

EINDRAPPORT

STUDIE JONGEREN EN GEZONDHEID 2017 – 2020

MAXIM DIERCKENS | KATRIJN DELARUELLE | BENEDICTE DEFORCHE



AGENTSCHAP
ZORG & GEZONDHEID



COLOFON

Promotor

prof. dr. Benedicte Deforche

Studiecoördinator

Maxim Dierckens

Auteurs

Maxim Dierckens, MSc | Katrijn Delaruelle, PhD | Benedicte Deforche, PhD

Eindredactie

Maxim Dierckens

Contact

Universiteit Gent |
Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg | Onderzoeksgroep Gezondheidsbevordering | Corneel Heymanslaan 10 · 4K3 (ingang 42) | 9000 GENT

+32 (0)9 332 83 70 | jongeren-en-gezondheid@ugent.be |
www.jongeren-en-gezondheid.ugent.be | www.hbsc.org

Uitgegeven door

Onderzoeksgroep Gezondheidsbevordering | Departement Volksgezondheid en Eerstelijnszorg | Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen | Universiteit Gent

Aanbevolen referentie

Dierckens M, Delaruelle K, Deforche B. Eindrapport studie Jongeren en Gezondheid 2017 – 2020. Onderzoeksgroep Gezondheidsbevordering, Departement Volksgezondheid en Eerstelijnszorg, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Gent. 2021. Opgehaald van [link toevoegen]

ABSTRACT

Dit eindrapport presenteert bevindingen van de 2017/2018 studie Jongeren en Gezondheid die in Vlaanderen werd uitgevoerd bij meer dan 11.000 jongeren. De resultaten in dit eindrapport zijn beschrijvend van aard en focussen op de gezondheid (mentale en lichamelijke gezondheid en slaap), de gezondheidsgedragingen (beweging en sedentair gedrag, voeding, overgewicht en obesitas, risicogedragingen en seksuele gezondheid) en de sociale omgeving (familie, school en vrienden) van adolescenten. Deze bevindingen worden in een Vlaamse context geplaatst door evoluties overheen de tijd te bestuderen. Een bredere internationale kadering gebeurt aan de hand van vergelijking met internationale gemiddeldes uit 45 Europese landen en Canada. Ook een uitgebreide studie van sociale ongelijkheid in gezondheid en gezondheidsgedragingen komt aan bod. Op basis van een structureel model worden verklaringen op het micro-, meso- en macroniveau geboden voor sociale ongelijkheid in gezondheid en gezondheidsgedragingen van adolescenten, die vertaald worden in concrete beleidsaanbevelingen. Een vooruitblik op nieuwe belangrijke beleidsthema's zoals slaap en mentale gezondheid wordt gegeven.

INHOUDSOPGAVE

INTRODUCTIE	1
DEEL 1: METHODOLOGIE	4
DEEL 2: SOCIODEMOGRAFISCHE EN -ECONOMISCHE CONTEXT	8
Sociodemografische context	10
Socio-economische context	11
DEEL 3: GEZONDHEID EN WELZIJN	13
Mentale gezondheid	15
Subjectieve gezondheid	20
Slaapduur	33
Slaapkwaliteit	35
Conclusie gezondheid en welzijn	39
DEEL 4: GEZONDHEIDSGEDRAGINGEN	41
Beweging en sedentair gedrag	43
Voedselconsumptie	46
Maaltijdpatronen	51
Overgewicht en obesitas	54
Lichaamsperceptie en diëten	56
Alcohol	60
Roken	67
Cannabis	70
Seksualiteit	73
Conclusie gezondheidsgedragingen	83
DEEL 5: SOCIALE CONTEXT	86
Familie	88
School	89
Vrienden	92
Conclusie sociale context	93
DEEL 6: CONTEXTUALISERING	94
Contextualisering Vlaanderen	96
Contextualisering internationaal	102
DEEL 7: SOCIALE ONGELIJKHEID	104
Monitoring van (evoluties in) sociale ongelijkheid	106
Verklaring van (evoluties in) sociale ongelijkheid	109
Impact beleid op (evoluties in) sociale ongelijkheid	118
Uitgelicht: een focus op slaap	120
DEEL 8: BELEIDSAANBEVELINGEN	122
CONCLUSIE	130
LITERATUURLIJST	133
BIJLAGEN	137

DANKWOORD

Het onderzoeksteam van de studie Jongeren en Gezondheid is alle scholen, directies, leerkrachten en vooral de jongeren die aan dit onderzoek deelnamen, heel veel dank verschuldigd. We waarderen hun bereidwilligheid, medewerking, tijd en inspanning enorm.

Daarnaast gaat veel dank ook uit naar de studenten Master Gezondheidsbevordering aan Universiteit Gent die in het kader van hun masterproef bijdroegen tot het veldwerk van de studie. Hun harde inzet en ondersteuning doorheen het ganze traject van rekrutering tot dataverzameling en data-invoer was onmisbaar.

De collega's van de onderzoeksgroep Gezondheidsbevordering verdienen ook een grote dank. Ondanks hun drukke agenda's konden we op hun hulp rekenen voor logistieke ondersteuning tijdens de piekmomenten van het veldwerk. Voor de administratieve en technische ondersteuning van de studie gaat onze dankbaarheid uit naar de secretariaatsmedewerkers verbonden aan de onderzoeksgroep Gezondheidsbevordering.

Ook willen we onze partners bedanken voor hun gewaardeerde feedback op eerdere versies van de vragenlijst en de factsheets.

Speciale dank gaat daarnaast uit naar onze subsidiegever. Zonder financiële steun van de Vlaamse Overheid, Agentschap Zorg en Gezondheid was deze studie niet mogelijk. In het bijzonder willen we ook mevrouw Heidi Cloots (data-analist, Team Beleidsinformatie) bedanken die ons als referentiecontact doorheen de ganze studie ondersteunde.

Aangezien de studie Jongeren en Gezondheid binnen de internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) studie kadert, willen we tot slot ook onze erkenning uiten voor het coördinatiecentrum van de internationale studie. Onze bijzondere erkenning gaat uit naar dr. Jo Inchley, internationale coördinator (Universiteit van Glasgow, Verenigd Koninkrijk, Schotland) en prof. dr. Odrun Samdal, internationale databank manager (Universiteit van Bergen, Noorwegen).

INTRODUCTIE

De studie Jongeren en Gezondheid kadert binnen de Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) studie die uitgevoerd wordt onder toezicht van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). De HBSC studie is een grootschalig internationaal onderzoek dat vierjaarlijks in 49 Europese en Noord-Amerikaanse landen en regio's peilt naar de gezondheid, de gezondheidsgedragingen en de sociale omgeving van 11-, 13- en 15-jarige adolescenten. In Vlaanderen wordt deze leeftijdsrange uitgebreid en wordt een representatieve steekproef van jongeren uit het vijfde leerjaar lager onderwijs tot en met het zesde leerjaar secundair onderwijs digitaal of via een papieren vragenlijst bevestigd. De internationale HBSC studie wordt sinds 1982 georganiseerd en Vlaanderen nam voor het eerst deel in 1989. De studie Jongeren en Gezondheid wordt uitgevoerd door de onderzoeksgroep Gezondheidsbevordering (Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg, Universiteit Gent) met steun van het Agentschap Zorg en Gezondheid (Vlaamse overheid). Inmiddels beschikt het Vlaamse onderzoeksteam over data van tien onderzoeksronden (acht internationale metingen en twee tussenliggende Vlaamse afnames in 1996 en 2000). Voor meer achtergrondinformatie over de internationale en Vlaamse studie verwijzen we naar: www.hbsc.org en www.jongeren-en-gezondheid.ugent.be.

De studie Jongeren en Gezondheid heeft tot doel inzicht te verwerven in de gezondheidsgerelateerde attitudes en gedragingen van jongeren en van de omgeving waarin zij zich ontwikkelen. Daarnaast wil de studie ook de evoluties in deze attitudes en gedragingen in kaart brengen. Zo beoogt de studie beleidsmakers, wetenschappers en andere actoren die werkzaam zijn binnen het domein van de gezondheidsbevordering, waardevolle informatie te bieden voor de ontwikkeling en bijsturing van initiatieven ter bevordering van de gezondheid van jongeren. Het internationale luik van de studie laat tot slot toe om binnen een netwerk van experts een stimulans te geven tot de verdere uitbouw van de gezondheidsbevordering bij jongeren en om de evoluties in de gezondheid en het gezondheidsgedrag van Vlaamse jongeren te monitoren en te vergelijken binnen een internationaal kader.

De gezondheid van jongeren wordt door diverse leefstijl- en omgevingsfactoren beïnvloed. Om de gezondheidsbeleving van jongeren te bestuderen is het daarom belangrijk om inzicht te krijgen in de leefstijl en omgevingskenmerken die een invloed hebben op hun gezondheid. De studie peilt dan ook naar diverse aspecten van het leven van de schoolgaande jeugd door middel van een gevalideerde vragenlijst. De thema's die bestudeerd worden hebben betrekking tot de gezondheid en het welzijn van jongeren (bv. mentaal welzijn en gezondheidsklachten), hun gezondheidsgedragingen (bv. voeding, fysieke activiteit, sedentair gedrag, risicogedragingen en seksualiteit) en omgevingsfactoren (sociodemografische kenmerken, familiale karakteristieken en invloed van vrienden en school).

In dit eindrapport bespreken we de resultaten van de studie Jongeren en Gezondheid uit 2017/2018. In eerste instantie wordt de methodologie nader toegelicht (Deel 1). Vervolgens worden de sociodemografische en –economische eigenschappen van de jongeren besproken (Deel 2). In de volgende hoofdstukken worden de prevalenties voor alle gezondheidsindicatoren – zoals weergegeven in Tabel 1 – gepresenteerd naar leeftijd, geslacht en opleidingsvorm (Deel 3 – Deel 5). Daarna worden deze prevalenties in hun context beschouwd, enerzijds door een overzicht te geven van evoluties doorheen de tijd en anderzijds door de vergelijking te maken met de internationale resultaten (Deel 6). Tot slot worden de bevindingen omtrent sociale ongelijkheid besproken (Deel 7). In het laatste hoofdstuk (Deel 8) worden concrete beleidsaanbevelingen geformuleerd, waarna een conclusie volgt.

NOOT.

Bij de rapportage van de resultaten naargelang opleidingsvorm worden steeds drie groepen onderscheiden: het algemeen, het technisch en het beroepssecundair onderwijs. Tot de groep van het technisch secundair onderwijs worden ook de leerlingen van het kunstsecundair onderwijs gerekend, aangezien het aandeel in de steekproef zeer klein is.

HOOFDSTUK

GEZONDHEIDSINDICATOREN

Deel 3: gezondheid en welzijn

Mentale gezondheid

- Levenstevredenheid
- Levenskwaliteit
- Zelfmoordgedachten
- Zelfbeschadigend gedrag

Subjectieve gezondheid

- Zelf-gerapporteerde gezondheid
- Gezondheidsklachten
- Medicatiegebruik
- Slaapduur
- Slaapkwaliteit

Deel 4: gezondheidsgedragingen

Fysieke activiteit en vrije tijd

- Beweging
- Sedentair gedrag

Voeding

- Fruit en groenten
- Frisdrank en water
- Ontbijtfrequentie
- Gezond eetpatroon
- BMI
- Lichaamsperceptie en diëten

Alcohol

- Huidige alcoholconsumptie
- Frequentie alcoholconsumptie
- Dronkenschap
- Initiatie alcoholconsumptie

Roken

- Huidig rookgedrag
- Ooit gerookt
- Initiatie roken

Drugs

- Huidig cannabisgebruik
- Ooit cannabisgebruik
- Initiatie cannabisgebruik

Seksueel gedrag

- Geslachtsgemeenschap
- Gebruik voorbehoedsmiddelen
- Seksueel overschrijdend gedrag

Deel 5: sociale context

Familie, school en vrienden

- Steun gezin, klasgenoten, leerkrachten, vrienden
- Schooldruk
- Schooltevredenheid

DEEL 1

METHODOLOGIE

METHODOLOGIE

ALGEMEEN

De vragenlijst die gebruikt wordt in de studie Jongeren en Gezondheid is gebaseerd op het internationale protocol van de HBSC studie¹ en omvat twee luiken. Enerzijds is er een verplicht luik aan vragen die alle deelnemende HBSC landen moeten opnemen. Anderzijds is er een optioneel luik dat landen kunnen opnemen en toelaat om bepaalde thema's grondiger te bestuderen. In Vlaanderen worden zo – in samenspraak met actoren uit het werkveld (o.a. het Agentschap Zorg en Gezondheid) – diverse optionele vragen opgenomen om belangrijke gezondheidsindicatoren en hun evoluties te monitoren.

De studie wordt vierjaarlijks uitgevoerd bij de Vlaamse schoolgaande jeugd uit het vijfde en zesde leerjaar lager onderwijs tot en met het zesde leerjaar secundair onderwijs. In Vlaanderen werd de bevraging voor de 2017/18 editie georganiseerd van februari 2018 tot en met juni 2018. De bevraging vond steeds plaats in de klas tijdens les-/of studie-uren en werd uitgevoerd onder toezicht van een leerkracht of administratief schoolpersoneel. In Vlaanderen werden voor het lager en het secundair onderwijs twee versies opgesteld die zowel online als schriftelijk ingevuld konden worden (65% van de jongeren vulden de vragenlijst schriftelijk in). Deelname aan de studie was geheel vrijwillig en anoniem. Voorafgaand aan de bevraging werden de ouders geïnformeerd per brief. Ouders die deelname van hun kinderen weigerden, konden dit schriftelijk melden aan de onderzoekers. De studie werd goedgekeurd door de Ethische Commissie van het Universitair Ziekenhuis Gent (amendement EC/2013/1145).

STEEKPROEFTREKKING

In het kader van de internationale studie dient elk land een representatieve steekproef van 11-, 13- en 15-jarigen aan te leveren. Deze leeftijdsgroepen worden internationaal gekozen omdat ze overeenstemmen met het begin van de adolescentie, de uitdagingen van de hiermee gepaard gaande fysieke en emotionele veranderingen en de levensfase waarin belangrijk beslissingen genomen worden voor het latere leven en de carrière.² In Vlaanderen wordt deze leeftijdsrange echter uitgebreid en worden de leerlingen uit het vijfde en zesde leerjaar lager onderwijs tot en met het zesde leerjaar secundair onderwijs bevraged.

Zo laat de studie Jongeren en Gezondheid toe om ook inzicht te verwerven in de gezondheidsbeleving van jongeren die al verder geëvolueerd zijn in de adolescentie. Daarnaast ondervangt dit ook het probleem van zittenblijven. Door alle leerjaren uit het secundair onderwijs te bevragen, hebben leerlingen uit de leeftijdscategorie van 11, 13 of 15 jaar evenveel kans om in de steekproef opgenomen te worden, ook als ze door zittenblijven verspreid zijn over meerdere leerjaren.

Voor de steekproeftrekking wordt vanuit praktisch oogpunt *cluster sampling* – met klassen als cluster – gebruikt. In tegenstelling tot enkelvoudige *random sampling*, kunnen de antwoorden van de leerlingen hierdoor niet volledig onafhankelijk van elkaar gezien worden. De antwoorden van de leerlingen uit eenzelfde klas/school zijn immers mogelijk meer gelijkend dan van leerlingen in het algemeen. Om de effecten van deze *cluster sampling* in rekening te brengen wordt daarom internationaal een minimale steekproefgrootte van 1500 leerlingen per leeftijdsgroep vastgelegd.¹

De concrete stappen van de steekproeftrekking in Vlaanderen worden hierna beschreven. Eerst werd via het Agentschap voor Onderwijsdiensten (AGODI) een lijst van alle Vlaamse lagere en secundaire scholen opgevraagd (exclusief bijzonder onderwijs). In augustus 2017 werd, rekening houdend met de leerlingenaantallen, hieruit voor het lager en het secundair onderwijs een willekeurige steekproef van scholen getrokken die representatief is voor de verschillende onderwijsnetten (eerste stratificatie naar onderwijsnet). Zo had elke in aanmerking komende leerling evenveel kans om in de steekproef opgenomen te worden. Tussen september 2017 en oktober 2017 werden de geselecteerde scholen per e-mail uitgenodigd om deel te nemen.

Na maximaal vier herinneringen (periode november 2017 tot midden januari 2018) werden de scholen die toestemden om deel te nemen, gevraagd om klassenlijsten op te stellen met vermelding van het exacte aantal leerlingen, opgedeeld naar geslacht. In het secundair onderwijs werd ook een opdeling naar opleidingsvorm en -graad opgevraagd. Vervolgens werden uit deze klassenlijsten willekeurige klassen geselecteerd om zo een representatieve steekproef naar geslacht, graad en opleidingsvorm te bekomen (tweede stratificatie naar geslacht, graad en opleidingsvorm). Per school werden een 50-tal leerlingen uit het lager onderwijs en een 100-tal leerlingen uit het secundair onderwijs geselecteerd.

Daarna ontvingen de deelnemende scholen tussen februari en april 2018 de vragenlijsten per post of digitaal (online deelname) samen met instructies. De scholen hadden vervolgens tot eind mei 2018 tijd om de bevraging af te ronden. Voor sommige scholen werd deze deadline verlengd tot eind juni 2018 om hen voldoende tijd te geven om de bevraging te voltooien. De schriftelijk ingevulde vragenlijsten werden vervolgens per post terug bezorgd voor verwerking. De online antwoorden werden automatisch geregistreerd in een databank.

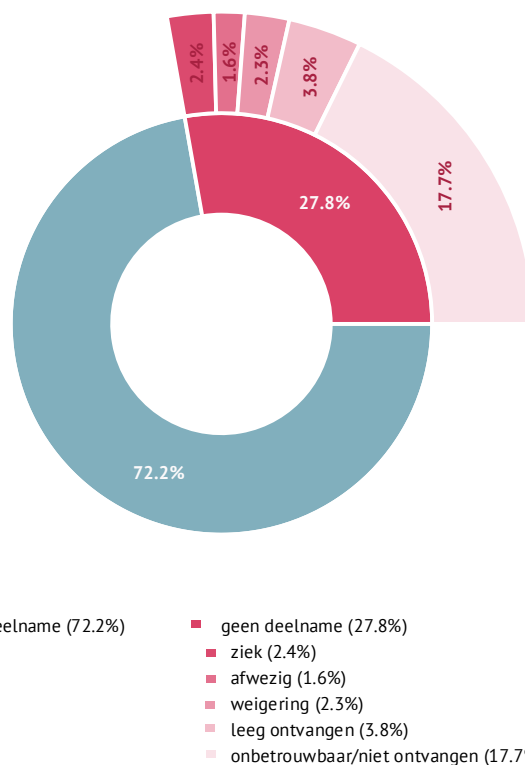
RESPONGRAAD

Op schoolniveau werden in totaal 897 scholen uitgenodigd om deel te nemen aan de studie (360 lager onderwijs en 536 secundair onderwijs). Initieel stemden 257 scholen toe tot deelname (103 lager onderwijs en 154 secundair onderwijs). Uiteindelijk namen er 194 scholen effectief deel (70 lager onderwijs en 125 secundair onderwijs). De responsgraad op schoolniveau bedraagt bijgevolg 21.6%.

Op leerlingenniveau werden in totaal 15 284 leerlingen geselecteerd op basis van de klassenlijsten van de deelnemende scholen (4 241 lager onderwijs en 11 043 secundair onderwijs). Van deze initieel geselecteerde leerlingen was 2.4% (373 leerlingen) afwezig door ziekte en 1.6% (252 leerlingen) afwezig omwille van een andere reden (bv. wettig/onwettige afwezigheid, stage, schorsing e.d.). Voor 2.3% van de leerlingen (350) werd een weigering tot deelname ontvangen. In totaal werden 576 vragenlijsten niet ingevuld terugbezorgd (3.8%) en voor 2 698 leerlingen (17.7%) werden de vragenlijsten nooit teruggestuurd of waren de antwoorden onbetrouwbaar. De uiteindelijke dataset bevat gegevens van 11 035 leerlingen (3 157 lager onderwijs en 7 878 secundair onderwijs). De uiteindelijke responsgraad op leerlingenniveau bedraagt 72.2% (Grafiek 1). Van de totale steekproef waren er 5 343 jongens (48.4%) en 5 601 meisjes (51.2%).

ANALYSES

Bij de analyses wordt voor elke indicator van gezondheid of -gedrag de prevalentie gerapporteerd naargelang geslacht, naargelang leeftijdsgroep en geslacht en naargelang opleidingsvorm en geslacht. Om een vergelijking tussen leeftijdsgroepen te kunnen maken, werd de Vlaamse steekproef in vier leeftijdsgroepen ingedeeld: 11- tot 12-, 13- tot 14-, 15- tot 16- en 17- tot 18-jarigen.



Grafiek 1: responsegraad leerlingen

Per leeftijdsgroep werden alle leerlingen gerekend die hoogstens zes maanden verschilden van de begin- en eindleeftijd van de desbetreffende groep (bv. leerlingen tussen 10.50 tot 12.49 jaar werden ingedeeld in de leeftijdsgroep 11- tot 12-jarigen). In Tabel 2 bevinden zich de aantallen naargelang leeftijdsgroep en geslacht voor de huidige en de voorbije bevragingen. In 2018 is zowel bij de jongens als bij de meisjes is het aandeel respondenten het grootst bij de 11- tot 12-jarigen (jongens: 29.1%; meisjes: 27.9%), gevolgd door de 15- tot 16-jarigen (jongens: 26.3%; meisjes: 26.3%).

Tabel 2: verdeling naar leeftijdsgroepen en geslacht

		11-12	13-14	15-16	17-18	Totaal
1990	J	478	503	508	420	3 896
	M	532	514	483	458	
1994	J	1 459	1 327	932	710	9 660
	M	1 416	1 180	1 335	1 301	
1996	J	610	720	466	426	4 423
	M	480	575	654	492	
1998	J	1 461	1 405	1 471	1 322	11 329
	M	1 599	1 352	1 387	1 332	
2000	J	877	871	746	620	6 664
	M	961	913	883	793	
2002	J	1 683	1 809	2 023	1 866	15 476
	M	1 972	2 235	1 951	1 937	
2006	J	1 187	1 251	1 474	1 233	10 387
	M	1 106	1 339	1 437	1 360	
2010	J	1 307	1 271	1 311	1 204	10 055
	M	1 313	1 429	1 120	1 100	
2014	J	1 050	1 067	1 566	1 222	8 711
	M	1 091	895	1 040	780	
2018	J	1 408	1 110	1 274	1 054	9 991
	M	1 437	1 112	1 354	1 242	

Noot: door ontbrekende data om leeftijd en/of geslacht te bepalen, kan het totaal licht afwijken van de effectieve steekproef.

Bij de jongens zijn dit vervolgens de 13 tot 14-jarigen (22.9%) en de 17- tot 18-jarigen (21.7%). Bij de meisjes is dit eerst de oudste leeftijdsgroep (24.1%), gevolgd door de 13- tot 14-jarigen (21.6%).

Uitzonderingen hierop zijn de resultaten gerapporteerd in de factsheet 'Context' waarin de sociodemografische en de socio-economische gegevens beschreven worden.

Bij de vergelijking van de verschillende opleidingsvormen werden er drie groepen onderscheiden: het algemeen secundair onderwijs (ASO), het technisch secundair onderwijs (TSO) en het beroeps secundair onderwijs (BSO). Leerlingen uit het kunst secundair onderwijs (KSO) werden tot de groep van het technisch secundair onderwijs gerekend. Aangezien er in de eerste graad van het secundair onderwijs geen onderscheid gemaakt wordt naar opleidingsvorm maar gewerkt wordt met een algemene eerste graad, werden enkel de leerlingen uit het eerste en het tweede leerjaar van de tweede en de derde graad opgenomen in de analyses naargelang opleidingsvorm. Dit zijn respectievelijk het derde en vierde middelbaar en het vijfde en zesde middelbaar. **Tabel 3** beschrijft de aantallen naargelang geslacht en opleidingsvorm voor de huidige bevraging en van de voorbije edities. In 2018 is bij de jongens het aandeel respondenten het grootst in het technisch secundair (36.5%) en het beroeps secundair onderwijs (35.2%) en het laagst in het algemeen secundair onderwijs (28.3%). Bij de meisjes is het aantal respondenten het grootst in het algemeen secundair (34.9%) en het technisch secundair onderwijs (33.3%) en het laagst in het beroeps secundair onderwijs (31.8%).

Tabel 3: verdeling naar opleiding en geslacht

		ASO	TSO	BSO	Totaal
1990	J	498	363	138	1 987
	M	372	273	343	
1994	J	603	629	495	4 561
	M	1 304	813	717	
1996	J	232	493	256	2 217
	M	364	653	219	
1998	J	1 130	1 087	740	5 829
	M	1 340	825	707	
2000	J	498	569	453	3 313
	M	763	516	514	
2002	J	1 749	1 544	764	8 097
	M	2 121	1 069	850	
2006	J	1 080	1 107	742	5 873
	M	1 268	947	729	
2010	J	940	1 084	629	4 954
	M	995	817	489	
2014	J	888	1 359	856	5 096
	M	872	622	499	
2018	J	731	944	911	5 441
	M	995	952	908	

Om vergelijking mogelijk te maken met de resultaten uit voorgaande bevestigingen wordt er een wegingsfactor gebruikt. Deze wegingsfactor werd berekend op basis van de effectieve samenstelling van de populatie naar leerjaar, geslacht en opleidingsvorm. De gerapporteerde resultaten zijn steeds gebaseerd op de gewogen data.

DEEL 2

**SOCIODEMOGRAFISCHE EN
-ECONOMISCHE CONTEXT**

IN DIT HOOFDSTUK

Dit deel biedt meer inzicht in de sociodemografische en socio-economische context van de jongeren. Dit omvat onder meer informatie omtrent de afkomst van de jongeren en de socio-economische karakteristieken van het gezin waarin de jongeren opgroeien.

SOCIODEMOGRAFISCHE CONTEXT

METHODOLOGIE

De etniciteit van de jongeren alsook van hun ouders werd in kaart gebracht door te peilen naar hun geboorteland via de vraag: 'In welk land ben je geboren?'. Er waren zeven antwoordcategorieën: 'België', 'Frankrijk', 'Nederland', 'Italië', 'Marokko', 'Polen' en 'Ander land'. De antwoordcategorieën 'Frankrijk' tot 'Polen' werden gekozen omdat ze overeenstemmen met de grootste migratiegroepen in België. De laatste antwoordcategorie liet toe om zelf het geboorteland in te vullen indien dat niet was opgenomen in de lijst. Op basis van de antwoorden op deze vragen werden diverse groepen onderscheiden (zie verder).

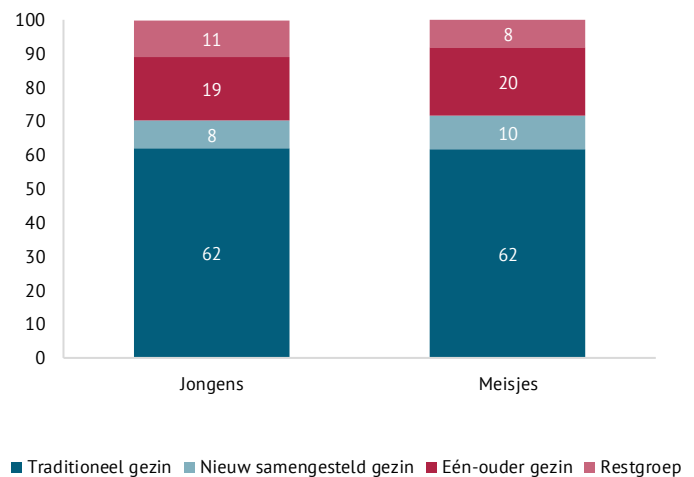
De gezinssamenstelling werd bevraagd door jongeren te laten aangeven met wie ze allemaal samenwonen in hun gezin waar ze al hun tijd of het meeste van hun tijd doorbrengen. Ze konden meerdere antwoordcategorieën aangeven en kiezen uit: 'moeder', 'vader', 'partner van vader', 'partner van moeder', 'ik woon in een pleeggezin of opvangtehuis' en 'bij iemand of ergens anders'. Op basis van de antwoorden werd een onderscheid gemaakt tussen het traditionele gezin (jongeren die bij hun beide ouders in hetzelfde huis wonen), het één-ouder gezin (jongeren die met één ouder samenwonen), het nieuw samengestelde gezin (jongeren die samenwonen met twee ouders waarvan één stiefouder) en een restgroep (jongeren die niet bij hun ouders wonen of de vraag niet invulden).

ETNICITEIT

In de steekproef zijn 74.0% van de jongeren en hun ouders in België geboren (autochtoon). Het percentage leerlingen dat aangaf zelf in België geboren te zijn, maar waarvan ten minste één van beide ouders in het buitenland geboren werd, bedraagt 17.4% (4.8% moeder in buitenland geboren, 5.7% vader in buitenland geboren en 6.9% beide ouders in buitenland geboren). Van de totale steekproef gaf 8.6% van de jongeren aan in het buitenland geboren te zijn. Binnen deze groep worden vier categorieën onderscheiden. Zij waarvan beide ouders, de vader, de moeder of geen van beide ouders in België geboren zijn. Deze groepen bedragen respectievelijk 0.6%, 0.7%, 0.4% en 6.9%. De overgrote meerderheid van de leerlingen die in het buitenland geboren werd, heeft dus ook ouders die uit het buitenland afkomstig zijn.

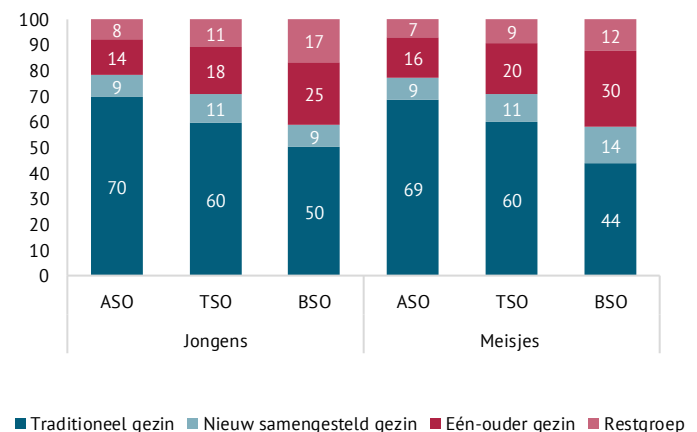
GEZINSSAMENSTELLING

De meerderheid van de jongens en de meisjes wonen in een traditioneel gezin ($\chi^2=31.7$, $df=3$, $p<0.001$). Bij de jongens is dit 62.1% van alle jongens en bij de meisjes 61.6% van alle meisjes. Dit wordt gevolgd door het één-ouder gezin (jongens: 18.9% en meisjes: 19.9%) en het nieuw samengestelde gezin (jongens: 8.1% en meisjes: 10.2%). Tot slot is er ook nog een resterende groep jongeren die niet bij hun ouders wonen of de vraag niet invulden (jongens: 10.8% en meisjes: 8.3%). De resultaten worden weergegeven in **Grafiek 2**.



Grafiek 2: gezinssamenstelling naar geslacht (procentueel)

In **Grafiek 3** wordt de gezinssamenstelling weergegeven naargelang opleidingsvorm voor beide geslacht afzonderlijk. Zowel de jongens als de meisjes uit het algemeen secundair onderwijs wonen vaker in een traditioneel gezin vergeleken met de jongeren uit het technisch secundair en het beroeps secundair onderwijs (jongens: $\chi^2=83.0$, $df=6$, $p<0.001$; meisjes: $\chi^2=122.1$, $df=6$, $p<0.001$).



Grafiek 3: gezinssamenstelling naar opleiding en geslacht (procentueel)

SOCIO-ECONOMISCHE CONTEXT

METHODOLOGIE

Het opleidingsniveau van beide ouders werd nagegaan via de vraag: 'Welk hoogste diploma heeft je... (vader [of partner van je vader]/moeder [of partner van je moeder])?'. De antwoordmogelijkheden waren: 'nooit gestudeerd', 'lagere school', 'secundaire school', 'hogeschool of universiteit' en 'ik ken deze persoon niet/zie deze persoon niet'.

Via de vraag: 'Heeft jouw vader (of de partner van je moeder)/jouw moeder (of de partner van je vader) werk?' werd de beroepsstatus van de ouders bevraagd. De antwoordmogelijkheden waren: 'ja', 'neen', 'ik weet het niet' en 'ik ken deze persoon niet/zie deze persoon nooit'. Indien de jongere 'neen' antwoordde werd gevraagd om dit verder te specificeren via volgende antwoordcategorieën: 'is ziek, gepensioneerd of student', 'is werkzoekend', 'doet het huishouden of zorgt voor anderen' en 'ik weet het niet'.

De materiële welvaart van het gezin werd gemeten aan de hand van de *Family Affluence Scale (FAS)* of familiale welvaartsschaal. Deze schaal bestaat uit zes items die peilen naar het bezit van het aantal auto's, het aantal computers, het aantal badkamers, het aantal buitenlandse reizen dat het gezin doet, het hebben van een wasmachine en het hebben van een eigen slaapkamer. Op basis van de antwoorden op deze items werd een absolute score berekend waarna drie groepen werden onderscheiden: de lage, de midden en de hoge FAS-groep. Deze groepen bestaan respectievelijk uit jongeren uit de laagste 20%, middelste 70% en hoogste 10%. Er werd ook gepeild naar de subjectieve welvaart van de jongeren via de vraag: 'Hoe rijk denk je dat je gezin is?' De antwoorden varieerden van 'zeer rijk' tot 'helemaal niet rijk'.

BEROEP EN OPLEIDINGSNIVEAU OUDERS

Aangezien in de huidige bevraging enkel gepeild werd naar de werkstatus en niet langer naar de aard van het beroep, is het niet langer mogelijk om de ouders verder onder te verdelen in socio-economische klassen naar gelang beroep. Een beschrijving van het percentage werkende ouders en de reden van niet-werken is wel nog mogelijk.

Van alle jongeren werkt 85.6% van de moeders en 91.3% van de vaders. Het percentage niet-werkende ouders (huisvrouw/-man, ziek, student, gepensioneerd of werkzoekend) bedraagt 12.5% voor de moeders en 5.4% voor de vaders. Wat betreft het opleidingsniveau van de ouders is vast te stellen dat de meerderheid van de ouders hogere studies deed (bachelor of master), namelijk 50.6% van de vaders en 58.2% van de moeders. Van de vaders beëindigde 38.3% de schoolloopbaan na het secundair onderwijs, bij de moeders was dit 32.9%. Een minderheid van de ouders heeft enkel het basisonderwijs voltooid (vaders: 5.2% en moeders: 5.1%) of geen opleiding genoten (vaders: 2.1% en moeders: 2.0%). Een resterende groep geeft aan hun vader of moeder niet te kennen (vaders: 3.7% en moeders: 1.8%).

SUBJECTIEVE WELVAART

De subjectieve welvaart van de jongeren wordt gerapporteerd in [Grafiek 4](#). Hieruit blijkt dat de meerderheid van de jongens (62.3%) en de meisjes (68.1%) aangeeft gemiddeld rijk te zijn. Van de jongens geeft 23.5% aan rijk te zijn en 4.3% zeer rijk te zijn. Bij de meisjes is dit respectievelijk 17% en 1.6%. Het percentage jongeren dat niet erg rijk is bedraagt 7.2% bij de jongens en 10.6% bij de meisjes. Een klein percentage jongeren stelt helemaal niet rijk te zijn (jongens en meisjes: 2.7%). Hieruit is af te leiden dat de jongens hun subjectieve welvaartsniveau gemiddeld iets hoger inschatten in vergelijking met de meisjes ($\chi^2=163.7$, $df=4$, $p<0.001$).

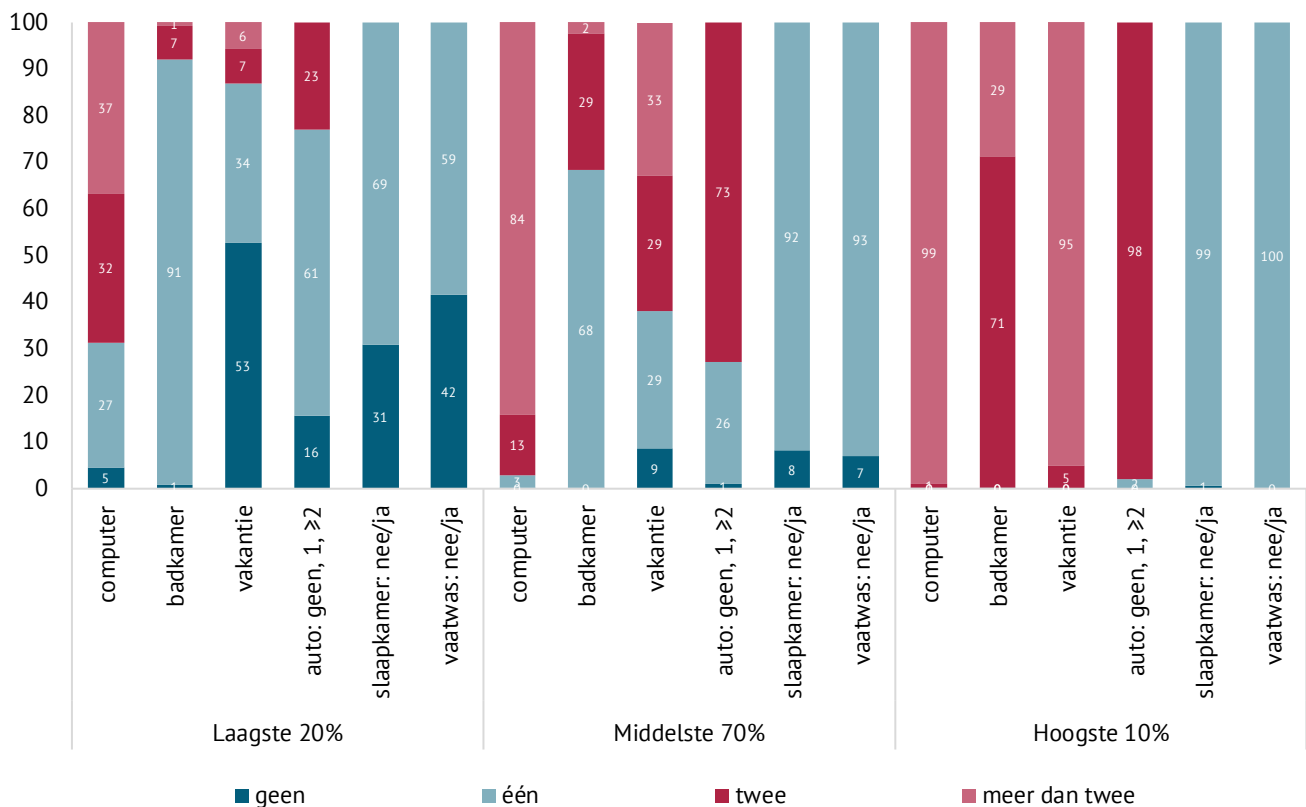


Grafiek 4: subjectieve welvaart naar geslacht (procentueel)

MATERIËLE WELVAART

In 2018 scoort 19% van de jongeren nul tot zeven op de FAS-schaal en behoren hiermee tot de laagste FAS-groep (laagste 20%). Tot de middelste FAS-groep (middelste 70%) worden de jongeren gerekend die een FAS-score behalen tussen acht en elf. Dit stemt overeen met 70.0% van de jongeren. De hoogste FAS-groep (hoogste 10%) bestaat uit jongeren die een FAS-score van twaalf tot dertien behalen op de FAS-schaal en bedraagt 11.0% van de jongeren. In **Grafiek 5** wordt het profiel per FAS-groep weergegeven. Hieruit is af te leiden dat vooral in de basisvoorzieningen weinig verschillen op te merken zijn tussen de drie FAS-groepen onderling.

Zo heeft vrijwel elke jongere een eigen slaapkamer en minstens één badkamer thuis, ongeacht de FAS-groep waartoe ze behoren. Bij hogere FAS-groepen liggen de aantallen enkel hoger. Grotere verschillen worden echter waargenomen in de FAS-items die naar basisbehoeften peilen. Zo hebben jongeren uit de laagste FAS-groep vaker geen vaatwasser in vergelijking met de andere FAS-groepen en gaan ze stevast minder of niet op reis. Tussen de middelste en hoogste FAS-groep worden hierin minder uitgesproken verschillen vastgesteld.



Grafiek 5: profiel per FAS-groep (procentueel). Noot: de antwoordcategorieën van de FAS-items wijken licht af van de hierboven weergegeven legende. Voor de FAS-items waarbij de antwoordcategorieën niet overeenstemmen met de legende wordt de correcte interpretatie onder de grafiekbalk zelf verduidelijkt.

DEEL 3

GEZONDHEID EN WELZIJN

IN DIT HOOFDSTUK

Gezondheid wordt binnen de internationale HBSC-studie en door de Wereldgezondheidsorganisatie beschouwd als *'a resource for living a productive life'*. Een slechte gezondheid kan het behalen van bepaalde levensdoelen belemmeren. Vooral bij adolescenten is een goede gezondheid dan ook een noodzaak aangezien de adolescentie gekenmerkt wordt door een periode van belangrijke beslissingen. Het behoud en de bevordering van de gezondheid bij adolescenten kan lange termijn voordelen opleveren voor het individu en de maatschappij. Objectieve gegevens zoals nationale morbiditeit en mortaliteit zijn hierbij echter belangrijk. In de adolescentie zijn deze indicatoren slechts beperkt bruikbaar door de lage incidentie bij jongeren. Vandaar dat voor deze populatie ook subjectieve en zelf-gerapporteerde indicatoren gebruikt worden.

Prevalenties in levenstevredenheid, levenskwaliteit, zelfmoordgedachten en -zelfbeschadigend gedrag komen in dit deel aan bod. Ook prevalentiecijfers voor zelf-gerapporteerde gezondheid, mentale en lichamelijke gezondheidsklachten en medicatiegebruik voor deze klachten worden weergegeven. Een nieuwe focus gaat uit naar de slaapduur en slaapkwaliteit van Vlaamse adolescenten.

MENTALE GEZONDHEID

METHODOLOGIE

De levenstevredenheid werd gemeten op basis van de Cantril ladder. De jongeren dienden hierbij op een ladder aan te duiden hoe tevreden ze over het algemeen zijn met hun leven. De antwoordmogelijkheden varieerden van 'best mogelijke leven' (score 10 of positie helemaal bovenaan de ladder) tot 'slechts mogelijke leven' (score 0 of positie helemaal onderaan de ladder). Op basis van deze antwoorden werden de jongeren in twee groepen opgedeeld: hoge levenstevredenheid (score groter of gelijk aan zes) en lage levenstevredenheid (score kleiner dan zes).

De levenskwaliteit van de jongeren werd in kaart gebracht via de Kidscreen of Mental Health Index. De korte versie van de Kidscreen bestaat uit tien vragen die peilen naar (1) verdrietig zijn, (2) eenzaam zijn, (3) energiek zijn, (4) tijd hebben voor zichzelf, (5) vrije tijd zelf kunnen invullen, (6) eerlijk behandeld worden door ouders, (7) plezierbeleving met vrienden, (8) kunnen opletten, (9) zich fit voelen en (10) of het goed gaat op school. Op basis van de antwoorden op deze items, werd er een T-score berekend. Deze T-score werd gebruikt om de jongeren in te delen in twee groepen: hoge levenskwaliteit (T-score groter of gelijk aan 38) en lage levenskwaliteit (T-score kleiner dan 38).

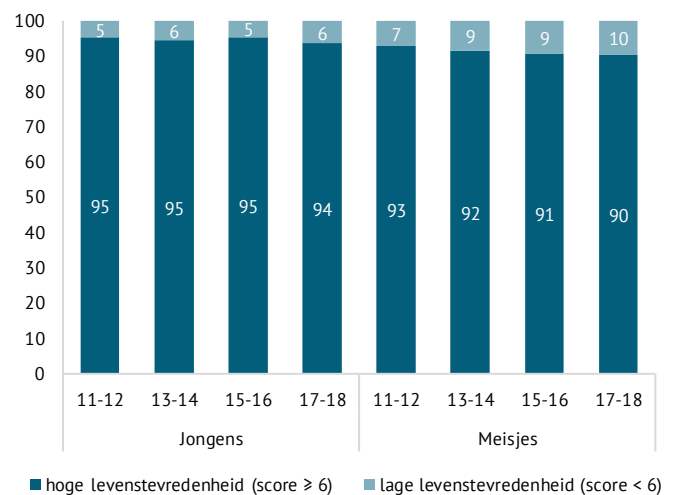
Om zicht te krijgen op de prevalentie van zelfmoordgedachten en zelfbeschadigend gedrag bij jongeren uit het secundair onderwijs, werden volgende vragen gesteld: 'Heb je er wel eens over nagedacht een einde aan je leven te maken?' en 'Heb je ooit opzettelijk te veel pillen geslikt of jezelf op een andere manier geprobeerd lichamelijk te beschadigen?'. De antwoordmogelijkheden waren: 'nooit', 'ja, één keer', 'ja, meerdere keren', 'vaak' en 'heel vaak'. In de analyses werd een onderscheid gemaakt tussen jongeren die minstens meerdere keren gedacht hebben aan zelfmoord of zichzelf hebben beschadigd (antwoordcategorieën 'ja, meerdere keren' tot 'heel vaak') en jongeren die dit nog nooit of eenmaal deden (antwoordcategorieën 'nooit' tot 'ja, één keer').

LEVENSTEVREDENHEID

In 2018 bedraagt het percentage jongeren met een hoge levenstevredenheid 94.4% bij de jongens en 91.3% bij de meisjes.

Met een klein verschil zijn dit significant meer jongens dan meisjes ($\chi^2=39.2$, $df=1$, $p<0.001$). Ten opzichte van de vorige bevraging in 2014 is de levenstevredenheid gunstig geëvolueerd. Bij jongens bedroeg het percentage met een hoge levenstevredenheid in 2014 immers 89.1% en bij meisjes 84.4% (jongens: $\chi^2=95.8$, $df=1$, $p<0.001$; meisjes: $\chi^2=111.9$, $df=1$, $p<0.001$).

De levenstevredenheid verschilt niet naargelang leeftijd, zoals blijkt uit **Grafiek 6** (jongens: $\chi^2=4.7$, $df=3$, $p=0.192$; meisjes: $\chi^2=5.4$, $df=3$, $p=0.143$).



Grafiek 6: levenstevredenheid naar leeftijd en geslacht (procentueel)

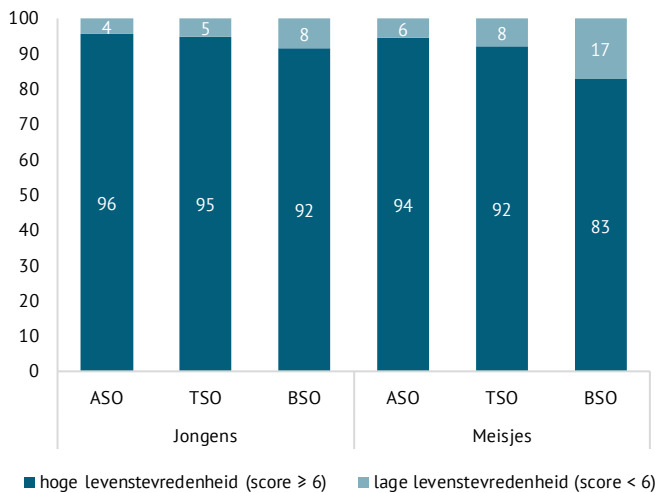
In vergelijking met 2014 is er voor jongens en meisjes uit alle leeftijdsgroepen - met uitzondering van de 11- tot 12-jarige meisjes - een opmerkelijke toename in de prevalentie van een hoge levenstevredenheid te observeren (**Tabel 4**).

Tabel 4: evolutie levenstevredenheid naar leeftijd en geslacht

		11-12	13-14	15-16	17-18
J	2014	92.1%	92.3%	91.9%	88.1%
	2018	95.3%	94.5%	95.4%	93.6%
		$\chi^2=10.1$ $df=1$ $p=0.001$	$\chi^2=4.7$ $df=1$ $p=0.031$	$\chi^2=12.7$ $df=1$ $p<0.001$	$\chi^2=19.4$ $df=1$ $p<0.001$
M	2014	91.0%	87.0%	79.5%	81.9%
	2018	92.9%	91.5%	90.8%	90.4%
		$\chi^2=2.7$ $df=1$ $p=0.099$	$\chi^2=12.3$ $df=1$ $p<0.001$	$\chi^2=65.2$ $df=1$ $p<0.001$	$\chi^2=32.4$ $df=1$ $p<0.001$

In **Grafiek 7** worden de prevalenties van levenstevredenheid gerapporteerd, opgedeeld naargelang opleidingsvorm. Hieruit blijkt dat zowel bij de jongens ($\chi^2=12.3$, $df=2$, $p=0.002$) als bij de meisjes ($\chi^2=63.8$, $df=2$, $p<0.001$) een significant verschil in de prevalentie gevonden wordt tussen de diverse opleidingsvormen.

Meer jongens (95.6%) en meisjes (94.4%) uit het algemeen secundair onderwijs rapporteren een hoge levensvredeheid in vergelijking met de jongens en de meisjes uit het beroeps secundair onderwijs (respectievelijk 91.6% en 82.7%). De prevalentie van de jongens in het technisch secundair onderwijs die een hoge levensvredeheid rapporteert, bedraagt 94.8% en bij de meisjes is dit 92.0%.



Grafiek 7: levensvredeheid naar opleiding en geslacht (procentueel)

De prevalentie van een hoge levensvredeheid is in vergelijking met 2014 binnen alle opleidingsvormen toegenomen bij de jongens en de meisjes (Tabel 5). Enkel voor jongens uit het algemeen secundair onderwijs wordt er geen significant verschil gevonden tussen 2014 en 2018 ($\chi^2=2.6$, $df=1$, $p=0.109$).

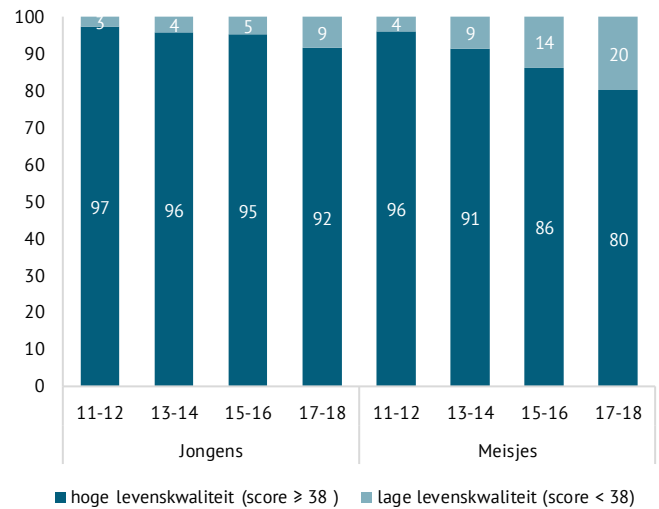
Tabel 5: evolutie levensvredeheid naar opleiding en geslacht

		ASO	TSO	BSO
J	2014	94.0%	88.4%	85.7%
	2018	95.6%	94.8%	91.6%
		$\chi^2=2.6$	$\chi^2=25.4$	$\chi^2=10.6$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.109$	$p<0.001$	$p=0.001$
M	2014	87.6%	76.1%	70.3%
	2018	94.4%	92.0%	82.7%
		$\chi^2=35.0$	$\chi^2=72.7$	$\chi^2=21.2$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p<0.001$	$p<0.001$	$p<0.001$

LEVENSKWALITEIT

In 2018 bedraagt het aandeel jongeren met een hoge levenskwaliteit 94.6% bij de jongens tegenover 88.5% bij de meisjes ($\chi^2=126.4$, $df=1$, $p<0.001$). Dit is een significante verbetering ten opzichte van 2014. Toen bedroeg de prevalentie jongeren met een hoge levenskwaliteit 90.9% bij de jongens en 85.1% bij de meisjes (jongens: $\chi^2=52.8$, $df=1$, $p<0.001$; meisjes: $\chi^2=23.8$, $df=1$, $p<0.001$).

Grafiek 8 rapporteert de prevalenties van levenskwaliteit naargelang leeftijd. Zowel bij de jongens ($\chi^2=41.9$, $df=3$, $p<0.001$) als bij meisjes neemt het aandeel jongeren die aangeven een hoge levenskwaliteit te hebben af naarmate men ouder wordt ($\chi^2=159.8$, $df=3$, $p<0.001$).



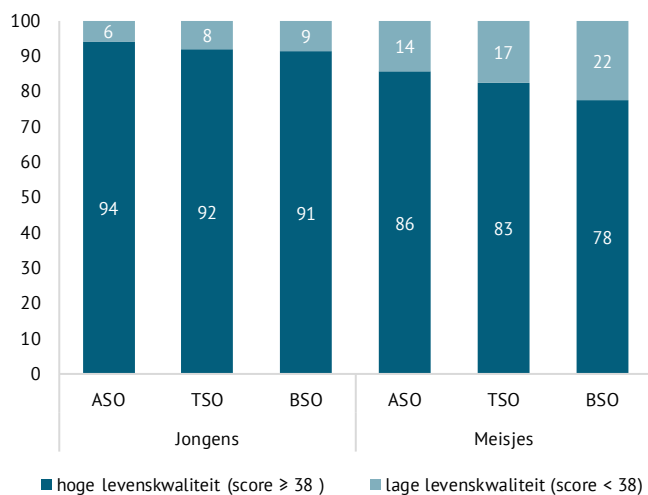
Grafiek 8: levenskwaliteit naar leeftijd en geslacht (procentueel)

In vergelijking met de resultaten uit 2014 is vast te stellen dat de prevalentie van jongeren met een hoge levenskwaliteit significant is toegenomen voor 13- tot 14-jarige jongens ($\chi^2=10.2$, $df=1$, $p=0.001$) en 15- tot 16-jarige meisjes ($\chi^2=15.9$, $df=1$, $p<0.001$). Voor de andere leeftijdsgroepen wordt er geen significante evolutie waargenomen ten opzichte van 2014 (Tabel 6).

Tabel 6: evolutie levenskwaliteit naar leeftijd en geslacht

		11-12	13-14	15-16	17-18
J	2014	96.3%	92.6%	94.2%	89.4%
	2018	97.3%	95.7%	95.3%	91.5%
		$\chi^2=1.5$	$\chi^2=10.2$	$\chi^2=1.8$	$\chi^2=2.5$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.219$	$p=0.001$	$p=0.183$	$p=0.111$
M	2014	94.5%	89.3%	80.2%	78.5%
	2018	96.1%	91.4%	86.2%	80.2%
		$\chi^2=3.0$	$\chi^2=2.7$	$\chi^2=15.9$	$\chi^2=0.9$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.081$	$p=0.098$	$p<0.001$	$p=0.351$

Uit de resultaten (Grafiek 9) blijkt dat er geen significante verschillen zijn in de prevalentie van een hoge levenskwaliteit bij de jongens uit de diverse opleidingsvormen ($\chi^2=5.1$, $df=2$, $p=0.077$). Bij de meisjes wordt daarentegen een duidelijk hogere prevalentie geobserveerd in het algemeen en het technisch secundair onderwijs tegenover het beroeps secundair onderwijs. De prevalenties bedragen 85.7% in het algemeen, 82.6% in het technisch en 77.6% in het beroeps secundair onderwijs ($\chi^2=16.7$, $df=2$, $p<0.001$).



Grafiek 9: levenskwaliteit naar opleiding en geslacht (procentueel)

De prevalentie van een hoge levenskwaliteit is significant verbeterd ten opzichte van 2014 voor meisjes uit het algemeen en het technisch secundair onderwijs. In 2014 bedroeg de prevalentie respectievelijk 82.6% en 74.5%. Dit is toegenomen naar 85.7% voor de meisjes uit het algemeen secundair onderwijs en 82.6% in het technisch secundair onderwijs (Tabel 7). Verder worden geen significante evoluties geobserveerd.

Tabel 7: evolutie levenskwaliteit naar opleiding en geslacht

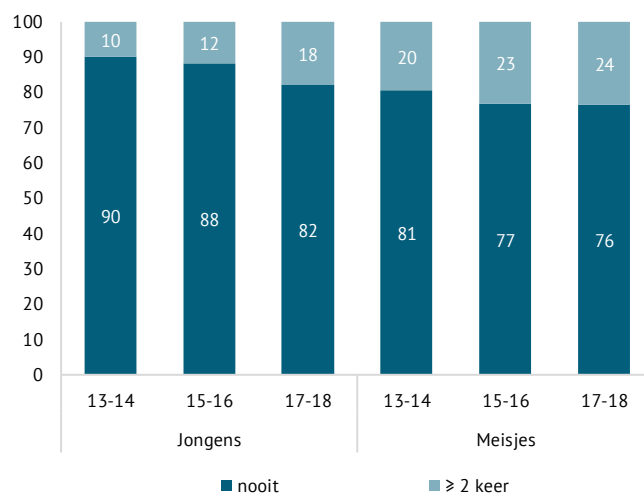
		ASO	TSO	BSO
J	2014	92.7%	91.6%	88.2%
	2018	94.2%	92.0%	91.4%
		chi ² =1.6	chi ² =0.1	chi ² =3.3
		df=1	df=1	df=1
		p=0.208	p=0.733	p=0.071
M	2014	82.6%	74.5%	77.6%
	2018	85.7%	82.6%	77.6%
		chi ² =4.4	chi ² =14.8	chi ² =0.0
		df=1	df=1	df=1
		p=0.035	p<0.001	p=0.999

ZELFMOORDGEDACHTEN

De prevalentie van zelfmoordgedachten bedraagt bij de jongens 13.0% en bij de meisjes 22.1%. Dit zijn significant meer meisjes dan jongens die reeds twee keer of meer aan zelfmoord gedacht hebben (chi²=93.5, df=1, p<0.001). Dit is voor de jongens een significante stijging in vergelijking met de bevindingen uit 2014 toen 11.1% van de jongens meer dan eens aan zelfmoord had gedacht (chi²=5.9, df=1, p=0.015). Voor de meisjes wordt er geen significant verschil waargenomen ten opzichte van de vorige bevraging (2014: 21.8%, chi²=0.1, df=1, p=0.804).

De prevalentie van zelfmoordgedachten vertoont een stijgende trend naarmate men ouder wordt (Grafiek 10). Bij de jongens uit de leeftijdsgroep van 13- tot 14-jarigen geeft 10.0% aan er meer dan eens over nagedacht te hebben om het leven te beëindigen.

Op de leeftijd van 17 tot 18 jaar is dit sterk toegenomen tot 17.8% (chi²=31.2, df=2, p<0.001). Ook bij de meisjes is er een toename te bemerken, hetzij minder uitgesproken van 19.5% op 13- tot 14-jarige leeftijd naar 23.6% op 17- tot 18-jarige leeftijd (chi²=6.9, df=2, p=0.032).



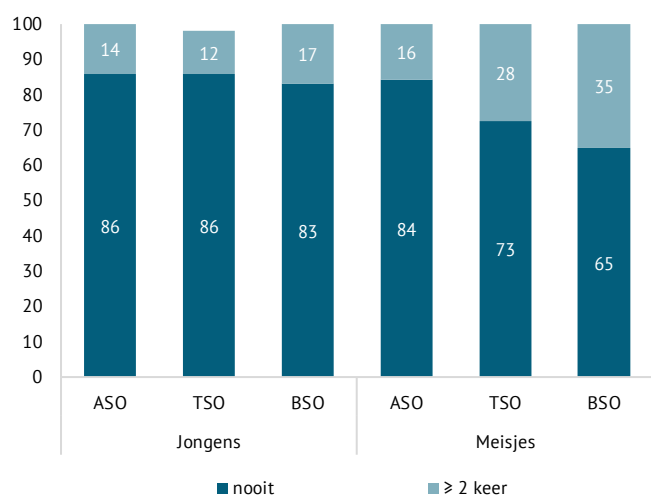
Grafiek 10: zelfmoordgedachten naar leeftijd en geslacht (procentueel)

De prevalentie van zelfmoordgedachten is voor de verschillende leeftijdsgroepen stabiel gebleven in vergelijking met 2014, behalve bij de 17- tot 18-jarige jongens (Tabel 8). In deze leeftijdsgroep is een opmerkelijke stijging waar te nemen van 11.9% in 2014 naar 17.8% in 2018 (chi²=13.6, df=1, p<0.001).

Tabel 8: evolutie zelfmoordgedachten naar leeftijd en geslacht

		13-14	15-16	17-18
J	2014	9.3%	11.3%	11.9%
	2018	10.0%	11.7%	17.8%
		chi ² =0.3	chi ² = 0.1	chi ² =13.6
		df= 1	df=1	df=1
		p=0.586	p=0.787	p<0.001
M	2014	18.2%	25.4%	20.4%
	2018	19.5%	23.3%	23.6%
		chi ² =0.6	chi ² = 1.5	chi ² =3.1
		df= 1	df=1	df=1
		p=0.444	p=0.226	p=0.080

In Grafiek 11 zijn de prevalenties van zelfmoordgedachten naargelang opleiding weergegeven voor beide geslachten afzonderlijk. Bij de jongens worden er geen significante verschillen gevonden in de prevalentie tussen de diverse opleidingsvormen (chi²=2.1, df=2, p=0.350). Bij de meisjes daarentegen worden significante verschillen waargenomen (chi²=72.8, df=2, p<0.001). De prevalentie van zelfmoordgedachten ligt beduidend hoger in het beroeps secundair onderwijs (35.0%) en het technisch secundair onderwijs (27.5%) ten opzichte van het algemeen secundair onderwijs (15.8%).



Grafiek 11: zelfmoordgedachten naar opleiding en geslacht (procentueel)

In vergelijking met de bevindingen uit 2014 is er bij de jongens uit het algemeen en het technisch secundair onderwijs een toename in de prevalentie van zelfmoordgedachten op te merken (algemeen: $\chi^2=7.2$, $df=1$, $p=0.007$; technisch: $\chi^2=4.2$, $df=1$, $p=0.039$). In 2018 rapporteert 13.7% van de jongens uit het algemeen secundair onderwijs en 15.4% van de jongens uit het technisch secundair onderwijs meermaals aan zelfmoord gedacht te hebben tegenover respectievelijk 9.7% en 12.0% in 2014. Voor de meisjes zijn er geen significante verschillen tussen 2014 en 2018 op te merken (Tabel 9).

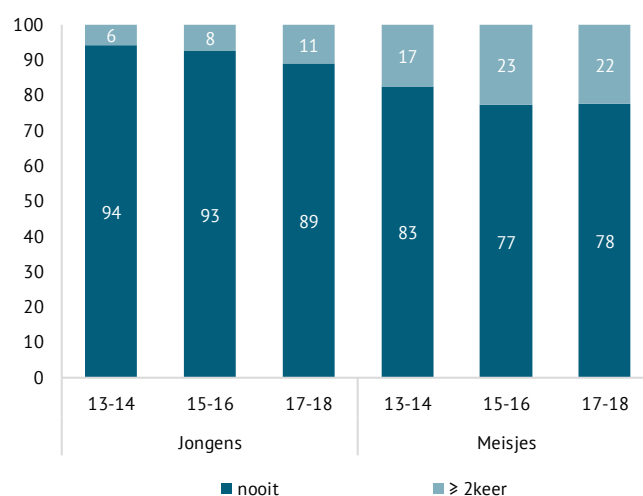
Tabel 9: evolutie zelfmoordgedachten naar opleiding en geslacht

		ASO	TSO	BSO
J	2014	9.7%	12.0%	15.6%
	2018	13.7%	15.4%	18.0%
		$\chi^2=7.2$	$\chi^2=4.2$	$\chi^2=1.2$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.007$	$p=0.039$	$p=0.272$
M	2014	16.9%	26.5%	32.1%
	2018	15.7%	27.8%	34.0%
		$\chi^2=0.6$	$\chi^2=0.4$	$\chi^2=0.4$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.456$	$p=0.555$	$p=0.527$

ZELFBESCHADIGEND GEDRAG

In 2018 heeft 8.0% van de jongens en 20.8% van de meisjes minstens eenmaal opzettelijk te veel pillen geslikt of zichzelf op een andere manier geprobeerd te beschadigen. De prevalentie is opvallend hoger bij de meisjes ($\chi^2=215.8$, $df=1$, $p<0.001$). In vergelijking met 2014 is er echter een gunstige afname te zien bij zowel de jongens (2014: 10.5%, $\chi^2=12.8$, $df=1$, $p<0.001$) als bij de meisjes (2014: 23.4%, $\chi^2=7.2$, $df=1$, $p=0.007$).

De prevalentie van zelfbeschadigend gedrag is bij de jongens en bij de meisjes het laagst op 13- tot 14-jarige leeftijd en vertoont een stijgende trend naarmate men ouder wordt, zoals gerapporteerd in Grafiek 12 (jongens: $\chi^2=20.9$, $df=2$, $p<0.001$; meisjes: $\chi^2=11.8$, $df=2$, $p=0.003$).



Grafiek 12: zelfbeschadigend gedrag naar leeftijd en geslacht (procentueel)

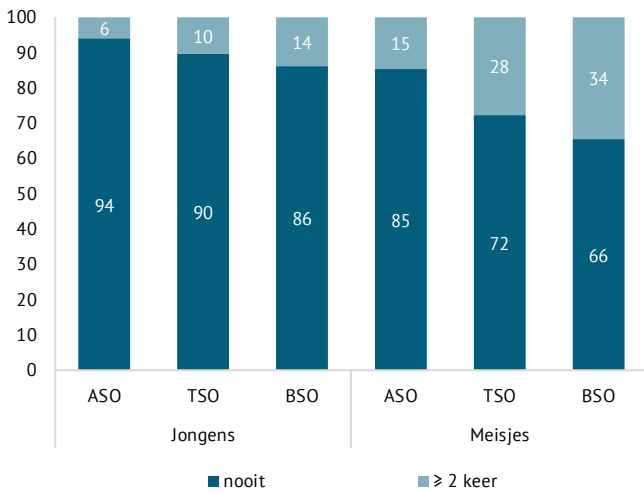
In vergelijking met de resultaten uit 2014 is er enkel voor de 15- tot 16-jarige meisjes een significante daling in de prevalentie van zelfbeschadigend gedrag vast te stellen ($\chi^2=11.2$, $df=1$, $p=0.001$). In 2014 bedroeg het percentage meisjes dat zichzelf minstens eenmaal opzettelijk schade toebracht 28.6% tegenover 22.6% in 2018 (Tabel 10).

Tabel 10: evolutie zelfbeschadigend gedrag naar leeftijd en geslacht

		13-14	15-16	17-18
J	2014	6.1%	8.7%	8.9%
	2018	5.7%	7.5%	11.1%
		$\chi^2=0.1$	$\chi^2= 1.0$	$\chi^2=2.6$
		$df= 1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.700$	$p=0.308$	$p=0.109$
M	2014	16.7%	28.6%	23.3%
	2018	17.4%	22.6%	22.4%
		$\chi^2=0.2$	$\chi^2= 11.2$	$\chi^2=0.2$
		$df= 1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.642$	$p=0.001$	$p=0.624$

Ook naargelang opleiding zijn er verschillen op te merken. Het percentage jongens dat minstens eenmaal zelfbeschadigend gedrag vertoonde, bedraagt 13.8% in het beroeps secundair onderwijs en 10.2% in het technisch secundair onderwijs tegenover 5.9% in het algemeen secundair onderwijs ($\chi^2=22.4$, $df=2$, $p<0.001$).

Bij meisjes is het percentage zelfbeschadigend gedrag eveneens significant lager in het algemeen secundair onderwijs (14.6%) in vergelijking met het technisch en beroeps secundair onderwijs (respectievelijk 27.6% en 34.4%) zoals af te leiden is uit **Grafiek 13** ($\chi^2=83.4$, $df=2$, $p<0.001$).



Grafiek 13: zelfbeschadigend gedrag naar opleiding en geslacht (procentueel)

Ten opzichte van 2014 is er bij de meisjes uit het technisch secundair onderwijs een afname in de prevalentie van zelfbeschadigend gedrag vast te stellen ($\chi^2=5.4$, $df=1$, $p=0.020$). In 2014 bedroeg de prevalentie nog 32.7%, in 2018 is dit afgenomen naar 27.1%. Verder worden er geen verschillen in de prevalentie van zelfbeschadigend gedrag tussen de diverse opleidingsvormen waargenomen in vergelijking met de resultaten uit 2014 (**Tabel 11**).

Tabel 11: evolutie zelfbeschadigend gedrag naar opleiding en geslacht

		ASO	TSO	BSO
J	2014	7.5%	7.8%	11.6%
	2018	6.8%	10.2%	14.9%
		$\chi^2=0.3$	$\chi^2=3.2$	$\chi^2=2.7$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.577$	$p=0.073$	$p=0.099$
M	2014	17.4%	32.7%	36.0%
	2018	14.8%	27.1%	33.0%
		$\chi^2=3.0$	$\chi^2=5.4$	$\chi^2=0.9$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.085$	$p=0.020$	$p=0.333$

SUBJECTIEVE GEZONDHEID

METHODOLOGIE

De zelf-gerapporteerde gezondheid werd bevestigd via: 'Wat vind je van je gezondheid?' met antwoorden variërend van 'uitstekend', 'goed', 'redelijk' tot 'slecht'. Jongeren die 'goed' of 'uitstekend' antwoordden, werden beschouwd als jongeren met een goede gezondheid. Jongeren die 'redelijk' tot 'slecht' antwoordden, werden beschouwd als jongeren met een slechte gezondheid.

De gezondheidsklachten van jongeren werd in kaart gebracht via de vraag: 'In de voorbije zes maanden, hoe vaak heb je het volgende gehad... (hoofdpijn, buikpijn, rugpijn, geïrriteerd of slecht gehumeurd zijn, je zenuwachtig voelen, problemen om in slaap te vallen, je duizelig voelen en je ongelukkig voelen)?'. Er waren vijf antwoordmogelijkheden: 'zelden of nooit', 'bijna elke maand', 'bijna elke week', 'meer dan één keer per week' en 'bijna elke dag'. In de analyses werd er een onderscheid gemaakt tussen jongeren die meer dan eens per week last hadden van een bepaalde klacht (antwoordcategorieën 'meer dan één keer per week' en 'bijna elke dag') en jongeren die eenmaal per week of minder dan wekelijks last hadden van een bepaalde klacht (antwoordcategorieën 'bijna elke week' tot 'zelden of nooit').

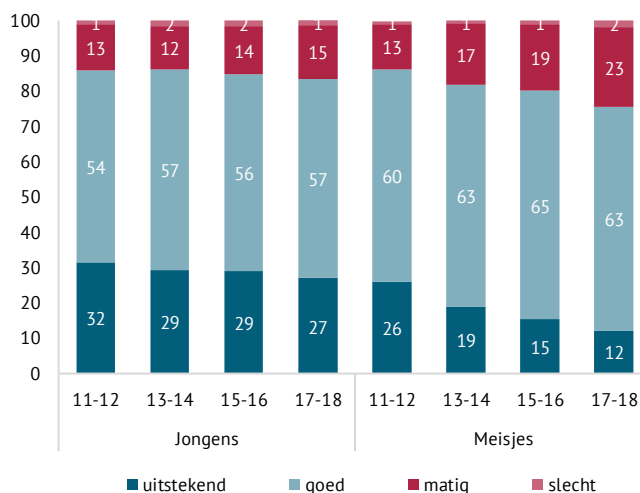
Voor enkele van bovenstaande gezondheidsklachten werd ook nagegaan of er medicatie werd ingenomen in de voorbije maand via de vraag: 'Heb je in de voorbije maand medicijnen of pillen genomen voor het volgende... (hoofdpijn, buikpijn, zenuwachtig zijn en problemen om in slaap te vallen)?'. De antwoordmogelijkheden waren 'neen', 'ja, één keer' en 'ja, meerdere keren'. Een positief antwoord op één van deze laatste twee antwoordmogelijkheden werd in de analyses beschouwd als medicatiegebruik voor een bepaalde klacht.

ZELF-GERAPPORTEERDE GEZONDHEID

De prevalentie van zelf-gerapporteerde gezondheid verschilt significant tussen jongens en meisjes. Van de jongens rapporteert 15.3% een redelijke tot slechte gezondheid te hebben. Bij de meisjes lag dit percentage significant hoger met 19.5% ($\chi^2=182.3$, $df=3$, $p<0.001$). Dit is in vergelijking met 2014 een significante daling.

Toen rapporteerde 16.8% van de jongens en 24.2% van de meisjes een redelijke tot slechte gezondheid te hebben (jongens: $\chi^2=4.4$, $df=1$, $p=0.036$; meisjes: $\chi^2=32.4$, $df=1$, $p<0.001$).

Uit **Grafiek 14** blijkt dat het percentage meisjes met een redelijke tot slechte gezondheid beduidend toeneemt met de leeftijd ($\chi^2=111.0$, $df=9$, $p<0.001$). In de leeftijdsgroep 11- tot 12-jarigen geeft 13.7% van de meisjes aan een redelijke tot slechte gezondheid te hebben tegenover 24.4% bij de 17- tot 18-jarigen. Bij jongens zijn er geen significante verschillen op te merken ($\chi^2=11.2$, $df=9$, $p=0.265$).



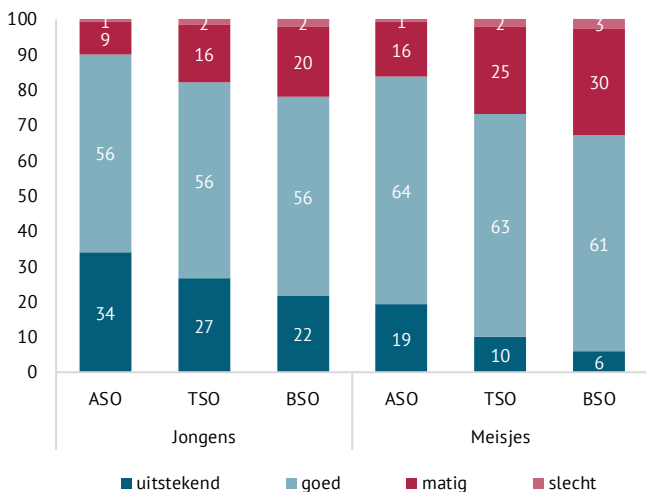
Grafiek 14: zelf-gerapporteerde gezondheid naar leeftijd en geslacht (procentueel)

In vergelijking met de resultaten uit 2014 is het percentage jongens dat aangeeft een redelijke tot slechte gezondheid te hebben, significant toegenomen bij de 11- tot 12-jarigen en afgenomen bij de 17- tot 18-jarigen. Bij de meisjes wordt een daling in de prevalentie van een redelijke tot slechte gezondheid waargenomen bij de 15- tot 16- en de 17- tot 18-jarigen (**Tabel 12**).

Tabel 12: evolutie zelf-gerapporteerde gezondheid naar leeftijd en geslacht

		11-12	13-14	15-16	17-18
J	2014	10.4%	13.3%	14.5%	20.9%
	2018	14%	13.6%	15.3%	16.5%
		$\chi^2=6.6$ $df=1$ $p=0.010$	$\chi^2=0.1$ $df=1$ $p=0.822$	$\chi^2=0.3$ $df=1$ $p=0.572$	$\chi^2=6.7$ $df=1$ $p=0.010$
M	2014	13.3%	19.5%	29.9%	31.5%
	2018	13.8%	18.1%	19.9%	24.4%
		$\chi^2=0.1$ $df=1$ $p=0.753$	$\chi^2=0.8$ $df=1$ $p=0.382$	$\chi^2=34.5$ $df=1$ $p<0.001$	$\chi^2=13.3$ $df=1$ $p<0.001$

Zowel bij de jongens als bij de meisjes zijn er significante verschillen vast te stellen naargelang de opleidingsvorm (jongens: $\chi^2=61.9$, $df=6$, $p<0.001$; meisjes: $\chi^2=114.1$, $df=6$, $p<0.001$). Als algemene trend is op te merken dat de prevalentie van een redelijk tot slechte gezondheid bij de jongens en de meisjes uit het algemeen secundair onderwijs beduidend lager ligt op 9.9% bij de jongens en 16.3% bij de meisjes in vergelijking met het technisch secundair onderwijs (respectievelijk 17.9% en 27.0%). Een redelijke tot slechte gezondheid is echter het meest prevalent bij de jongens en de meisjes uit het beroeps secundair onderwijs (jongens: 22.1% en meisjes 32.8%) zoals blijkt uit **Grafiek 15**.



Grafiek 15: zelf-gerapporteerde gezondheid naar opleiding en geslacht (procentueel)

Ten opzichte van 2014 is vooral bij de meisjes uit alle opleidingsvormen een opvallende daling in de prevalentie vast te stellen die een redelijke tot slechte gezondheid rapporteert (**Tabel 13**). Bij de jongens blijft de prevalentie stabiel in 2018, behalve in het algemeen secundair onderwijs waar ook een daling wordt geobserveerd in vergelijking met 2014 ($\chi^2=9.4$, $df=1$, $p=0.002$).

Tabel 13: evolutie zelf-gerapporteerde gezondheid naar opleiding en geslacht

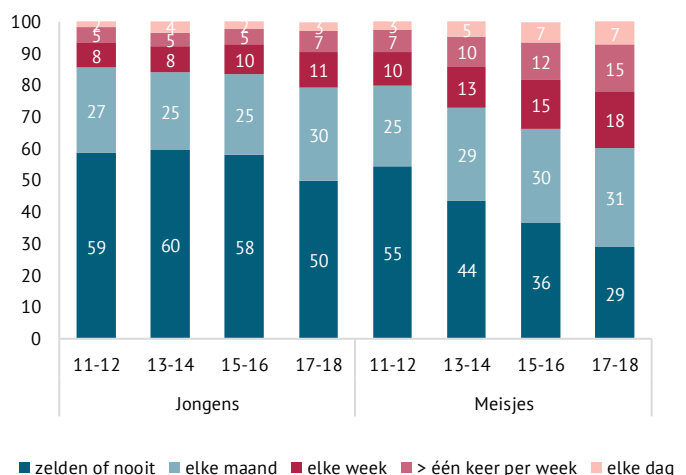
		ASO	TSO	BSO
J	2014	14.5%	19.6%	22.8%
	2018	9.9%	17.9%	22.1%
		$\chi^2=9.4$	$\chi^2=0.9$	$\chi^2=0.1$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$
M	2014	23.6%	38.6%	39.8%
	2018	16.3%	29.6%	32.7%
		$\chi^2=20.1$	$\chi^2=23.9$	$\chi^2=5.4$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$
	$p<0.001$	$p<0.001$	$p=0.021$	

GEZONDHEIDSKLACHTEN

Hoofdpijn

Het percentage meisjes dat meermaals per week last heeft van hoofdpijn bedraagt 16.3% en bij de jongens is dit 8.2%. Dit is een significant hogere prevalentie bij de meisjes in vergelijking met de jongens ($\chi^2=165.3$, $df=1$, $p<0.001$). Ook in 2014 gaven significant meer meisjes dan jongens aan te kampen met hoofdpijn, maar de percentages lagen toen beduidend hoger op 23.4% bij de meisjes en 14.7% bij de jongens in vergelijking met 2018 (jongens: $\chi^2=109.0$, $df=1$, $p<0.001$; meisjes: $\chi^2=81.2$, $df=1$, $p<0.001$).

Significante verschillen in de prevalentie van meermaals per week hoofdpijn zijn bovendien op te merken naargelang leeftijd (**Grafiek 16**). Bij de meisjes geldt dat de prevalentie van hoofdpijn significant toeneemt naarmate men ouder wordt en evolueert van 9.7% bij de 11- tot 12-jarigen naar 22.0% bij de oudste leeftijdsgroep ($\chi^2=75.8$, $df=3$, $p<0.001$). Bij de jongens is eenzelfde tendens waar te nemen, hetzij minder uitgesproken ($\chi^2=8.0$, $df=3$, $p=0.046$).



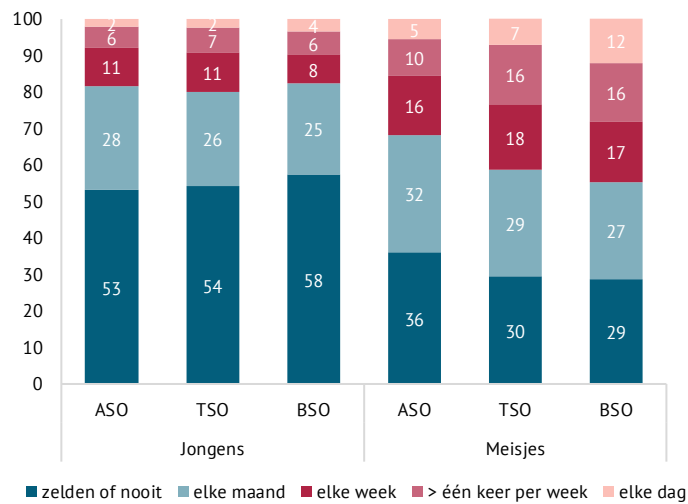
Grafiek 16: hoofdpijn naar leeftijd en geslacht (procentueel)

In vergelijking met de gegevens uit 2014 (**Tabel 14**) is vast te stellen dat de prevalentie van hoofdpijn significant is afgenomen in 2018 en dit voor zowel jongens als meisjes uit alle leeftijdsgroepen. De enige uitzondering hierop zijn de 17- tot 18-jarige jongens waar geen significant verschil tussen 2014 en 2018 wordt waargenomen ($\chi^2=2.0$, $df=1$, $p=0.160$).

Tabel 14: evolutie hoofdpijn naar leeftijd en geslacht

		11-12	13-14	15-16	17-18
J	2014	9.1%	15.6%	14.0%	11.4%
	2018	6.7%	7.9%	7.1%	9.6%
		chi ² =4.7 df=1 p=0.031	chi ² =34.3 df=1 p<0.001	chi ² =32.7 df=1 p<0.001	chi ² =2.0 df=1 p=0.160
M	2014	15.1%	20.1%	27.5%	29.1%
	2018	9.7%	14.1%	18.4%	22.0%
		chi ² =15.3 df=1 p<0.001	chi ² =14.7 df=1 p<0.001	chi ² =29.5 df=1 p<0.001	chi ² =14.4 df=1 p<0.001

Uit **Grafiek 17** blijkt dat er bij de jongens geen significante verschillen op te merken zijn in de prevalentie van hoofdpijn tussen de diverse opleidingsvormen (chi²=2.0, df=2, p=0.367). Bij de meisjes daarentegen worden de hoogste prevalenties in hoofdpijn waargenomen in het beroeps secundair onderwijs (28.2%) en de laagste prevalenties in het algemeen secundair onderwijs (15.5%). Het technisch secundair onderwijs bevindt zich hiertussen met een prevalentie van 23.5% (chi²=6.6, df=2, p=0.037).



Grafiek 17: hoofdpijn naar opleiding en geslacht (procentueel)

Vergeleken met 2014 is het percentage jongens en meisjes uit de diverse opleidingsvormen dat meer dan eens per week last heeft van hoofdpijn significant gedaald (**Tabel 15**). Enkel bij de jongens uit het algemeen secundair onderwijs worden geen verschillen in de evolutie waargenomen (chi²=0.1, df=1, p=0.762).

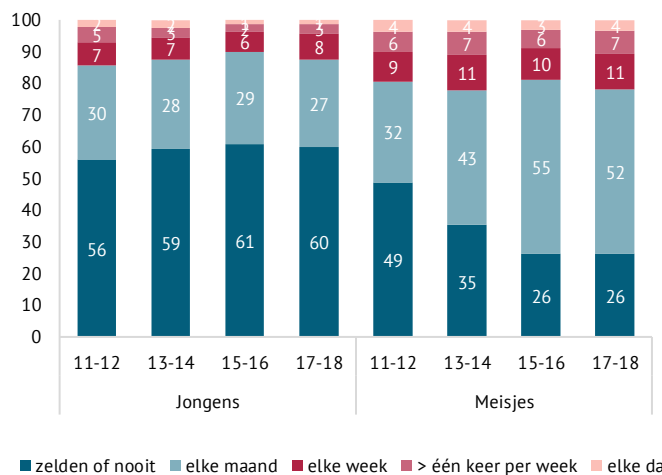
Tabel 15: evolutie hoofdpijn naar opleiding en geslacht

		ASO	TSO	BSO
J	2014	7.4%	14.0%	19.4%
	2018	7.8%	9.3%	9.5%
		chi ² =0.1 df=1 p=0.762	chi ² =10.6 df=1 p=0.001	chi ² =24.6 df=1 p<0.001
M	2014	22.8%	30.7%	38.8%
	2018	15.5%	23.5%	28.2%
		chi ² =21.3 df=1 p<0.001	chi ² =10.0 df=1 p=0.002	chi ² =12.6 df=1 p<0.001

Buikpijn

De prevalentie van meermaals per week buikpijn verschilt significant tussen de jongens en de meisjes (chi²=86.1, df=1, p<0.001). Van de meisjes geeft 10.3% aan meermaals per week buikpijn te hebben. Bij de jongens is dit beduidend lager met 5.4%. Dit is een significante daling ten opzichte van 2014. Toen rapporteerde 9.8% van de jongens en 15.5% van de meisjes meer dan eens per week last te hebben van buikpijn (jongens: chi²=70.2, df=1, p<0.001; meisjes: chi²=61.9, df=1, p<0.001).

In **Grafiek 18** bevinden zich de resultaten van de jongens en meisjes die meer dan één keer per week last hadden van buikpijn in de voorbij zes maanden opgesplitst naargelang leeftijd. Bij de jongens is vast te stellen dat de prevalentie van buikpijn significant afneemt van 7.2% bij de 11- tot 12-jarigen naar 4.4% bij de 17- tot 18-jarigen (chi²=16.6, df=3, p=0.001). Bij de meisjes zijn er geen significante verschillen op te merken (chi²=4.4, df=3, p=0.225).



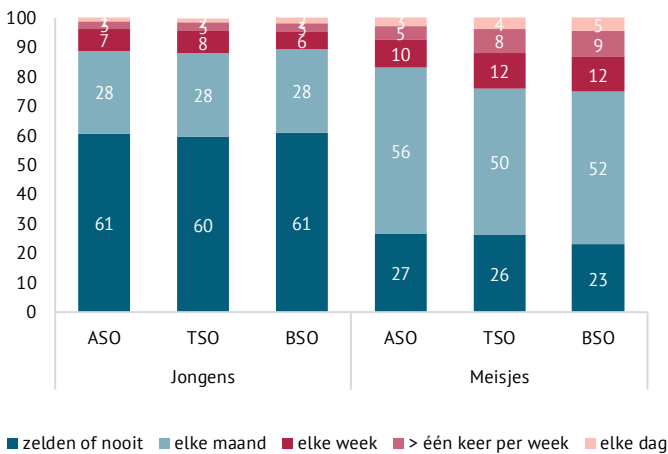
Grafiek 18: buikpijn naar leeftijd en geslacht (procentueel)

Ten opzichte van 2014 is de prevalentie van meermaals buikpijn per week significant afgenomen overheen alle leeftijden bij de meisjes. Bij de jongens worden geen significante verschillen waargenomen tussen 2014 en 2018 bij de 11- tot 12- en 17- tot 18-jarigen. Een significante afname wordt wel geobserveerd bij de 13- tot 14- en 15- tot 16-jarige jongens (**Tabel 16**).

Tabel 16: evolutie buikpijn naar leeftijd en geslacht

		11-12	13-14	15-16	17-18
J	2014	7.8%	4.0%	7.6%	5.8%
	2018	7.2%	5.7%	3.8%	4.4%
		chi ² =0.3 df=1 p=0.573	chi ² =15.4 df=1 p<0.001	chi ² =16.9 df=1 p<0.001	chi ² =1.9 df=1 p=0.172
M	2014	13.2%	13.8%	17.8%	15.6%
	2018	10.1%	11.0%	8.7%	10.6%
		chi ² =5.5 df=1 p=0.019	chi ² =4.0 df=1 p=0.045	chi ² =45.6 df=1 p<0.001	chi ² =11.7 df=1 p=0.001

De prevalentie van meermaals buikpijn per week is verschillend tussen de opleidingsvormen bij meisjes ($\chi^2=19.8$, $df=2$, $p<0.001$) maar niet bij jongens ($\chi^2=1.0$, $df=2$, $p=0.618$). Bij meisjes worden de hoogste prevalenties opgetekend in het beroeps secundair onderwijs (13.4%) en het technisch secundair onderwijs (11.9%). Meisjes uit het algemeen secundair onderwijs rapporteren het minst vaak (7.4%) klachten van buikpijn zoals blijkt uit **Grafiek 19**.



Grafiek 19: buikpijn naar opleiding en geslacht (procentueel)

De prevalentie van buikpijn is in vergelijking met 2014 beduidend afgenomen bij jongens en meisjes uit de diverse opleidingsvormen (**Tabel 17**). Bij jongens uit het algemeen secundair onderwijs wordt geen significante evolutie geobserveerd ($\chi^2=0.1$, $df=1$, $p=0.790$).

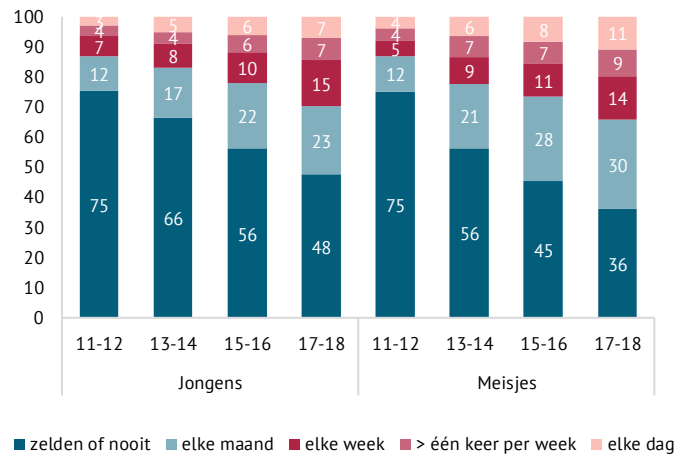
Tabel 17: evolutie buikpijn naar opleiding en geslacht

		ASO	TSO	BSO
J	2014	4.0%	7.2%	40.2%
	2018	3.8%	4.6%	4.7%
		$\chi^2=0.1$	$\chi^2=6.0$	$\chi^2=13.4$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.790$	$p=0.014$	$p<0.001$
M	2014	12.2%	18.5%	27.5%
	2018	7.4%	11.9%	13.4%
		$\chi^2=16.4$	$\chi^2=13.2$	$\chi^2=30.3$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p<0.001$	$p<0.001$	$p<0.001$

Rugpijn

Het percentage jongens dat meer dan één keer per week rugpijn had de voorbije zes maanden bedraagt 10.4%. Bij de meisjes is dit percentage significant hoger met 14.4% ($\chi^2=38.6$, $df=1$, $p<0.001$). Zowel voor jongens als voor meisjes is een significante daling in de prevalentie van rugpijn vast te stellen in vergelijking met de resultaten uit 2014 (jongens: $\chi^2=39.4$, $df=1$, $p<0.001$; meisjes: $\chi^2=22.3$, $df=1$, $p<0.001$). In 2014 was dit 14.5% van de jongens en 17.9% van de meisjes die aangaven meer dan eens per week rugpijn te hebben.

Grafiek 20 toont de prevalentie van rugpijn naargelang leeftijdsgroep. In 2018 zijn significante verschillen op te merken tussen de verschillende leeftijdsgroepen. Zowel bij meisjes als bij jongens nemen de klachten van meermaals rugpijn per week toe naarmate men ouder wordt (jongens: $\chi^2=45.2$, $df=3$, $p<0.001$; meisjes: $\chi^2=72.4$, $df=3$, $p<0.001$).



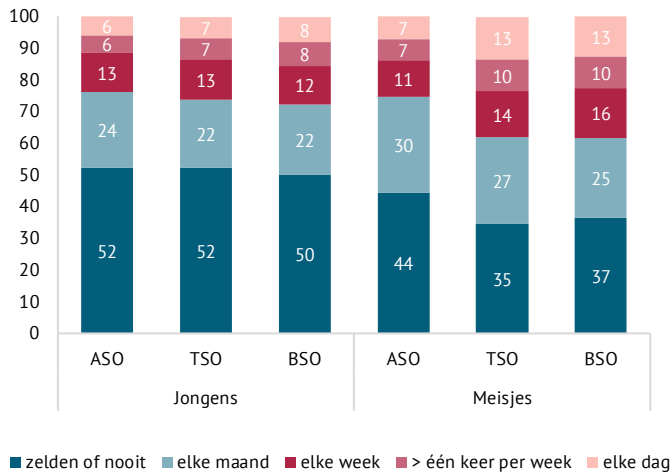
Grafiek 20: rugpijn naar leeftijd en geslacht (procentueel)

Uit **Tabel 18** blijkt dat in 2018 het percentage jongens met meermaals rugpijn per week afgenomen is ten opzichte van 2014 maar enkel in de leeftijdsgroep van de 13- tot 14-jarigen ($\chi^2=12.4$, $df=1$, $p<0.001$). Voor meisjes geldt dezelfde bevinding maar enkel in de leeftijdsgroep van 15- tot 16-jarigen ($\chi^2=12.9$, $df=1$, $p<0.001$).

Tabel 18: evolutie rugpijn naar leeftijd en geslacht

		11-12	13-14	15-16	17-18
J	2014	6.1%	13.5%	13.9%	15.3%
	2018	6.5%	9.0%	11.7%	14.5%
		$\chi^2=0.1$	$\chi^2=12.4$	$\chi^2=2.7$	$\chi^2=0.3$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.704$	$p<0.001$	$p=0.099$	$p=0.609$
M	2014	9.3%	15.9%	21.3%	23.0%
	2018	7.9%	13.5%	15.8%	19.9%
		$\chi^2=1.4$	$\chi^2=2.7$	$\chi^2=12.9$	$\chi^2=3.0$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.236$	$p=0.103$	$p<0.001$	$p=0.083$

Naargelang opleidingsvorm worden geen significante verschillen waargenomen in de prevalentie van rugpijn bij de jongens ($\chi^2=5.7$, $df=2$, $p=0.058$) maar wel bij de meisjes ($\chi^2=36.3$, $df=2$, $p<0.001$). Zoals blijkt uit **Grafiek 21** zijn de klachten van rugpijn het meest prevalent in het technisch (23.5%) en het beroeps (22.5%) secundair onderwijs en het minst prevalent in het algemeen secundair onderwijs (13.9%).



Grafiek 21: rugpijn naar opleiding en geslacht (procentueel)

De prevalentie van meermaals per week rugpijn is ten opzichte van 2014 significant gedaald bij jongens en meisjes uit het beroeps secundair onderwijs maar niet in het technisch en het algemeen secundair onderwijs (Tabel 19).

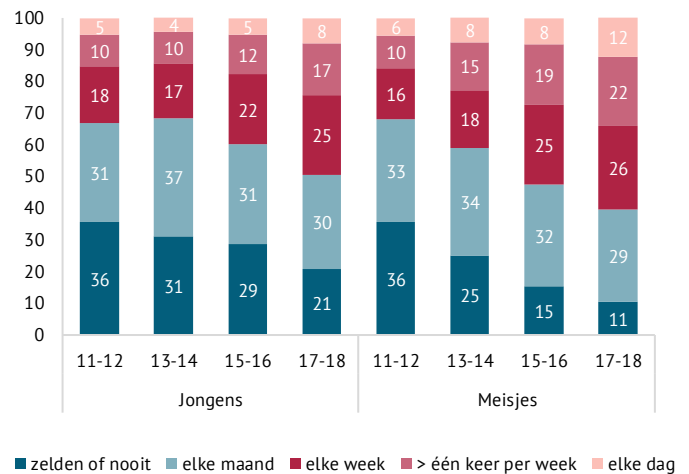
Tabel 19: evolutie rugpijn naar opleiding en geslacht

		ASO	TSO	BSO
J	2014	10.3%	15.5%	21.3%
	2018	11.4%	13.4%	15.5%
		chi ² =0.6 df=1 p=0.426	chi ² =1.8 df=1 p=0.184	chi ² =6.8 df=1 p=0.009
M	2014	16.1%	25.7%	32.4%
	2018	13.9%	23.5%	22.5%
		chi ² =2.2 df=1 p=0.135	chi ² =1.0 df=1 p=0.308	chi ² =12.2 df=1 p<0.001

Humeurigheid

In 2018 is vast te stellen dat de prevalentie van meermaals per week humeurig zijn significant verschilt tussen de jongens en de meisjes (chi²=77.4, df=1, p<0.001). Het percentage meisjes dat de voorbije zes maanden meer dan eens humeurig was per week bedraagt 24.9%. Dit is significant hoger dan het percentage bij de jongens (17.9%). In vergelijking met 2014 is dit een significante toename (jongens: chi²=39.8, df=1, p<0.001; meisjes: chi²=48.9, df=1, p<0.001). Toen bedroeg de prevalentie 13.4% bij de jongens en 19.1% bij de meisjes.

Uit Grafiek 22 is af te leiden dat bij meisjes de prevalentie van humeurigheid stijgt bij een toenemende leeftijd (chi²=113.8, df=3, p<0.001). Jongens volgen eenzelfde tendens met uitzondering van een kleine daling bij de 13- tot 14-jarigen (chi²=48.2, df=3, p<0.001).



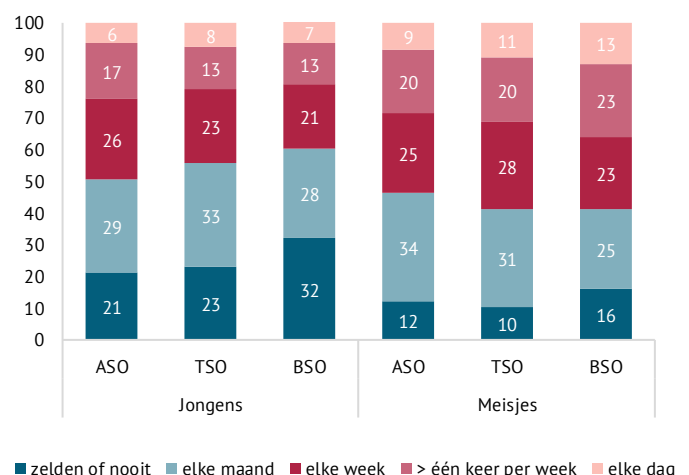
Grafiek 22: humeurigheid naar leeftijd en geslacht (procentueel)

In vergelijking met 2014 is de prevalentie van humeurigheid significant toegenomen bij jongens en meisjes uit alle leeftijdsgroepen (Tabel 20) behalve bij de 15- tot 16-jarige meisjes (chi²=3.1, df=1, p=0.076).

Tabel 20: evolutie humeurigheid naar leeftijd en geslacht

		11-12	13-14	15-16	17-18
J	2014	9.1%	11.2%	14.1%	11.4%
	2018	15.4%	14.6%	17.7%	24.6%
		chi ² =19.6 df=1 p<0.001	chi ² =6.2 df=1 p=0.013	chi ² =6.3 df=1 p=0.012	chi ² =60.7 df=1 p<0.001
M	2014	11.0%	25.6%	24.3%	23.1%
	2018	15.9%	22.7%	27.3%	34.3%
		chi ² =11.4 df=1 p=0.001	chi ² =18.1 df=1 p<0.001	chi ² =3.1 df=1 p=0.076	chi ² =31.9 df=1 p<0.001

Verder is er een significant verband op te merken tussen opleiding en humeurigheid bij de meisjes (chi²=9.5, df=2, p=0.009). De prevalentie van humeurigheid is het hoogst in het beroeps (35.8%) en het technisch (31.2%) secundair onderwijs en het laagst in het algemeen secundair onderwijs (28.4%) zoals blijkt uit Grafiek 23. Bij de jongens zijn er geen verschillen in prevalentie op te merken tussen de diverse opleidingsvormen (chi²=5.1, df=2, p=0.080).



Grafiek 23: humeurigheid naar opleiding en geslacht (procentueel)

Verder blijkt uit **Tabel 21** dat de prevalentie bij de jongens en de meisjes uit het algemeen secundair onderwijs en de jongens uit het technisch secundair onderwijs is toegenomen in vergelijking met de resultaten uit 2014.

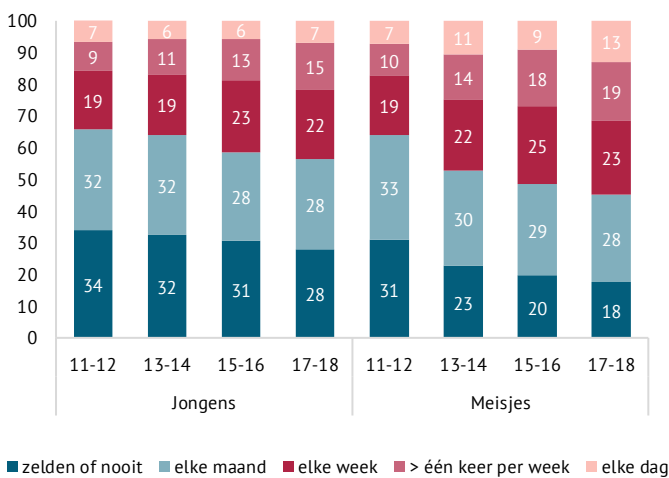
Tabel 21: evolutie humeurigheid naar opleiding en geslacht

		ASO	TSO	BSO
J	2014	10.4%	12.4%	15.6%
	2018	23.8%	20.9%	19.3%
		chi ² =62.4 df=1 p<0.001	chi ² =24.3 df=1 p<0.001	chi ² =2.7 df=1 p=0.098
M	2014	18.9%	27.4%	30.5%
	2018	28.4%	31.2%	35.8%
		chi ² =30.2 df=1 p<0.001	chi ² =2.6 df=1 p=0.104	chi ² =3.1 df=1 p=0.080

Zenuwachtigheid

Uit de resultaten blijkt dat 18.2% van de jongens meer dan eens per week zenuwachtig was in de voorbije zes maanden. Bij de meisjes is dit met 25% een beduidend hogere prevalentie (chi²=73.4, df=1, p<0.001). In vergelijking met de bevindingen uit 2014 is dit een significante toename voor beide geslachten (jongens: chi²=7.9, df=1, p=0.005; meisjes: chi²=16.0, df=1, p<0.001). In 2014 bedroegen de percentages immers 16.1% bij de jongens en 21.6% bij de meisjes.

Grafiek 24 geeft de resultaten weer van de jongeren die meer dan eens per week last hebben van zenuwachtigheid, opgedeeld naargelang leeftijd. Zowel bij meisjes als bij jongens vertoont de prevalentie van zenuwachtigheid een stijgende trend naarmate de jongeren ouder worden (jongens: chi²=15.5, df=3, p=0.001; meisjes: chi²=66.3, df=3, p<0.001).



Grafiek 24: zenuwachtigheid naar leeftijd en geslacht (procentueel)

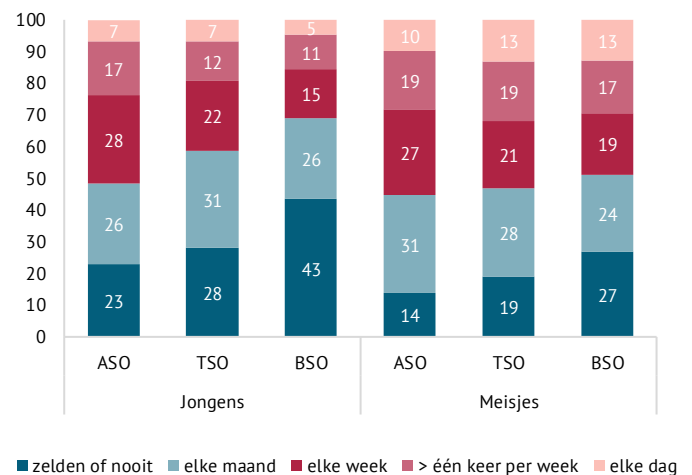
Voor 11- tot 12-jarige jongens, 13- tot 14-jarige meisjes en 17- tot 18-jarige jongens en meisjes is er bovendien

een significante toename in de prevalentie van zenuwachtigheid te bemerken in vergelijking met de bevindingen uit 2014 (**Tabel 22**).

Tabel 22: evolutie zenuwachtigheid naar leeftijd en geslacht

		11-12	13-14	15-16	17-18
J	2014	12.8%	14.7%	25.9%	12.3%
	2018	15.9%	17.0%	18.8%	21.8%
		chi ² =4.1 df=1 p=0.043	chi ² =2.4 df=1 p=0.121	chi ² =3.7 df=1 p=0.053	chi ² =32.3 df=1 p<0.001
M	2014	18.1%	21.1%	24.8%	21.6%
	2018	17.4%	24.9%	26.9%	31.5%
		chi ² =0.2 df=1 p=0.676	chi ² =4.6 df=1 p=0.032	chi ² =1.5 df=1 p=0.227	chi ² =26.4 df=1 p<0.001

De prevalentie van zenuwachtigheid is bij de meisjes niet verschillend tussen de diverse opleidingsvormen (chi²=3.1, df=2, p=0.208). Bij jongens daarentegen valt het op dat de prevalentie van zenuwachtigheid beduidend hoger ligt in het algemeen secundair onderwijs (23.8%) tegenover het technisch (19.1%) en het beroeps (15.7%) secundair onderwijs, zoals blijkt uit **Grafiek 25** (chi²=17.0, df=2, p<0.001).



Grafiek 25: zenuwachtigheid naar opleiding en geslacht (procentueel)

In vergelijking met de bevindingen uit 2014 is de prevalentie van zenuwachtigheid opmerkelijk toegenomen bij de jongens en de meisjes uit het algemeen en het technisch secundair onderwijs terwijl een stagnatie wordt geobserveerd bij de jongens en de meisjes uit het beroeps secundair onderwijs (**Tabel 23**).

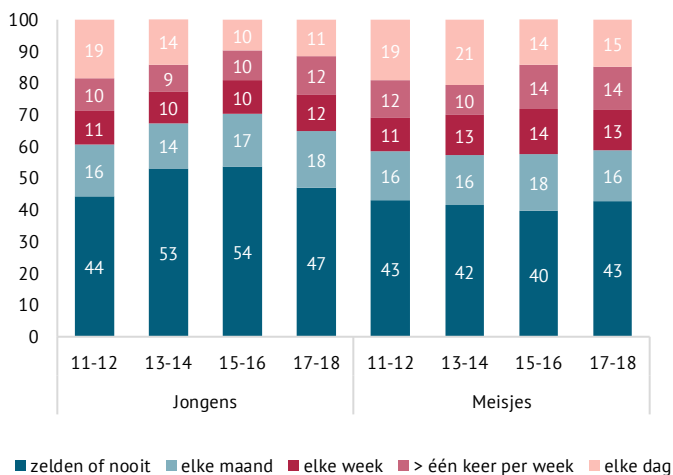
Tabel 23: zenuwachtigheid naar opleiding en geslacht

		ASO	TSO	BSO
J	2014	13.2%	14.9%	15.3%
	2018	23.8%	19.1%	15.7%
		chi ² =37.0 df=1 p<0.001	chi ² =5.9 df=1 p=0.015	chi ² =0.0 df=1 p=0.864
M	2014	21.8%	24.7%	27.2%
	2018	28.2%	31.9%	29.4%
		chi ² =13.6 df=1 p<0.001	chi ² =9.8 df=1 p=0.002	chi ² =0.6 df=1 p=0.456

Slaapmoeilijkheden

Er zijn significante verschillen op te merken in de prevalentie van slaapmoeilijkheden tussen jongens en meisjes ($\chi^2=47.9$, $df=1$, $p<0.001$). Meer meisjes (29.6%) dan jongens (23.7%) geven aan in de laatste zes maanden meer dan eens per week problemen te ervaren om in slaap te vallen. Ten opzichte van 2014 is dit een significante toename, toen bedroeg de prevalentie 20.5% bij de jongens en 26.4% bij de meisjes (jongens: $\chi^2=15.5$, $df=1$, $p<0.001$; meisjes: $\chi^2=12.2$, $df=1$, $p<0.001$).

In **Grafiek 26** wordt de prevalentie van slaapmoeilijkheden naargelang leeftijd gerapporteerd. Enkel bij de jongens is er een significant verschil in prevalentie op te merken naargelang leeftijd ($\chi^2=34.8$, $df=3$, $p<0.001$). Vooral bij de 11- tot 12-jarigen ligt de prevalentie van slaapmoeilijkheden hoog, daar geeft 28.9% aan meermaals per week slaapmoeilijkheden te ervaren. Bij de 15- tot 16-jarige jongens wordt de laagste prevalentie opgetekend (19.0%). Bij de meisjes is er geen statistisch significant verschil op te merken naargelang leeftijd ($\chi^2=2.5$, $df=3$, $p=0.479$).



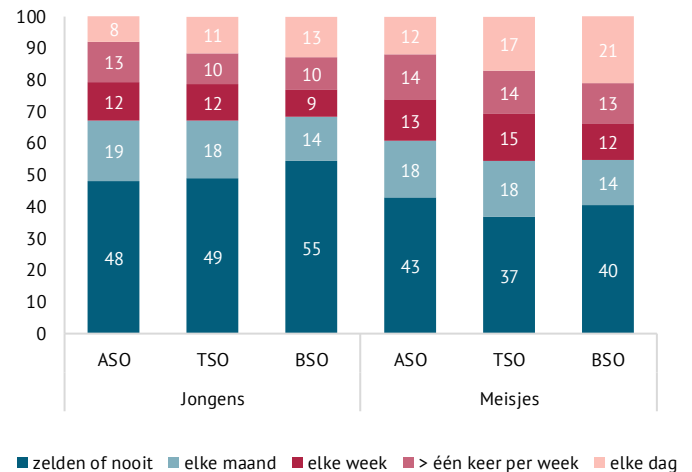
Grafiek 26: slaapmoeilijkheden naar leeftijd en geslacht (procentueel)

In vergelijking met 2014 zijn enkel significante stijgingen in de prevalentie van slaapmoeilijkheden te merken bij de 11- tot 12-jarige jongens en meisjes, 13- tot 14-jarige meisjes en 17- tot 18-jarige jongens. Bij alle andere leeftijdscategorieën zijn er geen significante verschillen te observeren (**Tabel 24**).

Tabel 24: evolutie slaapmoeilijkheden naar leeftijd en geslacht

		11-12	13-14	15-16	17-18
J	2014	17.7%	20.2%	18.0%	18.9%
	2018	28.9%	22.8%	19.0%	23.6%
		$\chi^2=37.7$	$\chi^2=2.5$	$\chi^2=0.5$	$\chi^2=6.8$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p<0.001$	$p=0.112$	$p=0.497$	$p=0.009$
M	2014	23.5%	24.4%	30.8%	26.5%
	2018	30.7%	30.0%	28.4%	28.4%
		$\chi^2=14.6$	$\chi^2=9.2$	$\chi^2=1.7$	$\chi^2=0.9$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p<0.001$	$p=0.002$	$p=0.189$	$p=0.341$

Naargelang opleiding zijn er geen verschillen te observeren in de prevalentie van slaapmoeilijkheden bij de jongens ($\chi^2=1.4$, $df=2$, $p=0.491$). Bij de meisjes daarentegen is de prevalentie van slaapmoeilijkheden het hoogst in het beroeps (33.7%) en het technisch (30.7%) secundair onderwijs. De prevalentie is het laagst bij de meisjes uit het algemeen secundair onderwijs (26.2%) zoals blijkt uit **Grafiek 27** ($\chi^2=11.7$, $df=2$, $p=0.003$).



Grafiek 27: slaapmoeilijkheden naar opleiding en geslacht (procentueel)

In 2018 ligt de prevalentie van slaapmoeilijkheden bij de jongens uit het algemeen secundair onderwijs opvallend hoger ten opzichte van 2014. Er zijn geen verschillen in de prevalentie voor de jongens uit het technisch en het beroeps secundair onderwijs en voor meisjes uit alle opleidingsvormen in vergelijking met de resultaten uit 2014 (**Tabel 25**).

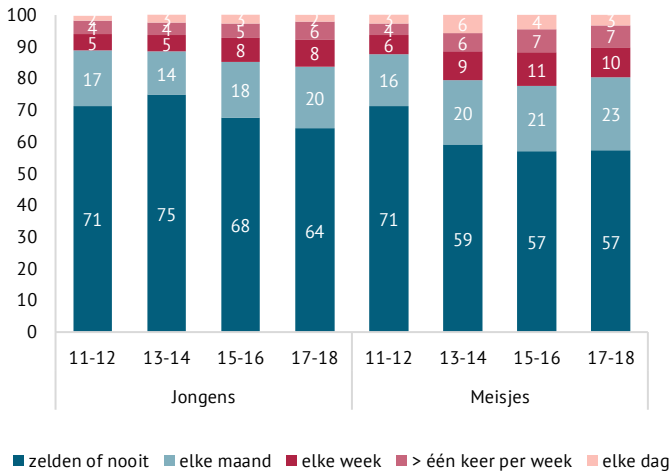
Tabel 25: evolutie slaapmoeilijkheden naar opleiding en geslacht

		ASO	TSO	BSO
J	2014	16.7%	18.5%	20.7%
	2018	20.6%	21.3%	23.1%
		$\chi^2=4.9$	$\chi^2=2.2$	$\chi^2=1.0$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.027$	$p=0.135$	$p=0.315$
M	2014	26.4%	30.7%	31.4%
	2018	26.2%	30.7%	33.7%
		$\chi^2=0.0$	$\chi^2=0.0$	$\chi^2=0.6$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.900$	$p=0.992$	$p=0.429$

Duizeligheid

In 2018 rapporteerden 10.2% van de meisjes tegenover 6.8% van de jongens zich meerdere keren per week duizelig te voelen in de voorbije zes maanden. De prevalentie is bijgevolg significant hoger bij de meisjes dan bij de jongens ($\chi^2=39.0$, $df=1$, $p<0.001$). De prevalentie van duizeligheid is hiermee significant afgenomen ten opzichte van de resultaten uit 2014. Toen gaven 9.1% van de jongens en 13.0% van de meisjes aan meermaals per week last te hebben van duizeligheid.

Naargelang leeftijd is er enkel een significant verband te bemerken bij de meisjes ($\chi^2=25.7$, $df=3$, $p<0.001$) maar niet bij de jongens ($\chi^2=4.2$, $df=3$, $p=0.243$). Zoals blijkt uit **Grafiek 28** ligt de prevalentie van duizeligheid bij de meisjes opmerkelijk lager bij de jongste leeftijdsgroep (6.4%) in vergelijking met de oudere leeftijdsgroepen.



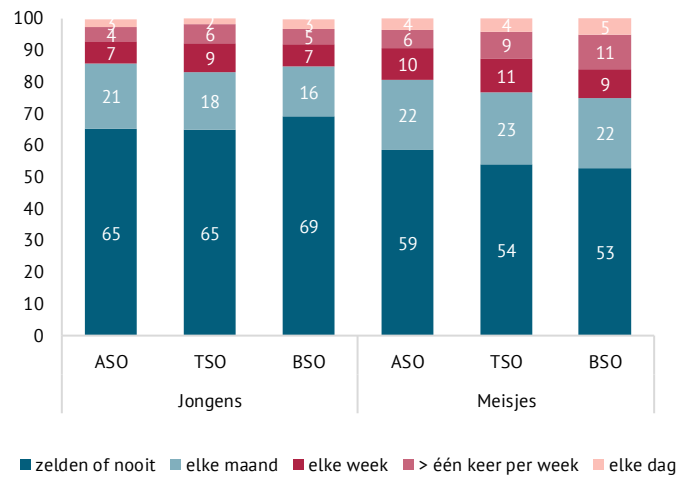
Grafiek 28: duizeligheid naar leeftijd en geslacht (procentueel)

Ten opzichte van 2014 zijn er evenmin verschillen in duizeligheid op te merken bij de jongens. Bij de meisjes is er een afname in de prevalentie waar te nemen bij 11- tot 12-, 15- tot 16- en 17- tot 18-jarigen (**Tabel 26**).

Tabel 26: evolutie duizeligheid naar leeftijd en geslacht

		11-12	13-14	15-16	17-18
J	2014	5.4%	6.8%	8.1%	7.3%
	2018	6.0%	6.3%	7.3%	7.9%
		$\chi^2=0.4$	$\chi^2=0.2$	$\chi^2=0.5$	$\chi^2=0.2$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.543$	$p=0.651$	$p=0.464$	$p=0.642$
M	2014	8.7%	12.2%	16.3%	13.7%
	2018	6.4%	11.5%	11.8%	10.1%
		$\chi^2=4.2$	$\chi^2=0.2$	$\chi^2=10.7$	$\chi^2=6.5$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.041$	$p=0.624$	$p=0.001$	$p=0.011$

In **Grafiek 29** wordt de prevalentie van duizeligheid weergegeven naargelang opleidingsvorm. Er zijn echter geen significante verschillen te observeren bij de jongens ($\chi^2=0.8$, $df=2$, $p=0.667$) maar wel bij de meisjes ($\chi^2=16.2$, $df=2$, $p<0.001$). Bij hen wordt vastgesteld dat de prevalentie van duizeligheid het hoogst is in het beroeps secundair onderwijs (15.9%), gevolgd door het technisch (12.7%) en het algemeen (9.4%) secundair onderwijs.



Grafiek 29: duizeligheid naar opleiding en geslacht (procentueel)

In vergelijking met 2014 zijn er geen significante verschillen in de prevalentie van duizeligheid bij de jongens en de meisjes naargelang opleidingsvorm te merken (**Tabel 27**). De enige uitzondering hierop zijn de meisjes uit het technisch secundair onderwijs. In 2018 wordt bij hen een daling in de prevalentie van meermaals duizeligheid per week waargenomen ten opzichte van de bevindingen uit 2014 ($\chi^2=10.5$, $df=1$, $p=0.001$).

Tabel 27: evolutie duizeligheid naar opleiding en geslacht

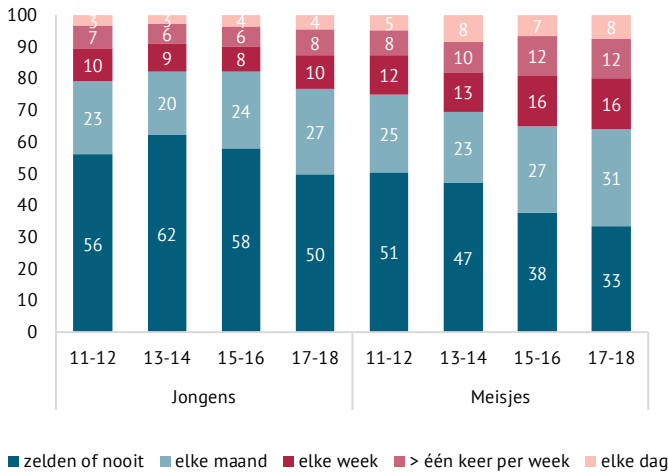
		ASO	TSO	BSO
J	2014	5.0%	8.1%	11.0%
	2018	7.0%	7.8%	8.2%
		$\chi^2=3.5$	$\chi^2=0.0$	$\chi^2=2.8$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.062$	$p=0.850$	$p=0.095$
M	2014	11.7%	18.7%	20.0%
	2018	9.4%	12.7%	15.9%
		$\chi^2=3.4$	$\chi^2=10.5$	$\chi^2=2.8$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.067$	$p=0.001$	$p=0.092$

Futloosheid

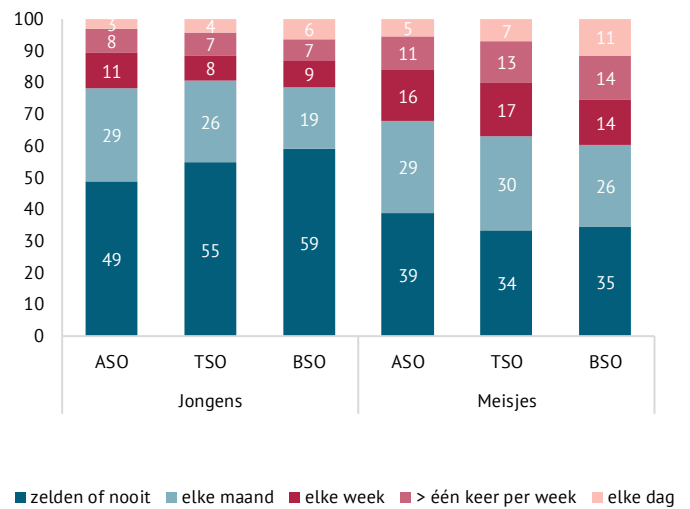
Het percentage meisjes dat aangeeft zich meerdere malen per week futloos te voelen, bedraagt 17.4% en bij de jongens is dit met 10.7% significant lager ($\chi^2=101.3$, $df=1$, $p<0.001$). Dit is een geringe maar significante toename in vergelijking met 2014 (jongens: $\chi^2=8.0$, $df=1$, $p=0.005$; meisjes: $\chi^2=6.7$, $df=1$, $p=0.009$). De prevalentie bedroeg toen 9.0% bij de jongens en 15.5% bij de meisjes.

De prevalentie van futloosheid is ook significant verschillend naargelang leeftijd. Bij meisjes is een duidelijk stijgende trend in de prevalentie van futloosheid te observeren bij een toenemende leeftijd ($\chi^2=26.2$, $df=3$, $p<0.001$).

Op 11- tot 12-jarige leeftijd bedraagt de prevalentie bij de meisjes 12.7% en dit neemt toe tot 20.1% op 17- tot 18-jarige leeftijd. Bij de jongens is een minder duidelijke trend te herkennen en ligt de prevalentie van futloosheid het hoogst op 17- tot 18-jarige leeftijd (12.8%) en het laagst op 13- tot 14-jarige leeftijd (8.9%) zoals blijkt uit **Grafiek 30** ($\chi^2=10.4$, $df=3$, $p=0.015$)



Bij meisjes uit het technisch secundair onderwijs bedraagt de prevalentie 19.8% ($\chi^2=20.7$, $df=2$, $p<0.001$). Bij de jongens wordt er geen significant verband vastgesteld tussen de opleidingsvorm en futloosheid ($\chi^2=2.0$, $df=2$, $p=0.376$).



Grafiek 30: futloosheid naar leeftijd en geslacht (procentueel)

In 2018 is vast te stellen dat de prevalentie van futloosheid bij de 11- tot 12- en 13- tot 14-jarige meisjes en jongens is toegenomen. Bij de 15- tot 16- en 17- tot 18-jarige jongens is er ook een significante toename vast te stellen. Bij de meisjes zijn er geen significante toe- of afnames in futloosheid te bemerken bij de 15- tot 16 en 17- tot 18-jarigen (**Tabel 28**).

Tabel 28: evolutie futloosheid naar leeftijd en geslacht

		11-12	13-14	15-16	17-18
J	2014	4.6%	6.6%	7.3%	8.6%
	2018	10.4%	8.9%	9.8%	12.8%
		$\chi^2=16.1$	$\chi^2=4.3$	$\chi^2=5.2$	$\chi^2=9.9$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p<0.001$	$p=0.038$	$p=0.023$	$p=0.002$
M	2014	8.6%	11.9%	20.2%	20.0%
	2018	12.7%	18.0%	18.9%	19.8%
		$\chi^2=9.6$	$\chi^2=16.7$	$\chi^2=0.7$	$\chi^2=0.0$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.002$	$p<0.001$	$p=0.413$	$p=0.890$

In **Grafiek 31** staan de prevalenties van futloosheid naargelang opleiding. Bij de meisjes is futloosheid het meest prevalent in het beroeps secundair onderwijs (25.3%) en het minst prevalent in het algemeen secundair onderwijs (16.1%).

Grafiek 31: futloosheid naar opleiding en geslacht (procentueel)

Uit **Tabel 29** is af te leiden dat het percentage jongens uit het algemeen secundair onderwijs en het technisch secundair onderwijs dat aangeeft zich meermaals per week futloos te voelen toegenomen is in vergelijking met 2014, terwijl dit stabiel blijft voor de jongens uit het beroeps secundair onderwijs. Bij meisjes is de prevalentie van futloosheid dan weer afgenomen in het technisch secundair onderwijs in vergelijking met de prevalenties uit 2018 en zijn er geen significante verschillen te bemerken voor de andere opleidingsvormen.

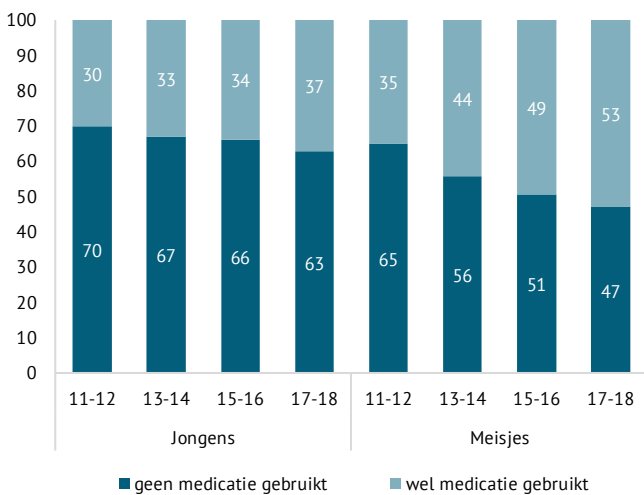
Tabel 29: evolutie futloosheid naar opleiding en geslacht

		ASO	TSO	BSO
J	2014	6.8%	8.5%	10.0%
	2018	10.7%	11.4%	13.0%
		$\chi^2=9.2$	$\chi^2=4.5$	$\chi^2=2.6$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.002$	$p=0.034$	$p=0.107$
M	2014	15.8%	25.4%	23.0%
	2018	16.1%	19.8%	25.3%
		$\chi^2=0.0$	$\chi^2=6.8$	$\chi^2=0.7$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.859$	$p=0.009$	$p=0.388$

MEDICATIEGEBRUIK

Hoofdpijn

De prevalenties omtrent medicatiegebruik voor hoofdpijn tonen aan dat significant meer meisjes (44.2%) dan jongens (33.2%) de voorbije maand medicatie innamen tegen hoofdpijn ($\chi^2=85.7$, $df=1$, $p<0.001$). Dit is een lichte stijging in vergelijking met de bevindingen uit 2014 (jongens: 32.0%, meisjes: 43.8%), die echter niet significant is (jongens: $\chi^2=1.4$, $df=1$, $p=0.234$; meisjes: $\chi^2=0.1$, $df=1$, $p=0.713$). In **Grafiek 32** bevinden zich de prevalenties voor het nemen van medicatie tegen hoofdpijn naargelang leeftijd. Opmerkelijk is dat de prevalentie van medicatiegebruik voor hoofdpijn een duidelijk stijgend verloop vertoont naarmate men ouder wordt. Bij de jongens is deze trend echter niet significant ($\chi^2=7.8$, $df=3$, $p=0.051$), bij de meisjes wel (56.3 , $df=3$, $p<0.001$). Op 11- tot 12-jarige leeftijd bedraagt de prevalentie van medicatiegebruik tegen hoofdpijn bij de meisjes 34.9% en bij de 17- tot 18-jarige meisjes ligt dit beduidend hoger op 53.1%.



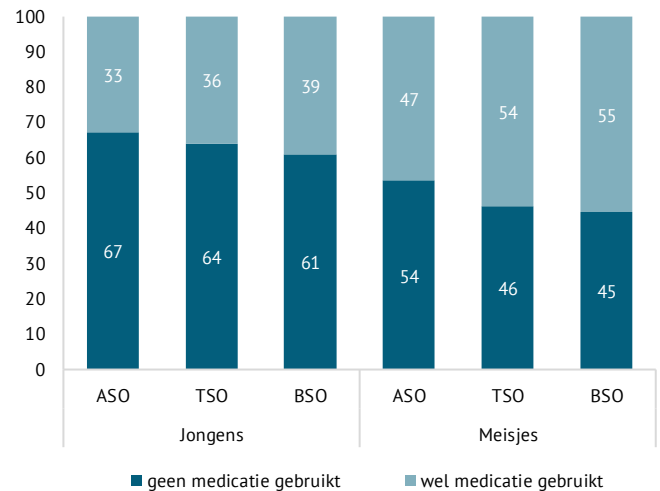
Grafiek 32: medicatiegebruik hoofdpijn naar leeftijd en geslacht (procentueel)

Ten opzichte van 2014 is de prevalentie van medicatiegebruik voor hoofdpijn significant toegenomen bij 13- tot 14-jarige jongens ($\chi^2=4.4$, $df=1$, $p=0.036$) en meisjes ($\chi^2=9.3$, $df=1$, $p=0.002$) alsook bij 11- tot 12-jarige jongens ($\chi^2=12.0$, $df=1$, $p=0.001$). Bij de overige leeftijdsgroepen worden geen significante evoluties waargenomen in vergelijking met 2014 (**Tabel 30**).

Tabel 30: evolutie medicatiegebruik naar leeftijd en geslacht

		11-12	13-14	15-16	17-18
J	2014	23.1%	28.8%	34.0%	34.2%
	2018	30.1%	33.0%	33.9%	37.1%
		$\chi^2=12.0$	$\chi^2=4.4$	$\chi^2=0.0$	$\chi^2=1.2$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.001$	$p=0.036$	$p=0.936$	$p=0.266$
M	2014	31.3%	37.7%	48.9%	56.0%
	2018	34.9%	44.3%	49.3%	53.1%
		$\chi^2=2.9$	$\chi^2=9.3$	$\chi^2=0.0$	$\chi^2=1.2$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.088$	$p=0.002$	$p=0.870$	$p=0.265$

Naargelang opleiding worden er geen significante verschillen opgemerkt in de prevalentie van medicatiegebruik bij de jongens ($\chi^2=3.0$, $df=2$, $p=0.228$) maar wel bij de meisjes ($\chi^2=7.8$, $df=2$, $p=0.020$). De prevalentie van medicatiegebruik tegen hoofdpijn ligt beduidend lager bij de meisjes uit het algemeen secundair onderwijs op 46.5% tegenover 53.8% in het technisch en 55.3% in het beroeps secundair onderwijs **Grafiek 33**.



Grafiek 33: medicatiegebruik hoofdpijn naar opleiding en geslacht (procentueel)

Uit **Tabel 31** is af te leiden dat de prevalentie van medicatiegebruik tegen hoofdpijn stabiel is gebleven bij de jongens en de meisjes uit alle opleidingsvormen ten opzichte van 2014.

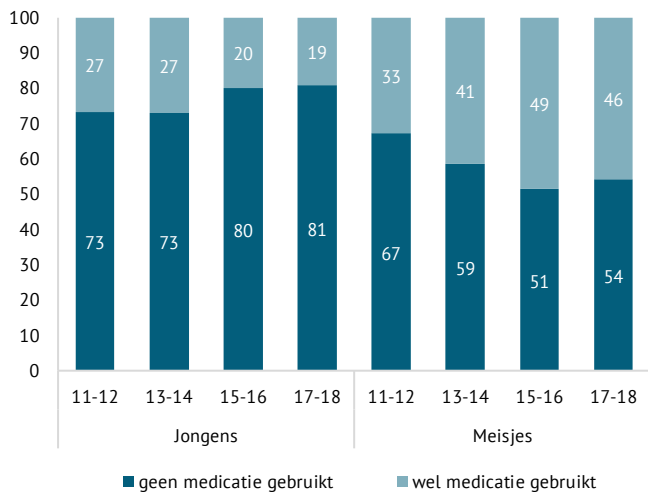
Tabel 31: evolutie medicatiegebruik hoofdpijn naar opleiding en geslacht

		ASO	TSO	BSO
J	2014	30.8%	33.7%	38.6%
	2018	32.8%	36.0%	39.0%
		$\chi^2=0.6$	$\chi^2=0.8$	$\chi^2=0.0$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.429$	$p=0.361$	$p=0.919$
M	2014	49.6%	50.7%	61.3%
	2018	46.5%	53.8%	55.3%
		$\chi^2=1.7$	$\chi^2=0.9$	$\chi^2=2.7$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.187$	$p=0.333$	$p=0.098$

Buikpijn

Het percentage meisjes dat aangeeft de voorbije maand medicatie ingenomen te hebben tegen buikpijn ligt beduidend hoger in vergelijking met de jongens ($\chi^2=215.7$, $df=1$, $p<0.001$). De prevalentie bedraagt 40.9% bij de meisjes tegenover 24.2% bij de jongens. In vergelijking met 2014 betekent dit een significante stijging in de prevalentie van het gebruik van medicatie tegen buikpijn bij de jongens (2014: 20.9%, $\chi^2=13.0$, $df=1$, $p<0.001$) en bij de meisjes (2014: 37.1%, $\chi^2=11.7$, $df=1$, $p=0.001$).

De prevalentie van medicatiegebruik voor buikpijn naargelang leeftijd wordt weergegeven in **Grafiek 34**. Bij de jongens neemt de prevalentie van medicatiegebruik af van 26.7% op 11- tot 12-jarige leeftijd naar 19.2% op 17- tot 18-jarige leeftijd ($\chi^2=21.5$, $df=3$, $p<0.001$). Bij meisjes vertoont de prevalentie van medicatiegebruik een min of meer stijgend verloop met een toenemende leeftijd ($\chi^2=46.8$, $df=3$, $p<0.001$). De laagste prevalentie in medicatiegebruik wordt waargenomen bij de meisjes van 11 tot 12 jaar (32.8%) waarna de prevalentie gestaag stijgt en er een piek waar te nemen is op de leeftijd van 15 tot 16 jaar (48.6%).



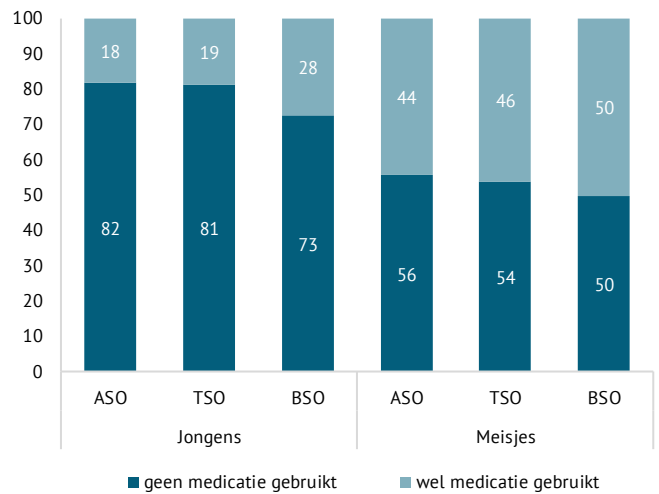
Grafiek 34: medicatiegebruik buikpijn naar leeftijd en geslacht (procentueel)

In vergelijking met 2014 is vast te stellen dat de prevalentie in medicatiegebruik significant toegenomen is bij de jongens en de meisjes uit de jongste leeftijdsgroepen (11 tot 14 jaar) alsook bij de meisjes uit de leeftijdsgroep van 15 tot 16 jaar. Voor de overige leeftijdsgroepen worden geen significante verschillen gevonden ten opzichte van 2014 (**Tabel 32**).

Tabel 32: evolutie medicatiegebruik buikpijn naar leeftijd en geslacht

		11-12	13-14	15-16	17-18
J	2014	18.5%	19.4%	18.9%	17.8%
	2018	26.7%	27.0%	20.0%	19.2%
		$\chi^2=18.4$	$\chi^2=16.7$	$\chi^2=0.4$	$\chi^2=0.4$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p<0.001$	$p<0.001$	$p=0.542$	$p=0.513$
M	2014	28.5%	33.4%	43.6%	41.7%
	2018	32.8%	41.3%	48.6%	45.8%
		$\chi^2=4.4$	$\chi^2=13.6$	$\chi^2=4.4$	$\chi^2=2.4$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.037$	$p<0.001$	$p=0.035$	$p=0.120$

In **Grafiek 35** worden de prevalenties weergegeven van medicatiegebruik voor buikpijn opgedeeld naar opleiding. Hieruit blijkt dat bij de jongens uit het beroeps secundair onderwijs het medicatiegebruik het meest prevalent is (27.5%) en niet verschilt in het technisch (18.6%) en het algemeen (18.3%) secundair onderwijs ($\chi^2=10.3$, $df=2$, $p=0.006$). Bij de meisjes worden er geen significante verschillen waargenomen ($\chi^2=2.6$, $df=2$, $p=0.006$).



Grafiek 35: medicatiegebruik buikpijn naar opleiding en geslacht (procentueel)

De prevalentie van medicatiegebruik voor buikpijn is ten opzichte van 2014 gestagneerd bij de jongens en de meisjes uit alle opleidingsvormen zoals gerapporteerd in **Tabel 33**.

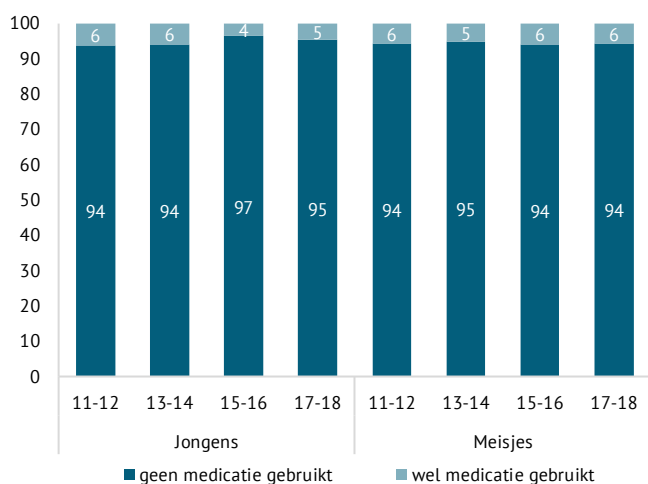
Tabel 33: evolutie medicatiegebruik buikpijn naar opleiding en geslacht

		ASO	TSO	BSO
J	2014	14.9%	20.1%	23.5%
	2018	18.3%	18.6%	27.5%
		$\chi^2=3.0$	$\chi^2=0.5$	$\chi^2=1.5$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.084$	$p=0.472$	$p=0.220$
M	2014	41.4%	43.5%	48.4%
	2018	44.3%	46.1%	50.2%
		$\chi^2=1.4$	$\chi^2=0.7$	$\chi^2=0.2$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.241$	$p=0.0413$	$p=0.626$

Zenuwachtigheid

In 2018 zijn er geen verschillen in de prevalentie van medicatiegebruik voor zenuwachtigheid op te merken tussen jongens en meisjes ($\chi=0.0$, $df=1$, $p=0.902$). Het percentage jongens dat minstens eenmaal medicatie tegen zenuwachtigheid nam, bedraagt 5.7%. Bij de meisjes is dit 5.6%. Ten opzichte van 2014 is dit een licht significante stijging bij de meisjes ($\chi^2=5.0$, $df=1$, $p=0.025$), toen bedroeg de prevalentie immers 4.5%. Bij jongens bedroeg de prevalentie in 2014 6.5%, de geobserveerde daling in 2018 is echter niet statistisch significant ($\chi^2=2.2$, $df=1$, $p=0.135$).

De prevalenties voor het nemen van medicatie tegen zenuwachtigheid naargelang leeftijd worden gerapporteerd in **Grafiek 36**. Hieruit blijkt dat er geen significant verband is op te merken in de prevalentie (jongens: $\chi^2=6.8$, $df=3$, $p=0.080$; meisjes: $\chi^2=0.4$, $df=3$, $p=0.938$).



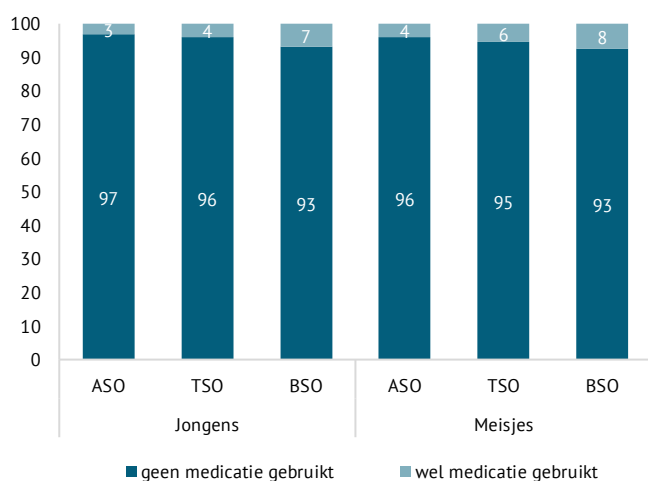
Grafiek 36: medicatiegebruik zenuwachtigheid naar leeftijd en geslacht (procentueel)

In vergelijking met 2014 worden er geen significante stijgingen of dalingen geobserveerd in de prevalentie van medicatiegebruik voor zenuwachtigheid bij de verschillende leeftijdsgroepen (Tabel 34). De enige uitzondering hierop is de stijging in de prevalentie bij meisjes uit de 13- tot 14-jarige leeftijdsgroep ($\chi^2=8.9$, $df=1$, $p=0.003$).

Tabel 34: evolutie medicatiegebruik zenuwachtigheid naar leeftijd en geslacht

		11-12	13-14	15-16	17-18
J	2014	6.3%	4.7%	3.3%	3.1%
	2018	6.1%	5.9%	3.5%	4.7%
		$\chi^2=0.0$	$\chi^2=1.6$	$\chi^2=0.1$	$\chi^2=2.4$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.898$	$p=0.204$	$p=0.831$	$p=0.125$
M	2014	5.4%	2.6%	3.9%	4.7%
	2018	5.6%	5.1%	5.8%	5.6%
		$\chi^2=0.1$	$\chi^2=8.9$	$\chi^2=3.5$	$\chi^2=0.5$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.829$	$p=0.003$	$p=0.062$	$p=0.482$

Uit Grafiek 37 is af te leiden dat er geen verschillen zijn in de prevalentie van medicatiegebruik voor zenuwachtigheid bij de jongens en de meisjes uit de diverse opleidingsvormen (jongens: $\chi^2=5.4$, $df=2$, $p=0.066$; meisjes: $\chi^2=5.0$, $df=2$, $p=0.082$).



Grafiek 37: medicatiegebruik zenuwachtigheid naar opleiding en geslacht (procentueel)

Ten opzichte van de resultaten uit 2014 zijn er geen significante verschillen in de prevalentie van medicatiegebruik voor zenuwachtigheid vast te stellen voor de jongens en de meisjes uit de diverse opleidingsvormen (Tabel 35).

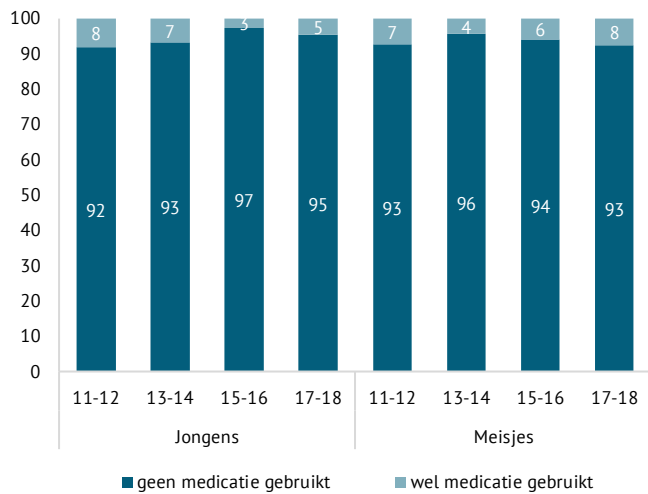
Tabel 35: evolutie medicatiegebruik zenuwachtigheid naar opleiding en geslacht

		ASO	TSO	BSO
J	2014	2.1%	2.6%	6.8%
	2018	3.2%	3.9%	6.8%
		$\chi^2=1.7$	$\chi^2=3.1$	$\chi^2=0.0$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.193$	$p=0.148$	$p=0.976$
M	2014	3.9%	4.2%	7.4%
	2018	3.9%	5.5%	7.5%
		$\chi^2=0.0$	$\chi^2=1.0$	$\chi^2=0.0$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.964$	$p=0.321$	$p=0.948$

Slaapmoeilijkheden

De prevalentie van medicatiegebruik voor slaapmoeilijkheden is niet verschillend naargelang geslacht ($\chi^2=0.0$, $df=1$, $p=0.973$). Zowel bij de jongens als bij de meisjes geeft 6.3% aan minstens eenmaal medicatie genomen te hebben voor slaapmoeilijkheden. Wel is bij meisjes een significante toename in medicatiegebruik vast te stellen in vergelijking met 2014 toen de prevalentie nog 4.9% bedroeg ($\chi^2=7.4$, $df=1$, $p=0.007$). Voor jongens wordt er geen significant verschil opgetekend ten opzichte van 2014, toen bedroeg de prevalentie 6.8% ($\chi^2=0.7$, $df=1$, $p=0.396$).

De prevalentie van medicatiegebruik naargelang leeftijd is in 2018 significant verschillend (jongens: $\chi^2=24.6$, $df=3$, $p<0.001$; meisjes: $\chi^2=9.6$, $df=3$, $p=0.022$). Het medicatiegebruik voor slaapproblemen neemt bij jongens af van 8.2% op 11- tot 12-jarige leeftijd naar 2.6% op 15- tot 16-jarige leeftijd om nadien terug te stijgen tot 4.7% bij de oudste leeftijdsgroep. Het percentage meisjes dat aangeeft minstens eenmaal een medicatie genomen te hebben in de voorbije maand voor slaapmoeilijkheden is met vergelijkbare prevalenties het hoogst op 11- tot 12- en 17- tot 18-jarige leeftijd en bedraagt respectievelijk 7.4% en 7.5% (Grafiek 38).



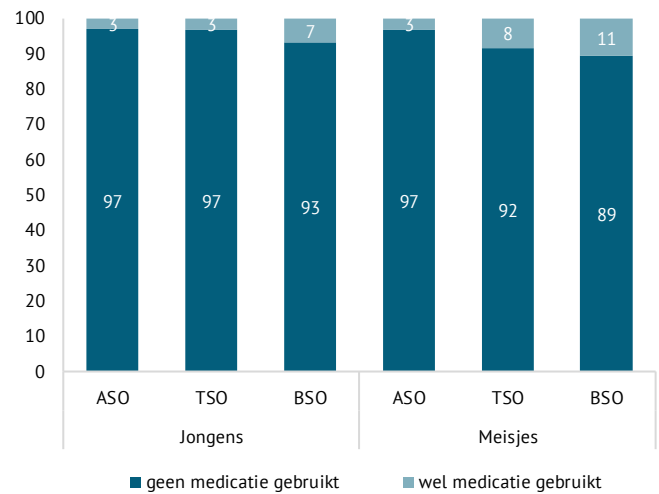
Grafiek 38: medicatiegebruik slaapmoeilijkheden naar leeftijd en geslacht (procentueel)

Ten opzichte van 2014 is er enkel bij de 11- tot 12-jarige jongens en meisjes een opmerkelijke toename in de prevalentie van medicatiegebruik voor slaapmoeilijkheden vast te stellen (Tabel 36).

Tabel 36: evolutie medicatiegebruik slaapmoeilijkheden naar leeftijd en geslacht

		11-12	13-14	15-16	17-18
J	2014	5.8%	5.1%	3.7%	3.8%
	2018	8.2%	6.8%	2.6%	4.7%
		chi ² =4.0	chi ² =2.7	chi ² = 1.6	chi ² =0.6
		df=1	df=1	df=1	df=1
		p=0.046	p=0.102	p=0.204	p=0.430
M	2014	3.7%	3.7%	5.7%	5.8%
	2018	7.4%	4.4%	5.9%	7.5%
		chi ² =13.0	chi ² =0.6	chi ² = 0.0	chi ² =1.7
		df=1	df= 1	df=1	df=1
		p<0.001	p=0.427	p=0.845	p=0.191

Significante verschillen in medicatiegebruik naargelang opleiding zijn op te merken bij zowel de meisjes als de jongens (jongens: chi²=7.6, df=2, p=0.023; meisjes: chi²=19.8, df=2, p<0.001). Het gebruik van medicatie voor slaapmoeilijkheden is het meest prevalent bij de jongens en de meisjes uit het beroeps secundair onderwijs (respectievelijk 6.8% en 10.6%). Bij de meisjes ligt de prevalentie in het technisch secundair onderwijs ook hoog en bedraagt dit 8.3%. De laagste prevalentie wordt bij de meisjes opgetekend in het algemeen secundair onderwijs (3.2%). Bij de jongens is de prevalentie uit het technisch en het algemeen secundair onderwijs vergelijkbaar (respectievelijk 3.2% en 3.0%), zoals blijkt uit Grafiek 39.



Grafiek 39: medicatiegebruik slaapmoeilijkheden naar opleiding en geslacht (procentueel)

Ten opzichte van 2014 zijn er geen significante verschillen in de prevalentie van medicatiegebruik voor slaapmoeilijkheden naargelang opleidingsvorm zoals blijkt uit Tabel 37.

Tabel 37: evolutie medicatiegebruik slaapmoeilijkheden naar opleiding en geslacht

		ASO	TSO	BSO
J	2014	3.4%	3.1%	6.1%
	2018	3.0%	3.2%	6.8%
		chi ² =0.2	chi ² =0.0	chi ² =0.1
		df=1	df=1	df=1
		p=0.681	p=0.929	p=0.708
M	2014	4.2%	7.5%	7.7%
	2018	3.2%	8.3%	10.6%
		chi ² =0.9	chi ² =0.2	chi ² =2.0
		df=1	df=1	df=1
		p=0.342	p=0.632	p=0.159

SLAAPDUUR

METHODOLOGIE

De slaapduur van jongeren tijdens de schoolweek en tijdens de weekends/vakanties werd in kaart gebracht aan de hand van drie vragen. De eerste vraag peilt naar het uur van slapengaan: 'Wanneer probeer je gewoonlijk om echt te slapen als je de volgende ochtend (niet) naar school moet?' (bedtijd). De tweede vraag peilt naar de nodige tijd om in slaap te vallen: 'Als je probeert te slapen, hoe lang duurt het gewoonlijk om effectief in slaap te vallen als je de volgende ochtend (niet) naar school moet?' (latentietijd). De derde vraag peilt naar het uur van opstaan: 'Wanneer sta je meestal op op een schooldag/tijdens het weekend of tijdens vakanties?' (opstaan). De antwoordcategorieën van alle drie de vragen werden geherformuleerd in uren (bv. 18u30 werd uitgedrukt als 18.5) om vervolgens de slaapduur te berekenen aan de hand van de volgende formule: slaapduur = 24u - bedtijd - latentietijd + opstaan.

De jongeren werden tot slot in twee groepen opgedeeld op basis van de berekende slaapduur: jongeren die voldoen aan de slaapnorm versus jongeren die niet voldoen aan de slaapnorm. Om deze twee groepen van elkaar te onderscheiden, werd gebruik gemaakt van grenswaarden die in de wetenschappelijke literatuur naar voor worden geschoven als de minimum aanbevolen hoeveelheid slaap.^{5,6} Voor de jongste leeftijdsgroep (11 tot 12 jaar) werd de minimale grenswaarde van negen uur gehanteerd, voor de andere leeftijdsgroepen (13 tot 18 jaar) werd de minimale grenswaarde van acht uur gebruikt.

SLAAPDUUR SCHOOLWEEK

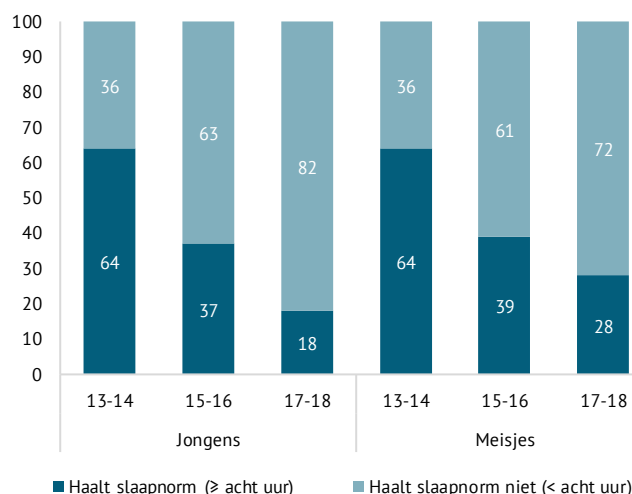
11 tot 12 jaar

Het percentage 11- tot 12-jarige jongens dat aangeeft minder dan negen uur te slapen tijdens de schoolweek bedraagt 44.2%, tegenover 45.5% van de 11-tot 12-jarige meisjes. Dit geslachtsverschil is niet statistisch significant ($\chi^2=0.4$, $df=1$, $p=0.525$).

13 tot 18 jaar

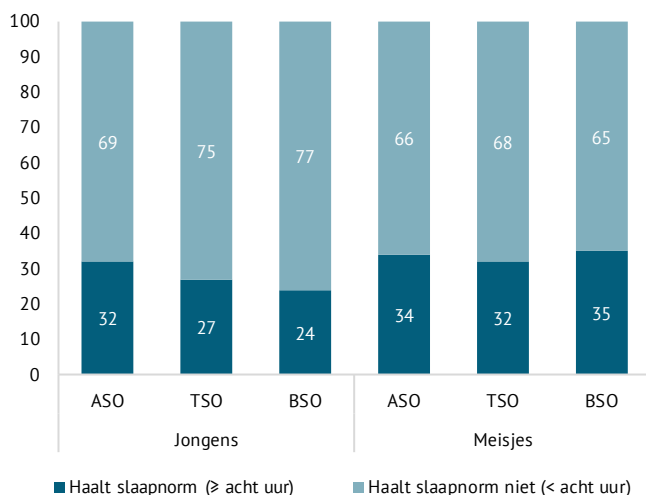
De resultaten van 2018 tonen aan dat 59.4% van de 13- tot 18-jarige jongens en 56.0% van de 13- tot 18-jarige meisjes gemiddeld genomen minder dan acht uur slapen tijdens de schoolweek. Het betreft hier een klein significant verschil ($\chi^2=8.6$, $df=1$, $p<0.010$).

Zowel voor de jongens als voor de meisjes worden significante verschillen in de slaapduur geobserveerd tijdens de schoolweek naargelang leeftijd (jongens: $\chi^2=509.1$, $df=2$, $p<0.001$; meisjes: $\chi^2=311.2$, $df=2$, $p<0.001$). Het percentage jongeren dat niet aan de slaapnorm voldoet, neemt toe over de leeftijdsgroepen heen. Bij de 13- tot 14-jarige jongens geeft 36.1% aan minder dan acht uur te slapen tijdens de schoolweek en dit percentage neemt beduidend toe tot 81.8% bij de oudste leeftijdsgroep. Bij de meisjes bedragen deze prevalenties respectievelijk 36.4% en 71.7% (Grafiek 40).



Grafiek 40: slaapduur tijdens de schoolweek naar leeftijd en geslacht (procentueel)

Alleen bij de jongens wordt een significant verschil in de slaapduur opgemerkt tijdens de schoolweek naargelang opleidingsvorm ($\chi^2=11.9$, $df=2$, $p<0.010$). De prevalentie van slaapttekort ligt hoger bij de jongens uit het beroeps secundair onderwijs (76.6%) en het technisch secundair onderwijs (74.5%) dan bij de jongens uit het algemeen secundair onderwijs (68.9%). Bij de meisjes worden geen significante verschillen geobserveerd zoals blijkt uit Grafiek 41 ($\chi^2=0.9$, $df=2$, $p=0.611$).



Grafiek 41: slaapduur tijdens de schoolweek naar opleiding en geslacht (procentueel)

SLAAPDUUR WEEKEND EN VAKANTIES

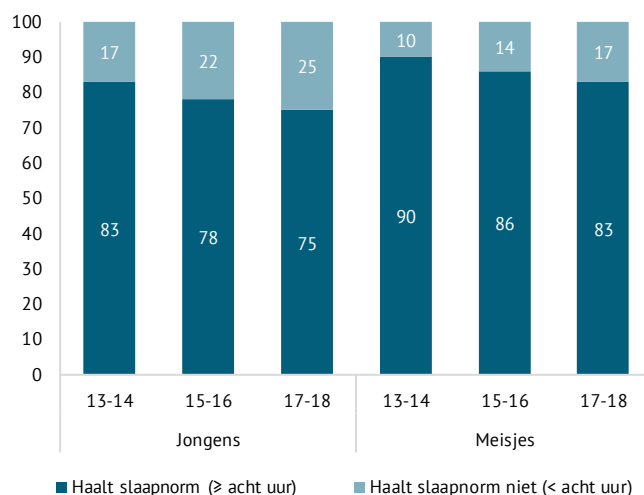
11 tot 12 jaar

Voor wat betreft de slaapduur tijdens het weekend en de vakanties worden significante verschillen geobserveerd tussen de jongens en de meisjes in de jongste leeftijdsgroep ($\chi^2=57.5$, $df=1$, $p<0.001$). Bij de jongens geeft 31.8% aan dat ze minder dan negen uur slapen. Bij de meisjes ligt deze prevalentie beduidend lager (18.5%).

13 tot 18 jaar

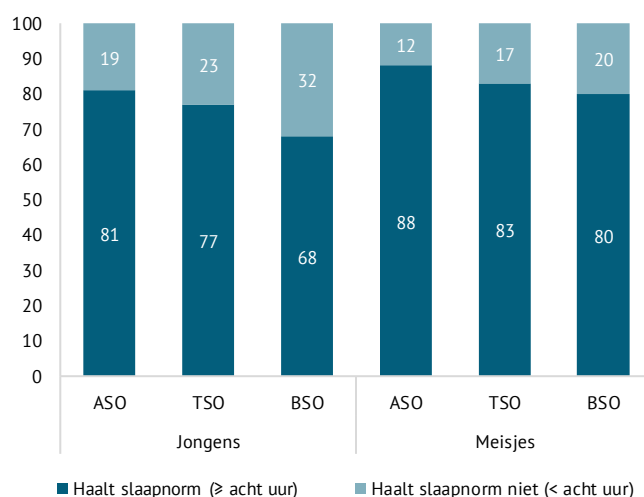
Ook in de oudere leeftijdsgroepen worden significante geslachtsverschillen in slaapduur tijdens het weekend en de vakanties opgemerkt ($\chi^2=68.3$, $df=1$, $p<0.001$). Van de jongens geeft 21.2% aan dat ze minder dan acht uur slapen, tegenover 13.7% van de meisjes.

Uit Grafiek 42 blijkt dat de prevalentie van slaapttekort tijdens het weekend en vakanties significant verschilt naargelang leeftijd, zowel bij de jongens ($\chi^2=20.5$, $df=2$, $p<0.001$) als bij de meisjes ($\chi^2=19.7$, $df=2$, $p<0.001$). De hoogste prevalenties worden bij beide geslachten geobserveerd in de oudste leeftijdsgroep en bedragen respectievelijk 24.7% en 17.0%.



Grafiek 42: slaapduur tijdens de weekends en vakanties naar leeftijd en geslacht (procentueel)

Verder toont Grafiek 43 aan dat er voor beide geslachten significante verschillen aanwezig zijn in de prevalentie naargelang opleidingsvorm (jongens: $\chi^2=31.6$, $df=2$, $p<0.001$; meisjes: $\chi^2=14.6$, $df=2$, $p<0.001$). Het percentage jongens dat aangeeft minder dan acht uur te slapen tijdens de weekends of vakanties ligt beduidend hoger in het beroeps secundair onderwijs (32.0%) dan in het technisch secundair onderwijs (22.9%) en het algemeen secundair onderwijs (18.7%). Bij de meisjes zijn de verschillen iets minder groot, maar toch noemenswaardig. Van de meisjes uit het beroeps secundair onderwijs rapporteert 20.0% een slaapttekort tijdens de weekends of vakanties, tegenover 16.6% van de meisjes uit het technisch secundair onderwijs en 12.4% van de meisjes uit het algemeen secundair onderwijs.



Grafiek 43: slaapduur tijdens de weekends en vakanties naar opleiding en geslacht (procentueel)

SLAAPKWALITEIT

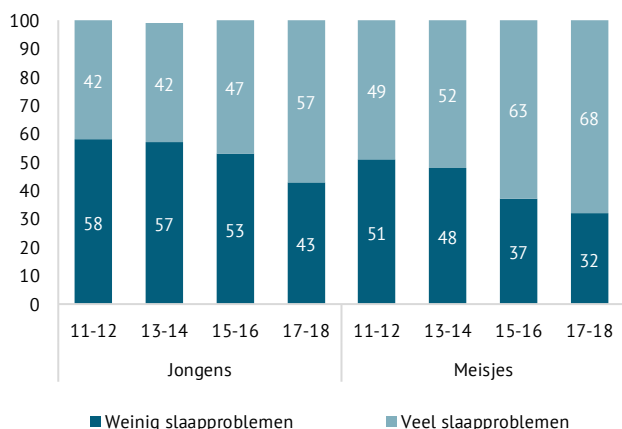
METHODOLOGIE

De slaapkwiteit van jongeren werd bevraagd aan de hand van een verkorte versie van de Groningen Sleep Quality Scale. Deze schaal bestaat uit vijf vragen die peilen naar (1) een slechte nachtrust, (2) moeilijkheden bij het in slaap vallen, (3) onvoldoende nachtrust, (4) verstoorde nachtrust en (5) ochtendmoetheid. Jongeren dienden aan te geven hoe vaak ze in de afgelopen week bovenstaande slaapproblemen ervoeren. De antwoordmogelijkheden waren: 'nooit', 'bijna nooit', 'soms', 'redelijk vaak' en 'altijd'. In de analyses werd een onderscheid gemaakt tussen jongeren die regelmatig slaapproblemen ervaren (antwoordcategorieën 'soms' tot 'altijd') en jongeren die zelden slaapproblemen ervaren (antwoordcategorieën 'nooit' en 'bijna nooit'). De verschillende slaapproblemen worden eerst afzonderlijk besproken. Daarna komt de schaal aan bod waarbij een somscore van alle items werd berekend en er een onderscheid werd gemaakt tussen een hoge slaapkwiteit (score <15) en een lage slaapkwiteit (score ≥ 15).

SLECHTE NACHTRUST

In 2018 rapporteert 46.8% van de jongens en 58.0% van de meisjes dat ze slecht geslapen hebben tijdens de afgelopen schoolweek. De prevalentie bij de meisjes is hiermee significant hoger dan bij de jongens ($\chi^2=135.2$, $df=1$, $p<0.001$).

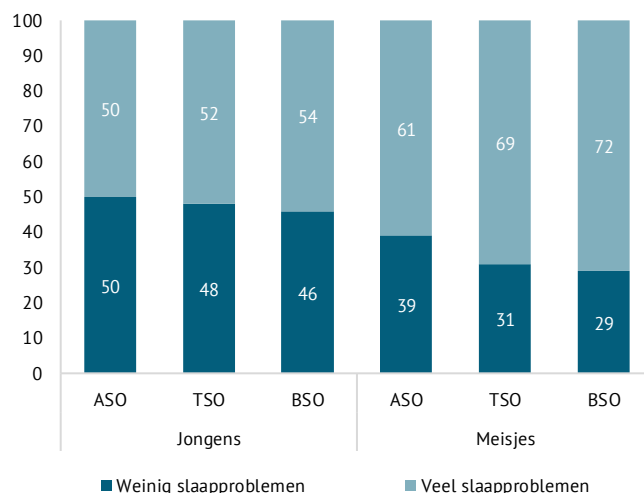
Uit de resultaten blijkt tevens dat de prevalentie van een slechte nachtrust significant toeneemt met de leeftijd en dit voor beide geslachten (jongens: $\chi^2=63.9$, $df=3$, $p<0.001$; meisjes: $\chi^2=123.0$, $df=3$, $p<0.001$).



Grafiek 44: slechte nachtrust naar leeftijd en geslacht (procentueel)

In de leeftijdsgroep van de 17- tot 18-jarigen, rapporteren 56.4% van de jongens en 68.2% van de meisjes een slechte nachtrust tegenover 41.9% van de jongens en 48.8% van de meisjes uit de jongste leeftijdsgroep (Grafiek 44).

Grafiek 45 toont aan dat de prevalentie van een slechte nachtrust niet significant verschilt naargelang opleidingsvorm bij de jongens ($\chi^2=2.7$, $df=2$, $p=0.264$). Bij de meisjes daarentegen worden significante verschillen geobserveerd ($\chi^2=23.1$, $df=2$, $p<0.001$). De prevalentie van een slechte nachtrust ligt beduidend hoger in het beroeps secundair onderwijs (71.5%) en het technisch secundair onderwijs (68.9%) dan in het algemeen secundair onderwijs (61.2%).

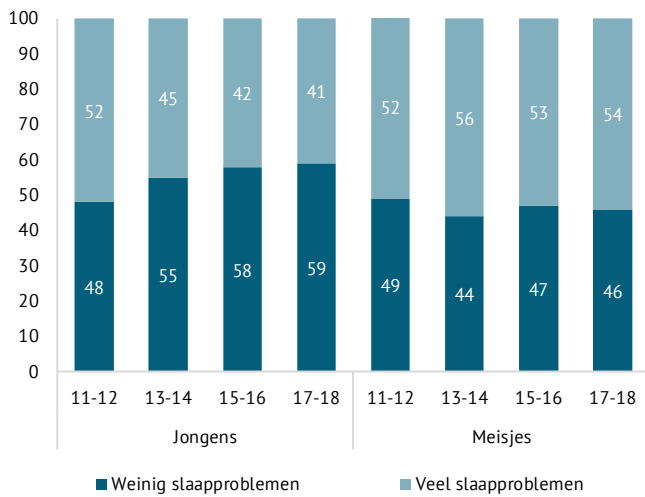


Grafiek 45: slechte nachtrust naar opleiding en geslacht (procentueel)

MOEILIKHEDEN BIJ HET IN SLAAP VALLEN

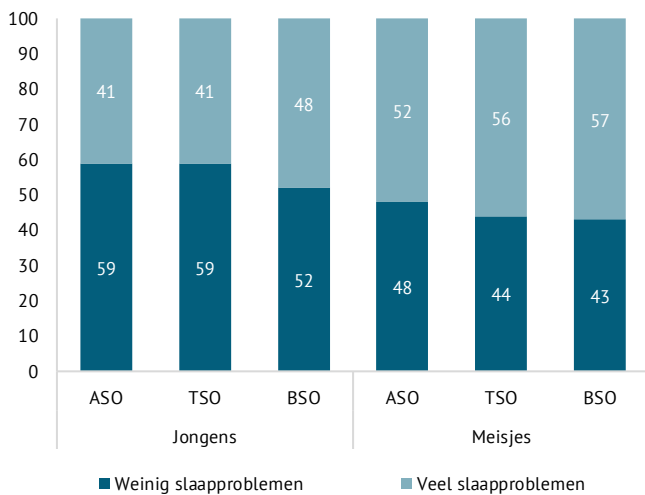
Er zijn significante verschillen op te merken tussen de jongens en de meisjes voor wat betreft moeilijkheden om in slaap te vallen ($\chi^2=73.0$, $df=1$, $p<0.001$). Bij de jongens geeft 45.5% aan dat ze tijdens de afgelopen schoolweek langer dan een half uur hebben wakker gelegen alvorens de slaap te vatten. Bij de meisjes ligt deze prevalentie hoger (53.8%).

Bij de jongens neemt de prevalentie van ervaren moeilijkheden om in slaap te vallen significant af met de leeftijd ($\chi^2=32.7$, $df=3$, $p<0.001$). In de leeftijdsgroep 11- tot 12-jarigen rapporteren 51.9% van de jongens moeilijkheden, terwijl dit bij de 17- tot 18-jarigen 41.4% bedraagt. Bij de meisjes worden geen significante verschillen tussen leeftijdsgroepen geobserveerd zoals blijkt uit Grafiek 46 ($\chi^2=5.9$, $df=3$, $p=0.115$).



Grafiek 46: moeilijkheden bij het in slaap vallen naar leeftijd en geslacht (procentueel)

In Grafiek 47 worden de prevalenties van slaapproblemen naargelang opleidingsvorm gerapporteerd. Bij de jongens worden kleine significante verschillen in de prevalenties opgemerkt ($\chi^2=8.8$, $df=2$, $p<0.010$) maar niet bij de meisjes ($\chi^2 = 5.4$, $df=2$, $p=0.064$). De prevalentie van ervaren moeilijkheden om in slaap te vallen ligt hoger bij de jongens uit het beroeps secundair onderwijs (47.7%) dan bij jongens uit het technisch secundair onderwijs (41.3%) en het algemeen secundair onderwijs (40.8%).

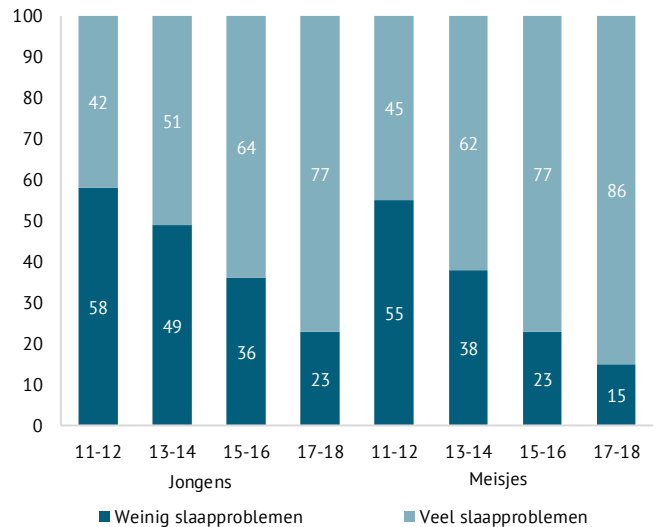


Grafiek 47: moeilijkheden bij het in slaap vallen naar opleiding en geslacht (procentueel)

ONVOLDOENDE NACHTRUST

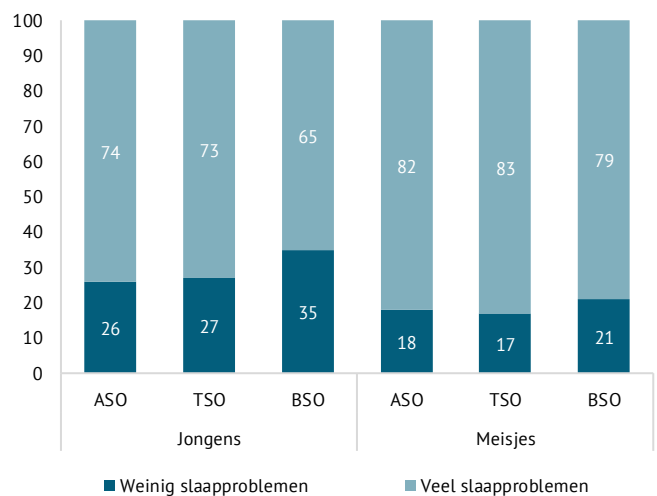
Het percentage meisjes dat in 2018 aangeeft onvoldoende geslapen te hebben gedurende de afgelopen schoolweek bedraagt 66.8% tegenover 58.2% bij de jongens. Dit betreft een significant verschil ($\chi^2=85.9$, $df=1$, $p<0.001$).

Grafiek 48 geeft aan dat de prevalentie van onvoldoende nachtrust significant verschilt naargelang leeftijd bij zowel de jongens als de meisjes (jongens: $\chi^2=345.8$, $df=3$, $p<0.001$; meisjes: $\chi^2=524.0$, $df=3$, $p<0.001$). De hoogste prevalenties worden opgetekend in de groep van 17- tot 18-jarigen en bedragen respectievelijk 77.2% en 85.5%.



Grafiek 48: onvoldoende nachtrust naar leeftijd en geslacht (procentueel)

De prevalenties naargelang opleidingsvorm worden in Grafiek 49 weergegeven. Hieruit blijkt dat er bij de jongens significante verschillen naar opleidingsvorm ($\chi^2=17.0$, $df=2$, $p<0.001$) bestaan waarbij hogere prevalenties van onvoldoende nachtrust geobserveerd worden bij de jongens uit het algemeen secundair onderwijs (74.1%) en de jongens uit het technisch secundair onderwijs (72.7%) dan bij jongens uit het beroeps secundair onderwijs (65.0%). Voor de meisjes worden geen significante verschillen opgemerkt ($\chi^2=3.9$, $df=2$, $p=0.137$).

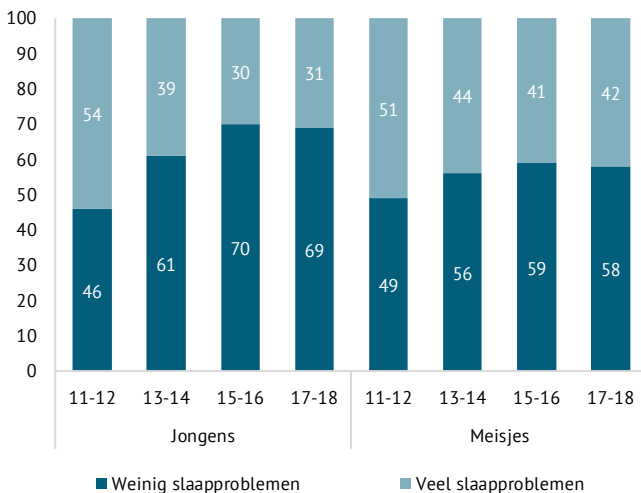


Grafiek 49: onvoldoende nachtrust naar opleiding en geslacht (procentueel)

VERSTOORDE NACHTRUST

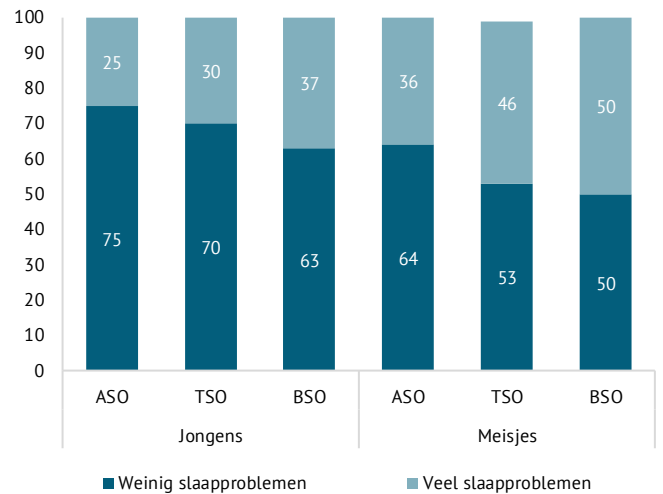
De resultaten met betrekking tot een verstoorde nachtrust duiden op significante verschillen tussen de jongens en de meisjes ($\chi^2=45.3$, $df=1$, $p<0.001$). Het percentage jongens dat aangeeft moeilijkheden te ervaren bij het opnieuw in slaap vallen tijdens de afgelopen schoolweek bedraagt 38.5%. Bij de meisjes ligt de prevalentie hoger op 44.9%.

Grafiek 50 geeft de prevalenties van een verstoorde nachtrust weer naargelang leeftijd voor beide geslachten. Hieruit blijkt dat er significante verschillen zijn tussen de verschillende leeftijdsgroepen bij zowel de jongens ($\chi^2=199.7$, $df=3$, $p<0.001$) als de meisjes ($\chi^2=29.7$, $df=3$, $p<0.001$). Voor beide geslachten worden de hoogste prevalenties waargenomen in de leeftijdsgroep van 11- tot 12-jarigen (respectievelijk 54.1% en 50.7%) en de laagste prevalenties in de leeftijdsgroep van 15- tot 16-jarigen (respectievelijk 29.5% en 40.9%).



Grafiek 50: verstoorde nachtrust naar leeftijd en geslacht (procentueel)

Verder worden significante verschillen naargelang opleidingsvorm opgetekend bij zowel de jongens ($\chi^2=27.6$, $df=2$, $p<0.001$) als de meisjes ($\chi^2=41.7$, $df=2$, $p<0.001$). De prevalentie ligt voor beide geslachten het hoogst in het beroeps secundair onderwijs en bedraagt respectievelijk 37.0% en 50.1% (**Grafiek 51**).

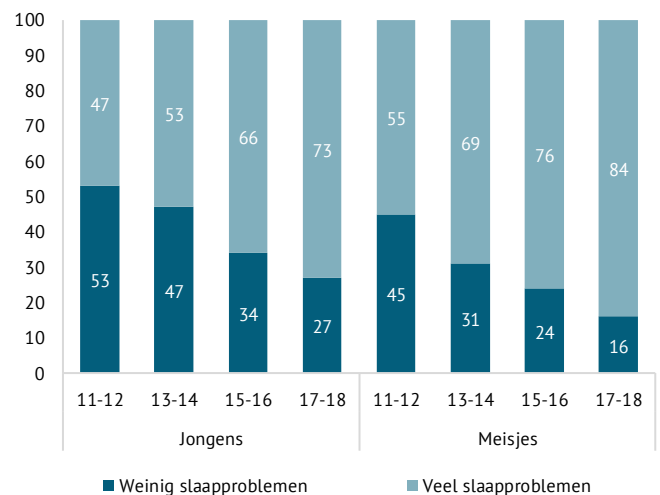


Grafiek 51: verstoorde nachtrust naar opleiding en geslacht (procentueel)

OCHTENDMOEHEID

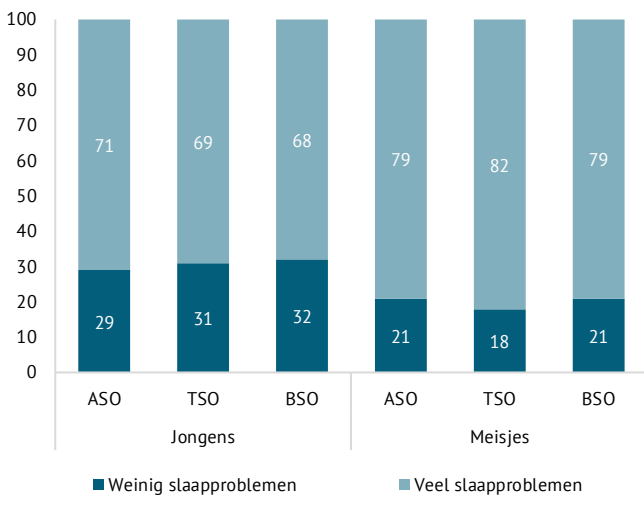
Het percentage meisjes dat aangeeft de voorbije schoolweek ochtendmoetheid te hebben ervaren, bedraagt 70.3% tegenover 59.4% bij de jongens. Hiermee ligt de prevalentie significant hoger bij de meisjes dan bij de jongens ($\chi^2=139.4$, $df=1$, $p<0.001$).

Uit **Grafiek 52** is af te leiden dat de prevalenties in sterke mate toenemen met de leeftijd (jongens: $\chi^2=211.4$, $df=3$, $p<0.001$; meisjes: $\chi^2=267.2$, $df=3$, $p<0.001$). Bij de jongens bedraagt de prevalentie 47.0% bij de jongste leeftijdsgroep en 73.3% bij de oudste leeftijdsgroep. Bij de meisjes bedragen deze prevalenties respectievelijk 54.5% en 83.7%.



Grafiek 52: ochtendmoetheid naar leeftijd en geslacht (procentueel)

Verder worden er geen significante verschillen opgetekend naargelang opleidingsvorm en dit bij zowel de jongens ($\chi^2=2.2$, $df=2$, $p=0.333$) als bij de meisjes zoals weergegeven in **Grafiek 53** ($\chi^2=2.8$, $df=2$, $p=0.252$).



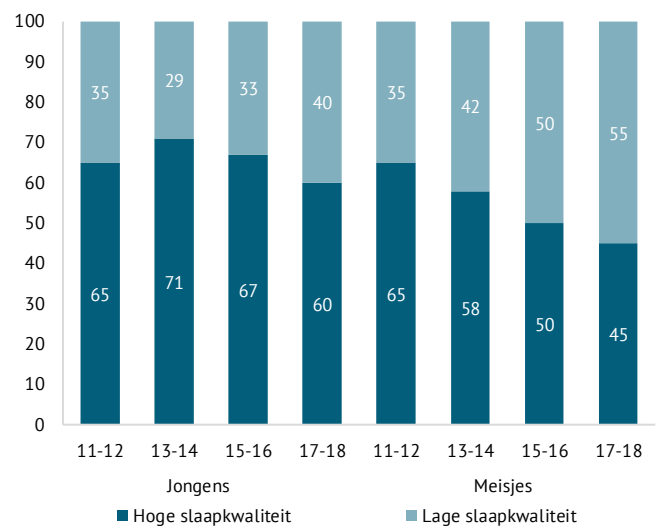
Grafiek 53: ochtendmoedigheid naar opleiding en geslacht (procentueel)

ALGEMENE SLAAPKWALITEIT

De verschillende aspecten van slaapkwaliteit die hierboven afzonderlijk werden besproken, worden hieronder als één schaal behandeld. Deze schaal geeft een meer algemeen beeld van hoe jongeren hun slaapkwaliteit beoordelen.

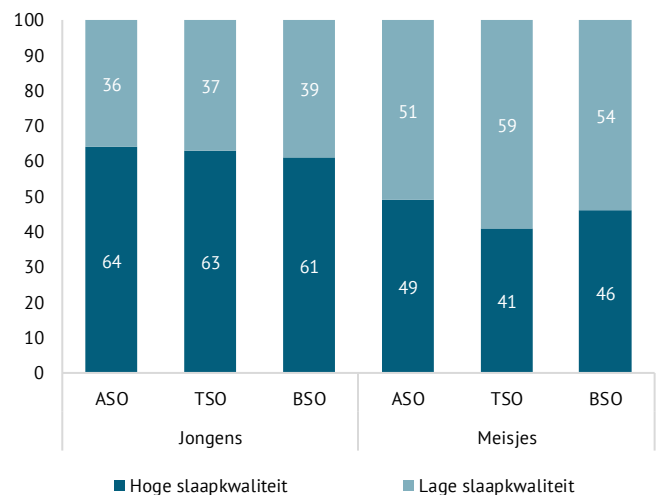
De prevalentie van een lage slaapkwaliteit is significant hoger bij de meisjes en bedraagt 45.9% tegenover 34.6% bij de jongens ($\chi^2=143.2$, $df=1$, $p<0.001$).

Grafiek 54 toont aan dat er significante verschillen zijn in de prevalenties van een lage slaapkwaliteit naargelang leeftijd en dit voor beide geslachten (jongens: $\chi^2=34.8$, $df=3$, $p<0.001$; meisjes: $\chi^2=115.6$, $df=3$, $p<0.001$). Zowel bij de jongens als bij de meisjes is de prevalentie van een lage slaapkwaliteit het hoogst in de oudste leeftijdsgroep. De percentages bedragen respectievelijk 40.4% en 55.3%. Daarentegen situeren de laagste prevalenties zich in verschillende leeftijdsgroepen. Bij de jongens wordt de laagste prevalentie opgetekend in de leeftijdsgroep van 13- tot 14-jarigen (29.1%), terwijl de laagste prevalentie bij de meisjes wordt geobserveerd in de leeftijdsgroep van 11- tot 12-jarigen (35.4%).



Grafiek 54: algemene slaapkwaliteit naar leeftijd en geslacht (procentueel)

Verschillen in de prevalenties naargelang opleidingsvorm voor beide geslachten worden weergegeven in **Grafiek 55**. Algemeen genomen worden geen significante verschillen in de prevalentie van een lage slaapkwaliteit tussen de jongens uit het beroeps, technisch en algemeen secundair onderwijs opgemerkt ($\chi^2=1.7$, $df=2$, $p=0.417$). Voor de meisjes daarentegen zijn er wel significante verschillen zichtbaar ($\chi^2=13.2$, $df=2$, $p=0.001$). De prevalenties liggen hoger voor meisjes uit het beroeps secundair onderwijs (54.4%) en het technisch secundair onderwijs (58.6) dan voor meisjes uit het algemeen secundair onderwijs (50.5%).



Grafiek 55: algemene slaapkwaliteit naar opleiding en geslacht (procentueel)

CONCLUSIE GEZONDHEID EN WELZIJN

Mentale gezondheid

De meerderheid van de jongeren is vrij tevreden over hun leven, al geldt deze bevinding iets vaker voor de jongens (94.4%) dan voor de meisjes (91.3%). Opmerkelijke verschillen in levenstevredenheid zijn er niet naar mate jongeren ouderen worden. Daarentegen wordt er wel een hogere levenstevredenheid gerapporteerd bij de jongens en de meisjes uit het algemeen secundair onderwijs in vergelijking met de jongeren uit het beroeps secundair onderwijs. Naast een hoge levenstevredenheid, geeft de meerderheid van de jongeren aan ook over een goede levenskwaliteit te beschikken. De prevalentie neemt echter af bij een toenemende leeftijd en is bovendien minder uitgesproken bij de meisjes uit het beroeps secundair onderwijs dan bij de meisjes uit het algemeen en technisch secundair onderwijs. Naast de levenstevredenheid en levenskwaliteit werd ook gepeild naar zelfmoordgedachten en zelfbeschadigend gedrag. Uit de resultaten blijkt dat 13.0% van de jongens en 22.1% van de meisjes al meerdere keren overwogen om een einde aan hun leven te maken. Deze prevalentie stijgt bovendien met een toenemende leeftijd en is vooral bij de jongens sterk uitgesproken. Wat zelfbeschadigend gedrag betreft, is vast te stellen dat de prevalentie 8.0% bedraagt bij de jongens en 20.8% bij de meisjes. De prevalenties liggen het hoogst bij de oudere leeftijdsgroepen en meer jongeren uit het beroeps secundair onderwijs en het technisch secundair onderwijs vertonen zelfbeschadigend gedrag in vergelijking met de jongeren uit het algemeen secundair onderwijs.

Gezondheidsklachten

De meerderheid van de jongeren geeft aan een goede tot uitstekende gezondheid te hebben, al ligt de prevalentie iets hoger bij de jongens (84.7%) dan bij de meisjes (80.5%). Verder is op te merken dat meer jongeren uit het algemeen secundair onderwijs hun gezondheid als beter inschatten in vergelijking met de jongeren uit het technisch en het beroeps secundair onderwijs. Voor de meisjes wordt daarnaast een afname in de prevalentie van een goede tot uitstekende gezondheid geobserveerd bij een toenemende leeftijd.

Wat de gezondheidsklachten betreft, blijkt dat slaapproblemen het meest prevalent zijn bij de jongens (23.7%) en de meisjes (29.6%). Zowel bij de jongens als de meisjes wordt dit gevolgd door zenuwachtigheid (jongens: 18.2%; meisjes: 25.0%), humeurigheid (jongens: 17.9%; meisjes: 24.9%) en futloosheid (jongens: 10.7%; meisjes: 17.4%).

Bij de meisjes zijn vervolgens hoofdpijn (16.3%), rugpijn (14.4%), buikpijn (10.3%) en duizeligheid (10.2%) de meest prevalentie gezondheidsklachten, terwijl dit bij de jongens rugpijn (10.4%), hoofdpijn (8.2%), duizeligheid (6.8%) en buikpijn (5.4%) is. Opvallend is dat er voor vrijwel alle gezondheidsklachten bij de meisjes een duidelijke gradiënt is waar te nemen, waarbij de gezondheidsklachten het meest prevalent zijn in het beroeps secundair onderwijs in vergelijking met het algemeen secundair onderwijs. Verder blijkt dat de prevalentie van medicatiegebruik bij de jongeren om de gezondheidsklachten te onderdrukken, het hoogst is voor hoofd- en buikpijn, waarbij bovendien meer meisjes dan jongens aangeven medicatie te gebruiken. De prevalentie in medicatiegebruik ligt het laagst voor slaapproblemen en zenuwachtigheid en verschilt niet tussen de jongens en de meisjes.

Slaapduur

De resultaten van 2018 tonen aan dat slaapproblemen bij jongeren in hoge mate aanwezig zijn. In termen van slaapduur is vast te stellen dat in de jongste leeftijdsgroep (11- tot 12-jarigen) net iets minder dan de helft van de jongeren niet aan de slaapnorm van negen uur voldoet tijdens de schoolweek. In de oudste leeftijdsgroepen liggen de prevalenties nog hoger: 59.4% van de 13- tot 18-jarige jongens en 56.0% van de 13- tot 18-jarige meisjes geeft aan de minimale slaapnorm van acht uur niet te halen tijdens de schoolweek. Er moet hierbij opgemerkt worden dat het om de minimale slaapnorm gaat. Wanneer de gemiddelde aanbevolen hoeveelheid slaap gehanteerd zou worden als grenswaarde (i.e. 10 uur voor 11- tot 12-jarigen en 9 uur voor 13- tot 18-jarigen) dan zouden de resultaten duiden op een nog groter percentage jongeren dat de slaapnorm niet halen.

Het niet voldoen aan de slaapnorm lijkt minder aan de orde tijdens het weekend en de schoolvakanties. In alle leeftijdsgroepen liggen de percentages jongeren die de slaapnorm niet halen beduidend lager op schoolvrije dagen. Deze stelling gaat bovendien sterker op voor de meisjes. Bij de jongste leeftijdsgroep geeft 18.5% van de meisjes aan minder dan negen uur te slapen tijdens de weekends of de vakantie, tegenover 31.8% van de jongens. Bij de oudere leeftijdsgroepen bedragen deze percentages respectievelijk 13.7% en 21.2%.

Samengevat tonen deze resultaten aan dat jongeren gemakkelijker de slaapnorm halen wanneer ze meer volgens hun eigen biologisch ritme leven (in het weekend) dan wanneer de wekker hen 's ochtends wakker maakt om naar school te gaan. Daarnaast blijkt ook dat jongeren trachten slaap in te halen in het weekend, maar onderzoek heeft aangetoond dat dit compenseergedrag weinig zin heeft. Bijslapen tijdens het weekend werkt de negatieve effecten van een te korte nachtrust tijdens de schoolweek niet weg.⁷ Sterker nog, het kan nog meer gezondheidsproblemen met zich meebrengen door het gebrek aan regelmaat in het slaappatroon.

Verder wijzen de resultaten op verschillen in de slaapduur naargelang opleidingsvorm. Bij de jongens blijken voornamelijk jongeren uit het beroeps secundair onderwijs en het technisch secundair onderwijs de slaapnorm niet te halen en dit zowel tijdens de schoolweek als in het weekend en de vakanties. Bij de meisjes vinden we een gelijkaardige bevinding terug voor wat betreft de slaapduur op schoolvrije dagen.

Slaapkwaliteit

Wat betreft de slaapkwaliteit van de jongeren, is vast te stellen dat de meisjes (45.9%) algemeen genomen een slechtere slaapkwaliteit rapporteren dan de jongens (34.6%). Geslachtsverschillen treden op bij alle indicatoren van slaapkwaliteit, maar zijn het meest uitgesproken voor wat betreft een slechte nachtrust en ochtendmoeheid. Van de meisjes geeft 58.0% aan slecht geslapen te hebben tijdens de afgelopen schoolweek, tegenover 46.8% van de jongens. Daarnaast rapporteert 70.3% van de meisjes ochtendmoeheid, tegenover 59.4% van de jongens.

Wat de verschillen naargelang leeftijd betreft, blijkt dat slaapproblemen algemeen genomen het meest prevalent zijn in de oudste leeftijdsgroep bij zowel de jongens als de meisjes. Deze bevinding gaat echter niet altijd op wanneer gekeken wordt naar de afzonderlijke indicatoren van slaapkwaliteit. Zo blijken moeilijkheden bij het in slaap vallen meer aanwezig bij 11- tot 12-jarige jongens dan bij 17- tot 18-jarige jongens. Ook de prevalentie van een verstoorde nachtrust is het hoogst in de jongste leeftijdsgroep bij zowel de jongens als de meisjes. Tot slot worden geen verschillen naargelang leeftijd opgetekend bij de meisjes voor wat betreft het ervaren van moeilijkheden bij het in slaap vallen.

De resultaten voor de verschillen naar opleidingsvorm zijn minder eenduidig. Algemeen genomen worden er geen verschillen in slaapkwaliteit opgetekend tussen de jongens uit diverse opleidingsvormen. Bij de meisjes daarentegen zijn wel kleine verschillen vast te stellen in de algemene beoordeling van hun slaapkwaliteit. Het

zijn vooral de meisjes uit het technisch secundair onderwijs en het beroeps secundair onderwijs die slaapproblemen percipiëren. Wanneer echter gekeken wordt naar de afzonderlijke indicatoren van slaapkwaliteit, is ditzelfde patroon enkel terug te vinden voor wat betreft een slechte nachtrust. Bij de andere indicatoren blijkt het verband met opleidingsvorm sterk te variëren.

DEEL 4

GEZONDHEIDSGEDRAGINGEN

IN DIT HOOFDSTUK

De gedragingen die adolescenten stellen, hebben een belangrijke impact op hun huidige gezondheid, maar ook op gezondheid in hun latere leven. Zo is geweten dat onvoldoende bewegen en overmatig zitten op korte termijn leiden tot een minder gunstig fysiek en mentaal welbevinden. Op lange termijn is er onder meer een verhoogd risico op hart- en vaatziekten en kanker.³ Ook voor voeding zijn op korte en lange termijn gelijkaardige ongunstige effecten beschreven indien er een ongezond eetpatroon wordt aangehouden.⁴ En uiteraard spelen risicogedragingen zoals tabak, alcohol en druggebruik ook een belangrijke rol waarvan de nefaste gezondheidseffecten zeer uitgesproken kunnen zijn. Denk aan fysieke en emotionele klachten⁵⁻⁷ en schoolproblemen⁸ gerelateerd aan overmatig alcohol- en druggebruik of een gebrekkige fysieke fitheid, verminderde longfunctie en een verhoogd risico op chronische longaandoeningen en longkanker door tabaksgebruik.⁹ Bovendien hebben gewoontes die tijdens de adolescentie worden aangeleerd, de neiging om op volwassen leeftijd behouden te blijven. Het is dan ook belangrijk om goed zicht te krijgen op deze gedragingen bij adolescenten zodat tijdig efficiënte strategieën voor een goede gezondheid uitgewerkt of bijgestuurd kunnen worden. Hetzelfde geldt voor de seksuele gezondheid waar jongeren tijdens de adolescentie vaak voor het eerst belangrijke keuzes maken op dit vlak.

In dit hoofdstuk wordt dan ook dieper ingegaan op diverse gezondheidsgedragingen van jongeren. Prevalentiecijfers voor beweging en schermtijd worden gepresenteerd maar ook voedselgedragingen komen aan bod zoals de consumptie van groenten, fruit, frisdrank en water. Er wordt gekeken naar de maaltijdpatronen van jongeren waarbij onder meer de ontbijtfrequentie en de mate waarin jongeren er een gezond eetpatroon op nahouden wordt uitgelicht. Overgewicht en obesitas worden in kaart gebracht en bevindingen omtrent lichaamsperceptie en dieetgedrag worden gerapporteerd. In termen van risicogedragingen worden prevalentiecijfers in alcohol-, tabak- en druggebruik weergegeven en ook de seksuele gezondheid van Vlaamse jongeren wordt voorgesteld.

BEWEGING EN SEDENTAIR GEDRAG

METHODOLOGIE

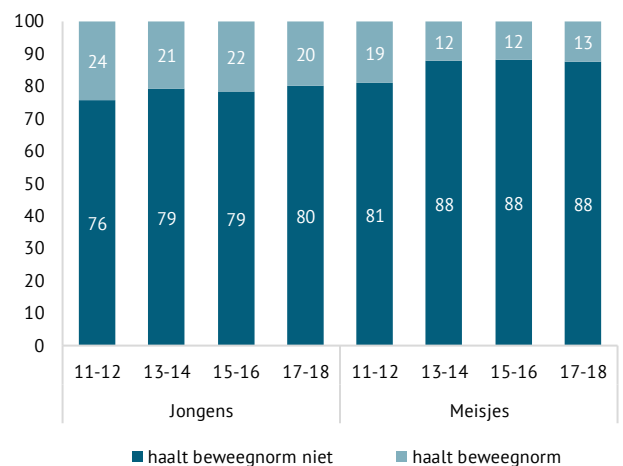
De vraag: 'Op hoeveel van de voorbije zeven dagen ben je in totaal ten minste 60 minuten fysiek actief geweest per dag als je alle aparte beweegmomenten voor die dag optelt?' werd gesteld om de mate van beweging van de jongeren in kaart te brengen. De antwoordmogelijkheden varieerden van 'nul dagen' tot 'zeven dagen' per week. In de analyses werd een onderscheid gemaakt tussen jongeren die dagelijks en jongeren die minder dan dagelijks minstens 60 minuten aan een matige tot hoge intensiteit fysiek actief waren.

Om zicht te krijgen op de schermtijd van de jongeren werden drie vragen gesteld die peilden naar de mate van tv-kijken, gamen en computergebruik tijdens de vrije tijd op week- en weekenddagen: 'Hoeveel uur per dag besteed je in je vrije tijd meestal aan het bekijken van televisie, video's, dvd's en andere ontspanning op een scherm', 'Hoeveel uur per dag besteed je in je vrije tijd meestal aan het spelen van spelletjes op een computer, spelconsole, tablet, smartphone of ander elektronisch apparaat?' en 'Hoeveel uur per dag besteed je in je vrije tijd meestal aan het gebruik van elektronische apparaten zoals computers, tablets, of smartphones voor iets anders dan spelletjes spelen?'. De antwoordmogelijkheden voor week- en weekenddagen varieerden van 'helemaal niet' tot 'ongeveer zeven uren per dag of meer'. De totale schermtijd per dag werd vervolgens berekend op basis van het gewogen gemiddelde via volgende formule: $((\text{schermtijd weekdag} \times 5) + (\text{schermtijd weekenddag} \times 2))/7$. Jongeren werden daarna in twee groepen ingedeeld: jongeren die onder de norm van maximaal twee uur schermtijd blijven en jongeren die deze norm overschrijden.

BEWEGING

Het percentage jongeren dat in 2018 de aanbeveling van minstens 60 minuten dagelijkse beweging aan een matige tot hoge intensiteit haalt, bedraagt 21.3% bij de jongens en 13.7% bij de meisjes. Dit zijn significant minder meisjes dan jongens die aan de aanbeveling voldoen ($\chi^2=110.0$, $df=1$, $p<0.001$). In vergelijking met de bevindingen uit 2014 is er een gunstige evolutie waar te nemen. Toen bedroeg het aandeel jongens dat de aanbeveling haalde immers 17.4% ($\chi^2=24.8$, $df=1$, $p<0.001$) en bij de meisjes was dit 10.0% ($\chi^2=31.1$, $df=1$, $p<0.001$).

Naargelang leeftijd zijn er significante verschillen waar te nemen in het aandeel jongeren dat de aanbeveling haalt (jongens: $\chi^2=8.6$, $df=3$, $p=0.035$; meisjes: $\chi^2=38.4$, $df=3$, $p<0.001$). De prevalentie ligt zowel bij de jongens als bij de meisjes het hoogst bij de jongste leeftijdsgroep (11- tot 12-jarigen) en bedraagt respectievelijk 24.3% en 19.0%. Vanaf de 13- tot 14-jarige leeftijd is er een duidelijk kantelpunt en neemt de prevalentie af naar 20.7% bij de jongens en 12.2% bij de meisjes. Dit niveau blijft behouden bij de oudere leeftijdsgroepen (Grafiek 56).



Grafiek 56: aanbeveling beweging naar leeftijd en geslacht (procentueel)

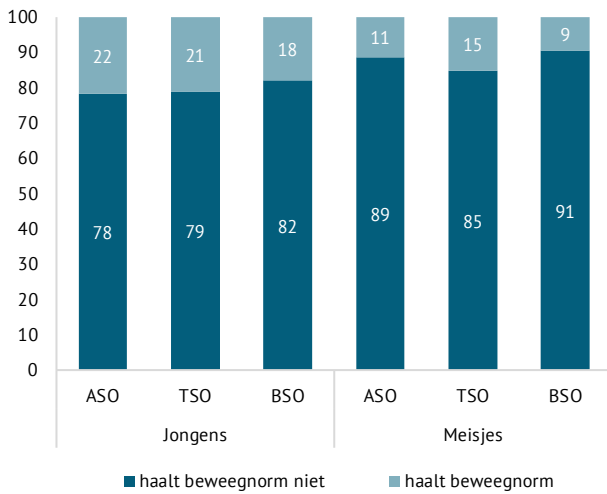
Voor vrijwel alle leeftijdsgroepen neemt het percentage jongens en meisjes dat de aanbeveling van beweging haalt toe in 2018 ten opzichte van de bevindingen uit 2014 (Tabel 38). Bij de jongens en de meisjes uit de 13- tot 14-jarige leeftijdsgroep wordt er echter geen significant verschil opgemerkt tussen 2014 en 2018.

Tabel 38: evolutie in aandeel dat aanbeveling beweging haalt naar leeftijd en geslacht

		11-12	13-14	15-16	17-18
J	2014	20.4%	19.1%	17.5%	14.4%
	2018	24.3%	20.7%	21.5%	19.7%
		$\chi^2=4.9$ $df=1$ $p=0.026$	$\chi^2=0.9$ $df=1$ $p=0.331$	$\chi^2=7.0$ $df=1$ $p=0.008$	$\chi^2=10.8$ $df=1$ $p=0.001$
M	2014	15.3%	12.1%	5.7%	8.0%
	2018	19.0%	12.2%	11.7%	12.5%
		$\chi^2=5.6$ $df=1$ $p=0.018$	$\chi^2=0.0$ $df=1$ $p=0.973$	$\chi^2=28.2$ $df=1$ $p<0.001$	$\chi^2=11.4$ $df=1$ $p=0.001$

Naargelang opleidingsvorm is er bij de meisjes een verschil te bemerken in het percentage dat de aanbeveling haalt ($\chi^2=11.1$, $df=2$, $p=0.004$) maar niet bij de jongens ($\chi^2=3.8$, $df=2$, $p=0.153$).

Het aantal meisjes dat de aanbeveling haalt, is het meest prevalent in het technisch secundair onderwijs (15.2%) en het minst prevalent in het beroeps secundair onderwijs (9.4%) zoals blijkt uit **Grafiek 57**.



Grafiek 57: aanbeveling beweging naar opleiding en geslacht (procentueel)

In vergelijking met 2014 is er voor de jongens en de meisjes uit het algemeen en het technisch secundair onderwijs een gunstige toename te bemerken in het aandeel jongeren dat voldoende beweegt aan een matige tot hoge intensiteit. In het beroeps secundair onderwijs wordt er ook een toename geobserveerd in de prevalentie van jongens en meisjes die de aanbeveling halen maar dit is echter geen significant verschil (**Tabel 39**).

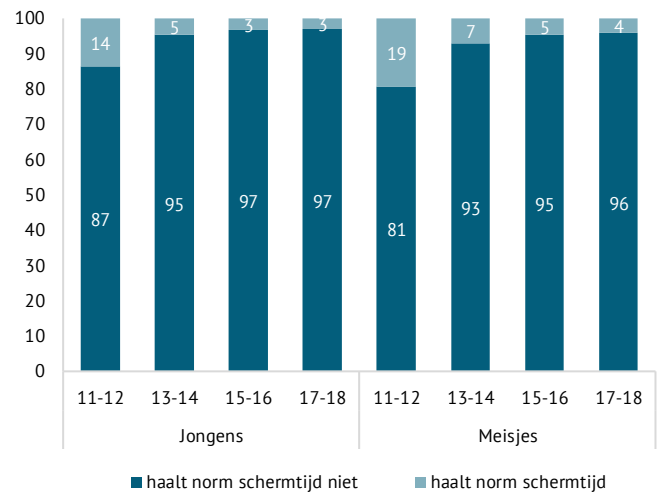
Tabel 39: evolutie in aandeel dat aanbeveling beweging haalt naar opleiding en geslacht

		ASO	TSO	BSO
J	2014	14.2%	16.8%	16.2%
	2018	21.6%	21.1%	17.9%
		chi ² =18.5 df=1	chi ² =5.6 df=1	chi ² =0.6 df=1
		p<0.001	p=0.018	p=0.450
M	2014	5.7%	7.6%	7.6%
	2018	11.3%	15.2%	9.4%
		chi ² =24.6 df=1	chi ² =22.0 df=1	chi ² =1.1 df=1
		p<0.001	p<0.001	p=0.289

SEDENTAIR GEDRAG

Het percentage jongeren dat in 2018 de aanbeveling van schermgerelateerde zittijd (niet meer dan twee uur schermtijd per dag) haalt, bedraagt 6.6% bij de jongens en 9.1% bij de meisjes. Significant meer meisjes dan jongens voldoen bijgevolg aan de aanbeveling (chi²=23.5, df=1, p<0.001). In vergelijking met de resultaten uit 2014 voldoen significant minder jongeren in 2018 aan de aanbeveling. Toen bedroeg de prevalentie bij de jongens immers 10.5% (chi²=49.7, df=1, p<0.001) en bij de meisjes 11.6% (chi²=16.7, df=1, p<0.001).

In **Grafiek 58** worden de prevalenties gerapporteerd naargelang leeftijd. Zowel bij de jongens als bij de meisjes neemt het aandeel jongeren dat de aanbeveling haalt beduidend af met een toenemende leeftijd (jongens: chi²=152.0, df=3, p<0.001; meisjes: chi²=229.2, df=3, p<0.001). Op 11- tot 12-jarige leeftijd voldoet 13.5% van de jongens en 19.3% van de meisjes nog aan de aanbeveling van maximaal twee uur schermtijd per dag. Bij de jongens is de prevalentie op 17- tot 18-jarige leeftijd nog maar 3.4% en bij de meisjes 4.2%.



Grafiek 58: aanbeveling schermtijd naar opleiding en geslacht (procentueel)

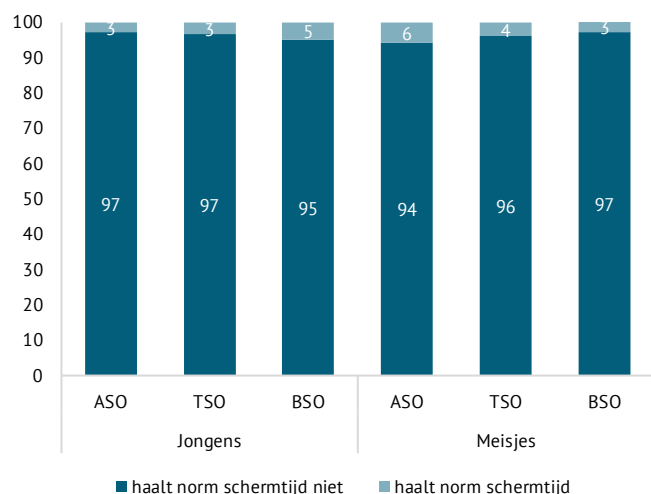
Ten opzichte van de bevindingen uit 2014 is er een ongunstige evolutie waar te nemen (**Tabel 40**). Het aandeel jongens dat de aanbeveling haalt, ligt in 2018 in alle leeftijdsgroepen significant lager in vergelijking met 2014. Bij de meisjes is er eveneens een afname in de prevalentie waar te nemen, maar die is echter enkel significant bij de meisjes uit de 15- tot 16- en 17- tot 18-jarige leeftijdsgroep.

Tabel 40: evolutie in aandeel dat aanbeveling schermtijd haalt naar leeftijd en geslacht

		11-12	13-14	15-16	17-18
J	2014	17.3%	8.8%	6.8%	8.4%
	2018	13.5%	4.7%	3.4%	3.1%
		chi ² =6.3 df=1	chi ² =16.0 df=1	chi ² =14.4 df=1	chi ² =27.0 df=1
		p=0.012	p<0.001	p<0.001	p<0.001
M	2014	20.5%	9.0%	7.4%	8.1%
	2018	19.3%	7.2%	4.7%	4.2%
		chi ² =0.4 df=1	chi ² =2.5 df=1	chi ² =8.3 df=1	chi ² =13.5 df=1
		p=0.462	p=0.113	p=0.004	p<0.001

Het aandeel jongeren dat de aanbeveling van schermtijd haalt, verschilt significant tussen de diverse opleidingsvormen bij de meisjes (chi²=7.1, df=2, p=0.028). Het aantal meisjes dat de aanbeveling haalt is het meest prevalent in het algemeen secundair onderwijs en bedraagt 5.6%. In het technisch en het beroeps secundair onderwijs liggen de prevalenties lager op respectievelijk 3.8% en 3.0% (**Grafiek 59**). Bij de jongens zijn er geen

verschillen op te merken in de prevalenties tussen de diverse opleidingsvormen ($\chi^2=4.6$, $df=2$, $p=0.099$).



Grafiek 59: aanbeveling schermtijd naar opleiding en geslacht (procentueel)

De prevalenties liggen in 2018 in alle onderwijsvormen significant lager bij de jongens en de meisjes in vergelijking met de bevindingen uit 2014 zoals blijkt uit Tabel 41.

Tabel 41: evolutie in aandeel dat aanbeveling schermtijd haalt naar opleiding en geslacht

		ASO	TSO	BSO
J	2014	6.9%	7.2%	11.6%
	2018	2.8%	3.3%	4.8%
		$\chi^2=17.3$	$\chi^2=14.6$	$\chi^2=18.9$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p<0.001$	$p<0.001$	$p<0.001$
M	2014	9.4%	7.4%	6.9%
	2018	5.6%	3.8%	3.0%
		$\chi^2=12.7$	$\chi^2=9.3$	$\chi^2=8.0$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.001$	$p=0.002$	$p=0.005$

VOEDSELCONSUMPTIE

METHODOLOGIE

De vraag: 'Hoeveel dagen per week eet of drink jij gewoonlijk ... (fruit, groenten, frisdrank en water)?' werd gebruikt om de consumptiefrequentie van fruit, groenten, frisdrank en water te bepalen. Er waren zeven antwoordmogelijkheden die varieerden van 'nooit' tot 'elke dag, meer dan één keer'. Om in de analyses een onderscheid te maken tussen de 'dagelijkse' en 'minder dan dagelijkse' consumptie werden de antwoorden 'nooit' tot 'vijf à zes dagen per week' beschouwd als 'geen dagelijkse consumptie'. De antwoorden 'dagelijks' en 'elke dag, meer dan één keer' werden beschouwd als 'dagelijkse consumptie'.

Op basis van bovenstaande vraag werd voor fruit ook bepaald in welke mate de jongeren aan de richtlijn van dagelijkse consumptie van minstens twee porties* voldoen. Een positief antwoord op 'elke dag, meer dan één keer' werd hierbij in de analyses beschouwd als 'aan de richtlijn te voldoen'. De antwoorden 'nooit' tot 'dagelijks' werden beschouwd als 'niet aan de richtlijn te voldoen'. Eenzelfde werkwijze werd gehanteerd om te bepalen of de jongeren voldoen aan de richtlijn van de consumptie van minstens twee porties groenten per dag.

*Gezien de wijze van vraagstelling wordt enkel inzicht geboden in de consumptiefrequentie van specifieke voedingsmiddelen. Op basis van de vraag is er geen informatie over portiegrootte/hoeveelheden beschikbaar. De resultaten omtrent het voldoen aan de richtlijn van fruit, groenten en water dienen dan ook met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden.

FRUIT

Twee porties fruit per dag

Als richtlijn geldt dat men dagelijks minstens twee stukken fruit moet eten.¹⁰ Uit de resultaten blijkt dat de mate waarin jongeren beantwoorden aan deze richtlijn significant verschilt tussen de jongens en de meisjes ($\chi^2=20.8$, $df=1$, $p<0.001$). De prevalentie van de consumptie van twee stukken fruit per dag ligt hoger bij de meisjes (16.9%) dan bij de jongens (13.7%). Zowel voor de jongens als de meisjes liggen deze percentages significant hoger dan in 2014.

Toen bedroeg de prevalentie respectievelijk 8.9% en 12.5% (jongens: $\chi^2=58.3$, $df=1$, $p<0.001$; meisjes: $\chi^2=37.6$, $df=1$, $p<0.001$).

De prevalentie van de consumptie van minstens twee stukken fruit per dag verschilt naargelang leeftijd en geslacht (jongens: $\chi^2=81.2$, $df=3$, $p<0.001$; meisjes: $\chi^2=47.3$, $df=3$, $p<0.001$). Bij de jongens is er een uitgesproken dalende trend naargelang leeftijd vast te stellen van 19.9% bij de 11- tot 12-jarigen naar 9.3% bij de 17- tot 18-jarigen. Bij meisjes is eenzelfde dalende trend waar te nemen tot de leeftijd van 15 tot 16 jaar (22.6% naar 13.1%). Vanaf de leeftijd van 17 tot 18 jaar is er terug een geringe toename in de prevalentie te merken (16.8%). In vergelijking met de bevindingen uit 2014 is er een gunstige toename op te merken in de consumptie van twee stukken fruit per dag bij de 11- tot 12-jarige en 17- tot 18-jarige meisjes alsook bij de 13- tot 14-jarige jongens.

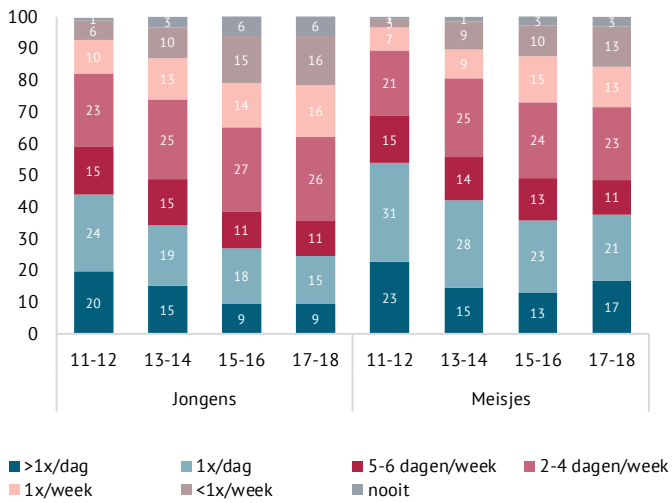
De prevalentie van de consumptie van minstens twee stukken fruit per dag verschilt niet naargelang de diverse opleidingsvormen bij de jongens ($\chi^2=2.4$, $df=2$, $p=0.298$) maar wel bij de meisjes ($\chi^2=6.7$, $df=2$, $p=0.036$). De meisjes uit het algemeen (16.0%) en het technisch (16.3%) secundair onderwijs consumeren frequenter minstens twee stukken fruit per dag ten opzichte van de meisjes uit het beroeps secundair onderwijs (11.5%). Ten opzichte van de bevindingen uit 2014 is een gunstige evolutie in de prevalentie van de consumptie van minstens twee stukken fruit per dag vast te stellen bij de meisjes uit het technisch secundair onderwijs. In 2014 bedroeg de prevalentie nog 9.0% tegenover 16.3% in 2018 ($\chi^2=18.3$, $df=1$, $p<0.001$).

Dagelijkse consumptie fruit

Wordt echter niet naar de gangbare richtlijn gekeken maar naar de al dan niet dagelijkse consumptie van fruit dan is vast te stellen dat 32.8% van de jongens tegenover 42.2% van de meisjes aangeeft dagelijks fruit te consumeren ($\chi^2=99.9$, $df=1$, $p<0.001$). Vergeleken met de resultaten uit 2014 is voor de jongens en de meisjes een significante stijging in de prevalentie van de dagelijkse fruitconsumptie waar te nemen (jongens: $\chi^2=134.9$, $df=1$, $p<0.001$; meisjes: $\chi^2=68.9$, $df=1$, $p<0.001$).

Zoals uit **Grafiek 60** afgeleid kan worden, verschilt de prevalentie van dagelijkse fruitconsumptie significant naargelang leeftijd.

In de leeftijdsgroep 11- tot 12-jarigen consumeert 44.0% van de jongens dagelijks fruit ten opzichte van 24.5% van de 17- tot 18-jarigen ($\chi^2=125.1$ ($\chi^2=125.1$, $df=3$, $p<0.001$). Bij meisjes is dit respectievelijk 53.7% en 37.5% ($\chi^2=100.4$, $df=3$, $p<0.001$).



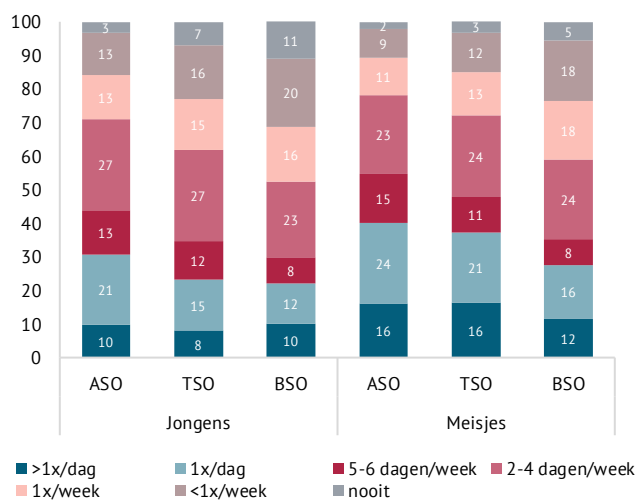
Grafiek 60: fruitconsumptie naar leeftijd en geslacht (procentueel)

In vergelijking met 2014 zijn zowel voor de jongens als de meisjes significante stijgingen waar te nemen in de dagelijkse fruitconsumptie en dit voor alle leeftijdsgroepen (Tabel 42).

Tabel 42: evolutie dagelijkse fruitconsumptie naar leeftijd en geslacht

		11-12	13-14	15-16	17-18
J	2014	31.1%	22.6%	21.3%	17.3%
	2018	44.0%	34.2%	27.0%	24.5%
		$\chi^2=38.8$	$\chi^2=38.6$	$\chi^2=11.5$	$\chi^2=16.5$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$	$df=1$
M	2014	42.9%	35.3%	29.8%	29.7%
	2018	53.7%	42.2%	35.8%	37.5%
		$\chi^2=26.7$	$\chi^2=11.6$	$\chi^2=10.2$	$\chi^2=14.4^*$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$	$df=1$
	$p<0.001$	$p=0.001$	$p=0.001$	$p<0.001$	

Zoals weergegeven in Grafiek 61 is vast te stellen dat de prevalentie in dagelijkse fruitconsumptie verschilt naargelang opleidingsvormen en geslacht.



Grafiek 61: fruitconsumptie naar opleiding en geslacht (procentueel)

Meisjes uit het algemeen en het technisch secundair onderwijs eten frequenter fruit (respectievelijk: 40.1% en 37.1%) in vergelijking met de meisjes uit het beroeps secundair onderwijs (27.6%). Bij de jongens ligt de prevalentie ook het hoogst in het algemeen secundair onderwijs (30.8%), gevolgd door het technisch (23.1%) en het beroeps (22.2%) secundair onderwijs (jongens: $\chi^2=19.8$, $df=2$, $p<0.001$; meisjes: $\chi^2=24.1$, $df=2$, $p<0.001$).

Vergeleken met 2014, nam de prevalentie van dagelijkse fruitconsumptie significant toe bij de jongens en de meisjes uit alle drie de opleidingsvormen. De toename bij de meisjes uit het beroeps secundair onderwijs is echter niet significant (Tabel 43).

Tabel 43: evolutie dagelijkse fruitconsumptie naar opleiding en geslacht

		ASO	TSO	BSO
J	2014	23.6%	16.8%	16.8%
	2018	30.8%	23.1%	22.2%
		$\chi^2=12.6$	$\chi^2=11.8$	$\chi^2=5.6$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$
M	2014	33.6%	27.8%	23.4%
	2018	40.1%	37.1%	27.6%
		$\chi^2=10.9$	$\chi^2=15.1$	$\chi^2=2.4$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$
	$p<0.001$	$p<0.001$	$p=0.122$	

GROENTEN

Twee porties groenten per dag

De dagelijkse richtlijn voor groenten bedraagt minstens twee porties per dag (totaal 300 gram).¹¹ In 2018 is vast te stellen dat de mate waarin de jongens en de meisjes aan deze richtlijn voldoen, significant verschilt ($\chi^2=6.5$, $df=1$, $p<0.011$). De prevalentie van de dagelijkse consumptie van minstens twee porties ligt bij de meisjes hoger (21.5%) vergeleken met de jongens (19.5%). Ten opzichte van 2014 is dit een significante toename. Toen at slechts 13.1% van de jongens en 13.7% van de meisjes dagelijks minstens tweemaal groenten (jongens: $\chi^2=74.9$, $df=1$, $p<0.001$; meisjes: $\chi^2=102.2$, $df=1$, $p<0.001$).

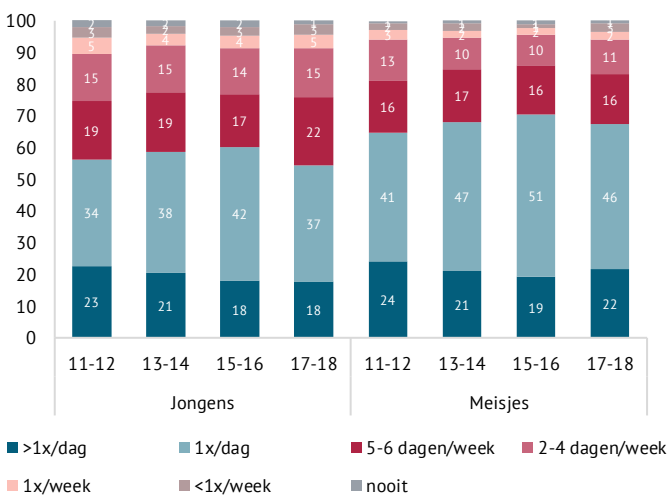
Een opvallend verschil is bovendien waar te nemen wanneer jongens en meisjes opgesplitst worden naargelang leeftijd. Voor wat betreft de consumptie van minstens tweemaal groenten per dag is er een duidelijk dalende trend te observeren naarmate men ouder wordt (jongens: $\chi^2=12.5$, $df=3$, $p=0.006$; meisjes: $\chi^2=8.7$, $df=3$, $p=0.033$). Vergeleken met 2014 zijn er significante verschillen op te merken waarbij zowel voor jongens als meisjes toenames op te tekenen zijn in de consumptie van minstens tweemaal groenten per dag en dit voor alle leeftijdsgroepen.

Uit de resultaten blijkt dat er geen significante verschillen zijn in de prevalenties van de consumptie van minstens tweemaal groenten per dag naargelang opleiding en geslacht (jongens: $\chi^2=6.0$, $df=2$, $p=0.051$; meisjes: $\chi^2=4.1$, $df=2$, $p=0.131$). Vergeleken met de bevindingen uit 2014 is er een gunstige evolutie in de prevalenties waar te nemen bij de jongens en de meisjes uit het algemeen secundair en het technisch secundair onderwijs. Bij de jongeren uit beroeps secundair onderwijs stagneert de prevalentie.

Dagelijkse consumptie groenten

Indien men de dagelijkse consumptie van groenten in beschouwing neemt, is vast te stellen dat er significante verschillen tussen jongens en meisjes bestaan ($\chi^2=112.8$, $df=1$, $p<0.001$). Meer meisjes (66.9%) dan jongens (56.8%) consumeren groenten op een dagelijkse basis. In vergelijking met de resultaten uit 2014 is te bemerken dat de dagelijkse consumptie significant steeg bij de jongens (2014: 47.8%, $\chi^2=82.5$, $df=1$, $p<0.001$) alsook bij de meisjes (2014: 59.2%, $\chi^2=62.3$, $df=1$, $p<0.001$).

Bovendien is de dagelijkse consumptie van groenten significant verschillend tussen de leeftijdsgroepen. Uit **Grafiek 62** blijkt dat de dagelijkse groenteconsumptie bij jongens het hoogst is op 15- tot 16-jarige leeftijd en afneemt bij de oudste leeftijdsgroep ($\chi^2=9.7$, $df=3$, $p=0.022$). Ook bij meisjes is de dagelijkse groenteconsumptie het hoogst bij de 15- tot 16-jarigen. De laagste consumptie wordt opgetekend bij de jongste leeftijdsgroep ($\chi^2=9.0$, $df=3$, $p=0.029$).



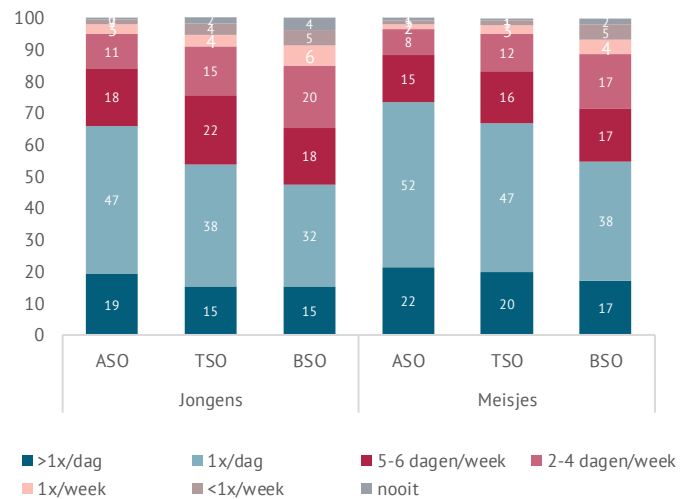
Grafiek 62: groenteconsumptie naar leeftijd en geslacht (procentueel)

In vergelijking met 2014 zijn voor de jongens en de meisjes in alle leeftijdsgroepen significante stijgingen waar te nemen in dagelijkse groenteconsumptie (**Tabel 44**).

Tabel 44: evolutie dagelijkse groenteconsumptie naar leeftijd en geslacht

		11-12	13-14	15-16	17-18
J	2014	49.4%	48.1%	50.6%	47.4%
	2018	56.0%	58.5%	60.2%	54.3%
		$\chi^2=9.7$ $df=1$	$\chi^2=25.4$ $df=1$	$\chi^2=23.4$ $df=1$	$\chi^2=9.9$ $df=1$
		$p=0.002$	$p<0.001$	$p<0.001$	$p=0.002$
M	2014	60.2%	59.7%	57.5%	62.7%
	2018	64.9%	67.9%	70.4%	67.2%
		$\chi^2=5.2$ $df=1$	$\chi^2=16.7$ $df=1$	$\chi^2=44.7$ $df=1$	$\chi^2=4.8$ $df=1$
		$p=0.023$	$p<0.001$	$p<0.001$	$p=0.029$

Voor wat betreft de diverse opleidingsvormen, worden er verschillen opgetekend in de prevalenties (**Grafiek 63**). De prevalentie van dagelijkse groenteconsumptie is significant hoger bij zowel de jongens als de meisjes uit het algemeen secundair onderwijs. Zo geeft 65.9% van de jongens en 73.4% van de meisjes uit het algemeen secundair onderwijs aan minstens dagelijks groenten te consumeren. Bij de jongens en de meisjes uit het beroeps secundair onderwijs is de dagelijkse groenteconsumptie het minst prevalent. In het beroeps secundair onderwijs is dit bij de jongens 47.5% en bij de meisjes 54.8% (jongens: $\chi^2=57.5$, $df=2$, $p<0.001$; meisjes: $\chi^2=57.0$, $df=2$, $p<0.001$).



Grafiek 63: groenteconsumptie naar opleiding en geslacht (procentueel)

Vergeleken met 2014 is de prevalentie van dagelijkse groenteconsumptie significant gestegen bij de jongens en de meisjes uit de alle opleidingsvormen. De geobserveerde toename bij de jongens uit het technisch secundair onderwijs en de meisjes uit het beroeps secundair onderwijs is echter niet significant (**Tabel 45**).

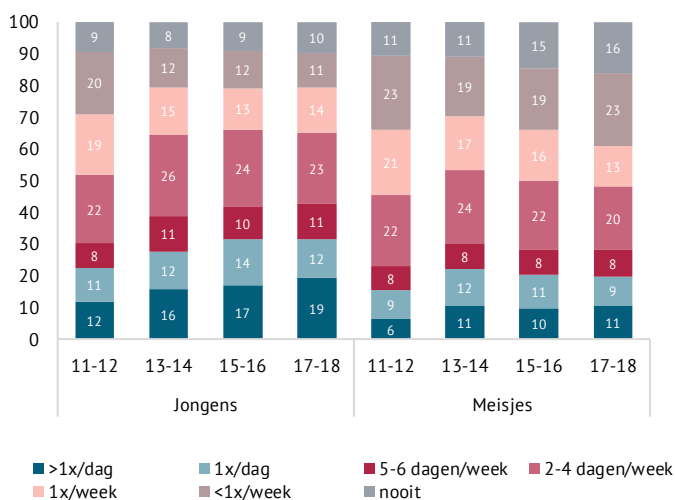
Tabel 45: evolutie dagelijkse groenteconsumptie naar opleiding en geslacht

		ASO	TSO	BSO
J	2014	58.4%	49.3%	37.4%
	2018	65.9%	53.7%	47.5%
		chi ² =11.9 df=1 p=0.001	chi ² =3.5 df=1 p=0.061	chi ² = 12.6 df=1 p<0.001
M	2014	64.5%	58.9%	48.6%
	2018	73.4%	67.0%	54.8%
		chi ² =22.5 df=1 p<0.001	chi ² =10.6 df=1 p=0.001	chi ² = 3.8 df=1 p=0.052

FRISDRANK

Als richtlijn wordt geadviseerd om zo weinig mogelijk en zeker niet dagelijks gesuikerde frisdrank te consumeren.¹² Uit de resultaten blijkt dat de frisdrankconsumptie significant verschilt tussen de jongens en de meisjes (chi²=110.0, df=1, p<0.001). De dagelijkse consumptie van frisdrank ligt hoger bij de jongens (28.5%) in vergelijking met de meisjes (19.7%). Dit resultaat is een significante daling bij ten opzichte van 2014 bij zowel de jongens als de meisjes. Toen dronk 36.9% van de jongens en 26.1% van de meisjes dagelijks frisdrank (jongens: chi²=82.1, df=1, p<0.001; meisjes: chi²=57.5, df=1, p<0.001).

Uit Grafiek 64 is af te leiden dat de prevalentie van de dagelijkse frisdrankconsumptie significant toeneemt bij jongens naarmate men ouder wordt (chi²=32.7, df=3, p<0.001). Op 11- tot 12-jarige leeftijd consumeert 22.5% van de jongens dagelijks frisdrank. Bij de 17- tot 18-jarigen is dit toegenomen tot 31.5%. Ook bij meisjes is er een significant verschil in dagelijkse frisdrankconsumptie waar te nemen tussen de diverse leeftijdsgroepen (chi²=20.4, df=3, p<0.001). Op 11- tot 12-jarige leeftijd wordt de laagste consumptie opgetekend (15.3%) terwijl de consumptie het hoogst is bij de leeftijdsgroep van de 13- tot 14-jarigen (22.2%).



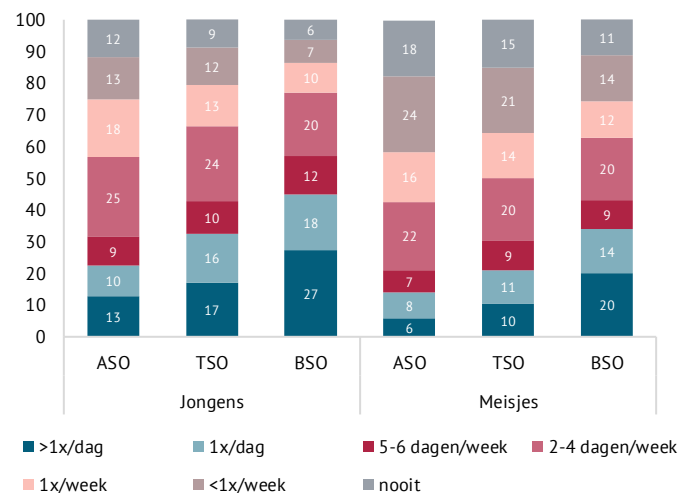
Grafiek 64: frisdrankconsumptie naar leeftijd en geslacht (procentueel)

Zoals gerapporteerd in Tabel 46 is de consumptie van frisdrank voor de jongens en de meisjes significant gedaald in alle leeftijdsgroepen ten opzichte van 2014 met uitzondering van de 11- tot 12-jarige jongens (chi²=2.6, df=1, p=0.105) en de 13- tot 14-jarige meisjes (chi²=3.8, df=1, p=0.051).

Tabel 46: evolutie frisdrankconsumptie naar leeftijd en geslacht

		11-12	13-14	15-16	17-18
J	2014	25.5%	34.8%	37.4%	43.1%
	2018	22.5%	27.6%	31.6%	31.5%
		chi ² =2.6 df=1 p=0.105	chi ² =14.0 df=1 p<0.001	chi ² =9.5 df=1 p=0.002	chi ² =29.5 df=1 p<0.001
M	2014	23.1%	25.7%	26.7%	27.9%
	2018	15.3%	22.2%	20.3%	19.8%
		chi ² =22.2 df=1 p<0.001	chi ² =3.8 df=1 p=0.051	chi ² =14.3 df=1 p<0.001	chi ² =19.2 df=1 p<0.001

In Grafiek 65 staan de resultaten van frisdrankconsumptie naargelang opleiding en geslacht. Minder jongens uit het algemeen secundair onderwijs dan uit het technisch secundair onderwijs en het beroeps secundair onderwijs drinken dagelijks frisdrank. De prevalenties bedragen respectievelijk 22.4%, 32.6% en 45.1% (chi²=89.7, df=2, p<0.001). Dezelfde conclusies gelden voor de meisjes (chi²=88.4, df=2, p<0.001). De prevalenties bedragen namelijk 14.0% in het algemeen secundair, 21.1% in het technisch secundair en 33.7% in het beroeps secundair onderwijs.



Grafiek 65: frisdrankconsumptie naar opleiding en geslacht (procentueel)

De prevalentie van dagelijkse frisdrankconsumptie is bij de jongens en de meisjes ten opzichte van 2014 gedaald binnen alle opleidingsvormen (Tabel 47).

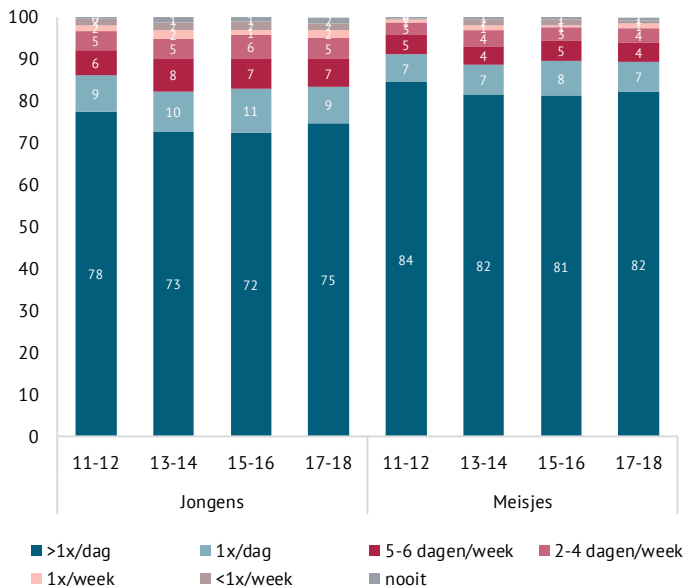
Tabel 47: evolutie frisdrankconsumptie naar opleiding en geslacht

		ASO	TSO	BSO
J	2014	30.6%	41.0%	52.2%
	2018	22.4%	32.6%	45.1%
		chi ² =16.8	chi ² =14.3	chi ² = 6.2
		df=1	df=1	df=1
		p<0.001	p<0.001	p=0.013
M	2014	18.6%	31.0%	43.3%
	2018	14.0%	21.1%	33.7%
		chi ² =9.4	chi ² =18.9	chi ² = 9.5
		df=1	df=1	df=1
		p=0.002	p<0.001	p=0.002

WATER

Als algemene richtlijn geldt om dagelijks ongeveer 1.5 liter water te drinken of voldoende om de vochtbalans van het lichaam in evenwicht te houden.¹³ In 2018 was er een duidelijk verschil tussen de jongens en de meisjes met betrekking tot de prevalentie van dagelijkse consumptie van water (chi²: 81.2, df=1, p<0.001). Van de jongens gaf 83.4% aan dagelijks water te consumeren tegenover 89.4% van de meisjes. In vergelijking met de resultaten uit 2014, toen 68.9% van de jongens en 79.7% van de meisjes dagelijks water consumeerden, is er een significante stijging merkbaar (jongens: chi²=291.8, df=1, p<0.001; meisjes: chi²=182.4, df=1, p<0.001).

Uit Grafiek 66 blijken geen duidelijke verschillen in dagelijkse waterconsumptie naargelang leeftijd en geslacht (jongens: chi²=7.4, df=3, p=0.061; meisjes: chi²=4.0, df=3, p=0.256).



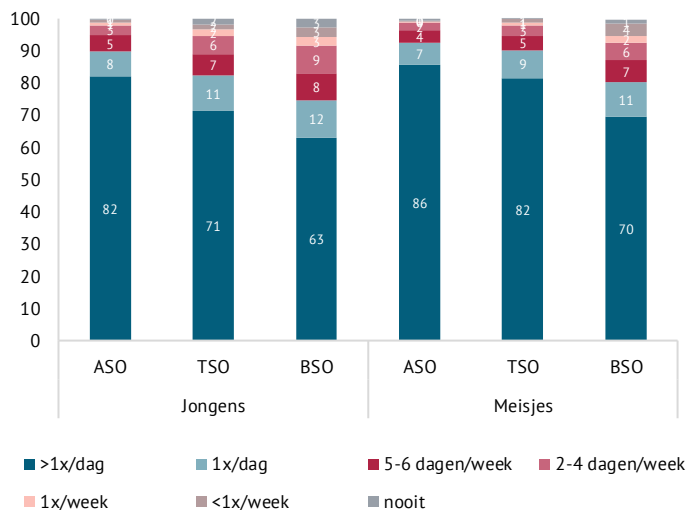
Grafiek 66: waterconsumptie naar leeftijd en geslacht (procentueel)

Significante verschillen worden wel opgetekend tussen de resultaten uit 2014 en 2018. Voor zowel jongens als meisjes wordt een significante stijging in de dagelijkse waterconsumptie vastgesteld voor alle leeftijdsgroepen zoals blijkt uit Tabel 48.

Tabel 48: evolutie waterconsumptie naar leeftijd en geslacht

		11-12	13-14	15-16	17-18
J	2014	71.2%	68.3%	71.2%	71.4%
	2018	86.1%	82.4%	83.0%	83.3%
		chi ² =47.4	chi ² =62.5	chi ² =48.5	chi ² =42.4
		df=1	df=1	df=1	df=1
		p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001
M	2014	79.8%	76.0%	82.0%	81.9%
	2018	91.1%	88.7%	89.6%	89.4%
		chi ² =59.3	chi ² =65.2	chi ² =29.5	chi ² =24.1
		df=1	df=1	df=1	df=1
		p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001

Grafiek 67 geeft de prevalenties weer van dagelijkse waterconsumptie naargelang opleiding en geslacht. De prevalentie van dagelijkse waterconsumptie ligt op 89.7% significant hoger bij de jongens uit het algemeen secundair onderwijs dan bij jongens uit het beroeps secundair onderwijs waar de prevalentie 74.7% bedraagt (chi²=60.7, df=2, p<0.001). Ook bij meisjes is dit patroon waar te nemen. In het algemeen secundair onderwijs bedraagt de prevalentie 92.7% tegenover 80.4% in het beroeps secundair onderwijs (chi²=57.3, df=2, p<0.001). Het technisch secundair onderwijs bevindt zich hier telkens tussenin.



Grafiek 67: waterconsumptie naar opleiding en geslacht

Voor alle opleidingsvormen is echter een toename in de prevalentie van dagelijkse waterconsumptie vast te stellen ten opzichte van 2014 (Tabel 49).

Tabel 49: evolutie waterconsumptie naar opleiding en geslacht

		ASO	TSO	BSO
J	2014	79.6%	70.9%	57.5%
	2018	89.7%	82.3%	74.7%
		chi ² =37.7	chi ² =33.9	chi ² = 39.5
		df=1	df=1	df=1
		p<0.001	p<0.001	p<0.001
M	2014	88.5%	78.8%	68.2%
	2018	92.7%	90.0%	80.4%
		chi ² =12.2	chi ² =35.8	chi ² = 19.1
		df=1	df=1	df=1
		p<0.001	p<0.001	p<0.001

MAALTIJDPATRONEN

METHODOLOGIE

De vraag: 'Hoe vaak eet je gewoonlijk ontbijt?' werd gesteld om het ontbijtpatroon te bevragen op weekdagen. Antwoorden varieerden van 'nooit' tot 'vijf dagen'. Respondenten die minder dan vijf dagen per week ontbijten, werden gecategoriseerd als 'geen dagelijks ontbijt' terwijl respondenten die elke weekdag ontbijten tot de categorie 'dagelijks ontbijt' gerekend werden in de analyses.

De mate waarin jongeren een gezond eetpatroon* handhaven werd in kaart gebracht door te bepalen hoeveel jongeren dagelijks fruit, groenten en water consumeren alsook dagelijks ontbijten. Indien jongeren dus aangaven elk van deze vier items dagelijks te consumeren, werden ze beschouwd aan een gezond eetpatroon te voldoen.

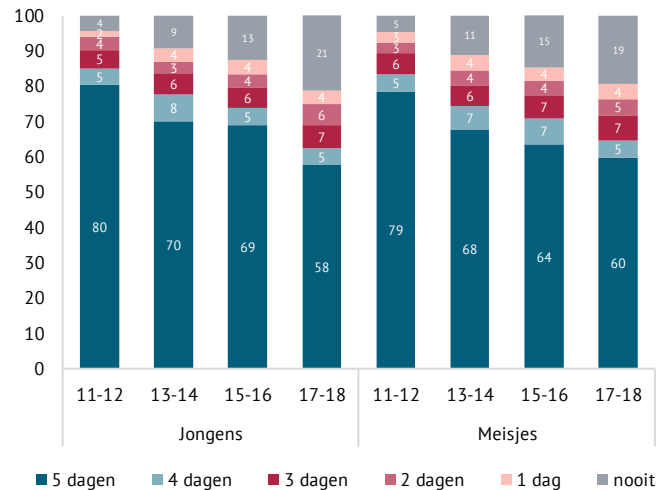
*Een gezond eetpatroon wordt hier enkel bepaald aan de hand van vier aspecten. Gezien de wijze van vraagstelling is er evenmin informatie beschikbaar over portiegrootte/hoeveelheden en informatie over variatie in groente- en fruitconsumptie en de samenstelling van het ontbijt ontbreekt. De resultaten dienen dan ook met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden.

ONTBIJTFREQUENTIE

Hoewel het ontbijt de belangrijkste maaltijd is van de dag en een dagelijks ontbijt aanbevolen wordt, is vast te stellen dat deze maaltijd het vaakst overgeslagen wordt. In 2018 was er geen significant verschil tussen jongens en meisjes met betrekking tot de frequentie van het dagelijks ontbijten: 68.8% van de jongens en 67.1% van de meisjes gaf aan elke weekdag te ontbijten ($\chi^2=3.5$, $df=1$, $p=0.060$). Voor de jongens is dit een significante daling ten opzichte van de resultaten uit 2014 toen nog 70.6% dagelijks een ontbijt consumeerde ($\chi^2=3.9$, $df=1$; $p=0.048$). Bij de meisjes zijn er geen significante verschillen waar te nemen tussen 2014 en 2018 ($\chi^2=1.8$, $df=1$, $p=0.178$).

De resultaten in **Grafiek 68** tonen aan dat in 2018 de dagelijkse ontbijtfrequentie op weekdagen significant afneemt met de leeftijd (jongens: $\chi^2=145.3$, $df=3$, $p<0.001$; meisjes: $\chi^2=108.2$, $df=3$, $p<0.001$).

Op 11- tot 12-jarige leeftijd ontbijten 80.5% van de jongens en 78.5% van de meisjes dagelijks. In de leeftijdsgroep van 17- tot 18-jarigen is dit nog slechts 57.6% en 59.8%.



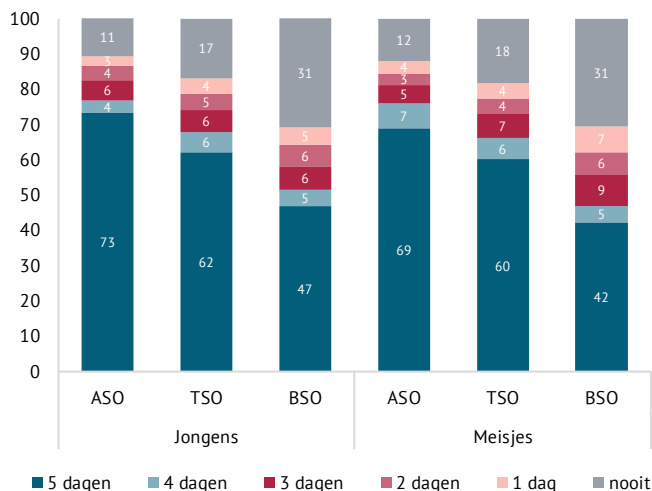
Grafiek 68: ontbijtfrequentie naar leeftijd en geslacht (procentueel)

Bij de jongens is er geen significante evolutie op te merken in 2018 tegenover de bevindingen uit 2014 in de dagelijkse ontbijtfrequentie. Bij meisjes is een significante toename in de dagelijkse ontbijtfrequentie op te merken, maar enkel bij de 15- tot 16-jarigen. In 2014 consumeerden 58.0% van de 15- tot 16-jarige meisjes dagelijks een ontbijt. In 2018 is dit toegenomen naar 63.6% ($\chi^2=8.4$, $df=1$, $p=0.004$) (**Tabel 50**).

Tabel 50: evolutie ontbijtfrequentie naar leeftijd en geslacht

		11-12	13-14	15-16	17-18
J	2014	80.7%	72.3%	68.7%	61.0%
	2018	80.5%	70.2%	69.1%	57.6%
		$\chi^2= 0.0$	$\chi^2=1.2$	$\chi^2= 0.1$	$\chi^2=2.4$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.905$	$p=0.272$	$p=0.811$	$p=0.121$
M	2014	77.5%	69.8%	58.0%	61.5%
	2018	78.5%	67.7%	63.6%	59.8%
		$\chi^2= 0.4$	$\chi^2= 1.1$	$\chi^2=8.4$	$\chi^2=0.6$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.550$	$p=0.290$	$p=0.004$	$p=0.442$

Naargelang opleidingsniveau (**Grafiek 69**) zijn significante verschillen waarneembaar in de dagelijkse ontbijtfrequentie (jongens: $\chi^2=111.5$, $df=2$, $p<0.001$; meisjes: $\chi^2=109.4$, $df=2$, $p<0.001$). De prevalentie van dagelijks ontbijten is het hoogst bij de jongens en de meisjes uit het algemeen secundair onderwijs (respectievelijk 73.2% en 69.0%) en het laagst in het beroeps secundair onderwijs (jongens: 46.8% en meisjes: 42.2%).



Grafiek 69: ontbijtfrequentie naar opleiding en geslacht (procentueel)

Uit de resultaten blijkt dat er geen significante verschillen zijn in de ontbijtfrequentie van de jongens en de meisjes tussen de bevraging in 2014 en 2018 (**Tabel 51**).

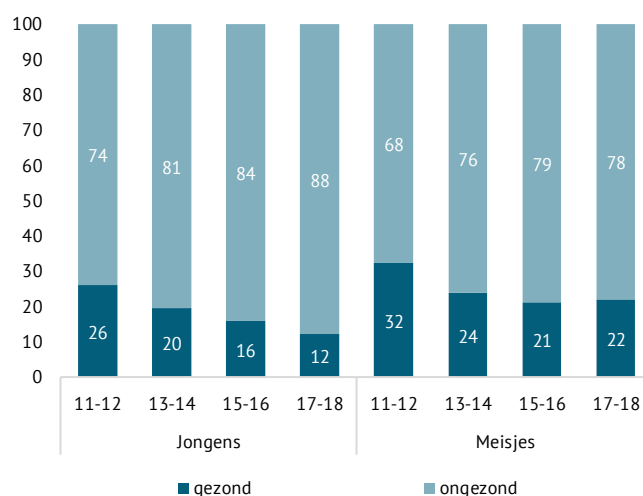
Tabel 51: evolutie ontbijtfrequentie naar opleiding en geslacht

		ASO	TSO	BSO
J	2014	73.8%	49.8%	46.4%
	2018	73.2%	50.2%	46.8%
		$\chi^2=0.1$ $df=1$ $p=0.768$	$\chi^2=3.1$ $df=1$ $p=0.079$	$\chi^2=0.0$ $df=1$ $p=0.883$
M	2014	68.7%	55.6%	49.2%
	2018	69.0%	60.1%	50.8%
		$\chi^2=0.0$ $df=1$ $p=0.902$	$\chi^2=3.1$ $df=1$ $p=0.076$	$\chi^2=0.1$ $df=1$ $p=0.772$

GEZOND EETPATTERN

In 2018 blijkt dat de jongens er een significant minder gezond eetpatroon op nahouden vergeleken met de meisjes, namelijk 18.6% van de jongens voldoet aan een gezond eetpatroon tegenover 24.8% van de meisjes ($\chi^2=61.2$, $df=1$, $p<0.001$). Ten opzichte van de bevindingen uit 2014 is zowel bij de jongens als de meisjes een gunstige evolutie waar te nemen. Toen bedroeg de prevalentie immers 11.9% bij de jongens ($\chi^2=88.6$, $df=1$, $p<0.001$) en 18.3% bij de meisjes ($\chi^2=62.6$, $df=1$, $p<0.001$).

De prevalentie van jongeren die een gezond eetpatroon heeft, verschilt bovendien tussen de leeftijdsgroepen. Bij de jongens is er een uitgesproken dalende trend naargelang leeftijd waar te nemen van 26.1% bij de 11- tot 12- jarigen naar 12.3% bij de 17- tot 18-jarigen ($\chi^2=83.7$, $df=3$, $p<0.001$). Bij de meisjes is eenzelfde dalende trend waar te nemen van 32.3% op 11- tot 12-jarige leeftijd naar 21.3% op 15- tot 16-jarige leeftijd (**Grafiek 70**). Vanaf 17- tot 18-jarige leeftijd stijgt de prevalentie van meisjes die de aan een gezond eetpatroon voldoen terug licht naar 22.1% ($\chi^2=52.1$, $df=3$, $p<0.001$).



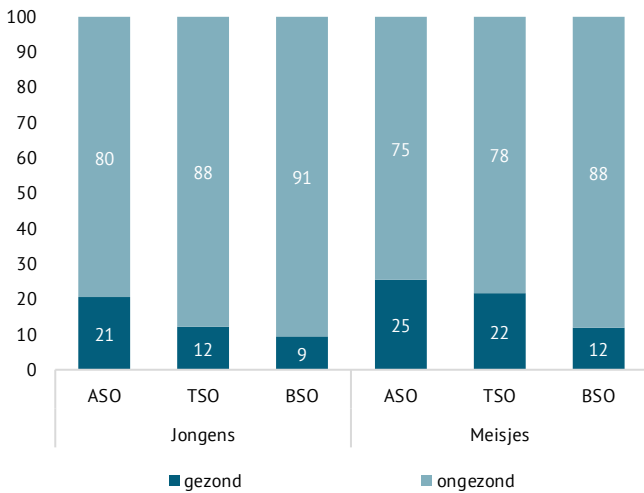
Grafiek 70: gezond eetpatroon naar leeftijd en geslacht (procentueel)

Zoals gerapporteerd in **Tabel 52** is de prevalentie van een gezond eetpatroon zowel bij de jongens als bij de meisjes uit alle leeftijdsgroepen gunstig geëvolueerd in vergelijking met de bevindingen uit 2014.

Tabel 52: evolutie gezond eetpatroon naar leeftijd en geslacht

		11-12	13-14	15-16	17-18
J	2014	16.6%	11.8%	11.8%	8.7%
	2018	26.1%	19.5%	16.0%	12.3%
		$\chi^2=29.7$ $df=1$ $p<0.001$	$\chi^2=26.7$ $df=1$ $p<0.001$	$\chi^2=9.6$ $df=1$ $p=0.002$	$\chi^2=7.2$ $df=1$ $p=0.007$
M	2014	23.9%	17.3%	15.8%	17.7%
	2018	32.3%	23.8%	21.3%	22.1%
		$\chi^2=19.8$ $df=1$ $p<0.001$	$\chi^2=14.8$ $df=1$ $p<0.001$	$\chi^2=12.8$ $df=1$ $p<0.001$	$\chi^2=6.5$ $df=1$ $p=0.011$

Naargelang opleidingsvorm worden ook verschillen gevonden (jongens: $\chi^2=46.2$, $df=2$, $p<0.001$; meisjes: $\chi^2=39.2$, $df=2$; $p<0.001$). De prevalentie van de jongens en de meisjes die de norm van een gezond eetpatroon halen, is het hoogst in het algemeen secundair onderwijs en bedraagt bij de jongens 20.5% en bij de meisjes 25.4%. De laagste prevalenties worden opgetekend bij de jongens en de meisjes uit het beroeps secundair onderwijs van respectievelijk 9.4% en 12.0% (Grafiek 71).



Grafiek 71: gezond eetpatroon naar opleiding en geslacht (procentueel)

In vergelijking met de resultaten uit 2014 is er een significante toename in de prevalentie van een gezond eetpatroon waar te nemen bij de jongeren uit alle opleidingsvormen, met uitzondering van de jongens uit het beroeps secundair onderwijs ($\chi^2=3.5$, $df=1$, $p=0.062$) zoals blijkt uit Tabel 53.

Tabel 53: evolutie gezond eetpatroon naar opleiding en geslacht

		ASO	TSO	BSO
J	2014	15.0%	8.6%	6.5%
	2018	20.5%	12.1%	9.4%
		$\chi^2=10.2$ $df=1$ $p=0.001$	$\chi^2=6.4$ $df=1$ $p=0.011$	$\chi^2=3.5$ $df=1$ $p=0.062$
M	2014	21.6%	15.4%	6.8%
	2018	25.4%	21.7%	12.0%
		$\chi^2=4.2$ $df=1$ $p=0.027$	$\chi^2=10.3$ $df=1$ $p=0.001$	$\chi^2=8.1$ $df=1$ $p=0.005$

OVERGEWICHT EN OBESITAS

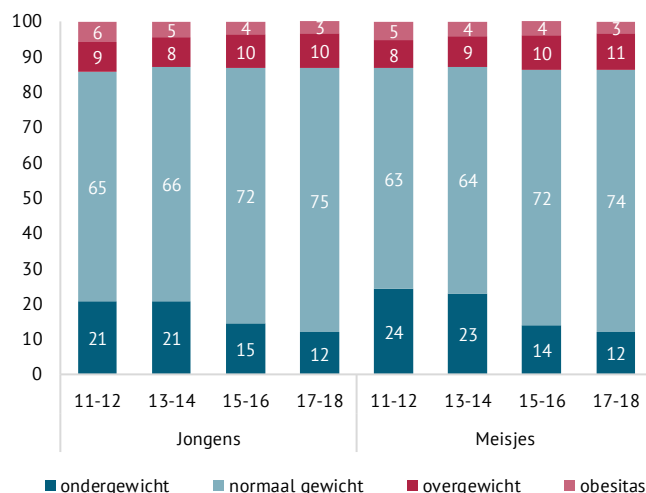
METHODOLOGIE

De jongeren werd gevraagd om hun gewicht (in kilogram) en hun lengte (in meter) te rapporteren*. Op basis hiervan werd de body mass index (BMI) berekend (in kg/m²). Vervolgens werd de BMI ingedeeld in de categorieën 'ondergewicht', 'normaal gewicht', 'overgewicht' en 'obesitas' op basis van de leeftijd en geslacht specifieke afkapwaarden van de *International Obesity Taskforce* (IOTF). De afkapwaarden die gelden voor volwassenen kunnen immers niet gehanteerd worden aangezien de jongeren nog volop groeien. In de analyses wordt er verder een opdeling gemaakt tussen twee groepen: jongeren met ondergewicht of een normaal gewicht en jongeren met overgewicht en obesitas.

*De gerapporteerde BMI-waarden zijn gebaseerd op zelfrapportage en dienen met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden.

In 2018 is de prevalentie van overgewicht en obesitas vergelijkbaar bij de jongens en de meisjes ($\chi^2=0.4$, $df=1$, $p=0.508$). De prevalentie bedraagt 14.0% (aandeel obesitas: 4.4%) bij de jongens en 13.5% (aandeel obesitas: 4.3%) bij de meisjes. Ten opzichte van de bevindingen uit 2014 is dit zowel bij de jongens als bij de meisjes een gunstige afname. Toen bedroeg de prevalentie nog 15.9% bij de jongens en 15.8% bij de meisjes (jongens: $\chi^2=6.5$, $df=1$, $p=0.011$; meisjes: $\chi^2=9.3$, $df=1$, $p=0.002$).

In **Grafiek 72** worden de prevalenties gerapporteerd naargelang leeftijd en geslacht. Zowel bij de jongens als bij de meisjes zijn er geen verschillen in overgewicht en obesitas op te merken tussen de diverse leeftijdsgroepen en schommelt de prevalentie rond 13.0% (jongens: $\chi^2=0.9$, $df=3$, $p=0.827$; meisjes: $\chi^2=0.7$, $df=3$, $p=0.868$).



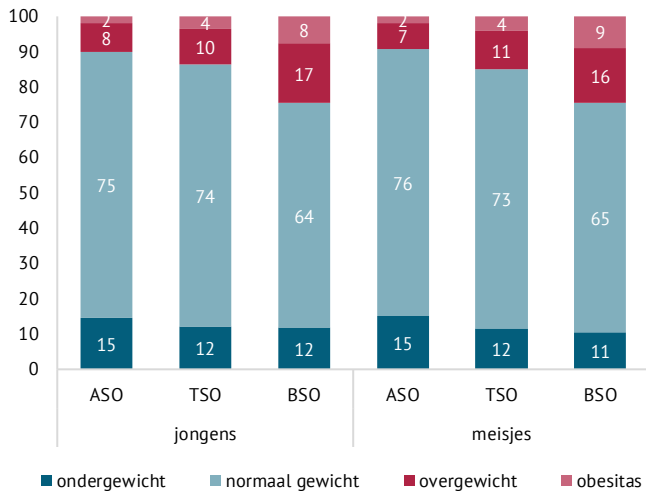
Grafiek 72: BMI-categorieën naar leeftijd en geslacht (procentueel)

In vergelijking met de resultaten uit 2014 is de prevalentie van overgewicht en obesitas stabiel gebleven bij de jongens en de meisjes uit de diverse leeftijdsgroepen (**Tabel 54**). Uitzondering hierop is de daling van 17.9% in 2014 naar 13.2% in 2018 die geobserveerd kan worden bij de 11- tot 12-jarige meisjes ($\chi^2=8.5$, $df=1$, $p=0.004$) en de daling van 16.1% in 2014 naar 13.2% in 2018 bij de 15- tot 16-jarige jongens ($\chi^2=4.1$, $df=1$, $p=0.042$).

Tabel 54: evolutie overgewicht en obesitas naar leeftijd en geslacht

		11-12	13-14	15-16	17-18
J	2014	15.1%	15.1%	16.1%	16.2%
	2018	14.2%	13.0%	13.2%	13.3%
		$\chi^2=0.3$ $df=1$ $p=0.583$	$\chi^2=2.0$ $df=1$ $p=0.162$	$\chi^2=4.1$ $df=1$ $p=0.042$	$\chi^2=3.2$ $df=1$ $p=0.073$
M	2014	17.9%	15.2%	12.6%	16.4%
	2018	13.2%	12.8%	13.8%	13.8%
		$\chi^2=8.5$ $df=1$ $p=0.004$	$\chi^2=2.5$ $df=1$ $p=0.116$	$\chi^2=0.7$ $df=1$ $p=0.401$	$\chi^2=2.8$ $df=1$ $p=0.097$

Naargelang opleidingsvorm zijn er duidelijke verschillen op te merken in de prevalentie van overgewicht en obesitas zoals blijkt **Grafiek 73**. Overgewicht en obesitas is het meest prevalent bij de jongens en de meisjes uit het beroeps secundair onderwijs en bedraagt 24.6% bij de jongens en 24.5% bij de meisjes. De laagste prevalenties worden opgetekend in het algemeen secundair onderwijs. Het percentage jongens met overgewicht en obesitas ligt op 10.1% en bij de meisjes is dit 9.1% (jongens: $\chi^2=59.3$, $df=2$, $p<0.001$; meisjes: $\chi^2=66.9$, $df=2$, $p<0.001$).



Grafiek 73: BMI-categorieën naar opleiding en geslacht (procentueel)

De prevalentie van overgewicht en obesitas is stabiel gebleven bij de jongens en de meisjes uit de diverse opleidingsvormen in vergelijking met de resultaten uit 2014 zoals blijkt uit [Tabel 55](#).

Tabel 55: evolutie overgewicht en obesitas naar opleiding en geslacht

		ASO	TSO	BSO
J	2014	11.9%	15.8%	24.1%
	2018	10.1%	13.6%	24.6%
		chi ² =1.6	chi ² =1.8	chi ² =0.0
		df=1	df=1	df=1
		p=0.210	p=0.180	p=0.832
M	2014	10.6%	17.6%	22.9%
	2018	9.1%	15.0%	24.5%
		chi ² =1.4	chi ² =1.7	chi ² =0.3
		df=1	df=1	df=1
		p=0.424	p=0.191	p=0.568

LICHAAMSPERCEPTIE EN DIËTEN

METHODOLOGIE

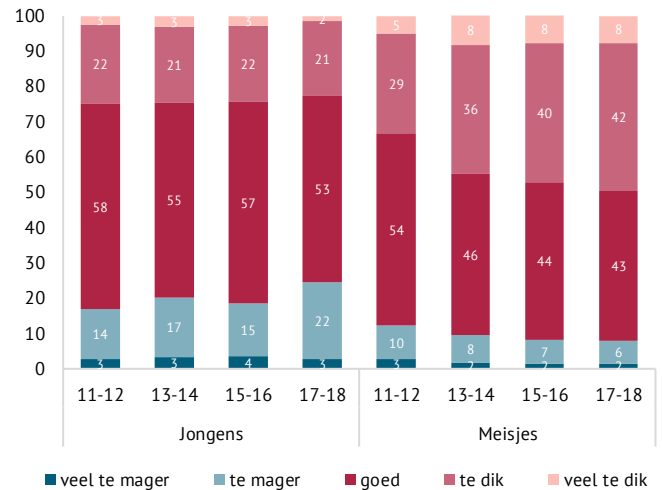
De lichaamsperceptie van de jongeren werd bevestigd met de vraag: 'Wat vind je van je eigen lichaam?'. De vijf antwoordmogelijkheden varieerden van 'veel te mager' tot 'veel te dik'. In de analyses werden de resultaten vergeleken tussen jongeren die zichzelf een beetje of veel te dik vinden en jongeren die van zichzelf vinden dat ze een goed gewicht hebben of een beetje of veel te mager zijn. De actuele dieetpoging werd in kaart gebracht met de vraag 'Ben je momenteel op dieet of doe je andere dingen om gewicht te verliezen?'. Er waren vier antwoordmogelijkheden die varieerden van 'neen, mijn gewicht is prima', 'neen, maar ik zou wat gewicht moeten verliezen', 'neen, want ik weeg juist te weinig' en 'ja'. In de analyses werd een onderscheid gemaakt tussen jongeren die van zichzelf vinden een dieet te moeten volgen of effectief een dieet volgen en jongeren die geen dieet volgen (antwoordcategorie: 'neen, want ik weeg juist te weinig' en 'neen, mijn gewicht is goed').

LICHAAMSPERCEPTIE

Het percentage meisjes dat zichzelf een beetje of veel te dik vindt, bedraagt 43.3%. Dit is significant meer dan bij de jongens waarvan 24.4% van zichzelf vindt een beetje of veel te dik te zijn ($\chi^2=427.9$, $df=1$, $p<0.001$). Meer jongens dan meisjes (20.1% versus 9.6%) geven aan dat ze zichzelf een beetje of veel te mager vinden ($\chi^2=231.4$, $df=1$, $p<0.001$). Verder valt op te merken dat het percentage jongeren dat zichzelf een beetje of veel te dik vindt, significant gedaald is ten opzichte van 2014. Toen vond 27,7% van de jongens en 49,7% van de meisjes zichzelf een beetje of veel te dik (jongens: $\chi^2=14.6$, $df=1$, $p<0.001$; meisjes: $\chi^2=39.7$, $df=1$, $p<0.001$). Het percentage jongeren dat zichzelf een beetje of veel te mager vindt, is daarentegen gestegen ten opzichte van 2014 bij de jongens (2014: 17.2%, $\chi^2=13.5$, $df=12$, $p<0.001$). Bij de meisjes zijn er geen significante verschillen op te tekenen tussen 2014 en 2018 (2014: 9.9%, $\chi^2=0.2$, $df=1$, $p=0.645$).

De lichaamsperceptie is bij meisjes en jongens verschillend naargelang de leeftijd (Grafiek 74). Het percentage meisjes dat zichzelf een beetje of veel te dik vindt, stijgt met de leeftijd en bedraagt 12.1% bij de 11- tot 12-jarigen en 49.6% bij de 17- tot 18-jarigen ($\chi^2=85.5$, $df=12$, $p<0.001$).

Bij de jongens wordt daarentegen vastgesteld dat de prevalentie van de jongens die zichzelf te dik of veel te dik vinden, afneemt naargelang de leeftijd vordert (24.9% naar 22.7%) en zich eerder te mager of veel te mager vinden ($\chi^2=36.7$, $df=12$, $p<0.001$).



Grafiek 74: lichaamsperceptie naar leeftijd en geslacht (procentueel)

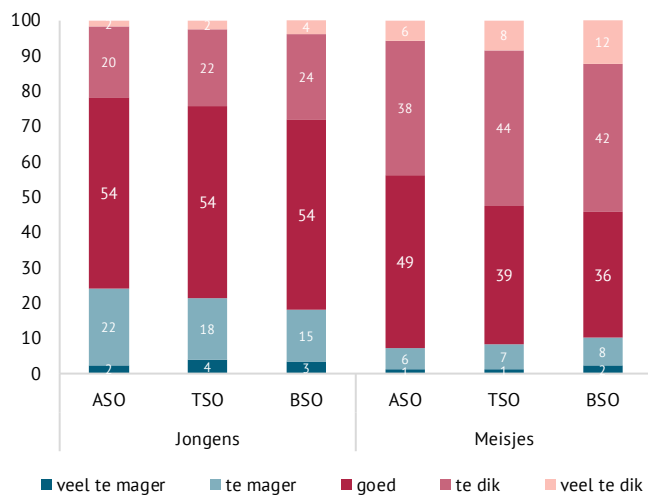
Ten opzichte van 2014 is de prevalentie van jongens die zichzelf een beetje of veel te dik vindt gedaald in 2018 bij de 13- tot 14-jarigen (Tabel 56). Bij de meisjes is er in alle leeftijdsgroepen een daling in de prevalentie te observeren met uitzondering van de 13- tot 14-jarige leeftijdsgroep ($\chi^2=4.1$, $df=4$, $p=0.394$).

Tabel 56: evolutie lichaamsperceptie naar leeftijd en geslacht

		11-12	13-14	15-16	17-18
J	2014	25.8%	27.2%	25.7%	26.0%
	2018	24.9%	24.5%	24.4%	22.8%
		$\chi^2=0.2$ $df=1$ $p=0.631$	$\chi^2=2.2$ $df=1$ $p=0.139$	$\chi^2=0.6$ $df=1$ $p=0.543$	$\chi^2=2.9$ $df=1$ $p=0.086$
M	2014	37.7%	47.8%	56.4%	56.8%
	2018	33.4%	44.7%	47.4%	49.6%
		$\chi^2=4.5$ $df=1$ $p=0.034$	$\chi^2=2.2$ $df=1$ $p=0.139$	$\chi^2=20.5$ $df=1$ $p<0.001$	$\chi^2=10.8$ $df=1$ $p=0.001$

In Grafiek 75 worden de prevalenties van lichaamsperceptie naargelang opleiding en geslacht gerapporteerd. Zowel bij de jongens als bij de meisjes ligt de prevalentie van zichzelf een beetje of veel te dik vinden het hoogst in het beroeps secundair onderwijs (jongens: $\chi^2=25.4$, $df=8$, $p=0.001$; meisjes: $\chi^2=49.1$, $df=8$, $p<0.001$). Bij de jongens bedraagt de prevalentie 28.1% en bij de meisjes 54.2%. Hierop volgt het technisch secundair onderwijs waar de prevalenties respectievelijk 24.2% en 52.5% bedragen bij de jongens en de meisjes.

De laagste prevalenties worden opgetekend in het algemeen secundair onderwijs (jongens: 21.7% en meisjes: 43.9%).



Grafiek 75: lichaamsperceptie naar opleiding en geslacht (procentueel)

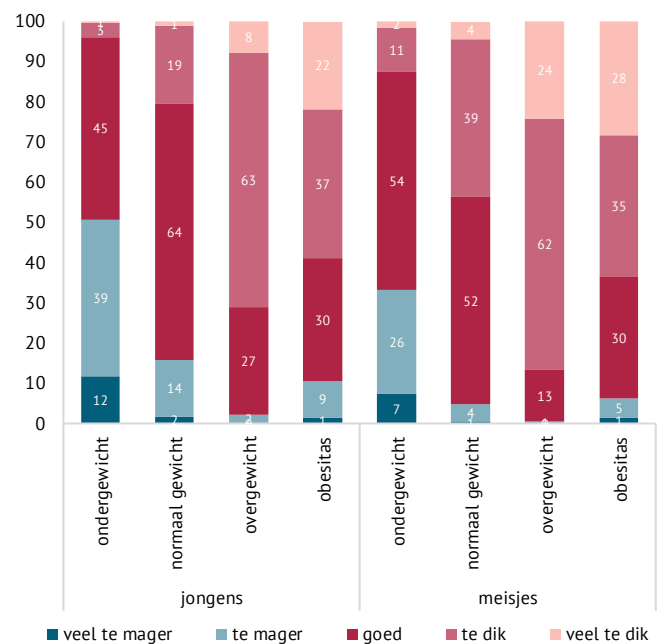
In vergelijking met de resultaten uit 2014 zijn de prevalenties uitsluitend bij de meisjes uit de diverse opleidingsvormen significant gedaald in 2018. Bij de jongens worden er geen verschillen in prevalenties waargenomen ten opzichte van 2014 (Tabel 57).

Tabel 57: evolutie lichaamsperceptie naar opleiding en geslacht

		ASO	TSO	BSO
J	2014	24.1%	26.6%	28.4%
	2018	21.7%	24.1%	28.1%
		chi ² =1.6	chi ² =1.5	chi ² = 0.0
		df=1	df=1	df=1
		p=0.199	p=0.219	p=0.881
M	2014	53.7%	59.3%	61.2%
	2018	43.8%	52.4%	54.2%
		chi ² =24.1	chi ² =7.4	chi ² = 5.0
		df=1	df=1	df=1
		p<0.001	p=0.007	p=0.025

Hoe de jongeren hun eigen lichaam ervaren, is niet steeds in overeenstemming met hun effectieve lichaamsgewicht zoals af te leiden is uit Grafiek 76 (jongens: chi²=1582.7, df=12, p<0.001; meisjes: chi²=1442.7, df=12, p<0.001). Van de jongens die – volgens de IOTF afkapwaarden – ondergewicht hebben, geeft 50.7% ook effectief aan zich te mager tot veel te mager te voelen. Bij de meisjes is dit slechts 33.3%. Verder blijkt dat de meerderheid van de jongens met een normaal gewicht, hun gewicht ook daadwerkelijk als goed percipiëren (63.6%), terwijl 20.5% aangeeft zichzelf eerder te dik tot veel te dik te voelen. Bij de meisjes met een normaal gewicht vindt 51.5% van zichzelf een goed gewicht te hebben, terwijl 43.6% rapporteert zichzelf eerder te dik tot veel te dik voelen. Van de obese jongens geeft 30.4% van de jongens aan een goed gewicht te hebben en 58.9% geeft daadwerkelijk aan zichzelf te dik tot veel te dik te voelen.

Ook bij de obese meisjes geeft 30.3% aan een goed gewicht te hebben, al rapporteert de meerderheid (63.5%) zichzelf effectief te dik tot veel te dik te voelen.

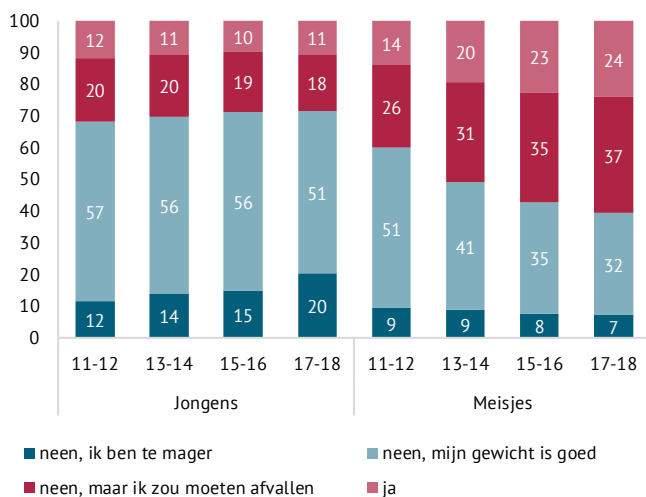


Grafiek 76: lichaamsperceptie naar BMI-groep en geslacht (procentueel)

DIËTEN

Uit de resultaten blijkt dat 51.6% van de meisjes tegenover 30.2% van de jongens een vermageringsdieet volgt of denkt dit te moeten volgen, dit zijn significant meer meisjes dan jongens ($\chi^2=530.7$, $df=3$, $p<0.001$). Dit is een toename ten opzichte van 2014 toen 41.9% van de meisjes en 22.7% van de jongens een dieet volgde of van zichzelf vond een dieet te moeten volgen (jongens: $\chi^2=170.9$, $df=3$, $p<0.001$; meisjes: $\chi^2=146.6$, $df=3$, $p<0.001$).

In **Grafiek 77** worden de resultaten gerapporteerd van diëten naargelang leeftijd en geslacht. Het percentage meisjes dat vindt een dieet te moeten volgen of effectief een dieet volgt, stijgt significant met een toenemende leeftijd en bedraagt 39.9% bij de 11- tot 12-jarigen tegenover 60.6% bij de 17- tot 18-jarigen ($\chi^2=126.8$, $df=9$, $p<0.001$). Bij de jongens wordt eerder een licht dalende tendens waargenomen met een toenemende leeftijd van 31.7% naar 28.6% ($\chi^2=40.9$, $df=9$, $p<0.001$).



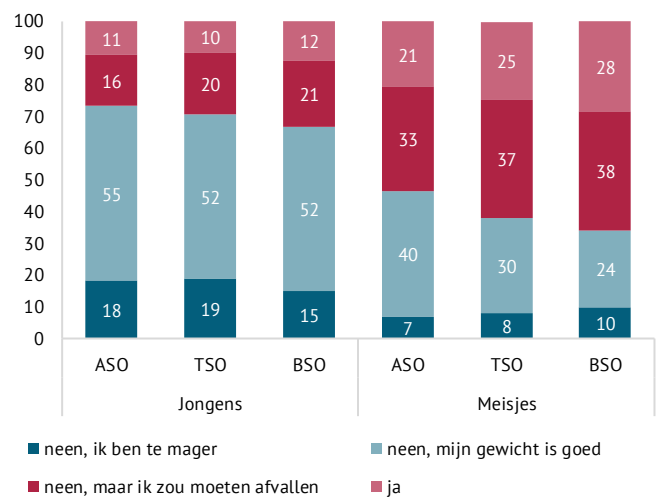
Grafiek 77: diëet naar leeftijd en geslacht (procentueel)

In vergelijking met de bevindingen uit 2014 is zowel bij de jongens als bij de meisjes uit alle leeftijdsgroepen een opmerkelijke toename in de prevalentie vast te stellen van de jongeren die van zichzelf denkt een dieet te moeten volgen of een dieet volgt (**Tabel 58**).

Tabel 58: evolutie diëet naar leeftijd en geslacht

		11-12	13-14	15-16	17-18
J	2014	23.3%	24.2%	21.0%	21.6%
	2018	31.7%	30.4%	28.7%	28.6%
		$\chi^2= 19.6$	$\chi^2=11.4$	$\chi^2=20.2$	$\chi^2=13.8$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$	$df=1$
M	2014	30.4%	38.6%	48.8%	49.6%
	2018	39.9%	50.8%	57.0%	60.6%
		$\chi^2= 22.7$	$\chi^2= 34.6$	$\chi^2=17.1$	$\chi^2=26.1$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p<0.001$	$p<0.001$	$p<0.001$	$p<0.001$

Ook naargelang opleiding worden verschillen vastgesteld bij de jongens ($\chi^2=13.1$, $df=6$, $p=0.042$) en de meisjes ($\chi^2=49.4$, $df=6$, $p<0.001$). In het algemeen secundair onderwijs ligt de prevalentie van jongens en meisjes die van zichzelf vinden een dieet te moeten volgen of een dieet volgen het laagst (respectievelijk 26.7% en 53.4%). Vergelijkbare prevalenties worden geobserveerd voor de meisjes uit het technisch (61.8%) en het beroeps (61.1%) secundair onderwijs. Bij de jongens ligt de prevalentie iets hoger op 33.1% in het beroeps secundair onderwijs tegenover 29.3% in het technisch secundair onderwijs (**Grafiek 78**).



Grafiek 78: diëet naar opleiding en geslacht (procentueel)

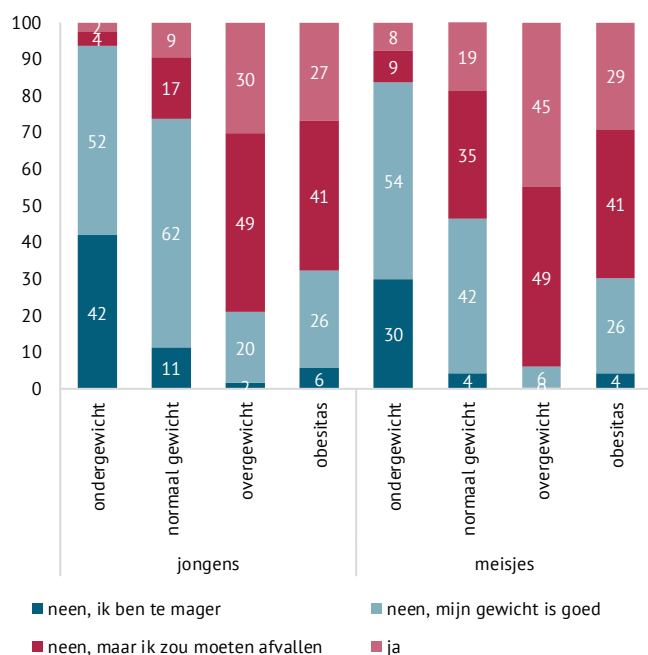
De prevalenties zijn voor jongens en meisjes uit alle opleidingsvormen bovendien opvallend gestegen in vergelijking met de resultaten uit 2014 (**Tabel 59**).

Tabel 59: evolutie diëet naar opleiding en geslacht

		ASO	TSO	BSO
J	2014	17.4%	23.1%	25.9%
	2018	26.6%	29.3%	33.1%
		$\chi^2=24.6$	$\chi^2=9.3$	$\chi^2= 7.6$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$
M	2014	45.0%	50.9%	53.5%
	2018	53.4%	61.8%	65.9%
		$\chi^2=17.4$	$\chi^2=18.5$	$\chi^2= 16.0$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p<0.001$	$p<0.001$	$p<0.001$

In **Grafiek 79** worden de prevalenties gerapporteerd van het volgen van een dieet naargelang BMI-groep en geslacht (jongens: $\chi^2=1269.4$, $df=9$, $p<0.001$; meisjes: $\chi^2=1192.4$, $df=9$, $p<0.001$). Hieruit blijkt dat 48.6% van de jongens met overgewicht en 40.9% van de jongens met obesitas rapporteren dat ze geen dieet volgen, maar wel op dieet zouden moeten gaan. Het aandeel van de jongens met overgewicht en obesitas die effectief op dieet zijn, bedraagt respectievelijk 30.2% en 26.9%.

Van de meisjes met overgewicht geeft 49.0% aan een dieet te moeten volgen, bij de meisjes met obesitas is dit 40.7%. De prevalentie van de meisjes met overgewicht die daadwerkelijk een dieet volgen bedraagt 44.9% en 29.2% bij de meisjes met obesitas.



Grafiek 79: dieet naar BMI-groep en geslacht (procentueel)

ALCOHOL

METHODOLOGIE

De vraag: 'Op hoeveel dagen heb je alcohol gedronken tijdens de laatste 30 dagen?' werd gebruikt om de huidige alcoholconsumptie in kaart te brengen. De antwoordmogelijkheden waren 'nooit', '1-2 dagen', '3-5 dagen', '6-9 dagen', '10-19 dagen', '20-29 dagen' en '30 dagen (of meer)'. In de analyses werd een onderscheid gemaakt tussen jongeren die minstens eenmaal alcohol consumeerden tijdens de voorbije 30 dagen (antwoordcategorieën '1-2 dagen' tot '30 dagen (of meer)') of nog nooit alcohol hebben gebruikt (antwoordcategorie: 'nooit').

De frequentie van wekelijkse consumptie van specifieke alcoholische dranken werd nagegaan via de vraag: 'Hoe vaak drink je momenteel alcohol zoals wijn, bier of sterke drank?'. Er waren vijf antwoordmogelijkheden: 'nooit', 'uitzonderlijk', 'elke maand', 'elke week' en 'dagelijks'. Op basis van deze antwoorden werden twee groepen onderscheiden: jongeren die minstens eenmaal per week alcohol drinken (antwoordcategorieën 'elke week' en 'dagelijks') en jongeren die minder dan wekelijks alcohol drinken (antwoordcategorieën 'elke maand' tot 'nooit').

Om het dronkenschap in kaart te brengen werd de vraag: 'Heb je ooit zoveel alcohol gedronken zodat je echt dronken was in jouw leven?' gesteld. De antwoorden varieerden van: 'neen, nooit', 'ja, één keer', 'ja, 2-3 keer', 'ja, 4-10 keer' en 'ja, meer dan 10 keer'. Op basis hiervan werd een onderscheid gemaakt tussen jongeren die minder of gelijk aan tien keer en meer dan tien keer dronken zijn geweest.

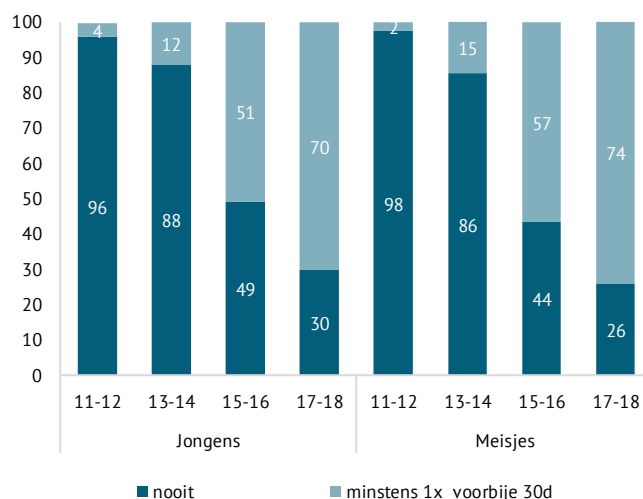
De initiatie van alcohol drinken en dronken zijn, werd bevraagd via de vraag: 'Op welke leeftijd deed je voor het eerst het volgende... (alcohol drinken, dronken zijn)?'. De antwoorden varieerden van: '11 jaar of jonger' tot '18 jaar of ouder'. Jongeren die nog nooit alcohol dronken konden dit ook aanduiden. In de analyses van deze vraag werden enkel de data van de 17- tot 18-jarige jongeren gebruikt.

HUIDIGE ALCOHOLCONSUMPTIE

In 2018 rapporteert 34.3% van de jongens en 36.0% van de meisjes dat ze in de laatste 30 dagen alcohol consumeerden. Bij meisjes ligt de prevalentie van alcoholconsumptie iets hoger.

Dit is echter niet significant verschillend ten opzichte van de jongens ($\chi^2=3.1$, $df=1$, $p=0.078$). In vergelijking met 2014 is dit een opmerkelijke afname in de prevalentie voor de jongens. Toen consumeerde immers 41.5% van de jongens minstens eenmaal per week alcohol ($\chi^2=54.1$, $df=1$, $p<0.001$). Voor de meisjes stagneert de prevalentie van alcoholconsumptie in 2018 (2014: 37.5%, $\chi^2=2.3$, $df=1$, $p=0.131$).

Er is bij de jongens en de meisjes een heel duidelijk stijgende trend in de prevalentie van alcoholconsumptie vast te stellen naarmate men ouder wordt (**Grafiek 80**). Op 11- tot 12- jarige leeftijd heeft 4.1% van de jongens en 2.4% van de meisjes alcohol geconsumeerd in de laatste 30 dagen. Op 17- tot 18- jarige leeftijd is dit toegenomen naar respectievelijk 70.2% ($\chi^2=1538.7$, $df=3$, $p<0.001$) en 73.9% ($\chi^2=1753.4$, $df=3$, $p<0.001$).



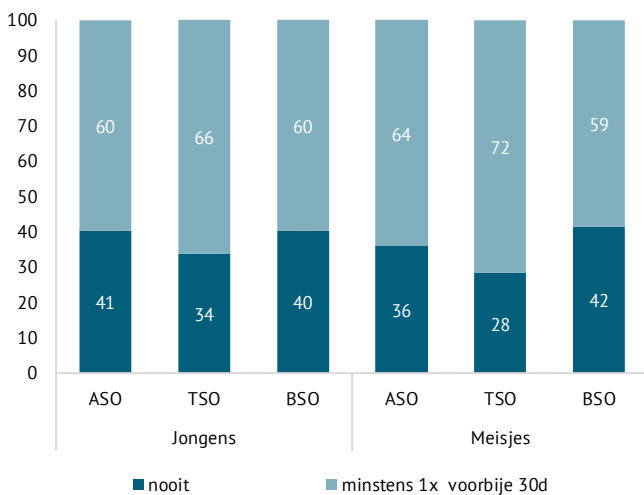
Grafiek 80: alcoholconsumptie naar leeftijd en geslacht (procentueel)

Bij de jongens wordt er voor alle leeftijdsgroepen een significante afname in de prevalentie van alcoholconsumptie waargenomen ten opzichte van 2014 met uitzondering van de 15- tot 16-jarige jongens ($\chi^2=0.173$, $df=1$, $p=0.677$). Bij de meisjes blijft dit stabiel (**Tabel 60**).

Tabel 60: evolutie alcoholconsumptie naar leeftijd en geslacht

		11-12	13-14	15-16	17-18
J	2014	7.3%	20.2%	49.9%	78.6%
	2018	4.1%	11.9%	50.8%	70.2%
		$\chi^2=10.8$	$\chi^2=30.0$	$\chi^2=0.2$	$\chi^2=19.2$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p<0.001$	$p<0.001$	$p=0.677$	$p<0.001$
M	2014	2.8%	16.4%	53.1%	74.5%
	2018	2.4%	14.6%	56.5%	73.9%
		$\chi^2=0.5$	$\chi^2=1.4$	$\chi^2=2.8$	$\chi^2=0.1$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.477$	$p=0.233$	$p=0.093$	$p=0.760$

Naargelang opleiding worden eveneens verschillen vastgesteld in de prevalentie van alcoholconsumptie (jongens: $\chi^2=11.0$; $df=2$, $p=0.004$; meisjes: $\chi^2=23.9$, $df=2$, $p<0.001$). Zowel bij de jongens als bij de meisjes ligt de prevalentie van alcoholconsumptie het hoogst in het technisch secundair onderwijs (jongens: 66.1% en meisjes: 71.6%). Verder is op te merken dat de prevalentie van alcoholconsumptie bij de jongens gelijk is in het algemeen en het beroeps secundair onderwijs en 59.3% bedraagt. Bij de meisjes ligt de prevalentie in alcoholconsumptie lager in het beroeps secundair onderwijs (58.6%) en hoger in het algemeen secundair onderwijs (64.1%) zoals blijkt uit **Grafiek 81**.



Grafiek 81: alcoholconsumptie naar opleiding en geslacht (procentueel)

Ten opzichte van de bevindingen uit 2014 is enkel voor de jongens uit het beroeps secundair onderwijs een significante daling in de prevalentie van alcoholgebruik op te merken ($\chi^2=7.4$, $df=1$, $p=0.006$) zoals blijkt uit **Tabel 61**.

Tabel 61: evolutie alcoholconsumptie naar opleiding en geslacht

		ASO	TSO	BSO
J	2014	58.2%	67.0%	67.2%
	2018	59.5%	66.1%	59.6%
		$\chi^2=0.3$	$\chi^2=0.2$	$\chi^2=7.4$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.567$	$p=0.685$	$p=0.006$
M	2014	60.7%	68.1%	64.2%
	2018	64.1%	71.6%	58.5%
		$\chi^2=3.1$	$\chi^2=2.1$	$\chi^2=3.3$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.078$	$p=0.145$	$p=0.068$

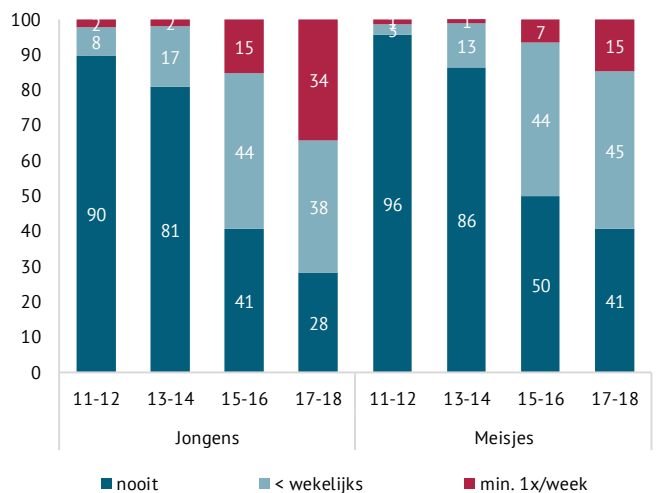
FREQUENTIE ALCOHOLCONSUMPTIE

Bier

De prevalentie van wekelijkse bierconsumptie ligt significant hoger bij de jongens dan bij de meisjes. Van de jongens rapporteert 13.4% minstens wekelijks bier te drinken.

Bij de meisjes is dit slechts 5.7% ($\chi^2=183.1$, $df=1$, $p<0.001$). In 2014 bedroeg de prevalentie van wekelijkse bierconsumptie nog 17.7% bij de jongens en 5.3% bij de meisjes. Ten opzichte van 2018 is de wekelijkse bierconsumptie significant gedaald bij de jongens ($\chi^2=35.6$, $df=1$, $p<0.001$) en stabiel gebleven bij de meisjes ($\chi^2=0.6$, $df=1$, $p=0.435$).

Zoals blijkt uit **Grafiek 82** stijgt de prevalentie van wekelijkse bierconsumptie significant overheen de leeftijdsgroepen en dit zowel bij de jongens ($\chi^2=725.8$, $df=3$, $p<0.001$) als bij de meisjes ($\chi^2=264.4$, $df=3$, $p<0.001$) met de hoogste prevalenties op 17- tot 18-jarige leeftijd (jongens: 34.2% en meisjes: 14.7%).



Grafiek 82: bierconsumptie naar leeftijd en geslacht (procentueel)

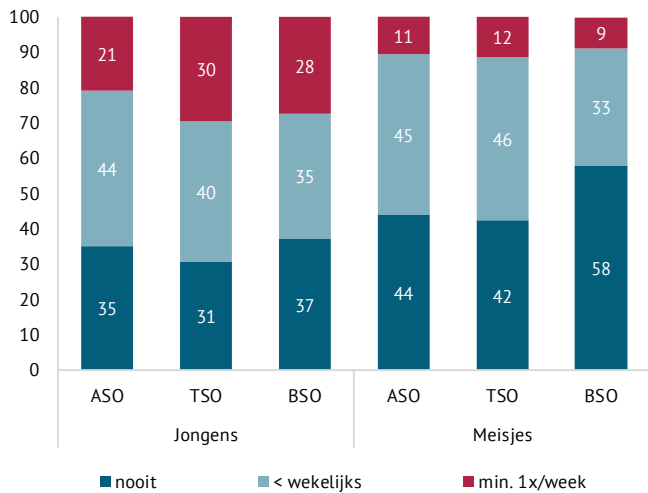
Ten opzichte van 2014 is de prevalentie van wekelijkse bierconsumptie licht toegenomen bij 11- tot 12-jarige jongens en meisjes (**Tabel 62**). Voor de overige leeftijdsgroepen worden er geen significante evoluties waargenomen met uitzondering van de leeftijdsgroep van 17- tot 18-jarige jongens. Hier wordt er een significante daling in het percentage wekelijkse bierconsumptie geobserveerd ten opzichte van 2014 ($\chi^2=21.8$, $df=1$, $p<0.001$).

Tabel 62: evolutie bierconsumptie naar leeftijd en geslacht

		11-12	13-14	15-16	17-18
J	2014	0.7%	2.4%	14.3%	44.1%
	2018	2.1%	1.8%	15.2%	34.2%
		$\chi^2=7.1$	$\chi^2=1.0$	$\chi^2=0.4$	$\chi^2=21.8$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.008$	$p=0.321$	$p=0.519$	$p<0.001$
M	2014	0.2%	0.7%	5.9%	13.4%
	2018	1.4%	1.1%	6.6%	14.8%
		$\chi^2=10.1$	$\chi^2=1.0$	$\chi^2=0.5$	$\chi^2=0.8$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.002$	$p=0.309$	$p=0.471$	$p=0.382$

In **Grafiek 83** staan de prevalenties van wekelijkse bierconsumptie naargelang opleiding voor beide geslachten afzonderlijk. Voor de meisjes worden er geen verschillen in de prevalentie van bierconsumptie vastgesteld ($\chi^2=2.4$, $df=2$, $p=0.300$).

Bij de jongens daarentegen ligt de prevalentie van de wekelijkse bierconsumptie significant hoger op 29.5% in het technisch secundair onderwijs op de voet gevolgd door het beroeps secundair onderwijs (27.5%). De laagste prevalentie wordt opgetekend in het algemeen secundair onderwijs en bedraagt 20.8% ($\chi^2=20.2$, $df=2$, $p<0.001$).



Grafiek 83: bierconsumptie naar opleiding en geslacht (procentueel)

Vergeleken met de resultaten uit 2014 blijft de prevalentie van de wekelijkse bierconsumptie stabiel in 2018 voor vrijwel alle jongens en meisjes uit de diverse opleidingsvormen (Tabel 63). Enkel bij de meisjes uit het algemeen secundair onderwijs wordt een toename in de prevalentie van wekelijkse bierconsumptie vastgesteld van 8.1% in 2014 naar 10.6% in 2018 ($\chi^2=4.5$, $df=1$, $p=0.035$). Bij de jongens uit het beroeps secundair onderwijs wordt daarentegen een daling in de prevalentie geobserveerd van 33.1% naar 27.5% ($\chi^2=4.5$, $df=1$, $p=0.034$).

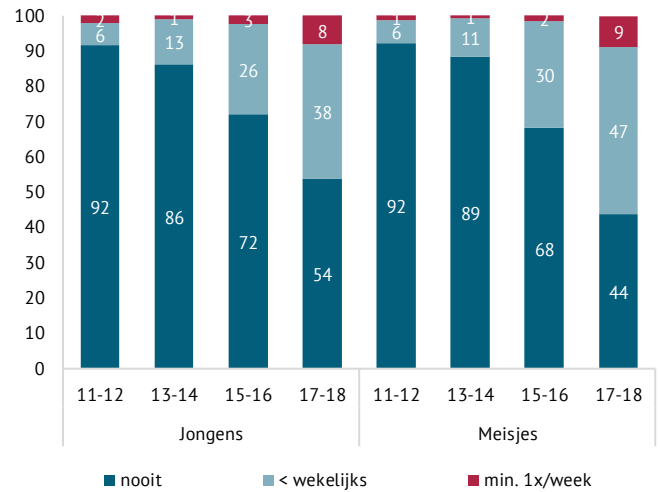
Tabel 63: evolutie bierconsumptie naar opleiding en geslacht

		ASO	TSO	BSO
J	2014	23.2%	31.4%	33.1%
	2018	20.8%	29.5%	27.5%
		$\chi^2=1.6$	$\chi^2=0.8$	$\chi^2=4.5$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.202$	$p=0.372$	$p=0.034$
M	2014	8.1%	11.5%	10.2%
	2018	10.6%	11.5%	8.7%
		$\chi^2=4.5$	$\chi^2=0.0$	$\chi^2=0.6$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.035$	$p=0.996$	$p=0.438$

Wijn

Wijn is in verhouding tot bier minder populair onder de jongeren. In 2018 drinkt een vergelijkbaar percentage jongens (3.7%) en meisjes (3.2%) minstens wekelijks wijn ($\chi^2=2.2$, $df=1$, $p=0.142$). Ten opzichte van 2014 is het percentage jongens dat wijn consumeert significant afgenomen (2014: 4.9%, $\chi^2=9.0$, $df=1$, $p=0.003$) terwijl dit bij de meisjes stabiel blijft (2014: 3.0%, $\chi^2=0.3$, $df=1$, $p=0.569$).

Bij de jongens en de meisjes neemt de prevalentie van wekelijkse wijnconsumptie toe op 17- tot 18-jarige leeftijd. Door de jongere leeftijdsgroepen wordt minder vaak wijn gedronken zoals is af te leiden uit Grafiek 84 (jongens: $\chi^2=106.9$, $df=3$, $p<0.001$; meisjes: $\chi^2=173.2$, $df=3$, $p<0.001$).



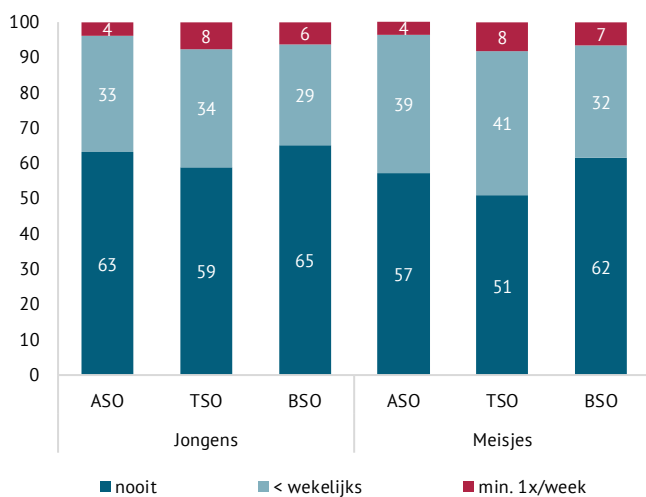
Grafiek 84: wijnconsumptie naar leeftijd en geslacht (procentueel)

Ten opzichte van 2014 valt de toename in wekelijkse wijnconsumptie bij de jongens en de meisjes uit de jongste leeftijdsgroep op (Tabel 64). Voor jongens wordt er ook op 17- tot 18-jarige leeftijd een toename geobserveerd in de prevalentie in vergelijking met 2014 ($\chi^2=6.0$, $df=1$, $p=0.015$). Voor de overige leeftijdsgroepen worden er geen verschillen opgetekend.

Tabel 64: evolutie wijnconsumptie naar leeftijd en geslacht

		11-12	13-14	15-16	17-18
J	2014	0.8%	1.2%	3.1%	5.5%
	2018	2.1%	1.1%	2.5%	8.2%
		$\chi^2=6.4$	$\chi^2=0.0$	$\chi^2=0.9$	$\chi^2=6.0$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.011$	$p=0.904$	$p=0.348$	$p=0.015$
M	2014	0.1%	0.8%	2.7%	6.9%
	2018	1.3%	0.9%	1.7%	8.9%
		$\chi^2=10.6$	$\chi^2=0.0$	$\chi^2=3.0$	$\chi^2=2.8$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.001$	$p=0.837$	$p=0.083$	$p=0.094$

De prevalentie van de consumptie van minstens eenmaal wijn per week is weergegeven Grafiek 85. De prevalentie verschilt tussen de diverse opleidingsvormen. Zowel bij de jongens ($\chi^2=12.7$, $df=2$, $p=0.002$) als bij de meisjes ($\chi^2=18.1$, $df=2$, $p<0.001$) is de consumptie het meest prevalent in het technisch secundair onderwijs (respectievelijk 7.7% en 8.0%), gevolgd door het beroeps secundair onderwijs (respectievelijk 6.0% en 6.5%). De laagste prevalenties worden geobserveerd in het algemeen secundair onderwijs (jongens: 3.9% en meisjes: 3.7%).



Grafiek 85: wijnconsumptie naar opleiding en geslacht (procentueel)

De prevalenties van de consumptie van minstens eenmaal per week wijn verschillen niet ten opzichte van 2014 voor jongens en meisjes uit het algemeen en het beroeps secundair onderwijs (Tabel 65). Opvallend is echter de toename in de prevalentie bij de jongens en de meisjes uit het technisch secundair onderwijs. In 2014 bedroeg de prevalentie bij de jongens en de meisjes nog 4.5%, terwijl in 2018 de prevalentie bij de jongens 7.7% en bij de meisjes 8.0% bedraagt (jongens: $\chi^2=8.3$, $df=1$, $p=0.004$; meisjes: $\chi^2=7.6$, $df=1$, $p=0.006$).

Tabel 65: evolutie wijnconsumptie naar opleiding en geslacht

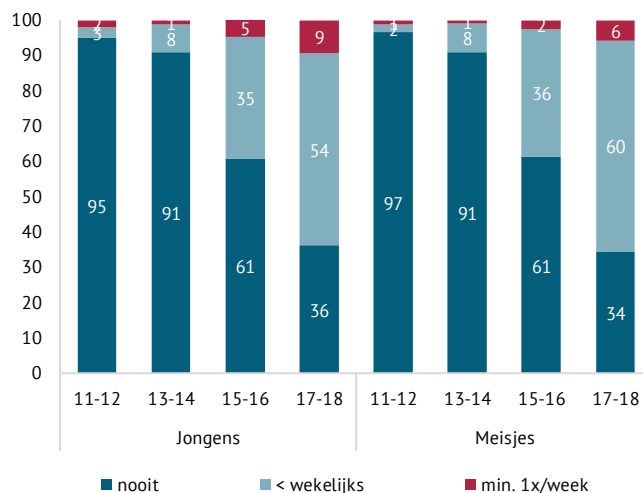
		ASO	TSO	BSO
J	2014	4.2%	4.5%	5.1%
	2018	3.9%	7.7%	6.0%
		$\chi^2=0.2$	$\chi^2=8.3$	$\chi^2=0.5$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.691$	$p=0.004$	$p=0.485$
M	2014	5.1%	4.5%	6.0%
	2018	3.7%	8.0%	6.5%
		$\chi^2=3.0$	$\chi^2=7.6$	$\chi^2=0.1$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.083$	$p=0.006$	$p=0.743$

Sterke drank

Van de jongens drinkt 4.7% minstens wekelijks sterke drank. Bij meisjes ligt dit percentage significant lager op 2.7% ($\chi^2=30.9$, $df=1$, $p<0.001$). In vergelijking met de resultaten uit 2014 wordt enkel voor de jongens een afname in de wekelijkse consumptie van sterke drank vastgesteld (2014: 6.5%, $\chi^2=15.8$, $df=1$, $p<0.001$). Bij de meisjes blijft de prevalentie gelijk op 2.7% ten opzichte van 2014 ($\chi^2=0.0$, $df=1$, $p=0.994$).

In Grafiek 86 staan de resultaten van wekelijkse consumptie van sterke drank naargelang leeftijd. De consumptie van sterke drank ligt bij de jongens en de meisjes het laagst op 11- tot 12-jarige en 13- tot 14-jarige leeftijd.

Bij de jongens begint de consumptie vanaf 15- tot 16-jarige leeftijd toe te nemen, bij de meisjes is dit pas op 17- tot 18-jarige leeftijd (jongens: $\chi^2=121.9$, $df=3$, $p<0.001$; meisjes: $\chi^2=63.3$, $df=3$, $p<0.001$).



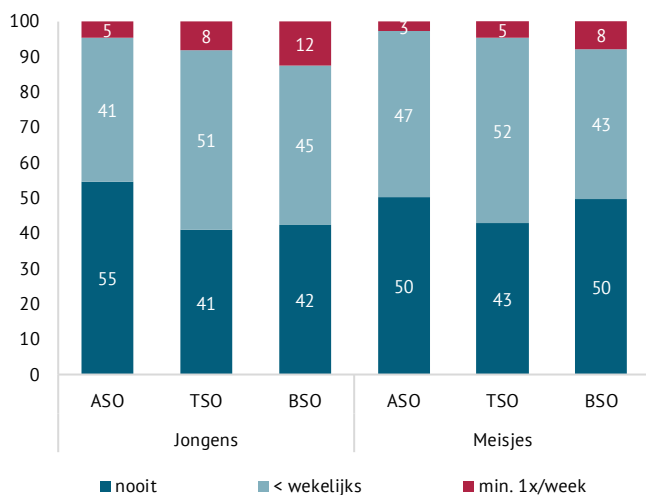
Grafiek 86: sterkedrankconsumptie naar leeftijd en geslacht (procentueel)

Ondanks vrij lage prevalenties in 2018 is er evenwel een toename in wekelijkse consumptie van sterke drank op te merken bij de jongens en meisjes uit de jongste leeftijdsgroep (Tabel 66). In de overige leeftijdsgroepen stagneren de prevalenties.

Tabel 66: evolutie sterkedrankconsumptie naar leeftijd en geslacht

		11-12	13-14	15-16	17-18
J	2014	0.5%	1.2%	3.5%	11.5%
	2018	1.9%	1.1%	4.7%	9.4%
		$\chi^2=8.4$	$\chi^2=0.1$	$\chi^2=2.4$	$\chi^2=2.5$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.004$	$p=0.912$	$p=0.124$	$p=0.111$
M	2014	0.3%	0.5%	3.0%	6.1%
	2018	1.3%	1.0%	2.5%	5.6%
		$\chi^2=6.7$	$\chi^2=2.0$	$\chi^2=0.4$	$\chi^2=0.2$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.010$	$p=0.158$	$p=0.506$	$p=0.643$

In 2018 wordt er bij de jongens en de meisjes een significant verband gevonden tussen de minstens wekelijkse consumptie van sterke drank en de opleidingsvorm (jongens: $\chi^2=29.5$, $df=2$, $p<0.001$; meisjes: $\chi^2=21.5$, $df=2$, $p<0.001$). Uit Grafiek 87 blijkt dat de prevalentie van de consumptie van sterke drank hoger ligt bij de jongens en de meisjes uit het beroeps secundair onderwijs (respectievelijk 12.3% en 7.7%). De laagste prevalenties worden opgetekend in het algemeen secundair onderwijs en bedragen 4.7% bij de jongens en 2.8% bij de meisjes. De jongens en de meisjes uit het technisch secundair onderwijs bevinden zich hier tussenin (respectievelijk 8.0% en 4.7%).



Grafiek 87: sterkedrankconsumptie naar opleiding en geslacht (procentueel)

In vergelijking met de resultaten uit 2014 stijgt het percentage jongeren dat wekelijks sterke drank drinkt significant bij de jongens uit het algemeen secundair onderwijs ($\chi^2=4.1$, $df=1$, $p=0.042$). Uit Tabel 67 blijkt dat er verder geen significante verschillen te observeren zijn.

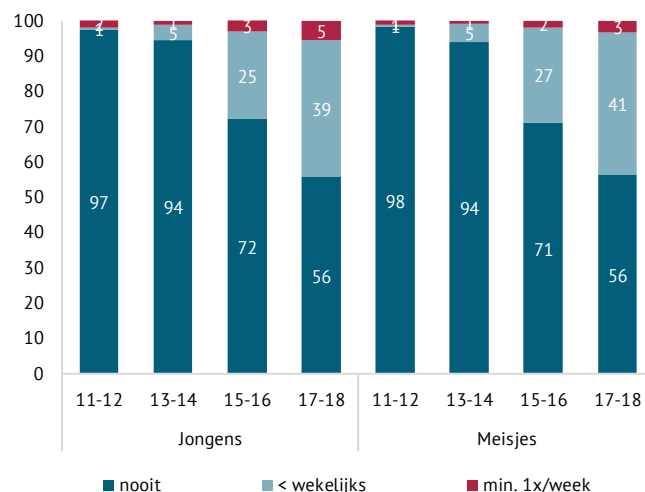
Tabel 67: evolutie sterkedrankconsumptie naar opleiding en geslacht

		ASO	TSO	BSO
J	2014	2.9%	7.4%	14.8%
	2018	4.7%	8.0%	12.3%
		$\chi^2=4.1$ $df=1$ $p=0.042$	$\chi^2=0.3$ $df=1$ $p=0.591$	$\chi^2=1.7$ $df=1$ $p=0.193$
M	2014	3.0%	5.0%	7.0%
	2018	2.8%	4.7%	7.7%
		$\chi^2=0.1$ $df=1$ $p=0.724$	$\chi^2=0.1$ $df=1$ $p=0.791$	$\chi^2=0.2$ $df=1$ $p=0.689$

Alcopops

Het percentage jongeren dat wekelijkse alcopops consumeert bedraagt 3.0% bij de jongens en 1.7% bij de meisjes. Dit is een significant hogere consumptiefrequentie bij de jongens ($\chi^2=18.2$, $df=1$, $p<0.001$). In vergelijking met de vorige bevraging uit 2014 is het percentage jongens dat wekelijks alcopops drinkt significant afgenomen, toen rapporteerde immers 5.1% van de jongens minstens wekelijks alcopops te drinken ($\chi^2=29.8$, $df=1$, $p<0.001$). Bij de meisjes bedroeg de prevalentie 2.0% in 2014 en is er ten opzichte van 2018 geen verschil op te merken ($\chi^2=0.9$, $df=1$, $p=0.332$).

De prevalentie van alcopops ligt over het algemeen vrij laag bij jongens en meisjes uit alle leeftijdsgroepen (Grafiek 88). De hoogste consumptie van alcopops wordt evenwel opgetekend op 17- tot 18-jarige leeftijd (jongens: $\chi^2=44.5$, $df=3$, $p<0.001$; meisjes: $\chi^2=19.8$, $df=3$, $p<0.001$).



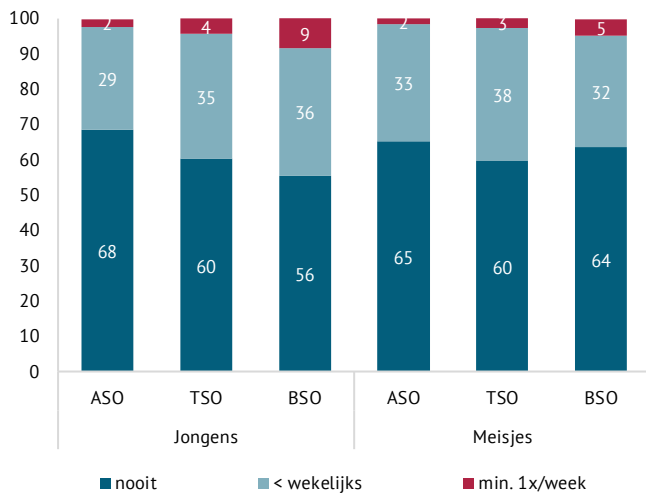
Grafiek 88: alcopopconsumptie naar leeftijd en geslacht (procentueel)

Uit Tabel 68 is af te leiden dat de prevalentie van wekelijkse alcopopsconsumptie significant toegenomen is ten opzichte van 2014 en dit zowel bij jongens als bij meisjes van 11 tot 12 jaar. Voor de overige leeftijdsgroepen blijft de consumptie van alcopops stabiel.

Tabel 68: evolutie alcopopconsumptie naar leeftijd en geslacht

		11-12	13-14	15-16	17-18
J	2014	0.3%	1.6%	3.3%	6.5%
	2018	2.0%	1.0%	3.1%	5.4%
		$\chi^2=12.6$ $df=1$ $p<0.001$	$\chi^2=1.6$ $df=1$ $p=0.213$	$\chi^2=0.1$ $df=1$ $p=0.763$	$\chi^2=1.2$ $df=1$ $p=0.281$
M	2014	0.3%	0.8%	2.8%	3.5%
	2018	1.2%	0.9%	1.9%	3.1%
		$\chi^2=5.9$ $df=1$ $p=0.015$	$\chi^2=0.2$ $df=1$ $p=0.696$	$\chi^2=0.1$ $df=1$ $p=0.147$	$\chi^2=0.3$ $df=1$ $p=0.615$

De prevalentie van de wekelijkse alcopopsconsumptie naargelang opleiding voor de jongens en de meisjes afzonderlijk wordt gerapporteerd in Grafiek 89. Zowel bij de jongens als bij de meisjes is er een significant verschil op te merken tussen de diverse opleidingsvormen (jongens: $\chi^2=33.6$, $df=2$, $p<0.001$; meisjes: $\chi^2=15.1$, $df=2$, $p=0.001$). Bij de jongens is de alcopopsconsumptie het meest prevalent in het beroeps secundair onderwijs (8.5%), gevolgd door het technisch en het algemeen secundair onderwijs (respectievelijk 4.4% en 2.3%). Bij de meisjes wordt een vergelijkbare tendens waargenomen en bedraagt de prevalentie 4.9% in het beroeps, 2.7% in het technisch en 1.6% in het algemeen secundair onderwijs.



Grafiek 89: alcopopsconsumptie naar opleiding en geslacht (procentueel)

Wekelijkse consumptie van alcopops is ten opzichte van de bevindingen uit 2014 stabiel gebleven bij de jongens en de meisjes uit het algemeen, het technisch en het beroeps secundair onderwijs (Tabel 69).

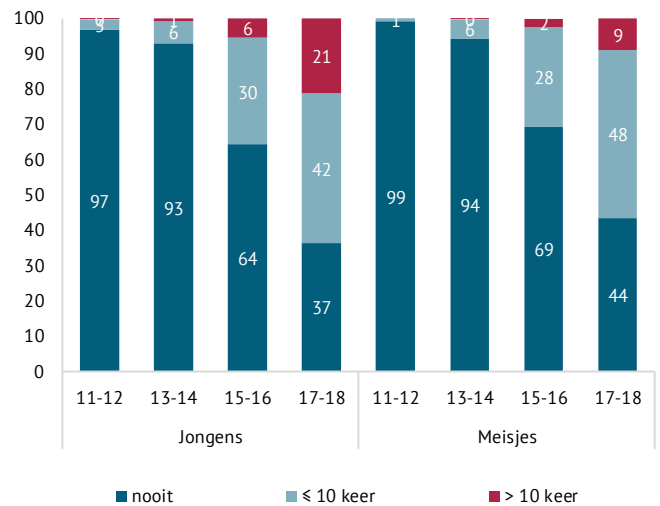
Tabel 69: evolutie alcopopconsumptie naar opleiding en geslacht

		ASO	TSO	BSO
J	2014	2.2%	3.6%	10.4%
	2018	2.3%	4.4%	8.5%
		chi ² =0.0	chi ² =0.7	chi ² =1.3
		df=1	df=1	df=1
		p=0.895	p=0.395	p=0.261
M	2014	2.2%	2.5%	5.4%
	2018	1.6%	2.7%	4.9%
		chi ² =1.2	chi ² =0.1	chi ² =0.2
		df=1	df=1	df=1
		p=0.283	p=0.820	p=0.699

DRONKENSCHAP

Uit de resultaten van 2018 blijkt dat het percentage jongens dat dronken is geweest, significant hoger ligt dan bij de meisjes (chi²=109.7; df=1, p<0.001). Van de jongens is 7.3% meer dan tienmaal dronken geweest tegenover 2.8% van de meisjes. De prevalentie van dronkenschap is bij de jongens wel gedaald in vergelijking met de bevindingen uit 2014, toen nog 10.2% van de jongens aangaf meer dan tienmaal dronken te zijn geweest (chi²=26.6, df=1, p<0.001). Voor de meisjes wordt eveneens een daling waargenomen maar die is niet significant (2014: 3.3%, chi²=1.5, df=1, p=0.226).

Naarmate jongeren ouder worden, stijgt ook de prevalentie van dronkenschap (Grafiek 90). Op 15- tot 16-jarige leeftijd geeft 5.5% van de jongens aan meer dan tienmaal dronken te zijn geweest (chi²=551.5, df=3, p<0.001). Bij de meisjes ligt dit percentage lager op 2.2% (chi²=242.1, df=3, p<0.001). Op 17- tot 18-jarige leeftijd worden de hoogste prevalenties opgetekend, namelijk 21.3% bij de jongens en 9.0% bij de meisjes.



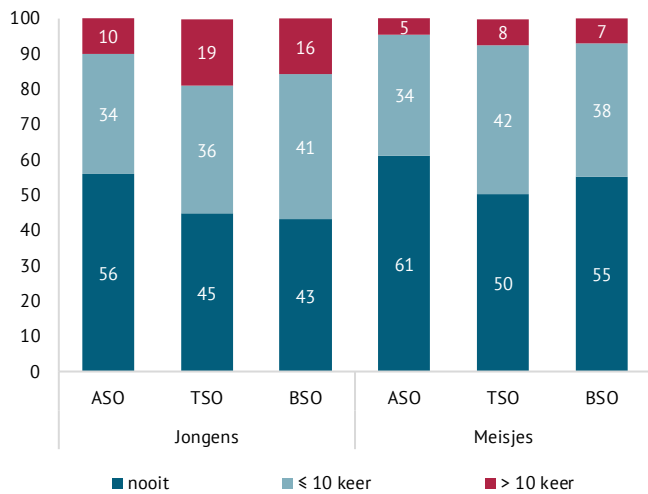
Grafiek 90: dronkenschap naar leeftijd en geslacht (procentueel)

Vergeleken met de bevindingen uit 2014 is het percentage 17- tot 18-jarige jongens dat meer dan tienmaal dronken was afgenomen in 2018 (chi²=4.7, df=1, p=0.031). Voor de overige leeftijdsgroepen worden er geen significante verschillen gevonden (Tabel 70).

Tabel 70: evolutie dronkenschap naar leeftijd en geslacht

		11-12	13-14	15-16	17-18
J	2014	0.4%	0.9%	4.6%	25.3%
	2018	0.1%	0.7%	5.5%	21.3%
		chi ² =2.6	chi ² =0.2	chi ² = 1.0	chi ² =4.7
		df=1	df= 1	df=1	df=1
		p=0.106	p=0.636	p=0.324	p=0.031
M	2014	0.1%	0.2%	3.1%	8.4%
	2018	0.0%	0.1%	2.2%	9.0%
		chi ² =1.2	chi ² =0.6	chi ² =1.8	chi ² =0.3
		df=1	df= 1	df=1	df=1
		p=0.270	p=0.442	p=0.186	p=0.605

In 2018 worden bij jongens en meisjes verschillen in dronkenschap waargenomen tussen de diverse opleidingsvormen zoals af te leiden is uit Grafiek 91 (jongens: chi²=28.3, df=2, p<0.0016; meisjes: chi²=7.8, df=2, p=0.020). De prevalenties van dronkenschap zijn het hoogst bij de jongens en de meisjes uit het technisch secundair onderwijs en bedragen respectievelijk 18.8% en 7.5%. De laagste prevalenties worden geobserveerd in het algemeen secundair onderwijs (jongens: 10.2% en meisjes: 4.7%). Het beroeps secundair onderwijs bevindt zich hier tussenin met prevalenties van 15.8% bij de jongens en 6.9% bij de meisjes.



Grafiek 91: dronkenschap naar opleiding en geslacht (procentueel)

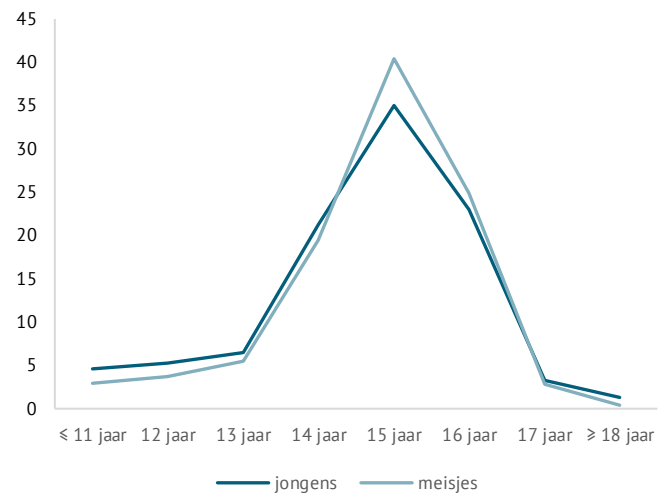
In vergelijking met de data uit 2014 is vast te stellen dat de prevalentie van dronkenschap significant gedaald is voor meisjes uit het beroeps secundair onderwijs van 10.8% in 2014 naar 6.9% in 2018 ($\chi^2=4.8$, $df=1$, $p=0.029$). Voor meisjes uit het algemeen secundair onderwijs wordt daarentegen een kleine stijging in de prevalentie waargenomen van 2.9% in 2014 naar 4.7% in 2018 ($\chi^2=5.2$, $df=1$, $p=0.022$). Een overzicht van de evoluties voor jongens en meisjes uit de diverse opleidingsvormen is weergegeven in [Tabel 71](#).

Tabel 71: evolutie dronkenschap naar opleiding en geslacht

		ASO	TSO	BSO
J	2014	9.1%	19.0%	19.9%
	2018	10.2%	18.8%	15.8%
		$\chi^2=0.6$ $df=1$	$\chi^2=0.0$ $df=1$	$\chi^2=3.4$ $df=1$
		$p=0.443$	$p=0.914$	$p=0.065$
M	2014	2.9%	7.3%	10.8%
	2018	4.7%	7.5%	6.9%
		$\chi^2=5.2$ $df=1$	$\chi^2=0.0$ $df=1$	$\chi^2=4.8$ $df=1$
		$p=0.022$	$p=0.896$	$p=0.029$

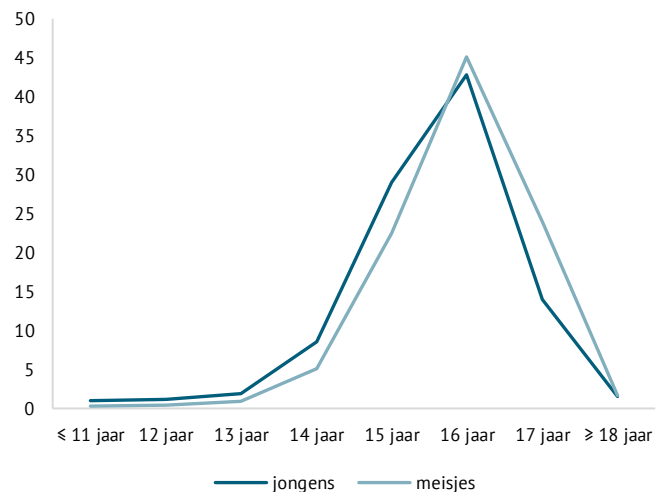
INITIATIE ALCOHOLCONSUMPTIE EN DRONKENSCHAP

In [Grafiek 92](#) worden de resultaten gerapporteerd van de leeftijd waarop jongeren voor het eerst alcohol dronken. Hiervoor werden alleen de 17- tot 18-jarigen geselecteerd. De mediaan voor de jongens en de meisjes ligt op 15 jaar. Dit wil zeggen dat de helft van de jongeren voor het eerst alcohol dronk op 15-jarige leeftijd of jonger. In vergelijking met 2014 lag de mediaan voor de meisjes ook op 15 jaar, voor de jongens is de beginleeftijd echter één jaar opgeschoven ten opzichte van 2014, toen lag die immers op 14 jaar.



Grafiek 92: initiatie alcoholconsumptie naar leeftijd en geslacht

Het eerste dronkenschap doet zich bij jongens en meisjes voor op 16-jarige leeftijd. Dit is in overeenstemming met de resultaten uit 2014 ([Grafiek 93](#)).



Grafiek 93: initiatie dronkenschap naar leeftijd en geslacht

ROKEN

METHODOLOGIE

De vraag: *'Hoe vaak rook je momenteel?'* werd gesteld om het huidige rookgedrag in kaart te brengen. De antwoordmogelijkheden waren: 'ik rook nooit', 'minder dan één keer per week', 'minstens één keer per week' en 'elke dag'. In de analyses werd een onderscheid gemaakt tussen jongeren die dagelijks roken (antwoordcategorie: 'elke dag') en minder dan dagelijks roken of nooit (antwoordcategorieën 'minstens één keer per week' tot 'ik rook nooit').

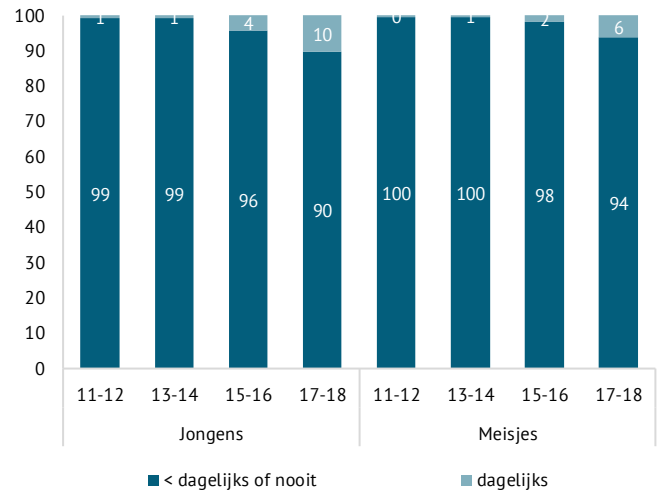
De vraag: *'Op hoeveel dagen heb je sigaretten gerookt in jouw leven?'* werd gebruikt om te peilen naar de *life time* prevalentie van roken. De antwoordmogelijkheden waren 'nooit', '1-2 dagen', '3-5 dagen', '6-9 dagen', '10-19 dagen', '20-29 dagen' en '30 dagen (of meer)'. In de analyses werd een onderscheid gemaakt tussen jongeren die minstens eenmaal gerookt hebben in hun leven (antwoordcategorieën '1-2 dagen' tot '30 dagen (of meer)') of nog nooit gerookt hebben (antwoordcategorie: 'nooit').

De initiatie van roken werd bevraagd via de vraag: *'Op welke leeftijd heb je voor het eerst een sigaret gerookt?'* De antwoorden varieerden van, '11 jaar of jonger' tot '18 jaar of ouder'. Jongeren die nog nooit gerookt hadden konden dit ook aanduiden. In de analyses werden enkel de data van de 17- tot 18-jarige jongeren gebruikt.

HUIDIG ROOKGEDRAG

De resultaten van 2018 tonen aan dat 4.3% van de jongens en 2.4% van de meisjes dagelijks rookt. Dit zijn significant meer jongens dan meisjes ($\chi^2=30.1$, $df=1$, $p<0.001$). Ten opzichte van de bevindingen uit 2014 is de prevalentie van dagelijks roken zowel bij de jongens als bij de meisjes significant afgenomen (jongens: $\chi^2=103.6$, $df=1$, $p<0.001$; meisjes: $\chi^2=73.3$, $df=1$, $p<0.001$). In 2014 rookten nog 9.4% van de jongens en 5.8% van de meisjes.

In **Grafiek 94** worden de prevalenties van dagelijks roken gepresenteerd naargelang leeftijd voor beide geslachten afzonderlijk. Vanaf 15- tot 16-jarige leeftijd neemt de prevalentie van dagelijks roken toe, maar dagelijks roken is bij jongens en meisjes het meest prevalent op 17- tot 18-jarige leeftijd (jongens: $\chi^2=192.5$, $df=3$, $p<0.001$; meisjes: $\chi^2=127.7$, $df=3$, $p<0.001$).



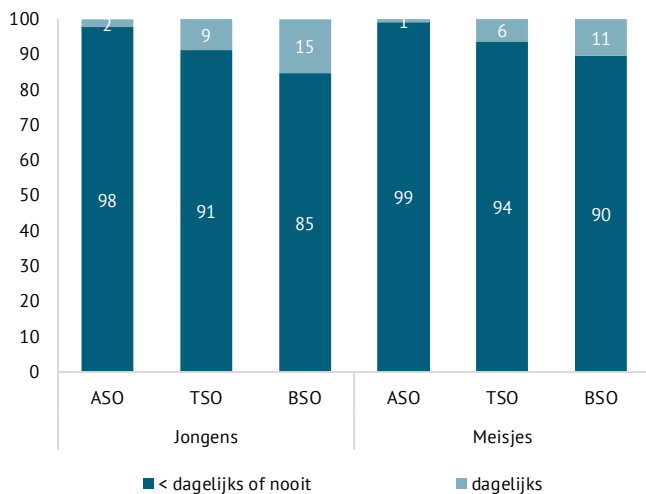
Grafiek 94: huidig rookgedrag naar leeftijd en geslacht (procentueel)

In vergelijking met de bevindingen uit 2014 wordt voor de 13- tot 14-, 15- tot 16- en 17- tot 18-jarige jongens en meisjes een significante afname in dagelijks roken vastgesteld (**Tabel 72**). Bij de 11- tot 12-jarige jongens en meisjes worden geen verschillen opgemerkt en blijven de prevalenties zeer laag in 2018.

Tabel 72: evolutie huidig rookgedrag naar leeftijd en geslacht

		11-12	13-14	15-16	17-18
J	2014	0.3%	2.2%	7.1%	17.6%
	2018	0.6%	0.8%	4.2%	10.2%
		$\chi^2=0.8$	$\chi^2=8.4$	$\chi^2=10.1$	$\chi^2=24.3$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.367$	$p=0.004$	$p=0.002$	$p<0.001$
M	2014	0.4%	1.5%	7.8%	11.1%
	2018	0.3%	0.5%	1.7%	6.1%
		$\chi^2=0.1$	$\chi^2=7.2$	$\chi^2=54.3$	$\chi^2=17.3$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.784$	$p=0.007$	$p<0.001$	$p<0.001$

De prevalentie van dagelijks roken verschilt significant tussen de jongens en de meisjes uit de diverse opleidingsvormen. Bij de jongens worden de hoogste prevalenties opgetekend in het beroeps secundair onderwijs (15.2%), gevolgd door het technisch secundair onderwijs (8.8%) en het algemeen secundair onderwijs (2.2%). Voor de meisjes gelden dezelfde conclusies en bedragen de prevalenties respectievelijk 10.5%, 6.2% en 0.9% (jongens: $\chi^2=87.2$, $df=2$, $p<0.001$; meisjes: $\chi^2=88.2$, $df=2$, $p<0.001$). De prevalenties worden gerapporteerd in **Grafiek 95**.



Grafiek 95: huidige rookgedrag naar leeftijd en geslacht (procentueel)

De prevalentie van dagelijks roken daalt in 2018 ten opzichte van 2014 voor jongens en meisjes uit alle opleidingsvormen. De meest opvallende dalingen worden evenwel vastgesteld bij de jongeren uit het beroeps en het technisch secundair onderwijs (Tabel 73).

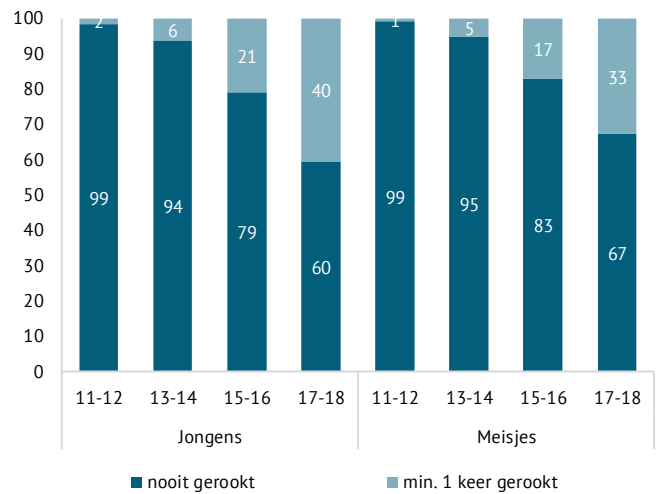
Tabel 73: evolutie huidige rookgedrag naar opleiding en geslacht

		ASO	TSO	BSO
J	2014	4.7%	13.3%	25.2%
	2018	2.2%	8.8%	15.2%
		chi ² =8.7	chi ² =9.7	chi ² =18.6
		df=1	df=1	df=1
		p=0.003	p=0.002	p<0.001
M	2014	2.5%	11.7%	22.9%
	2018	0.9%	6.2%	10.5%
		chi ² =9.7	chi ² =14.0	chi ² =27.5
		df=1	df=1	df=1
		p=0.002	p<0.001	p<0.001

OOIT GEROOKT

Het percentage jongeren dat ooit tabak gerookt heeft in hun leven bedraagt 17.2% bij de jongens en 13.7% bij de meisjes. De prevalentie ligt significant lager bij de meisjes (chi²=24.7, df=1, p<0.001). Ten opzichte van de vorige bevraging is dit voor de jongens en de meisjes een gunstige afname (jongens: chi²=76.0, df=1, p<0.001; meisjes: chi²=67.7, df=1, p<0.001). Toen bedroeg de *life time* prevalentie van roken nog 24.3% bij de jongens en 19.9% bij de meisjes.

De prevalentie van ooit gebruik van tabak neemt zowel bij de jongens (chi²=758.3, df=3, p<0.001) als bij de meisjes (chi²=612.5, df=3, p<0.001) beduidend toe naarmate men ouder wordt, waarbij het ooit gebruik het meest prevalent is bij de 17- tot 18 jarigen (jongens: 40.4% en meisjes: 32.7%) zoals blijkt uit Grafiek 96.



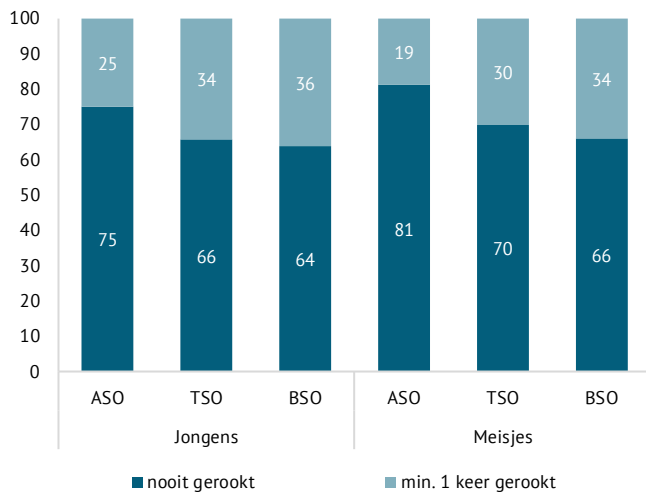
Grafiek 96: ooit gerookt naar leeftijd en geslacht (procentueel)

In vergelijking met de resultaten uit 2014 wordt een significante afname in de prevalentie van ooit roken geobserveerd bij jongens en meisjes uit alle leeftijdsgroepen met uitzondering van de 11- tot 12-jarigen (Tabel 74).

Tabel 74: evolutie ooit gerookt naar leeftijd en geslacht

		11-12	13-14	15-16	17-18
J	2014	2.3%	10.4%	26.4%	48.1%
	2018	1.5%	6.3%	20.9%	40.4%
		chi ² =2.0	chi ² =13.1	chi ² =10.5	chi ² =12.3
		df=1	df=1	df=1	df=1
		p=0.160	p<0.001	p=0.001	p<0.001
M	2014	1.5%	9.7%	25.0%	39.1%
	2018	0.7%	5.0%	17.0%	32.7%
		chi ² =2.9	chi ² =19.0	chi ² =24.2	chi ² =9.1
		df=1	df=1	df=1	df=1
		p=0.087	p<0.001	p<0.001	p=0.003

De prevalentie van ooit roken verschilt significant tussen de diverse opleidingsvormen. Bij de jongens en de meisjes ligt de prevalentie het hoogst in het beroeps secundair onderwijs (jongens: 36.1% en meisjes: 33.9%) en het laagst in het algemeen secundair onderwijs (jongens: 24.9% en meisjes: 18.8%) zoals blijkt uit Grafiek 97. Jongeren uit het technisch secundair onderwijs bevinden zich hier tussenin (jongens: chi²=27.2, df=2, p<0.001; meisjes: chi²=56.6, df=2, p<0.001).

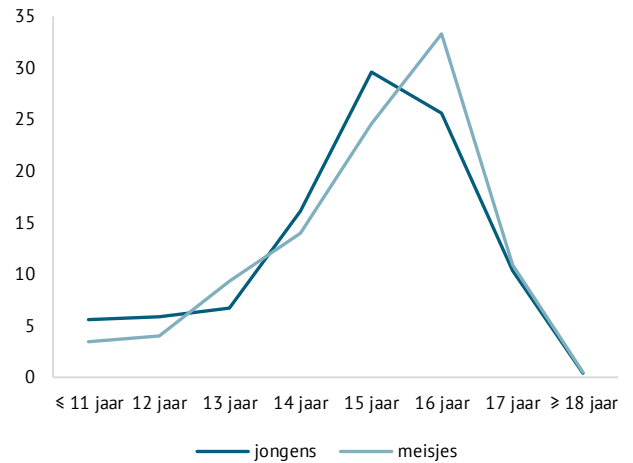


Grafiek 97: ooit gerookt naar opleiding en geslacht (procentueel)

In 2018 wordt er een opvallende afname vastgesteld in de *life time prevalentie* van roken ten opzichte van 2014 bij de jongens en de meisjes uit het technisch en het beroeps secundair onderwijs (Tabel 75). In het algemeen secundair onderwijs wordt eveneens een afname geobserveerd maar deze afname is niet statistisch significant (jongens: $\chi^2=1.9$, $df=1$, $p=0.170$; meisjes: $\chi^2=2.1$, $df=1$, $p=0.145$).

Tabel 75: evolutie ooit gerookt naar opleiding en geslacht

		ASO	TSO	BSO
J	2014	27.7%	40.8%	44.5%
	2018	24.9%	34.2%	36.1%
		$\chi^2=1.9$	$\chi^2=8.7$	$\chi^2=8.8$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.170$	$p=0.003$	$p=0.003$
M	2014	21.1%	41.2%	47.9%
	2018	18.8%	30.1%	33.9%
		$\chi^2=2.1$	$\chi^2=19.8$	$\chi^2=19.5$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.145$	$p<0.001$	$p<0.001$



Grafiek 98: initiatie roken naar leeftijd en geslacht

INITATIE ROKEN

De resultaten met betrekking tot de beginleeftijd van het roken van een eerste sigaret bevinden zich in Grafiek 98. Hiervoor werden alleen de 17- tot 18-jarigen geselecteerd. De mediaan voor de jongens en de meisjes ligt op 15 jaar. Dit wil zeggen dat de helft van de jongeren voor het eerst een sigaret rookte op 15-jarige leeftijd of jonger. In vergelijking met 2014 lag de mediaan voor de jongens en de meisjes ook op 15 jaar.

CANNABIS

METHODOLOGIE

De vraag: 'Heb je ooit al cannabis (marihuana/wiet, joints, hasj) gebruikt tijdens de laatste 30 dagen?' werd gesteld om het huidig cannabisgebruik in kaart te brengen. De antwoorden varieerden van 'nooit' tot '30 dagen (of meer)'. In de analyses werd een onderscheid gemaakt tussen jongeren die geen cannabis gebruiken (antwoordcategorie: 'nooit') en jongeren die dit minstens een of meerdere keren deden in de voorbije maand (antwoordcategorieën: '1-2 dagen tot 30 dagen (of meer)').

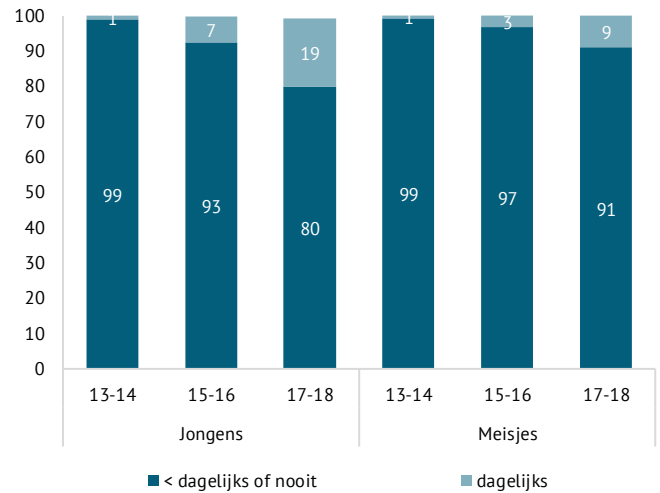
De vraag: 'Heb je ooit al cannabis (marihuana/wiet, joints, hasj) gebruikt in jouw leven?' werd gesteld om te peilen naar de *life time* prevalentie van cannabisgebruik. De antwoordmogelijkheden waren analoog zoals hierboven beschreven. Dit liet toe om twee groepen te onderscheiden: jongeren die nooit cannabis gebruikt hebben tijdens hun leven (antwoordcategorie: 'nooit') en jongeren die ooit wel al cannabis gebruikt hebben tijdens hun leven (antwoordcategorieën: '1-2 dagen tot 30 dagen (of meer)').

De initiatie van cannabisgebruik werd bevraagd via de vraag: 'Op welke leeftijd heb je voor het eerst cannabis (marihuana/wiet, joints, hasj) gebruikt'. De antwoorden varieerden van: '11 jaar of jonger' tot '18 jaar of ouder'. Jongeren die nog nooit cannabis gebruikt hadden, konden dit ook aanduiden. In de analyses werd enkel de data van de 17- tot 18-jarige jongeren gebruikt.

HUIDIG GEBRUIK CANNABIS

De prevalentie van cannabisgebruik in de voorbije 30 dagen ligt significant hoger bij de jongens op 9.1% tegenover 4.1% bij de meisjes ($\chi^2=72.4$, $df=1$, $p<0.001$). In 2014 bedroeg het cannabisgebruik in de laatste 30 dagen nog 9.8% bij de jongens en 6.3% bij de meisjes. Enkel de geobserveerde daling bij de meisjes is statistisch significant ($\chi^2=16.8$, $df=1$, $p<0.001$).

De prevalentie van cannabisgebruik in de laatste 30 dagen neemt zowel bij de jongens als bij de meisjes sterk toe naarmate de leeftijd vordert (Grafiek 99). Bij de jongens heeft 1.1% cannabis gebruikt in de leeftijdsgroep van 13- tot 14-jarigen terwijl dit bij de 17- tot 18-jarigen 19.9% bedraagt ($\chi^2=239.0$, $df=2$, $p<0.001$). Bij de meisjes is dit respectievelijk 0.7% en 9.1% ($\chi^2=109.1$, $df=2$, $p<0.001$).



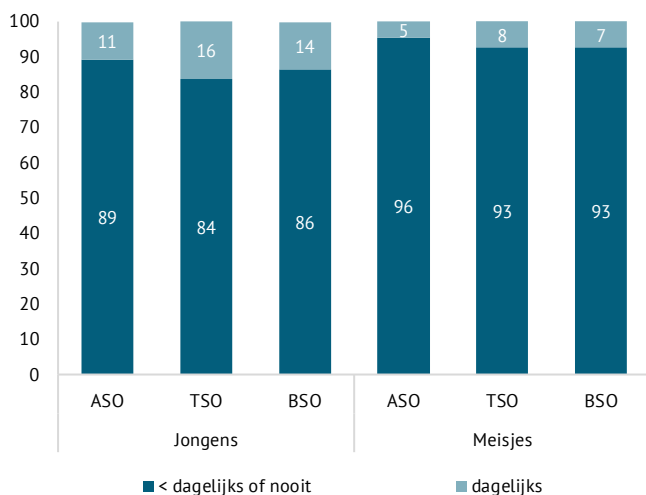
Grafiek 99: huidig cannabisgebruik naar leeftijd en geslacht (procentueel)

Ten opzichte van de bevindingen uit 2014 blijft de prevalentie van cannabisgebruik stabiel bij de jongens en de meisjes uit de diverse leeftijdsgroepen (Tabel 76). Behalve bij de 15- tot 16-jarige meisjes, waar een daling wordt geobserveerd in het cannabisgebruik ($\chi^2=20.6$, $df=1$, $p<0.001$).

Tabel 76: evolutie huidig cannabisgebruik naar leeftijd en geslacht

		13-14	15-16	17-18
J	2014	1.7%	9.2%	19.2%
	2018	1.1%	7.4%	19.9%
		$\chi^2=1.3$	$\chi^2= 2.8$	$\chi^2=0.2$
		$df= 1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.258$	$p=0.095$	$p=0.683$
M	2014	1.1%	7.0%	10.3%
	2018	0.7%	3.1%	9.1%
		$\chi^2=1.4$	$\chi^2= 20.6$	$\chi^2=0.9$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.244$	$p<0.001$	$p=0.359$

In Grafiek 100 wordt de prevalentie van het huidige cannabisgebruik naargelang opleidingsvorm voor beide geslachten weergegeven. Hieruit blijkt dat de prevalentie van cannabisgebruik verschilt tussen de diverse opleidingsvormen en dit zowel bij de jongens ($\chi^2=9.6$, $df=2$, $p=0.008$) als bij de meisjes ($\chi^2=8.8$, $df=2$, $p=0.012$). Bij de jongens wordt de hoogste prevalentie geobserveerd in het technisch secundair onderwijs (16.1%), bij de meisjes is dit in het beroeps secundair (7.5%) en het technisch secundair onderwijs (7.4%). Het cannabisgebruik is bij de jongens en de meisjes het minst prevalent binnen het algemeen secundair onderwijs en bedraagt respectievelijk 10.9% en 4.5%.



Grafiek 100: huidige cannabisgebruik naar opleiding en geslacht (procentueel)

In vergelijking met de bevindingen uit de bevraging in 2014, daalt het gebruik van cannabis bij de meisjes uit het technisch en het beroeps secundair onderwijs significant (Tabel 77). In 2014 bedroeg de prevalentie immers nog 12.6% in het technisch en 14.5% in het beroeps secundair onderwijs tegenover respectievelijk 7.2% en 7.5% in 2018. Voor de meisjes uit het algemeen secundair onderwijs wordt er geen significant verschil gevonden. Evenmin zijn er verschillen in de evolutie op te merken voor jongens uit alle opleidingsvormen.

Tabel 77: evolutie huidige cannabisgebruik naar opleiding en geslacht

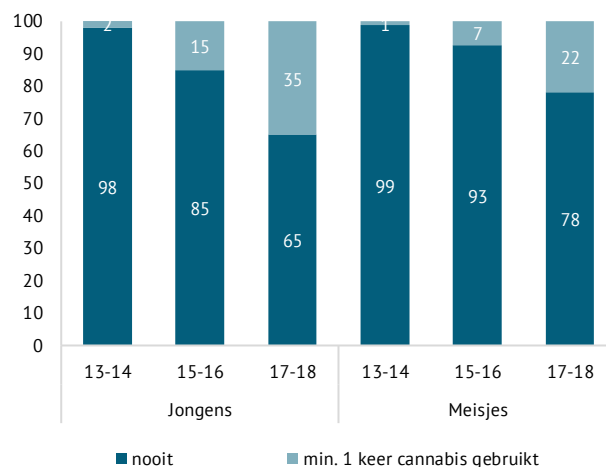
		ASO	TSO	BSO
J	2014	8.6%	16.2%	17.1%
	2018	10.9%	16.1%	13.6%
		chi ² =2.8	chi ² =0.0	chi ² =2.3
		df=1	df=1	df=1
		p=0.065	p=0.952	p=0.133
M	2014	3.8%	12.6%	14.5%
	2018	4.5%	7.2%	7.5%
		chi ² =0.7	chi ² =10.7	chi ² =9.7
		df=1	df=1	df=1
		p=0.404	p=0.001	p=0.002

OOIT GEBRUIK CANNABIS

In 2018 is het percentage jongens dat aangeeft ooit cannabis gebruikt te hebben is significant hoger dan bij de meisjes: 16.8% van de jongens tegenover 9.6% van de meisjes (chi²=79.5, df=1, p<0.001). In vergelijking met 2014 is er echter een significante afname in de prevalentie te observeren bij de jongens (chi²=6.5, df=1, p=0.011) en bij de meisjes (chi²=48.8, df=1, p<0.001). Toen rapporteerden immers 19.2% van de jongens en 15.2% van de meisjes ooit cannabis gebruikt te hebben.

De resultaten van de *life time* prevalentie van cannabisgebruik naar leeftijd en geslacht worden gerapporteerd in Grafiek 101.

Uit deze grafiek is af te leiden dat de *life time* prevalentie beduidend toeneemt met de leeftijd en dit zowel bij de jongens (chi²=434.0, df=2, p<0.001) als bij de meisjes (chi²=293.4, df=2, p<0.001).



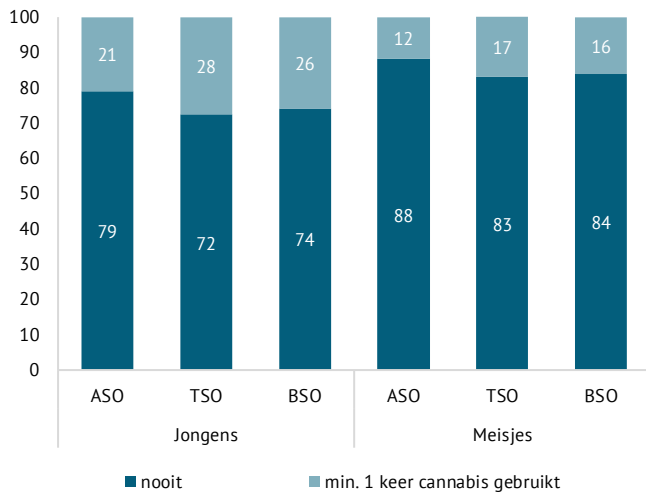
Grafiek 101: ooit cannabis gebruikt naar leeftijd en geslacht (procentueel)

In 2018 zijn opvallende dalingen in de prevalentie van *life time* cannabisgebruik op te merken ten opzichte van 2014 voor jongens uit de 13- tot 14-jarige leeftijdsgroep (chi²=8.1, df=1, p=0.004) en meisjes uit de 15- tot 16-jarige leeftijdsgroep (chi²=35.5, df=1, p<0.001). In de 17- tot 18-jarige leeftijdsgroep wordt voor beide geslachten een daling waargenomen zoals blijkt uit Tabel 78.

Tabel 78: evolutie ooit cannabis gebruikt naar leeftijd en geslacht

		13-14	15-16	17-18
J	2014	4.0%	16.2%	39.7%
	2018	2.0%	15.3%	35.1%
		chi ² =8.2	chi ² = 0.5	chi ² =4.5
		df= 1	df=1	df=1
		p=0.004	p=0.502	p=0.033
M	2014	2.3%	14.8%	28.3%
	2018	1.2%	7.3%	22.0%
		chi ² =3.4	chi ² = 35.5	chi ² =11.0
		df= 1	df=1	df=1
		p=0.067	p<0.001	p=0.001

In 2018 zijn er duidelijke verschillen op te merken in de prevalentie van *life time* cannabisgebruik tussen de verschillende opleidingsvormen (Grafiek 102). De prevalenties bij de jongens uit het technisch en het beroeps secundair onderwijs zijn vergelijkbaar en bedragen respectievelijk 27.6%, en 26.0%. Ook bij de meisjes zijn de prevalenties vergelijkbaar in het technisch en het beroeps secundair onderwijs (respectievelijk 16.7% en 16.4%). De *life time* prevalentie ligt zowel bij de jongens als bij de meisjes het laagst in het algemeen secundair onderwijs en bedraagt respectievelijk 20.9% en 11.7% (jongens: chi²=11.0, df=2, p=0.004; meisjes: chi²=11.8, df=2, p=0.003).

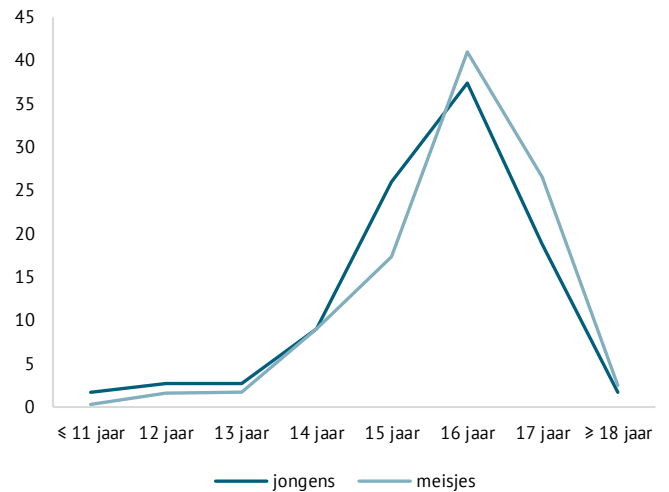


Grafiek 102: ooit cannabis gebruikt naar opleiding en geslacht (procentueel)

Ten opzichte van 2014 is de *life time* prevalentie van cannabisgebruik tussen de diverse opleidingsvormen enkel gedaald bij de meisjes maar niet bij de jongens (Tabel 79). Opvallende dalingen in cannabisgebruik worden vooral waargenomen voor meisjes uit het technisch en het beroeps secundair onderwijs.

Tabel 79: evolutie ooit cannabis gebruikt naar opleiding en geslacht

		ASO	TSO	BSO
J	2014	19.1%	30.4%	30.5%
	2018	20.9%	27.6%	26.0%
		chi ² =0.9	chi ² =1.7	chi ² =2.5
		df=1	df=1	df=1
		p=0.355	p=0.200	p=0.114
M	2014	14.8%	24.7%	30.6%
	2018	11.7%	16.7%	16.4%
		chi ² =5.0	chi ² =12.7	chi ² =22.2
		df=1	df=1	df=1
		p=0.026	p<0.001	p<0.001



Grafiek 103: initiatie cannabis naar leeftijd en geslacht

INITIATIE GEBRUIK CANNABIS

De resultaten met betrekking tot de beginleeftijd van het cannabisgebruik bevinden zich in Grafiek 103. Hiervoor werden alleen de 17- tot 18-jarigen geselecteerd. De mediaan voor de jongens en de meisjes ligt op 16 jaar. Dit wil zeggen dat de helft van de jongeren voor het eerst cannabis gebruikte op 16-jarige leeftijd of jonger. In vergelijking met 2014 lag de mediaan voor de jongens en de meisjes op 15 jaar.

SEKSUALITEIT

METHODOLOGIE

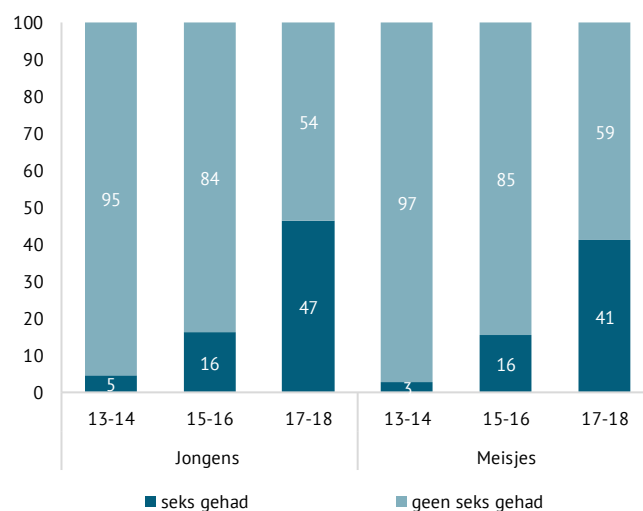
De vraag: 'Heb je ooit *geslachtsgemeenschap (seks) gehad met iemand?*' werd gesteld om zicht te krijgen op het aantal jongeren dat reeds seks had met iemand. De jongeren konden de vraag beantwoorden met 'ja' of 'neen'. Indien jongeren 'ja' antwoordden werden nog enkele bijkomende vragen gesteld om ook het gebruik van voorbehoedsmiddelen in kaart te brengen. Zo werd gepeild naar het gebruik van een condoom bij de eerste keer seks, alsook bij de laatste keer dat ze seks hadden. Dit via de vragen: 'De eerste keer dat je *geslachtsgemeenschap (seks) had, gebruikten jij of jouw partner dan een condoom?*' en 'De laatste keer dat je *geslachtsgemeenschap (seks) had, gebruikten jij of jouw partner dan een condoom?*'. Ook werd er gepeild naar het gebruik van de anticonceptiepil bij de laatste keer dat de jongeren seks hadden, dit via de vraag: 'De laatste keer dat je *geslachtsgemeenschap (seks) had, gebruikten jij of jouw partner dan de pil?*'. Daarnaast werd ook gevraagd naar het gebruik van de noodpil of een ander voorbehoedsmiddel bij het laatste seksuele contact via de vragen: 'De laatste keer dat je *geslachtsgemeenschap (seks) had, gebruikten jij of jouw partner dan de noodpil?*' en 'De laatste keer dat je *geslachtsgemeenschap (seks) had, gebruikten jij of jouw partner dan een ander voorbehoedsmiddel?*'. De antwoordmogelijkheden op al deze vragen waren: 'ja', 'neen' en 'ik weet het niet'. In de analyses werden steeds twee groepen onderscheiden: jongeren die de vraag met 'ja' beantwoordden en jongeren die vraag met 'neen' of 'ik weet het niet' beantwoordden. Bovenstaande vragen werden enkel bij de jongeren uit het secundair onderwijs gesteld.

Sinds 2014 wordt aan de jongeren uit het secundair onderwijs ook gevraagd of ze ooit op een ongewenst seksuele manier aangeraakt werden of verplicht werden iemand op een ongewenst seksuele manier aan te raken. Dit via de vragen: 'Heeft iemand je ooit al *gestreeld of aangeraakt op een seksuele manier wanneer je dit niet wilde?*' en 'Heeft iemand je ooit al *verplicht om zijn/haar lichaam aan te raken op een seksuele manier wanneer je dit niet wilde?*'. De antwoordmogelijkheden bestonden uit: 'ik wens niet te antwoorden', 'nooit', 'één keer', 'een paar keer' en 'vaak'. In de analyses werden deze categorieën behouden, maar de antwoorden 'één keer' en 'een paar keer' werden samengenomen en als één categorie beschouwd.

GESLACHTSGEMEENSCHAP

Het aantal jongeren dat in 2018 aangeeft reeds seks te hebben gehad ligt significant hoger bij de jongens op 24.0% tegenover 20.2% bij de meisjes ($\chi^2=16.4$, $df=1$, $p<0.001$). In vergelijking met de bevindingen uit 2014 is dit een significant lagere prevalentie bij de jongens ($\chi^2=7.4$, $df=1$, $p=0.007$) en de meisjes ($\chi^2=26.1$, $df=1$, $p<0.001$). In 2014 bedroeg de prevalentie immers 26.8% bij de jongens en 25.2% bij de meisjes.

Opgesplitst naargelang leeftijd is zowel bij de jongens als de meisjes een duidelijke toename in de prevalentie van sekst te bemerken naarmate men ouder wordt (**Grafiek 104**). Op 13- tot 14-jarige leeftijd heeft 4.7% van de jongens en 2.8% van de meisjes al seks gehad. Op 17- tot 18-jarige leeftijd is de prevalentie significant toegenomen naar 46.5% bij de jongens en 41.3% bij de meisjes (jongens: $\chi^2=587.8$, $df=2$, $p<0.001$; meisjes: $\chi^2=558.4$, $df=2$, $p<0.001$).



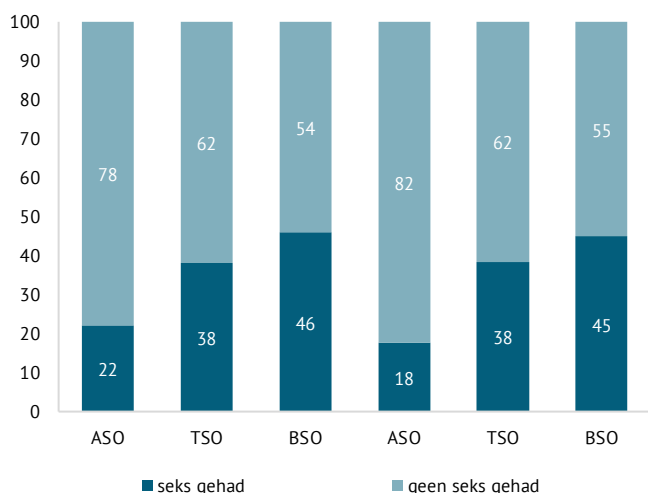
Grafiek 104: *geslachtsgemeenschap naar leeftijd en geslacht (procentueel)*

Ten opzichte van 2014 wordt er een opvallende afname in de prevalentie van seks vastgesteld van 52.5% in 2014 naar 41.3% in 2018 bij de 17- tot 18-jarige meisjes ($\chi^2=25.9$, $df=1$, $p<0.001$). Voor de jongens en de meisjes uit de andere leeftijdsgroepen worden er verder geen significante evoluties waargenomen (**Tabel 80**).

Tabel 80: evolutie geslachtsgemeenschap naar leeftijd en geslacht

		13-14	15-16	17-18
J	2014	5.6%	19.4%	47.3%
	2018	4.7%	16.4%	46.5%
		chi ² =1.0 df= 1 p=0.311	chi ² = 3.8 df=1 p=0.051	chi ² =0.1 df=1 p=7.30
M	2014	2.8%	17.2%	52.5%
	2018	2.8%	15.5%	41.3%
		chi ² =0.0 df= 1 p=0.897	chi ² = 1.2 df=11 p=0.267	chi ² =25.9 df=1 p<0.001

De prevalentie van seks is bovendien verschillend naargelang opleidingsvormen en tussen beide geslachten (jongens: chi²=100.4, df=2, p<0.001; meisjes: chi²=167.4, df=2, p<0.001). De laagste prevalenties worden waargenomen bij zowel de jongens als de meisjes uit het algemeen secundair onderwijs en bedragen respectievelijk 22.2% en 17.7%. De hoogste prevalenties worden opgetekend bij de jongens (45.9%) en de meisjes (44.9%) uit het beroeps secundair onderwijs (Grafiek 105).



Grafiek 105: geslachtsgemeenschap naar opleiding en geslacht (procentueel)

In vergelijking met de bevraging uit 2014 is er een significante daling te bemerken in de prevalentie van seks bij de meisjes uit het technisch en het beroeps secundair onderwijs (Tabel 81). In 2014 bedroeg de prevalentie bij de meisjes uit het technisch secundair onderwijs 47.3% en in het beroeps secundair onderwijs 53.5%. In 2018 is dit afgenomen naar respectievelijk 38.4% en 44.9%. Bij de jongens zijn er geen significante verschillen in evolutie te observeren.

Tabel 81: evolutie geslachtsgemeenschap naar opleiding en geslacht

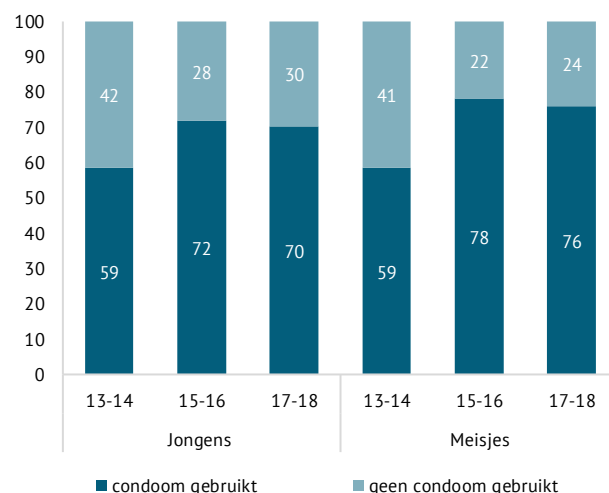
		ASO	TSO	BSO
J	2014	21.3%	35.7%	49.8%
	2018	22.2%	38.1%	45.9%
		chi ² =0.2 df=1 p=0.639	chi ² =1.2 df=1 p=0.268	chi ² =1.8 df=1 p=0.184
M	2014	20.8%	47.3%	53.5%
	2018	17.7%	38.4%	44.9%
		chi ² =3.6 df=1 p=0.059	chi ² =11.9 df=1 p=0.001	chi ² =7.3 df=1 p=0.007

GEBRUIK VOORBEHOEDSMIDDELEN

Condoomgebruik eerste seksueel contact

In 2018 geeft 69.9% van de jongens en 75.4% van de meisjes aan een condoom gebruikt te hebben bij het eerste seksueel contact. De prevalentie bij de meisjes ligt hiermee significant hoger in vergelijking met de jongens (chi²=6.1, df=1, p=0.014). Ten opzichte van 2014 is dit zowel bij de jongens als bij de meisjes een lichte afname, toen gaf immers 72.5% van de jongens en 76.5% van de meisjes aan een condoom bij het eerste seksueel contact gebruik te hebben. De geobserveerde evolutie tussen 2014 en 2018 is echter niet significant (jongens: chi²=1.4, df=1, p=0.233; meisjes: chi²=0.3, df=1, p=0.588).

In Grafiek 106 worden de prevalenties van het condoomgebruik bij het eerste seksueel contact gerapporteerd naargelang leeftijd voor beide geslachten apart. Ondanks dat bij de jongens en de meisjes het condoomgebruik het laagst is op 13- tot 14-jarige leeftijd (respectievelijk: 58.5% en 58.6%) en hoger ligt bij de oudere leeftijdsgroepen, worden er geen significante verschillen opgemerkt in de prevalentie van het condoomgebruik bij het eerste seksueel contact tussen de leeftijdsgroepen (jongens: chi²=3.7, df=2, p=0.158; meisjes: chi²=5.3, df=2, p=0.070).



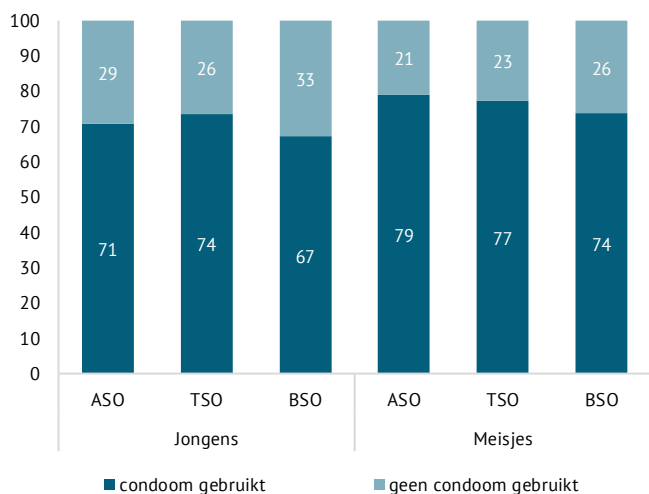
Grafiek 106: condoomgebruik eerste seksueel contact naar leeftijd en geslacht (procentueel)

In vergelijking met de bevindingen uit 2014 is het percentage jongens en meisjes dat een condoom gebruikte stabiel gebleven in alle leeftijdsgroepen zoals blijkt uit Tabel 82.

Tabel 82: evolutie condoomgebruik eerste seksueel contact naar leeftijd en geslacht

		13-14	15-16	17-18
J	2014	46.6%	75.9%	74.6%
	2018	53.4%	71.9%	70.4%
		chi ² =1.4 df= 1 p=0.243	chi ² = 0.9 df=1 p=0.345	chi ² =2.0 df=1 p=0.153
M	2014	76%	79.9%	76.3%
	2018	58.6%	78.2%	76.1%
		chi ² =1.8 df= 1 p=0.177	chi ² = 0.2 df=1 p=0.684	chi ² =0.0 df=1 p=0.930

Naargelang opleidingsvorm worden er evenmin significante verschillen geobserveerd in de prevalentie van het condoomgebruik bij het eerste seksueel contact en dit zowel bij de jongens als bij de meisjes (chi²=3.1, df=2, p=0.215; meisjes: chi²=1.8, df=2, p=0.417). In het algemeen secundair onderwijs bedraagt de prevalentie 70.8% bij de jongens en 79.0% bij de meisjes. In het technisch secundair onderwijs ligt de prevalentie op 73.6% bij de jongens en 77.2% bij de meisjes en in het beroeps secundair onderwijs is dit respectievelijk 67.2% en 73.7% (Grafiek 107).



Grafiek 107: condoomgebruik eerste seksueel contact naar opleiding en geslacht (procentueel)

Het percentage jongens en meisjes dat bij hun eerste seksueel contact een condoom gebruikte, blijft in 2018 stabiel ten opzichte van 2014 (Tabel 83).

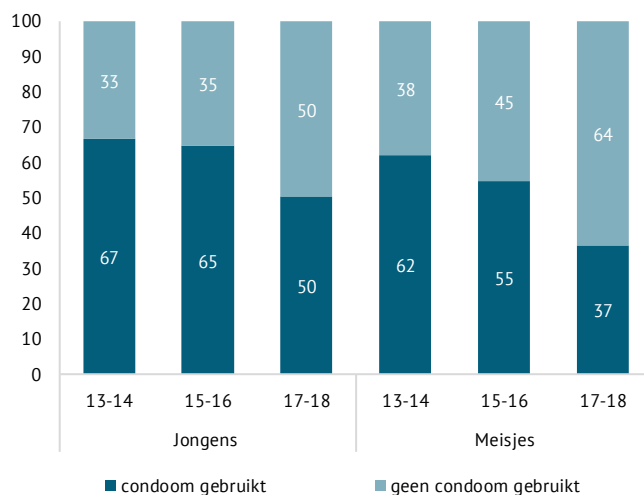
Tabel 83: evolutie condoomgebruik eerste seksueel contact naar opleiding en geslacht

		ASO	TSO	BSO
J	2014	73.3%	76.0%	73.4%
	2018	70.8%	73.6%	67.2%
		chi ² =0.3 df=1 p=0.565	chi ² =0.5 df=1 p=0.479	chi ² =2.5 df=1 p=0.115
M	2014	75.6%	82.1%	70.8%
	2018	79.0%	77.2%	73.7%
		chi ² =0.7 df=1 p=0.395	chi ² =2.4 df=1 p=0.124	chi ² =0.5 df=1 p=0.486

Condoomgebruik laatste seksueel contact

De prevalentie van het condoomgebruik bij het laatste seksueel contact verschilt tussen de jongens en de meisjes (chi²=22.2, df=1, p<0.001). Significanter meer jongens (52.7%) dan meisjes (41.1%) geven aan een condoom gebruikt te hebben bij het laatste seksueel contact. In 2014 was dit 50.1% bij de jongens en 40.7% bij de meisjes. De kleine toename in 2018 is noch bij de jongens, noch bij de meisjes significant (jongens: 50.1%, chi²=1.3, df=1, p=0.250; meisjes: 40.7%, chi²=0.0, df=1, p=0.885).

In Grafiek 108 worden de prevalenties van het condoomgebruik bij het laatste seksueel contact naargelang leeftijd weergegeven. De mate waarin jongens en meisjes een condoom gebruiken neemt beduidend af met een toenemende leeftijd. Bij de jongens bedraagt de prevalentie van het condoomgebruik 66.7% bij de 13- tot 14-jarigen en 50.3% bij de oudste leeftijdsgroep (chi²=14.2, df=2, p<0.001). Bij de meisjes ligt de prevalentie op 13 tot 14 jaar op 62.1% tegenover 36.5% op 17- tot 18-jarige leeftijd (chi²=22.6, df=2, p<0.001).



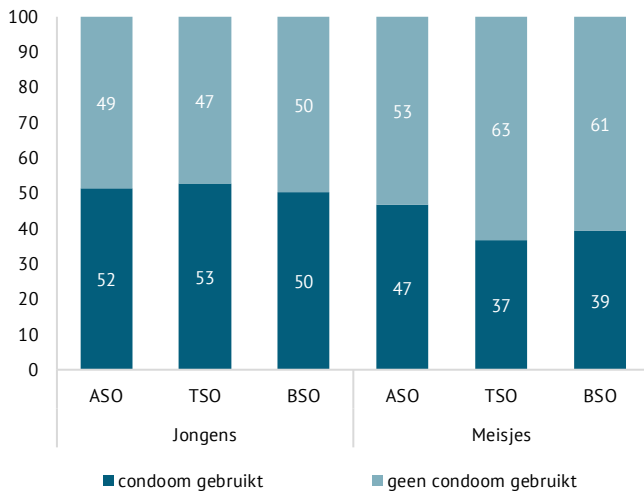
Grafiek 108: condoomgebruik laatste seksueel contact naar leeftijd en geslacht (procentueel)

De prevalenties van het condoomgebruik bij het laatste seksueel contact blijven in 2018 bij de jongens en de meisjes stabiel ten opzichte van de bevindingen uit 2014 (Tabel 84).

Tabel 84: evolutie condoomgebruik laatste seksueel contact naar leeftijd en geslacht

		13-14	15-16	17-18
J	2014	50.9%	65.6%	54.1%
	2018	66.7%	64.7%	50.3%
		chi ² =2.8 df=1 p=0.097	chi ² = 0.0 df=1 p=0.851	chi ² =1.3 df=1 p=0.246
M	2014	66.7%	53.0%	37.3%
	2018	62.1%	54.6%	36.5%
		chi ² =0.1 df= 1 p=0.720	chi ² = 0.1 df=1 p=0.739	chi ² =0.1 df=1 p=0.787

De prevalentie van condoomgebruik bij het laatste seksueel contact naargelang opleidingsvorm voor de jongens en de meisjes apart wordt in **Grafiek 109** weergegeven. Bij de jongens zijn er geen significante verschillen in de prevalentie van het condoomgebruik op te merken en schommelen de prevalenties van het condoomgebruik bij de drie opleidingsvormen rond 50% ($\chi^2=0.3$, $df=2$, $p=0.845$). Bij de meisjes ligt de prevalentie van het condoomgebruik in het algemeen secundair onderwijs op 46.8% hoger tegenover 36.7% in het technisch en 39.3% in het beroeps secundair onderwijs. Deze geobserveerde verschillen zijn echter net niet significant ($\chi^2=5.5$, $df=2$, $p=0.065$).



Grafiek 109: condoomgebruik laatste seksueel contact naar opleiding en geslacht (procentueel)

Evenmin worden er significante verschillen in de prevalentie van het condoomgebruik vastgesteld bij de jongens en de meisjes tussen 2014 en 2018 zoals af te leiden is uit **Tabel 85**.

Tabel 85: evolutie condoomgebruik laatste seksueel contact naar opleiding en geslacht

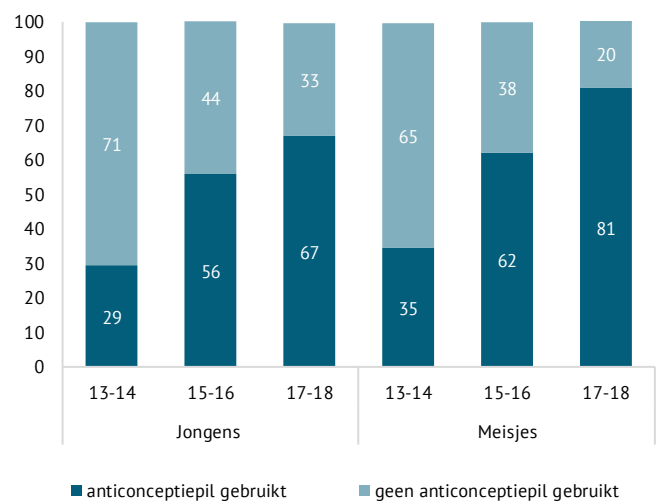
		ASO	TSO	BSO
J	2014	56.7%	55.6%	54.8%
	2018	51.5%	52.7%	50.4%
		$\chi^2=1.1$	$\chi^2=0.6$	$\chi^2=1.1$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.291$	$p=0.456$	$p=0.296$
M	2014	47.9%	37.6%	35.3%
	2018	46.8%	36.7%	39.3%
		$\chi^2=0.1$	$\chi^2=0.1$	$\chi^2=0.8$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.824$	$p=0.823$	$p=0.373$

Anticonceptiepil laatste seksueel contact

Het percentage jongeren dat aangeeft bij hun meest recente seksueel contact zelf gebruik te hebben gemaakt van de anticonceptiepil of hun partner, verschilt significant naargelang geslacht ($\chi^2=71.2$, $df=2$, $p<0.001$). In 2018 geeft 62.6% van de jongens en 73.0% van de meisjes aan dat hun partner of zichzelf de anticonceptiepil gebruikt heeft bij hun laatste seksueel contact.

Ten opzichte van 2014 is bij de jongens een kleine toename in het percentage vast te stellen, toen bedroeg de prevalentie immers 59.1%. Dit is echter niet significant ($\chi^2=4.9$, $df=2$, $p=0.088$). Bij de meisjes wordt een lichte afname waargenomen in vergelijking met 2014 (75.5%) die evenmin significant is ($\chi^2=1.4$, $df=2$, $p=0.507$).

De prevalentie van het gebruik van de anticonceptiepil naargelang leeftijd wordt gerapporteerd in **Grafiek 110**. Het percentage jongeren dat aangeeft dat zichzelf of hun partner de anticonceptiepil gebruikte bij het laatste seksueel contact neemt opvallend toe met de leeftijd. Bij de jongens bedraagt de prevalentie op 13- tot 14-jarige leeftijd 29.4% en 67.1% op 17- tot 18-jarige leeftijd ($\chi^2=40.9$, $df=4$, $p<0.001$). Bij de meisjes is dit respectievelijk 34.5% en 81.0% ($\chi^2=50.9$, $df=4$, $p<0.001$).



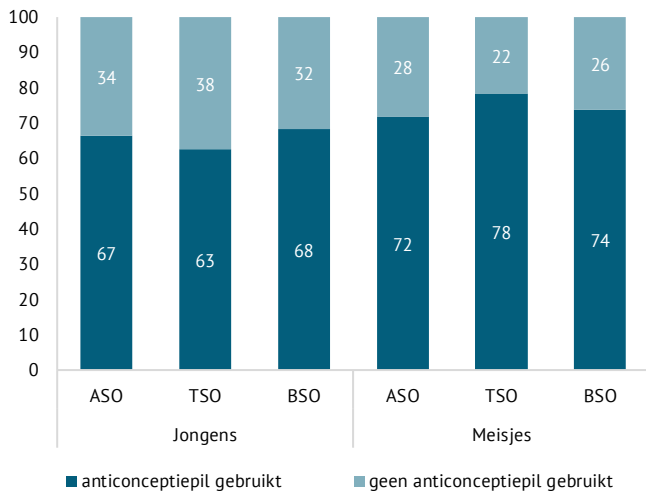
Grafiek 110: gebruik anticonceptiepil laatste seksueel contact naar leeftijd en geslacht (procentueel)

In vergelijking met de bevindingen uit 2014 zijn er bij de jongens en de meisjes geen significante evoluties in het gebruik van de anticonceptiepil op te merken na het laatste seksueel contact **Tabel 86**.

Tabel 86: evolutie gebruik anticonceptiepil laatste seksueel contact naar leeftijd en geslacht

		13-14	15-16	17-18
J	2014	32.1%	53.1%	73.5%
	2018	29.4%	55.9%	67.1%
		$\chi^2=0.3$	$\chi^2=0.4$	$\chi^2=5.1$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.856$	$p=0.829$	$p=0.079$
M	2014	26.9%	68.6%	82.6%
	2018	34.5%	62.1%	81.0%
		$\chi^2=0.7$	$\chi^2=2.6$	$\chi^2=0.9$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.694$	$p=0.287$	$p=0.634$

Naargelang opleidingsvorm zijn er geen significante verschillen te bemerken in de prevalentie van het gebruik van de anticonceptiepil bij de jongeren die dit zelf gebruiken of aangeven dat hun partner dit gebruikt (jongens: $\chi^2=4.6$, $df=4$, $p=0.336$; meisjes: $\chi^2=3.3$, $df=4$, $p=0.508$). De prevalenties worden gerapporteerd in **Grafiek 111**.



Grafiek 111: gebruik anticonceptiepil laatste seksueel contact naar opleiding en geslacht (procentueel)

Wel wordt er bij de jongens uit het technisch secundair onderwijs een significante afname in de prevalentie vastgesteld in 2018 ten opzichte van de resultaten uit 2014. Toen gaf nog 71.6% van de jongens aan dat hun partner de pil gebruikte na het laatste seksueel contact tegenover 62.5% in 2018 ($\chi^2=6.2$, $df=1$, $p=0.045$). Voor de jongens en de meisjes uit de andere opleidingsvormen worden er geen significante verschillen in de evolutie geobserveerd (**Tabel 87**).

Tabel 87: evolutie gebruik anticonceptiepil laatste seksueel contact naar opleiding en geslacht

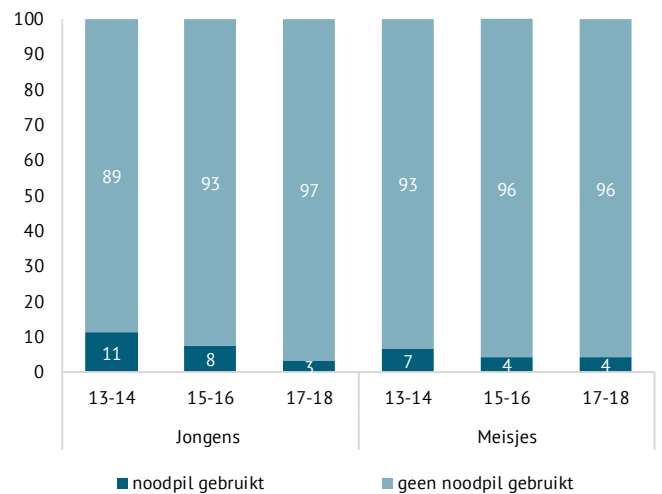
		ASO	TSO	BSO
J	2014	69.2%	71.6%	63.1%
	2018	66.5%	62.5%	68.4%
		$\chi^2=0.7$ $df=1$ $p=0.697$	$\chi^2=6.2$ $df=1$ $p=0.045$	$\chi^2=4.4$ $df=1$ $p=0.109$
M	2014	73.4%	81.9%	76.4%
	2018	71.8%	78.3%	73.7%
		$\chi^2=3.3$ $df=1$ $p=0.195$	$\chi^2=1.4$ $df=1$ $p=0.488$	$\chi^2=0.9$ $df=1$ $p=0.645$

Noodpil laatste seksueel contact

De prevalentie van het gebruik van de noodpil bij het laatste seksueel contact bedraagt 5.6% bij de jongens en 4.3% bij de meisjes. Dit is een significant lagere prevalentie bij de meisjes ($\chi^2=89.1$, $df=2$, $p<0.001$). In vergelijking met de resultaten uit 2014 is dit een opvallende toename in de prevalentie bij de jongens die aangeven dat hun partner de noodpil gebruikte ($\chi^2=6.8$, $df=2$, $p=0.034$) maar niet bij de meisjes ($\chi^2=1.6$, $df=2$, $p=0.454$).

In 2014 bedroeg het percentage jongens dat aangaf dat hun partner de noodpil gebruikte had immers 3.4%, bij de meisjes bedroeg het percentage 3.2%.

Naargelang leeftijd valt op dat het percentage jongeren dat aangeeft dat zichzelf of hun partner bij het laatste seksueel contact de noodpil gebruikten, significant verschilt tussen de leeftijdsgroepen (jongens: $\chi^2=76.0$, $df=4$, $p<0.001$; meisjes: $\chi^2=22.2$, $df=4$, $p<0.001$). Zowel bij de jongens als bij de meisjes is het gebruik van de noodpil het meest prevalent bij de jongste leeftijdsgroep (respectievelijk 11.3% en 6.7%). De laagste prevalentie wordt bij de jongens waargenomen op 17- tot 18-jarige leeftijd en bedraagt 3.2%. Bij de meisjes daarentegen is de prevalentie vergelijkbaar tussen de leeftijdsgroep van 15 tot 16 en 17 tot 18 jaar (respectievelijk 4.2% en 4.1%) zoals blijkt uit **Grafiek 112**.



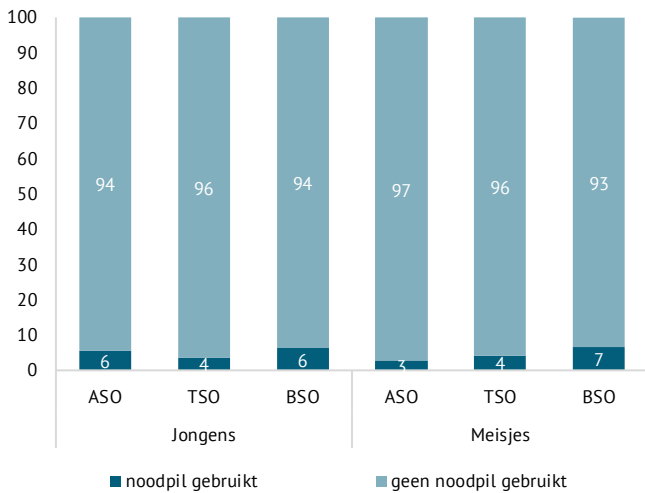
Grafiek 112: gebruik noodpil laatste seksueel contact naar leeftijd en geslacht (procentueel)

Uit **Tabel 88** is af te leiden dat het percentage jongens en meisjes dat zelf de noodpil gebruikte had of aangaf dat hun partner dit gebruikte na het meest recente seksueel contact, stabiel is gebleven ten opzichte van 2014 en dit overheen alle leeftijdsgroepen. Als enige uitzondering hierop is vast te stellen dat bij de meisjes uit de leeftijdsgroep van 17 tot 18 jaar, de prevalentie significant toenam van 1.9% in 2014 naar 4.1% in 2018 ($\chi^2=6.2$, $df=2$, $p=0.044$).

Tabel 88: evolutie gebruik noodpil laatste seksueel contact naar leeftijd en geslacht

		13-14	15-16	17-18
J	2014	17.5%	3.7%	2.2%
	2018	11.3%	7.5%	3.2%
		$\chi^2=2.9$ $df=1$ $p=0.229$	$\chi^2=3.3$ $df=1$ $p=0.192$	$\chi^2=1.0$ $df=1$ $p=0.602$
M	2014	7.7%	4.9%	1.9%
	2018	6.7%	4.2%	4.1%
		$\chi^2=0.1$ $df=1$ $p=0.972$	$\chi^2=1.3$ $df=1$ $p=0.531$	$\chi^2=6.2$ $df=1$ $p=0.044$

Een significant verschil in de prevalentie van het gebruik van de noodpil tussen de diverse opleidingsvormen wordt waargenomen bij de meisjes ($\chi^2=13.9$, $df=4$, $p=0.008$) maar niet bij de jongens ($\chi^2=3.0$, $df=4$, $p=0.553$). Uit **Grafiek 113** is duidelijk af te leiden dat het gebruik van de noodpil het meest prevalent is bij de meisjes uit het beroeps secundair onderwijs (6.5%) en het minst prevalent is bij de meisjes uit het algemeen secundair onderwijs (2.7%).



Grafiek 113: gebruik noodpil laatste seksueel contact naar opleiding en geslacht (procentueel)

In vergelijking met de bevindingen uit 2014 zijn er bij de jongens en de meisjes geen significante evoluties in het gebruik van de noodpil op te merken na het laatste seksueel contact **Tabel 89**.

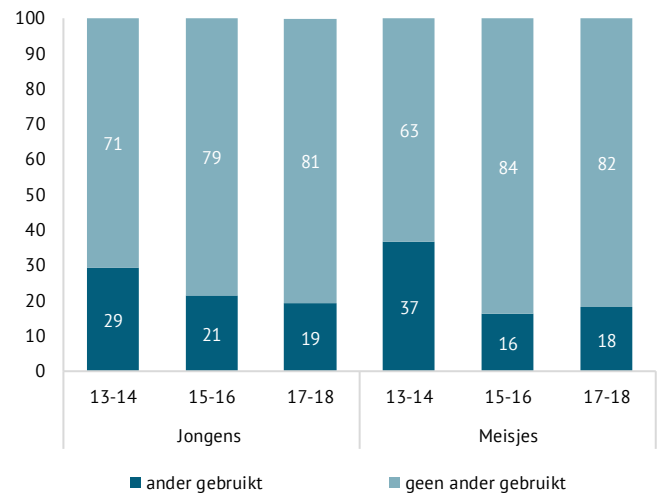
Tabel 89: evolutie gebruik noodpil laatste seksueel contact naar opleiding en geslacht

		ASO	TSO	BSO
J	2014	2.4%	2.5%	4.3%
	2018	5.6%	3.7%	6.4%
		$\chi^2=3.2$ $df=1$ $p=0.200$	$\chi^2=0.9$ $df=1$ $p=0.652$	$\chi^2=2.7$ $df=1$ $p=0.256$
M	2014	1.7%	2.8%	4.6%
	2018	2.7%	4.2%	6.5%
		$\chi^2=3.0$ $df=1$ $p=0.227$	$\chi^2=3.5$ $df=1$ $p=0.177$	$\chi^2=1.0$ $df=1$ $p=0.604$

Ander voorbehoedsmiddel laatste seksueel contact

Naast het condoom en de anticonceptiepil, kunnen jongeren ook andere voorbehoedsmiddelen gebruiken. In 2018 geven meer jongens (20.1%) dan meisjes (18.6%) aan een ander voorbehoedsmiddel gebruikt te hebben bij het meest recente seksueel contact ($\chi^2=31.9$, $df=2$, $p<0.001$). Dit is een significante toename in de prevalentie ten opzichte van 2014 toen nog 13.3% van de jongens en 13.2% van de meisjes aangaf een andere voorbehoedsmiddel gebruikt te hebben (jongens: $\chi^2=17.1$, $df=2$, $p<0.001$; meisjes: $\chi^2=10.9$, $df=2$, $p=0.004$).

Op basis van **Grafiek 114** valt te bemerken dat de prevalentie van het gebruik van een ander voorbehoedsmiddel significant hoger ligt bij de jongens (29.4%) en de meisjes (36.7%) uit de jongste leeftijdsgroepen (jongens: $\chi^2=36.9$, $df=4$, $p<0.001$; meisjes: $\chi^2=21.1$, $df=4$, $p<0.001$). Bij de jongens is het gebruik van een ander voorbehoedsmiddel het minst prevalent bij de 17- tot 18-jarigen (19.2%) terwijl dit bij de meisjes bij de 15- tot 16-jarigen is (16.2%).



Grafiek 114: gebruik ander voorbehoedsmiddel laatste seksueel contact naar leeftijd en geslacht (procentueel)

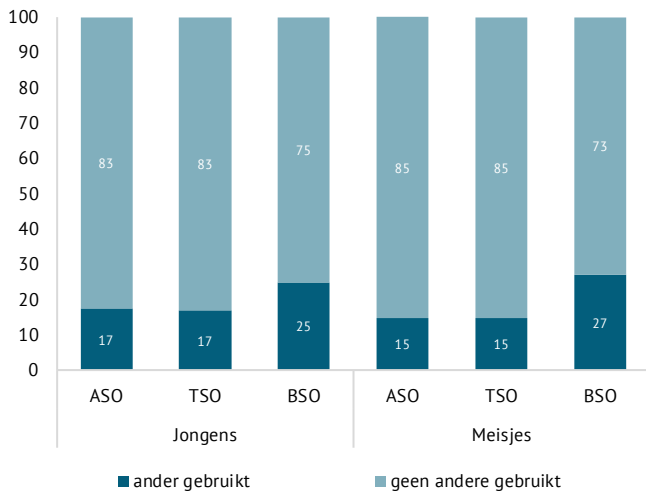
In vergelijking met de resultaten uit 2014 is een opvallende toename in de prevalentie van het gebruik van een ander voorbehoedsmiddel te bemerken bij de 13- tot 14-jarige meisjes, toen bedroeg de prevalentie 7.4%. Alsook bij de 17- tot 18-jarige meisjes is er een significante toename in de prevalentie te observeren van 10.4% in 2014 naar 18.2% in 2018 (**Tabel 90**). Deze opvallende toename bij de 13- tot 14-jarigen kan mogelijk verklaard worden doordat in 2014 de leeftijdsgroep van 13- tot 14-jarigen vermoedelijk niet representatief was gezien het laag aantal respondenten. Voor de andere leeftijdsgroepen worden er geen significante evoluties waargenomen bij de jongens en de meisjes.

Tabel 90: evolutie gebruik ander voorbehoedsmiddel laatste seksueel contact naar leeftijd en geslacht

		13-14	15-16	17-18
J	2014	14.5%	16.4%	13.8%
	2018	29.4%	21.4%	19.2%
		$\chi^2=3.5$ $df=1$ $p=0.178$	$\chi^2=2.0$ $df=1$ $p=0.361$	$\chi^2=5.5$ $df=1$ $p=0.065$
M	2014	7.4%	19.1%	10.4%
	2018	36.7%	16.2%	18.2%
		$\chi^2=7.0$ $df=1$ $p=0.031$	$\chi^2=5.0$ $df=1$ $p=0.082$	$\chi^2=13.8$ $df=1$ $p=0.001$

Zoals weergegeven in **Grafiek 115** is vast te stellen dat het gebruik van een ander voorbehoedsmiddel significant verschilt tussen de opleidingsvormen bij de jongens ($\chi^2=10.6$, $df=4$, $p=0.031$) en bij de meisjes ($\chi^2=16.7$, $df=4$, $p=0.002$).

De hoogste prevalenties worden waargenomen bij de jongens en de meisjes uit het beroeps secundair onderwijs en bedragen respectievelijk 24.9% en 27.0%. De prevalenties bij de jongens uit het algemeen en het technisch secundair onderwijs liggen lager en zijn vergelijkbaar (algemeen: 17.4% en technisch: 16.8%). Ook bij de meisjes worden lagere prevalenties geobserveerd in het algemeen en het technisch secundair onderwijs die overigens nauwelijks van elkaar verschillen (respectievelijk 14.7% en 14.8%).



Grafiek 115: gebruik ander voorbehoedsmiddel laatste seksueel contact naar opleiding en geslacht (procentueel)

In vergelijking met de resultaten uit 2014 is het gebruik van andere voorbehoedsmiddelen significant gestegen bij de jongens en de meisjes uit het algemeen secundair onderwijs alsook bij de meisjes uit het beroeps secundair onderwijs (Tabel 91).

Tabel 91: evolutie ander voorbehoedsmiddel laatste seksueel contact naar opleiding en geslacht

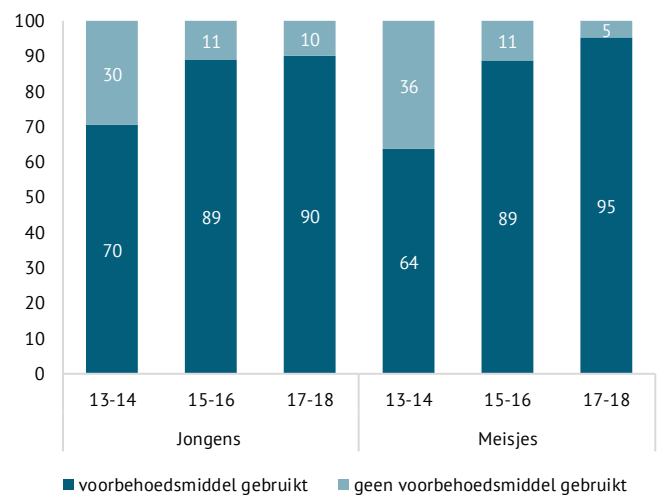
		ASO	TSO	BSO
J	2014	9.0%	14.8%	19.1%
	2018	17.4%	16.8%	24.9%
		chi ² =6.4	chi ² =2.9	chi ² =2.7
		df=1	df=1	df=1
		p=0.041	p=0.238	p=0.265
M	2014	10.2%	11.3%	18.9%
	2018	14.7%	14.8%	27.0%
		chi ² =6.7	chi ² =1.9	chi ² =6.3
		df=1	df=1	df=1
		p=0.035	p=0.392	p=0.042

Geen voorbehoedsmiddel laatste seksueel contact

Op basis van de antwoorden van de jongeren op het gebruik van voorbehoedsmiddelen bij het laatste seksueel contact kan berekend worden hoeveel jongeren reeds seks hadden maar hierbij geen voorbehoedsmiddel gebruikten. Hieruit blijkt dat significant meer jongens (11.7%) dan meisjes (8.7%) geen voorbehoedsmiddel gebruikten bij het laatste seksueel contact (chi²=4.1, df=1, p=0.044).

In vergelijking met de resultaten uit 2014 is er een gunstige evolutie te bemerken bij de jongens (chi²=23.5, df=1, p<.001). Toen bedroeg de prevalentie van het niet gebruiken van een voorbehoedsmiddel bij de jongens immers nog 19.8%. Bij de meisjes blijft het niet gebruiken van een voorbehoedsmiddel stabiel ten opzichte van 2014 (8.3%, chi²=0.1, df=1, p=0.759).

Grafiek 116 geeft de prevalenties weer van het niet gebruiken van een voorbehoedsmiddel naargelang leeftijd voor de jongens en de meisjes afzonderlijk. Er is een significante afname in de prevalentie van het niet gebruik van een voorbehoedsmiddel vast te stellen naarmate de jongens en de meisjes ouder worden. Het percentage jongens dat geen voorbehoedsmiddel gebruikt bedraagt 29.6% op 13- tot 14-jarige leeftijd tegenover 10.0% op 17- tot 18-jarige leeftijd (chi²=18.3, df=2, p<0.001). Bij de meisjes is dit respectievelijk 36.4% tegenover 4.8% (chi²=43.6, df=2, p<0.001).



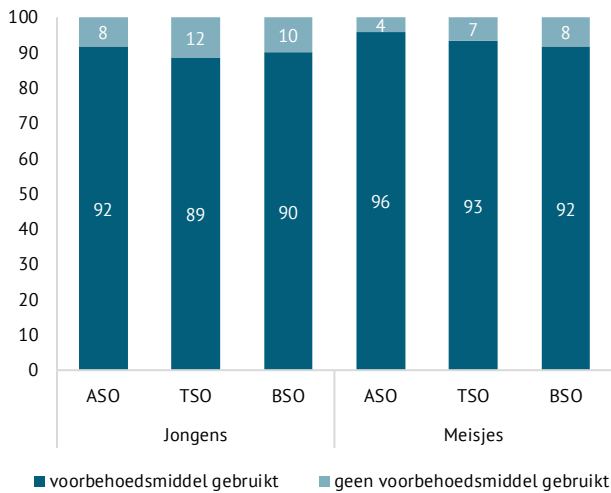
Grafiek 116: geen gebruik voorbehoedsmiddel laatste seksueel contact naar leeftijd en geslacht (procentueel)

Uit Tabel 92 blijkt dat de prevalenties zowel bij de jongens als bij de meisjes stabiel blijven ten opzichte van de resultaten uit 2014.

Tabel 92: evolutie geen gebruik voorbehoedsmiddel laatste seksueel contact naar leeftijd en geslacht

		13-14	15-16	17-18
J	2014	40.0%	13.1%	6.8%
	2018	29.6%	11.1%	10.0%
		chi ² =1.3	chi ² =.4	chi ² =3.1
		df=1	df=1	df=1
		p=0.247	p=0.516	p=0.080
M	2014	18.5%	9.2%	5.4%
	2018	36.4%	11.3%	4.8%
		chi ² =2.3	chi ² =0.5	chi ² =0.2
		df=1	df=1	df=1
		p=0.127	p=0.496	p=0.661

Het percentage jongens en meisjes dat geen voorbehoedsmiddel gebruikt naargelang de opleidingsvormen wordt gerapporteerd in **Grafiek 117**. Bij de jongens variëren de prevalenties van 8.4% in het algemeen secundair onderwijs tot 11.5% in het technisch secundair onderwijs. Deze kleine verschillen zijn echter niet significant ($\chi^2=1.3$, $df=2$, $p=0.510$). Ook bij de meisjes worden er kleine verschillen in de prevalentie waargenomen van 4.1% in het algemeen secundair onderwijs tot 8.4% in het beroeps secundair onderwijs die evenmin significant zijn ($\chi^2=3.5$, $df=2$, $p=0.175$).



Grafiek 117: geen gebruik voorbehoedsmiddel laatste seksueel contact naar opleiding en geslacht (procentueel)

Zowel bij de jongens als bij de meisjes blijft de prevalentie van het niet gebruiken van een voorbehoedsmiddel stabiel in 2018 ten opzichte van de resultaten uit 2014 (**Tabel 93**).

Tabel 93: evolutie geen gebruik voorbehoedsmiddel laatste seksuele contact naar opleiding en geslacht

		ASO	TSO	BSO
J	2014	8.8%	7.4%	9.2%
	2018	8.4%	11.5%	10.0%
		$\chi^2=0.0$	$\chi^2=3.3$	$\chi^2=0.1$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.890$	$p=0.071$	$p=0.756$
M	2014	6.4%	5.1%	12.1%
	2018	4.1%	6.6%	8.4%
		$\chi^2=1.2$	$\chi^2=0.7$	$\chi^2=1.7$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.274$	$p=0.396$	$p=0.188$

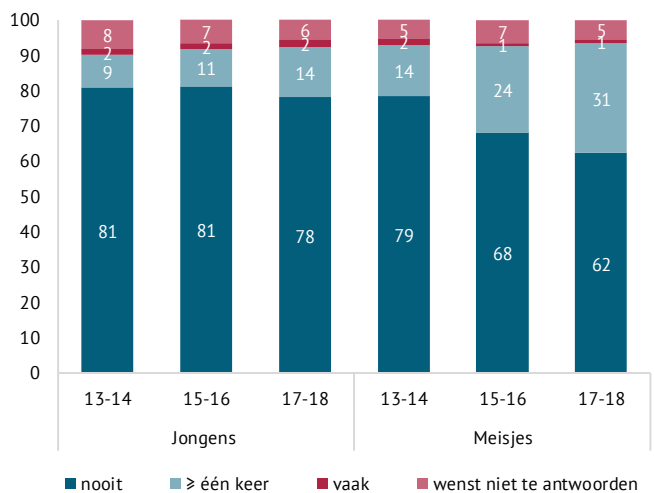
SEKSUEEL OVERSCHRIJDEND GEDRAG

Ongewenste seksuele aanraking

De prevalentie van jongeren die nog nooit op een ongewenste seksuele manier werden aangeraakt bedragen 79.9% bij de jongens en 69.7% bij de meisjes. Hieruit is af te leiden dat de prevalentie van jongeren die geconfronteerd werden met ongewenste seksuele aanrakingen significant hoger ligt bij de meisjes dan bij de jongens ($\chi^2=192.8$, $df=3$, $p<0.001$). Van de jongens geeft

11.2% aan minstens eenmaal op een ongewenste seksuele manier te werden aangeraakt. Bij de meisjes ligt dit beduidend hoger op 23.2%. Het percentage jongens dat vaak geconfronteerd werd met deze vorm van grensoverschrijdend gedrag ligt daarentegen hoger dan het percentage meisjes (1.8% tegenover 1.4%). Zowel bij de jongens als bij de meisjes lag de prevalentie van seksueel ongewenste aanrakingen significant lager in 2014. Toen gaf 7.0% van de jongens en 17.1% van de meisjes aan één of meerdere keren op een ongewenst seksuele manier te zijn aangeraakt (jongens: $\chi^2=46.5$, $df=3$, $p<0.001$; meisjes: $\chi^2=43.7$, $df=3$, $p<0.001$).

Naargelang leeftijd zijn er significante verschillen op te merken in de prevalentie van ongewenste seksuele aanrakingen bij de jongens en de meisjes (**Grafiek 118**). Het percentage jongens en meisjes dat reeds eenmaal of enkele malen op een ongewenst seksuele manier werd aangeraakt stijgt significant met de leeftijd (jongens: $\chi^2=22.0$, $df=6$, $p=0.001$; meisjes: $\chi^2=98.8$, $df=6$, $p<0.001$). Bij de 13- tot 14-jarige leeftijdsgroep bedraagt de prevalentie 9.3% bij de jongens en 14.4% bij de meisjes. Op 17- tot 18-jarige leeftijd is dit toegenomen tot 14.0% bij de jongens en 31.2% bij de meisjes.



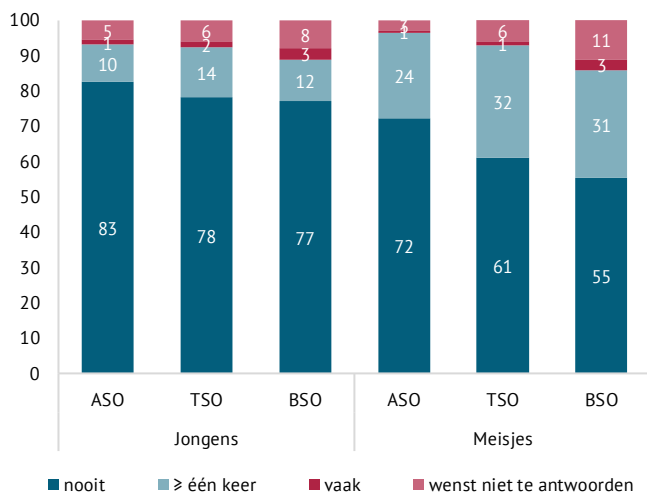
Grafiek 118: ongewenste seksuele aanraking naar leeftijd en geslacht (procentueel)

Ten opzichte van 2014 zijn er opmerkelijke toenames in de prevalentie van ongewenste seksuele aanrakingen vast te stellen bij de jongens en de meisjes uit alle leeftijdsgroepen. Een overzicht van de evoluties wordt gerapporteerd in **Tabel 94**.

Tabel 94: evolutie ongewenste seksuele aanraking naar leeftijd en geslacht

		13-14	15-16	17-18
J	2014	6.9%	6.8%	6.6%
	2018	9.3%	10.6%	14.0%
		$\chi^2=10.3$	$\chi^2=12.3$	$\chi^2=32.9$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.016$	$p=0.006$	$p<0.001$
M	2014	10.7%	15.5%	24.4%
	2018	14.4%	24.4%	31.2%
		$\chi^2=9.5$	$\chi^2=3.7$	$\chi^2=12.8$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p=0.023$	$p<0.001$	$p=0.005$

De prevalentie van minstens één of meerdere ongewenste seksuele aanrakingen ligt zowel bij de jongens als bij de meisjes significant hoger in het technisch secundair onderwijs in vergelijking met de andere opleidingsvormen en bedragen 13.9% bij de jongens en 32.0% bij de meisjes (jongens: $\chi^2=16.6$, $df=6$, $p=0.011$; meisjes: $\chi^2=95.4$, $df=6$, $p<0.001$). Bij de jongens en de meisjes worden de laagste prevalenties geobserveerd in het algemeen secundair onderwijs (respectievelijk 10.4% en 24.2%) zoals blijkt uit **Grafiek 119**.



Grafiek 119: ongewenste seksuele aanraking naar opleiding en geslacht (procentueel)

In vergelijking met de resultaten uit 2014 is er voor de jongens en de meisjes uit het algemeen en het technisch secundair onderwijs een significante toename in de prevalentie van één of meerdere ongewenste seksuele aanrakingen vast te stellen in 2018. Vooral de sterke toename bij jongeren uit het algemeen secundair onderwijs is opmerkelijk (**Tabel 95**). Bij de jongens en de meisjes uit het beroeps secundair onderwijs worden er geen significante verschillen geobserveerd tussen 2014 en 2018.

Tabel 95: evolutie ongewenste seksuele aanraking naar opleiding en geslacht

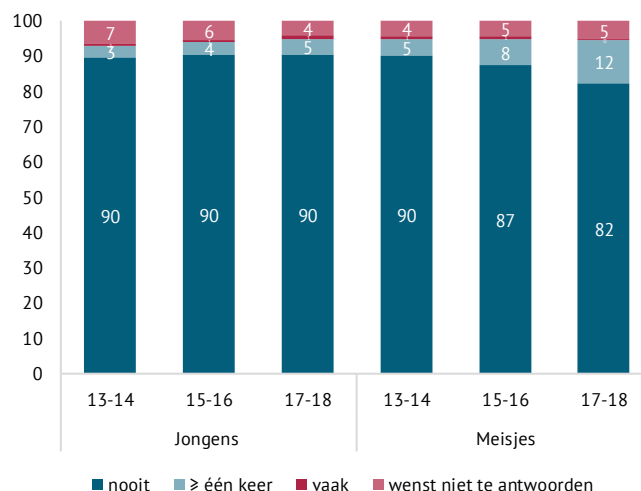
		ASO	TSO	BSO
J	2014	5.0%	8.7%	8.7%
	2018	10.4%	13.9%	11.8%
		$\chi^2=25.7$	$\chi^2=16.1$	$\chi^2=4.6$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p<0.001$	$p=0.001$	$p=0.198$
M	2014	13.9%	24.1%	27.8%
	2018	24.2%	32.0%	30.5%
		$\chi^2=41.4$	$\chi^2=13.6$	$\chi^2=1.5$
		$df=1$	$df=1$	$df=1$
		$p<0.001$	$p=0.004$	$p=0.691$

Verplichte seksuele aanraking

Het percentage jongeren dat nog nooit verplicht werd om iemand op een seksuele manier aan te raken, bedraagt 89.7% bij de jongens en 86.3% bij de meisjes.

De prevalentie van een verplichte seksuele aanraking is bijgevolg significant hoger bij de meisjes dan bij de jongens ($\chi^2=70.5$, $df=3$, $p<0.001$). Van de jongens geeft 3.8% aan minstens eenmaal iemand verplicht op een seksuele manier te hebben moeten aanraken. Bij de meisjes is de prevalentie hoger met 8.3%. Bij de jongeren die aangeven dat deze vorm van grensoverschrijdend gedrag vaak gebeurt, is er met 0.8% geen verschil naargelang geslacht op te merken. Ten opzichte van de resultaten uit 2014 is er bij de jongens een significante toename in de prevalentie te bemerken, toen gaf 2.6% van de jongens aan één of meerdere keren iemand verplicht op een seksuele manier te moeten aanraken ($\chi^2=16.8$, $df=3$, $p=0.001$). Bij de meisjes is er ook een lichte toename in de prevalentie vast te stellen maar die is niet significant verschillend ten opzichte van de prevalentie van 7.1% in 2014 ($\chi^2=4.1$, $df=3$, $p=0.247$).

In **Grafiek 120** worden de prevalenties van verplichte seksuele aanrakingen gerapporteerd naargelang leeftijd. Bij de meisjes is er een opvallende toename in de prevalentie van minstens één of meerdere verplichte seksuele aanrakingen te bemerken naarmate men ouder wordt ($\chi^2=49.9$, $df=6$, $p<0.001$). Op 13- tot 14-jarige leeftijd bedraagt de prevalentie 4.5% terwijl dit op 17- tot 18-jarige leeftijd gestegen is tot 12.1%. Bij de jongens is er geen duidelijke trend waar te nemen naargelang leeftijd ($\chi^2=11.1$, $df=6$, $p=0.085$).



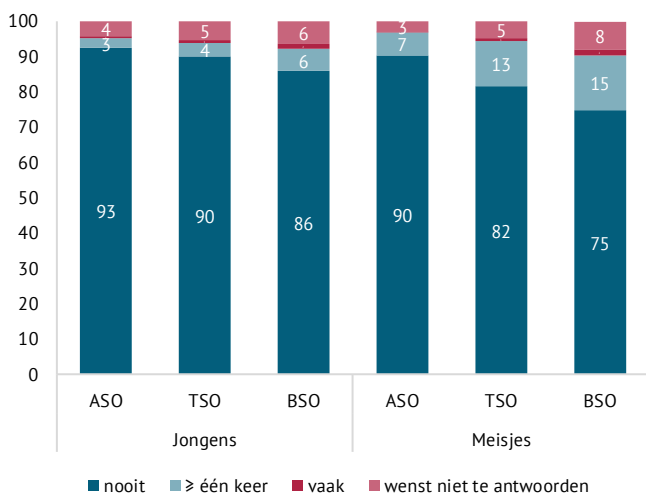
Grafiek 120: verplichte seksuele aanraking naar leeftijd en geslacht (procentueel)

In vergelijking met de bevindingen uit 2014 zijn er geen significante verschillen in de prevalentie van verplichte seksuele aanrakingen vast te stellen bij de jongens en de meisjes uit de diverse leeftijdsgroepen, behalve bij de 13- tot 14-jarige jongens (**Tabel 96**). In 2014 gaf 2.3% van de jongens aan één of meerdere keren verplicht te zijn om iemand op een seksuele manier aan te raken. Dit percentage is in 2018 toegenomen tot 3.2% ($\chi^2=10.2$, $df=3$, $p=0.017$).

Tabel 96: evolutie verplichte seksuele aanraking naar leeftijd en geslacht

		13-14	15-16	17-18
J	2014	2.3%	2.6%	2.8%
	2018	3.2%	3.5%	4.5%
		chi ² =10.2	chi ² = 4.5	chi ² =4.9
		df= 1	df=1	df=1
		p=0.017	p=0.211	p=0.179
M	2014	3.8%	6.6%	9.7%
	2018	4.5%	7.5%	12.1%
		chi ² =4.5	chi ² = 0.8	chi ² =5.2
		df= 1	df=1	df=1
		p=0.209	p=0.839	p=0.155

Naargelang opleidingsvorm worden er opvallende verschillen in de prevalentie van verplichte seksuele aanrakingen vastgesteld (jongens: chi²=20.3, df=6, p=0.002; meisjes: chi²=80.6, df=6, p<0.001). Zowel bij de jongens als bij de meisjes ligt de prevalentie van één of meerdere verplichte seksuele aanrakingen hoger in het beroeps secundair onderwijs (jongens: 6.2% en meisjes: 15.4%), gevolgd door het technisch secundair onderwijs (jongens: 3.9% en meisjes: 12.8%). In het algemeen secundair onderwijs zijn de verplichte seksuele aanrakingen het minst prevalent (jongens: 2.5% en meisjes: 6.5%) zoals af te leiden is uit **Grafiek 121**.



Grafiek 121: verplichte seksuele aanraking naar opleiding en geslacht (procentueel)

De prevalentie van één of meerdere verplichte seksuele aanrakingen is in 2018 significant toegenomen bij de meisjes uit het algemeen secundair onderwijs ten opzichte van de bevindingen uit 2014, toen de prevalentie nog 4.2% bedroeg (chi²=10.3, df=3, p=0.016). Voor de jongens en de meisjes uit de andere opleidingsvormen worden er geen significante verschillen geobserveerd tussen 2014 en 2018 (**Tabel 97**).

Tabel 97: evolutie verplichte seksuele aanraking naar opleiding en geslacht

		ASO	TSO	BSO
J	2014	1.8%	2.8%	3.7%
	2018	2.5%	3.9%	6.2%
		chi ² =2.3	chi ² =7.3	chi ² =4.1
		df=1	df=1	df=1
		p=0.503	p=0.063	p=0.251
M	2014	4.2%	10.3%	14.5%
	2018	6.5%	12.8%	15.4%
		chi ² =10.3	chi ² =4.0	chi ² =0.7
		df=1	df=1	df=1
		p=0.016	p=0.258	p=0.885

CONCLUSIE GEZONDHEIDSGEDRAGINGEN

Beweging en sedentair gedrag

De aanbeveling geldt dat jongeren dagelijks minstens 60 minuten fysiek actief moeten zijn aan een matige tot zware intensiteit. In Desondanks is er een gunstige evolutie ten opzichte van 2014 waar te nemen. Toen behaalden nog minder jongeren de aanbeveling. Naast een gebrekkige beweging, vertonen jongeren ook te veel schermtijd. Slechts 6.6% van de jongens en met 9.1% iets meer meisjes, voldoen aan de aanbeveling van maximaal twee uur schermtijd per dag. Deze prevalenties zijn ten opzichte van 2014 nog verder afgenomen en doen besluiten dat de overgrote meerderheid van de jongeren steeds minder vaak aan de aanbeveling voldoet. Deze vaststelling geldt in het bijzonder voor de oudere adolescenten bij wie het aandeel dat aan de aanbeveling voldoet beduidend laag ligt.

Voedselconsumptie

Ten opzichte van 2014 is er bij de Vlaamse jongeren in 2018 een gunstige toename op te merken in de dagelijkse consumptiefrequentie van groenten, fruit en water en een afname in de prevalentie van frisdrankgebruik. De meisjes consumeren echter frequenter groenten, fruit en water in vergelijking met de jongens en ook het frisdrankgebruik ligt lager bij de meisjes. Verschillen naargelang opleidingsvorm doen besluiten dat de jongeren uit het algemeen secundair onderwijs een hogere prevalentie in groente-, fruit- en waterconsumptie en een lagere prevalentie in frisdrankgebruik vertonen in vergelijking met de jongeren uit het technisch en het beroeps secundair onderwijs. Ook naargelang leeftijd worden er verschillen opgemerkt in de consumptiefrequentie van groenten, fruit en frisdrank maar niet in de consumptie van water. Voor fruit wordt er een duidelijke afname vastgesteld in de prevalentie met een toenemende leeftijd, terwijl voor de overige voedingsmiddelen groepen de verbanden eerder wisselend verlopen.

Maaltijdpatronen

De meerderheid van de Vlaamse jongeren volgt de richtlijn om dagelijks te ontbijten (jongens: 68.8%, meisjes: 67.1%), al is er voor de jongens een kleine afname in de dagelijkse ontbijtfrequentie vast te stellen ten opzichte

van de bevindingen in 2014. Bovendien blijkt de dagelijkse consumptie van het ontbijt af te nemen bij de oudere leeftijdsgroepen. Naargelang opleidingsvorm is er eveneens een duidelijke gradiënt op te merken waarbij de dagelijkse ontbijtconsumptie het meest prevalent is bij de jongeren uit het algemeen secundair onderwijs.

Voor wat betreft gezonde voedingsgewoontes blijkt dat jongens er een minder gezond eetpatroon op nahouden dan meisjes. Ten opzichte van 2014 is er voor beide geslachten een gunstige evolutie waar te nemen, al blijft het percentage jongeren die er een gezond voedingspatroon op nahouden nog steeds laag in 2018. Voorzichtigheid bij de interpretatie is echter vereist aangezien een gezond eetpatroon gebaseerd was op vier indicatoren (d.i. dagelijkse consumptie van groenten, fruit, water en ontbijt) en informatie omtrent variatie, portiegrootte en hoeveelheden ontbrak.

Overgewicht en obesitas

De prevalentie van overgewicht en obesitas is nagenoeg gelijk bij de Vlaamse jongeren en bedraagt 14.0% bij de jongens en 13.5% bij de meisjes. Dit is een gunstige afname in de prevalentie van overgewicht en obesitas ten opzichte van 2014. Over de diverse leeftijden heen blijft de prevalentiegraad vergelijkbaar, wel zijn er duidelijke verschillen waar te nemen naargelang opleidingsvorm. Overgewicht en obesitas is het meest prevalent bij de jongeren uit het beroeps secundair onderwijs en het minst prevalent in het algemeen secundair onderwijs.

Lichaamsperceptie en diëten

In 2018 is het percentage jongeren dat zichzelf te dik vindt, afgenomen ten opzichte van 2014. Ondanks deze gunstige evolutie is er nog steeds een duidelijk geslachtverschil op te merken waarbij meer meisjes dan jongens zichzelf te dik vinden en bovendien stijgt deze perceptie met de leeftijd. De jongens percipiëren zichzelf daarentegen eerder als te mager. Het volgen van een vermageringsdieet is bijgevolg het meest prevalent bij de meisjes en neemt beduidend toe met de leeftijd. De jongeren uit het algemeen secundair onderwijs zijn het meest tevreden met hun gewicht en volgen dan ook het minst vaak een dieet.

Alcohol

De prevalentie van alcoholconsumptie in de voorbije maand is vergelijkbaar bij de jongens en de meisjes en bedraagt respectievelijk 34.3% en 36.0%. Ten opzichte van de resultaten uit 2014 is enkel voor de jongens een gunstige afname in de prevalentie vast te stellen. Ook voor de wekelijkse consumptie van bier, wijn, sterke dranken en alcopops wordt een gunstige afname in de prevalentie waargenomen bij de jongens terwijl dit bij de meisjes eerder stagneert. Wel blijven er significante verschillen tussen de jongens en de meisjes bestaan. Meer jongens rapporteren wekelijks bier, sterke drank en alcopops te drinken. Meisjes geven daarentegen frequenter aan wekelijks wijn te consumeren. Ook naar opleidingsvorm zijn er verschillen op te merken. Wekelijkse consumptie van wijn is het meest prevalent bij de jongeren uit het technisch secundair onderwijs, terwijl sterke drank en alcopops frequenter geconsumeerd worden in het beroeps secundair onderwijs. Jongeren uit het algemeen secundair onderwijs drinken gemiddeld minder dan jongeren uit de andere opleidingsvormen.

De prevalentie van jongeren die reeds tienmaal of meer dronken zijn geweest, is gedaald in 2018 ten opzichte van 2014. Een daling die echter enkel voor de jongens significant is al ligt de prevalentie bij hen nog steeds hoger dan bij de meisjes. Verder blijkt dat vooral de jongens en de meisjes uit het technisch secundair onderwijs al het vaakst dronken zijn geweest.

De mediaan van de leeftijd waarop de jongeren voor het eerst alcohol dronken, ligt op 15 jaar. Dit betekent dat de helft van de jongens en de meisjes voor het eerst alcohol dronk op 15-jarige leeftijd of jonger. De mediaan van de leeftijd waarop de jongeren voor het eerst dronken waren, ligt bij de jongens en de meisjes op 16 jaar.

Roken

Een minderheid van de jongeren geeft aan dagelijks te roken. Bovendien is er een afname in de prevalentie van rokende jongeren te bemerken ten opzichte van de bevindingen uit 2014. Desondanks blijft een ongelijkheid in dagelijks rookgedrag aanwezig. Het dagelijks rookgedrag is het meest prevalent bij de jongeren uit het beroeps en het technisch secundair onderwijs, al zijn ook hier gunstige afnames in rookgedrag te observeren in vergelijking met 2014. De jongeren roken doorgaans op 15-jarige leeftijd hun eerste sigaret.

Cannabis

Het percentage jongens dat in de voorbije 30 dagen cannabis gebruikte bedraagt 9.1% en verschilt niet ten opzichte van de resultaten uit 2014.

Bij de meisjes wordt daarentegen wel een gunstige afname in het cannabisgebruik vastgesteld en bovendien is het gebruik minder prevalent (4.1%) in vergelijking met de jongens. Daarnaast zijn er ook verschillen op te merken tussen de opleidingsvormen. Meer jongens uit het technisch secundair onderwijs rapporteren cannabis te gebruiken terwijl dit bij de meisjes eerder geldt voor het beroeps secundair onderwijs. Het eerste gebruik van cannabis vindt doorgaans plaats op 16-jarige leeftijd.

Seksualiteit

In 2018 geeft 24.0% van de jongens aan reeds seks te hebben gehad, bij de meisjes ligt dit iets lager op 20.0%. Het aandeel jongens en meisjes dat reeds seks had, groeit naarmate de leeftijd vordert met de hoogste prevalenties op 17- tot 18-jarige leeftijd. Opvallende verschillen worden ook waargenomen naar opleidingsvorm, waarbij meer jongens en meisjes uit het beroeps secundair onderwijs reeds seks hadden in vergelijking met de jongeren uit het algemeen en het technisch secundair onderwijs.

De meerderheid van de jongens en de meisjes die reeds seks hadden, gebruikten een condoom bij het eerste seksueel contact waarbij iets meer meisjes (75.4%) dan jongens (69.9%) aangeven dat er een condoom werd gebruikt. De minderheid van de jongeren zegt echter een condoom gebruikt te hebben bij het laatste seksueel contact. Het condoomgebruik neemt bovendien sterk af naarmate de leeftijd toeneemt. Dit is vooral bij de meisjes opmerkelijk waar de prevalentie van het condoomgebruik bijna gehalveerd is bij de oudste leeftijdsgroep in vergelijking met de jongste leeftijdsgroep. Overheen de tijd blijven de prevalenties van het condoomgebruik bij het eerste en het meest recente seksueel contact echter stabiel.

Naast het condoom, gebruiken jongeren ook de anticonceptiepil als voorbehoedsmiddel waarbij meer meisjes (73.0%) dan jongens (62.6%) aangeven dat zichzelf of hun partner hier gebruik van maken en dan vooral op oudere leeftijd. De prevalentie van het gebruik van de noodpil is vrij laag en bedraagt 5.6% bij de jongens en 4.3% bij de meisjes. Opmerkelijk is echter dat de prevalentie van het gebruik van de noodpil zowel bij de jongens als bij de meisjes het hoogst ligt bij de jongste leeftijdsgroep en dat duidelijk een groter aandeel van de meisjes uit het beroeps secundair onderwijs aangeeft de noodpil gebruikt te hebben in vergelijking met meisjes uit de andere opleidingsvormen.

In 2018 is er een opvallende toename in de prevalentie van ongewenste seksuele aanrakingen op te merken bij zowel de jongens als de meisjes. Bij de jongens is er daarnaast ook een toename in de prevalentie van verplichte seksuele aanrakingen te observeren. Ongewenste seksuele aanrakingen en verplichte seksuele aanrakingen zijn het meest prevalent bij de meisjes en bij de jongens en de meisjes uit het technisch en het beroeps secundair onderwijs.

DEEL 5

SOCIALE CONTEXT

IN DIT HOOFDSTUK

Jongeren zijn erg vatbaar voor veranderingen in hun omgeving.¹⁴ Bovendien worden de ontwikkelingen die jongeren ondergaan, beïnvloed door complexe interacties tussen vrienden, familie en school. Om inzicht te verwerven in de gezondheid, de gezondheidsgerelateerde attitudes, en de gezondheidsgedragingen van jongeren, is het belangrijk om hun directe omgeving in kaart te brengen.

De kenmerkende invloed van de familie op de ontwikkeling van de jongere neemt tijdens de adolescentie af naarmate jongeren onafhankelijker worden. Desondanks blijft de beschermende invloed die de familie kan uitoefenen belangrijk. De gezonde gedragingen die ouders stellen, zijn immers sterke voorspellers voor positieve gezondheidsuitkomsten.¹⁵ Naast de familie, heeft ook de school een invloed op de gezondheid van de jongeren. De verbondenheid en steun die jongeren van hun klasgenoten en leerkrachten ervaren, maar ook de schooldruk en –tevredenheid zijn gerelateerd aan diverse gezondheidsgedragingen en –uitkomsten. Zo is een hoge mate van steun geassocieerd met een betere mentale gezondheid^{16,17} en is een lage schooldruk gerelateerd aan minder fysieke en psychologische klachten.^{18,19} Ook vrienden kunnen de gezondheid van jongeren beïnvloeden. Jongeren die meer steun van hun vrienden ondervinden, ervaren een hoger zelfvertrouwen en hebben een betere mentale gezondheid.²⁰

In dit deel worden deze contexten bestudeerd.

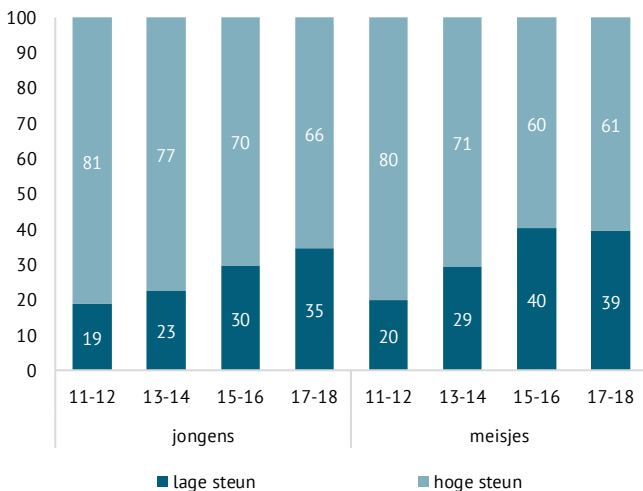
FAMILIE

METHODOLOGIE

Om zicht te krijgen op de steun die jongeren van hun gezin krijgen, werden vier stellingen voorgesteld: 'mijn gezin probeert mij te helpen', 'ik krijg van mijn gezin de emotionele steun die ik nodig heb', 'ik kan met mijn gezin over mijn problemen praten' en 'mijn gezin is bereid om mij te helpen beslissingen te nemen'. De antwoordmogelijkheden varieerden op een zeven puntenschaal van 'helemaal niet mee eens' tot 'helemaal mee eens'. Op basis van de antwoorden op deze vier items werd vervolgens per jongere het gemiddelde berekend. In de analyses werd een onderscheid gemaakt tussen jongeren die een hoge mate van steun ervaren (score ≥ 5.5) en jongeren die weinig steun van hun gezin krijgen (score < 5.25).

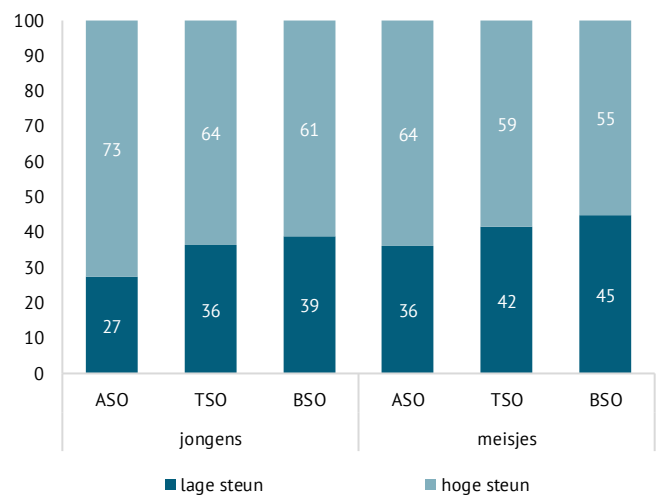
STEUN GEZIN

In 2018 geeft 72.9% van de jongens en 67.9% van de meisjes aan een hoge mate van steun van het gezin te ervaren. Dit zijn significant meer jongens dan meisjes ($\chi^2=30.3$, $df=1$, $p<0.001$). In [Grafiek 122](#) worden de prevalenties van ervaren steun naargelang leeftijd gerapporteerd. Zowel bij de jongens als bij de meisjes neemt de prevalentie van een hoge mate van steun af naarmate men ouder wordt. Bij de jongens bedraagt de prevalentie op 11- tot 12-jarige leeftijd 81.3% en dit neemt af naar 65.5% bij de 17- tot 18-jarigen ($\chi^2=88.0$, $df=3$, $p<0.001$). Bij de meisjes uit de jongste leeftijdsgroep bedraagt de prevalentie 80.0% en dit neemt af naar 60.6% bij de oudste leeftijdsgroep ($\chi^2=149.8$, $df=3$, $p<0.001$).



Grafiek 122: steun gezin naar leeftijd en geslacht (procentueel)

Ook naargelang opleidingsvorm worden verschillen waargenomen bij zowel de jongens als de meisjes (jongens: $\chi^2=26.0$, $df=2$, $p<0.001$; meisjes: $\chi^2=12.3$, $df=2$, $p=0.002$). Uit [Grafiek 123](#) is af te leiden dat het percentage jongeren die een hoge mate van steun ervaren hoger is in het algemeen secundair onderwijs (jongens: 72.7%, meisjes: 63.8%) ten opzichte van het beroeps secundair onderwijs (jongens: 61.1%, meisjes: 55.2%).



Grafiek 123: steun gezin naar opleiding en geslacht (procentueel)

METHODOLOGIE

Om zicht te krijgen op de steun die jongeren van hun klasgenoten ervaren, werden drie stellingen voorgelegd: *'mijn klasgenoten zijn graag bij elkaar'*, *'de meeste leerlingen van mijn klas zijn vriendelijk en behulpzaam'* en *'mijn klasgenoten aanvaarden mij zoals ik ben'*. De antwoordmogelijkheden varieerden op een vijf puntenschaal van 'helemaal mee eens' tot 'helemaal niet mee eens'. De antwoorden werden eerst omgescoord zodat een hogere score overeenstemt met een hogere mate van ervaren steun. Op basis van de antwoorden op deze drie items werd vervolgens per jongere het gemiddelde berekend. In de analyses werd een onderscheid gemaakt tussen jongeren die een hoge mate van steun ervaren (score ≥ 4) en jongeren die weinig steun van hun klasgenoten ervaren (score < 4).

De ervaren steun van leerkrachten werd eveneens met drie stellingen bevestigd: *'ik heb het gevoel dat mijn leerkrachten mij aanvaarden zoals ik ben'*, *'ik heb het gevoel dat mijn leerkrachten om mij geven als persoon'* en *'ik heb veel vertrouwen in mijn leerkrachten'*. Analoog aan de werkwijze zoals hierboven werden twee groepen gecreëerd om een onderscheid te maken tussen jongeren die een hoge mate van steun (score ≥ 4) en een lage mate steun van hun leerkracht ervaren (score < 4).

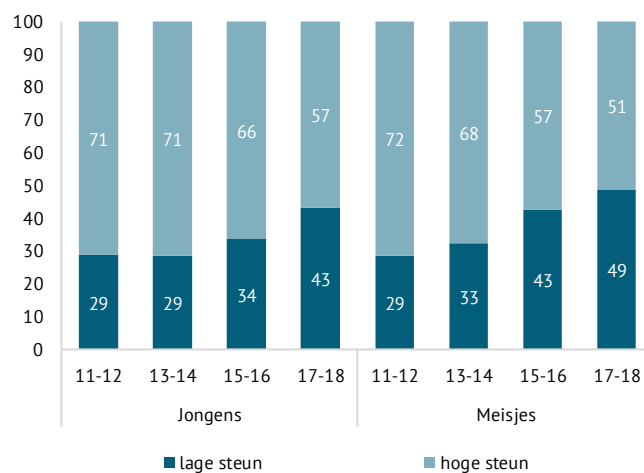
De ervaren schooldruk werd in kaart gebracht via de vraag: *'Hoe erg voel je je onder druk staan door het schoolwerk dat je moet doen?'*. De antwoordmogelijkheden waren: 'helemaal niet', 'een beetje', 'nogal veel' en 'heel veel'. De eerste twee antwoordmogelijkheden werden in de analyses beschouwd als lage schooldruk en de laatste twee antwoordmogelijkheden als hoge schooldruk.

Om de schooltevredenheid van de jongeren in kaart te brengen werd hen gevraagd om op een vijf puntenschaal aan te geven hoe ze momenteel over school denken. In de analyses werd er een onderscheid gemaakt tussen jongeren die een hoge schooltevredenheid ervaren (antwoordmogelijkheid: 'ik vind het er leuk' en 'ik vind het er redelijk leuk') en jongeren die een lage schooltevredenheid ervaren (antwoordmogelijkheden: 'ik vind het er niet leuk' en 'ik vind het er helemaal niet leuk').

STEUN KLASGENOTEN

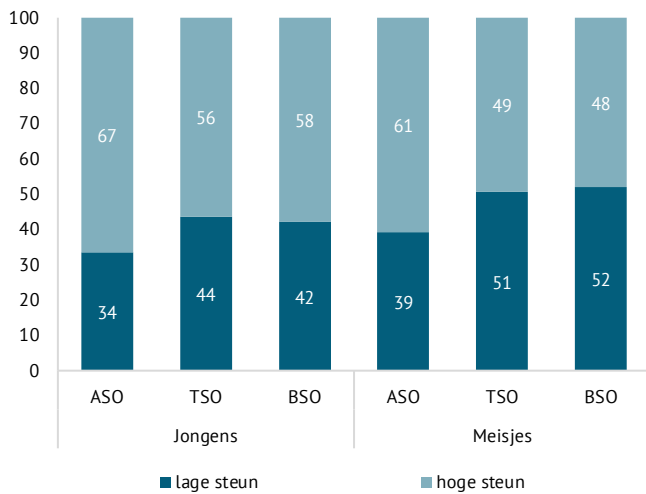
Het percentage jongens dat een hoge mate van steun ervaart van klasgenoten bedraagt 66.1%. De prevalentie is bij de meisjes significant lager en bedraagt 62.1% ($\chi^2=18.4$, $df=1$, $p<0.001$).

Grafiek 124 toont de prevalentie van ervaren steun naargelang leeftijd afzonderlijk voor de jongens en de meisjes. In 2018 zijn er significante verschillen op te merken tussen de leeftijdsgroepen (jongens: $\chi^2=72.7$, $df=3$, $p<0.001$; meisjes: $\chi^2=129.9$, $df=3$, $p<0.001$). Het percentage jongens dat een hoge mate van steun ervaart, is het hoogst bij de jongste leeftijdsgroep (71.2%) en neemt vervolgens af over de leeftijden heen met de laagste prevalentie op 17- tot 18-jarige leeftijd (56.7%). Bij de meisjes wordt een vergelijkbare trend waargenomen en neemt de prevalentie af van 71.5% bij de jongste leeftijdsgroep naar 51.2% bij de oudste leeftijdsgroep.



Grafiek 124: steun klasgenoten naar leeftijd en geslacht (procentueel)

Ook naargelang opleidingsvorm worden er verschillen gevonden in de prevalentie van ervaren steun tussen beide geslachten, zoals af te leiden is uit **Grafiek 125**. Bij de jongens uit het technisch secundair onderwijs is het ervaren van hoge steun van klasgenoten het minst prevalent, namelijk 56.3%. De hoogste prevalenties worden geobserveerd bij de jongens uit het algemeen secundair onderwijs gevolgd door het beroeps secundair onderwijs en bedragen respectievelijk 66.5% en 57.9% ($\chi^2=23.2$, $df=2$, $p<0.001$). Bij de meisjes is de prevalentie van een hoge mate van steun met 60.7% het hoogst in het algemeen secundair onderwijs en lager in het technisch secundair en het beroeps secundair onderwijs met vergelijkbare prevalenties van respectievelijk 49.4% en 47.9% ($\chi^2=36.7$, $df=2$, $p<0.001$).

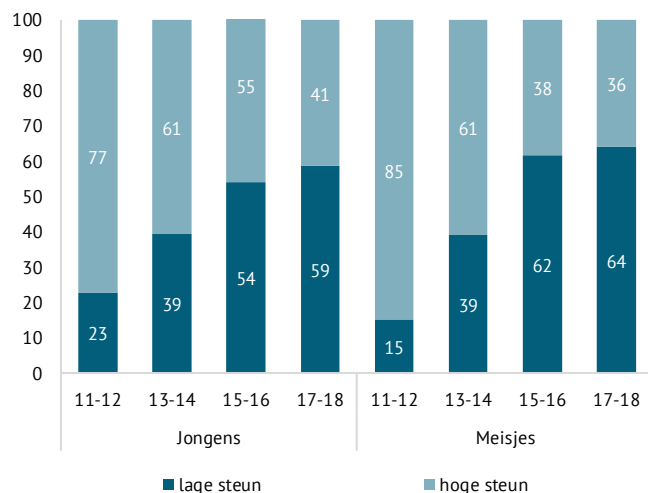


Grafiek 125: steun klasgenoten naar opleiding en geslacht (procentueel)

STEUN LEERKRACHTEN

Het percentage jongens en meisjes dat een hoge mate van steun door hun leerkracht ervaart is vergelijkbaar en bedraagt respectievelijk 56.8% en 55.8% ($\chi^2=1.2$, $df=1$, $p=0.280$).

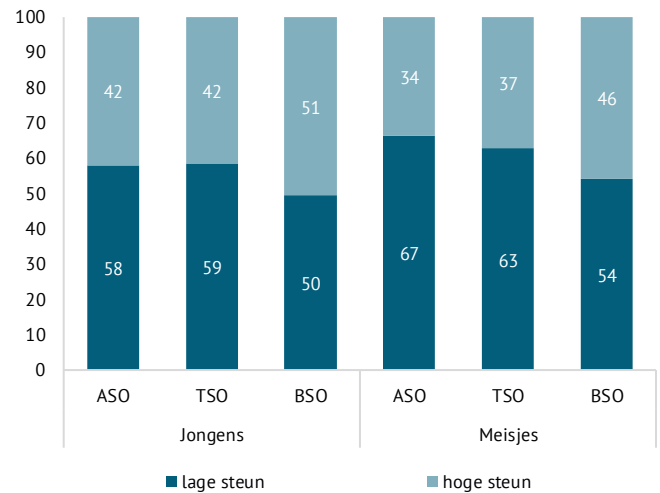
Naargelang leeftijd worden er significante verschillen geobserveerd in de mate van ervaren steun door de leerkracht (Grafiek 126). Zowel bij de jongens als bij de meisjes is er een duidelijk dalende trend over de leeftijden heen in het percentage jongeren dat aangeeft een hoge mate van steun te ervaren (jongens: $\chi^2=385.3$, $df=3$, $p<0.001$; meisjes: $\chi^2=776.8$, $df=3$, $p<0.001$). Op 11- tot 12-jarige leeftijd rapporteert 77.1% van de jongens en 84.8% van de meisjes een hoge mate van steun te ervaren. Dit neemt op 17- tot 18-jarige leeftijd vervolgens af naar 41.2% bij de jongens en 35.9% bij de meisjes.



Grafiek 126: steun leerkrachten naar leeftijd en geslacht (procentueel)

In Grafiek 127 worden de prevalenties van ervaren steun naargelang opleidingsvorm weergegeven (jongens: $\chi^2=14.6$, $df=2$, $p=0.001$; meisjes: $\chi^2=23.3$, $df=2$,

$p<0.001$). Het percentage jongens dat een hoge steun ervaart van hun leerkracht is het hoogst in beroeps secundair onderwijs (50.5%) en ligt lager met vergelijkbare prevalenties in het algemeen en technisch secundair onderwijs (respectievelijk 41.9% en 41.5%). Ook voor de meisjes is de prevalentie in het beroeps secundair onderwijs het hoogst (45.8%) tegenover 37.2% in het technisch secundair en 33.5% in het algemeen secundair onderwijs.

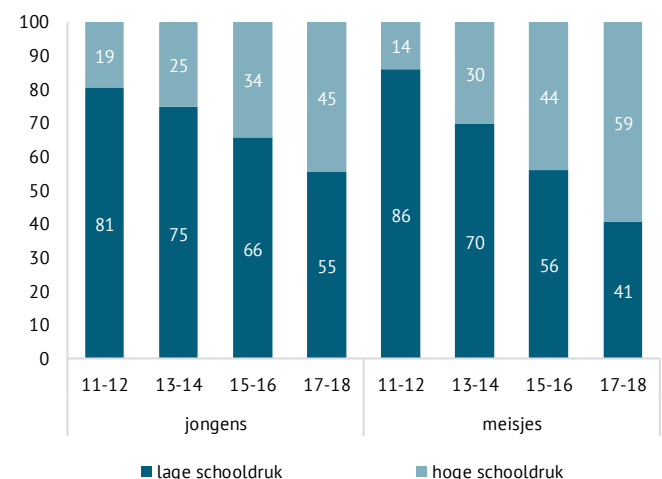


Grafiek 127: steun leerkrachten naar opleiding en geslacht (procentueel)

SCHOOLDRUK

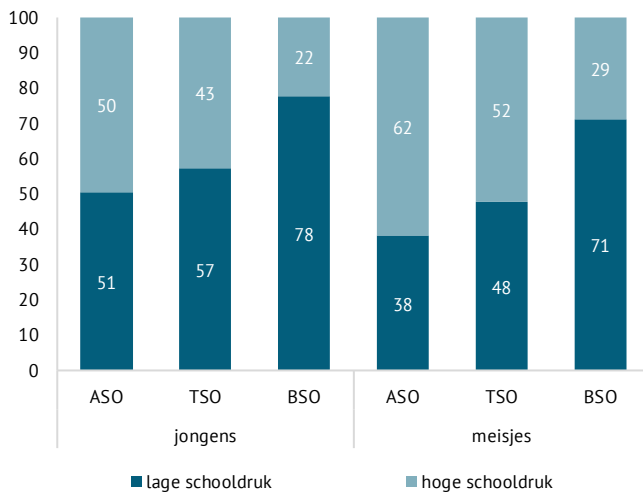
In 2018 rapporteert 30.7% van de jongens en 36.3% van de meisjes een hoge schooldruk te ervaren. Dit zijn significant meer meisjes dan jongens ($\chi^2=37.7$, $df=1$, $p<0.001$).

De prevalentie van een hoge schooldruk vertoont een stijgende trend naarmate men ouder wordt (Grafiek 128). Bij de jongens bedraagt de prevalentie 19.4% bij de 11- tot 12-jarigen en 44.6% bij de 17- tot 18-jarigen ($\chi^2=198.1$, $df=3$, $p<0.001$). Bij de meisjes neemt de prevalentie toe van 13.9% op 11- tot 12-jarige leeftijd naar 59.3% op 17- tot 18-jarige leeftijd ($\chi^2=577.3$, $df=3$, $p<0.001$).



Grafiek 128: schooldruk naar leeftijd en geslacht (procentueel)

Zoals blijkt uit **Grafiek 129** is er zowel bij de jongens als bij de meisjes een significant verschil in de prevalentie van schooldruk tussen de diverse opleidingsvormen (jongens: $\chi^2=119.3$, $df=2$, $p<0.001$; meisjes: $\chi^2=155.6$, $df=2$, $p<0.001$). Meer jongens uit het algemeen (49.5%) en het technisch secundair onderwijs (42.7%) geven aan een hogere schooldruk te ervaren ten opzichte van het beroeps secundair onderwijs (22.2%). Bij de meisjes is er een vergelijkbaar patroon waar te nemen. In het algemeen secundair onderwijs geeft 61.8% aan een hoge schooldruk te ervaren, gevolgd door het technisch secundair onderwijs met 52.3%. De laagste prevalentie wordt geobserveerd in het beroeps secundair onderwijs en bedraagt 28.8%.

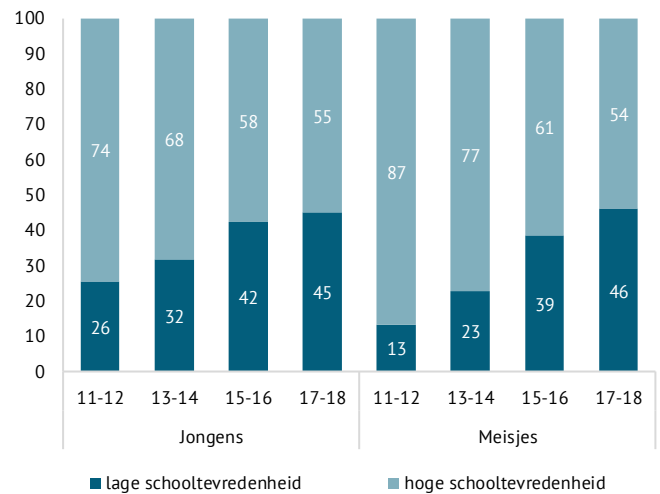


Grafiek 129: schooldruk naar opleiding en geslacht (procentueel)

SCHOOLTEVREDENHEID

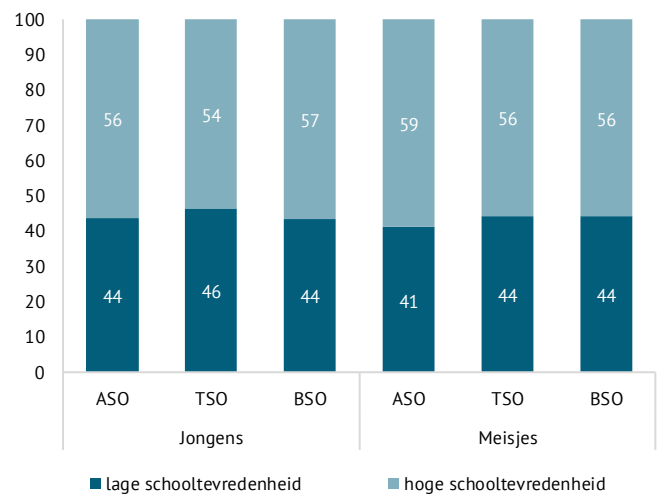
De prevalentie van een hoge schooltevredenheid bedraagt 63.9% bij de jongens en ligt op 69.9% significant hoger bij de meisjes ($\chi^2=42.4$, $df=1$, $p<0.001$).

In **Grafiek 130** worden de prevalenties van schooltevredenheid naargelang leeftijd weergegeven voor beide geslachten (jongens: $\chi^2=127.3$, $df=3$, $p<0.001$; meisjes: $\chi^2=375.8$, $df=3$, $p<0.001$). De prevalentie van een hoge schooltevredenheid is het hoogst bij de jongens en de meisjes op 11- tot 12-jarige leeftijd (respectievelijk 74.4% en 86.6%) en vertoont een dalende trend naarmate men ouder wordt met een opvallende afname op 15- tot 16-jarige leeftijd.



Grafiek 130: schooltevredenheid naar leeftijd en geslacht (procentueel)

Zoals blijkt uit **Grafiek 131** zijn er naargelang opleidingsvorm geen verschillen op te merken tussen beide geslachten (jongens: $\chi^2=1.9$, $df=2$, $p=0.386$; meisjes: $\chi^2=2.5$, $df=2$, $p=0.284$). Het percentage jongens dat een hoge schooltevredenheid ervaart is het laagst in het technisch secundair onderwijs (53.6%). Dit verschil is echter niet significant ten opzichte van de prevalenties in het algemeen secundair en het beroeps secundair onderwijs (respectievelijk 56.3% en 56.5%). Bij de meisjes ligt de prevalentie het hoogst in het algemeen secundair onderwijs (58.9%), maar dit verschil is evenmin significant ten opzichte van de prevalenties in het technisch secundair en beroeps secundair onderwijs (respectievelijk 55.8% en 55.9%).



Grafiek 131: schooltevredenheid naar opleiding en geslacht (procentueel)

VRIENDEN

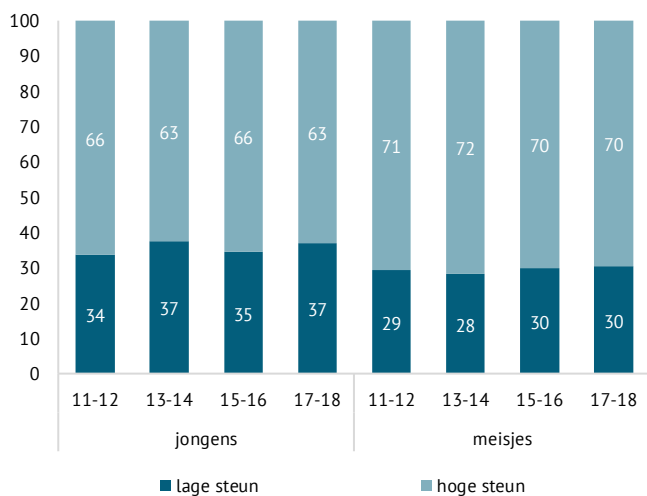
METHODOLOGIE

Om zicht te krijgen op de steun die jongeren van hun vrienden krijgen werden vier stellingen voorgesteld: 'mijn vrienden proberen mij echt te helpen', 'als iets verkeerd loopt, kan ik op mijn vrienden rekenen', 'ik heb vrienden met wie ik mijn goede en slechte momenten kan delen' en 'ik kan met mijn vrienden over mijn problemen praten'. De antwoordmogelijkheden varieerden op een zeven puntenschaal van 'helemaal niet mee eens' tot 'helemaal mee eens'. Op basis van de antwoorden op deze vier items werd vervolgens per jongere het gemiddelde berekend. In de analyses werd een onderscheid gemaakt tussen jongeren die een hoge mate van steun ervaren (score ≥ 5.5) en jongeren die weinig steun van hun vrienden krijgen (score < 5.25).

STEUN VRIENDEN

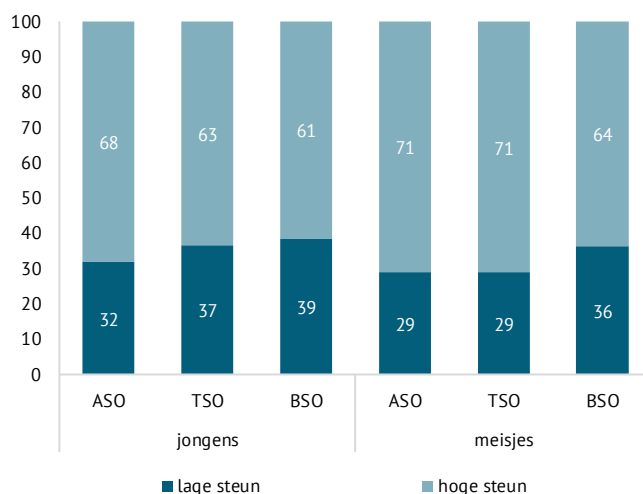
Het percentage meisjes dat aangeeft een hoge mate van steun te ervaren ligt significant hoger op 70.3% tegenover 64.5% bij de jongens ($\chi^2=40.5$, $df=1$, $p<0.001$).

In **Grafiek 132** worden de prevalenties van steun naargelang leeftijd gerapporteerd afzonderlijk voor de jongens en de meisjes. Het percentage jongens dat aangeeft een hoge mate van steun te ervaren is over alle leeftijden heen vergelijkbaar ($\chi^2=5.6$, $df=3$, $p=0.135$). Bij de meisjes worden evenmin verschillen waargenomen naargelang leeftijd ($\chi^2=1.4$, $df=3$, $p=0.706$).



Grafiek 132: steun vrienden naar leeftijd en geslacht (procentueel)

Er worden daarentegen wel verschillen geobserveerd naargelang opleidingsvorm zoals blijkt uit **Grafiek 133** (jongens: $\chi^2=8.3$, $df=2$, $p=0.016$; meisjes: $\chi^2=10.0$, $df=2$, $p=0.007$). Bij de jongens is een hoge mate van steun het meest prevalent in het algemeen secundair onderwijs (68.1%) en het minst prevalent in het beroeps secundair onderwijs (61.4%). Bij de meisjes is de prevalentie eveneens het laagst in het beroeps secundair onderwijs (63.7%) en vergelijkbaar in het algemeen (71.0%) en het technisch secundair onderwijs (71.1%).



Grafiek 133: steun vrienden naar opleiding en geslacht (procentueel)

CONCLUSIE SOCIALE CONTEXT

Familie

In 2018 ervaart een meerderheid van de Vlaamse jongeren een hoge mate van steun van het gezin, al ligt de prevalentie iets hoger bij de jongens (72.9%) in vergelijking met de meisjes (67.9%). Naarmate de jongeren ouder worden, neemt de prevalentie echter af. De resultaten naar opleidingsvorm doen besluiten dat vooral jongeren uit het algemeen secundair onderwijs meer steun ervaren.

Het aandeel jongeren dat een hoge mate van steun ervaart is het laagst in het beroeps secundair onderwijs en vrijwel vergelijkbaar in het algemeen secundair en het technisch secundair onderwijs

School

Een meerderheid van de jongeren (ca. 65%) geeft aan in hoge mate steun te ervaren van hun klasgenoten en leerkrachten, maar dit neemt af naarmate men ouder wordt. Verder blijken er naargelang opleidingsvorm ook verschillen te bestaan. De jongeren uit het algemeen secundair onderwijs rapporteren het meest frequent steun van hun klasgenoten te ervaren, terwijl bij de jongeren uit het beroeps secundair onderwijs de ervaren steun van de leerkrachten het meest prevalent is.

In termen van schooldruk is er een duidelijk geslachtsverschil op te merken, namelijk meer meisjes dan jongens geven aan een hoge schooldruk te ervaren (jongens: 30.7%, meisjes: 36.3%). De prevalentie van een hoge schooldruk neemt bovendien beduidend toe met de leeftijd en dit zowel bij de jongens als bij de meisjes. Naargelang opleidingsvorm blijken vooral de jongeren uit het algemeen secundair en het technisch secundair onderwijs een hoge schooldruk te ervaren en in mindere mate door jongeren uit het beroeps secundair onderwijs.

Iets meer meisjes (69.9%) dan jongens (63.9%) rapporteren een hoge schooltevredenheid te ervaren. Het aandeel jongens en meisjes dat een hoge schooltevredenheid ervaart, is het hoogst bij de jongste leeftijdsgroep en het laagst op 15- tot 16-jarige leeftijd. Verschillen naargelang opleidingsvorm worden niet waargenomen.

Vrienden

In 2018 geeft 64.5% van de jongens aan in hoge mate steun te ervaren van hun vrienden, bij de meisjes ligt dit iets hoger op 70.3%. Overheen de verschillende leeftijdsgroepen zijn er geen verschillen in de prevalentie van steun op te merken maar wel naargelang opleidingsvorm.

DEEL 6

CONTEXTUALISERING

IN DIT HOOFDSTUK

In dit hoofdstuk contextualiseren we de bevindingen uit Deel 3 tot en met Deel 5 door enerzijds te kijken naar trends binnen de Vlaamse context en door anderzijds de resultaten in een internationaal perspectief te plaatsen.

CONTEXTUALISERING VLAANDEREN

TRENDS

De studie Jongeren en Gezondheid tracht inzicht te bieden in de evoluties in gezondheid en gezondheidsgedragingen van jongeren om op die manier over de nodige informatie te beschikken voor de verdere uitbouw van gezondheidsbevorderende interventies. In Deel 3 tot en met Deel 5 werd voor iedere gezondheidsuitkomst reeds de vergelijking gemaakt tussen 2014 en 2018. In dit hoofdstuk wordt er gekeken naar trends over een langere periode.

Tabel 98 en Tabel 99 presenteren trends in de gezondheid en gezondheidsgedragingen van Vlaamse jongeren voor de periode 2006 tot en met 2018. We stellen een aantal positieve evoluties vast. Ten eerste duiden de cijfers op een *toename in de levenstevredenheid* bij jongens en meisjes doorheen de tijd ($p < 0.001$). De gunstige evolutie is vooral duidelijk wanneer de prevalenties vergeleken worden met 2014, toen een significante daling werd vastgesteld in de levenstevredenheid van Vlaamse jongeren (jongens: $\chi^2=95.8$, $df=1$, $p < 0.001$; meisjes: $\chi^2=111.9$, $df=1$, $p < 0.001$). Ten tweede observeren we, zowel bij de jongens als bij de meisjes, een *toename in het aandeel jongeren dat de beweegnorm haalt* ($p > 0.001$). In 2006 bedroegen de prevalenties 17.7% bij de jongens en 10.4% bij de meisjes, tegenover 21.3% en 13.7% in 2018. Er blijft echter op dit vlak nog veel verbeteringspotentieel. Ten derde wijzen de cijfers op een *positieve evolutie in de voedselconsumptie* van Vlaamse jongeren. Waar er in 2010 en 2014 sprake was van een terugval in het percentage jongeren dat dagelijks fruit en groenten consumeert, zien we in 2018 een duidelijke toename. Met percentages van 32.8% dagelijkse fruitconsumptie en 56.8% dagelijkse groenteconsumptie voor de jongens scoort 2018 hoger dan het jaartal 2006, toen de percentages respectievelijk 29.3% en 51.2% bedroegen (alle $p < 0.001$). Gunstige trends zijn ook te zien bij de meisjes: in 2018 gaf 42.2% aan dagelijks fruit en 66.9% dagelijks groenten te consumeren ten opzichte van respectievelijk 40.4% en 64.0% in 2006 (fruit: $p=0.052$; groenten: $p < 0.010$). Ook voor wat betreft dagelijkse frisdrankconsumptie en waterconsumptie duiden de cijfers op een positieve trend. Zowel bij de jongens als bij de meisjes zien we een verdere afname in het aandeel jongeren dat dagelijks frisdrank drinkt ($p < 0.001$) en een toename in het aandeel jongeren dat dagelijks water drinkt ($p < 0.001$). Deze gunstige evolutie is iets sterker uitgesproken voor de jongens dan voor de meisjes. Ten vierde stellen we vast dat het percentage meisjes dat *zichzelf als te dik percipieert in 2018 lager ligt* dan in de voorgaande jaren ($p < 0.010$).

Bij de jongens is er geen significante trend waarneembaar ten opzichte van voorgaande jaren ($p=0.771$). Ten vijfde schetsen de cijfers een *positief verhaal voor wat betreft het drank-, drug- en rookgedrag* van jongeren. De meest gunstige evolutie doet zich voor bij het percentage jongeren dat ooit tabak gerookt heeft. Bij deze indicator stellen we een daling vast van 18.9% bij de jongens ($p < 0.001$) en een daling van 17.7% bij de meisjes ($p < 0.001$) wanneer we 2018 vergelijken met 2006. Ook het percentage jongens en meisjes dat wekelijks bier, wijn, sterke drank of alcopops drinkt is stelselmatig afgenomen sinds 2006 (alle $p < 0.001$). Tot slot merken we op dat het percentage jongeren dat ooit cannabis gebruikt heeft een terugval kent van 6% doorheen de tijd ($p < 0.001$).

Naast de positieve evoluties, zijn er ook negatieve trends die bijzondere aandacht verdienen. De cijfers duiden op een *toename in een aantal mentale gezondheidsproblemen*. Zo zien we dat het percentage meisjes dat zich meermaals per weeks humeurig voelt, zenuwachtig voelt of slaapproblemen ervaart, toegenomen is met respectievelijk 10.2%, 8.0% en 9.3% wanneer we de vergelijking maken tussen 2018 en 2006 (alle $p < 0.001$). Ook bij de jongens stellen we eenzelfde trend vast, maar in mindere mate. Voor hen observeren we een toename van respectievelijk 5.8%, 4.2% en 6.4% doorheen de tijd (alle $p < 0.001$). Omdat het hier over een zorgwekkende evolutie gaat, bekijken we deze trends nog wat meer in detail en bestuderen we de evoluties in humeurigheid, zenuwachtigheid en slaapproblemen naar gelang leeftijd en geslacht en naar gelang opleidingsvorm en geslacht (zie onder de tabellen). Een uitgebreid overzicht van evoluties naar gelang leeftijd en geslacht en naar gelang opleidingsvorm en geslacht voor alle gezondheidsuitkomsten en -gedragingen is als bijlage toegevoegd.

Tabel 98: evolutie in gezondheid en welzijn naargelang geslacht (procentueel)

Gezondheid en welzijn		2006	2010	2014	2018	Significantie trend	
						2014 - 2018	2006 - 2018
<i>Hoge levenstevredenheid</i>	J	91.3	91.1	89.1	94.4	p<0.001	p<0.001
[score ≥ 6]	M	88.9	89.1	84.4	91.3	p<0.001	p<0.001
<i>Hoge levenskwaliteit</i>	J	93.2	89.5	90.9	94.6	p<0.001	p<0.001
[score ≥ 38]	M	89.7	85.4	85.1	88.5	p<0.001	p<0.050
<i>Zelfmoordgedachten</i>	J	14.9	14.8	11.1	13	p<0.001	p=0.057
[score ≥ 2 keer]	M	20.6	19.8	21.8	22.1	p=0.091	p=0.141
<i>Zelfbeschadigend gedrag</i>	J	9.4	9.1	8	8	p=0.371	p<0.010
[score ≥ 1 keer]	M	21.6	17.9	23.2	20.8	p<0.010	p=0.285
<i>Zelf-gerapporteerde gezondheid</i>	J	15.6	18.8	16.8	15.3	p<0.001	p=0.480
[redelijk tot slecht]	M	21.2	25.5	24.2	19.5	p<0.001	p=0.497
<i>Hoofdpijn</i>	J	10.7	11.2	14.7	8.2	p<0.001	p<0.001
[meermaals per week]	M	17.3	19.8	23.4	16.3	p<0.001	p=0.076
<i>Buikpijn</i>	J	6.5	6.9	9.8	5.4	p<0.001	p<0.050
[meermaals per week]	M	11.4	12.4	15.5	10.3	p<0.001	p<0.050
<i>Rugpijn</i>	J	10.3	10.5	14.5	10.4	p<0.001	p=0.456
[meermaals per week]	M	12	13.9	17.9	14.4	p<0.001	p<0.001
<i>Humeurigheid</i>	J	12.1	10.8	13.4	17.9	p<0.001	p<0.001
[meermaals per week]	M	14.7	13.6	19.1	24.9	p<0.001	p<0.001
<i>Zenuwachtigheid</i>	J	14	13.1	16.1	18.2	p<0.001	p<0.001
[meermaals per week]	M	17	16.9	21.6	25	p<0.001	p<0.001
<i>Slaapmoeilijkheden</i>	J	17.3	17.3	20.5	23.7	p<0.001	p<0.001
[meermaals per week]	M	20.3	20.5	24.6	29.6	p<0.001	p<0.001
<i>Duizeligheid</i>	J	5.4	5.8	9.1	6.8	p<0.001	p<0.050
[meermaals per week]	M	8.5	9.4	13	10.2	p<0.001	p<0.050
<i>Futloosheid</i>	J	13.7	7.9	9	10.7	p<0.001	p<0.001
[meermaals per week]	M	17.5	11	15.5	17.4	p<0.001	p=0.468
<i>Medicatie hoofdpijn</i>	J	27.4	32.7	32	33.2	p<0.001	p<0.001
[wel medicatiegebruik]	M	38.8	45.5	43.8	44.2	p<0.001	p<0.001
<i>Medicatie buikpijn</i>	J	15.9	20.3	20.9	24.2	p<0.001	p<0.001
[wel medicatiegebruik]	M	33.5	39.9	37.1	40.9	p<0.001	p<0.001
<i>Medicatie zenuwachtigheid</i>	J	3.6	6.1	6.5	5.7	p<0.001	p<0.001
[wel medicatiegebruik]	M	3.3	5.9	4.5	5.6	p<0.001	p<0.001
<i>Medicatie slaapmoeilijkheden</i>	J	3.5	5.6	6.8	6.3	p<0.001	p<0.001
[wel medicatiegebruik]	M	3.4	5.8	4.9	6.3	p<0.001	p<0.001

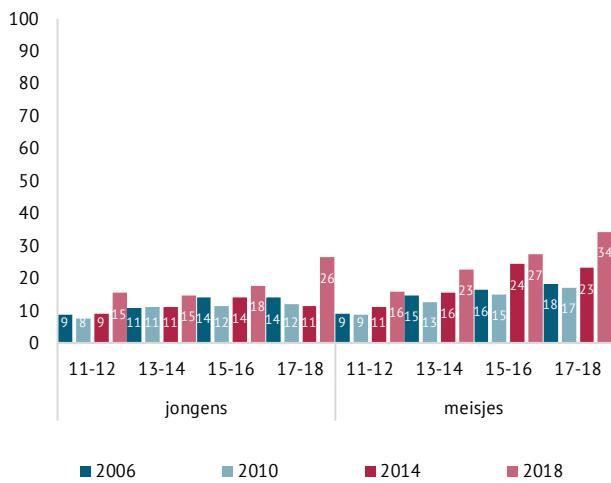
Tabel 99: evolutie in gezondheidsgedragingen naargelang geslacht (procentueel)

Gezondheidsgedragingen		2006	2010	2014	2018	Significantie trend	
						2014 - 2018	2006 - 2018
<i>Beweging</i>	J	17.7	17.7	17.4	21.3	p<0.001	p<0.001
[haalt bewegingsnorm]	M	10.4	10.5	10	13.7	p<0.001	p<0.001
<i>Sedentair gedrag</i>	J	10.5	10.1	10.5	6.6	p<0.001	p<0.001
[haalt norm schermtijd]	M	14.7	14.6	11.6	9.1	p<0.001	p<0.001
<i>Fruitconsumptie</i>	J	29.3	22.4	22.4	32.8	p<0.001	p<0.001
[dagelijks]	M	40.4	33.1	34.1	42.2	p<0.001	p=0.052
<i>Groenteconsumptie</i>	J	51.2	47.7	47.8	56.8	p<0.001	p<0.001
[dagelijks]	M	64	60.8	59.2	66.9	p<0.001	p<0.010
<i>Frisdrankconsumptie</i>	J	47.1	38.9	36.9	28.5	p<0.001	p<0.001
[dagelijks]	M	34.7	29.1	26.1	19.7	p<0.001	p<0.001
<i>Waterconsumptie</i>	J	-	65.1	68.9	83.4	p<0.001	-
[dagelijks]	M	-	76.5	79.7	89.4	p<0.001	-
<i>Ontbijtfrequentie</i>	J	71.4	72	70.6	68.8	p<0.010	p<0.001
[dagelijks]	M	66.7	69.1	65.9	67.1	p<0.010	p=0.651
<i>Gezond eetpatroon</i>	J	-	11.7	11.9	18.6	p<0.001	-
[ja]	M	-	17.5	18.3	24.8	p<0.001	-
<i>BMI</i>	J	11.3	12.7	15.9	14	p<0.001	p<0.001
[overgewicht en obesitas]	M	9.5	9.5	15.8	13.5	p<0.001	p<0.001
<i>Lichaamsperceptie</i>	J	24.2	25.8	27.7	24.4	p<0.001	p=0.771
[beetje of veel te dik]	M	46.1	47	49.7	43.3	p<0.001	p<0.010
<i>Diëten</i>	J	21.5	23.4	22.7	30.2	p<0.001	p<0.001
[volgt vermageringsdieet]	M	41.7	40.9	41.9	51.6	p<0.001	p<0.001
<i>Huidige alcoholconsumptie</i>	J	-	51.4	41.5	34.3	p<0.001	-
[minstens 1x voorbije 30d]	M	-	48	37.5	36	p<0.001	-
<i>Frequentie bierconsumptie</i>	J	26.8	21.1	17.7	13.4	p<0.001	p<0.001
[wekelijks]	M	10.5	8.3	5.3	5.7	p<0.001	p<0.001
<i>Frequentie wijnconsumptie</i>	J	7	4.8	4.9	3.7	p<0.001	p<0.001
[wekelijks]	M	6.1	4.3	3	3.2	p<0.001	p<0.001
<i>Frequentie consumptie sterke drank</i>	J	9.3	7.1	6.5	4.7	p<0.001	p<0.001
[wekelijks]	M	5.9	3.9	2.7	2.7	p<0.001	p<0.001
<i>Frequentie consumptie alcopops</i>	J	8.3	5.5	5.1	3	p<0.001	p<0.001
[wekelijks]	M	5.7	3.6	2	1.7	p<0.001	p<0.001
<i>Dronkenschap</i>	J	10.1	7.7	10.2	7.3	p<0.001	p<0.001
[> 10 keer]	M	3.3	2.3	3.3	2.8	p<0.050	p=0.238

Tabel 99: vervolg

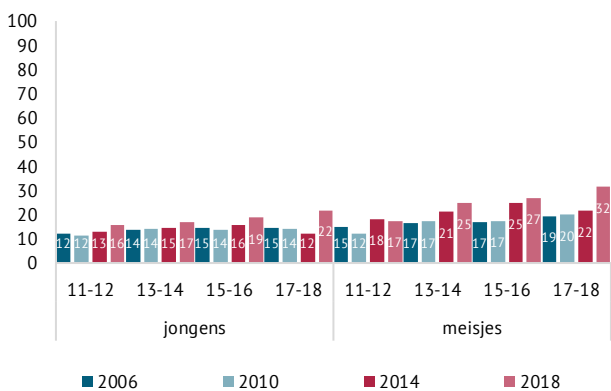
Gezondheidsgedragingen		2006	2010	2014	2018	Significantie trend	
						2014 - 2018	2006 - 2018
<i>Huidig rookgedrag</i>	J	10.9	9.7	9.4	4.3	p<0.001	p<0.001
[dagelijks]	M	8.6	6.5	5.8	2.4	p<0.001	p<0.001
<i>Ooit gerookt</i>	J	36.1	33.5	24.3	17.2	p<0.001	p<0.001
[ja]	M	31.4	27.5	19.9	13.7	p<0.001	p<0.001
<i>Huidig cannabisgebruik</i>	J	12.1	11.3	9.8	9.1	p<0.001	p<0.001
[minstens 1x voorbije 30d]	M	6.2	4.9	6.3	4.1	p<0.001	p<0.001
<i>Ooit cannabisgebruik</i>	J	23.6	21.7	19.2	16.8	p<0.001	p<0.001
[ja]	M	16	13.7	15.2	9.6	p<0.001	p<0.001
<i>Ooit geslachtsgemeenschap</i>	J	29.9	29.1	26.8	24	p<0.001	p<0.001
[ja]	M	29.1	28.7	25.2	20.2	p<0.001	p<0.001
<i>Condoomgebruik laatste seksueel contact</i>	J	61.5	58.3	50.1	52.7	p<0.001	p<0.001
[ja]	M	43.2	44.6	40.7	41.1	p<0.001	p=0.371
<i>Pilgebruik laatste seksueel contact</i>	J	73.9	76	59.1	62.6	p<0.001	p<0.001
[ja]	M	78.8	80.7	75.5	73	p<0.001	p<0.010
<i>Noodpil laatste seksueel contact</i>	J	9.6	9.6	3.4	5.6	p<0.001	p<0.010
[ja]	M	7.9	10.3	3.2	4.3	p<0.001	p<0.010
<i>Ander voorbehoedsmiddel laatste seksueel contact</i>	J	16.6	17.1	13.3	20.1	p<0.001	p<0.050
[ja]	M	18.5	17.8	13.2	18.6	p<0.001	p=0.952
<i>Geen voorbehoedsmiddel laatste seksueel contact</i>	J	10.3	12.5	19.8	11.7	p<0.001	p=0.326
[ja]	M	5.3	5.8	8.3	8.7	p<0.001	p<0.010

Grafiek 134 toont voornamelijk een sterke toename in de prevalentie van humeurigheid bij de oudste leeftijdsgroep. Bij de 17- tot 18-jarige jongens is er sprake van een toename van 13% doorheen de tijd ($\chi^2=42.3$, $df=1$, $p<0.001$) terwijl bij de 17- tot 18-jarige meisjes de toename 16% bedraagt ($\chi^2=76.5$; $df=1$; $p<0.001$).



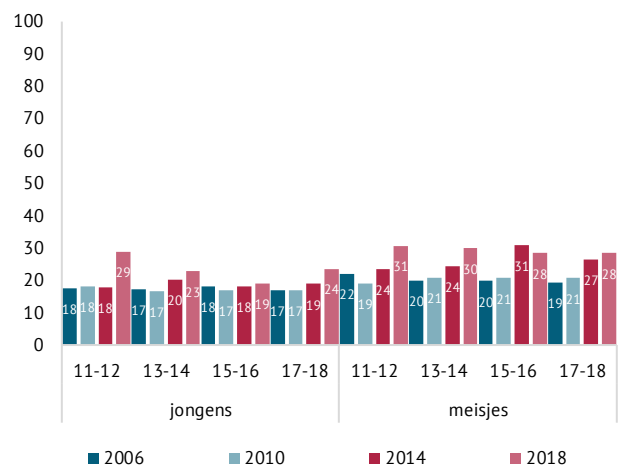
Grafiek 134: evoluties in humeurigheid naar leeftijd en geslacht (procentueel)

Ook voor zenuwachtigheid is de toename sterker in de oudste leeftijdsgroepen en dan voornamelijk bij de meisjes (**Grafiek 135**). Bij de 15- tot 16-jarige meisjes zien we een toename van 10%, waarbij de sterkste stijging werd waargenomen tussen 2010 en 2014 ($\chi^2=39.9$, $df=1$, $p<0.001$). Bij de 17- tot 18-jarige meisjes bedraagt de toename 12%, maar was de stijging het grootst tussen 2014 en 2018 ($\chi^2=45.3$, $df=1$, $p<0.001$). Bij de jongens zijn de evoluties minder uitgesproken, al is er bij de oudste leeftijdsgroep een toename van 10% in 2018 ten opzichte van 2014 ($\chi^2=32.3$, $df=1$, $p<0.001$).



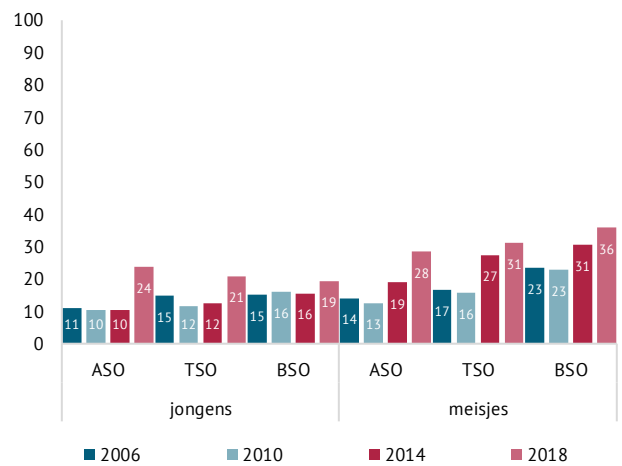
Grafiek 135: evoluties in zenuwachtigheid naar leeftijd en geslacht (procentueel)

Grafiek 136 schetst een lichtjes ander verhaal voor slaapmoeilijkheden. Bij deze indicator wordt de sterkste toename geobserveerd in de groep van 11- tot 12-jarige jongens. Waar er in eerdere jaren een stabiele trend werd vastgesteld, steeg in 2018 de prevalentie van slaapmoeilijkheden voor deze groep met 11% ($\chi^2=44.5$, $df=1$, $p<0.001$). Bij de meisjes zien we in alle leeftijdsgroepen een toename van ongeveer 9% wanneer we 2018 vergelijken met 2006 (alle $p<0.001$).



Grafiek 136: evoluties in slaapmoeilijkheden naar leeftijd en geslacht (procentueel)

Zoals weergegeven in **Grafiek 137** en **Grafiek 138** blijkt dat voor de jongens de toename in humeurigheid en zenuwachtigheid het meest uitgesproken is in het algemeen secundair onderwijs. Doorheen de tijd nam de prevalentie toe met respectievelijk 13% ($\chi^2=82.7$, $df=1$, $p<0.001$) en 11% ($\chi^2=58.2$, $df=1$, $p<0.001$). Wat betreft slaapmoeilijkheden (**Grafiek 139**), merken we op dat de toename het grootst was bij de jongens uit het beroepssecundair onderwijs ($\chi^2=6.8$, $df=1$, $p=0.009$).

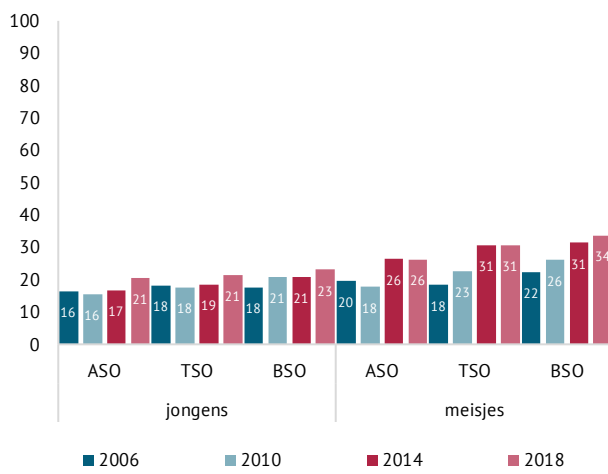


Grafiek 137: evoluties in humeurigheid naar opleiding en geslacht (procentueel)

Voor de meisjes stellen we in alle opleidingsvormen een sterke toename vast in de prevalentie van humeurigheid (**Grafiek 137**) en slaapmoeilijkheden (**Grafiek 139**). Deze toename bevestigt de negatieve trend die reeds in 2014 werd vastgesteld (alle $p<0.001$). Wanneer we tot slot kijken naar de prevalenties van zenuwachtigheid bij de meisjes (**Grafiek 138**), zien we vooral een sterke toename in het algemeen secundair ($\chi^2=20.7$, $df=1$, $p<0.001$) en het technisch secundair onderwijs ($\chi^2=39.2$, $df=1$, $p<0.001$). Deze toename kende een gradueel verloop en heeft ertoe geleid dat de verschillen in zenuwachtigheid naar opleidingsvorm in 2018 minder uitgesproken zijn dan in voorgaande jaren.



Grafiek 138: evoluties in zenuwachtigheid naar opleiding en geslacht (procentueel)



Grafiek 139: evoluties in slaapmoeilijkheden naar opleiding en geslacht (procentueel)

CONTEXTUALISERING INTERNATIONAAL

VLAANDEREN IN INTERNATIONAAL PERSPECTIEF

Doordat de studie Jongeren en Gezondheid deel uitmaakt van een internationaal consortium is het mogelijk om na te gaan of gezondheid en gezondheidsgedragingen van jongeren universeel zijn of regionaal verschillend. Verder wil de Vlaamse studie Jongeren en Gezondheid haar resultaten situeren binnen een breed internationaal perspectief. De verschillen tussen Vlaanderen en andere deelnemende landen aan de internationale HBSC studie werden uiteengezet in het internationale rapport.²¹

Internationale bevindingen

Algemeen genomen schetst het internationale rapport een aantal positieve bevindingen: jongeren uit Europa en Canada rapporteren een hoge levensvreugden, ervaren in sterke mate steun van familie en vrienden en roken minder dan voorheen. Maar er zijn ook een aantal verontrustende resultaten. Slechts de helft van alle jongeren eet dagelijks fruit en groenten, amper één op de vijf jongeren haalt de beweegnorm van 60 minuten matige fysieke activiteit per dag en alsmaar meer jongeren ervaren een hoge schooldruk. Bovendien toont het rapport aan dat een toenemend aantal jongeren een slechte mentale gezondheid rapporteert. Eén op de vier jongeren ervaart regelmatig slaapproblemen en voelt zich zenuwachtig en humeurig. Dit onderschrijft de nood aan een verdere uitbouw van initiatieven ter bevordering van de mentale gezondheid van jongeren, zeker in het licht van de huidige COVID-19-pandemie.

Het rapport onthult ook grote socio-economische verschillen. Zo rapporteren jongeren uit minder welvarende gezinnen niet alleen een slechtere gezondheid en meer risicogedragingen (zoals alcoholconsumptie, een gebrek aan fysieke activiteit en ongezonde voedingsgewoonten), maar ook beschikken ze over minder sociale middelen, zoals steun van familie en vrienden. De strijd tegen sociale ongelijkheid blijft dus prioritair voor nationale en internationale gezondheidsorganisaties (cf. Deel 7).

Tot slot wijst het rapport op grote verschillen tussen de landen. Dit toont aan dat de sociale omgevingscontext, zoals onder meer het aanbod aan gezondheidsvoorzieningen, heersende culturele waarden, het sociale zekerheidssysteem en de mate waarin de omgeving uitnodigt tot gezonde keuzes in een land, een belangrijke invloed

uitoefent op de gezondheid van jongeren. Gezondheidsbevorderende interventies moeten zich daarom niet alleen richten tot de jongeren zelf, maar ook de omgevingscontext in acht nemen.

Een volledig overzicht van de meest recente internationale cijfers is te raadplegen in het internationale rapport *'Spotlight on adolescent health and wellbeing: Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada'*. De resultaten worden gerapporteerd in drie verschillende rapporten:

- *Volume 1: key findings*
- *Volume 2: key data*
- *Volume 3: methodology annex*

Vlaanderen in vergelijking met Europa en Canada

De goede eetgewoonten van Vlaamse jongeren verklaren mogelijk de *lagere prevalentie van overgewicht en obesitas* in Vlaanderen. Terwijl in bijna één derde van de deelnemende landen het aandeel jongeren met overgewicht en obesitas sinds 2014 toegenomen is tot meer dan 25%, is het aandeel jongeren met overgewicht en obesitas in Vlaanderen relatief stabiel gebleven op 15%. In tegenstelling tot deze positieve cijfers is het *aandeel meisjes dat zichzelf als te dik beschouwt beduidend hoger in Vlaanderen* dan in andere deelnemende landen.

Vlaamse jongeren vertonen *ook minder pestgedrag* dan hun leeftijdsgenoten in vele andere landen. Dit kan er op wijzen dat de antipestcampagnes in Vlaanderen hun effect niet gemist hebben. Wat betreft cyberpesten behoort Vlaanderen zelfs tot de top vijf landen met de laagste cijfers.

De gunstige positie van Vlaanderen gaat echter niet op voor alle gezondheidsaspecten. *Het aandeel jongeren dat hun gezondheid als uitstekend beoordeelt, ligt in Vlaanderen beduidend lager* in vergelijking met het internationale gemiddelde. Vlaanderen behoort tot de top tien landen met de laagste scores en bovendien is het aandeel in Vlaanderen sinds 2014 sterk gedaald, terwijl dit op internationaal niveau vrij stabiel gebleven is.

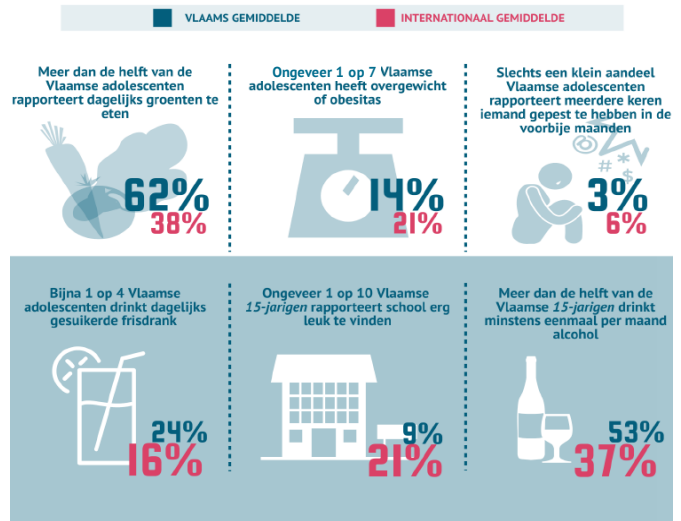
Wat betreft aspecten van mentale gezondheid, is het aandeel 13- en 15-jarigen dat zich regelmatig zenuwachtig en humeurig voelt ongeveer 5% lager dan het internationale gemiddelde, al kan je een score van 20% voor Vlaanderen niet als goed beschouwen. Daarenboven ligt het *aandeel jongeren dat regelmatig slaapproblemen ervaart beduidend hoger* in Vlaanderen dan in andere deelnemende landen, voornamelijk bij de groep van 11-jarigen. Een mogelijke oorzaak van deze hoge prevalentie van slaapproblemen is het intensief gsm-gebruik bij Vlaamse jongeren. Vlaanderen behoort tot de top tien landen waar jongeren gedurende de hele dag contact hebben met anderen via sociale media.

De resultaten voor risicogedragingen leveren geen eenduidig beeld op. Vlaanderen behoort tot de landen met het *laagste aandeel rokers onder de jongeren, maar scoort daarentegen niet goed voor wat betreft alcoholconsumptie* bij de groep van 15-jarigen. Meer dan 50% van de Vlaamse jongeren in deze leeftijdsgroep gaf aan in de afgelopen maand alcohol gedronken te hebben, tegenover een internationaal gemiddelde van 40%. Voor wat beweging betreft, ligt het percentage Vlaamse jongeren dat voldoet aan de beweegnorm van 60 minuten matige fysieke activiteit in lijn met het internationale gemiddelde van ongeveer 20%.

Tot slot staat Vlaanderen voor een belangrijke uitdaging voor wat betreft de schoolbeleving van jongeren. Hoewel Vlaamse jongeren minder schooldruk ervaren dan het internationale gemiddelde, *rapporteren ze een lagere schooltevredenheid* dan hun leeftijdsgenoten in vele andere landen. In de leeftijdsgroep van 15-jarigen behoort Vlaanderen tot de top drie laagst scorende landen. In **Figuur 1** worden enkele van deze resultaten meer in detail uitgelicht.

VLAANDEREN IN EEN INTERNATIONALE CONTEXT

Vlaamse adolescenten scoren significant beter dan hun internationale leeftijdsgenoten voor bepaalde aspecten van gezondheid, terwijl ze het voor andere aspecten net minder goed doen. Onderstaand een selectie van enkele opmerkelijke bevindingen.



EEN FOCUS OP MENTAAL WELBEVINDEN



Figuur 1: infografiek Vlaanderen in internationaal perspectief

DEEL 7

SOCIALE ONGELIJKHEID

IN DIT HOOFDSTUK

Onderzoek wijst op het bestaan van sociale ongelijkheid in de gezondheid en gezondheidsgedragingen van jongeren: jongeren uit lagere sociaal economische klassen lopen doorgaans een hoger risico op gezondheidsproblemen en vertonen meer risicogedragingen dan jongeren uit hogere sociaal economische klassen.^{22,23} Bovendien duiden recente studies op een toename in gezondheidsongelijkheden bij jongeren.^{24,25} Dit onderschrijft het belang van beleidsinitiatieven, gericht op het reduceren van systematische gezondheidsverschillen.

Om deze beleidsinitiatieven vorm te geven, is er nood aan onderzoek dat de evoluties in gezondheidsongelijkheden bij jongeren verder monitort en onderliggende mechanismen identificeert vanuit een internationaal perspectief. Vanuit deze opzet heeft het Vlaamse onderzoeksteam van de studie Jongeren en Gezondheid een reeks studies uitgevoerd die trachten een verklaring te formuleren voor de (evoluties in) sociale ongelijkheid in gezondheid en gezondheidsgedragingen van jongeren. In dit eindrapport worden de voornaamste conclusies van deze studies samengevat.

MONITORING VAN (EVOLUTIES IN) SOCIALE ONGELIJKHEID

EVOLUTIE IN SOCIALE ONGELIJKHEID IN GEZONDHEID EN GEZONDHEIDSGEDRAGINGEN VAN VLAAMSE ADOLESCENTEN: EEN INTERNATIONAAL PERSPECTIEF 2002-2014

Achtergrond

Onderzoek naar gezondheidsongelijkheden bij adolescenten toont aan dat gezondheidsproblemen doorgaans vaker voorkomen bij adolescenten met een lagere socio-economische status in vergelijking met hun leeftijdsgenoten met een hogere socio-economische status.²⁶ Hoewel gezondheidsongelijkheden tussen socio-economische groepen goed gedocumenteerd zijn, gingen slechts een beperkt aantal studies na hoe deze gezondheidsongelijkheden evolueren doorheen de tijd. Bovendien zijn de uitgevoerde studies vooral gericht op gezondheid en in mindere mate op gezondheidsgedragingen en worden inconsistente bevindingen gerapporteerd. Enerzijds toonde een studie aan dat de ongelijkheid in gezondheidsklachten bij adolescenten de afgelopen decennia stabiel is gebleven.²⁷ Anderzijds concludeerden Elgar en collega's dat de ongelijkheden in de subjectieve gezondheid, BMI en fysieke activiteit van adolescenten tussen 2002 en 2010 groter werden en recentere bevindingen wezen ook op een toename van de ongelijkheden in de subjectieve gezondheid van adolescenten tussen 2002 en 2014.²⁵ Dat socio-economische ongelijkheden in de gezondheid van adolescenten groter worden, is verontrustend. Men kan immers verwachten dat deze ongelijkheden zich ook op volwassen leeftijd verderzetten en bovendien transactionele effecten zullen hebben op armoede en levenskansen van toekomstige generaties.

Daarnaast tracht onderzoek hoofdzakelijk socio-economische ongelijkheden in de gezondheid van adolescenten te verklaren op basis van verschillen in materiële middelen (bv. inkomen, materiële deprivatie) of door de nadruk te leggen op materiële componenten vervat in opleiding en beroep (d.i. inkomen verworven via beroep waarbij hoger opgeleiden doorgaans een hoger inkomen hebben).^{28,29} Op basis van Bourdieu's concept van cultureel kapitaal is in moderne welvaartsstaten recent echter het belang gegroeid voor het meten van immateriële middelen, aangezien dit andere aspecten van socio-economische status meet die bovendien

een verschillend effect hebben op gezondheid.^{30,31} Cultureel kapitaal verwijst naar vaardigheden, normen en kennis die verworven worden via sociale leerprocessen en scholing en die individuen in staat stelt om specifieke keuzes te maken met betrekking tot de leefstijl en het gedrag.³² Volgens de Nederlandse sociaal-epidemioloog Johan Pieter Mackenbach hebben deze immateriële middelen aan belang gewonnen doorheen de tijd, aangezien gezondheid en gezondheidswinst vooral bepaald wordt door gedrag en leefstijl in moderne welvaartsstaten.^{31,33} Immateriële middelen vormen zo de belangrijkste bron van ongelijkheid. Immers, verschillen in socialisatie- en leerprocessen hebben geleid tot variaties in immateriële middelen tussen jongeren uit verschillende sociale klassen. Verschillen in gezondheid vloeien dus niet alleen voort uit verschillen in materiële middelen, maar ook uit verschillen in immateriële middelen (bv. gezondheidsgerelateerde waarden, normen en competenties).³⁰ Vanuit die optiek is het belangrijk om onderzoek te voeren naar (evoluties in) gezondheid en gezondheidsgedragingen bij jongeren, waarbij zowel aandacht wordt geschonken aan de rol van materiële als immateriële verschillen.

Doel

Om aan de kennislague tegemoet te komen en om Mackenbachs^{31,33} hypothese te testen dat immateriële middelen belangrijker zijn geworden doorheen de tijd, onderzochten we de evolutie in materiële en immateriële ongelijkheden in een breed scala aan gezondheidsuitkomsten (levenstevredenheid, psychologische gezondheid en fysieke gezondheid) en gezondheidsgedragingen (fysieke activiteit, schermtijd, ontbijtfrequentie, consumptie van groenten, fruit, gesuikerde frisdrank en zoete snacks en gebruik van tabak en alcohol) over een periode van twaalf jaar. Materiële ongelijkheid werd gemeten aan de hand van de *family affluence scale* (cf. Deel 2). Dit is een index die de materiële rijkdom van het gezin in kaart brengt (onder meer door te peilen naar het aantal computers, het aantal badkamers, het aantal

auto's en het aantal buitenlandse reizen). Immateriële ongelijkheid werd gemeten aan de hand van de beroepsstatus van beide ouders. Om de doelstelling te realiseren, werd gebruik gemaakt van data van 480.346 adolescenten uit 23 landen (België [Vlaanderen en Wallonië], Denemarken, Estland, Finland Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Macedonië, Nederland, Noorwegen, Oekraïne, Oostenrijk, Polen, Portugal, Rusland, Schotland, Slovenië, Spanje, Wales en Zweden), die opeenvolgend deelnamen aan de HBSC-studies in 2001/2002, 2005/2006, 2009/2010 en 2013/2014. Multilevel lineaire en logistische regressie-analyses werden uitgevoerd.

Bevindingen

Internationaal

Algemeen genomen toonde de studie aan dat materiële ongelijkheden in gezondheid en gezondheidsgedragingen stabiel zijn gebleven of zelfs zijn afgenomen voor sommige gezondheidsindicatoren (levenstevredenheid, fysieke gezondheid, schermtijd, fruitconsumptie en gesuikerde frisdrankconsumptie) tussen 2002 en 2014. Deze bevindingen verschillen van eerder onderzoek waarin een toename in materiële ongelijkheden in mentale en fysieke gezondheid tussen 2002 en 2010 werd gerapporteerd.²⁴ Daarentegen wezen de resultaten op een toename in immateriële ongelijkheden in vrijwel alle gezondheidsgedragingen (fysieke activiteit, schermtijd, ontbijtfrequentie, fruit-, groente- en gesuikerde frisdrankconsumptie en tabak- en alcoholgebruik), terwijl immateriële ongelijkheden in de gezondheidsuitkomsten stabiel bleven doorheen de tijd. Deze bevinding bevestigt onze vermoedens en ligt in lijn met Mackenbachs hypothese omtrent het belang van cultureel kapitaal voor de verklaring van de toename in gezondheidsongelijkheden. Mackenbach veronderstelde dat met het toegenomen belang van gedrag voor gezondheidswinst, immateriële middelen zoals vaardigheden, normen en kennis belangrijker geworden zijn doorheen de tijd, omdat ze een individu in staat stellen gezonde leefstijlkeuzes na te streven en gezondheidsproblemen te voorkomen.³¹ Onze resultaten toonden inderdaad aan dat adolescenten met meer immateriële middelen ter beschikking steevast gezondere gedragingen stelden in vergelijking met hun leeftijdsgenoten met minder immateriële middelen. Dit duidt er op dat de toename in gezondheidsongelijkheden het gevolg is van bestaande verschillen in immateriële middelen – als gevolg van verschillen in sociale leerprocessen en scholing – tussen jongeren met een verschillende socio-economische achtergrond. De bevinding dat immateriële ongelijkheden in de gezondheidsuitkomsten stabiel zijn gebleven doorheen de tijd is opmerkelijk en geeft aan dat de gezondheid van adolescenten zelf nog niet beïnvloed wordt door verschillen in immateriële

middelen tussen groepen. Het is echter waarschijnlijk dat systematische verschillen in gezondheidsgedragingen uiteindelijk ook zullen leiden tot verschillen in gezondheid op latere leeftijd.³⁴

Vlaanderen

Om zicht te krijgen op de situatie in Vlaanderen werden de analyses uit de internationale studie herhaald op uitsluitend Vlaamse data (N=19.173 adolescenten). De resultaten voor de Vlaamse jongeren weken op verschillende punten af van de internationale bevindingen.

In eerste instantie werd er een toename vastgesteld in de materiële ongelijkheid in fysieke activiteit tussen 2002 en 2014, tegenover een afname in de materiële ongelijkheid in groenteconsumptie. Bovendien zijn immateriële ongelijkheden in alle gezondheidsindicatoren stabiel gebleven, met uitzondering van een toename in groenteconsumptie en een afname in fysieke gezondheid. Opvallend is ook dat de omvang van de ongelijkheden in Vlaanderen groter is in termen van immateriële ongelijkheden, terwijl de omvang van de materiële ongelijkheden in Vlaanderen vergelijkbaar is of zelfs lager ligt dan de internationale resultaten. Hoewel verschillen in immateriële middelen deze stabiele trends in Vlaanderen niet kunnen verklaren, zijn ze wel de belangrijkste bron voor de uitgesproken omvang van gezondheidsongelijkheden in Vlaanderen. Dit bevestigt eerder onderzoek naar sociale gelijkheden in eetgedrag bij Vlaamse adolescenten, waarin werd aangetoond dat verschillen in cultureel kapitaal in belangrijke mate bijdroegen tot de verklaring van gezondheidsongelijkheden in eetgedrag van adolescenten.³⁵

SAMENGEVAT

Deze studie wees op een **toename in immateriële ongelijkheden in gezondheidsgedragingen** bij jongeren op internationaal niveau. In Vlaanderen daarentegen, zijn gezondheidsongelijkheden – zowel materiële als immateriële – veelal **stabiel gebleven**. Opvallend hierbij is wel dat **immateriële ongelijkheden in gezondheid en gezondheidsgedragingen bij Vlaamse jongeren veel groter zijn dan het internationale gemiddelde**, terwijl materiële ongelijkheden in dezelfde lijn liggen van het internationale gemiddelde. De bevindingen **bevestigen het toegenomen belang van cultureel kapitaal (d.i. vaardigheden, normen en kennis) in de verklaring van sociale ongelijkheden** in gezondheidsgedragingen bij jongeren, zowel in de internationale als in de Vlaamse context.

COLOFON

De beschrijving is gebaseerd op volgende studie: [Dierckens M](#), Richter M, Moor I, Elgar F, Clays E, [Deforche B](#), [De Clercq B](#). Trends in adolescent health inequalities: a 12-year study in 23 countries (onder revisie) en is beschikbaar op aanvraag.

GEORGANISEERDE VRIJETIJDSDACTIVITEITEN EN MENTALE GEZONDHEID VAN ADOLESCENTEN IN DE CONTEXT VAN SOCIALE ONGELIJKHEID

Achtergrond

Vrije tijd vormt een belangrijk onderdeel van het dagelijkse leven van jongeren en draagt bij tot hun algemeen welzijn.³⁶ Er bestaan verschillende vormen van vrijetijdsactiviteiten, gaande van informele activiteiten in ongestructureerd verband tot georganiseerde vrijetijdsactiviteiten, zoals sportverenigingen, jeugdbewegingen en kunstacademies. Eerdere studies hebben aangetoond dat deelname aan vrijetijdsactiviteiten gerelateerd is aan betere schoolpresentaties³⁷ en een betere gezondheid³⁸, maar dat de mate waarin jongeren deelnemen ongelijk verdeeld is tussen de verschillende sociale klassen. Algemeen genomen hebben jongeren uit meer welvarende families een grotere kans om deel te nemen aan vrijetijdsactiviteiten, dan jongeren uit minder welvarende families.³⁹ Er is daarentegen een gebrek aan studies die sociale ongelijkheid in deelname aan vrijetijdsactiviteiten bestuderen vanuit een landenvergelijkend perspectief. Met andere woorden, bestaand onderzoek gaat voorbij aan het feit dat klassenverschillen in vrijetijdsbesteding gevormd kunnen worden door de omgeving waarin jongeren opgroeien.

Doel

De studie had als doel cross-nationale verschillen in ongelijkheden in vrijetijdsbestedingen in kaart te brengen. Er werd gefocust op zes verschillende vrijetijdsactiviteiten: sport in clubverband, individuele sportactiviteiten, kunstacademie, jeugdbeweging, naschoolse verenigingen en religieuze activiteiten. Ongelijkheid werd gemeten aan de hand van de *family affluence scale* (cf. Deel 2). Dit is een index die de materiële rijkdom van het gezin in kaart brengt (onder meer door te peilen naar het aantal computers, het aantal badkamers, het aantal auto's en het aantal buitenlandse reizen). Om de doelstelling te realiseren werd gebruik gemaakt van data van 55.429 adolescenten uit negen landen die deelnamen aan de internationale HBSC studie uit 2017/2018 en die vragen over vrije tijd in hun vragenlijst hadden opgenomen: Armenië, België (Vlaanderen), Canada, Letland, Moldavië, Polen, Rusland, Slovakije en Tsjechië. De data werden geanalyseerd aan de hand van multilevel lineaire en logistische regressie.

Bevindingen

Algemeen genomen bevestigde de studie dat jongeren uit meer welvarende families in sterkere mate deelnemen aan vrijetijdsactiviteiten dan jongeren uit minder welvarende families. De kloof was het grootst voor wat betreft deelname aan individuele sportactiviteiten en sportactiviteiten in clubverband. Echter, in tegenstelling tot wat verwacht werd, leverden de resultaten geen bewijs voor cross-nationale verschillen: de associatie tussen socio-economische achtergrond en deelname aan vrijetijdsactiviteiten was consistent over alle deelnemende landen heen. Dit toont aan dat interventies in deze landen moeten inspelen op de individuele oorzaken van ongelijkheid en daarbij abstractie kunnen maken van landenspecifieke kenmerken.

SAMENGEVAT

Samengevat wees deze studie op het bestaan van **materiële ongelijkheden in deelname aan vrijetijdsactiviteiten** bij jongeren op **internationaal niveau**. Jongeren uit welvarende families namen in sterkere mate deel aan vrijetijdsactiviteiten dan jongeren uit minder welvarende families. De grootte van de kloof verschilde niet tussen de deelnemende landen.

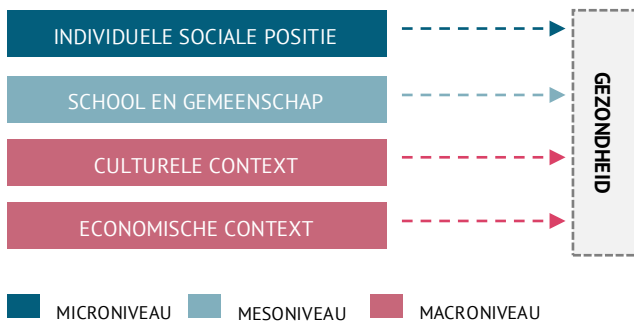
COLOFON

De beschrijving is gebaseerd op volgende studie: Badura P, Hamrik Z, Dierckens M, Gobina I, Malinowska-Ciešlik M, Furstova J, Kopcakova J, Pickett W. After the bell: adolescents' organised leisure activities and well-being in the context of social and socioeconomic inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2021; doi: 10.1136/jech-2020-215319 en is online raadpleegbaar via *Journal of Epidemiology and Community Health*.

VERKLARING VAN (EVOLUTIES IN) SOCIALE ONGELIJKHEID

STRUCTUREEL MODEL

Naast het monitoren van ongelijkheden in gezondheid en gezondheidsgedragingen bij jongeren, is het ook van belang om inzicht te verwerven in de onderliggende mechanismen. Enkel op die manier is het mogelijk om interventies te ontwikkelen die trachten de gezondheidskloof te reduceren. Zoals hieronder beschreven, heeft het Vlaamse onderzoeksteam van de studie Jongeren en Gezondheid onderzoek uitgevoerd naar mogelijke verklarende factoren die zich situeren op verschillende niveaus: het microniveau, het mesoniveau en het macroniveau (Figuur 2).



Figuur 2: structureel verklaringsmodel voor sociale ongelijkheden

CULTUREEL KAPITAAL EN EVOLUTIES IN SOCIALE ONGELIJKHEID IN GEZONDHEID EN GEZONDHEIDSGEDRAGEN VAN ADOLESCENTEN: EEN INTERNATIONAAL PERSPECTIEF 2002 - 2014

MICRONIVEAU

De studie hierboven beschreven (cf. *‘Evolutie van sociale ongelijkheid in gezondheid en gezondheidsgedragingen van Vlaamse adolescenten: een internationaal perspectief 2002-2014’*) biedt een verklaring voor evoluties in sociale ongelijkheid in gezondheid en gezondheidsgedragingen bij adolescenten op het microniveau op basis van de cultureel kapitaal theorie. Voor een uitgebreide beschrijving en interpretatie van de bevindingen verwijzen we graag naar hierboven.

SCHOOL- EN BUURTCONTEXT EN SOCIALE ONGELIJKHEID IN VOEDINGSGEDRAG VAN ADOLESCENTEN

MESONIVEAU

Achtergrond

Gezonde voedingsgedragingen tijdens de adolescentie zijn van vitaal belang om de biologische, cognitieve en psychosociale ontwikkeling te ondersteunen.⁴⁰ Bovendien draagt een gezonde voeding bij tot een lager risico op overgewicht en obesitas tijdens de adolescentie en niet-overdraagbare aandoeningen op latere leeftijd.⁴¹ Desondanks voldoen niet alle adolescenten aan de richtlijnen voor een gezonde voeding en worden er ook verschillen in voedingsgedragingen opgetekend tussen verschillende socio-economische groepen.^{21,35,42-44} Adolescenten met een lagere socio-economische status hebben vaak een minder gunstig voedingspatroon in vergelijking met hun leeftijdsgenoten met een hogere socio-economische status.

Voedingsgedragingen worden tijdens de adolescentie in toenemende mate beïnvloed en gevormd door de sociale omgeving waarin adolescenten opgroeien, zoals de school- en de buurtcontext.⁴⁵ Hoewel diverse studies de invloed van deze omgevingen op voedingsgedrag en ongelijkheden hierin erkennen (cf. Mackenbach, Nelissen⁴⁶ voor een uitgebreid overzicht), focust onderzoek vaak uitsluitend op één context, terwijl adolescenten tegelijk deel uitmaken van diverse sociale contexten die een gezamenlijke invloed kunnen uitoefenen.⁴⁷ Deze gezamenlijke invloed werd in recent onderzoek al bestudeerd voor diverse gezondheidsuitkomsten en -gedragingen zoals roken^{48,49}, cannabis⁵⁰, alcohol⁵¹⁻⁵³, fysieke activiteit⁵⁴ en overgewicht en obesitas^{47,55-57}, maar nog niet voor voedingsgedragingen. Inzicht in de relatieve impact van deze omgevingen op voedingsgedragingen en socio-economische ongelijkheden in voedingsgedragingen bij adolescenten laat toe het beleid beter te informeren en klemtonen te leggen bij gezondheidsbevorderende interventies.

Doel

Deze studie had als doel de gezamenlijke invloed van de school- en buurtomgeving op (socio-economische) ongelijkheden in voedingsgedragingen bij adolescenten te onderzoeken. Voedingsgedrag werd gemeten aan de hand van vier indicatoren: dagelijkse consumptie van fruit, groenten, gesuikerde frisdrank en zoete snacks. Een dagelijkse consumptie van fruit en groenten werd als gezond voedingsgedrag beschouwd, terwijl een dagelijkse consumptie van gesuikerde frisdrank en zoete snacks als ongezond werd beschouwd. Socio-economische ongelijkheid werd gemeten aan de hand van twee verschillende indicatoren. Materiële ongelijkheid werd gemeten door middel van de *family affluence scale* (cf. Deel 2). Dit is een index die de materiële rijkdom van het gezin in kaart brengt (onder meer door te peilen naar het aantal computers, het aantal badkamers, het aantal auto's en het aantal buitenlandse reizen). Immateriële ongelijkheid werd gemeten aan de hand van het opleidingsniveau van de ouders. Om de school- en buurtcontext in rekening te brengen werd gebruikt gemaakt van twee verschillende kansarmoede-indicatoren op de respectievelijke niveaus. Op schoolniveau werd de onderwijskansarmoede-indicator gebruikt. Deze indicator geeft de verhouding weer van het aantal leerlingen dat aan één of meerdere onderwijskansarmoede-kenmerken voldoet (thuis taal niet-Nederlands, laag opleidingsniveau moeder, ontvangt schooltoelage, woont in buurt met hoge mate van schoolse vertraging) ten opzichte van alle leerlingen op een school. Op buurtniveau werd de gemeentekansarmoede-indicator gebruikt. Deze indicator geeft het aantal kinderen weer dat binnen een gemeente geboren is in een gezin dat aan minstens drie kansarmoede-indicatoren voldoet (laag inkomen, laag opleidingsniveau van minstens één ouder, preciaire tewerkstelling van minstens één ouder, laag stimulatie-niveau, ondermaatse huisvesting, ondermaatse ontwikkeling kind en zwakke gezondheid gezinslid en/of gebrekkige deelname aan gezondheidszorg) ten opzichte van het totale aantal geboren kinderen in die gemeente. Om de doelstelling te realiseren werd gebruik gemaakt van data van 8.610 adolescenten uit 162 verschillende scholen en 266 gemeenten die deelnamen aan de Vlaamse HBSC studie uit 2017/2018. Multilevel logistische regressieanalyses werden uitgevoerd.

Bevindingen

Verkennde analyses toonden aan dat voedingsgedragingen weinig samenhang vertonen met het buurtniveau. In verdere analyses werd het buurtniveau dan ook buiten beschouwing gelaten en werd enkel de schoolcontext in rekening gebracht. De analyses toonden aan dat het onderwijskansarmoedeniveau van scholen enkel

verband houdt met de dagelijkse consumptie van groenten en niet met de andere voedingsgedragingen.

In scholen waar de onderwijskansarmoede-index hoger ligt, is de kans op dagelijkse consumptie van groenten lager. Het onderwijskansarmoedeniveau van scholen was niet gerelateerd aan ongelijkheden in andere voedingsgedragingen. De schoolcontext heeft bijgevolg geen versterkende noch beschermende invloed op ongelijkheden in voedingsgedrag. Op individueel niveau werden wel significante verschillen gevonden naargelang socio-economische status. Adolescenten uit welvarende families hebben een hogere kans op dagelijkse consumptie van fruit en groenten en een lagere kans op dagelijkse consumptie van gesuikerde frisdrank. Voor groenteconsumptie werd bovendien een verschil opgetekend naargelang opleidingsgraad van de ouders: kinderen van ouders met een hoger opleidingsniveau hadden een hogere kans op dagelijkse consumptie van groenten. Voor de consumptie van zoete snacks werden er geen verschillen gevonden tussen socio-economische groepen.

Deze resultaten lijken er op te wijzen dat de socio-economische context van scholen eerder een beperkte invloed heeft op voedingsgedragingen van jongeren en geen invloed heeft op socio-economische ongelijkheden in deze gedragingen. Verder onderzoek waarbij ook andere indicatoren op schoolniveau (bv. voedselaanbod op school en in de schoolomgeving, sociale omgevingsinvloed van leerkrachten en klasgenoten) in rekening worden gebracht, kan mogelijk verdere inzichten opleveren. De studie toont aan dat hoofdzakelijk interpersoonlijke kenmerken bepalend zijn voor voedingsgedragingen van adolescenten en ongelijkheden hierin.

SAMENGEVAT

Uit de studie blijkt dat de **schoolcontext geen invloed heeft op sociale ongelijkheden in voedingsgedragingen en de invloed op voedingsgedragingen zelf is eerder gering**. Enkel voor groenten is de kans op dagelijkse consumptie lager in scholen met een hogere graad van onderwijskansarmoede, terwijl voor de andere voedingsgedragingen geen verband werd gevonden. De buurtcontext werd niet in rekening genomen omwille van gebrekkig statisch bewijs voor een samenhang met voedingsgedragingen.

COLOFON

De beschrijving is gebaseerd op volgende studie: [Dierckens M, Delaruelle K, De Clercq B, Deforche B](#). The interplay between school and community context in relation to social inequalities in adolescent dietary behaviours: a cross-classified analysis in Flanders (ongepubliceerd manuscript) en is beschikbaar op aanvraag.

MACRO-ECONOMISCHE CONTEXT EN SOCIALE ONGELIJKHEID IN GEZONDHEID EN GEZONDHEIDSGEDRAG VAN ADOLESCENTEN: EEN INTERNATIONAAL PERSPECTIEF 2002 - 2014

MACRONIVEAU

Achtergrond

De mate waarin sociale ongelijkheden in gezondheid en gezondheidsgedragingen bij jongeren tot stand komen en vergroten of verkleinen, wordt sterk beïnvloed door het land waarin jongeren opgroeien. Hierbij kunnen verschillende landenkenmerken een rol spelen, waaronder de macro-economische context. Zo toonde eerder onderzoek aan dat de gezondheidskloof tussen jongeren met een verschillende socio-economische achtergrond groter is in landen met een hogere graad van inkomensongelijkheid.²⁴ Naast inkomensongelijkheid worden ook andere macro-economische factoren in verband gebracht met verschillen in sociale gezondheidsongelijkheden. Uit de literatuur blijkt dat bij volwassenen vooral (i) de werkgelegenheidsgraad in uren (d.i. de verhouding tussen het aantal gewerkte uren van alle momenteel werkzame personen en het aantal gewerkte uren van de bevolking tussen 15 en 64 jaar) en (ii) de *output gap* (d.i. het verschil tussen de werkelijke output van een economie en haar potentiële output) belangrijk zijn.⁵⁸ Het belang van deze macro-economische indicatoren blijft echter onderbelicht in relatie tot sociale ongelijkheid in gezondheid en gezondheidsgedragingen van adolescenten.

Doel

Deze studie had als doel na te gaan in welke mate de macro-economische context van een land gerelateerd is met verschillen in de gezondheidskloof tussen jongeren met een diverse socio-economische achtergrond. Een breed scala aan gezondheidsuitkomsten en -gedragingen werd bestudeerd (levenstevredenheid, psychologische gezondheid en fysieke gezondheid, fysieke activiteit, schermtijd, ontbijtfrequentie, consumptie van groenten, fruit, gesuikerde frisdrank en zoete snacks en gebruik van tabak en alcohol). Socio-economische ongelijkheid werd gemeten door middel van de *family affluence scale* (cf. Deel 2). Dit is een index die de materiële rijkdom van het gezin in kaart brengt (onder meer door te peilen naar het aantal computers, het aantal badkamers, het aantal auto's en het aantal buitenlandse reizen). De macro-economische context werd gemeten aan de hand van drie indicatoren: (i) inkomensongelijkheid, (ii) werkgelegenheidsgraad in uren en (iii) de *output gap*. Data voor inkomensongelijkheid (GINI-index) waren afkomstig van de SWIID (*Standardised World Income Inequality Database*).⁵⁹ Gegevens rond werkgele-

genheidsgraad in uren en *output gap* werden overgenomen uit de AMECO Database (versie 8, november 2018). Om de doelstelling te realiseren werd gebruik gemaakt van data van 480.346 adolescenten uit 23 landen (België [Vlaanderen en Wallonië], Denemarken, Estland, Finland Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Macedonië, Nederland, Noorwegen, Oekraïne, Oostenrijk, Polen, Portugal, Rusland, Schotland, Slovenië, Spanje, Wales en Zweden) die opeenvolgend deelnamen aan de internationale HBSC studies in 2001/2002, 2005/2006, 2009/2010 en 2013/2014. Multilevel lineaire en logistische regressieanalyses werden uitgevoerd.

Bevindingen

In het algemeen toonde de studie aan dat verschillen in inkomensongelijkheid tussen landen in belangrijke mate bijdragen tot sociale ongelijkheid in gezondheid en gezondheidsgedragingen van adolescenten, terwijl voor de andere macro-indicatoren (d.i. werkgelegenheid en *output gap*) geen overtuigend bewijs werd gevonden. Welvarende jongeren scoorden doorgaans beter op de gezondheidsuitkomsten (hogere levenstevredenheid, minder fysieke en psychologische klachten) en hielden er gezondere gedragingen op na (hogere fruit- en groenteconsumptie en lagere consumptie van zoete snacks en gesuikerde frisdranken) dan hun leeftijdsgenoten uit minder welvarende gezinnen en dit was des te meer het geval in landen met een hogere inkomens-

SAMENGEVAT

Uit de studie blijkt dat vooral inkomensongelijkheid maar niet werkgelegenheidsgraad en *output gap* gerelateerd zijn aan een grotere kloof in gezondheid en gezondheidsgedragingen bij jongeren. **In landen met een hogere graad van inkomensongelijkheid zijn materiële ongelijkheden groter**, waarbij jongeren uit minder welvarende gezinnen doorgaans minder gunstige gezondheidsuitkomsten en -gedragingen hebben.

gelijkheid.

COLOFON

De beschrijving is gebaseerd op volgende studie: [Verhoijssen A, Deforche B, De Clercq B. Macro-economic factors in relation to social inequalities in adolescent health and health behaviours \(ongepubliceerd manuscript\)](#) en is beschikbaar op aanvraag.

NATIONALE VERMOGENSONGELIJKHEID EN SOCIALE ONGELIJKHEID IN MENTALE GEZONDHEID VAN ADOLESCENTEN

MACRONIVEAU

Achtergrond

Bestaand onderzoek toont aan dat jongeren uit meer welvarende families een betere mentale gezondheid rapporteren dan jongeren uit minder welvarende families, maar dat de grootte van de gezondheidskloof sterk varieert tussen landen.⁶⁰ Tot op heden is er weinig geweten over de redenen waarom deze variatie wordt waargenomen. Een uitzondering hierop is de studie van Elgar en collega's²⁴, die aantoont dat een toename in de mate van inkomensongelijkheid binnen een land gerelateerd is aan een toename in de mentale gezondheidskloof bij jongeren. De focus op inkomensongelijkheid is waardevol, maar gaat echter voorbij aan het feit dat sociale ongelijkheid binnenin een samenleving ook andere oorzaken kent. Zo wijzen verschillende onderzoekers op het toenemende belang van vermogensongelijkheid sinds de kredietcrisis van 2007-2009.⁶¹ Waar inkomensongelijkheid duidt op de ongelijke verdeling in de stroom van huidige financiële middelen, wijst vermogensongelijkheid op de ongelijke verdeling in het geheel aan financiële middelen die mensen verworven hebben doorheen hun levensloop (bv. spaargeld, aandelen, onroerend goed). Er zijn echter nog geen studies voorhanden die de relatie tussen de mate van vermogensongelijkheid in een land en de mentale gezondheidskloof bij jongeren bestuderen.

Doel

Deze studie trachtte na te gaan of een toename in vermogensongelijkheid in een land gerelateerd is aan een toename in de mentale gezondheidskloof bij jongeren. Voorts wou het de rol van vermogensongelijkheid vergelijken met de rol van inkomensongelijkheid. Mentale gezondheid werd gemeten op basis van levenstevredenheid en psychosomatische gezondheid. Ongelijkheid werd gemeten aan de hand van de *family affluence scale* (cf. Deel 2). Dit is een index die de materiële rijkdom van het gezin in kaart brengt (onder meer door te peilen naar het aantal computers, het aantal badkamers, het aantal auto's en het aantal buitenlandse reizen). Deze individuele data werden geaggregeerd op landen-niveau en stelden zo een index-score van gezondheid en gezondheidsongelijkheid voor per land. Inkomensongelijkheid werd gedefinieerd aan de hand van de GINI-coëfficiënt, terwijl er voor vermogensongelijkheid een nieuwe indicator werd gecreëerd. Om de doelstelling te realiseren werden de data van 244.771 adolescenten uit 17 landen (België [Vlaanderen en Wallonië],

Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Ierland, Italië, Letland, Luxemburg, Malta, Nederland, Oostenrijk, Portugal, Slowakije, Slovenië en Spanje) die opeenvolgend deelnamen aan de internationale HBSC studies in 2009/2010, 2013/2014 en 2017/2018 gebruikt en tijdsreeksanalyses werden uitgevoerd.

Bevindingen

De resultaten toonden aan dat vermogensongelijkheid in een land verband houdt met de algemene mentale gezondheid van jongeren, maar niet gerelateerd is aan ongelijkheden in mentale gezondheid. Tegen onze verwachtingen in gaven de analyses aan dat jongeren algemeen genomen een betere mentale gezondheid rapporteren in landen met een sterke mate van vermogensongelijkheid. Dit kan mogelijk verklaard worden vanuit de idee van 'spillover' effecten: in landen met een sterke mate van vermogensongelijkheid kunnen de 'happy few' hun vermogen aanwenden om te investeren in de uitbouw van kwaliteitsvolle sociale en gezondheidsvoorzieningen, waar iedereen kan van meegenieten. Wanneer de rol van vermogensongelijkheid werd vergeleken met de rol van inkomensongelijkheid, bleek dat enkel inkomensongelijkheid op een negatieve manier gerelateerd is met ongelijkheid in mentale gezondheid. Mogelijk speelt inkomensongelijkheid een meer pertinente rol in sociale stratificatie en zijn jongeren zich meer bewust van de inkomensverschillen, dan van de vermogensverschillen in de samenleving. Een sterke mate van inkomensongelijkheid in een land kan op die manier sociale vergelijkingsprocessen en processen van relatieve deprivatie versterken, wat dan weer kan bijdragen tot een toename in de mentale gezondheidskloof bij jongeren. Gezondheidsbevorderende interventies, gericht op de reductie van gezondheidsverschillen, dienen dus de strijd aan te gaan met inkomensongelijkheid.

SAMENGEVAT

De bevindingen tonen aan dat **een sterke mate van inkomensongelijkheid** verband houdt met **een grotere mentale gezondheidskloof**. In landen met een hogere mate van inkomensongelijkheid zijn sociale ongelijkheden in mentale gezondheid groter (d.i. meer mentale klachten bij jongeren uit minder welvarende gezinnen). De mate van **vermogensongelijkheid** is daarentegen niet gerelateerd aan de mate van verschillen in de mentale gezondheid.

COLOFON

De beschrijving is gebaseerd op volgende studie: [Dierckens M](#), Weinberg D, Huang YY, Elgar F, Moor I, Augustine L, Lyyra N, [Deforche B](#), [De Clercq B](#), Stevens GWJM, Currie C. National-level wealth inequality and socioeconomic inequality in adolescent mental well-being: a time series analysis of 17 countries. *Journal of Adolescent Health* 2020; **66**(6): S21-S28. doi: 10.1016/j.jadohealth.2020.03.009 en is online raadpleegbaar via *Journal of Adolescent Health*.

NATIONALE WERKLOOSHEIDSGRAAD EN OUDERLIJKE BEROEPSSTATUS IN RELATIE TOT MENTALE GEZONDHEID VAN ADOLESCENTEN

MACRONIVEAU

Achtergrond

Sociale stratificatie vindt niet alleen plaats op het individuele niveau, maar ook op het landenniveau. Sommige Europese landen zijn welvarender dan andere. Getuige hiervan zijn de grote cross-nationale verschillen in werkloosheidsgraad. Eerdere studies hebben reeds aangetoond dat er een verband bestaat tussen het hebben van werkloze ouders en slechte mentale gezondheid op het individuele niveau⁶², maar de relatie tussen de nationale werkloosheidsgraad en de mentale gezondheid van jongeren werd nog niet onderzocht.

Doel

Deze studie trachtte de relatie na te gaan tussen de nationale werkloosheidsgraad en de mentale gezondheid van jongeren, los van de tewerkstellingsstatus van beide ouders. Daarnaast wou de studie ook de impact van de werkloosheidsgraad op mentale gezondheid vergelijken tussen jongeren waarvan beide ouders tewerkgesteld waren en jongeren waarvan ten minste één van beide ouders werkloos was. Mentale gezondheid werd gemeten aan de hand van levenstevredenheid. Cijfergegevens over de nationale werkloosheidsgraad werden bekomen van de website van de OECD (*Organisation for Economic Cooperation and Development*). Om de doelstelling te realiseren werd gebruik gemaakt van data van 386.402 adolescenten uit 27 landen (België [Vlaanderen en Wallonië], Canada, Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, IJsland, Italië, Litouwen, Luxemburg, Nederland, Noorwegen, Polen, Portugal, Oostenrijk, Slowakije, Slovenië, Spanje, Tsjechië, Turkije, Verenigd Koninkrijk, Verenigde Staten en Zweden) die deelnamen aan de internationale HBSC studies uit 2001/2002, 2005/2006 en 2009/2010. De data werden geanalyseerd aan de hand van multilevel lineaire regressieanalyses.

Bevindingen

De analyses toonden aan dat jongeren in mindere mate tevreden zijn over hun leven in landen met een hogere werkloosheidsgraad, ongeacht de tewerkstellingsstatus van de eigen ouders. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat jongeren in dergelijke landen zich zorgen maken over hun eigen toekomst en de toekomst van hun familie, met nefaste gevolgen voor hun levenstevredenheid. Daarnaast duidde de studie aan dat het negatieve ver-

band tussen werkloosheidsgraad en mentale gezondheid sterker uitgesproken is voor jongeren waarvan tenminste één van beide ouders werkloos is. Voor deze groep jongeren brengt een hoge werkloosheidsgraad nog extra zorgen met zich mee. In dergelijke situaties is er namelijk weinig perspectief op werk voor hun ouders, wat een cumulerend negatief effect kan hebben op hun mentaal welzijn.

SAMENGEVAT

De studie concludeert dat jongeren in **mindere mate tevreden zijn over hun leven in landen met een hogere werkloosheidsgraad**. Dit bleek des te meer zo voor jongeren waarvan tenminste één van beide ouders werkloos was.

COLOFON

De beschrijving is gebaseerd op volgende studie: Johansson K, Petersen S, Högberg B, Stevens GWJM, De Clercq B, Frasilho D., Elgar F, Strandh M. The interplay between national and parental unemployment in relation to adolescent life satisfaction in 27 countries: analyses of repeated cross-sectional school surveys. *BMC Public Health* 2019; 19: 1555. doi: 10.1186/s12889-019-7721-1 en is online raadpleegbaar via BMC Public Health.

MACROCULTURELE EN -ECONOMISCHE CONTEXT EN (EVOLUTIES IN) SOCIALE ONGELIJKHEID IN VOEDINGSGEDRAG VAN ADOLESCENTEN

MACRONIVEAU

Achtergrond

Socio-economische ongelijkheden in voedingsgedrag zijn alomtegenwoordig en de kloof in voedingsongelijkheid varieert sterk tussen landen.^{21,42-44} Daarenboven toonde onderzoek aan dat socio-economische ongelijkheden in voeding evolueren doorheen de tijd, maar de mate waarin deze evoluties worden geobserveerd, hangt sterk af van de gebruikte indicator om socio-economische status te meten. Enerzijds toonden studies aan dat ongelijkheden stabiel bleven of zelfs toenamen voor gezonde voedingsgedragingen, terwijl ze afnamen voor ongezonde voedingsgedragingen, indien verschillen in materiële middelen worden gemeten.^{63,64} Anderzijds concludeerde een andere studie dat de kloof in gezonde en ongezonde voedingsgedragingen toenam, indien verschillen in immateriële middelen worden gemeten (cf. *Evolutie van sociale ongelijkheid in gezondheid en gezondheidsgedragingen van Vlaamse adolescenten: een internationaal perspectief 2002-2014*).

In het algemeen worden verschillen in socio-economische ongelijkheden in gezondheid en gezondheidsge-

dragingen bij adolescenten verklaard door macro-economische landenkenmerken, zoals onder meer inkomensongelijkheid en vermogensongelijkheid (cf. *'Nationale vermogensongelijkheid en sociale ongelijkheid in mentale gezondheid van adolescenten'*)^{24,65}, terwijl onderzoek naar het belang van macroculturele landenkenmerken beperkt is tot één cross-sectionele studie naar de impact van meritocratische waarden op landenniveau en sociale ongelijkheid in mentale gezondheid (cf. *'Meritocratische waarden en sociale ongelijkheid in mentale gezondheid van adolescenten'*).⁶⁶ Tot op heden werd echter geen onderzoek gevoerd naar het belang van de macroculturele context op landenniveau en ongelijkheden in voedingsgedrag van adolescenten, noch werd aandacht besteed aan de impact op evoluties in deze ongelijkheden. Bovendien blijft ook de rol van de macro-economische context op landenniveau in relatie tot (evoluties in) ongelijkheden in voedingsgedrag bij adolescenten onderbelicht.

Doel

Eenzijds had de studie als doel na te gaan of variaties in de macroculturele context en de macro-economische context op landenniveau verband houdt met de kloof in voedingsgedrag bij jongeren. Anderzijds wou de studie nagaan of evoluties in de macroculturele context en de macro-economische context in relatie staan tot verandering in deze ongelijkheden binnen landen. Voedingsgedrag werd gemeten aan de hand van vier indicatoren: dagelijkse consumptie van fruit, groenten, gesuikerde frisdrank en zoete snacks. Een dagelijkse consumptie van fruit en groenten werd als gezond voedingsgedrag beschouwd, terwijl een dagelijkse consumptie van gesuikerde frisdrank en zoete snacks als ongezond werd beschouwd. Socio-economische ongelijkheid werd gemeten aan de hand van twee verschillende indicatoren. Materiële ongelijkheid werd gemeten door middel van de *family affluence scale* (cf. Deel 2). Dit is een index die de materiële rijkdom van het gezin in kaart brengt (onder meer door te peilen naar het aantal computers, het aantal badkamers, het aantal auto's en het aantal buitenlandse reizen). Immateriële ongelijkheid werd gemeten aan de hand van de beroepsstatus van beide ouders. Om de macroculturele context van een land uit te drukken, werd een maat voor progressiviteit van een land gebruikt, afkomstig van de *European Social Survey* (ESS). Progressiviteit werd gemeten op basis van volgende vraagstelling: *'Geef aan op een schaal van 1 (= lijkt helemaal niet op mij) tot 6 (= lijkt heel erg veel op mij) in welke mate de beschrijving van de persoon wel of niet op u lijkt'*. Dit werd gevolgd door acht beschrijvingen met een nadruk op *'nieuwe ideeën bedenken'*, *'creatief zijn'*, *'eigen beslissingen nemen'*, *'belangrijk vinden om zich te vermaken'*, *'belangrijk vinden om plezier te hebben'*, *'van verrassingen houden'*, *'op zoek gaan naar nieuwe dingen om te doen'* en *'op zoek gaan naar avontuur en risico's'*.

Een gemiddelde score op de acht stellingen werd berekend en geaggregeerd op landenniveau. De macro-economische context werd gemeten door middel van inkomensongelijkheid (GINI-index), afkomstig van de SWIID (*Standardised World Income Inequality Database*)⁵⁹ en op basis van het bruto nationaal inkomen (BNI) per capita, afkomstig van de *World Bank Databank*.⁶⁷ Om de doelstelling te realiseren, werd gebruik gemaakt van data van 344.352 adolescenten uit 21 landen (België [Vlaanderen en Wallonië], Denemarken, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Nederland, Noorwegen, Oekraïne, Oostenrijk, Polen, Portugal, Rusland, Slovenië, Spanje, Verenigd Koninkrijk en Zweden) die opeenvolgend deelnamen aan de internationale HBS studies in 2001/2002, 2005/2006, 2009/2010 en 2013/2014. Multilevel logistische regressieanalyses werden uitgevoerd.

Bevindingen

De studie toonde aan dat ongelijkheden in voedingsgedrag tussen landen verschillen op basis van hun mate van progressiviteit. Dit geldt in het bijzonder voor verschillen in materiële ongelijkheden en in mindere mate voor verschillen in immateriële ongelijkheden. In landen waar progressieve overtuigingen overheersen, waren materiële ongelijkheden kleiner in vrijwel alle voedingsgedragingen (fruit, zoete snacks en gesuikerde frisdranken, maar niet groenten). Immateriële ongelijkheden waren daarentegen groter in deze landen wat betreft gesuikerde frisdrank, terwijl er geen verschillen werden gevonden voor de andere voedingsgedragingen. Het is mogelijk dat er in landen waar progressieve waarden domineren meer openheid en vertrouwen is en er een sterkere sociale cohesie heerst, waardoor hulpbronnen voor een goede gezondheid beter verdeeld worden onder de ganse bevolking met gunstige gevolgen voor de materiële ongelijkheden. Daarnaast is er in progressievere landen doorgaans een grotere betrokkenheid in politieke besluitvorming. Hierdoor wordt er mogelijk indirect invloed op de macro-economische landenkenmerken uitgeoefend, zoals sociale zekerheids- en financiële hervorderingsmaatregelen die materiële gezondheidsongelijkheden verkleinen.⁶⁸⁻⁷⁰ Dit verklaart vermoedelijk ook waarom verschillen in immateriële ongelijkheden minder sterk in relatie staan met de progressieve waarden van een land. Verschillen in immateriële ongelijkheden leken vooral verband te houden met het welvaartsniveau van een land. In meer welvarende landen waren immateriële ongelijkheden stevast groter en in de verwachte richting (d.i. jongeren met meer immateriële middelen vertonen systematische gezondere voedingsgedragingen). Dit ligt in lijn met Mackenbachs^{31,33} hypothese van het toegenomen belang van immateriële middelen voor gezond gedrag en gezondheidswinst in welvaartsstaten (cf. *"Evolutie van sociale ongelijkheid in*

gezondheid en gezondheidsgedragingen van Vlaamse adolescenten: een internationaal perspectief 2002-2014). Het niveau van inkomensongelijkheid van een land bleek daarentegen geen rol te spelen voor verschillen in immateriële ongelijkheden en voor verschillen in materiële ongelijkheden waren de resultaten niet eenduidig. In landen met een hogere graad van inkomensongelijkheid waren materiële ongelijkheden enerzijds groter in groenteconsumptie en anderzijds kleiner in de consumptie van gesuikerde frisdrank, terwijl voor materiële ongelijkheden in fruit en zoete snacks geen verschillen werden gevonden.

De analyses toonden verder aan dat veranderingen in de macroculturele context van landen niet geassocieerd waren met evoluties in de voedingsongelijkheid van adolescenten. Dit wijst erop dat er over een periode van twaalf jaar geen grote veranderingen plaatsvonden in de mate van progressiviteit van een land of de veranderingen waren te klein om een effect te meten. Veranderingen in de macro-economische landenkenmerken hielden over het algemeen wel verband met evoluties in voedingsongelijkheden. Veranderingen in de welvaartsniveaus per land waren geassocieerd met evoluties in immateriële ongelijkheden, maar niet met materiële ongelijkheden. Immateriële ongelijkheden in gezonde voedingsgedragingen namen toe in landen met een hogere graad van welvaart, maar namen af of bleven stabiel voor ongezonde voedingsgedragingen. Daarentegen waren veranderingen in de inkomensongelijkheid tussen landen geassocieerd met materiële ongelijkheden, maar alleen met ongezond voedingsgedrag en niet met immateriële ongelijkheden (d.i. materiële ongelijkheden namen toe in consumptie van zoete snacks en gesuikerde frisdranken in landen met een toenemende graad van inkomensongelijkheid).

SAMENGEVAT

De studie toont aan dat **de macroculturele en -economische context** over het algemeen verband houden met verschillen in sociale ongelijkheden in het voedingsgedrag van adolescenten tussen landen. Immateriële ongelijkheden waren positief geassocieerd met de progressiviteit en het welvaartsniveau van een land. Materiële ongelijkheden hielden negatief verband met de mate van progressiviteit en de graad van inkomensongelijkheid was positief geassocieerd met materiële ongelijkheden in gezonde voedingsgedragingen, maar negatief geassocieerd met ongezonde voedingsgedragingen. (vervolg zie hiernaast).

Veranderingen in de macroculturele context van landen doorheen de tijd zijn niet gerelateerd aan evoluties in de voedingsongelijkheid van adolescenten, terwijl **veranderingen in de macro-economische context van landen doorheen de tijd** enigszins geassocieerd zijn met deze evoluties. Er was een positief verband tussen veranderingen in de graad van welvaart van een land met immateriële ongelijkheden in gezonde voedingsgedragingen en een positief verband met veranderingen in inkomensongelijkheid en materiële ongelijkheden in ongezonde voedingsgedragingen.

COLOFON

De beschrijving is gebaseerd op volgende studie: [Dierckens M, Deforche B, De Clercq B, Clays E, Stevens GWJM, Weinberg D, Rouche M, Chatelan A, DeLaruelle K. Countries' macro-cultural and -economic context in relation to \(evolutions in\) material and occupational social class-based inequalities in adolescent dietary behaviours: a multilevel analysis in 21 European countries \(ongepubliceerd manuscript\) en is beschikbaar op aanvraag.](#)

MERITOCRATISCHE WAARDEN EN SOCIALE ONGELIJKHEID IN MENTALE GEZONDHEID VAN ADOLESCENTEN MACRONIVEAU

Achtergrond

Verscheidene studies hebben aangetoond dat de grootte van de mentale gezondheidskloof bij jongeren sterk varieert tussen landen, maar onderzoek naar de redenen waarom is schaars. Bovendien hebben de weinige studies die over dit onderwerp beschikbaar zijn louter gefocust op macro-economische landenkenmerken, zoals inkomensongelijkheid en vermogensongelijkheid (cf. *Nationale vermogensongelijkheid en sociale ongelijkheid in mentale gezondheid van adolescenten*).^{24,65} De rol van macroculturele landenkenmerken blijft onderbelicht. Een voorbeeld van zo'n macrocultureel landenkenmerk is de mate waarin meritocratische waarden onderschreven worden in een samenleving. Hiermee wordt bedoeld de mate waarin de inwoners van een land ervan overtuigd zijn dat iedereen krijgt wat hij of zij verdient. Wanneer meritocratische waarden hoog in het vaandel worden gedragen binnen een samenleving, dan kan men ervan uitgaan dat sociale klassenverschillen meer aanvaard worden en mensen meer beoordeeld worden op basis van hun socio-economische status. De gevolgen van meritocratische waarden op de mentale gezondheidskloof bij jongeren werd echter nog niet onderzocht.

Doel

De studie had als doel na te gaan of de mentale gezondheidskloof bij jongeren groter is in landen waar meritocratische waarden sterker ingebed zijn. Mentale gezondheid werd gemeten aan de hand van drie indicatoren: levenstevredenheid, psychosomatische klachten en agressiviteit. Daarnaast werd er ook gebruik gemaakt van twee verschillende indicatoren voor socio-economische achtergrond. Naast verschillen op basis van materiële rijkdom, werd ook gekeken naar gepercipieerde rijkdom. De aanwezigheid van meritocratische waarden binnen een samenleving werd gemeten door middel van volgende vraagstelling: 'Op een schaal van 1 (= sterk oneens) tot 5 (= sterk eens), in welke mate denkt u dat mensen krijgen wat ze verdienen?'. De antwoorden op deze vraag werden geaggregeerd op landenniveau en de gemiddelde waarde werd bepaald. Om de doelstelling te realiseren werd gebruik gemaakt van data van 152.171 adolescenten uit 30 landen/regio's (België [Vlaanderen en Wallonië], Bulgarije, Denemarken, Duitsland, Engeland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Nederland, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Schotland, Slovaakse, Slovenië, Spanje, Tsjechië, Wales en Zweden) die deelnamen aan de internationale HBSO studie uit 2017/2018. De data werden geanalyseerd aan de hand van multilevel lineaire regressieanalyses.

Bevindingen

De studie wees op tegenstrijdige resultaten voor de twee verschillende indicatoren van socio-economische status. Terwijl materiële ongelijkheden in levenstevredenheid en psychosomatische klachten groter waren in landen met sterke meritocratische waarden, bleken ongelijkheden ten gevolge van verschillen in gepercipieerde rijkdom kleiner te zijn in desbetreffende landen. Een sterke aanwezigheid van meritocratische overtuigingen binnen een land ondersteunt en legitimeert de rol van socio-economische status. Jongeren worden benaderd en behandeld op basis van hun socio-economische status, wat negatieve gevolgen kan hebben op het mentaal welzijn van jongeren uit minder welvarende families. Bovendien kunnen materiële verschillen een zodanig stratificerend effect hebben in landen met sterke meritocratische waarden, dat andere mechanismen van ongelijkheid, zoals gepercipieerde rijkdom, minder een rol kunnen spelen. Dit biedt dan ook een mogelijke verklaring voor de waarneming dat de relatie tussen gepercipieerde rijkdom en mentale gezondheid minder uitgesproken is in landen waar meritocratische waarden sterk zijn ingebed.

SAMENGEVAT

De studie ondersteunt het belang van de **macroculturele context** voor ongelijkheden in de mentale gezondheid van jongeren. Het toont aan dat materiële ongelijkheden in mentale gezondheid groter zijn in landen met sterke meritocratische waarden, maar dat ongelijkheden die resulteren uit verschillen in gepercipieerde rijkdom kleiner zijn in desbetreffende landen.

COLOFON

De beschrijving is gebaseerd op volgende studie: Weinberg D, Stevens GWJM, Currie C, Delaruelle K, Dierckens M, Lenzi M, Main G, Finkenfaer C. Country-level meritocratic beliefs moderate the social gradient in adolescent mental health: a multilevel study in 30 European countries. *Journal of Adolescent Health* 2021; 68(3): 548-557. doi: 10.1016/j.jadohealth.2020.06.031 en is online raadpleegbaar via *Journal of Adolescent Health*.

SOCIAAL KAPITAAL EN MENTALE GEZONDHEID BIJ ADOLESCENTEN MET EEN MIGRATIE-ACHTERGROND MACRONIVEAU

Achtergrond

Sociale ongelijkheden in mentale gezondheid worden niet enkel gevormd op basis van verschillen in socio-economische status, ook andere sociaaldemografische kenmerken kunnen een stratificerende rol spelen. In deze studie werd aandacht besteed aan de rol van migratieachtergrond. Eerder onderzoek naar de relatie tussen migratieachtergrond en mentale gezondheid wees op tegenstrijdige resultaten. Sommige studies toonden aan dat jongeren met een migratieachtergrond een slechtere mentale gezondheid rapporteren dan jongeren zonder migratieachtergrond⁷¹, terwijl andere studies het tegenovergestelde concludeerden.⁷² Deze tegenstrijdige resultaten kunnen mogelijk toegeschreven worden aan het feit dat desbetreffende studies afkomstig zijn uit verschillende landen. In het verleden werd echter weinig aandacht geschonken aan hoe landenkenmerken vorm kunnen geven aan de mentale gezondheidskloof tussen jongeren met en zonder migratieachtergrond.

Doel

Eenzijds had de studie tot doel na te gaan of de relatie tussen migratieachtergrond en mentale gezondheid varieert tussen Europese landen. Anderzijds wou de studie ook nagaan of sociaal kapitaal op landenniveau verband houdt met mentale gezondheidsverschillen tussen jon-

geren met en zonder migratieachtergrond. Mentale gezondheid werd gemeten aan de hand van twee indicatoren: levenstevredenheid en psychosomatische klachten. Daarnaast werd er een onderscheid gemaakt tussen drie groepen jongeren: eerste generatie migranten (d.i. jongeren die niet geboren zijn in het land van residentie), tweedegeneratiemigrant (d.i. jongeren die geboren zijn in het land van residentie, maar waarvan tenminste één van beide ouders niet geboren is in het land van residentie) en jongeren zonder migratieachtergrond. De aanwezigheid van sociaal kapitaal binnen een land werd gemeten aan de hand van de vraag: 'Op een schaal van 1 (=sterk oneens) tot 10 (=sterk eens), in welke mate denkt u dat mensen te vertrouwen zijn?'. De antwoorden op deze vraag werden geaggregeerd op landenniveau en de gemiddelde waarde werd bepaald. Om de doelstelling te realiseren werd gebruik gemaakt van data van 121.751 adolescenten uit 29 landen (Albanië, België [Vlaanderen en Wallonië], Bulgarije, Duitsland, Estland, Finland, Griekenland, Hongarije, Ierland, IJsland, Israël, Italië, Kroatië, Luxemburg, Malta, Nederland, Noorwegen, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Rusland, Schotland, Servië, Slovenië, Spanje, Tsjechië, Zweden en Zwitserland) die deelnamen aan de internationale HBSC studie uit 2017/2018 en werden multilevel regressieanalyses uitgevoerd.

Bevindingen

De analyses toonden aan dat jongeren met een migratieachtergrond algemeen genomen een slechtere mentale gezondheid rapporteren dan jongeren zonder een migratieachtergrond, maar dat er sterke cross-nationale verschillen aanwezig zijn. Daarnaast bleek ook dat sociaal kapitaal een modererend effect uitoefent op de mentale gezondheidsverschillen tussen eerstegeneratiemigrant (d.i. jongeren die geboren zijn in het land van residentie, maar waarvan tenminste één van beide ouders niet geboren is in het land van residentie) en jongeren zonder een migratieachtergrond. In landen waar inwoners meer vertrouwen hebben in elkaar, bleek de mentale gezondheidskloof tussen eerstegeneratiemigrant (d.i. jongeren die geboren zijn in het land van residentie, maar waarvan tenminste één van beide ouders niet geboren is in het land van residentie) en jongeren zonder een migratieachtergrond minder uitgesproken. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat een sterke mate van sociaal kapitaal en wederzijds vertrouwen binnen een samenleving een generaliserend effect kunnen hebben. De inwoners van zo'n land hebben niet alleen vertrouwen in het gekende, maar ook in het ongekende. Ze zijn meer tolerant ten aanzien van eerstegeneratiemigrant (d.i. jongeren die geboren zijn in het land van residentie, maar waarvan tenminste één van beide ouders niet geboren is in het land van residentie) en tonen een grotere bereidheid om hen te helpen. Dit met de nodige positieve gevolgen voor het mentaal welzijn van eerstegeneratiemigrant (d.i. jongeren die geboren zijn in het land van residentie, maar waarvan tenminste één van beide ouders niet geboren is in het land van residentie). Deze studie toont dus aan dat interventies gericht op de reductie van etnische verschillen in mentale gezondheid baat hebben bij de promotie van sociaal kapitaal binnen een samenleving, voornamelijk omdat het de mentale gezondheid van eerstegeneratiemigrant (d.i. jongeren die geboren zijn in het land van residentie, maar waarvan tenminste één van beide ouders niet geboren is in het land van residentie) bevordert.

SAMENGEVAT

De studie toont aan dat **sociaal kapitaal op landenniveau** verband houdt met de mentale gezondheidskloof tussen eerstegeneratiemigrant (d.i. jongeren die geboren zijn in het land van residentie, maar waarvan tenminste één van beide ouders niet geboren is in het land van residentie) en jongeren zonder migratieachtergrond. In landen waar inwoners meer vertrouwen stellen in elkaar is het mentale gezondheidsnadeel dat eerstegeneratiemigrant (d.i. jongeren die geboren zijn in het land van residentie, maar waarvan tenminste één van beide ouders niet geboren is in het land van residentie) ervaren minder uitgesproken.

COLOFON

De beschrijving is gebaseerd op volgende studie: [DeLaruelle K](#), Walsh SD, [Dierckens M](#), [Deforche B](#), Robert MK, Currie C, Moldonado CM, Cosma A, Stevens GWJM. Mental health in adolescents with an immigrant background in 29 European countries: the protective role of social capital (geaccepteerd voor publicatie) en is beschikbaar op aanvraag.

IN HET KORT: BELANG VAN HET MONETAIR BELEID MACRONIVEAU

Sinds de financiële crisis is de aandacht voor het monetair beleid en sociale ongelijkheid sterk toegenomen. Zo zijn beleidsmakers zich beginnen afvragen in welke mate het monetair beleid in reactie op de financiële crisis (bv. soepele financieringscondities en massale aankoop van overheidsobligaties) in verband staat tot ongelijkheid. In een afzonderlijke studie – die sterk economisch van aard was – werd getracht deze vraag te beantwoorden en werd onderzocht in welke mate het monetair beleid gerelateerd is aan evoluties in vermogensongelijkheid. De studie concludeerde dat evoluties in vermogensongelijkheid nauwelijks in verband staan met het monetaire beleid en dat fluctuaties in vermogensongelijkheid vooral te wijten zijn aan de evolutie in vastgoedprijzen. Op basis van deze resultaten werd besloten dat de gevolgen van het monetair beleid op ongelijkheid eerder beperkt zijn en niet vertaald kunnen worden in duidelijke beleidsaanbevelingen.

SAMENGEVAT

De studie toont aan dat **monetaire beleidsbeslissingen niet in verband staan met de evoluties in vermogensongelijkheid**. De gevolgen van het monetair beleid op ongelijkheid zijn beperkt en kunnen niet vertaald worden in duidelijke beleidsadviezen.

COLOFON

De beschrijving is gebaseerd op volgende studie: [De Clercq B](#), Meuleman E, Vander Vennet R. ECB monetary policy and distribution of wealth. (niet gepubliceerd manuscript) en is beschikbaar op aanvraag.

IMPACT BELEID OP (EVOLUTIES IN) SOCIALE ONGELIJKHEID

ALCOHOLBELEID EN (EVOLUTIES IN) SOCIALE ONGELIJKHEID IN ALCOHOLCONSUMPTIE BIJ ADOLESCENTEN

Achtergrond

Eerder onderzoek naar ongelijkheid in alcoholconsumptie bij jongeren leverde inconsistente resultaten op. Terwijl sommige studies wezen op een hogere prevalentie van alcoholgebruik bij jongeren uit meer welvarende gezinnen, toonden andere studies net het tegenovergestelde aan. Nog andere studies vonden geen significante relatie tussen socio-economische status en alcoholconsumptie bij jongeren.⁷³ Deze inconsistentie kan het gevolg zijn van drie zaken. Ten eerste kunnen verschillen in de wijze waarop alcoholgebruik gemeten wordt, een rol spelen. Ten tweede kunnen de resultaten sterk bepaald worden door de manier waarop socio-economische status gedefinieerd wordt. Ten derde kunnen de verschillen toegeschreven worden aan het feit dat bestaande studies uitgevoerd werden in verschillende landen, met elk hun eigen alcoholbeleid. Zo voeren Europese landen doorgaans een verschillend alcoholbeleid, gekenmerkt door een grote verscheidenheid in onder meer de minimumleeftijd om alcohol te kopen en te drinken, de mate waarin er beperkingen worden gesteld aan alcoholreclame en de alcoholprijzen. Deze verschillen in alcoholbeleid kunnen leiden tot verschillen in alcoholconsumptie tussen Europese landen. Zo toonde eerder onderzoek aan dat de prevalentie van alcoholgebruik bij jongeren algemeen genomen lager is in landen met een hogere minimumleeftijd om alcohol te kopen en te drinken.^{74,75} Daarentegen waren er nog geen studies beschikbaar die de impact van een nationaal alcoholbeleid op sociale ongelijkheid in alcoholconsumptie bij jongeren evalueerden. Aanvullend werd er evenmin landenvergelijkend onderzoek uitgevoerd naar de evoluties in socio-economische ongelijkheden in alcoholconsumptie bij adolescenten. Dit is een leemte in het onderzoek, aangezien nationale studies sterke verschillen rapporteren in evoluties van socio-economische ongelijkheid in alcoholconsumptie. Sommige studies toonden aan dat de alcoholconsumptie afneemt bij jongeren met een hogere socio-economische status, maar niet bij jongeren met een lagere socio-economische status^{76,77}, terwijl andere studies wezen op een algemene afname bij alle socio-economische groepen.⁷⁸⁻⁸⁰

Doel

Deze studie had als doel na te gaan in welke mate verschillen in alcoholbeleid een rol spelen in de cross-nationale variatie in (evoluties in) ongelijkheden in alcoholgebruik bij jongeren. De studie focuste hierbij op drie verschillende indicatoren van alcoholconsumptie: eerder alcoholgebruik (nooit versus tenminste al eenmaal tijdens het leven), huidig alcoholgebruik (wekelijks versus minder dan wekelijks) en eerder dronkenschap (tenminste twee keer dronken geweest versus minder dan twee keer). Daarnaast werd ook gebruik gemaakt van twee verschillende indicatoren voor socio-economische status. Naast verschillen op basis van materiële rijkdom, gemeten aan de hand van de *family affluence scale* (cf. Deel 2) werd ook gekeken naar gepercipieerde rijkdom. Deze laatste indicator werd toegevoegd, aangezien processen van relatieve deprivatie sterk gerelateerd zijn aan gezondheidsgedragingen bij jongeren.⁸¹ Het nationale alcoholbeleid werd in kaart gebracht door middel van de volgende indicatoren: minimumleeftijd om alcohol te kopen en te drinken, de fysieke beschikbaarheid van alcohol, de mate van beperkingen op alcoholreclame en de betaalbaarheid van alcohol. Om de doelstelling te realiseren werd gebruik gemaakt van data van 671.084 adolescenten uit 33 landen die opeenvolgend deelnamen aan de internationale HBSC studies uit 2001/2002, 2005/2006, 2009/2010 en 2013/2014. Multilevel logistische regressie werd uitgevoerd om de data te analyseren.

Bevindingen

In eerste instantie toonde de studie aan dat jongeren uit welvarende gezinnen meer ervaring hebben met eerder alcoholgebruik en dronkenschap, alsook vaker alcohol consumeren tijdens de week dan jongeren uit materieel gedepriveerde gezinnen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de eerstgenoemde groep over de nodige financiële middelen (zoals voldoende zakgeld) beschikt om alcohol te kopen.⁸² Een alternatieve verklaring is dat jongeren uit welvarende gezinnen meer blootgesteld worden aan risicofactoren die alcoholgebruik in de hand werken, zoals prestatiedruk en (emotionele) afwezigheid van de ouders.⁸³

Daarnaast wees de studie op een relatie tussen dronkenschap en gepercipieerde rijkdom, de subjectieve indicator van socio-economische status. Het toonde aan dat jongeren die ervan overtuigd zijn dat hun familie arm is, meer ervaring hebben met eerder dronkenschap dan jongeren die de familiale rijkdom hoger inschatten. Dit kan verklaard worden vanuit de relatieve deprivatietheorie.⁸¹ Wanneer jongeren hun eigen positie lager inschatten dan de positie van vrienden, worden ze blootgesteld aan stress. Alcohol, en dronkenschap in het bijzonder, kan dan gehanteerd worden als een copingmechanisme. Vervolgens wees de studie op het belang van het nationale alcoholbeleid voor ongelijkheid in alcoholconsumptie bij jongeren. De resultaten toonden aan dat de geobserveerde verschillen in alcoholgebruik, zoals hierboven uiteengezet, kleiner zijn in landen met een strikt alcoholbeleid. Hierbij is het belangrijk op te merken dat vooral een combinatie van verschillende beleidsinitiatieven (bv. hogere minimumleeftijd, hogere alcoholprijzen en een verbod op alcoholreclame) leidt tot een reductie in ongelijkheden. Tot slot toonde de studie aan dat evoluties in socio-economische ongelijkheden stabiel bleven in ervaring met eerder alcoholgebruik en de huidige alcoholconsumptie, terwijl voor ervaring met eerder dronkenschap ongelijkheden in zowel materiële rijkdom als gepercipieerde rijkdom toenamen doorheen de tijd.

SAMENGEVAT

De studie toont aan dat **een strikt nationaal alcoholbeleid** kan leiden tot een reductie in ongelijkheden in alcoholconsumptie bij jongeren. Het is hierbij belangrijk om in te zetten op verschillende beleidsinitiatieven.

COLOFON

De beschrijving is gebaseerd op volgende studie: Leal-López E, Moreno-Moldonado C, Inchley J, Deforche B, Van Havere T, Van Damme J, Buijs T, Sánchez-Queija I, Currie D, Vieno A, De Clercq B. Association of alcohol control policies with adolescent alcohol consumption and with social inequality in adolescent alcohol consumption: a multilevel study in 33 countries and regions. *International Journal of Drug Policy* 2020; 84. doi: 10.1016/j.drugpo.2020.102854 en is online raadpleegbaar via *International Journal of Drug Policy*.

UITGELICHT: EEN FOCUS OP SLAAP

INLEIDING

Hoewel het Vlaamse onderzoeksteam van de studie Jongeren en Gezondheid zich in de voorbije periode voornamelijk geconcentreerd heeft op het thema van sociale ongelijkheid, heeft het ook ingezet op een ander belangrijk thema: slaapgedrag bij jongeren.

Een goede en voldoende nachtrust is onontbeerlijk. Slaap is immers meer dan een toestand van rust. Het speelt een cruciale rol in lichamelijk herstel en in de verwerking van emoties en dagdagelijkse impressies. Cijfergegevens van de meest recente HBSC bevragingen geven echter aan dat jongeren te weinig en slecht slapen. Dit is zorgwekkend, gegeven de negatieve gezondheidseffecten.^{84,85} Op korte termijn kan slaapttekort leiden tot een toename in ongezonde voedingsgewoonten en sedentair gedrag en een afname in fysieke activiteit. Daarnaast is geweten dat slaapttekort een negatieve invloed uitoefent op schoolprestaties en mentale gezondheid (o.a. depressie, angst). Bovendien is er ook een link met het stellen van meer risicogedragingen, zoals alcohol- en druggebruik, spijbelen, agressie en onoplettendheid in het verkeer. Op lange termijn kan slaapttekort onder meer aanleiding geven tot obesitas, diabetes, hoge bloeddruk en depressie. Deze gezondheidsnadelen indachtig, heeft het Vlaamse onderzoeksteam van de studie Jongeren en Gezondheid een aantal studies opgezet naar het slaapgedrag van jongeren. Een overzicht van de belangrijkste bevindingen wordt hieronder beknopt toegelicht.

EVOLUTIES IN SLAAPMOEILIKHEDEN IN RELATIE TOT FYSIEKE INACTIVITEIT EN OVERMATIG SCHERMGEBRUIK

In dit onderzoek werd de relatie tussen slaapproblemen, overmatig schermgebruik en fysieke inactiviteit bij jongeren onderzocht. Er werd gebruik gemaakt van data van 671.084 adolescenten uit 33 landen die opeenvolgend deelnamen aan de internationale HBSC studies uit 2001/2002, 2005/2006, 2009/2010 en 2013/2014. Multilevel logistische regressie werd uitgevoerd om de data te analyseren. De studie toonde aan dat de prevalentie van slaapproblemen en overmatig schermgebruik toenamen doorheen de tijd. Aanvullend werd aangetoond dat adolescenten die meer dan twee uur per dag aan schermtijd spenderen een 20% hogere kans hebben op slaapproblemen. Deze relatie werd sterker doorheen een tijdsperiode van twaalf jaar. Fysieke inactiviteit werd niet in verband gebracht met slaapproblemen.

Gezondheidsbevorderende interventies dienen te focussen op overmatig schermgebruik om de negatieve tendens in slaapproblemen te keren bij adolescenten.

SAMENGEVAT

De studie toont aan dat **slaapproblemen gerelateerd zijn aan overmatig schermgebruik en de sterkte van dit verband neemt toe doorheen de tijd**. Voor fysieke inactiviteit wordt geen verband gevonden.

COLOFON

De beschrijving is gebaseerd op volgende studie: Ghekiere A, Van Cauwenberg J, Vandendriessche A, Inchley J, de Matos, MG, Borracino A, Gobina A, Tynjälä J, Deforche B, De Clercq B. Trends in sleeping difficulties among European adolescents: are these associated with physical inactivity and excessive screen time? *International Journal of Public Health* 2019; 64: 487-498. doi: 10.1007/s00038-018-1188-1 en is online raadpleegbaar via *International Journal of Public Health*.

DE MEDIËRENDE ROL VAN SLAAP IN DE RELATIE TUSSEN SCHOOLDRUK, FYSIEKE ACTIVITEIT EN SCHERM TIJD MET PSYCHOLOGISCHE SYMPTOMEN

In dit onderzoek werd de mediërende rol van slaapduur en moeilijkheden om in slaap te vallen onderzocht in de relatie tussen schooldruk, fysieke activiteit en schermtijd met psychologische symptomen. Er werd gebruik gemaakt van data van 49.403 adolescenten uit twaalf landen die deelnamen aan de internationale HBSC studie uit 2013/2014. Multilevel lineaire regressie- en mediatieanalyses werden uitgevoerd. De resultaten toonden aan dat een hogere schooldruk en een hogere schermtijd verband houden met meer psychologische symptomen, terwijl een hogere mate van fysieke activiteit gepaard ging met minder psychologische symptomen. Verder bleek dat alle associaties met psychologische symptomen gemedieerd werden door slaapduur en moeilijkheden om in slaap te vallen. Enige uitzondering hierop was de associatie tussen fysieke activiteit en psychologische symptomen die niet gemedieerd werd door slaapduur. Toekomstige interventies die de mentale gezondheid van adolescenten willen verbeteren, moeten gericht zijn op schooldruk, fysieke activiteit en schermtijd, aangezien deze factoren direct en indirect (via slaap) in verband staan met psychologische symptomen.

SAMENGEVAT

De studie toont aan dat **slaapduur en moeilijkheden om in slaap te vallen een mediërende rol spelen in het verband tussen schooldruk, fysieke activiteit en schermtijd met psychologische symptomen**. Enkel voor de associatie tussen fysieke activiteit en psychologische symptomen bleek slaapduur geen mediërende factor te zijn. Dit toont aan dat slaapduur en moeilijkheden om in slaap te vallen een indirecte impact hebben op de mentale gezondheid bij jongeren via schooldruk, fysieke activiteit en schermtijd.

COLOFON

De beschrijving is gebaseerd op volgende studie: Vandendriessche A, Ghekiere A, Van Cauwenberg J, De Clercq B, Dhondt K, De Smet A, Tynjälä J, Verloigne M, Deforche B. Does sleep mediate the association between school pressure, physical activity, screen time, and psychological symptoms in early adolescents? A 12-country study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2019; 16(6): 1072. doi: doi.org/10.3390/ijerph16061072 en is online raadpleegbaar via *International Journal of Environmental Research and Public Health*.

SLAAPKWALITEIT VAN ADOLESCENTEN IN RELATIE TOT SOCIALE FACTOREN

In dit onderzoek werd de relatie tussen sociale factoren en de slaapkwiteit van Vlaamse adolescenten bestudeerd. Er werd gebruik gemaakt van data van 8.153 adolescenten die deelnamen aan de Vlaamse HBSC studie uit 2017/2018. Multilevel lineaire regressieanalyses werden uitgevoerd om de data te analyseren. Er werd aangetoond dat slaapkwiteit positief geassocieerd is met ervaren steun van vrienden, familie, leerkrachten en klasgenoten en gepercipiëerde rijkdom. Dit betekent dat een hogere mate van ervaren steun en gepercipiëerde rijkdom gepaard ging met een betere slaapkwiteit. Daarentegen werd een negatief verband vastgesteld tussen slaapkwiteit en schooldruk enerzijds en mantelzorg anderzijds. Een hogere mate van schooldruk en meer zorgtaken thuis ging gepaard met een slechtere slaapkwiteit. De bevindingen doen besluiten dat interventies gericht op het verbeteren van de slaapkwiteit van jongeren ook sociale factoren in acht moet nemen.

SAMENGEVAT

De studie toont aan dat **sociale factoren in verband staan met de slaapkwiteit van adolescenten**. Meer steun van vrienden, familie en klasgenoten en een hogere mate van gepercipiëerde rijkdom zijn bevorderlijk voor een goede slaapkwiteit. Een hogere schooldruk en meer zorgtaken zijn daarentegen nefast voor de slaapkwiteit.

COLOFON

De beschrijving is gebaseerd op volgende studie: Delaruelle K, Dierckens M, Vandendriessche A, Deforche B, Poppe L. Adolescents' sleep quality in relation to peer, family and school factors: findings from the 2017/2018 HBSC study in Flanders. *Quality of Life Research* 2020; 30(1): 55-65. doi: <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02614-2> en is online raadpleegbaar via *Quality of Life research*.

DEEL 8

BELEIDSAANBEVELINGEN

IN DIT HOOFDSTUK

In dit rapport werden de resultaten van de Vlaamse studie Jongeren en Gezondheid 2017/2018 gerapporteerd (Deel 2 – Deel 5). De Vlaamse resultaten werden vervolgens in context geplaatst door ze te vergelijken met eerdere bevindingen in Vlaanderen en met de internationale gemiddelden (Deel 6). Speciale aandacht ging in een afzonderlijk hoofdstuk uit naar sociale ongelijkheid en evoluties in sociale ongelijkheid in de gezondheid en gezondheidsgedragingen van adolescenten (Deel 7). Op basis van deze resultaten signaleert dit rapport vier belangrijke actiedomeinen die in dit hoofdstuk verder toegelicht worden (Deel 8): sociale ongelijkheid, mentale gezondheid, beweging en sedentair gedrag en slaap.

BELEIDSAANBEVELINGEN

SOCIALE ONGELIJKHEID

Het verkleinen van sociale ongelijkheden in gezondheid is één van de belangrijkste prioriteiten van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en de Europese Unie (EU). Helaas is er op dit vlak nog een lange weg af te leggen. Ook dit rapport toont duidelijk aan dat gezondheid en gezondheidsgedragingen nog steeds ongelijk verdeeld zijn. Zo bleek dat jongeren uit het beroepssecundair onderwijs een slechtere levenskwaliteit rapporteerden, meer rookten, vaker kampten met overgewicht en minder steun ervoeren van hun familie en klasgenoten dan jongeren uit het algemeen secundair en het technisch secundair onderwijs. Gedetailleerde analyses van (evoluties in) sociale ongelijkheid in gezondheid en gezondheidsgedragingen van adolescenten en gerelateerde factoren binnen de context van het micro-, meso- en macroniveau (cf. Deel 7) leverden belangrijke inzichten op die toelaten specifieke beleidsaanbevelingen te formuleren per niveau.

Beleidsaanbevelingen op microniveau

Op basis van de internationale resultaten gerapporteerd in de studie *'Evoluties in sociale ongelijkheid in gezondheid en gezondheidsgedragingen van Vlaamse adolescenten: een internationaal perspectief 2002 – 2014'* kunnen we besluiten dat materiële ongelijkheden in gezondheid en gezondheidsgedragingen van adolescenten stabiel bleven of afnamen over een periode van twaalf jaar. Immateriële ongelijkheden in gezondheidsgedragingen namen daarentegen toe, maar bleven stabiel in gezondheid.

In Vlaanderen bleven materiële ongelijkheden in gezondheid en gezondheidsgedragingen overwegend stabiel tussen 2002 en 2014. Enkel voor groenteconsumptie werd een afname en voor beweging een toename geobserveerd. In tegenstelling tot de internationale resultaten namen immateriële ongelijkheden enkel toe in groenteconsumptie en niet in de andere gezondheidsgedragingen, terwijl er voor fysieke symptomen een afname werd gevonden. Hoewel sociale ongelijkheden – zowel materieel als immaterieel – over een periode van twaalf jaar overwegend stabiel bleven in Vlaanderen, zijn immateriële ongelijkheden in gezondheid en gezondheidsgedragingen bij Vlaamse jongeren veel groter dan het internationale gemiddelde, terwijl materiële ongelijkheden in dezelfde lijn liggen van het internationale gemiddelde.

BELEIDSAANBEVELING 1

Onmiddellijke beleidsacties zijn nodig om **sociale ongelijkheden in gezondheid en gezondheidsgedragingen van adolescenten te reduceren**, aangezien in Vlaanderen:

- (i) **materiële ongelijkheden** in sommige gezondheidsuitkomsten (levenstevredenheid) en gezondheidsgedragingen (schermtijd, fruit- en gesuikerde frisdrankconsumptie) **stabiel blijven**, terwijl internationaal een afname werd geobserveerd tussen 2002 en 2014
- (ii) **immateriële ongelijkheden** in gezondheid en gezondheidsgedragingen **veel groter zijn in Vlaanderen** in vergelijking met het internationaal gemiddelde

Gebaseerd op het model met structurele verklaringen voor sociale ongelijkheid, die zich situeren op het microniveau (cf. *'Cultureel kapitaal en evoluties in sociale ongelijkheid in gezondheid en gezondheidsgedragingen van adolescenten: een internationaal perspectief 2002 – 2014'*), kunnen we stellen dat immateriële middelen zoals vaardigheden, normen en kennis (d.i. cultureel kapitaal) de belangrijkste bron vormen voor de toename in sociale ongelijkheid in gezondheid en gezondheidsgedragingen bij adolescenten op internationaal niveau.

In Vlaanderen blijft sociale ongelijkheid vrijwel stabiel doorheen de tijd, maar cultureel kapitaal lijkt daarentegen de belangrijkste drijfveer achter de omvang van de ongelijkheden in gezondheid en gezondheidsgedragingen te zijn.

BELEIDSAANBEVELING 2

Het **beleid dient rekening te houden met het toenemend belang van cultureel kapitaal voor gezondheid en gezondheidsgedragingen** van adolescenten om sociale ongelijkheden in de toekomst te reduceren:

- (i) internationaal moet vermeden worden dat **immateriële ongelijkheden verder toenemen** in landen waar een toename werd vastgesteld
- (ii) in Vlaanderen moet de **omvang van de immateriële ongelijkheden aangepakt worden**, aangezien deze in Vlaanderen hoog ligt volgens de internationale normen

Inspelen op immateriële middelen is essentieel om sociale ongelijkheden in de toekomst doeltreffend te reduceren. Dit is echter een uitdaging, aangezien voorgaande interventies die inwerkten op kenniscomponenten er niet in geslaagd zijn om sociale ongelijkheden te verkleinen en zelfs ongunstige gevolgen hadden, die resulteerden in een grotere gezondheidskloof.⁸⁶ Gezondheidsinterventies hebben immers een differentiële invloed op verschillende socio-economische groepen, waarbij individuen die behoren tot een hogere socio-economische groep doorgaans sneller nieuwe kennis vertalen in gezondere gedragingen.⁸⁷ In dit opzicht is een geïntegreerde aanpak vereist waarbij zowel omgevings- als onderwijsstrategieën gecombineerd worden. Op basis van eerder onderzoek blijkt dat immateriële middelen sterk ongelijk verdeeld zijn binnen het onderwijssysteem in overeenstemming met de onderverdelingen in diverse onderwijsvormen (d.i. hoogste niveaus van immateriële middelen in het algemeen secundair onderwijs en laagste niveaus in het beroepssecundair onderwijs). Op deze manier versterkt de huidige indeling van het onderwijssysteem de gezondheidskloof, waarbij vooral jongeren uit het technisch en het beroepssecundair onderwijs – die vaker uit gedepriveerde socio-economische groepen komen – het grootste gezondheidsnadeel ervaren.³⁵ Deze ongelijke verdeling moet in rekening worden gebracht. De hervorming van het onderwijssysteem volgens de nieuwe onderwijsmatrix, waarbij de klemtoon ligt op een geleidelijke studiekeuze en studierichtingen ingedeeld zijn volgens finaliteiten (d.i. doorstroom, dubbele finaliteit of arbeidsmarkt) kan mogelijk soelaas bieden. Daarnaast dient cultureel kapitaal een fundamentele plaats te krijgen binnen het onderwijscurriculum. Niet door cultureel kapitaal als leerstof te beschouwen noch door te focussen op pure kennisoverdracht, maar wel door maximaal rekening te houden met de bestaande kennis en vaardigheden van jongeren en door hierop in te haken. Door het onderwijs beter af te stemmen op de leernoden, de leefwereld en de leercontext van jongeren, kan een uitdagende en veilige leeromgeving gecreëerd worden die concreet en niet abstract is. Dit maakt het voor jongeren mogelijk om nieuwe kennis en vaardigheden te verwerven die vertrekken vanuit bestaande leerschema's. Dit biedt voor jongeren uit gezinnen met een lager cultureel kapitaal de mogelijkheid om het eigen culturele kapitaal te versterken.

Ook een aanbod aan initiatieven in het bredere netwerk van de school en de buurt zoals toegang tot culturele activiteiten en sportclubs kan het cultureel kapitaal van jongeren versterken.

BELEIDSAANBEVELING 3

Het beleid dient te investeren in cultureel kapitaal van jongeren en mag niet louter focussen op een herverdeling van financiële middelen. **Gezondheidsvaardigheden, -normen en -kennis zijn immers de drijfveer voor sociale ongelijkheden** in moderne welvaartsstaten waar de overgrote meerderheid over voldoende financiële middelen beschikt (via sociale zekerheidsmaatregelen) om een gezond leven te leiden. Een **combinatie van onderwijsstrategieën en omgevingsinterventies** kunnen hierbij helpen.

Verder tonen de analyses in alcoholgerelateerde gedragingen uit de studie *'Alcoholbeleid en (evoluties in) sociale ongelijkheid in alcoholconsumptie bij adolescenten'* aan dat sociale ongelijkheden in risicogedragingen vaker een complexer beeld schetsen in vergelijking met andere gezondheidsgedragingen. Op internationaal niveau werd vastgesteld dat adolescenten uit meer welvarende families (meer materieel kapitaal) een hogere huidige alcoholconsumptie vertoonden en vaker ervaring hadden met eerder dronkenschap en eerder alcoholgebruik. Gepercipieerde welvaart (subjectieve maat voor socio-economische status) stond daarentegen niet in verband met alcoholconsumptie (huidig en eerder alcoholgebruik), maar adolescenten die zichzelf als armer percipieerden, rapporteerden wel een grotere mate van ervaring met eerder dronkenschap. Evoluties in socio-economische ongelijkheden bleven daarnaast stabiel in ervaring met eerder alcoholgebruik en de huidige alcoholconsumptie, terwijl voor ervaring met eerder dronkenschap ongelijkheden in zowel materiële rijkdom als gepercipieerde rijkdom toenamen doorheen de tijd. Ook in Vlaanderen lag alcoholconsumptie en ervaring met eerder dronkenschap hoger bij adolescenten uit meer welvarende gezinnen. In tegenstelling tot de internationale bevindingen werd vastgesteld dat alcoholconsumptie en ervaring met eerder dronkenschap lager lag bij jongeren die zichzelf als armer percipieerden. Evoluties in alcoholgebruik en dronkenschap bleven stabiel doorheen de tijd.

BELEIDSAANBEVELING 4

Ondanks een **dalende trend in globale alcoholconsumptie** dient het beleid aandacht te hebben voor:

- (i) de **toename in sociale ongelijkheden** in ervaringen met eerder alcoholgebruik op *internationaal niveau*
- (ii) de **aanhoudende sociale ongelijkheden** in alcoholgerelateerde gedragingen in *Vlaanderen*

BELEIDSAANBEVELING 4 (vervolg)

Noot: sociale ongelijkheid reduceren in alcohol gerelateerde gedragingen houdt een grotere relatieve afname in (a) van alcoholconsumptie bij adolescenten uit meer welvarende gezinnen en (b) van ervaring met eerder dronkenschap bij adolescenten die zichzelf als arm percipiëren.

Beleidsaanbevelingen op mesoniveau

De studie 'School- en buurtcontext en sociale ongelijkheid in voedingsgedrag van adolescenten' toont aan dat de socio-economische context van scholen eerder een beperkte invloed heeft op voedingsgedragingen van jongeren en geen invloed heeft op socio-economische ongelijkheden in deze gedragingen. De buurtcontext werd niet in rekening genomen omwille van gebrek aan statistisch bewijs voor een samenhang met voedingsgedragingen. Hoofdzakelijk interpersoonlijke kenmerken lijken bepalend te zijn voor voedingsgedragingen van adolescenten en ongelijkheden hierin.

BELEIDSAANBEVELING 5

Verder onderzoek is nodig waarbij andere indicatoren op schoolniveau overwogen worden (bv. voedselaanbod op school en in de schoolomgeving, sociale omgevingsinvloed van leerkrachten en klasgenoten) om beter inzicht te krijgen op de omgevingsinvloed van school op gezondheidsgedragingen van jongeren en ongelijkheden hierin.

Beleidsaanbevelingen op macroniveau

In Deel 7 werd bijzondere aandacht geschonken aan factoren op landenniveau die verschillen in (evoluties in) sociale ongelijkheden tussen landen kunnen verklaren. In lijn met eerder onderzoek werd hierbij gekeken naar macro-economische landenkenmerken, zoals inkomensongelijkheid, vermogensongelijkheid en welvaart. Vernieuwend in onze studies is echter ook de focus op macro-culturele landenkenmerken zoals meritocratische overtuigingen (d.i. overtuiging dat mensen krijgen wat ze verdienen te krijgen) en de mate van progressiviteit. Een focus op zowel macro-economische als macro-culturele landenkenmerken biedt een uitgebreider inzicht in verklaringen voor verschillen in (evoluties in) sociale ongelijkheden tussen landen en laat toe concrete aanbevelingen te formuleren.

Uit de studie 'Macro-economische context en sociale ongelijkheid in gezondheid en gezondheidsgedrag van adolescenten: een internationaal perspectief 2002 - 2014'

blijkt dat in landen met een hogere graad van inkomensongelijkheid materiële ongelijkheden in gezondheid en gezondheidsgedragingen groter zijn. Ook de studie 'Nationale vermogensongelijkheid en sociale ongelijkheid in mentale gezondheid van adolescenten' toont aan dat een sterke mate van inkomensongelijkheid verband houdt met een grotere mentale gezondheidskloof bij jongeren. De mate van vermogensongelijkheid was daarentegen niet gerelateerd aan de mate van socio-economische verschillen in de mentale gezondheid.

BELEIDSAANBEVELING 6

Om sociale ongelijkheid in gezondheid te reduceren moet het beleid zich vooral richten op landen met een hoge mate van inkomensongelijkheid. Hierbij kan het beleid een directe impact uitoefenen op de graad van inkomensongelijkheid, via fiscale beleidsmaatregelen of indirect via sociale beleidsmaatregelen. Het versterken van het sociaal kapitaal in de maatschappij kan hierbij een beschermende rol spelen om de negatieve impact van inkomensongelijkheid te verkleinen.

Verder onderzoek is nodig om de rol van vermogensongelijkheid te vertalen naar concrete beleidsmaatregelen.

Naast inkomensongelijkheid heeft ook de nationale werkloosheidsgraad een impact op mentale gezondheid van adolescenten, zoals blijkt uit de studie 'Nationale werkloosheidsgraad en ouderlijke beroepsstatus in relatie tot mentale gezondheid van adolescenten'. Adolescenten zijn in mindere mate tevreden met hun leven in landen met een hogere werkloosheidsgraad en dit effect is sterker indien tenminste één van beide ouders werkloos is.

BELEIDSAANBEVELING 7

Het beleid dient rekening te houden met de maatschappelijke kost van werkloosheid, aangezien die verder reikt dan de directe economische kost (verlaagde belastinginkomsten, uitgaven voor werkloosheidsuitkeringen en andere sociale voorzieningen). De sociale en economische gevolgen voor de toekomst kunnen immers groter zijn indien de huidige mentale gezondheid van adolescenten schoolprestaties en toekomstige mentale gezondheid beïnvloedt.

Gebaseerd op de studie *'Meritocratische waarden en sociale ongelijkheid in mentale gezondheid van adolescenten'* kunnen we besluiten dat materiële ongelijkheden in de mentale gezondheid van adolescenten groter zijn in landen met sterke meritocratische waarden, maar ongelijkheden die resulteren uit verschillen in gepercipiëerde rijkdom zijn kleiner in desbetreffende landen. Dit toont aan dat in landen waar meritocratische waarden overheersen, adolescenten sterk benaderd en behandeld worden in overeenstemming met hun materiële afkomst, wat negatieve gevolgen oplevert voor de mentale gezondheid van adolescenten uit minder welvarende gezinnen.

BELEIDSAANBEVELING 8

Het beleid dient aandacht te hebben voor **sociale ongelijkheden die voortvloeien uit een ongelijke behandeling** op basis van *materiële afkomst* en moet blijven investeren in gelijke kansen (onder meer in onderwijs).

De resultaten van de studie *'Macroculturele en -economische context en (evoluties in) sociale ongelijkheid in voedingsgedrag van adolescenten'* doen besluiten dat materiële ongelijkheden in gezonde en ongezonde voedingsgedragingen van adolescenten in progressievere landen kleiner zijn, terwijl voor immateriële ongelijkheden de progressieve waarden in een land een minder noemenswaardige rol lijken te spelen. Immateriële ongelijkheden hielden daarentegen wel verband met het welvaartsniveau van landen, waarbij ongelijkheden in voedingsgedrag systematisch groter waren in meer welvarende landen. Voor materiële ongelijkheden werd geen relatie met het welvaartsniveau van een land gevonden, maar wel in beperkte mate met de graad van inkomensongelijkheid, hoewel de analyses geen eenduidige resultaten opleverden. Het niveau van inkomensongelijkheid bleek geen rol te spelen voor immateriële ongelijkheden in voedingsgedrag. De analyses toonden verder aan dat veranderingen in de macroculturele context van landen niet geassocieerd waren met evoluties in de voedingsongelijkheid van adolescenten. Veranderingen in de macro-economische landenkenmerken hielden over het algemeen wel verband met evoluties in voedingsongelijkheden. Veranderingen in de welvaartsniveaus per land waren geassocieerd met evoluties in immateriële ongelijkheden, maar niet met materiële ongelijkheden. Veranderingen in de inkomensongelijkheid tussen landen werden daarentegen geassocieerd met materiële ongelijkheden, maar alleen met ongezond voedingsgedrag en niet met immateriële ongelijkheden.

BELEIDSAANBEVELING 9

Volgende **beleidsacties zijn nodig om sociale ongelijkheid in voedingsgedrag en evoluties hierin te reduceren**:

- (i) in **minder progressieve landen** lijkt **materiële afkomst de drijfveer te blijven voor sociale ongelijkheden** in voedingsgedrag. Een verdere **sociale herverdeling van financiële middelen** is aangevoelen in deze landen.
- (ii) in meer **welvarende landen** hebben **immateriële middelen aan belang gewonnen** en lijkt materiële afkomst niet langer de belangrijkste drijfveer te zijn voor sociale ongelijkheden in voedingsgedrag. In deze landen dient het beleid te **investeren in jongeren die weinig immateriële middelen (cultureel kapitaal) ter beschikking hebben**, aangezien gezondheidsvaardigheden, -normen en -kennis de belangrijkste bron van sociale ongelijkheid vormen.
- (iii) in landen waar het **welvaartsniveau toenam**, werden **immateriële ongelijkheden in voedingsgedrag groter**. De aanbeveling om te **investeren in cultureel kapitaal** van jongeren (ii) kan bijdragen tot een reductie van de stijgende trend in immateriële ongelijkheden.
- (iv) **verder onderzoek** is nodig om na te gaan of wijzigingen in de macroculturele context van landen verband houden met evoluties in sociale ongelijkheden in voedingsgedrag van adolescenten en om de rol van inkomensongelijkheid in relatie tot sociale ongelijkheid in voedingsgedrag bij adolescenten te consolideren.

Gebaseerd op de internationale analyses van het alcoholbeleid (cf. *'Alcoholbeleid en (evoluties in) sociale ongelijkheid in alcoholconsumptie bij adolescenten'*) kunnen we concluderen dat een strikter alcoholbeleid (combinatie van beperking in aanbod en beperking op reclame) socio-economische ongelijkheden kan verminderen.

BELEIDSAANBEVELING 10

Een **strik alcoholbeleid** bestaande uit een **combinatie van een beperking op het aanbod en op reclame** van alcohol kan leiden tot een afname van:

- (i) het absolute niveau van wekelijkse alcoholconsumptie en ervaring met alcoholconsumptie bij adolescenten

BELEIDSAANBEVELING 10 (vervolg)

- (ii) sociale ongelijkheden in wekelijkse alcoholconsumptie en ervaring met alcoholconsumptie bij adolescenten (d.i. een grotere relatieve afname bij adolescenten met een hogere socio-economische status, aangezien zij een relatief hogere alcoholconsumptie vertonen)

Afzonderlijke beleidsmaatregelen zijn een noodzakelijke, maar onvoldoende voorwaarde voor een efficiënt alcoholbeleid.

Tot slot tonen de resultaten uit de studie ‘*Sociaal kapitaal en mentale gezondheid bij adolescenten met een migratieachtergrond*’ aan dat sociale ongelijkheden niet enkel gevormd worden op basis van verschillen in socio-economische status, ook sociodemografische factoren zoals migratieachtergrond kunnen een stratificerende rol spelen. Zo toont de studie aan dat sociaal kapitaal op landenniveau, uitgedrukt als ‘de mate van vertrouwen’, een beschermende rol uitoefent op mentale gezondheidsverschillen tussen eerstegeneratiemigranten en jongeren zonder een migratieachtergrond. In landen met een hogere mate van vertrouwen is de mentale gezondheidskloof kleiner tussen deze groepen.

BELEIDSAANBEVELING 11

Beleidsmaatregelen gericht op het **verhogen van het algemeen vertrouwen** binnen landen kunnen doeltreffend zijn om sociale ongelijkheden in mentale gezondheid bij jongeren met een migratieachtergrond te beperken.

MENTALE GEZONDHEID

Dit rapport onderschrijft de nood aan prioritaire aandacht voor de mentale gezondheid van Vlaamse jongeren. De meest recente cijfers tonen immers aan dat één op de vijf Vlaamse jongeren zich regelmatig humeurig en nerveus voelt en dat één op de vier Vlaamse jongeren regelmatig slaapproblemen ervaart. Dit is een duidelijke stijging ten opzichte van de cijfers uit 2014 en een verdere toename kan verwacht worden in het licht van de COVID-19-pandemie. Opmerkelijk is ook dat het aandeel jongeren met mentale problemen beduidend hoger ligt bij meisjes en bij jongeren uit minder welvarende gezinnen. De toename in mentale gezondheidsproblemen onder jongeren is echter geen uniek Vlaams gegeven. In de meeste landen die deelnamen aan de HBSC studie werd een stijging opgetekend ten opzichte van 2014. Dr. Hans Henri P. Kluge, regionaal directeur van het WHO Europa, concludeerde dan ook: “*That increasing numbers of boys and girls across the European Region are*

reporting poor mental health – feeling low, nervous or irritable – is a concern for us all. How we respond to this growing problem will echo for generations. Investing in young people by, for example, ensuring they have easy access to mental health services appropriate to their needs, will buy a triple dividend: bringing health, social and economic gains to today’s adolescents, tomorrow’s adults and future generation”.

Naar de toekomst toe is het belangrijk om een vollediger beeld te krijgen van het mentaal welzijn van jongeren. De WHO definieert mentale gezondheid als ‘*a state of well-being in which an individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and is able to make a contribution to his or her community*’. Deze definitie legt de nadruk op positieve aspecten van mentale gezondheid en beschouwt mentale gezondheid als meer dan de afwezigheid van mentale klachten. Met uitzondering van levensstevredenheid, zijn de opgenomen items in de vorige bevragingen van de studie Jongeren en Gezondheid echter louter gericht op het in kaart brengen van mentale klachten. Dit is een eenzijdige benadering. Ook onder jongeren die geen mentale klachten ervaren, zijn er sommigen die zich beter voelen dan anderen. Deze verschillen zijn onderbelicht in de wetenschappelijke literatuur, maar geenszins onbelangrijk. Immers, jongeren die goed in hun vel zitten, zullen beter presteren op school, zullen veerkrachtiger omgaan met tegenslag en hebben een grotere kans om zich te ontwikkelen tot gezonde volwassenen.⁸⁸

BEWEGING EN SEDENTAIR GEDRAG

Jongeren wordt aanbevolen gedurende de week gemiddeld 60 minuten per dag te bewegen aan een matige tot zware intensiteit.^{89,90} Daarnaast wordt ook aangeraden om het langdurig zitten te beperken. Zo geldt de aanbeveling om de schermtijd te beperken tot maximaal twee uur per dag, maar minder is uiteraard aanbevolen.⁹¹ Onvoldoende bewegen en te veel zitten zijn twee afzonderlijke gedragingen die geassocieerd zijn met gezondheidsproblemen, zowel tijdens de adolescentie als op latere leeftijd.⁹² Zo is geweten dat onvoldoende bewegen en overmatig zitten op korte termijn leiden tot een minder gunstig fysiek en mentaal welbevinden. Op lange termijn is er onder meer een verhoogd risico op hart- en vaatziekten en kanker. Het bewegings- en zitgedrag op jonge leeftijd is bovendien sterk geassocieerd met deze gedragingen op latere leeftijd.³ In dit verband is het dan ook noodzakelijk dat jongeren aangemoedigd worden om dagelijks voldoende te bewegen en het zitgedrag te beperken.

Dit rapport duidt echter aan dat Vlaamse jongeren – net zoals andere Europese jongeren – te weinig bewegen en onvoldoende hun zitgedrag beperken.

Het probleem bleek des te groter voor de 17- en 18-jarigen. In deze leeftijdsgroep voldeed amper 20% van de jongens en 13% van de meisjes aan de beweegnorm en 3% van de jongens en 4% van de meisjes aan de maximaal aanbevolen schermtijd van twee uur. Hoewel de cijfers voor de beweegnorm een positieve evolutie hebben doorgemaakt sinds 2010, is er duidelijk nog een lange weg af te leggen. De prevalenties van een maximale schermtijd van twee uur vertonen een dalende trend sinds 2010. Deze vaststellingen doen besluiten dat jongeren nog steeds ondermaats scoren en vereisen een verdere ontwikkeling van initiatieven om jongeren aan te zetten tot meer beweging en minder sedentair gedrag. Dit zal ook een positief effect hebben op de slaapkwaliteit en het mentaal welbevinden van jongeren (cf. *'Evoluties in slaapmoeilijkheden in relatie tot fysieke activiteit en overmatig schermgebruik'* en *'De mederende rol van slaap in de relatie tussen schooldruk, fysieke activiteit en schermtijd met psychologische symptomen'*).

SLAAP

Een goede en voldoende nachtrust is onontbeerlijk. Slaap is immers meer dan een toestand van rust. Het speelt een cruciale rol in lichamelijk herstel en in de verwerking van emoties en dagdagelijkse impressies.

Slaapbehoeften verschillen per leeftijdsgroep. Algemeen genomen hebben adolescenten meer behoefte aan slaap dan (jong)volwassenen. Ze worden geadviseerd om acht tot tien uur te slapen, maar dat lukt vaak niet. Eén van de belangrijke oorzaken hiervan is de aanwezigheid van elektronische media. Surfen op het internet, gsm'en en gamen zorgen ervoor dat adolescenten aan slaap inboeten.⁹³ Ook andere factoren, zoals de verminderde aanwezigheid van ouderlijke controle en schoolstress, spelen een rol.⁹⁴ Jongeren die te weinig of slecht slapen, hebben een verhoogde kans op gezondheidsproblemen op korte en lange termijn. Op korte termijn kan slaaptekort leiden tot een toename in ongezonde voedingsgewoonten, sedentair gedrag en een afname in fysieke activiteit. Daarnaast is geweten dat slaaptekort een negatieve invloed uitoefent op schoolprestaties en mentale gezondheid (o.a. depressie, angst). Bovendien is er ook een link met het stellen van meer risicogedragingen, zoals alcohol- en druggebruik, spijbelen, agressie en onoplettendheid in het verkeer. Op lange termijn kan slaaptekort onder meer aanleiding geven tot obesitas, diabetes, hoge bloeddruk en depressie.^{84,95}

De resultaten uit dit rapport tonen echter aan dat slaapproblemen in hoge mate aanwezig zijn bij Vlaamse jongeren. Zo blijkt dat één op de vier Vlaamse jongeren problemen ervaart om in slaap te vallen. Wat de slaapnorm betreft, voldoet net iets minder dan de helft van de 11- tot 12-jarigen niet aan de slaapnorm tijdens de

schoolweek en bij de oudere leeftijdsgroepen (13- tot 18-jarigen) is dit bijna één op zes. Hierbij moet opgemerkt worden dat het om de minimale slaapnorm gaat. Wanneer de gemiddelde aanbevolen hoeveelheid slaap gehanteerd zou worden als grenswaarde (d.i. tien uur voor 11- tot 12-jarigen en negen uur voor 13- tot 18-jarigen), dan zouden de resultaten duiden op een nog groter percentage jongeren dat de slaapnorm niet halen. Ook voor slaapkwaliteit scoren de Vlaamse jongeren slecht. Bijna één op twee meisjes en iets meer dan één op drie jongens rapporteert een slechte slaapkwaliteit tijdens de schoolweek. Vooral een slechte nachtrust en ochtendmoeheid worden hierbij frequent als probleem gerapporteerd.

BELEIDSAANBEVELING 12

Prioritaire beleidsaandacht is vereist op het vlak van mentale gezondheid, slaap, beweging en sedentair gedrag bij Vlaamse jongeren. Enkel zo kunnen de ongunstige ontwikkelingen die in dit rapport beschreven staan een halt toegeroepen worden.

CONCLUSIE

JONGEREN EN GEZONDHEID SAMENGEVAT

WETENSCHAPPELIJKE CONCLUSIES

De studie Jongeren en Gezondheid 2017/2018 toont aan dat de meeste jongeren over het algemeen vrij gezond en tevreden zijn met hun leven, relatief weinig gezondheidsklachten ervaren en er overwegend gezonde voedingsgedragingen op nahouden. Ook kunnen de meeste jongeren rekenen op positieve en ondersteunende relaties met vrienden, ouders en leerkrachten. De overgrote meerderheid van de jongeren heeft een gezond lichaamsgewicht en rookt niet.

Naast deze positieve tendens zijn er ook enkele negatieve ontwikkelingen vast te stellen. Zo kampt een toenemend aantal jongeren met mentale gezondheidsproblemen die zich vooral uiten in humeurigheid en nervositeit. Het aandeel jongeren met zelfmoordgedachten is hoog. De meerderheid van de jongeren ervaart een slechte slaapkwaliteit en veelal wordt de norm van voldoende slaap niet gehaald. Ook wat betreft beweging en sedentair gedrag is er ruimte voor verbetering. Een minderheid van de jongeren voldoet aan de beweegnorm van gemiddeld 60 minuten matige tot zware activiteit per dag doorheen de week. Voor schermtijd zijn de cijfers zelfs alarmerend slecht, waarbij een absolute minderheid van de jongeren de maximale schermtijd van twee uur niet overschrijdt.

Verder wijzen de resultaten op duidelijke verschillen naargelang geslacht. Zo blijkt dat meisjes, in vergelijking met jongens, doorgaans een lagere levensvrede en zelf-gerapporteerde gezondheid hebben, meer zelfmoordneigingen en zelfbeschadigend gedrag vertonen en meer gezondheidsklachten ervaren. Ook rapporteren ze een slechtere slaapkwaliteit, halen ze minder vaak de beweegnorm en zijn ze over het algemeen minder tevreden over hun lichaamsperceptie, wat zich uit in een hogere mate van dieetgedragingen. Daarnaast ervaren meisjes minder steun van familie en een hogere schooldruk dan jongens. Jongens daarentegen halen minder vaak de slaapnorm, vertonen een hogere mate van schermgebruik, consumeren minder groenten, fruit en water en meer gesuikerde frisdrank in vergelijking met meisjes. Bovendien gebruiken jongens vaker cannabis dan meisjes en roken ze ook frequenter. De schooltevredenheid ligt bij jongens lager dan bij meisjes en ze ervaren iets minder steun van hun vrienden. De resultaten onthullen niet alleen geslachtsverschillen, maar ook een duidelijke sociale kloof naargelang onderwijsvorm.

In vergelijking met jongeren uit het beroeps- en het technisch secundair onderwijs, rapporteren jongeren uit het algemeen secundair onderwijs doorgaans een hogere levensvrede, minder gezondheidsklachten, een hogere consumptie van groenten en fruit en een lagere consumptie van gesuikerde frisdrank. Ze kampen minder vaak met overgewicht en obesitas. Jongeren uit het algemeen secundair onderwijs vertonen doorgaans ook minder risicogedragingen. Zo drinken en roken ze gemiddeld minder dan jongeren uit de andere opleidingsvormen en ook het cannabisgebruik ligt bij hen lager. Jongeren uit het algemeen secundair onderwijs vertonen minder seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Daarenboven blijken er ook leeftijdsverschillen te bestaan. Naarmate jongeren ouder worden, neemt de levenskwaliteit af, kampen ze vaker met gezondheidsklachten, daalt de slaapkwaliteit en halen ze minder frequent de slaap-, beweeg- en schermnorm. Ook het alcohol-, tabaks- en cannabisgebruik neemt toe bij de oudere leeftijdsgroepen. Oudere jongeren ervaren bovendien minder steun van hun familie en leerkrachten en de toenemende schooldruk gaat gepaard met een lagere schooltevredenheid.

Het rapport onthult ook enkele positieve evoluties overheen de tijd. De cijfers duiden op een stijging in levensvrede, een gunstige toename in de consumptie van gezonde voedingsmiddelen zoals fruit, groenten en water en een afname in de consumptie van gesuikerde frisdrank. Ook het gebruik van tabak en cannabis kent een gunstige terugval. Naast deze positieve evoluties is er ook een negatieve evolutie op te merken. De resultaten wijzen op een duidelijke toename in mentale gezondheidsproblemen doorheen een periode van twaalf jaar. Ook het aandeel jongeren dat geconfronteerd werd met seksueel grensoverschrijdend gedrag nam toe.

Speciale aandacht ging in dit rapport uit naar sociale ongelijkheid in gezondheid en gezondheidsgedragingen van jongeren. Een reeks studies werden uitgevoerd om beter inzicht te krijgen in (evoluties in) sociale ongelijkheden in gezondheid en gezondheidsgedragingen van jongeren en onderliggende mechanismen, die zich situeren op verschillende niveaus: het microniveau, het mesoniveau en het macroniveau.

De studies op het microniveau tonen aan dat internationaal gezien jongeren uit meer welvarende families betere gezondheid en gezondheidsgedragingen rapporteren in vergelijking met jongeren uit minder welvarende families. Deze ongelijkheden bleven stabiel of namen af doorheen een tijdsperiode van twaalf jaar. Immateriële ongelijkheden in gezondheidsgedragingen namen daarentegen toe, waarbij jongeren met meer immateriële middelen ter beschikking systematisch gezondere gedragingen stelden in vergelijking met jongeren met minder immateriële middelen. In Vlaanderen bleven materiële en immateriële gezondheidsongelijkheden overwegend stabiel, maar immateriële ongelijkheden in gezondheid en gezondheidsgedragingen lagen wel opvallend hoger bij Vlaamse jongeren in vergelijking met het internationale gemiddelde. Verschillen in immateriële middelen kunnen in Vlaanderen niet de stabiele trends verklaren, maar ze lijken wel de drijvende bron van gezondheidsongelijkheden te zijn.

Op het mesoniveau tonen de bevindingen aan dat de schoolcontext (onderwijskansarmoedeniveau van een school) geen invloed lijkt te hebben op sociale ongelijkheden in voedingsgedragingen en de invloed op voedingsgedragingen zelf is eerder gering.

Wat het macroniveau betreft, zijn zowel macro-economische als macroculturele factoren op landenniveau belangrijk om verschillen in gezondheidsongelijkheden te verklaren. Zo blijken materiële ongelijkheden in gezondheid en gezondheidsgedragingen groter te zijn in landen met een hogere mate van inkomensongelijkheid en in landen met sterkere meritocratische waarden. In deze landen vertonen jongeren uit minder welvarende gezinnen slechtere gezondheid en gezondheidsgedragingen in vergelijking met jongeren uit meer welvarende gezinnen. In landen met een hoog welvaartsniveau en sterke progressieve waarden zijn immateriële gezondheidsongelijkheden dan weer groter, waarbij jongeren met meer immateriële middelen gezondere gedragingen stellen dan jongeren met minder materiële middelen. Materiële ongelijkheden daarentegen blijken kleiner te zijn in progressievere landen. De mate van vermogensongelijkheid, de werkgelegenheidsgraad en de *output gap* zijn niet gerelateerd aan verschillen in de gezondheidskloof.

Verder blijkt dat veranderingen in de macro-economische context, zoals een toename in inkomensongelijkheid en welvaart van landen, leidt tot een grotere gezondheidskloof, terwijl veranderingen in de macroculturele context doorheen de tijd hier niet aan gerelateerd zijn.

Landenkenmerken hebben niet alleen een invloed op verschillen in gezondheid naargelang socio-economische status, maar ook naargelang migratieachtergrond.

In landen waar inwoners meer vertrouwen stellen in elkaar, is het mentale gezondheidsnadeel dat eerstegeneratiemigranten ervaren minder uitgesproken.

BELEIDSCONCLUSIES

Diverse verbeteringen in de gezondheid en gezondheidsgedragingen van jongeren werden waargenomen. Dit kan er op wijzen dat beleidsinitiatieven die in het verleden getroffen werden, hun vruchten afwierpen. Niettemin onderschrijft dit rapport de nood aan prioritaire beleidsinitiatieven, onder meer met betrekking tot de mentale gezondheid van jongeren. De mentale gezondheid van jongeren is er op diverse vlakken sterker op achteruit gegaan, een tendens die zich al voordeed nog voor de COVID-19-pandemie een impact had op de leefwereld van jongeren. Prioritaire beleidsaandacht is ook vereist om tegemoet te komen aan de ongunstige ontwikkelingen op het vlak van slaap, beweging en sedentair gedrag. Verder is blijvende aandacht nodig voor de gezondheidsverschillen naargelang leeftijd, geslacht en socio-economische status die duidelijk blijken uit dit rapport. Specifiek met betrekking tot socio-economische ongelijkheden zijn strategieën nodig binnen het domein van welzijn en gezondheid, maar heel wat aspecten overstijgen dit domein en vereisen een facettenbeleid om de beleidsaanbevelingen die in dit rapport geformuleerd zijn (cf. Deel 8) te realiseren. Een geïntegreerde aanpak binnen diverse beleidsdomeinen kan zo gezondheidsongelijkheden een halt toe roepen.

LITERATUURLIJST

1. Inchley J, Currie D, Cosma A, Samdal O. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: background, methodology and mandatory items for the 2017/18 survey. St Andrews: CAHRU, 2018.
2. Roberts C, Currie C, Samdal O, Currie D, Smith R, Maes L. Measuring the health and health behaviours of adolescents through cross-national survey research: recent developments in the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. *Journal of Public Health* 2007; **15**(3): 179-86.
3. Jones RA, Hinkley T, Okely AD, Salmon J. Tracking physical activity and sedentary behavior in childhood: a systematic review. *Am J Prev Med* 2013; **44**(6): 651-8.
4. Haslam DW, James WPT. Obesity. *The Lancet* 2005; **366**(9492): 1197-209.
5. Tomlinson KL, Brown SA, Abrantes A. Psychiatric comorbidity and substance use treatment outcomes of adolescents. *Psychol Addict Behav* 2004; **18**(2): 160.
6. MacCoun RJ. Drugs and the law: a psychological analysis of drug prohibition. *Psychol Bull* 1993; **113**(3): 497.
7. Rey JM, Sawyer MG, Raphael B, Patton GC, Lynskey M. Mental health of teenagers who use cannabis: results of an Australian survey. *The British Journal of Psychiatry* 2002; **180**(3): 216-21.
8. Grunbaum JA, Kann L, Kinchen S, et al. Youth risk behavior surveillance--United States, 2003. *Morbidity and mortality weekly report Surveillance summaries (Washington, DC: 2002)* 2004; **53**(2): 1-96.
9. Elders MJ, Perry CL, Eriksen MP, Giovino GA. The report of the Surgeon General: preventing tobacco use among young people. *Am J Public Health* 1994; **84**(4): 543-7.
10. Vlaams Instituut Gezond L. Hoeveel fruit per dag is gezond? 2019. <https://www.gezondleven.be/themas/voeding/voedingsdriehoek/fruit>.
11. Vlaams Instituut Gezond L. Hoeveel groenten eet je best. 2019.
12. Vlaams Instituut Gezond L. Hoeveel fris- en sportdrink mag je drinken? 2019.
13. Vlaams Instituut Gezond L. Gezond drinken: hoeveel is dat? 2019.
14. Gwon SH, Jeong S. Concept analysis of impressionability among adolescents and young adults. *Nurs Open* 2018; **5**(4): 601-10.
15. Viner RM, Ozer EM, Denny S, et al. Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet* 2012; **379**(9826): 1641-52.
16. García-Moya I, Brooks F, Morgan A, Moreno C. Subjective well-being in adolescence and teacher connectedness: A health asset analysis. *Health Educ J* 2014; **74**(6): 641-54.
17. Tennant JE, Demaray MK, Malecki CK, Terry MN, Clary M, Elzinga N. Students' ratings of teacher support and academic and social-emotional well-being. *School psychology quarterly : the official journal of the Division of School Psychology, American Psychological Association* 2015; **30**(4): 494-512.
18. Ottova-Jordan V, Smith OR, Augustine L, et al. Trends in health complaints from 2002 to 2010 in 34 countries and their association with health behaviours and social context factors at individual and macro-level. *Eur J Public Health* 2015; **25 Suppl 2**: 83-9.
19. Guo H, Yang W, Cao Y, Li J, Siegrist J. Effort-reward imbalance at school and depressive symptoms in Chinese adolescents: the role of family socioeconomic status. *Int J Environ Res Public Health* 2014; **11**(6): 6085-98.
20. Colarossi LG, Eccles JS. Differential effects of support providers on adolescents' mental health. *Soc Work Res* 2003; **27**(1): 19-30.
21. Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, et al. Spotlight on adolescent health and well-being: Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. *Copenhagen: WHO Regional Office for Europe* 2020.
22. Torsheim T, Nygren JM, Rasmussen M, et al. Social inequalities in self-rated health: A comparative cross-national study among 32,560 Nordic adolescents. *Scandinavian journal of public health* 2018; **46**(1): 150-6.
23. Currie C, Molcho M, Boyce W, Holstein B, Torsheim T, Richter M. Researching health inequalities in adolescents: The development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Family Affluence Scale. *Soc Sci Med* 2008; **66**(6): 1429-36.
24. Elgar FJ, Pfortner TK, Moor I, De Clercq B, Stevens GW, Currie C. Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002-2010: a time-series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study. *Lancet* 2015; **385**(9982): 2088-95.
25. Chzhen Y, Bruckauf Z, Ng K, Pavlova D, Torsheim T, de Matos MG. Inequalities in Adolescent Health and Life Satisfaction: Evidence from the Health Behaviour in School-aged Children study. 2016.

26. Moor I, Spallek J, Richter M. Explaining socioeconomic inequalities in self-rated health: a systematic review of the relative contribution of material, psychosocial and behavioural factors. *J Epidemiol Community Health* 2017; **71**(6): 565-75.
27. Moor I, Richter M, Ravens-Sieberer U, Ottova-Jordan V, Elgar FJ, Pfortner TK. Trends in social inequalities in adolescent health complaints from 1994 to 2010 in Europe, North America and Israel: The HBSC study. *Eur J Public Health* 2015; **25 Suppl 2**: 57-60.
28. Abel T, Fuhr DC, Bisegger C, Ackermann Rau S. Money is not enough: exploring the impact of social and cultural resources on youth health. *Scand J Public Health* 2011; **39**(6 Suppl): 57-61.
29. Kroenke C. Socioeconomic status and health: youth development and neomaterialist and psychosocial mechanisms. *Social science & medicine (1982)* 2008; **66**(1): 31-42.
30. Abel T. Cultural capital and social inequality in health. *J Epidemiol Community Health* 2008; **62**(7): e13.
31. Mackenbach JP. The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox. *Soc Sci Med* 2012; **75**(4): 761-9.
32. Bourdieu P. The forms of capital In: Richardson J, ed. *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. New York: Greenwood Press; 1986: 241-58.
33. Mackenbach JP. *Health inequalities: Persistence and change in modern welfare states*: Oxford University Press, USA; 2019.
34. Due P, Krolner R, Rasmussen M, et al. Pathways and mechanisms in adolescence contribute to adult health inequalities. *Scand J Public Health* 2011; **39**(6 Suppl): 62-78.
35. De Clercq B, Abel T, Moor I, et al. Social inequality in adolescents' healthy food intake: the interplay between economic, social and cultural capital. *Eur J Public Health* 2017; **27**(2): 279-86.
36. Sauerwein MN, Rees G. How children spend their out-of-school time—a comparative view across 14 countries. *Children and Youth Services Review* 2020; **112**: 104935.
37. Fredricks JA. Extracurricular participation and academic outcomes: Testing the over-scheduling hypothesis. *Journal of youth and adolescence* 2012; **41**(3): 295-306.
38. Badura P, Geckova AM, Sigmundova D, van Dijk JP, Reijneveld SA. When children play, they feel better: organized activity participation and health in adolescents. *BMC public health* 2015; **15**(1): 1-8.
39. Weininger EB, Lareau A, Conley D. What money doesn't buy: Class resources and children's participation in organized extracurricular activities. *Social Forces* 2015; **94**(2): 479-503.
40. Das JK, Salam RA, Thornburg KL, et al. Nutrition in adolescents: physiology, metabolism, and nutritional needs. *Ann N Y Acad Sci* 2017; **1393**(1): 21-33.
41. Freemark MS. *Pediatric obesity: etiology, pathogenesis and treatment*: Springer; 2018.
42. Fisman AS, Samdal O, Torsheim T. Family affluence and cultural capital as indicators of social inequalities in adolescent's eating behaviours: a population-based survey. *BMC Public Health* 2012; **12**: 1036.
43. Nardone P, Pierannunzio D, Ciardullo S, Lazzeri G, Cappello N, Spinelli A. Dietary habits among Italian adolescents and their relation to socio-demographic characteristics. *Ann Ist Super Sanita* 2020; **56**(4): 504-13.
44. Vereecken CA, Inchley J, Subramanian SV, Hublet A, Maes L. The relative influence of individual and contextual socio-economic status on consumption of fruit and soft drinks among adolescents in Europe. *Eur J Public Health* 2005; **15**(3): 224-32.
45. Johansen A, Rasmussen S, Madsen M. Health behaviour among adolescents in Denmark: influence of school class and individual risk factors. *Scandinavian journal of public health* 2006; **34**(1): 32-40.
46. Mackenbach JD, Nelissen KGM, Dijkstra SC, et al. A Systematic Review on Socioeconomic Differences in the Association between the Food Environment and Dietary Behaviors. *Nutrients* 2019; **11**(9): 2215.
47. Niu L, Hoyt LT, Pachucki MC. Context Matters: Adolescent Neighborhood and School Influences on Young Adult Body Mass Index. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine* 2019; **64**(3): 405-10.
48. De Clercq B, Pfoertner T-K, Elgar FJ, Hublet A, Maes L. Social capital and adolescent smoking in schools and communities: A cross-classified multilevel analysis. *Soc Sci Med* 2014; **119**: 81-7.
49. Dunn EC, Richmond TK, Milliren CE, Subramanian SV. Using cross-classified multilevel models to disentangle school and neighborhood effects: An example focusing on smoking behaviors among adolescents in the United States. *Health & Place* 2015; **31**: 224-32.
50. Milliren CE, Richmond TK, Evans CR, Dunn EC, Johnson RM. Contextual Effects of Neighborhoods and Schools on Adolescent and Young Adult Marijuana Use in the United States. *Subst Abuse* 2017; **11**: 1178221817711417.
51. Takakura M, Miyagi M, Ueji M, Kobayashi M, Kurihara A, Kyan A. The relative association of collective efficacy in school and neighborhood contexts with adolescent alcohol use. *J Epidemiol* 2018.

52. Pedersen W, Bakken A, von Soest T. Neighborhood or School? Influences on Alcohol Consumption and Heavy Episodic Drinking Among Urban Adolescents. *J Youth Adolesc* 2018; **47**(10): 2073-87.
53. Martin G, Inchley J, Marshall A, Shortt N, Currie C. The neighbourhood social environment and alcohol use among urban and rural Scottish adolescents. *International Journal of Public Health* 2019; **64**(1): 95-105.
54. D'Haese S, Van Dyck D, De Bourdeaudhuij I, Deforche B, Cardon G. The association between objective walkability, neighborhood socio-economic status, and physical activity in Belgian children. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2014; **11**: 104.
55. Williams J, Scarborough P, Townsend N, et al. Associations between Food Outlets around Schools and BMI among Primary Students in England: A Cross-Classified Multi-Level Analysis. *PLoS One* 2015; **10**(7): e0132930.
56. Townsend N, Rutter H, Foster C. Age differences in the association of childhood obesity with area-level and school-level deprivation: cross-classified multilevel analysis of cross-sectional data. *Int J Obes* 2012; **36**(1): 45-52.
57. Richmond TK, Dunn EC, Milliren CE, Rosenfeld Evans C, Subramanian SV. Disentangling overlapping influences of neighborhoods and schools on adolescent body mass index. *Obesity (Silver Spring)* 2016; **24**(12): 2570-7.
58. Hansen GD. Indivisible labor and the business cycle. *Journal of monetary Economics* 1985; **16**(3): 309-27.
59. Solt F. The Standardized World Income Inequality Database, Version 8. V2 ed: Harvard Dataverse; 2019.
60. Holstein BE, Currie C, Boyce W, et al. Socio-economic inequality in multiple health complaints among adolescents: international comparative study in 37 countries. *Int J Public Health* 2009; **54** Suppl 2: 260-70.
61. Bogliacino F, Maestri V. Wealth Inequality and the Great Recession. *Intereconomics* 2016; **51**(2): 61-6.
62. Frasquilho D, de Matos M, Marques A, Gaspar T, Caldas-de-Almeida J. Factors affecting the well-being of adolescents living with unemployed parents in times of economic recession: findings from the Portuguese HBSC study. *Public Health* 2017; **143**: 17-24.
63. Chzhen Y, Moor I, Pickett W, Toczydlowska E, Stevens GWJM. International trends in 'bottom-end' inequality in adolescent physical activity and nutrition: HBSC study 2002–2014. *Eur J Public Health* 2018; **28**(4): 624-30.
64. Fismen AS, Smith OR, Torsheim T, et al. Trends in Food Habits and Their Relation to Socioeconomic Status among Nordic Adolescents 2001/2002–2009/2010. *PLoS One* 2016; **11**(2): e0148541.
65. Dierckens M, Weinberg D, Huang Y, et al. National-Level Wealth Inequality and Socioeconomic Inequality in Adolescent Mental Well-Being: A Time Series Analysis of 17 Countries. *J Adolesc Health* 2020; **66**(6, Supplement): S21-S8.
66. Weinberg D, Stevens GWJM, Currie C, et al. Country-Level Meritocratic Beliefs Moderate the Social Gradient in Adolescent Mental Health: A Multilevel Study in 30 European Countries. *J Adolesc Health* 2020.
67. Bank W. GNI per capita, Atlas method (current US\$). 2019.
68. Mansyur CL, Amick BC, Harrist RB, Franzini L, Roberts RE. The Cultural Production of Health Inequalities: A Cross-Sectional, Multilevel Examination of 52 Countries. *Int J Health Serv* 2009; **39**(2): 301-19.
69. Mackenbach JP. Cultural values and population health: a quantitative analysis of variations in cultural values, health behaviours and health outcomes among 42 European countries. *Health & Place* 2014; **28**: 116-32.
70. Inglehart R, Welzel C. How Development Leads to Democracy: What We Know About Modernization. *Foreign Affairs* 2009; **88**(2): 33-48.
71. Dimitrova R, Chasiotis A, Van de Vijver F. Adjustment outcomes of immigrant children and youth in Europe: A meta-analysis. *European Psychologist* 2016; **21**(2): 150.
72. Mood C, Jonsson JO, Låftman SB. Immigrant integration and youth mental health in four European countries. *European Sociological Review* 2016; **32**(6): 716-29.
73. Hanson MD, Chen E. Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: a review of the literature. *J Behav Med* 2007; **30**(3): 263-85.
74. Wagenaar AC, Toomey TL. Effects of minimum drinking age laws: review and analyses of the literature from 1960 to 2000. *Journal of Studies on Alcohol, supplement* 2002; (14): 206-25.
75. Subbaraman MS, Kerr WC. State panel estimates of the effects of the minimum legal drinking age on alcohol consumption for 1950 to 2002. *Alcoholism: clinical and experimental research* 2013; **37**: E291-E6.
76. Jackson N, Denny S, Sheridan J, et al. Uneven reductions in high school students' alcohol use from 2007 to 2012 by age, sex, and socioeconomic strata. *Subst Abus* 2017; **38**(1): 69-76.
77. Liu Y, Lintonen T, Tynjälä J, et al. Socioeconomic differences in the use of alcohol and drunkenness in adolescents: trends in the health behaviour in school-aged children study in Finland 1990–2014. *Scandinavian journal of public health* 2018; **46**(1): 102-11.

78. Livingston M. Trends in non-drinking among Australian adolescents. *Addiction* 2014; **109**(6): 922-9.
79. Richter M, Kuntsche E, de Looze M, Pfortner TK. Trends in socioeconomic inequalities in adolescent alcohol use in Germany between 1994 and 2006. *Int J Public Health* 2013; **58**(5): 777-84.
80. Twenge JM, Park H. The decline in adult activities among US adolescents, 1976–2016. *Child Dev* 2019; **90**(2): 638-54.
81. Goodman E, Huang B, Schafer-Kalkhoff T, Adler NE. Perceived socioeconomic status: a new type of identity that influences adolescents' self-rated health. *Journal of Adolescent Health* 2007; **41**(5): 479-87.
82. Obradors-Rial N, Ariza C, Rajmil L, Muntaner C. Socioeconomic position and occupational social class and their association with risky alcohol consumption among adolescents. *International Journal of Public Health* 2018; **63**(4): 457-67.
83. Luthar SS, Latendresse SJ. Children of the affluent: Challenges to well-being. *Current directions in psychological science* 2005; **14**(1): 49-53.
84. Maume DJ. Social ties and adolescent sleep disruption. *J Health Soc Behav* 2013; **54**(4): 498-515.
85. Merikanto I, Lahti T, Puusniekka R, Partonen T. Late bedtimes weaken school performance and predispose adolescents to health hazards. *Sleep medicine* 2013; **14**(11): 1105-11.
86. Lorenc T, Petticrew M, Welch V, Tugwell P. What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. *J Epidemiol Community Health* 2013; **67**(2): 190-3.
87. Li J, Powdthavee N. Does more education lead to better health habits? Evidence from the school reforms in Australia. *Soc Sci Med* 2015; **127**: 83-91.
88. Eriksson C, Arnarsson ÁM, Damsgaard MT, et al. Towards enhancing research on adolescent positive mental health. *Nordisk välfärdsvetenskap| Nordic Welfare Research* 2019; **4**(02): 113-28.
89. Organization WH. Global recommendation on physical activity for health 5-17 years old, 2020.
90. Vlaams Instituut Gezond L. Vlaamse gezondheidsaanbevelingen sedentair gedrag (lang stilzitten) en lichaamsbeweging. Laken (Brussel), 2021.
91. Tremblay MS, LeBlanc AG, Janssen I, et al. Canadian sedentary behaviour guidelines for children and youth. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism* 2011; **36**(1): 59-64.
92. Janssen I, LeBlanc AG. Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2010; **7**(1): 40.
93. Ghekiere A, Van Cauwenberg J, Vandendriessche A, et al. Trends in sleeping difficulties among European adolescents: Are these associated with physical inactivity and excessive screen time? *International Journal of Public Health* 2019; **64**(4): 487-98.
94. Lund HG, Reider BD, Whiting AB, Prichard JR. Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. *Journal of Adolescent Health* 2010; **46**(2): 124-32.
95. Merikanto I, Lahti T, Puusniekka R, Partonen T. Late bedtimes weaken school performance and predispose adolescents to health hazards. *Sleep Med* 2013; **14**(11): 1105-11.

BIJLAGEN

Tabel 100: evolutie in gezondheid en welzijn naargelang leeftijd en geslacht (procentueel)

Gezondheid en welzijn		algemeen		11-12		13-14		15-16		17-18	
		J	M	J	M	J	M	J	M	J	M
<i>Hoge levenstevredenheid</i> [score ≥6]	2006	91.3	88.9	92.6	91.5	92.4	89.1	90.4	87.8	90.0	87.8
	2010	91.1	89.1	92.6	92.5	90.9	87.4	91.6	87.9	90.6	89.8
	2014	89.1	84.4	92.1	91.0	92.3	87.0	91.9	79.5	88.1	81.9
	2018	94.4	91.3	95.3	92.9	94.5	91.5	95.4	90.8	93.6	90.4
			chi ² =40.0 df=1 p<0.001	chi ² =17.5 df=1 p<0.001	chi ² =8.0 df=1 p=0.005	chi ² =1.5 df=1 p=0.221	chi ² =4.7 df=1 p=0.031	chi ² =4.4 df=1 p=0.035	chi ² =23.5 df=1 p<0.001	chi ² =6.5 df=1 p=0.011	chi ² =10.0 df=1 p=0.002
<i>Hoge levenskwaliteit</i> [score ≥38]	2006	93.2	89.7	97.7	96.2	93.6	91.0	91.3	87.8	90.9	84.8
	2010	89.5	85.4	93.6	92.8	89.5	85.1	88.4	82.6	87.8	82.1
	2014	90.9	85.1	96.3	94.5	92.6	89.3	94.2	80.2	89.4	78.5
	2018	94.6	88.5	97.3	96.1	95.7	91.4	95.3	86.2	91.5	80.2
			chi ² =9.2 df=1 p=0.002	chi ² =4.1 df=1 p=0.044	chi ² =0.4 df=1 p=0.506	chi ² =0.01 df=1 p=0.915	chi ² =5.3 df=1 p=0.022	chi ² =0.1 df=1 p=0.761	chi ² =16.3 df=1 p<0.001	chi ² =1.5 df=1 p=0.217	chi ² =0.3 df=1 p=0.609
<i>Zelf-gerapporteerde gezondheid</i> [redelijk tot slecht]	2006	15.6	21.2	9.2	11.6	13.7	21.5	16.4	23.3	21.1	27.0
	2010	18.8	25.5	11.6	13.8	17.3	24.2	20.9	30.2	24.3	31.4
	2014	16.8	24.2	10.4	13.3	13.3	19.5	14.5	29.9	20.9	31.5
	2018	15.3	19.5	14.0	13.8	13.6	18.1	15.3	19.9	16.5	24.4
			chi ² =0.3 df=1 p=0.595	chi ² =4.5 df=1 p=0.03	chi ² =14.3 df=1 p<0.001	chi ² =2.6 df=1 p=0.108	chi ² =0.7 df=1 p=0.402	chi ² =4.6 df=1 p=0.031	chi ² =0.7 df=1 p=0.402	chi ² =4.7 df=1 p=0.031	chi ² =7.9 df=1 p=0.005
<i>Hoofdpijn</i> [meermaals per week]	2006	10.7	17.3	8.9	11.7	11.9	17.4	9.8	17.9	11.4	20.8
	2010	11.2	19.8	11.9	12.9	12.5	18.2	9.1	22.2	11.7	23.3
	2014	14.7	23.4	9.1	15.1	15.6	20.1	14.0	27.5	11.4	29.1
	2018	8.2	16.3	6.7	9.7	7.9	14.1	7.1	18.4	9.6	22.0
			chi ² =21.1 df=1 p<0.001	chi ² =2.1 df=1 p=0.145	chi ² =4.1 df=1 p=0.042	chi ² =2.6 df=1 p=0.107	chi ² =11.7 df=1 p=0.001	chi ² =5.4 df=1 p=0.020	chi ² =6.1 df=1 p=0.013	chi ² =0.1 df=1 p=0.705	chi ² =2.2 df=1 p=0.140
<i>Buikpijn</i> [meermaals per week]	2006	6.5	11.4	6.3	10.2	7.5	12.4	6.1	10.0	5.5	12.4
	2010	6.9	12.4	7.1	12.9	7.9	12.5	6.5	13.0	5.8	10.8
	2014	9.8	15.5	7.8	13.2	4.0	13.8	7.6	17.8	5.8	16.5
	2018	5.4	10.3	7.2	10.1	5.7	11.0	3.8	8.7	4.4	10.6
			chi ² =5.9 df=1 p=0.2	chi ² =3.8 df=1 p=0.051	chi ² =0.72 df=1 p=0.396	chi ² =0.0 df=1 p=0.941	chi ² =3.6 df=1 p=0.056	chi ² =1.2 df=1 p=0.273	chi ² =7.4 df=1 p=0.007	chi ² =1.2 df=1 p=0.268	chi ² =1.3 df=1 p=0.259
<i>Rugpijn</i> [meermaals per week]	2006	10.3	12.0	4.3	6.9	10.8	11.9	12.8	11.0	13.1	17.1
	2010	10.5	13.9	6.1	6.2	10.3	13.2	11.0	15.3	13.5	18.9
	2014	14.5	17.9	6.1	9.3	13.5	15.9	13.9	21.3	15.3	23.0
	2018	10.4	14.4	6.5	7.9	9.0	13.5	11.7	15.8	14.5	19.9
			chi ² =0.02 df=1 p=0.886	chi ² =13.8 df=1 p<0.001	chi ² =5.9 df=1 p=0.015	chi ² =0.9 df=1 p=0.342	chi ² =2.6 df=1 p=0.110	chi ² =1.5 df=1 p=0.225	chi ² =0.7 df=1 p=0.419	chi ² =12.8 df=1 p<0.001	chi ² =0.9 df=1 p=0.341

Tabel 100: vervolg

Gezondheid en welzijn		algemeen		11-12		13-14		15-16		17-18	
		J	M	J	M	J	M	J	M	J	M
<i>Humeurigheid</i> [meermaals per week]	2006	12.1	14.7	8.7	9.0	10.7	14.6	14.0	16.3	13.9	18.3
	2010	10.8	13.6	7.6	8.7	11.1	12.6	11.5	14.9	12.0	17.1
	2014	13.4	19.1	9.1	11.0	11.2	25.6	14.1	24.3	11.4	23.1
	2018	17.9	24.9	15.4	15.9	14.6	22.7	17.7	27.3	24.6	34.3
			chi ² =73.8 df=1 p<0.001	chi ² =174.9 df=1 p<0.001	chi ² =26.0 df=1 p<0.001	chi ² =26.0 df=1 p<0.001	chi ² =9.3 df=1 p=0.02	chi ² =29.1 df=1 p<0.001	chi ² =6.7 df=1 p=0.010	chi ² =47.4 df=1 p<0.001	chi ² =42.3 df=1 p<0.001
<i>Zenuwachtigheid</i> [meermaals per week]	2006	14.0	17.0	12.2	14.9	13.9	16.6	14.7	16.8	14.7	19.4
	2010	13.1	16.9	11.5	12.3	14.0	17.1	13.6	17.4	14.0	20.0
	2014	16.1	21.6	12.8	18.1	14.7	21.1	25.9	24.8	12.3	21.6
	2018	18.2	25	15.9	17.4	17.0	24.9	18.8	26.9	21.8	31.5
			chi ² =34.3 df=1 p<0.001	chi ² =102.7 df=1 p<0.001	chi ² =7.0 df=1 p=0.008	chi ² =2.7 df=1 p=0.101	chi ² =4.8 df=1 p=0.028	chi ² =28.5 df=1 p<0.001	chi ² =7.6 df=1 p=0.006	chi ² =39.9 df=1 p<0.001	chi ² =19.1 df=1 p<0.001
<i>Slaapmoeilijkheden</i> [meermaals per week]	2006	17.3	20.3	17.5	22.1	17.1	20.0	18.0	19.8	17.0	19.4
	2010	17.3	20.5	18.0	19.0	16.6	20.9	16.8	20.7	16.9	20.7
	2014	20.5	26.4	17.7	23.5	20.2	24.4	18.0	30.8	18.9	26.5
	2018	23.7	29.6	28.9	30.7	22.8	30.0	19.0	28.4	23.6	28.4
			chi ² =69.0 df=1 p<0.001	chi ² =124.0 df=1 p<0.001	chi ² =44.5 df=1 p<0.001	chi ² =23.1 df=1 p<0.001	chi ² =13.8 df=1 p<0.001	chi ² =36.4 df=1 p<0.001	chi ² =0.4 df=1 p=0.521	chi ² =27.0 df=1 p<0.001	chi ² =15.6 df=1 p<0.001
<i>Duizeligheid</i> [meermaals per week]	2006	5.4	8.5	3.3	6.4	5.9	8.6	7.5	9.1	5.2	10.6
	2010	5.8	9.4	4.4	6.3	5.7	10.3	6.1	11.6	6.2	8.8
	2014	9.1	13.0	5.4	8.7	6.8	12.2	8.1	16.3	7.3	13.7
	2018	6.8	10.2	6.0	6.4	6.3	11.5	7.3	11.8	7.9	10.1
			chi ² =8.8 df=1 p=0.003	chi ² =8.6 df=1 p=0.003	chi ² =10.1 df=1 p=0.001	chi ² =0.01 df=1 p=0.927	chi ² =0.2 df=1 p=0.643	chi ² =6.6 df=1 p=0.010	chi ² =0.04 df=1 p=0.837	chi ² =5.2 df=1 p=0.022	chi ² =6.4 df=1 p=0.011
<i>Futloosheid</i> [meermaals per week]	2006	13.7	17.5	7.0	8.9	10.1	14.3	17.6	20.2	18.7	26.4
	2010	7.9	11.0	3.6	4.8	6.6	8.2	8.3	13.6	11.6	16.4
	2014	9.0	15.5	4.6	8.6	6.6	11.9	7.3	20.2	8.6	20.0
	2018	10.7	17.4	10.4	12.7	8.9	18.0	9.8	18.9	12.8	19.8
			chi ² =23.5 df=1 p<0.001	chi ² =0.01 df=1 p=0.917	chi ² =9.3 df=1 p=0.002	chi ² =8.7 df=1 p=0.003	chi ² =1.1 df=1 p=0.302	chi ² =6.9 df=1 p=0.009	chi ² =32.9 df=1 p<0.001	chi ² =0.7 df=1 p=0.408	chi ² =14.5 df=1 p<0.001

Tabel 101: evolutie in gezondheid en welzijn naargelang opleidingsvorm en geslacht (procentueel)

Gezondheid en welzijn		ASO		TSO		BSO	
		J	M	J	M	J	M
<i>Hoge levenstevredenheid</i> [score ≥6]	2006	92.3	90.7	89.9	86.5	90.1	82.2
	2010	91.7	92.8	90.8	86.7	87.8	80.0
	2014	94.0	87.6	88.4	76.1	85.7	70.3
	2018	95.6	94.4	94.8	92.0	91.6	82.7
			chi ² =11.4 df=1 p=0.001	chi ² =15.5 df=1 p<0.001	chi ² =18.1 df=1 p<0.001	chi ² =14.0 df=1 p<0.001	chi ² =0.9 df=1 p=0.332
<i>Hoge levenskwaliteit</i> [score ≥38]	2006	92.9	89.3	90.9	87.1	91.9	84.4
	2010	89.2	86.0	87.0	79.7	86.2	79.1
	2014	92.7	82.6	91.6	74.5	88.2	77.6
	2018	94.2	85.7	92.0	82.6	91.4	77.6
			chi ² =1.7 df=1 p=0.193	chi ² =9.9 df=1 p=0.002	chi ² =0.8 df=1 p=0.380	chi ² =7.3 df=1 p=0.007	chi ² =0.9 df=1 p=0.764
<i>Zelf-gerapporteerde gezondheid</i> [redelijk tot slecht]	2006	13.5	20.2	19.4	26.9	23.4	32.0
	2010	15.8	23.4	24.8	34.0	27.5	39.2
	2014	14.5	23.6	19.6	38.6	22.8	39.8
	2018	9.9	16.3	17.9	29.6	22.1	32.7
			chi ² =7.6 df=1 p=0.006	chi ² =7.9 df=1 p=0.005	chi ² =0.7 df=1 p=0.392	chi ² =0.0 df=1 p=0.983	chi ² =0.4 df=1 p=0.536
<i>Hoofdpijn</i> [meermaals per week]	2006	9.3	15.1	11.0	20.6	16.3	28.2
	2010	9.4	16.9	11.1	22.7	15.5	36.2
	2014	7.4	22.8	14.0	30.7	19.4	38.8
	2018	7.8	15.5	9.3	23.5	9.5	28.2
			chi ² =2.0 df=1 p=0.158	chi ² =0.1 df=1 p=0.771	chi ² =1.8 df=1 p=0.177	chi ² =2.3 df=1 p=0.127	chi ² =14.4 df=1 p<0.001
<i>Buikpijn</i> [meermaals per week]	2006	5.9	9.0	6.1	12.7	8.5	18.8
	2010	5.7	9.3	7.1	12.3	8.4	19.4
	2014	4.0	12.2	7.2	18.5	40.2	27.5
	2018	3.8	7.4	4.6	11.9	4.7	13.4
			chi ² =5.8 df=1 p=0.016	chi ² =3.0 df=1 p=0.082	chi ² =2.4 df=1 p=0.118	chi ² =0.3 df=1 p=0.587	chi ² =8.4 df=1 p=0.004
<i>Rugpijn</i> [meermaals per week]	2006	9.4	10.4	13.4	14.6	16.9	21.4
	2010	8.8	13.4	12.6	16.0	18.3	26.2
	2014	10.3	16.1	15.5	25.7	21.3	32.4
	2018	11.4	13.9	13.4	23.5	15.5	22.5
			chi ² =3.0 df=1 p=0.081	chi ² =9.7 df=1 p=0.002	chi ² =0.0 df=1 p=0.969	chi ² =24.76 df=1 p<0.001	chi ² =0.479 df=1 p=0.489

Tabel 101: vervolg

Gezondheid en welzijn		ASO		TSO		BSO	
		J	M	J	M	J	M
<i>Humeurigheid</i> [meermaals per week]	2006	11.0	14.1	14.8	16.6	15.1	23.4
	2010	10.4	12.6	11.7	15.7	16.1	22.8
	2014	10.4	18.9	12.4	27.4	15.6	30.5
	2018	23.8	28.4	20.9	31.2	19.3	35.8
			chi ² =82.7 df=1 p<0.001	chi ² =107.3 df=1 p<0.001	chi ² =14.8 df=1 p<0.001	chi ² =56.6 df=1 p<0.001	chi ² =4.6 df=1 p=0.033
<i>Zenuwachtigheid</i> [meermaals per week]	2006	12.8	16.7	15.3	15.0	17.4	24.4
	2010	13.2	16.9	13.0	17.4	15.7	23.7
	2014	13.2	21.8	14.9	24.7	15.3	27.2
	2018	23.8	28.2	19.1	31.9	15.7	29.4
			chi ² =58.2 df=1 p<0.001	chi ² =66.9 df=1 p<0.001	chi ² =5.8 df=1 p=0.016	chi ² =77.9 df=1 p<0.001	chi ² =0.8 df=1 p=0.361
<i>Slaapmoeilijkheden</i> [meermaals per week]	2006	16.4	19.6	18.2	18.4	17.6	22.4
	2010	15.6	17.7	17.6	22.6	20.9	26.1
	2014	16.7	26.4	18.5	30.7	20.7	31.4
	2018	20.6	26.2	21.3	30.7	23.1	33.7
			chi ² =7.9 df=1 p=0.005	chi ² =20.7 df=1 p<0.001	chi ² =3.5 df=1 p=0.061	chi ² =39.2 df=1 p<0.001	chi ² =6.8 df=1 p=0.009
<i>Duizeligheid</i> [meermaals per week]	2006	5.5	8.2	6.6	8.9	6.6	12.9
	2010	4.9	7.4	7.1	11.7	9.1	17.1
	2014	5.0	11.7	8.1	18.7	11.0	20.0
	2018	7.0	9.4	7.8	12.7	8.2	15.9
			chi ² =2.7 df=1 p=0.101	chi ² =1.5 df=1 p=0.214	chi ² =1.2 df=1 p=0.264	chi ² =7.0 df=1 p=0.008	chi ² =1.4 df=1 p=0.241
<i>Futloosheid</i> [meermaals per week]	2006	14.2	17.5	17.8	21.7	15.9	27.1
	2010	7.2	10.2	9.5	15.1	14.4	19.9
	2014	6.8	15.8	8.5	25.4	10.0	23.0
	2018	10.7	16.1	11.4	19.8	13.0	25.3
			chi ² =7.0 df=1 p=0.008	chi ² =1.2 df=1 p=0.270	chi ² =17.9 df=1 p<0.001	chi ² =0.9 df=1 p=0.331	chi ² =2.5 df=1 p=0.114

Tabel 102: evolutie in gezondheidsgedragingen naargelang leeftijd en geslacht (procentueel)

Gezondheidsgedragingen		algemeen		11-12		13-14		15-16		17-18	
		J	M	J	M	J	M	J	M	J	M
<i>Beweging</i> [haalt bewegingsnorm]	2006	17.7	10.4	20.7	14.2	20.4	10.4	16.2	9.9	14.8	7.9
	2010	17.7	10.5	22.8	14.1	17.2	10.6	16.2	8.7	15.0	8.9
	2014	17.4	10.0	20.4	15.3	19.1	12.1	17.5	5.7	14.4	8.0
	2018	21.3	13.7	24.3	19.0	20.7	12.2	21.5	11.7	19.7	12.5
			chi ² =22.9 df=1 p<0.001	chi ² =28.0 df=1 p<0.001	chi ² =4.6 df=1 p=0.031	chi ² =10.1 df=1 p=0.001	chi ² =0.001 df=1 p=0.832	chi ² =2.1 df=1 p=0.146	chi ² =12.2 df=1 p<0.001	chi ² =2.4 df=1 p=0.121	chi ² =10.0 df=1 p=0.002
<i>Sedentair gedrag</i> [haalt norm schermtijd]	2006	10.5	14.7	13.0	21.9	9.3	11.1	7.0	11.5	11.5	13.7
	2010	10.1	14.6	16.4	21.2	9.5	12.6	4.7	11.5	9.2	12.7
	2014	10.5	11.6	17.3	20.5	8.8	9.0	6.8	7.4	8.4	8.1
	2018	6.6	9.1	13.5	19.3	4.7	7.2	3.4	4.7	3.1	4.2
			chi ² =52.3 df=1 p<0.001	chi ² =80.0 df=1 p<0.001	chi ² =0.2 df=1 p=0.697	chi ² =2.5 df=1 p=0.111	chi ² =21.3 df=1 p<0.001	chi ² =12.1 df=1 p=0.001	chi ² =15.8 df=1 p<0.001	chi ² =40.4 df=1 p<0.001	chi ² =56.2 df=1 p<0.001
<i>Fruitconsumptie</i> [dagelijks]	2006	29.3	40.4	33.5	43.4	33.3	40.8	28.7	41.8	22.3	36.7
	2010	22.4	33.1	29.5	38.9	25.0	33.5	18.7	28.1	16.2	33.6
	2014	22.4	34.1	31.1	42.9	22.6	35.3	21.3	29.8	17.3	29.7
	2018	32.8	42.2	44.0	53.7	34.2	42.2	27.0	35.8	24.5	37.5
			chi ² =15.4 df=1 p<0.001	chi ² =3.8 df=1 p=0.052	chi ² =28.8 df=1 p<0.001	chi ² =26.2 df=1 p<0.001	chi ² =0.3 df=1 p=0.594	chi ² =0.6 df=1 p=0.453	chi ² =0.9 df=1 p=0.336	chi ² =10.2 df=1 p=0.001	chi ² =1.5 df=1 p=0.220
<i>Groenteconsumptie</i> [dagelijks]	2006	51.2	64.0	52.8	66.6	52.0	62.9	51.2	66.4	49.8	61.4
	2010	44.4	55.6	50.9	57.9	50.9	65.2	48.6	62.4	42.6	59.4
	2014	47.8	59.2	49.4	60.2	48.1	59.7	50.6	57.5	47.4	62.7
	2018	56.8	66.9	56.0	64.9	58.5	67.9	60.2	70.4	54.3	67.2
			chi ² =34.4 df=1 p<0.001	chi ² =9.8 df=1 p=0.002	chi ² =2.7 df=1 p=0.105	chi ² =0.802 df=1 p=0.371	chi ² =11.1 df=1 p=0.001	chi ² =7.3 df=1 p=0.007	chi ² =21.0 df=1 p<0.001	chi ² =4.8 df=1 p=0.029	chi ² =4.5 df=1 p=0.034
<i>Frisdrankconsumptie</i> [dagelijks]	2006	47.1	34.7	36.9	31.6	46.2	36.1	52.4	36.4	52.9	33.6
	2010	38.9	29.1	28.6	23.0	36.4	31.4	43.8	32.8	43.5	27.7
	2014	36.9	26.1	25.5	23.1	34.8	25.7	37.4	26.7	43.1	27.9
	2018	28.5	19.7	22.5	15.3	27.6	22.2	31.6	20.3	31.5	19.8
			chi ² =399.5 df=1 p<0.001	chi ² =300.0 df=1 p<0.001	chi ² =61.3 df=1 p<0.001	chi ² =89.4 df=1 p<0.001	chi ² =96.4 df=1 p<0.001	chi ² =62.7 df=1 p<0.001	chi ² =113.5 df=1 p<0.001	chi ² =83.8 df=1 p<0.001	chi ² =107.1 df=1 p<0.001
<i>Waterconsumptie</i> [dagelijks]	2006	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	2010	65.1	76.5	64.9	75.2	65.6	75.2	62.8	76.3	67.2	80.8
	2014	68.9	79.7	71.2	79.8	68.3	76.0	71.2	82.0	71.4	81.9
	2018	83.4	89.4	86.1	91.1	82.4	88.7	83.0	89.6	83.3	89.4
			chi ² =458.9 df=1 p<0.001	chi ² =311.5 df=1 p<0.001	chi ² =144.2 df=1 p<0.001	chi ² =107.2 df=1 p<0.001	chi ² =91.0 df=1 p<0.001	chi ² =79.4 df=1 p<0.001	chi ² =128.1 df=1 p<0.001	chi ² =79.4 df=1 p<0.001	chi ² =78.5 df=1 p<0.001

Tabel 102: vervolg

Gezondheidsgedragingen		algemeen		11-12		13-14		15-16		17-18	
		J	M	J	M	J	M	J	M	J	M
<i>Ontbijtfrequentie</i> [dagelijks]	2006	71.4	66.7	80.7	79.3	73.9	65.4	73.1	61.3	62.3	62.9
	2010	72.0	69.1	82.6	82.6	76.1	70.5	70.5	63.7	64.7	62.7
	2014	70.6	65.9	80.7	77.5	72.3	69.8	68.7	58.0	61.0	61.5
	2018	68.8	67.1	80.5	78.5	70.2	67.7	69.1	63.6	57.6	59.8
			chi ² =8.7 df=1 p=0.003	chi ² =0.2 df=1 p=0.0649	chi ² =0.01 df=1 p=0.918	chi ² =0.2 df=1 p=0.628	chi ² =4.4 df=1 p=0.045	chi ² =1.6 df=1 p=0.206	chi ² =4.8 df=1 p=0.028	chi ² =1.5 df=1 p=0.223	chi ² =5.2 df=1 p=0.023
<i>BMI</i> [overgewicht of obesitas]	2006	11.3	9.5	9.0	9.7	11.2	11.0	12.6	8.2	12.2	8.8
	2010	12.7	9.5	10.9	10.9	12.1	9.9	13.9	8.3	13.0	8.5
	2014	15.9	15.8	15.1	17.9	15.1	15.2	16.1	12.6	16.2	16.4
	2018	14.0	13.5	14.2	13.2	13.0	12.8	13.2	13.8	13.3	13.8
			chi ² =16.2 df=1 p<0.001	chi ² =39.1 df=1 p<0.001	chi ² =15.1 df=1 p<0.001	chi ² =6.9 df=1 p=0.009	chi ² =1.9 df=1 p=0.168	chi ² =1.8 df=1 p=0.180	chi ² =0.2 df=1 p=0.671	chi ² =19.7 df=1 p<0.001	chi ² =0.7 df=1 p=0.414
<i>Lichaamsperceptie</i> [beetje of veel te dik]	2006	24.2	46.1	23.0	34.1	25.8	48.3	23.5	49.8	23.5	51.9
	2010	25.8	47.0	24.6	36.0	26.7	47.8	28.0	52.0	24.4	51.7
	2014	27.7	49.7	25.7	37.7	27.2	47.8	25.7	56.4	26.0	56.8
	2018	24.4	43.3	24.9	33.4	24.6	44.8	24.4	47.4	22.7	49.6
			chi ² =0.1 df=1 p=0.764	chi ² =8.1 df=1 p=0.004	chi ² =1.2 df=1 p=0.273	chi ² =0.2 df=1 p=0.697	chi ² =0.6 df=1 p=0.448	chi ² =3.2 df=1 p=0.076	chi ² =0.3 df=1 p=0.578	chi ² =1.4 df=1 p=0.229	chi ² =0.1 df=1 p=0.701
<i>Diëten</i> [volgt vermageringsdieet]]	2006	21.5	41.7	21.6	31.9	23.2	42.1	20.1	43.3	21.0	48.3
	2010	23.4	40.9	25.0	30.7	23.9	41.0	23.4	44.8	21.6	46.3
	2014	22.7	41.9	23.3	30.3	24.1	38.7	21.1	48.8	21.6	49.6
	2018	30.2	51.6	31.7	39.9	30.4	50.8	28.7	57.0	28.6	60.6
			chi ² =107.0 df=1 p<0.001	chi ² =107.2 df=1 p<0.001	chi ² =32.3 df=1 p<0.001	chi ² =16.7 df=1 p<0.001	chi ² =17.6 df=1 p<0.001	chi ² =20.6 df=1 p<0.001	chi ² =26.3 df=1 p<0.001	chi ² =51.1 df=1 p<0.001	chi ² =17.8 df=1 p<0.001
<i>Huidige alcoholconsumptie</i> [minstens 1x voorbije 30d]	2006	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	2010	51.4	48.0	21.8	11.9	33.1	30.6	65.5	66.5	80.4	79.8
	2014	41.5	37.5	7.3	2.8	20.2	16.4	49.9	53.1	78.6	74.5
	2018	34.3	36.0	4.1	2.4	11.9	14.6	50.8	56.5	70.2	73.9
			chi ² =308.2 df=1 p<0.001	chi ² =153.5 df=1 p<0.001	chi ² =167.1 df=1 p<0.001	chi ² =82.2 df=1 p<0.001	chi ² =158.8 df=1 p<0.001	chi ² =91.8 df=1 p<0.001	chi ² =55.1 df=1 p<0.001	chi ² =27.4 df=1 p<0.001	chi ² =32.0 df=1 p<0.001
<i>Frequentie bierconsumptie</i> [wekelijks]	2006	26.8	10.5	2.4	0.4	5.7	3.2	33.2	13.0	61.2	25.7
	2010	21.1	8.3	1.7	0.5	5.2	1.6	24.4	9.5	47.9	21.0
	2014	17.7	5.3	0.7	0.2	2.4	0.7	14.3	5.9	44.1	13.4
	2018	13.4	5.7	2.1	1.4	1.8	1.1	15.2	6.6	34.2	14.8
			chi ² =300.0 df=1 p<0.001	chi ² =83.4 df=1 p<0.001	chi ² =0.2 df=1 p=0.621	chi ² =6.4 df=1 p=0.011	chi ² =26.4 df=1 p<0.001	chi ² =13.7 df=1 p<0.001	chi ² =111.1 df=1 p<0.001	chi ² =29.9 df=1 p<0.001	chi ² =167.3 df=1 p<0.001

Tabel 102: vervolg

Gezondheidsgedragingen		algemeen		11-12		13-14		15-16		17-18	
		J	M	J	M	J	M	J	M	J	M
Frequentie wijnconsumptie [wekelijks]	2006	7.0	6.1	1.5	0.8	4.3	2.2	7.4	6.1	14.0	15.0
	2010	4.8	4.3	0.9	0.2	2.9	1.0	4.2	3.6	9.9	11.1
	2014	4.9	3.0	0.8	0.1	1.2	0.8	3.1	2.7	5.5	6.9
	2018	3.7	3.2	2.1	1.3	1.1	0.9	2.5	1.7	8.2	8.9
			chi ² =57.8 df=1 p<0.001	chi ² =52.7 df=1 p<0.001	chi ² =1.4 df=1 p=0.241	chi ² =1.5 df=1 p=0.227	chi ² =24.6 df=1 p<0.001	chi ² =7.5 df=1 p=0.006	chi ² =31.3 df=1 p<0.001	chi ² =34.5 df=1 p<0.001	chi ² =18.8 df=1 p<0.001
Frequentie consumptie sterke drank [wekelijks]	2006	9.3	5.9	0.4	0.3	7.5	2.3	10.7	7.5	21.7	13.8
	2010	7.1	3.9	0.5	0.1	2.3	1.2	7.1	4.0	15.1	9.7
	2014	6.5	2.7	0.5	0.3	1.2	0.5	3.5	3.0	11.5	6.1
	2018	4.7	2.7	1.9	1.3	1.1	1.0	4.7	2.5	9.4	5.6
			chi ² =87.8 df=1 p<0.001	chi ² =67.7 df=1 p<0.001	chi ² =11.4 df=1 p=0.001	chi ² =8.0 df=1 p=0.005	chi ² =5.3 df=1 p=0.021	chi ² =1.4 df=1 p=0.245	chi ² =31.5 df=1 p<0.001	chi ² =34/1 df=1 p<0.001	chi ² =64.9 df=1 p<0.001
Frequentie consumptie alcopops [wekelijks]	2006	8.3	5.7	0.7	0.5	5.0	4.1	12.8	8.6	14.7	9.4
	2010	5.5	3.6	0.5	0.2	2.6	1.9	7.3	5.8	9.4	5.7
	2014	5.1	2.0	0.3	0.3	1.6	0.8	3.3	2.8	6.5	3.5
	2018	3.0	1.7	2.0	1.2	1.0	0.9	3.1	1.9	5.4	3.1
			chi ² =141.5 df=1 p<0.001	chi ² =115.6 df=1 p<0.001	chi ² =7.8 df=1 p=0.005	chi ² =3.2 df=1 p=0.074	chi ² =34.5 df=1 p<0.001	chi ² =26.6 df=1 p<0.001	chi ² =80.6 df=1 p<0.001	chi ² =59.2 df=1 p<0.001	chi ² =54.3 df=1 p<0.001
Drankenschap [≥ 10 keer]	2006	10.1	3.3	0.6	0.1	1.8	0.7	8.2	3.0	24.3	8.1
	2010	7.7	2.3	0.2	0.1	1.5	0.5	6.2	2.4	18.1	5.3
	2014	10.2	3.3	0.4	0.1	0.9	0.2	4.6	3.1	25.3	8.4
	2018	7.3	2.8	0.1	0.0	0.7	0.1	5.5	2.2	21.3	9.0
			chi ² =26.5 df=1 p<0.001	chi ² =1.4 df=1 p<0.001	chi ² =4.7 df=1 p=0.031	chi ² =1.1 df=1 p=0.301	chi ² =6.4 df=1 p=0.012	chi ² =6.4 df=1 p=0.010	chi ² =7.5 df=1 p=0.006	chi ² =1.7 df=1 p=0.190	chi ² =3.0 df=1 p=0.083
Huidig rookgedrag [dagelijks]	2006	10.9	8.6	0.1	0.2	2.1	2.6	11.4	9.9	24.6	19.3
	2010	9.7	6.5	0.6	0.1	2.7	1.9	11.4	9.4	19.0	11.8
	2014	9.4	5.8	0.3	0.4	2.2	1.5	7.1	7.8	17.6	11.1
	2018	4.3	2.4	0.6	0.3	0.8	0.5	4.2	1.7	10.2	6.1
			chi ² =164 df=1 p<0.001	chi ² =200.0 df=1 p<0.001	chi ² =4.3 df=1 p=0.039	chi ² =0.5 df=1 p=0.467	chi ² =7.9 df=1 p=0.005	chi ² =19.5 df=1 p<0.001	chi ² =45.3 df=1 p<0.001	chi ² =82.0 df=1 p<0.001	chi ² =80.9 df=1 p<0.001
Ooit gerookt [ja]	2006	36.1	31.4	6.9	3.6	20.0	19.8	46.3	42.0	64.7	57.8
	2010	33.5	27.5	6.7	2.5	18.0	14.5	43.1	39.8	58.0	48.0
	2014	24.3	19.9	2.3	1.5	10.4	9.7	26.4	25.0	48.1	39.1
	2018	17.2	13.7	1.5	0.7	6.3	5.0	20.9	17.0	40.4	32.7
			chi ² =483.5 df=1 p<0.001	chi ² =471.7 df=1 p<0.001	chi ² =44.8 df=1 p<0.001	chi ² =24.5 df=1 p<0.001	chi ² =105.4 df=1 p<0.001	chi ² =131.3 df=1 p<0.001	chi ² =181.5 df=1 p<0.001	chi ² =196.3 df=1 p<0.001	chi ² =132.4 df=1 p<0.001

Tabel 102: vervolg

Gezondheidsgedragingen		algemeen		11-12		13-14		15-16		17-18	
		J	M	J	M	J	M	J	M	J	M
<i>Huidig cannabisgebruik</i> [minstens 1x voorbije 30d]	2006	12.1	6.2	-	-	1.1	1.4	11.2	6.2	25.1	11.5
	2010	11.3	4.9	-	-	1.4	1.1	10.2	4.9	22.9	8.9
	2014	9.8	6.3	-	-	1.7	1.1	9.2	7.0	19.2	10.3
	2018	9.1	4.1	-	-	1.1	0.7	7.4	3.1	19.9	9.1
			chi ² =20.2 df=1 p<0.001	chi ² =18.3 df=1 p<0.001	-	-	chi ² =0.3 df=1 p=0.616	chi ² =5.2 df=1 p=0.023	chi ² =12.3 df=1 p<0.001	chi ² =14.5 df=1 p<0.001	chi ² =9.7 df=1 p=0.002
<i>Ooit cannabisgebruik</i> [ja]	2006	23.6	16.0	-	-	3.8	3.1	23.2	14.8	46.1	31.2
	2010	21.7	13.7	-	-	3.8	2.9	21.0	14.1	41.2	24.4
	2014	19.2	15.2	-	-	4.0	2.3	16.2	14.8	39.7	28.3
	2018	16.8	9.6	-	-	2.0	1.2	15.3	7.3	35.1	22.0
			chi ² =63.8 df=1 p<0.001	chi ² =67.3 df=1 p<0.001	-	-	chi ² =7.4 df=1 p=0.006	chi ² =13.2 df=1 p<0.001	chi ² =25.8 df=1 p<0.001	chi ² =37.9 df=1 p<0.001	chi ² =27.6 df=1 p<0.001
<i>Ooit geslachtsgemeenschap</i> [ja]	2006	29.9	29.1	-	-	8.6	4.8	22.5	23.1	51.7	57.1
	2010	29.1	28.7	-	-	8.5	4.4	23.0	25.3	47.6	52.4
	2014	26.8	25.2	-	-	5.6	2.8	19.4	17.2	47.3	52.5
	2018	24.0	20.2	-	-	4.7	2.8	16.4	15.5	46.5	41.3
			chi ² =34.1 df=1 p<0.001	chi ² =84.2 df=1 p<0.001	-	-	chi ² =15.2 df=1 p<0.001	chi ² =7.1 df=1 p=0.007	chi ² =14.6 df=1 p<0.001	chi ² =23.6 df=1 p<0.001	chi ² =5.9 df=1 p=0.015
<i>Condoomgebruik laatste seksueel contact</i> [ja]	2006	61.5	43.2	-	-	76.0	75.9	75.3	56.7	57.7	37.6
	2010	58.3	44.6	-	-	68.4	63.3	72.1	55.8	54.8	40.8
	2014	50.1	40.7	-	-	50.9	66.7	65.6	53.0	54.1	37.3
	2018	52.7	41.1	-	-	66.7	62.1	64.7	54.6	50.3	63.5
			chi ² =16.0 df=1 p<0.001	chi ² =0.9 df=1 p=0.353	-	-	chi ² =1.5 df=1 p=0.221	chi ² =1.8 df=1 p=0.180	chi ² =6.1 df=1 p=0.013	chi ² =0.2 df=1 p=0.658	chi ² =5.8 df=1 p=0.016
<i>Pilgebruik laatste seksueel contact</i> [ja]	2006	73.9	78.8	-	-	53.2	39.1	60.1	65.3	77.9	85.5
	2010	76.0	80.7	-	-	53.0	47.2	64.7	70.7	80.4	86.4
	2014	59.1	75.5	-	-	32.1	26.9	53.1	68.6	73.5	82.6
	2018	62.6	73.0	-	-	29.4	34.5	55.9	62.1	67.1	81.0
			chi ² =119.7 df=2 p<0.001	chi ² =18.4 df=2 p<0.001	-	-	chi ² =31.0 df=2 p<0.001	chi ² =1.7 df=2 p=0.429	chi ² =26.8 df=2 p<0.001	chi ² =8.4 df=2 p=0.015	chi ² =49.5 df=2 p<0.001
<i>Noodpil laatste seksueel contact</i> [ja]	2006	9.6	7.9	-	-	11.8	8.9	10.6	13.3	8.0	5.7
	2010	9.6	10.3	-	-	15.1	25.7	5.9	9.5	9.1	9.7
	2014	3.4	3.2	-	-	17.5	7.7	3.7	4.9	2.2	1.9
	2018	5.6	4.3	-	-	11.3	6.7	7.5	4.2	3.2	4.1
			chi ² =135.2 df=2 p<0.001	chi ² =27.4 df=2 p<0.001	-	-	chi ² =48.4 df=2 p<0.001	chi ² =6.4 df=2 p=0.041	chi ² =32.7 df=2 p<0.001	chi ² =15.0 df=2 p<0.001	chi ² =53.3 df=2 p<0.001

Tabel 102: vervolg

Gezondheidsgedragingen		algemeen		11-12		13-14		15-16		17-18		
		J	M	J	M	J	M	J	M	J	M	
<i>Ander voorbehoedsmiddel laatste seksueel contact</i> [ja]	2006	16.6	18.5	-	-	21.4	28.1	18.8	19.2	14.9	17.0	
	2010	17.1	17.8	-	-	19.4	32.7	16.9	18.9	15.7	16.5	
	2014	13.3	13.2	-	-	14.5	7.4	16.4	19.1	13.8	10.4	
	2018	20.1	18.6	-	-	29.4	36.7	21.4	16.2	19.2	18.2	
			chi ² =172.7	chi ² =56.5	-	-	chi ² =50.6	chi ² =10.5	chi ² =47.2	chi ² =25.1	chi ² =68.5	chi ² =20.1
			df=2	df=2			df=2	df=2	df=2	df=2	df=2	df=2
		p<0.001	p<0.001			p<0.001	p=0.005	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	
<i>Geen voorbehoedsmiddel laatste seksueel contact</i> [ja]	2006	10.3	5.3	-	-	21.4	12.7	10.2	5.5	9.4	4.6	
	2010	12.5	5.8	-	-	25.2	20.8	14.1	7.6	10.7	3.1	
	2014	19.8	8.3	-	-	40.0	18.5	13.1	9.2	6.8	5.4	
	2018	11.7	8.7	-	-	29.6	36.4	11.1	11.3	10.0	4.8	
			chi ² =1.0	chi ² =8.8	-	-	chi ² =1.3	chi ² =7.4	chi ² =0.1	chi ² =5.5	chi ² =0.1	chi ² =0.03
			df=1	df=1			df=1	df=1	df=1	df=1	df=1	df=1
		p=0.306	p=0.003			p=0.247	p=0.007	p=0.767	p=0.019	p=0.772	p=0.872	

Tabel 103: evolutie in gezondheidsgedragingen naargelang opleidingsvorm en geslacht (procentueel)

Gezondheidsgedragingen		ASO		TSO		BSO	
		J	M	J	M	J	M
<i>Beweging</i> [haalt bewegingsnorm]	2006	17.5	9.3	15.4	8.6	17.3	10.0
	2010	15.2	10.2	16.0	9.0	17.6	7.3
	2014	14.2	5.7	16.8	7.6	16.2	7.6
	2018	21.6	11.3	21.1	15.2	17.9	9.4
			chi ² =7.3 df=1 p=0.007	chi ² =3.7 df=1 p=0.056	chi ² =12.7 df=1 p<0.001	chi ² =20.3 df=1 p<0.001	chi ² =0.1 df=1 p=0.781
<i>Sedentair gedrag</i> [haalt norm schermtijd]	2006	9.4	14.7	8.4	10.0	11.8	9.1
	2010	7.8	14.7	6.9	10.2	8.7	8.4
	2014	6.9	9.4	7.2	7.4	11.6	6.9
	2018	2.8	5.6	3.3	3.8	4.8	3.0
			chi ² =41.4 df=1 p<0.001	chi ² =67.6 df=1 p<0.001	chi ² =25.7 df=1 p<0.001	chi ² =25.7 df=1 p<0.001	chi ² =21.1 df=1 p<0.001
<i>Fruitconsumptie</i> [dagelijks]	2006	32.9	43.7	24.8	35.8	23.1	32.8
	2010	25.5	34.7	15.1	30.7	13.6	21.1
	2014	23.6	33.6	16.8	27.8	16.8	23.4
	2018	30.8	40.1	23.1	37.1	22.2	27.6
			chi ² =1.4 df=1 p=0.234	chi ² =4.5 df=1 p=0.034	chi ² =0.8 df=1 p=0.370	chi ² =0.3 df=1 p=0.563	chi ² =0.2 df=1 p=0.564
<i>Groenteconsumptie</i> [dagelijks]	2006	57.4	68.6	48.5	58.3	40.9	59.0
	2010	55.1	67.8	42.9	60.3	32.1	46.0
	2014	58.4	64.5	49.3	58.9	37.4	48.6
	2018	65.9	73.4	53.7	67.0	47.5	54.8
			chi ² =19.5 df=1 p<0.001	chi ² =8.9 df=1 p=0.003	chi ² =6.0 df=1 p=0.015	chi ² =14.8 df=1 p<0.001	chi ² =6.5 df=1 p=0.011
<i>Frisdrankconsumptie</i> [dagelijks]	2006	44.0	29.5	55.4	39.2	56.8	48.5
	2010	32.9	23.9	46.9	32.2	54.7	45.7
	2014	30.6	18.6	41.0	31.0	52.2	43.3
	2018	22.4	14.0	32.6	21.1	45.1	33.7
			chi ² =127.9 df=1 p<0.001	chi ² =108.7 df=1 p<0.001	chi ² =118.1 df=1 p<0.001	chi ² =68.6 df=1 p<0.001	chi ² =20.2 df=1 p<0.001
<i>Waterconsumptie</i> [dagelijks]	2006	-	-	-	-	-	-
	2010	74.5	82.7	61.4	75.1	51.8	67.0
	2014	79.6	88.5	70.9	78.8	57.5	68.2
	2018	89.7	92.7	82.3	90.0	74.7	80.4
			chi ² =86.7 df=1 p<0.001	chi ² =64.5 df=1 p<0.001	chi ² =114.4 df=1 p<0.001	chi ² =65.0 df=1 p<0.001	chi ² =74.6 df=1 p<0.001

Tabel 103: vervolg

Gezondheidsgedragingen		ASO		TSO		BSO	
		J	M	J	M	J	M
<i>Ontbijtfrequentie</i> [dagelijks]	2006	76.8	68.9	65.3	61.1	56.2	46.1
	2010	79.8	75.5	64.1	58.9	48.8	43.0
	2014	73.8	68.7	66.0	55.6	46.4	41.3
	2018	73.2	69.0	62.1	60.1	46.8	42.2
			chi ² =4.7 df=1 p=0.030	chi ² =0.0 df=1 p=0.978	chi ² =2.5 df=1 p=0.116	chi ² =0.2 df=1 p=0.665	chi ² =12.6 df=1 p<0.001
<i>BMI</i> [overgewicht en obesitas]	2006	8.4	7.2	14.0	10.5	17.2	15.0
	2010	9.0	5.7	15.8	9.3	19.9	15.9
	2014	11.9	10.6	15.8	17.6	24.1	22.9
	2018	10.1	9.1	13.6	15.0	24.6	24.5
			chi ² =2.1 df=1 p=0.145	chi ² =3.9 df=1 p=0.048	chi ² =0.1 df=1 p=0.749	chi ² =8.2 df=1 p=0.004	chi ² =11.2 df=1 p=0.001
<i>Lichaamsperceptie</i> [beetje of veel te dik]	2006	21.8	46.9	25.8	53.6	28.3	54.1
	2010	22.6	47.9	29.3	54.0	29.6	54.4
	2014	24.2	53.8	26.6	59.2	28.4	61.1
	2018	21.7	43.9	24.2	52.5	28.1	54.2
			chi ² =0.01 df=1 p=0.916	chi ² =3.1 df=1 p=0.079	chi ² =0.8 df=1 p=0.359	chi ² =0.248 df=1 p=0.618	chi ² =0.02 df=1 p=0.902
<i>Diëten</i> [volgt vermageringsdieet]	2006	18.2	40.6	23.3	47.6	26.2	52.8
	2010	19.0	40.3	24.6	46.6	29.5	51.4
	2014	17.5	45.0	23.1	50.8	25.9	53.5
	2018	26.7	53.4	29.3	61.8	33.1	65.9
			chi ² =28.8 df=1 p<0.001	chi ² =55.1 df=1 p<0.001	chi ² =10.7 df=1 p<0.001	chi ² =55.1 df=1 p<0.001	chi ² =8.4 df=1 p=0.004
<i>Huidige alcoholconsumptie</i> [minstens 1x voorbije 30d]	2006	-	-	-	-	-	-
	2010	56.6	61.7	70.9	69.5	68.7	60.1
	2014	58.2	60.7	67.0	68.1	67.2	64.2
	2018	59.5	64.1	66.1	71.6	59.6	58.5
			chi ² =2.0 df=1 p=0.158	chi ² =1.9 df=1 p=0.167	chi ² =5.7 df=1 p=0.017	chi ² =0.9 df=1 p=0.341	chi ² =11.9 df=1 p=0.001
<i>Frequentie bierconsumptie</i> [wekelijks]	2006	23.2	12.4	44.8	15.0	43.5	15.3
	2010	24.6	10.9	35.3	15.8	32.7	8.9
	2014	23.2	8.1	31.4	11.5	33.1	10.2
	2018	20.8	10.6	29.5	11.5	27.5	8.7
			chi ² =2.2 df=1 p=0.139	chi ² =2.7 df=1 p=0.103	chi ² =56.2 df=1 p<0.001	chi ² =5.0 df=1 p=0.026	chi ² =39.9 df=1 p<0.001

Tabel 103: vervolg

Gezondheidsgedragingen		ASO		TSO		BSO	
		J	M	J	M	J	M
Frequentie wijnconsumptie [wekelijks]	2006	7.5	7.9	11.5	8.7	7.3	6.3
	2010	5.5	5.4	7.4	7.2	7.6	6.9
	2014	4.2	5.7	4.5	4.5	5.1	6.0
	2018	3.9	3.7	7.7	8.0	6.0	6.5
			chi ² =13.8 df=1 p<0.001	chi ² =24.2 df=1 p<0.001	chi ² =9.0 df=1 p=0.003	chi ² =0.3 df=1 p=0.587	chi ² =0.9 df=1 p=0.349
Frequentie consumptie sterke drank [wekelijks]	2006	6.2	4.8	15.7	9.5	19.9	13.1
	2010	5.1	3.4	13.3	6.6	16.2	9.9
	2014	2.9	3.0	7.4	5.0	14.8	7.0
	2018	4.7	2.8	8.0	4.7	12.3	7.7
			chi ² =2.6 df=1 p=0.105	chi ² =8.9 df=1 p=0.003	chi ² =30.2 df=1 p<0.001	chi ² =15.3 df=1 p<0.001	chi ² =15.0 df=1 p<0.001
Frequentie consumptie alcopops [wekelijks]	2006	5.5	4.9	12.9	8.2	19.1	12.4
	2010	3.3	3.3	9.6	6.2	14.4	7.8
	2014	2.2	2.2	3.6	2.5	10.4	5.4
	2018	2.3	1.6	4.4	2.7	8.5	4.9
			chi ² =16.0 df=1 p<0.001	chi ² =25.0 df=1 p<0.001	chi ² =48.4 df=1 p<0.001	chi ² =24.3 df=1 p<0.001	chi ² =32.2 df=1 p<0.001
Drankenschap [≥ 10 keer]	2006	6.6	2.4	17.8	6.4	21.0	6.1
	2010	6.7	1.7	13.0	4.4	17.3	5.9
	2014	9.1	2.9	19.0	7.3	19.9	10.8
	2018	10.2	4.7	18.8	7.5	15.8	6.9
			chi ² =11.7 df=1 p=0.001	chi ² =13.0 df=1 p<0.001	chi ² =0.4 df=1 p=0.546	chi ² =0.9 df=1 p=0.351	chi ² =6.2 df=1 p=0.013
Huidig rookgedrag [dagelijks]	2006	5.8	5.5	17.3	13.9	28.7	24.9
	2010	4.7	2.5	15.4	11.5	29.7	23.4
	2014	4.7	2.5	13.3	11.7	25.2	22.9
	2018	2.2	0.9	8.8	6.2	15.2	10.5
			chi ² =18.3 df=1 p<0.001	chi ² =47.3 df=1 p<0.001	chi ² =34.8 df=1 p<0.001	chi ² =27.8 df=1 p<0.001	chi ² =37.0 df=1 p<0.001
Ooit gerookt [ja]	2006	32.8	31.6	53.2	46.1	60.8	57.0
	2010	30.4	27.5	52.6	46.5	62.4	50.4
	2014	27.7	21.1	40.8	41.2	44.5	47.9
	2018	24.9	18.8	34.2	30.1	36.1	33.9
			chi ² =18.5 df=1 p<0.001	chi ² =76.0 df=1 p<0.001	chi ² =81.4 df=1 p<0.001	chi ² =48.3 df=1 p<0.001	chi ² =86.6 df=1 p<0.001

Tabel 103: vervolg

Gezondheidsgedragingen		ASO		TSO		BSO	
		J	M	J	M	J	M
<i>Huidig cannabisgebruik</i> [minstens 1x voorbijje 30d]	2006	7.1	4.2	16.7	8.3	17.8	9.6
	2010	7.7	4.1	15.7	6.4	20.8	8.4
	2014	8.6	3.8	16.2	12.6	17.1	14.5
	2018	10.9	4.5	16.1	7.2	13.6	7.5
			chi ² =10.1 df=1 p=0.001	chi ² =0.1 df=1 p=0.725	chi ² =0.05 df=1 p=0.831	chi ² =0.5 df=1 p=0.465	chi ² =3.9 df=1 p=0.048
<i>Ooit cannabisgebruik</i> [ja]	2006	15.6	11.7	31.1	20.2	32.8	23.4
	2010	15.9	12.4	31.3	17.9	34.2	19.7
	2014	19.1	14.8	30.4	24.7	30.5	30.6
	2018	20.9	11.7	27.6	16.7	26.0	16.4
			chi ² =9.6 df=1 p=0.002	chi ² =0.1 df=1 p=0.817	chi ² =2.6 df=1 p=0.109	chi ² =2.2 df=1 p=0.143	chi ² =6.5 df=1 p=0.011
<i>Ooit geslachtsgemeenschap</i> [ja]	2006	16.2	18.6	36.8	37.8	52.2	47.8
	2010	15.7	21.7	39.4	38.2	55.9	49.4
	2014	21.3	20.8	35.7	47.3	49.8	53.5
	2018	22.2	17.7	38.1	38.4	45.6	44.9
			chi ² =15.1 df=1 p<0.001	chi ² =0.4 df=1 p=0.536	chi ² =0.4 df=1 p=0.518	chi ² =0.1 df=1 p=0.789	chi ² =5.5 df=1 p=0.019
<i>Condoomgebruik laatste seksueel contact</i> [ja]	2006	63.2	46.6	60.4	41.9	61.3	40.8
	2010	64.3	50.4	53.9	44.0	57.5	37.7
	2014	56.7	47.9	55.6	37.6	54.8	35.3
	2018	51.5	46.8	52.7	36.7	50.4	39.3
			chi ² =6.9 df=1 p=0.008	chi ² =0.0 df=1 p=0.949	chi ² =4.9 df=1 p=0.027	chi ² =1.9 df=1 p=0.163	chi ² =8.0 df=1 p=0.005
<i>Pilgebruik laatste seksueel contact</i> [ja]	2006	67.7	74.4	76.5	80.0	75.4	82.2
	2010	72.4	83.1	77.3	79.4	78.8	82.5
	2014	69.2	73.4	71.6	81.9	63.1	76.4
	2018	66.5	71.8	62.5	78.3	68.4	73.7
			chi ² =32.9 df=2 p<0.001	chi ² =5.2 df=2 p=0.074	chi ² =48.1 df=2 p<0.001	chi ² =2.8 df=2 p=0.248	chi ² =28.3 df=2 p<0.001
<i>Noodpil laatste seksueel contact</i> [ja]	2006	10.8	6.9	7.2	8.1	11.3	8.1
	2010	9.3	9.6	8.5	7.3	11.0	15.2
	2014	2.4	1.7	2.5	2.8	4.3	4.6
	2018	5.6	2.7	3.7	4.2	6.4	6.5
			chi ² =30.3 df=2 p<0.001	chi ² =5.8 df=2 p=0.054	chi ² =41.7 df=2 p<0.002	chi ² =7.1 df=2 p=0.029	chi ² =41.1 df=2 p<0.001

Tabel 103: vervolg

Gezondheidsgedragingen		ASO		TSO		BSO	
		J	M	J	M	J	M
<i>Ander voorbehoedsmiddel laatste seksueel contact</i> [ja]	2006	16.1	14.3	14.1	21.1	20.0	20.2
	2010	15.4	12.1	16.3	14.2	18.9	28.8
	2014	9.0	10.2	14.8	11.3	19.1	18.9
	2018	17.4	14.7	16.8	14.8	24.9	27.0
			chi ² =31.2 df=2 p<0.001	chi ² =15.5 df=2 p<0.001	chi ² =55.5 df=2 p<0.001	chi ² =19.0 df=2 p<0.001	chi ² =64.7 df=2 p<0.001
<i>Geen voorbehoedsmiddel laatste seksueel contact</i> [ja]	2006	13.4	4.6	9.1	5.1	9.4	6.3
	2010	13.0	3.8	12.4	6.4	11.8	5.0
	2014	8.8	6.4	7.4	5.1	9.2	12.1
	2018	8.4	4.1	11.5	6.6	10.0	8.4
			chi ² =3.0 df=1 p=0.086	chi ² =0.1 df=1 p=0.753	chi ² =1.2 df=1 p=0.265	chi ² =0.8 df=1 p=0.381	chi ² =0.1 df=1 p=0.802