



Vlaanderen
is zorgzaam en
gezond samenleven

GEZONDHEIDSDOELSTELLING 'GEZONDE GENERATIE'

De nieuwe Vlaamse gezondheidsdoelstelling 2026-2035 toegelicht

15 december 2025

DEPARTEMENT
ZORG

www.departementzorg.be

DEPARTEMENT
ZORG

Afdeling Preventief Gezondheidsbeleid

Koning Albert II-laan 35 bus 30

1030 BRUSSEL

T 02 553 35 00

F 02 553 35 84

preventiegezondheidsbeleid@vlaanderen.be

Datum: 15/12/2025

INHOUDSTAFEL

VOORWOORD MINISTER		5
1	MANAGEMENTSAMENVATTING	6
2	INLEIDING EN CONTEXT	9
2.1	De case voor een gezonde levensstijl	9
2.2	Waarom gezondheidsdoelstellingen?	9
3	VOORSTEL TOT EEN NIEUWE GEZONDHEIDSDOELSTELLING	11
3.1	Gezonde Generatie 2026-2035: Scope van de nieuwe doelstelling	11
3.2	Het traject naar Gezonde Generatie	12
4	LEIDENDE PRINCIPES EN BOUWSTENEN VAN DE NIEUWE GEZONDHEIDSDOELSTELLING ‘GEZONDE GENERATIE’	14
4.1	Gezond gedrag in een gezonde omgeving: gedragsdeterminanten en beleidsmatig werken	14
4.2	Meer dan een som van de delen: van versnipperde naar geïntegreerde preventie	14
4.3	Meer FOCUS: impacttrajecten rond prioritaire doelgroepen en settings	15
4.4	Doen wat goed werkt, niet enkel wat goed voelt: een beleid gebaseerd op evidence en nuttige data	16
4.5	Mentaal welzijn en seksuele gezondheid als integraal onderdeel van een gezonde levensstijl	17
4.6	geen eiland: samenwerking met andere beleidsdomeinen	20
5	DE AANPAK VAN GEZONDHEIDSONGELIJKHEID	21
6	IMPACTTRAJECTEN	23
7	PREVENTIEPROGRAMMA’S	25
7.1	Preventieprogramma ‘Gezonde voeding en bewegen’	25
7.1.1	Gedrag en gezondheidsschade	25
7.1.2	Welke uitdagingen zijn er voor de toekomst?	26
7.1.3	Doelgroep: Eerste 1000 dagen	27
7.1.4	Doelgroep: Kinderen en jongeren	29
7.1.5	Doelgroep: Volwassenen	32
7.1.6	Doelgroep: Oudere bevolking	33
7.1.7	Kwetsbare groepen	34
7.1.8	Linken met andere plannen	35
7.2	Preventieprogramma ‘middelengebruik en VERSLAVING’	35
7.2.1	Gedrag en gezondheidsschade	35
7.2.2	Welke uitdagingen zijn er voor de toekomst?	36
7.2.3	Doelgroep: Eerste 1000 dagen	37
7.2.4	Doelgroep: Kinderen en jongeren	38
7.2.5	Doelgroep: Volwassenen	40
7.2.6	Doelgroep: Oudere bevolking	42
7.2.7	Kwetsbare groepen	43
7.2.8	Linken met andere beleidsplannen	44
7.3	Preventieprogramma ‘mentaal welzijn’	44

7.3.1	Gedrag en gezondheidsschade	44
7.3.2	Welke uitdagingen zijn er voor de toekomst?	45
7.3.3	Doelgroep: Eerste 1000 dagen	46
7.3.4	Doelgroep: Kinderen en jongeren	47
7.3.5	Doelgroep: Volwassenen	48
7.3.6	Doelgroep: Oudere bevolking	49
7.3.7	Kwetsbare groepen	49
7.3.8	Linken met andere beleidsplannen	50
7.4	Preventieprogramma 'Seksuele gezondheid'	50
7.4.1	Gedrag en gezondheidsschade	50
7.4.2	Welke uitdagingen zijn er voor de toekomst?	50
7.4.3	Doelgroep: Eerste 1000 dagen	51
7.4.4	Doelgroep: Kinderen en jongeren	52
7.4.5	Doelgroep: Volwassenen	54
7.4.6	Doelgroep: Oudere bevolking	56
7.4.7	Kwetsbare groepen	57
7.4.8	Linken met andere beleidsplannen	58
8	HOE GAAN WE DIT EVALUEREN?	58
8.1	Gezondheidsindicatoren	58
8.2	Procesindicatoren	59

VOORWOORD MINISTER

Wat je voorkomt, hoef je niet te genezen. Het belang van preventie voor onze gezondheid, naast een toegankelijke en kwaliteitsvolle gezondheidszorg, wordt steeds duidelijker.

Preventie heeft niet alleen een positief effect op de gezondheid van individuen, maar is ook goed voor de samenleving als geheel. De volksgezondheid gaat erop vooruit, en het kan de stijgende kosten van onze welvaartstaat drukken door grotere problemen in de kiem te smoren. Investeren in preventie is dus essentieel als we elke Vlaming de kans willen geven een gezond en waardig leven op te bouwen.

Een preventief gezondheidsbeleid met impact is doelgericht en speelt in op de noden van de samenleving. De maatschappij verandert snel, net als de uitdagingen waarmee we te maken krijgen. Daarom willen we met de nieuwe gezondheidsdoelstelling 'Gezonde Generatie' ons de komende jaren vooral richten op kinderen, jongeren en ouderen. Voor hen kan preventie de grootste gezondheidswinst opleveren.

De nieuwe gezondheidsdoelstelling versterkt wat werkt in de bestaande pijlers rond gezonde voeding, beweging, roken en middelengebruik. En we breiden uit: mentaal welzijn en seksuele gezondheid krijgen volwaardige preventieprogramma's. Ook digitale gezondheid krijgt meer aandacht.

De cijfers rond het mentaal welzijn van jongeren liegen er namelijk niet om. Maar ook bij ouderen is depressie en eenzaamheid een steeds groter probleem. We willen dat burgers en organisaties mentaal welzijn gaan zien als een essentieel onderdeel van een gezonde levensstijl, met aandacht voor weerbaarheid, het vroeg kunnen oppikken van signalen en snelle, toegankelijke ondersteuning.

De snelle opkomst van vaperen, verslavende algoritmes op sociale media en de constante aanwezigheid van schermen in ons leven vragen dan ook om een robuuste preventieve aanpak.

Wetenschappelijk onderbouwing en methodieken blijven de basis. Maar gaan verder dan louter informatie verzamelen en oplijsten wat een gezonde levensstijl inhoudt. Wat werkt, moet ook effectief tot bij mensen en organisaties geraken. Om de communicatie en strategie rond preventie te stroomlijnen en tot bij de beoogde doelgroepen te krijgen, investeren we in zogenaamde impacttrajecten. Het onderwijs zal daarin een belangrijke partner zijn.

Met Gezonde Generatie zetten we dus een nieuwe en ambitieuze stap in het Vlaams preventief gezondheidsbeleid. Het biedt een antwoord op nieuwe maatschappelijke uitdagingen en weerspiegelt onze beleidsprioriteiten. Zo bouwen we verder aan een samenleving waarin elke Vlaming – jong en oud – alle kansen krijgt om gezond te leven.

1 MANAGEMENTSAMENVATTING

Gezonde Generatie' is de nieuwe Vlaamse gezondheidsdoelstelling voor de periode 2026-2035 en richt zich op het bevorderen van een gezonde levensstijl en het creëren van een omgeving die daartoe bijdraagt.

Gezonde Generatie bouwt verder op de sterktes van 'De Vlaming leeft Gezonder in 2025', tegelijk voeren we belangrijke **vernieuwingen** door, in lijn met beleidsprioriteiten van de Vlaamse minister bevoegd voor Welzijn en Armoedebestrijding, Cultuur en Gelijke Kansen en de eindevaluatie van de vorige doelstelling.

Naast gezonde voeding en bewegen, roken en middelengebruik worden vanaf 2026 ook mentaal welzijn en seksuele gezondheid als volwaardige preventieprogramma's opgenomen. Ook digitale gezondheid krijgt een plaats binnen de nieuwe doelstelling.

Gezondheidsindicatoren voor **mentaal welzijn** tonen een ongunstige evolutie, en de gezondheidsongelijkheid tussen groepen is reëel. We willen dat burgers en organisaties mentaal welzijn de komende jaren gaan zien als een essentieel onderdeel van een gezonde levensstijl, en niet als louter de afwezigheid van pathologie. We creëren een aanbod waarmee ze proactief aan de slag kunnen gaan in hun dagelijks leven en hun dagelijkse werking, zodat ze weerbaarder zijn en blijven waardoor tijdig signalen van disbalans en risicofactoren herkennen en weten waar en hoe ze preventieve ondersteuning kunnen vinden.

We willen duidelijk maken dat ook **seksuele en reproductieve gezondheid** een evident onderdeel moet uitmaken van een gezonde levensstijl. We verengen seksuele gezondheid niet tot een bron van problemen, maar behandelen het als een normaal en belangrijk onderdeel van ons leven, waar mensen en organisaties aan kunnen werken, zodat seksuele gezondheid verbetert, en ze beter gewapend zijn bij risico's en problemen.

Ook bij determinanten die al binnen de scope van de aflopende gezondheidsdoelstelling vielen gericht op het voorkomen van verslaving, obesitas of hart- en vaatziekten, tekenen zich nieuwe uitdagingen af, die we beleidsmatig meer aandacht willen geven. Naast een gunstige evolutie op vlak van roken, zien we de opkomst van **vapen**. Ook rond de sterke toename van **schermgebruik** en de risico's die dat meebrengt, willen we de preventieve aanpak sterker uitbouwen.

We willen de **Vlamingen gezonder maken** en hebben bijzondere aandacht voor de jonge generaties zodat **kinderen en jongeren gezonder kunnen opgroeien dan de voorgaande generaties**, en dat ondanks nieuwe maatschappelijke uitdagingen. Alle generaties kennen hun eigen specifieke uitdagingen. We laten ook hen niet los. We zorgen dat jong en oud informatie en vaardigheden aangereikt krijgen en gemotiveerd zijn om hun eigen gezonde leven maximaal in handen te nemen en te houden. We maken hierbij ook de link met het ouderenbeleidsplan en eenzaamheid.

Om meer impact te realiseren, schuiven we duidelijke **prioriteiten** naar voor als het gaat over doelgroepen en settings. Die prioriteiten vertalen we naar de werking van organisatie en de financiering van het beleid.

We blijven gezonde levensstijl aanmoedigen bij de hele bevolking, maar zetten, in lijn met de beleidsnota, de komende jaren prioritair – en dus extra - in **op kinderen en jongeren en op ouderen**. We doen dat in de eerste plaats in de settings **lokale besturen, onderwijsinstellingen, en voorzieningen voor zorg- en welzijn**, of via kanalen waarmee we die doelgroepen rechtstreeks kunnen bereiken. Uit de eindevaluatie van de huidige gezondheidsdoelstelling leren we dat dit de organisaties zijn waar we de grootste impact kunnen genereren: ze hebben een groot bereik, en zijn in hun werking ook in staat om specifieke aandacht te geven aan kwetsbare groepen.

De focus verschuift van ontwikkelen van methodieken en initiatieven naar de **implementatie** ervan. Dit betekent dat de aandacht en middelen meer systematisch gaan naar het bereiken van burgers, of actoren die in contact staan met burgers. Die lijn wordt doorgetrokken in nieuwe beheersovereenkomsten die worden gesloten in uitvoering van 'Gezond Generatie'.

We verbeteren ook de data om bereik en impact te meten, zodat we kunnen opvolgen wat werkt (of niet werkt), en kunnen bijsturen waar nodig.

De hoofdmoot van bijkomende investeringen gaat naar ‘**impacttrajecten**’, om het bereik en de impact bij deze prioritaire doelgroepen en settings te vergroten.

In een eerste impacttraject willen we ons richten op onderwijsinstellingen (basis- en secundair onderwijs). Uit onderzoek blijkt dat onderwijsactoren het aanbod aan preventiemethodieken ervaren als onduidelijk en versnipperd. Ze vinden werken aan gezondheid en welzijn belangrijk, maar weten vaak niet hoe eraan te beginnen in een al overvolle dagtaak en deze te benutten in functie van de onderwijsdoelen.

Met dit impacttraject willen we het aanbod aan preventiemethodieken en beleidsinitiatieven stroomlijnen, klantvriendelijker maken en bij elkaar brengen op één makkelijk bereikbare plaats. Onderwijsactoren zullen ondersteund worden vanuit één communicatiestrategie en merk. We voorzien een sterker regionaal ondersteuningsaanbod voor de onderwijsinstellingen die aan gezondheidsbeleid werken, in het bijzonder voor het bereiken van kwetsbare groepen. Binnen dit impacttraject werken we samen met relevante actoren uit onderwijs, zodat het aanbod aangepast is aan onderwijsdoelen en de dagelijkse werking en noden van directie, leerkrachten, pedagogische begeleidingsdiensten, CLB, ouders en leerlingen.

Momenteel voorzien we een budgetverhoging voor de uitvoering van deze gezondheidsdoelstelling de volgende jaren met 3.400.000 euro (uitbreidingsbudget preventie) per jaar, o.a. voor het opstarten van een impacttraject in 2026 (1.500.000 euro) en voor het versterken (2.230.000 euro) van nieuwe beheersovereenkomsten die uitvoering geven aan de vier preventieprogramma’s. Daarnaast zetten we bestaande projectfinanciering om in structurele financiering via beheersovereenkomsten

Gezonde Generatie zet naast vernieuwing ook in op **continuering en verbetering**.

We leggen de komende jaren de nadruk op geïntegreerde preventie en streven ernaar om burgers en actoren in settings te benaderen met een gebundeld preventief aanbod. Dit vertaalt zich beleidsmatig in vier **preventieprogramma’s**. Een preventieprogramma is gebaseerd op een bundeling van thema’s waarvan we weten dat ze onderling nauw samenhangen, zowel op het niveau van de **gezondheidsgedragingen** als op het niveau van **gezondheidseffecten** (overgewicht en obesitas, diabetes, hart- en vaatziekten), en waarvan de relevant zijn voor alle leeftijdsgroepen (kinderen, jongeren, volwassenen, ouderen). Binnen een preventieprogramma streven we naar een betere afstemming van inhoud en de timing van boodschappen en methodieken.

Het preventieprogramma ‘gezonde voeding en beweging’ omvat beleid gericht op gezonde voeding, gezond bewegen, beperken/vermijden van sedentarisme, mondgezondheid, preventie van eet- en gewichtsproblemen en valpreventie.

Het preventieprogramma ‘middelengebruik en verslaving’ is gericht op het voorkomen van gezondheidsschade door roken, vaperen, alcohol, drugs, gokken, schermgebruik (m.i.v. gamen) en psychoactieve medicatie.

De noodzaak van een preventieprogramma ‘mentaal welzijn’ en ‘seksuele gezondheid’ volgt uit de extra en systematisch aandacht die we hier beleidsmatig aan willen geven.

Het preventief gezondheidsbeleid streeft naar **wetenschappelijke onderbouwing** en is gebaseerd op inzichten uit de volksgezondheid, en dat willen we zo houden. Daarnaast hebben we ook aandacht voor de praktijkgerichte ervaring. De vier preventieprogramma’s gericht op gezondheidsbevordering moeten zich blijven richten op wat werkt en beleidsinitiatieven moeten regelmatig worden geëvalueerd en aangepast.

De afgelopen decennia hebben preventieorganisaties heel wat wetenschappelijke onderbouwde methodieken en materialen ontwikkeld, van hoge kwaliteit. De sterktes van wetenschappelijke onderbouwing, professionaliteit, thematische expertise en succesvolle methodieken behouden we. We stellen echter ook vast dat veel degelijk onderbouwde methodieken lokaal nog te weinig worden opgepikt. We verschuiven daarom het gewicht van ontwikkeling van methodieken, naar inspanningen om bereik te verhogen. Initiatieven moeten met name zorgen dat burgers en intermediairs **het aanbod beter kennen, en vaker en beter toepassen** binnen hun leven of organisatie.

Terugdringen van gezondheidsongelijkheid, door het wegnemen van **drempels voor kwetsbare groepen** (zoals personen en gezinnen die kampen met financiële, medische of psychische problemen) moet meer systematisch worden ingebouwd in het beleid, van ontwikkeling van methodieken tot implementatie en evaluatie.

Ook ons streven naar **samenwerking met andere beleidsplannen, beleidsniveaus en -domeinen** om deze gezondheidsdoelstelling waar te maken, nemen we opnieuw mee in deze gezondheidsdoelstelling. We kunnen dit niet alleen. Afstemming en samenwerking met het federale niveau, binnen de Vlaamse Regering met andere beleidsdomeinen en op lokaal niveau blijven cruciaal voor onze impact. Health in all policies blijft de leidraad en concretiseren dit ook verder in de impacttrajecten

In overeenstemming met het preventiedecreet (decreet van 21 november 2003 betreffende het preventief gezondheidsbeleid) doen we voor ondersteuning en uitvoering van gezondheidsdoelstellingen o.a. beroep op partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking waarmee we een meerjarige beheersovereenkomst afsluiten. We stemmen deze beheersovereenkomsten beter af op de nieuwe gezondheidsdoelstelling.

2 INLEIDING EN CONTEXT

2.1 DE CASE VOOR EEN GEZONDE LEVENSTIJL

Het aanbod van preventief gezondheidsbeleid richt zich in essentie op realiseren van gezondheidswinst o.a. door het voorkomen van belangrijke gezondheidsproblemen die zijn vastgesteld bij de hele bevolking of bij subgroepen. Het draagt bij aan het terugdringen van de maatschappelijke last van ongezondheid (ziektelast).

De ziektebelasting in Europa/België/Vlaanderen vloeit in grote mate voort uit het chronisch karakter ervan (kanker, hart- en vaatziekten, mentale en middelenstoornissen, aandoeningen aan het bewegingsapparaat, obesitas). De ziektebelastingstudie van Sciensano duidt met cijfers welke ziekten en gezondheidsrisico's het meeste impact hebben op (minder) langer gezond leven.

Ongeveer een derde van alle sterfgevallen in België in 2019 kan worden toegeschreven aan **gedragsgeseguleerde risicofactoren**, wat lager ligt dan het EU-gemiddelde van 39% (zie Figuur 1). Deze risicofactoren omvatten roken, voedingsrisico's, alcoholgebruik en te weinig lichaamsbeweging. (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023)

Figuur 1. Aandeel van sterfgevallen dat toegeschreven kan worden aan de 5 gedragsgeseguleerde risicofactoren (2022)



Opmerkingen: het totale aantal sterfgevallen in verband met deze risicofactoren is kleiner dan de som van elk van hen afzonderlijk, omdat hetzelfde sterfgeval kan worden toegeschreven aan meer dan één risicofactor. Voedingsrisico's omvatten 14 componenten, zoals te weinig groenten en fruit en te veel gezoete dranken. Luchtverontreiniging verwijst naar de blootstelling aan PM_{2.5} en ozon.

Bron: Figuur uit OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023

Een aanzienlijk deel van verloren gezonde levensjaren is toe te schrijven aan vermijdbare risicofactoren en gedragsdeterminanten, zoals roken, ongezonde voeding, lichamelijke inactiviteit en schadelijk alcoholgebruik - factoren die beïnvloedbaar zijn via levensstijl. Levensstijlinterventies hebben bewezen effect op het voorkomen én behandelen van chronische aandoeningen en dus op het aantal gezonde levensjaren, de zorgkosten en de levenskwaliteit van de bevolking.

2.2 WAAROM GEZONDHEIDSDOELSTELLINGEN?

Gezondheidsproblemen en ziekten ontstaan meestal door een samenspel van verschillende factoren, zoals genetische aanleg, levensstijl, omgevingsinvloeden, infecties en verworven aandoeningen. Door risicofactoren te verminderen en beschermende factoren te versterken, kan de kans op het behoud van een goede gezondheid aanzienlijk worden vergroot. Het preventieve gezondheidsbeleid steunt op drie complementaire strategieën: gezondheidsbevordering, gezondheidsbescherming en ziektepreventie. Deze strategieën zijn gebaseerd op dezelfde principes van volksgezondheid, maar worden uitgevoerd via verschillende handelingskaders en door diverse stakeholders.

De WHO pleit voor het gebruik van meetbare gezondheidsdoelstellingen als beleidsinstrument om volksgezondheid systematisch te verbeteren. De Vlaamse overheid heeft dit principe overgenomen en verankerd in het **decreet van 21 november 2003 betreffende het preventief gezondheidsbeleid**, waarbij gezondheidsdoelstellingen een centrale rol kregen in het preventieve gezondheidsbeleid.¹

Volgens het decreet moeten de doelstellingen **specifiek zijn, meetbaar, wetenschappelijk onderbouwd, en goedgekeurd door de Vlaamse Regering en het Parlement**. Ze worden voorbereid via een traject dat preventieorganisaties en stakeholders betreft ('gezondheidsconferenties'). De uitvoering van het plan dat bij de doelstelling hoort, gebeurt via beheersovereenkomsten met partnerorganisaties, door terreinwerkers en Gezondheidsmakers (voorheen: Logo's). Zo wil men gezondheidswinst op bevolkingsniveau realiseren en gezondheidsongelijkheid verkleinen.

Gezondheidsdoelstellingen geven aan het beleid een strategisch en onderbouwd kader. Ze maken het mogelijk om prioriteiten te stellen, middelen efficiënt in te zetten en resultaten meetbaar te maken. Dat is nodig omdat de scope van een preventief gezondheidsbeleid in theorie bijzonder breed is: de lijst van determinanten, doelgroepen, methoden en thema's is lang, terwijl de financiële middelen beperkt zijn. Zonder heldere doelstellingen die bepalen waar middelen het meest efficiënt worden ingezet, is het risico groot dat de schaarse middelen te dun worden uitgespreid over te veel uitdagingen. Gezondheidsdoelstellingen vormen het kompas waarmee we de prioriteiten voor het preventief gezondheidsbeleid van de komende jaren uitzetten.

Naast dit voorstel van nieuwe gezondheidsdoelstelling 'Gezonde Generatie' (2026-2035) doorloopt momenteel ook het voorstel van gezondheidsdoelstelling '[Bevolkingsonderzoeken naar kanker' \(2025 – 2035\)](#) een traject om behandeld en goedgekeurd te worden door de Vlaamse Regering en het Vlaams Parlement.

Ondertussen zijn ook de **volgende gezondheidsdoelstellingen van kracht**:

- [Gezondheidsdoelstelling 'Suicidepreventie' \(2022-2030\)](#)
- [Gezondheidsdoelstelling 'Vaccinatie' \(2024-2030\)](#)
- [Gezondheidsdoelstelling 'Milieugezondheidszorg' \(2024-2030\)](#)

¹ Vlaamse Regering (2003). Decreet van 21 november 2003 betreffende preventieve gezondheidszorg. Online: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Regelgeving/Regelgeving-preventieve-gezondheidszorg/#preventiedecreet>.

3 VOORSTEL TOT EEN NIEUWE GEZONDHEIDSDOELSTELLING

3.1 GEZONDE GENERATIE 2026-2035: SCOPE VAN DE NIEUWE DOELSTELLING

In dit document doen we een **voorstel voor een nieuwe gezondheidsdoelstelling, die start in 2026 en afloopt eind 2035.**

Deze nieuwe doelstelling is de opvolger van 'De Vlaming leeft Gezonder in 2025' en is gericht op het bevorderen van gezond gedrag en gezonde leefomgevingen. Ze omvat een brede waaier aan determinanten. Zoals haar voorganger focust deze gezondheidsdoelstelling op meer gezondheid bij alle burgers, in plaats van op ongezondheid en ziekte.

Dat is een bewuste keuze, die uitgaat van het multifactorieel karakter van gezondheid: door preventief in te zetten op meerdere determinanten tegelijk, en aandacht te hebben voor hun onderlinge wisselwerking, wordt de basis gelegd voor de preventie van veel verschillende gezondheidsproblemen en ziekten.

Die determinanten blijven grotendeels dezelfde over de jaren heen: roken, alcoholgebruik, druggebruik, medicatiegebruik, gokken en gamen, onvoldoende bewegen, te veel zitten, ongezonde voeding. Een gezondheidsdoelstelling voor 10 jaar met als doel 'bevorderen van gezond gedrag' houdt best focus op die belangrijkste risicofactoren. Tegelijkertijd wordt rekening gehouden met maatschappelijke trends en nieuwe uitdagingen op vlak van gezondheid, zoals vaperen en digitale gezondheid.

Thema's die nauw bij elkaar aansluiten, worden samengebracht in een '**preventieprogramma**'. Met de volgende vier preventieprogramma's zetten we in op:

- **Gezonde voeding en beweging:** gezonde voeding, minder zitten en meer bewegen, verbeterde mondgezondheid, preventie van eet- en gewichtsproblemen, levensstijlaanbod op verwijzing
- **Middelengebruik en verslaving:** bewustzijn vergroten rond roken en vaperen, alcohol, drugs, psychofarmaca, gokken en schermgebruik
- **Mentaal welzijn:** emotie en stressregulering, weerbaarheid vergroten en veerkracht versterken
- **Seksuele gezondheid:** aandacht voor relationele en seksuele gezondheid, kennis versterken rond reproductieve gezondheid en zwangerschap, voorkomen van infectieziekten, respecteren van grenzen en aanpak van grensoverschrijdend gedrag.

Nieuw aan Gezonde Generatie is daarmee dat de scope van de doelstelling wordt uitgebreid naar **mentaal welzijn** en **seksuele gezondheid**. Deze twee thema's krijgen een eigen preventieprogramma, en maken daarmee integraal deel uit van het streven naar een gezonde levensstijl.

De **algemene doelstelling** van het voorstel is om vooruitgang te boeken in termen van gezond gedrag bij de doelgroepen en gezonde omgevingen bij organisaties, binnen de **vier preventieprogramma's**.

Vooruitgang volgen we op door de evolutie van de **gezondheidsindicatoren** (gezond gedrag van doelgroepen) en de evolutie van de **procesindicatoren** te monitoren.

Binnen deze algemene doelstelling werken we aan een geïntegreerde en inclusief aanbod met een beter bereik. Om dat te realiseren stellen we concrete **prioriteiten**, die zich focussen op gerichte impact.

Impacttrajecten werken in de diepte aan een geïntegreerd preventieaanbod voor een specifieke doelgroep in een welbepaalde setting en kunnen rekenen op bijkomende middelen. In die uitwerking kunnen bijkomende indicatoren vastgelegd worden om vooruitgang te meten.

3.2 HET TRAJECT NAAR GEZONDE GENERATIE

De aflopende 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 rond de volgende thema’s:

- Gezonde voeding
- Beweging en sedentair gedrag
- Gewicht en eetstoornissen
- Tabak en vaperen
- Alcoholgebruik
- Drugs en psychoactieve medicatie
- Gokken en gamen

In 2023 werden daarnaast nog drie andere thema's opgenomen in de gezondheidsdoelstelling.

- Geestelijke gezondheidsbevordering
- Preventieve mondzorg
- Val- en fractuurpreventie bij ouderen

Deze gezondheidsdoelstelling bevatte een aantal settinggerichte subdoelstellingen (zoals gezin, school, werk, vrije tijd, zorg en buurt) en zette in op een settinggerichte aanpak, over thema's heen.

De nieuwe gezondheidsdoelstelling is het resultaat van een intensief voorbereidend traject. In een **eerste fase**, van begin tot eind 2024, werd gewerkt aan de eindevaluatie van de aflopende doelstelling, het opmaken van een omgevingsanalyse en het bepalen van prioriteiten voor een volgende doelstelling.

Voor de **eindevaluatie** werden de meest recente cijfers voor de gezondheidsindicatoren en procesindicatoren verzameld, en werden de trends die zich hebben voorgedaan de afgelopen jaren in kaart gebracht.

- Gezondheidsindicatoren geven een beeld van de mate waarin mensen zich (on)gezond gedragen: hoeveel mensen roken, de mate waarin ze gezonde voeding eten... Ze zijn gebaseerd op registratiegegevens (zoals CLB-registratie) of op representatieve surveys bij de bevolking (zoals de Gezondheidsenquête of de Preventiebarometer).
- Procesindicatoren geven een beeld van de mate waarin organisaties in settings een preventief beleid voeren, en van de acties ondernomen door preventieorganisaties. Ze zijn gebaseerd op surveys bij organisaties (zoals de Preventiepeiling) en op de registratie en rapportage van preventieorganisaties zoals de Logo's (nu: Gezondheidsmakers) en de preventiewerkers bij de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg.

De **omgevingsanalyse** schetst welke uitdagingen we de komende jaren verwachten op vlak van (on)gezond gedrag en (on)gezonde omgevingen. De analyse bevat een algemeen luik (met evoluties op het gebied van demografie, economie, sociaal-culturele kwesties, technologie, ecologie en politiek) en een luik per thema (roken, vaperen, eten, bewegen...).

Eindevaluatie en omgevingsanalyse werden uitgewerkt door werkgroepen, met daarin medewerkers van de relevante preventieorganisaties, aangevuld met experts van Sciensano (voor de Gezondheidsenquête, de Preventiebarometer en de Voedselconsumptiepeiling) en UGent (voor de HBSC-studie) en Departement Zorg.

In het najaar van 2024 werd een oefening gedaan binnen het nieuw opgerichte **Structureel Overleg Preventie (SOP)**, om na te gaan op basis van welke criteria prioriteiten konden worden bepaald voor de toekomst, en welke randvoorwaarden daarvoor vervuld moesten zijn in termen van goed bestuur. Het SOP is een overlegorgaan, opgericht in 2024, met vertegenwoordigers van alle organisaties die structureel gefinancierd worden op basis van het preventiedecreet voor opdrachten op het gebied van gezondheidsbevordering en vroegdetectie. Vertegenwoordigers in het SOP zijn werkzaam op directie- of beleidsniveau.

Voor de uitbreiding van het luik mentaal welzijn baseerden we ons op de inzichten uit het beleidsplan *Samen bouwen aan geestelijke gezondheid: een geïntegreerd beleidskader voor meer geestelijke gezondheidsbevordering in Vlaanderen*.

In een **tweede fase**, die liep van begin tot eind 2025, bekeken we de structuur van de nieuwe gezondheidsdoelstelling. De eerste helft stond in het teken van de **uitwerking van preventieprogramma's** (samenhangende combinaties van gezondheidsthema's), en een eerste impacttraject naar Onderwijsinstellingen.

De preventieprogramma's rond 'gezonde voeding en beweging' en 'middelengebruik' werden in mei 2025 voorgelegd aan een ruime groep van preventieorganisaties en stakeholders van organisaties in settings voor feedback. Deze feedback werd verwerkt in de zomervakantie en het najaar.

De beslissing om uit te breiden naar seksuele gezondheid werd genomen in het voorjaar van 2025. Sindsdien werd een apart traject gelopen met de betrokken preventieorganisaties om de eerste basis te leggen voor het preventieprogramma. Gelet op het kortere traject dat werd gelopen vond in de eerste maanden van 2026 nog een verdere toetsing plaats bij een ruimere groep van stakeholders. De feedback uit deze toetsing leidde tot verdere verfijning en verbetering van het voorstel.

Het geheel van het traject, van voortraject tot afsluitend event, werd ondersteund door Möbius op basis van een overheidsopdracht.

Gezonde Generatie, het voorstel voor een nieuwe gezondheidsdoelstelling, zoals uitgeschreven in dit document en de bijlagen, werd voorgesteld op een symposium dat doorging op **15 december 2025**. Zoals de regelgeving voorziet, werd dit voorstel voor advies voorgelegd aan de Vlaamse Raad Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Volgende stappen zijn agendering binnen de Vlaamse Regering en het Vlaams parlement.

4 LEIDENDE PRINCIPES EN BOUWSTENEN VAN DE NIEUWE GEZONDHEIDSDOELSTELLING ‘GEZONDE GENERATIE’

De zes leidende principes of bouwstenen worden achtereenvolgens overlopen:

1. Gezond gedrag in een gezonde omgeving: gedragsdeterminanten en beleidsmatig werken
2. Meer dan een som van de delen: van versnipperde naar geïntegreerde preventie
3. Meer focus: impacttrajecten rond prioritaire doelgroepen en settings
4. Doen wat goed werkt, niet wat goed voelt: evidence en nuttige data
5. Mentaal welzijn en seksuele gezondheid als onderdeel van een gezonde levensstijl
6. Geen eiland: afstemming en samenwerking rond ander beleid

4.1 GEZOND GEDRAG IN EEN GEZONDE OMGEVING: GEDRAGSDETERMINANTEN EN BELEIDSMATIG WERKEN

De idee dat het volstaat om mensen informatie te geven over gezondheid opdat ze hun gedrag veranderen, is ondertussen weerlegd door onderzoek en praktijk. Als we de levensstijl van de bevolking duurzaam willen veranderen, moeten we inzetten op de verschillende factoren die het gedrag van mensen beïnvloeden. Dat zijn de zogenaamde gedragsdeterminanten.

Er zijn verschillende types gedragsdeterminanten:

- **Competenties:** Mensen hebben de juiste kennis en vaardigheden nodig. Ze moeten weten en begrijpen wat gezond gedrag is. Daarnaast moeten ze in staat zijn om die kennis toe te passen. ‘Gezondheidsvaardigheden’ is een verzamelnaam voor alle vaardigheden die mensen nodig hebben om gezondheidsinformatie te vinden, begrijpen, en toe te passen.
- **Drijfveren:** Mensen hebben de juiste motivatie nodig om in beweging te komen. Drijfveren kunnen bewust en beredeneerd zijn, maar vaak zijn ze ook automatisch en impulsief.
- **Context:** Een leefomgeving die gezond gedrag aanmoedigt of ontmoedigt, de steun of afwijzing die mensen krijgen bij gedragsverandering, de aan- of afwezigheid van (on)gezonde producten en activiteiten, en allerlei regels en procedures die het leven in (on)gezonde banen leiden, hebben een sterke invloed op gedrag. Een context die gezond gedrag mogelijk maakt, promoot en ondersteunt, is daarom essentieel.

Het preventief gezondheidsbeleid richt zich niet alleen tot (groepen van) **burgers**, maar ook tot de **organisaties** die de belangrijkste leefomgevingen vormen van die burgers. We noemen die omgevingen ‘settings’ (of levensdomeinen) en focussen ons in het bijzonder op onderwijs, zorg- en welzijn en lokaal beleid. Deze focus op prioritaire settings betekent niet dat initiatieven in andere settings a priori worden uitgesloten. Die laatste blijven mogelijk wanneer het aangewezen is om specifieke doelgroepen contextgericht te benaderen.

Binnen deze settings zijn organisaties werkzaam die mee kunnen inzetten op een gezond beleid en kunnen zorgen voor een gezonde omgeving. Om beleidsmatig aan de slag te gaan en een duurzaam effect te realiseren, gebruiken ze **vier preventiestrategieën**: educatie, omgevingsinterventies, afspraken en regels, zorg en begeleiding.

4.2 MEER DAN EEN SOM VAN DE DELEN: VAN VERSNIPPERDE NAAR GEÏNTEGREERDE PREVENTIE

Een onderbouwd aanbod aan methodieken ontwikkelen, universeel en op maat van doelgroepen, is enkel nuttig wanneer dat aanbod ook op grote schaal gebruikt wordt. Een effect op bevolkingsniveau realiseren, kan enkel wanneer acties gericht op gezondheidsbevordering een breed bereik hebben, bij de juiste

doelgroepen. Voor een beter bereik, in het bijzonder ook bij kwetsbare groepen, moeten we evolueren van een versnipperde aanpak naar een **klantgerichte, geïntegreerde aanpak**.

De afgelopen jaren werkten preventieorganisaties grotendeels naast elkaar aan de ontwikkeling en verspreiding van hun eigen, thematische methodieken en materialen. De kwaliteit van de afzonderlijke methodieken en materialen is over het algemeen hoog. Maar deze versnipperde aanpak leidt tot verwarring bij klanten (organisaties zoals onderwijsinstellingen, lokale besturen, zorgvoorzieningen). Ze krijgen moeilijk zicht op wie wat aanbiedt, hoe de verschillende thema's en methodieken samenhangen en hoe de methodieken passen binnen hun routines of regelgeving.

Kwetsbare groepen in het bijzonder ervaren meer en andere drempels om gebruik te maken van het aanbod. Het principe van **proportioneel universalisme** voorziet dat binnen een breed aanbod naar de volledige bevolking, extra inspanningen nodig zijn om deze drempels te verlagen. Medewerkers van preventieorganisaties zien de noodzaak van een systematisch en beter bereik naar deze groepen en kennen de handvaten en methodieken die de afgelopen jaren zijn ontwikkeld. Tegelijk voelen ze zich soms nog onvoldoende in staat om ze systematisch toe te passen in hun werking.

De introductie van **preventieprogramma's en impacttrajecten** moet deze evolutie ondersteunen en versnellen. Binnen elk preventieprogramma verwachten we dat organisaties samenwerken om boodschappen en methodieken op elkaar af te stemmen en daarbij systematisch aandacht te besteden aan de kwetsbare groepen die relevant zijn voor het programma. Daarnaast versterken we de inspanningen om burgers en organisaties te bereiken. We streven naar een verhouding van max 45% activiteiten en acties gericht op expertise en ontwikkeling en min. 45% activiteiten gericht op het bereiken of ondersteunen van burgers en intermediaire organisaties. Op die manier willen we ruimte houden voor expertiseontwikkeling, maar ook inspanningen verschuiven naar activiteiten gericht op een groter bereik.

4.3 MEER FOCUS: IMPACTTRAJECTEN ROND PRIORITAIRE DOELGROEPEN EN SETTINGS

De evolutie naar een geïntegreerd en inclusief aanbod met een beter bereik een verandertraject, en gerichte inspanning in tijd en middelen. Binnen een gezondheidsdoelstelling met een brede scope en een beperkt budget, is dat alleen mogelijk wanneer prioriteiten duidelijk vastliggen.

Voor de komende vijf jaar kiezen we kinderen en jongeren enerzijds en ouderen anderzijds als prioritaire doelgroepen, in lijn met de beleidsnota van de minister. Daarnaast kiezen we **lokale besturen, onderwijs en zorg- en welzijn als prioritaire settings**. Uit de eindevaluatie, in het bijzonder de procesindicatoren, blijkt dat we hier de meeste impact kunnen realiseren. Binnen deze settings ondersteunen verschillende actoren het preventief gezondheidsbeleid, hebben ze een breed bereik en zijn tegelijk qua organisatie in staat en gewend om extra aandacht te geven aan kwetsbare groepen.

Extra budget zal de komende jaren gaan naar **meerjarige impacttrajecten die zich richten op combinaties van deze prioritaire doelgroepen en settings**. Impacttrajecten lopen over meerdere jaren.

Het eerste impacttraject focussen we ons graag op **kinderen en jongeren in de setting onderwijs**. Op basis van de ervaringen binnen onderwijs zal beslist worden of en welke andere impacttrajecten worden opgestart.

Impacttrajecten focussen zich op het vergroten van de impact en bereik bij prioritaire doelgroepen en settings via een grondige uitwerking van verschillende aspecten. Het doel is om bereik en impact te verhogen door een aantal stappen te doorlopen vertrekkende van de noden en behoeften van de doelgroep en de beoogde setting:

- Een analyse van aanbod: wat bestaat, wat ontbreekt, wat is succesvol, waar is overlap, wat zijn de mogelijkheden en beperkingen, ... Om te komen tot een slanke, klantgerichte catalogus van methodieken en materialen op maat van de doelgroep en de beoogde setting.
- Een analyse van de beschikbare klantendata: wie bereiken we, waar willen we dit bereik vergroten, welke data moeten we verzamelen om bereik, tevredenheid en impact beter te kunnen meten, hoe kunnen we drempels voor kwetsbare groepen wegwerken?

- Opmaak van een eenduidige en heldere strategie voor marketing en afspraken over wie wat opneemt op het terrein op het gebied van ondersteuning van implementatie.
- Een **heldere governance** voor impacttrajecten via duidelijk projectmanagement en portfoliomanagement over projecten heen, een jaarlijkse opvolging van de uitvoering van acties op basis van indicatoren, ondersteuning op het gebied van bereik kwetsbare groepen, projectmanagement, marketing, data...

De invulling van het eerste impacttraject wordt verder toegelicht in hoofdstuk 6.

4.4 DOEN WAT GOED WERKT, NIET ENKEL WAT GOED VOELT: EEN BELEID GEBASEERD OP EVIDENCE EN NUTTIGE DATA

Een gezondheidsdoelstelling raakt aan het leven van elke burger. Rond gezondheid circuleert heel wat (des)informatie, en een breed scala aan uiteenlopende ideeën en theorieën die elkaar niet zelden tegenspreken. Tegen die achtergrond is het belangrijk dat een beleid onderbouwde keuzes maakt gericht op duurzaam beleid en daarover transparant communiceert.

Het preventiedecreet bepaalt dat strategische keuzes gebaseerd moeten zijn op wetenschappelijke evidentie en data over de gezondheid van de Vlaamse bevolking. Het bepaalt daarnaast dat een gezondheidsdoelstelling gepaard moet gaan met een realistisch budget.

Dat kan alleen als we ook over de nodige data beschikken: niet alleen over de gezondheid van de Vlaamse bevolking (**gezondheidsindicatoren**), maar ook over de mate waarin onze acties de verschillende doelgroepen bereiken, welke effecten ze hebben (**procesindicatoren**) en welke investering daarvoor nodig is.

Voorop het vlak van procesindicatoren (wie bereiken we met welke acties en met welk effect?) hebben we betere systemen nodig die de verschillende data over organisaties en thema's heen aan elkaar linken.

Uit de eindevaluatie van de vorige gezondheidsdoelstelling blijkt dat we over heel wat data beschikken met betrekking op de activiteiten van preventieorganisaties. Wat ontbreekt, is een logisch kader dat op een coherente manier de informatie uit verschillende bronnen (CIRRO, Ginger, jaarrapporten van de partner- en terreinorganisaties) ordent. De Preventiepeiling geeft een beeld van de mate waarin organisaties in settings een kwaliteitsvol preventiebeleid voeren, zowel algemeen als voor verschillende thema's. Maar de bevraging bevat te weinig kwalitatieve informatie over drempels en hefboomen, om evoluties te kunnen duiden en beleid bij te sturen.

Voor de toekomst willen we betere data over de mate waarin we verschillende soorten klanten (burgers en organisaties) bereiken. 'Bereiken' kan betekenen:

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

Het verzamelen van indicatoren over bereik, over organisaties heen, moet het mogelijk maken om:

- Klantengroepen beter te segmenteren
- Na te gaan of de acties over de verschillende niveaus van bereik voldoende zijn afgestemd op elkaar, en zijn afgestemd op de ervaring van de klanten
- Na te gaan of acties naar dezelfde klantengroepen kunnen gebundeld worden.

4.5 MENTAAL WELZIJN EN SEKSUELE GEZONDHEID ALS INTEGRAAL ONDERDEEL VAN EEN GEZONDE LEVENSTIJL

Mentaal welzijn verwijst binnen de nieuwe gezondheidsdoelstelling naar de positieve staat waarin mensen zich mentaal en sociaal kunnen ontwikkelen, ongeacht of er psychische klachten aanwezig zijn. De focus binnen Gezonde Generatie ligt in het versterken van wat mentaal gezonder maakt en verminderen van de factoren die het mentale welzijn onder druk zetten.

Mensen met een goede mentale gezondheid ervaren een hogere levenskwaliteit, zijn beter in staat zorg te dragen voor hun naasten, voelen zich meer verbonden met anderen en zijn productiever, creatiever en energieke. Bovendien participeren ze vaker in de maatschappij en worden ze kwaliteitsvol ouder.

Idealiter wordt mentaal welzijn door de samenleving gezien als een kernonderdeel van een gezonde levensstijl. We streven ernaar dat burgers proactief aandacht hebben voor gewoonten die mentaal welzijn ondersteunen, dat ze signalen van disbalans tijdig herkennen én dat ze weten waar zij laagdrempelige preventieve ondersteuning kunnen vinden.

We leggen de beleidsfocus op kinderen en jongeren, omdat de ontwikkeling van mentaal welzijn daar de meeste structurele winst kan opleveren en beschermende factoren zich bij deze doelgroep het sterkst vormen. Beschermende factoren zijn o.a. sociaal-emotionele vaardigheden zoals het kunnen reguleren van emoties en veerkrachtig omgaan met tegenslagen, grenzen stellen en het kunnen behouden van evenwicht wanneer omstandigheden veranderen. Risicofactoren zijn o.a. chronische stress, piekeren, overbelasting en ineffectieve coping (wat zich eventueel uit in ongezond gedrag op vlak van voeding en beweging, middelengebruik, enz.).

We nemen mentaal welzijn in deze doelstelling expliciet als een apart preventieprogramma op, juist omdat het een essentieel aspect is van gezondheid. Het kan ook niet los gezien worden van de andere preventieprogramma's. De verschillende gezondheidsgedragingen beïnvloeden elkaar: voldoende beweging en een gezond voedingspatroon ondersteunen mentaal welzijn, en omgekeerd maakt een stevig mentaal fundament het makkelijker om gezonde keuzes te maken - en vol te houden. Door mentaal welzijn in Gezonde Generatie te integreren, maken we de keuze om gezondheid holistisch te benaderen.

Seksuele gezondheid in het kader van het preventief gezondheidsbeleid vertrekt enerzijds vanuit een positieve beleving van seksualiteit en anderzijds vanuit een brede en inclusieve kijk met focus op gezondheidsbevorderende en preventieve aspecten. Voor de uitwerking van dit preventieprogramma vertrekken we vanuit een positieve en proactieve visie op relaties en seksualiteit. De basis daarvoor vinden we in de WHO-definitie, die luidt als volgt: *“Seksuele gezondheid is een met seksualiteit verbonden toestand van fysiek, emotioneel, mentaal en sociaal welzijn. Seksuele gezondheid is dus meer dan alleen de afwezigheid van ziekte, disfunctie of zwakte. Seksuele gezondheid vereist een positieve en respectvolle benadering van seksualiteit en seksuele relaties. Seksuele gezondheid vereist ook het mogen en kunnen aangaan van plezierige en veilige seksuele ervaringen; zonder dwang, discriminatie en geweld. Om seksuele gezondheid te bereiken en te behouden, moeten de seksuele rechten van alle personen worden gerespecteerd, beschermd en gerealiseerd.”*

Het uiteindelijke doel is dat alle mensen in Vlaanderen, beschikken over de nodige informatie en vaardigheden om geïnformeerde en onderbouwde keuzes te kunnen maken over hun seksuele en reproductieve gezondheid en toegang hebben tot aangepaste en toegankelijke diensten met deskundige (zorg-)professionals.

We erkennen dat het investeren hierin bijdraagt tot gelijke kansen, autonomie en levenskwaliteit voor iedereen. Hierop inzetten is daarom ook een waardevolle **aanvulling op de andere preventieprogramma's**. We vertrekken niet alleen van risico's en problemen, maar zetten eerder in op ondersteuning zodat mensen geïnformeerde gezonde keuzes kunnen maken voor de eigen seksuele gezondheid, die van hun partner en bij uitbreiding die van iedereen. Ook zetten we in op de deskundigheid van organisaties en intermediairs die mensen hierbij kunnen ondersteunen. Door in te zetten op diverse deelaspecten dragen we bij aan de seksuele gezondheid van burgers.

Dit preventieprogramma is het resultaat van een intensief traject, waarbij op korte tijd veel kennis en inzichten van verschillende experts werden samengebracht. Het bouwt voort op het rapport van het symposium seksuele gezondheid 2018 en wordt, met het oog op een breed draagvlak, in een volgende fase nog verder verfijnd via stakeholdersessies in 2026.

We kiezen ervoor om seksuele gezondheid vanaf 2026 op te nemen in de gezondheidsdoelstelling. Dit is vernieuwend ten opzichte van de vorige gezondheidsdoelstellingen. Hiermee toont de Vlaamse overheid dat seksuele gezondheid een volwaardig preventieprogramma is binnen de globale, preventieve aanpak van een gezonde leefstijl. Het is preventieprogramma gestoeld op 5 belangrijke kernopdrachten (subthema's), en bouwt daarmee verder op het [rapport](#) van het symposium van 2018:

- **ondersteuning van seksuele ontwikkeling via relationele en seksuele vorming en opvoeding voor kinderen en jongeren;**
Onderzoek toont dat kinderen en jongeren vroeg informeren over relationele en seksuele aspecten van het leven, ertoe bijdraagt dat ze later en beter geïnformeerd starten met seksueel contact. Hoewel seksuele ontwikkeling een levenslang proces is, kiezen we ervoor om kinderen en jongeren aangepast aan hun ontwikkelingsleeftijd, te ondersteunen in de relationele en seksuele ontwikkeling. Dit moet mee de basis vormen voor een gezond seksueel welzijn op latere leeftijd. Seksuele ontwikkeling gaat immers gepaard met een kwetsbaarheid en heeft baat bij een goede ondersteuning. Die ondersteuning kan geboden worden door ouders, door rechtstreekse informatiekanalen naar kinderen en jongeren en door intermediairs, zoals leerkrachten en opvoeders die in contact staan met hen.
- **preventie van seksueel overdraagbare infecties (soi) en hiv richt zich op de verschillende niveaus van preventie en op een gecombineerde aanpak met nadruk op de gedragsmatige preventie.** We streven naar meer kennis bij de hele seksueel actieve Vlaamse bevolking over het feit dat iedereen een seksueel overdraagbare infectie (soi) kan hebben, ook zonder het te merken, en dat iedereen een soi kan oplopen. Daarom spreken we over soi omdat soa verwijst naar een aandoening en de aanwezigheid van symptomen suggereert, terwijl veel soi's geen symptomen veroorzaken. Hierover goed geïnformeerd zijn, weten hoe zich te beschermen en het normaliseren van het zich laten testen, is de basis van de preventie. We zullen blijvend inzetten om het stigma en taboe rond soi's te doorbreken en om het bespreekbaar maken ervan met de (huis)arts te promoten.
Om de aanpak van hiv te normaliseren dient hiv te worden gezien als elke andere virale soi zonder daarbij de ernst ervan te minimaliseren. We zetten in op terreinwerking om het bereik van bepaalde doelgroepen te verhogen zoals jongeren, mannen die seks hebben met mannen, mensen met een migratieachtergrond en sekswerkers.
- **bewustwording van de reproductieve gezondheid doorheen de levensloop van mannen en vrouwen;**
Reproductieve gezondheid is een belangrijk onderdeel van seksuele gezondheid. Het is een levenslang proces waarbij mannen en vrouwen gedurende hun levensloop geïnformeerde keuzes kunnen maken met betrekking tot anticonceptie, fertiliteit, kinderen krijgen of geen kinderen krijgen. We hanteren een aanpak volgens het 'Reproductive Life Plan'. Bij elke fase van het seksueel actieve leven in de reproductieve leeftijd, van de eerste menstruatie tot de menopauze, moet iedereen over de nodige informatie, middelen en ondersteuning kunnen beschikken om zelf te kunnen kiezen of, hoe, wanneer, met wie en hoeveel kinderen men wil.
- **Seksueel welzijn** omvat meer dan de afwezigheid van problemen. Het gaat om beleving, respect, je vrij en comfortabel voelen om te praten over seks en seksualiteit, veiligheid en het gevoel hebben dat je in staat bent en de vrijheid hebt om te kiezen voor positieve seksuele ervaringen. Het houdt

4.6 GEEN EILAND: SAMENWERKING MET ANDERE BELEIDSDOMEINEN

Een gezonde levensstijl raakt meer beleidsdomeinen dan (preventieve) gezondheidszorg. Een gezonde bevolking stimuleert de economie door hogere productiviteit, maakt gezinnen veerkrachtig, bevordert een vlotte schoolloopbaan voor leerlingen (en leerkrachten), beschermt tegen kwetsbaarheden en draagt bij aan een rechtvaardige samenleving.

Factoren zoals inkomen, huisvesting, werk, onderwijs en voedingsaanbod, spelen een belangrijke rol in de mate waarin een preventiebeleid effectief is. Daarom promoot de Wereldgezondheidsorganisatie de **Health in All Policies (HiAP)-aanpak**. In Vlaanderen is dit verankerd in het preventiedecreet, via het zogeheten **facettenbeleid**.

Een goed functionerend facettenbeleid erkent hoe beslissingen in andere beleidsdomeinen gezondheid beïnvloeden, stimuleert samenwerking tussen sectoren en promoot op die manier een gezonde levensstijl voor meerdere doelgroepen. Het verbindt verschillende beleidsniveaus (lokaal, federaal, Europees) en streeft naar win-win situaties.

In Vlaanderen ondersteunen Gezondheidsmakers lokale besturen om dit waar te maken op het niveau van steden en gemeenten. Op federaal niveau zijn interministeriële conferenties de plaats waar afstemming en samenwerking mogelijk moet worden tussen de federale overheid en gewesten en gemeenschappen. Een recente ontwikkeling zijn de **interfederale gezondheidsdoelen**, waarbij het versterken van preventie één van de doelen is die op tafel liggen. Daarnaast is er het Interfederaal plan Geïntegreerde Zorg, in het bijzonder voor de perinatale periode, obesitas bij kinderen en jongeren en kwetsbare ouderen. Gezonde Generatie geeft richting aan de invulling van het preventieve luik van deze interfederale samenwerkingsverbanden.

Op Vlaams niveau zijn gezondheidsdoelstellingen het werkinstrument om samenwerking met andere beleidsdomeinen mogelijk te maken. De Vlaamse Minister voor Welzijn legt het voorstel van gezondheidsdoelstelling voor aan de Vlaamse Regering en aan het Vlaams parlement, met als doel een breed draagvlak te creëren, ook bij andere ministers.

Bij elk preventieprogramma is opgenomen welke andere plannen van de Vlaamse Regering relevant zijn, voor afstemming of samenwerking. Het gaat dan bijvoorbeeld over het Vlaams Ouderenbeleidsplan, en de relevante initiatieven rond dementie en eenzaamheid. De afgelopen jaren werd een structuur opgezet om over thema's heen de werking naar settings te ondersteunen. In settinggerichte netwerkgroepen werden preventieorganisaties en stakeholders samengebracht om te werken aan afstemming en samenwerking. Binnen deze settinggerichte netwerkgroepen werd de afgelopen jaren een inventaris gemaakt van raakpunten en opportuniteiten. Deze moeten de komende jaren verder worden uitgewerkt, in het bijzonder binnen de impacttrajecten.

5 DE AANPAK VAN GEZONDHEIDSONGELIJKHEID

De kans dat iemand een goede gezondheid heeft, hangt in hoge mate af van waar hij of zij staat op de maatschappelijke ladder. Hoe lager op de ladder, hoe groter de kans op een slechte gezondheid. Net als in de rest van de wereld is deze 'sociale gradiënt' in Vlaanderen duidelijk zichtbaar in de data m.b.t. levensverwachting en gezonde levensjaren. Ook de gezondheidsindicatoren voor levensstijl tonen duidelijke verschillen als we ze differentiëren naar scholingsgraad.

Ook gender beïnvloedt de mate waarin mensen zich gezond of ongezond gedragen én de mate waarin dat gedrag hun gezondheid schaadt. Bovendien gaat ook de omgeving soms anders om met mensen in functie van hun gender. Daarom moeten we in het beleid, (dataverzameling, methodiek, implementatie en evaluatie) rekening houden met genderverschillen. De komende jaren werken we dit verder uit, en leggen daarbij ook de link naar de activiteiten van de interfederale werkgroep gender en gezondheid.

Preventieorganisaties zijn zich bewust van het probleem van gezondheidsongelijkheid maar het ontbrak hen in het verleden vaak aan handvaten om dit in de praktijk om te zetten. Daarom werd de afgelopen jaren gewerkt aan de ontwikkeling van methodieken, materialen en vormen om professionals in preventieorganisaties en in settings deskundig te maken.

Gezonde Generatie wil de systematische toepassing van deze methodieken, en daarmee het bereik bij doelgroepen en organisaties, verbeteren:

- Bij grote surveys (zoals de Gezondheidsenquête, Health Behaviour in School Aged Children, de Preventiebarometer, de Preventiepeiling) besteden we extra aandacht aan het bereiken van kwetsbare groepen, zodat we over meer bruikbare data beschikken. Ook systematisch gemeten gezondheidsgegevens (zoals de CLB-data) koppelen we waar mogelijk aan data over sociaaleconomische status.
- Bij de ontwikkeling van nieuwe methodieken integreren we standaard het wegwerken van drempels voor relevante kwetsbare groepen. Methodieken en materialen moeten bruikbaar, betaalbaar, bereikbaar, beschikbaar, bekend, betrouwbaar, begripvol en begrijpbaar zijn voor kwetsbare groepen.
- Bij de ontwikkeling en uitvoering van impacttrajecten schuiven we een beter bereik en meer impact bij kwetsbare groepen naar voren als een belangrijk doel, we vertalen dit in specifieke indicatoren die we opvolgen doorheen het traject.
- We ondersteunen voorzieningen in zorg en welzijn, onderwijs en lokale besturen in het opzetten van een beleid op vlak van gezondheidsvaardigheden en gezondheidsgeletterdheid (naar analogie met de procesbegeleiders binnen de preventieprogramma's). We streven naar gezondheidsvaardige organisaties die het voor hun doelgroepen zo eenvoudig mogelijk maken om informatie te vinden, te begrijpen en te gebruiken.

De fundamentele oorzaken van gezondheidsongelijkheden gaan verder dan de toegankelijkheid van het aanbod, en liggen ook op domeinen als huisvesting, inkomen en opleidingsmogelijkheden. Preventief gezondheidsbeleid kan het probleem van gezondheidsongelijkheid niet oplossen. Wat wel kan is binnen ons algemeen aanbod structureel rekening houden met drempels voor kwetsbare groepen. Proportioneel universalisme combineert universele maatregelen voor een populatie met gerichte, bijkomende maatregelen voor doelgroepen met een grotere kwetsbaarheid. Het beleid richt zich dus op de hele bevolking, maar schaalt tegelijk de inspanningen op naarmate de sociaaleconomische achterstand, of andere kwetsbaarheden toenemen. Dit dubbel spoor moet zowel stigmatisering van kwetsbare groepen vermijden, als verspilling van middelen bij groepen die het aanbod niet nodig hebben.

In het kader van de eindevaluatie van De Vlaming leeft Gezonder in 2025, werd voor de verschillende doelgroepen en settings kwetsbare groepen opgesteld.

- Kinderen en jongeren van ouders met een verslaving of andere psychische problemen
- Kinderen en jongeren in eenoudergezinnen
- Kinderen en jongeren in de jeugdhulpverlening

- Vroegtijdige schoolverlaters en kinderen en jongeren met een problematische schoolloopbaan
- Personen met een migratieachtergrond (in combinatie met andere kwetsbaarheden) en vluchtelingen
- Personen met een chronische aandoening, een psychische problematiek of een fysieke of mentale beperking
- Personen in (generatie)armoede of lage socio-economische status, dak- en thuislozen
- Personen met negatieve ervaringen in de kindertijd of met trauma
- Personen in de LGBTQI gemeenschap
- Gedetineerden
- Zwangere vrouwen
- Werknemers in bepaalde risicovolle sectoren
- Ouderen in een woonzorgcentrum
- Alleenwonende ouderen (thuis)
- Mensen met dementie

Om deze groepen te bereiken is structurele aandacht nodig doorheen het proces van ontwikkeling, sociale marketing, implementatie en evaluatie van acties. Samenwerking met andere beleidsdomeinen, op verschillende beleidsniveaus, is cruciaal.

6 IMPACTTRAJECTEN

De gezondheidsdoelstelling Gezonde Generatie wil nog sterker inzetten op gezondheid via één samenhangend aanbod op het vlak van gezonde levensstijl in settings waar de doelgroep maximaal kan worden bereikt. Om die omslag te realiseren, starten we met impacttrajecten: trajecten die 1) het aanbod vanuit het preventief gezondheidsbeleid beter laten aansluiten bij de realiteit van organisaties en ‘vindplaatsen’, 2) waarin we versnippering willen wegwerken en 3) de implementatiekracht van het preventiebeleid willen versterken via de kracht en op maat van de betrokken sectoren.

Impacttrajecten vragen inzet, middelen en maatwerk. Om focus te houden starten we met een eerste impacttraject in Onderwijs. Deze ervaring vormt de basis om stapsgewijs nieuwe impacttrajecten te initiëren.

Impacttraject: kinderen en jongeren in Onderwijs

De voorbije jaren werd door het preventief gezondheidsbeleid waardevol werk verricht rond gezondheid en welbevinden. Het werken aan een gezonde levensstijl bij kinderen en jongeren werd verankerd in het decreet leerlingenbegeleiding en in de onderwijsdoelen². Het werken aan het bevorderen, beschermen en behouden van de gezondheid en welbevinden van kinderen en jongeren is dan ook een opdracht voor scholen en voor Centra voor Leerlingenbegeleiding. Scholen zijn daarin sinds 2018 de eerste verantwoordelijken voor de uitwerking, de toepassing en de evaluatie van een kwaliteitsvol beleid op leerlingenbegeleiding. Elke school werkt een sterke brede basiszorg voor alle leerlingen uit. Daarin staan een verbindend schoolklimaat en een krachtige leeromgeving centraal.

Voor het werken aan gezondheid en welbevinden van hun leerlingen kunnen scholen een beroep doen op:

- Centra voor leerlingenbegeleiding (CLB's), die vanuit hun signaalfunctie opvallende elementen aan de school kunnen signaleren, wat de ruimte biedt om daarmee aan de slag te gaan.
- Pedagogische begeleidingsdiensten, die in hun leerplannen rekening houden met onderwijsdoelen over het werken aan een gezonde levensstijl en in functie van ondersteuning van scholen ook samenwerkingscontracten met partnerorganisaties binnen het preventief gezondheidsbeleid afsluiten
- De partners en preventiewerkingen in het kader van het preventief gezondheidsbeleid, die heel wat waardevol wetenschappelijk onderbouwd educatief en ander materiaal ontwikkelden dat onderwijsinstellingen ondersteund in het werken aan een integraal gezondheidsbeleid.

Niet tegenstaande toont [onderzoek](#) aan dat het huidige aanbod vandaag te versnipperd en te weinig afgestemd is op de realiteit van het onderwijs. Onderwijsinstellingen worden overspoeld met communicatie, methodieken en losse initiatieven van uiteenlopende aanbieders. Wat bedoeld is als ondersteuning, wordt zo te vaak ervaren als onsamenhangend, niet evident om in te passen in de schoolwerking en onvoldoende op maat van de noden. Dat wordt ook bevestigd door de eindevaluatie van de gezondheidsdoelstelling 'De Vlaming leeft gezonder in 2025': de subdoelstelling voor onderwijs, dat minimaal 80% van de basis- en secundaire scholen een kwalitatief gezondheidsbeleid hebben, werd niet behaald (preventiepeiling, 2023).

Het eerste impacttraject richt zich op kinderen en jongeren, met onderwijs als centrale setting. Dat is een toonevende beleidskeuze: Gezonde Generatie zet kinderen en jongeren centraal, omdat op jonge leeftijd investeren in gezondheid zowel op korte als lange termijn voordelen oplevert voor het individu, de organisaties ende samenleving. Onderwijsinstellingen bereiken veel leerlingen, ongeacht achtergrond, thuisituatie of beginsituatie, en zijn de plek waar dagelijks wordt gewerkt aan groei en ontwikkeling, leren en brede vorming.

Met dit eerste impacttraject willen we drie dingen realiseren:

- Een slankere en klantgerichter aanbod van producten en diensten om gezond gedrag te bevorderen (o.a. meer samenhang tussen initiatieven en preventiepartners die onderwijsinstellingen ondersteunen)
- Meer nabije ondersteuning (o.a. Gezondheidsmakers en *Gezond in Brussel*)

- Een motiverende en heldere communicatiestrategie (o.a. herkenbare merkidentiteit met 1 centrale website)

We starten dus niet ‘van nul’, maar bouwen voort op wat er bestaat en maken het meer bruikbaar, beter afgestemd en duurzamer. Het gaat niet om méér doen, maar om beter samenwerken en beter ondersteunen in het hart van de schoolcontext. Zo kan gezondheid mee evolueren van afzonderlijke (thematische) initiatieven naar een geïntegreerde aanwezigheid in het dagelijkse schoolleven.. Er gaat ook aandacht naar het bereiken van leerlingen, waar dat zinvol, haalbaar en onderbouwd is vanuit een populatiebenadering.

De initiatieven binnen het impacttraject onderwijs zijn bedoeld om onderwijsinstellingen in staat te stellen zich te richten op hun kerntaak en het flankerend aanbod vanuit welzijnspartners gemakkelijker toegankelijk te maken in de onderwijsinstellingen.

Vandaag zijn gezondheid, welbevinden en leren in Vlaanderen geen aparte werelden, maar is preventieve gezondheid verankerd in onderwijsregelgeving via het decreet leerlingenbegeleiding, het Referentiekader Onderwijskwaliteit en de onderwijsdoelen. We ondersteunen onderwijsinstellingen om binnen de vastgelegde minimumdoelen leerlingen te versterken in vaardigheden met betrekking tot een gezonde levensstijl. Door samenhang te creëren en ondersteuning dicht bij de school te organiseren, moet het aanbod beter aansluiten bij deze kaders. Doelstellingen in het kader van het preventief gezondheidsbeleid die deze kaders overstijgen, vertalen zich in acties die worden opgenomen door flankerende organisaties of preventiewerking. Door helderheid, nabijheid en gedeelde kaders te combineren, leggen we de basis voor een aanpak die haalbaar en schaalbaar is, herkenbaar blijft en die ook op langere termijn impact genereert op gezondheid, welzijn en gelijke kansen.

In de komende jaren wordt deze koers stap voor stap zichtbaar gemaakt. We stroomlijnen en stemmen van het bestaande aanbod af, zodat onderwijsinstellingen in één herkenbare lijn kunnen terugvinden wat werkt en waarvoor het bedoeld is. Vanuit die basis wordt een gezamenlijke merkidentiteit ontwikkeld, zodat communicatie eenvoudiger en duidelijker wordt en scholen meteen herkennen waar ze terecht kunnen. Die aanpak wordt getest, bijgestuurd en verder verfijnd, in nauwe samenwerking met scholen, met onderwijsactoren en met relevante preventieorganisaties. Daarna wordt de aanpak structureel uitgerold en verankerd, met blijvende aandacht voor kwaliteit, samenhang en ondersteuning nabij de school. Door die fasering ontstaat er tijd om te leren en bij te sturen, en wordt het fundament gelegd voor een aanpak die werkt in de praktijk van vandaag én die kan meegroeien met de realiteit van morgen. Zo bouwen we, stap voor stap, aan een klimaat waarin gezondheid en gezonde levensstijl passen in de schoolwerking en de onderwijsdoelen en waarin kinderen en jongeren maximaal kunnen profiteren van wat een gezonde schoolomgeving hun te bieden heeft.

Ook in Nederland werd deze uitdaging vastgesteld: tot 2006 werkte men er met losse projecten en campagnes, maar sinds de invoering van de integrale ‘Gezonde School’-aanpak ervaren scholen de overgang naar één herkenbare structuur als positief, vooral door de grotere duidelijkheid en het wegvallen van versnippering.

Op basis van de ervaringen met het eerste impacttraject, zal de komende jaren beslist worden of en welke volgende impacttrajecten worden opgestart. Eventuele volgende impacttrajecten kunnen qua aanpak verschillen, afhankelijk van wat in de setting of voor de doelgroep het meeste nodig is of meerwaarde heeft om bereik en impact te vergroten.

7 PREVENTIEPROGRAMMA'S

De komende jaren willen we in het kader van de nieuwe gezondheidsdoelstelling versterkt inzetten op **vier preventieprogramma's**. Een preventieprogramma is gebaseerd op een bundeling van thema's waarvan we weten dat ze onderling nauw samenhangen, zowel op het niveau van de **gezondheidsgedragingen** als op het niveau van **gezondheidseffecten** (overgewicht en obesitas, diabetes, hart- en vaatziekten), en waarvan de relevant zijn voor alle leeftijdsgroepen (kinderen, jongeren, volwassenen, ouderen):

- Gezonde voeding en bewegen (met de thema's gezonde voeding, bewegen, zitten, mondgezondheid, eet- en gewichtsproblemen, val- en fractuurpreventie)
- Middelengebruik en verslaving (met de thema's roken, vaperen, alcohol, drugs, gokken, schermgebruiken psychofarmaca)
- Mentaal welzijn
- Seksuele gezondheid

We maken daarbij gebruik van wetenschappelijk onderbouwde **interventies**, gericht zowel rechtstreeks naar (groepen van) **burgers**, als naar de **organisaties** en instanties die burgers bereiken. Daarbij zetten we prioritair in op de settings lokale besturen, scholen, voorzieningen en professionals in zorg en welzijn.

Elke preventieprogramma wordt opgedeeld in 4 richtinggevende doelgroepen die overeenkomen met de volgende leeftijdscategorieën:

- Eerste 1000 dagen
- Kinderen en jongeren (tot 25 jaar)
- Volwassenen (26 tot 65 jaar)
- Ouderen (ouder van 65)

Gezondheid is geen statisch gegeven, maar evolueert met de verschillende levensfasen. Elke leeftijdsgroep kent specifieke uitdagingen, kansen en risicofactoren. Door interventies af te stemmen op de behoeften van elke levensfase, kunnen we effectiever inspelen op sleutelmomenten waarop gezonde gewoonten worden gevormd. Doelgroepen gebaseerd op leeftijd sluiten ook aan op een settinggerichte aanpak, die inzet op de context waarin mensen leven, leren en werken. Deze contexten bieden waardevolle kansen om gezonde levensstijlkeuzes te ondersteunen en de gezondheid van grote groepen duurzaam te versterken.

Voor elke doelgroep (de eerste duizend dagen, kinderen en jongeren, volwassenen, ouderen) en per preventieprogramma brengen we dan ook in kaart:

- Welk **gezond gedrag** we willen bevorderen?
- Welk aanbod we **rechtstreeks naar de burger** willen voorzien om dit gezond gedrag te bevorderen?
- Welk aanbod we **via organisaties in settings** willen voorzien om dit gezond gedrag te bevorderen?
- Waar we momenteel staan op vlak van gezondheidsstatus bij de thema's in dit preventieprogramma, en welk trends of evoluties zien we?

Bij elk preventieprogramma wordt bovendien ook stilgestaan bij **gedrag en gezondheidsschade** door de gedragsindicatoren in kwestie, **uitdagingen** voor de toekomst, **kwetsbare groepen** die extra aandacht vereisen en **linken** met andere beleidsplannen.

7.1 PREVENTIEPROGRAMMA 'GEZONDE VOEDING EN BEWEGEN'

7.1.1 Gedrag en gezondheidsschade

Zo'n 11% van alle sterfgevallen in België in 2019 konden worden toegeschreven aan voedingsrisico's, en zo'n 2% aan een beperkte mate van beweging. (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023)

Volgens de Global Burden of Disease (GBD) Studie verklaren **voedingsrisico's** bovendien 1/5^e van de ziektelast² door **hart- en vaatziekten** in België, 1/3^e van **diabetes- en lever-gerelateerde aandoeningen** en zo'n 7% van **kankergevallen** (2023, alle leeftijden). Binnen de GBD Studie werden 15 elementen opgenomen als voedingsrisico's: een voedingspatroon rijk aan bewerkt vlees, rood vlees, natrium, met suiker gezoete dranken, transvetzuren, en arm aan calcium, vezels, fruit, peulvruchten, noten en zaden, omega-6 meervoudig onverzadigde vetzuren, omega-3-vetzuren uit zeevruchten, melk, groenten en volle granen.

De GBD Studie geeft ook aan dat zo'n 7% van **diabetes- en lever-gerelateerde aandoeningen** in België toegeschreven zou kunnen worden aan een beperkte mate van beweging. Voor hart- en vaatziekten wordt dit geschat op 2% en voor kankergevallen op 1%.

Langdurig zitten verstoort de stofwisseling, verhoogt het risico op hart- en vaatziekten en versnelt gewichtstoename. Het werkt ontstekingsprocessen in de hand, verzwakt spieren en tast cognitieve functies aan. Een te hoog sedentair niveau vormt een duidelijk aantoonbare bedreiging voor de volksgezondheid.

Ongeveer één op de vier Belgen heeft onbehandelde **mondproblemen** (tandbederf, gaatjes, of ontstekingen). Mondgezondheid heeft een effect op de globale gezondheid doorheen de verschillende levensfasen. Zwangere vrouwen met een slechte mondgezondheid lopen een hoger risico op vroeggeboorte en laag geboortegewicht. Ook ernstige ontstekingen van het tandvlees zijn gelinkt aan verschillende gezondheidsproblemen. Mondproblemen kunnen daarnaast ook zorgen voor psychosociale stress (zoals afwezigheden, pijn en schaamte).

7.1.2 Welke uitdagingen zijn er voor de toekomst?

De trends rond voeding tonen hoe technologie, levensstijl en ongelijkheid samen onze eetgewoonten beïnvloeden. Door tijdsdruk kiezen veel mensen voor gemak, wat leidt tot een toename van **maaltijdboxen en afhaalopties**, al blijft **fastfood** populair. Smaak, prijs en voedingswaarde blijven de belangrijkste **determinanten bij voedselkeuzes**, terwijl gezonde en duurzame producten nog vaak als duur of minder toegankelijk worden ervaren. Labels zoals de **Nutri-Score** ondersteunen consumenten bij bewuste keuzes, maar worden niet altijd consequent gebruikt. Ook sociale media en influencers kunnen een grote impact hebben op het eetgedrag van jongeren, zowel positief als negatief. Tegelijk groeit de aandacht voor **milieuverantwoorde voeding**, met de ambitie om meer plantaardige eiwitten te consumeren. Toch nemen **voedselonegelijkheid en voedselonzekerheid** toe door stijgende prijzen, waardoor kwetsbare groepen vaker beroep doen op voedselhulp. Bovendien leven veel Vlamingen in een **omgeving waar ongezonde voeding** overvloedig aanwezig is en gezonde alternatieven schaars zijn, wat de kloof in eetgedrag verder vergroot.

De trends rond beweging en sedentair gedrag tonen hoe werk, technologie, klimaat en omgeving het beweeggedrag van mensen beïnvloeden. Sinds de pandemie is **thuiswerken** wijdverspreid, wat bij velen leidt tot meer zitten en fysieke klachten. **Digitale hulpmiddelen** zoals wearables en sportapps maken het makkelijker om beweging te volgen, maar hun langetermijneffect blijft onzeker. Tegelijk groeit **actieve mobiliteit**, met de elektrische fiets als opvallende winnaar. **Digitale media** motiveren sommigen om meer te sporten, al kunnen ze ook negatieve lichaamsbeelden versterken. Tot slot blijkt de **inrichting van de publieke ruimte** cruciaal om iedereen, en vooral kwetsbare groepen, te stimuleren tot meer dagelijkse beweging. **Klimaatverandering** vormt een bijkomende uitdaging voor buitenactiviteiten.

Val- en fractuurpreventie blijft een groeiende uitdaging door de **vergrijzing** en de veelheid aan risicofactoren die samen het valrisico bepalen. Hoewel multifactoriële interventies bewezen effectief zijn, verloopt hun implementatie moeizaam door organisatorische en financiële beperkingen. **Technologische hulpmiddelen** zoals zorgdomotica bieden potentieel, maar de wetenschappelijke onderbouwing en acceptatie zijn nog onvoldoende. De gevolgen van vallen zijn niet alleen fysiek en psychologisch ingrijpend, maar leggen ook een aanzienlijke financiële druk op het zorgsysteem. **Groepsgerichte programma's** bieden perspectief als haalbare en effectieve strategie om valincidenten te voorkomen en ouderen te ondersteunen in hun zelfstandigheid.

² Gemeten via DALY's of Disability-Adjusted Life Years.

De mondgezondheid in Vlaanderen staat onder toenemende druk door vergrijzing, chronische aandoeningen en een groeiende zorgcomplexiteit bij ouderen. Tegelijk **groeit de erkenning** van mondzorg als essentieel onderdeel van de algemene gezondheid, met meer aandacht voor preventie. Toch blijven sociale ongelijkheden in toegang en mondhygiënegedrag hardnekkig aanwezig. De introductie van **mondhygiënist**en biedt kansen om preventieve en toegankelijke zorg te versterken, maar vraagt nog verdere verankering en financiering. Bovendien dreigt **een tekort aan tandartsen**, wat de toekomstige beschikbaarheid en toegankelijkheid van mondzorg bemoeilijkt, vooral voor kwetsbare groepen.

Het beleid rond gewicht, lichaamstevredenheid en eetstoornissen richt zich steeds meer op een **geïntegreerde en preventieve aanpak**. Overheden werken samen aan een breed preventie- en zorgmodel met aandacht voor gezonde leefstijl, vroegdetectie, toegankelijke ambulante zorg en gespecialiseerde ondersteuning voor jongeren met eetproblemen of obesitas. Binnen deze aanpak ligt de nadruk op een **gezonde groeifocus** in plaats van gewichtsfocus, ondersteund door settinggericht werken in scholen en gemeenschappen. Tegelijk vormt de invloed van **sociale media** op het lichaamsbeeld een groeiende uitdaging, waarbij mediawijsheid en het bevorderen van een positief lichaamsbeeld essentieel zijn om jongeren weerbaarder te maken. Investeren in **lichaamstevredenheid en zelfwaardering** blijkt een belangrijke beschermende factor tegen eetstoornissen en mentale gezondheidsproblemen.

7.1.3 Doelgroep: Eerste 1000 dagen

7.1.3.1 Welk gezond gedrag willen we bevorderen?

Mensen die zwanger willen worden:

- hebben een gevarieerd, evenwichtig en mondvriendelijk voedingspatroon met voldoende groenten, fruit, volkoren granen, peulvruchten en water en volgen de voedingsrichtlijnen van de Hoge Gezondheidsraad en WHO met betrekking tot een gezond eetpatroon. (mondvriendelijke voeding is voeding die geen vrije suikers bevat en niet schadelijk is voor de tanden).
- beperken ultrabewerkte voedingsproducten
- drinken voldoende water en vermijden gesuikerde dranken
- beschikken over goede/gezonde eetvaardigheden
- brengen eten en gezonde voeding niet louter in verband met gewicht en calorie-inname
- vrouwen nemen 0,4 mg foliumzuur/dag in geval van een actieve kinderwens
- bewegen regelmatig, voldoende en afwisselend (volgen de WHO-richtlijnen met betrekking tot fysieke activiteit)
- vermijden lang stilzitten en onderbreken zitmomenten (ideaaliter om de 30 minuten) (volgen de WHO-richtlijnen met betrekking tot beperken van sedentair gedrag)
- hebben gezonde gewoontes op het gebied van mondgezondheid (o.a. 2x per dag tandenpoetsen, preventief tandartsbezoek)

Zwangere vrouwen en hun samenwonende partner of andere gezinsleden:

- kennen de gevolgen van ongezonde en mondonvriendelijk voeding en eetgedrag op zichzelf, hun omgeving en het ongeboren kind
- kennen de gevolgen van te weinig beweging en sedentair gedrag op zichzelf, hun omgeving en het ongeboren kind
- beperken ultrabewerkte voedingsproducten
- hebben een gevarieerd, evenwichtig en mondvriendelijk voedingspatroon met voldoende groenten, fruit, volkoren granen, peulvruchten en water (volgen de voedingsrichtlijnen van de Hoge Gezondheidsraad en WHO met betrekking tot een gezond eetpatroon)
- drinken voldoende water en vermijden gesuikerde dranken
- beschikken over goede/gezonde eetvaardigheden
- brengen eten en voeding niet louter in verband met gewicht en calorie-inname
- vrouwen nemen 0,4 mg foliumzuur tot het einde van de eerste 3 maanden van de zwangerschap

- bewegen regelmatig, voldoende en afwisselend (volgen de WHO-richtlijnen met betrekking tot fysieke activiteit)
- vermijden lang stilzitten en onderbreken zitmomenten (ideaaliter om de 30 minuten) (volgen de WHO- richtlijnen met betrekking tot beperken van sedentair gedrag)
- vermijden bewegen in grote hitte
- hebben aandacht voor een goede slaaphygiëne
- hebben gezonde gewoontes op het gebied van mondgezondheid (o.a. twee keer per dag tandenpoetsen en preventief tandartsbezoek)

Ouders of opvoeders van baby's en peuters:

- geven hun baby borstvoeding, aangepast aan de situatie en vragen ondersteuning wanneer borstvoeding moeilijk verloopt
- bieden hun peuter op regelmatige tijdstippen een gevarieerde, evenwichtige en mondvriendelijke maaltijd aan met voldoende groenten, fruit, volkoren granen, peulvruchten en water (volgen de voedingsrichtlijnen van de Hoge Gezondheidsraad en WHO met betrekking tot een gezond eetpatroon),
- creëren een context die gezond eetgedrag bevordert, zonder druk of conflicten
- beperken ultrabewerkte voedingsproducten voor hun baby of peuter
- laten hun baby of peuter, als borstvoeding niet mogelijk is, water drinken en vermijden gesuikerde dranken en suiker in de zuigfles
- stimuleren het ontwikkelen van goede/gezonde eetvaardigheden
- hebben aandacht voor een goede slaaphygiëne bij hun baby
- herkennen signalen van (problematisch) gedrag bij hun baby of peuter (als eten moeilijk verloopt, als het kind ander eetgedrag vertoont, verstoort slaappatroon) ondersteunen hun kind en hebben toegang tot gepaste hulp
- laten hun baby die nog niet kruipt minstens 30 minuten in buiklig bewegen, verspreid over de hele dag, en laten hun baby doorheen de dag variëren van houding
- laten hun baby niet te lang aan een stuk stilzitten of -liggen (niet langer dan 1u stil zitten in de kinderwagen of kinderstoel)
- stimuleren voldoende rijke en veilige (buiten)speel- en beweegkansen bij hun peuter
- vermijden/beperken schermgebruik bij hun baby of bij peuters onder 2 jaar volgens de richtlijnen
- beperken schermgebruik tot max. 1u bij hun peuter
- staan in voor een goede mondhygiëne bij hun baby of peuter en leren gezonde gewoontes aan op het gebied van mondgezondheid
- herkennen signalen van slechte mondgezondheid bij hun baby of peuter
- gaan op de leeftijd van 2 jaar op eerste tandartsbezoek met hun peuter
- vermijden hardnekkig of te lang fopspeengebruik bij hun baby of peuter (voorbij de derde verjaardag)

7.1.3.2 Waar staan we momenteel?

Voor de eerste 1000 dagen waren er bij het uitvoeren van de eindevaluatie uitsluitend cijfers beschikbaar met betrekking tot het gewicht.

In 2023 had 88,4% van 2-jarige kinderen in Vlaanderen een normaal BMI. Meer dan 1 op 10 van de 2-jarige kinderen had overgewicht in 2022; in 2014 was dit nog 7,9%. Hier kan dus een stijgende trend opgemerkt worden. Bij meisjes lag het percentage met overgewicht in 2023, net als in 2014, iets hoger dan bij jongens (10,6% bij jongens en 11,5% bij meisjes). Onder 2-jarigen met overgewicht had 1,5% obesitas, in 2014 was dit nog 1%. De cijfers bij jongens en meisjes lopen grotendeels gelijk.

Tussen 2014 en 2022 zijn dus eerder kleine (absolute) verschillen op te merken, al is hierbij wel een trend zichtbaar. Het aandeel 2-jarigen met overgewicht en obesitas verliep namelijk stijgend tussen 2014 en 2023; een trend die de nodige aandacht verdient.

7.1.4 Doelgroep: Kinderen en jongeren

7.1.4.1 Welk gezond gedrag willen we bevorderen?

Ouders/opvoeders van kinderen/jongeren:

- bieden hun kind op regelmatige tijdstippen een gevarieerde, mondvriendelijk en evenwichtige voeding aan met voldoende groenten, fruit, volkoren granen, peulvruchten en water (volgen de voedingsrichtlijnen van de Hoge Gezondheidsraad en WHO met betrekking tot een gezond eetpatroon)
- beperken ultrabewerkte voedingsproducten voor hun kind
- laten hun kind water drinken en vermijden gesuikerde dranken
- ondersteunen hun kinderen in het ontwikkelen van goede/gezonde eetvaardigheden
- stimuleren hun kind(eren) tot voldoende bewegen en het beperken van lang stilzitten door regelmatig te bewegen en speel- en sportmomenten te voorzien.
- beperken schermgebruik tot max. 1u bij kind(eren) van 2 tot en met 5 jaar en beperken schermtijd in de vrije tijd tot 2 u per dag voor kinderen vanaf 6 jaar
- hebben aandacht voor de slaaphygiëne bij hun kind
- spreken duidelijke regels af over gezonde voeding en gezond eten, voldoende bewegen, beperken van sedentair gedrag, slaaphygiëne en de hoeveelheid tijd die kan gaan naar schermgebruik.
- staan in voor een goede mondhygiëne bij hun kind en leren hun gezonde gewoontes aan op het gebied van mondgezondheid (o.a. 2x per dag tanden poetsen),
- poetsen voor- of na bij kinderen tot 9 jaar
- organiseren een jaarlijks preventief tandartsbezoek voor hun kind(eren)
- vermijden hardnekkig of te lang fopspeengebruik (voorbij de derde verjaardag) bij hun baby of peuter
- kennen eerste hulp bij tandongevallen
- geven hun kind het goede voorbeeld op het gebied van mondgezondheid, gezonde voeding en gezond eten, voldoende bewegen, beperken van sedentair gedrag en schermtijd
- stimuleren open communicatie met hun kind(eren) rond deze thema's en ondersteunen hen bij vragen, problemen, riskante situaties, groepsdruk enz.
- kennen de sociale (media) omgeving waarin hun kind zich bevindt/bevinden en ondersteunen vaardigheden in het omgaan met reclame, sociale media, lichaamstevredenheid
- herkennen signalen van (problematisch) voedings- en eetgedrag of ongezond gewicht, ondersteunen hun kind en hebben toegang tot gepaste hulp

Kinderen (2,5-12 jaar):

- hebben een gevarieerd, evenwichtig en mondvriendelijk voedingspatroon met voldoende groenten, fruit, volkoren granen, peulvruchten en water (volgen de voedingsaanbevelingen volgens de richtlijnen van de Hoge Gezondheidsraad)
- beperken ultrabewerkte voedingsproducten
- drinken voldoende water en vermijden gesuikerde dranken
- beschikken over gezonde/goede eetvaardigheden
- beschikken over sociaal-emotionele vaardigheden om kritisch om te gaan met reclame, sociale media, trends over voeding en eten, bewegen, lichaamstevredenheid en/of om hun eigen grenzen aan te geven i.v.m. ongezonde gewoonten
- bouwen een gezond en realistisch lichaamsbeeld op
- bewegen regelmatig, voldoende en afwisselend (volgen de WHO-richtlijnen met betrekking tot fysieke activiteit).
- vermijden lang stilzitten en onderbreken zitmomenten (idealiter om de 30 minuten) (volgen de WHO-richtlijnen met betrekking tot het beperken van sedentair gedrag)
- beperken hun schermtijd tot max. 1 uur per dag (voor kinderen tot 6 jaar) en beperken schermtijd in de vrije tijd tot 2 u per dag (voor kinderen vanaf 6 jaar)
- Hebben aandacht voor een goede slaaphygiëne
- hebben gezonde gewoontes op het gebied van mondgezondheid (o.a. 2x per dag tandenpoetsen)

- gaan jaarlijks op preventief tandartsbezoek

Jongeren (13-18):

- hebben een gevarieerd, mondvriendelijk en evenwichtig voedingspatroon met voldoende groenten, fruit, volkoren granen, peulvruchten en water (volgen de voedingsaanbevelingen volgens de richtlijnen van de Hoge Gezondheidsraad)
- beperken ultrabewerkte voedingsproducten
- drinken voldoende water en vermijden gesuikerde dranken
- beschikken over gezonde/goede eetvaardigheden
- beschikken over sociaal-emotionele vaardigheden om kritisch om te gaan met reclame, sociale media, trends over voeding en eten, lichaamstevredenheid en/of om hun eigen grenzen aan te geven i.v.m. ongezonde gewoonten
- bouwen een gezond en realistisch lichaamsbeeld op
- bewegen regelmatig, voldoende en afwisselend (volgen de WHO-richtlijnen met betrekking tot fysieke activiteit).
- vermijden lang stilzitten en onderbreken zitmomenten (ideaaliter om de 30 minuten) (volgen de WHO-richtlijnen met betrekking tot het beperken van sedentair gedrag)
- beperken hun recreatieve schermtijd in de vrije tijd (in contrast tot schermtijd op school) tot max. 2u per dag
- hebben aandacht voor een goede slaaphygiëne
- begrijpen hoe voeding, slaap, bewegen en mentaal welzijn met elkaar verbonden zijn (cfr. holistische benadering)
- hebben gezonde gewoontes op het gebied van mondgezondheid (o.a. 2x per dag tandenpoetsen)
- gaan jaarlijks op preventief tandartsbezoek

7.1.4.2 Waar staan we momenteel?



In 2022 waren er **sterke punten** op te merken en was er **voortgang** merkbaar in de gezondheidssituatie van kinderen en jongeren.

Er was een verbetering in het aandeel kinderen (3-9 jaar) dat gemiddeld 60 minuten per dag aan matige tot hoge intensiteit beweegt, waarvan minstens 3 dagen per week met hoge intensiteit (van 46,6% in 2014 tot 58% in 2022). De significantie van deze trend werd niet nagegaan.

Op vlak van voeding was er een voortgang te zien in het aandeel jongeren met een gezond eetpatroon (15,0% in 2014 vs. 18,3% in 2022), alsook in de dagelijkse fruitconsumptie (28,4% in 2014 vs. 36,5% in 2022) en het aandeel dat de dagelijkse portie-richtlijn rond groenteconsumptie haalde (13,5% in 2014 vs. 18,9% in 2022). Ook het aandeel dat dagelijks gesuikerde frisdrank consumeerde (30,9% in 2014 en 22,6% in 2022) en water dronk (74,1% in 2014 en 87,6% in 2022) verliep gunstig.

De lichaamstevredenheid van jongeren evolueerde gunstig met meer dan de helft van de jongeren voelt zich in 2022 'goed' over zijn/haar lichaam en een dalend aandeel dat zich 'te dik' voelde.



Daarnaast waren er ook enkele **aandachtspunten** en domeinen waar nog steeds belangrijke uitdagingen liggen bij kinderen en jongeren.

Ondanks de verbetering sinds 2014, bewoog slechts 58% van **kinderen** (3-9 jaar) gemiddeld 60 minuten per dag aan matige tot hoge intensiteit (waarvan minstens 3 dagen per week met hoge intensiteit). Daarnaast haalde zo'n 1 op 3 kinderen (5-9 jaar) de aanbevolen schermtijdlimiet van maximaal 2 uur schermtijd in de vrije tijd op weekdagen niet in 2022 en maar liefst 2 op 3 kinderen haalde deze aanbeveling op weekenddagen niet. Verder was er geen verbetering in het aantal minuten sedentair gedrag, dit blijft hoog met meer dan 6u sedentaire activiteiten op zowel week- als weekenddagen.

Ook de systematische toename van overgewicht en obesitas bij zowel kinderen als jongeren verdient de nodige aandacht. In schooljaar 2023/2024 werd bij bijna 1 van de 5 kleuters (3 jaar) en kinderen van 6 jaar overgewicht of obesitas vastgesteld, en bij 1 op 4 kinderen van 9 jaar. In alle gevallen een stijging ten opzichte van schooljaar 2013/2014.

In 2022 ging slechts 1 op de 5 de kleuters in de afgelopen 3 jaar minstens 2 keer naar de tandarts; ondanks de stijging sinds 2013 blijft dit laag.

Ondanks enkele verbeteringen bij jongeren, bleef een gezond eetpatroon in 2022 een uitzondering met slechts 1 op 5 jongeren. Hetzelfde geldt voor fruitconsumptie, waar slechts 1 op 3 dagelijkse fruit at en slechts 15% de dagelijkse portie-richtlijn haalde. Ook de portie-richtlijn rond groenteconsumptie werd in 2022 door minder dan 20% gehaald. Ondanks een grote daling dronk meer dan 1 op 5 jongeren dagelijks frisdrank in 2022 en het aandeel jongeren dat dagelijks ontbijt, daalde.

Slechts zo'n 20% à 25% van jongeren haalde de Vlaamse & WHO aanbeveling van beweging aan minstens matige intensiteit. Volgens de Voedselconsumptiepeiling (via beweegmeters) was dit een daling sinds 2014 (34,7% in 2014 en 25,6% in 2022), terwijl de HBSC-studie een positieve trend rapporteert. Ook het aantal uur schermtijd steeg (zowel jongens als meisjes, en bij alle onderwijsvormen), slechts 5% van jongeren haalde de aanbeveling rond schermtijd en zowel op week- als weekenddagen was er geen gunstige trend op vlak van sedentaire activiteiten.

Zowel het aandeel jongeren met overgewicht als het aandeel jongeren met obesitas zijn gestaag toegenomen tussen 2014 en 2024. In 2024 had meer dan 1 op 4 jongeren overgewicht of obesitas.

Op vlak van mondgezondheid werd geen significante verbetering vastgesteld wat betreft tandartsbezoek door jongeren: in 2022 bezocht 1 op 10 jongeren geen tandarts in de afgelopen 3 kalenderjaren.



Bovendien waren er enkele belangrijke verschillen tussen jongens en meisjes.

Bij kinderen deden meisjes deden het aanmerkelijk slechter op vlak van de beweegaanbeveling ten opzichte van jongens. Op vlak van de schermtijdaanbeveling kon dan weer opgemerkt worden dat jongens deze limiet op weekdays en weekenddagen vaker overschreden dan meisjes.

Bij jongeren deden meisjes het in 2022 op vlak van voeding doorgaans beter dan jongens (net zoals in voorgaande jaren). Deze verschillen werden in de laatste jaren kleiner wel steeds kleiner dankzij sterkere verbeteringen bij de jongens.

Bij de thema's beweging en sedentair gedrag scoorden jongens doorgaans dan weer beter dan meisjes, vooral het aandeel dat een deel van de Vlaamse & WHO aanbeveling rond beweging haalde, verschilt sterk tussen beide. Een groot verschil was echter wel op te merken bij het aandeel jongens dat meer dan 14u per week gamede.

Er was nog steeds een significant groter aandeel meisjes dat zich te dik vindt in vergelijking met jongens; in dezelfde lijn stelde een groter aandeel meisjes gedrag om gewicht te verliezen dan jongens en liepen ze een groter risico om een eetstoornis te ontwikkelen.



Tot slot waren er enkele belangrijke verschillen naar opleidingsniveau en onderwijsvorm.

Het opleidingsniveau van ouders van kinderen bleek een belangrijke factor te zijn bij beweging en sedentair gedrag. In vergelijking met kinderen van wie minstens één ouder een diploma hoger onderwijs (korte type) heeft, waren kinderen van ouders zonder (basis of secundair) diploma minder actief en overschreden ze vaker de schermtijdaanbeveling op weekdays en weekenddagen.

Over bijna alle gezondheidsindicatoren heen kon vastgesteld worden dat jongeren in het ASO aanmerkelijk gezonder gedrag stelden dan jongeren uit het TSO/KSO, en dat deze laatste op hun beurt gezonder gedrag stelden dan jongeren in het BSO.

Wat betreft het aandeel jongeren met obesitas waren er bovendien grote verschillen op te merken tussen in ASO (1,8%), TSO/KSO (3,5%) en BSO (6,6%). Wat betreft alcoholgebruik gaven meer jongeren in TSO aan dat ze het laatste jaar alcohol dronken, in vergelijking met jongeren in ASO of BSO.

Jongeren uit TSO/KSO deden het in 2022 beter dan jongeren uit het ASO en BSO op vlak van beweging, terwijl jongeren uit BSO het in 2022 beter deden dan jongeren uit het ASO en TSO/KSO op vlak van gokken. Wat betreft psychologische klachten kwamen deze minder vaak voor bij jongeren uit het BSO dan jongeren uit ASO en TSO/KSO. Daarnaast daalde het laatstejaarsgebruik van cannabis het sterkst in het BSO, tot op niveau van ASO en TSO.

7.1.5 Doelgroep: Volwassenen

7.1.5.1 Welk gezond gedrag willen we bevorderen?

Volwassenen:

- Hebben een gevarieerd, mondvriendelijk (zuur en suikerarm) en evenwichtig voedingspatroon met voldoende groenten, fruit, volkoren granen, peulvruchten en water (volgen de voedingsaanbevelingen volgens de richtlijnen van de Hoge Gezondheidsraad)
- beperken ultrabewerkte voedingsproducten
- drinken water en vermijden gesuikerde dranken
- beschikken over gezonde/goede eetvaardigheden
- beschikken over sociaal-emotionele vaardigheden om kritisch om te gaan met reclame, sociale media, trends over voeding en eten, lichaamstevredenheid en/of om hun eigen grenzen aan te geven i.v.m. ongezonde gewoonten
- behouden of werken aan een gezond en realistisch lichaamsbeeld
- bewegen regelmatig, voldoende en afwisselend (volgen de WHO-richtlijnen met betrekking tot fysieke activiteit).
- vermijden lang stilzitten en onderbreken zitmomenten (ideaaliter om de 30 minuten (volgen de WHO-richtlijnen met betrekking tot het beperken van sedentair gedrag).
- begrijpen hoe gezonde voeding en gezond eten, slaap, voldoende bewegen, beperken van sedentair gedrag en mentaal welzijn met elkaar verbonden zijn (cfr. holistische benadering)
- begrijpen op welke manier een mondgezondheid de algemene gezondheid beïnvloedt
- hebben gezonde gewoontes op het gebied van mondgezondheid (o.a. 2x per dag tandenpoetsen)
- gaan jaarlijks op preventief tandartsbezoek en stellen zorg niet uit

7.1.5.2 Waar staan we momenteel?



In 2023/2024 waren er **sterke punten** op te merken en was er **voortuitgang** merkbaar in de gezondheidssituatie van volwassenen.

Op vlak van voeding, dronk een lager aandeel volwassenen dagelijks gesuikerde frisdrank (22,6% in 2018 vs. 19,9% in 2023/2024), al was deze daling niet significant. Bij 26-64-jarigen is een stijging zichtbaar in het aandeel dat minstens 1 liter water drinkt per dag (34,7% in 2018 en 41,2% in 2023/2024). Daarnaast at bijna 4 van de 5 volwassenen elke dag groenten in 2023/2024.

Het aandeel 26-64-jarigen dat de Vlaamse & WHO aanbevelingen voor matige tot intensieve beweging behaalde steeg licht in 2023/2024 t.o.v. 2018 (67,5% in 2018 en 68,3% in 2023/2024). Een stijging die, in tegenstelling tot een ongunstige evolutie bij vrouwen, zich doorzet bij mannen. Bijna 2 op 3 van de 18-plussers behaalde in 2023/2024 de Vlaamse en WHO aanbevelingen voor matige tot intensieve beweging.



Bij volwassenen waren er ook verschillende **aandachtspunten** op te merken.

Er is een achteruitgang merkbaar in enkele voedingsgewoontes van volwassenen: zo is er een daling in het aandeel 18-25-jarigen dat dagelijks fruit eet (van 46,6% in 2018 naar 37% in 2023/2024) en in het aandeel dat de richtlijn om dagelijks 2 porties fruit te eten behaalt, wat in 2023/2024 minder dan 1 op 5 was. Ondanks de positieve trend in het gebruik van frisdrank- en waterconsumptie, blijft er ruimte voor verbetering met 1 op 5 volwassenen dat nog steeds dagelijks frisdrank consumeert en minder dan de helft dat minstens 1 liter water drinkt per dag.

Hoewel het aandeel mannen dat de Vlaamse & WHO aanbevelingen voor matige tot intensieve beweging behaalde, gunstig evolueerde, vertoonden vrouwen boven de 18 jaar een ongunstige evolutie (62,1% in 2018 en 58,2% in 2023/2024). Ook het aantal minuten sedentair gedrag in 2023/2024 vertoonde een stijgende trend ten opzichte van 2018: mannen zitten in 2023/2024 zo'n 15 minuten langer (345 min. in 2018 en 361 min. in 2023/2024) en vrouwen een half uur langer (313 min. in 2018 en 345 min. in 2023/2024).

Hoewel er ten opzichte van 2018 geen significante wijzigingen plaatsvonden in het aandeel volwassenen met ondergewicht, was er wel een merkbare stijging bij 18-25-jarigen (5,3% in 2018 vs. 9,1% in 2023/2024) om aandachtig voor te blijven. Op vlak van overgewicht (incl. obesitas) steeg het aandeel bij vrouwen tot 45,9% in 2023/2024 (t.o.v. 37,8% in 2018). Al is deze niet significant, verloopt de trend in overgewicht stijgend, zowel bij de 18-25-jarigen als bij 26-64-jarigen. Dit brengt het aandeel volwassenen met overgewicht of obesitas op bijna de helft van de leeftijdsgroep (48,6% in 2023/2024); zo'n 16,5% onder hen had obesitas.

Er was een lichte verbetering qua mondgezondheidsgedrag bij volwassenen sinds 2013, maar met 1 op 5 volwassenen was er nog steeds een grote groep die gedurende 3 kalenderjaren niet naar de tandarts ging.



De evoluties liepen veelal gelijk over **sekse** heen, maar er bleven wel significante verschillen merkbaar.

Volwassen mannen stelden op vlak van voeding en sedentair gedrag vaker ongezonder gedrag in vergelijking met volwassen vrouwen. Bijvoorbeeld in het aandeel dat dagelijks gesuikerde frisdrank dronk (2023/2024: 25,0% bij mannen en 12,7% bij vrouwen; in 2022 was het verschil gelijkaardig en significant) en het aantal minuten zitten (2023/2024: 361 min. bij mannen en 345 min. bij vrouwen; in 2022 was het verschil gelijkaardig en significant).

Op vlak van beweging vertoonden vrouwen echter een negatieve trend (in tegenstelling tot mannen): nog geen 60% van vrouwen (18+) behaalde in 2023/2024 de beweegaanbeveling van matige tot intensieve beweging (t.o.v. van 70,5% van mannen).

Op vlak van gewicht deden mannen het minder goed wat betreft overgewicht in 2023/2024 (51,2% bij mannen en 45,9% bij vrouwen; in 2022 was het verschil gelijkaardig en significant), al werd dit verschil kleiner dan voorheen door een stijging van overgewicht bij vrouwen. Daarnaast vertonen vrouwen minder goede tekenen op vlak van ondergewicht (1,8% bij mannen en 4,5% bij vrouwen; in 2022 was het verschil gelijkaardig en significant) en hadden ze bovendien vaker een risico op de ontwikkeling van een eetstoornis.



De evoluties liepen veelal gelijk over **opleidingsniveaus** heen.

Typisch is de gezondheidssituatie bij volwassenen beter naarmate men een hoger diploma heeft, waarbij de grootste kloof merkbaar is tussen volwassenen met een diploma hoger onderwijs in vergelijking met de overige opleidingsniveaus. De voornaamste verschillen lagen in 2022 in consumptie van groenten, de consumptie van gesuikerde frisdrank, overgewicht en obesitas.

Waar lagere opleidingsniveaus betere cijfers optekenden, was op vlak van sedentair gedrag en de prevalentie van ondergewicht.

7.1.6 Doelgroep: Oudere bevolking

7.1.6.1 Welk gezond gedrag willen we bevorderen?

Volwassenen ouder van 65

- hebben een gevarieerd, mondvriendelijk en evenwichtig voedingspatroon met voldoende groenten, fruit, volkoren granen, peulvruchten en water (volgen de voedingsrichtlijnen van de Hoge Gezondheidsraad en WHO met betrekking tot een gezond eetpatroon) beperken ultrabewerkte voedingsproducten
- drinken water en vermijden gesuikerde dranken
- bewegen regelmatig, voldoende en afwisselend (volgen de WHO-richtlijnen met betrekking tot fysieke activiteit).
- vermijden lang stilzitten en onderbreken zitmomenten (idealiter om de 30 minuten (volgen de WHO richtlijnen met betrekking tot het beperken van sedentair gedrag)
- behouden hun mondgezondheid door dagelijkse verzorging en tijdige controle
- vragen ondersteuning voor preventieve mondzorg bij verminderde zelfredzaamheid

- nemen maatregelen om vallen te vermijden of vragen hiervoor ondersteuning

7.1.6.2 Waar staan we momenteel?



In 2023/2024 waren er **sterke punten** op te merken en was er **voortgang** merkbaar in de gezondheidssituatie van de oudere bevolking.

Ouderen tekenden de hoogste percentages op voor dagelijkse fruit- en groenteconsumptie in vergelijking met de andere leeftijdsgroepen (met resp. 66,5% en 85,5% in 2023/2024).

Het aandeel 65-79-jarigen dat de Vlaamse & WHO aanbevelingen voor matige en intensieve beweging behaalde, steeg licht van 59,8% in 2018 naar 60,1% in 2023/2024.

Ouderen toonden op vlak van tandenpoetsen en tandartsbezoeken de grootste verbetering sinds 2013 in vergelijking met andere leeftijdscategorieën.



Er waren ook verschillende **aandachtspunten** op te merken bij de oudere bevolking.

Er waren minder gunstige trends op te merken op vlak van voedingsgewoontes: zo steeg het aandeel 80+'ers dat dagelijks gesuikerde frisdrank drinkt van 6,1% in 2018 tot 15,5% in 2023/2024. Daarnaast drinkt slechts 1 op de 5 ouderen minimaal 1 liter water per dag in 2023/2024.

Er was geen significante verandering in het beweeggedrag van 65-plussers: zo'n 1 op 4 van de 65-79-jarigen en 1 op 7 van de 80-plussers liep in 2023/2024 een verhoogd gezondheidsrisico door een gebrek aan beweging. Het aantal minuten sedentair gedrag bij de oudere bevolking steeg in 2023/2024 in vergelijking met 2018 en vertoonde een ongunstige trend bij zowel mannen als vrouwen: bij beide steeg het aantal minuten sedentair gedrag met zo'n 40 minuten per dag.

Het aandeel ouderen met overgewicht blijft hoog in 2023/2024: ongeveer de helft van mannen en vrouwen van 65+ had overgewicht of obesitas.

Ondanks de grootste verbetering sinds 2013 op vlak van tandenpoetsen en tandartsbezoeken in vergelijking met andere leeftijdscategorieën, ging nog altijd bijna 30% van de 65-75-jarigen en meer dan 40% van de 75+ers de laatste 3 jaar geen enkele keer naar de tandarts.

Op vlak van valincidenten zijn er enkele ongunstige trends op te merken: Het aandeel 65-plussers dat minstens één keer viel steeg (van 17,4% in 2018 naar 23,6% in 2023/2024) en ook de gemiddelde frequentie van vallen tot bijna 3 keer per jaar. Tegelijkertijd nam het aandeel 65-plussers dat na een val geen preventieve maatregelen nam opnieuw toe tot bijna de helft (48,4% in 2023/2024) en meer dan 2 op 5 ouderen kreeg geen advies over valpreventie ontving. In woonzorgcentra zette deze trend zich ook door in het percentage van bewoners met één of meerdere geregistreerde valincidenten.



De evoluties liepen veelal gelijk over **sekses** heen, maar er bleven wel enkele significante verschillen merkbaar.

Er was een significant verschil tussen mannen en vrouwen m.b.t. voedingsgewoontes waarbij vrouwen gunstiger scoorden bij dagelijkse groenteconsumptie (2022: 65,7% bij mannen en 79,5% bij vrouwen), dagelijkse frisdrank-consumptie (2022: 14,2% bij mannen en 6,8% bij vrouwen).

Er was geen significant verschil in obesitas-prevalentie tussen mannen en vrouwen, maar wel bij overgewicht (2022: 69,8% bij mannen en 53,8% bij vrouwen). Daarnaast hebben vrouwen vaker ondergewicht (2022: 0,6% bij mannen en 3% bij vrouwen).

In 2018 viel 20,1% van de vrouwen minstens 1 keer, in vergelijking met 14,1% van de mannen. Binnen deze groepvallers was ook op te merken dat vrouwen frequenter vallen dan mannen (gem. 2,2 keer bij mannen en gem. 2,9 keer bij vrouwen).

7.1.7 Kwetsbare groepen

Over de **verschillende levensfasen** heen wordt bijzondere aandacht besteed aan personen en gezinnen die een verhoogd risico lopen op gezondheidsongelijkheid. Dit betreft voornamelijk mensen in **(generatie)armoede** of met een **lage socio-economische status**, personen met een **migratieachtergrond**,

alleenstaanden of **éénoudergezinnen**, mensen met een **fysieke of mentale beperking** en personen die geconfronteerd worden met **eet-, gewichts- of psychische problematieken**.

Daarnaast zijn er andere groepen met een mogelijke verhoogde kwetsbaarheid, zoals **mantelzorgers**, kinderen in het **buitengewoon onderwijs**, jongvolwassenen in een **problematische thuissituatie** die buiten de bestaande jeugdhulp vallen (ouder dan 18 jaar), evenals (langdurig) **werklozen** en **langdurig zieken**.

Binnen de eerste 1000 dagen gaat bijzondere aandacht uit naar gezinnen met **postpartumproblemen** en **zwangerschapperelateerde aandoeningen**, zoals zwangerschapsdiabetes. Naarmate kinderen ouder worden, verdienen vooral jongeren in bepaalde onderwijsvormen, zoals het **TSO en BSO**, extra aandacht vanwege de hogere kans op gezondheidsongelijkheid. Bij (jong)volwassenen ligt de focus vervolgens op mensen met **één of meerdere chronische aandoeningen**, leden van de **LGBTQI+-gemeenschap** en werknemers in **fysiek of mentaal belastende sectoren**, die vaak specifieke noden hebben op het vlak van gezondheid en welzijn. In de oudere levensfase gaat extra aandacht naar alleenwonende ouderen, personen met **cognitieve achteruitgang of dementie**, en ouderen met **slik-, kauw-, geur- of smaakproblemen**. Ook fysieke beperkingen die **zelfstandig koken of boodschappen** doen bemoeilijken, vereisen aangepaste ondersteuning.

7.1.8 Linken met andere plannen

Dit preventieprogramma vormt de basis voor het preventief gezondheidsbeleid op vlak van gezonde voeding en beweging in andere beleidsplannen en -trajecten zoals:

- Vlaams actieplan armoedebestrijding: Project 'gezonde voeding op school'
- Actieplan Goed Gedragen
- Interfederaal plan geïntegreerde zorg voor de perinatale periode, obesitas bij kinderen en jongeren, en kwetsbare ouderen
- Vlaamse voedselstrategie en voedingsdeals
- Vlaamse Eiwitshift
- Vlaams ouderenbeleidsplan
- Vlaams mobiliteitsplan
- Interfederale gezondheidsdoelstellingen

7.2 PREVENTIEPROGRAMMA 'MIDDELENGEBRUIK EN VERSLAVING'

7.2.1 Gedrag en gezondheidsschade

Zo'n 18% van alle sterfgevallen in België in 2019 konden worden toegeschreven aan tabak en 7% aan alcohol. (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023)

Volgens de Global Burden of Disease (GBD) Studie verklaart blootstelling aan tabak bijna 13%^e van de ziektelast³ door **hart- en vaatziekten** in België, 1/3^e van **chronische luchtwegaandoeningen**, meer dan 1/5^e van **kankergevallen** en 10% van **musculoskeletale aandoeningen**.

Alcoholgebruik zou verantwoordelijk zijn voor zo'n 16% van aandoeningen aan het **spijsverteringssysteem**, 5% van **valincidenten** en 5% van **kankergevallen**. Ook druggebruik heeft een impact op aandoeningen van het maag- en darmsysteem, goed voor 5% van de ziektelast. Daarnaast spelen zowel alcohol- en drugsgebruik een grote rol in de ziektelast veroorzaakt door **middelenmisbruik**.

Gokproblemen kunnen een impact hebben op het leven van het individu (financieel, relationeel, werk, school) en op dat van de omgeving. Er wordt een toename van gesimuleerd gokken vastgesteld bij Vlaamse jongeren. Dit verwijst naar het vervagen van de grenzen tussen gamen en gokken en kan verschillende vormen aannemen, zoals *social casino games*, *esports betting*, *skin betting*, en *lootboxes*.

De maatschappelijk ongerustheid over de impact van schermgebruik op het welzijn en de gezondheid van jongeren neemt toe. Kinderen en jongeren spenderen veel tijd voor een scherm. Het maakt deel uit van de

³ Gemeten via DALY's of Disability-Adjusted Life Years.

vrijtijdsbesteding of vormen een sociaal netwerk. Overmatig schermgebruik kan echter ook gezondheidsrisico's veroorzaken onder meer op vlak van ooggezondheid, obesitas of mentaal welzijn. Problematisch sociale mediagebruik kan leiden tot cognitieve en affectieve verstoringen. Op dit moment zijn smartphone en sociale media verslaving niet opgenomen in de ICD-11 of DSM-5 als afzonderlijke stoornissen. Op 4 december 2025 publiceerde de Hoge Gezondheidsraad een advies rond sociale media en schermgebruik. Op basis van dat advies en verdere expertiseopbouw zal het preventief gezondheidsbeleid de komende jaren verder vorm krijgen.

7.2.2 Welke uitdagingen zijn er voor de toekomst?

De trends rond **roken** tonen hoe beleid, leefomgeving, nieuwe recreatieve nicotineproducten en sociale ongelijkheid samen het rook- en nicotinegebruik in Vlaanderen sturen. De **Interfederale Strategie 2022-2028** mikt op een rookvrije generatie via strengere regelgeving, hogere prijzen, rookverboden, betere rookstopondersteuning en het beperken van de invloed van de tabaksindustrie. Hoewel de doelstellingen ambitieus zijn (10% dagelijkse rokers in 2028, 5% in 2040), tonen analyses aan dat deze zonder extra inspanningen niet gehaald zullen worden, vooral door hardnekkige verschillen tussen bevolkingsgroepen. Ondertussen groeit het gebruik van **e-sigaretten**, vooral bij **jongeren** en ook bij wie **nooit eerder rookte**. Nieuwsgierigheid, stressverlichting en smaakjes spelen een rol, net als een permissieve omgeving met rokende of vapende vrienden of ouders. **Meisjes** hebben jongens intussen bijgebeend in gebruik. Deze evolutie vraagt om gerichte preventie en een nauwkeurige opvolging van het totale nicotinegebruik, aangezien steeds meer jongeren en volwassenen meerdere nicotineproducten tegelijk gebruiken. Ondanks het reclameverbod op sociale media worden jongeren **via influencers** toch blootgesteld aan subtiele marketing voor sigaretten en vapes, wat preventie-inspanningen ondergraaft. Intussen blijft stoppen met roken moeilijk: het aantal rookstopbegeleidingen daalde tijdens de coronaperiode en het niveau van vóór 2019 is nog niet bereikt. **Financiële drempels** en een **gebrek aan structurele verankering** van rookstopzorg, bijvoorbeeld in ziekenhuizen, vormen bijkomende hindernissen, vooral voor kwetsbare groepen.

Vooruitgang vraagt daarom **bijkomende maatregelen**: toegankelijke rookstopcampagnes, een sterker en breder rookstopaanbod, lagere financiële drempels en een betere integratie van tabakologen. De e-sigaret kan enkel ingezet worden voor de volwassen roker voor wie geen enkel ander rookstopmiddel hulp biedt.

Alcoholvrije en laag-alcoholische dranken winnen snel aan populariteit, dankzij een breder en kwalitatiever aanbod én een groeiende vraag naar gezondere alternatieven. Deze producten kunnen alcoholgebruik **deels vervangen** en zo gezondheidswinst opleveren, al is het effect afhankelijk van de context: wie alcoholvrije dranken bovenop andere dranken consumeert, vermindert zijn alcoholinname niet. Tegelijk wordt gewaarschuwd dat alcoholvrije varianten, zeker bij jongeren, de **drempel naar alcohol kunnen verlagen**, al toont recent onderzoek dat dit slechts in beperkte mate voorkomt. Het beleid rond alcoholgebruik wordt strenger, gestuurd door aanbevelingen van onder andere de Hoge Gezondheidsraad. Die pleit voor het sterk beperken of verbieden van **alcoholmarketing**, het invoeren van duidelijke gezondheidswaarschuwingen en een verhoging van de minimumleeftijd naar 18 jaar voor alle alcoholische dranken. Ook **prijsmatregelen**, zoals een minimumprijs per alcoholeenheid en hogere taksen, worden naar voren geschoven om schadelijk gebruik terug te dringen. Deze aanbevelingen sluiten aan bij de **Interfederale Strategie inzake Schadelijk Gebruik van Alcohol 2023-2028**, die via 75 concrete acties inzet op het verminderen van alcoholgerelateerde schade, met aandacht voor preventie, vroegdetectie, behandeling en verkeersveiligheid. Sociale media spelen een steeds grotere rol in het drinkgedrag van jongeren en jongvolwassenen. In tegenstelling tot traditionele media blijken **sociale platformen** het alcoholgebruik sterker te beïnvloeden: wie regelmatig alcoholgerelateerde content ziet, drinkt vaker en meer. Door **gepersonaliseerde algoritmes** wordt gebruikers vooral content getoond die aansluit bij hun interesses, waardoor alcoholgebruik genormaliseerd of zelfs gestimuleerd kan worden. Daarnaast beïnvloedt sociale media ook hoe jongeren zichzelf zien: mensen kunnen zichzelf als 'niet-drinker' beschouwen terwijl ze wel regelmatig drinken, of net een sterke identiteit als 'drinker' ontwikkelen, wat het risico op problematisch gebruik verhoogt.

De trends rond **drugs- en middelengebruik** tonen hoe innovatie, regelgeving en sociale invloeden samen het gebruik van zowel illegale als gereguleerde middelen vormgeven. **Cannabisvaping** wordt steeds populairder bij jongeren, mede door de **opmars van vape-apparaten**, **sociale media** en de bredere **internationale**

legalisatiecontext. Hoewel vaperen vaak als minder schadelijk wordt gezien, blijven de gezondheidsrisico's groot en verlaagt de zichtbaarheid van deze producten de drempel tot experimenteren. Tegelijk blijkt uit internationale voorbeelden dat de impact van **cannabisbeleid sterk verschilt per doelgroep** en dat alternatieve producten weliswaar het klassieke roken verdringen, maar de illegale markt blijven aanvullen. Daarnaast groeit de aandacht voor **nieuwe psychoactieve stoffen**, die ondanks een dalende instroom van compleet nieuwe varianten nog sterk aanwezig zijn in het uitgaansleven. Vooral **ketaminegebruik** neemt toe in experimentele contexten, wat leidt tot meer behandelingen ondanks beperkt regelmatig gebruik. Ook **cocaïnegebruik** normaliseert in bepaalde groepen, gedreven door uiteenlopende motieven zoals sociale interactie, prestatie of coping, waardoor één uniforme preventiebenadering onvoldoende is en gerichte informatie, denormalisatie en toegankelijke hulp nodig blijven. Verder houdt Europa rekening met mogelijke **verschuivingen in de heroïenemarkt** door geopolitieke ontwikkelingen zoals de dalende opiumproductie in Afghanistan. Een toekomstige terugval in beschikbaarheid kan leiden tot een toename van synthetische opioïden, wat voortdurende monitoring en toegankelijke zorg noodzakelijk maakt. Schadebeperkende initiatieven zoals **drugschecking** winnen ondertussen aan belang: door inzicht te geven in de samenstelling en sterkte van middelen kunnen acute risico's verminderd worden, al blijven juridische en gedragsmatige vraagstukken bestaan. Daarnaast dienen we ook oog te hebben voor eventuele nieuwe of toenemende fenomenen zoals schadelijk gebruik van krachtbevorderende stimulantia door jongeren. Tot slot blijft ook het **gebruik van psychofarmaca** opvallend hoog. België behoort tot de Europese kopgroep in het voorschrijven van antidepressiva, antipsychotica en sedativa, met stijgende cijfers bij zowel jongeren als volwassenen. Langdurig gebruik komt vaak voor, mede door hoge verwachtingen rond medicatie en een gebrek aan systematische afbouwbegeleiding. Vooral in woonzorgcentra en voorzieningen voor personen met een handicap is nood aan een geïntegreerd medicatiebeleid met een sterke rol voor artsen, apothekers en zorgteams.

Smartphones winnen jaar na jaar aan belang en worden steeds meer onmisbaar in het dagelijks leven, met 64% van de Vlamingen die aangeeft hun smartphone het meeste te missen. Dit komt niet alleen door sociale media en apps, maar ook door het feit dat smartphones nu essentieel zijn voor werk, school, gezondheid en online shoppen. Tegelijk groeit de smartphone als het **belangrijkste apparaat voor gamen**, met 37% van de gamers die op hun smartphone spelen, gevolgd door 22% op computers. Games maken deel uit van de vrijetijdsbesteding van heel wat jongeren en volwassenen en kan zorgen voor plezier, uitdaging en leerervaringen. Deze digitale revolutie heeft echter ook nadelen. De toegankelijkheid en het brede aanbod kan ook leiden tot risicovol of problematisch gamen. Naast nuttige schermtoepassingen zoals smartphones en digitale media is er bezorgdheid rond de risico's die gepaard gaan aan schermgebruik. Onder meer door apps die vaak ontworpen zijn om gebruikers langer vast te houden via zogenaamde "**dark patterns**" wordt gedrag en gebruik beïnvloed. Dit kan leiden tot **negatieve effecten** op relaties, werk en gezondheid, en in extreme gevallen zelfs tot gedragsverslaving. Gamers zelf blijft evolueren, met **e-sports** als snelst groeiende sector binnen de videogame-industrie. De e-sportsector heeft zich in korte tijd ontwikkeld tot een miljoenenindustrie, met wereldwijd 271 miljoen mensen die minstens één keer per maand naar e-sports kijken. De maatschappelijke impact van deze sector is echter dubbel: hoewel het entertainment biedt, kan het **bijdragen aan sedentair gedrag**, wat bots met de doelstellingen van gezondheid en sportbeleid. Verder komen steeds meer jongeren in aanraking met **gesimuleerd gokken**, zoals social casino games, esports betting en lootboxes. Dit vervagen van de **grenzen tussen gamen en gokken** heeft geleid tot een stijging in jongeren die geld uitgeven aan virtuele items en gokken. Hoe meer jongeren gamen, hoe vaker ze betrokken raken bij gesimuleerd gokken. Dit toont de groeiende bezorgdheid over de verslavende aard van digitale platformen en de noodzaak van gerichte preventie. Het **federale beleidsactieplan 2022-2028** richt zich op het voorkomen van gokverslaving door zowel preventieve maatregelen als **verbeterde zorgopties** aan te bieden voor problematische gokkers. Het plan benadrukt het belang van educatie, regelgeving en zorg, met speciale aandacht voor sociale ongelijkheid en genderverschillen in de aanpak van gokverslaving.

7.2.3 Doelgroep: Eerste 1000 dagen

7.2.3.1 Welke gezond gedrag willen we bevorderen?

Mensen die zwanger willen worden:

- kennen de schadelijke gevolgen van roken/vaperen en alcohol en drugs op vruchtbaarheid

- beginnen niet met roken/vapen en gebruiken geen alcohol en drugs
- stoppen met roken/vapen en alcohol en drugs, met gebruik van effectieve methoden

Zwangere vrouwen en hun samenwonende partner of andere gezinsleden:

- kennen de schadelijke gevolgen van roken/vapen en middelengebruik op zichzelf, hun omgeving en het ongeboren kind
- beginnen niet met roken/vapen
- drinken geen alcohol
- gebruiken geen drugs
- gaan veilig om met psychofarmaca
- stoppen volledig met roken/vapen en middelengebruik, met gebruik van effectieve methoden
- als stoppen niet mogelijk is, nemen de samenwonende partner en andere gezinsleden maatregelen opdat zwangere vrouwen niet worden blootgesteld aan middelen (roken, vapen, drugs, alcohol)

Ouders/opvoeders van baby's en peuters, andere gezinsleden:

- kennen de schadelijke gevolgen van roken/vapen en middelengebruik voor zichzelf, hun omgeving en hun kind
- geven het goede voorbeeld door zelf niet te roken, vapen, niet te drinken, gokken, gebruiken geen drugs en gaan gedoseerd om met hun schermgebruik in de aanwezigheid van baby's en peuters. Als dat niet mogelijk is dan vermijden ze het gebruik van alcohol en drugs in aanwezigheid van baby's en peuters ..., zeker in risicovolle situaties (bv. drinken in het verkeer)
- roken/vapen niet en gebruiken geen middelen tijdens de borstvoeding
- stoppen met roken/vapen, middelengebruik, met gebruik van effectieve methoden
- als stoppen niet mogelijk is,
 - nemen ze maatregelen om hun baby of peuter niet bloot te stellen aan rook en
 - gebruiken ze geen middelen wanneer ze in de buurt van hun baby of peuter zijn

7.2.3.2 Waar staan we momenteel?

Algemene representatieve prevalentiecijfers over roken tijdens de zwangerschap, of bij mensen die zwanger willen worden, bestaan momenteel niet voor Vlaanderen. Sinds de introductie van eBirth-applicatie in ziekenhuizen vanaf 2011 wordt de rookstatus niet langer verzameld binnen elk ziekenhuis. Algemene representatieve prevalentiecijfers over roken na de zwangerschap zijn er evenmin.

7.2.4 Doelgroep: Kinderen en jongeren

7.2.4.1 Welk gezond gedrag willen we bevorderen?

Ouders/opvoeders van kinderen/jongeren:

- kennen de schadelijke gevolgen van roken/vapen en alcohol, drugs, gokken en psychofarmaca voor zichzelf, hun omgeving en hun kind/jongere
- spreken duidelijke regels af over het niet roken, vapen, drinken van alcohol, gokken of gebruiken van drugs.
- gaan gedoseerd om met hun schermgebruik in de aanwezigheid van kinderen.
- kennen de schadelijke gevolgen van overmatig schermgebruik voor zichzelf, hun omgeving en hun kind/jongere en spreken duidelijke regels af over hoeveel tijd die kan gaan naar schermgebruik.
- geven het goede voorbeeld door zelf niet te roken, vapen, niet te drinken of te gokken en gebruiken geen drugs en in de aanwezigheid van kinderen. Als dat niet mogelijk is dan vermijden ze het gebruik van alcohol en drugs in aanwezigheid van kinderen, zeker in risicovolle situaties (bv. drinken in het verkeer) of bieden ze dit zelf niet aan hun kinderen aan.
- stimuleren open communicatie met hun kinderen rond deze thema's, en ondersteunen hen bij vragen, problemen, riskante situaties, groepsdruk enz.

- kennen de (sociale/media) omgeving waarin hun kind zich bevindt, tonen interesse in de vriendenkring en de plaatsen waar hun kinderen naartoe gaan maken duidelijke afspraken over uitgaan
- zijn waakzaam voor signalen van (problematisch) gebruik: veranderingen in gedrag, schoolse prestaties, ... en zoeken ondersteuning en hulp indien nodig

Kinderen (2-12 jaar):

- beginnen niet met roken, vaperen, alcohol drinken, drugs gebruiken of gokken
- gaan evenwichtig om met gamen en schermgebruik
- gebruiken psychofarmaca volgens [Evidence-based Practice \(EBP\) richtlijnen](#)

Jongeren (13-18 jaar):

- beginnen niet met roken, vaperen, alcohol drinken, drugs gebruiken, gokken
- stoppen met roken/vaperen en middelengebruik, met gebruik van effectieve methoden.
- gebruiken psychofarmaca volgens EBP richtlijnen
- gaan evenwichtig om met gamen en schermgebruik
- gebruiken psychofarmaca volgens EBP richtlijnen

7.2.4.2 Waar staan we momenteel?



In 2022 waren er **sterke punten** op te merken en was er **voortgang** merkbaar in de gezondheidssituatie van jongeren.

Zowel het aandeel jongeren dat het laatste jaar rookte of tabak gebruikte (25,1% in 2014 vs. 17,8% in 2022), als het aandeel dat het laatste jaar alcohol dronk (58,3% in 2014 tot 48,6% in 2022), daalde. Ook de beginleeftijd van zowel roken (14,7 jaar in 2014 vs. 15,1 jaar in 2022) als alcoholgebruik (14,1 jaar in 2014 vs. 14,6 jaar in 2022) steeg met ongeveer een half jaar.

Er waren ook gunstige evoluties op vlak van middelengebruik: een sterke daling in het gebruik van cannabis in het afgelopen jaar (13,7% in 2014 vs. 6,8% in 2022) en een daling in het gebruik van andere illegale drugs in het afgelopen jaar (4,9% in 2014 vs. 2,9% in 2022). Ook bij gokken was er een gunstige trend met een dalend aandeel jongeren dat ooit gokte (47,5% in 2014 vs. 40,8% in 2022).



Daarnaast waren er ook enkele **aandachtspunten** en domeinen waar er nog steeds belangrijke uitdagingen liggen bij jongeren.

Minder jongeren dronken alcohol in het voorbije jaar, maar bij de groep van 12-14-jarigen dronk 1 op 5 alcohol in het voorbije jaar. Het aandeel dat de afgelopen maand aan bingedrinken deed, kende geen significante verbetering tussen 2014 en 2022: 1 op 3 jongeren van 17-18 jaar deed in 2022 minstens 1 keer per maand aan bingedrinken.

Hoewel de meeste jongeren geen e-sigaret of tabak gebruiken, vormt de opmars van vaperen een belangrijk aandachtspunt. Ook al is roken schadelijker dan vaperen, vermijden jongeren best het gebruik van beide nicotineproducten. Er was een toename in laatstejaars- regelmatig en dagelijks e-sigaretgebruik en deze stijging was het meest uitgesproken bij meisjes. Het aandeel jongeren dat het laatste jaar slaap- en kalmeermiddelen gebruikte, nam significant toe (6,2% in 2014 vs. 8,4% in 2022). Bij 17-18-jarigen gebruikte 1 op 10 slaap- en kalmeermiddelen. Aangezien het hier om voorschriftplichtige medicatie gaat, is dit een evolutie om aandachtig voor te zijn.

Het aandeel jongeren dat de voorbije week meer dan 14u gamede, steeg significant (9,6% in 2014 vs. 12,7% in 2022).



Bovendien waren er enkele belangrijke verschillen tussen **jongens en meisjes**.

Algemeen kan gesteld worden dat er gunstige evoluties zijn bij zowel jongens als meisjes op vlak van alcohol- en middelengebruik. Deze tendens is sterker bij jongens, waardoor jongens steeds meer naar het niveau van meisjes bewegen en verschillen tussen de geslachten dus verkleinen. Het laatstejaarsgebruik van cannabis lag bij jongens nog steeds significant hoger dan bij meisjes (2022: 8,1% bij jongens en 5,5%

bij meisjes); het omgekeerde was op te merken voor slaap- en kalmeermiddelen (2022: 5,9% bij jongens en 11,1% bij meisjes). Het ooitgebruik van de e-sigaret lag hoger bij jongens (2022: 25,0% bij jongens en 21,5% bij meisjes), al waren de sterkste stijgingen op te meten bij meisjes.

Meer jongens dan meisjes gameden meer dan 14u per week (2022: 21,7% bij jongens en 3,4% bij meisjes) waarbij er bovendien een stijgende trend op te merken was bij jongens.



Tot slot waren er enkele belangrijke verschillen naar **onderwijsvormen**.

Over bijna alle gezondheidsindicatoren heen kon vastgesteld worden dat jongeren in het ASO aanmerkelijk gezonder gedrag stelden dan jongeren uit het TSO/KSO, en dat deze op hun beurt gezonder gedrag stelden dan jongeren in het BSO. Enkele van de voornaamste verschillen waren op te merken bij de indicatoren omtrent roken en gamen.

Wat betreft alcoholgebruik gaven meer jongeren in TSO aan dat ze het laatste jaar alcohol dronken, in vergelijking met jongeren in ASO of BSO. Daarnaast daalde het laatstejaarsgebruik van cannabis het sterkst in het BSO, tot op niveau van ASO en TSO. Bij een vergelijking tussen onderwijsniveaus dient men zich bewust te zijn van een **interactie-effect** van leeftijd in de relatie tussen onderwijsvorm en middelengebruik: BSO-leerlingen zijn namelijk gemiddeld een half jaar ouder dan ASO-leerlingen, wat een impact kan hebben op de prevalentie van middelengebruik.

7.2.5 Doelgroep: Volwassenen

7.2.5.1 Welk gezond gedrag willen we bevorderen?

Volwassenen:

- gaan evenwichtig om met gokken en schermgebruik
- kennen de schadelijke gevolgen van roken/vapen en middelengebruik voor zichzelf en hun omgeving
- beginnen niet met roken, vapen of middelengebruik
- Volgen de richtlijnen van de HGR voor alcoholgebruik (o.a. niet meer dan 10 glazen per week)
- stoppen met roken/vapen en middelengebruik, met gebruik van effectieve methoden
- als stoppen niet mogelijk is,
 - a. nemen maatregelen om hun omgeving niet bloot te stellen aan rook
 - b. gebruiken ze in elk geval geen middelen in risicovolle situaties (bv. drinken in het verkeer, op het werk)
 - c. hanteren schadebeperkende maatregelen in geval van druggebruik
 - d. laten zich screenen op hepatitis C in geval van injecterend druggebruik
 - e. gebruiken psychofarmaca volgens [Evidence-based Practice \(EBP\) richtlijnen](#)

7.2.5.2 Waar staan we momenteel?



In 2022 waren er **sterke punten** op te merken en was er **voortgang** merkbaar sinds 2013 in de gezondheidssituatie van volwassenen.

Er was een daling in het aandeel volwassen dagelijkse rokers (18-25-jarigen: 17,4% in 2013 en 6,6% in 2022; 26-64-jarigen: 20,1% in 2013 en 10,9% in 2022) en in het aandeel huidige rokers bij 26-64-jarigen (25,2% in 2013 en 16,0% in 2022). Bij het aandeel dagelijkse rokers was er bovendien voor het eerst geen significant verschil tussen 26-64-jarige mannen en vrouwen in 2022 (2022: 10,8% bij mannen en 10,9% bij vrouwen) omwille van een sterke(re) daling bij 26-64-jarige mannen tussen 2018 en 2022.

Het bingedrinken bij studenten kende een verbetering sinds 2017 (10,9% in 2017 tot 7,2% in 2022), alsook het riskant alcoholgebruik bij studenten (51,3% in 2017 en 35,2% in 2022). Het aandeel volwassenen dat het laatste jaar alcohol dronk of meer dan 10 glazen per week dronk (18,4% in 2013 vs. 9,8% in 2022) daalde ook. Het aandeel volwassenen dat ooit problematisch alcoholgebruik ervaarde, toonde een stijgende trend (al werd de significantie niet opgenomen).

Bij de groep uitgaanders was er sinds 2018 geen verschil meer tussen het riskant of schadelijk drinkgedrag bij mannen en vrouwen. Dit was te verklaren door een gunstige evolutie bij mannen (82,6% in 2017 vs. 79,0% in 2022), maar ook door een ongunstige evolutie bij vrouwen (78,8% in 2013 vs. 80,2% in 2022).

Bij de 18-64-jarigen was er een gunstige evolutie zichtbaar in het aandeel dat het afgelopen jaar minstens wekelijks een kans- en gokspel speelde (9,5% in 2018 en 6,8% in 2023/2024).



Bij volwassenen waren er ook verschillende **aandachtspunten** op te merken in de evolutie tussen 2013 en 2022.

Door de sterkere daling van dagelijks roken in vergelijking met huidig roken zijn er vandaag proportioneel meer occasionele rokers onder de huidige rokers dan vroeger. Hier is het van belang om te benadrukken dat ook occasioneel gebruik schadelijk is. In tegenstelling tot deze 18-25-jarigen blijft dagelijks tabaksgebruik bij 26-64-jarigen de meest dominante vorm onder rokers: in 2018 rookte 23% van de huidige rokers occasioneel; in 2023/2024 rookte 26,2% van de huidige rokers occasioneel.

Het e-sigaretgebruik vertoont eveneens een ongunstige evolutie: de stijgingen zijn het grootst in de groep van de 18-25-jarigen op vlak van dagelijks e-sigaretgebruik (van 0,3% in 2018 tot 4,9% in 2023/2024). Het ooit-gebruik steeg bij zowel 18-25-jarigen (van 28,1% in 2018 tot 46,2% in 2023/2024), als bij 26-64-jarigen (van 16,1% tot 20,7%). In de toekomst is het relevant om ook een globale parameter voor nicotinegebruik op te volgen; zo'n indicator geeft de combinatie van het gebruik van verschillende nicotineproducten weer.

Het aandeel dat het afgelopen jaar alcohol dronk steeg zowel bij mannen als vrouwen tussen 2018 en 2023/2024: bij mannen van 85,5% naar 87,5%; bij vrouwen van 77,5% naar 81. Bovendien bleek ook het aandeel mannen dat meer dan 10 glazen per week drinkt significant gestegen in 2023/2024 (23,6%) ten opzichte van 2018 (23,1%).

Ook in druggebruik waren er enkele toenames op te tekenen: er was een toename in het cannabisgebruik tijdens de lesperiodes bij studenten (6,0% in 2017 en 7,9% in 2021), in het gebruik van stimulerende medicatie bij studenten (6,5% in 2017 en 7,6% in 2021) en er was een niet-significante stijging in het gebruik van andere illegale drugs (9,4% in 2017 en 11,2% in 2021). Het percentage volwassenen (18-64 jaar) dat het laatste jaar cannabis gebruikte nam significant toe van 2,8% in 2013, naar 6,3% in 2018 en 7,2% in 2023/2024. Deze trend is zowel bij mannen als vrouwen zichtbaar.



De evoluties liepen veelal gelijk over **seksex** heen, maar er bleven wel significante verschillen merkbaar.

Omtrent roken en alcohol scoorden mannen minder gunstig dan vrouwen. In vergelijking met vrouwen, waren meer mannen huidige rokers, dronk een hoger aandeel mannen in het laatste jaar alcohol en dronken mannen vaker meer dan 10 glazen alcohol in de week. Een gelijkaardige vergelijking was op te merken bij studenten en uitgaanders waar het aandeel mannelijke studenten dat bingedrinkt hoger lag, alsook het aandeel dat schadelijk drinkgedrag vertoonde. Wel moet er opgemerkt worden dat de kloof bij huidig en dagelijks rookgedrag tussen volwassen mannen en vrouwen kleiner geworden is door de sterkere daling in rookgedrag bij mannen.

Ook omtrent middelengebruik scoorden mannen minder gunstig dan vrouwen, dit zagen we bij cannabisgebruik in het laatste jaar en bij gebruik van andere illegale drugs dan cannabis in het laatste jaar. Het middelengebruik onder studenten en uitgaanders tekende dezelfde vergelijking op bij cannabisgebruik onder studenten (2022: 13,0% bij mannen en 4,0% bij vrouwen), gebruik van andere illegale drugs dan cannabis onder studenten (2022: 15,8% bij mannen en 7,6% bij vrouwen) en bij uitgaanders (2022: 46,1% bij mannen en 23,2%). Ook het gebruik van stimulerende medicatie lag in 2022 hoger bij mannelijke studenten (2022: 9,8% bij mannen en 5,9% bij vrouwen).

Het gebruik van slaap- en kalmeermiddelen lag hoger bij vrouwen dan bij mannen (2022: 6,0% bij mannen en 11,0% bij vrouwen).



De evoluties liepen veelal gelijk over **opleidingsniveaus** heen.

Typisch is de gezondheidssituatie bij volwassenen beter naarmate men een hoger diploma heeft, waarbij de grootste kloof merkbaar is tussen volwassenen met een diploma hoger onderwijs in vergelijking met de overige opleidingsniveaus. De voornaamste verschillen lagen in 2022 in huidige en dagelijkse rokers, slaap- en kalmeermiddelen

Waar lagere opleidingsniveaus betere cijfers optekenden alcoholgebruik in het laatste jaar en het drinken van meer dan 10 glazen per week.

7.2.6 Doelgroep: Oudere bevolking

7.2.6.1 Welk gezond gedrag willen we bevorderen?

Ouderen:

- kennen de schadelijke gevolgen van roken/vapen en middelengebruik
- Beginnen niet met roken/vapen en middelengebruik
- Gaan evenwichtig om met gokken en schermgebruik
- Stoppen met roken/vapen en middelengebruik, met gebruik van effectieve methoden
- Als stoppen niet mogelijk is:
 - a. nemen maatregelen om omgeving niet bloot te stellen aan rook
 - b. volgen de HGR richtlijnen voor alcoholgebruik (o.a. niet meer dan 10 glazen per week)
 - c. gebruiken ze in elk geval geen middelen in risicovolle situaties (bv. drinken in het verkeer, op het werk)
 - d. hanteren schadebeperkende maatregelen in geval van druggebruik
 - d. laten zich screenen op hepatitis C in geval van injecterend druggebruik
 - e. gebruiken psychofarmaca volgens [Evidence-based Practice \(EBP\) richtlijnen](#)

7.2.6.2 Waar staan we momenteel?



Er waren ook verschillende **aandachtspunten** op te merken in de evoluties tussen 2013 en 2022 bij de oudere bevolking.

Tussen 2018 en 2023/2024 was er een licht niet-significante stijging waar te nemen van het aandeel huidige (12,6% in 2023/2024) en dagelijkse rokers bij de 65-79-jarigen. Voor de 80'+ers geldt dezelfde trend.

Het aandeel 65+'ers dat meer dan de 10 glazen per week-richtlijn drinkt, steeg significant in 2023/2024 ten opzichte van 2018. Eenzelfde significante stijging is zichtbaar in de 65-79-jarigen (14,2% in 2018 en 17,1% in 2023/2024). Ook bij de 80-jarigen is een stijging zichtbaar ten opzichte van 2018, hetzij niet-significant.



De evoluties liepen veelal gelijk over **sekse** heen, maar er bleven wel enkele significante verschillen merkbaar.

Het aandeel huidige, mannelijke rokers lag in 2022 nog steeds significant hoger dan bij vrouwen (2022: 9,5% bij mannen en 5,4% bij vrouwen). Bij dagelijkse rokers was er in 2018 geen significant verschil tussen mannen en vrouwen, dit bleef zo in 2022.

Het alcoholgebruik bij mannen in de oudere bevolking lag hoger dan bij vrouwen; dit was ook het geval ook voor indicatoren omtrent ooit-problematisch alcoholgebruik en bij het aandeel dat meer dan 10 glazen per week drinkt.

Oudere vrouwen namen in 2022 meer slaap- en kalmeermiddelen in afgelopen 2 weken dan mannen (2022: 22,3% bij mannen en 28,1% bij vrouwen).

7.2.7 Kwetsbare groepen

Eerste 1000 dagen: gezinnen:

- in armoede of met sociaaleconomische kwetsbaarheid (bv. gezin met lage werkintensiteit).
- met een migratieachtergrond (zowel ouders als kinderen).
- met een ouder met psychische problemen of afhankelijkheidsproblemen (KOPP/KOAP).
- na een ingrijpende gebeurtenis (inclusief bij een gecompliceerde zwangerschap en/of bevalling), waaronder verlieservaringen (inclusief miskraam).
- Eenoudergezinnen.
- Jonge gezinnen (ouders jonger dan 23 jaar).

Kinderen en jongeren:

- in de (bijzondere) jeugdzorg
- met een ouder of gezinslid met psychische problemen of afhankelijkheidsproblemen (KOPP/KOAP)
- met een ernstig ziek of zorgbehoevend gezinslid, al dan niet als mantelzorger
- in armoede of sociaaleconomische kwetsbaarheid
- uit eenoudergezinnen
- na een ingrijpende gebeurtenis of verlieservaring
- met een langdurige ziekte of aandoening
- met een fysieke of mentale beperking
- in de LGBTQ+-gemeenschap
- met een migratieachtergrond
- Vroegtijdige schoolverlaters, jongeren met schooluitval of NEET-jongeren

Volwassenen

- in armoede
- die werkloos zijn en niet in opleiding
- na een ingrijpende gebeurtenis zoals een verlieservaring
- met een langdurige ziekte of aandoening
- met een fysieke of mentale beperking of handicap
- mantelzorgers en gezinsleden van personen met een zorgnood
- met een migratieachtergrond
- in de LGBTQ+-gemeenschap
- met een risicoprofiel met hoge emotionele belasting, werkdruk of onzekerheid (zoals zorgverleners, landbouwers of leerkrachten)

Ouderen:

- in armoede
- na een ingrijpende gebeurtenis zoals een verlieservaring
- met een langdurige ziekte of aandoening
- met een fysieke of mentale beperking of handicap
- mantelzorgers
- met een migratieachtergrond
- in de LGBTQ+-gemeenschap

Over de **verschillende levensfasen heen** wordt bijzondere aandacht besteed aan personen met een migratieachtergrond, personen in (generatie)armoede en/of lage socio-economische status, personen met een psychische problematiek, kinderen van ouders met psychische problemen (KOPP) en/of verslaving (KOAP), (kinderen in) eenoudergezinnen, kinderen en jongeren in jeugdhulp/bijzondere jeugdzorg, gedetineerden, zwangere vrouwen, alleenwonende ouderen.

Overige groepen met een mogelijke verhoogde kwetsbaarheid zijn: mantelzorgers, kinderen in het buitengewoon onderwijs, jongvolwassenen in een problematische thuissituatie, maar die buiten de

bestaande voorzieningen van jeugdhulp vallen (> 18 jaar- transitieleeftijd), (langdurig) werklozen en langdurig zieken.

7.2.8 Linken met andere beleidsplannen

Dit preventieprogramma vormt de basis voor het preventief gezondheidsbeleid op vlak van middelengebruik in andere beleidsplannen zoals:

- Vlaams ouderenbeleidsplan
- Interfederaal plan geïntegreerde zorg voor de perinatale periode
- Interfederaal alcoholplan
- Interfederale strategie 2022-2028 voor een rookvrije generatie
- Interfederale gezondheidsdoelstellingen
- Actieplan Goed Gedragen
- Actieplan 'Veilig Online'

7.3 PREVENTIEPROGRAMMA 'MENTAAL WELZIJN'

7.3.1 Gedrag en gezondheidsschade

In 2020 leidden de voornaamste aandoeningen in België tot een verlies van 2,5 miljoen gezonde levensjaren. In 2020 stonden psychische stoornissen en middelenmisbruik in de top 3 van de belangrijkste oorzaken van ziektelast in België.

Uit onderzoek van een ziekenfonds bij haar eigen leden blijkt dat één op de vier hoofddiagnoses bij de start van een periode van arbeidsongeschiktheid in een psychosociale aandoening betrof. Meer recente cijfers van het RIZIV bevestigen dit: eind 2021 bleken personen met een psychosociale aandoening goed voor iets meer dan een derde (36,4%) van alle personen in invaliditeit. Twee derde hiervan leed aan een depressie of een burn-out, zowat een kwart van alle personen in invaliditeit.⁴

Mensen met een hoog niveau van mentaal welzijn ervaren een hogere levenskwaliteit, zijn beter in staat zorg te dragen voor hun naasten, voelen zich meer verbonden met anderen en zijn productiever, creatiever en energieke. Bovendien participeren ze vaker in de maatschappij en worden ze kwaliteitsvoller ouder⁵. Uit onderzoek blijkt dat mensen zonder psychische problemen gemiddeld 15 tot 20 jaar langer leven, onder andere omdat hun goede geestelijke gezondheid bijdraagt aan een lager risico op en sneller herstel van fysieke aandoeningen⁶.

De COVID-19-pandemie heeft ons onmiskenbaar doen inzien hoe belangrijk mentale veerkracht is in tijden van tegenspoed. Het collectief vermogen om met moeilijkheden en onzekerheden om te gaan, vormt de basis voor een mentaal gezonde en weerbare samenleving. Zeker ook voor onze jonge generatie. In een tijd waarin maatschappelijke veranderingen zoals digitalisering, demografische vergrijzing, geopolitieke spanningen, klimaatverandering en sociale ongelijkheid de druk op mensen verhogen, is mentale veerkracht belangrijker dan ooit. Maar liefst één op de drie Vlamingen ervaart psychisch onwelzijn en 15% heeft een psychische stoornis⁷. Het raakt ons allemaal, van jongeren die hun weg zoeken in een complexe samenleving tot ouderen die geconfronteerd worden met eenzaamheid en verlies. Voor volwassenen kan de combinatie werk en gezin leiden tot overspanning en burn-out, en de roze wolk van het prille ouderschap blijkt soms niet in lijn te liggen met de realiteit. Mensen met psychische problemen ervaren vaak ernstig onwelzijn en beperkingen in hun dagelijks functioneren, wat kan leiden tot schooluitval, werkloosheid en armoede.

⁴ Bruyneel et al., 2024, Langdurige arbeidsongeschiktheid en invaliditeit omwille van psychosociale aandoeningen. Sociaal-demografisch, medisch en zorgconsumptieprofiel. RIZIV, IMA https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/PSYA_studie_april_2024.pdf

⁵ Shields-Zeeman L, Van Bon-Martens M, Smit F (2021). Samen werken aan een mentaal gezonde samenleving: bouwstenen voor mentale gezondheidsbevordering en preventie. Trimbo-instituut, Utrecht

⁶ 2 Chan JKN, Correll CU, Wong CSM, et al. (2023) Life expectancy and years of potential life lost in people with mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*. 65:102294. doi:10.1016/j.eclinm.2023.

Psychische problemen hebben dus niet alleen een grote impact op de persoon zelf, maar ook op naasten en de samenleving. Naast het persoonlijke leed op individueel niveau brengen psychische problemen een aanzienlijke maatschappelijke en economische kostenpost met zich mee. Volgens de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) kosten psychische aandoeningen België jaarlijks meer dan 20 miljard euro aan zorguitgaven, inkomensvervangende uitkeringen en verlies aan productiviteit. Dit probleem overstijgt het persoonlijke domein en vormt een collectieve uitdaging.

De impact van psychische problemen is voelbaar in alle lagen van de samenleving: van gezinnen en lokale gemeenschappen tot het zorgsysteem, het onderwijs, de arbeidsmarkt en de economie. We kunnen het ons simpelweg niet veroorloven deze uitdaging te negeren.

Uit een grootschalig Nederlands onderzoek blijkt hoe veranderingen in mentale gezondheid van invloed zijn op maatschappelijke kosten, zoals zorguitgaven, persoonlijke kosten en productiviteitsverliezen. Uit het onderzoek blijkt dat een verbetering van slechts 5% in mentaal welzijn bij 1 miljoen Nederlanders kan leiden tot een jaarlijkse kostenbesparing van €144 miljoen. Bovendien zou een (hypothetische) afname van 5% in de prevalentie van depressie en angst resulteren in kostenreducties van respectievelijk €15 miljoen en €17 miljoen. Deze cijfers benadrukken de enorme maatschappelijke en economische voordelen van investeren in meer geestelijke gezondheid. Het verbeteren van mentaal welzijn is niet alleen een menselijke noodzaak, maar ook een economische prioriteit.

7.3.2 Welke uitdagingen zijn er voor de toekomst?

In kader van het thema geestelijke gezondheidsbevordering (GGB) werd in 2024 een beleidstraject gelopen om vorm te geven aan een **beleidskader en aan prioriteiten voor mentaal welzijn**. Deze studie werd uitgevoerd door een consortium, waarbij LUCAS KU Leuven de wetenschappelijke onderbouwing op zich nam.

In kader van deze opdracht werd door LUCAS een onderzoek uitgevoerd naar determinanten voor mentaal welzijn per levensfase, enerzijds op basis van de literatuur, anderzijds op basis van input van een stakeholdergroep.

Een algemene trend die merkbaar is in België – en daarbuiten – is de aandacht voor mentale gezondheid die toeneemt. Volgens een studie in 31 landen gaf gemiddeld 44% van de bevolking aan dat mentale gezondheid de voornaamste gezondheidsprioriteit in hun land was in 2022. In België was dit 37%, wat onder het gemiddelde ligt, maar alsnog een stijging aftekent ten opzichte van de 23% in 2018. (Ipsos, 2023).

De evoluties in onze samenleving tonen dat mentaal welzijn steeds meer onder druk staat. Steeds meer Vlamingen ervaren stress, prestatiedruk en onzekerheid, beïnvloed door maatschappelijke veranderingen, sociale ongelijkheid en een veeleisende leefomgeving. Waar fysieke gezondheid vaak vanzelfsprekend aandacht krijgt, blijft mentaal welzijn te vaak op de achtergrond en wordt er pas gehandeld wanneer er al problemen zijn. De toekomst vraagt daarom om een verschuiving van zorg naar preventie, waarbij mentaal welzijn een volwaardig onderdeel wordt van ons dagelijks leven en beleid.

Een duurzame verbetering van het mentaal welzijn vraagt om langdurige, herhaalde en samenhangende inspanningen. Losse campagnes of kortlopende projecten (“one-shots”) hebben slechts beperkt effect. Omdat de bevolking divers is, werkt een uniforme aanpak niet: maatwerk is noodzakelijk om aan te sluiten bij de uiteenlopende noden van burgers en gemeenschappen. Preventie moet breed gedragen worden en inzetten op het versterken van beschermende factoren zoals sociaal-emotionele vaardigheden.

Daarnaast staan we voor nieuwe maatschappelijke uitdagingen die het mentaal welzijn verder beïnvloeden. Digitalisering, vergrijzing, klimaatverandering, geopolitieke spanningen en groeiende sociale ongelijkheid zorgen voor meer stress en druk. De coronaperiode maakte bovendien duidelijk hoe kwetsbaar onze mentale veerkracht is. Vlaanderen moet daarom sterker inzetten op het versterken van veerkracht, zodat mensen beter leren omgaan met verandering, verlies en tegenslag.

De cijfers blijven zorgwekkend: één op drie Vlamingen ervaart psychisch onwelzijn en dat raakt ons allemaal. Van jongeren die hun weg zoeken in een complexe samenleving, tot ouderen die geconfronteerd worden met eenzaamheid en verlies. Voor volwassenen kan de combinatie van werk en gezin leiden tot overspanning en burn-out. Ook de roze wolk van het prille ouderschap blijkt soms niet in lijn te liggen met de realiteit. Psychisch onwelzijn beïnvloedt het dagelijks leven, met gevolgen voor relaties, werk, schoolloopbanen en maatschappelijke participatie, en vergroot het risico op armoede en sociale uitsluiting.

Mentaal welzijn is een gedeelde verantwoordelijkheid. Het wordt beïnvloed door tal van factoren die vaak buiten het klassieke gezondheidsdomein vallen. Daarom vraagt de bevordering van mentaal welzijn om een gezamenlijke inspanning van alle actoren: van Vlaamse en lokale overheden tot scholen, werkgevers, zorgorganisaties, verenigingen en burgers. Alleen door mentaal welzijn te beschouwen als een vanzelfsprekend onderdeel van elk beleidsdomein kunnen we een duurzaam verschil maken. De plaatsen waar mensen wonen, leren, werken en samenleven vormen de sleutel om mentaal welzijn te versterken.

Vandaag bestaan er al tal van initiatieven en projecten die bijdragen aan mentaal welzijn, maar de aanpak is nog versnipperd en weinig afgestemd. De uitdaging ligt in het ontwikkelen van een geïntegreerd en samenhangend beleid dat samenwerking stimuleert, overlap voorkomt en hiaten opvult. Alleen door krachten te bundelen en mentaal welzijn als een maatschappelijke prioriteit te verankeren, kan Vlaanderen bouwen aan een veerkrachtige, verbonden en warme samenleving waarin iedereen kansen krijgt om zich goed te voelen en te groeien.

7.3.3 Doelgroep: Eerste 1000 dagen

7.3.3.1 Welk gezond gedrag willen we bevorderen?

(Aanstaande) ouders en andere opvoedingsfiguren:

- ervaren een goed mentaal welzijn, zien mentaal welzijn als een essentieel onderdeel van een gezonde leefstijl en gaan (pro)actief aan de slag met het eigen mentaal welzijn.
- hebben een gezonde leefstijl die ondersteunend is voor hun mentaal welzijn (zoals voldoende slaap, gezonde voeding- en beweeggewoontes, goede mondgezondheid, goede digitale gezondheid, geen tabak- en middelengebruik) en begrijpen de onderliggende relatie.
- zijn mentaal voorbereid op de uitdagingen van het ouderschap en hebben inzicht in en vaardigheden om met veranderingen (psychisch, relationeel, organisatorisch, lichaamstevredenheid...) tijdens de perinatale periode om te gaan die hun mentaal welzijn kunnen beïnvloeden.
- beschikken over sociaal-emotionele vaardigheden zoals gepaste coping, emotie- en stressregulatie, flexibiliteit, het benutten van sociale steun, het bewaken van persoonlijke grenzen en het tijdig ingrijpen bij disbalans.
- beschouwen moeilijke gevoelens en tegenslagen als onderdeel van het leven en leren er veerkrachtig mee omgaan.
- herkennen tijdig signalen van disbalans, herkennen risicofactoren en weten waar en hoe ze preventieve ondersteuning kunnen vinden.
- voeden hun kind zorgzaam op en bouwen een warme responsieve relatie uit, wat de veilige hechting en sociaal-emotionele ontwikkeling bevordert.
- ervaren verbondenheid met anderen en tussen generaties en ervaren dat ze een zinvolle dagbesteding hebben.

7.3.3.2 Waar staan we momenteel?

Uit de Gezinsenquête blijkt dat zeven op de tien ouders zich meestal levenslustig of gelukkig voelt en dat slechts iets meer dan de helft (54,8%) zich altijd of meestal energiek voelt. Eén op de vier ouders ervaart aanhoudende vermoeidheid en de gemiddelde vitaliteitsscore daalde significant van 62,7 in 2016 tot 58,9 in 2021. Ook de psychische gezondheid, gemeten aan de hand van gevoelens van depressie en angst, vertoont een daling in diezelfde periode. Tijdens de eerste duizend dagen worden de fundamenteen gelegd voor het mentaal welzijn van het kind. In deze periode zijn het mentaal welzijn van ouder en kind nauw met elkaar verbonden: een veilige en ondersteunende ouder-kindrelatie is bepalend voor een goede start van de sociaal-

emotionele ontwikkeling van het kind. Veel (aanstaande) ouders ervaren in die periode hoge stress, onzekerheid en een gebrek aan steun. De maatschappelijke druk, de nieuwe rol als ouder en beperkte sociale netwerken vergroten de kans op mentale overbelasting. Deze kwetsbaarheid kan het ouderlijk functioneren en de vroege ouder-kindrelatie onder druk zetten, waardoor het mentaal welzijn van het hele gezin en de sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind vermindert

7.3.4 Doelgroep: Kinderen en jongeren

7.3.4.1 Welk gezond gedrag willen we bevorderen?

Kinderen en jongeren:

- ervaren een goed mentaal welzijn, zien mentaal welzijn als een essentieel onderdeel van een gezonde leefstijl en gaan (pro)actief aan de slag met het eigen mentaal welzijn.
- hebben een gezonde leefstijl die ondersteunend is voor hun mentaal welzijn (zoals voldoende slaap, gezonde voeding- en beweeggewoontes, goede mondgezondheid, goede digitale gezondheid, geen tabak- en middelengebruik) en begrijpen de onderliggende relatie.
- herkennen tijdig signalen van disbalans, herkennen risicofactoren en weten waar en hoe ze preventieve ondersteuning kunnen vinden.
- ontwikkelen sociaal-emotionele vaardigheden, mentale gezondheidsvaardigheden en positieve attitudes over mentaal welzijn. De competenties om: succesvol met anderen te communiceren, sociale steun te benutten, eigen emoties, stress en gedrag te reguleren, impulscontrole, coping, empathisch te denken, om te gaan met externe druk (groepsdruk, schooldruk...).
- beschouwen moeilijke gevoelens, stress en tegenslagen als onderdeel van het leven en kunnen hier op een veerkrachtige manier mee omgaan.
- hebben begrip van mentaal welzijn, zijn zich bewust van de eigen psychologische noden en leren hoe ze er op een gezonde manier mee kunnen omgaan en weten wanneer, waar en hoe ze hulp kunnen zoeken als ze die nodig hebben.
- bouwen positieve relaties op met leeftijdsgenoten en dragen bij aan een positieve groepsdynamiek waarin niet gepest wordt en open staat voor diversiteit.
- ontwikkelen een eigen identiteit, een positief zelfbeeld en lichaamsbeeld en krijgen ruimte om zichzelf te zijn en kunnen om met sociale druk en onrealistische schoonheidsidealen.
- zijn mediawijs, kunnen bewust omgaan met schermtijd en digitale media.
- leren omgaan met maatschappelijke thema's waar ze zelf weinig vat op hebben zoals oorlog en klimaatverandering en leren hun rol hierin te begrijpen.
- ontwikkelen burgerzin en dragen op een constructieve manier bij aan de samenleving.

7.3.4.2 Waar staan we momenteel?

Kinderen en jongeren groeien op in een samenleving met toenemende prestatiedruk, sociale vergelijking en digitale prikkels. De mentale gezondheid van kinderen en jongeren in Vlaanderen staat onder druk. Cijfers tonen een stijging van psychische klachten, gevoelens van stress en somberheid, onzekerheid over de toekomst, zelfbeschadigend gedrag en suïcidepogingen. Onderzoek (Bruffaerts & Zorget al., 2021) geeft aan dat een kwart van de psychische stoornissen vóór de leeftijd van 14 jaar ontstaat.



In 2022 waren er **sterke punten** op te merken en was er **voortgang** merkbaar sinds 2013/2014 in de gezondheidssituatie van jongeren.

De indicator van levenstevredenheid bij jongeren steeg van 87,8% in 2014 naar 90,6% in 2022.



Daarnaast waren er ook enkele **aandachtspunten** en domeinen waar er nog steeds belangrijke uitdagingen liggen bij jongeren.

Ondanks de verbetering in levenstevredenheid, steeg het aandeel jongeren met psychologische klachten (36,8% in 2014 vs. 53,3% in 2022) en somatische klachten (30,7% in 2014 vs. 35,0% in 2022).



Bovendien waren er enkele belangrijke verschillen tussen **jongens en meisjes**.

Tot slot lag de levenstevredenheid van meisjes lager dan die van jongens (2022: 93,1% bij jongens en 88,0% bij meisjes) en ervoeren ze meer psychologische (2022: 44,5% bij jongens en 62,3% bij meisjes) en somatische klachten (2022: 25,9% bij jongens en 44,3% bij meisjes).



Tot slot waren er enkele belangrijke verschillen naar **onderwijsvormen**.

Over bijna alle gezondheidsindicatoren heen kon vastgesteld worden dat jongeren in het ASO aanmerkelijk gezonder gedrag stelden dan jongeren uit het TSO/KSO, en dat deze op hun beurt gezonder gedrag stelden dan jongeren in het BSO. Enkele van de voornaamste verschillen waren op te merken bij de indicatoren van levenstevredenheid en somatische klachten.

Wat betreft psychologische klachten kwamen deze minder vaak voor bij jongeren uit het BSO dan jongeren uit ASO en TSO/KSO.

7.3.5 Doelgroep: Volwassenen

7.3.5.1 Welk gezond gedrag willen we bevorderen?

Volwassenen:

- ervaren een goed mentaal welzijn, zien mentaal welzijn als een essentieel onderdeel van een gezonde leefstijl en gaan (pro)actief aan de slag met het eigen mentaal welzijn.
- hebben een gezonde leefstijl die ondersteunend is voor hun mentaal welzijn (zoals voldoende slaap, gezonde voeding- en beweeggewoontes, goede mondgezondheid, goede digitale gezondheid, geen tabak- en middelengebruik) en begrijpen de onderliggende relatie.
- herkennen tijdig signalen van disbalans, herkennen risicofactoren en weten waar en hoe ze preventieve ondersteuning kunnen vinden.
- beschikken over sociaal-emotionele vaardigheden mentale vaardigheden en positieve attitudes over mentaal welzijn. De competenties om gepaste coping te hanteren en hebben impulscontrole, reguleren emoties en stress, benutten sociale steun, bewaken persoonlijke grenzen en tijdig in wanneer ze uit balans dreigen te raken.
- volwassenen beschouwen moeilijke gevoelens, stress en tegenslagen als onderdeel van het leven en leren hiermee op een veerkrachtige manier omgaan.
- hebben begrip van mentaal welzijn en geestelijke gezondheidsproblemen, hechten belang aan het bevorderen van mentaal welzijn en ervaren geen stigma.
- combineren verschillende verantwoordelijkheden en zetten zich op een evenwichtige manier in voor werk, gezin, relaties en persoonlijke ontwikkeling.
- voelen zich sociaal verbonden en hebben een ondersteunend informeel en formeel netwerk.
- zijn mediawijs, kunnen bewust omgaan met schermtijd en sociale media, herkennen risico's zoals sociale druk en kunnen voldoende disconnecteren.
- kunnen omgaan met maatschappelijke thema's zoals klimaatverandering of ongelijkheid, begrijpen hun rol hierin en dragen op een constructieve manier bij aan de samenleving.
- ontwikkelen burgerzin en nemen actief deel aan het sociale, culturele, economische en politieke leven.
- ervaren verbondenheid met anderen en tussen generaties en ervaren dat ze een zinvolle dagbesteding hebben.

7.3.5.2 Waar staan we momenteel?

De levenstevredenheid bij volwassenen daalde van 7,6/10 in 2018 tot 7,2/10 in 2022. De Gezondheidsenquête 2023-2024 toont dat het aandeel volwassenen met een goed mentaal welzijn daalt, terwijl steeds meer mensen psychische spanning of ernstige stress ervaren. Deze negatieve evolutie zet zich al meerdere jaren voort en wijst op een structurele verzwakking van de mentale draagkracht. Recente cijfers van het RIZIV bevestigen deze trend met een sterke stijging van langdurige uitval door burn-out en depressie,

Veel volwassenen ervaren moeilijkheden om werk, gezin en persoonlijke tijd met elkaar te verzoenen. De voortdurende beschikbaarheid, hoge verwachtingen en economische druk versterken gevoelens van stress en vermoeidheid. Een tekort aan veerkracht en sociale steun vermindert het mentaal welzijn. Dit onevenwicht belemmert persoonlijke groei, relaties en duurzame deelname aan werk en samenleving.

meer jongeren in de (bijzondere) jeugdzorg en kinderen of jongeren met een ernstig ziek of zorgbehoevend gezinslid extra ondersteuning. Ook vroegtijdige schoolverlaters, jongeren met schooluitval en NEET-jongeren vormen belangrijke risicogroepen. **Bij volwassenen** gaat extra aandacht naar personen die werkloos zijn en niet in opleiding, evenals mantelzorgers en gezinsleden van personen met een zorgnood. Daarnaast krijgen volwassenen in risicoberoepen met hoge emotionele belasting, werkdruk of onzekerheid, zoals zorgverleners, landbouwers en leerkrachten, bijzondere aandacht. In de **oudere levensfase** gaat extra aandacht uit naar oudere mantelzorgers.

7.3.8 Linken met andere beleidsplannen

Dit preventieprogramma vormt de basis voor het preventief gezondheidsbeleid op vlak van mentaal welzijn in andere beleidsplannen zoals:

- Vlaams Jeugd en Kinderrechtenbeleidsplan
- Vlaams eenzaamheidsplan
- Vlaams ouderenbeleidsplan
- Interfederaal plan geïntegreerde zorg voor de perinatale periode, kinderen en jongeren met obesitas en kwetsbare ouderen
- Interfederaal gezondheidsdoelstellingen
- Actieplan Goed Gedragen

7.4 PREVENTIEPROGRAMMA 'SEKSUELE GEZONDHEID'

7.4.1 Gedrag en gezondheidsschade

Seksuele gezondheid hangt, zoals de andere gezondheidsthema's, nauw samen met kennis, vaardigheden en gedrag en de mogelijke gezondheidsschade die daaruit kan voortvloeien. Gebrek aan kennis over de menstruele cyclus en vruchtbaarheid, over anticonceptie, over hoe veilig vrijen, over toestemming geven en respecteren, over het tijdig signaleren van problemen, kan leiden tot problemen met grote impact op zowel individu als zijn/haar omgeving, zoals een ongeplande zwangerschap, seksueel overdraagbare infecties en seksueel grensoverschrijdend gedrag.

7.4.2 Welke uitdagingen zijn er voor de toekomst?

Door seksuele gezondheid deel te laten uitmaken van de **gezondheidsdoelstelling** zorgen we voor een geïntegreerd beleid. Daarbij zal seksuele gezondheid niet langer een eiland zijn, maar deel uitmaken van een brede, samenhangende aanpak.

Tot nu toe is er vooral geïnvesteerd in een aanbod aan onderbouwde informatie voor kinderen en jongeren zelf of voor de intermediairs die met hen in contact staan, bijvoorbeeld door een aanbod van preventiemethodieken om hier vorming rond te geven. Een aanbod ontwikkelen voor **ouders** die zoekende zijn in hoe seksualiteit in de opvoeding ter sprake te brengen is een nieuw accent en dus een nieuwe uitdaging waar we extra in willen investeren. Informatiekanalen voor ouders ontwikkelen kan een goede aanvulling zijn op de **rechtstreekse informatiekanalen** die reeds bestaan. Bij het ontwikkelen van informatiekanalen waken we erover dat het informatieaanbod wetenschappelijk onderbouwd is en doeltreffend weerstand biedt tegen de groei van desinformatie. Net als voor de andere preventieprogramma's wordt ook seksuele gezondheid niet gespaard van evoluties op sociale media die risico's vormen voor de seksuele gezondheid en integriteit. Digitalisering, AI en sociale media brengen nieuwe uitdagingen, zoals desinformatie en polarisering, maar bieden ook kansen voor toegankelijke informatie en ondersteuning. We willen voor de toekomst dat **intermediairs**, zoals leerkrachten en opvoeders die in contact staan met kinderen en jongeren, kunnen rekenen op een aanbod aan hedendaagse preventiemethodieken om met relationele en seksuele vorming aan de slag te gaan.

In lijn met een vooropgestelde Reproductive Life Plan, investeren we vanuit preventie prioritair in 1) bewustwording rond de werking van het reproductief systeem en menstruatie (preventie van langdurig rondlopen met aan reproductie gelieerde (menstruele) klachten, 2) bewustwording van conceptie en preventie van ongeplande zwangerschap (een zwangerschap vermijden tot je er klaar voor bent), 3)

We kiezen ervoor om het informeren over de reproductieve gezondheid te starten nog voor het seksueel actieve leven van mensen. Het is een essentieel onderdeel van goede relationele en seksuele vorming. Hierbij hebben we oog voor de opkomst van hormoonmoeheid, de groeiende populariteit van natuurlijke anticonceptiemiddelen en diverse digitale tools voor zelfmonitoring. Toegankelijke en wetenschappelijk onderbouwde informatie en counseling moeten mensen ondersteunen om ook hier geïnformeerde keuzes te maken over hun gezondheid.

De komende jaren staan we voor **diverse uitdagingen** om seksuele gezondheid in Vlaanderen duurzaam te versterken. Digitalisering en sociale media brengen nieuwe risico's zoals desinformatie, polarisering en online seksueel grensoverschrijdend gedrag, maar bieden tegelijk kansen voor toegankelijke informatie en ondersteuning. De stijgende prevalentie van seksueel overdraagbare infecties en hiv vraagt om blijvende inzet op combinatiepreventie en het doorbreken van stigma.

Ten slotte vraagt de opkomst van hormoonmoeheid, natuurlijke anticonceptiemethoden en digitale zelfmonitoringtools om wetenschappelijk onderbouwde informatie en counseling. Het beleid moet flexibel inspelen op deze evoluties, met aandacht voor samenwerking, deskundigheidsbevordering en een geïntegreerde aanpak over beleidsdomeinen heen.

7.4.3.1 Welk gezond gedrag willen we bevorderen?

Mensen die zwanger willen worden:

- Zwangere vrouwen en hun samenwonende partner of andere gezinsleden:

- Voorbereidend rapport i.k.v. de nieuwe Vlaamse gezondheidsdoelstelling 51

- Beschikken over de vaardigheid om seksualiteit bespreekbaar te maken bij zorgverleners en tijdig problemen of zorgen signaleren
- Erkennen het belang van een veilige leefomgeving waar het ongebooren kind zonder seksueel grensoverschrijdend gedrag kan groeien en geboren worden

Ouders of opvoeders van baby's en peuters:

- Kennen hun cruciale rol in de seksuele opvoeding vanaf de geboorte: dit gebeurt zowel non-verbaal (bijvoorbeeld omgaan met naaktheid, verzorging) als verbaal (benoemen van lichaamsdelen, praten over grenzen)
- Beschikken over de vaardigheid om open en positief te communiceren over lichamelijke, relaties en seksualiteit op maat van het kind
- Erkennen het belang van een veilige leefomgeving waar baby's en peuters zonder seksueel grensoverschrijdend gedrag kunnen opgroeien

7.4.3.2 Waar staan we momenteel?

Via bestaande kanalen rond zwangerschap, ouderschap en opvoeding wordt ingezet op sensibilisering en het versterken van kennis en vaardigheden bij (toekomstige) ouders en zorgverleners. Verder is er toegankelijke info over inname foliumzuur via gezondzwangerworden.be.

7.4.4 Doelgroep: Kinderen en jongeren

7.4.4.1 Welk gezond gedrag willen we bevorderen?

Ouders/opvoeders van kinderen/jongeren:

- Ondersteunen kinderen/jongeren in de seksuele ontwikkeling door leeftijdsadequate seksuele opvoeding
- Worden ondersteund in het bespreekbaar maken van seksuele gezondheid in de opvoeding
- Hebben een basiskennis over alle aspecten van seksuele gezondheid en hoe deze leeftijdsadequaat over te brengen. Met alle aspecten van seksuele gezondheid wordt doorheen heel dit preventieprogramma minstens bedoeld: reproductieve gezondheid doorheen heel de levensloop, waaronder ook menstruatie en menopauze, preventie van seksueel overdraagbare infecties (soi) en hiv, preventie van seksueel grensoverschrijdend gedrag, bevordering van een gezonde seksuele ontwikkeling en van het seksueel welzijn.
- Stimuleren open en positieve communicatie over seksuele gezondheid en ondersteunen bij vragen of problemen
- Geven het goede voorbeeld door op een positieve manier te spreken over relaties en seksualiteit
- Kennen de sociale/media omgeving waarin hun kind zich bevindt, inclusief de hedendaagse trends zoals online dating, sexting, deepnudes, desinformatie, polarisatie, vrouwenonvriendelijkheid en lgbtqi+ fobie, algoritmes en AI.
- Herkennen signalen van problematisch seksueel gedrag of seksueel grensoverschrijdend gedrag van anderen

Kinderen (2-12 jaar):

- Worden, naast de seksuele opvoeding thuis, ondersteund in hun seksuele ontwikkeling door leeftijdsadequate relationele en seksuele vorming
- Leren stap voor stap over hun lichaam, grenzen en respect
- Krijgen nog voor de seksuele start voldoende en kwaliteitsvolle informatie over alle aspecten van relationele en seksuele gezondheid
- Kunnen grenzen stellen voor de eigen intimiteit en seksualiteit en kunnen die van anderen respecteren

- Beschikken over sociaal-emotionele vaardigheden om kritisch om te gaan met reclame, sociale media, trends over seksuele gezondheid en om hun eigen grenzen aan te geven bij ongezonde gewoonten of grensoverschrijdend gedrag
- Kunnen seksueel grensoverschrijdend gedrag signaleren, verantwoordelijkheid nemen en stellen zelf geen grensoverschrijdend gedrag

Jongeren (13-18):

- Worden, naast de seksuele opvoeding thuis, ondersteund in hun seksuele ontwikkeling door leeftijdsadequate relationele en seksuele vorming
- Hebben een basiskennis over alle aspecten van seksuele gezondheid
- Weten hoe zich te beschermen tegen soi en hiv, tegen ongeplande zwangerschap, tegen seksueel grensoverschrijdend gedrag
- Laten zich testen op soi en hiv, zeker bij wisselende partners of risicogedrag
- Zijn, vóór ze seksueel actief worden, geïnformeerd over reproductieve gezondheid en maken vanaf hun seksueel actieve leven bewuste keuzes, bijvoorbeeld rond anticonceptie, om hun reproductieve gezondheid op lange termijn te ondersteunen
- Weten waar hulp kan gezocht worden bij falende anticonceptie of ongeplande zwangerschap
- Zijn zich bewust van seksueel grensoverschrijdend gedrag, herkennen het tijdig en weten hoe ze kunnen ingrijpen
- Beschikken over voldoende en kwaliteitsvolle informatie om geïnformeerde keuzes te maken rond de eigen seksualiteit. Ze hebben oog voor de integriteit van zichzelf en de anderen, kunnen zich geïnformeerd seksueel ontwikkelen en (eventuele) eerste seksuele relaties aangaan. Daarnaast kennen ze het begrip toestemming (consent) en begrijpen ze de impact van machtsongelijkheid, alcohol en drugs op het geven en ontvangen van toestemming
- Beschikken over sociaal-emotionele vaardigheden om kritisch om te gaan met reclame, sociale media, AI, trends over seksuele gezondheid en om hun eigen grenzen aan te geven bij ongezonde gewoonten of grensoverschrijdend gedrag
- Weten waar hulp kan gezocht worden bij vragen of problemen rond seksualiteit of het zelf stellen van grensoverschrijdend gedrag

Jongvolwassenen (18+):

- Voortbouwend op wat al beschreven staat onder jongeren 13+: kunnen veilig seksualiteit beleven op basis van geïnformeerde en vrije keuzes

7.4.4.2 Waar staan we momenteel?

De cijfers tonen dat blijvende beleidsmatige aandacht voor dit preventieprogramma cruciaal is:

Goede relationele en seksuele vorming die wetenschappelijk accuraat, niet-veroordelend, (ontwikkelings)leeftijdsadequaat en volledig is en in voldoende hoge intensiteit gegeven wordt, blijken er heel wat positieve effecten op kinderen en jongeren te zijn (Michielsens & Ivanova, 2022). Enkele bewezen **directe effecten** zijn:

- Verbeterde communicatievaardigheden met betrekking tot relaties en gelijkheid
- Verbeterde kennis van beschikbare diensten op het gebied van seksuele gezondheid
- Verbeterde kennis van het menselijk lichaam, de ontwikkeling en functies ervan
- Verbeterde kennis over condooms en anticonceptie
- Verbeterd begrip van, respect voor en toepassing van toestemming

Deze effecten zijn bewezen op middellange termijn in termen van minder risicogedrag en minder seksueel geweld en misbruik.

In *Apenstaartjaren 2022* (Vanwynsberghe et al., 2022) gaf 79% van de kinderen uit de derde graad lagere school en 51% van de leerlingen uit de secundaire school aan dat ze nooit les kregen over sexting.

Het percentage jongeren dat een **condoom** gebruikte tijdens de eerste keer geslachtsgemeenschap bedroeg in 2022 64,3% (Schrijvers, Dierckens & Deforche, 2023). Deze prevalentie verschilde niet tussen de jongens en de meisjes. In vergelijking met 2018 nam de prevalentie van het condoomgebruik tijdens het eerste seksueel contact echter aanmerkelijk af bij zowel jongens als meisjes. De laagste prevalentie werd geobserveerd bij de 13- tot 14-jarigen (44,4%), gevolgd door de 15- tot 16-jarigen (63,3%) en de 17- tot 18-jarigen (67,2%).

Aan 16- tot 19-jarigen werd in het Groot Condoomonderzoek (Koppen et al., 2024) gevraagd welke specifieke thema's ze in de klas al bespraken. Veruit de meeste leerlingen kregen les over een uitwendig condoom aanbrengen (85%) en gebruiken (72%). Een stuk minder populair is het thema praten over condooms. Ongeveer de helft van de tieners (48%) had het hierover in de klas.

Ook voor **seksueel grensoverschrijdend gedrag** stemmen de cijfers tot nadenken en aanpak. Uit de recente HBSC-studie *Jongeren en Gezondheid (2022)* in Vlaanderen blijkt dat het aantal meldingen van seksueel grensoverschrijdend gedrag sterk is toegenomen. In 2022 rapporteerde 26,3% van de jongeren minstens één vorm van seksueel ongewenst gedrag, een aanzienlijke stijging ten opzichte van 18,9% in 2018 (Universiteit Gent, 2023). Bij meisjes van 17-18 jaar gaf 44% aan minstens één keer ongewenst seksueel te zijn aangeraakt en 5% vaak (Schrijvers, Dierckens & Deforche, 2023).

Sexting is online seksueel getinte tekstberichtjes, foto's of video's uitwisselen. Dat kan gebeuren tussen bekenden of onbekenden. Sexting kan helemaal oké zijn als het gebeurt met toestemming, zonder druk of dwang en tussen gelijkwaardige mensen. Sexting kan ook grensoverschrijdend zijn, bijvoorbeeld als beelden van anderen worden doorgestuurd zonder toestemming, als iemand onder druk wordt gezet om beelden te maken of te sturen, als een volwassene een sext stuurt naar een minderjarige. In het secundair onderwijs heeft 8% van de jongeren in de voorbije twee maanden een seksueel getinte foto van zichzelf gemaakt (Vanwynsberghe et al., 2024). Daarvan verstuurde 37% de foto niet. Naarmate ze ouder worden maakt een groter deel van de jongeren seksueel getinte foto's van zichzelf. In de eerste graad maakte 94% van de bevroegde jongeren de voorbije twee maanden geen seksueel getinte foto van zichzelf. In de tweede en derde graad was dat telkens ongeveer 80% (Vanwynsberghe et al., 2024). Naarmate ze ouder worden, verstuurt een groter deel van de jongeren de foto's ook. In de eerste graad verstuurden 30% van zij die een foto van zichzelf hadden gemaakt die foto nooit. In de tweede graad was dit 28% en in de derde graad 17% (Vanwynsberghe et al., 2022).

De mentale gevolgen van **deepnudes** zijn ernstig en omvatten posttraumatische stressstoornis, angststoornissen, depressie, verlies van zelfvertrouwen en zelfs zelfmoordneigingen (Hao, 2021, in Van de Heyning et al., 2024). Doordat gemanipuleerde beelden steeds minder te onderscheiden zijn van werkelijke beelden, blijken slachtoffers van deepnudes gelijkaardige mentale gevolgen en impact te ondervinden als slachtoffers van digitaal seksueel beeldmisbruik in 'reguliere' niet-gemanipuleerde vorm, zoals het verspreiden van werkelijke naaktbeelden (Dodge & Johnstone, 2018, Delfino, 2019 en Gieseke, 2020; allen in Van den Heyning, 2024).

7.4.5 Doelgroep: Volwassenen

7.4.4.1 Welk gezond gedrag willen we bevorderen?

Volwassenen:

- Hebben basisinformatie om over alle aspecten van het relationeel en seksueel leven geïnformeerde keuzes en beslissingen te nemen
- Kunnen veilige en plezierige seksuele relaties aangaan

- #### 7.4.5.1 Waar staan we nu?

Uit het Sexpert-onderzoek blijkt dat **1 op 4 zwangerschappen** in Vlaanderen ongepland is en **1 op 5** aanvankelijk als ongewenst wordt beleefd. Het gebruik van **hormonale anticonceptie daalt**: pilgebruik ging van 63,2% in 2001 naar 48,1% in 2018, terwijl het gebruik van spiraaltjes en natuurlijke methoden stijgt. Een trend van hormoonmoeheid wordt vastgesteld en vraagt om wetenschappelijk onderbouwde informatie en begeleiding bij alternatieve keuzes voor anticonceptie (Gezondheidsenquête, Charafeddine et al., 2019).

Met betrekking tot **seksueel welzijn** valt op dat iemand gemiddeld 7 jaar rondloopt met een seksueel probleem vooraleer hulp te zoeken. Niet elk probleem is een dysfunctie; ook belevingsproblemen en zorgen komen vaak voor. De bespreekbaarheid ervan bij zorgverleners blijft echter laag (Monitor Seksuele Gezondheid, 2025).

7.4.6 Doelgroep: Oudere bevolking

7.4.6.1 Welk gezond gedrag willen we bevorderen?

Ook op latere leeftijd blijft seksuele gezondheid belangrijk. Ouderen moeten geïnformeerde keuzes kunnen blijven maken over alle aspecten van hun seksuele gezondheid, voortbouwend op de kennis en vaardigheden die eerder in het leven zijn opgedaan. Bij veranderde levensomstandigheden, zoals verlies van een partner, gezondheidsproblemen of verblijf in een woonzorgcentrum, is het essentieel dat intimiteit en seksualiteit bespreekbaar blijven. Daarnaast nemen ouderen maatregelen om zich te beschermen tegen seksueel overdraagbare infecties, bijvoorbeeld door condoomgebruik en testen bij nieuwe relaties. Ze zoeken betrouwbare informatie en ondersteuning bij vragen over intimiteit, relaties en seksuele gezondheid, zodat hun autonomie en levenskwaliteit behouden blijven.

Ouderen:

- Weten levenslang hoe geïnformeerde keuzes te maken over alle aspecten van de eigen seksuele gezondheid (voortbouwend op wat al vermeld staat onder volwassenen), vrij van schaamte of taboe
- Ook bij veranderde levensomstandigheden zoals verlies van partner, gezondheidsproblemen of verblijf in een woonzorgcentrum kunnen ze diverse thema's binnen seksuele gezondheid, o.a. intimiteit en seksualiteit bespreekbaar houden
- Nemen maatregelen om zich te beschermen tegen soi en hiv (condoomgebruik, testen bij nieuwe relaties)
- Zoeken betrouwbare informatie en ondersteuning bij vragen over intimiteit, relaties en seksuele gezondheid

7.4.6.2 Waar staan we nu?

Onderzoek toont dat **ouderen** hun seksualiteit, verlangen en identiteit blijven waarderen ondanks veranderingen door de leeftijd. Ze vinden steun in openheid, nieuwsgierigheid en waardevolle relaties, maar zijn vaak ontevreden over de huidige hulpverlening. Daarom is betere kennis en ondersteuning door gezondheidsprofessionals nodig, met open gesprekken over seksualiteit (Portellos, 2023).

Veel personen die in het buitenland geboren zijn, blijken hun **hiv**-infectie op te lopen na aankomst in België. Geschat wordt dat bij 46% van de nieuw-gediagnosticeerde personen uit Sub-Saharaans Afrika transmissie in België plaatsvond. Bij Europeanen, Aziaten en Latijns-Amerikanen was dit respectievelijk 58%, 71% en 56%. Late diagnoses komen vaker voor bij niet-Belgen, heteroseksuelen en ouderen.

In 2021 had 8,4% van de ouderen boven de 70 het voorbije jaar **seksueel grensoverschrijdend gedrag** meegemaakt. De cijfers liggen bij mannen en vrouwen gelijk. Bij 7% ging het om seksueel grensoverschrijdend gedrag zonder aanrakingen, terwijl 2,5% te maken had met ongewenste aanrakingen en 0,6% slachtoffer werd van (een poging tot) verkrachting. Ongeveer 44% van de ouderen heeft ooit een vorm van seksueel geweld ervaren. Het onthullen van wat er gebeurd is, beschermt op zichzelf niet tegen negatieve mentale gevolgen bij ouderen. Er zijn meer training en richtlijnen voor zorgprofessionals nodig om onthullingen van seksueel grensoverschrijdend gedrag bij ouderen beter te begeleiden (Nobels et al., 2021).

Het *Sexpert*-onderzoek toont aan dat Vlamingen doorgaans tevreden zijn over hun seksleven. Oudere mannen (65–80 jaar) en vrouwen ouder dan 50 jaar rapporteren **minder tevredenheid** (Buysse e.a., 2013).

7.4.7 Kwetsbare groepen

Binnen het beleid seksuele gezondheid is er aandacht voor verschillende aspecten van seksualiteit voor alle genoemde leeftijdscategorieën, maar wordt er daarnaast extra geïnvesteerd in een terreinwerking voor mensen met een verhoogde kwetsbaarheid voor seksuele gezondheid. We volgen hier de aanpak van het proportioneel universalisme (zie punt 5, Aanpak gezondheidsongelijkheid). We richten ons daarbij op drie kwetsbare groepen.

7.4.7.1 Mensen met een migratieachtergrond in kwetsbare situaties

Mensen met een migratieachtergrond in kwetsbare situaties lopen **meer risico** wat betreft hun seksuele gezondheid. Daarom is het hierboven beschreven beleid onvoldoende en wordt voor deze doelgroep in aan aparte terreinwerking voorzien. Cijfers tonen aan dat op alle aspecten (soi en hiv preventie, geplande zwangerschap, preventie van seksueel grensoverschrijdend gedrag, enz.) een cultuursensitieve en outreachende benadering noodzakelijk is zodat deze mensen geïnformeerde keuzes kunnen maken m.b.t. hun seksuele gezondheid.

De **diversiteit** binnen deze doelgroep vraagt om **maatwerk en culturele sensitiviteit**. Toegang tot informatie, ondersteuning en zorg wordt versterkt via terreinwerk en samenwerking met welbepaalde intermediairs die met de doelgroep in contact komen. Deze terreinwerking bouwt voort op de vroegere terreinwerking naar sub-Saharaanse Afrikaanse migranten. We kiezen ervoor om deze gekozen richting naar meer terreinwerking voort te zetten naar zo veel mogelijk mensen met een migratieachtergrond in kwetsbare situaties.

De overheid erkent daarbij de impact van maatschappelijke en politieke ontwikkelingen op de seksuele gezondheid van deze groepen. Er is aandacht voor het samengaan van kwetsbaarheden, zoals armoede, taalbarrières en discriminatie. Naast een face-to-face aanbod aan terreinwerking en een aangepast informatiekanaal, is er een train-the-trainer aanbod voor sleutelfiguren uit de gemeenschap en intermediairs in voorzieningen waar deze mensen samenleven (zoals asielcentra).

7.4.7.2 Mensen in setting zorg en welzijn

Seksualiteit in setting zorg en welzijn verwijst naar de beleving van intimiteit, lichamelijkheid en seksuele expressie door personen die ondersteuning krijgen binnen een zorg- en welzijnscontext, zoals personen met een beperking, ouderen in woonzorgcentra, cliënten in de geestelijke gezondheidszorg en personen die ondersteuning krijgen vanuit thuiszorgdiensten. Deze beleving is een **fundamenteel onderdeel van hun levenskwaliteit en persoonlijke ontwikkeling**, en omvat het recht op privacy, zelfbeschikking, informatie, veiligheid en respect.

Kortom, ook mensen binnen de zorg- en welzijnsetting hebben recht op seksuele gezondheid. Bovendien lopen deze mensen **meer risico** wat betreft hun seksuele gezondheid, dus is bijzondere aandacht aangewezen. Daarom is het hierboven beschreven beleid onvoldoende en wordt voor deze doelgroep in aan aparte en aangepaste terreinwerking voorzien. Het betreft zowel kinderen en jongeren, volwassenen, als ouderen.

De overheid ondersteunt voorzieningen in het ontwikkelen van een geïntegreerd beleid met oog voor **bescherming** enerzijds en **autonomie** en regie bij de zorgvrager anderzijds. Vanwege de kwetsbaarheid van de personen, is extra aandacht en deskundigheid vereist. De terreinwerking bestaat uit een face-to-face aanbod van consult aan de zorgvrager of de voorziening waar deze verblijft. Daarnaast bestaat het aanbod uit een train-the-trainer van de referentiepersonen Relaties, Intimiteit en Seksuele Gezondheid (RIS) die op zijn/haar beurt werkt aan de versterking van een positieve kijk op seksualiteitsbeleving binnen de voorziening. Dit houdt in dat iedere voorziening enerzijds proactief een preventieve cultuur creëert waar over seksualiteit kan en mag gesproken worden, en anderzijds reactief wordt gewerkt bij een vermoeden van of een situatie van seksueel grensoverschrijdend gedrag.

7.4.7.3 Sekswerkers

Sekswerkers lopen door hun beroep **extra risico** voor hun seksuele gezondheid. De initiële terreinwerking naar deze doelgroep was vooral toegespitst op de preventie van soi en hiv. De nadruk lag vooral op

secundaire preventie, om de verspreiding van soi en hiv via de klanten naar de algemene bevolking te voorkomen.

Nu kiezen we voor een **holistisch aanbod** aan terreinwerking voor de sekswerkers, dus met aandacht voor allerlei aspecten van de seksuele gezondheid van de sekswerker. Het hierboven beschreven beleid is ook voor deze doelgroep onvoldoende en daarom wordt voor hen in een aparte en aangepaste terreinwerking voorzien. Die is laagdrempelig, cultuursensitief, anoniem en outreachend voor de sekswerkers en volgt internationale richtlijnen.

Het sekswerk ervaart de impact van de corona-epidemie, de digitalisering en ook de decriminalisering van sekswerk brengt nieuwe evoluties met zich mee. Daarnaast ligt er maatschappelijk een stigma op sekswerk.

Door de organisatie van een aparte terreinwerking voor sekswerkers doorbreken we het taboe op sekswerk en bieden we sekswerkers de ondersteuning opdat ook zij geïnformeerde keuzes kunnen maken over hun seksuele gezondheid en zo veilig mogelijk kunnen werken. We zetten deze terreinwerking onverminderd voort.

7.4.8 Linken met andere beleidsplannen

Dit preventieprogramma vormt de basis voor het preventief gezondheidsbeleid op vlak van seksuele gezondheid in andere beleidsplannen zoals

- Vlaams actieplan gendergerelateerd geweld
- Nationaal actieplan gendergerelateerd geweld
- Nationaal hiv-plan
- Geïntegreerd soi-, hiv- en hepatitis-plan
- Vlaams jeugd en kinderrechtenbeleidsplan
- Vlaams ouderenbeleidsplan
- Horizontaal plan Gelijke Kansen
- Actieplan Goed Gedragen

8 HOE GAAN WE DIT EVALUEREN?

8.1 GEZONDHEIDSINDICATOREN

Gezondheidsindicatoren geven een beeld van de situatie op het niveau van burgers: in welke mate stellen ze (on)gezond gedrag, over welke kennis en vaardigheden beschikken ze, hoe ervaren ze hun omgeving. Waar mogelijk aangevuld met data rond gewicht.

Het doel van Gezonde Generatie is om deze indicatoren op een positieve manier te doen evolueren, naar meer gezond gedrag en meer gezondheidswinst.

De data voor de gezondheidsindicatoren halen we uit verschillende bronnen. Een eerste categorie van bronnen zijn bevragingen bij de bevolking:

- De Gezondheidsenquête (Health Interview Survey - HIS), uitgevoerd door Sciensano, onderzoekt de gezondheidsproblemen en leefgewoonten van de Belgische bevolking.
- De Preventiebarometer, uitgevoerd door Sciensano, brengt verschillende determinanten in kaart die onze levensstijl beïnvloeden.
- De Voedselconsumptiepeiling (VCP), uitgevoerd door Sciensano, brengt in kaart wat en hoeveel de Belgische bevolking eet.
- Studie Jongeren en Gezondheid van HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) Vlaanderen, uitgevoerd door de onderzoeksgroep Gezondheidsbevordering van de Universiteit Gent, onderzoekt gezondheid, sociale determinanten van welzijn en impact van ingevoerde gezondheidsinterventies bij jongeren.

Daarnaast doen we beroep op registratiegegevens:

- CLB's registreren gegevens van gestandaardiseerde metingen die bij alle kinderen en jongeren van 3 tot 15 jaar in het Nederlandstalig onderwijs worden uitgevoerd in het kader van de systematische consulten. Op basis van deze populatiedata kunnen bijvoorbeeld de BMI en de mondgezondheid van alle Vlaamse kinderen en jongeren nauwkeurig worden gemonitord op zowel lokaal (gemeente, eerstelijnszone) als Vlaams niveau. De data worden bovendien gekoppeld aan enkele socio-economische gegevens zodat sociale gezondheidsverschillen in kaart kunnen worden gebracht. Op basis van de registratiegegevens kan tevens de kwaliteit en de bruikbaarheid van de standaarden en methodieken voor preventieve gezondheidszorg in CLB worden geëvalueerd (procesindicatoren).
- Agentschap Opgroeien verzamelt gegevens rond de BMI van kinderen vanaf twee jaar.
- Het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ) verzamelt gegevens rond de kwaliteitsindicatoren voor de residentiële ouderenzorg.
- Het Intermutualistisch Agentschap (IMA) verzamelt gedetailleerde data over de terugbetaalde zorgen en geneesmiddelen van de burgers die in België verzekerd zijn.

Deze indicatoren worden, bij elke programma, verder opgedeeld in leeftijdsgroepen en geslachten. Waar mogelijk, wordt ook gekeken naar opleidingsniveau, van de persoon zelf, of van de ouders wanneer het gaat over kinderen en jongeren.

Als we een evolutie over de tijd willen meten, is het belangrijk dat we de indicatoren zoveel mogelijk stabiel houden. Daarom vertrekken we voor de toekomst in eerste instantie vanuit de gezondheidsindicatoren die al waren opgesteld binnen de aflopende gezondheidsdoelstelling, en die we ook hebben gebruikt voor de eindevaluatie. Dit geldt in het bijzonder voor het preventieprogramma Gezonde voeding en beweging, en het preventieprogramma Middelengebruik. Voor de preventieprogramma's rond Mentaal welzijn en seksuele en reproductieve gezondheid, die nog niet in de doelstelling waren opgenomen, en dus ook geen bestaande set aan indicatoren hadden, hebben we een nieuwe set indicatoren opgesteld, die we vanaf 2026 mee opvolgen.

Daarnaast bekijken we de komende jaren waar we nog verbetering kunnen aanbrengen in de set van indicatoren en waar aanvullingen nodig en mogelijk zijn. We doen een inspanning om meer en betere data te verzamelen rond kwetsbare groepen, en de determinanten die hun gezondheid beïnvloeden.

Een interpretatie van indicatoren houdt best rekening met het gegeven dat een duurzame gedragsverandering binnen de bevolking tijd nodig heeft. Bovendien wordt het gezondheidsgedrag van mensen beïnvloed door een veelheid aan factoren, waarop we geen invloed hebben.

Meer informatie over de gezondheidsindicatoren die zijn gebruikt voor de evaluatie van 'De Vlaming leeft Gezonder in 2025' is te vinden in de bijlage 'Eindevaluatie van de 'De Vlaming leeft Gezonder in 2025: evolutie van de gezondheidsindicatoren'.

8.2 PROCESINDICATOREN

Procesindicatoren geven een beeld van de inspanningen die we vanuit het beleid leveren om verbetering te zien in de gezondheidsindicatoren. Er zijn twee categorieën:

- Acties die preventieorganisaties ondernemen naar burgers en organisaties in settings, en de mate waarin ze die laatste bereiken. Deze data halen we uit de rapportage van de preventieorganisaties over hun werking.
- De mate waarin organisaties in settings (lokale besturen, scholen, voorzieningen in zorg- en welzijn...) een gezondheidsbeleid hebben. Deze data halen we uit de Preventiepeiling, een bevraging bij de belangrijkste categorieën van organisatieklanten in de settings.

Uit de eindevaluatie van de aflopende gezondheidsdoelstelling is gebleken dat we de komende jaren een stap vooruit moeten zetten in het structureren van deze procesindicatoren. We beschikken over heel wat data over de activiteiten van de preventieorganisaties. Maar de informatie uit verschillende bronnen (CIRRO, Ginger, de Preventiepeiling, jaarrapporten van de partner- en terreinorganisaties) is onvoldoende geïntegreerd om conclusies te trekken over organisaties en thema's heen. We hebben nood aan een samenhangend kader dat de informatie op een logische en overzichtelijke manier integreert.

Daarnaast hebben we betere data nodig over de mate waarin we verschillende soorten klanten (burgers en organisaties) bereiken. ‘Bereiken’ kan betekenen:

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

Het verzamelen van deze indicatoren, over organisaties heen, moet het mogelijk maken om klantengroepen beter te segmenteren, acties op elkaar af te stemmen.

Bij de bevraging van klantorganisaties willen we meer focussen op de prioritaire settings, en op drempels of hefbomen die ervoor zorgen dat organisaties een gezondheidsbeleid voeren.