



/ rapport

Vlaamse gezondheidsdoelstelling

Gezonder leven

■ 2017-2025

RAPPORT:

'DE VLAMING LEEFT GEZONDER IN 2025'

Tussentijdse evaluatie van het strategisch plan 'De Vlaming leeft gezonder in 2025'

27/10/2022

INHOUDSTAFEL

MANAGEMENTSAMENVATTING	5
1. INLEIDING	9
1.1 Context	9
1.1.1. Overkoepelende gezondheidsdoelstelling en settinggerichte (sub)doelstellingen	9
1.1.2. Preventiestrategieën	11
1.1.3. Voorbeelden van acties	12
1.1.4. Leidende principes	12
1.2 De opbouw van deze tussentijdse evaluatie	13
2. DE GEZONDHEIDSSITUATIE A.D.H.V. GEZONDHEIDSINDICATOREN	15
2.1 Inleiding	15
2.2 Bespreking van de gezondheidsindicatoren	16
2.2.1. Een eerste blik op de gezondheidsindicatoren.....	16
2.2.2. Overkoepelende gezondheidsindicator	17
2.2.3. Thema 'Voeding'	18
2.2.4. Thema's 'Beweging' en 'Sedentair gedrag'	21
2.2.5. Thema 'Gewicht'	25
2.2.6. Thema 'Eetstoornissen'	26
2.2.7. Thema 'Tabak'	28
2.2.8. Thema 'Alcohol'	32
2.2.9. Thema's 'Drugs' en 'Psychoactieve medicatie'	36
2.2.10. Thema's 'Gokken' en 'Gamen'	40
2.3 Discussie en conclusie	42
2.3.1. Algemene conclusie gezondheidsindicatoren.....	44
2.4 Gebruikte rapporten en studies in de beschrijving van gezondheidsindicatoren	45
3. PROCESINDICATOREN	48
3.1 Subdoelstelling 'Gezondheid in eigen handen'	49
3.2 Subdoelstelling 'Gezin bron van gezondheid'	49
3.3 Subdoelstelling 'Vrije tijd, gezonde tijd'	50
3.4 Subdoelstelling 'Gezondheid in onderwijs'	50
3.5 Subdoelstelling 'Werken, ook aan gezondheid'	51
3.6 Subdoelstelling 'Meer gezondheid in de zorg'	52
3.7 Subdoelstelling 'Gezonde buurten'	53
3.8 Conclusie	54

4.	PREVENTIEMETHODIEKEN: 'lessons learned'	56
4.1	Conclusie en aanbevelingen	56
4.1.1.	Ontwikkeling en actualisatie	57
4.1.2.	Bereik en beschikbaarheid.....	58
4.1.3.	Implementatie en communicatie.....	58
5.	Goed bestuur, de weg naar gezondheid.....	60
5.1	Overkoepelende vaststellingen en aanbevelingen	60
6.	CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN BIJ HET VERDERE VERLOOP VAN HET STRATEGISCH PLAN.....	65
6.1	Conclusies van de verschillende hoofdstukken.....	65
6.2	Aanbevelingen bij het verdere verloop van het strategisch plan.....	66
7.	REFERENTIES.....	71

TABELLEN

Tabel 1. Leeftijdscategorieën	16
Tabel 2. Percentage met een gezond eetpatroon	18
Tabel 3. Percentage dat elke dag ontbijt	18
Tabel 4. Gezondheidsindicatoren m.b.t. fruitconsumptie	19
Tabel 5. Gezondheidsindicatoren m.b.t. groenteconsumptie	20
Tabel 6. Gezondheidsindicatoren m.b.t. drinken van frisdrank en water	21
Tabel 7. Percentage dat de Vlaamse & WHO aanbeveling voor beweging aan minstens matige intensiteit behaalt	22
Tabel 8. Aantal uren sedentair gedrag per dag (zitten)	24
Tabel 9. Gezondheidsindicatoren m.b.t. schermtijd	25
Tabel 10. Gezondheidsindicatoren m.b.t. overgewicht, obesitas en ondergewicht	26
Tabel 11. Gezondheidsindicatoren m.b.t. lichaamstevredenheid en risico op eetstoornis	27
Tabel 12. Gezondheidsindicatoren m.b.t. roken bij volwassenen en ouderen	28
Tabel 13. Gezondheidsindicatoren m.b.t. stoppen met roken	29
Tabel 14. Gezondheidsindicatoren m.b.t. roken bij jongeren	30
Tabel 15. Gezondheidsindicatoren m.b.t. roken in de omgeving van jongeren	31
Tabel 16. Gezondheidsindicatoren m.b.t. e-sigaret	32
Tabel 17. Indicatoren m.b.t. alcoholgebruik bij jongeren	33
Tabel 18. Indicatoren m.b.t. alcoholgebruik bij studenten	34
Tabel 19. Indicatoren m.b.t. alcoholgebruik bij volwassenen en ouderen	34
Tabel 20. Indicatoren m.b.t. cannabisgebruik	36
Tabel 21. Indicatoren m.b.t. cannabisgebruik bij studenten	37
Tabel 22. Indicatoren m.b.t. gebruik van andere illegale drugs dan cannabis	38
Tabel 23. Indicatoren m.b.t. gebruik van psychoactieve medicatie	39
Tabel 24. Indicatoren m.b.t. gebruik van psychoactieve medicatie bij studenten	39
Tabel 25. Indicatoren m.b.t. gokken	41
Tabel 23. Percentage met meer dan 14u/week gamen de afgelopen week	40
Tabel 27. % dat voldoet aan het kwaliteitscriterium van de Vlaamse gezondheidsdoelstelling voor het algemeen gezondheidsbeleid voor de subdoelstelling 'Gezin, bron van gezondheid'	50
Tabel 28. % dat voldoet aan het kwaliteitscriterium van de Vlaamse gezondheidsdoelstelling voor het algemeen gezondheidsbeleid voor de subdoelstelling 'Gezondheid in het onderwijs'	51
Tabel 29. % dat voldoet aan het kwaliteitscriterium van de Vlaamse gezondheidsdoelstelling voor het algemeen gezondheidsbeleid voor de subdoelstelling 'Werken, ook aan gezondheid'	52
Tabel 30. % dat voldoet aan het kwaliteitscriterium van de Vlaamse gezondheidsdoelstelling voor het algemeen gezondheidsbeleid voor de subdoelstelling 'Meer gezondheid in de zorg	53
Tabel 31. % dat voldoet aan het kwaliteitscriterium van de Vlaamse gezondheidsdoelstelling voor het algemeen gezondheidsbeleid voor de subdoelstelling 'Meer gezondheid in de zorg	54

MANAGEMENTSAMENVATTING

Situering

De gezondheidsdoelstelling 'De Vlaming leeft gezonder in 2025' werd in 2018 goedgekeurd door het Vlaams Parlement met als doel de burger tegen 2025 gezonder te helpen leven door het voeren van een preventief gezondheidsbeleid voor de thema's 'Voeding, Beweging, Tabak, Alcohol en Drugs'.

Om dit concreter te maken werd een strategisch plan opgesteld met subdoelstellingen, preventiestrategieën en voorbeelden van acties. Belangrijke uitgangspunten zijn settinggericht werken, 'Health in All Policies', terreinwerk en het streven naar meer gezondheidsgelijkheid.

In 2022 werd het strategisch plan 'De Vlaming leeft gezonder in 2025' tussentijds geëvalueerd aan de hand van de beschikbare gegevens en indicatoren:

- de gezondheidssituatie op populatieniveau werd in kaart gebracht op basis van gezondheidsindicatoren uit bestaande registraties en onderzoeken;
- de voortgang van de verschillende procesindicatoren werd nagegaan;
- vijf concrete preventiemethodieken werden onder de loep genomen;
- er werden aanbevelingen geformuleerd rond goed bestuur.

De bevindingen werden samengebracht in dit rapport. Hiervoor werkte Zorg en Gezondheid samen met o.a. relevante partnerorganisaties (Vlaams Instituut Gezond Leven, Eetexpert en het Vlaams Expertisecentrum voor Alcohol en andere Drugs).

Het is de bedoeling om op basis van deze vaststellingen het beleid bij te sturen waar nodig of nieuwe accenten te leggen.

Met betrekking tot de interpretatie van de gegevens en het meten van de impact van het preventief gezondheidsbeleid vragen we voorafgaand aandacht naar de volgende nuancering:

- Preventief gezondheidsbeleid streeft naar meer gezondheid nu en in de toekomst door onder meer in te zetten op duurzame gedragsverandering. De impact is niet altijd op korte termijn meetbaar.
- (verandering in) gedrag in kaart brengen is minder evident dan bv. het meten van bloedwaarden, of het meten van het aantal vaccinaties.
- De inspanningen van het beleid om burgers aan te moedigen tot een meer gezonde leefstijl zijn niet eenvoudig causaal te verbinden aan de gezondheidsstatus van de Vlaming: verschillende maatschappelijke factoren (marketing, prijs, beschikbaarheid, omgeving...) spelen een rol bij het beïnvloeden van gezondheidsgedrag.
- Sommige adequate beleidsinterventies vallen buiten de invloedssfeer van de Vlaamse minister bevoegd voor Volksgezondheid of de Vlaamse overheid. Dit is een (extra) uitdaging voor realiseren van impact.

Tot slot is ook deze gedachte belangrijk: in de gezondheidszorg wordt in grote mate geïnvesteerd in het ageren op een gezondheidsprobleem. Deze reflex is een valkuil voor het preventief gezondheidsbeleid dat inzet op het *voorkómen* van een risico of probleem: een positieve evolutie in gezondheidsindicatoren brengt vaak paradoxaal genoeg de urgentie om te blijven investeren in de interventie die daartoe bijdraagt in gedrang.

Evoluties op basis van gezondheidsindicatoren

Op basis van gezondheidsindicatoren kunnen evoluties en aandachtspunten in de gezondheid van de Vlaming vastgesteld worden. De laatst beschikbare metingen dateren grotendeels van 2018.

Tussen 2013 en 2018 is er vooruitgang te zien op vlak van het thema gezonde voeding: de Vlaming drinkt minder frisdrank en meer water en behoudt de goede gewoonte van het dagelijks ontbijt. De cijfers tonen ook een daling in het alcoholgebruik en een verminderd aandeel huidige en dagelijkse rokers.

Anderzijds blijft voldoende fruit- en groenteconsumptie een aandachtspunt en valt op dat het laatstejaarsgebruik van cannabis en overige illegale drugs niet afneemt, al blijft deze groep gebruikers klein. Specifiek voor jongeren zijn er positieve evoluties te zien: ze hebben een hogere groenten- en fruitconsumptie, een hogere lichaamstevredenheid, in deze doelgroep is er een daling in dagelijkse en regelmatige rokers, en ook het laatstejaarsgebruik van alcohol en cannabis daalde. In vergelijking met andere leeftijdsgroepen hebben ze wel de hoogste consumptie in gesuikerde dranken en halen weinigen onder hen de beweegaanbeveling en de aanbeveling rond schermtijd.

Over de verschillende thema's heen toont de analyse van de gezondheidsindicatoren vaak een verschil in functie van opleidings- of onderwijsvorm en socio-economische klasse. Zo worden meer positieve evoluties vastgesteld bij volwassenen met een diploma hoger onderwijs en jongeren uit het ASO dan bij volwassenen met een diploma lager onderwijs of geen diploma en jongeren uit het BSO, KSO/TSO. Belangrijke uitzonderingen hierop worden vastgesteld voor sedentair gedrag en problematisch alcoholgebruik: voor deze indicatoren doen volwassenen met een diploma hoger onderwijs het minder goed.

Deze resultaten herbevestigen de nood aan een basisaanbod van preventieve gezondheidszorg dat voor alle burgers toegankelijk is, met de mogelijkheid voor extra/ander aanbod voor specifieke groepen waarvoor dat basisaanbod niet volstaat. Dit is de essentie van proportioneel universalisme, een belangrijk basisprincipe in het preventief gezondheidsbeleid.

Evoluties op basis van procesindicatoren

De vierjaarlijkse 'indicatorenbevraging' volgt sinds 2003 op hoe het gesteld is met de realisatie van de gezondheidsdoelstelling 'De Vlaming leeft gezonder in 2025' en monitort hoe organisaties binnen diverse settings hun preventief gezondheidsbeleid invullen gedurende de voorgaande vier jaar. De bevraging wordt uitgevoerd in de settings onderwijs, werk, lokale besturen en sinds 2019 ook binnen zorg en welzijn, kinderopvang van baby's en peuters en buitenschoolse opvang. In de settings waar de bevraging eerst werd uitgevoerd is het al mogelijk evoluties te zien in de mate waarin een kwalitatief preventiebeleid wordt gevoerd.

- Zo is het aantal basisscholen dat in 2019 het kwaliteitscriterium haalde voor het voeren van een preventief gezondheidsbeleid, gestegen met 3% t.o.v. 2015, terwijl dit voor secundaire scholen stabiel is gebleven t.o.v. 2015.
- In 2019 haalde 18% van de ondernemingen met minstens 20 werknemers de minimumnorm voor een preventief gezondheidsbeleid. Dat is een stijging met 5% in vergelijking met 2015 (13%).
- In 2020 haalde 52% van de lokale besturen dit criterium. In 2016 was er een gelijkaardig resultaat.

Naar aanloop van de zevende editie, die vanaf najaar 2022 gestart is, werden een aantal aanpassingen en vernieuwingen doorgevoerd in de preventiepeiling. De aanpassingen zijn gericht op enerzijds een betere meting, maar anderzijds ook op het genereren van meer respons en dus meer data om uitspraken te kunnen doen over evoluties. Op die manier kunnen organisaties en instellingen binnen de settings beter geïnformeerd en geïnspireerd worden rond hun preventief gezondheidsbeleid. De volgende aanpassingen zijn gebeurd:

- de naam is veranderd naar preventiepeiling, een term die de lading meer dekt. De nieuwe naam en nieuwe website en de promotie daarrond, helpen ook de aandacht te trekken bij respondenten;
- per thema werden kwaliteitscriteria opgemaakt om de bevraging te kunnen richten op de essentie;
- de thema's mondgezondheid en valpreventie werden toegevoegd;
- de subsetting 'voorzieningen voor personen met een handicap' werd toegevoegd aan de setting Zorg en Welzijn;

- de uitnodigingsmail voor de preventiepeiling werd geoptimaliseerd, bv. de toevoeging van een link naar je persoonlijke vragenlijst;
 - een motiverend filmpje legt uit waarom je best deelneemt aan de preventiepeiling;
 - een vast stappenplan voor verspreiding van de resultaten per setting werd opgemaakt, dit verbetert de doorstroom van informatie;
 - via infographics, motiongraphics en e-brochures worden de resultaten visueel aantrekkelijker, compacter en toegankelijker gemaakt voor de settings;
 - samenwerking met andere onderzoekers binnen Sciensano en HBSC-studie maakt dat in de toekomst data kunnen gekoppeld worden;
 - een interactief dashboard voor lokale besturen maakt het mogelijk om in de toekomst data te kunnen benchmarken;
 - inspiratiegidsen 'Hoe aan de slag gaan?' motiveren respondenten na het invullen van de vragenlijst.
- Deze vernieuwingen moeten er mee voor zorgen dat we voor de verschillende deelnemende settings een beeld kunnen geven van hun gevoerde preventief gezondheidsbeleid. Het overzicht van de resultaten van de preventiepeiling is terug te vinden op preventiepeiling.be

Enkele preventiemethodieken onder de loep genomen

Op basis van een analyse van bestaande evaluatiedocumenten van vijf preventiemethodieken wordt aanbevolen om in de levenscyclus van preventiemethodieken de nodige aandacht te hebben voor de einddoelgroep die men aanspreekt, voor de socio-economische gradiënt in deze groep (of subgroep) en voor de manier waarop de methodiek deze groep het beste kan bereiken. Andere aanbevelingen hebben betrekking op de ontwikkeling en actualisatie, bereik en beschikbaarheid en ten slotte de implementatie en communicatie.

Daarnaast worden ook randvoorwaarden voor methodiekontwikkeling geformuleerd. Zo is de beschikbaarheid van voldoende middelen een belangrijke randvoorwaarde om methodieken op voldoende kwalitatieve wijze te kunnen ontwikkelen, implementeren en dissemineren. Om preventiemethodieken voldoende kwalitatief te onderhouden en bij te werken, is een beperktere set van duurzame, verankerde methodieken te verkiezen boven een groot aantal methodieken.

Aanbevelingen rond goed bestuur

Goed bestuur gaat over de bestuurlijke capaciteit en slagkracht van (de betrokken actoren bij) het preventieve gezondheidsbeleid. Er worden zeven aanbevelingen naar 2025 toe gedaan:

- versterking van politiek engagement voor het facettenbeleid;
- verankering van settinggericht werken;
- verankering van proportioneel universalisme;
- nodengestuurde methodiekontwikkeling en beleidskeuzes;
- marketing van methodieken via een duurzame, settingspecifieke marketingstrategie;
- methodiekontwikkeling op maat van het terrein;
- duidelijke taakverdeling.

Geplande projecten en aanpak voor de volgende jaren

Preventief gezondheidsbeleid is gericht op duurzame gedragsverandering. De volgende jaren zal met verschillende methodieken verder ingezet worden op meer gezondheid met aandacht voor groepen die in één of meer opzichten kwetsbaar zijn. Via een mix van preventiestrategieën/methodieken in verschillende settings wensen we door te slijpen in alle lagen van de bevolking. Het totale overzicht

van initiatieven naar verschillende settings is terug te vinden op de website preventiemethodieken.be. Hieronder worden enkele van die methodieken beschreven.

Het project [SWEEP](#) voor jongeren is een nieuw initiatief van het Vlaams Instituut Gezond Leven vzw en het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Sport Vlaanderen, MOEV en Departement Onderwijs en Vorming. Het heeft tot doel jongeren tussen 12 en 18 jaar te inspireren, motiveren, activeren en samenbrengen om te bewegen én daar plezier in te vinden.

[10.000 stappen 'no steps no glory'](#): door elke dag een beetje te bewegen, bouwt men aan een betere gezondheid. [10.000 stappen](#) gaat deze uitdaging aan. In kader van Health in AI Policies kan dit project als een good practice naar voor geschoven worden. Gezond Leven promoot samen met en via de Logo's stapvriendelijke buurten en ging hiervoor een samenwerking aan met Sport Vlaanderen. Via een 4-jarige campagne rond '10.000 stappen – elke stap telt' wordt elke jaar één van de hoofdthema's geselecteerd en wordt het project binnen de steden, gemeenten en buurten dichterbij gebracht.

[BOV](#): Het project Bewegen Op Verwijzing heeft als doel om de burger via een coach te stimuleren om meer te bewegen naar een actievere levensstijl– met een persoonlijk beweegplan en consultaties. Het project wil elke Vlaming bereiken, ook de mensen in een maatschappelijk kwetsbare situatie. Ongeveer vier op de tien deelnemers hebben recht op een verhoogde tegemoetkoming. Dit betekent dat er een extra tussenkomst is van Vlaanderen en de deelnemers dus van een extra korting kunnen genieten.

[Snack en Chill](#): is een project om gezonde dranken en tussendoortjes in het secundair onderwijs te promoten. Het project houdt in dat de school een aantrekkelijk (vb. hapklaar), vers, en gevarieerd aanbod van gezonde tussendoortjes en dranken voorziet (o.a. fruit, groenten, water (met een smaakje)). Dit wordt aangeboden in een aantrekkelijk schoolwinkeltje of gezellige schoolbar, die georganiseerd en uitgebaat wordt door leerlingen.

Ondersteuningspakket media: Voor de media werd in 2020 een toolbox uitgewerkt om de makers van reportages (artikels, documentaire etc.) over eet- en gewichtsthema's te ondersteunen. De toolbox bevat zowel feitelijke kennis als handvatten om niet-stigmatiserend te communiceren en geen schadelijk gedrag uit te lokken. De toolbox werd ontwikkeld in afstemming met diverse betrokkenen (journalisten (o.a. VVJ), mediaorganisaties (MediarTE), ervaringsdeskundigen, organisatie Mediawijs, enz.). De toolbox werd geïmplementeerd op de website van Eetexpert (zie <https://eetexpert.be/toolbox/>) en officieel gelanceerd op 2 juni 2020.

We blijven ook de komende periode verder inzetten op [Tournée Minérale](#). Ondanks dat de campagne al meerdere jaren loopt, blijft de maand zonder alcohol aanslaan. De campagne heeft als doel om mensen te laten stilstaan bij hun alcoholgebruik, te sensibiliseren rond de risico's van alcohol en het algemeen alcoholgebruik te verminderen.

Rond **tabak** zal er daarnaast in het najaar van 2023 een campagne plaatsvinden gericht op het aanmoedigen van rookstopgesprekken in settings waarvan verwacht wordt dat er veel mensen die roken komen. We weten dat vooral mensen uit maatschappelijk kwetsbare groepen vandaag nog roken.

Ten slotte wordt er werk gemaakt van **een project rond cocaïne** onder andere naar aanleiding van de maatschappelijke onrust hieromtrent. In een eerste fase zal een vooronderzoek gevoerd worden om te achterhalen welke strategie(selectie dan wel geïndiceerde preventie) het meest impact kan betekenen, om dan in een tweede fase de effectieve methodiek uit te werken.

De partnerorganisaties binnen het preventief gezondheidsbeleid blijven uiteraard verder werken aan de uitvoering van hun goedgekeurde beleidsplannen, naast deze acties.

1. INLEIDING

1.1 CONTEXT

Het decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid voorziet het formuleren van Vlaamse gezondheidsdoelstellingen. In aanloop naar de gezondheidsconferentie preventie van 16 en 17 december 2016 werden de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen rond Voeding en Beweging en rond Tabak, Alcohol en Drugs die in 2015 afliepen, geëvalueerd. Dit resulteerde in een nieuwe doelstelling 'De Vlaming leeft gezonder in 2025' en een strategisch plan met preventiestrategieën om de gezondheidsdoelstelling te realiseren.

In het strategisch plan werd gekozen voor een tussentijdse evaluatie in 2021, wat wil zeggen na vier werkjaren (2018 tot 2021). Deze termijn werd gekozen om vervolgens nog vier jaren te kunnen werken aan de realisatie van de doelstelling, rekening houdend met de nieuwe inzichten en aanbevelingen naar aanleiding van de evaluatie van de eerste vier jaar.

In deze tussentijdse evaluatie wordt gerapporteerd over de realisaties sinds de start van het strategisch plan en zal een overzicht worden gegeven van verschillende types indicatoren. Dit strategisch plan behandelt de volgende preventiethema's: gezond eten, bewegen, sedentair gedrag, tabak, alcohol en drugs en omvat subdoelstellingen op het niveau van verschillende settings.

In het strategisch plan werden specifieke accenten gelegd voor het preventieve gezondheidsbeleid in Vlaanderen, zoals settinggericht werken, meer nadruk op de implementatie van preventiemethodieken op het terrein. Zo wordt een geïntegreerd beleid gerealiseerd waarbinnen verdieping en verbreding mogelijk wordt. Verdieping via flankerende thema's zoals ondervoeding bij ouderen, eetstoornissen, psychoactieve medicatie, gamen, gokken is nu al voorzien en er werd gedurende 2022 een verbreding naar andere thema's of gezondheidsdoelstellingen voorbereid en uitgevoerd voor de thema's geestelijke gezondheidsbevordering, val- en fractuurpreventie bij ouderen en preventieve mondzorg.

In wat volgt, wordt een kort overzicht gegeven van de voornaamste bouwstenen van het strategisch plan 'De Vlaming leeft gezonder in 2025' (subdoelstellingen, preventiestrategieën, acties en leidende principes) zoals goedgekeurd in 2018.

1.1.1. *Overkoepelende gezondheidsdoelstelling en settinggerichte (sub)doelstellingen*

- **Overkoepelende gezondheidsdoelstelling: De Vlaming leeft gezonder in 2025**

Tegen 2025 leven we gezonder op vlak van¹ gezond eten, sedentair gedrag, lichaamsbeweging, tabak, alcohol en drugs. Hiervoor wordt een beleid gevoerd in de levensdomeinen, gezin, vrije tijd, onderwijs, werk, zorg en welzijn en de buurt, richt het beleid zich rechtstreeks naar de burger en wordt er ingezet op goed bestuur. Dit alles leidt tot verbetering van verschillende indicatoren bij diverse bevolkingsgroepen met extra aandacht voor kwetsbare groepen.

- **Gezondheid in eigen handen**

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

¹ Deze opsomming betekent niet dat er geen specifieke acties zullen ondernomen worden m.b.t. gamen, gokken psycho-actieve medicatie, ondervoeding en eetstoornissen.

- **Gezin bron van gezondheid**

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

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

- **Vrije tijd, gezonde tijd**

Tegen 2025 voeren vrijetijdsactoren een beleid dat gezonde leefstijl bevordert.

- **Gezondheid in onderwijs**

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

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

- **Werken, ook aan gezondheid**

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

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

- **Meer gezondheid in de zorg**

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

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

- **Gezonde buurten**

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

- **Goed bestuur, de weg naar gezondheid**

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

1.1.2. Preventiestrategieën

Het is belangrijk er op te wijzen dat preventiestrategieën² geen doelstellingen zijn, maar een middel om dat doel te bereiken. Een beleid in diverse settings dat wil bijdragen tot meer gezondheid zal, om efficiënt te zijn, bestaan uit een mix aan strategieën en acties. Het beleid zet met de diverse acties enerzijds in op verschillende types van strategieën en anderzijds richt het zich zowel op het individu rechtstreeks als op zijn directe en bredere omgeving. Zo is er sprake van [een matrix model](#) voor acties. Daarenboven zullen de acties gericht zijn op specifieke gezondheidsthema's, of benaderen ze de verschillende thema's samen. Het preventieve gezondheidsbeleid in het algemeen en via bepaalde levensdomeinen realiseert immers slechts voldoende gezondheidswinst als alle belangrijke thema's aan bod komen in de setting waar ze relevant zijn.

De verschillende strategieën en acties worden dus op een doordachte en samenhangende manier gebruikt, binnen een globale, beleidsmatige aanpak. In de mate waarin alle strategieën samen aan bod komen zal het succes van het beleid toenemen. Dit betekent echter niet dat een (organisatie binnen een) setting alles tegelijk met eenzelfde intensiteit moet realiseren. Een beleidsmatige aanpak verloopt in fases, en start typisch met een verkenning van de noden en behoeften, en de aanwezige hulpbronnen. Op basis daarvan kunnen trajecten op maat worden ontwikkeld, die onderling kunnen verschillen in termen van scope, tempo en populatie.

Globaal genomen wordt er verwacht telkens aandacht te besteden aan de volgende types van strategieën bij het ontwikkelen van een preventief gezondheidsbeleid:

- **'Educatie'** is een ruim begrip. Dit omvat: informeren en sensibiliseren³ van doelgroep⁴ en/of naaste omgeving, informeren en sensibiliseren van intermediairs⁵, vaardigheden versterken⁶ bij doelgroep en/of naaste omgeving en deskundigheidsbevordering bij intermediairs.
- Bij **'omgevingsinterventies'** wordt 'omgeving', zoals in het preventiedecreet, zeer ruim ingevuld: zowel fysiek, ruimtelijk, materieel als sociaal. Dit houdt onder andere het principe van nudging⁷ (gedragssturing via een niet-dwingende prikkel) in.
- **'Afspraken en regels'** heeft in de eerste plaats betrekking op afspraken die binnen een setting worden gemaakt. Dat kan gaan over afspraken tussen organisaties of afspraken tussen organisaties en cliënten of gebruikers. De afspraken kunnen vastgelegd worden in regels, bijvoorbeeld in een schoolreglement of in een huishoudelijk reglement. Afspraken en regels verankeren in wetgeving kan ook, en dit zowel settinggericht als settingoverschrijdend, maar het is de bedoeling dit alleen te doen als dit een duidelijke meerwaarde heeft.

² Het begrip preventiestrategie wordt in het preventiedecreet genoemd maar niet gedefinieerd. In het algemeen wordt dit begrip gebruikt om aan te geven op welke manieren een gezondheidsdoelstelling zal gerealiseerd worden. Voor deze gezondheidsdoelstelling worden die geclusterd rond vier types (educatie, omgevingsinterventies, afspraken en regels en zorg en begeleiding). Het begrip preventiemethodiek wordt eerder gebruikt op een meer operationeel niveau en wordt omschreven als een verzameling technieken en activiteiten in het kader van het realiseren van een strategisch plan, gericht op een algemene of specifieke doelstelling (VGR, advies BVR Werkgroepen). De partnerorganisaties ontwikkelen deze methodieken volgens een leidraad. Een methodiek omvat ondersteuningsmiddelen (materialen en diensten) om hem te kunnen toepassen en grijpt in op een of meerdere strategieën (zie hierboven). Zo vormen methodieken een geheel van te volgen vaste, weldoordachte werkwijzen om een bepaalde doelstelling te bereiken (BVR Partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking).

³ Met informeren en sensibiliseren wordt de nadruk gelegd op kennisoverdracht (weten), bewustmaking en motivatie

⁴ De doelgroep is de einddoelgroep en/of naaste omgeving zoals peergroup.

⁵ De organisaties en zorgaanbieders die een meerwaarde kunnen bieden voor het preventieve gezondheidsbeleid.

⁶ Met 'vaardigheden versterken' en 'deskundigheidsbevordering' wordt de nadruk gelegd op kunnen en doen, op handelen en op acties die leiden tot interventie

⁷ Zie resolutie Vlaams parlement: [conceptnota](#) en [verslag](#).

- **'Zorg en begeleiding'** omvat naast het creëren van een zorgzame omgeving ook vroegsignalering, vroegdetectie en vroeginterventie en het toeleiden naar hulp.

1.1.3. Voorbeelden van acties

De preventiestrategieën worden per subdoelstelling verder geconcretiseerd in verschillende acties. Zoals in het strategisch plan werd toegelicht, werden een aantal acties opgenomen bij wijze van voorbeeld (zoals Bewegen Op Verwijzing, Procesbegeleiding Zorg en Welzijn, Sportivos, ...). In de loop van de jaren komen acties in een andere fase, worden ze afgerond of worden er acties toegevoegd.

1.1.4. Leidende principes

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

1.2 DE OPBOUW VAN DEZE TUSSENTIJDSE EVALUATIE

In de loop van 2021 en 2022 werd de tussentijdse evaluatie tot stand gebracht, in coördinatie door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, samen met de partnerorganisaties voor de betreffende thema's en andere relevante actoren.

In deze tussentijdse evaluatie wordt gerapporteerd over de realisaties sinds de start van het strategisch plan m.b.t. de volgende preventiethema's: gezond eten, bewegen, sedentair gedrag, tabak, alcohol en drugs. In dit rapport wordt een overzicht worden gegeven van:

- In Hoofdstuk 2 wordt de Vlaamse gezondheidssituatie geschetst o.b.v. een **bespreking van de gezondheidsindicatoren** m.b.t. de thema's in het strategisch plan. Er wordt daarbij gekeken worden naar de verschillen in evolutie over de tijd, met de nodige aandacht voor verschillen tussen leeftijdscategorieën, geslachten, socio-economische status en opleidings- of onderwijsvormen. In de bijlage worden alle besproken indicatoren in één overzicht samengebracht.
- Hoofdstuk 3 geeft een overzicht van de **evolutie van procesindicatoren** tussen 2015 en 2019. Dit wordt gebaseerd op de resultaten van de meest recente indicatorenbevraging van Gezond Leven. De kwaliteit van het algemene preventieve gezondheidsbeleid gemonitord voor de verschillende settings, namelijk onderwijs, werk, lokale besturen, zorg en welzijn, kinderopvang voor baby's en peuters, buitenschoolse opvang en hoger onderwijs.
- In Hoofdstuk 4 komen **vijf geselecteerde preventiemethodieken** aan bod. Op basis van bestaande evaluaties werd nagegaan welke aanbevelingen nuttig zijn voor zowel de ontwikkeling van nieuwe methodieken, als voor het verbeteren van de bestaande methodieken.
- Hoofdstuk 5 geeft een bespreking van **Goed Bestuur** weer, die de bestuurlijke capaciteit en slagkracht van (de betrokken actoren bij) het preventieve gezondheidsbeleid aangeeft.
- Tot slot, worden er **aanbevelingen en conclusies** geformuleerd in Hoofdstuk 6 op basis van de voornaamste leerpunten van de voorafgaande onderdelen. Daartoe worden de relevante aspecten van dit rapport gebundeld tot aanbevelingen die in de komende jaren belangrijk zullen zijn om verder op in te zetten om de doelstelling van 'De Vlaming leeft gezonder in 2025' zo goed mogelijk te behalen.

De voornaamste actoren en hun rol in het traject van de tussentijdse evaluatie worden hieronder geschetst:

1. VLAAMS AGENTSCHAP ZORG EN GEZONDHEID (ZORG EN GEZONDHEID)

Het Agentschap Zorg en Gezondheid heeft in het kader van het preventieve gezondheidsbeleid als kerntaken o.a. het opzetten en uitvoeren van projecten en programma's, het erkennen en subsidiëren van initiatieven die deze uitvoeren en beleidsvoorbereiding door het adviseren van dossiers. Concreet staat Zorg en Gezondheid in voor het voorbereiden van het strategisch plan van 'De Vlaming leeft gezonder in 2025'.

2. VLAAMS INSTITUUT GEZOND LEVEN (VIGL)

Het Vlaams Instituut Gezond Leven is een partnerorganisatie die het Vlaams beleid inzake gezondheidsbevordering en ziektepreventie ondersteunt. Zij voerden de analyses van gezondheidsindicatoren uit, droegen bij aan de opbouw en formulering van aanbevelingen en de toevoeging van geestelijke gezondheidsbevordering als thema binnen de herziening van het strategisch plan. Het Vlaams Instituut Gezond Leven is de partnerorganisatie voor o.a. de

thema's Voeding en Beweging en maakt deel uit van het Consortium tabak, de partnerorganisatie tabak (samen met Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding, Kom Op Tegen Kanker en Stichting Tegen Kanker).

3. VLAAMS EXPERTISECENTRUM ALCOHOL EN ANDERE DRUGS (VAD)

Ze is de partnerorganisatie van de Vlaamse overheid in het kader van het preventiebeleid van alcohol- en andere drugproblemen. VAD is ook de koepel van de Vlaamse organisaties die werken rond alcohol en andere drugs. Zij voerden de analyses van gezondheidsindicatoren uit, droegen bij aan de opbouw en formulering van aanbevelingen.

4. EETEXPERT

Eetexpert is het Vlaams Kenniscentrum voor eet- en gewichtsproblemen. Zij voerden de analyses van gezondheidsindicatoren uit, droegen bij aan de opbouw en formulering van aanbevelingen.

5. EXTERNE ORGANISATIE VOOR ORGANISATORISCHE ONDERSTEUNING

Ter ondersteuning van het voortraject werd samengewerkt met consulting bedrijf Möbius Business Redesign. Möbius ondersteunde het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid met de coördinatie tussen bovenvermelde actoren.

2. DE GEZONDHEIDSSITUATIE A.D.H.V. GEZONDHEIDSINDICATOREN

In wat volgt wordt de gezondheidssituatie met betrekking tot de beleidsthema's voeding, beweging, sedentair gedrag, tabak, alcohol, drugs. Zoals in het strategisch plan opgenomen wordt er werk gemaakt van een verdieping van de betrokken beleidsthema's. Daarom werden de onderwerpen gamen, gokken, psychoactieve medicatie, ondervoeding bij ouderen meegenomen in deze bespreking. Bovengenoemde thema's werden geëvalueerd aan de hand van de laatst beschikbare gezondheidsindicatoren. Zoals aangegeven in het strategisch plan 'De Vlaming leeft gezonder in 2025 (2017-2025)' zijn deze indicatoren **een maat voor het effect (outcome) van het gevoerde Vlaamse preventiebeleid** op vlak van leefstijl (gedragsindicatoren), gezondheidsrisico's en gezondheid. Deze indicatoren hebben betrekking op de eerder vermelde thema's.

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

Bij deze gezondheidsindicatoren zijn geen streefcijfers geformuleerd in het strategisch plan. De subdoelstellingen zijn immers gericht op het voeren van een preventief gezondheidsbeleid in verschillende settings. Wel is het de bedoeling om de **evolutie te monitoren** en voor zo veel mogelijk gezondheidsindicatoren **verbetering te realiseren**. Deze monitoring zal gebeuren in functie van de beschikbaarheid van nieuwe cijfers en zal daarnaast ook een belangrijke drijfveer zijn voor eventuele beleidsbijsturing.

2.1 INLEIDING

In deze tussentijdse evaluatie werd gekozen voor een weergave van een **selectie van gezondheidsindicatoren** die werden opgenomen in de bijlage van het strategisch plan 'De Vlaming leeft gezonder in 2025 (2017-2025)'. Deze selectie werd bekomen in overleg met de betrokken partnerorganisaties (zoals vernoemd onder 0). Het doel was om een selectie van indicatoren te includeren die enerzijds de gezondheidssituatie voldoende kan duiden en anderzijds overzichtelijk blijft voor de lezer. Bovendien was deze selectie ook afhankelijk van de indicatoren waarvoor recente cijfers beschikbaar waren (op tijdstip van het schrijven van deze evaluatie).

Het startpunt voor de bespreking van gezondheidsindicatoren in deze tussentijdse evaluatie is 2013/2014 (tenzij anders aangegeven voor enkele uitzonderingen). Dit tijdstip werd gekozen aangezien het bij de Gezondheidsconferentie Preventie in 2016 en bij de opmaak van het strategisch plan (2017-2025) gebruikt werd als vertrekpunt. Dat was immers het laatst beschikbare meetpunt van de voornaamste rapporten, zoals de Gezondheidsenquête, waar de meeste cijfers vandaan komen. Waar mogelijk wordt verwezen naar rapporten of cijfermateriaal die interessant kunnen zijn voor de lezer, ook al werden deze niet expliciet in de bespreking van gezondheidsindicatoren opgenomen.⁸

Het meetpunt voor de bespreking van gezondheidsindicatoren in deze tussentijdse evaluatie is 2018/2019. Dit tijdstip werd gekozen aangezien dit de meest recente cijfers zijn voor de meeste studies

⁸ Zo zijn er bij Opgroeien bijvoorbeeld gegevens beschikbaar m.b.t. BMI bij Vlaamse kinderen en jongeren, gekoppeld aan SES-variabelen. Echter zijn deze gegevens enkel beschikbaar tot 2020 voor kinderen tot de leeftijd van 2 jaar, maar voor andere leeftijdsgroepen is dit slechts tot 2016.

bij de voorbereiding van de tussentijdse evaluatie. Belangrijk hierbij is dat het strategisch plan van ‘De Vlaming leeft gezonder in 2025’ werd goedgekeurd in 2018. Dit meetpunt kan dus niet dienen als een evaluatie van het strategisch plan, maar de evoluties in gezondheidsindicatoren vormen alsnog een belangrijke bespreking voor de gezondheidstoestand van de Vlaming. Daarnaast vormen ook de verzameling en bespreking van deze metingen een grondige voorbereiding voor de finale evaluatie van het strategisch plan in 2025. Waar meer recente cijfergegevens (dan 2018/2019) beschikbaar zijn, worden deze gebruikt.

De **voornaamste studies en rapporten** waarop deze bespreking gebaseerd is, worden opgelijst en kort toegelicht in hoofdstuk 2.4.

Naast de evoluties in tijd, wordt ook aandacht besteed aan eventuele verschillen tussen geslachten en leeftijdsgroepen. Bij elk thema worden cijfers voor vastgelegde **leeftijdscategorieën** besproken. Daarnaast werden binnen elk thema enkele leeftijdsgroepen uitgelicht die van belang zijn. Tenzij anders vermeld in de tekst, werden de leeftijdsgroepen als volgt gedefinieerd:







Tabel 1. Leeftijdscategorieën

Categorie	Leeftijden
Vlaamse bevolking	Alle leeftijden
Kinderen	0 t.e.m. 9/10 jaar
Jongeren	11 t.e.m. 17/18 jaar
Volwassenen	18 t.e.m. 64 jaar
Ouderen	65 jaar en ouder (65+)

Opmerking: Kleuters worden niet apart meegenomen omwille van beperkte studies die deze leeftijdsgroep in kaart brengen.

Onderstaande legende dient voor het lezen en correct interpreteren van de cijfers in de tabellen doorheen de bespreking:

Legende voor het lezen van de tabellen:

-  Significante, negatieve evolutie voor gezondheid over de tijd (kan daling ↓ of stijging ↑ zijn)
-  Geen significante evolutie voor gezondheid over de tijd
-  Significante, positieve evolutie voor gezondheid over de tijd (kan daling ↓ of stijging ↑ zijn)
-  Onvoldoende gegevens om een evolutie te bepalen (geen significantieberekening mogelijk of beschikbaar bv. o.w.v. inconsistente meetinstrumenten, slechts één meettijdstip beschikbaar,...)
-  Significants verschil tussen geslacht, inkomenskwintiel of onderwijsvorm in dezelfde periode. Bij afwezigheid van een boogje is dergelijk verschil dus niet significant.
-  Significantie van het verschil tussen geslacht, inkomenskwintiel of onderwijsvorm in dezelfde periode werd niet nagegaan. Dit verschil kan dus alsnog significant zijn.

2.2 BESPREKING VAN DE GEZONDHEIDSINDICATOREN

2.2.1. Een eerste blik op de gezondheidsindicatoren

Wat volgt is een bespreking van de gezondheidsindicatoren voor volgende thema's: Voeding, Beweging, Sedentair gedrag, Gewicht, Eetstoornissen, Tabak, Alcohol, Drugs, Psychoactieve medicatie, Gokken, Gamet.

Het thema **Voeding** brengt eetpatroon en -gewoontes van de Vlaming – zoals dagelijks ontbijten, groente- en fruitconsumptie, het drinken van frisdrank en water enz. – in kaart. Waar beschikbaar en

relevant wordt stilgestaan bij verschillen tussen de geslachten, leeftijdsgroepen of onderwijsvormen. De thema's **Beweging** en **Sedentair gedrag** worden samen besproken; daarbij wordt onder meer aandacht geschonken aan het behalen van de gezondheidsaanbeveling beweging, alsook aan het langdurig stilzitten wat onafhankelijk van het behalen van de gezondheidsaanbeveling beweging een belangrijke risicofactor voor de gezondheid is. Ook schermtijd bij jongeren in verschillende onderwijsvormen wordt gerapporteerd. Het onderdeel **Gewicht** brengt enkele evoluties in kaart betreffende overgewicht, obesitas en ondergewicht. Het thema van **Eetstoornissen** rapporteert onder meer hoe het gesteld is met de lichaamstevredenheid van de Vlaming en de signalen voor risico op een eetstoornis, met de nodige attentie voor aandachtsgroepen voor dit thema.

Bij het thema **Tabak** wordt de evolutie in dagelijkse, huidige rokers, ooit-rokers enz. gerapporteerd, alsook de cijfers omtrent stoppogingen en roken in de omgeving van jongeren (zowel vrienden als ouders). Tot slot worden ook de trends bij de e-sigaret toegelicht. Het thema **Alcohol** brengt onder de aandacht hoe het alcoholgebruik bij de Vlaming evolueerde, in welke mate aan de huidige gezondheidsrichtlijn werd voldaan en de evolutie in problematisch gebruik. Ook de beginleeftijd van alcoholconsumptie en het fenomeen van 'bingedrinken' wordt gerapporteerd. De thema's **Drugs** en **Psychoactieve medicatie** worden samen besproken. Hierbij worden trends in cannabisgebruik en gebruik van andere illegale drugs zoals cocaïne, XTC enz. besproken. Ook wordt aandacht besteed aan slaap- en kalmeermiddelen en het gebruik van stimulerende middelen, onder meer bij jongeren en studenten. Tot slot worden ook de thema's **Gokken** en **Gamen** samen besproken, waarbij gokken in verschillende gradaties wordt nagegaan (ooit gegokt, in de laatste week en risico op gokverslaving).

Voorafgaand aan de thematische bespreking, wordt eerst en vooral een blik geworpen op de **overkoepelende gezondheidsindicator**.

2.2.2. Overkoepelende gezondheidsindicator

Voor de overkoepelende gezondheidsdoelstelling werd in 2018 een overkoepelende indicator uitgewerkt. De **overkoepelende gezondheidsindicator** laat toe om na te gaan hoeveel ongezonde gedragingen gesteld worden door de Vlaming. Op de website van Zorg en Gezondheid wordt een [interactieve tool](#) ter beschikking gesteld die een overzicht biedt rond die overkoepelende gezondheidsindicator.

De overkoepelende gezondheidsindicator werd samengesteld en berekend op basis van de nationale Gezondheidsenquête van Sciensano. Er werd een bundeling gemaakt van 5 indicatoren voor tabak, alcohol, gewicht, voeding en beweging die toelaat om in één oogopslag de evolutie in gezondheid van de volwassen Vlaming op vlak bovengenoemde beleidsthema's vast te stellen. De **minimumwaarde** voor deze overkoepelde indicator is '0'. Het gaat hierbij om personen die voor geen enkele van de betrokken indicatoren 'slecht' scoren. Met andere woorden zijn dit personen die niet roken, niet meer dan tien eenheden alcohol per week drinken, geen overgewicht hebben, voldoende bewegen en minstens twee porties groenten per dag eten. De **maximumwaarde** is '5' en wordt gegeven aan die personen die voor alle indicatoren 'slecht' scoren. Met andere woorden zijn dit personen die roken, meer dan tien eenheden alcohol per week drinken, overgewicht hebben, onvoldoende bewegen en geen twee porties groenten en fruit per dag eten.

Er wordt gestreefd naar een zo groot mogelijk percentage van mensen die '0' scoren. Elk punt staat immers voor de aanwezigheid van een leefstijl gerelateerd gezondheidsrisico.

Omwille van fundamentele wijzigingen in twee van de vijf gebruikte indicatoren is het niet mogelijk om de evolutie in de overkoepelende gezondheidsindicator tussen 2013 en 2018 weer te geven. Op basis van de gegevens van de Gezondheidsenquête 2018 vertoonde 12,7% van de respondenten geen enkele

levensstijl gerelateerd risico. 0,2% daarentegen vertoonde elk van de vijf vermelde risico's. Het grootste deel van de Vlaamse respondenten vertoonde een (32,4%) of twee (32,2%) gezondheidsrisico's. De interactieve tool met o.a. de overkoepelende gezondheidsindicator zal ter beschikking gesteld worden binnen de vernieuwde Zorgatlas. De verschillende gezondheidsgegevens waarover Zorg en Gezondheid op vandaag beschikt, worden via die weg geconsolideerd en gepubliceerd naar verschillende actoren. Het doel van het Zorgatlas platform is om op termijn alle actoren in staat te stellen een populatie/data georiënteerd beleid te voeren.

2.2.3. Thema 'Voeding'

Een min of meer **gezond eetpatroon** houdt in dat jongeren dagelijks fruit, groenten en water consumeren alsook dagelijks ontbijten. In 2018 houdt 21,7% van de jongeren er volgens deze criteria een gezond eetpatroon op na, wat significant verbeterd is t.o.v. van 2014 (15,0%) (zie Tabel 2). In 2018, houden minder jongens (18,6%) dan meisjes (24,8%) er een dergelijk gezond eetpatroon op na. Jongeren uit het ASO (23,3%) hebben in 2018 een significant gezonder eetpatroon dan leeftijdsgenoten uit andere richtingen (TSO/KSO: 16,3%; BSO: 10,5%).

Tabel 2. Percentage met een gezond eetpatroon

Leeftijdsgroep	2014	2018	Evolutie	Bron
Jongeren	15,0%	21,7%	😊↑	HBSC (2014, 2018)
Jongens	11,9%	18,6%	😊↑	HBSC (2014, 2018)
Meisjes	18,3%	24,8%	😊↑	HBSC (2014, 2018)

Opmerking: Enkel statistisch significante evoluties kunnen geïnterpreteerd worden als een betekenisvolle wijziging; zie de [legende van de tabellen](#). De leeftijdsgroepen worden in [Tabel 1](#) toegelicht. Cijfers die niet beschikbaar zijn of waar de keuze werd gemaakt om deze in kader van dit rapport niet op te vragen, worden aangegeven met '/'.

De indicator 'gezond eetpatroon' is momenteel niet beschikbaar voor andere leeftijdsgroepen dan jongeren. Achtereenvolgens worden de verschillende aspecten van een gezond eetpatroon (dagelijks ontbijt, consumptie van fruit en groenten, drinken van water,...) overlopen waarbij de verschillende leeftijdsgroepen wel vertegenwoordigd zijn.

Dagelijks ontbijten

Dagelijks ontbijten was reeds een goede gewoonte bij 80,8% van de Vlamingen in 2013 en dit is **nagenoeg constant gebleven** in 2018 (79,9%) (zie Tabel 3). Er wordt een significant hogere prevalentie bij Vlamingen met een diploma hoger onderwijs (82,1% ontbijt dagelijks) t.o.v. Vlamingen met een hoger secundair (76,3%), lager secundair (79,0%) of lager/geen diploma (81,8%) vastgesteld. Van de kinderen eet 89,9% dagelijks een ontbijt in 2018 en van de 65 plussers is dat 93%. Van de jongeren eet 68,0% dagelijks een ontbijt in 2018, wat vergelijkbaar is met 2014 (68,3%).

Tabel 3. Percentage dat elke dag ontbijt

Leeftijdsgroep	2013/2014	2018	Evolutie	Bron
Totaal	80,8%	79,9%	☹	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Kinderen	88,7%	89,9%	☹	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Jongeren	68,3%	68,0%	☹	HBSC (2014, 2018)
Jongens	70,6%	68,8%	☹↓	HBSC (2014, 2018)
Meisjes	65,9%	67,1%	☹	HBSC (2014, 2018)
Volwassenen	75,5%	73,2%	☹	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Ouderen	92,2%	93,0%	☹	Gezondheidsenquête (2013, 2018)

Opmerking: Enkel statistisch significante evoluties kunnen geïnterpreteerd worden als een betekenisvolle wijziging; zie de [legende van de tabellen](#). De leeftijdsgroepen worden in [Tabel 1](#) toegelicht. Cijfers die niet beschikbaar zijn of waar de keuze werd gemaakt om deze in kader van dit rapport niet op te vragen, worden aangegeven met '/'.

Consumptie van groenten en fruit

Er is een significante stijging vastgesteld in de dagelijkse **fruitconsumptie** bij de totale Vlaamse bevolking van 55,3% in 2013 naar 59,8% in 2018 (zie [Tabel 4](#)). De hoogste prevalentie in 2018 wordt waargenomen bij kinderen (82,2%) en de laagste prevalentie bij volwassenen (53,2%); daarna neemt de prevalentie weer geleidelijk toe (69,5% bij ouderen). Bij kinderen is er bovendien een significante stijging in dagelijkse fruitconsumptie van 69,1% in 2013 tot 82,8% in 2018. Van de jongeren eet slechts 32,8% van de jongens en 42,2% van de meisjes in 2018 dagelijks fruit. Dit is wel een significante stijging t.o.v. van 2014 toen respectievelijk 22,4% en 34,1% van de jongens en meisjes dagelijks fruit at.

Minder dan de helft van de Vlamingen vanaf 6 jaar (35,2%) haalt in 2018 de **richtlijn om dagelijks 2 porties fruit te eten** (zie [Tabel 4](#)). Bij jongeren ligt dat percentage nog een stuk lager: slechts 15,3% van hen haalt de aanbevolen fruitconsumptie in 2018, al vormt dit wel een significante stijging t.o.v. 2014 (10,7%).

Tabel 4. Gezondheidsindicatoren m.b.t. fruitconsumptie

Percentage dat dagelijks fruit eet				
Leeftijdsgroep	2013/2014	2018	Evolutie	Bron
Totaal	55,3%	59,8%	😊↑	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Kinderen	69,1%	82,2%	😊↑	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Jongeren	44,1%	50,4%	☹️	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Jongens	22,4% ↘	32,8% ↘	😊↑	HBSC (2014, 2018)
Meisjes	34,1% ↘	42,2% ↘	😊↑	HBSC (2014, 2018)
Volwassenen	50,6%	53,2%	☹️	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Ouderen	66,3%	69,5%	☹️	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Percentage dat de richtlijn om dagelijks 2 porties fruit te eten behaalt				
Leeftijdsgroep	2013/2014	2018	Evolutie	Bron
Totaal (6+)	29,7%	35,2%	☹️	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Kinderen (6-10 jaar)	/	33,6%	🚫	Gezondheidsenquête (2018)
Jongeren	/	27,1%	🚫	Gezondheidsenquête (2018)
Jongens	10,7%	15,3%	😊↑	HBSC (2014, 2018)
Meisjes	8,9% ↘	13,7% ↘	😊↑	HBSC (2014, 2018)
Volwassenen	12,5% ↘	16,9% ↘	😊↑	HBSC (2014, 2018)
Ouderen	/	33,5%	🚫	Gezondheidsenquête (2018)
Ouderen	/	44,1%	🚫	Gezondheidsenquête (2018)

Opmerking: Enkel statistisch significante evoluties kunnen geïnterpreteerd worden als een betekenisvolle wijziging; zie de [legende van de tabellen](#). De leeftijdsgroepen worden in [Tabel 1](#) toegelicht. Cijfers die niet beschikbaar zijn of waar de keuze werd gemaakt om deze in kader van dit rapport niet op te vragen, worden aangegeven met '/'.

Zowel in 2013 als in 2018, gaf 79,3% van de Vlaamse bevolking aan **dagelijks groenten te eten** (zie

Meer meisjes (66,9%) dan jongens (56,8%) consumeren groenten op een dagelijkse basis. In vergelijking met de resultaten uit 2014 is te bemerken dat de dagelijkse groentconsumptie in 2018 significant steeg zowel bij de jongens als de meisjes.

Minder dan de helft van de Vlamingen vanaf 6 jaar (37,2%) haalt in 2018 de **richtlijn om dagelijks 2 porties groenten** (300 gram in totaal) te eten (zie [Tabel 5](#)); bij jongeren is dit slechts 20,5%. Er is wel een significante stijging tegenover 2014, toen behaalde maar 13,4% van de jongeren deze aanbeveling.

Tabel 5. Gezondheidsindicatoren m.b.t. groenteconsumptie

Percentage dat dagelijks groenten eet				
Leeftijdsgroep	2013/2014	2018	Evolutie	Bron
Totaal	79,3%	79,3%	☹	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Kinderen	78,6%	83,2%	☹	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Jongeren	73,7%	73,2%	☹	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Jongens	47,8%	56,8%	😊↑	HBSC (2014, 2018)
Meisjes	59,2%	66,9%	😊↑	HBSC (2014, 2018)
Volwassenen	78,8%	77,5%	☹	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Ouderen	83,9%	84,7%	☹	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Percentage dat de richtlijn om dagelijks twee porties groenten (totaal 300 gram) te eten behaalt				
Leeftijdsgroep	2013/2014	2018	Evolutie	Bron
Totaal (6+)	39,0%	37,2%	☹	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Kinderen (6-10 jaar)	/	29,0%	☹	Gezondheidsenquête (2018)
Jongeren	/	28,8%	☹	Gezondheidsenquête (2018)
Jongens	13,4%	20,5%	😊↑	HBSC (2014, 2018)
Meisjes	13,1%	19,5%	😊↑	HBSC (2014, 2018)
Meisjes	13,7%	21,5%	😊↑	HBSC (2014, 2018)
Volwassenen	/	41,1%	☹	Volwassenen
Ouderen	/	31,6%	☹	Ouderen

Opmerking: Enkel statistisch significante evoluties kunnen geïnterpreteerd worden als een betekenisvolle wijziging; zie de [legende van de tabellen](#). De leeftijdsgroepen worden in [Tabel 1](#) toegelicht. Cijfers die niet beschikbaar zijn of waar de keuze werd gemaakt om deze in kader van dit rapport niet op te vragen, worden aangegeven met '/'.

Bij de Vlaamse bevolking kan er een **duidelijk verband** worden vastgesteld tussen **opleidingsvorm** en de dagelijkse consumptie van zowel fruit als groenten. Bij de consumptie van **fruit** wordt er een significant hogere prevalentie vastgesteld bij diegenen met een diploma hoger *onderwijs* (63,3%) t.o.v. diegenen met een diploma lager onderwijs of geen diploma (57,3%). Van mensen met een diploma hoger onderwijs geeft 84,3% aan dagelijks **groenten** te eten, wat significant hoger is dan bij mensen met een diploma hoger secundair (77,1%) en dan bij mensen met een lager of geen diploma (67,2%).⁹

Dit verband wordt ook opgemerkt **bij jongeren**: Meer meisjes uit het ASO en TSO/KSO eten dagelijks **fruit** (resp. 40,1% en 37,2%) in vergelijking met meisjes uit het BSO (27,6%). Bij de jongens ligt de prevalentie ook het hoogst in het ASO (30,8%), gevolgd door het TSO/KSO (23,1%) en het BSO (22,2%). Meer meisjes uit het ASO (16,0%) en TSO/KSO (16,3%) behalen de richtlijn van fruitconsumptie (dagelijks 2 porties fruit) t.o.v. meisjes uit het BSO (11,5%). Bij jongens zijn er geen verschillen naargelang de diverse opleidingsvormen. De prevalentie van dagelijkse **groenteconsumptie** is significant hoger bij zowel de jongens als de meisjes uit het ASO dan bij jongens en meisjes uit het TSO/KSO en uit het BSO. Dagelijkse groenteconsumptie is minst prevalent bij jongens en meisjes uit het BSO.⁹

Drinken van water en gesuikerde frisdrank

Eén Vlaming op vijf (19,4%) drinkt **dagelijks gesuikerde frisdranken** in 2018, wat een significante daling is ten opzichte van 2013 (23,8%) (zie Tabel 6). Ook bij jongeren is een significante daling te zien van 31,7% (2014) naar 24,1% (2018).

Bij de Vlaamse bevolking wordt in 2018 **een duidelijk verband vastgesteld** tussen **opleidingsvorm** en consumptie van frisdrank. Er wordt een significant lagere prevalentie gevonden bij diegenen met een diploma hoger onderwijs (13,9%) dan bij diegenen met een lager/geen diploma (16,6%) en bij diegenen

⁹ Cijfergegevens m.b.t. de verschillen in opleidings- of onderwijsvormen worden in de bijlage weergegeven.

met een lager secundair diploma (26,3%). Ook drinken minder jongeren uit het ASO (17,5%) dagelijks frisdrank dan jongeren uit het TSO/KSO (27,6%) en het BSO (40,2%).¹⁰

Minder dan één derde (30,5%) van de Vlaamse bevolking (vanaf 6 jaar) drinkt in 2018 de **aanbevolen dagelijkse hoeveelheid water, nl. minstens 1 liter** (Tabel 6). Dit is wel een significante stijging t.o.v. 2013 (26,4%). Bij jongeren is het percentage dat **dagelijks water drinkt** (ongeacht of de aanbevolen dagelijkse hoeveelheid werd behaald) significant gestegen van 74,1% in 2014 naar 86,4% in 2018. Er was in 2018 ook een duidelijk verschil tussen jongens en meisjes: 83,4% van de jongens gaf aan dagelijks water te consumeren tgov. 89,4% van de meisjes.

De prevalentie van dagelijkse waterconsumptie in 2018 ligt **significant hoger bij de jongens uit het ASO** (89,7%) dan bij jongens uit het BSO (74,7%). Deze trend is ook te zien bij meisjes met een prevalentie van 92,7% en 80,4% in resp. ASO en BSO.¹⁰

Tabel 6. Gezondheidsindicatoren m.b.t. drinken van frisdrank en water

Percentage dat dagelijks gesuikerde frisdrank drinkt				
Leeftijdsgroep	2013/2014	2018	Evolutie	Bron
Totaal	23,8%	19,4%	☺↓	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Kinderen	14,4%	14,2%	☹	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Jongeren	39,0%	23,6%	☺↓	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Jongens	31,7%	24,1%	☺↓	HBSC (2014, 2018)
Meisjes	36,9%	28,5%	☺↓	HBSC (2014, 2018)
Volwassenen	26,1%	19,7%	☺↓	HBSC (2014, 2018)
Ouderen	27,4%	22,6%	☺↓	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Ouderen	11,6%	11,3%	☹	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Percentage dat dagelijks minstens 1 liter water drinkt				
Leeftijdsgroep	2013/2014	2018	Evolutie	Bron
Totaal (6+)	26,4%	30,5%	☺↑	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Kinderen (6-10 jaar)	5,7%	9,4%	☹	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Jongeren	18,8%	26,9%	☹	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Volwassenen	32,1%	36,0%	☺↑	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Ouderen	/	22,1%	⊘	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Dagelijks water drinken				
Leeftijdsgroep	2013/2014	2018	Evolutie	Bron
Jongeren	74,1%	86,4%	☺↑	HBSC (2014, 2018)
Jongens	68,9%	83,4%	☺↑	HBSC (2014, 2018)
Meisjes	79,7%	89,4%	☺↑	HBSC (2014, 2018)

Opmerking: Enkel statistisch significante evoluties kunnen geïnterpreteerd worden als een betekenisvolle wijziging; zie de [legende van de tabellen](#). De leeftijdsgroepen worden in [Tabel 1](#) toegelicht. Cijfers die niet beschikbaar zijn of waar de keuze werd gemaakt om deze in kader van dit rapport niet op te vragen, worden aangegeven met '/'.

2.2.4. Thema's 'Beweging' en 'Sedentair gedrag'

Beweging

In 2013 luidde de Vlaamse **gezondheidsaanbeveling beweging voor volwassenen en ouderen**: 'minstens 30 minuten per dag beweging aan matige intensiteit'. Amper 4 op 10 volwassenen van 18 jaar en ouder behaalde deze beweegaanbeveling (zie [Tabel 7](#)). Bij mannen was dit 52%, bijna twee keer zo hoog als het percentage bij vrouwen (28%), een significant en duidelijk verschil. Sinds 2018 is de **Vlaamse gezondheidsaanbeveling beweging** geactualiseerd op basis van wetenschappelijke inzichten van de

¹⁰ Cijfergegevens m.b.t. de verschillen in opleidings- of onderwijsvormen worden in de bijlage weergegeven.

Wereldgezondheidsorganisatie naar ‘minstens 150 minuten beweging aan matige intensiteit per week’. (Vlaams Instituut Gezond Leven, 2021; Vlaams Instituut Gezond Leven, Vlaamse expertengroep van de bewegingsdriehoek, 2021) In 2018 bewoog 64% van de volwassenen van 18 jaar en ouder voldoende volgens deze beweegaanbeveling, zonder significante verschillen tussen vrouwen en mannen.

Vergelijkingen maken tussen 2013 en 2018 heeft zeer sterke beperkingen omwille van bovenstaand verschil in beweegaanbeveling enerzijds en een verschil in meetinstrument anderzijds. Deze redenen worden toegelicht in de opmerking bij Tabel 7. Pas bij de volgende meting van de Gezondheidsenquête in 2022/2023 kunnen betrouwbare conclusies gemaakt worden over evoluties in het behalen van de actuele beweegaanbeveling.

Bij volwassenen (18 t.e.m. 64 jaar) zijn er in 2018 wel significante verschillen **tussen de geslachten** (zie Tabel 7): significant meer mannen (70,7%) dan vrouwen (65,5%) behaalden de beweegaanbeveling; bij ouderen is dit verschil tussen de geslachten er niet meer. Wat verschillen **tussen leeftijdsgroepen** betreft, haalt de groep van 18-24 jaar in 2018 significant vaker de beweegaanbeveling (72,8%) dan ouderen vanaf 75 jaar (39,9%).

Tabel 7. Percentage dat de Vlaamse & WHO aanbeveling voor beweging aan minstens matige intensiteit behaalt

Leeftijdsgroep	2013/2014	2018	Evolutie	Bron
Totaal (18+)	38,9%	64,1%	☉ ¹	Gezondheidsenquête (2013, 2018) ¹
Mannen	51%	66,8%	☉ ¹	Gezondheidsenquête (2013, 2018) ¹
Vrouwen	27,3%	63,6%	☉ ¹	Gezondheidsenquête (2013, 2018) ¹
Jongeren	14,2%	17,8%	😊↑	HBSC (2014, 2018)
Jongens	17,4%	21,3%	😊↑	HBSC (2014, 2018)
Meisjes	10%	13,7%	😊↑	HBSC (2014, 2018)
Volwassenen	42,3%	68,2%	☉ ¹	Gezondheidsenquête (2013, 2018) ¹
Mannen	51,1%	70,7%	☉ ¹	Gezondheidsenquête (2013, 2018) ¹
Vrouwen	30,3%	65,5%	☉ ¹	Gezondheidsenquête (2013, 2018) ¹
Ouderen	26,5%	52,1%	☉ ¹	Gezondheidsenquête (2013, 2018) ¹

Opmerking: Enkel statistisch significante evoluties kunnen geïnterpreteerd worden als een betekenisvolle wijziging; zie de [legende van de tabellen](#). De leeftijdsgroepen worden in [Tabel 1](#) toegelicht. Cijfers die niet beschikbaar zijn of waar de keuze werd gemaakt om deze in kader van dit rapport niet op te vragen, worden aangegeven met ‘/’. ¹ De Gezondheidsenquête van 2013 en 2018 gebruikten (1) een andere beweegaanbeveling en (2) een ander meetinstrument, waardoor vergelijking in de tijd voor deze indicator bij volwassenen en ouderen sterke beperkingen kent. (1) **Verskil tussen de aanbevelingen beweging:** de sinds 2018 geldende aanbeveling gaat eerder uit van een weeggemiddelde, i.e. ‘minstens 150 minuten beweging aan minstens matige intensiteit per week’. In 2013 was de aanbeveling ‘minstens 30 minuten aan minstens matig intensiteit per dag’, wat dus meer hoogdrempelig en ‘strenger’ is. (2) **Het verschil in meetinstrument:** sinds 2018 is de EHIS-PAQ vragenlijst gebruikt vs. de IPAQ-vragenlijst in 2013 en vroeger. Deze vragenlijsten gebruiken andere vragen en berekeningswijzen.

Volwassenen met een **diploma hoger onderwijs** behaalden in 2018 significant vaker de aanbeveling beweging (67,1%) dan volwassenen zonder diploma of met diploma lager onderwijs (47,4%). Ouderen met een diploma hoger onderwijs behaalden in 2018 significant meer de aanbeveling beweging (61,7%) dan volwassenen met een diploma hoger secundair (47,4%).¹¹

Bij jongeren blijft de algemene vaststelling dat een zeer kleine minderheid (17,8%) de aanbeveling beweging (**dagelijks minstens 60 minuten bewegen aan een matige tot hoge intensiteit**) haalde in 2018 (zie Tabel 7). Desondanks ligt dit percentage significant hoger dan in 2014 toen 14,2% van de jongeren de aanbeveling behaalde. Deze positieve evolutie kan zowel bij meisjes (10,0% vs. 13,7%) als jongens (17,4% vs. 21,3%) opgemerkt worden. Al kan wel vastgesteld worden dat jongens het op vlak van beweging in 2014 en 2018 significant beter doen dan meisjes. Het aandeel meisjes dat de aanbeveling

beweging behaalde in 2018 verschilt significant tussen de **diverse opleidingsvormen**: dit aandeel is groter in het TSO (15,2%) dan in het BSO (9,4%).¹¹

De vaststelling dat de overgrote meerderheid van de jongeren onvoldoende beweegt, geldt in het bijzonder voor de **oudere adolescenten**. Dit was zowel in 2014 als 2018 het geval. Bijvoorbeeld, in 2018 was het aandeel dat de aanbeveling beweging behaalde resp. 19,7% en 12,5% bij de 17- tot 18-jarige jongens en meisjes versus resp. 24,3% en 19% bij de 12- tot 13-jarige jongens en meisjes. (HBSC, 2014, 2018)

Sedentair gedrag

‘Sedentair gedrag’ of langdurig stilzitten is een grote risicofactor voor de gezondheid bij zowel jongeren, volwassenen als ouderen, **onafhankelijk van het behalen van de gezondheidsaanbeveling beweging**. Studies tonen aan dat de negatieve gezondheidseffecten van sedentair gedrag pas ‘gecompenseerd’ worden bij 300 minuten of meer beweging per week. Een substantieel aandeel van de Vlaamse volwassenen inclusief ouderen behaalde in 2013 en 2018 zelfs de beweegaanbeveling van 150 minuten aan minstens matige intensiteit per week niet. Daarom blijft het monitoren van sedentair gedrag belangrijk.

Meerdere studies wijzen op het belang van minder dan de helft van de dag (< 50% van de wakkere uren) te zitten, zeker als je de aanbeveling beweging (nl. 150 minuten aan minstens matige intensiteit per week) niet haalt. Andere studies tonen het belang aan van het **aantal uren sedentair gedrag (zitten) per dag**: 8 uur of meer zitten per dag zou leiden tot meer gezondheidsrisico's. Voor volwassenen en ouderen is er echter nog **geen officiële gezondheidsaanbeveling** of richtlijn in ‘uren’ of ‘percentage’ sedentair gedrag per dag. Objectieve metingen met versnellingsmeters (accelerometrie) in Vlaanderen duiden op veel sedentair gedrag in 2012: volwassenen zaten toen gemiddeld ruim 8 uur per dag. In 2018 lag dit cijfer lager, namelijk op 5,5 uur.

Vergelijkingen maken tussen 2012 en 2018 heeft zeer sterke beperkingen omwille van een verschil in meetinstrument. In 2018 is het cijfer gebaseerd op zelfrapportage binnen de Gezondheidsenquête versus de versnellingsmeters in 2012. Zelfrapportage van sedentair gedrag gaat gepaard met een *onderschatting* van de werkelijke zittijd dus waarschijnlijk is hier sprake van een overschatte daling in zittijd. De Voedselconsumptiepeiling van 2014 (ook via zelfrapportage) vond bijvoorbeeld gemiddeld 6,9 uur zitten per dag bij volwassenen. Pas bij de volgende meting van de Gezondheidsenquête in 2022/2023 kunnen betrouwbare conclusies gemaakt worden over evoluties in aantal zituren.

De geslachten kunnen wel onderling vergeleken worden. Zowel bij de starmetingen (2012 en 2014) als bij de meting in 2018 zaten mannen gemiddeld significant meer uren per dag dan vrouwen (zie Tabel 8).

Volwassenen met een **diploma hoger onderwijs** (kort en lang type) besteedden in 2014 gemiddeld significant meer tijd aan zitten (7,2 en 7,9 uren per dag voor resp. kort en lang type) dan mensen met een diploma secundair onderwijs of zonder diploma (6,1 uren per dag) (VCP, 2014). In 2018 zette dit significant verschil zich door: gemiddeld 5,7 uur bij volwassenen met een diploma hoger onderwijs in vergelijking met 5,2 uur bij volwassenen met een diploma hoger secundair onderwijs. Bij ouderen is er in 2018 een verandering in omgekeerde richting: ouderen met een diploma hoger onderwijs zaten of

¹¹ Cijfergegevens m.b.t. de verschillen in opleidings- of onderwijsvormen worden in de bijlage weergegeven.

rustten gemiddeld significant minder tijd (5,2 uur) dan mensen met een diploma lager secundair (6,2 uur) of lager/zonder diploma (6,6 uur).¹²

Tabel 8. Aantal uren sedentair gedrag per dag (zitten)

Leeftijdsgroep	2012	2014	2018	Evolutie	Bron
Volwassenen	8,7 uur	/	/	⊖ 1	Spittaels et al. (2012)
Mannen	8,7 uur	/	/	⊖ 1	Spittaels et al. (2012)
Vrouwen	8,1 uur	/	/	⊖ 1	Spittaels et al. (2012)
Volwassenen	/	6,9 uur	/	⊖ 1	VCP (2014)
Mannen	/	7,3 uur	/	⊖ 1	VCP (2014)
Vrouwen	/	6,4 uur	/	⊖ 1	VCP (2014)
Volwassenen	/	/	5,5 uur	⊖ 1	Gezondheidsenquête (2018) ¹
Mannen	/	/	5,8 uur	⊖ 1	Gezondheidsenquête (2018) ¹
Vrouwen	/	/	5,3 uur	⊖ 1	Gezondheidsenquête (2018) ¹
Ouderen	/	/	5,9 uur	⊖ 1	Gezondheidsenquête (2018)

Opmerking: Enkel statistisch significante evoluties kunnen geïnterpreteerd worden als een betekenisvolle wijziging; zie de [legende van de tabellen](#). De leeftijdsgroepen worden in [Tabel 1](#) toegelicht. Cijfers die niet beschikbaar zijn of waar de keuze werd gemaakt om deze in kader van dit rapport niet op te vragen, worden aangegeven met '/'. ¹De bron Spittaels et al. (2012), VCP (2014) en de bron Gezondheidsenquête van Sciensano (2018) gebruikten **verschillende meetinstrumenten**: resp. versnellingsmetertjes (accelerometrie) bij Spittaels et al. (2012) en VCP (2014) tegenover een vragenlijst in de Gezondheidsenquête. Vragenlijsten kunnen gepaard gaan met een onderschatting van het sedentair gedrag. De vergelijking in de tijd voor deze indicator kent dus sterke beperkingen.

Schermtijd

In tegenstelling tot volwassenen en ouderen, is er voor **jongeren** wel een gezondheidsaanbeveling in 'uren' sedentair gedrag per dag: **maximum 2 uur schermtijd per dag in de vrije tijd op week- en weekenddagen**. Ruim 9 op 10 jongeren (92,2%) behaalden deze aanbeveling in 2018 *niet* (zie Tabel 9). Dit is bovendien ook een significante stijging t.o.v. 2014 (89%) en doet besluiten dat de overgrote meerderheid van de jongeren steeds minder vaak aan de aanbeveling voor schermtijd voldoet. Jongens doen het hierin significant minder goed dan meisjes (in 2014 en 2018), maar de negatieve trend in de tijd wordt zowel meisjes als jongens vastgesteld.

De vaststelling dat de overgrote meerderheid van de **jongeren** steeds minder vaak aan de aanbeveling voor schermtijd voldoet, geldt in het bijzonder voor de **oudere adolescenten**, volgens de HBSC-studie van zowel 2014 als 2018.

Bijvoorbeeld, in 2018 was het aandeel dat de aanbeveling voor schermtijd *niet* haalde resp. 96,9% en 95,8% bij de 17- tot 18-jarige jongens en meisjes versus resp. 86,5% en 80,7% bij de 12- tot 13-jarige jongens en meisjes. (HBSC, 2014, 2018)

Een soortgelijke negatieve tendens alsook een verschil tussen de geslachten kunnen vastgesteld worden voor het gemiddeld **aantal uren schermtijd per dag bij jongeren**: een toename tussen 2014 (5,1 uren) en 2018 (5,5 uren), alsook significant meer uren schermtijd per dag bij jongens (in 2014 en 2018) dan bij meisjes (zie Tabel 9).

Het aandeel meisjes dat de aanbeveling van schermtijd *niet* behaalde in 2018 verschilt significant tussen de **diverse opleidingsvormen**. Dit aandeel is groter in het TSO en BSO (resp. 96,2% en 97,0%) dan in het

¹² Cijfergegevens m.b.t. de verschillen in opleidings- of onderwijsvormen worden in de bijlage weergegeven.

algemeen secundair onderwijs (94,4%). Zowel in 2014 als in 2018, verschilt het gemiddeld aantal uren schermtijd per dag significant tussen de **opleidingsvormen**. Jongeren in het ASO rapporteren significant minder uren schermtijd per dag (bv. 5,6 uur in 2018) dan in het TSO en BSO (resp. 6,2 uur en 6,8 uur). (HBSC, 2014, 2018)¹³

Tabel 9. Gezondheidsindicatoren m.b.t. schermtijd

% dat de aanbeveling voor schermtijd <u>niet</u> haalt op week- en weekenddagen (max. 2 uur per dag schermtijd in vrije tijd)				
Leeftijdsgroep	2014	2018	Evolutie	Bron
Jongeren	89,0%	92,2%	☹️ ↑	HBSC (2014, 2018)
Jongens	89,5%	93,4%	☹️ ↑	HBSC (2014, 2018)
Meisjes	88,4%	90,9%	☹️ ↑	HBSC (2014, 2018)
Aantal uren totale schermtijd per dag				
Leeftijdsgroep	2014	2018	Evolutie	Bron
Jongeren	5,1 uur	5,5 uur	☹️ ↑	HBSC (2014, 2018)
Jongens	5,2 uur	5,7 uur	☹️ ↑	HBSC (2014, 2018)
Meisjes	5,0 uur	5,3 uur	☹️ ↑	HBSC (2014, 2018)

Opmerking: Enkel statistisch significante evoluties kunnen geïnterpreteerd worden als een betekenisvolle wijziging; zie de [legende van de tabellen](#). De leeftijdsgroepen worden in [Tabel 1](#) toegelicht. Cijfers die niet beschikbaar zijn of waar de keuze werd gemaakt om deze in kader van dit rapport niet op te vragen, worden aangegeven met '/'.

2.2.5. Thema 'Gewicht'

Tussen 2013 en 2018 waren er geen significante verschillen in de percentages voor volwassenen en ouderen (18+) voor **overgewicht** (47,7% vs. 48,2%), **obesitas** (12,6% vs. 15,0%) en **ondergewicht** (2,6% vs. 2,9%) (zie [Tabel 10](#)). Zowel het hebben van overgewicht als van obesitas vertoont een samenhang met de opleidingsvorm: het percentage volwassenen met overgewicht en obesitas is significant lager bij Vlamingen met een diploma hoger onderwijs (40,1% overgewicht en 10,0% obesitas in 2018) dan bij Vlamingen met een lager/geen diploma (58,9% overgewicht en 23,1% obesitas in 2018).

Het meten en interpreteren van de evolutie in de tijd bij de indicatoren van gewicht bij jongeren kent sterke beperkingen. De reden hiervoor is de methodiek van zelfrapportage bij beide studies (HBSC en de Gezondheidsenquête) die gevoelig is aan een onderschatting van BMI. Pas bij de volgende meting van de voedselconsumptiepeiling – waarbij objectieve metingen worden gehanteerd – in 2022 kunnen betrouwbare conclusies gemaakt worden over deze indicatoren. Bij jongeren kunnen voorlopig significante verschillen vastgesteld worden tussen 2014 en 2018: er is een significante daling van het percentage jongeren met obesitas van 5,6% naar 4,4% en van het percentage jongeren met overgewicht van 10,3% naar 9,4% (zie [Tabel 10](#)). Daarnaast is er een significante stijging van het percentage jongeren met ondergewicht van 13,6% naar 15,6%.

Van de kinderen (2-10 jaar) had 18,4% overgewicht en was 6,1% obees (2-9 jaar) in 2018; van de volwassenen heeft 45,2% overgewicht en is 13,6% obees (zie [Tabel 10](#)). Deze cijfers stijgen verder bij ouderen onder wie meer dan de helft (57,3%) overgewicht heeft en 19,0% obesitas. Daarnaast komt ondergewicht voor bij 2% van de ouderen.

¹³ Cijfergegevens m.b.t. de verschillen in opleidings- of onderwijsvormen worden in de bijlage weergegeven.

Tabel 10. Gezondheidsindicatoren m.b.t. overgewicht, obesitas en ondergewicht

Percentage dat overgewicht heeft				
Leeftijdsgroep	2013/2014	2018	Evolutie	Bron
Totaal (18+)	47,7%	48,2%	☹️ ¹	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Kinderen (2-10 jaar)	19,2%	18,4%	☹️ ¹	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Jongeren	9,4%	13,5%	☹️ ¹	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
	10,3%	9,4%	😊↓ ¹	HBSC (2014, 2018)
Volwassenen	44,3%	45,2%	☹️ ¹	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Ouderen	59,0%	57,3%	☹️ ¹	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Percentage dat obesitas heeft				
Leeftijdsgroep	2013/2014	2018	Evolutie	Bron
Totaal (18+)	12,6%	15,0%	☹️ ¹	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Kinderen (2-9 jaar)	6,5%	6,1%	☹️ ¹	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Jongeren	2,0%	3,1%	☹️ ¹	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
	5,6%	4,4%	😊↓ ¹	HBSC (2014, 2018)
Jongens	5,5%	4,4%	😊↓ ¹	HBSC (2014, 2018)
Meisjes	6,0%	4,3%	😊↓ ¹	HBSC (2014, 2018)
Volwassenen	11,5%	13,6%	☹️ ¹	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Ouderen	16,2%	19,0%	☹️ ¹	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Percentage dat ondergewicht heeft				
Leeftijdsgroep	2013/2014	2018	Evolutie	Bron
Totaal (18+)	2,6%	2,9%	☹️ ¹	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Jongeren	13,6%	15,6%	😞↑ ¹	HBSC (2014, 2018)
Volwassenen	11,5%	13,6%	☹️ ¹	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Ouderen	1,6%	2,0%	☹️ ¹	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
65-74 jaar	1,2%	1,9%	🕒	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
75+	2,1%	2,1%	🕒	Gezondheidsenquête (2013, 2018)

Opmerking: Enkel statistisch significante evoluties kunnen geïnterpreteerd worden als een betekenisvolle wijziging; zie de [legende van de tabellen](#). De leeftijdsgroepen worden in [Tabel 1](#) toegelicht. Cijfers die niet beschikbaar zijn of waar de keuze werd gemaakt om deze in kader van dit rapport niet op te vragen, worden aangegeven met '/'. ¹ Er zijn **sterke beperkingen bij het interpreteren van de evolutie in het gewicht** van jongeren tussen 2014 en 2018. De reden hiervoor is de methodiek van zelfrapportage bij beide studies (HBSC en de Gezondheidsenquête) die gevoelig is aan een onderschatting van BMI. Pas bij de volgende meting van de Voedselconsumptiepeiling – waarbij objectieve metingen worden gehanteerd – in 2022 kunnen betrouwbare conclusies gemaakt worden over deze indicatoren.

2.2.6. Thema 'Eetstoornissen'

Er was tussen 2013 en 2018 geen significant verschil in het percentage volwassenen met **risico op de ontwikkeling van een eetstoornis**¹⁴ (6,5% tgv. 5,7%) (zie Tabel 11). Er was wel een significant verschil in het percentage dat "ja" antwoordde op het item "Denkt u dat u te dik bent, terwijl anderen vinden dat u te mager bent". Er was een daling tussen 2013 en 2018 voor zowel mannen (6,3% tgv. 2,5%) als vrouwen (12,7% tgv. 5,2%). Voor de overige SCOFF-items werden er geen significante verschillen gevonden tussen 2013 en 2018.

¹⁴ Volwassenen hebben risico op de ontwikkeling van een eetstoornis wanneer zij minimum twee keer positief antwoorden op de screeningsvragenlijst voor eetstoornissen (SCOFF).

De groep met het grootste risico voor de ontwikkeling van eetstoornissen, is de groep van jonge vrouwen. Voor vrouwen uit de 3 jongste leeftijdscategorieën (15-24j, 25-34j, en 35-44j) werden er tussen 2013 en 2018 geen significante verschillen gevonden in het percentage dat *at risk* was voor de ontwikkeling van een eetstoornis (15-24j: 18,8% vs. 11,8%; 25-34j: 12,1% vs. 8,9%; 35-44j: 10,3% vs. 7,7%) (zie Tabel 11). In 2013 werden er significante verschillen gevonden tussen de jongste groep (15-24j) (18,8%) en de 4 oudere groepen (45-54: 5,7%; 55-64: 5,1%; 65-74: 5,2%; 75+: 2,4%). In 2018 waren er geen significante verschillen tussen de verschillende leeftijdscategorieën, al daalde het percentage vrouwen dat risico loopt op de ontwikkeling van een eetstoornis wel met de leeftijd: voor de groep van 15- tot 24-jarigen was het percentage 11,8%; voor de groep van 45 tot 54- jarigen was het 7,9%; voor de 55 tot 64-jarigen 4,6%; voor de 65 tot 74 jarigen 3,8% en 2,4% voor de ouderen (75+).

Op vlak van **lichaamstevredenheid van jongeren** zijn er significante verschillen tussen 2014 en 2018 in het percentage jongeren dat zichzelf 'te dik', 'goed' en 'te mager' vindt. Het percentage jongeren dat zichzelf te dik vindt, is gedaald tussen 2014 (38,5%) en 2018 (33,9%) terwijl – tussen 2014 en 2018 – de percentages jongeren die zichzelf goed (resp. 47,9% vs. 51,3%) of te mager (resp. 13,6% vs. 14,8%) vinden zijn gestegen (zie Tabel 11). Ondanks een daling in het percentage jongeren dat zichzelf te dik vindt, steeg het percentage dat aangeeft een dieet te volgen van 16,5% in 2014 tot 20,6% in 2018. Er is voorlopig geen verklaring voor deze verbetering in lichaamstevredenheid tegenover de stijging in diëten.

Tabel 11. Gezondheidsindicatoren m.b.t. lichaamstevredenheid en risico op eetstoornis

Indicator	Leeftijdsgroep	2013/2014	2018	Evolutie	Bron
Lichaamsontevredenheid 'Te dik'	Jongeren	38,5%	33,9%	😊↓	HBSC (2014, 2018)
Lichaamsontevredenheid 'Te mager'	Jongeren	13,6%	14,8%	😞↑	HBSC (2014, 2018)
Lichaamsontevredenheid 'Goed'	Jongeren	47,9%	51,3%	😊↑	HBSC (2014, 2018)
Lijnen	Jongeren	16,5%	20,6%	😞↑	HBSC (2014, 2018)
Signalen eetstoornis (SCOFF)	Volwassenen	6,5%	5,7%	😞	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
	Vrouwen (15-24j)	18,8%	11,8%	😞	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
	Vrouwen (25-34j)	12,1%	8,9%	😞	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
	Vrouwen (35-44j)	10,3%	7,7%	😞	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
SCOFF Body Image	Volwassenen	/	/		
	Mannen	6,4%	2,5%	😊↓	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
	Vrouwen	12,7%	5,2%	😊↓	Gezondheidsenquête (2013, 2018)

Opmerking: Enkel statistisch significante evoluties kunnen geïnterpreteerd worden als een betekenisvolle wijziging; zie de [legende van de tabellen](#). De leeftijdsgroepen worden in [Tabel 1](#) toegelicht. Cijfers die niet beschikbaar zijn of waar de keuze werd gemaakt om deze in kader van dit rapport niet op te vragen, worden aangegeven met '/'.

Hulpverlening ¹⁵

Tussen 2015 en 2018 is er een lichte stijging in het aantal opnames/verblijven in psychiatrische centra omwille van eetstoornissen. Het aantal verblijven in algemene ziekenhuizen omwille van obesitas, mogelijke eetstoornissen en eetstoornissen in 2019 bleef constant of vertoonde een lichte daling in vergelijking met 2016. In de tussenliggende jaren (2017 en 2018) was er wel een stijging maar deze viel terug in 2019. Er was tussen 2016 en 2019 een stijging van zo'n 2800 verblijven in het aantal verblijven

¹⁵ Cijfergegevens m.b.t. hulpverlening worden in de bijlage weergegeven.

in algemene ziekenhuizen omwille van ondervoeding. Deze stijging vond vooral plaats tussen 2018 en 2019. Het aantal verblijven in 2019 steeg met bijna 2000 ten opzichte van 2018.

2.2.7. Thema 'Tabak'

In de algemene, Vlaamse bevolking (15+) daalde het percentage huidige rokers (van 21,8% naar 17,4%) en dagelijkse rokers (van 17,7% naar 13,4%) op significante wijze tussen 2013 en 2018 (zie Tabel 12). Ook bij volwassenen (van 25% naar 21,5%) en ouderen (van 11,4% naar 7%) zijn er significante dalende evoluties.

Bij een vergelijking van geslachten, kan opgemerkt worden dat mannen significant meer rookten dan vrouwen op beide tijdstippen en dat de kloof tussen de geslachten is toegenomen. Bij de vrouwen in de algemene bevolking (15+) en in de groep van volwassenen zijn er telkens significante dalingen, resp. van 18,9% naar 12,8% en van 22% naar 15,7%, tussen 2013 en 2018 (zie Tabel 12). Bij mannen zijn er ook dalingen in de algemene bevolking (15+) en in de groep volwassenen in deze tijdperiode, resp. van 25% naar 22,2% en van 28,1% naar 27,2%, maar de evolutie tussen de twee gemeten tijdstippen is telkens niet significant. Opvallend is het hoge en stijgende percentage rokers bij mannen van 25-34 jaar en 35-44 jaar. De significantie van deze stijging werd evenwel niet berekend en dient dus met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

Tabel 12. Gezondheidsindicatoren m.b.t. roken bij volwassenen en ouderen

% huidige rokers ¹				
Leeftijdsgroep	2013	2018	Evolutie	Bron
Totaal (15+)	21,8 %	17,4 %	☺ ↓	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Lage SES ²	26,4%	24,4%	☹	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Mannen	25,0%	22,2%	☹	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Vrouwen	18,9%	12,8%	☺ ↓	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Volwassenen	25,0%	21,5%	☺ ↓	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Mannen	28,1%	27,2%	☹	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
25-34 jaar	30,5%	34,1%	☹	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
35-44 jaar	31,3%	33,2%	☹	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Vrouwen	22,0%	15,7%	☺ ↓	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Ouderen	11,4%	7,0%	☺ ↓	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
% dagelijkse rokers				
Leeftijdsgroep	2013	2018	Evolutie	Bron
Totaal (15+)	17,7%	13,4%	☺ ↓	Gezondheidsenquête (2013, 2018)

Opmerking: Enkel statistisch significante evoluties kunnen geïnterpreteerd worden als een betekenisvolle wijziging; zie de [legende van de tabellen](#). De leeftijdsgroepen worden in [Tabel 1](#) toegelicht. ¹ Huidige rokers omvatten zowel dagelijkse als occasionele rokers. ² Lage SES (socio-economische status) wordt gedefinieerd als personen binnen het laagste inkomenskintiel (kwintiel)

Wanneer het aantal huidige rokers in de algemene bevolking (15+) vergeleken wordt met die in het laagste inkomenskintiel (15+) in 2018, dan ligt het percentage in de laatste groep significant hoger, namelijk 17,% vs. 24,4%. De meest recente Gezondheidsenquête geeft aan dat personen met een diploma hoger onderwijs voor alle onderzochte indicatoren de beste resultaten boeken. Roken is dan ook een belangrijke oorzaak van gezondheidsongelijkheden in de Vlaamse samenleving. (Gisle, Demarest, & Drieskens, Gezondheidsenquête 2018: Gebruik van tabak, 2018)¹⁶

¹⁶ Cijfergegevens m.b.t. de verschillen in opleidings- of onderwijsvormen worden in de bijlage weergegeven.

Het percentage ooit-rokers dat gestopt is met roken is significant gestegen in de algemene bevolking (15+) van 50,4% naar 59% (zie Tabel 13). Het percentage rokers dat ooit een stoppoging gedaan heeft, bleef constant rond de 73%. Dit percentage ligt reeds hoog, maar er is nog ruimte voor verbetering aangezien veel rokers immers opeenvolgende stoppogingen nodig hebben om tot een definitieve stop te komen. Het percentage dagelijkse rokers dat meer dan een jaar geleden of langer de laatste stoppoging blijft hoog met 58,5% in 2018. Dit is een daling tegenover 2013 (62,8%) maar deze evolutie is niet significant. Wat betreft het aandeel rokers dat meer dan een jaar geleden een stoppoging ondernam, bedraagt 84,5% (2018) bij personen met een diploma lagere onderwijs of geen diploma. Voor personen met een lager secundair diploma is dit 70,3%. De significantie van dit verschil werd niet nagegaan.¹⁷

Tabel 13. Gezondheidsindicatoren m.b.t. stoppen met roken

% ooit-rokers dat gestopt is				
Leeftijdsgroep	2013	2018	Evolutie	Bron
Totaal (15+)	50,4%	59%	😊↑	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
% dagelijkse rokers dat een poging gedaan heeft om te stoppen met roken				
Leeftijdsgroep	2013	2018	Evolutie	Bron
Totaal (15+)	72,8%	73,0%	☹️	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
% dagelijkse rokers dat > 1 jaar geleden een poging gedaan heeft om te stoppen met roken				
Leeftijdsgroep	2013	2018	Evolutie	Bron
Totaal (15+)	62,8%	58,5%	☹️	Gezondheidsenquête (2013, 2018)

Opmerking: Enkel statistisch significante evoluties kunnen geïnterpreteerd worden als een betekenisvolle wijziging; zie de [legende van de tabellen](#). De leeftijdsgroepen worden in [Tabel 1](#) toegelicht.

Jongeren

Het aandeel jongeren dat regelmatig of dagelijks rookt(e) daalde significant tussen 2014 en 2019, zowel bij jongens als meisjes (zie Tabel 14). Significante dalingen zijn ook aanwezig bij jongeren die in het laatste jaar tabak gebruikten. Deze evoluties zetten zich ook telkens door in drie onderscheiden leeftijdsgroepen .

Wat onderwijsvormen betreft, worden de significante dalingen opnieuw opgemerkt in A-stroom en B-stroom, alsook in ASO, BSO en TSO. In TSO en BSO zijn er aanzienlijke dalingen in het percentage regelmatige rokers (resp. van 14,6% naar 7,8%, en van 28,7% naar 16,3%). Dit geldt ook voor dagelijks roken, met dalingen in TSO van 10% naar 4,4%, en in het BSO van 23,9% naar 12,6%. Echter worden nog steeds grote verschillen vastgesteld tussen de verschillende onderwijsvormen onderling: in het BSO wordt meer gerookt dan in het TSO en in het TSO meer dan in het ASO. Dat geldt zowel voor regelmatig als dagelijks roken en deze verschillen zijn significant. Dat betekent dat tabakspreventie zich vooral op deze onderwijsvormen moet blijven richten.¹⁸

¹⁷ Cijfergegevens m.b.t. de verschillen in opleidings- of onderwijsvormen worden in de bijlage weergegeven.

¹⁸ Cijfergegevens m.b.t. de verschillen in opleidings- of onderwijsvormen worden in de bijlage weergegeven.

Tabel 14. Gezondheidsindicatoren m.b.t. roken bij jongeren

% dagelijkse rokers				
Leeftijdsgroep	2014	2019	Evolutie	Bron
Jongeren	7,0%	3,4%	😊 ↓	Leerlingenbevraging (2014, 2019)
% dat in het laatste jaar rookte				
Leeftijdsgroep	2014	2019	Evolutie	Bron
Jongeren	25,1%	18,8%	😊 ↓	Leerlingenbevraging (2014, 2019)
Jongens	26,7%	21,1%	😊 ↓	Leerlingenbevraging (2014, 2019)
Meisjes	23,4%	16,3%	😊 ↓	Leerlingenbevraging (2014, 2019)
% regelmatige rokers ¹				
Leeftijdsgroep	2014	2019	Evolutie	Bron
Jongeren	9,9%	5,5%	😊 ↓	Leerlingenbevraging (2014, 2019)
Jongens	11,8%	7,5%	😊 ↓	Leerlingenbevraging (2014, 2019)
Meisjes	8,0%	3,4%	😊 ↓	Leerlingenbevraging (2014, 2019)
% dat in het laatste jaar tabak gebruikte				
Leeftijdsgroep	2014	2019	Evolutie	Bron
Jongeren	/	/		
12-14 jaar	9,1%	5%	😊 ↓	Leerlingenbevraging (2014, 2019)
15-16 jaar	31,8%	25,2%	😊 ↓	Leerlingenbevraging (2014, 2019)
17-18 jaar	46,6%	38,8%	😊 ↓	Leerlingenbevraging (2014, 2019)
% dat regelmatig tabak gebruikt				
Leeftijdsgroep	2014	2019	Evolutie	Bron
Jongeren	/	/		
12-14 jaar	2,1%	1,1%	😊 ↓	Leerlingenbevraging (2014, 2019)
15-16 jaar	12,3%	7%	😊 ↓	Leerlingenbevraging (2014, 2019)
17-18 jaar	21,9%	12,7%	😊 ↓	Leerlingenbevraging (2014, 2019)

Opmerking: Enkel statistisch significante evoluties kunnen geïnterpreteerd worden als een betekenisvolle wijziging; zie de [legende van de tabellen](#). De leeftijdsgroepen worden in [Tabel 1](#) toegelicht. Cijfers die niet beschikbaar zijn of waar de keuze werd gemaakt om deze in kader van dit rapport niet op te vragen, worden aangegeven met '/'. ¹ Regelmatig gebruik = min. 1x/week incl. dagelijks gebruik.

Roken in de omgeving van jongeren: vrienden en ouders

De gemiddelde beginleeftijd van roken stijgt van 14,7 jaar naar 15,2 jaar (zie [Tabel 15](#)). Roken door jongeren is gedrag dat sterk wordt aangestuurd door de omgeving: wie rokende vrienden heeft, loopt een grotere kans om ook te gaan roken. Wanneer gekeken wordt naar de link met rookgedrag van vrienden worden opnieuw verschillen volgens onderwijsvorm opgemerkt: in 2018/2019 geeft 6,7% van de jongeren in het ASO aan dat de meeste vrienden roken, in het TSO gaat dit over 11,6% en in het BSO over 20,5%. Positief is wel dat er een daling zichtbaar is zowel voor de algemene groep van leerlingen, als voor alle onderscheiden onderwijsvormen voor deze indicator.

Kom op tegen Kanker deed verschillende onderzoeken over de problematiek van rokende ouders met kinderen; in wat volgt worden de evoluties tussen 2014 en 2020 besproken. In deze periode nam het percentage rokende ouders met kinderen jonger dan 15 jaar significant af (van 27% in 2014 tot 18% in 2020) en ook het aantal kinderen dat thuis in tabaksrook opgroeit kent een sterke daling 2014 en 2020 (van bijna 68.000 naar ongeveer 29.000) (zie [Tabel 15](#)).

Hierbij tonen de cijfers twee belangrijke aandachtspunten. Ten eerste zijn er nog verschillen op te merken naar opleidingsvorm; zo vormt het aandeel rokende ouders met een diploma lager/lager secundair (32,8%) of hoger secundair (24,5%) en rokende ouders uit lage sociale klasse (34,7%) en lagere

middenklasse (27,8%) ook in 2020 nog een uitdaging.¹⁹ Ten tweede blijft het aandeel van rokende ouders die roken in aanwezigheid van het kind hoog en stabiel tussen 2014 (46%) en 2020 (47%). Ook hier speelt socio-economische status (SES) een belangrijke rol: rokende ouders met een diploma lager/lager secundair en deze uit de lage sociale klasse roken meer in aanwezigheid van hun kind (resp. 58% en 52%).²⁰

Tabel 15. Gezondheidsindicatoren m.b.t. roken in de omgeving van jongeren

Gemiddelde beginleeftijd roken				
Leeftijdsgroep	2014	2019	Evolutie	Bron
Jongeren	14,7 jaar	15,2 jaar	😊↑	Leerlingenbevraging (2014, 2019)
% van wie de meeste vrienden roken				
Leeftijdsgroep	2014	2019	Evolutie	Bron
Jongeren	13,6%	8,1%	😞↓	Leerlingenbevraging (2014, 2019)
% ouders van gezinnen met kinderen jonger dan 15 jaar waar gerookt wordt (en vpen)				
Leeftijdsgroep	2014	2020	Evolutie	Bron
Ouders	27,0%	18,0%	😞↓	KOTK (2014, 2020)
% ouders van gezinnen met kinderen jonger dan 15 jaar waar gerookt wordt in aanwezigheid van het kind				
Leeftijdsgroep	2014	2020	Evolutie	Bron
Ouders	46,0%	47,0%	☹️	KOTK (2014, 2020)
Aantal kinderen (in gezinnen met kinderen jonger dan 15 jaar) die in tabaksrook zitten/opgroeien				
Leeftijdsgroep	2014	2020	Evolutie	Bron
Aantal kinderen	67.757	29.303	🚫 ¹	KOTK (2014, 2020)

Opmerking: Enkel statistisch significante evoluties kunnen geïnterpreteerd worden als een betekenisvolle wijziging; zie de [legende van de tabellen](#). De leeftijdsgroepen worden in [Tabel 1](#) toegelicht. Cijfers die niet beschikbaar zijn of waar de keuze werd gemaakt om deze in kader van dit rapport niet op te vragen, worden aangegeven met '/'. ¹ Omwille van onvoldoende informatie over de gehanteerde methodiek in de studie werden geen significanties over de tijd berekend.

E-sigaret

In 2018 werd het e-sigaretgebruik voor het eerst gemeten in de Gezondheidsenquête. (Gisle, Braekman, & Drieskends, Gezondheidsenquête 2018: Gebruik van de elektronische sigaret, 2019) In Vlaanderen heeft 14,4% van de bevolking van 15 jaar en ouder al eens een e-sigaret geprobeerd ('ooitgebruikers') (zie Tabel 16). In 2018 was 4,4% een regelmatige gebruiker en 1,4% een dagelijkse gebruiker. Het rapport wijst erop dat in ons land 'het merendeel van experimenteren met de elektronische sigaret niet lijkt te leiden tot het regelmatig gebruik ervan en het dagelijkse gebruik blijft tot op heden zelfs relatief beperkt'.

Aangezien de variabelen over e-sigaretten pas recent werden toegevoegd, is het nog niet mogelijk om trends te duiden. In het schooljaar 2018-2019 heeft een duidelijke meerderheid van de jongeren (77,7%) nog nooit een e-sigaret gebruikt. Ongeveer één op de zes leerlingen (16,7%) gebruikte e-sigaretten in het voorgaande jaar. Een meerderheid daarvan, met name 10,6%, geeft aan momenteel niet meer te vpen. Van de recente gebruikers geven de meesten (3,8%) aan dit occasioneel te doen en 2,2% van alle leerlingen doet dit op regelmatige basis. Slechts een heel klein deel van alle leerlingen gebruikt e-sigaretten dagelijks (1,0%) en de grote meerderheid die e-sigaretten gebruikt, experimenteert ermee, maar stopt dan ook weer.

¹⁹ De bepaling van de sociale groepen gebeurt op basis van een ratio berekend op het beroep van de voornaamste verantwoordelijke voor het gezinsinkomen en zijn opleidingsniveau.

²⁰ Cijfergegevens m.b.t. de verschillen in opleidings- of onderwijsvormen worden in de bijlage weergegeven.

Tabel 16. Gezondheidsindicatoren m.b.t. e-sigaret

% dat ooit e-sigaretten gebruikte ¹				
Leeftijdsgroep	2014	2018	Evolutie	Bron
Totaal (15+)	/	14,4%	⊖	Gezondheidsenquête (2018)
% dat in het laatste jaar e-sigaretten gebruikte ¹				
Leeftijdsgroep	2014	2019	Evolutie	Bron
Jongeren	/	16,7%	⊖	Leerlingenbevraging (2014, 2019)
% dat in het laatste jaar stopte met gebruik van e-sigaretten				
Leeftijdsgroep	2014	2019	Evolutie	Bron
Jongeren	/	10,6%	⊖	Leerlingenbevraging (2014, 2019)
% met occasioneel e-sigaretgebruik ²				
Leeftijdsgroep	2014	2019	Evolutie	Bron
Jongeren	/	3,8%	⊖	Leerlingenbevraging (2014, 2019)
% met regelmatig e-sigaretgebruik ³				
Leeftijdsgroep	2013/2014	2018/2019	Evolutie	Bron
Totaal (15+)	/	4,4%	⊖	Gezondheidsenquête (2018)
Jongeren	/	2,2%	⊖	Leerlingenbevraging (2014, 2019)
% met dagelijks e-sigaretgebruik				
Leeftijdsgroep	2013/2014	2018/2019	Evolutie	Bron
Totaal (15+)	/	1,4%	⊖	Gezondheidsenquête (2018)
Jongeren	/	1,0%	⊖	Leerlingenbevraging (2014, 2019)

Opmerking: Enkel statistisch significante evoluties kunnen geïnterpreteerd worden als een betekenisvolle wijziging; zie de [legende van de tabellen](#). De leeftijdsgroepen worden in [Tabel 1](#) toegelicht. Cijfers die niet beschikbaar zijn of waar de keuze werd gemaakt om deze in kader van dit rapport niet op te vragen, worden aangegeven met '/'. ¹Ooitgebruik en laatstejaarsgebruik zijn wellicht een indicator van experimenteel gebruik aangezien het verschil met de cijfers voor regelmatig en dagelijks gebruik groot is; ²Occasioneel gebruik = min. 1 keer per maand of minder en meerdere keren per maand, m.a.w. verbruik tijdens afgelopen jaar maar niet wekelijks. ³Regelmatig gebruik = min. 1x/week incl. dagelijks gebruik.

Sterftcijfers ²¹

De tabaksgerelateerde, gestandaardiseerde sterfte (alle oorzaken) daalde tussen 2014 en 2019 sterk voor mannen: de gestandaardiseerde sterfte daalde van 210 tot 158 stergevallen op 100 000 inwoners en tabaksgerelateerde sterfte als aandeel van totale sterfte daalde van 27,7% tot 21,3%. Voor vrouwen is er echter een licht stijgende trend al liggen de aantallen een stuk lager: de gestandaardiseerde sterfte steeg bij vrouwen van 56,6 tot 60,9 stergevallen op 100 000 inwoners en tabaksgerelateerde sterfte als aandeel van totale sterfte steeg van 15,9% tot 17,4%. De gestandaardiseerde tabaksgerelateerde sterfte voor longkanker daalde voor mannen (87,75 tot 64,16 per 100 000 inwoners) en steeg licht voor vrouwen (21,1 tot 22,0 per 100 000 inwoners) tussen 2014 en 2019.

Er zijn gelijkaardige evoluties op te merken in het aantal verloren levensjaren gerelateerd aan tabak. Voor alle oorzaken waren er 24,38 verloren levensjaren per 1000 persoonsjaren voor mannen (34,07 in 2014) en 12,25 voor vrouwen in 2019 (11,41 in 2014). Voor longkanker is bij mannen opnieuw een sterke daling op te merken van 15,55 in 2014 naar 10,94 in 2019.

2.2.8. Thema 'Alcohol'

Er wordt een algemene daling van alcoholgebruik vastgesteld bij jongeren: van 58,3% (2013-2014) naar 51,2% (2018-2019) (zie Tabel 17). Hierbij gaat het om de **jongeren die het voorbije jaar alcohol dronken** en bovendien is de duidelijke daling van het alcoholgebruik significant voor alle leeftijdsgroepen. De grootste daling is er bij de jongste groep (12-14 jaar) van 30,7% naar 23,9%. De meeste jongeren die

²¹ Cijfergegevens m.b.t. sterftcijfers worden in de bijlage weergegeven.

aangeven het laatste jaar alcohol gedronken te hebben zitten in oudste leeftijdsgroep (17-18 jarigen). Ook bij deze oudste groep (17-18 jarigen) is er een significante daling, al is deze kleiner, namelijk van 86,3% naar 81,8%.

Wat onderwijsvorm betreft, wordt ook een algemene daling geregistreerd: in alle onderwijsvormen daalt het aantal jongeren dat het voorbije jaar dronk. Enkel in het BSO is de daling te klein om statistisch significant te zijn. De meeste jongeren die aangeven het laatste jaar alcohol gedronken te hebben zitten in TSO, dit geldt voor de eerste en de tweede meting.²²

Ook de **leeftijd waarop jongeren starten met eerste gebruik van alcohol** stijgt, wat opnieuw een positieve evolutie is: van 14,1 jaar (2013-2014) naar 14,6 jaar (2018-2019) (zie Tabel 17). Een vorm van excessief drinken is het zogenaamde **bingedrinken**. Er bestaan verschillende definities van bingedrinken, maar VAD opteert, conform internationale richtlijnen, voor volgende definitie: de consumptie van 6 of meer standaardglazen voor mannen en 4 of meer standaardglazen voor vrouwen in een periode van 2 uur. Alhoewel het gebruik van alcohol in het algemeen gedaald is, geldt dit niet voor bingedrinken. Uit de leerlingenbevraging blijkt dat zowel in 2013-2014 als in 2018-2019 ongeveer 15% van de jongeren **minstens 1 keer per maand aan bingedrinken doet**. Voor alle leeftijdsgroepen en onderwijsvormen blijft het cijfer ongeveer gelijk.

Tabel 17. Indicatoren m.b.t. alcoholgebruik bij jongeren

% dat het laatste jaar alcohol dronk				
Leeftijdsgroep	2014	2019	Evolutie	Bron
Jongeren	58,3%	51,2%	☺↓	Leerlingenbevraging (2014, 2019)
12-14 jaar	30,7%	23,9%	☺↓	Leerlingenbevraging (2014, 2019)
15-16 jaar	76,0%	69,7%	☺↓	Leerlingenbevraging (2014, 2019)
17-18 jaar	86,3%	81,8%	☺↓	Leerlingenbevraging (2014, 2019)
Gemiddelde beginleeftijd alcoholgebruik				
Leeftijdsgroep	2014	2019	Evolutie	Bron
Jongeren	/	/		
17-18 jaar	14,1 jaar	14,6 jaar	☺↑	Leerlingenbevraging (2014, 2019)
Bingedrinken (1x of meer dan 1x per maand) ¹				
Leeftijdsgroep	2014	2019	Evolutie	Bron
Jongeren	14,9%	15,5%	☹	Leerlingenbevraging (2014, 2019)
12-14 jaar	1,3%	1,7%	☹	Leerlingenbevraging (2014, 2019)
15-16 jaar	19,9%	20,8%	☹	Leerlingenbevraging (2014, 2019)
17-18 jaar	34,4%	37,1%	☹	Leerlingenbevraging (2014, 2019)

Opmerking: Enkel statistisch significante evoluties kunnen geïnterpreteerd worden als een betekenisvolle wijziging; zie de [legende van de tabellen](#). De leeftijdsgroepen worden in [Tabel 1](#) toegelicht. Cijfers die niet beschikbaar zijn of waar de keuze werd gemaakt om deze in kader van dit rapport niet op te vragen, worden aangegeven met '/'. ¹ Gevolgde definitie van bingedrinken = Vrouwelijke studenten 4 glazen of meer en mannelijke studenten 6 glazen of meer in een tijdspanne van 2u.

Uit de studentenbevraging blijkt zelfs dat, binnen de groep studenten dat het laatste jaar alcohol dronk, er een toename is tussen de twee metingen van **het aandeel dat minstens 1 keer per week aan bingedrinken doet**. Voor de totale groep gaat het om een stijging van 7,8% in 2013 naar 10,9% in 2017 (zie Tabel 18). Jongens en meisjes laten een vergelijkbare stijging zien. Bij de meest recente studentenbevraging in 2021 daalde deze indicator significant voor jongens en meisjes, wat een positieve evolutie aangeeft. Ongetwijfeld speelde hier de context van de coronamaatregelen een rol.

²² Cijfergegevens m.b.t. de verschillen in opleidings- of onderwijsvormen worden in de bijlage weergegeven.

Tabel 18. Indicatoren m.b.t. alcoholgebruik bij studenten

% dat wekelijks bingedrinkt t.o.v. het aantal studenten dat het laatste jaar alcohol dronk ¹					
Leeftijdsgroep	2013	2017	2021	Evolutie 2013-2017	Evolutie 2017-2021
Volwassenen (studenten ±16-30j)	7,9%	10,9%	7,2%	☹️ ↑ ²	😊 ↓
Mannen	13,3% ↷	17,3% ↷	10,3% ↷	☹️ ↑ ²	😊 ↓
Vrouwen	3,5% ↷	5,8% ↷	4,5% ↷	☹️ ↑ ²	😊 ↓

Bron: Studentenbevraging, 2013, 2017, 2021

Opmerking: Enkel statistisch significante evoluties kunnen geïnterpreteerd worden als een betekenisvolle wijziging; zie de [legende van de tabellen](#). De leeftijdsgroepen worden in [Tabel 1](#) toegelicht. ¹ Gevolgde definitie van bingedrinken = Vrouwelijke studenten 4 glazen of meer en mannelijke studenten 6 glazen of meer in een tijdspanne van 2u. ² Er zijn sterke beperkingen bij de evolutie van deze indicator tussen 2013 en 2017: in 2013 werd de bevraging georganiseerd bij AUHA, UGent, KU Leuven en hogescholen, terwijl deze in 2017 gebeurde in samenwerking met alle Nederlandstalige hoger onderwijsinstellingen in Vlaanderen en Brussel. Tussen 2017 en 2021 bleef de populatie dezelfde.

Wanneer gekeken wordt naar het **alcoholgebruik gedurende het laatste jaar bij volwassenen**, wordt vastgesteld dat deze significant daalde tussen 2013 en 2018: van 87,6% naar 81,5% (zie Tabel 19). De daling is significant voor zowel mannen als vrouwen. Het percentage volwassenen **dat meer drinkt dan de 10 glazen per week-richtlijn** is gedaald, maar deze daling is niet significant.

Bij ouderen is de daling in alcoholgebruik echter kleiner en niet significant (zie Tabel 19). Onder de ouderen zijn er bovendien twee tegengestelde tendensen: een lichte, niet significante daling bij de mannen en daartegenover een significante stijging bij de vrouwen. Waar in 2013 nog 5,2% van oudere vrouwen **meer dronk dan de huidige gezondheidsrichtlijn van 10 glazen**, was dat aandeel in 2018 gestegen tot 6,9%. Deze stijging is een verontrustend signaal en geeft aan dat er extra aandacht nodig is voor deze leeftijdsgroep, in het bijzonder de vrouwen.

Tabel 19. Indicatoren m.b.t. alcoholgebruik bij volwassenen en ouderen

% dat het laatste jaar alcohol dronk				
Leeftijdsgroep	2013	2018	Evolutie	Bron
Volwassenen	87,6%	81,5%	😊 ↓	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Mannen	90,8%	85,5%	😊 ↓	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Vrouwen	84,4%	77,5%	😊 ↓	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Ouderen	72,8%	69,6%	☹️	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Mannen	82,8%	80,4%	☹️	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Vrouwen	64,3%	60,6%	☹️	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
% dat de richtlijn alcohol niet behaalt (m.a.w. % dat meer dan 10 glazen per week drinkt)				
Leeftijdsgroep	2013	2018	Evolutie	Bron
Volwassenen	18,4%	15,1%	☹️	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Mannen	27,7%	23,1%	☹️	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Vrouwen	9,4%	7,0%	☹️	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Ouderen	12,3%	12,2%	☹️	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Mannen	20,4% ↷	18,6% ↷	☹️	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Vrouwen	5,2% ↷	6,9% ↷	☹️ ↑	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
% met (indicatie van) problematisch alcoholgebruik (CAGE) ¹ - berekend als aandeel van laatstejaarsdrinkers				
Leeftijdsgroep	2013	2018	Evolutie	Bron
Volwassenen	10,7%	15,3%	☹️ ↑	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Mannen	16,1%	20,2%	☹️	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Vrouwen	5,1%	9,7%	☹️ ↑	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Ouderen	6,8%	9,4%	☹️	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Mannen	9,6%	13,8%	☹️	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Vrouwen	3,7%	4,3%	☹️	Gezondheidsenquête (2013, 2018)

Opmerking: Enkel statistisch significante evoluties kunnen geïnterpreteerd worden als een betekenisvolle wijziging; zie de [legende van de tabellen](#). De leeftijdsgroepen worden in [Tabel 1](#) toegelicht. Cijfers die niet beschikbaar zijn of waar de keuze werd gemaakt om deze in kader van dit rapport niet op te vragen, worden aangegeven met '/'. ¹ Om problematisch alcoholgebruik te meten wordt de CAGE-vragenlijst gebruikt. De CAGE-vragenlijst bevat 4 ja/nee-vragen: hebt u ooit het gevoel gehad te moeten minderen met drinken? (ja/nee); heeft men ooit kritiek geuit op uw drinkgedrag? (ja/nee); hebt u zich ooit schuldig gevoeld over uw drinkgedrag? hebt u ooit direct na het opstaan alcohol gedronken om echt wakker te worden of van een kater af te komen? De hier weerhouden indicator is: percentage laatstejaarsdrinkers van 18 jaar en ouder die ooit te maken hadden met problematisch alcoholgebruik (d.w.z. CAGE, 2+) (AL_1C).

De CAGE-vragenlijst wordt gehanteerd als **indicatie van problematisch alcoholgebruik**; hier wordt een zorgwekkende evolutie vastgesteld: bij volwassenen is het **aandeel laatstejaarsdrinkers met problematisch alcoholgebruik** significant gestegen van 10,7% in 2013 naar 15,3% in 2018 (zie [Tabel 19](#)). De stijging doet zich ook bij mannen voor maar is enkel bij vrouwen significant met bijna een verdubbeling (van 5,1% naar 9,7%). Wat betreft de **CAGE indicator voor problematisch alcoholgebruik** in relatie tot opleidingsniveau, dan is de sterkste (en enige significante) stijging zichtbaar in de groep met een diploma hoger onderwijs.

Hulpverlening en sterftcijfers ²³

Cijfers omtrent hulpverlening zijn gebaseerd op aanmeldingen en registraties bij centra of zorginstellingen van de tweede en derde lijn. Het aantal verblijven dat werd geregistreerd in psychiatrische centra omwille van alcohol stagneerde tussen 2015 en 2020 met respectievelijk 17.388 en 17.251 verblijven. Het aantal verblijven in algemene ziekenhuizen tekende een lichte stijging op tussen 2016 en 2019 van 8883 naar 9336 verblijven. In Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg waren er 2958 actieve zorgperiodes in 2020 voor stoornissen die gebonden zijn aan alcohol. Omwille van wijzigingen in diagnosestelling en rapportering zijn de CGG-cijfers niet geschikt voor vergelijking met jaargangen voor 2018.

Het aantal nieuwe patiënten in gespecialiseerde, geconventioneerde centra²⁴ omwille van een alcoholprobleem steeg van 218 tot 255 personen tussen 2015 en 2020, en het aantal episodes in die periode van 300 tot 332. Belangrijk om mee te geven is dat deze centra voornamelijk werken rond drugs eerder dan alcohol. Deze cijfers worden bovendien ook volgens de Treatment Demand Indicators (TDI) geregistreerd: TDI cijfers zijn sterk onderhevig aan veranderingen in het hulpaanbod, in de toegankelijkheid van de hulpverlening, wijzigingen in de manier van registreren. Bovendien capteert dit enkel nieuwe patiënten en zijn er de laatste jaren heel wat voorzieningen bijgekomen die TDI registreren.

De gestandaardiseerde, alcoholgerelateerde sterfte (brede selectie) bleef tussen 2014 en 2019 nagenoeg constant voor mannen (33,41 naar 32,98 op 100 000 inwoners) en tekende een lichte stijging op voor vrouwen (11,96 naar 13,62 op 100 000 inwoners). Alcoholgerelateerde sterfte als aandeel van totale sterfte bedraagt in 2019 7,5% voor mannen en 4,9% voor vrouwen. Dit wordt ook weerspiegeld in het aantal verloren levensjaren gerelateerd aan alcohol. Voor mannen waren er 8,85 verloren levensjaren per 1000 persoonsjaren (9,82 in 2014) en 3,81 voor vrouwen in 2019 (3,66 in 2014).

²³ Cijfergegevens m.b.t. hulpverlening worden in de bijlage weergegeven.

²⁴ Gespecialiseerde, geconventioneerde centra omvatten: dagcentra, Medisch Sociale Opvangcentra (MSOC), residentiële opvangcentra en therapeutische gemeenschappen.

2.2.9. Thema's 'Drugs' en 'Psychoactieve medicatie'

Cannabisgebruik

Er is een significante daling van het **aantal jongeren dat het voorbije jaar cannabis gebruikte**: van 13,7% in 2013-2014 naar 11,5% in 2018-2019 (zie Tabel 20). Als de onderwijsvormen vergeleken worden, wordt de sterkste (significante) daling vastgesteld bij jongeren in het BSO: **van 26% cannabisgebruik het voorbije jaar naar 19,8%**. Dit is positief nieuws, want het cannabisgebruik lag in 2013-2014 in BSO met 26% heel wat hoger dan in de andere onderwijsvormen.

Tabel 20. Indicatoren m.b.t. cannabisgebruik

% dat laatste jaar cannabis gebruikte				
Leeftijdsgroep	2013/2014	2018/2019	Evolutie	Bron
Jongeren	13,7%	11,5%	😊↓	Leerlingenbevraging (2014, 2019)
12-14 jaar	2,8%	2,4%	☹️	Leerlingenbevraging (2014, 2019)
15-16 jaar	17,1%	15,1%	☹️	Leerlingenbevraging (2014, 2019)
17-18 jaar	29,8%	25,8%	☹️	Leerlingenbevraging (2014, 2019)
Volwassenen	2,8%	6,3%	😞↑	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Mannen	4,3%	9,2%	😞↑	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Vrouwen	1,4%	3,2%	☹️	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
% algemene bevolking met laatste jaar problematisch cannabisgebruik (CAST)				
Leeftijdsgroep	2013	2018	Evolutie	Bron
Volwassenen	/	2,8%	🕒	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Mannen	/	5,0%	🕒	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Vrouwen	/	0,6%	🕒	Gezondheidsenquête (2013, 2018)

Opmerking: Enkel statistisch significante evoluties kunnen geïnterpreteerd worden als een betekenisvolle wijziging; zie de [legende van de tabellen](#). De leeftijdsgroepen worden in [Tabel 1](#) toegelicht. Cijfers die niet beschikbaar zijn of waar de keuze werd gemaakt om deze in kader van dit rapport niet op te vragen, worden aangegeven met '/'.







Bij volwassenen is er **meer dan een verdubbeling van het cannabisgebruik** op te merken, van 2,8% in 2013 naar 6,3% in 2018 (zie Tabel 20). Het gebruik stijgt enkel significant bij mannen. Deze vaststelling sluit aan bij een internationale trend, waarbij wereldwijd een stijging te zien is in de prevalentie van cannabisgebruik bij de algemene bevolking.

Voor **problematisch cannabisgebruik** dient de bevraging van CAST items via de gezondheidsenquête als basis, deze werd voor het eerst in 2018 bevroegd. Er kan vastgesteld worden dat 2,8% van de volwassenen in 2018 het risico loopt op problematisch cannabisgebruik; bij volwassen mannen stijgt dit cijfer naar 5%, een cijfer dat opgevolgd dient te worden (zie Tabel 20). Een tweede indicator voor problematisch cannabisgebruik, zijn **het aantal opgestarte behandelingen in de hulpverlening n.a.v. cannabisgebruik**. Via de TDI-registratie, kunnen de jaargangen 2015 en 2018 vergeleken worden. In die periode bleef het aantal patiënten in behandeling ongeveer gelijk, met een lichte stijging. Het aantal opgestarte behandelingen steeg echter van 2948 naar 3177 op drie jaar tijd.

Het aandeel studenten dat tijdens de lesperiodes minimaal 1x/week cannabis gebruikt steeg significant van 4,6% in 2013 naar 6% in 2017 (zie Tabel 21). Meer mannelijke studenten gebruiken wekelijks cannabis dan vrouwen, met 10,2% die in 2017 tijdens de lesperiode minimaal 1x/week cannabis gebruikte. Vrouwen kennen echter de sterkste significante stijging, van 1,4% in 2013 naar 2,7% in 2017. Bij deze indicator zijn er echter sterke beperkingen wat betreft de interpretatie omwille van een verschillende populatie bij beide studentenbevragingen (zie opmerking onder de tabel). De studentenbevraging van 2021 toonde dat dit gebruik verder steeg. Deze stijging is significant voor de totale groep studenten en voor vrouwen. Het aandeel studenten dat tijdens de lesperiodes minimaal

1x/week cannabis gebruikte lag in 2021 op 7,9%. Deze bevraging ging over de periode dat de coronamaatregelen van kracht waren.

Tabel 21. Indicatoren m.b.t. cannabisgebruik bij studenten

% studenten dat het laatste jaar tijdens de lesperiodes regelmatig (min 1 x per week) cannabis gebruikte					
Leeftijdsgroep	2013	2017	2021	Evolutie 2013-2017	Evolutie 2017-2021
Volwassenen (studenten ±16-30j)	4,6%	6,0%	7,9%	☹️ ↑ 1	☹️ ↑
Mannen	8,4% 	10,2% 	13,0% 	☹️ 1	☹️
Vrouwen	1,4% 	2,7% 	4,0% 	☹️ ↑ 1	☹️ ↑

Bron: Studentenbevraging, 2013, 2017, 2021

Opmerking: Enkel statistisch significante evoluties kunnen geïnterpreteerd worden als een betekenisvolle wijziging; zie de [legende van de tabellen](#). De leeftijdsgroepen worden in [Tabel 1](#) toegelicht. ¹ Er zijn sterke beperkingen bij de evolutie van deze indicator tussen 2013 en 2017: in 2013 werd de bevraging georganiseerd bij AUHA, UGent, KU Leuven en hogescholen, terwijl deze in 2017 gebeurde in samenwerking met alle Nederlandstalige hoger onderwijsinstellingen in Vlaanderen en Brussel. Tussen 2017 en 2021 bleef de populatie dezelfde.

Overige illegale drugs

Het gebruik van **overige illegale drugs, cannabis uitgesloten, ligt laag** bij volwassenen, maar vertoont wel een significante stijging van 0,9% in 2013 naar 3,4% in 2018 (zie Tabel 22). Dit gebruik ligt in 2018 **opmerkelijk hoger bij mannen** dan bij vrouwen en toont bovendien bij mannen ook een significante stijging over die periode, van 1,3% naar 5,4%.

Voor de meest voorkomende illegale drugs wordt de evolutie bij specifieke leeftijdsgroepen binnen de groep van volwassenen onderzocht. De leeftijdsgroep met het **hoogste cocaïnegebruik** zijn de 25- tot 34-jarigen. In deze groep heeft 4,5% het voorbije jaar cocaïne gebruikt (2018), van de mannen in die leeftijdsgroep heeft zelfs 8,3% het voorbije jaar cocaïne gebruikt (2018), terwijl dit in 2013 nog maar 1% was (zie Tabel 22) Mannen van 25-34 jaar vormen daarmee een duidelijke risicogroep voor cocaïnegebruik. Bij de vrouwen in die groep blijft het aandeel rond de 1%.

Ook **XTC-gebruik** ligt het hoogst in de leeftijdsgroep 25 tot 34 jaar, met 3,2% die het voorbije jaar XTC gebruikte (zie Tabel 22). Het aandeel dat XTC gebruikt, is het hoogst bij mannen van die leeftijd, al ligt dit met 5,6% in 2018 iets lager dan cocaïnegebruik (4,5%). Het XTC gebruik is significant gestegen tussen 2013 en 2018 bij zowel de 25- tot 34-jarigen (van 0,3% naar 3,5%), als bij de 35- tot 44-jarigen (van 0,1% tot 1,9%). Ook bij de mannen in deze groepen steeg het gebruik significant.

Tabel 22. Indicatoren m.b.t. gebruik van andere illegale drugs dan cannabis

% dat het laatste jaar andere illegale drugs dan cannabis gebruikte				
Leeftijdsgroep	2013	2018	Evolutie	Bron
Volwassenen	0,9%	3,4%	☹️↑	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Mannen	1,3%	5,4%	☹️↑	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Vrouwen	0,5%	1,4%	☹️	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
% algemene bevolking dat het laatste jaar cocaïne gebruikte				
Leeftijdsgroep	2013	2018	Evolutie	Bron
Volwassenen	/	/		
18-24 jaar	1,1%	2,9%	☹️	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Mannen	2,2%	4,1%	☹️	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Vrouwen	0,0%	1,3%	☹️	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
25-34 jaar	1,1%	4,5%	☹️	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Mannen	1,0%	8,3%	☹️↑	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Vrouwen	1,1%	1,0%	☹️	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
35-44 jaar	0,2%	2,3%	☹️	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Mannen	0,4%	4,3%	☹️	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Vrouwen	0,0%	0,2%	☹️	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
% algemene bevolking dat het laatste jaar XTC gebruikte				
Leeftijdsgroep	2013	2018	Evolutie	Bron
Volwassenen	/	/		
18-24 jaar	1,2%	2,5%	☹️	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Mannen	0,7%	3,3%	☹️	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Vrouwen	1,6%	1,5%	☹️	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
25-34 jaar	0,3%	3,2%	☹️↑	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Mannen	0,3%	5,6%	☹️↑	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Vrouwen	0,2%	1,0%	☹️	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
35-44 jaar	0,1%	1,9%	☹️↑	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Mannen	0,2%	2,7%	☹️↑	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Vrouwen	0,0%	1,1%	☹️	Gezondheidsenquête (2013, 2018)

Opmerking: Enkel statistisch significante evoluties kunnen geïnterpreteerd worden als een betekenisvolle wijziging; zie de [legende van de tabellen](#). De leeftijdsgroepen worden in [Tabel 1](#) toegelicht. Cijfers die niet beschikbaar zijn of waar de keuze werd gemaakt om deze in kader van dit rapport niet op te vragen, worden aangegeven met '/'.

Slaap- en kalmeermiddelen

Het aantal jongeren dat het laatste jaar **slaap-en kalmeermiddelen** gebruikte, is significant toegenomen tussen 2013/2014 en 2018/2019, van 6,2% naar 7,7% (zie **Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.**). Omdat het hier om voorschriftplichtige medicatie gaat, is dit een evolutie om aandachtig voor te zijn. Het gebruik van slaap- en kalmeermiddelen nam toe in alle onderwijsvormen en bij alle leeftijdscategorieën, maar ze nam opmerkelijk sterk toe (en significant) bij de jongste groep. Bij de 12-14 jarigen steeg het gebruik van 4,9% naar 7,0%.

Tussen 2013 en 2018 evolueerde het gebruik van slaap- en kalmeermiddelen (gebruik in de voorbije twee weken) weinig bij volwassenen en ouderen (zie **Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.**). Dit gebruik daalde licht bij de volwassen mannen en steeg licht bij vrouwen, maar beide tendensen zijn niet significant. Voor alle opleidingsniveaus daalt het gebruik licht (niet significant), enkel bij volwassenen (25-64 jaar) met een diploma hoger onderwijs blijft het constant op 6,6%. Het valt op dat het gebruik van slaap- en kalmeermiddelen 2 tot 3 keer hoger ligt bij volwassenen (25-64 jaar) met geen diploma, een diploma lager of hoger secundair, dan bij volwassenen met een diploma hoger onderwijs. Zo gebruikte in 2018 19,6% van de volwassenen (25-64 jaar) met maximaal een diploma lager onderwijs de voorbije 2 weken slaap- en kalmeermiddelen en 15,4% van zij met een diploma lager secundair. Bij de groep met een diploma hoger onderwijs was dit slechts 6,6%.

Tabel 23. Indicatoren m.b.t. gebruik van psychoactieve medicatie

% dat het laatste jaar slaap- en kalmeermiddelen gebruikte				
Leeftijdsgroep	2014	2019	Evolutie	Bron
Jongeren	6,2%	7,7%	☹️ ↑	Leerlingenbevraging (2014, 2019)
12-14 jaar	4,9%	7,0%	☹️ ↑	Leerlingenbevraging (2014, 2019)
15-16 jaar	7,1%	8,1%	☹️	Leerlingenbevraging (2014, 2019)
17-18 jaar	7,2%	8,8%	☹️	Leerlingenbevraging (2014, 2019)
% dat de afgelopen 2 weken slaap- en kalmeermiddelen nam				
Leeftijdsgroep	2013	2018	Evolutie	Bron
Volwassenen	8,7%	8,4%	☹️	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Mannen	7,3%	6,0%	☹️	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Vrouwen	10,1%	11,0%	☹️	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Ouderen	29,6%	25,6%	☹️	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Mannen	18,4%	22,3%	☹️	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Vrouwen	38,0%	28,1%	☹️	Gezondheidsenquête (2013, 2018)

Opmerking: Enkel statistisch significante evoluties kunnen geïnterpreteerd worden als een betekenisvolle wijziging; zie de [legende van de tabellen](#). De leeftijdsgroepen worden in [Tabel 1](#) toegelicht.

Het aandeel studenten dat tijdens het voorbije jaar **stimulerende medicatie** gebruikte, steeg tussen 2013 en 2017 van 4,6% naar 6,5% (zie [Tabel 24](#)). Bij vrouwen steeg het gebruik bovendien sterker. Voor deze indicator zijn er echter sterke beperkingen wat betreft de interpretatie omwille van een verschillende populatie bij beide studentenbevragingen (zie opmerking onder de tabel). Tussen 2017 en 2021 steeg het gebruik (significant) verder naar 7,6% van alle studenten en 5,9% van vrouwen.

Tabel 24. Indicatoren m.b.t. gebruik van psychoactieve medicatie bij studenten

% dat laatste jaar stimulerende medicatie gebruikte					
Leeftijdsgroep	2013	2017	2021	Evolutie 2013-2017	Evolutie 2017-2021
Volwassenen (studenten ±16-30j)	4,6%	6,5%	7,6%	☹️ ↑ ¹	☹️ ↑
Mannen	6,9%	8,9%	9,8%	☹️ ¹	☹️
Vrouwen	2,8%	4,6%	5,9%	☹️ ↑ ¹	☹️ ↑

Bron: Studentenbevraging, 2013, 2017, 2021

Opmerking: Enkel statistisch significante evoluties kunnen geïnterpreteerd worden als een betekenisvolle wijziging; zie de [legende van de tabellen](#). De leeftijdsgroepen worden in [Tabel 1](#) toegelicht. ¹ Er zijn sterke beperkingen bij de evolutie van deze indicator tussen 2013 en 2017: in 2013 werd de bevraging georganiseerd bij AUHA, UGent, KU Leuven en hogescholen, terwijl deze in 2017 gebeurde in samenwerking met alle Nederlandstalige hoger onderwijsinstellingen in Vlaanderen en Brussel. Tussen 2017 en 2021 bleef de populatie dezelfde.

Hulpverlening en sterftcijfers²⁵

Cijfers omtrent hulpverlening zijn gebaseerd op aanmeldingen en registraties bij centra of zorginstellingen van de tweede en derde lijn. Het aantal verblijven dat werd geregistreerd in psychiatrische centra omwille van drugs steeg tussen 2015 en 2018 van 6962 naar 8656 verblijven. In algemene ziekenhuizen stagneerde het aantal verblijven van illegale drugs (3205 in 2018) en psychoactieve medicatie (3258 in 2018) sinds 2015. De registraties binnen Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg werden er 1127 actieve zorgperiodes toegeschreven aan cannabis gebonden stoornissen en 683 andere illegale middelen (naast cannabis). Omwille van wijzigingen in

²⁵ Cijfergegevens m.b.t. hulpverlening en sterftcijfers worden in de bijlage weergegeven.

diagnosestelling en rapportering zijn de CGG-cijfers niet geschikt voor vergelijking met jaargangen voor 2018.

In gespecialiseerde, geconventioneerde centra daalde het totaal aantal nieuwe patiënten en episodes met een drugsproblematiek tussen 2015 en 2020. Dit is ook het geval voor problemen met slaap- en kalmeermiddelen (stimulantia, hypnotica en sedativa). Een uitzondering hierbij waren stijgingen bij cocaïne en de categorie van overige illegale drugs, zowel in aantal nieuwe patiënten als episodes. Deze cijfers worden volgens de Treatment Demand Indicators (TDI) geregistreerd: TDI cijfers zijn sterk onderhevig aan veranderingen in het hulpaanbod, in de toegankelijkheid van de hulpverlening en wijzigingen in de manier van registreren. Bovendien capteert dit enkel nieuwe patiënten, de eerste opname van patiënten (indien zij een gekend zijn) en zijn er de laatste jaren heel wat voorzieningen bijgekomen die TDI registreren.²⁶

De drugsgelateerde, gestandaardiseerde sterftcijfers (nauwe selectie) blijven vrij constant voor mannen (0,99 naar 1,04 op 100 000 inwoners), maar bij vrouwen is een daling zichtbaar (0,35 naar 0,23 op 100 000 inwoners). Eenzelfde verschil is op te merken in de drugsgelateerde sterfte als aandeel van de totale sterfte. Daar blijft het aandeel bij mannen gelijk (0,29% naar 0,30%) en bij vrouwen kan men een daling waarnemen (0,17% naar 0,09%). Het aantal verloren levensjaren gerelateerd aan drugs kent een lichte daling bij mannen van 0,60 naar 0,53.

2.2.10. Thema's 'Gokken' en 'Gamen'

Voor gamen zijn helaas weinig cijfers beschikbaar, maar het **aandeel jongeren dat de voorbije week meer dan 14u gegamed heeft**, is wel gekend. Het aantal uur dat iemand gamet, geeft informatie over de vrijetijdsbesteding van jongeren, maar het is geen rechtstreekse indicator voor problematisch gamen. Dit cijfer is significant gestegen van 9,6% in 2013/2014 tot 11,4% in 2018/2019 (zie **Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.**). De jongste groepen (12-14 jaar en 15-16 jaar) gamen (significant) meer dan 14u/week dan de 17-18-jarigen. Het aantal jongeren dat meer dan 14u/week gamet, ligt het hoogste in de B-stroom en in het BSO.

Tabel 25. Percentage met meer dan 14u/week gamen de afgelopen week

Leeftijdsgroep	2013/2014	2018/2019	Evolutie	Bron
Jongeren	9,6%	11,4%	☹️↑	Leerlingenbevraging (2014, 2019)
12-14 jaar	10,3%	12,1%	☹️	Leerlingenbevraging (2014, 2019)
15-16 jaar	10,3%	11,9%	☹️	Leerlingenbevraging (2014, 2019)
17-18 jaar	7,4%	9,1%	☹️	Leerlingenbevraging (2014, 2019)

Opmerking: Enkel statistisch significante evoluties kunnen geïnterpreteerd worden als een betekenisvolle wijziging; zie de [legende van de tabellen](#). De leeftijdsgroepen worden in [Tabel 1](#) toegelicht. Cijfers die niet beschikbaar zijn of waar de keuze werd gemaakt om deze in kader van dit rapport niet op te vragen, worden aangegeven met '/'.

De leerlingenbevraging registreert een significante daling van het **aantal jongeren dat ooit gokte**: van 47,5% naar 41,5% (tussen 2013/2014 en 2018/2019) (zie Tabel 26). De daling is significant in ASO, BSO en TSO. In 2018 speelde **9,5% van de volwassenen minstens wekelijks een kans- of gokspel en vertoonde 1,1% een risico op gokverslaving**. (Dit werd voor de eerste keer bevraagd in 2018.)

²⁶ De TDI cijfergegevens in dit rapport kunnen verschillen met deze uit de publiek beschikbare rapporten. Voor dit rapport werden de TDI-registraties (van nieuwe patiënten en episodes) opgevraagd inclusief deze waarvan geen Identificatienummer van de sociale zekerheid in België (INSZ) beschikbaar was. In de publiek beschikbare rapporten worden nieuwe patiënten en episodes zonder Identificatienummer van de sociale zekerheid in België (INSZ) niet opgenomen.

Op de **EPIS-lijst (Excluded Persons Information System)** staan mensen die uitgesloten worden van casino's, automatenhallen en online gokken. Dit omvat bv. mensen met een specifiek beroep (bv. politie) of mensen in collectieve schuldenregeling. Daarnaast is deze lijst bedoeld om mensen met een gokverslaving te beschermen: zij kunnen zelf een aanvraag indienen bij de Kansspelcommissie om op de lijst te staan of hun naasten kunnen dat voor hen doen. Deze twee groepen zijn **meest relevant als indicator voor gokverslaving in de samenleving**. Beide groepen zijn sterk toegenomen tussen 2013 en 2018: het aantal vrijwillige uitsluitingen klom van 19 670 naar 32 468 (zie Tabel 26). Het aantal uitsluitingen door een naaste kende een nog sterkere toename van 89 naar 511. De onrustwekkende evolutie van deze indicator dient nauw opgevolgd te worden.

Tabel 26. Indicatoren m.b.t. gokken

% dat ooit gokte				
Leeftijdsgroep	2014	2019	Evolutie	Bron
Jongeren	47,5%	41,5%	☺ ↓	Leerlingenbevraging (2014, 2019)
12-14 jaar	39,2%	34,7%	☺ ↓	Leerlingenbevraging (2014, 2019)
15-16 jaar	50,3%	44,3%	☺ ↓	Leerlingenbevraging (2014, 2019)
17-18 jaar	59,5%	51,8%	☺ ↓	Leerlingenbevraging (2014, 2019)
% dat het laatste jaar minstens wekelijks een kans- en gokspel speelde				
Leeftijdsgroep	2013	2018	Evolutie	Bron
Volwassenen	/	9,5%	⊖	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Mannen	/	11,3%	⊖	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Vrouwen	/	7,8%	⊖	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
% met risico op gokverslaving				
Leeftijdsgroep	2013	2018	Evolutie	Bron
Volwassenen	/	1,1%	⊖	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Mannen	/	1,7%	⊖	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Vrouwen	/	0,5%	⊖	Gezondheidsenquête (2013, 2018)
Aantal uitgesloten spelers uit casino's, speelautomatenhallen en vergunde online kansspelen (België) ¹				
Leeftijdsgroep	2013	2018	Evolutie	Bron
Totaal	235.321	358.939	⊖	EPIS (2013, 2018)
Vrijwillige uitsluitingen	19.670	32.468	⊖	EPIS (2013, 2018)
Uitsluiting op vraag belanghebbende derde	89	511	⊖	EPIS (2013, 2018)
Collectieve schuldenregeling	86.638	109.023	⊖	EPIS (2013, 2018)
Gerechtelijke beslissing	82.580	160.037	⊖	EPIS (2013, 2018)
Uitsluiting aard beroep	46.344	56.900	⊖	EPIS (2013, 2018)

Opmerking: Enkel statistisch significante evoluties kunnen geïnterpreteerd worden als een betekenisvolle wijziging; zie de [legende van de tabellen](#). De leeftijdsgroepen worden in [Tabel 1](#) toegelicht; Cijfers die niet beschikbaar zijn of waar de keuze werd gemaakt om deze in kader van dit rapport niet op te vragen, worden aangegeven met '/'; EPIS = Excluded Persons Information System.

Hulpverlening²⁷

Voor pathologisch gokken is er een lichte stijging te zien tussen 2019 en 2020 in het aantal actieve zorgperiodes bij de CGG's. In 2019 waren er 115 actieve zorgperiodes en in 2020 waren dit er 124. Deze cijfers worden bovendien ook volgens de Treatment Demand Indicators (TDI) geregistreerd: TDI cijfers zijn sterk onderhevig aan veranderingen in het hulpaanbod, in de toegankelijkheid van de hulpverlening, wijzigingen in de manier van registreren. Bovendien capteert dit enkel nieuwe patiënten, de eerste

²⁷ Cijfergegevens m.b.t. hulpverlening worden in de bijlage weergegeven.

opname van patiënten (indien zij een gekend zijn) en zijn er de laatste jaren heel wat voorzieningen bijgekomen die TDI registreren.²⁸

2.3 DISCUSSIE EN CONCLUSIE

In onderstaande discussie wordt, per thema, een overzicht gegeven van: de trends die werden opgemerkt in de eerder besproken gezondheidsindicatoren en de voornaamste aandachtsgroepen die hierbij naar voor komen.

Wat betreft het thema '**Voeding**', zien we dat de meeste Vlamingen (79,9% van alle leeftijden) dagelijks **ontbijten**, een goede gewoonte die constant bleef over de tijd en vaakst voorkomt bij personen met een diploma hoger onderwijs. Vlamingen eten nog steeds te weinig groenten en fruit: al steeg het percentage dat dagelijks fruit eet wel van 55,3% in 2013 naar 59,8% in 2018. Het aandeel dat de aanbeveling om 2 porties **fruit** per dag te eten haalt, is niet significant gestegen en blijft laag in bijna alle leeftijdsgroepen. De dagelijkse consumptie van **groenten** is niet gestegen bij de totale Vlaamse bevolking (79,3%) en het percentage dat de aanbevolen hoeveelheid van twee porties groenten (totaal 300 gram) per dag haalt, blijft laag bij bijna alle leeftijdsgroepen. Bij de jongeren, werd wel een stijging gerapporteerd in de dagelijkse consumptie van groenten en fruit sinds 2014. Zowel voor fruit als groenten, halen jongeren uit het ASO, Vlamingen met een diploma hoger onderwijs, volwassenen en ouderen vaker deze aanbevolen hoeveelheden.

De Vlaming drinkt **minder frisdrank en meer water**: er is een daling in de dagelijkse consumptie van gesuikerde frisdranken (23,8% naar 19,4%). Deze trend zien we ook bij jongeren, onder hen wordt de hoogste consumptie in dagelijkse gesuikerde frisdrank vastgesteld bij jongeren met een lager secundair diploma en jongeren uit het BSO. Het aandeel van de Vlaamse bevolking dat dagelijks meer dan 1 liter water drinkt, is gestegen van 26,4% in 2013 naar 30,5% in 2018. Van de volwassenen drinkt ongeveer 1 op 3 dagelijks voldoende (= 1 liter) water en bij ouderen is dit slechts zo'n 1 op 5. We zien dat jongeren vaker dagelijks water drinken, maar het aandeel dat dagelijks 1 liter water drinkt, is slechts 26,9%.

Wat betreft '**Beweging**', kent de vergelijking tussen 2013 en 2018 voor volwassenen en ouderen m.b.t. de beweegaanbeveling (wekelijks minstens 150 minuten beweging aan matige intensiteit) sterke beperkingen. Dit is het geval omwille van verschillen in de aanbeveling en de meetinstrumenten. Wat wel vaststaat, is dat de **beweegaanbeveling** vaker werd behaald (op beide meetmomenten) door mannen dan door vrouwen. In de toekomst zal dit verschil tussen de geslachten een aandachtspunt blijven. Volwassenen zonder diploma of met diploma lager onderwijs haalden in 2018 ook minder vaak de aanbeveling dan de groep met een diploma hoger onderwijs. Daarnaast haalden ook ouderen van meer dan 75 jaar in 2018 minder vaak de aanbeveling dan de jongvolwassenen (18-24 jaar). Slechts een zeer kleine minderheid van de jongeren haalde in 2018 de beweegaanbeveling (dagelijks minstens 60 minuten beweging aan matig-hoge intensiteit), desondanks ligt dit percentage hoger dan in 2014. Aanvullende aandachtspunten zijn de minder positieve resultaten bij meisjes en bij oudere adolescenten.

Ook voor het '**Sedentair gedrag**' (aantal uren zitten per dag) bij volwassenen van 18 t.e.m. 64 jaar, kent de vergelijking tussen 2012 en 2018 sterke beperkingen omwille van verschillende meetinstrumenten. De geslachten zijn wel feitelijk vergelijkbaar. Zowel bij de starmetingen, als in 2018 zaten mannen meer

²⁸ De TDI cijfergegevens in dit rapport kunnen verschillen met deze uit de publiek beschikbare rapporten. Voor dit rapport werden de TDI-registraties (van nieuwe patiënten en episodes) opgevraagd inclusief deze waarvan geen Identificatienummer van de sociale zekerheid in België (INSZ) beschikbaar was. In de publiek beschikbare rapporten worden nieuwe patiënten en episodes zonder Identificatienummer van de sociale zekerheid in België (INSZ) niet opgenomen.

uren per dag dan vrouwen. Naast mannen halen ook volwassenen met een diploma hoger onderwijs, meer zittingen per dag dan de groep met een diploma secundair onderwijs of zonder diploma. Bij ouderen zien we in 2018 echter een omgekeerde relatie tussen het diploma en aantal zittingen. Van de jongeren behaalde 9 op 10 in 2018 de **aanbeveling van maximum 2 uur schermtijd** per dag in de vrije tijd *niet*. Dit is een stijging tegenover 2014 en doet besluiten dat de overgrote meerderheid van de jongens én meisjes steeds minder vaak aan de aanbeveling voldoet. Jongens doen het hierin nog minder goed dan meisjes in 2014 en 2018.

Op vlak het thema '**Gewicht**', is het totaal aantal Vlamingen (18+) met overgewicht stabiel gebleven. Bijna de helft van de Vlamingen (48,2%) heeft in 2018 **overgewicht** en 15% heeft **obesitas**. Zowel het hebben van overgewicht als van obesitas, vertoont een samenhang met de opleidingsvorm. Vlaamse volwassenen met een hoger diploma hebben significant minder overgewicht en obesitas dan Vlamingen met een lager of geen diploma. Van de kinderen (2-10 jaar) had 18,4% overgewicht en was 6,1% obees (2-9 jaar) in 2018, wat stabiel gebleven is over de tijd. Ook de opleidingsvorm en origine van de moeder kan de kans van het kind op overgewicht of obesitas beïnvloeden (Vancoppenolle, Colaert, Cloots, & Roelants, 2020). Bij jongeren is het 9,4% dat overgewicht heeft en 4,4% heeft obesitas, wat bij hen wel een licht significante daling is t.o.v. 2014. Al dienen deze resultaten met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden omwille van de zelfrapportage die gevoelig is aan onderschatting van de BMI.

Wat betreft het thema '**Eetstoornissen**', bleef het percentage volwassenen dat risico loopt op de ontwikkeling van een **eetstoornis** stabiel tussen 2013 en 2018. Met betrekking tot **lichaamstevredenheid** zien we bij de jongeren een daling in het aantal dat zichzelf te dik vindt, een stijging in het aantal jongeren dat zichzelf goed vindt en een stijging in het aantal jongeren dat zichzelf te mager vindt. Wanneer de lichaamstevredenheid stijgt, verlaagt het risico op eetstoornissen, dus dit is goed nieuws. Er blijkt echter wel dat het aantal jongeren dat een **dieet** volgt, gestegen is tussen 2014 en 2018. Dit stemt tot bezorgdheid, want crashdiëten en te rigide dieetregels zijn factoren die het risico op de ontwikkeling van een eetstoornis verhogen.

Tussen 2013 en 2018 is er een significante daling in het aandeel **rokers** in de algemene, Vlaamse bevolking, bij ouderen, volwassenen (mannen en vrouwen) en jongeren (jongens en meisjes). Hier kan dus een positieve trend opgemerkt worden. De uitdaging is nu om ook specifieke groepen die méér (blijven) roken voldoende te bereiken. Zo ligt het aandeel rokers in het laagste inkomenskwintiel in 2018 significant hoger dan in de algemene bevolking. Ook roken mannen vaker dan vrouwen met hoge aantallen onder de mannelijke twintigers, dertigers en veertigers. Het is ook nodig om rokers sterker te bewegen tot het regelmatige stoppogingen. Bij de jongeren zijn er significante dalingen voor alle indicatoren; de uitdaging in deze groep blijft evenwel om roken ook verder terug te dringen in de onderwijsvormen van BSO en TSO waar nog significant meer gerookt wordt dan in het ASO. Tot slot zijn er minder rokende ouders met kinderen en groeien minder kinderen op in tabaksrook in Vlaanderen. Deze daling is er ook bij rokende ouders uit lagere SES-groepen, maar deze cijfers blijven hoog dus ook hier is de impact van socio-economische status merkbaar.

De laatstejaars consumptie van '**Alcohol**', daalde significant bij volwassenen, maar bij ouderen is de daling veel kleiner en niet significant. Als we kijken naar het aandeel dat meer drinkt dan de gezondheidsnorm van 10 glazen per week, zijn er lichte, niet-significante dalingen bij volwassenen en oudere mannen, maar is er een significante stijging zichtbaar bij oudere vrouwen (5,2% naar 6,9%). Toch blijven het bij volwassenen en ouderen in 2018 nog steeds vooral mannen die meer dan 10 glazen per week drinken. Meer mannen hebben een risico op problematisch gebruik dan vrouwen in 2018, maar dit risico stijgt wel het sterkst bij vrouwen. Bij jongeren zijn er dalingen op te merken in het laatstejaarsgebruik van alcohol in de verschillende leeftijdsgroepen en ook de gemiddelde beginleeftijd steeg. Wat betreft bingedrinken is er geen significante wijziging op te merken bij jongeren, maar het

aandeel studenten dat wekelijks bingedrinkt daalde wel tussen 2017 en 2021. De coronapandemie heeft hier ongetwijfeld een invloed.

Wat betreft het gebruik van **'Drugs'**, is het laatstejaars **cannabisgebruik** bij jongeren significant gedaald. Dit kan vastgesteld worden bij alle leeftijdsgroepen van de jongeren. Bij volwassenen is het laatstejaars cannabisgebruik significant gestegen (2,8% naar 6,3%). Vooral bij mannen zien we meer laatstejaarsgebruik. Het laatstejaarsgebruik van **overige illegale drugs** (cannabis uitgesloten) ligt laag bij volwassenen, maar vertoont wel een significante stijging van 0,9% in 2013 naar 3,4% in 2018. Het gebruik ligt opmerkelijk hoger bij mannen dan bij vrouwen en het verschil tussen beiden is in 2018 ook significant. De leeftijdsgroep met het hoogste cocaïnegebruik is de groep van 25- tot 34-jarigen. Ook voor XTC-gebruik ligt het aandeel het hoogst in de leeftijdsgroep 25 tot 34 jaar.

Het aantal jongeren dat het laatste jaar **'Psychoactieve medicatie'** gebruikte, is significant toegenomen. Omdat het hier om voorschrijfplichtige medicatie gaat, is dit een evolutie om aandachtig voor te zijn. Het gebruik van **slaap- en kalmeermiddelen** nam toe in alle onderwijsvormen en bij alle leeftijdscategorieën, maar ze nam opmerkelijk sterk toe (en significant) bij de jongste groep. Bij de 12-14 jarigen nam het gebruik toe van 4,9% naar 7,0%. Tussen 2013 en 2018 evolueert het gebruik van slaap- en kalmeermiddelen (gebruik de voorbije twee weken) weinig bij volwassenen en ouderen. Van de ouderen gebruikte in 2018 namelijk nog steeds 25,6% de voorbije twee weken een slaap- of kalmeermiddel. De leerlingenbevraging registreert ook nog een significante daling in het aantal jongeren dat doet aan diëten.

2.3.1. Algemene conclusie gezondheidsindicatoren

In de periode van 2013/2014 tot 2018 zijn er voor verschillende indicatoren positieve evoluties zichtbaar bij de **Vlaming**. Zo is er vooruitgang op het vlak van voeding (de Vlaming drinkt minder frisdrank en meer water en behoudt de goede gewoonte van dagelijks ontbijt), een dalend alcoholgebruik en een dalend aantal huidige en dagelijkse rokers. Voor andere indicatoren is de evolutie negatief: de Vlaming eet nog steeds onvoldoende fruit en groenten en er was een stijging in het laatstejaarsgebruik van cannabis en overige illegale drugs (al ligt de prevalentie hiervan nog steeds zeer laag). Bingedrinken bij studenten blijft een aandachtspunt aangezien er een stijging is tussen 2013 en 2017, maar een daling tussen 2017 en 2021.

Specifiek voor **jongeren** zijn er volgende positieve evoluties op te merken: jongeren consumeren meer groenten en fruit, hebben een hogere lichaamstevredenheid en hebben minder vaak obesitas of overgewicht. Hierbij dient benadrukt te worden dat de percentages voor obesitas en overgewicht hoog blijven en de daling met voorzichtigheid geïnterpreteerd moet worden. Het laatstejaarsgebruik van alcohol daalde, alsook het cannabisgebruik en het aantal jongeren dat ooit gokte. Er zijn minder dagelijkse en regelmatige rokers onder de jongeren en ze gebruikten minder vaak tabak in het laatste jaar. De voornaamste aandachtspunten zijn de volgende: ze hebben nog steeds de hoogste consumptie in gesuikerde dranken (in vergelijking met andere leeftijdsgroepen), weinig onder hen halen de beweegaanbeveling en de aanbeveling rond schermtijd. Tot slot volgen ze in 2018 vaker een dieet en nemen vaker slaap- en kalmeermiddelen dan in 2013/2014.

Ook tussen **geslachten** merken we belangrijke verschillen voor indicatoren over de thema's heen. Zo wordt de beweegaanbeveling vaker door mannen behaald, terwijl mannen en jongens wel meer zituren hebben. Vrouwen scoren minder goed op het SCOFF Body image item, al verloopt deze trend wel positief. Vrouwen halen in 2018 minder vaak de gezondheidsnorm voor alcoholgebruik dan in 2013/2014 en hebben daarnaast vaker een indicatie voor problematisch alcoholgebruik, toch drinken mannen nog steeds meer glazen per week. Het gebruik van illegale drugs ligt ook hoger bij mannen dan

vrouwen, waarbij 25- tot 34-jarige mannen de groep met het hoogste cocaïne- en XTC-gebruik vormen. Wat betreft alcoholconsumptie, zien we minder positieve cijfers bij mannen tegenover vrouwen en ook onder studenten zien we sterke verschillen in cannabisgebruik en wekelijks bingedrinken: de percentages liggen hier voor mannen een stuk hoger dan voor vrouwen. Vrouwen roken minder vaak dan mannen en het aantal vrouwelijke huidige rokers daalde ook, terwijl dit voor mannen stabiel bleef.

Voor heel wat indicatoren, over de verschillende thema's heen, wordt er vaker een verschil opgemerkt naar **opleidings- of onderwijsvorm en socio-economische klasse**. Zo kan er vaker een positievere evolutie opgemerkt worden bij volwassenen met een diploma hoger onderwijs en jongeren uit het ASO dan bij volwassenen met een diploma lager onderwijs of geen diploma en jongeren uit het BSO, KSO/TSO. Belangrijke uitzonderingen hierop zijn sedentair gedrag en problematisch alcoholgebruik: voor deze indicatoren scoren volwassenen met een diploma hoger onderwijs minder goed.

Bij de evaluevaluatie zal het ook belangrijk zijn om extra indicatoren in kader van de gewijzigde voedingsdriehoek op te volgen (bv. rond de consumptie van vlees en plantaardige vleesvervangers) uit de Voedselconsumptiepeiling.

2.4 GEBRUIKTE RAPPORTEN EN STUDIES IN DE BESCHRIJVING VAN GEZONDHEIDSINDICATOREN

Doorheen de bespreking van de gezondheidsindicatoren worden telkens de gebruikte gegevensbronnen aangegeven. Hieronder geven we alvast een overzicht van gebruikte studies en rapporten, met een korte toelichting van de doelgroep waarop de studie zich richt, de thema's die bevestigd worden, de gevolgde methode en frequentie van publicatie of bevestiging.

Er werd een selectie gemaakt van de gebruikte bronnen door de verschillende partnerorganisaties. Naast deze opgelijste bronnen beschikken we nog over bijkomende interessante data uit het Gezondheidskompas, CLB-data, Kind en Gezin, die hier niet in werden opgenomen maar te raadplegen zijn via de websites van de organisaties. Zorg en gezondheid werkt aan een update van het bestaand overzicht van gezondheidsindicatoren rond het strategisch plan, zowel voor volwassenen, jongeren als de overkoepelende gezondheidsindicator.

- i. De [Gezondheidsenquête \(Health Interview Survey - HIS\)](#) wordt uitgevoerd door **Sciensano** en onderzoekt gezondheidsproblemen en leefgewoonten van de Belgische bevolking. De enquête wordt georganiseerd sinds 1997 en behoort vanaf 2013 tot de Europese Gezondheidsenquête.
Doelgroep: Volledige Belgische bevolking
Thema's: Beschouwde onderdelen omvatten gezondheid en welzijn, gezondheidsgedrag en leefstijl, gebruik van gezondheids- en welzijnsdiensten, fysieke en sociale omgeving, en preventie.
Methode: Gegevens worden verzameld op jaarbasis, via enquête (zelfrapportering), op basis van een steekproef van 10.000 deelnemers. De resultaten worden gewogen om de bevolkingssamenstelling te weerspiegelen.
Frequentie: De resultaten worden om de 4 à 5 jaar gepubliceerd.
In deze tussentijdse evaluatie wordt beroep gedaan op de verschillende levensstijl-gerelateerde hoofdstukken van de enquêtes van 2013 (Sciensano, 2014) en 2018 (Sciensano, 2018) (laatste versie), alsook op aanvullende cijfergegevens op verzoek. Voor goed begrip van de lezer wordt in de tabellen gerefereerd naar deze studies en aanvullende cijfergegevens op aanvraag als 'Gezondheidsenquête' gevolgd door de gepaste jaargangen.
- ii. [Studie Jongeren en Gezondheid van HBSC](#) (Health behaviour in school-aged children) Vlaanderen wordt uitgevoerd door de onderzoeksgroep Gezondheidsbevordering van de **Universiteit Gent** en onderzoekt gezondheid, sociale determinanten van welzijn en impact van ingevoerde gezondheidsinterventies bij jongeren. Deze studie maakt deel uit van de internationale (HBSC) studie uitgevoerd onder toezicht van de WHO.
Doelgroep: Vlaamse, schoolgaande jongeren van 11, 13 en 15 jaar.

- Thema's:** Beschouwde onderdelen omvatten leefstijl (zoals voeding, roken, alcoholgebruik, druggebruik, seksualiteit, beweging), subjectieve gezondheid en psychisch welzijn, en de omgeving van de jongere (gezin, school en buurt).
- Methode:** Gegevens worden verzameld via bevraging die plaatsvindt in de klas tijdens les- of studie-uren en, onder toezicht van een leerkracht of administratief schoolpersoneel.
- Frequentie:** De studie wordt uitgevoerd op vierjaarlijkse basis.
- In deze tussentijdse evaluatie** wordt beroep gedaan op de studies van 2014 (De Clercq & Deforche, 2014) en 2018 (Dierckens, Delaruella, & Deforche, 2021) (laatste versie), alsook op aanvullende cijfergegevens op verzoek. Voor goed begrip van de lezer wordt in de tabellen gerefereerd naar deze studies en aanvullende cijfergegevens op aanvraag als 'HBSC' gevolgd door de gepaste jaargangen.
- iii. De [Leerlingenbevraging](#) wordt uitgevoerd door het **Vlaams expertisecentrum Alcohol en Drugs (VAD)** en onderzoekt het middelengebruik binnen de leefwereld van Vlaamse jongeren om zo scholen te ondersteunen in ontwikkeling of bijsturing van een alcohol- en drugbeleid.
- Doelgroep:** Vlaamse, schoolgaande jongeren
- Thema's:** Tabak, alcohol, illegale drugs, psychoactieve medicatie, gokken en gamen
- Methode:** Jaarlijkse, digitale vragenlijsten waarvan scholen zelf zorgen voor distributie
- Frequentie:** De studie wordt gepubliceerd op jaarlijkse basis.
- In deze tussentijdse evaluatie** wordt beroep gedaan op de studies van 2013/2014 (Vlaams expertisecentrum Alcohol en Drugs, 2014) en 2018/2019 (Vlaams expertisecentrum Alcohol en Drugs, 2019), alsook op aanvullende cijfergegevens op verzoek. In schooljaar 2019-2020 kon geen representatieve steekproef getrokken worden omwille van de coronamaatregelen. Er werd een daarom een rapport gepubliceerd met de evoluties en inzichten van de afgelopen 20 jaar leerlingenbevraging. Voor goed begrip van de lezer wordt in de tabellen gerefereerd naar deze studies en aanvullende cijfergegevens op aanvraag als 'Leerlingenbevraging' gevolgd door de gepaste jaargangen.
- iv. De [Studentenbevraging](#) wordt uitgevoerd door het **Vlaams expertisecentrum Alcohol en Drugs (VAD)** in samenwerking met Nederlandstalige instellingen van hoger onderwijs in Vlaanderen en Brussel.
- Doelgroep:** Studenten hoger onderwijs (Nederlandstalig) in Vlaanderen en Brussel
- Thema's:** Tabak, alcohol, illegale drugs, psychoactieve medicatie, gokken en gamen
- Methode:** Jaarlijkse, digitale vragenlijsten waarvan scholen zelf zorgen voor distributie
- Frequentie:** De studie wordt gepubliceerd op vierjaarlijkse basis.
- In deze tussentijdse evaluatie** wordt beroep gedaan op de studies van 2013/2014 (Vlaams expertisecentrum Alcohol en Drugs, 2014), 2018/2019 (Vlaams expertisecentrum Alcohol en Drugs, 2019) en 2021 (laatste versie), alsook op aanvullende cijfergegevens op verzoek. Voor goed begrip van de lezer wordt in de tabellen gerefereerd naar deze studies en aanvullende cijfergegevens op aanvraag als 'Studentenbevraging' gevolgd door de gepaste jaargangen.
- v. [Spittaels et al. \(2012\)](#) was een eenmalige studie – uitgevoerd door **de Universiteit Gent** – naar sedentair gedrag en beweging in 4 leeftijdsgroepen in Vlaanderen.
- Doelgroep:** 4 leeftijdsgroepen: 3-6 jaar, 8-13 jaar, 11-16 jaar, 18-65 jaar
- Thema's:** Beweging, sedentair gedrag
- Methode:** Versnellingsmeters (accelerometrie)
- Frequentie:** Eenmalige studie (Spittaels et al., 2012)
- vi. De [Voedselconsumptiepeiling \(VCP\)](#), uitgevoerd door **Sciensano**, brengt in kaart wat en hoeveel de Belgische bevolking eet. De eerste nationale voedselconsumptiepeiling in België werd in 2004 uitgevoerd, gevolgd door een nationaal representatief sample in 2014-2015.
- Doelgroep:** Belgische bevolking, vanaf 3 jaar.
- Thema's:** Voeding, beweging en sedentair gedrag
- Methode:** Bevraging via vragenlijsten
- In deze tussentijdse evaluatie** wordt beroep gedaan op de studie van 2014 (laatste versie); de volgende peiling is gepland voor 2022. (Bel & Tafforeau, 2016) Voor goed begrip van de lezer wordt in de tabellen gerefereerd naar deze studies en aanvullende cijfergegevens op aanvraag als 'VCP (2014)'.

- vii. Het rapport van **Kom Op Tegen Kanker, 'Roken in het gezin'**, werd in 2008 voor het eerst uitgevoerd om het gedrag en de attitudes van ouders t.o.v. blootstelling aan tabaksrook binnen het gezin op te volgen. Er gebeurden reeds metingen in 2008, 2014, 2018 en 2020.
Doelgroep: Nederlandstalige ouders van gezinnen met kinderen jonger dan 15 jaar waarin minstens één persoon rookt (dit hoeft niet noodzakelijk de ondervraagde ouder te zijn).
Thema's: Roken
Methode: Bevraging via telefoon, aangevuld met online bevraging
In deze tussentijdse evaluatie wordt beroep gedaan op de studie van 2014 en 2020 (laatste versie) alsook op aanvullende cijfergegevens op verzoek.
- viii. Het **EPIS (Excluded Persons Information System)**, sinds 2004 beheerd door de **Kansspelcommissie (KSC)**, is een elektronisch systeem dat alle uitgesloten spelers (in casino's, speelautomatenhallen of bij online weddenschappen) bundelt. Bij het binnengaan van een casino (online en offline) of speelautomatenhal (online en offline), of bij online weddenschappen worden verplicht de naam, de voornaam en de geboortedatum van de speler geregistreerd in EPIS om na te gaan of deze mag worden toegelaten (cf. artikel 54 §3,3 van de Kansspelwet).
Doelgroep: Belgische bevolking
Thema's: Gokken en kansspelen
Methode: Registratie van naam, voornaam en geboortedatum
In deze tussentijdse evaluatie wordt beroep gedaan op EPIS-cijfers van 2013 en 2018.
- ix. **TDI (Treatment Demand Indicators)** rapportage, beheerd door **Sciensano**, omvat de registratie van de behandelingsaanvragen die betrekking hebben op een probleem van misbruik of afhankelijkheid van illegale drugs (voor het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA) of van alcohol (specifiek voor België).
Doelgroep: Belgische bevolking
Thema's: Alcohol en illegale drugs
Methode: Registratie via een formulier met ongeveer twintig vragen voor iedere nieuwe vraag naar behandeling
In deze tussentijdse evaluatie wordt beroep gedaan op de cijfers van de TDI-rapporten voor de relevante jaargangen alsook op aanvullende cijfergegevens op verzoek. Er treden beperkingen op naar vergelijkingen over de jaargangen heen, deze worden telkens in de voetnoot van de relevante tabellen toegelicht. Voor goed begrip van de lezer wordt in de tabellen gerefereerd naar deze studies en aanvullende cijfergegevens op aanvraag als 'TDI rapport' gevolgd door de gepaste jaargangen.

Naast bovenstaande rapporten en studies werd aanvullend beroep gedaan op data op aanvraag m.b.t. cijfers voor hulpverlening Zorg en Gezondheid (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (1), 2022; Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (2), 2022).

3. PROCESINDICATOREN

De vierjaarlijkse ‘**indicatorenbevraging**’ gaat na hoe organisaties binnen diverse settings vorm geven aan hun preventief gezondheidsbeleid). De bevraging wordt uitgevoerd in de settings onderwijs, werk, lokale besturen en sinds 2019 ook binnen zorg en welzijn, kinderopvang van baby’s en peuters, buitenschoolse opvang en hoger onderwijs. De Indicatorenbevraging wordt uitgevoerd door het Vlaams Instituut Gezond Leven vzw, in samenwerking met de Vereniging voor Alcohol en andere Drugs (VAD) en de Lokale Gezondheidsoverleggen (Logo’s), en in opdracht van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (Vlaams Instituut Gezond Leven, 2022). De afgelopen jaren werd hard ingezet op het verhogen van de responsgraad voor de verschillende onderdelen van de bevraging. Meer recent werd daarom de naam van de bevraging gewijzigd naar “preventiepeiling”. Ook de timing van de bevraging wordt aangepast. In de beschrijving van de verschillende settinggerichte subdoelstellingen hieronder wordt telkens verduidelijkt of de gegevens de onderzochte populatie weerspiegelen.

De kwaliteit van het algemene preventieve gezondheidsbeleid (over thema’s heen) wordt gemonitord aan de hand van de kwaliteitscriteria die moeten vervuld zijn om een preventief gezondheidsbeleid te kunnen voeren in een bepaalde setting. Dit zijn thema-overschrijdende vragen die peilen naar succesfactoren voor een kwaliteitsvol preventief gezondheidsbeleid. De vier succesfactoren die bevestigd worden zijn beleidsmatig werken, betrokkenheid, deskundigheid en evidence-based werken.

Naast de overkoepelende gezondheidsdoelstelling wordt de indicatorenbevraging gebruikt om de kwaliteit van het thematisch preventief gezondheidsbeleid voor elke setting te evalueren. De scores op de verschillende succesfactoren vormen de basis voor het monitoren van de realisatie van de setting-specifieke subdoelstellingen van gezondheidsdoelstelling. De resultaten van de thematische bevraging worden niet opgenomen in deze tussentijdse evaluatie maar zijn terug te vinden op <https://www.gezondleven.be/projecten/preventiepeiling>.

Deze samenvatting is een synthese van het uitgebreide rapport van de indicatorenbevraging. Voor meer toelichting bij de verschillende (sub)settings verwijzen we dan ook naar dit volgend rapport. (Vlaams Instituut Gezond Leven, 2022).

De bevestigde settings zijn opgenomen in de gezondheidsdoelstelling “De Vlaming leeft gezonder in 2025” met (sub)doelstellingen die settinggericht geformuleerd zijn. Voor de (sub)settings basisonderwijs, secundair onderwijs, lokale besturen en werk brengen we in dit tussentijds rapport de **evolutie** tussen 2015 en 2019 in kaart.

De settings hoger onderwijs, kinderopvang baby’s en peuters, kinderopvang schoolgaande kinderen, jeugdhulp, ouderenzorg, lokale dienstencentra en CAW werden in 2019/2020 voor de eerste keer bevestigd. Hierbij gaat het dus om een **nulmeting**.

Eenzijds werden vragen gesteld omtrent het algemeen gezondheidsbeleid, anderzijds rond het thematisch gezondheidsbeleid. De vier succesfactoren die bevestigd worden bij het **algemeen gezondheidsbeleid** zijn:

- **Beleidsmatig werken** : Deze succesfactor omvat de integratie en verankering van gezondheid in het beleid, het opstellen van plannen en doelstellingen en het selecteren van prioriteiten.
- **Deskundigheid** gaat over het opzetten van netwerken met externe partners, om zo de expertise rond gezondheid te verhogen via vormingen.
- **Betrokkenheid** gaat over de participatie en het eigenaarschap van de doelgroep en intermediairs m.b.t. het gezondheidsbeleid binnen de setting (bv. via overlegstructuren).
- **Evidence-based werken** wil zeggen dat je een gezondheidsbeleid uitbouwt volgens de best beschikbare informatie over doelmatigheid en doeltreffendheid. Het omvat het verzamelen en analyseren van relevante gegevens over de kwaliteit van het beleid (bv. wensen en verwachtingen van leerlingen), procesbewaking en evaluatie van doelstellingen en acties.

3.1 SUBDOELSTELLING ‘GEZONDHEID IN EIGEN HANDEN’

Voor de subdoelstelling ‘Gezondheid in eigen handen’ is er geen streefcijfer beschikbaar. Om deze gezondheidsdoelstelling alsnog te evalueren zal voor de eindevaluatie een analyse gemaakt worden op basis van verschillende procesindicatoren die verbonden zijn aan de voorbeelden van acties zoals opgenomen in het strategisch plan.

3.2 SUBDOELSTELLING ‘GEZIN BRON VAN GEZONDHEID’

De setting kinderopvang (‘Gezin’) omvat de subsettings kinderopvanginitiatieven van **baby's en peuters**²⁹ enerzijds en kinderopvanginitiatieven van **schoolgaande kinderen**³⁰ anderzijds.

Deze setting werd voor het eerst opgenomen binnen de indicatorenbevraging van 2019. De resultaten daarvan gelden daarom als **nulmeting** voor de kwaliteit van het preventieve gezondheidsbeleid bij de kinderopvang in Vlaanderen en de Vlaamse Gemeenschap in Brussel.

O.b.v. de deelnemende opvanginitiatieven kan vastgesteld worden dat deze bevraging de totale populatie (na statistische weging³¹) van Vlaamse kinderopvanginitiatieven van baby's en peuters voor de meeste kenmerken goed weerspiegelt, alsook de totale populatie van kinderopvanginitiatieven met vergunning, erkenning of attest van toezicht door Kind en Gezin. Meer toelichting omtrent de statistische weging is te vinden in het uitgebreide rapport van de Indicatorenbevraging.

De Vlaamse gezondheidsdoelstelling voor het algemeen gezondheidsbeleid voor zowel **kinderopvang van baby's en peuters** als **kinderopvang voor schoolgaande jeugd** luidt als volgt:

“Tegen 2025 voert een toenemend percentage van de voorzieningen en initiatieven in de kinderopvang van baby's en peuters/opvang van schoolgaande kinderen buiten de school een beleid dat een gezonde leefstijl bevordert en dat voldoende kwaliteitsvol ³² is.”

In 2019 haalde **39%** van de kinderopvanginitiatieven voor baby's en peuters en **58%** van de kinderopvanginitiatieven van schoolgaande kinderen dit kwaliteitscriterium. Meer informatie over de kinderopvang voor baby's en peuters is te vinden de [website van de preventiepeiling](#) en de [informatie voor de kinderopvang voor schoolgaande kinderen](#).

²⁹ Dit omvat initiatieven die gezinsopvang (max. 8 kinderen) voor baby's en peuters aanbieden, die groepsopvang (min. 9 kinderen) voor baby's en peuters aanbieden en zelfstandige gezins- en groepsopvang als deze die aangesloten zijn bij een organisator van kinderopvang.

³⁰ Dit omvat initiatieven die erkend of vergund zijn door of een attest van toezicht hebben van Kind en Gezin en de opvanginitiatieven die georganiseerd worden door scholen. Erkende, vergunde of geattesteerde initiatieven omvatten gezinsopvang (max. 8 kinderen) voor schoolgaande kinderen aanbieden, groepsopvang (min. 9 kinderen) voor schoolgaande kinderen, alsook de zelfstandige gezins- en groepsopvang-initiatieven en de initiatieven aangesloten bij een organisator van kinderopvang. Opvanginitiatieven georganiseerd door scholen worden niet verder besproken omwille van onvoldoende gegevens op populatieniveau.

³¹ Na statistische weging: Statistische weging is een erkende werkwijze binnen de statistiek waarbij data van ondervetegenwoordigde entiteiten (volgens de verdeling van kenmerken) een groter gewicht krijgen, ten opzichte van oververtegenwoordigde entiteiten, opdat de verdeling overeenkomt met die van de populatie.

³² Een (themaspecifiek of algemeen) gezondheidsbeleid wordt gedefinieerd als voldoende kwaliteitsvol indien er een totaalscore van minstens 20 op 100 wordt behaald en geen enkele componentenscore (zowel strategie of succesfactor) minder bedraagt dan 2 op 10.

Tabel 27. % dat voldoet aan het kwaliteitscriterium van de Vlaamse gezondheidsdoelstelling voor het algemeen gezondheidsbeleid voor de subdoelstelling 'Gezin, bron van gezondheid'

Subsetting	% dat voldoet aan het kwaliteitscriterium ³²		
	2015-2016	2019-2020	Doelstelling 2025
Kinderopvanginitiatieven van baby's en peuters	n.v.t. (2019 = nulmeting)	39%	toenemend %
Kinderopvanginitiatieven van schoolgaande kinderen	n.v.t. (2019 = nulmeting)	58%	toenemend %

Om de settinggerichte subdoelstelling te behalen in 2025, dient **meer dan 39%** van de kinderopvanginitiatieven voor baby's en peuters en **meer dan 58%** van de kinderopvanginitiatieven van schoolgaande kinderen in 2025 te voldoen aan het kwaliteitscriterium voor een preventief gezondheidsbeleid.

3.3 SUBDOELSTELLING 'VRIJE TIJD, GEZONDE TIJD'

Voor deze subdoelstelling is er geen streefcijfer beschikbaar. Om deze gezondheidsdoelstelling alsnog te evalueren zal voor de eindevaluatie een analyse gemaakt worden op basis van verschillende procesindicatoren die verbonden zijn aan de voorbeelden van acties zoals opgenomen in het strategisch plan.

3.4 SUBDOELSTELLING 'GEZONDHEID IN ONDERWIJS'

De setting onderwijs omvat een bevraging voor de subsettings van **lager, secundair en hoger onderwijs**.

O.b.v. de deelnemende onderwijsinstellingen voor deze bevraging, kan worden vastgesteld dat de bevraging de totale populatie van **basis- en secundaire scholen** in Vlaanderen en Nederlandstalige basis- en secundaire scholen in Brussel goed weerspiegelt (naargelang onderwijstype, onderwijsniveau, grootte van de school, percentage indicatorleerlingen, ligging van de school en onderwijsnet).

De subsetting hoger onderwijs werd voor het eerst opgenomen binnen de indicatorenbevraging van 2019. De resultaten daarvan gelden daarom als nulmeting voor de kwaliteit van het preventieve gezondheidsbeleid bij hogeronderwijsinstellingen in Vlaanderen en de Vlaamse Gemeenschap in Brussel. De mate waarin de deelnemende instellingen de totale populatie goed weerspiegelen kon niet worden nagegaan wegens een te kleine totale populatie.

De Vlaamse gezondheidsdoelstelling voor het algemeen gezondheidsbeleid voor **het basisonderwijs en secundair onderwijs** luidt als volgt:

*Tegen 2025 voert 80% van de basisscholen/secundaire scholen een preventief gezondheidsbeleid dat voldoende kwaliteitsvol is.*³²

In 2019 haalde 61% van de basisscholen en 73% van de secundaire scholen dit kwaliteitscriterium. Het aantal basisscholen dat in 2019 het kwaliteitscriterium haalde, is gestegen met 3% t.o.v. 2015, terwijl dit voor secundaire scholen stabiel is gebleven t.o.v. 2015. Om de settinggerichte subdoelstelling voor basisonderwijs te behalen, moet het aandeel basisscholen en scholen secundair onderwijs dat voldoet aan het kwaliteitscriterium voor een preventief gezondheidsbeleid toenemen met resp. 19% en 7%.

Meer informatie over de preventiepeiling in het basis onderwijs is te vinden op de [website van de preventiepeiling](#). De informatie over het secundair onderwijs is [hier](#) te vinden.

De Vlaamse gezondheidsdoelstelling voor het algemeen gezondheidsbeleid voor **hoger onderwijs** ziet er als volgt uit:

Tegen 2025 voert een toenemend percentage van de hogescholen en universiteiten een preventief gezondheidsbeleid dat voldoende kwaliteitsvol is. ³²

In 2019 haalden 87% van deelnemende hogeronderwijsinstellingen de minimale kwaliteitsnorm. Om de doelstelling voor 2025 te halen, moet het aantal scholen **hoger onderwijs** dat de kwaliteitsnorm haalt nog verder **toenemen**.

Tabel 28. % dat voldoet aan het kwaliteitscriterium van de Vlaamse gezondheidsdoelstelling voor het algemeen gezondheidsbeleid voor de subdoelstelling 'Gezondheid in het onderwijs'

Subsetting	% dat voldoet aan het kwaliteitscriterium <small>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</small>		
	2015-2016	2019-2020	Doelstelling 2025
Basisonderwijs	57%	61%	80%
Secundair onderwijs	74%	73%	80%
Hogescholen en universiteiten	n.v.t. ³³	87%	toenemend %

Meer informatie over het preventief gezondheidsbeleid in hoger onderwijs is te vinden op de [website van de preventiepeiling](#).

3.5 SUBDOELSTELLING 'WERKEN, OOK AAN GEZONDHEID'

In de eerdere edities werden enkel bedrijven met minstens 20 werknemers bevestigd (nulmeting voor de settinggerichte subdoelstelling), maar in 2019 werden ook kleine ondernemingen (gedefinieerd als bedrijven met minder dan 20 werknemers) bevestigd. De gezondheidsdoelstelling voor 2025 werd apart geformuleerd (en tussentijds geëvalueerd) voor bedrijven met minstens 20 werknemers en voor kleinere bedrijven, maar de resultaten werden verder wel samen geanalyseerd.

De steekproef is representatief voor alle Vlaamse ondernemingen naargelang bedrijfssector en bedrijfsgrootte/personeelsklasse. O.b.v. de deelnemende ondernemingen, kan vastgesteld worden dat deze bevestiging de totale populatie (na statistische weging³⁴) van alle Vlaamse ondernemingen (naargelang bedrijfssector en bedrijfsgrootte/ personeelsklasse) goed weerspiegelt.

Voor **ondernemingen met minstens 20 werknemers** luidt de Vlaamse gezondheidsdoelstelling:

Tegen 2025 voert 20% van de ondernemingen een preventief gezondheidsbeleid dat voldoende kwaliteitsvol is. ³²

In 2019 haalde 18% van de ondernemingen met minstens 20 werknemers de minimumnorm. Het aantal dat het kwaliteitscriterium haalde, is in 2019 gestegen met 5% in vergelijking met 2015 (13%). Om de settinggerichte subdoelstelling voor 2025 te halen is er een stijging nodig van 2% van de ondernemingen die voldoen aan het kwaliteitscriterium³² voor een preventief gezondheidsbeleid.

Voor **ondernemingen met minder dan 20 werknemers** luidt de doelstelling als volgt:

Tegen 2025 voert een toenemend percentage van de ondernemingen een preventief gezondheidsbeleid dat voldoende kwaliteitsvol is. ³²

³³ De setting hoger onderwijs werd voor het eerst opgenomen binnen de indicatorenbevestiging van 2019. De resultaten daarvan gelden daarom als nulmeting voor de kwaliteit van het preventieve gezondheidsbeleid bij hogeronderwijsinstellingen in Vlaanderen en de Vlaamse Gemeenschap in Brussel.

³⁴ Statistische weging is een erkende werkwijze binnen de statistiek waarbij data van ondervertegenwoordigde entiteiten (volgens de verdeling van kenmerken) een groter gewicht krijgen, ten opzichte van oververtegenwoordigde entiteiten, opdat de verdeling overeenkomt met die van de populatie.

Van de ondernemingen met minder dan 20 werknemers haalde **8%** de minimumnorm.

Tabel 29. % dat voldoet aan het kwaliteitscriterium van de Vlaamse gezondheidsdoelstelling voor het algemeen gezondheidsbeleid voor de subdoelstelling 'Werken, ook aan gezondheid'

Subsetting	% dat voldoet aan het kwaliteitscriterium ^{Fout! Bladwijzer} niet gedefinieerd.		
	2015-2016	2019-2020	Doelstelling 2025
Ondernemingen met minstens 20 werknemers	13%	18%	20%
Ondernemingen met minder dan 20 werknemers	n.v.t. ³⁵	8%	toenemend %

Informatie over de preventiepeiling naar ondernemingen is te vinden op de [website van de preventiepeiling](#).

3.6 SUBDOELSTELLING 'MEER GEZONDHEID IN DE ZORG'

De setting 'zorg en welzijn' werd voor het eerst opgenomen binnen de indicatorenbevraging van 2019/2020. De resultaten daarvan gelden daarom als **nulmeting** voor de kwaliteit van het preventieve gezondheidsbeleid bij zorg- en welzijnsvoorzieningen), in Vlaanderen en de Vlaamse Gemeenschap in Brussel. De doelstelling luidt:

Tegen 2025 voert een toenemend percentage van de zorg- en welzijnsvoorzieningen een preventief gezondheidsbeleid dat voldoende kwaliteitsvol is. ³²

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

In de Indicatorenbevraging werd gekozen om 4 sectoren binnen deze setting te bevragen. Dat brengt ons op volgende subsettings: Centra voor Algemeen Welzijn (CAW), jeugdhulp³⁶, ouderenzorg³⁷ en lokale dienstencentra (LDC).

In 2019 haalde **57%** van de deelnemende **CAW's** de minimale kwaliteitsnorm. Om aan de doelstelling voor 2025 te voldoen, moet dit percentage toenemen. Bijkomende informatie hieromtrent is te vinden op de [website van de preventiepeiling](#).

De resultaten van de eerste bevraging bij de **jeugdhulporganisaties** tonen aan dat **77%** van de voorzieningen in 2020 een preventief gezondheidsbeleid heeft dat voldoende kwaliteitsvol is.³² Om aan de doelstelling voor 2025 te voldoen, moet dit percentage toenemen. Bijkomende informatie hieromtrent is te vinden op de [website van de preventiepeiling](#).

De resultaten van de eerste bevraging bij de **ouderenzorgvoorzieningen** (WZC en GAW) tonen aan dat **67%** van de voorzieningen in 2020 een preventief gezondheidsbeleid heeft dat voldoende kwaliteitsvol is. Om aan de doelstelling voor 2025 te voldoen, moet dit percentage toenemen. Bijkomende informatie hieromtrent is te vinden op de [website van de preventiepeiling](#).

In 2019 haalde 48% van de deelnemende **lokale dienstencentra** de minimale kwaliteitsnorm. Om aan de doelstelling voor 2025 te voldoen, moet dit percentage toenemen. Bijkomende informatie hieromtrent is te vinden op de [website van de preventiepeiling](#).

³⁵ Voor de ondernemingen met minder dan 20 werknemers, werd in 2019 de **nulmeting** uitgevoerd. Bij deze ondernemingen moet het aandeel dat het kwaliteitscriterium haalt stijgen om de doelstelling van 2025 te halen.

³⁶ De bevroegde organisaties zijn Organisaties Voor Bijzondere Jeugdzorg (OVBJ), Onthaal-, observatie- en oriëntatiecentra (OOOC), Centra Integrale Gezinszorg (CIG) en Gemeenschapsinstellingen (GI).

³⁷ Binnen de subsetting ouderenzorg werd beslist om alleen woonzorgcentra (WZC) en groepen van assistentiewoningen (GAW) op te nemen.

Tabel 30. % dat voldoet aan het kwaliteitscriterium van de Vlaamse gezondheidsdoelstelling voor het algemeen gezondheidsbeleid voor de subdoelstelling 'Meer gezondheid in de zorg'

Subsetting	% dat voldoet aan het kwaliteitscriterium <small>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</small>		
	2015-2016	2019-2020	Doelstelling 2025
CAW's	n.v.t. ³⁸	57%	toenemend %
Jeugdhulp	n.v.t. ³⁹	77%	toenemend %
Ouderenzorg (woonzorgcentra en groepen van assistentiewoningen)	n.v.t. ³⁹	67%	toenemend %
Lokale dienstencentra	n.v.t. ³⁸	45%	toenemend %

In kader van de bevraging voor deze setting worden enkele opmerkingen meegegeven betreffende de respons :

- O.b.v. de deelnemende **LDC's**, kan vastgesteld worden dat deze bevraging de totale populatie LDC's in Vlaanderen en de Vlaamse Gemeenschap in Brussel goed weerspiegelt naargelang rechtsvorm en ligging (in centrumstad vs. niet-centrumstad), maar niet naargelang provincie (vooral omwille van de ondervertegenwoordiging van Brussel).
- Voor het algemeen deel kon de mate waarin de deelnemende **CAW's** de totale populatie weerspiegelen in Vlaanderen en de Vlaamse Gemeenschap in Brussel niet worden nagegaan wegens een te kleine totale populatie. Voor het thematisch deel werd een verkennend onderzoek uitgevoerd via een focusgroep.
- O.b.v. de deelnemende **jeugdhulporganisaties** kan vastgesteld worden dat deze bevraging de totale populatie van Vlaamse jeugdhulporganisaties goed weerspiegelt (naargelang soort jeugdhulpvoorziening, grootte van de organisatie, aanwezige typemodules, aanwezige leeftijdsgroepen).
- O.b.v. de deelnemende **ouderenzorgvoorzieningen** kan vastgesteld worden dat deze bevraging de totale populatie van WZC en GAW in Vlaanderen en Brussel goed weerspiegelt (naargelang voorzieningstype, capaciteit, provinciale verdeling), met uitzondering van juridische vorm bij WZC waarbij private aanbieders ondervertegenwoordigd zijn en publieke aanbieders ondervertegenwoordigd zijn.
- De bevraging bij **ouderenzorg** werd gelanceerd eind februari 2020. Kort daarna werden voorzieningen geconfronteerd met de enorme uitdagingen van de corona-uitbraak. De vragenlijst werd dan ook afgesloten om voorzieningen niet verder te belasten.

3.7 SUBDOELSTELLING 'GEZONDE BUURTEN'

De vorige indicatorenbevraging bestond uit twee aparte versies voor de gemeente- en OCMW-besturen. Als gevolg van de inkanteling van de OCMW's in de gemeenten werd in de editie van 2020 gewerkt met één vragenlijst.

³⁸ Deze subsettings werden voor het eerst opgenomen binnen de indicatorenbevraging van **2019**. De resultaten daarvan gelden daarom als **nulmeting** voor de kwaliteit van het preventieve gezondheidsbeleid in Vlaanderen en de Vlaamse Gemeenschap in Brussel.

³⁹ Deze subsettings werden voor het eerst opgenomen binnen de indicatorenbevraging van **2020**. De resultaten daarvan gelden daarom als **nulmeting** voor de kwaliteit van het preventieve gezondheidsbeleid in Vlaanderen en de Vlaamse Gemeenschap in Brussel.

O.b.v. de deelnemende lokale besturen kan vastgesteld worden dat deze bevraging de totale populatie van Vlaamse lokale besturen goed weerspiegelt (naargelang provincie, inwonersaantal en bevolkingsdichtheid).

De Vlaamse gezondheidsdoelstelling voor Vlaamse besturen luidt:

Tegen 2025 voert een toenemend aantal lokale besturen een preventief gezondheidsbeleid dat voldoende kwaliteitsvol is. ³²

In 2020 haalde **52%** van de lokale besturen dit kwaliteitscriterium. In 2016 was er een gelijkaardig resultaat toen 53% het kwaliteitscriterium haalde. In vergelijking met 2016 werd dus **geen significant verschil in kwaliteit** opgemerkt met betrekking tot het algemene gezondheidsbeleid van lokale besturen. De subsetting kende een kleine achteruitgang m.b.t. het behalen van het kwaliteitscriterium wat de nood voor verdere inspanningen binnen lokale besturen suggereert.

Tabel 31. % dat voldoet aan het kwaliteitscriterium van de Vlaamse gezondheidsdoelstelling voor het algemeen gezondheidsbeleid voor de subdoelstelling 'Meer gezondheid in de zorg'

Subsetting	% dat voldoet aan het kwaliteitscriterium ³²		
	2015-2016	2019-2020	Doelstelling 2025
Gemeenten & OCMW's	53%	52%	toenemend %

Meer informatie over de preventiepeiling naar lokale besturen is te vinden op de [website van de preventiepeiling](#).

3.8 CONCLUSIE

De vierjaarlijkse 'indicatorenbevraging' volgt sinds 2003 op hoe het gesteld is met de realisatie van de gezondheidsdoelstelling 'De Vlaming leeft gezonder in 2025' en monitort hoe organisaties binnen diverse settings hun preventief gezondheidsbeleid invullen gedurende de voorgaande vier jaar. De bevraging wordt uitgevoerd in de settings onderwijs, werk, lokale besturen en sinds 2019 ook binnen zorg en welzijn, kinderopvang van baby's en peuters, buitenschoolse opvang en hoger onderwijs, waarbij voor elke setting een afzonderlijk onderzoek wordt opgezet.

Daarbij wordt het algemeen preventiebeleid bevraagd en gefocust op de thema's uit de gezondheidsdoelstelling m.n. voeding, beweging, sedentair gedrag, tabak, alcohol en drugs, alsook het thema mentaal welbevinden.

Uit de bevragingen zien de verschillende actoren alsook het beleid wat goed loopt in Vlaanderen en wat nog beter kan. Bovendien kunnen de verschillende settings deze informatie ook gebruiken als leidraad om hun eigen preventief gezondheidsbeleid verder uit te bouwen.

In de aanloop naar de zevende editie, die vanaf najaar 2022 gestart is, werden een aantal aanpassingen en vernieuwingen doorgevoerd in de preventiepeiling. De aanpassingen zijn gericht op enerzijds een betere meting, maar anderzijds ook op het genereren van meer respons en dus meer data om uitspraken te kunnen doen over evoluties. Op die manier kunnen organisaties en instellingen binnen de settings beter geïnformeerd en geïnspireerd worden rond hun preventief gezondheidsbeleid. De volgende aanpassingen zijn gebeurd:

- de naam is veranderd naar **preventiepeiling**, een term die de lading meer dekt. De nieuwe naam en nieuwe website en de promotie daarrond, helpen ook de aandacht te trekken bij respondenten;
- per thema werden kwaliteitscriteria op gemaakt om de bevraging te kunnen richten op de essentie per thema;

- de thema's mondgezondheid en valpreventie werden toegevoegd;
- de subsetting 'voorzieningen voor personen met een handicap' werd toegevoegd aan de setting Zorg en Welzijn;
- de uitnodigingsmail voor de preventiepeiling werd geoptimaliseerd, bv. de toevoeging van een link naar je persoonlijke vragenlijst;
- een motiverend filmpje legt uit waarom je best deelneemt aan de preventiepeiling;
- een vast stappenplan voor verspreiding van de resultaten per setting werd opgemaakt, dit verbetert de doorstroom van informatie;
- via infographics, motiongraphics en e-brochures worden de resultaten visueel aantrekkelijker, compacter en toegankelijker gemaakt voor de settings;
- samenwerking met andere onderzoekers binnen Sciensano en HBSC-studie maakt dat in de toekomst data kunnen gekoppeld worden;
- een interactief dashboard voor lokale besturen maakt het mogelijk om in de toekomst data te kunnen benchmarken;
- inspiratiegidsen 'Hoe aan de slag gaan?' motiveren respondenten per setting na het invullen van de vragenlijst.

Deze vernieuwingen moeten er mee voor zorgen dat we voor de verschillende deelnemende settings een beeld kunnen geven van hun gevoerde preventief gezondheidsbeleid, wat een basis zal vormen voor de eindevaluatie van deze gezondheidsdoelstelling.

Om blijvende vooruitgang te boeken met betrekking tot de kwaliteit van het algemene, preventieve gezondheidsbeleid in de voorafgaande settings zijn verdere acties nodig. Belangrijk hierbij is dat Zorg en Gezondheid **in dialoog** kan gaan met de bevoegde beleidsdomeinen over deze bevraging. Op deze manier kunnen de resultaten en hun implicaties besproken worden en kan er in onderling overleg enerzijds nagegaan worden welke acties de sterke elementen kunnen verankeren en helpen behouden, en anderzijds welke acties een verdere verbetering kunnen betekenen.

Door het betrekken van alle relevante actoren kan er een groter draagvlak gecreëerd worden wat van belang is voor de implementatiecontext van het preventieve gezondheidsbeleid. Ook kan dit inspelen op een verhoging van het aantal deelnemers wat een grotere bewustwording met zich meebrengt. Het leggen van duurzame verbindingen en een duidelijke rolverdeling werken bevorderlijk om te komen tot een win-win. Het vinden van de juiste motivatie voor elke van de betrokken actoren is hier van belang.

4. PREVENTIEMETHODIEKEN: ‘LESSONS LEARNED’

In het kader van de tussentijdse evaluatie werden enkele preventiemethodieken onder de loep genomen. Het doel was om successen en knelpunten te achterhalen die zich voordoen bij de ontwikkeling, disseminatie en implementatie en die we als ‘lesson learned’ meenemen. Het betreft volgende vijf preventiemethodieken: Bewegen Op Verwijzing, Bullshit Free Generation, Gezond op de werkvloer, Tournée Minerale en de Voedingsdriehoek⁴⁰. Deze methodieken werden doorheen de jaren geëvalueerd door de verantwoordelijke partnerorganisatie en iteratief verbeterd op basis van de inzichten die deze evaluaties naar voor brachten. We kozen voor die vijf methodieken om te zorgen voor een variatie aan beleidsthema’s, verschillende settings en verschillende vormen van preventiemethodieken (beleidsmatige methodieken, campagne, dienstverlening) met het oog op het analyseren van de successen en knelpunten. Voor de tussentijdse evaluatie werd gebruik gemaakt van bestaand materiaal om te achterhalen wat goed en niet goed liep.

4.1 CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

Doorheen de evaluaties en **aanbevelingen** van de preventiemethodieken kwam het overkoepelend element aan bod om voldoende aandacht te besteden aan de sociale gradiënt. Het concept van de **sociale gradiënt** verwijst naar het fenomeen dat de gezondheid van een persoon verslechtert gradueel naarmate zijn of haar sociale positie lager is. Er is met andere woorden een lineair verband tussen sociaaleconomische status en gezondheid, dit wordt omschreven als de gezondheidsgradiënt. Doorheen de levenscyclus van preventiemethodieken dient de nodige aandacht te zijn voor de einddoelgroep die men aanspreekt, de socio-economische gradiënt van deze groep (of subgroep) en hoe de methodiek deze groep het beste kan bereiken.

Enkele andere aanbevelingen hebben betrekking op de ontwikkeling en actualisatie (werken in co-creatie, aandacht hebben voor de doelgroep, zorgen voor een terugkerende evaluatie, goed ondersteunend materiaal voorzien), bereik en beschikbaarheid (laagdrempelig ter beschikking stellen van methodiek, het ondersteunend materiaal voldoende bekend maken, zorgen voor lokale disseminatie) en ten slotte de implementatie en communicatie (specifieke communicatie naar subdoelgroepen, brede communicatiemix, opvolging van communicatie, regelmatige doelgerichte en vernieuwende communicatie en lokale partners betrekken bij die communicatie)

Daarnaast gelden doorheen dit onderdeel ook enkele **randvoorwaarden**. Belangrijk is om binnen settings deze randvoorwaardes te definiëren en aan te geven hoe men hiermee omgaat. Zo is de beschikbaarheid van voldoende middelen een belangrijke randvoorwaarde om methodieken op voldoende kwalitatieve wijze te kunnen ontwikkelen, implementeren en dissemineren. Om preventiemethodieken voldoende kwalitatief te onderhouden en bij te werken, dient ook aandacht te zijn voor een set van duurzame, verankerde methodieken eerder dan een heel groot aantal versplinterde methodieken.

⁴⁰ Met deze selectie werd een spreiding bekomen over beleidsthema’s en de verschillende settings van het strategisch plan, waarbij ook rekening werd gehouden met variatie in de aard van de methodiek, o.a. enerzijds een campagne (Tournée Minérale) en anderzijds beleidsontwikkeling (bv. Gezond op de werkvloer). Ook de beschikbaarheid van bestaand evaluatiemateriaal werd bij de selectie meegenomen. Deze aanpak leverde een goede spreiding en dus een breed spectrum voor het formuleren van inzichten en aanbevelingen naar de toekomst toe.

4.1.1. Ontwikkeling en actualisatie

Wat betreft de ontwikkeling en iteratie van preventiemethodieken is een eerste aanbeveling om **co-creatie** een centrale plaats te geven binnen het ontwikkelings- en evaluatieproces. Co-creatie wordt hier gedefinieerd als het betrekken van experts en kennis vanuit de verschillende domeinen waar de methodiek aan raakt (bv. gedragsverandering, inhoudelijke kennis en communicatie) én de doelgroep zelf bij het ontwikkelen van de methodiek. Met deze aanpak wordt beschikbare kennis vanuit experts meegenomen, het aanbod zo goed als mogelijk afgestemd met de behoeften vanuit de doelgroep en wordt ook draagvlak gecreëerd. Het is hierbij belangrijk voor ogen te houden dat participatie tijd en vertrouwen vraagt en een te doorlopen proces is, geen eenmalige aanpak. Het opstarten van een pilootproject kan hierbij de nodige inzichten genereren. De resultaten van het pilootproject moeten wel ernstig worden genomen, met inbegrip van de te verwerken resultaten.

Aandacht voor de doelgroep: Een belangrijk aandachtspunt is om de doelgroep goed te onderzoeken en af te bakenen door middel van een grondige doelgroep analyse in de vorm van een behoefte en/of omgevingsanalyse. Dit kan bijvoorbeeld evidence-based via een literatuurstudie, of in afstemming met intermediairs en mogelijke doelgroep(en). Zo wordt ook duidelijk welke mix van strategieën optimaal is om een zo groot mogelijke impact te realiseren bij de einddoelgroep. Bij het ontwikkelen en implementeren van een methodiek is het belangrijk om stil te staan bij de doelgroep en de vorm van preventie die hierbij meest geschikt is. Elke van de types preventie (universele en specifieke) hebben een plaats in een integraal preventiebeleid. Het is belangrijk om stil te staan bij de noden van de doelgroep om de preventiemethodiek en -types er gepast op af te stemmen.

Een tweede aanbeveling is het creëren van een periodiek **terugkerende evaluatie** voor een preventiemethodiek. Aangezien de context en behoefte van de doelgroep onderhevig zijn aan veranderingen doorheen de tijd, zorgen periodieke evaluaties voor waardevolle inzichten over wijzigingen in deze doelgroep en kan er worden afgewogen of de methodiek nog voldoet aan de huidige waarden en vooropgestelde doelstellingen. Ook kan zo worden nagegaan of de eerdere afbakening binnen de doelgroep nog overeenstemt met de realiteit. Deze inzichten laten vervolgens toe om iteratief verbeteringen te formuleren , waardoor de methodiek steeds relevant blijft en optimaal tegemoet komt aan de behoefte van de doelgroep. Deze evaluaties dienen periodiek te gebeuren zodat er tijdig ingespeeld kan worden op nieuwe trends. De frequentie van deze evaluaties is afhankelijk van de soort methodiek. Echter, vanuit een levenscyclus-benadering, wordt bij de ontwikkeling best al een plan voorzien waarbij de frequentie van dergelijke periodieke aanpassingen wordt aangegeven met een inschatting van benodigde middelen.

Een derde aanbeveling kadert rond het **ondersteunend materiaal** van de preventiemethodiek. Er dient gezorgd te worden voor kwalitatief en up-to-date ondersteunend materiaal. Een voorbeeld betreft informatiefiches over het toepassen van de preventiemethodiek of banners die gebruikt kunnen worden op sociale media. Dit biedt handvaten aan intermediairs en de einddoelgroep om aan de slag te gaan met de preventiemethodiek.

Ten vierde, wordt aangeraden om een **sociaal aspect of de sociale omgeving voor de einddoelgroep te integreren**. Bij de ontwikkeling van de methodiek, dient men maximaal rekening met het integreren en creëren van sociale interactie. Op deze manier zullen een sociaal netwerk kunnen vormen rond de activiteiten binnen een methodiek of vanuit hun omgeving gemotiveerd worden om deel te nemen en hun gewoontes aan te passen.

Tot slot, dient de **registratie van deelnames** voor de einddoelgroep en intermediairs een goede balans te vinden tussen administratieve last en het belang van monitoring. Enerzijds moet deelnemen mogelijk gemaakt worden met zo weinig mogelijk administratieve handelingen aangezien deze kunnen leiden tot

een barrière voor inschrijving en dus deelname. Anderzijds, is een kwalitatief registratiesysteem wel cruciaal voor de monitoring van de preventiemethodiek met het ook op latere evaluatie.

4.1.2. Bereik en beschikbaarheid

Om het bereik en de beschikbaarheid van preventiemethodieken zo groot mogelijk te maken, wordt als eerste aangeraden om de **methodiek modulair toepasbaar** te maken en **laagdrempelig ter beschikking** te stellen aan de einddoelgroep. Wanneer de einddoelgroep op basis van eigen inschatting en aanvoelen keuzes kan maken in het gebruik van (componenten van) de methodiek, wordt het aanbod als laagdrempeliger ervaren. Hierdoor wordt het doorvoeren van verandering op zijn beurt als haalbaarder ervaren. Dit heeft een positieve invloed op het gebruik en dus realiseren van het gewenste effect van de preventiemethodiek. De modulaire toepasbaarheid moet wel altijd kaderen in het groter geheel van de methodiek, zodat doelstelling en gewenst effect nog steeds bereikt worden. Met andere woorden, de modulaire opties (bv. welke elementen kan je afzonderlijk opnemen, welke zijn verplicht op te nemen in het aanbod, enz....) dienen met voldoende aandacht opgesteld te worden zodat een suboptimale combinatie van modules de effectiviteit van de methodiek niet aantast. Dit houdt in dat de actie gekaderd wordt binnen meerdere preventiestrategieën (educatie, omgevingsinterventies, afspraken en regels, zorg en begeleiding) om te komen tot een integraal preventief gezondheidsbeleid. Daarnaast is belangrijk zo weinig mogelijk administratieve barrières te creëren, zodat deelnemers vanuit de einddoelgroep dit niet ervaren als reden om af te zien van hun participatie. Ook hoort de methodiek vlot toegankelijk te zijn waardoor instappen of opstarten van de deelname laagdrempelig is. Een vlot toegankelijke methodiek is bv. niet enkel beschikbaar na doorverwijzing van de huisarts.

Ten tweede, wordt geadviseerd om aandacht te besteden aan het verhogen van de **bekendheid van het beschikbare ondersteunend materiaal** van de methodiek. Dergelijk ondersteunend materiaal wordt vaak ter beschikking gesteld door de partnerorganisatie, maar in verschillende van de onderzochte evaluaties kwam naar voor dat deze onvoldoende bekend zijn of niet goed genoeg te vinden zijn door intermediairs en de doelgroep. Ondersteunend materiaal maakt steeds deel uit van een pakket van ruimere ondersteuningsmiddelen om het doel van de methodiek te kunnen bereiken in de praktijk. Bekendheid wordt bereikt door het toepassen van een communicatiemix belangrijk (campagne, sociale media, klassieke media,...). Men kan bijvoorbeeld het ondersteunend materiaal op een overzichtelijke manier en op een makkelijk bereikbare, vindbare plaats beschikbaar stellen voor intermediairs en de einddoelgroep, bv. op de website van de partnerorganisatie.

Tot slot, wordt aangeraden om in te zetten op **lokale disseminatie en lokale aanwezigheid** om het verspreiden van de preventiemethodiek te garanderen. Het is aangewezen om maximaal in te zetten op lokale promotie en disseminatie via Logo's en (structurele) partners. Lokale aanwezigheid zorgt op deze manier voor lokale verankering van de preventiemethodiek.

4.1.3. Implementatie en communicatie

Communicatie is, samen met de benaderingswijze van de einddoelgroep, een belangrijk onderdeel in het realiseren van de doelstelling van preventiemethodieken. Daarom is de suggestie om zich goed bewust te zijn van subdoelgroepen en de **specifieke communicatie die subdoelgroepen** vereisen. Campagnes kunnen tot op een bepaald niveau generiek zijn, maar bij het aanspreken van specifieke groepen (in kwetsbare maatschappelijke situaties) of subdoelgroepen met verschillende kennisniveaus, is het belangrijk om deze communicatie af te stemmen op hun specifieke noden en behoeften. Het is daarbij te adviseren om dit samen met hen te onderzoeken en communicatie(boodschappen) hierop aan te passen.

Ten tweede, dient het **inrichten van een brede communicatiemix**, gericht op het bereiken van de einddoelgroep en hun subdoelgroepen, voldoende aandacht te krijgen. Specifiek wordt het gebruik van **sociale media** vaker en vaker naar voor geschoven als **een cruciaal onderdeel van deze communicatiemix**. Sociale media zorgt voor een groot bereik en maakt het mogelijk om specifieke subdoelgroepen te bereiken. Echter vraagt dit ook **opvolging** en management vanuit de verantwoordelijke organisatie. Ook geven organisaties aan dat het aanwenden van de nodige **expertise** en **middelen** om het management van sociale media op een structurele en kwalitatieve manier te integreren, hen voor uitdagingen stelt. Daarom is de aanbeveling om in te zetten op sociale media als kanaal binnen de communicatiemix, maar om hierbij wel bewust om te springen met de inzet van mensen en middelen ten opzichte van het beoogde resultaat.

In de communicatiestrategie is het belangrijk om **regelmatige, doelgerichte en vernieuwende communicatie** na te streven. De communicatie(boodschap) blijft prioriteit bij intermediairs en de einddoelgroep als deze regelmatig wordt herhaald. Daarnaast is het belangrijk dat de communicatie duidelijk maakt hoe men concreet aan de slag kan gaan en welke winst het oplevert om in te stappen in de preventiemethodiek. Wel moet men hierin vernieuwend blijven en dus niet dezelfde communicatie eenzijdig herhalen. Een actuele invalshoek kiezen spreekt aan en zorgt voor het vestigen van de nodige aandacht op de methodiek. De boodschap in de communicatie hoort hierbij overeen te stemmen met de doelstelling van de methodiek enerzijds en de behoefte en leefwereld van de doelgroep anderzijds.

Betrokkenheid van lokale partners creëren, kan men doen door het geven van relevante en interessante informatie. **Er wordt geadviseerd om de lokale partners dus voldoende te informeren en te ondersteunen**, zodat zij ambassadeurs (kunnen) worden van de methodiek. Dit betreft bijvoorbeeld het bezorgen van cijfermatige resultaten over het project. Ook het faciliteren van structurele uitwisseling over lessons learned en best practices vormt een grote meerwaarde voor zowel de ontwikkelaar als de lokale partners en gebruiker van de methodiek; zo kunnen organisaties elkaar inspireren. Deze ondersteuning van lokale partners kan bestaan uit het helpen bij communicatie op lokaal niveau.

5. GOED BESTUUR, DE WEG NAAR GEZONDHEID

5.1 OVERKOEPELENDE VASTSTELLINGEN EN AANBEVELINGEN

Facettenbeleid en politiek engagement is noodzakelijk

Brede en duurzame impact is enkel mogelijk wanneer we er in slagen om actoren in alle levensdomeinen van de bevolking te sensibiliseren en te engageren om mee te werken aan de doelstelling (health in all policies).

Effectieve samenwerking tussen verschillende administraties en organisaties is pas mogelijk als er een duidelijk engagement is op het politieke niveau. Gezamenlijke beleidsinitiatieven en acties zouden daarom best worden opgenomen in de beleidsbrieven van relevante ministers.

De uitvoering van beleidsinitiatieven en acties kan worden opgevolgd in een **structureel overleg op niveau van de Vlaamse regering**. Deze overlegmomenten hebben als doel:

- het belang van preventieve gezondheid blijvend onder de aandacht brengen: preventieve gezondheidszorg heeft tot doel gezond gedrag te versterken en problemen, risico's, ziekten, ongezond gedrag te voorkomen. De meerwaarde van een goed preventief gezondheidsbeleid is niet altijd evident om dit (snel) tastbaar of zichtbaar te maken. Het vergt niet alleen langetermijndenken, standvastigheid, continuïteit, maar houdt ook het risico in dat investering in/aandacht voor een bepaalde strategie wordt stopgezet als ze een gunstig resultaat bereikt, of dat men geneigd is vooral in te zetten op zichtbare noden of problemen i.p.v. gedragsverandering.
- gezamenlijke standpunten innemen over de verschillende gezondheidsthema's of preventiestrategieën die zich situeren bij meerdere beleidsdomeinen of agentschappen.
 - voor tabak, alcohol en drugs: preventie, geestelijke gezondheidszorg handhaving, omgeving, jeugd, enz.
 - voor voeding: preventie, landbouw, omgeving, sport, armoedebestrijding, enz.,
- preventieve gezondheid waar relevant te laten opnemen in de gangbare regelgeving/kwaliteitsbewaking van verschillende sectoren (bv.: van het preventief gezondheidsbeleid een verplicht onderdeel maken binnen de beleids- en beheercyclus van de lokale besturen, link met VIKZ en kwaliteitsindicatoren voor bepaalde sectoren);
- gezamenlijk opvolgen van de evolutie van het strategisch plan en waar nodig acties bijsturen;
- duidelijke afspraken maken over samenwerking en rolverdeling, en gedeelde financiering.
- Het zou goed zijn als er werk gemaakt wordt van een **Vlaamse ethische gezondheidscode** rond het samenwerken met de industrie (bv. geen samenwerking met alcoholindustrie) en dat de boodschappen vanuit de overheid meer gestroomlijnd worden (bv. de week van de steak friet en de lancering van de voedingsdriehoek konden beter op elkaar afgestemd worden).

Voor de afstemming met het **federale niveau** moeten de thema's en de acties op de agenda komen van de **interministeriële conferentie**.

Rond gezonde voeding en lichaamsbeweging dient **een interfederale werkgroep** opgericht te worden, naar analogie met de Algemene Cel Drugs waar thema's tabak, alcohol, drugs en gokken op politiek niveau besproken worden.

Naast een afstemming op politiek niveau door middel van afstemming op politiek niveau is het ook nodig om vanuit de **verschillende administraties** een meer **structurele samenwerking** op te zetten.

Settinggericht werken moet verankerd worden in de werking van de partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking

De gezondheidsdoelstelling gaat uit van settinggericht werken. Dit blijkt moeilijk te realiseren omdat het preventief gezondheidsbeleid in hoofdzaak thematisch gefinancierd wordt. Het stroomlijnen van de verschillende thema's binnen een setting en **het zoeken naar synergiën** om de gezamenlijke werking te optimaliseren. Partnerorganisatie ondersteuning setting gericht werken (OSW) biedt een faciliterende rol, maar is pas recent gestart.

- Bij de processen rond sluiten en opvolgen van beheersovereenkomsten en meerjarige subsidies (oproepen, plannings, begrotingen, verantwoordingen) voorzien we meer ruimte voor:
 - thema-overschrijdende en settinggerichte acties, door ze expliciet te benoemen in de beheersovereenkomsten en subsidiebesluiten
 - settinggericht samenwerken (overleg en afstemming, gebruik maken van dezelfde denkkaders over ontwikkelen en uitvoeren van een preventief gezondheidsbeleid) door het expliciet te benoemen in de beheersovereenkomsten en subsidiebesluiten
- We zoeken naar een gepaste financieringswijze voor thema-overschrijdende en settinggerichte acties, settinggericht samenwerken en ontsluiten van beleidsinformatie.
- We evalueren de mogelijkheden en beperkingen van de beheersovereenkomst met partnerorganisatie OSW en voorzien een continuering van het settinggericht samenwerken na 2023.
- Er zal ook worden nagegaan of de leidraad verder verfijnd moet worden ifv de verschillende settings of gebruikers

Settinggericht werken betekent ook dat een setting door de verschillende partners in preventief gezondheidsbeleid benaderd wordt vanuit eenzelfde denkkader voor het ontwikkelen en uitvoeren van een preventief gezondheidsbeleid, ongeacht het thema. Actoren in settings zijn doorgaans niet vertrouwd met de verschillende nuances die preventiepartners aanbrengen in de visie om een geïntegreerd preventief gezondheidsbeleid op te zetten. Ook licht verschillende concepten en andere benamingen voor de aanpak werken verwarrend, eerder dan versterkend. Zorg en Gezondheid stuurt aan op eenzelfde, voor de setting herkenbare terminologie en methode om verschillende thema's in eenzelfde setting om te zetten in beleid.

Proportioneel universalisme moet verankerd worden in de werking partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking, Logo's, Intergemeentelijke preventiewerking

Gezondheidsdoelstellingen gaan per definitie over gezondheidsthema's die betrekking hebben op grote delen van de bevolking. Het aanbod aan materialen en methodieken moet daarom universeel zijn, in de zin dat iedereen er gebruik van moet kunnen maken. Voor groepen die kampen met extra drempels, zijn proportionele, extra inspanningen nodig (proportioneel universalisme).

Proportioneel universalisme is als principe gedragen binnen de sector, maar de operationele uitwerking ervan op de verschillende niveaus van het beleid, heeft meer aandacht nodig. Bij het ontwikkelen van methodieken moet systematisch nagegaan worden of binnen de doelgroep subgroepen of individuen zijn voor wie meer nodig is dan het algemeen aanbod preventieve gezondheidszorg.

- Bij de processen rond sluiten en opvolgen van beheersovereenkomsten (oproepen, plannings, begrotingen, verantwoordingen) voorzien we meer ruimte voor acties naar kwetsbare of moeilijk te bereiken groepen.
- Het is van belang dat kwetsbare of moeilijk te bereiken groepen goed geïdentificeerd worden.
- Het is belangrijk dat het aangeboden materiaal aansluit bij de doelgroep en op die manier bijdraagt aan gezondheidsgeletterdheid.

- We maken ruimte (ook financieel) om binnen de beheersovereenkomsten via projecten, beperkt in tijd en duur, te experimenteren.

De komende periode moet blijvend ingezet worden op de verdere bekendmaking van het reeds ontwikkelde materiaal en de implementatie van dit denkkader. Door het uitwisselen van goede praktijkvoorbeelden, bv. binnen partnerorganisatie Ondersteuning Settinggericht Werken, kan kruisbestuiving ontstaan rekening houdend met de differentiatie binnen de sector.

Beleidskeuzes en methodiekontwikkeling gebeurt nodengestuurd

Een onderbouwd beleid moet vertrekken vanuit degelijke data over de gezondheid van de bevolking, met bijzondere aandacht voor groepen die in één of meerdere opzichten kwetsbaar zijn. Dat betekent dat er permanente aandacht moet gaan naar het opvullen van hiaten in de kennis over relevante gezondheidsindicatoren, kennis-, gedrags-, attitude- en omgevingsfactoren.

Deze data moeten niet alleen worden verzameld, ze moeten ook geanalyseerd en ontsloten worden op een manier die het beleid in staat stelt om keuzes te maken, en schaarse middelen in te zetten waar ze het meest effect kunnen hebben.

- Bij de processen rond sluiten en opvolgen van beheersovereenkomsten (oproepen, plannings, begrotingen, verantwoordingen) leggen we meer nadruk op het onderbouwen van acties met gezondheids- en procesindicatoren. We zetten verder in op verzamelen, analyseren en ontsluiten van data, ook op (sub)regionaal niveau.
- In de nabije toekomst zal het bestaande platform van de **Zorgatlas binnen ons beleidsdomein uitgebreid** worden. De verschillende gezondheidsgegevens waarover Zorg en Gezondheid tot op vandaag beschikt, worden geconsolideerd en gepubliceerd voor verschillende actoren in het werkveld.
- We zetten in op verzamelen, analyseren en ontsluiten van data die inzicht geven in groepen of individuen die extra aandacht vergen. Daarbij hebben we aandacht voor o.a. SES variabelen.
- We gaan na hoe we het effect van het beleid beter kunnen meten en documenteren dit, inclusief **gezondheidseconomische effecten**. We identificeren de gegevens die ontbreken om het effect van het beleid te meten. We zoeken naar systemen om die ontbrekende data, indien mogelijk, te genereren.
- We focussen op een aantal indicatoren (zoals de samengestelde gezondheidsindicator die vijf gezondheidsgedragingen bundelt) om gezondheid op populatieniveau op te volgen.
- We ontsluiten data en bijhorende analyses t.a.v. de betrokken actoren in de settings als instrument (1) om hun beleid te verfijnen en/of beter te richten en (2) als motivering om verder in te zetten op preventief gezondheidsbeleid (bv. indicatorenbevraging, CLB-data, preventiebarometer, ...).
- We gaan na hoe we evaluatiemomenten van de gezondheidsdoelstelling beter kunnen afstemmen op de periodiciteit van bevragingen en andere bronnen.
- We zetten in op het verzamelen van informatie die nodig is om het preventief gezondheidsbeleid te prioriteren, te evalueren en te monitoren: input (omgevingsanalyse, prioriteren en beslissen), output (aanbod: methodieken, materialen, marketing), outcome (gebruik en rechtstreeks effect van het aanbod op verandering omgeving, gedrag en gezondheid) en effect (gezondheid). We zoeken naar mogelijkheden om de relatie tussen al die informatie beter zichtbaar te maken. We onderzoeken in dat kader ook de mogelijkheid en haalbaarheid om data m.b.t. (potentiële) klanten te verzamelen en te beheren. Deze data moeten toelaten om te evalueren welke preventiemethodieken worden gebruikt en door wie en kunnen dus bijdragen aan het maken van keuzes.

Relatie tussen doelen, capaciteit en financiële middelen

Om dit plan uit te voeren zijn voldoende mensen en middelen nodig, en de mate waarin impact en effect bij de bevolking kan bereikt worden, hangt af van de grootteorde van middelen die kunnen worden ingezet.

Als we willen dat het effect van ons preventiebeleid groeit, moet ook de capaciteit en de middelen van de organisaties die het uitvoeren kunnen groeien. Dit geldt in het bijzonder voor 'terreinwerk'. Het heeft geen zin om nieuwe methodieken te ontwikkelen wanneer er geen capaciteit is om ze te promoten en uit te voeren.

Om onderbouwde, realistische uitspraken te kunnen doen over budgetten, moeten we beschikken over voldoende en betrouwbare kwantitatieve data over vraag naar methodieken, en de mate waarin ze gebruikt worden. Er moet ook bij ontwikkeling en implementatie zicht zijn op een groeistrategie over verschillende jaren heen.

Methodiekontwikkeling gebeurt op maat van de behoeften op het terrein

De methodieken zijn zo uitgewerkt dat ze evidence based zijn, maar ook getoetst zijn op hun haalbaarheid in de praktijk, in samenwerking met het werkveld.

- Ontwikkelen van methodieken moet gebeuren volgens de leidraad methodiekontwikkeling, met bijzondere aandacht voor testen van de methodiek in de realiteit. Wanneer een methodiek de test niet overleeft, wordt hij stopgezet.
- De leidraad methodiekontwikkeling wordt geactualiseerd en het concept levenscyclus wordt geïntroduceerd: er zal duidelijk omschreven worden wanneer een methodiek kan worden goedgekeurd, geactualiseerd moet worden of moet ophouden te bestaan.
- We zorgen voor een betere bekendmaking bij intermediairs en het brede publiek van het aanbod aan dienstverlening terreinwerk zodat het bestaande aanbod meer gebruikt wordt.

Marketing van methodieken

Preventiemethodieken.be is de verzamelplaats van alle gevalideerde methodieken en materialen (onze 'producten') en ongeveer 300 methodieken en meer dan 800 materiaal. We moeten komen tot een kwaliteitsvol en robuuster aanbod van methodieken, door beter te evalueren wat de impact is op het terrein. Dit impliceert ook evalueren van werkzaamheid en de mate waarin de methodieken worden gebruikt. Platformen voor ontsluiting hebben geen zin als er geen duurzame, settingspecifieke marketingstrategie achter zit (met een budget)

- We moeten voor elke setting specifiek uitzoeken of er betere platformen en kanalen zijn om onze methodieken te ontsluiten. Zo ja, dan moeten we daarmee een samenwerking opzetten. Zo nee, dan moeten we een alternatief voorzien dat werkt. We doen dit in kader van het project expertisedeling.
- We moeten betere expertise opbouwen in marketing.
- Om als overheid als een betrouwbare bron van informatie beschouwd te worden is aangewezen dat alle partners op herkenbare wijze communiceren.
- We zoeken naar sleutelfiguren/ambassadeurs om de publieke opinie te beïnvloeden en de gezonde keuzes met betrekking tot voeding, beweging, tabak, alcohol en drugs naar voren te schuiven.

In het kader van eventuele verderzetting van partnerorganisatie Ondersteuning Settinggericht Werken na 2024, richten we een settingwerkgroep 'rechtstreeks naar de burger' waar het mediabeleid naar burgers een prominentere rol spelen.

Duidelijke taakverdeling

Het preventiebeleid bestaat uit verschillende autonome organisaties die allemaal moeten afstemmen en samenwerken. Het is niet altijd voor alle actoren voldoende duidelijk over 'wie doet wat' ondanks een uitgewerkte taakverdeling en instrumenten om die op te volgen. Er is nood aan een eengemaakt systeem dat de samenwerking opvolgt en stroomlijnt. Eén manier om te stroomlijnen is organisaties laten werken met collectieve platformen, rond data die ze nodig hebben voor hun werking.

- We gaan na of de huidige rol- en taakverdeling met betrekking tot partnerorganisaties, organisaties met terreinwerking en Logo's de meest efficiënte en realistisch is.
- We gaan na wat we kunnen doen als iemand zich niet aan die rolverdeling houdt, hetzij door een rol niet op te nemen, hetzij door een andere rol uit te voeren (bijv. door gebrek aan 'uitvoerders' van methodieken, nemen sommige actoren andere taken op dan formeel toegekend).
- De oplossingen moeten verankerd worden in een aangepast preventiedecreet.
- We betrekken de zorgraden voor een beter bereik van de setting zorg en welzijn in de eerstelijns met preventiemethodieken. We gaan na welke hefboomen we kunnen integreren in de nieuwe organisatie van de zorgraden om het opnemen van preventie beter te garanderen.

6. CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN BIJ HET VERDERE VERLOOP VAN HET STRATEGISCH PLAN

6.1 CONCLUSIES VAN DE VERSCHILLENDE HOOFDSTUKKEN

In *Hoofdstuk 2* werd de Vlaamse gezondheidssituatie geschetst o.b.v. een **bespreking van de gezondheidsindicatoren** m.b.t. de thema's in het strategisch plan. Daarbij werden de evolutie over de tijd onderzocht, met de nodige aandacht voor verschillen tussen leeftijdscategorieën, geslachten, socio-economische status en opleidings- of onderwijsvormen. Door de bespreking van de verschillende gezondheidsindicatoren werd een evaluatie gemaakt van de overkoepelde gezondheidsdoelstelling "de Vlaming leeft gezonder in 2025".

In de periode van 2013/2014 tot 2018 zijn er voor verschillende indicatoren positieve evoluties zichtbaar bij de **Vlaming**. Zo is er vooruitgang op het vlak van voeding (de Vlaming drinkt minder frisdrank en meer water en behoudt de goede gewoonte van dagelijks ontbijt), een dalend alcoholgebruik en een dalend aantal huidige en dagelijkse rokers. Voor andere indicatoren is de evolutie negatief: de Vlaming eet nog steeds onvoldoende fruit en groenten en er was een stijging in het laatstejaarsgebruik van cannabis en overige illegale drugs (al ligt de prevalentie hiervan nog steeds zeer laag). Bingedrinken bij studenten blijft een aandachtspunt aangezien er een stijging is tussen 2013 en 2017, maar een daling tussen 2017 en 2021. De voornaamste conclusies worden hieronder overlopen.

Specifiek voor **jongeren** zijn er volgende positieve evoluties op te merken: jongeren consumeren meer groenten en fruit, hebben een hogere lichaamstevredenheid en hebben minder vaak obesitas of overgewicht. Hierbij dient benadrukt te worden dat de percentages voor obesitas en overgewicht hoog blijven en de daling met voorzichtigheid geïnterpreteerd moet worden. Het laatstejaarsgebruik van alcohol daalde, alsook het cannabisgebruik en het aantal jongeren dat ooit gokte. Er zijn minder dagelijkse en regelmatige rokers onder de jongeren en ze gebruikten minder vaak tabak in het laatste jaar. De voornaamste aandachtspunten zijn de volgende: ze hebben nog steeds de hoogste consumptie in gesuikerde dranken (in vergelijking met andere leeftijdsgroepen), weinig onder hen halen de beweegaanbeveling en de aanbeveling rond schermtijd. Tot slot volgden ze in 2018 vaker een dieet en namen vaker slaap- en kalmeer middelen dan in 2013/2014.

Ook tussen **geslachten** merken we belangrijke verschillen voor indicatoren over de thema's heen. Zo wordt de beweegaanbeveling vaker door mannen behaald, terwijl mannen en jongens wel meer zitzen hebben. Vrouwen scoren minder goed op het SCOFF Body image item, al verloopt deze trend wel positief. Vrouwen overschrijden vaker de aanbeveling van 10 glazen alcohol per week in 2018 dan in 2013/2014 en hebben daarnaast vaker een indicatie voor problematisch alcoholgebruik, toch drinken mannen nog steeds meer glazen per week. Het gebruik van illegale drugs ligt ook hoger bij mannen dan vrouwen, waarbij 25- tot 34-jarige mannen de groep met het hoogste cocaïne- en XTC-gebruik vormen. Wat betreft alcoholconsumptie, zien we minder positieve cijfers bij mannen tegenover vrouwen en ook onder studenten zien we sterke verschillen in cannabisgebruik en wekelijks bingedrinken: de percentages liggen hier voor mannen een stuk hoger dan voor vrouwen. Vrouwen roken minder vaak dan mannen en het aantal vrouwelijke huidige rokers daalde ook, terwijl dit voor mannen stabiel bleef.

Voor heel wat indicatoren, over de verschillende thema's heen, wordt er vaker een verschil opgemerkt naar **opleidings- of onderwijsvorm en socio-economische klasse**. Zo kan er vaker een positievere evolutie opgemerkt worden bij volwassenen met een diploma hoger onderwijs en jongeren uit het ASO dan bij volwassenen met een diploma lager onderwijs of geen diploma en jongeren uit het BSO, KSO/TSO. Belangrijke uitzonderingen hierop zijn sedentair gedrag en problematisch alcoholgebruik: voor deze indicatoren scoren volwassenen met een diploma hoger onderwijs minder goed.

Bij de eindevaluatie zal het ook belangrijk zijn om extra indicatoren in kader van de gewijzigde voedingsdriehoek op te volgen (bv. rond de consumptie van vlees en plantaardige vleesvervangers) uit de Voedselconsumptiepeiling.

Hoofdstuk 3 geeft een overzicht van de **evolutie van procesindicatoren** tussen 2015 en 2019 en de bijhorende evaluatie van de settinggerichte subdoelstellingen van het strategisch plan. Dit wordt gebaseerd op de resultaten van de meest recente indicatorenbevraging van Gezond Leven. De kwaliteit van het algemene preventieve gezondheidsbeleid wordt gemonitord voor de verschillende settings, namelijk onderwijs, werk, lokale besturen, zorg en welzijn, kinderopvang voor baby's en peuters, buitenschoolse opvang en hoger onderwijs.

In de aanloop naar de zevende editie, die vanaf najaar 2022 gestart is, werden een aantal aanpassingen en vernieuwingen doorgevoerd in de preventiepeiling. De aanpassingen zijn gericht op enerzijds een betere meting, maar anderzijds ook op het genereren van meer respons en dus meer data om uitspraken te kunnen doen over evoluties. Op die manier kunnen organisaties en instellingen binnen de settings beter geïnformeerd en geïnspireerd worden rond hun preventief gezondheidsbeleid.

In **Hoofdstuk 4** werden **vijf preventiemethodieken** geselecteerd. Op basis van het beschikbare evaluatiemateriaal werd nagegaan welke aanbevelingen nuttig zijn voor zowel de ontwikkeling van nieuwe methodieken, als voor het verbeteren van de bestaande methodieken.

Hoofdstuk 5 geeft de evaluatie van **Goed Bestuur** weer, die de bestuurlijke capaciteit en slagkracht van (de betrokken actoren bij) het preventieve gezondheidsbeleid aangeeft. Er werden zeven aanbevelingen vormgegeven op basis van de indicatoren van Goed Bestuur.

6.2 Aanbevelingen bij het verdere verloop van het strategisch plan

- 1) De nood aan **politiek engagement** voor een gedegen facettenbeleid komt naar voor vanuit verschillende onderdelen in dit rapport. Wat betreft procesindicatoren werd meegegeven dat Zorg en Gezondheid **in dialoog dient te gaan met de bevoegde beleidsdomeinen** zodat resultaten van o.a. de indicatorenbevraging en hun implicaties in onderling overleg nagegaan kunnen worden. Door het betrekken van alle relevante actoren kan er een groter draagvlak gecreëerd worden wat van belang is voor de implementatiecontext van het preventieve gezondheidsbeleid. Het leggen van duurzame verbindingen en een **duidelijke rolverdeling** werken bevorderlijk om te komen tot een win-win. Dit reflecteert de noodzaak van politiek engagement die ook vanuit Goed Bestuur blijkt. Om tot een echt facettenbeleid te komen dient nagedacht te worden over een betere manier om engagementen vorm te geven. Een concrete aanbeveling is **de uitbouw van het facettenbeleid via Vlaamse en interfederaal structureel overleg over het strategisch plan**, met als doel (onder meer) het belang van preventieve gezondheid blijvend onder de aandacht brengen en opnemen in gangbare regelgeving/kwaliteitsbewaking van verschillende sectoren, gezamenlijke standpunten innemen over de verschillende gezondheidsthema's en preventiestrategieën, afspraken genereren over samenwerking, rolverdeling en gedeelde financiering en het opmaken van een Vlaamse ethische gezondheidscode.
- 2) Het is sterk aangeraden dat het **settinggericht werken verder verankerd wordt** in de werking van partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking. Op heden gebeurt dit via de facilitatie van partnerorganisatie Ondersteuning Settinggericht Werken. Er dient meer ruimte voorzien te worden in de beheersovereenkomsten voor thema-overschrijdende, settinggerichte acties en settinggericht samenwerken en er wordt naar een gepaste financieringswijze gezocht voor bovenstaande aspecten. Na 2023 voorzien we een **continuering van het settinggericht samenwerken**.

- 3) Zowel bij de gezondheidsindicatoren en preventiemethodieken speelt de **sociale gradiënt of gezondheidsgradiënt** een prominente rol. Voor heel wat gezondheidsindicatoren, over de verschillende thema's heen, wordt vaker een verschil opgemerkt naar opleidings- of onderwijsvorm en socio-economische klasse. Doorheen de evaluaties en aanbevelingen van de preventiemethodieken kwam overkoepelend aan bod om voldoende aandacht te besteden aan de sociale gradiënt. Dit concept van de sociale gradiënt verwijst naar het fenomeen dat de gezondheid van een persoon gradueel verslechtert naarmate zijn of haar sociale positie lager is. Er is met andere woorden een lineair verband tussen sociaaleconomische status en gezondheid (de gezondheidsgradiënt).

Om voldoende in te spelen op deze differentiatie van risico's staat **proportioneel universalisme** centraal. Ook vanuit Goed Bestuur vormt de verankering van proportioneel universalisme in de werking van partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking een focuspunt. Men wil bij methodiekontwikkeling meer systematisch nagaan of er binnen de doelgroep subgroepen of individuen zijn voor wie meer nodig is dan het algemeen aanbod. Concreet wordt aanbevolen om dit na te streven via meer ruimte in de beheersovereenkomsten voor acties naar personen in kwetsbare situaties of moeilijk te bereiken groepen, het ontwerpen van omkadering binnen BHO voor het experimenteren via projecten en het goed identificeren van kwetsbare of moeilijk te bereiken groepen.

Naast deze gezondheidsgradiënt (die eerder gebaseerd is op opleidings- of onderwijsvorm en socio-economische klasse) toont de analyse van gezondheidsindicatoren ook dat andere **aandachtsgroepen** konden worden vastgesteld bij de gezondheidsindicatoren. Zo hebben jongeren nog steeds de hoogste consumptie in gesuikerde dranken (in vergelijking met andere leeftijdsgroepen), hebben 25- tot 34-jarige mannen het hoogste cocaïne- en XTC-gebruik en vormen sedentair gedrag en problematisch alcoholgebruik een groter probleem bij volwassenen met een diploma hoger onderwijs in vergelijking met andere opleidingsvormen. Afhankelijk van context en thema vertonen bepaalde groepen hogere risico's.

Ook in de analyse van preventiemethodieken wordt het belang herhaald van een goede balans tussen de verschillende types preventie (universeel, specifiek of geïndiceerd) naargelang de doelgroep.

- 4) Doorheen de levenscyclus van preventiemethodieken dient dan ook de nodige aandacht te gaan naar de einddoelgroep die men aanspreekt, de socio-economische gradiënt van deze groep (of subgroep) en hoe de methodiek deze groep het beste kan bereiken. Hierbij luidt de aanbeveling, zoals ook bleek uit de analyse van Goed Bestuur, dat **de ontwikkeling van methodieken en het maken van beleidskeuzes nodengestuurd** dient te gebeuren. Beleidskeuzes en methodiekontwikkeling moeten vertrekken vanuit vastgestelde noden en opportuniteiten en hierin ligt het belang van goede afstemming van monitoringinstrumenten. Concrete aanbevelingen hierbij zijn (a) het leggen van nadruk op het ontsluiten en evalueren van beleidsinformatie en de opvolging hiervan in de beheersovereenkomsten, (b) het verkrijgen van inzicht in groepen of individuen die extra aandacht vergen dankzij inzicht via verzamelen, analyseren en uitsluiten data (SES variabelen), (c) nagaan hoe het effect van beleid beter te meten, incl. gezondheidseconomische effecten en identificatie van ontbrekende gegevens en systemen om die ontbrekende data te genereren en (d) de focus leggen op een aantal indicatoren om gezondheid op populatieniveau op te volgen (cf. samengestelde gezondheidsindicator).

Een element dat ook relevant was bij deze tussentijdse evaluatie, in het bijzonder bij de evaluatie van de gezondheidsindicatoren, is het belang van een **goede afstemming tussen de**

evaluatiemomenten van de gezondheidsdoelstelling en de periodiciteit van bevestigingen en andere bronnen voor zo ver dit mogelijk is.

- 5) Bij Goed Bestuur wordt meegegeven dat een duurzaam, robuust aanbod van methodieken moet versterkt worden via een **duurzame, settingspecifieke marketingstrategie**. Concreet wordt hiertoe voorgesteld om onderzoek naar settingspecifieke platformen en kanalen om methodieken te ontsluiten, expertise op te bouwen in marketing, dienen partners op herkenbare wijze te communiceren en dient men gebruik maken te maken van sleutelfiguren/ambassadeurs.

Binnen preventiemethodieken wordt aangegeven dat het hebben van een kwaliteitsvol en duurzaam aanbod van methodieken de werking ten goede kan komen. Verschillende aanbevelingen bij de preventiemethodieken kaderen rond het communicatieve aspect: het is cruciaal om lokale partners te informeren en ondersteunen in de implementatie van deze methodieken, zodat zij ambassadeurs (kunnen) worden van de methodiek; bij de ontwikkeling van ondersteunend materiaal moet ook aandacht besteed worden aan de bekendheid ervan zodat dit vlot vindbaar is, de communicatie over de methodiek gebeurt best regelmatig (herhaling), doelgericht en vernieuwend enz.

Vanuit de evaluatie van preventiemethodieken werden verschillende aanbevelingen geformuleerd die ter inspiratie kunnen dienen van een update voor de leidraad methodiekontwikkeling en die de noden vanuit het terrein willen weerspiegelen. Om er enkele op te noemen: de nood aan co-creatie met de doelgroep en experts, het belang van een terugkerende evaluatie van een methodiek zodat deze aangepast blijft aan de veranderende context, ondersteunend materiaal dient kwalitatief en up-to-date te zijn en blijven als handvaten voor intermediairs en einddoelgroep, sociale aspecten en omgeving worden best opgenomen als onderdeel van de methodiek om zo deelnemers een kans te geven tot bijkomend uitbouwen van een sociaal netwerk rond de methodiek, de methodiek kan voordeel ondervinden door modulair toepasbaar/toegankelijk te zijn enz.

- 6) Dit staat in nauw verband met de vaststellingen binnen Goed Bestuur en de aanbeveling dat **methodiekontwikkeling dient te gebeuren op maat van de behoeften op het terrein**. Methodieken zijn evidence-based én afgetoetst naar haalbaarheid in de praktijk, in samenwerking met het werkveld. Vanuit de evaluatie van preventiemethodieken en de indicatoren van Goed Bestuur komen volgende concrete aanbevelingen hiertoe naar voor: (a) De actualisatie van leidraad methodiekontwikkeling met introductie van concept levenscyclus; (b) de toepassing van leidraad methodiekontwikkeling, met aandacht voor testen van de methodiek en stopzetting indien deze test niet succesvol en (c) een betere bekendmaking bij intermediairs en het brede publiek van het aanbod.
- 7) Uit verschillende hoeken kwam naar voren dat de **taakverdeling** tussen de verschillende actoren binnen de preventieketen niet altijd even duidelijk afgelijnd is. Om de data die nodig is voor een goede samenwerking tussen partnerorganisaties, organisaties met terreinwerking, Logo's en anderen te stroomlijnen kan gewerkt worden met collectieve platformen. Er zal worden nagegaan of de huidige taakverdeling binnen de preventieketen de meest efficiënte is en eventuele aanpassingen worden opgenomen in het preventiedecreet. Ten slotte zullen de zorggraden betrokken worden voor een beter bereik van zorg en welzijn in de eerstelijns.

Naast deze prioriteiten die voornamelijk inzetten op de aanbevelingen Goed Bestuur, maken we daarnaast ook werk van de versnelde implementatie van een aantal projecten om tegemoet te komen aan de evoluties inzake de gezondheidsindicatoren. Daarbij vermelden we dat de laatste beschikbare

data die opgenomen zijn in deze tussentijdse evaluatie dateren van 2018 en daarom niet altijd de laatste maatschappelijke tendensen weerspiegelen.

We blijven ook de komende periode verder inzetten op de verschillende preventiemethodieken en preventiestrategieën en sturen waar nodig bij. Enkele voorbeelden sommen we hieronder op. Het totale overzicht van acties naar verschillende settings is terug te vinden op de website preventiemethodieken.be. De partnerorganisaties binnen het preventief gezondheidsbeleid blijven uiteraard verder werken aan de uitvoering van hun goedgekeurde beleidsplannen, naast deze opgelijste acties.

Het project SWEEP voor jongeren is een nieuw initiatief van het Vlaams Instituut Gezond Leven vzw en het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Sport Vlaanderen, MOEV en Departement Onderwijs en Vorming dat **jongeren tussen 12 en 18 jaar** wil inspireren, motiveren, activeren en samenbrengen om te **bewegen** én daarin plezier te vinden. Het is een **platform** waarop jongeren aan de hand van enkele korte, luchtige vraagjes kunnen ontdekken wie ze zijn: een Buzzer, Zoomer, Blitzter, Bouncer, Smasher of Swoosher. Daarbovenop krijgen ze een **activiteitenaanbod** dat volledig aansluit bij hun interesses. Dat aanbod bestaat uit activiteiten van MOEV, Sport Vlaanderen en de UitDatabank.be. **SWEEP** zet ook leerkrachten op weg met sterk lesmateriaal, haalbare tips en tricks, en concrete actieboxen met verrassende gadgets, die perfect in te zetten zijn in om het even welk vak. Leerkrachten kunnen op SWEEP.be/voor-leerkrachten via enkele korte vragen ontdekken hoe ze jongeren in actie kunnen krijgen, lessen kunnen upgraden met meer beweging — én daarbij ook nog eens leerplandoelstellingen kunnen halen. De pilootfase vindt plaats en wordt in het najaar van 2022 geëvalueerd. De doelstelling is om dit project mits een positieve evaluatie uit te rollen in de loop van 2023.

10.000 stappen ‘no steps no glory’: Door elke dag een beetje te bewegen, bouwt men aan een betere gezondheid. **10.000 stappen** gaat deze uitdaging aan. .I.k.v. Health in AI Policies kan dit project als een good practice naar voor geschoven worden. Gezond Leven promoot samen met en via de Logo’s stapvriendelijke buurten en heeft hiervoor een samenwerking aangegaan met Sport Vlaanderen. Via een 4-jarige campagne rond ‘10.000 stappen – elke stap telt’ worden elke jaar één van de hoofdthema’s geselecteerd en wordt het project binnen de steden, gemeenten en buurten dichterbij gebracht. Volgende thema’s komen aan bod:

- 2021: stappensignalisaties in het straatbeeld;
- 2022: beweegroutes in jouw gemeente;
- 2023: inzetten op het stop principe en gezonde mobiliteit;
- 2024: lokale beweegacties opzetten i.s.m. het verenigingsleven.

In 2021 werd er ingezet op signalisatie en visibiliteit. In 2022 werden de lokale besturen ondersteund om nieuwe beweegroutes te maken. De nieuwe beweegroutes werden toegevoegd aan het kaartje: <https://10000stappen.gezondleven.be/>. De succesformule van dit project werkt nog steeds en in het komende jaar wensen we in te zetten op gezonde mobiliteit en versterkend samen te werken met verschillende actoren en beleidsvelden.

BOV: Het project Bewegen Op Verwijzing heeft als doel om de burger via een coach te stimuleren om meer te bewegen naar een actievere levensstijl— met een persoonlijk beweegplan en consultaties. In het voorjaar van 2021 is een pilootproject gestart dat loopt tot eind 2022 en dat een uitbreiding van de zorgprofessionals bevat die mee kunnen doorverwijzen naar een BOV-coach zoals diëtisten, kinesisten, psychologen, maatschappelijk werkers etc. kunnen, naast de arts, ook doorverwijzen met als doel het bereik van de methodiek te vergroten. Het project is goed van start gegaan en het aantal deelnemers gaat in stijgende lijn. Ondanks de Coronapandemie die de face to face interacties ontmoedigde, is het aantal deelnemers min of meer stabiel gebleven. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers ligt rond de vijftig jaar. Het project wil elke Vlaming bereiken, ook de mensen in een maatschappelijk kwetsbare situatie. Ongeveer vier op de tien deelnemers hebben recht op een verhoogde tegemoetkoming. Dit

betekent dat er een extra tussenkomst is van Vlaanderen en de deelnemers dus van een extra korting kunnen genieten.

Snack en Chill: is een project om gezonde dranken en tussendoortjes in het secundair onderwijs te promoten. Het project houdt in dat de school een aantrekkelijk (vb. hapklaar), vers, en gevarieerd aanbod van gezonde tussendoortjes en dranken voorziet (o.a. fruit, groenten, water (met een smaakje)). Dit wordt aangeboden in een aantrekkelijk schoolwinkeltje of gezellige schoolbar, die georganiseerd en uitgebaat wordt door leerlingen. Scholen krijgen hulp om Snack & Chill te organiseren op school: Er wordt een startpakket voorzien met o.a. een stappenplan vol tips en een toolkit dat allerlei materialen bevat die scholen kunnen gebruik bij de uitvoering van het project. In 2018-2019 werd Snack & Chill getest in 19 secundaire scholen. Op basis van een positieve evaluatie (zie resultaten) werd beslist om Snack & Chill Vlaams uit te rollen. In 2019-2020 schreven 104 scholen zich in. In 2020-2021 ging Snack & Chill niet door o.w.v. corona. In 2021-2022 schreven 86 scholen in. In 2022-2023 zijn er momenteel 130 scholen ingeschreven. In het voorjaar van '23 zal de implementatie van Snack & Chill geëvalueerd worden. Op basis daarvan zal bepaald worden hoe Snack & Chill in schooljaar '23-'24 verdergezet zal worden.

Ondersteuningspakket media: Voor de media werd in 2020 een toolbox uitgewerkt om de makers van reportages (artikels, documentaire etc.) over eet- en gewichtsthema's te ondersteunen. De toolbox bevat zowel feitelijke kennis als handvatten om niet-stigmatiserend te communiceren en geen schadelijk gedrag uit te lokken. De toolbox werd ontwikkeld in afstemming met diverse betrokkenen (journalisten (o.a. VVJ), media-organisaties (Mediarte), ervaringsdeskundigen, organisatie Mediawijs, enz.). De toolbox werd geïmplementeerd op de website van Eetexpert (zie <https://eetexpert.be/toolbox/>) en officieel gelanceerd op 2 juni 2020.

Tournée Minérale: Ondanks dat de campagne al meerdere jaren loopt, blijft de maand zonder alcohol aanslaan. De campagne heeft als doel om mensen te laten stilstaan bij hun alcoholgebruik, te sensibiliseren rond de risico's van alcohol en het algemeen alcoholgebruik te verminderen.

Rond tabak zal er daarnaast in het najaar van 2023 een campagne plaatsvinden gericht op het aanmoedigen van rookstopgesprekken in settings waarvan verwacht wordt dat er veel mensen die roken komen. We weten dat vooral mensen uit maatschappelijk kwetsbare groepen vandaag nog roken.

Ten slotte wordt er werk gemaakt van een project rond cocaïne onder andere naar aanleiding van de maatschappelijke onrust hieromtrent. In een eerste fase zal een vooronderzoek gevoerd worden om te achterhalen welke strategie(selectie dan wel geïndiceerde preventie) het meest impact kan betekenen, om dan in een tweede fase de effectieve methodiek uit te werken.

7. REFERENTIES

- Antoine, J., Gremeaux, L., Plettinckx, E., & Van Baelen, L. (2020). *Het gebruik en het aanbod van drugs tijdens de COVID-19 pandemie en de percepties*. Brussel: Sciensano .
- Bel, S., & Tafforeau, J. (2016). *Voedselconsumptiepeiling 2014-2015*. . Brussel: WIV-ISP.
- Belgische Federatie van Psychologen. (2021). *Motivatiebarometer - Rapport 22: Beweging als bron van welbevinden*. Gent & Louvain-la-Neuve: BFP.
- De Clercq, B., & Deforche, B. (2014). *Studie Jongeren en Gezondheid, Fysieke activiteit en vrije tijd*. Gent: Onderzoeksgroep Gezondheidsbevordering, Departement Volksgezondheid en Eerstelijnszorg, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Gent.
- Dierckens, M., Delaruelle, K., & Deforche, B. (2021). *Eindrapport studie Jongeren en Gezondheid 2017 – 2020*. Gent: Onderzoeksgroep Gezondheidsbevordering, Departement Volksgezondheid en Eerstelijnszorg, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Gent.
- Gisle, L., Braekman, E., & Drieskends, S. (2019). *Gezondheidsenquête 2018: Gebruik van de elektronische sigaret*. Brussel, België: Sciensano. Opgehaald van <https://www.sciensano.be/nl/biblio/gezondheidsenquete-2018-gebruik-van-de-elektronische-sigaret>
- Gisle, L., Demarest, S., & Drieskens, S. (2018). *Gezondheidsenquête 2018: Gebruik van tabak*. Brussel, België: Sciensano. Opgehaald van <https://www.sciensano.be/nl/biblio/gezondheidsenquete-2018-gebruik-van-tabak>
- Scheerder, J., Willem, A., De Bosscher, V., Thibaut, E., & Ricour, M. (2020). *Sporten in tijden van crisis. Profiel van de corona sporter*. KU Leuven, UGent, VUB.
- Sciensano. (2014). *Gezondheidsenquête 2013*. Brussel, België. Opgehaald van www.gezondheidsenquete.be
- Sciensano. (2018). *Gezondheidsenquête 2018*. Brussel, België. Opgehaald van www.gezondheidsenquete.be
- Sciensano. (2020). Vijfde COVID-19-gezondheidsenquête. Eerste resultaten. doi:<https://doi.org/10.25608/69j2-hf10>
- Sciensano. (2021). *Zesde COVID-19-Gezondheidsenquête. Eerste resultaten*. Brussel, België. doi:<https://doi.org/10.25608/r4f5-1365>
- Sciensano. (2022). *Tiende COVID-19-Gezondheidsenquête. Eerste resultaten*. Brussel, België: Sciensano. doi:<https://doi.org/10.25608/8rkq-1n56>
- Spittaels et al. (2012). Objectively measured sedentary time and physical activity time across the lifespan: a cross-sectional study in four age groups. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(1):149.
- Vancoppenolle, D., Colaert, K., Cloots, H., & Roelants, M. (2020). *De gewichtstatus (BMI) van kinderen en jongeren in Vlaanderen. Geïntegreerde rapportage op basis van BMI-gegevens van Kind en Gezin en Zorg en Gezondheid*. Brussel: Kind en Gezin; Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Opgehaald van : Vancoppenolle, D., Colaert, K., Cloots, H. &:

https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Definitiefrapport%20BMI_KG-AZG.pdf

Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (1). (2022). *MZG registratiegegevens (data op verzoek)*. Brussel: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.

Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (2). (2022). *EPD registratiegegevens CGG (data op verzoek)*. Brussel: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.

Vlaams expertisecentrum Alcohol en Drugs. (2014). *Leerlingenbevraging*.

Vlaams expertisecentrum Alcohol en Drugs. (2014). *Studentenbevraging*.

Vlaams expertisecentrum Alcohol en Drugs. (2019). *Leerlingenbevraging*.

Vlaams expertisecentrum Alcohol en Drugs. (2019). *Studentenbevraging*.

Vlaams Instituut Gezond Leven. (2021). *Hoeveel en hoe beweeg je best...* Opgehaald van <https://www.gezondleven.be/themas/beweging-sedentair-gedrag#meer-bewegen>

Vlaams Instituut Gezond Leven. (2022). *Indicatorenbevraging 2019-2020: Stand van zaken en evoluties in het preventief gezondheidsbeleid binnen de settings onderwijs, werk, lokale besturen en zorg en welzijn*. Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Vlaams Instituut Gezond Leven, Vlaams expertisecentrum voor Alcohol en andere Drugs (VAD), Vlaamse lokale gezondheidsoverleggen (Logo's).

Vlaams Instituut Gezond Leven, Vlaamse expertengroep van de bewegingsdriehoek. (2021). *Vlaamse gezondheidsaanbevelingen sedentair gedrag (lang stilzitten), lichaamsbeweging en slaap*. Laken (Brussel). Opgehaald van https://www.gezondleven.be/files/beweging/aanbevelingen/GL_GEZONDHEIDSAANBEVELINGEN_2021_DIGITAAL140421.pdf