



KWALITEITSCRITERIUM 10. DE VOORZIENING VOORZIET MINSTENS 2* VORMEN VAN INTERN EN EXTERN BEGELEIDINGSANBOD VOOR CLIËNTEN ALS ER PROBLEMEN ZIJN DOOR ALCOHOLGEBRUIK

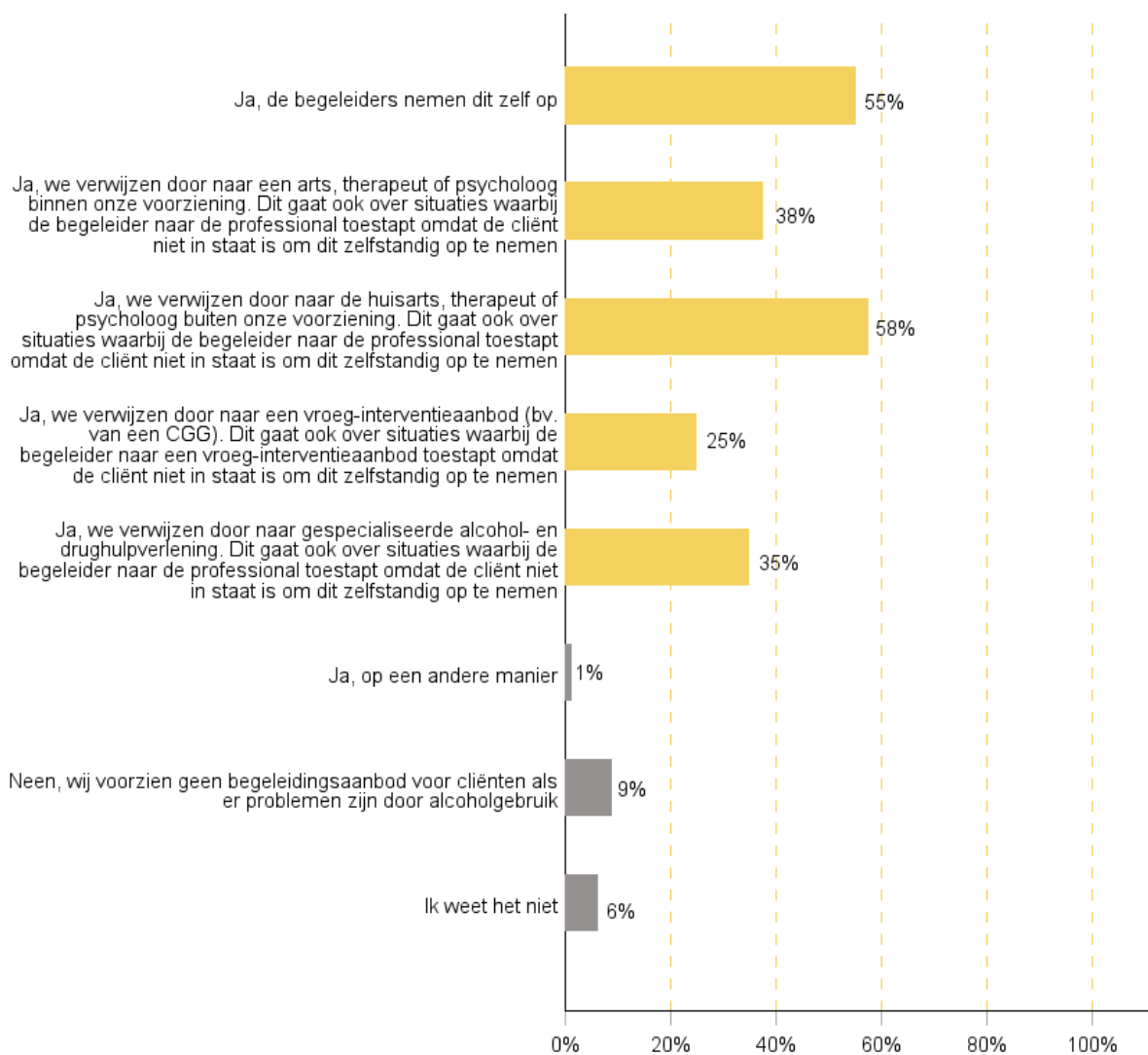
*Dit is minstens 1 interne vorm van begeleidingsaanbod en minstens 1 externe vorm.

- ✓ 2023: 46% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

Bijna de helft van de voorzieningen (46%) voorziet minstens 1 vorm van intern en minstens 1 vorm van extern begeleidingsaanbod voor cliënten als er problemen zijn door alcoholgebruik. De meest voorkomende vorm van intern begeleidingsaanbod is dat begeleiders dit zelf opnemen (55%). De meest voorkomende vorm van extern begeleidingsaanbod is doorverwijzen naar een huisarts, therapeut of psycholoog buiten de voorziening (58%).

123 Voorziet jouw voorziening een begeleidingsaanbod voor cliënten als er problemen zijn door alcoholgebruik?

De respondenten konden meerdere antwoorden selecteren.



Totaal aantal respondenten: 80

SAMENVATTING

Hieronder vatten we de belangrijkste resultaten samen met betrekking tot de criteria voor een kwaliteitsvol alcoholbeleid in de huidige editie van de Preventiepeiling. **Grafiek 124** op de volgende pagina geeft voor elk van de kwaliteitscriteria weer hoeveel voorzieningen voor personen met een handicap aan dit criterium voldoen. **Grafiek 125** geeft het cumulatief aantal behaalde criteria weer voor een kwaliteitsvol alcoholbeleid.

STAND VAN ZAKEN ALCOHOLBELEID (2023)

- Gemiddeld voldoen voorzieningen voor personen met een handicap aan 6 van de 10 criteria voor een kwaliteitsvol alcoholbeleid (10 = het gemiddeld aantal behaalde criteria).
- 4% voldoet aan alle 9 de criteria voor een kwaliteitsvol alcoholbeleid.
- 2% voldoet aan geen enkel criterium voor een kwaliteitsvol alcoholbeleid.

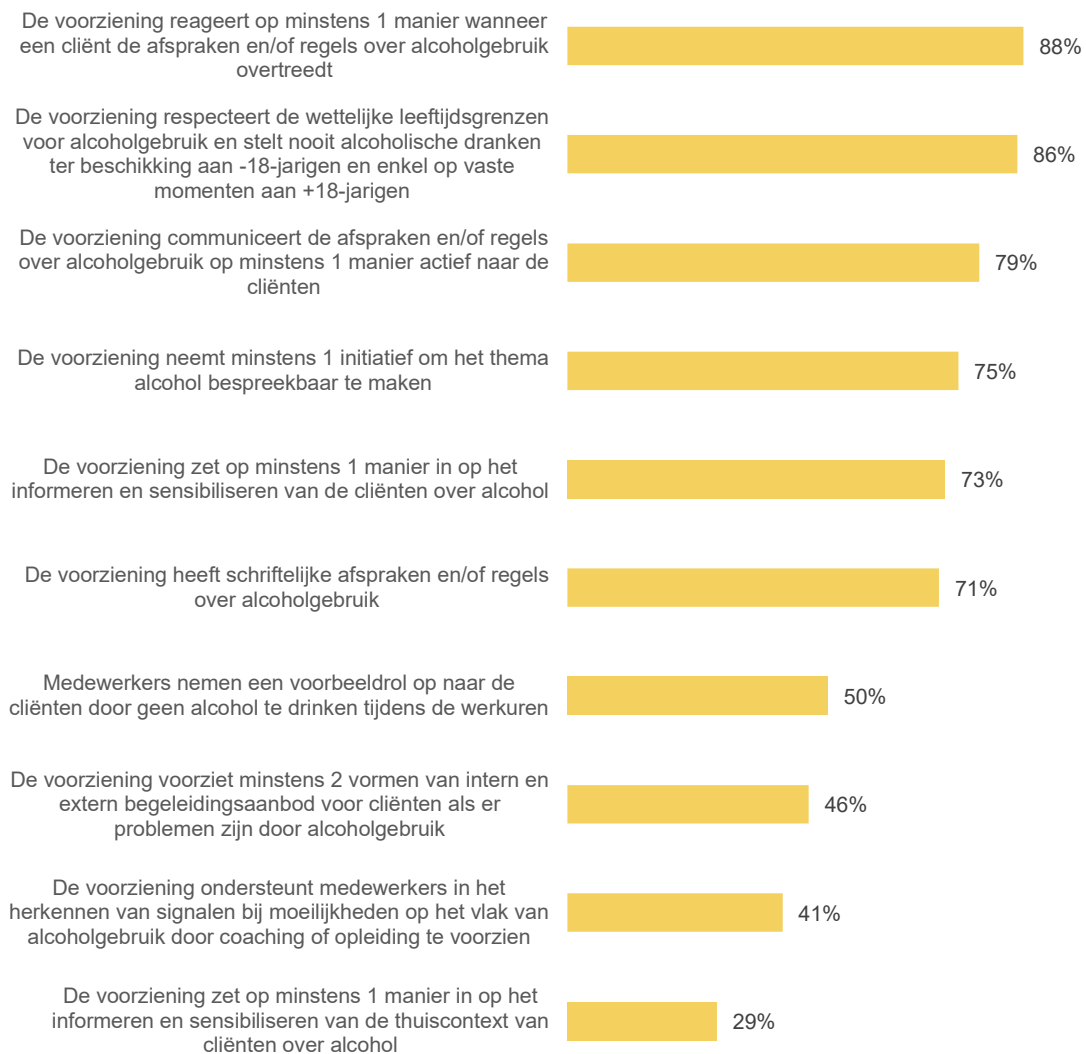
Waarop wordt het meest ingezet?

- Op minstens 1 manier reageren wanneer een cliënt de afspraken en/of regels over alcoholgebruik overtreedt (88%).
- De wettelijke leeftijdsgrenzen voor alcoholgebruik respecteren en nooit alcohol beschikbaar stellen aan -18 jarigen en enkel op vaste momenten aan +18 jarigen (86%).

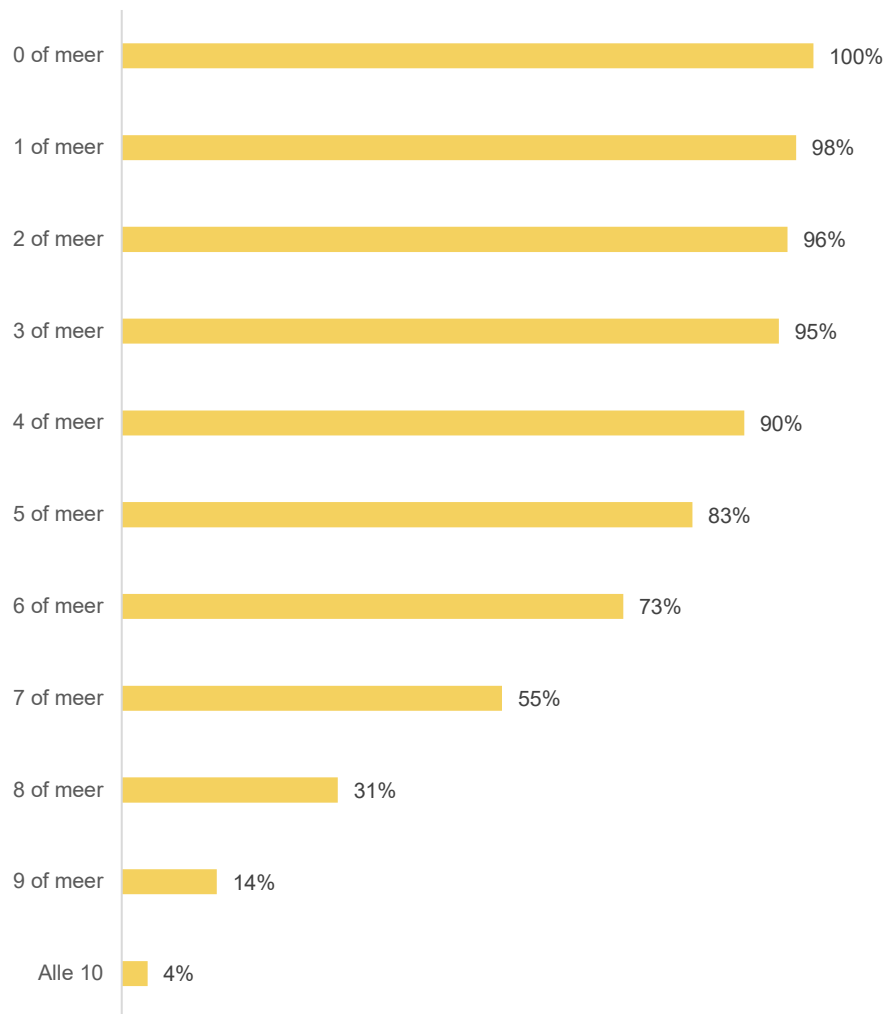
Waarop wordt het minst ingezet?

- Medewerkers ondersteunen in het herkennen van signalen van problemen met alcoholgebruik door coaching of opleiding te voorzien (41%).
- Op minstens 1 manier inzetten op het informeren en sensibiliseren van de thuiscontext van cliënten (ouders, pleegouders, familie) over alcohol (29%).

124 Aandeel voorzieningen dat aan de criteria voor een kwaliteitsvol beleid rond alcohol voldoet (2023)



125 Cumulatief aantal behaalde criteria voor een kwaliteitsvol beleid rond alcohol (2023)



ILLEGALE DRUGS

77

DEELNEMENDE
VOORZIENINGEN

KWALITEITSCRITERIA

1

De voorziening heeft schriftelijke afspraken en/of regels voor cliënten over illegaal druggebruik.

De voorziening communiceert de afspraken en/of regels over illegaal druggebruik op minstens 1 van volgende manieren actief* naar de cliënten:

*Actief communiceren is meer dan enkel een vermelding in bv. het reglement.

2

1. tijdens een eerste gesprek;
2. naar aanleiding van regelovertreding;
3. regelmatig in de loop van een begeleiding;
4. in het kader van educatieve/preventieve activiteiten;
5. schriftelijk via de brochure met de huisregels.

De voorziening reageert op minstens 1 van volgende manieren wanneer een cliënt de afspraken en/of regels over illegaal druggebruik overtreedt:

3

1. de cliënt wordt aangesproken op de regelovertreding;
2. er volgt een vooraf vastgelegde sanctie voor de betreffende regelovertreding zoals voorzien in bv. het huisreglement;
3. er volgt een sanctie op maat van de specifieke situatie;
4. de regelovertreding wordt opgenomen in de begeleidingsgesprekken;
5. de regelovertreding wordt besproken op de teamvergadering;
6. de thuiscontext wordt betrokken.

De voorziening neemt minstens 1 van volgende initiatieven om het thema illegale drugs bespreekbaar te maken:

4

1. het thema bevragen tijdens een eerste gesprek;
2. het thema regelmatig aan bod brengen tijdens begeleidingsgesprekken;
3. thema-avonden of groepsgesprekken over dit thema organiseren;
4. zorgen dat het thema onderwerp van gesprek is naar aanleiding van de actualiteit of gebeurtenissen in de omgeving van de cliënt;
5. zorgen dat cliënten weten dat ze bij de begeleiding terecht kunnen met vragen over het thema.

De voorziening ondersteunt medewerkers* in het herkennen van signalen bij moeilijkheden op het vlak van illegaal druggebruik door coaching of opleiding te voorzien.

5

*Dit zijn begeleiders, leidinggevenden en administratief personeel.

1. er wordt opleiding hierover voorzien;
2. medewerkers worden hierin intern gecoacht;
3. medewerkers worden hierin extern gecoacht (bv. CCG preventiewerkers).

De voorziening zet op minstens 1 van volgende manieren in op het informeren en sensibiliseren van cliënten over illegale drugs:

6

1. via schriftelijke informatie, zoals folders, brochures of affiches;
2. via online informatiekkanalen, zoals sociale media, websites, nieuwsbrieven;
3. via het organiseren van infosessies, workshops of andere educatieve activiteiten in groep (bv. educatief spel, theaterstuk of filmavond);
4. tijdens begeleidingsmomenten;
5. via advies door een psycholoog of arts.

7

De voorziening zet op minstens 1 manier in op het informeren en sensibiliseren van de thuis-context van cliënten* over illegale drugs

*bv. ouders, pleegouders, familie

1. via schriftelijke informatie, zoals folders, brochures of affiches;
2. via online informatiekkanalen, zoals sociale media, websites, nieuwsbrieven;
3. via het organiseren van infosessies, workshops of andere educatieve activiteiten in groep (bv. educatief spel, theaterstuk of filmavond);
4. tijdens begeleidingsmomenten;
5. via advies door een psycholoog of arts.

8

De voorziening voorziet minstens 2* van volgende vormen van intern en extern begeleidingsaanbod voor cliënten die illegale drugs gebruiken:

*Dit is minstens 1 interne vorm van begeleidingsaanbod en minstens 1 externe vorm.

1. de begeleiders nemen dit zelf op;
2. er kan een beroep worden gedaan op een interne arts, therapeut of psycholoog;
3. er wordt doorverwezen naar de huisarts, externe therapeut of psycholoog;
4. er wordt doorverwezen naar een vroeg-interventieaanbod, bijvoorbeeld van een CCG;
5. er wordt doorverwezen naar gespecialiseerde alcohol- en drughulpverlening.

RESULTATEN

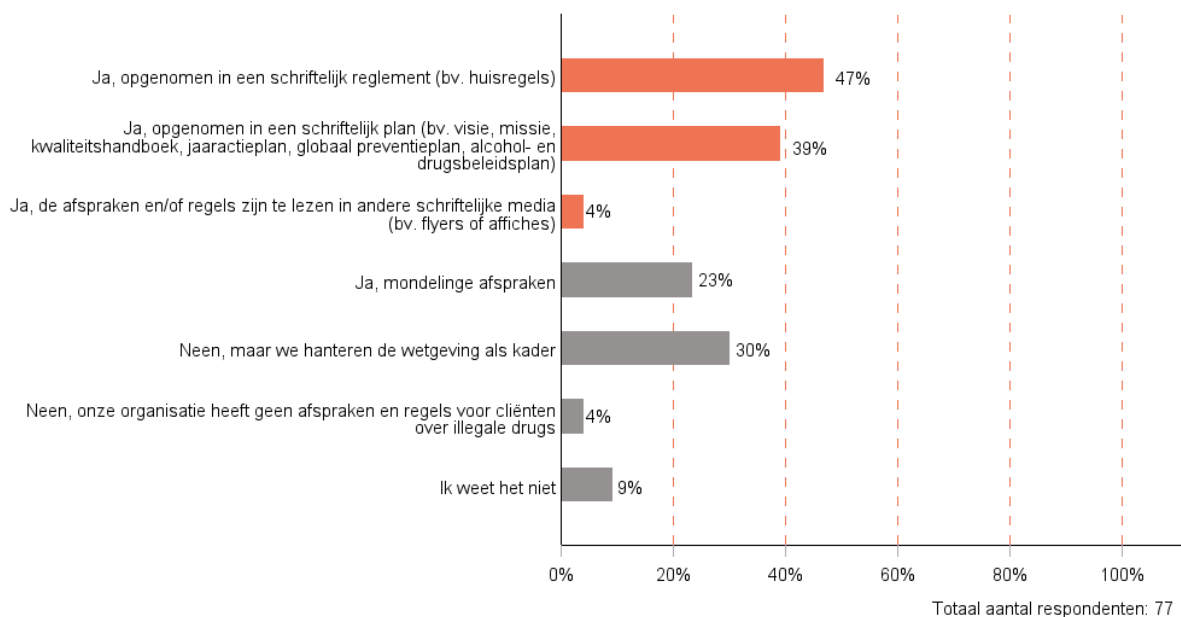
KWALITEITSCRITERIUM 1. DE VOORZIENING HEEFT SCHRIFTELIJKE AFSPRAKEN EN/OF REGELS VOOR CLIËNTEN OVER ILLEGAAL DRUGGEBRUIK

- ✓ 2023: 57% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

Bijna 6 op de 10 voorzieningen (57%) hebben schriftelijke afspraken en/of regels voor cliënten over illegaal druggebruik. 47% heeft deze afspraken en/of regels opgenomen in een schriftelijk reglement (bv. huisregels), bij 39% zijn deze (ook) opgenomen in een schriftelijk plan (bv. visie, missie, kwaliteitshandboek, jaaractieplan, globaal preventieplan, alcohol- en drugsbeleidsplan). 4% geeft (ook) aan dat de afspraken en/of regels te lezen zijn in andere schriftelijke media (bv. flyers of affiches).

126 Heeft jouw voorziening afspraken en/of regels voor cliënten over illegale drugs?

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



KWALITEITSCRITERIUM 2. DE VOORZIENING COMMUNICEERT DE AFSPRAKEN EN/OF REGELS OVER ILLEGAAL DRUGGEBRUIK OP MINSTENS 1 MANIER ACTIEF* NAAR DE CLIËNTEN

*Actief communiceren is meer dan enkel een vermelding in bv. het reglement.

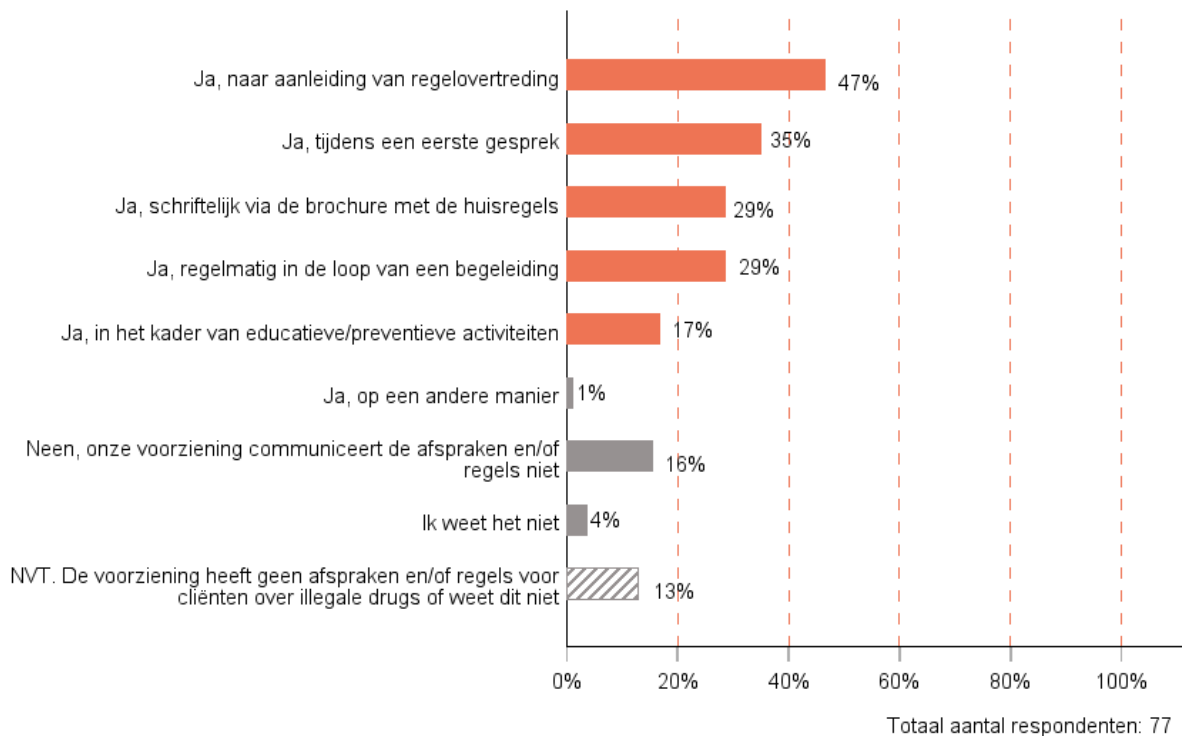
- ✓ 2023: 68% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

68% van de voorzieningen die afspraken en/of regels heeft over illegaal druggebruik, communiceert deze ook op minstens 1 manier actief naar de cliënten. Communiceren naar aanleiding van regelovertreding (47%) is de meest voorkomende manier om actief hierover te communiceren. Iets minder voorzieningen communiceren de afspraken en/of regels actief tijdens een eerste gesprek (35%).

127 Communiceert jouw voorziening de afspraken en/of regels over illegale drugs actief naar de cliënten? Actief communiceren zien we als meer dan enkel een vermelding in bv. het reglement.

Deze vraag werd niet gesteld aan voorzieningen die in de voorgaande vraag (zie [grafiek 126](#)) aangaven dat ze geen afspraken en/of regels hebben voor cliënten over illegale drugs of dit niet weten (N=13%). Zij voldoen ook niet aan kwaliteitscriterium 2. In onderstaande grafiek geven we deze respondenten weer als 'NVT. De voorziening heeft geen afspraken en/of regels voor cliënten over illegale drugs of weet dit niet'.

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



KWALITEITSCRITERIUM 3. DE VOORZIENING REAGEERT OP MINSTENS 1 MANIER WANNEER EEN CLIËNT DE AFSPRAKEN EN/OF REGELS OVER ILLEGAAL DRUGGEBRUIK OVERTREEDT

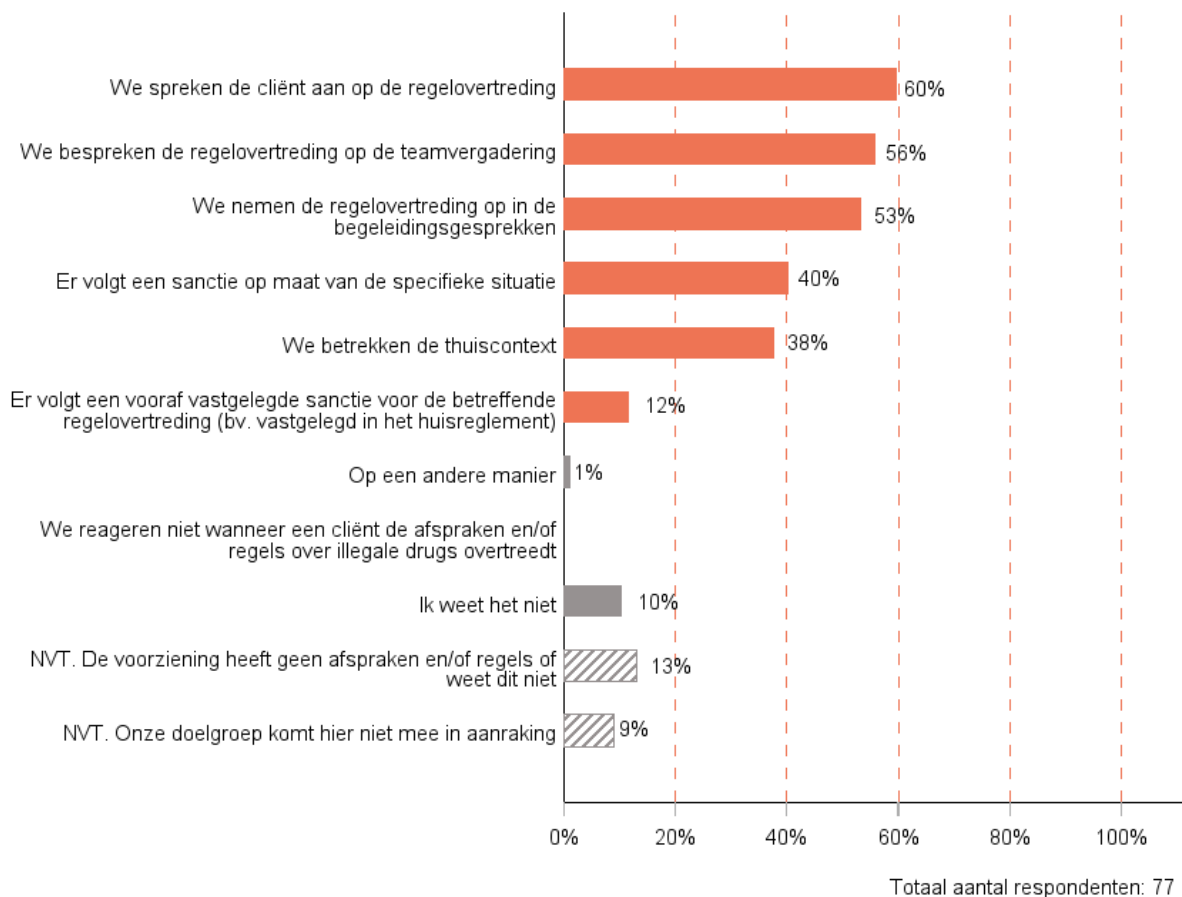
✓ 2023: 68% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

Bijna 7 op de 10 voorzieningen (68%) reageren op minstens 1 manier wanneer een cliënt de afspraken en/of regels over illegaal druggebruik overtreedt. De meest voorkomende manier is de cliënt aanspreken op de regelovertreding (60%). Daarnaast bespreekt (ook) meer dan de helft van de voorzieningen de regelovertreding op de teamvergadering (56%) en neemt (ook) iets meer dan de helft de regelovertreding op in de begeleidingsgesprekken (53%).

128 Hoe reageert jouw voorziening wanneer een cliënt de afspraken en/of regels over illegale drugs overtreedt?

Deze vraag werd niet gesteld aan voorzieningen die in een voorgaande vraag (zie **grafiek 126**) aangaven dat ze geen afspraken en/of regels over illegale drugs hebben of dit niet weten (N=13%). Zij voldoen ook niet aan kwaliteitscriterium 3. In onderstaande grafiek geven we deze respondenten weer als 'NVT. De voorziening heeft geen afspraken en/of regels over illegale drugs of weet dit niet'.

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



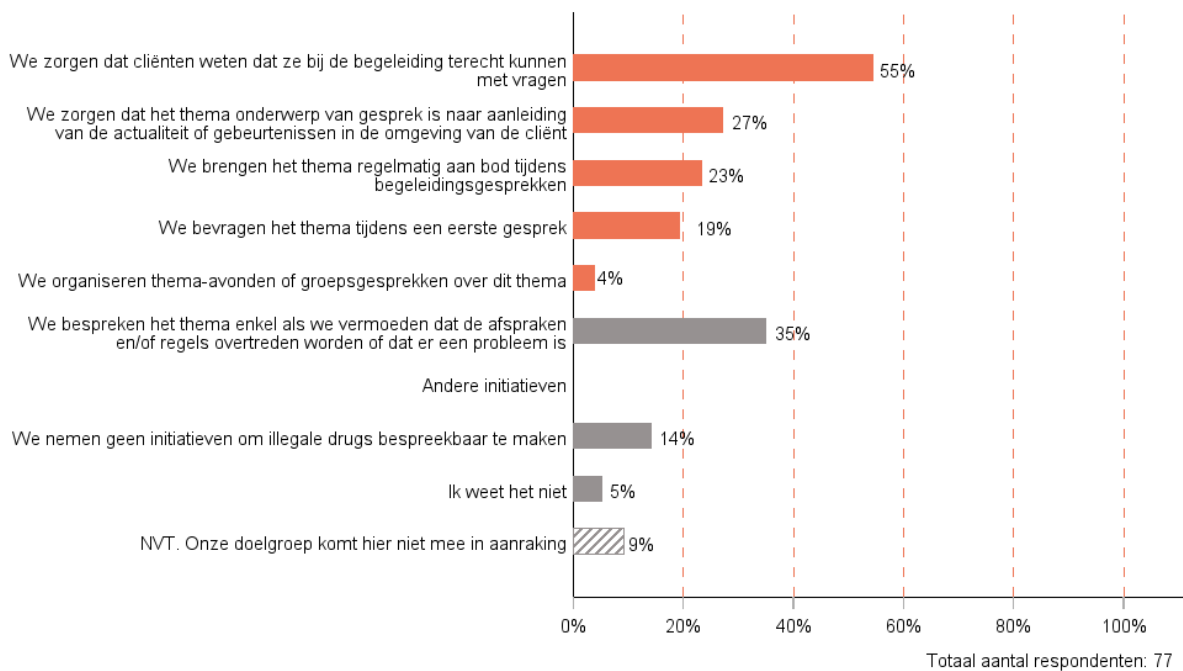
KWALITEITSCRITERIUM 4. DE VOORZIENING NEEMT MINSTENS 1 INITIATIEF OM HET THEMA ILLEGALE DRUGS BESPREEKBAAR TE MAKEN

✓ 2023: 64% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

64% van de voorzieningen neemt minstens 1 initiatief om het thema illegale drugs bespreekbaar te maken. Het meest voorkomende initiatief is ervoor zorgen dat cliënten weten dat ze bij de begeleiding terecht kunnen met vragen (55%). Wat opvalt is dat 35% het thema enkel bespreekt als men vermoedt dat de afspraken en/of regels overtreden worden of dat er een probleem is.

129 Welke initiatieven neemt jouw voorziening om het thema illegale drugs bespreekbaar te maken?

De respondent kan meerdere antwoorden selecteren.



KWALITEITSCRITERIUM 5. DE VOORZIENING ONDERSTEUNT MEDEWERKERS* IN HET HERKENNEN VAN SIGNALEN BIJ MOEILIKHEDEN OP HET VLAK VAN ILLEGAAL DRUGGEBRUIK DOOR COACHING OF OPLEIDING TE VOORZIEN

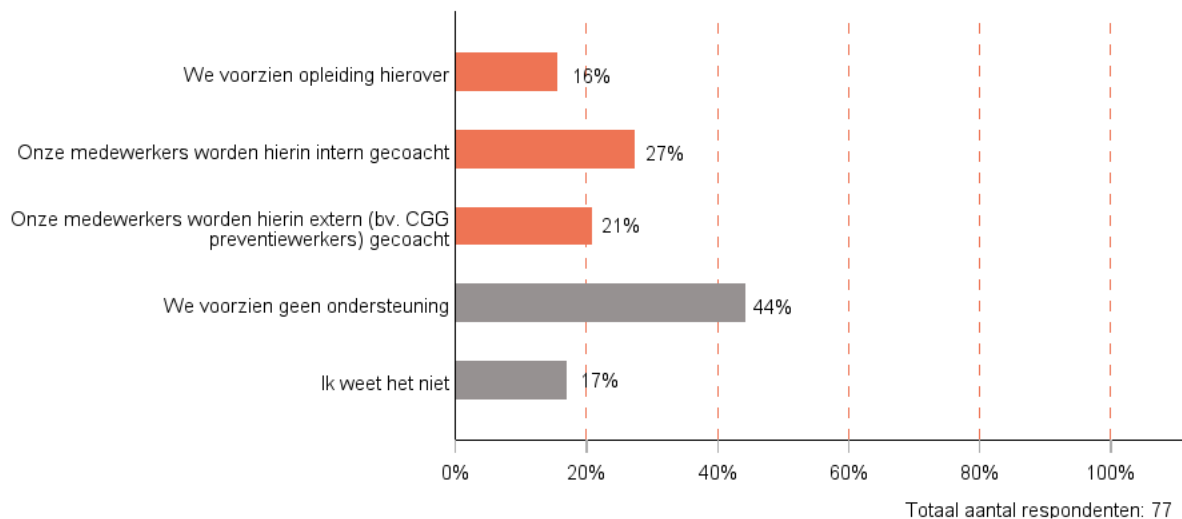
*Dit zijn begeleiders, leidinggevend en administratief personeel.

- ✓ 2023: 39% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

39% van de voorzieningen ondersteunt medewerkers in het herkennen van signalen bij moeilijkheden op het vlak van illegaal druggebruik door coaching of opleiding te voorzien. Wanneer we de resultaten meer in detail bekijken, zien we dat bij 27% van de voorzieningen medewerkers hierin intern gecoacht worden en bij 21% extern (bv. CGG, preventiewerkers). 16% van de voorzieningen voorziet een opleiding hierover. Wat opvalt is dat 44% van de voorzieningen aan geeft geen ondersteuning te voorzien.

130 Op welke manier ondersteunt jouw voorziening jullie medewerkers om signalen te herkennen bij moeilijkheden op het vlak van illegaal druggebruik?

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



KWALITEITSCRITERIUM 6. DE VOORZIENING ZET OP MINSTENS 1 MANIER IN OP HET INFORMEREN EN SENSIBILISEREN VAN CLIËNTEN OVER ILLEGALE DRUGS

- ✓ 2023: 53% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.
-



KWALITEITSCRITERIUM 7. DE VOORZIENING ZET OP MINSTENS 1 MANIER IN OP HET INFORMEREN EN SENSIBILISEREN VAN DE THUISCONTEXT VAN CLIËNTEN* OVER ILLEGALE DRUGS

*bv. ouders, pleegouders, familie

- ✓ 2023: 18% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.
-

53% van de voorzieningen zet op minstens 1 manier in op het informeren en sensibiliseren van cliënten over illegale drugs (zie **kwaliteitscriterium 6**). Een veel kleiner aandeel van de voorzieningen, namelijk 18%, zet in op het informeren en sensibiliseren van de thuiscontext van cliënten (bv. ouders, pleegouders, familie) over illegale drugs (zie **kwaliteitscriterium 7**).

De 2 meest voorkomende manieren om **cliënten** te informeren en te sensibiliseren over illegale drugs zijn (1) via begeleidingsgesprekken (52%) en (2) via advies door een psycholoog of arts (38%). Voor het informeren en sensibiliseren van de **thuiscontext van cliënten** zijn de meest voorkomende manieren hetzelfde, maar liggen de percentages lager: (1) via begeleidingsgesprekken (13%) en via advies door een psycholoog of arts (10%).

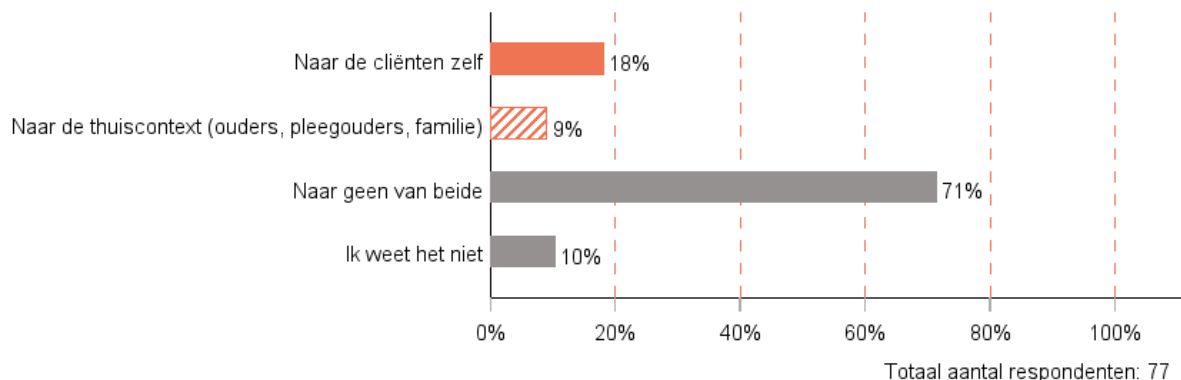
In de onderstaande **grafieken 131 tot 135** geven we voor 6 mogelijke manieren om te informeren en te sensibiliseren over illegale drugs de doelgroep 'cliënten' weer via een gekleurde balk  en de doelgroep 'thuiscontext van cliënten' via een gearceerde balk .

SCHRIFTELIJKE INFORMATIE

18% van de voorzieningen informeert en sensibiliseert via schriftelijke informatie, zoals folders, brochures of affiches naar cliënten zelf en 9% naar hun thuiscontext (ouders, pleegouders, familie). Het valt op dat een groot deel van de voorzieningen, namelijk 71%, aangeeft naar geen van beiden te informeren en sensibiliseren over illegale drugs via schriftelijke informatie.

131 Op welke manier zet jouw voorziening in op informatie en sensibilisering over illegale drugs via schriftelijke informatie zoals folders, brochures of affiches, en naar wie is dit educatief aanbod gericht?

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.

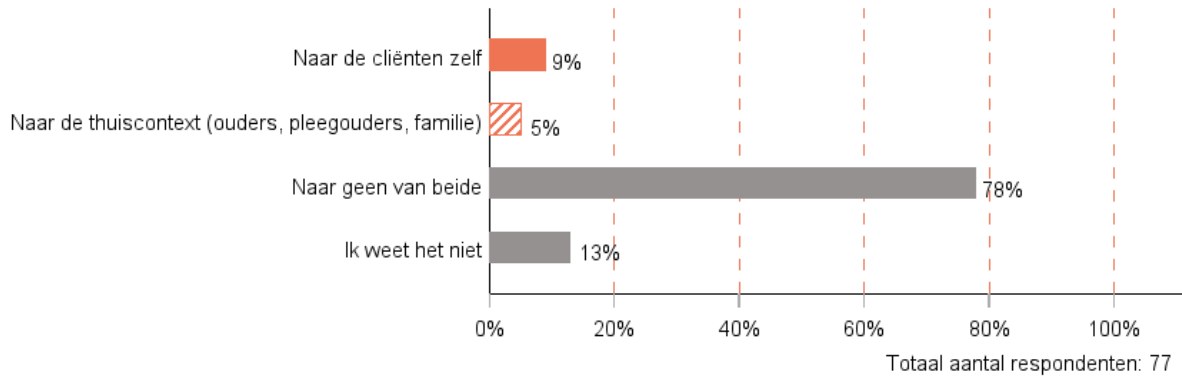


ONLINE INFORMATIEKANALEN

9% van de voorzieningen informeert en sensibiliseert over illegale drugs via online informatiekanalen, zoals sociale media, websites en nieuwsbrieven naar cliënten zelf en 5% naar de thuiscontext (ouders, pleegouders, familie). Een grote groep, namelijk 78% van de voorzieningen, geeft aan naar geen van beiden te informeren en sensibiliseren over illegale drugs via online informatiekanalen.

132 Op welke manier zet jouw voorziening in op informatie en sensibilisering over illegale drugs via online informatiekanalen zoals sociale media, websites en nieuwsbrieven, en naar wie is dit educatief aanbod gericht?

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.

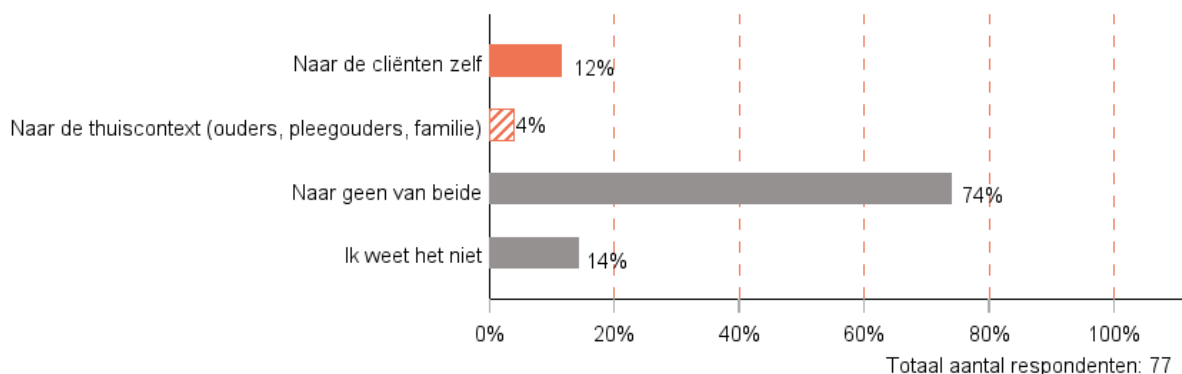


INFOSESSIES, WORKSHOPS OF ANDERE EDUCATIEVE ACTIVITEITEN IN GROEP

12% van de voorzieningen informeert en sensibiliseert over illegale drugs via infosessies, workshops of andere educatieve activiteiten in groep (bv. educatief spel of filmavond) naar de cliënten zelf en slechts 4% naar de thuiscontext (ouders, pleegouders, familie). Het valt op dat een grote groep van respondenten, namelijk 74%, naar geen van beiden informeert en sensibiliseert over illegale drugs via infosessies, workshops of andere activiteiten in groep.

133 Op welke manier zet jouw voorziening in op informatie en sensibilisering over illegale drugs via infosessies, workshops of andere educatieve activiteiten in groep (bv. educatief spel of filmavond) en naar wie is dit educatief aanbod gericht?

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.

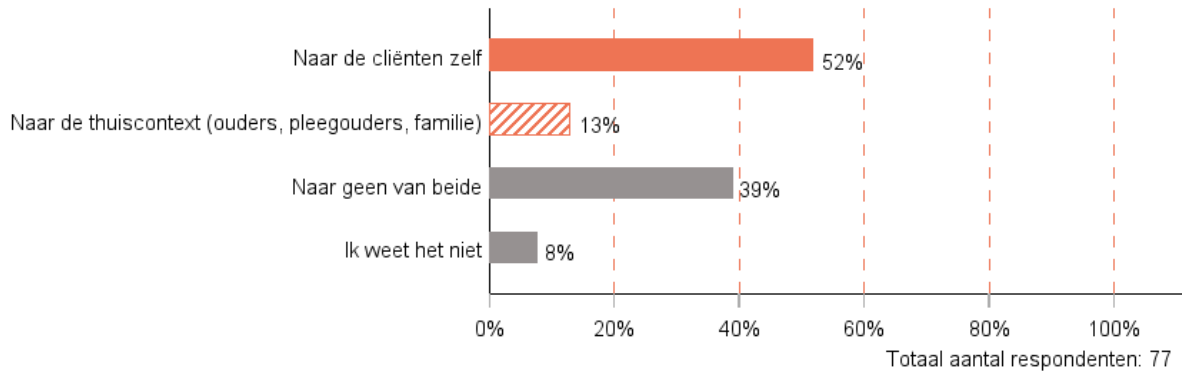


BEGELEIDINGSGESPREKKEN

Iets meer dan de helft van de voorzieningen (52%) informeert en sensibiliseert over illegale drugs tijdens begeleidingsgesprekken naar de cliënten zelf, terwijl heel wat minder voorzieningen, namelijk 13%, dit doet naar de thuiscontext (ouders, pleegouders, familie). Meer dan 1 op de 3 voorzieningen (39%) informeert en sensibiliseert naar geen van beiden over illegale drugs via begeleidingsgesprekken.

134 Op welke manier zet jouw voorziening in op informatie en sensibilisering over illegale drugs tijdens begeleidingsgesprekken en naar wie is dit educatief aanbod gericht?

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.

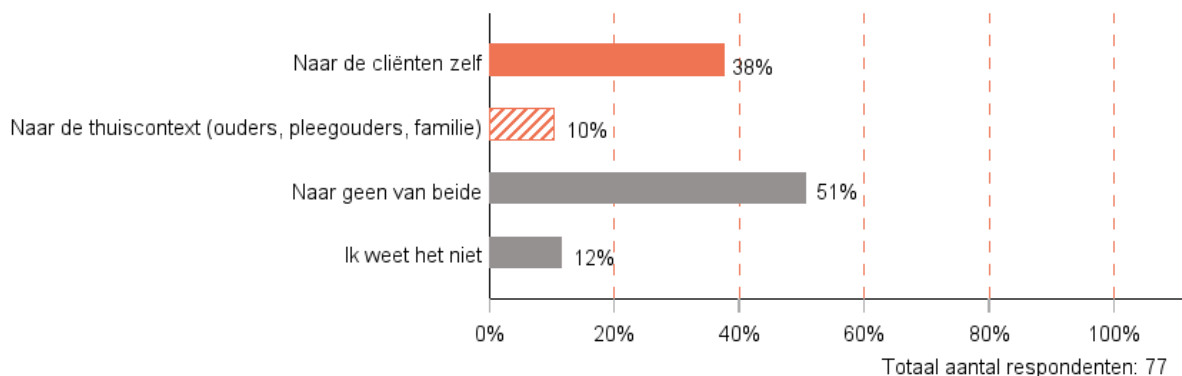


ADVIES DOOR PSYCHOLOOG OF ARTS

38% van de voorzieningen informeert en sensibiliseert over illegale drugs naar cliënten zelf via advies door een psycholoog of arts. Het valt op dat slechts 10% de thuiscontext (ouders, pleegouders, familie) informeert en sensibiliseert over illegale drugs via advies door een psycholoog of arts. Daarnaast is het ook opvallend dat de helft van de voorzieningen (51%) aangeeft naar geen van beide te informeren en te sensibiliseren over illegale drugs via advies door een psycholoog of arts.

135 Op welke manier zet jouw voorziening in op informatie en sensibilisering over illegale drugs via advies door een psycholoog of arts en naar wie is dit educatief aanbod gericht?

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



KWALITEITSCRITERIUM 8. DE VOORZIENING VOORZIET MINSTENS 2* VORMEN VAN INTERN EN EXTERN BEGELEIDINGSAANBOD VOOR CLIËNTEN DIE ILLEGALE DRUGS GEBRUIKEN

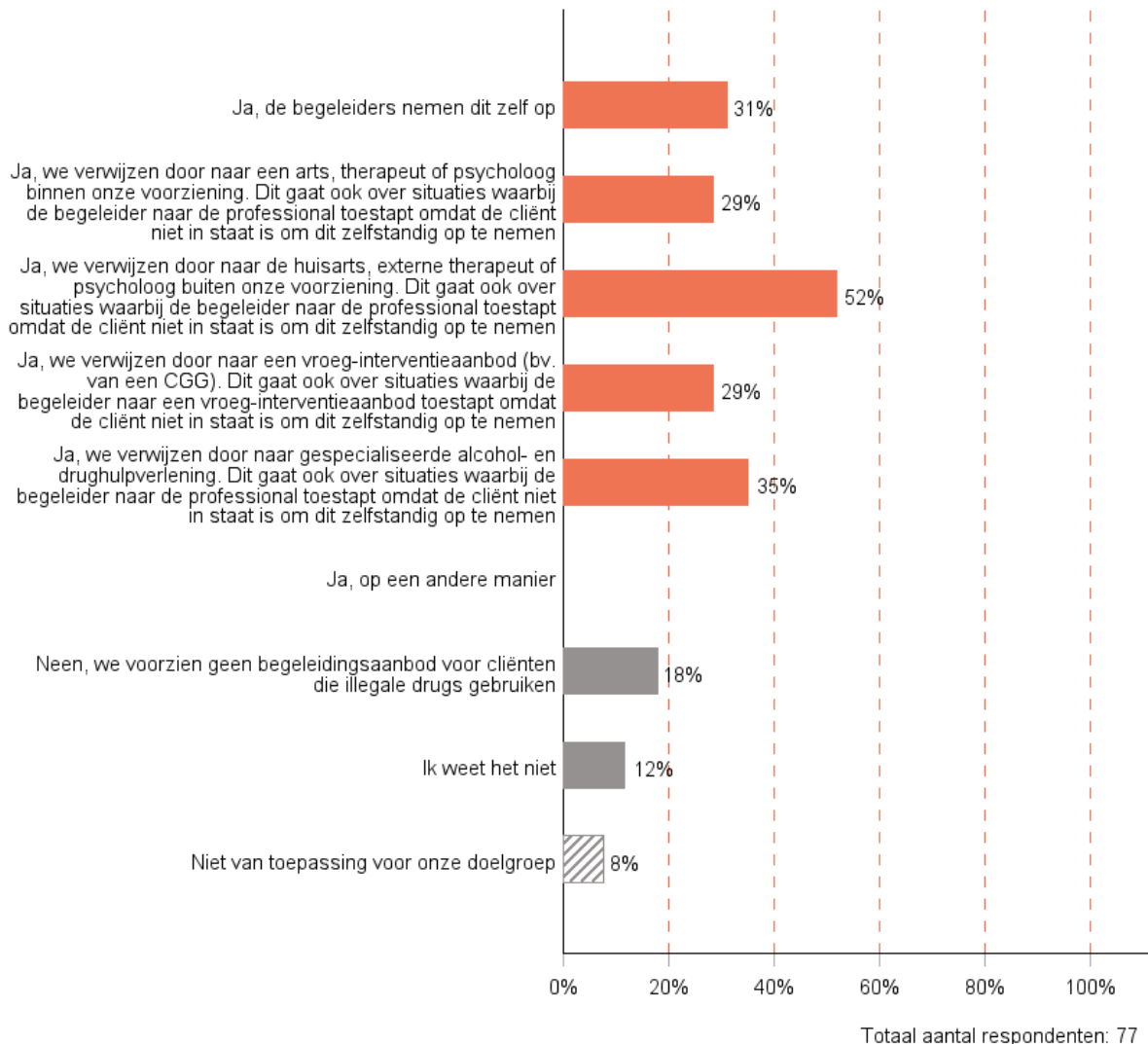
*Dit is minstens 1 interne vorm van begeleidingsaanbod en minstens 1 externe vorm.

- ✓ 2023: 64% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

64% van de voorzieningen voorziet minstens 1 vorm van intern en minstens 1 vorm van extern begeleidingsaanbod voor cliënten die illegale drugs gebruiken. De meest voorkomende vorm van intern begeleidingsaanbod is dat begeleiders dit zelf opnemen (31%). De meest voorkomende vorm van extern begeleidingsaanbod is doorverwijzen naar de huisarts, externe therapeut of psycholoog buiten de voorziening (52%).

136 Heeft jouw voorziening een begeleidingsaanbod voor cliënten die illegale drugs gebruiken?

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



SAMENVATTING

Hieronder vatten we de belangrijkste resultaten samen met betrekking tot de criteria voor een kwaliteitsvol beleid rond illegale drugs in de huidige editie van de Preventiepeiling. **Grafiek 137** op de volgende pagina geeft voor elk van de kwaliteitscriteria weer hoeveel voorzieningen voor personen met een handicap aan dit criterium voldoen. **Grafiek 138** geeft het cumulatief aantal behaalde criteria weer voor een kwaliteitsvol beleid rond illegale drugs.

STAND VAN ZAKEN BELEID ROND ILLEGALE DRUGS (2023)

- Gemiddeld voldoen voorzieningen voor personen met een handicap aan 4 van de 8 criteria voor een kwaliteitsvol beleid rond illegale drugs (4 = het gemiddeld aantal behaalde criteria).
- 8% voldoet aan alle 7 de criteria voor een kwaliteitsvol beleid rond illegale drugs.
- 14% voldoet aan geen enkel criterium voor een kwaliteitsvol beleid rond illegale drugs.

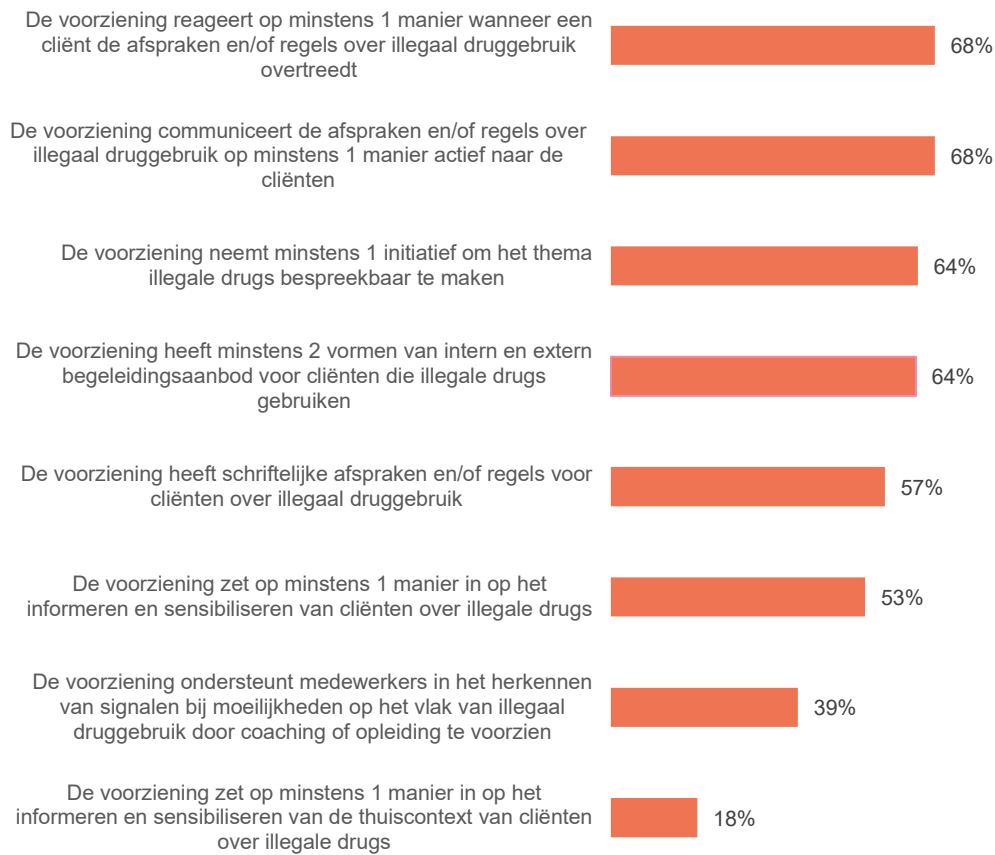
Waarop wordt het meest ingezet?

- Op minstens 1 manier reageren wanneer een cliënt de afspraken en/of regels over illegaal druggebruik overtreedt (68%).
- De afspraken en/of regels over illegaal druggebruik op minstens 1 manier actief communiceren naar de cliënten (68%).

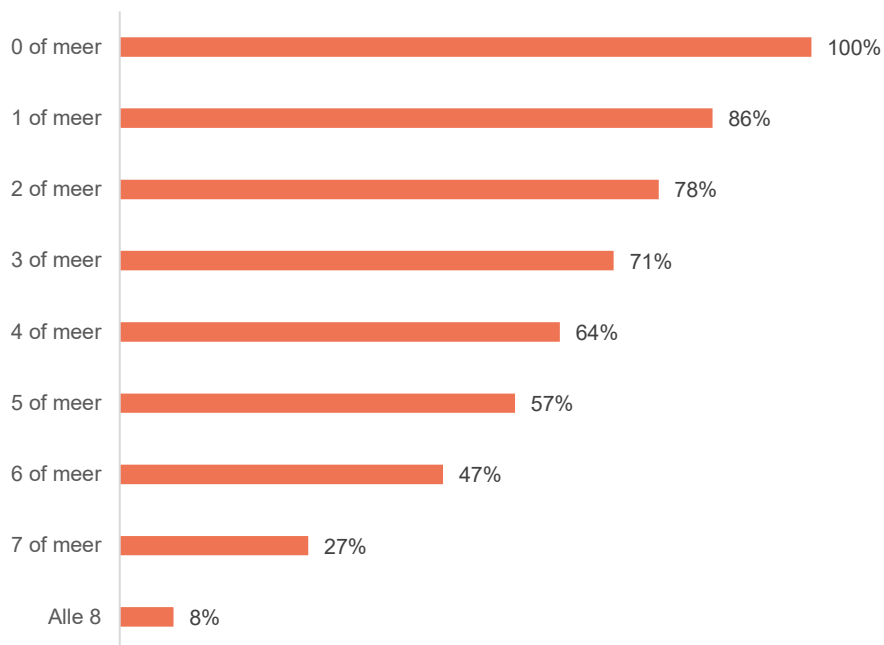
Waarop wordt het minst ingezet?

- De medewerkers ondersteunen in het herkennen van signalen bij moeilijkheden op het vlak van illegaal druggebruik door coaching of opleiding te voorzien (39%).
- Op minstens 1 manier inzetten op het informeren en sensibiliseren van de thuiscontext van cliënten (ouders, pleegouders, familie) over illegale drugs (18%).

137 Aandeel voorzieningen dat aan de criteria voor een kwaliteitsvol beleid rond illegale drugs voldoet (2023)



138 Cumulatief aantal behaalde criteria voor een kwaliteitsvol beleid rond illegale drugs (2023)



MONDGEZOND- HEID



76

DEELNEMENDE
VOORZIENINGEN

KWALITEITSCRITERIA

De voorziening zet op minstens 2 van volgende manieren in op leren en sensibiliseren* van de cliënten en hun thuiscontext over mondgezondheid:

*Hiermee bedoelen we informatie over goede mondhygiëne en het belang van regelmatig tandartsbezoek.

1

1. bij de opname van een nieuwe bewoner;
2. via affiches, stickers of andere signalisatie, folders of brochures;
3. via het organiseren van infosessies, workshops over mondgezondheid voor (de thuiscontext van) cliënten;
4. via het krantje van het centrum;
5. via onlinekanalen (website, sociale media, online nieuwsbrief);
6. via een vergadering of bijeenkomst (bv. op de gebruikers- en familieraad);
7. tijdens activiteiten met cliënten;
8. via advies door een tandarts, mondhygiënist of andere mondzorgprofessional.

2

De voorziening stelt een mondzorgcoördinator/-verantwoordelijke aan die verantwoordelijk is voor acties rond mondzorg en die fungeert als aanspreekpunt voor alle vragen over mondzorg.

3

De voorziening heeft een aankoopbeleid of volgt op dat elke cliënt het juiste materiaal heeft voor de dagelijkse mondzorg*.

*bv. tandenborstel, tandpasta, protheseborstel

4

De voorziening stimuleert de cliënten om zelf aan dagelijkse mondzorg te doen en neemt de mondzorg over wanneer ze dit zelf niet meer kunnen.

5

De voorziening neemt mondzorg op als een vast agendapunt in het multidisciplinair cliëntenoverleg.

6

De voorziening neemt voor iedere cliënt de mondstatus en de afspraken over mondzorg op in het zorgplan.

7

De voorziening neemt de afspraken en/of regels over de mondgezondheid* van de cliënten op in een schriftelijk plan*.

*bv. over het overnemen van de mondzorg en/of stimuleren van dagelijkse zelfzorg

**bv. kwaliteitshandboek, kwaliteitsplanning, jaaractieplan, visie, missie

8

De voorziening neemt mondzorg expliciet op in de planning van de dagelijkse basiszorg.

9

De voorziening zorgt ervoor dat een tandarts minstens jaarlijks een preventief mondonderzoek uitvoert bij de cliënten.

10

De voorziening heeft een structurele samenwerking met een mondhygiënist of tandarts om cliënten te ondersteunen bij de preventieve mondzorg.

RESULTATEN

KWALITEITSCRITERIUM 1. DE VOORZIENING ZET OP MINSTENS 2 MANIEREN IN OP LEREN EN SENSIBILISEREN VAN DE CLIËNTEN EN HUN THUISCONTEXT OVER MONDGEZONDHEID

*Hiermee bedoelen we informatie over goede mondhygiëne en het belang van regelmatig tandartsbezoek.

- ✓ 2023: 55% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

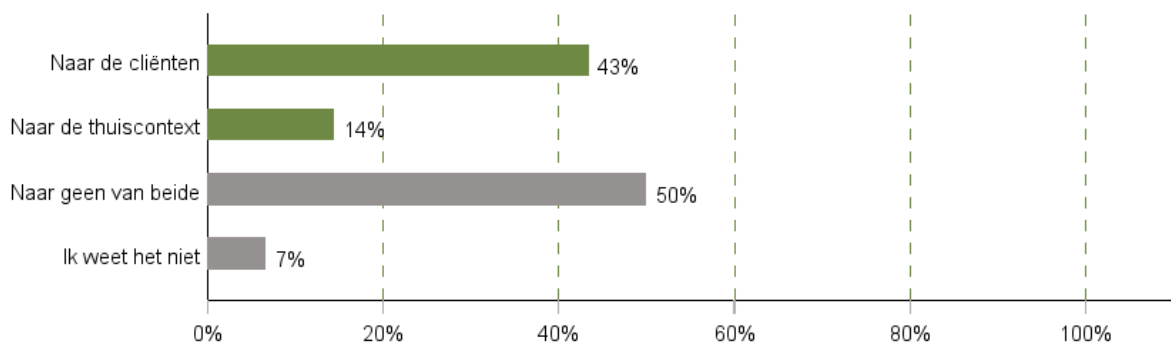
55% van de voorzieningen zet op minstens 2 manieren in op leren en sensibiliseren van de cliënten en hun thuiscontext over mondgezondheid. De meest voorkomende manieren waarop dit naar cliënten toe gebeurt, zijn: (1) via advies door een tandarts, mondhygiënist of andere mondzorgprofessional (83%); en (2) via affiches, stickers of andere signalisatie, folders of brochures (43%). De meest voorkomende manieren waarop dit naar de thuiscontext gebeurt, zijn: (1) via advies door een tandarts, mondhygiënist of andere mondzorgprofessional (34%); en (2) via affiches, stickers of andere signalisatie, folders of brochures (14%).

VIA AFFICHES, STICKERS OF ANDERE SIGNALISATIE, FOLDERS OF BROCHURES

43% van de voorzieningen zet in op leren en sensibiliseren van cliënten over mondgezondheid via affiches, stickers of andere signalisatie, folders of brochures. 14% doet dit (ook) naar de thuiscontext.

139 Op welke manier zet jouw voorziening in op leren en sensibiliseren over mondgezondheid via affiches, stickers of andere signalisatie, folders of brochures en naar wie is dit educatief aanbod gericht? Hiermee bedoelen we informatie over goede mondhygiëne en het belang van regelmatig tandartsbezoek.

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



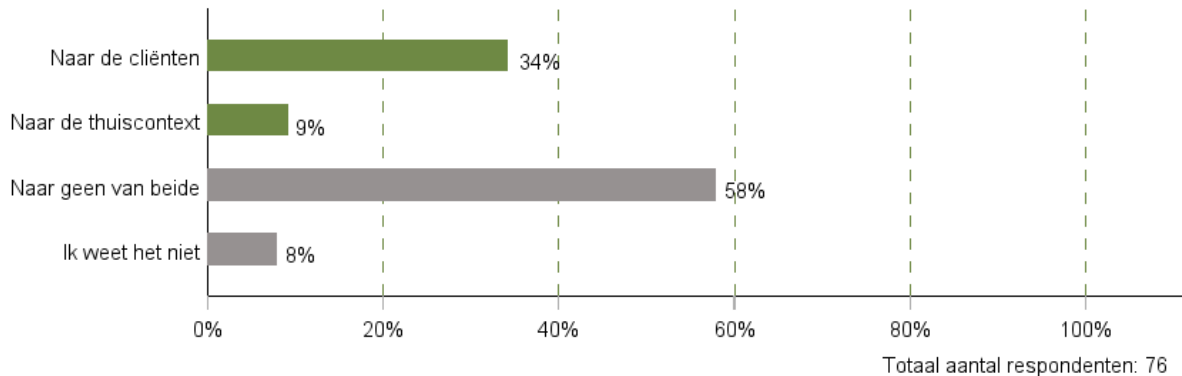
Totaal aantal respondenten: 76

VIA HET ORGANISEREN VAN INFOSESSIES, WORKSHOPS OVER MONDGEZONDHEID

34% van de voorzieningen zet in op leren en sensibiliseren van cliënten over mondgezondheid via het organiseren van infosessies, workshops over mondgezondheid. In 9% gebeurt dit (ook) op deze manier naar de thuiscontext.

140 Op welke manier zet jouw voorziening in op leren en sensibiliseren over mondgezondheid via het organiseren van infosessies, workshops over mondgezondheid en naar wie is dit educatief aanbod gericht? Hiermee bedoelen we informatie over goede mondhygiëne en het belang van regelmatig tandartsbezoek.

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.

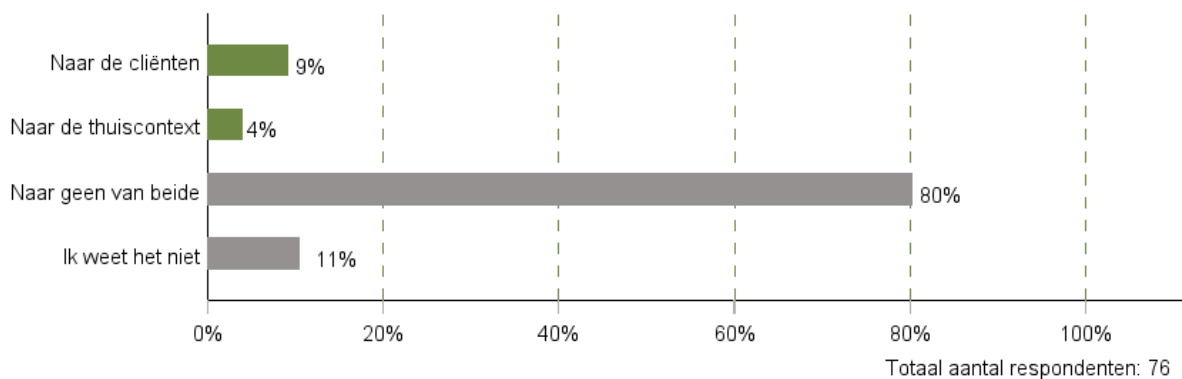


VIA HET KRANTJE VAN DE VOORZIENING

9% van de voorzieningen zet in op leren en sensibiliseren van cliënten over mondgezondheid via het krantje van de voorziening. Slechts 4% doet dit (ook) op deze manier naar de thuiscontext.

141 Op welke manier zet jouw voorziening in op leren en sensibiliseren over mondgezondheid via het krantje van de voorziening en naar wie is dit educatief aanbod gericht? Hiermee bedoelen we informatie over goede mondhygiëne en het belang van regelmatig tandartsbezoek.

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.

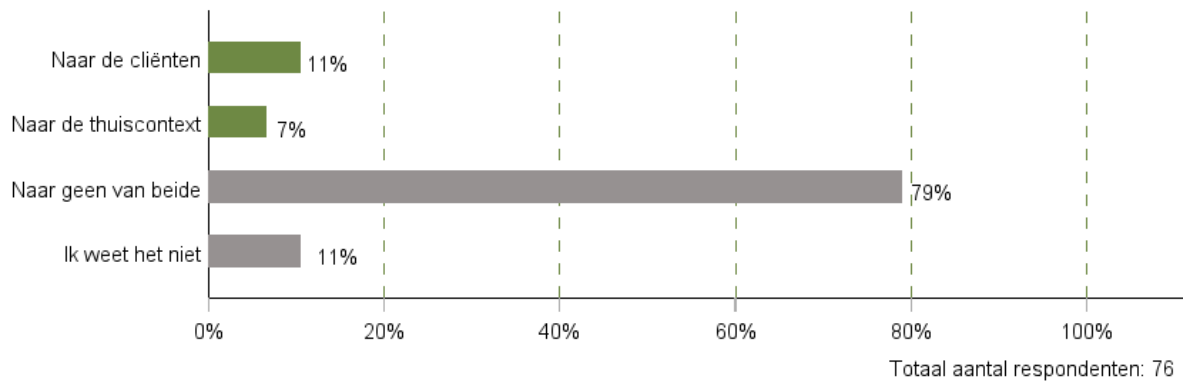


VIA ONLINE KANALEN

11% van de voorzieningen zet in op leren en sensibiliseren van cliënten over mondgezondheid via online kanalen (bv. website, sociale media, online nieuwsbrief). 7% doet dit (ook) op deze manier naar de thuiscontext.

142 Op welke manier zet jouw voorziening in op leren en sensibiliseren over mondgezondheid via online kanalen en naar wie is dit educatief aanbod gericht? Hiermee bedoelen we informatie over goede mondhygiëne en het belang van regelmatig tandartsbezoek.

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.

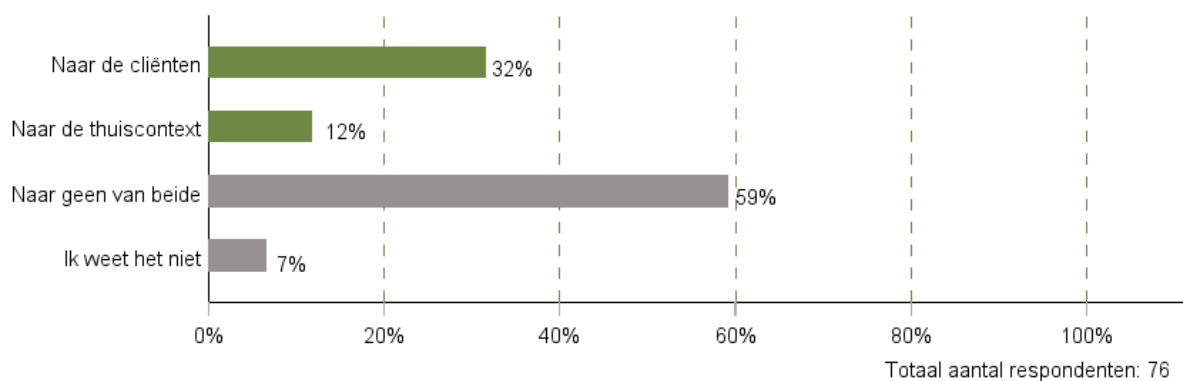


VIA EEN VERGADERING OF BIJeenKOMST

1 op 3 voorzieningen zet in op leren en sensibiliseren van cliënten over mondgezondheid via een vergadering of bijeenkomst. 12% doet dit (ook) op deze manier naar de thuiscontext.

143 Op welke manier zet jouw voorziening in op leren en sensibiliseren over mondgezondheid via een vergadering of bijeenkomst en naar wie is dit educatief aanbod gericht? Hiermee bedoelen we informatie over goede mondhygiëne en het belang van regelmatig tandartsbezoek.

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.

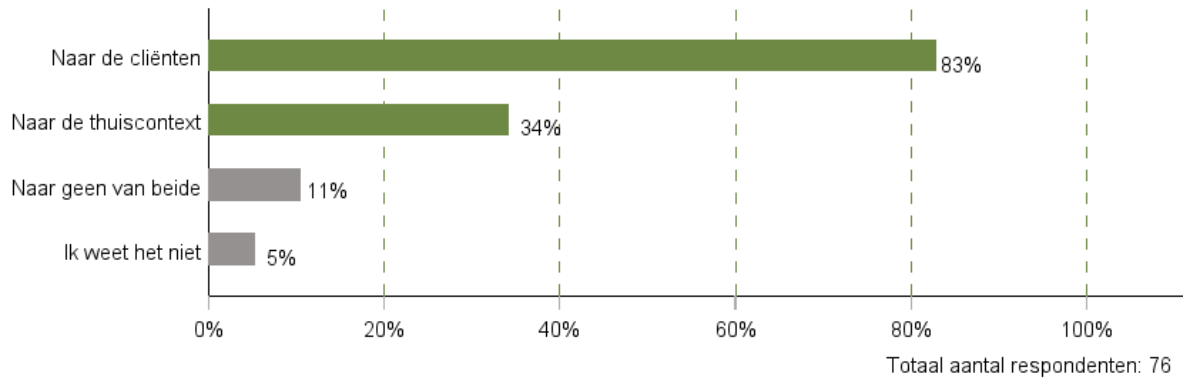


VIA ADVIES DOOR EEN TANDARTS, MONDHYGIËNIST OF ANDERE MONDZORGPROFESSIONAL

83% van de voorzieningen zet in op leren en sensibiliseren van cliënten over mondgezondheid via advies door een tandarts, mondhygiënist of andere mondzorgprofessional. In 34% van de voorzieningen gebeurt dit (ook) op deze manier naar de thuiscontext.

144 Op welke manier zet jouw voorziening in op leren en sensibiliseren over mondgezondheid via advies door een tandarts, mondhygiënist of andere mondzorgprofessional en naar wie is dit educatief aanbod gericht? Hiermee bedoelen we informatie over goede mondhygiëne en het belang van regelmatig tandartsbezoek.

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



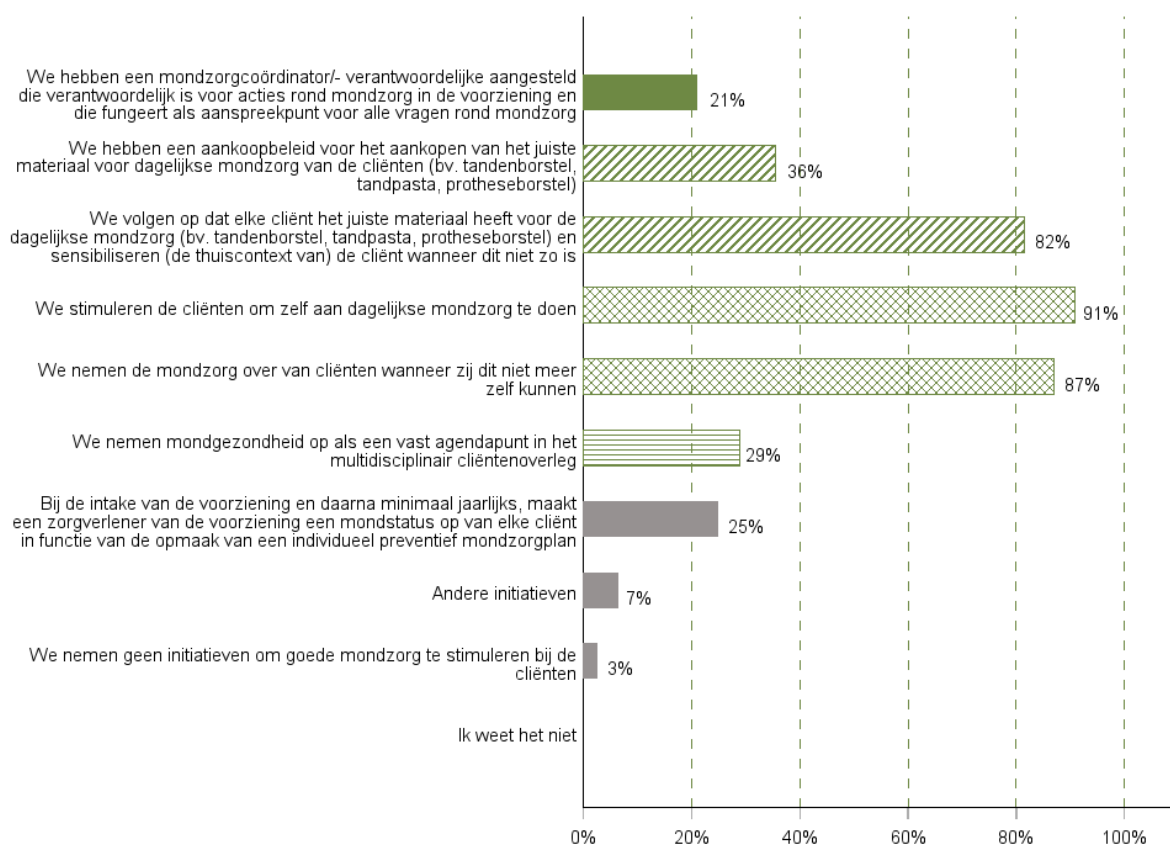
KWALITEITSCRITERIUM 2. DE VOORZIENING STELT EEN MONDZORGCOÖRDINATOR/-VERANTWOORDELIJKE AAN DIE VERANTWOORDELIJK IS VOOR ACTIES ROND MONDZORG EN DIE FUNGEERT ALS AANSPREEKPUNT VOOR ALLE VRAGEN OVER MONDZORG

- ✓ 2023: 21% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

Ongeveer 1 op 5 voorzieningen (21%) stelt een mondzorgcoördinator/-verantwoordelijke aan die verantwoordelijk is voor acties rond mondzorg en die fungeert als aanspreekpunt voor alle vragen over mondzorg (zie de gekleurde balk in grafiek 145).

145 Welke initiatieven neemt jouw voorziening om goede mondzorg te stimuleren bij de cliënten?

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.




Totaal aantal respondenten: 76

KWALITEITSCRITERIUM 3. DE VOORZIENING HEEFT EEN AANKOOPBELEID OF VOLGT OP DAT ELKE CLIËNT HET JUISTE MATERIAAL HEEFT VOOR DE DAGELIJKSE MONDZORG*


*bv. tandenborstel, tandpasta, protheseborstel

- ✓ 2023: 82% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

82% van de voorzieningen heeft een aankoopbeleid of volgt op dat elke cliënt het juiste materiaal heeft voor de dagelijkse mondzorg (zie de gearceerde balkjes  in de vorige **grafiek 145**). 36% van de voorzieningen geeft aan een aankoopbeleid te hebben voor het aankopen van het juiste materiaal voor dagelijkse mondzorg van de cliënten (bv. tandenborstel, tandpasta, protheseborstel). 82% van de voorzieningen volgt op dat elke cliënt het juiste materiaal heeft voor de dagelijkse mondzorg (bv. tandenborstel, tandpasta, protheseborstel) en sensibiliseert (de thuiscontext van) de cliënt wanneer dit niet zo is.


KWALITEITSCRITERIUM 4. DE VOORZIENING STIMULEERT DE CLIËNTEN OM ZELF AAN DAGELIJKSE MONDZORG TE DOEN EN NEEMT DE MONDZORG OVER WANNEER ZE DIT ZELF NIET MEER KUNNEN

- ✓ 2023: 82% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

82% van de voorzieningen stimuleert de cliënten om zelf aan dagelijkse mondzorg te doen en neemt de mondzorg over wanneer ze dit zelf niet meer kunnen (zie de gearceerde balkjes  in de vorige **grafiek 145**). 91% van de voorzieningen stimuleert de cliënten om zelf aan dagelijkse mondzorg te doen en 87% neemt de mondzorg over wanneer cliënten dit niet meer zelf kunnen.


KWALITEITSCRITERIUM 5. DE VOORZIENING NEEMT MONDZORG OP ALS EEN VAST AGENDAPUNT IN HET MULTIDISCIPLINAIR CLIËNTENOVERLEG

- ✓ 2023: 29% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

Bijna 1 op 3 voorzieningen (29%) neemt mondzorg op als een vast agendapunt in het multidisciplinair cliëntenoverleg (zie de gearceerde balk  in de vorige **grafiek 145**).

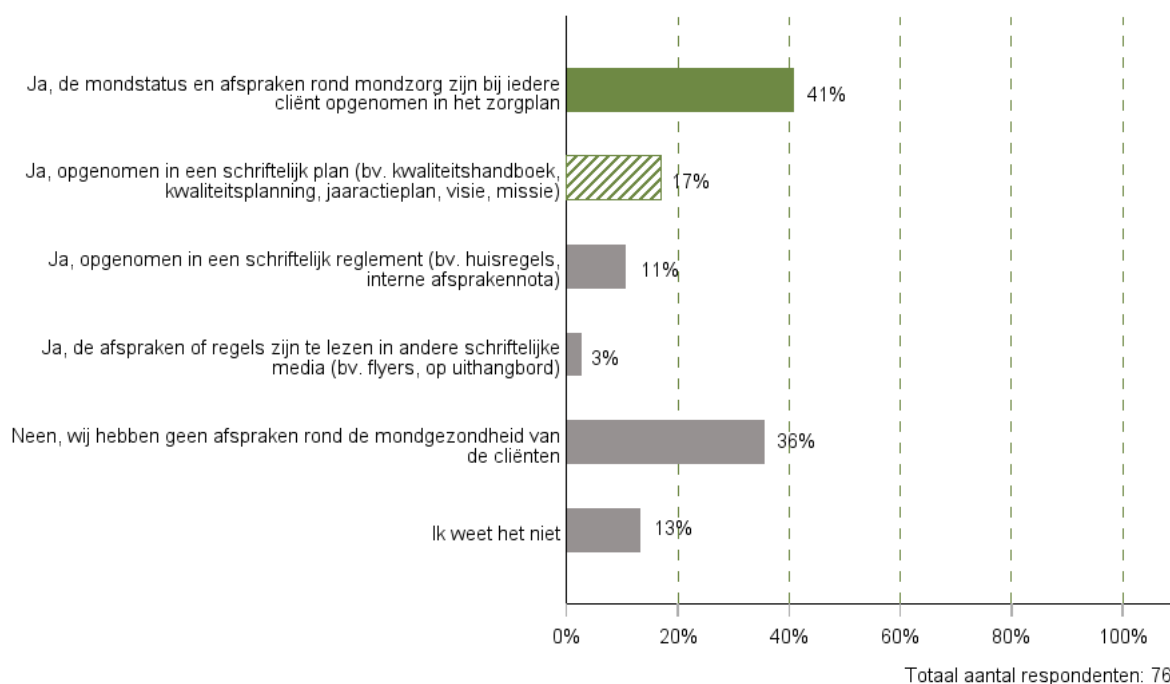
KWALITEITSCRITERIUM 6. DE VOORZIENING NEEMT VOOR IEDERE CLIËNT DE MONDSTATUS EN DE AFSPRAKEN OVER MONDZORG OP IN HET ZORGPLAN

✓ 2023: 41% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

41% van de voorzieningen neemt voor iedere cliënt de mondstatus op in het zorgplan (zie de gekleurde balk  in grafiek 146).

146 Beschikt jouw voorziening over afspraken en/of regels over de mondgezondheid van de cliënten? (bv. over het overnemen van de mondzorg en/of stimuleren van dagelijkse zelfzorg)

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.




KWALITEITSCRITERIUM 7. DE VOORZIENING NEEMT DE AFSPRAKEN EN/OF REGELS OVER DE MONDGEZONDHEID* VAN DE CLIËNTEN OP IN EEN SCHRIFTELIJK PLAN**

*bv. over het overnemen van de mondzorg en/of stimuleren van dagelijkse zelfzorg

**bv. kwaliteitshandboek, kwaliteitsplanning, jaaractieplan, visie, missie

✓ 2023: 17% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

17% van de voorzieningen neemt de afspraken en/of regels over de mondzorg van de cliënten op in een schriftelijk plan (zie de gearceerde balk  in de vorige grafiek 146).

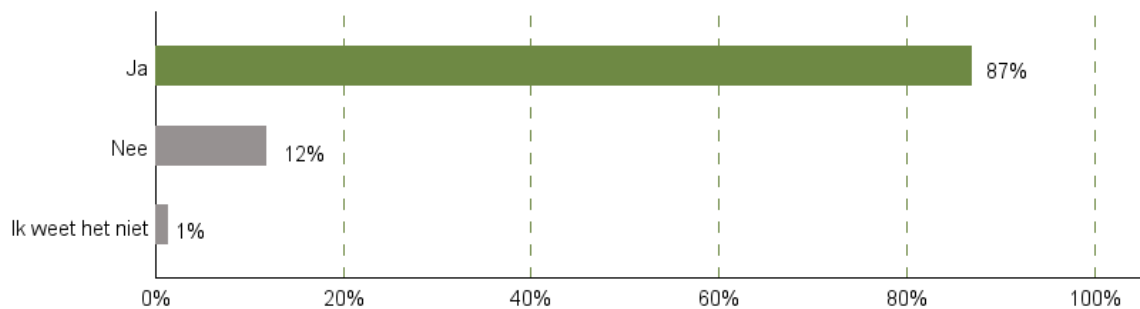
KWALITEITSCRITERIUM 8. DE VOORZIENING NEEMT MONDZORG EXPLICIET OP IN DE PLANNING VAN DE DAGELIJKSE BASISZORG

✓ 2023: 87% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

87% van de voorzieningen neemt mondzorg expliciet op in de planning van de dagelijkse basiszorg.

147 Is mondzorg expliciet opgenomen in de planning van de dagelijkse basiszorg?

De respondent kon 1 antwoord selecteren.



Totaal aantal respondenten: 76

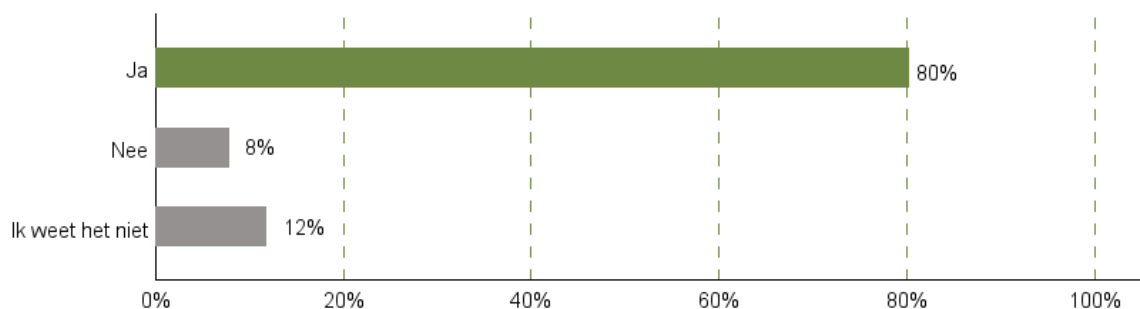
KWALITEITSCRITERIUM 9. DE VOORZIENING ZORGT ERVOOR DAT EEN TANDARTS MINSTENS JAARLIJKS EEN PREVENTIEF MONDONDERZOEK UITVOERT BIJ DE CLIËNTEN

✓ 2023: 80% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

80% van de voorzieningen zorgt ervoor dat een tandarts minstens jaarlijks een preventief mondonderzoek uitvoert bij de cliënten.

148 Voert een tandarts minstens 1 keer per jaar een preventief mondonderzoek uit bij de cliënten van de voorziening?

De respondent kon 1 antwoord selecteren.



Totaal aantal respondenten: 76

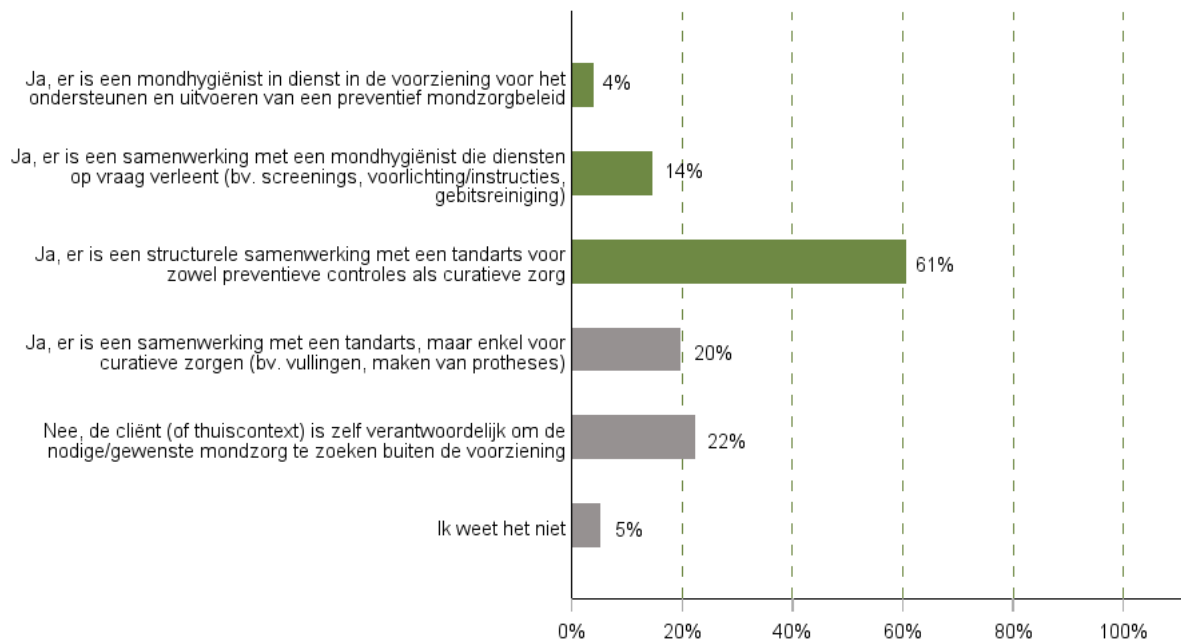
KWALITEITSCRITERIUM 10. DE VOORZIENING HEEFT EEN STRUCTURELE SAMENWERKING MET EEN MONDHYGIËNIST OF TANDARTS OM CLIËNTEN TE ONDERSTEUNEN BIJ DE PREVENTIEVE MONDZORG

- ✓ 2023: 67% van de voorzieningen voldoet aan dit kwaliteitscriterium.

Iets meer dan 2 op 3 voorzieningen (67%) heeft een structurele samenwerking met een mondhygiënist of tandarts om cliënten te ondersteunen bij de preventieve mondzorg. 61% heeft een structurele samenwerking met een tandarts voor zowel preventieve controles als curatieve zorg. 14% van de voorzieningen heeft (ook) een samenwerking met een mondhygiënist die diensten op vraag verleent (bv. screenings, voorlichting/instructies, gebitsreiniging). Een zeer kleine minderheid (4%) heeft (ook) een mondhygiënist in dienst voor het ondersteunen en uitvoeren van een preventief mondzorgbeleid. Bij 22% van de respondenten zien we dat de cliënt (of thuiscontext) zelf verantwoordelijk is om de nodige/gewenste mondzorg te zoeken buiten de voorziening.

149 Heeft jouw voorziening een structurele samenwerking met een mondhygiënist of tandarts om cliënten te ondersteunen bij de mondzorg?

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



Totaal aantal respondenten: 76

SAMENVATTING

Hieronder vatten we de belangrijkste resultaten samen met betrekking tot de criteria voor een kwaliteitsvol mondgezondheidsbeleid in de huidige editie van de Preventiepeiling. **Grafiek 150** op de volgende pagina geeft voor elk van de kwaliteitscriteria weer hoeveel voorzieningen voor personen met een handicap aan dit criterium voldoen. **Grafiek 151** geeft het cumulatief aantal behaalde criteria weer voor een kwaliteitsvol mondgezondheidsbeleid.

STAND VAN ZAKEN BELEID ROND MONDGEZONDHEID (2023)

- Gemiddeld voldoen voorzieningen voor personen met een handicap aan 6 van de 10 criteria voor een kwaliteitsvol beleid rond mondgezondheid (6 = het gemiddeld aantal behaalde criteria).
- 5% voldoet aan alle 10 de criteria voor een kwaliteitsvol beleid rond mondgezondheid.
- 5% voldoet aan geen enkel criterium voor een kwaliteitsvol beleid rond mondgezondheid.

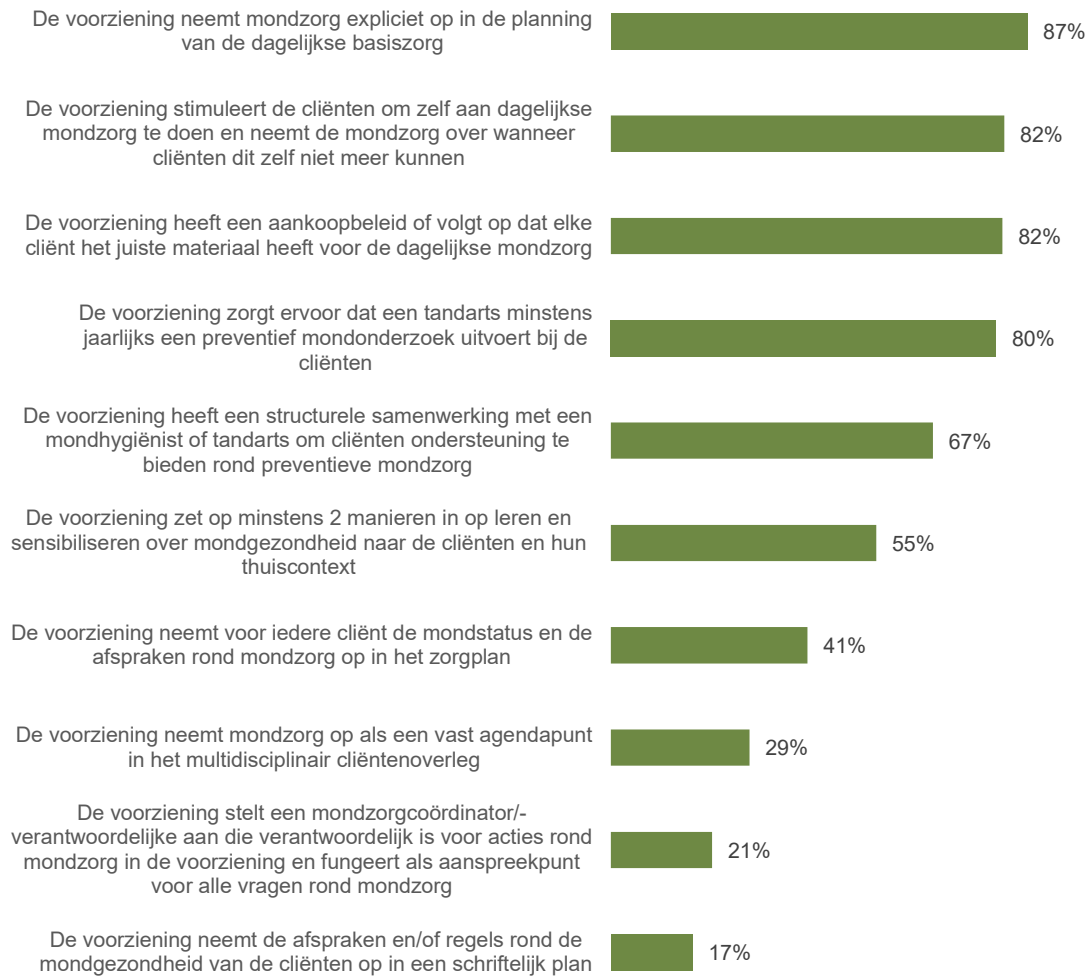
Waarop wordt het meest ingezet?

- Mondzorg expliciet opnemen in de planning van de dagelijkse basiszorg (87%).
- De cliënten stimuleren om zelf aan dagelijkse mondzorg te doen en de mondzorg overnemen wanneer cliënten dit zelf niet meer kunnen (82%).
- Een aankoopbeleid hebben of opvolgen dat elke bewoner het juiste materiaal heeft voor de dagelijkse mondzorg (82%).

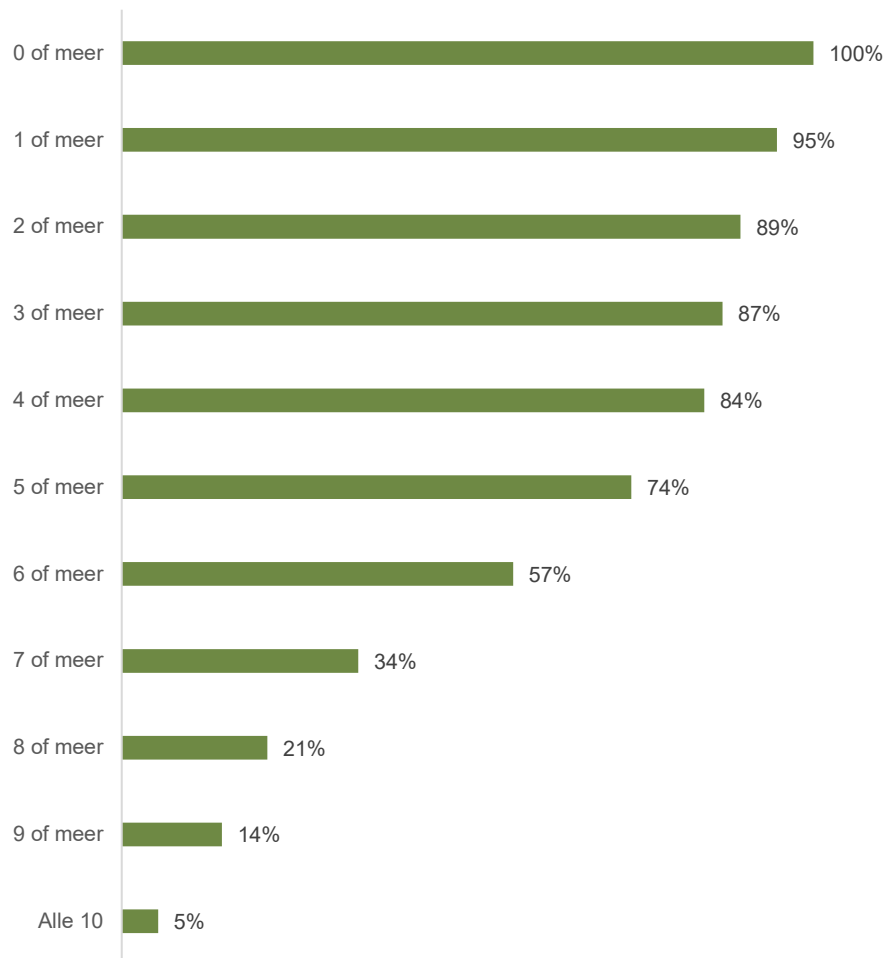
Waarop wordt het minst ingezet?

- Een mondzorgcoördinator/-verantwoordelijke aanstellen die verantwoordelijk is voor acties rond mondzorg in de voorziening en die fungeert als aanspreekpunt voor alle vragen over mondzorg (21%).
- De afspraken en/of regels over de mondzorg van de cliënten opnemen in een schriftelijk plan (17%).

150 Aandeel voorzieningen dat aan de criteria voor een kwaliteitsvol beleid rond mondgezondheid voldoet (2023)



151 Cumulatief aantal behaalde criteria voor een kwaliteitsvol beleid rond mondgezondheid (2023)



BIJLAGEN

BIJLAGE 1. DE IMPACT VAN COVID-19

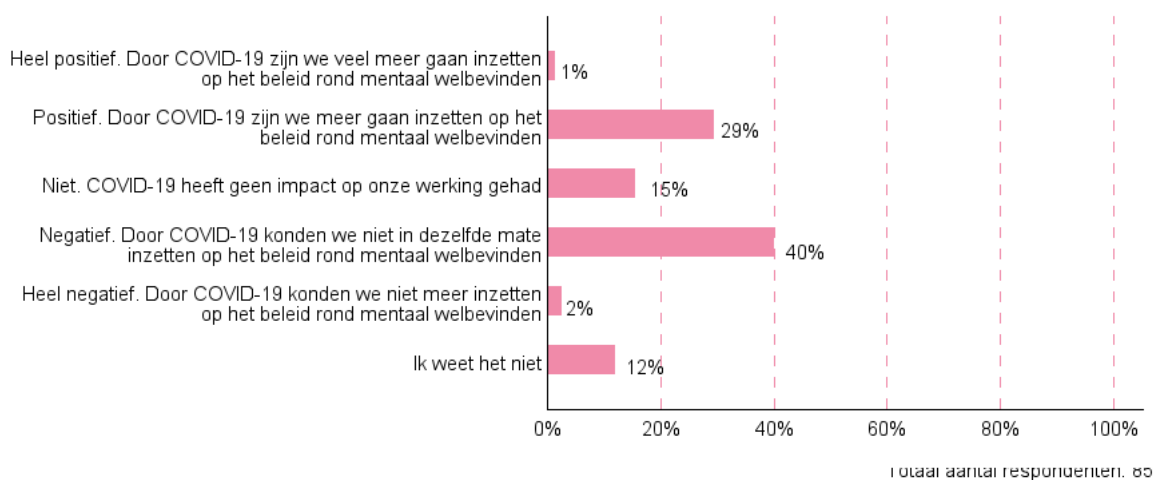
De Preventiepeiling peilt naar de acties die voorzieningen voor personen met een handicap de afgelopen 3 jaar onderzocht hebben op het vlak van mentaal welbevinden, voeding, beweging, lang stilzitten, roken, alcohol, illegale drugs en mondgezondheid. In deze periode brak de coronapandemie uit, die heel wat maatregelen en uitdagingen met zich meebracht voor voorzieningen. In de vragenlijst gingen we voor elk thema na in welke mate COVID-19 het preventieve gezondheidsbeleid beïnvloedde. Onderstaande grafieken geven hier een overzicht van.

Volgende trends zijn zichtbaar:

- Bij 5 gezondheidsthema's geeft minstens 60% van de voorzieningen aan dat COVID-19 **geen impact** heeft gehad op het beleid rond dit thema, nl. op het voedingsbeleid (72%), het rookbeleid (79%), het alcoholbeleid (76%), het beleid rond illegale drugs (73%) en het beleid rond mondgezondheid (61%).
- Voor de meeste thema's rapporteert een minderheid van voorzieningen een **positieve tot heel positieve invloed** van COVID-19 op het beleid rond de verschillende gezondheidsthema's. De thema's mentaal welbevinden en beweging zijn hierop een uitzondering: iets meer dan 1 op 5 voorzieningen rapporteert een positieve tot heel positieve invloed op het bewegingsbeleid en bijna 1 op 3 voorzieningen rapporteert dit op het beleid rond mentaal welbevinden.
- Voor een aantal thema's rapporteerden de respondenten een **negatieve tot heel negatieve invloed** van COVID-19. We zien dit vooral bij het beleid rond mentaal welbevinden (42%), het bewegingsbeleid (46%), het beleid rond minder lang stilzitten (30%) en het beleid rond mondgezondheid (27%).

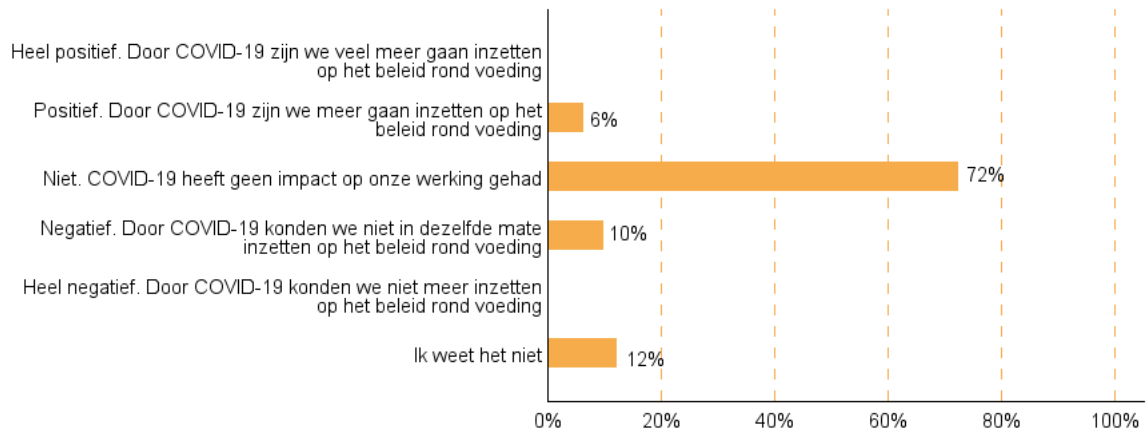
152 Hoe werd het beleid rond mentaal welbevinden in jouw voorziening de voorbije drie jaar beïnvloed door COVID-19?

De respondent kon één antwoord selecteren.



153 Hoe werd het beleid rond voeding in jouw voorziening de voorbije drie jaar beïnvloed door COVID-19?

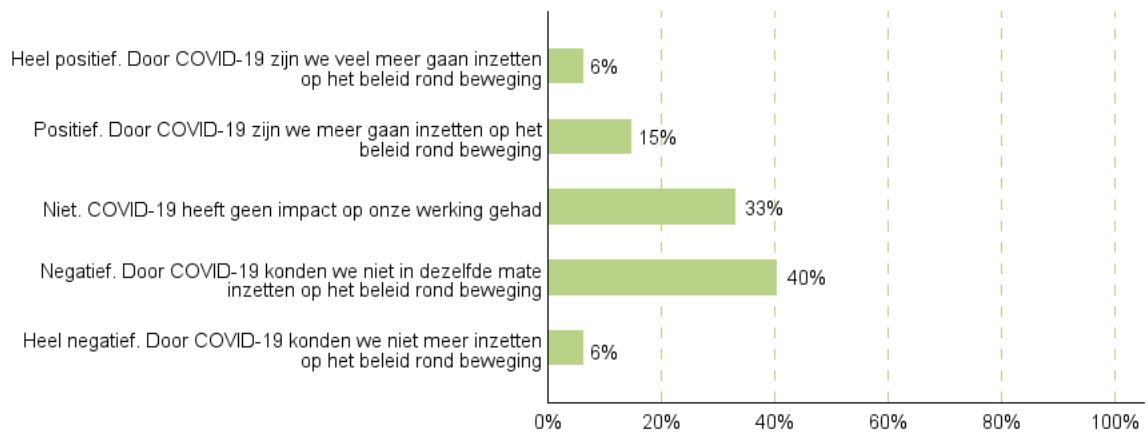
De respondent kon 1 antwoord selecteren.



Totaal aantal respondenten: 83

154 Hoe werd het bewegingsbeleid in jouw voorziening de voorbije drie jaar beïnvloed door COVID-19?

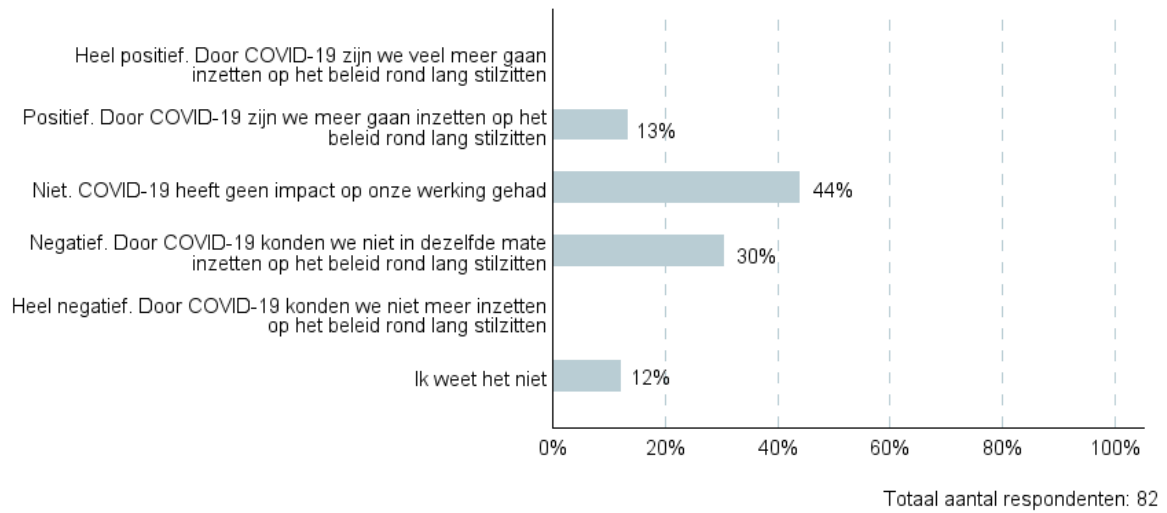
De respondent kon 1 antwoord selecteren.



Totaal aantal respondenten: 82

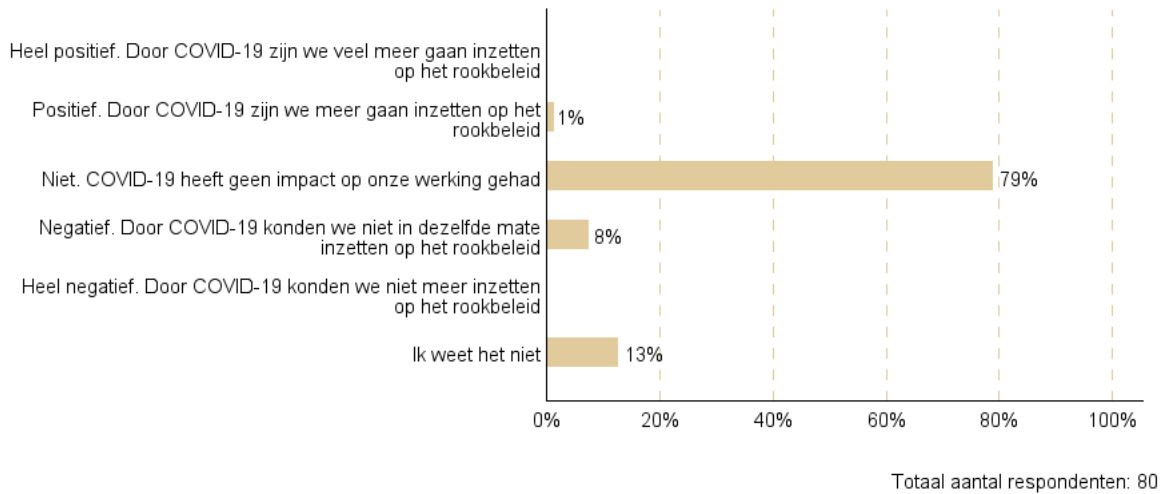
155 Hoe werd het beleid rond minder lang stilzitten in jouw voorziening de voorbije drie jaar beïnvloed door COVID-19?

De respondent kon 1 antwoord selecteren.



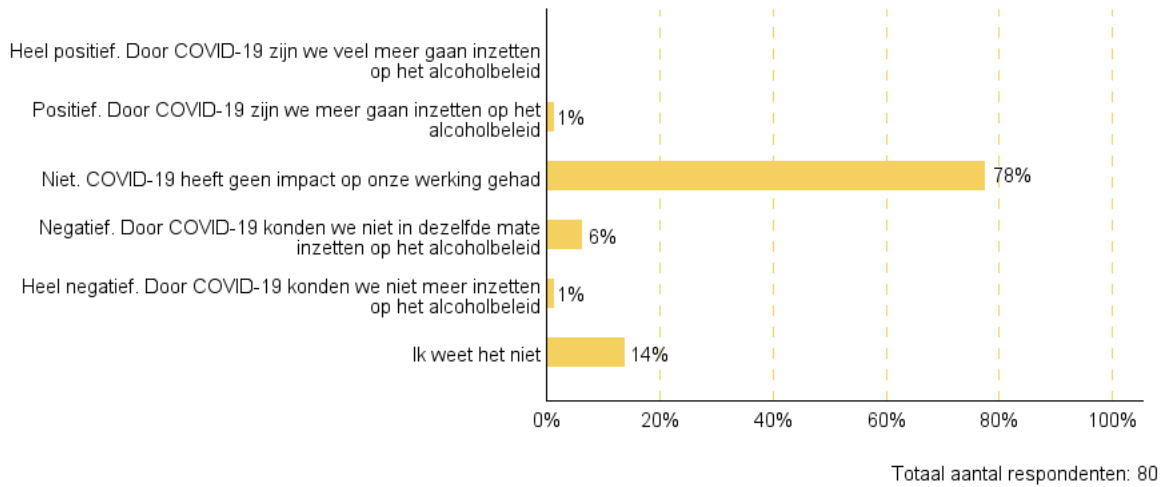
156 Hoe werd het rookbeleid in jouw voorziening de voorbije drie jaar beïnvloed door COVID-19?

De respondent kon 1 antwoord selecteren.



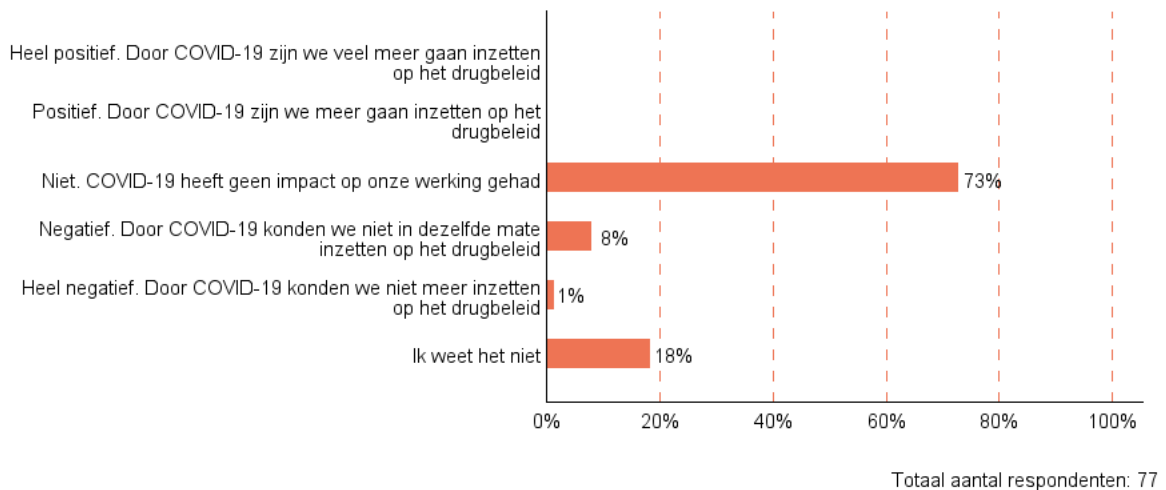
157 Hoe werd het alcoholbeleid in jouw voorziening de voorbije drie jaar beïnvloed door COVID-19?

De respondent kon 1 antwoord selecteren.



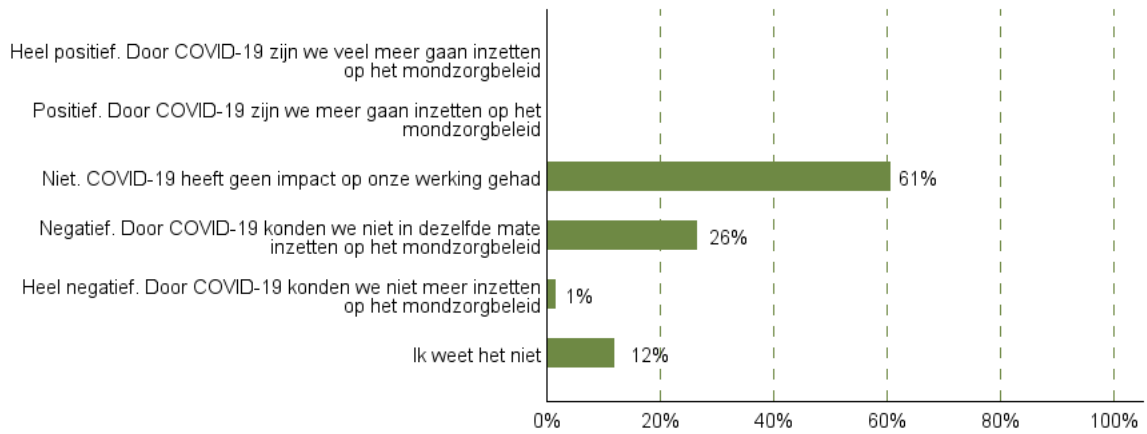
158 Hoe werd het drugbeleid in jouw voorziening de voorbije drie jaar beïnvloed door COVID-19?

De respondent kon 1 antwoord selecteren.



159 Hoe werd het mondzorgbeleid in jouw voorziening de voorbije drie jaar beïnvloed door COVID-19?

De respondent kon 1 antwoord selecteren.



Totaal aantal respondenten: 76

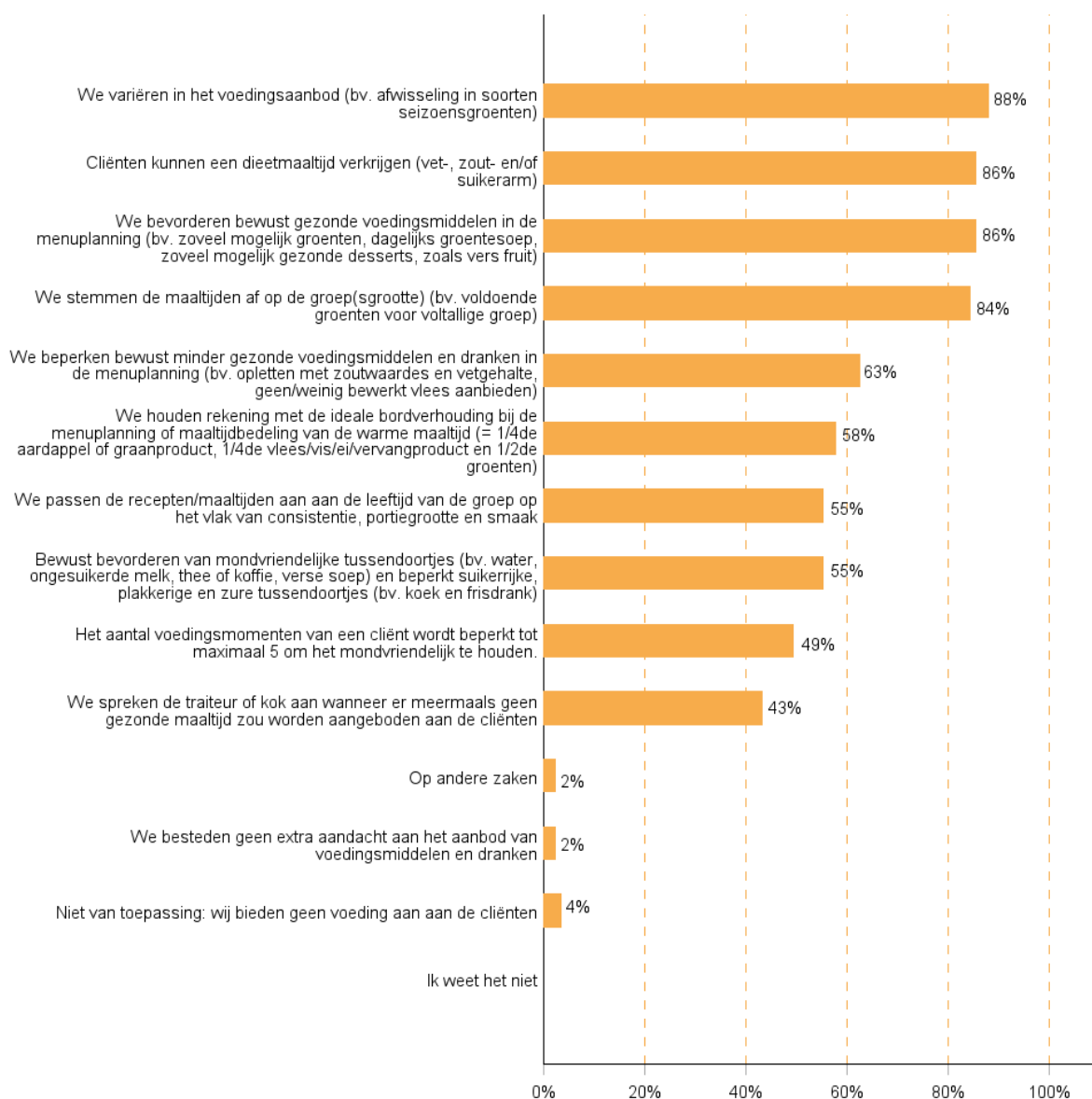
BIJLAGE 2. RESULTATEN EXTRA VRAGEN

In het rapport ligt de focus op de kwaliteitscriteria en de bespreking van de vragen die gesteld werden om na te gaan hoeveel voorzieningen aan deze kwaliteitscriteria voldoen. Naast de *must know*-vragen die gelinkt zijn aan de criteria, bevatte de vragenlijst ook nog een beperkte set *nice to know*-vragen. Onderstaande grafieken bundelen per thema de resultaten op deze extra vragen.

VOEDING

160 Waarop let jouw voorziening bij het aanbod van voedingsmiddelen en dranken? (bv. bij de menuplanning, aanbesteding voor externe leverancier, inkopen)

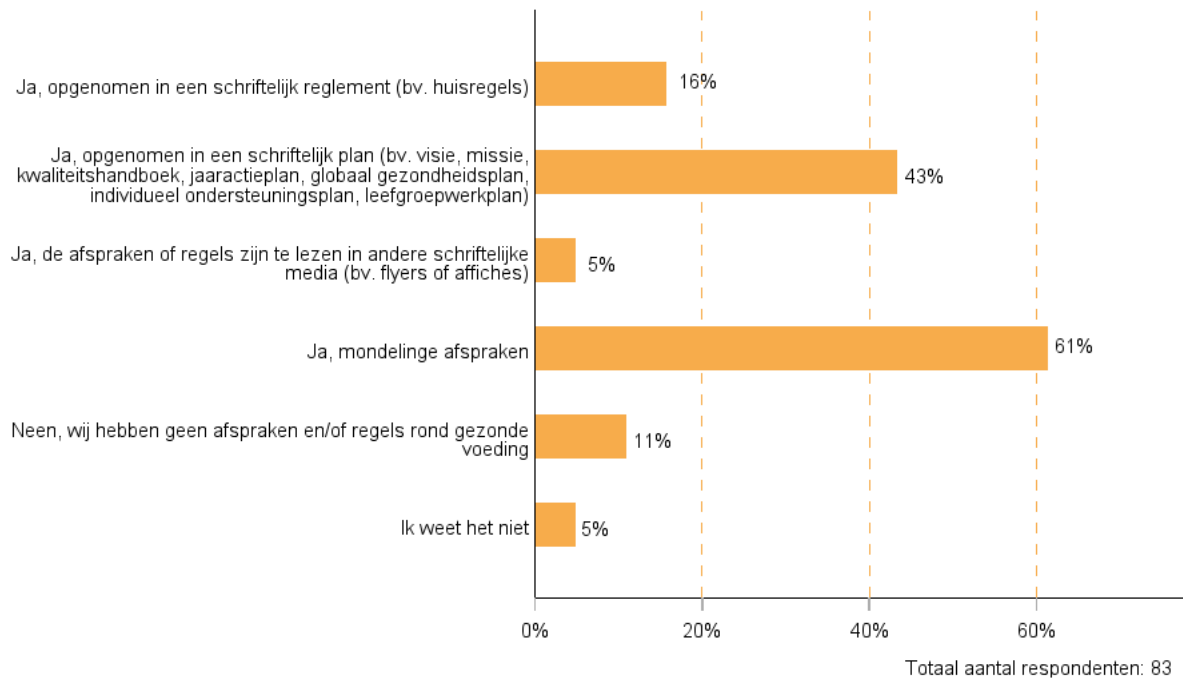
De respondent kon meerdere antwoorden selecteren



Totaal aantal respondenten: 83

161 Beschikt jouw voorziening over afspraken en/of regels over gezonde voeding? (bv. afspraken over het voedings- en drankenaanbod). De afspraken kunnen tussen medewerkers onderling zijn of tussen medewerkers en cliënten.

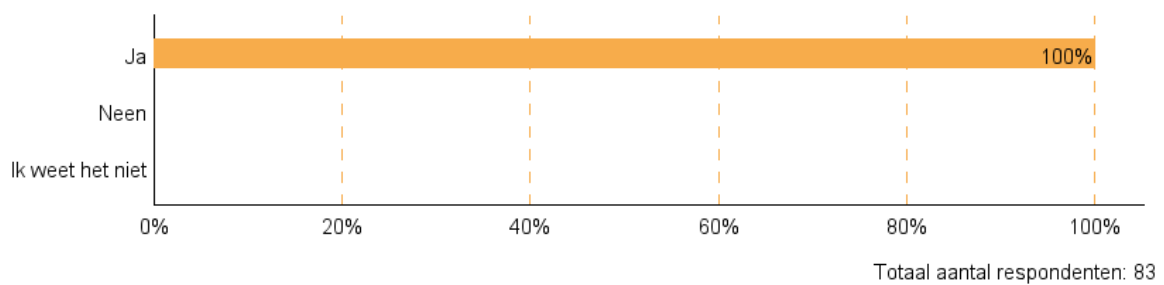
De respondent kon meerdere antwoorden selecteren



AANBOD DRANKEN

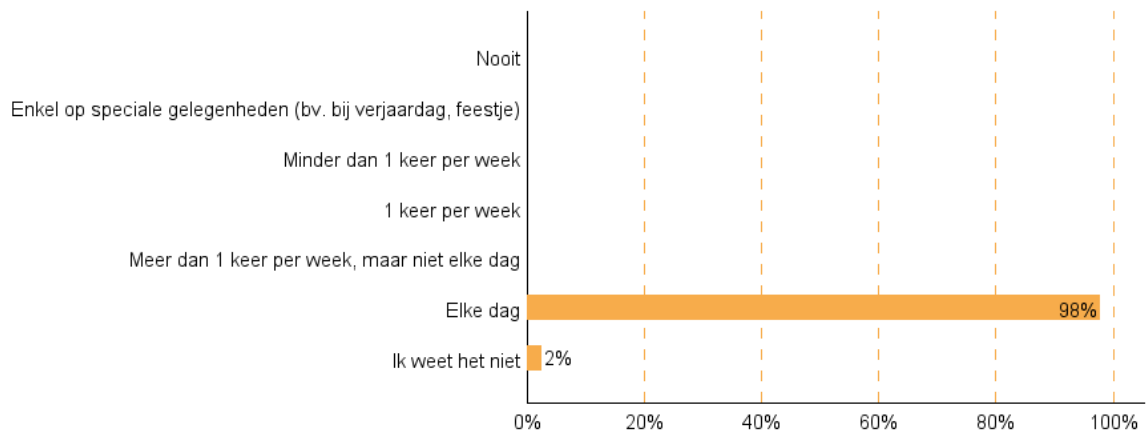
162 Biedt de voorziening drank aan?

De respondent kon 1 antwoord selecteren



163 Hoe vaak is kraanwater beschikbaar in jouw voorziening? Denk aan wat op tafel staat, aanwezig is in de kast/automaat/interne winkel. Dit doorgaans voor alle cliënten over alle (leef)groepen heen.

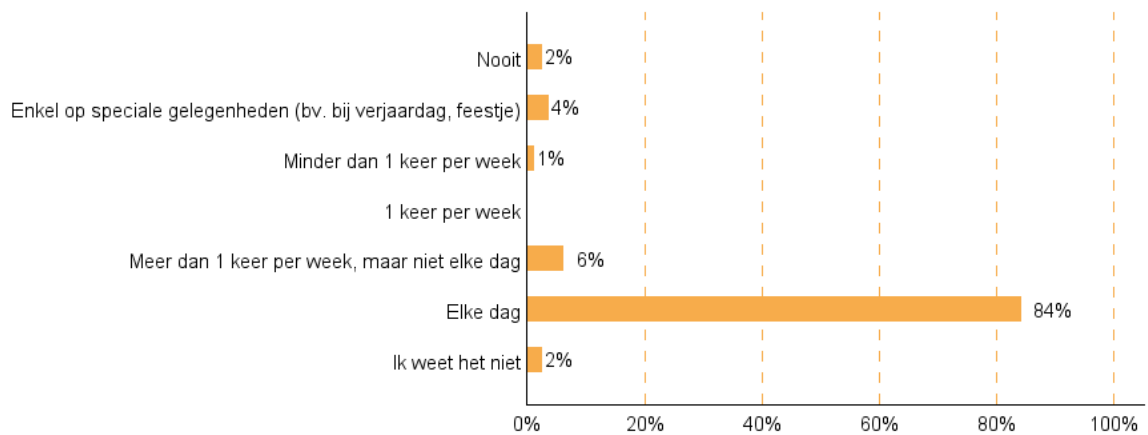
De respondent kon 1 antwoord selecteren.



Totaal aantal respondenten: 83

164 Hoe vaak is lichte, ongezoete kruiden- of vruchtenthee (bv. linde, kamille) beschikbaar in jouw voorziening? Denk aan wat op tafel staat, aanwezig is in de kast/automaat/interne winkel. Dit doorgaans voor alle cliënten over alle (leef)groepen heen.

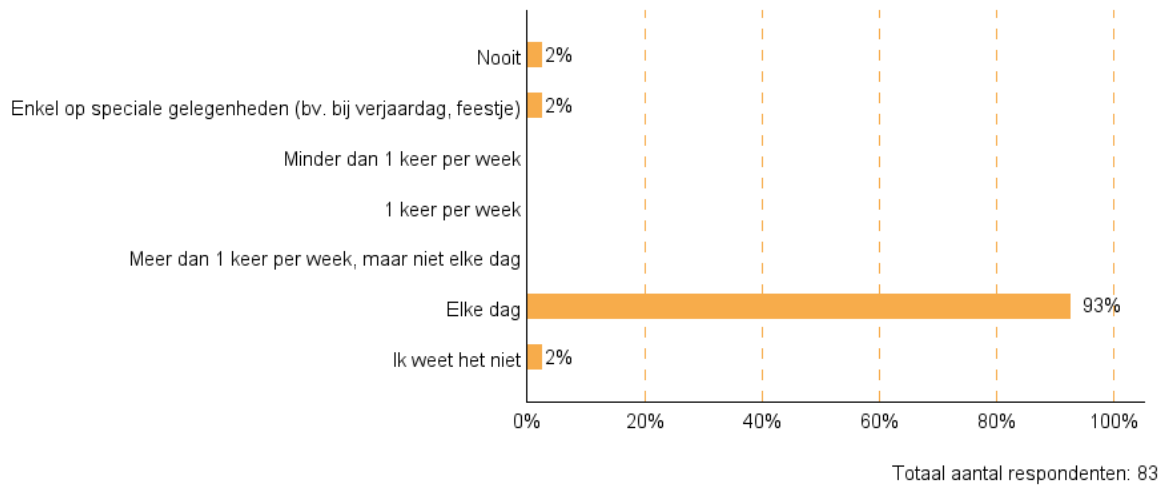
De respondent kon 1 antwoord selecteren.



Totaal aantal respondenten: 83

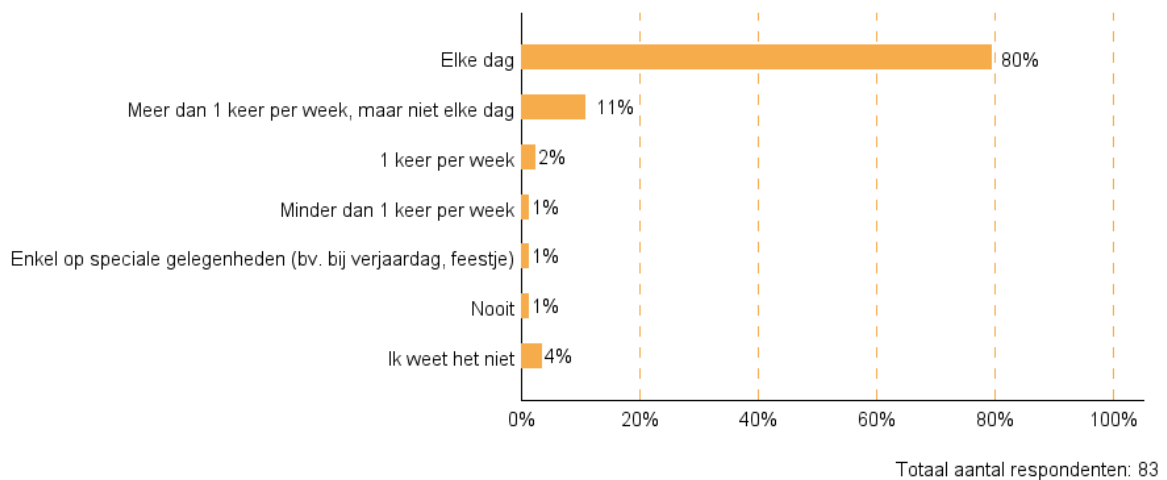
165 Hoe vaak is witte melk (ongezoet) of sojadrink natuur (ongezoet en calciumverrijkt) beschikbaar in jouw voorziening? Denk aan wat op tafel staat, aanwezig is in de kast/automaat/interne winkel. Dit doorgaans voor alle cliënten over alle (leef)groepen heen.

De respondent kon 1 antwoord selecteren.



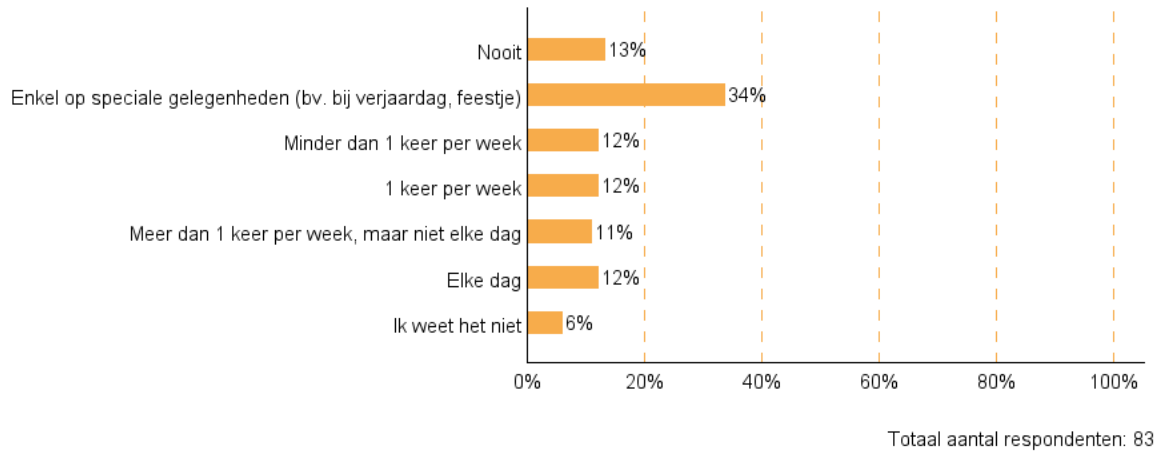
166 Hoe vaak is verse groentesoep beschikbaar in jouw voorziening? Denk aan wat op tafel staat, aanwezig is in de kast/automaat/interne winkel. Dit doorgaans voor alle cliënten over alle (leef)groepen heen.

De respondent kon 1 antwoord selecteren.



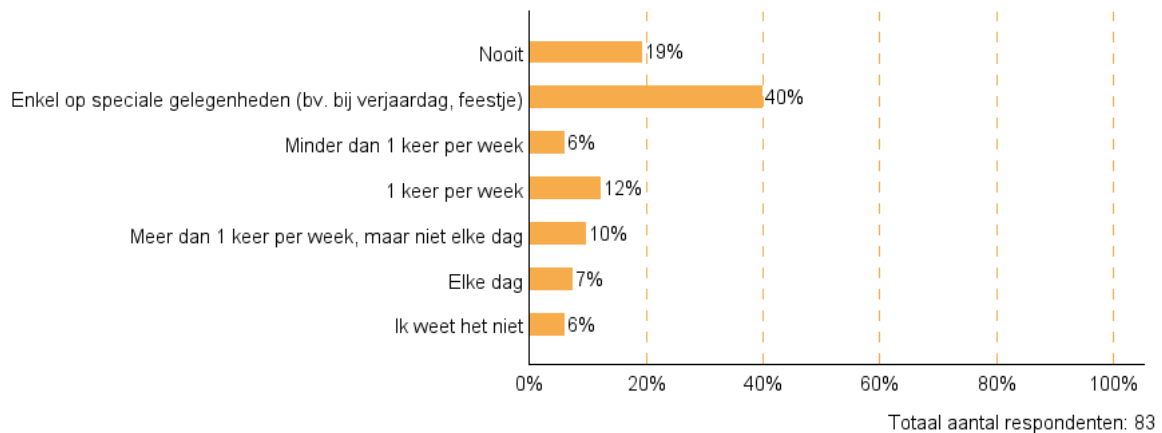
167 Hoe vaak is/zijn (versgeperst) fruitsap (= 100% vruchtensap, zonder toegevoegde suikers) of smoothies beschikbaar in jouw voorziening? Denk aan wat op tafel staat, aanwezig is in de kast/automaat/interne winkel. Dit doorgaans voor alle cliënten over alle (leef)groepen heen.

De respondent kon 1 antwoord selecteren.



168 Hoe vaak is een alcoholvrije variant van alcoholische dranken (bv. alcoholvrij bier of wijn) beschikbaar in jouw voorziening? Denk aan wat op tafel staat, aanwezig is in de kast/automaat/interne winkel. Dit doorgaans voor alle cliënten over alle (leef)groepen heen.

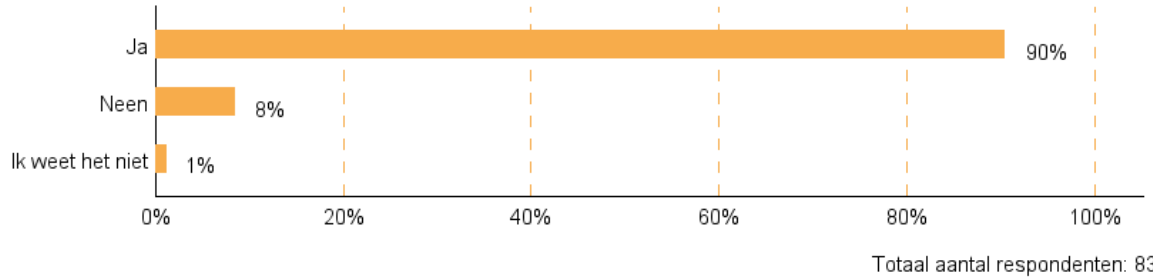
De respondent kon 1 antwoord selecteren.



AANBOD TUSSENDOORTJES

169 Biedt jouw voorziening tussendoortjes aan aan de cliënten? Dit zijn fruit, koeken of andere snacks.

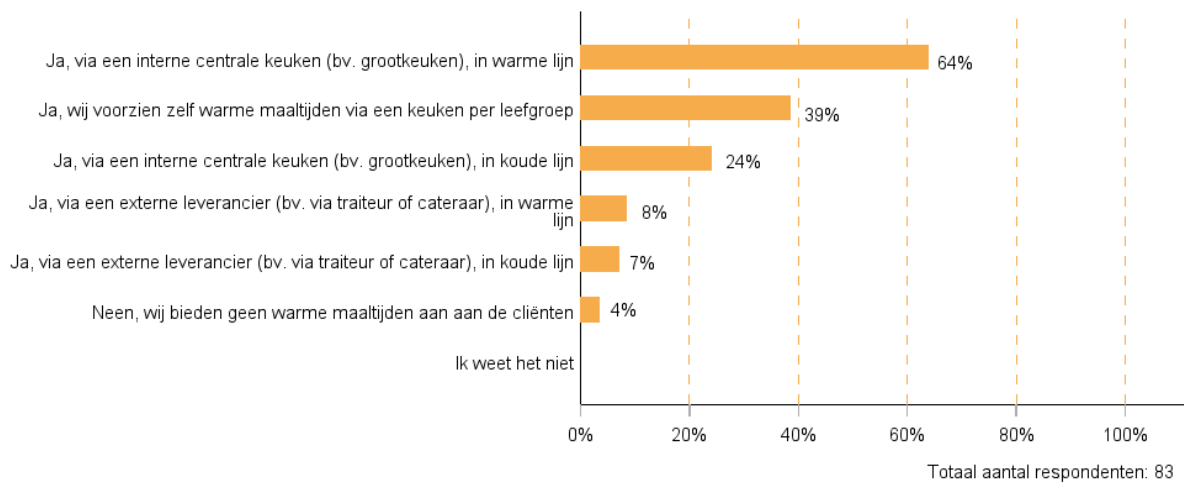
De respondent kon 1 antwoord selecteren.



WARME MAALTIJDEN

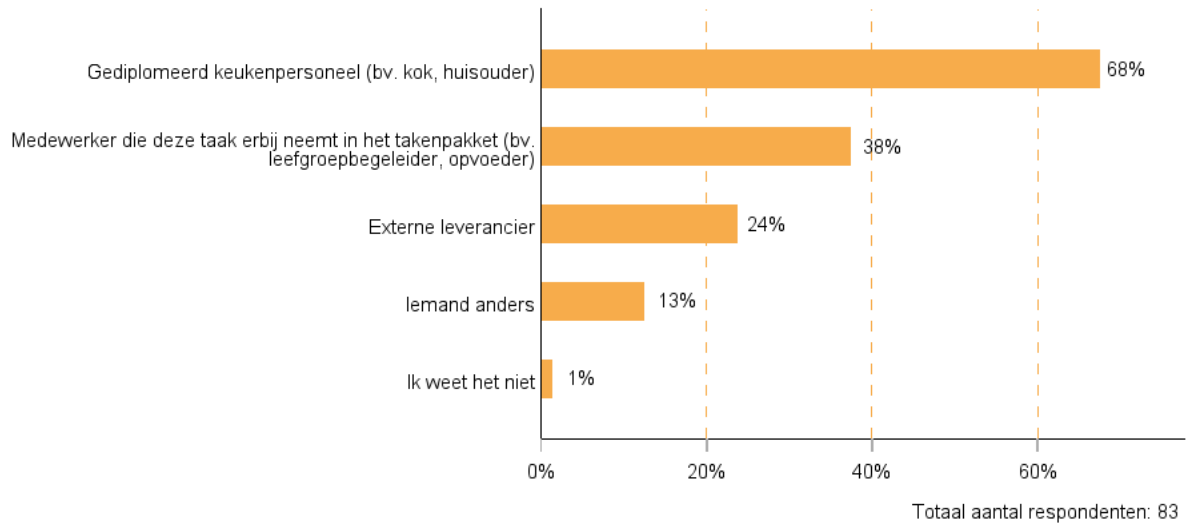
170 Biedt jouw voorziening warme maaltijden aan aan de cliënten?

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



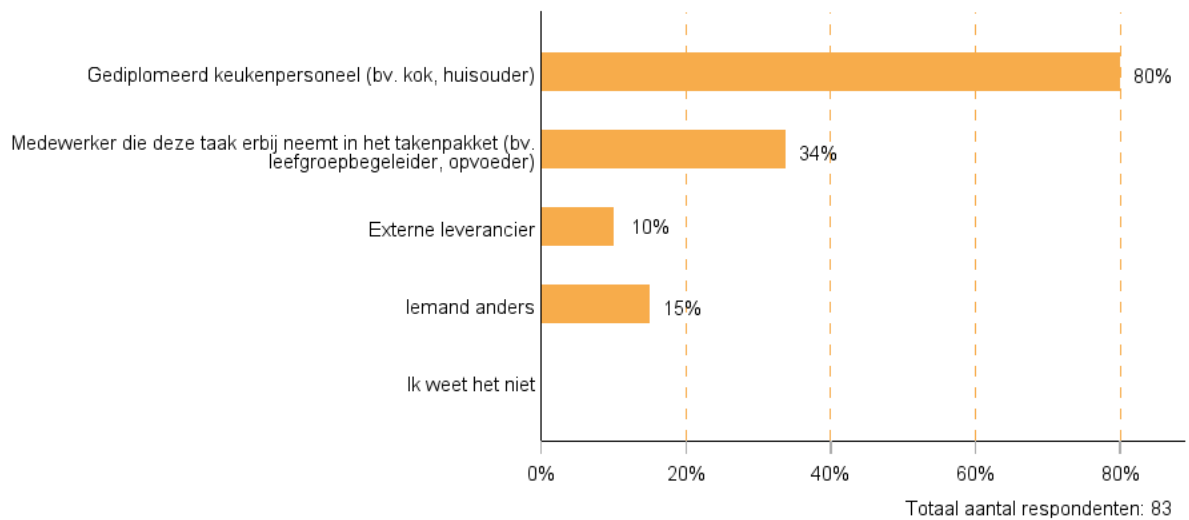
171 Wie staat in voor de inkopen bij de warme maaltijden?

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



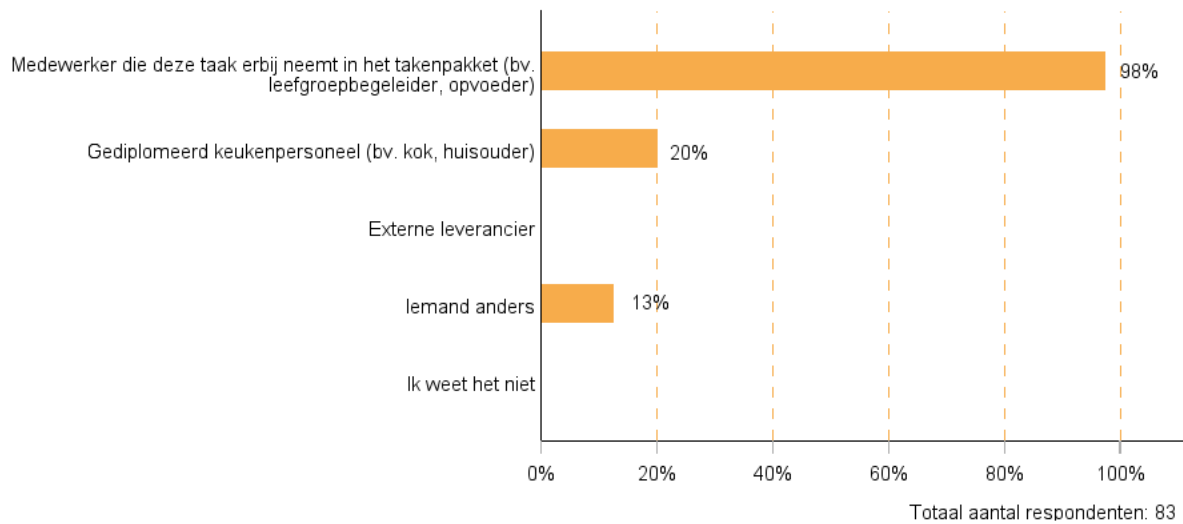
172 Wie staat in voor het bereiden van de warme maaltijden?

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



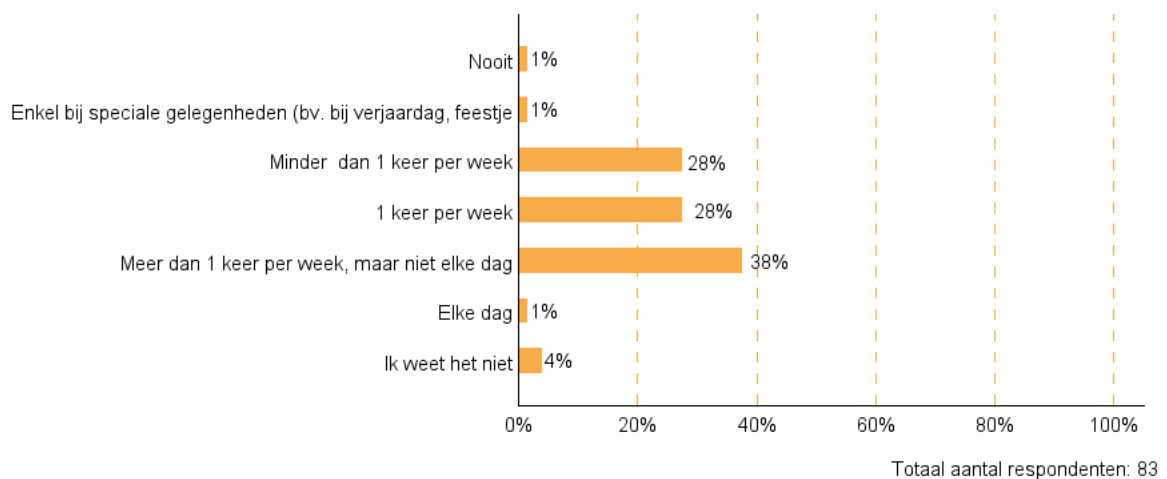
173 Wie staat in voor het opdiene van de warme maaltijden?

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



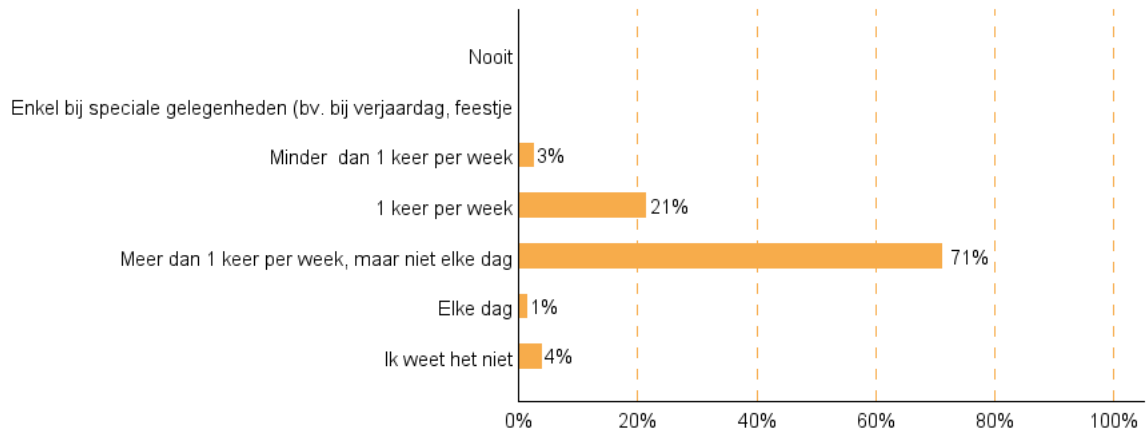
174 Hoe vaak wordt rood vlees in de warme maaltijden aangeboden? Dit gemiddeld over alle leefgroepen heen.

De respondent kon 1 antwoord selecteren.



175 Hoe vaak wordt wit vlees in de warme maaltijden aangeboden? Dit gemiddeld over alle leefgroepen heen.

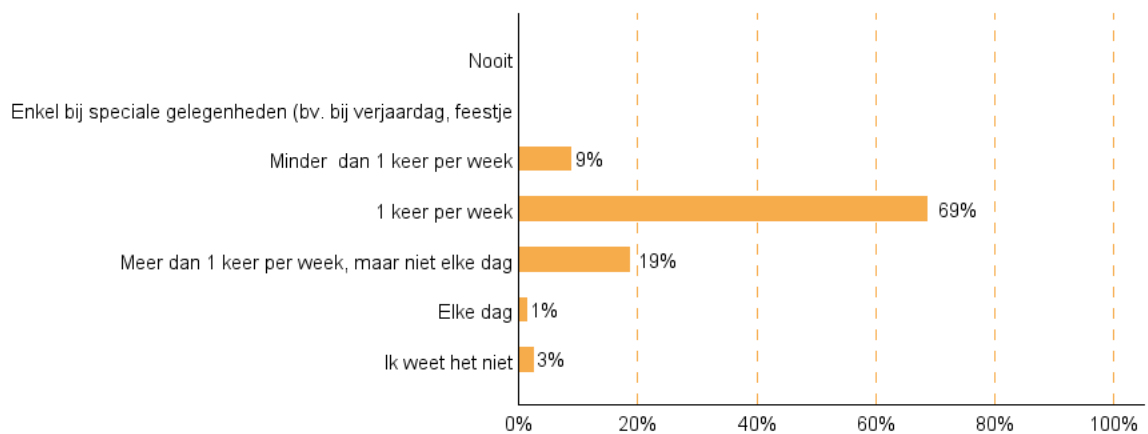
De respondent kon 1 antwoord selecteren.



Totaal aantal respondenten: 80

176 Hoe vaak wordt vis in de warme maaltijden aangeboden? Dit gemiddeld over alle leefgroepen heen.

De respondent kon 1 antwoord selecteren.

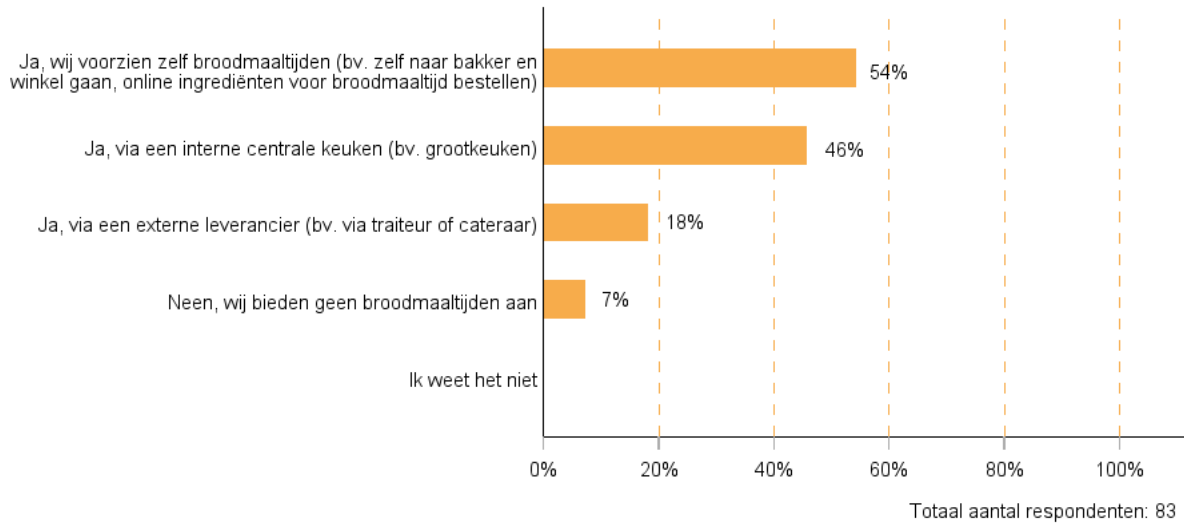


Totaal aantal respondenten: 80

AANBOD BROODMAALTIJDEN

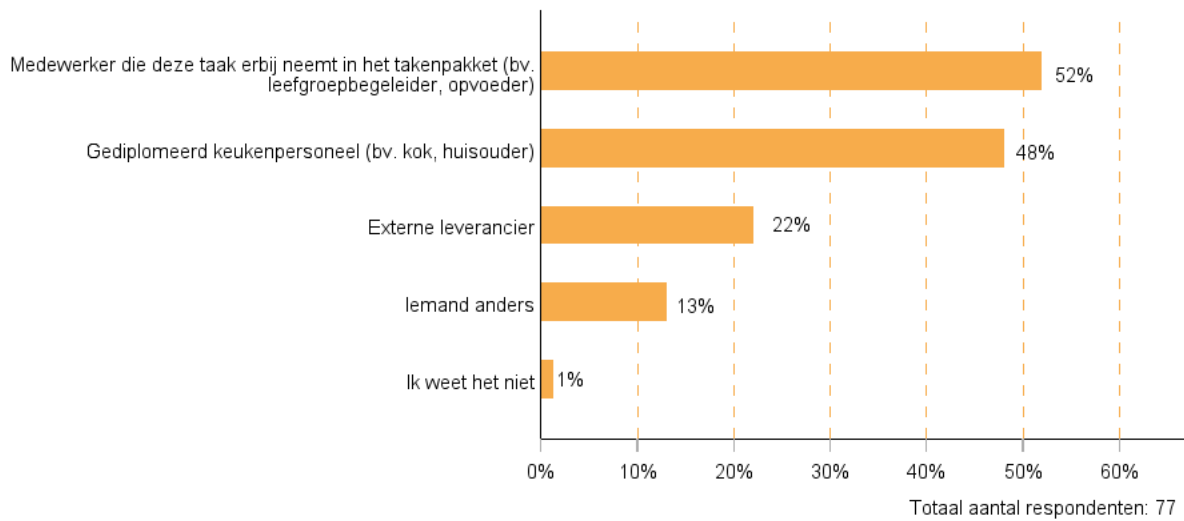
177 Biedt jouw voorziening broodmaaltijden aan aan de cliënten?

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



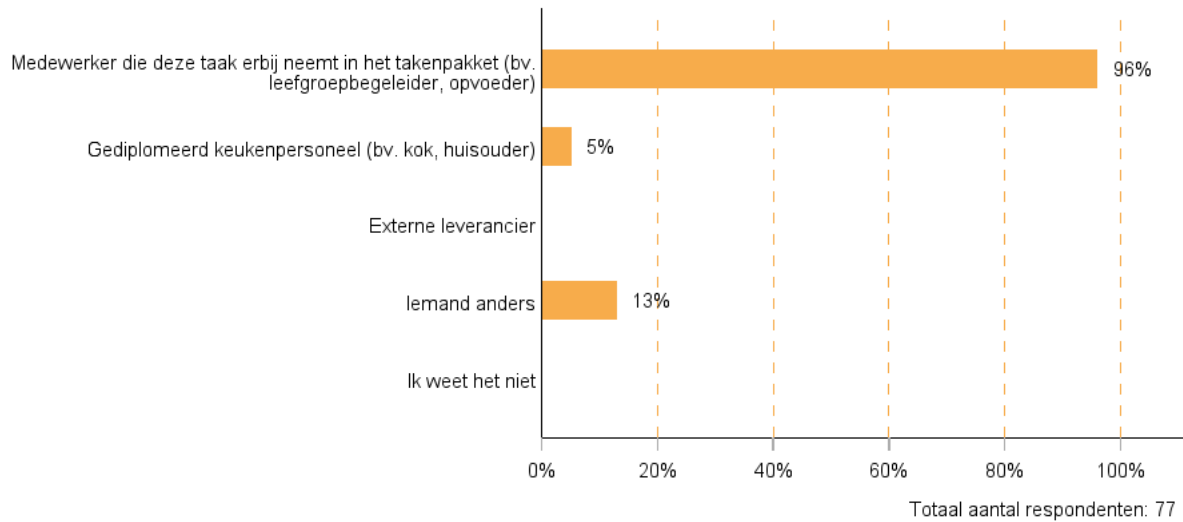
178 Wie doet de inkopen voor de broodmaaltijden?

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



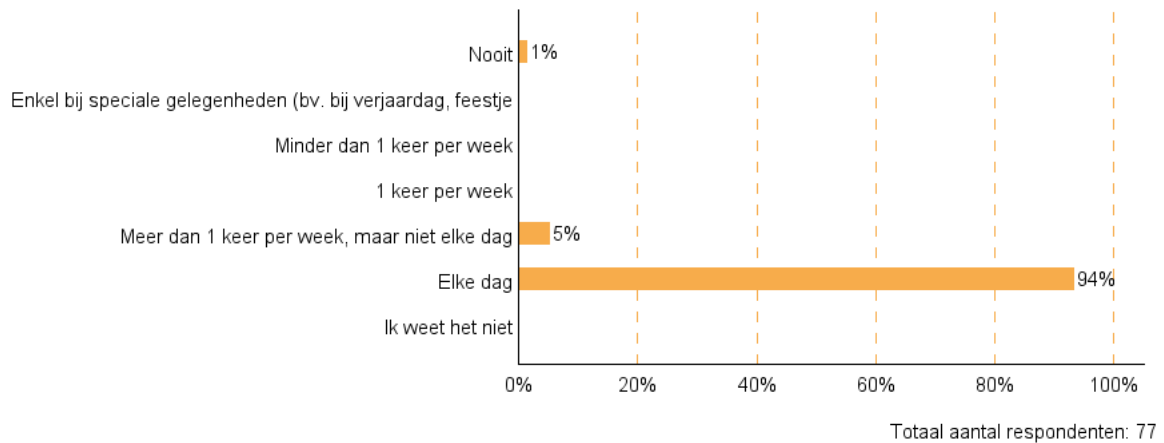
179 Wie zet de broodmaaltijden op tafel?

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



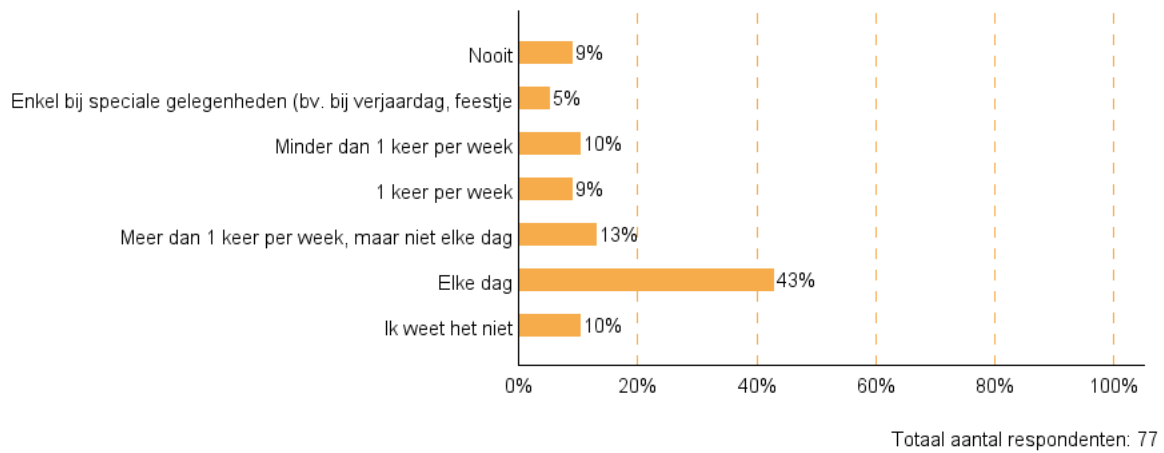
180 Hoe vaak is er bruin, volkoren of meergranen brood bij de broodmaaltijden? Dit gemiddeld over alle leefgroepen heen. Als er alleen in het weekend broodmaaltijden zijn, vul dan in op basis van een weekenddag.

De respondent kon 1 antwoord selecteren.



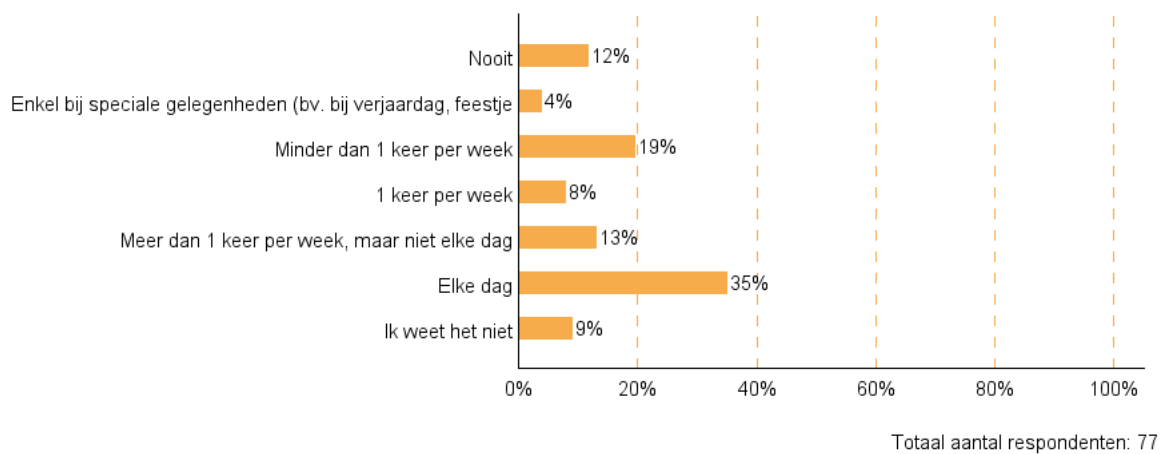
181 Hoe vaak zijn er groenten (rauw, gegrild) bij de broodmaaltijden? Dit gemiddeld over alle leefgroepen heen. Als er alleen in het weekend broodmaaltijden zijn, vul dan in op basis van een weekenddag.

De respondent kon 1 antwoord selecteren.



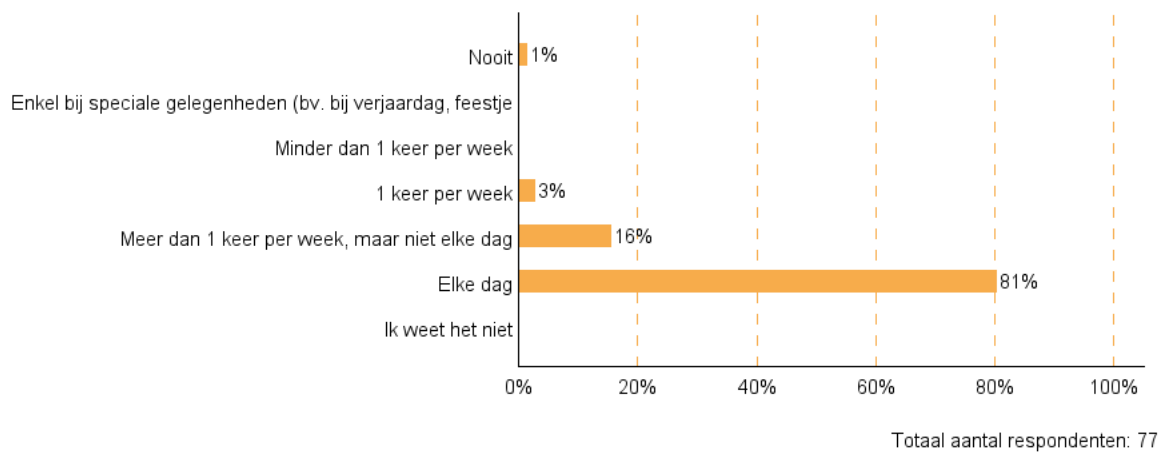
182 Hoe vaak is er fruit als beleg (bv. banaan, aardbei, perzik) of fruitmoes ([light]confituur valt hier niet onder) bij de broodmaaltijden? Dit gemiddeld over alle leefgroepen heen. Als er alleen in het weekend broodmaaltijden zijn, vul dan in op basis van een weekenddag.

De respondent kon 1 antwoord selecteren.



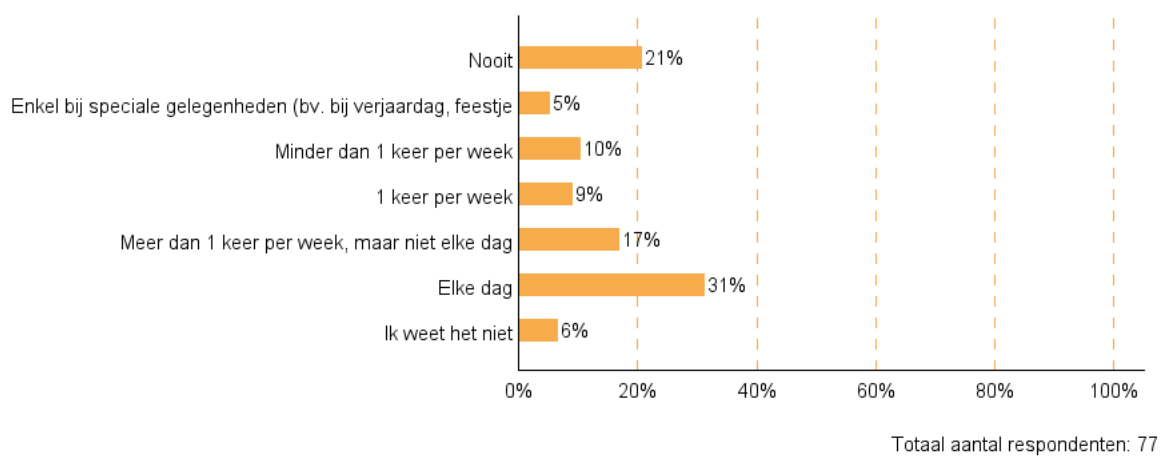
183 Hoe vaak is er zoet beleg (bv. choco, hagelslag, stroop, confituur) bij de broodmaaltijden? Dit gemiddeld over alle leefgroepen heen. Als er alleen in het weekend broodmaaltijden zijn, vul dan in op basis van een weekenddag.

De respondent kon 1 antwoord selecteren.



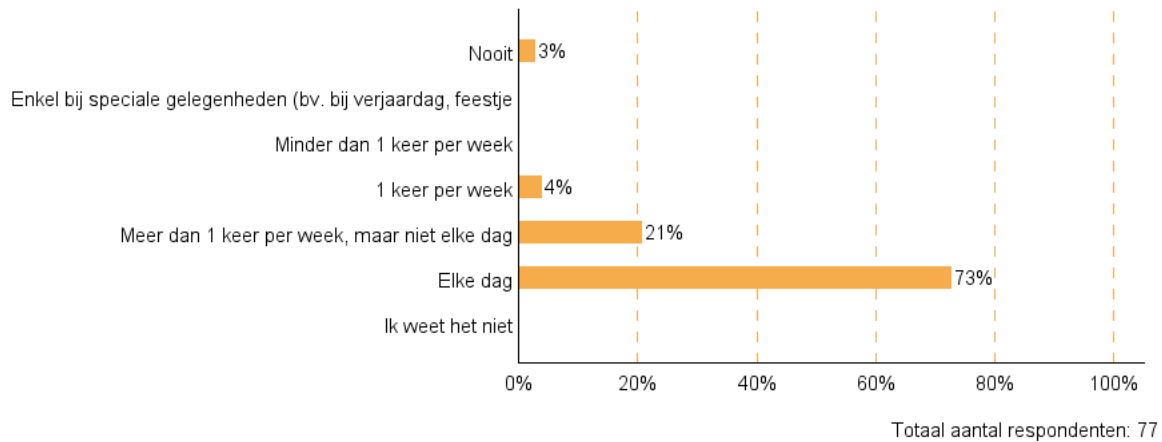
184 Hoe vaak is er (verse) onbewerkte kip en kalkoen (bv. reepjes gebakken kalkoen, sneetjes gebakken kipfilet) (bewerkte vleeswaren zoals kippenwit vallen hier niet onder) bij de broodmaaltijden? Dit gemiddeld over alle leefgroepen heen. Als er alleen in het weekend broodmaaltijden zijn, vul dan in op basis van een weekenddag.

De respondent kon 1 antwoord selecteren.



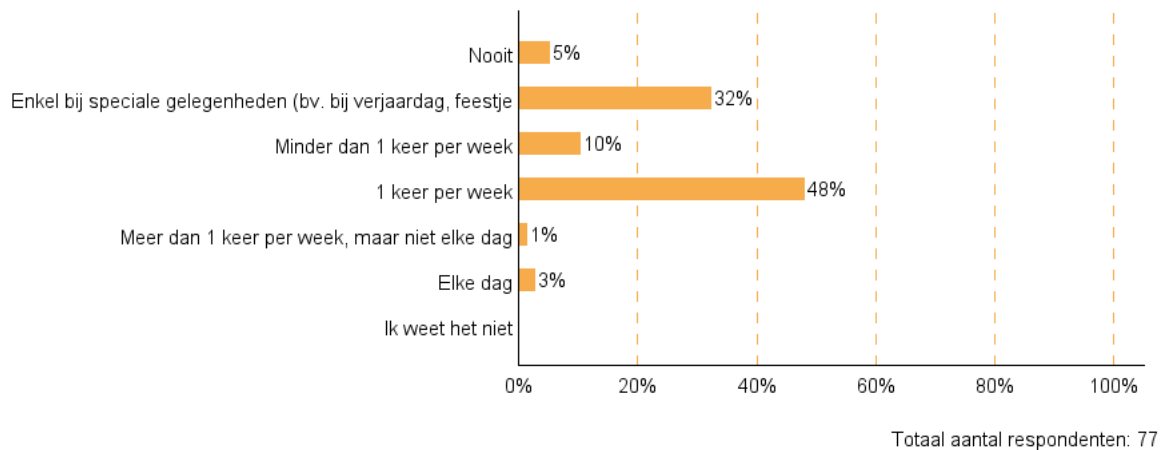
185 Hoe vaak zijn er bewerkte vleeswaren (bv. préparé, gekookte ham, kippenwit, kalkoenfilet, salami, hespenworst) bij de broodmaaltijden? Dit gemiddeld over alle leefgroepen heen. Als er alleen in het weekend broodmaaltijden zijn, vul dan in op basis van een weekenddag.

De respondent kon 1 antwoord selecteren.



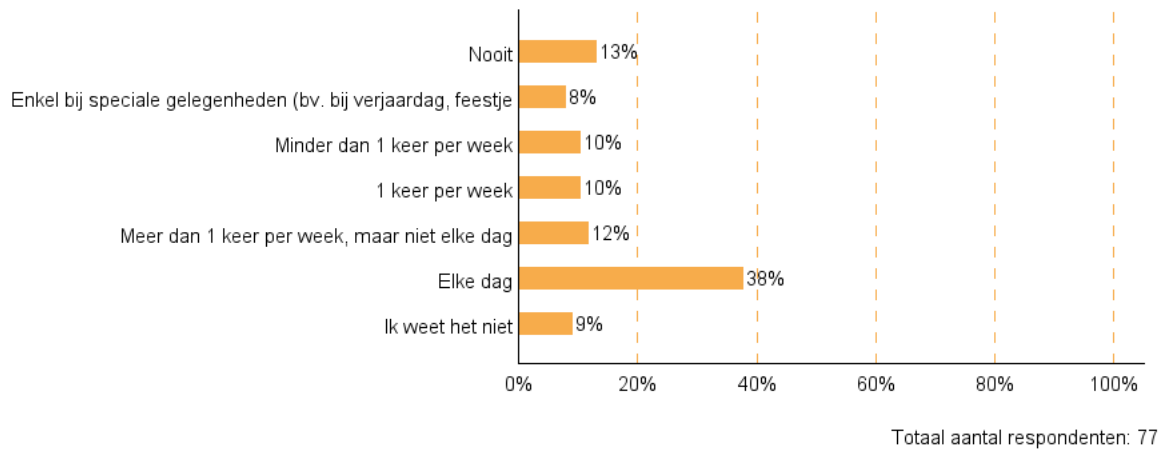
186 Hoe vaak zijn er ontbijtkoeken (bv. chocoladekoeken of croissants) bij de broodmaaltijden? Dit gemiddeld over alle leefgroepen heen. Als er alleen in het weekend broodmaaltijden zijn, vul dan in op basis van een weekenddag.

De respondent kon 1 antwoord selecteren.



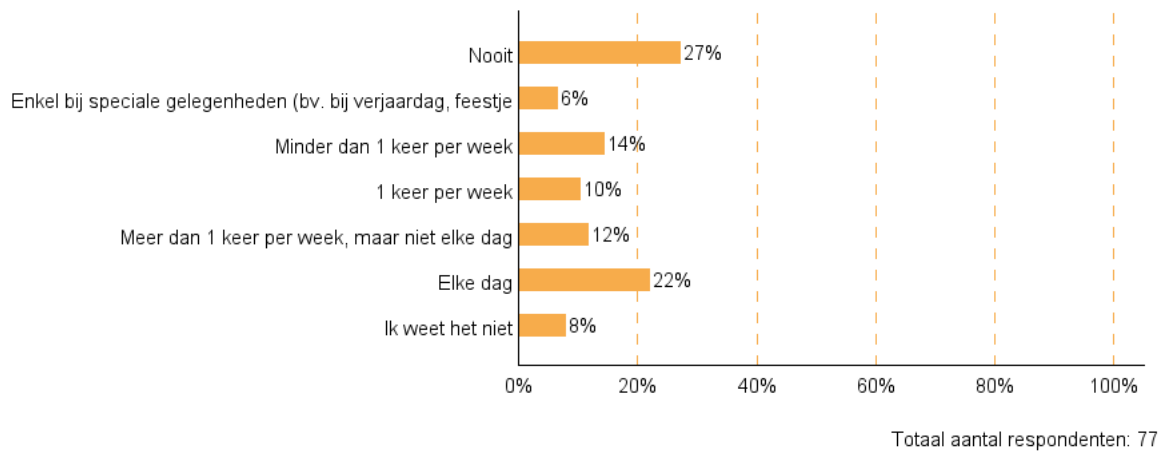
187 Hoe vaak zijn er ongezoete ontbijtgranen (bv. havermout, muesli, cornflakes) bij de broodmaaltijden? Dit gemiddeld over alle leefgroepen heen. Als er alleen in het weekend broodmaaltijden zijn, vul dan in op basis van een weekenddag.

De respondent kon 1 antwoord selecteren.



188 Hoe vaak zijn er fantasieontbijtgranen (= ontbijtgranen met minder dan 50% volle granen en met toevoegingen) (bv. Coco Pops, Frosties, Smacks) bij de broodmaaltijden? Dit gemiddeld over alle leefgroepen heen. Als er alleen in het weekend broodmaaltijden zijn, vul dan in op basis van een weekenddag.

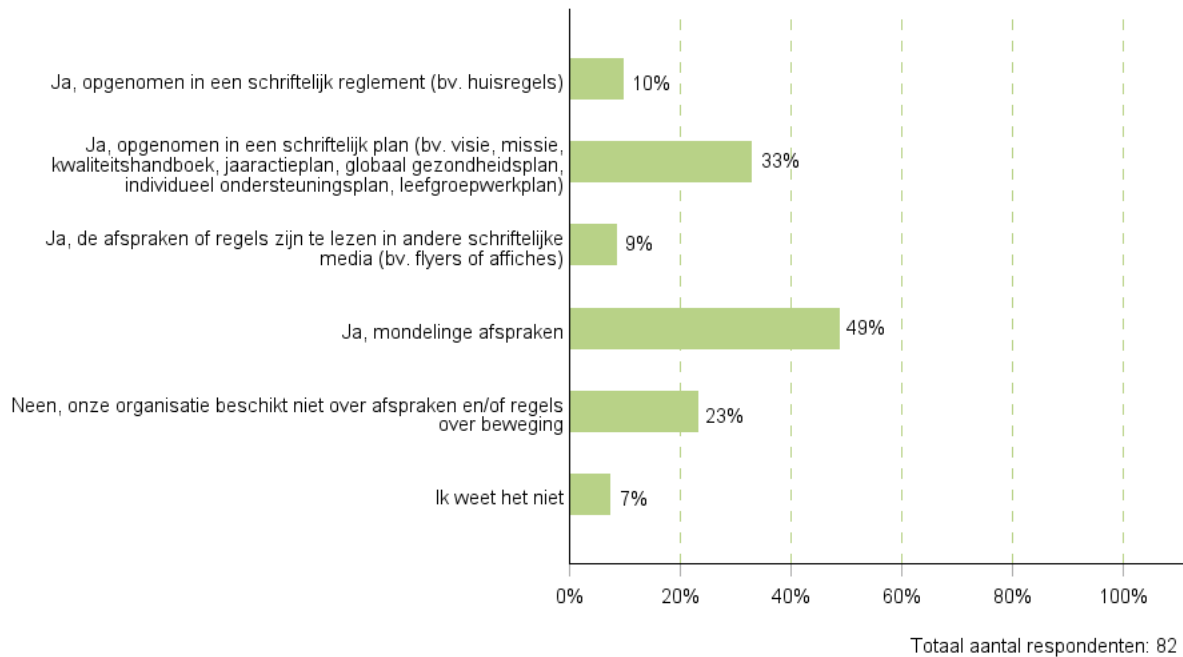
De respondent kon 1 antwoord selecteren.



BEWEGING

189 Beschikt jouw voorziening over afspraken en/of regels over beweging? (bv. over permanente beschikbaarheid van sport- en spelmateriaal, wekelijks beweegaanbod, verplaatsingen met de fiets, het aanmoedigen tot buitenspelen/bewegen, bijdragen aan lidgeld voor sportclub). De afspraken kunnen tussen medewerkers onderling zijn of tussen medewerkers en cliënten.

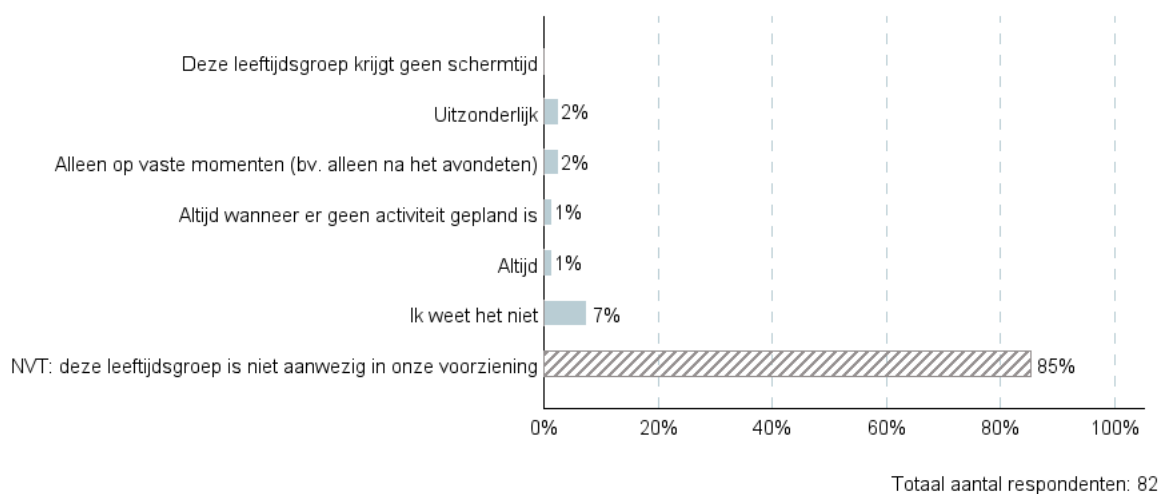
De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



LANG STILZITTEN

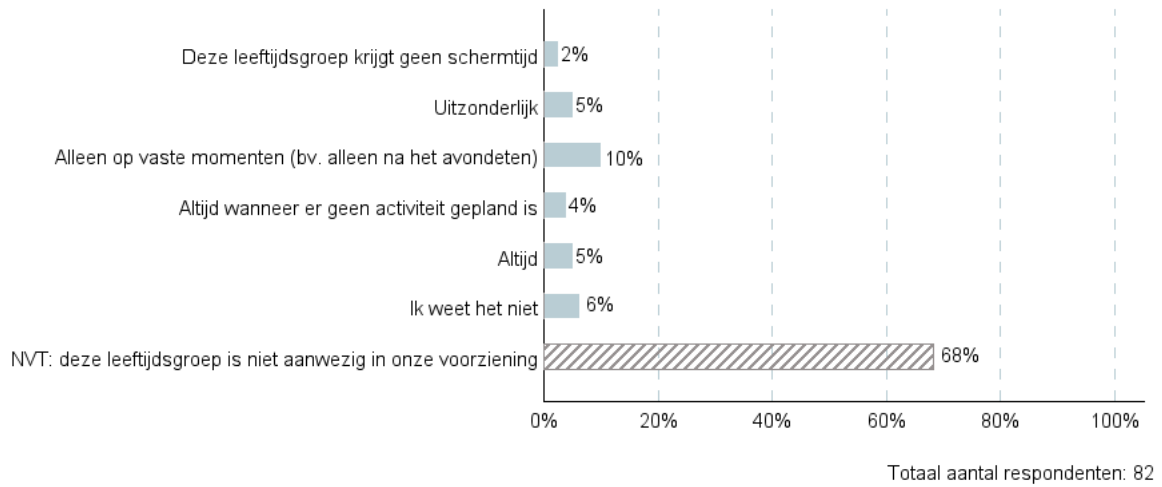
190 Wanneer mogen cliënten van 0 tot 1 jaar in hun vrije tijd naar televisie of andere beeldschermen kijken?

De respondent kon 1 antwoord selecteren.



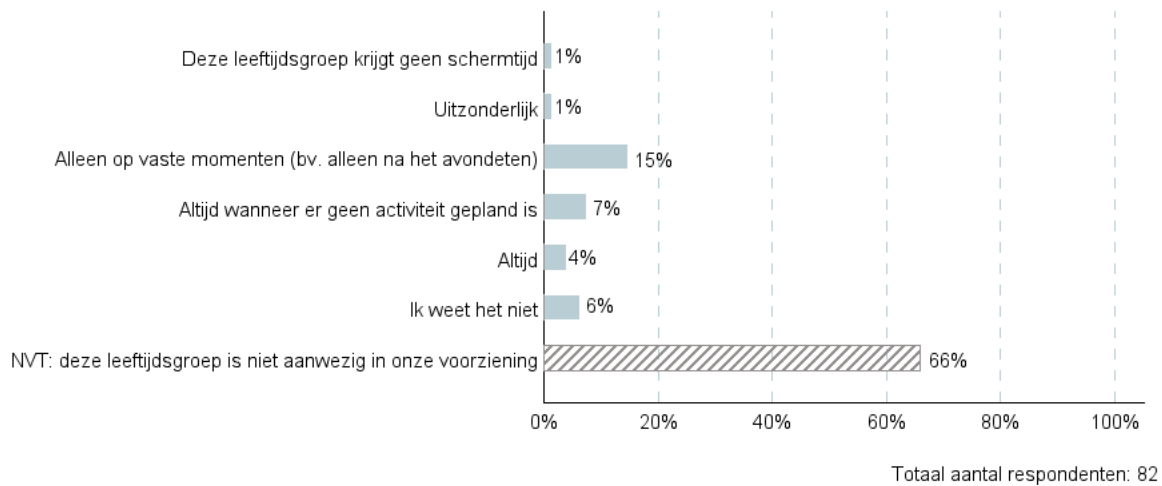
191 Wanneer mogen cliënten van 2 tot 5 jaar in hun vrije tijd naar televisie of andere beeldschermen kijken?

De respondent kon 1 antwoord selecteren.



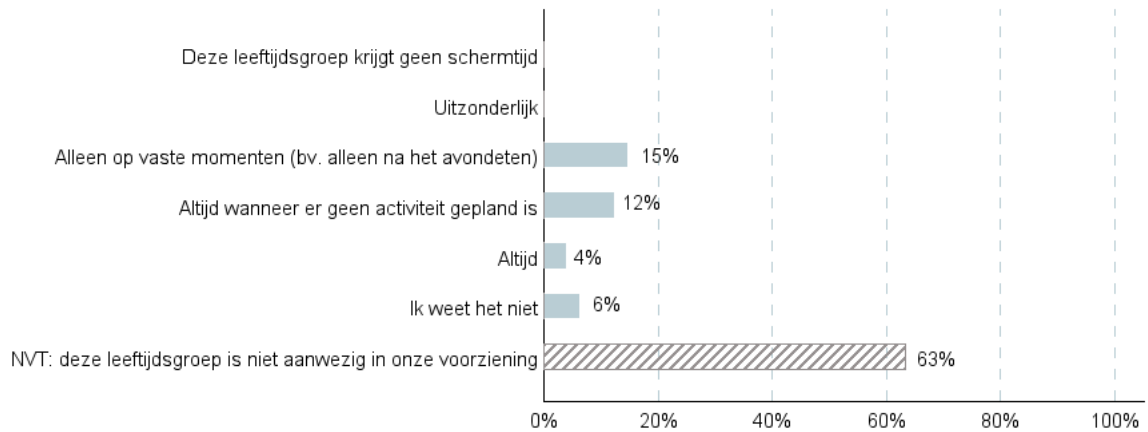
192 Wanneer mogen cliënten van 6 tot 12 jaar in hun vrije tijd naar televisie of andere beeldschermen kijken?

De respondent kon 1 antwoord selecteren.



193 Wanneer mogen cliënten van 13 tot 17 jaar in hun vrije tijd naar televisie of andere beeldschermen kijken?

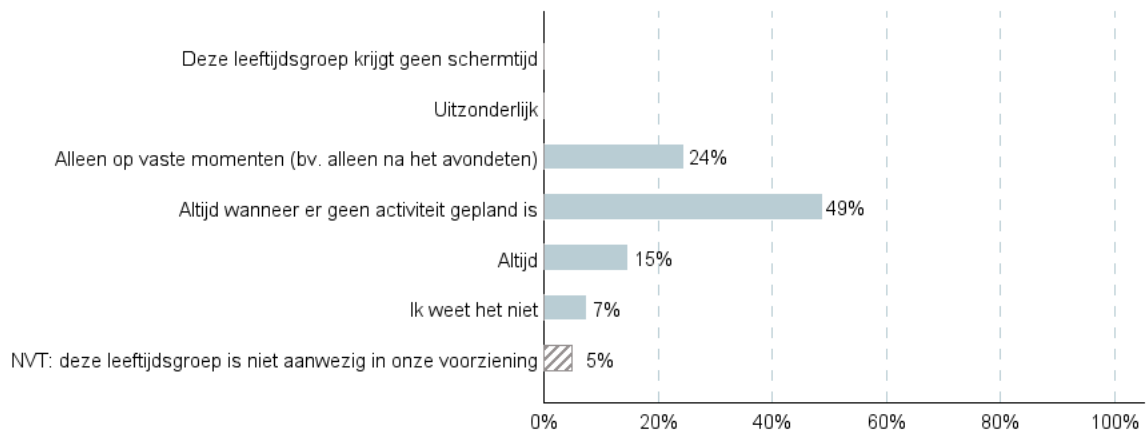
De respondent kon 1 antwoord selecteren.



Totaal aantal respondenten: 82

194 Wanneer mogen cliënten ouder dan 17 jaar in hun vrije tijd naar televisie of andere beeldschermen kijken?

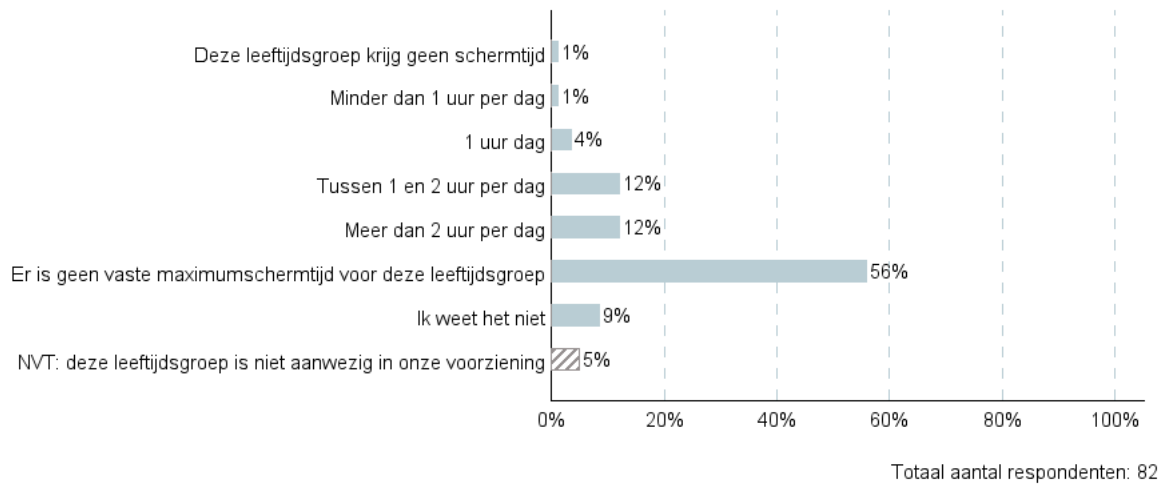
De respondent kon 1 antwoord selecteren.



Totaal aantal respondenten: 82

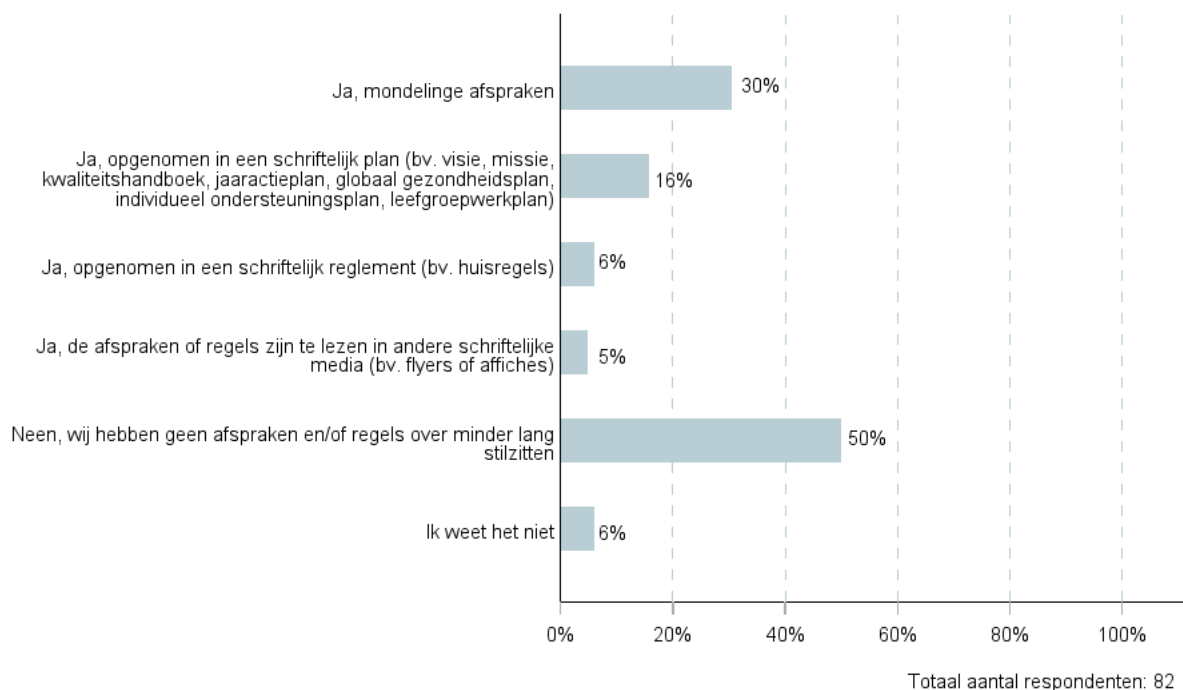
195 Hoelang mogen cliënten ouder dan 17 jaar in hun vrije tijd naar televisie of andere beeldschermen (bv. computer, tablet, smartphone) kijken? Hiermee bedoelen we in zittende houding en zowel in de leefruimte als op de kamer (bv. spelletjes spelen, filmpjes op YouTube kijken, scrollen op Instagram of TikTok). Let op: noodzakelijke communicatie in functie van een begeleidingstraject (bv. met consulent) en voor relationele continuïteit (bv. videobellen of chatten met thuiscontext, vrienden) moet je niet meerekenen.

De respondent kon 1 antwoord selecteren.



196 Beschikt jouw voorziening over afspraken en/of regels over minder lang stilzitten? (bv. over het aanmoedigen om het lang stilzitten op regelmatige tijdstippen te onderbreken, over schermtijd, zoals tv-kijken, computeren, smartphonegebruik). De afspraken kunnen tussen medewerkers onderling zijn of tussen medewerkers en cliënten.

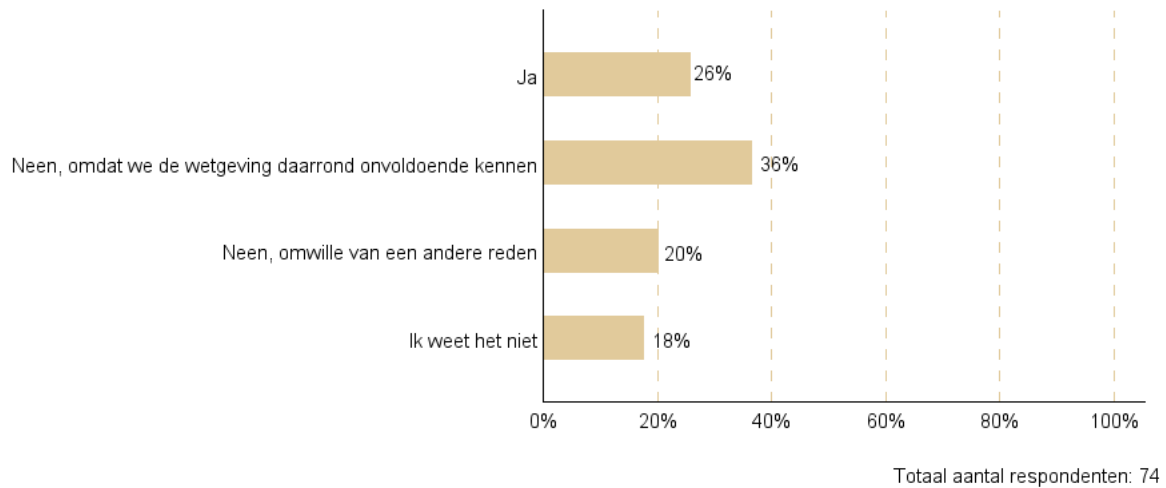
De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



ROKEN

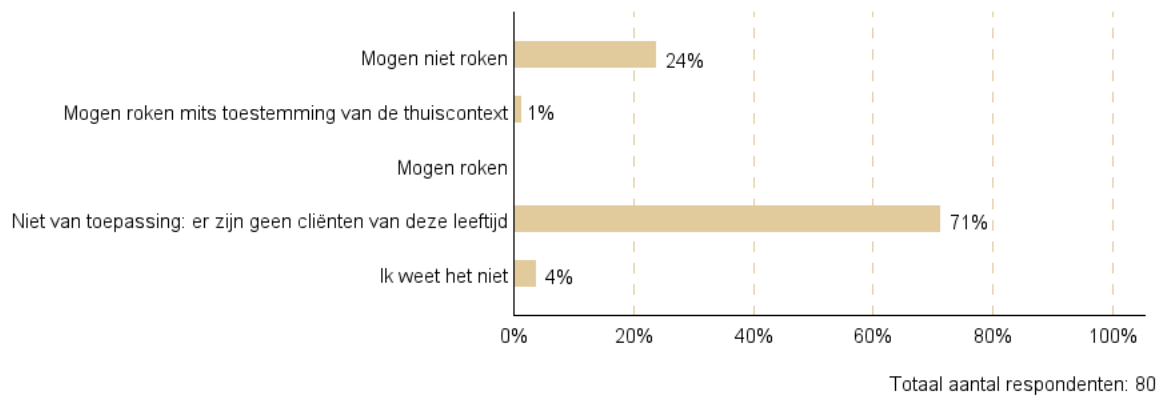
197 Is de e-sigaret expliciet opgenomen in de afspraken en/of regels over roken voor cliënten, medewerkers en bezoekers, los van het wettelijk rookverbod? (bv. over waar en wanneer er gerookt mag worden, over het aankopen van rookwaren en de leeftijd waarop jongeren in jouw organisatie mogen roken)

De respondent kon 1 antwoord selecteren.



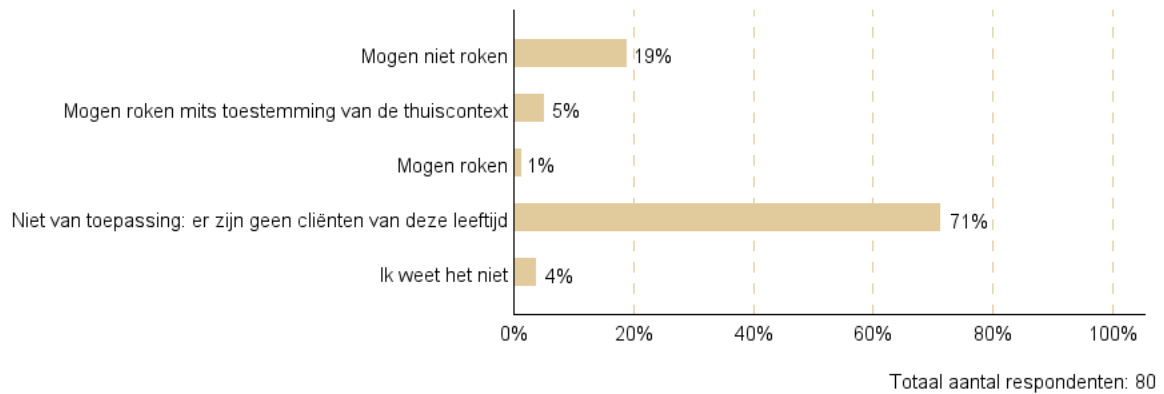
198 Mogen cliënten jonger dan 14 jaar in jouw voorziening roken?

De respondent kon 1 antwoord selecteren.



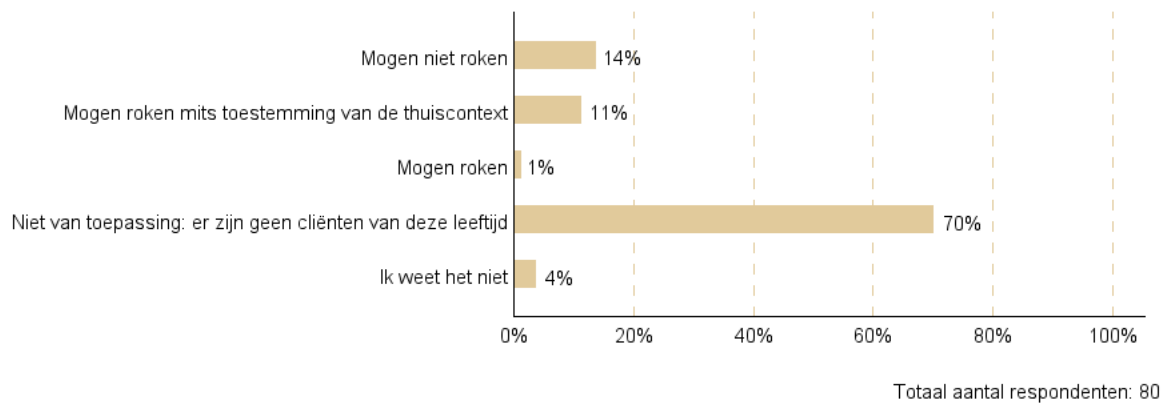
199 Mogen cliënten binnen de leeftijdscategorie 14 tot 15 jaar in jouw voorziening roken?

De respondent kon 1 antwoord selecteren.



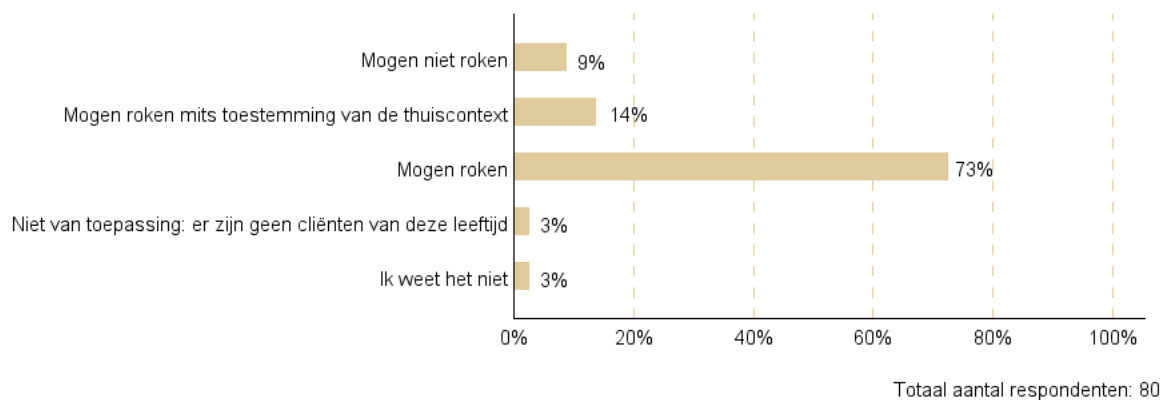
200 Mogen cliënten binnen de leeftijdscategorie 16 tot 17 jaar in jouw voorziening roken?

De respondent kon 1 antwoord selecteren.



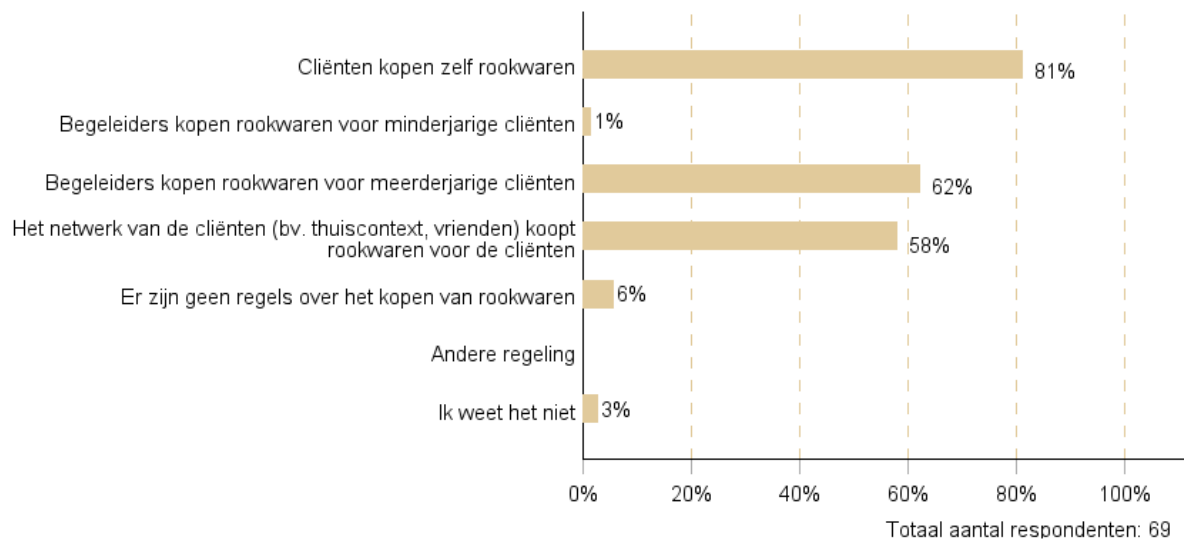
201 Mogen cliënten ouder dan 18 jaar in jouw voorziening roken?

De respondent kon 1 antwoord selecteren.



202 Wat is de regeling voor het kopen van rookwaren (niet alleen sigaretten, maar ook aanstekers en een e-sigaret) voor cliënten in de voorziening?

De respondent kon meerdere antwoorden selecteren.



COLOFON

Deze publicatie is een realisatie van het Vlaams Instituut Gezond Leven vzw in opdracht van het [Departement Zorg](#). Meer informatie vind je op www.preventiepeiling.be of via preventiepeiling@gezondleven.be.

AUTEUR

Dorine Vlassenroot (projectmedewerker Preventiepeiling, Vlaams Instituut Gezond Leven vzw)

MET DANK AAN

PROJECTMEDEWERKERS PREVENTIEPEILING

Lien Van der Biest – projectmanager
(Vlaams Instituut Gezond Leven vzw)

Aafke Buyl – projectmedewerker
(Vlaams Instituut Gezond Leven vzw)

Barbara Willems – projectmedewerker
(Vlaams Instituut Gezond Leven vzw)

THEMA-EXPERTEN

Joyce Borremans – alcohol en illegale drugs
(Vlaams expertisecentrum voor Alcohol en andere Drugs)

Sarah Dries – voeding
(Vlaams Instituut Gezond Leven vzw)

Luc Lipkens – beweging en lang stilzitten
(Vlaams Instituut Gezond Leven vzw)

Rosien Mesdag – mentaal welbevinden
(The Human Link)

Ruth Sederel – mondzorg
(Vlaams Instituut Mondgezondheid – Gezonde Mond)

Katrijn Vandamme – roken
(Vlaams Instituut Gezond Leven vzw)

DE LEDEN VAN DE PROJECTGROEP PREVENTIEPEILING

Pieter Debognies (Vlaams Instituut Gezond Leven vzw), **Hendrik Delagrang** (SERV), **Stefaan Demarest** (Sciensano), **Femke De Meester** (Vlaams Instituut Gezond Leven vzw), **Roos Goemaere** (Logo Midden-West-Vlaanderen), **Joëlle Konings** (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid), **Marie-Claire Lambrechts** (Vlaams expertisecentrum voor Alcohol en andere Drugs), **Koen Milisen** (Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen), **Sarah Reyntens** (Logo Gezond-plus), **Ruth Sederel** (Vlaams Instituut Mondgezondheid), **Sofie Sevenants** (Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen), **Veerle Soyez** (Vlaams Instituut Gezond Leven vzw), **Annelies Vandenberghe** (Vlaams Instituut Gezond Leven vzw), **Laura Vandeweghe** (Vlaams Instituut Gezond Leven vzw), **Guido Van Hal** (UAntwerpen)

EINDREDACTIE EN LAYOUT Vlaams Instituut Gezond Leven vzw

© 2023, Vlaams Instituut Gezond Leven vzw, All rights reserved

Niets uit deze uitgave mag verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor educatieve, pedagogische en sociale doeleinden die geen commercieel oogmerk hebben, mag al het materiaal vrij gebruikt worden mits correcte bronvermelding van deze publicatie. www.gezondleven.be

VLAAMS INSTITUUT
**GEZOND
LEVEN**



Valpreventie.be
Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen

