

STUDIE JONGEREN EN GEZONDHEID

EINDRAPPORT 2021 – 2024

**HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN
(HBSC VLAANDEREN)**

Maxim Dierckens
Karen Schrijvers
Benedicte Deforche

Juni 2025

STUDIE JONGEREN EN GEZONDHEID

EINDRAPPORT 2021 – 2024

HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN
(HBSC VLAANDEREN)

Maxim Dierckens
Karen Schrijvers
Benedicte Deforche

Juni 2025

COLOFON

Promotor

prof. dr. Benedicte Deforche

Hoofdonderzoeker

dr. Maxim Dierckens

Onderzoeker

Karen Schrijvers

Auteurs

Maxim Dierckens, PhD | Karen Schrijvers, MSc | Benedicte Deforche, PhD

Eindredactie

Maxim Dierckens

Contact

Universiteit Gent | Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg | Onderzoeksgroep Gezondheidsbevordering
| Corneel Heymanslaan 10 · 4K3 | 9000 GENT | +32 (0)9 332 83 70 | jongeren-en-gezondheid@ugent.be |
www.hbsc.org | www.jongeren-en-gezondheid.ugent.be

Uitgegeven door

Universiteit Gent, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg (onderzoeksgroep Gezondheidsbevordering), Corneel Heymanslaan 10, 9000 Gent

Financiering

Het onderzoek in dit rapport werd ondersteund door de Vlaamse overheid.

Aanbevolen referentie

Dierckens, M., Schrijvers, K., & Deforche, B. (2025). Eindrapport studie Jongeren en Gezondheid 2021 – 2024. Universiteit Gent. Opgehaald van [link toevoegen]

Juni 2025

INHOUDSOPGAVE

TABELLEN	viii
FIGUREN	xi
DANKWOORD	xiii
ABSTRACT	xiv
DEEL 1: INLEIDING EN METHODOLOGIE	
INLEIDING	1
ALGEMENE DOELSTELLINGEN	1
SPECIFIEKE DOELSTELLINGEN: FOCUS OP MENTAAL, SOCIAAL EN FYSIEK WELZIJN	1
STRUCTUUR VAN DIT RAPPORT	2
METHODOLOGIE	4
ALGEMEEN	4
STEEKPROEFTREKKING EN BEVRAGING	4
RESPONSGRAAD EN STEEKPROEFBESCHRIJVING	6
ANALYSES	8
DEEL 2: GEZONDHEID EN WELZIJN	
BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN	11
MENTAAL, SOCIAAL EN FYSIEK WELZIJN	12
POSITIEF MENTAAL WELZIJN	14
NEGATIEF MENTAAL WELZIJN	17
SOCIAAL WELZIJN	24
FYSIEK WELZIJN	26
DEEL 3: GEZONDHEIDSGEDRAGINGEN	
BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN	32
VOEDING	34
VOEDSELCONSUMPTIE	35
BMI	40
LICHAAMSBEELD EN DIEET	43
BEWEGING EN SEDENTAIR GEDRAG	46
BEWEGING EN SEDENTAIR GEDRAG	46
RISICOGEDRAGINGEN	50
ALCOHOLGEBRUIK	52
ROKEN EN VAPEN	57
CANNABISGEBRUIK	61
GAMEN	63
GOKKEN	64

SEKSUELE GEZONDHEID	66
GESLACHTSGEMEENSCHAP	67
GEBRUIK VOORBEHOEDSMIDDELEN	69
SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG	73
GENDERIDENTITEIT	76
SLAAP	78
SLAAPKWALITEIT EN SLAAPDUUR	79
DEEL 4: CONTEXTUALISERING	
INTERNATIONALE CONTEXT	84
GEZONDHEID VAN VLAAMSE JONGEREN IN INTERNATIONAAL PERSPECTIEF	84
DEEL 5: DIEPER INZICHT IN MENTAAL, SOCIAAL EN FYSIEK WELZIJN	
WELZIJN, EEN PRIORITEIT	91
MONITORING VAN MENTAAL, SOCIAAL EN FYSIEK WELZIJN	92
RISICO EN BESCHERMENDE FACTOREN VAN MENTAAL, SOCIAAL EN FYSIEK WELZIJN	98
ONGELIJKHEID IN MENTAAL, SOCIAAL EN FYSIEK WELZIJN	109
DEEL 6: BELEIDSAANBEVELINGEN	
HANDVATTEN BELEID EN PRAKTIJK	122
STRATEGIEËN VOOR EEN GEZONDE TOEKOMST: WELZIJN VAN JONGEREN CENTRAAL	122
ANDERE UITDAGINGEN VOOR BELEID EN PRAKTIJK	129
DEEL 7: CONCLUSIE	
JONGEREN EN GEZONDHEID SAMENGEVAT	133
WETENSCHAPPELIJKE CONCLUSIES	133
BELEIDSCONCLUSIES	136
LITERATUURLIJST	140
BIJLAGE	147
BIJLAGE 1	147
BIJLAGE 2	155
BIJLAGE 3	158
BIJLAGE 4	159

TABELLEN

DEEL 1: INLEIDING EN METHODOLOGIE

Tabel 1.1	Steekproefbeschrijving en sociodemografische kenmerken, studie Jongeren en Gezondheid 2021 – 2024
------------------	---

DEEL 2: GEZONDHEID EN WELZIJN

Tabel 2.1	Indicatoren mentaal, sociaal en fysiek welzijn
Tabel 2.2	Positief mentaal welzijn voor de totale steekproef en naargelang geslacht (procentueel)
Tabel 2.3	Positief mentaal welzijn naargelang leeftijd (procentueel)
Tabel 2.4	Positief mentaal welzijn naargelang opleidingsvorm (procentueel)
Tabel 2.5	Evoluties in positief mentaal welzijn tussen 2006 – 2022 (procentueel)
Tabel 2.6	Negatief mentaal welzijn voor de totale steekproef en naargelang geslacht (procentueel)
Tabel 2.7	Negatief mentaal welzijn naargelang leeftijd (procentueel)
Tabel 2.8	Negatief mentaal welzijn naargelang opleidingsvorm (procentueel)
Tabel 2.9	Evoluties in negatief mentaal welzijn tussen 2006 – 2022 (procentueel)
Tabel 2.10	Sociaal welzijn voor de totale steekproef en naargelang geslacht (procentueel)
Tabel 2.11	Sociaal welzijn naargelang leeftijd (procentueel)
Tabel 2.12	Sociaal welzijn naargelang opleidingsvorm (procentueel)
Tabel 2.13	Fysiek welzijn voor de totale steekproef en naargelang geslacht (procentueel)
Tabel 2.14	Fysiek mentaal welzijn naargelang leeftijd (procentueel)
Tabel 2.15	Sociaal mentaal welzijn naargelang opleidingsvorm (procentueel)
Tabel 2.16	Evoluties in negatief mentaal welzijn tussen 2006 – 2022 (procentueel)

DEEL 3: GEZONDHEIDSGEDRAGINGEN

Tabel 3.1	Voeding
Tabel 3.2	Voedselconsumptie voor de totale steekproef en naargelang geslacht (procentueel)
Tabel 3.3	Voedselconsumptie naargelang leeftijd (procentueel)
Tabel 3.4	Voedselconsumptie naargelang opleidingsvorm (procentueel)
Tabel 3.5	Evoluties in voedselconsumptie tussen 2006 – 2022 (procentueel)
Tabel 3.6	BMI voor de totale steekproef en naargelang geslacht (procentueel)
Tabel 3.7	BMI naargelang leeftijd (procentueel)
Tabel 3.8	BMI naargelang opleidingsvorm (procentueel)
Tabel 3.9	Evoluties in BMI tussen 2006 – 2022 (procentueel)

Tabel 3.10	Lichaamsbeeld en dieetgedrag voor de totale steekproef en naargelang geslacht (procentueel)
Tabel 3.11	Lichaamsbeeld en dieetgedrag naargelang leeftijd (procentueel)
Tabel 3.12	Lichaamsbeeld en dieetgedrag naargelang opleidingsvorm (procentueel)
Tabel 3.13	Evoluties in dieetgedrag tussen 2006 – 2022 (procentueel)
Tabel 3.14	Indicatoren beweging en sedentair gedrag
Tabel 3.15	Beweging en sedentair gedrag voor de totale steekproef en naargelang geslacht (procentueel)
Tabel 3.16	Beweging en sedentair gedrag naargelang leeftijd (procentueel)
Tabel 3.17	Beweging en sedentair gedrag naargelang opleidingsvorm (procentueel)
Tabel 3.18	Evoluties in beweging en sedentair gedrag tussen 2006 – 2022 (procentueel)
Tabel 3.19	Indicatoren risicogedrag
Tabel 3.20	Alcoholgebruik voor de totale steekproef en naargelang geslacht (procentueel)
Tabel 3.21	Alcoholgebruik naargelang leeftijd (procentueel)
Tabel 3.22	Alcoholgebruik naargelang opleidingsvorm (procentueel)
Tabel 3.23	Evoluties in alcoholgebruik tussen 2006 – 2022 (procentueel)
Tabel 3.24	Roken en vaperen voor de totale steekproef en naargelang geslacht (procentueel)
Tabel 3.25	Roken en vaperen naargelang leeftijd (procentueel)
Tabel 3.26	Roken en vaperen naargelang opleidingsvorm (procentueel)
Tabel 3.27	Evoluties in roken en vaperen tussen 2006 – 2022 (procentueel)
Tabel 3.28	Cannabisgebruik voor de totale steekproef en naargelang geslacht (procentueel)
Tabel 3.29	Cannabisgebruik naargelang leeftijd (procentueel)
Tabel 3.30	Cannabisgebruik naargelang opleidingsvorm (procentueel)
Tabel 3.31	Evoluties in cannabisgebruik tussen 2006 – 2022 (procentueel)
Tabel 3.32	Gamegedrag voor de totale steekproef en naargelang geslacht (procentueel)
Tabel 3.33	Gamegedrag naargelang leeftijd (procentueel)
Tabel 3.34	Gamegedrag naargelang opleidingsvorm (procentueel)
Tabel 3.35	Gokgedrag voor de totale steekproef en naargelang geslacht (procentueel)
Tabel 3.36	Gokgedrag naargelang leeftijd (procentueel)
Tabel 3.37	Gokgedrag naargelang opleidingsvorm (procentueel)
Tabel 3.38	Indicatoren seksuele gezondheid
Tabel 3.39	Geslachtsgemeenschap voor de totale steekproef en naargelang geslacht (procentueel)
Tabel 3.40	Geslachtsgemeenschap naargelang leeftijd (procentueel)
Tabel 3.41	Geslachtsgemeenschap naargelang opleidingsvorm (procentueel)
Tabel 3.42	Evoluties in geslachtsgemeenschap tussen 2006 – 2022 (procentueel)
Tabel 3.43	Gebruik voorbehoedsmiddelen voor de totale steekproef en naargelang geslacht (procentueel)
Tabel 3.44	Gebruik voorbehoedsmiddelen naargelang leeftijd (procentueel)
Tabel 3.45	Gebruik voorbehoedsmiddelen naargelang opleidingsvorm (procentueel)
Tabel 3.46	Evoluties in gebruik voorbehoedsmiddelen tussen 2006 – 2022 (procentueel)

Tabel 3.47	Grensoverschrijdend gedrag voor de totale steekproef en naargelang geslacht (procentueel)
Tabel 3.48	Grensoverschrijdend gedrag naargelang leeftijd (procentueel)
Tabel 3.49	Grensoverschrijdend gedrag naargelang opleidingsvorm (procentueel)
Tabel 3.50	Evoluties in grensoverschrijdend gedrag tussen 2014 – 2022 (procentueel)
Tabel 3.51	Genderidentiteit naargelang leeftijd (procentueel)
Tabel 3.52	Genderidentiteit naargelang opleidingsvorm (procentueel)
Tabel 3.53	Indicatoren slaap
Tabel 3.54	Slaapkwaliteit en -duur voor de totale steekproef en naargelang geslacht (procentueel)
Tabel 3.55	Slaapkwaliteit en -duur naargelang leeftijd (procentueel)
Tabel 3.56	Slaapkwaliteit en -duur naargelang opleidingsvorm (procentueel)
Tabel 3.57	Evoluties in slaapkwaliteit en -duur tussen 2018 – 2022 (procentueel)

DEEL 4: CONTEXTUALISERING

Tabel 4.1	Overzicht van internationale HBSC rapporten van de 2021/22 studie
Tabel 4.2	Mentaal, sociaal en fysiek welzijn van Vlaamse jongeren in internationaal perspectief
Tabel 4.3	Voedselconsumptie voor de totale steekproef en naargelang geslacht (procentueel)
Tabel 4.4	Beweging voor de totale steekproef en naargelang geslacht (procentueel)
Tabel 4.5	Risicogedragingen voor de totale steekproef en naargelang geslacht (procentueel)
Tabel 4.6	Seksuele gezondheid voor de totale steekproef en naargelang geslacht (procentueel)

DEEL 5: DIEPER INZICHT IN MENTAAL, SOCIAAL EN FYSIEK WELZIJN

Tabel 5.1	De rol van de gezinscontext op mentaal, sociaal en fysiek welzijn
Tabel 5.2	De rol van de schoolcontext op mentaal, sociaal en fysiek welzijn
Tabel 5.3	De rol van de peercontext op mentaal, sociaal en fysiek welzijn
Tabel 5.4	Het welzijnsbeleid op school in relatie tot mentaal, sociaal en fysiek welzijn
Tabel 5.5	Evoluties in stigmatiserende percepties tussen 2006 – 2022 (procentueel)
Tabel 5.6	Mentaal, sociaal en fysiek welzijn naargelang genderidentiteit (procentueel)
Tabel 5.7	Mentaal, sociaal en fysiek welzijn naargelang seksuele oriëntatie (procentueel)
Tabel 5.8	Mentaal en sociaal welzijn naargelang migratieachtergrond
Tabel 5.9	Mentaal, sociaal en fysiek welzijn naargelang geslacht, opleidingsvorm en migratieachtergrond (procentueel)

FIGUREN

DEEL 1: INLEIDING EN METHODOLOGIE

Figuur 1.1 Responsgraad leerlingen (procentueel)

DEEL 2: GEZONDHEID EN WELZIJN

Figuur 2.1 Evoluties in positief mentaal welzijn naargelang opleidingsvorm tussen 2006 – 2022 (procentueel)

Figuur 2.2 Evoluties in negatief mentaal welzijn naargelang opleidingsvorm tussen 2006 – 2022 (procentueel)

Figuur 2.3 Evoluties in fysiek welzijn naargelang opleidingsvorm tussen 2006 – 2022 (procentueel)

DEEL 3: GEZONDHEIDSGEDRAGINGEN

Figuur 3.1 Evoluties in voedselconsumptie naargelang opleidingsvorm tussen 2006 – 2022 (procentueel)

Figuur 3.2 Evoluties in BMI naargelang opleidingsvorm tussen 2006 – 2022 (procentueel)

Figuur 3.3 Evoluties in dieetgedrag naargelang opleidingsvorm tussen 2006 – 2022 (procentueel)

Figuur 3.4 Evoluties in beweging en sedentair gedrag naargelang opleidingsvorm tussen 2006 – 2022 (procentueel)

Figuur 3.5 Evoluties in alcoholgebruik naargelang opleidingsvorm tussen 2006 – 2022 (procentueel)

Figuur 3.6 Evoluties in roken en vaper naargelang opleidingsvorm tussen 2006 – 2022 (procentueel)

Figuur 3.7 Evoluties in cannabisgebruik naargelang opleidingsvorm tussen 2006 – 2022 (procentueel)

Figuur 3.8 Evoluties in geslachtsgemeenschap naargelang opleidingsvorm tussen 2006 – 2022 (procentueel)

Figuur 3.9 Evoluties in gebruik voorbehoedsmiddelen naargelang opleidingsvorm tussen 2006 – 2022 (procentueel)

Figuur 3.10 Evoluties in grensoverschrijdend gedrag naargelang opleidingsvorm tussen 2014 – 2022 (procentueel)

Figuur 3.11 Evoluties in slaapkwaliteit en -duur naargelang opleidingsvorm tussen 2018 – 2022 (procentueel)

DEEL 5: DIEPER INZICHT IN MENTAAL, SOCIAAL EN FYSIEK WELZIJN

- Figuur 5.1** Clusters van familiecontext met gestandaardiseerde scores (A) en absolute scores (B)
- Figuur 5.2** Clusters van schoolcontext met gestandaardiseerde scores (A) en absolute scores (B)
- Figuur 5.3** Clusters van peercontext met gestandaardiseerde scores (A) en absolute scores (B)
- Figuur 5.4** Clusters schoolbeleid rond welzijn (absolute scores)
- Figuur 5.5** Mentaal en sociaal welzijn naargelang migratieachtergrond (procentueel)

DANKWOORD

Het onderzoeksteam van de studie Jongeren en Gezondheid wil graag zijn oprechte dank uitspreken aan alle scholen, directies, leerkrachten en in het bijzonder de jongeren die aan dit onderzoek hebben deelgenomen. Hun bereidwilligheid, medewerking, tijd en inspanning worden enorm gewaardeerd.

We bedanken eveneens de studenten van de Master Gezondheidsbevordering aan de Universiteit Gent, die in het kader van hun masterproef hebben bijgedragen aan het veldwerk van deze studie. Hun harde inzet en ondersteuning tijdens het volledige traject, van rekrutering tot dataverzameling en data-invoer, waren van onschatbare waarde.

Onze oprechte dank gaat ook uit naar de collega's van de onderzoeksgroep Gezondheidsbevordering. Ondanks hun drukke agenda's stonden zij paraat om te helpen met logistieke ondersteuning tijdens de piekmomenten van het veldwerk. Voor de administratieve en technische ondersteuning willen we de secretariaatsmedewerkers van de onderzoeksgroep bijzonder bedanken.

Daarnaast zijn we onze partners erkentelijk voor hun waardevolle feedback op eerdere versies van de vragenlijst en de factsheets.

Een speciale dankbetuiging gaat uit naar onze subsidiegever. Zonder de financiële steun van de Vlaamse Overheid, Departement Zorg, zou dit onderzoek niet mogelijk zijn geweest.

Omdat de studie Jongeren en Gezondheid deel uitmaakt van de internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-studie, willen we tot slot onze erkentelijkheid uitdrukken aan het coördinatiecentrum van de internationale studie. Onze bijzondere dank gaat uit naar dr. Jo Inchley, internationale coördinator (Universiteit van Glasgow, Verenigd Koninkrijk) en prof. dr. Odrun Samdal, internationale databankmanager (Universiteit van Bergen, Noorwegen).

Dank aan iedereen die heeft bijgedragen aan het succes van deze studie!

ABSTRACT

De studie Jongeren en Gezondheid 2021/22 onderzocht de gezondheid en gezondheidsgedragingen van meer dan 20.000 Vlaamse jongeren, evoluties in deze gezondheidsuitkomsten alsook de sociale omgeving waarin jongeren opgroeien. De verkregen inzichten ondersteunen beleidsmakers, wetenschappers en professionals bij het ontwikkelen en bijsturen van gezondheidsbevorderende initiatieven. Naast deze algemene doelstelling, lag er ook een bijzondere focus op het mentaal, sociaal en fysiek welzijn van jongeren met als doel om (i) het mentaal, sociaal en fysiek welzijn bij jongeren te monitoren, met extra aandacht voor de positieve aspecten van mentaal welzijn, (ii) risico- en beschermende factoren te identificeren die een invloed hebben op het mentaal, sociaal en fysiek welzijn van jongeren, (iii) ongelijkheid in welzijn te contextualiseren door bronnen van ongelijkheid te analyseren vanuit een uni- en multidimensionaal perspectief en de contextuele factoren in rekening te brengen en (iv) beleidsaanbevelingen te formuleren om het mentaal, sociaal en fysiek welzijn van Vlaamse jongeren te versterken

De mentale gezondheid van jongeren vertoont zorgwekkende trends. Meer jongeren melden psychologische klachten, zelfmoordgedachten en zelfbeschadigend gedrag. Vooral meisjes, oudere adolescenten, jongeren met een lager opleidingsniveau, LGBTQ+ jongeren en jongeren met een migratieachtergrond zijn kwetsbaarder. Ze rapporteren een lager algemeen mentaal welzijn en een lagere levenstevredenheid. Het sociaal welzijn vertoont een vergelijkbaar patroon, met veel jongeren die zich sociaal of emotioneel geïsoleerd voelen. Fysiek welzijn kent ook negatieve trends, waarbij meisjes en jongeren uit kwetsbare groepen vaker fysieke klachten ervaren. De ongelijkheden in welzijn zijn complex en sterk verbonden met sociaaleconomische status, gender, leeftijd en migratieachtergrond. Deze factoren versterken de kwetsbaarheid van jongeren. Jongeren met een lagere sociaaleconomische status, LGBTQ+ jongeren en jongeren met een migratieachtergrond worden geconfronteerd met barrières zoals discriminatie en taalproblemen, wat hun welzijn negatief beïnvloedt. Ook maatschappelijke veranderingen spelen een rol. In gendergelijke landen krijgen meisjes meer kansen, maar bijkomende verwachtingen vanuit traditionele genderrollen belasten hun mentaal welzijn, wat de kloof in welzijn tussen jongens en meisjes vergroot. Inkomensongelijkheid blijkt de belangrijkste verklaring voor verschillen tussen landen, waarbij een toenemende inkomensongelijkheid paradoxaal genoeg gepaard ging met een afname van sociale ongelijkheden in mentaal welzijn. Andere factoren, zoals academische druk en sociale media, speelden geen rol. Tot slot blijkt de omgeving van jongeren cruciaal: een ondersteunende gezins- en schoolomgeving verbetert het welzijn, terwijl negatieve factoren zoals gebrekkige communicatie en academische druk schadelijk zijn.

Op het gebied van gezondheidsgedrag is er een lichte afname van ongezonde voedingsgewoonten zoals minder frisdrank en meer water drinken, al neemt de dagelijkse consumptie van groenten af. De slaapkwaliteit is vaak slecht en de meerderheid van de jongeren haalt de aanbevolen hoeveel-

heid slaap niet. De fysieke activiteit blijft een uitdaging, met slechts een klein percentage dat voldoende beweegt. Bovendien is er een stijging in het gebruik van e-sigaretten en is gokgedrag en gamen prevalent, in het bijzonder bij jongens. In seksuele gezondheid is er een afname in condoomgebruik bij het eerste seksuele contact, maar het gebruik blijft stabiel bij het laatste seksuele contact. Tegelijkertijd is er een toename in slachtofferschap van seksueel grensoverschrijdend gedrag, vooral bij meisjes en jongeren uit het bso in het algemeen.

De bevindingen op het gebied van welzijn wijzen op de noodzaak van een multidimensionale aanpak, waarbij scholen – naast familie – een cruciale rol kunnen spelen. Scholen kunnen jongeren ondersteunen via welzijnsprogramma's die gericht zijn op mentaal, sociaal en fysiek welzijn en door een schoolbrede aanpak te hanteren. Een geïntegreerde aanpak die ouders, leerkrachten en andere betrokkenen betreft, heeft positieve effecten op zowel mentale gezondheid als academische prestaties. Daarnaast moeten beleidsmaatregelen gericht zijn op het verminderen van ongelijkheden, vooral bij kwetsbare groepen zoals meisjes, jongeren met een lagere sociaaleconomische status, LGBTQ+ jongeren en jongeren met een migratieachtergrond. Ook het gezin en de vriendengroep blijken belangrijk te zijn voor het welzijn van jongeren. Interventies gericht op het verbeteren van de gezinsdynamiek en het ondersteunen van sociale netwerken zijn in dit opzicht relevant. Verder is het aanbevolen dat beleidsmaatregelen gericht zijn op het verbeteren van slaapgewoonten, het verminderen van overmatig schermgebruik, het bevorderen van gezonde voeding en het aanpakken van middelengebruik. Bijzondere aandacht voor jongens is hierbij van belang aangezien zij intensiever gamen, meer middelen gebruiken en vaker ongezonde voedingsgedragingen hebben dan meisjes. Tot slot is het van belang om de seksuele gezondheid van jongeren te bevorderen, onder meer door het stimuleren van veilig vrijen, respect, gendergelijkheid en communicatievaardigheden. Het blijvend monitoren van jongerenwelzijn is essentieel om de effectiviteit van beleid te evalueren en toekomstige aanbevelingen te doen.

DEEL 1

INLEIDING EN METHODOLOGIE

INLEIDING

De studie Jongeren en Gezondheid maakt deel uit van de internationale *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) studie, uitgevoerd in samenwerking met WHO/EURO (Inchley et al., 2023). Dit grootschalige, vierjaarlijkse onderzoek peilt in meer dan 50 landen en regio's naar de gezondheid, gezondheidsgedragingen en de sociale omgeving van 11-, 13- en 15-jarige adolescenten. In Vlaanderen wordt de studie uitgebreid tot een bredere leeftijdsgroep, met een representatieve steekproef van jongeren uit het vijfde leerjaar lager onderwijs tot en met het zesde leerjaar secundair onderwijs. De studie wordt georganiseerd door de onderzoeksgroep Gezondheidsbevordering (Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg, Universiteit Gent) met steun van het Departement Zorg (Vlaamse overheid). Vlaanderen participeert sinds 1989 in dit initiatief dat internationaal al sinds 1982 loopt. Meer informatie is beschikbaar op hbsc.org (↗) en jongeren-en-gezondheid.ugent.be (↗).

ALGEMENE DOELSTELLINGEN

Het primaire doel van de studie is om op regionaal en internationaal niveau inzicht te verkrijgen in de gezondheid en gezondheidsgedragingen van jongeren, de gezondheidsgerelateerde attitudes en de sociale omgeving waarin jongeren zich ontwikkelen. Daarnaast worden trends in deze aspecten gemonitord. Deze inzichten ondersteunen beleidsmakers, wetenschappers en professionals bij de ontwikkeling en aanpassing van gezondheidsbevorderende initiatieven. Het internationale karakter van de HBSC-studie biedt bovendien de mogelijkheid om inzichten en evoluties in Vlaanderen te vergelijken met andere landen.

SPECIFIEKE DOELSTELLINGEN: FOCUS OP MENTAAL, SOCIAAL EN FYSIEK WELZIJN

Naast de algemene doelstelling, legt dit rapport een bijzondere nadruk op het mentaal, sociaal en fysiek welzijn van jongeren. Deze thematiek staat wereldwijd hoog op de agenda en vormt een centraal onderdeel van de *Duurzame Gezondheidsdoelstellingen 2021 – 2030* van de Verenigde Naties (VN). Bovendien is het een prioritaire beleidsfocus voor alle landen die zijn aangesloten bij de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO).

Het belang van systematische monitoring en gerichte actie werd al benadrukt in het internationale HBSC-rapport 2017/18 (Inchley et al., 2020). Dit rapport bracht zorgwekkende trends aan het licht, waarbij de mentale gezondheid en het welzijn van jongeren internationaal significant achteruitgingen. Ook in Vlaanderen werd toen een negatieve evolutie waargenomen (Dierckens et al., 2019; Dierckens et al., 2021). De meest recente resultaten van de internationale HBSC-studie 2021/22 (Cosma et al., 2023) bevestigen deze zorgwekkende tendens en uit dit rapport zal blijken dat Vlaanderen opnieuw niet aan deze ontwikkeling ontsnapt.

De studie Jongeren en Gezondheid (HBSC Vlaanderen) speelt in op deze urgente problematiek met als doel een grondig inzicht te bieden in het mentaal, sociaal en fysiek welzijn van jongeren. Deze inzichten zijn bedoeld om beleidsmakers en professionals te ondersteunen bij het ontwikkelen van adequate beleidskeuzes en gerichte interventies.

Bij het monitoren van mentale gezondheid wordt de definitie van de WHO als leidraad gebruikt: *"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 benadrukt de positieve aspecten van mentale gezondheid en beschouwt mentale gezondheid als meer dan alleen de afwezigheid van mentale klachten. Door expliciet aandacht te besteden aan deze bredere benadering van welzijn, levert dit rapport een waardevolle bijdrage aan het begrijpen en verbeteren van het welzijn van jongeren.

Het onderzoek heeft vier belangrijke doelstellingen:

- (i) **Mentaal, sociaal en fysiek welzijn monitoren** bij jongeren, met bijzondere aandacht voor positieve aspecten van mentaal welzijn.
- (ii) **Risico- en beschermende factoren identificeren** gerelateerd aan het mentaal, sociaal en fysiek welzijn van jongeren.
- (iii) **Ongelijkheid in mentaal, sociaal en fysiek welzijn contextualiseren** door:
 - bronnen van ongelijkheid te bestuderen vanuit een uni- en een multidimensionaal perspectief;
 - invloeden vanuit de sociale omgeving van jongeren te bestuderen, met aandacht voor contextuele factoren.
- (iv) **Beleidsaanbevelingen en interventiestrategieën formuleren** om het mentaal, sociaal en fysiek welzijn bij Vlaamse jongeren te bevorderen.

STRUCTUUR VAN DIT RAPPORT

De algemene en specifieke doelstellingen worden doorheen de verschillende delen van dit rapport uitgewerkt. Deel 1 beschrijft de methodologie, inclusief de steekproefomschrijving en analysetechnieken. In Deel 2 ligt de focus op de gezondheid en het welzijn van jongeren, met bijzondere aandacht voor het monitoren van mentaal, sociaal en fysiek welzijn, in lijn met de specifieke doelstelling (i). Deel 3 behandelt gezondheidsgerelateerde gedragingen, zoals voedingsgewoonten, dieetgedrag – en hieraan gekoppelde uitkomsten zoals lichaamsbeeld, overgewicht en obesitas – alsook beweging, sedentair gedrag en risicogedragingen, waaronder alcohol-, tabak- en cannabisgebruik, gamen, gokken, seksueel gezondheidsgedrag en slaap.

Deel 4 plaatst de bevindingen voor Vlaanderen in een internationaal perspectief. Deel 5 werkt specifieke doelstellingen (ii) en (iii) uit, gericht op mentaal, sociaal en fysiek welzijn. Hierbij ligt de nadruk op het identificeren van risicofactoren en beschermende factoren, evenals op ongelijkheden in deze domeinen. Deel 6 bevat beleidsaanbevelingen en interventiestrategieën om de gezondheid van jongeren in Vlaanderen te bevorderen, met specifieke aandacht voor het mentaal, sociaal en fysiek welzijn in lijn met specifieke doelstelling (iv). Tot slot sluit Deel 7 af met een conclusie.

METHODOLOGIE

ALGEMEEN

De gevalideerde vragenlijst van de studie Jongeren en Gezondheid, is gebaseerd op het internationale protocol van de HBSC-studie en omvat twee delen. Enerzijds is er een verplicht deel met vragen die alle deelnemende HBSC-landen moeten opnemen. Anderzijds is er een optioneel deel, dat landen de mogelijkheid biedt om bepaalde thema's grondiger te onderzoeken. In Vlaanderen worden in samenspraak met de overheid en actoren uit het werkveld diverse optionele vragen opgenomen om belangrijke gezondheidsindicatoren en hun evoluties te monitoren.

De studie wordt vierjaarlijks uitgevoerd onder de Vlaamse schoolgaande jeugd, van het vijfde en zesde leerjaar van het lager onderwijs tot en met het zesde jaar van het secundair onderwijs. In Vlaanderen werd de bevraging voor de editie van 2021/22 georganiseerd van februari tot en met juni 2022. In lijn met de vereisten van het internationale studieprotocol vond de bevraging plaats in de klas tijdens les- of studie-uren, onder toezicht van een leerkracht of administratief schoolpersoneel. Voor het lager en secundair onderwijs werden twee leeftijdsspecifieke versies van de vragenlijst opgesteld, die zowel online als schriftelijk ingevuld konden worden (65% van de jongeren vulden de vragenlijst schriftelijk in). Deelname aan de studie was volledig vrijwillig en anoniem. Voorafgaand aan de bevraging werden de ouders per brief geïnformeerd. Ouders die niet wilden dat hun kinderen deelnamen, konden dit schriftelijk melden aan de onderzoekers. De studie werd goedgekeurd door de Ethische Commissie van het Universitair Ziekenhuis Gent (amendement EC/2013/1145 BC-00426).

STEEKPROEFTREKKING EN BEVRAGING

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. In Vlaanderen wordt deze leeftijdsgroep echter uitgebreid en worden de leerlingen uit het vijfde en zesde leerjaar lager onderwijs tot en met het zesde leerjaar secundair onderwijs bevraagd.

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 een geclusterde steekproefmethode gebruikt met klassen in scholen als cluster. In tegenstelling tot enkelvoudige willekeurige steekproeftrekking, kunnen de antwoorden van de leerlingen hierdoor niet volledig onafhankelijk van elkaar worden beschouwd. De antwoorden van de leerlingen uit dezelfde klas of school kunnen immers meer op elkaar lijken dan van leerlingen in de algemene populatie. Om rekening te houden met de effecten van deze geclusterde steekproefmethode, is internationaal een minimale steekproefgrootte van 1.500 leerlingen per leeftijdsgroep vastgelegd.

In Vlaanderen is de steekproef representatief voor de Vlaamse schoolgaande jeugd op basis van onderwijsnet, graad en geslacht en in het secundair onderwijs ook naar opleidingsvorm (**Tabel B1.1 en Figuur B1.1** in bijlage). De steekproef is ook representatief naargelang diverse kenmerken die buiten het steekproefkader vallen zoals de Onderwijs Kansarmoede Index (OKI), ligging en provincie. Enkel voor leerlingenaantal was er eerder een ondervertegenwoordiging van scholen met een klein en een oververtegenwoordiging van scholen met een groot leerlingenaantal (**Figuur B1.2 – B1.5**). De concrete stappen van de steekproeftrekking in Vlaanderen worden hierna beschreven:

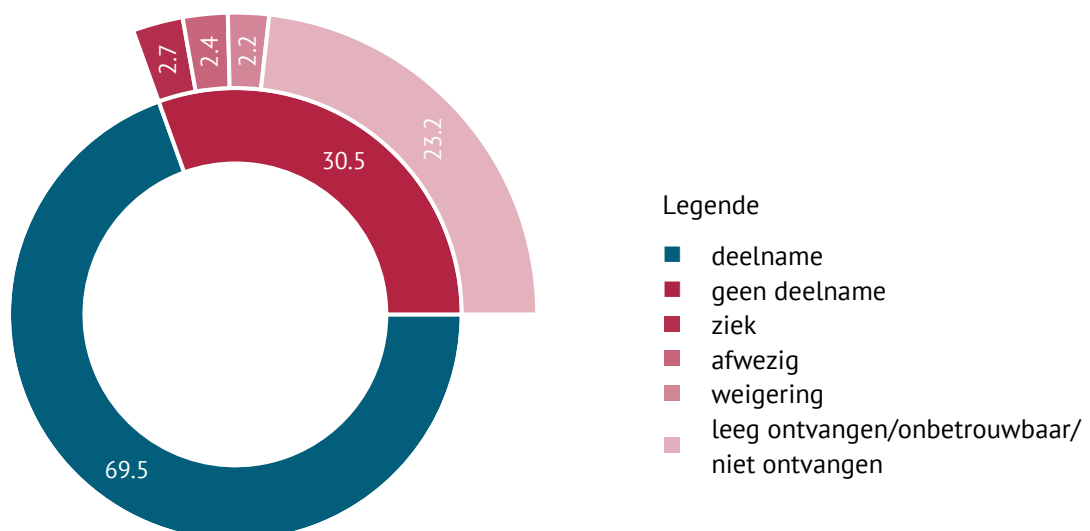
- 1 **Steekproeftrekking van scholen.** Eerst werd via het Agentschap voor Onderwijsdiensten (AGODI) een lijst opgevraagd van alle Vlaamse lagere en secundaire scholen (inclusief Nederlandstalige scholen en Brussel, exclusief het buitengewoon onderwijs en OKAN-klassen). In augustus 2021 werd een willekeurige steekproef van scholen getrokken voor zowel het lager als het secundair onderwijs. Deze steekproef was representatief voor de verschillende onderwijsnetten. Zo had elke in aanmerking komende leerling evenveel kans om in de steekproef opgenomen te worden.
- 2 **Uitnodiging geselecteerde scholen.** Vanaf eind augustus 2021 werden de geselecteerde scholen per e-mail uitgenodigd om deel te nemen, gevolgd door maximaal vijf herinneringen (oktober 2021 - maart 2022). Omdat de steekproef te klein bleek om 1.500 leerlingen per leeftijdsgroep te bereiken, werden scholen die niet reageerden vanaf december 2021 ook telefonisch gecontacteerd. Vanwege onvoldoende respons werd een aanvullende steekproef getrokken volgens de steekproefkenmerken (cf. *supra*), waarna de nieuwe scholen via e-mail en telefoon werden benaderd om de vereiste steekproefgrootte te behalen.
- 3 **Steekproeftrekking van klassen.** Scholen die instemden met deelname, werden gevraagd klassenlijsten op te stellen met het exacte aantal leerlingen, verdeeld naar geslacht. In het secundair onderwijs werd ook een indeling naar opleidingsvorm en graad gevraagd. Uit deze lijsten werden willekeurig klassen geselecteerd om een representatieve steekproef te verkrijgen. Per school werden – rekening houdend met de leerlingenaantallen – ongeveer 40 leerlingen uit het lager onderwijs en 200 leerlingen uit het secundair onderwijs geselecteerd. Vanwege de COVID-19-maatregelen, werden extra klassen geselecteerd om een voldoende grote en representatieve steekproef te garanderen in geval van eventuele uitval.

Tussen februari en april 2022 ontvingen de deelnemende scholen de vragenlijsten (per post of digitaal), met instructies. De scholen hadden tot eind juni 2022 om de bevraging te voltooien. Schriftelijke vragenlijsten werden per post teruggestuurd en online antwoorden werden automatisch geregistreerd in een databank. Alle vragenlijsten werden in het Nederlands afgenomen.

RESPONGRAAD EN STEEKPROEFBESCHRIJVING

In totaal werden 1.057 scholen uitgenodigd voor de studie (360 lager onderwijs, 697 secundair onderwijs). Aanvankelijk stemden 232 scholen in (106 lager onderwijs, 126 secundair onderwijs), maar uiteindelijk namen 197 scholen deel (95 lager onderwijs, 102 secundair onderwijs). Dit resulteerde in een responsgraad van 18,6% op schoolniveau¹.

Op leerlingenniveau werden 28.984 leerlingen geselecteerd (5.225 uit het lager onderwijs en 23.759 uit het secundair onderwijs). Van deze leerlingen was 2,7% (777) afwezig door ziekte en 2,4% (696) door andere redenen (zoals stage of schorsing). Voor 2,2% (636) werd deelname geweigerd door de ouders. In totaal werden 6.721 vragenlijsten (23,2%) niet ingevuld, niet teruggestuurd of waren de antwoorden onbetrouwbaar. De uiteindelijke dataset bevat gegevens van 20.154 leerlingen (3.894 uit het lager onderwijs en 16.260 uit het secundair onderwijs), met een responsgraad van 69,5% (Figuur 1.1).



Figuur 1.1 Responsgraad leerlingen (procentueel)

¹ De responsgraad op schoolniveau is lager, aangezien bij de steekproeftrekking werd vertrokken vanuit een groter aantal scholen. Dit was nodig omdat scholen steeds vaker afzien van deelname vanwege de toenemende onderzoeksbelasting. In absolute aantallen blijft het aantal deelnemende scholen vergelijkbaar met eerdere bevestigingen.

Een overzicht van de sociodemografische kenmerken is weergegeven in **Tabel 1.1** en een beschrijving van het aantal ontbrekende waarden voor deze kenmerken in **Tabel B1.2** in bijlage.

Tabel 1.1 Steekproefbeschrijving en sociodemografische kenmerken, studie Jongeren en Gezondheid 2021 – 2024

	TOTAAL ¹	JONGENS	MEISJES
Steekproef	20.154	10.177	9.664
LEEFTIJD			
11 – 12 jaar	3.751	1.815	1.881
13 – 14 jaar	5.055	2.494	2.482
15 – 16 jaar	5.525	2.718	2.747
17 – 18 jaar	4.369	2.333	2.000
OPLEIDINGSVORM			
lager onderwijs (5 ^e en 6 ^e leerjaar)	3.894	1.903	1.910
eerste graad	5.450	2.680	2.669
aso	5.232	2.280	2.875
tso	3.329	1.980	1.321
bso	2.244	1.332	887
MIGRATIEACHTERGROND			
geen migratieachtergrond	13.916	7.099	6.702
eerste generatie	1.833	940	803
tweede generatie	4.405	2.138	2.159
GEZINSSAMENSTELLING			
tweeoudergezin	14.030	7.211	6.697
eenoudergezin	2.786	1.413	1.325
nieuw samengesteld gezin	2.005	956	1.023
andere gezinssamenstelling	1.333	597	619
BEROEPSSTATUS			
moeder werkt	17.177	8.727	8.269
vader werkt	18.158	9.223	8.738
OPLEIDINGSNIVEAU OUDER			
Moeder			
kortgeschoold (geen of lager onderwijs)	614	302	303
middellang geschoold (secundair onderwijs)	3.060	1.540	1.491
lang geschoold (hoger onderwijs)	9.897	4.940	4.854
Vader			
kortgeschoold (lager onderwijs)	765	376	380
middellang geschoold (secundair onderwijs)	3.765	1.939	1.790
lang geschoold (hoger onderwijs)	8.204	4.193	3.936

Noot. ¹Door ontbrekende waarden kunnen de deelaantallen afwijken van het totaal.

ANALYSES

De representatieve steekproef maakt het mogelijk om valide uitspraken te doen over de gezondheid en gezondheidsgedragingen van Vlaamse jongeren. Voor elke indicator worden specifieke vragen of schalen gebruikt. De antwoorden op deze vragen worden dichotoom gemaakt, zodat de resultaten als prevalentiecijfers (percentages) kunnen worden gerapporteerd. We rapporteren geen absolute aantallen omdat percentages een betere vergelijkbaarheid mogelijk maken tussen verschillende groepen, tijdsperiodes of landen. Absolute aantallen kunnen misleidend zijn, vooral wanneer de steekproefgrootte varieert.

Bivariate analyses

In Deel 2 en Deel 3 van dit rapport worden de prevalentiecijfers voor de algemene populatie gerapporteerd, maar ook vergeleken tussen specifieke groepen. Verschillen in gezondheid en gezondheidsgedrag worden bestudeerd op basis van geslacht, leeftijd en opleidingsvorm. Voor jongens en meisjes worden de verschillen ook afzonderlijk bekeken op basis van leeftijdsgroep en opleidingsvorm. De chi-kwadraattoets (χ^2) wordt toegepast om te onderzoeken of er statistisch significante verschillen bestaan tussen de verschillende groepen. Om een vergelijking tussen leeftijdsgroepen te maken, worden vier groepen onderscheiden: 11- tot 12-, 13- tot 14-, 15- tot 16- en 17- tot 18-jarigen. Leerlingen worden per leeftijdsgroep ingedeeld op basis van een leeftijdsverschil van hoogstens zes maanden ten opzichte van de begin- en eindleeftijd van die groep (bv. 10,5- tot 12,5-jarigen bij de 11- tot 12-jarigen). Voor de vergelijking naar opleidingsvorm zijn drie categorieën gebruikt: algemeen secundair onderwijs (aso), technisch secundair onderwijs (tso) en beroeps secundair onderwijs (bso)². Kunst secundair onderwijs (kso) wordt bij het tso gerekend. In de eerste graad is geen onderscheid naar opleidingsvorm, dus zijn alleen leerlingen uit de tweede en derde graad in de analyses naargelang opleidingsvorm opgenomen.

Evoluties

Deel 2 en Deel 3 beschrijft ook evoluties, indien data voor meerdere tijdspunten beschikbaar zijn. Hierbij wordt telkens de vergelijking gemaakt tussen 2018 en 2022. Om vergelijking met de resultaten uit eerdere bevestigingen mogelijk te maken, werd een wegingsfactor gebruikt. Deze wegingsfactor is berekend op basis van de effectieve samenstelling van de populatie naar graad, geslacht en opleidingsvorm. De gerapporteerde resultaten zijn altijd gebaseerd op de gewogen data, met uitzondering van de beschrijvende data in dit hoofdstuk en de analyses in Deel 5.

Andere analysetechnieken

² Door hervormingen in het secundaire onderwijs, die tijdens de bevestiging enkel in het derde middelbaar waren doorgevoerd, wordt in deze studie de oude terminologie gebruikt. De finaliteit doorstroom komt overeen met het aso, de dubbele finaliteit met het tso en kso, en de finaliteit arbeidsmarkt met het bso.

In Deel 5 van dit rapport worden beschrijvende analyses aangevuld met specifieke analysetechnieken zoals univariate analyses, clusteranalyse en (multilevel) lineaire en logistische regressie. Meer details over deze analysetechnieken zijn te vinden in de respectievelijke studies in Deel 5 en de wetenschappelijke publicaties waarop de beschrijvingen zijn gebaseerd.

DEEL 2

GEZONDHEID EN WELZIJN

BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN

MENTAAL WELZIJN

- Op vlak van positief mentaal welzijn rapporteerde 90,6% van de jongeren een hoge levens-
tevredenheid, 69,9% had een hoog mentaal welzijn, 67,6% voelde zich meestal gelukkig,
14,3% had een hoge eigen-effectiviteit en 94,1% had hoopvolle toekomstverwachtingen.
- Het negatief mentaal welzijn vertoonde een ongunstig patroon met 29,4% van de jongeren
die zich meermaals per week humeurig voelde, 31,0% kampte met zenuwachtigheid, 32,0%
had last van slaapmoeilijkheden en 19,7% voelde zich ongelukkig. De meerderheid (53,3%)
had minstens één van deze klachten meermaals per week. Verder rapporteerde 5,1% een
hoge mate van stress, 22,3% had zelfmoordgedachten en 18,8% vertoonde minstens één
keer zelfbeschadigend gedrag.
- Jongens, jongere adolescenten en jongeren uit het aso scoorden doorgaans beter op positief
mentaal welzijn en hadden minder negatieve mentale welzijnsklachten.

SOCIAAL WELZIJN

- In de afgelopen 12 maanden ervoer 15,7% van de jongeren algemene eenzaamheid, 10,6%
kampte met emotionele eenzaamheid en 9,5% had sociale eenzaamheid.
- Jongens, jongere adolescenten en jongeren uit het aso rapporteerden minder algemene,
sociale en emotionele eenzaamheid.

FYSIEK WELZIJN

- Een goede tot uitstekende gezondheid werd door 82,7% van de jongeren gerapporteerd.
Verder gaf 19,0% aan meermaals per week hoofdpijn te hebben, 12,7% had meermaals per
week buikpijn, 17,4% ervoer rugpijn en 15,0% rapporteerde meermaals per week duizelig-
heid. Minstens één van deze fysieke klachten kwam bij 35,0% van de jongeren meermaals
per week voor.
- Jongens, jongere adolescenten en jongeren uit het aso scoorden doorgaans beter op vlak
van fysiek welzijn.

MENTAAL, SOCIAAL EN FYSIEK WELZIJN

Gezondheid wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie beschouwd als “*a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*” (World Health Organization, 1946). In deze definitie worden drie dimensies van gezondheid belicht: mentaal, sociaal en fysiek welzijn. Deze dimensies zijn inherent aan elkaar verbonden en beïnvloeden elkaar. Het is bijgevolg belangrijk om vanuit deze holistische visie gezondheid te bestuderen. In het bijzonder bij adolescenten is een goede gezondheid noodzakelijk aangezien de adolescentie gekenmerkt wordt door een periode van belangrijke veranderingen in het lichaam op zowel mentaal, sociaal als fysiek vlak. Het behoud en de bevordering van een goede gezondheid bij adolescenten kan op lange termijn voordelen opleveren voor het individu en de maatschappij. Voor de monitoring van gezondheid in de adolescentie zijn objectieve gegevens zoals nationale morbiditeit en mortaliteit slechts beperkt bruikbaar door de lage incidentie bij jongeren. Daarom worden bij deze populatie ook vaak subjectieve en zelf-gerapporteerde indicatoren van gezondheid gebruikt. Dit rapport onderzoekt de drie dimensies van gezondheid met aandacht voor positieve en negatieve aspecten van mentaal welzijn alsook voor het sociaal en fysiek welzijn van adolescenten ([Tabel 2.1](#)).

Tabel 2.1 Indicatoren mentaal, sociaal en fysiek welzijn

	MEETMETHODE
POSITIEF MENTAAL WELZIJN	
Levenstevredenheid	De levenstevredenheid werd gemeten met de Cantril-ladder, waarbij jongeren aangaven hoe tevreden ze waren met hun leven, variërend van ‘ <i>best mogelijke leven</i> ’ (score 10) tot ‘ <i>slechts mogelijke leven</i> ’ (score 0). De resultaten beschrijven het aandeel jongeren met een hoge levenstevredenheid (score ≥ 6).
Algemeen mentaal welzijn ²	Algemeen mentaal welzijn werd gemeten aan de hand van vijf stellingen (‘ <i>vrolijk en goedgezind</i> ’, ‘ <i>kalm en ontspannen</i> ’, ‘ <i>actief en vol energie</i> ’, ‘ <i>uitgerust wakker worden</i> ’ en ‘ <i>interesse in het dagelijkse leven</i> ’). De antwoordopties varieerden van ‘nooit’ (score 0) tot ‘altijd’ (score 6). Op basis van de antwoorden werd een somscore op 100 berekend. Het percentage jongeren met een hoge mate van welzijn (score 51-100) wordt gerapporteerd.
Geluksg gevoel ²	Het geluksg gevoel werd gemeten met de vraag: ‘ <i>Hoe gelukkig voel je je meestal?</i> ’, met antwoordopties op een vijfpuntsschaal van ‘heel gelukkig’ tot ‘heel ongelukkig’. Het aandeel jongeren dat zich gelukkig voelt (‘gelukkig’ en ‘heel gelukkig’) wordt gerapporteerd.
Eigen effectiviteit ²	Eigen-effectiviteit werd gemeten met twee stellingen (‘ <i>oplossing voor problemen vinden</i> ’ en ‘ <i>uitvoeren van beslissingen</i> ’). De jongeren scoorden op een vijfpuntsschaal van ‘nooit’ (score 1) tot ‘altijd’ (score 5). De resultaten beschrijven het percentage jongeren met een hoge eigen-effectiviteit (score 9-10).
Hoopvolle toekomst ²	Hoopvolle toekomstverwachtingen werd als volgt bevraagd: ‘ <i>Denk na over hoe je je toekomst ziet. Wat zijn jouw kansen op het volgende?</i> ’. Hierbij werden de jongeren gevraagd om vier stellingen (‘ <i>betrokken zijn in het helpen van andere mensen</i> ’, ‘ <i>vrienden hebben op wie je kan rekenen</i> ’, ‘ <i>gezond zijn</i> ’ en ‘ <i>veilig zijn</i> ’) te scoren op een vijfpuntsschaal van ‘heel laag’ (score 0) tot ‘heel hoog’ (score 4). Het percentage jongeren met hoge hoopvolle toekomstverwachtingen (score 8-16) wordt gerapporteerd.

(vervolg Tabel 2.1)

NEGATIEF MENTAAL WELZIJN	
Psychologische klachten	Jongeren werd gevraagd hoe vaak ze in de voorbije zes maanden één van de volgende symptomen hadden ervaren: geïrriteerd of slecht gehumeurd zijn, zenuwachtig voelen, problemen om in slaap te vallen, ongelukkig voelen. De antwoordopties varieerden van 'zelden of nooit', tot 'bijna elke dag'. De bevindingen tonen de proporties van jongeren die elke klacht afzonderlijk meer dan eens per week meldden en degenen die minstens één klacht meer dan eens per week ervoeren in de afgelopen zes maanden.
Waargenomen stress ²	Jongeren werd gevraagd naar de ervaren stress in de voorbije maand via vier stellingen ('geen controle over belangrijke zaken', 'zelfverzekerd bij aanpak persoonlijke problemen', 'zaken verlopen zoals jij wilt' en 'moeilijkheden niet kunnen overwinnen'). Er waren vijf antwoordopties: 'nooit' (score 0) tot 'heel vaak' (score 4). Een somscore werd berekend, waarbij stelling twee en drie omgekeerd werden gescoord. De resultaten tonen het aandeel jongeren met een hoge mate van stress (score 12-16).
Zelfmoordgedachten ¹	Zelfmoordgedachten werden gemeten via de vraag 'Heb je er wel eens over nagedacht een einde aan je leven te maken?'. De antwoordmogelijkheden varieerden van 'nooit' tot 'heel vaak'. Het percentage jongeren dat minstens meerdere keren aan zelfmoord dachten wordt gerapporteerd.
Zelfbeschadigend gedrag ¹	Zelfbeschadigend gedrag werd gemeten via de vraag 'Heb je ooit opzettelijk te veel pillen geslikt of jezelf op een andere manier geprobeerd lichamelijk te beschadigen?'. De antwoordmogelijkheden varieerden van 'nooit' tot 'heel vaak'. Het aandeel jongeren dat één of meerdere keren zelfbeschadigend gedrag stelden wordt gerapporteerd.
SOCIAAL WELZIJN	
Algemene eenzaamheid ²	Jongeren werd gevraagd hoe vaak ze zich het afgelopen jaar eenzaam hadden gevoeld. De antwoordopties waren: nooit, zelden, soms, meestal en altijd. De bevindingen tonen de proporties van jongeren die aangaven zich meestal of altijd eenzaam te voelen.
Emotionele eenzaamheid ²	Jongeren werd gevraagd hoe vaak ze zich het afgelopen jaar emotioneel eenzaam voelden via twee stellingen ('ervaar gebrek aan gezelschap' en 'geen hechte band met iemand'), die op een vijfpuntsschaal werden gescoord van 'nooit' (score 0) tot 'altijd' (score 4). Een somscore werd berekend en het aandeel jongeren dat zich emotioneel eenzaam voelde (5-8) wordt gerapporteerd.
Sociale eenzaamheid ²	Jongeren werd gevraagd hoe vaak ze zich het afgelopen jaar sociaal eenzaam voelden via twee stellingen ('voel mij geïsoleerd van anderen' en 'voel mij buitengesloten'), die op een vijfpuntsschaal werden gescoord van 'nooit' (score 0) tot 'altijd' (score 4). Een somscore werd berekend en het aandeel jongeren dat zich sociaal eenzaam voelde (5-8) wordt gerapporteerd.
FYSIEK WELZIJN	
Zelf-gerapporteerde gezondheid	Jongeren werd gevraagd om hun gezondheid te beoordelen ('Wat vind je van je gezondheid?') met antwoordopties variërend van 'uitstekend', 'goed', 'redelijk' tot 'slecht'. Het percentage jongeren met een goede tot uitstekende gezondheid wordt gerapporteerd.
Fysieke klachten	Jongeren werd gevraagd hoe vaak ze in de voorbije zes maanden een van de volgende symptomen hadden ervaren: hoofdpijn, buikpijn, rugpijn en duizelig voelen. De antwoordopties varieerden van 'zelden of nooit' tot 'bijna elke dag'. De bevindingen tonen de proporties van jongeren die elke klacht afzonderlijk meer dan eens per week meldden en degenen die minstens één klacht meer dan eens per week ervoeren in de afgelopen zes maanden.

Noot. ¹Omwille van de gevoeligheid werden deze vragen niet gesteld bij de 11- tot 12-jarigen. ²Evoluties zijn niet beschikbaar aangezien deze indicatoren voor het eerst in 2022 zijn bevraagd.

POSITIEF MENTAAL WELZIJN

Algemeen en verschillen naargelang geslacht

Het percentage jongeren met een hoge **levenstevredenheid** bedroeg 90,6%, dit percentage lag iets hoger bij de jongens (93,1%) dan bij de meisjes (88,0%).

Een andere indicator van positief mentaal welzijn peilde naar het **algemeen mentaal welzijn**. Het percentage jongeren met een hoge mate van algemeen mentaal welzijn bedroeg 69,9%. De meisjes scoorden slechter op algemeen mentaal welzijn dan de jongens. Bij de meisjes rapporteerde 59,0% over een hoge mate van algemeen welzijn te beschikken, bij de jongens lag dit beduidend hoger op 80,7% .

Ook het **geluksgevoel** van de jongeren werd in kaart gebracht. In totaal gaf 67,6% van de jongeren aan zich meestal gelukkig te voelen. Van de jongens rapporteerde 76,1% zich meestal gelukkig te voelen tegenover een opmerkelijk lager percentage bij de meisjes (58,9%).

Het aandeel jongeren met een hoge **eigen-effectiviteit** bedroeg 14,3%. Over het algemeen rapporteerden de jongens een hogere mate van eigen-effectiviteit in vergelijking met de meisjes (17,9% versus 10,6%).

Tot slot werden jongeren hun **toekomstverwachtingen** bevraagd. Het merendeel van de jongeren (94,1%) gaf aan hoopvolle toekomstverwachtingen te hebben. Deze prevalentie lag iets hoger bij de jongens (94,8%) dan bij de meisjes (93,4%). Alle resultaten worden gerapporteerd in **Tabel 2.2**.

Tabel 2.2 Positief mentaal welzijn voor de totale steekproef en naargelang geslacht (procentueel)

	TOTAAL	JONGENS	MEISJES
Levenstevredenheid (0-10) [hoog, score ≥ 6]	90,6	93,1	88,0
Algemeen mentaal welzijn (0-100) [hoog, score ≥ 51]	69,9	80,7	59,0
Geluksgedvoel [(heel) gelukkig]	67,6	76,1	58,9
Eigen-effectiviteit (1-10) [hoog, score ≥ 9]	14,3	17,9	10,6
Hoopvolle toekomst (0-18) [hoopvol, score ≥ 8]	94,1	94,8	93,4

Noot: De getoonde verschillen naargelang geslacht zijn statistisch significant.

Verschillen naargelang leeftijd

Uit **Tabel 2.3** blijkt dat de jongste leeftijdsgroep (11- tot 12-jarigen) doorgaans beter scoort in vergelijking met de oudste leeftijdsgroep (17- tot 18-jarigen) voor wat betreft indicatoren van positief mentaal welzijn. Zo lagen de prevalentiecijfers systematisch hoger bij de jongste deelnemers in vergelijking met de oudste deelnemers voor hoge **levenstevredenheid** (11-12 jaar: 92,2%; 17-18 jaar: 89,2%), hoog **algemeen mentaal welzijn** (11-12 jaar: 83,0%; 17-18 jaar: 59,9%), **geluksgevoelens** (11-12 jaar: 76,8%; 17-18 jaar: 61,0%) en **hoopvolle toekomstverwachtingen** (11-12 jaar: 95,5%; 17-18 jaar: 93,7%). De prevalentiecijfers van hoge **eigen-effectiviteit** waren daarentegen vergelijkbaar bij de jongste en oudere leeftijdsgroepen. De prevalentie was het laagst bij de 13- tot-14-jarigen (13,0%).

Ook bij jongens en meisjes afzonderlijk werden gelijkaardige leeftijdsverschillen geobserveerd. De prevalentie lag voor alle indicatoren van positief mentaal welzijn doorgaans hoger bij de jongste deelnemers in vergelijking met de oudste deelnemers. Enkel voor **eigen-effectiviteit** waren de leeftijdsverschillen minder eenduidig (**Tabel 2.3**).

Tabel 2.3 Positief mentaal welzijn naargelang leeftijd (procentueel)

	ALGEMEEN				JONGENS				MEISJES			
	11-12	13-14	15-16	17-18	11-12	13-14	15-16	17-18	11-12	13-14	15-16	17-18
Levenstevreden (0-10) [hoog, score ≥ 6]	92,2	92,0	89,7	89,2	93,4	89,7	93,2	91,3	91,1	88,6	86,1	87,1
Alg. welzijn (0-100) [hoog, score ≥ 51]	83,0	72,2	64,0	59,9	87,8	83,7	77,8	73,6	78,4	60,7	49,9	46,5
Geluksgevoel [(heel) gelukkig]	76,8	71,3	62,2	61,0	81,6	81,0	73,6	69,3	72,0	61,6	50,4	52,7
Eigen-effect (1-10) [hoog, score ≥ 9]	14,5	13,0	14,4	14,4	16,9	15,7	18,5	19,3	12,2	10,3	10,1	9,6
Hoop toekomst (0-18) [hoopvol, score ≥ 8]	95,5	94,4	93,5	93,7	95,8	95,2	94,8	93,9	95,2	93,6	92,1	93,5

Noot. De getoonde verschillen naargelang leeftijd zijn statistisch significant.

Verschillen naargelang opleidingsvorm

Jongeren uit het aso scoorden over het algemeen beter op de verschillende aspecten van positief mentaal welzijn in vergelijking met jongeren uit het bso en tso (**Tabel 2.4**). Ze rapporteerden een hogere **levenstevredenheid** (aso: 92,1%; bso: 85,0%), een hoger **geluksgevoel** (aso: 64,0%; bso: 59,3%) en meer **hoopvolle toekomstverwachtingen** (aso: 95,8%; bso: 89,8%).

Jongeren uit het aso rapporteerden echter een lagere prevalentie van **algemeen mentaal welzijn** – analoog met jongeren uit het tso – in vergelijking met jongeren uit het bso (aso: 61,8%; bso: 64,7%).

De prevalentie van hoge **eigen-effectiviteit** was het laagst bij jongeren uit het tso (13,2%), gevolgd door jongeren uit het aso (14,6%) en jongeren uit het bso rapporteerden de hoogste prevalentie (16,7%).

Vergelijkbare verschillen werden waargenomen naargelang opleidingsvorm bij jongens en meisjes afzonderlijk, althans voor **levenstevredenheid**, **geluksgevoelens** (enkel meisjes), **hoopvolle toekomstverwachtingen** en **eigen-effectiviteit**. Voor **algemeen mentaal welzijn** werden geen verschillen waargenomen naargelang opleidingsvorm bij de jongens. Bij de meisjes lag de prevalentie van hoog algemeen mentaal welzijn het hoogst in het aso (50,5%) en het laagst in het tso (44,6%). De meisjes uit het bso bevonden zich hiertussen (48,6%) zoals blijkt uit **Tabel 2.4**.

Tabel 2.4 Positief mentaal welzijn naargelang opleidingsvorm (procentueel)

	ALGEMEEN			JONGENS			MEISJES		
	aso	tso	bso	aso	tso	bso	aso	tso	bso
Levenstevredenheid (0-10) [hoog, score ≥ 6]	92,1	88,7	85,0	93,8	92,0	89,6	90,6	84,5	78,9
Algemeen mentaal welzijn (0-100) [hoog, score ≥ 51]	61,8	61,7	64,7	75,5	75,7	77,2 ^{ns}	50,5	44,6	48,6
Geluksg gevoel [(heel) gelukkig]	64,0	60,0	59,3	72,7	70,9	70,9 ^{ns}	56,8	46,7	44,1
Eigen-effectiviteit (1-10) [hoog, score ≥ 9]	14,6	13,2	16,7	19,6	17,4	21,2	10,4	8,0	10,9
Hoopvolle toekomst (0-18) [hoopvol, score ≥ 8]	95,8	92,9	89,9	95,8	93,8	92,8	95,8	91,9	85,8

Noot: De getoonde verschillen naargelang opleidingsvorm zijn statistisch significant, tenzij aangegeven met ns (niet significant).

Evoluties

Enkel voor **levenstevredenheid** was het mogelijk om evoluties overheen de tijd te bestuderen, aangezien de andere indicatoren van positief mentaal welzijn voor het eerst in 2022 zijn opgenomen in de bevraging. Ten opzichte van de vorige bevraging in 2018 nam de prevalentie van hoge levensstevredenheid af bij jongeren, alsook bij de jongens en de meisjes afzonderlijk zoals blijkt uit **Tabel 2.5**.

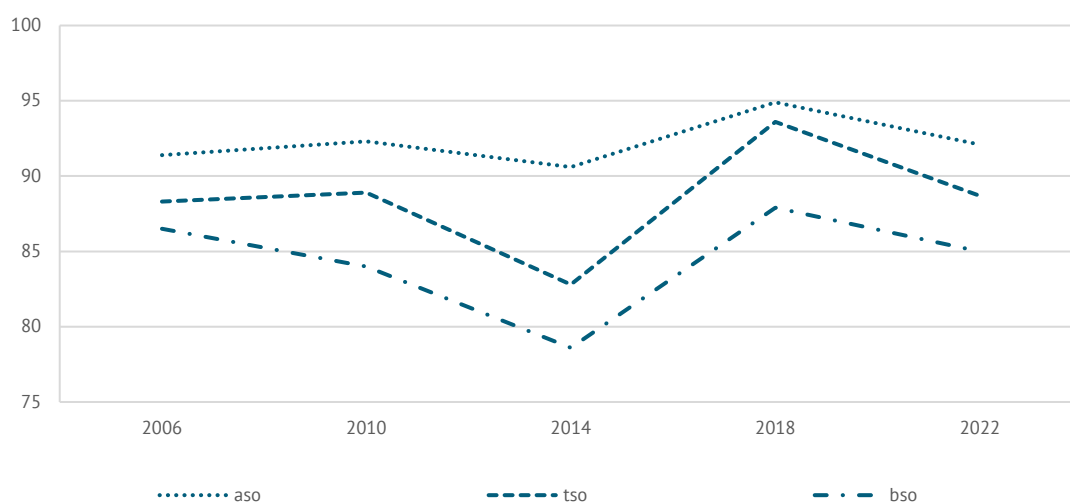
Figuur 2.1 illustreert de evoluties in levenstevredenheid naargelang opleidingsvorm. In vergelijking met de bevindingen uit 2018 nam de prevalentie van levenstevredenheid af bij alle jongeren uit de verschillende opleidingsvormen.

Tabel 2.5 Evoluties in positief mentaal welzijn tussen 2006 – 2022¹ (procentueel)

	ALGEMEEN	JONGENS	MEISJES
LEVENSTEVREDENHEID (0-10) [[hoog, score ≥6]			
2006	90,1	91,3	88,9
2010	90,1	91,1	89,1
2014	87,8	89,1	84,4
2018	92,8	94,4	91,3
2022	90,6*	93,1*	88,0*

Noot. Een statistisch significante evolutie tussen 2018 en 2022 wordt aangeduid met een asterisk (*). ¹Enkel evoluties in levenstevredenheid konden bestudeerd worden, aangezien de andere indicatoren voor positief mentaal welzijn in 2022 voor het eerst zijn bevraagd.

LEVENSTEVREDENHEID

**Figuur 2.1** Evoluties in positief mentaal welzijn naargelang opleidingsvorm tussen 2006 – 2022 (procentueel)

NEGATIEF MENTAAL WELZIEN

Algemeen en verschillen naargelang geslacht

In **Tabel 2.6** worden de resultaten rond negatief mentaal welzijn gepresenteerd. Het percentage jongeren dat zich meermaals per week **humeurig** voelde in de voorbije zes maanden bedroeg 29,4%. De prevalentie voor meisjes was 36,7%, terwijl dit bij de jongens met 22,2% beduidend lager lag. Zich meermaals per week **zenuwachtig** voelen, kwam bij 31,0% van de jongeren voor, met een hogere prevalentie bij de meisjes (40,4%) dan bij de jongens (21,7%).

Slaapmoeilijkheden kwamen voor bij 32,0% van de jongeren, waarbij meer meisjes (37,1%) dan jongens (27,0%) moeilijk in slaap konden vallen.

Het percentage jongeren dat zich meermaals per week **ongelukkig** voelde was 19,7%, met 12,5% bij de jongens en 27,0% bij de meisjes. Tot slot ervoer 53,3% van de jongeren minstens één **psychologische klacht** meermaals per week, waarbij de meisjes (62,3%) vaker klachten rapporteerden dan de jongens (44,5%).

Het percentage jongeren dat een hoge mate van **waargenomen stress** rapporteerde, bedroeg 5,1%. De meisjes (7,9%) rapporteerden vaker een hoge mate van waargenomen stress dan de jongens (2,4%).

Het percentage jongeren dat aangaf meermaals **zelfmoordgedachten** gehad te hebben, bedroeg 22,3%. Een groter percentage meisjes (28,3%) dan jongens (16,3%) gaf aan zelfmoordgedachten te hebben.

Het percentage jongeren dat minstens eenmaal **zelfbeschadigend gedrag** vertoonde, bedroeg 18,8%. Dit percentage was opmerkelijk hoger bij de meisjes (27,0%) dan bij de jongens (10,5%).

Tabel 2.6 Negatief mentaal welzijn voor de totale steekproef en naargelang geslacht (procentueel)

	TOTAAL	JONGENS	MEISJES
Humeurigheid [meermaals/week]	29,4	22,2	36,7
Zenuwachtigheid [meermaals/week]	31,0	21,7	40,4
Slaapmoeilijkheden [meermaals/week]	32,0	27,0	37,1
Ongelukkig voelen [meermaals per week]	19,7	12,5	27,0
Psychologische klachten [≥1 klacht meermaals/week]	53,3	44,5	62,3
Waargenomen stress (0-16) [hoog, score ≥12]	5,1	2,4	7,9
Zelfmoordgedachten [meerdere keren]	22,3	16,3	28,3
Zelfbeschadigend gedrag [één of meerdere keren]	18,8	10,5	27,0

Noot. De getoonde verschillen naargelang geslacht zijn statistisch significant.

Verschillen naargelang leeftijd

Tabel 2.7 toont aan dat de jongste leeftijdsgroep doorgaans minder negatieve mentale welzijnsklachten ervoe dan de oudste leeftijdsgroep. Dit was het geval voor **humeurigheid** (11-12 jaar: 20,9%; 17-18: 35,1%), **zenuwachtigheid** (11-12 jaar: 22,0%; 17-18 jaar: 35,9%), **zich ongelukkig voelen** (11-12 jaar: 15,3%; 17-18 jaar: 22,8%), het ervaren van meerdere **psychologische klachten** (11-12 jaar: 47,3%; 17-18 jaar: 57,5%), **waargenomen stress** (11-12 jaar: 3,1%; 17-18 jaar: 6,7%), **zelfmoordgedachten** (13-14 jaar: 17,5%; 17-18 jaar: 26,0%) en **zelfbeschadigend gedrag** (13-14 jaar: 14,3%; 17-18 jaar: 20,7%). Voor **slaapmoeilijkheden** was de prevalentie het laagst bij de oudste leeftijdsgroep (29,3%) en het hoogst bij de 15- tot 16-jarigen (33,2%).

De prevalentie van negatieve mentale welzijnsklachten naargelang leeftijd bij jongens en meisjes afzonderlijk vertoonde een gemengd patroon (**Tabel 2.7**). Zowel voor jongens als meisjes werden de laagste prevalenties van negatief mentaal welzijn gevonden bij de 11- tot 12- en 13- tot 14-jarigen. De hoogste prevalenties werden bij de jongens doorgaans bij de 17- tot 18-jarigen opgetekend, bij de meisjes was dit bij de 15- tot 16-jarigen.

Tabel 2.7 Negatief mentaal welzijn naargelang leeftijd (procentueel)

	ALGEMEEN				JONGENS				MEISJES			
	11-12	13-14	15-16	17-18	11-12	13-14	15-16	17-18	11-12	13-14	15-16	17-18
Humeurigheid [meermaals/week]	20,9	27,3	34,0	35,1	18,6	19,7	24,2	26,0	23,2	35,0	44,2	44,1
Zenuwachtigheid [meermaals/week]	22,0	30,8	35,9	35,9	18,7	21,4	22,3	24,5	25,2	40,3	50,1	47,1
Slaapmoeilijkheden [meermaals/week]	32,2	32,6	33,2	29,3	30,3	26,4	26,0	25,1	33,9	38,9	40,6	33,5
Ongelukkig voelen [meermaals/week]	15,3	17,9	22,3	22,8	13,0	9,8	11,8	14,8	17,6	26,0	33,2	30,8
Psycholog. klachten [≥1 klacht meermaals/week]	47,3	52,0	56,9	57,5	45,0	42,6	43,9	46,9	49,5	61,6	70,3	68,1
Waargen. stress (0-16) [hoog, score ≥12]	3,1	4,7	6,4	6,7	2,6	2,1	2,2	3,2 ^{ns}	3,6	7,4	10,8	10,1
Zelfmoordgedachten ¹ [meerdere keren]	-	17,5	23,4	26,0	-	11,5	16,4	21,2	-	23,7	30,6	30,6
Zelfbeschadigend ¹ [één of meerdere keren]	-	14,3	21,2	20,7	-	7,2	11,5	12,9	-	21,6	31,0	28,2

Noot: De getoonde verschillen naargelang leeftijd zijn statistisch significant, tenzij aangegeven met ns (niet significant). ¹Omwille van de gevoeligheid werden zelfmoordgedachten en zelfbeschadigend gedrag niet bevraagd bij de 11- tot 12-jarigen.

Verschillen naargelang opleidingsvorm

De prevalentie van negatieve indicatoren van mentaal welzijn was lager bij jongeren uit het aso ten opzichte van het jongeren uit het bso voor **slaapmoeilijkheden** (aso: 29,3%; bso: 35,5%), **zelfmoordgedachten** (aso: 21,3%; bso: 28,5%) en **zelfbeschadigend gedrag** (aso: 16,9% ; bso: 26,1%). **Zenuwachtigheid** (aso: 40,2% ; bso: 29,5%), **psychologische klachten** (aso: 58,7%; bso: 53,1%) en **waargenomen stress** (tso: 7,3%; bso: 5,5%) waren daarentegen hoger in respectievelijk het aso en het tso. Voor **humeurigheid** en zich **ongelukkig voelen** werd geen verschillen naargelang opleidingsvorm gevonden (Tabel 2.8).

Gelijkaardige verschillen werden waargenomen naargelang opleidingsvorm bij jongens en meisjes afzonderlijk voor **slaapmoeilijkheden**, **zelfmoordgedachten** (enkel meisjes), **zelfbeschadigend gedrag**, **zenuwachtigheid**, **psychologische klachten** (enkel jongens) en **waargenomen stress**. Voor **humeurigheid** en zich **ongelukkig voelen** werden geen verschillen geobserveerd naargelang opleidingsvorm bij de jongens. Bij de meisjes lag de prevalentie van humeurigheid daarentegen het hoogst in het tso (47,6%) en het laagst in het aso (41,7%). Meisjes uit het tso en het bso (34,2%) voelden zich ongelukkiger dan meisjes uit het aso (29,1%).

Tabel 2.8 Negatief mentaal welzijn naargelang opleidingsvorm (procentueel)

	ALGEMEEN			JONGENS			MEISJES		
	aso	tso	bso	aso	tso	bso	aso	tso	bso
Humeurigheid [meermaals/week]	34,6	35,4	32,5 ^{ns}	26,0	25,3	22,6 ^{ns}	41,7	47,6	45,7
Zenuwachtigheid [meermaals/week]	40,2	33,6	29,5	27,5	21,8	18,8	50,7	48,0	43,8
Slaapmoeilijkheden [meermaals/week]	29,3	31,7	35,5	23,6	25,6	29,1	34,0	39,0	43,9
Ongelukkig voelen [meermaals/week]	21,8	23,0	21,8 ^{ns}	12,9	13,9	12,5 ^{ns}	29,1	34,2	34,2
Psychologische klachten [≥1 klacht meermaals/week]	58,7	56,5	53,1	46,9	45,1	41,9	68,7	70,3	68,1 ^{ns}
Waargenomen stress (0-16) [hoog, score ≥12]	6,1	7,3	5,5	2,3	3,2	1,8	9,3	12,2	10,3
Zelfmoordgedachten [meerdere keren]	21,3	25,9	28,5	17,0	19,0	19,8 ^{ns}	24,7	34,0	39,5
Zelfbeschadigend gedrag [één of meerdere keren]	16,9	22,8	26,1	9,8	12,3	15,0	22,6	35,0	40,1

Noot: De getoonde verschillen naargelang opleidingsvorm zijn statistisch significant, tenzij aangegeven met ns (niet significant).

Evoluties

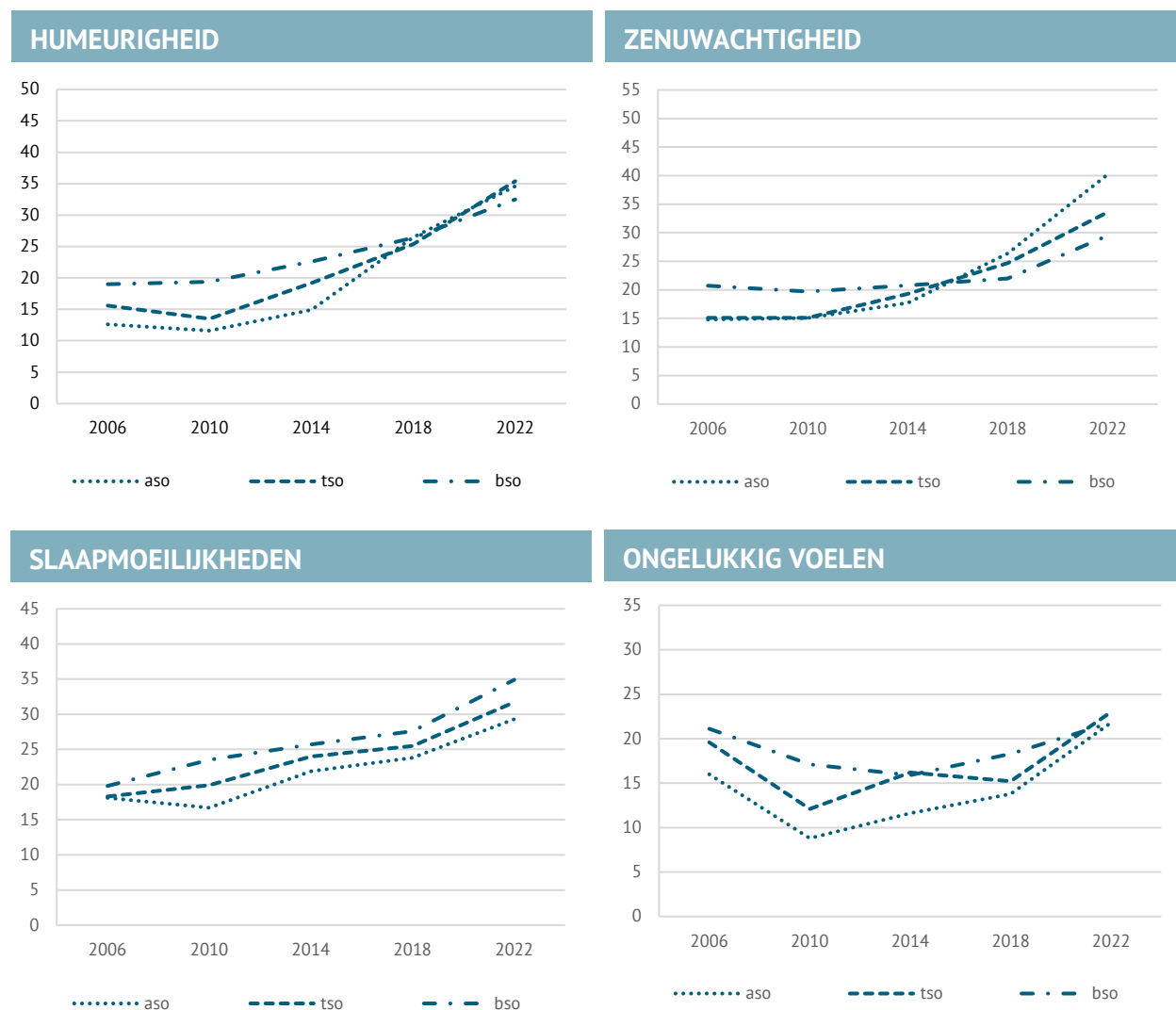
Ten opzichte van de vorige bevraging in 2018 was er ongunstige evolutie op te merken voor wat betreft diverse indicatoren van negatief mentaal welzijn. Het percentage jongeren dat zich **humeurig**, **zenuwachtig** en **ongelukkig** voelde of **slaapmoeilijkheden** en meerdere **psychologische klachten** ervoer, steeg beduidend zoals blijkt uit **Tabel 2.9**. Een sterke toename werd eveneens geobserveerd in de prevalentie van zelfmoordgedachten alsook in zelfbeschadigend gedrag. Ook bij jongens en meisjes afzonderlijk werden gelijkaardige ongunstige evoluties geobserveerd (**Tabel 2.9**).

Tabel 2.9 Evoluties in negatief mentaal welzijn tussen 2006 – 2022¹ (procentueel)

	ALGEMEEN				
	2006	2010	2014	2018	2022
Humeurigheid [meermaals/week]	13,4	12,2	15,2	21,4	29,4*
Zenuwachtigheid [meermaals/week]	15,5	15,0	17,8	21,6	31,0*
Slaapmoeilijkheden [meermaals/week]	18,8	18,9	22,5	26,6	32,0*
Ongelukkig voelen [meermaals/week]	15,6	9,4	11,2	14,1	19,7*
Psycholog. klachten [≥1 klacht meermaals/week]	34,4	32,1	36,8	45,9	53,3*
Zelfmoordgedachten [meerdere keren]	17,7	17,3	16,1	17,6	22,3*
Zelfbeschadigend gedrag [één of meerdere keren]	15,9	13,7	15,4	14,5	18,8*
	JONGENS				
	2006	2010	2014	2018	2022
Humeurigheid [meermaals/week]	12,1	10,8	11,5	17,9	22,2*
Zenuwachtigheid [meermaals/week]	14,0	13,1	14,2	18,2	21,7*
Slaapmoeilijkheden [meermaals/week]	17,3	17,3	18,7	23,7	27,0*
Ongelukkig voelen [meermaals/week]	13,7	7,9	7,0	10,7	12,5*
Psycholog. klachten [≥1 klacht meermaals/week]	31,6	29,8	30,7	41,7	44,5*
Zelfmoordgedachten [meerdere keren]	14,9	14,8	10,9	13,0	16,3*
Zelfbeschadigend gedrag [één of meerdere keren]	9,3	9,1	8,0	8,0	10,5*
	MEISJES				
	2006	2010	2014	2018	2022
Humeurigheid [meermaals/week]	14,7	13,6	19,1	24,9	36,7*
Zenuwachtigheid [meermaals/week]	17,0	16,9	21,6	25,0	40,4*
Slaapmoeilijkheden [meermaals/week]	20,3	20,5	26,4	29,6	37,1*
Ongelukkig voelen [meermaals/week]	17,5	11,0	15,5	17,4	27,0*
Psycholog. klachten [≥1 klacht meermaals/week]	37,3	34,4	43,0	50,2	62,3*
Zelfmoordgedachten [meerdere keren]	20,6	19,8	21,6	22,1	28,3*
Zelfbeschadigend gedrag [één of meerdere keren]	21,6	17,9	23,2	20,8	27,0*

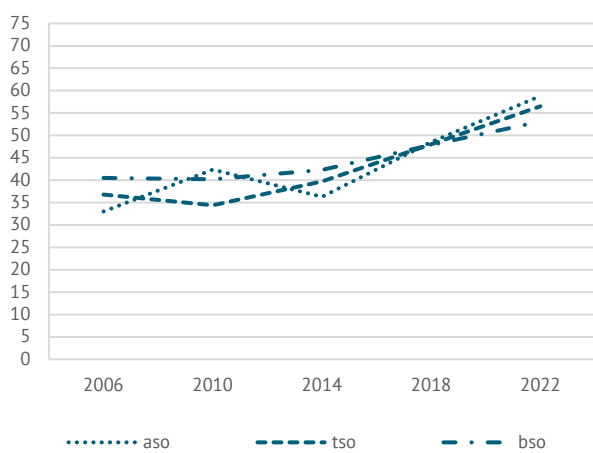
Noot: Een statistisch significante evolutie tussen 2018 en 2022 wordt aangeduid met een asterisk (*). ¹Waargenomen stress werd in 2022 voor het eerst bevroegd, evoluties voor deze indicator konden niet bestudeerd worden.

Figuur 2.2 geeft de evoluties in negatief mentaal welzijn naargelang opleidingsvorm weer. Ten opzichte van 2018 nam de prevalentie van **humeurigheid**, **zenuwachtigheid**, **slaapmoeilijkheden**, **zich ongelukkig voelen**, **psychologische klachten**, **zelfmoordgedachten** en **zelfbeschadigend gedrag** toe in 2022 bij jongeren uit alle opleidingsvormen.

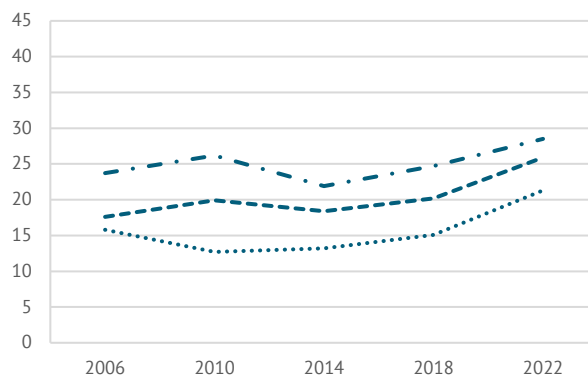


Figuur 2.2 Evoluties in negatief mentaal welzijn naargelang opleidingsvorm tussen 2006 – 2022 (procentueel)

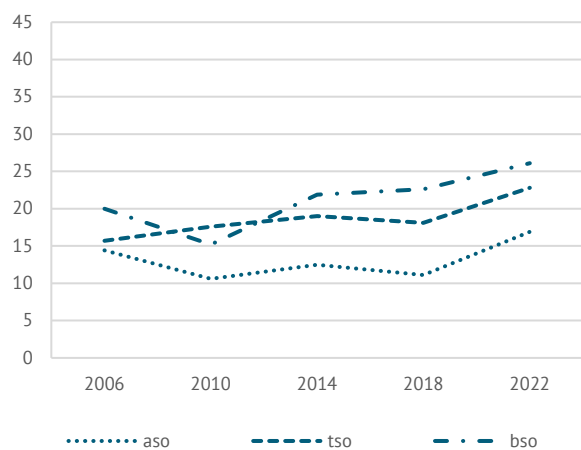
PSYCHOLOGISCHE KLACHTEN



ZELFMOORDGEDACHTEN



ZELFBESCHADIGEND GEDRAG

(vervolg **Figuur 2.2**)

SOCIAAL WELZIJN

Algemeen en verschillen naargelang geslacht

Het sociaal welzijn van de jongeren wordt gerapporteerd in [Tabel 2.10](#). In de afgelopen twaalf maanden ervoer 15,7% van de jongeren **eenzaamheid**. Bij de jongens lag de prevalentie op 10,0% terwijl deze bij de meisjes met 21,6% ruim twee keer zo hoog was.

Ook de **emotionele eenzaamheid** van de jongeren in de afgelopen twaalf maanden werd gemeten. De prevalentie van emotionele eenzaamheid bedroeg 10,6% bij alle jongeren en lag hoger bij de meisjes (14,0%) in vergelijking met de jongens (7,3%).

Het percentage jongeren dat rapporteerde **sociale eenzaamheid** ervaren te hebben in de voorbije twaalf maanden bedroeg 9,5%. Bij de meisjes lag de prevalentie van sociale eenzaamheid beduidend hoger op 14,0% tegenover 5,2% bij de jongens.

Tabel 2.10 Sociaal welzijn voor de totale steekproef en naargelang geslacht (procentueel)

	TOTAAL	JONGENS	MEISJES
EENZAAMHEID			
Algemeen [meestal tot altijd]	15,7	10,0	21,6
Emotioneel eenzaam (0-8) [hoog, score ≥ 5]	10,6	7,3	14,0
Sociaal eenzaam (0-8) [hoog, score ≥ 5]	9,5	5,2	14,0

Noot: De getoonde verschillen naargelang geslacht zijn statistisch significant.

Verschillen naargelang leeftijd

Gevoelens van **eenzaamheid** kwamen frequenter voor bij de oudere leeftijdsgroepen. Zo rapporteerde 11,0% van de 11- tot 12-jarigen gevoelens van eenzaamheid tegenover 19,6% van de 17- tot 18-jarigen. Gelijkaardige verschillen voor **emotionele eenzaamheid** (11-12 jaar: 10,0%; 17-18 jaar: 12,0%) en **sociale eenzaamheid** (11-12 jaar: 7,2%; 17-18 jaar: 11,9%) deden zich voor ([Tabel 2.11](#)).

Bij de jongens waren er kleinere leeftijdsverschillen in **eenzaamheid**, met de laagste prevalentie bij de 11- tot 12-jarigen (9,2%) en de hoogste prevalentie bij 17- tot 18-jarigen (12,6%). Bij meisjes was de prevalentie het laagst bij de 11- tot 12-jarigen (12,7%) en het hoogste bij 15-16-jarigen (27,3%).

Voor **emotionele eenzaamheid** werd de laagste prevalentie bij de jongens waargenomen bij 13- tot 14-jarigen (5,1%) en de hoogste (met een vergelijkbaar percentage) bij 11- tot 12- en 17- tot 18-jarigen (respectievelijk 8,4% en 8,5%).

Bij de meisjes was de prevalentie van emotionele eenzaamheid het laagst bij 11- tot 12-jarigen (11,5%) en het hoogst bij 15- tot 16- en 17- tot 18-jarigen, met vergelijkbare percentages (respectievelijk 15,6% en 15,5%).

Sociale eenzaamheid was meer prevalent bij meisjes met oudere leeftijd (8,9% bij 11- tot 12-jarigen; 17,6% bij 17- tot 18-jarigen), terwijl bij jongens het laagste percentage werd gezien bij 13- tot 14-jarigen (3,6%) en het hoogste percentage bij 17- tot 18-jarigen (6,2%) zoals blijkt uit **Tabel 2.11**.

Tabel 2.11 Sociaal welzijn naargelang leeftijd (procentueel)

	ALGEMEEN				JONGENS				MEISJES			
	11-12	13-14	15-16	17-18	11-12	13-14	15-16	17-18	11-12	13-14	15-16	17-18
EENZAAMHEID												
Algemeen [meestal tot altijd]	11,0	12,7	18,6	19,6	9,2	6,8	10,2	12,6	12,7	18,6	27,3	26,4
Emo. eenzaam (0-8) [hoog, score ≥5]	10,0	9,2	11,2	12,0	8,4	5,1	6,8	8,5	11,5	13,4	15,6	15,5
Soc. eenzaam (0-8) [hoog, score ≥5]	7,2	8,0	11,1	11,9	5,5	3,6	5,3	6,2	8,9	12,4	17,1	17,6

Noot: De getoonde verschillen naargelang leeftijd zijn statistisch significant.

Verschillen naargelang opleidingsvorm

Eenzaamheid was het minst prevalent bij de jongeren uit het aso (16,3%) dan bij de jongeren uit het bso (22,4%). Dit gold ook voor **emotionele eenzaamheid** (aso: 9,4%; bso: 14,1%). De prevalentie van **sociale eenzaamheid** lag ook lager bij jongeren uit het aso (10,3%), maar was het hoogst bij jongeren uit het tso (12,7%).

Vergelijkbare verschillen naargelang opleidingsvorm werden gezien bij de jongens en meisjes, enkel bij **sociale eenzaamheid** werd geen verschil gezien bij jongens tussen de opleidingsvormen.

Tabel 2.12 Sociaal welzijn naargelang opleidingsvorm (procentueel)

	ALGEMEEN			JONGENS			MEISJES		
	aso	tso	bso	aso	tso	bso	aso	tso	bso
EENZAAMHEID									
Algemeen [meestal tot altijd]	16,3	21,0	22,4	9,6	13,0	13,0	21,7	30,9	34,8
Emotioneel eenzaam (0-8) [hoog, score ≥5]	9,4	12,3	14,1	6,0	8,5	8,7	12,1	17,0	21,1
Sociaal eenzaam (0-8) [hoog, score ≥5]	10,3	12,7	11,6	5,4	6,1	5,8 ^{ns}	14,3	20,7	19,1

Noot: De getoonde verschillen naargelang opleidingsvorm zijn statistisch significant, tenzij aangegeven met ns (niet significant).

FYSIEK WELZIJN

Algemeen en verschillen naargelang geslacht

Het percentage jongeren dat aangaf een goede tot uitstekende **zelf-gerapporteerde gezondheid** te hebben, bedroeg 82,7% en lag hoger bij de jongens (86,2%) dan bij de meisjes (79,2%).

Het aandeel jongeren dat meermaals per week **hoofdpijn** had in de voorbije zes maanden bedroeg 19,0%. De prevalentie was 26,7% bij de meisjes, terwijl dit bij de jongens met 11,5% opvallend lager lag. Meermaals per week **buikpijn** kwam bij 12,7% van de jongeren voor, met een hogere prevalentie bij de meisjes (18,7%) dan bij de jongens (6,9%). **Rugpijn** werd door 17,4% van de jongeren ervaren, waarbij meisjes (20,6%) dit vaker meldden dan jongens (14,3%). **Duizeligheid** werd door 15,0% van de jongeren gerapporteerd, met een hoger aandeel bij de meisjes (21,0%) dan bij de jongens (9,1%).

Het percentage jongeren dat rapporteerde meermaals per week één of meer **fysieke klachten** ervaren te hebben, bedroeg 35,0%. De prevalentie lag hoger bij de meisjes (44,3%) dan bij de jongens (25,9%). Alle resultaten worden gerapporteerd in **Tabel 2.13**.

Tabel 2.13 Fysiek welzijn voor de totale steekproef en naargelang geslacht (procentueel)

	TOTAAL	JONGENS	MEISJES
Zelf-gerapporteerde gezondheid [goed tot uitstekend]	82,7	86,2	79,2
Hoofdpijn [meermaals/week]	19,0	11,5	26,7
Buikpijn [meermaals/week]	12,7	6,9	18,7
Rugpijn [meermaals/week]	17,4	14,3	20,6
Duizeligheid [meermaals/week]	15,0	9,1	21,0
Fysieke klachten [≥1 klacht meermaals/week]	35,0	25,9	44,3

Noot: De getoonde verschillen naargelang geslacht zijn statistisch significant.

Verschillen naargelang leeftijd

Algemeen bleek het fysiek welzijn beter te zijn bij de jongste leeftijdsgroep en slechter bij de oudere leeftijdsgroepen. Zo was de prevalentie van **zelf-gerapporteerde gezondheid** het hoogst bij de 11- tot 12-jarigen (86,8%) en het laagst bij de 17- tot 18-jarigen (78,9%). Voor fysieke klachten werd de laagste prevalentie ook systematisch bij de jongste leeftijdsgroep (11- tot 12-jarigen) waargenomen en de hoogste prevalentie bij de 15- tot 16-jarigen.

Dit was zo voor **hoofdpijn** (11-12 jaar: 12,6%; 15-16 jaar: 23,4%), **buikpijn** (11-12 jaar: 10,6%; 15-16 jaar: 14,3%), **duizeligheid** (11-12 jaar: 8,8%; 15-16 jaar: 19,8%) en één of meerdere klachten (11-12 jaar: 23,8%; 15-16 jaar: 41,9%). Enkel bij **rugpijn** werd de hoogste prevalentie geobserveerd in de oudste leeftijdsgroep (11-12 jaar: 8,8%; 17-18 jaar: 23,2%).

Bij de jongens en de meisjes werden gelijkaardige verschillen naargelang leeftijd geobserveerd, met twee uitzonderingen (**Tabel 2.14**). Voor **buikpijn** werd een ander patroon vastgesteld bij de jongens waarbij de hoogste prevalentie werd geobserveerd bij de 11- tot 12-jarigen (8,1%). Voor meisjes was de prevalentie van **duizeligheid** het hoogst bij de 13- tot 14-jarigen (22,5%)

Tabel 2.14 Fysiek mentaal welzijn naargelang leeftijd (procentueel)

	ALGEMEEN				JONGENS				MEISJES			
	11-12	13-14	15-16	17-18	11-12	13-14	15-16	17-18	11-12	13-14	15-16	17-18
Zelf-gerap. gezondheid [goed tot uitstekend]	86,8	84,4	81,3	78,9	87,9	87,6	86,6	83,1	85,9	81,2	75,7	74,7
Hoofdpijn [meermaals/week]	12,6	17,2	23,4	22,2	9,9	10,6	12,8	11,7	15,2	23,8	34,4	32,6
Buikpijn [meermaals/week]	10,6	11,7	14,3	13,8	8,1	6,2	6,6	6,2	13,1	17,2	22,4	21,3
Rugpijn [meermaals/week]	8,8	15,6	21,7	23,2	8,5	12,0	17,0	19,4	9,2	19,2	26,7	27,0
Duizeligheid [meermaals/week]	8,8	15,5	19,8	15,5	7,0	8,5	11,0	9,2	10,5	22,5	19,1	21,7
Fysieke klachten [≥1 klacht meer- maals/week]	23,8	33,0	41,9	40,8	20,6	23,4	29,6	29,0	26,9	42,7	54,7	52,7

Noot: De getoonde verschillen naargelang leeftijd zijn statistisch significant.

Verschillen naargelang opleidingsvorm

Jongeren uit het aso deden het beter op het vlak van fysiek welzijn in vergelijking met jongeren uit het bso en het tso (**Tabel 2.15**). Zo hadden jongeren uit het aso een hogere prevalentie van een goede tot uitstekende **zelf-gerapporteerde gezondheid** (aso: 84,8%; bso: 73,8%) en gaven ze aan minder fysieke klachten te ervaren zoals **hoofdpijn** (aso: 20,8%; bso: 25,6%), **buikpijn** (aso: 12,4%; bso: 16,4%), **rugpijn** (aso: 19,6%; tso: 25,3%) en **duizeligheid** (aso: 16,2%; tso: 18,9%). Bemerkt dat de prevalentie voor hoofdpijn en buikpijn het hoogst lag in het bso terwijl rugpijn en duizeligheid het meest prevalent was in het tso. Ook het ervaren van één of meerdere klachten was minder prevalent bij de jongeren uit het aso (38,7%) dan bij jongeren uit het tso en/of bso (respectievelijk 43,0% en 43,2%).

Vergelijkbare verschillen naargelang opleidingsvorm werden gezien bij de jongens en de meisjes voor **zelf-gerapporteerde gezondheid**, **hoofdpijn**, **buikpijn**, **rugpijn** (jongens uit bso), **duizeligheid** (enkel meisjes) en één of meerdere **fysieke klachten** (Tabel 2.15).

Tabel 2.15 Sociaal mentaal welzijn naargelang opleidingsvorm (procentueel)

	ALGEMEEN			JONGENS			MEISJES		
	aso	tso	bsa	aso	tso	bsa	aso	tso	bsa
Zelf-gerapporteerde gezondheid [goed tot uitstekend]	84,8	77,4	73,8	88,4	84,4	79,5	81,8	69,0	66,3
Hoofdpijn [meermaals/week]	20,8	23,5	25,6	10,9	12,7	13,9	29,1	36,8	41,1
Buikpijn [meermaals/week]	12,4	14,6	16,4	5,7	6,3	8,3	18,1	24,8	27,1
Rugpijn [meermaals/week]	19,6	25,3	23,7	15,1	19,9	20,6	23,4	32,0	28,0
Duizeligheid [meermaals/week]	16,2	18,9	18,3	8,9	10,6	10,9 ^{ns}	22,1	29,0	27,9
Fysieke klachten [≥1 klacht meermaals/week]	38,7	43,0	43,2	26,0	30,9	31,4	49,3	58,0	58,6

Noot: De getoonde verschillen naargelang opleidingsvorm zijn statistisch significant, tenzij aangegeven met ns (niet significant).

Evoluties

In vergelijking met de vorige bevraging uit 2018 bleef het percentage jongeren met een goede tot uitstekende **zelf-gerapporteerde gezondheid** stabiel. Fysieke welzijn evolueerde echter in de negatieve zin met een toename in het percentage jongeren dat **hoofdpijn**, **buikpijn**, **rugpijn** en **duizeligheid** had of minstens één van deze **fysieke klachten** meerdere malen per week ervoer, zoals weergegeven in Tabel 2.16.

Tabel 2.16 Evoluties in negatief mentaal welzijn tussen 2006 – 2022¹ (procentueel)

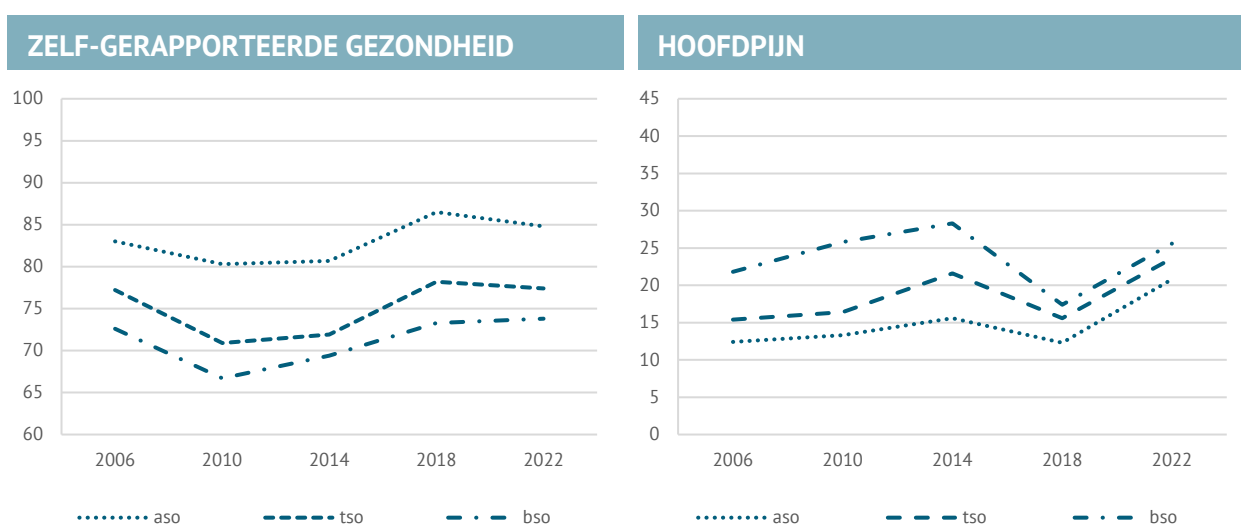
	ALGEMEEN				
	2006	2010	2014	2018	2022
Zelf-gerap. gezondheid [goed tot uitstekend]	18,4	22,1	19,5	17,4	17,3
Hoofdpijn [meermaals/week]	14,0	15,5	18,1	12,2	19,0*
Buikpijn [meermaals/week]	9,0	9,6	11,7	7,8	12,7*
Rugpijn [meermaals/week]	11,1	12,2	15,2	12,4	17,4*
Duizeligheid [meermaals/week]	7,0	7,6	10,0	8,5	15,0*
Fysieke klachten [≥1 klacht meermaals/week]	24,3	26,8	30,7	26,6	35,0*

(vervolg Tabel 2.16)

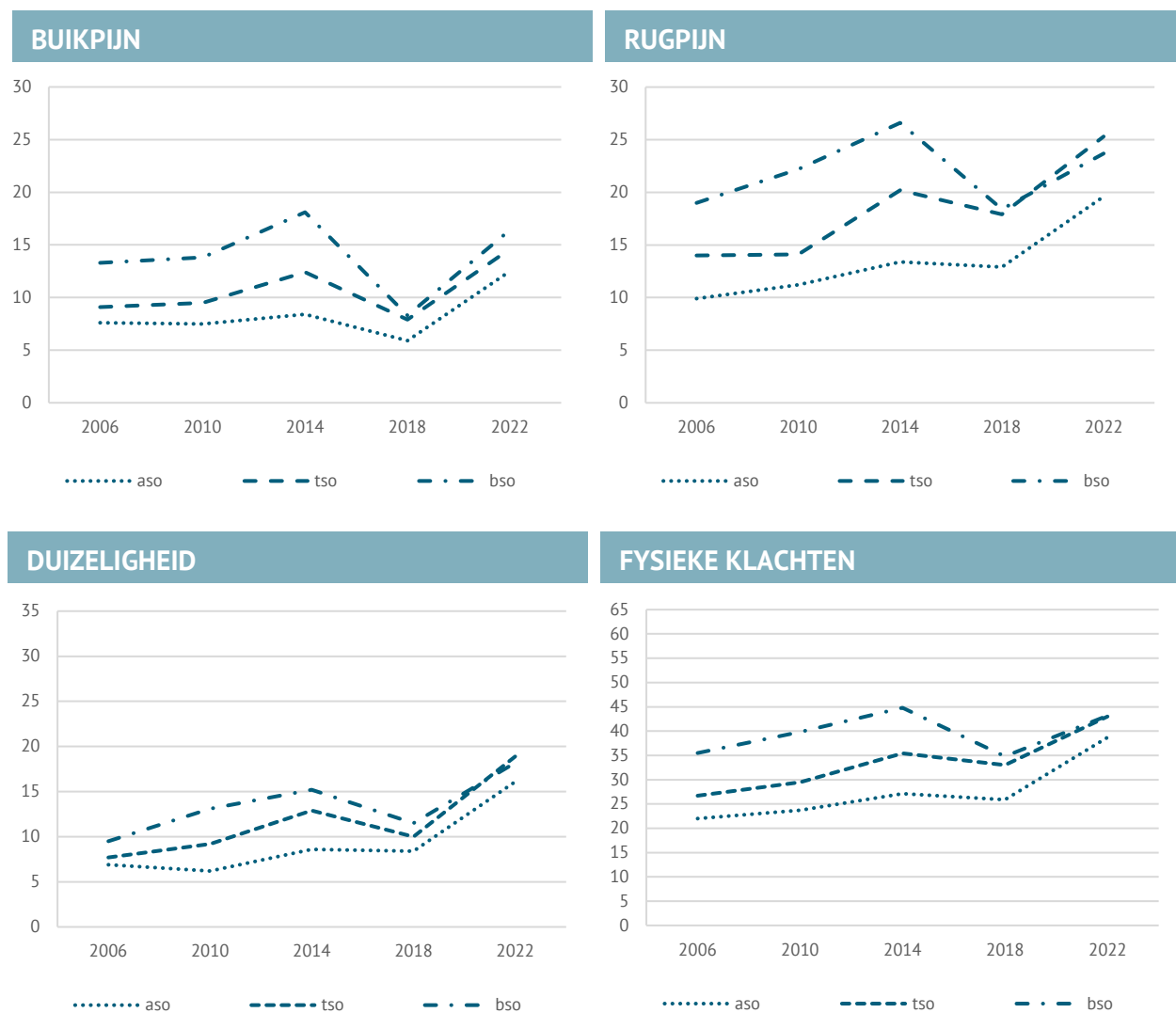
	JONGENS				
	2006	2010	2014	2018	2022
Zelf-gerap. gezondheid [goed tot uitstekend]	15,6	18,8	15,0	15,3	13,8*
Hoofdpijn [meermaals/week]	10,7	11,2	12,8	8,2	11,5*
Buikpijn [meermaals/week]	6,5	6,9	7,9	5,4	6,9*
Rugpijn [meermaals/week]	10,3	10,5	12,7	10,4	14,3*
Duizeligheid [meermaals/week]	5,4	5,8	7,2	6,8	9,1*
Fysieke klachten [≥ 1 klacht meermaals/week]	19,9	21,0	23,5	20,7	25,9*
	MEISJES				
	2006	2010	2014	2018	2022
Zelf-gerap. gezondheid [goed tot uitstekend]	21,2	25,5	24,2	19,5	20,9*
Hoofdpijn [meermaals/week]	17,3	19,8	23,4	16,3	26,7*
Buikpijn [meermaals/week]	11,4	12,4	15,5	10,3	18,7*
Rugpijn [meermaals/week]	12,0	13,9	17,9	14,4	20,6*
Duizeligheid [meermaals/week]	8,5	9,4	13,0	10,2	21,0*
Fysieke klachten [≥ 1 klacht meermaals/week]	28,8	32,7	38,1	32,5	44,3*

Noot: Een statistisch significante evolutie tussen 2018 en 2022 wordt aangeduid met een asterisk (*).

Figuur 2.3 geeft de evoluties in fysiek welzijn naargelang opleidingsvorm weer. Ten opzichte van 2018 bleef de prevalentie van **zelf-gerapporteerde gezondheid** stabiel bij jongeren uit de verschillende opleidingsvormen. De prevalentie van **hoofdpijn**, **buikpijn**, **rugpijn**, **duizeligheid** en **fysieke klachten** nam echter toe overheen alle opleidingsvormen tussen 2018 en 2022.



Figuur 2.3 Evoluties in fysiek welzijn naargelang opleidingsvorm tussen 2006 – 2022 (procentueel)



(vervolg **Figuur 2.3**)

DEEL 3

GEZONDHEIDSGEDRAGINGEN

BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN

VOEDING

- 54,5% consumeerde dagelijks groenten, 36,5% at dagelijks fruit, 22,6% dronk dagelijks gesuikerde frisdank, 87,6% dronk dagelijks water en 58,6% ontbeet dagelijks op weekdays.
- 10,8% kampte met overgewicht en 2,6% met obesitas, 70,3% had een normaal gewicht en 16,3% had ondergewicht, 73,9% was tevreden met hun lichaamsbeeld, terwijl 37,0% een dieet volgde of dacht dit te moeten volgen.
- Meisjes hadden over het algemeen betere voedingsgedragingen dan jongens, maar ontbeeten minder frequent en waren minder tevreden over hun lichaamsbeeld en volgden of overwogen vaker een dieet.
- Jongere adolescenten en jongeren uit het aso vertoonden doorgaans betere voedingsgedragingen, waren tevredener over hun lichaamsbeeld, volgden minder vaak een dieet en hadden een lagere prevalentie van overgewicht en obesitas.

BEWEGING EN SEDENTAIR GEDRAG

- 20,1% van de jongeren haalde de aanbeveling om dagelijks 60 minuten fysiek actief te zijn of te bewegen, 5,0% voldeed aan de aanbeveling voor sedentair gedrag (maximaal twee uur schermtijd per dag).
- Jongens haalden vaker de aanbeveling om te bewegen dan meisjes, maar de prevalentie voor sedentair gedrag was gelijk voor beiden.
- Jongere adolescenten scoorden het best op vlak van beweging en vertoonden het minst sedentair gedrag.
- Jongeren uit het tso behaalden vaker de aanbeveling om te bewegen, terwijl jongeren uit het bso vaker de aanbeveling van schermtijd haalden.

RISICOGEDRAGINGEN

- 33,1% dronk minstens één keer alcohol in de afgelopen 30 dagen. Wekelijks dronk 11,8% bier, 4,2% wijn, 5,5% sterke drank, 4,3% alcopops en 5,7% was meer dan tienmaal dronken in hun leven.
- 10,1% had minstens eenmaal in de afgelopen 30 dagen gerookt en 16,4% had dit ooit gedaan, voor e-sigaretgebruik was dit respectievelijk 11,9% en 18,3%.
- 7,1% had in de afgelopen 30 dagen cannabis gebruikt en 14,0% had dit ooit gedaan.
- Alcohol-, tabak- en druggebruik lag hoger bij jongens dan meisjes, maar de kloof leek zich te dichten. Jongeren uit het bso en oudere adolescenten vertoonden meer middelengebruik.
- 29,0% gameerde dagelijks, 17,3% had minstens één keer gegokt in de afgelopen 12 maanden en 26,2% had dit ooit gedaan.
- Gamen was populair onder jongens en jongere adolescenten, terwijl gokken vaker voorkwam bij oudere adolescenten en jongeren uit het bso.

BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN

SEKSUELE GEZONDHEID

- 22,2% had geslachtsgemeenschap, 64,3% gebruikte een condoom bij de eerste geslachtsgemeenschap en 44,3% bij de laatste keer. 61,9% gebruikte de anticonceptiepil bij de laatste keer geslachtsgemeenschap.
- 26,3% werd minstens één keer ongewenst seksueel aangeraakt en 10,9% werd verplicht dit te doen.
- Jongere adolescenten rapporteerden de laagste prevalentie van geslachtsgemeenschap, maar vertoonden ook het laagste condoomgebruik (bij eerste geslachtsgemeenschap). Oudere adolescenten gebruikten minder vaak een condoom bij de laatste geslachtsgemeenschap, maar rapporteerden een hoger gebruik van de anticonceptiepil.
- Gebruik van voorbehoedsmiddelen (bij eerste geslachtsgemeenschap) was het laagst bij jongeren uit het bso en het aandeel dat geslachtsgemeenschap had was bij hen het hoogst.
- Meisjes en oudere adolescenten hadden vaker te maken met seksueel grensoverschrijdend gedrag dan jongens en jongeren uit het bso rapporteren vaker dergelijke ervaringen.
- 97,0% identificeerde zich als cisgender en 3,0% als genderdivers.

SLAAP

- 48,4% rapporteerde een lage slaapkwaliteit.
- 51,4% van 11- tot 12-jarigen haalde de slaapnorm van minstens negen uur voor deze leeftijdsgroep niet tijdens schooldagen, in het weekend voldeed 27,4% niet aan deze norm.
- 67,3% van +13-jarige adolescenten haalde de slaapnorm van minstens acht uur voor deze leeftijdsgroep niet tijdens schooldagen, in het weekend voldeed 21,5% niet aan deze norm.
- Jongens en jongere adolescenten rapporteerden een betere slaapkwaliteit en voldeden vaker aan de slaapnorm. Jongeren uit het aso behaalden vaker de slaapnorm.

VOEDING

Voedingsgewoonten die tijdens de kindertijd en de adolescentie worden aangeleerd, blijven ook op volwassen leeftijd behouden (Stok et al., 2016). De bevordering van een gezond voedingspatroon – gekenmerkt door een evenwichtige inname van energie en voedingsstoffen – is bijgevolg essentieel voor een goede gezondheid en is één van de elementen in de preventie van overgewicht en obesitas (naast onder meer andere leefstijlthema's zoals een gezond beweeg- en slaappatroon, maatschappelijke factoren zoals de voedselomgeving, psychologische factoren zoals lichaamsbeeld en emotieregulatie). Een ongezond voedingspatroon heeft immers zowel op korte als op lange termijn nefaste gevolgen voor de lichamelijke en de psychologische gezondheid. Op lichamelijk vlak kan een ongezond voedingspatroon op korte termijn onder meer leiden tot deficiënties (bv. ijzertekort), tandcariës, slaapproblemen, overgewicht en obesitas. Op lange termijn wordt onder meer een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes, kanker en osteoporose waargenomen (Freemark, 2018). De psychologische gevolgen zijn vooral geassocieerd met overgewicht en obesitas. Jongeren met overgewicht en obesitas worden vaker uitgesloten door leeftijdsgenoten, ervaren meer psychosociale stress en vertonen vaker een lager zelfbeeld (Beltrán-Garrayo et al., 2023; Galler et al., 2024). Overgewicht en obesitas zijn gezien de toenemende prevalentie en de hiermee gepaarde gaande lichamelijke en psychologische gevolgen dan ook een belangrijk maatschappelijk probleem. Jongeren met en zonder overgewicht voelen zich bovendien vaak te dik en gaan op eigen houtje lijngedrag stellen. Deze lijnmethodes stroken veelal niet met de adviezen die passen binnen een gezonde leefstijl en kunnen zelfs overgewicht in de hand werken. Dit kan onder meer leiden tot concentratieproblemen, slaapstoornissen, groeivertragingen en uitblijvende menstruatie bij meisjes. Een blijvende aandacht voor een gezonde leefstijl in al zijn facetten, waar evenwichtige voeding en voldoende lichaamsbeweging deel van uitmaken, is nodig om een goede gezondheid te bekomen bij elke jongere, met of zonder overgewicht.

In dit rapport wordt nader ingegaan op deze aspecten en worden de prevalentiecijfers met betrekking tot de voedingsgewoonten, overgewicht en obesitas, de lichaamsperceptie van de jongeren en het al of niet volgen van een dieet om gewicht te verliezen besproken (Tabel 3.1).

Tabel 3.1 Voeding

	MEETMETHODE
VOEDSELCONSUMPTIE	
Dagelijkse fruitconsumptie	Jongeren werd gevraagd hoeveel dagen per week ze gewoonlijk fruit eten. De antwoordopties waren: 'nooit', 'minder dan eens per week', 'eens per week', '2-4 dagen per week', '5-6 dagen per week', 'dagelijks' en 'elke dag, meer dan één keer'. Het aandeel jongeren dat dagelijks minstens eenmaal fruit consumeert wordt gerapporteerd.
Dagelijkse groenteconsumptie	Jongeren werd gevraagd hoeveel dagen per week ze gewoonlijk groenten eten. De antwoordopties waren: 'nooit', 'minder dan eens per week', 'eens per week', '2-4 dagen per week', '5-6 dagen per week', 'dagelijks' en 'elke dag, meer dan één keer'. Het aandeel jongeren dat dagelijks minstens eenmaal groenten consumeert wordt gerapporteerd.

(vervolg Tabel 3.1)

VOEDSELCONSUMPTIE	
Dagelijkse frisdrankconsumptie	Jongeren werd gevraagd hoeveel dagen per week ze gewoonlijk gesuikerde frisdrank drinken. De antwoordopties waren: 'nooit', 'minder dan eens per week', 'eens per week', '2-4 dagen per week', '5-6 dagen per week', 'dagelijks' en 'elke dag, meer dan één keer'. Het aandeel jongeren dat dagelijks minstens eenmaal frisdrank consumeert wordt gerapporteerd.
Dagelijkse waterconsumptie	Jongeren werd gevraagd hoeveel dagen per week ze gewoonlijk water drinken. De antwoordopties waren: 'nooit', 'minder dan eens per week', 'eens per week', '2-4 dagen per week', '5-6 dagen per week', 'dagelijks' en 'elke dag, meer dan één keer'. Het aandeel jongeren dat dagelijks minstens eenmaal water consumeert wordt gerapporteerd.
Dagelijkse ontbijtfrequentie op weekdays	Jongeren werd gevraagd hoe vaak ze gewoonlijk een ontbijt (meer dan een glas melk of fruitsap) eten op weekdays met als antwoordopties: 'nooit' tot 'vijf dagen'. Het percentage jongeren dat dagelijks een ontbijt consumeert op weekdays wordt gerapporteerd.
BMI	
Overgewicht, obesitas, normaal gewicht en ondergewicht	Jongeren werd gevraagd om hun gewicht (kilogram) en hun lengte (meter) te rapporteren, waarna de BMI werd berekend (kg/m^2). Op basis van de International Obesity Taskforce (IOTF) afkapwaarden werden jongeren opgedeeld in vier categorieën: ondergewicht, normaal gewicht, overgewicht en obesitas. De prevalentie voor deze vier categorieën wordt gerapporteerd. De zelf-gerapporteerde BMI-waarden vereisen voorzichtige interpretatie.
LICHAAMSBEELD EN DIEET	
Lichaamsbeeld ¹	De lichaamsperceptie van de jongeren werd gemeten aan de hand van zes stellingen ('gefrustreerd over uiterlijk', 'tevreden over uiterlijk', 'haat lichaam', 'comfortabel over lichaam', 'woede lichaam' en 'houden van lichaam') die peilden naar hun tevredenheid over het eigen lichaam. De antwoordmogelijkheden varieerden op een vijfpuntsschaal van 'helemaal niet mee eens' (score 1) tot 'helemaal mee eens' (score 5). Negatief geformuleerde stellingen werden omgescoord. Vervolgens werd een somscore berekend op basis van de antwoorden op alle zes items. Het aandeel jongeren dat zich tevreden voelt over het eigen lichaam (score 19-30) wordt gerapporteerd.
Dieetgedrag	Jongeren werd gevraagd of ze momenteel op dieet zijn of andere dingen doen om gewicht te verliezen. De antwoordmogelijkheden waren: 'neen, mijn gewicht is prima', 'neen, maar ik zou wat gewicht moeten verliezen', 'neen, want ik weeg juist te weinig' en 'ja'. Het aandeel jongeren dat een dieet volgt of denkt een dieet te moeten volgen wordt gerapporteerd.

Noot. ¹Evoluties zijn niet beschikbaar aangezien deze indicator voor het eerst in 2022 is bevestigd.

VOEDSELCONSUMPTIE

Algemeen en verschillen naargelang geslacht

Dagelijks consumeerden jongeren respectievelijk 36,5% **fruit**, 54,5% **groenten**, 22,6% **frisdrank** en 87,6% **water**. Het aandeel jongeren dat **dagelijks ontbeet** op weekdays was 58,6% (Tabel 3.2). Meisjes aten vaker dagelijks **fruit** (40,0%), **groenten** (57,8%) en **water** (89,5%) dan jongens (respectievelijk 33,1%, 51,2% en 85,8%). De dagelijkse consumptie van **frisdrank** lag lager bij de meisjes (19,6%) dan bij de jongens (25,5%). Jongens gaven echter vaker aan **dagelijks te ontbijten** op weekdays dan meisjes (63,8% vs. 53,3%) zoals gerapporteerd in Tabel 3.2.

Tabel 3.2 Voedselconsumptie voor de totale steekproef en naargelang geslacht (procentueel)

	TOTAAL	JONGENS	MEISJES
Fruitconsumptie [dagelijks]	36,5	33,1	40,0
Groenteconsumptie [dagelijks]	54,5	51,2	57,8
Frisdrankconsumptie [dagelijks]	22,6	25,5	19,6
Waterconsumptie [dagelijks]	87,6	85,8	89,5
Ontbijtfrequentie [dagelijks]	58,6	63,8	53,3

Noot: De getoonde verschillen naargelang geslacht zijn statistisch significant.

Verschillen naargelang leeftijd

Naargelang leeftijd werden verschillen opgemerkt in de dagelijkse consumptie van **fruit**, **water** en **frisdrank**, maar niet in die van **groenten**. Algemeen genomen rapporteerden de 11- tot 12-jarige jongeren de hoogste consumptie van fruit (50,5%) en water (89,2%) en de laagste consumptie van frisdrank (20,2%) in vergelijking tot de oudere leeftijdsgroepen. Ook de **dagelijkse ontbijtconsumptie** op weekdays was hoger bij de 11- tot 12-jarige jongeren (71,1%) dan bij de oudere deelnemers (**Tabel 3.3**).

Vergelijkbare leeftijdsverschillen werden vastgesteld voor jongens en meisjes afzonderlijk, al was de dagelijkse consumptie van **frisdrank** het laagst bij de 13- tot 14-jarige jongens en de **ontbijtconsumptie** op weekdays het minst prevalent bij 15- tot 16-jarige meisjes (**Tabel 3.3**).

Tabel 3.3 Voedselconsumptie naargelang leeftijd (procentueel)

	ALGEMEEN				JONGENS				MEISJES			
	11-12	13-14	15-16	17-18	11-12	13-14	15-16	17-18	11-12	13-14	15-16	17-18
Fruitconsumptie [dagelijks]	50,5	37,8	30,9	27,1	47,4	35,0	27,2	22,9	53,5	40,5	34,8	31,1
Groenteconsumptie [dagelijks]	55,6	54,5	54,5	54,9 ^{ns}	52,8	52,2	51,0	50,6 ^{ns}	58,2	56,8	58,2	59,0 ^{ns}
Frisdrankconsumptie [dagelijks]	20,2	21,0	25,9	23,2	22,9	21,5	30,0	28,2	17,5	20,5	21,7	18,2
Waterconsumptie [dagelijks]	89,2	88,0	87,0	87,1	87,3	86,8	85,6	84,2	91,1	89,2	88,5	90,1
Ontbijtfrequentie [dagelijks]	71,1	61,5	52,3	51,8	73,7	68,9	60,9	55,0	68,6	54,2	43,6	48,7

Noot: De getoonde verschillen naargelang leeftijd zijn statistisch significant, tenzij aangegeven met ns (niet significant).

Verschillen naargelang opleidingsvorm

Jongeren uit het aso hadden de hoogste dagelijkse consumptie van **fruit** (35,3%), **groenten** (62,3%) en **water** (92,8%) en de laagste **frisdrankconsumptie** (15,9%). In het bso werd daarentegen de laagste consumptie van fruit (21,2%), groenten (43,6%) en water (74,7%) en de hoogste frisdrankconsumptie (39,9%) vastgesteld. Daarnaast gaf een groter aandeel jongeren uit het aso (60,4%) aan dagelijks te **ontbijten** op weekdays dan jongeren uit het bso (36,4%) zoals blijkt uit **Tabel 3.4**.

Gelijkaardige verschillen naargelang opleidingsvorm werden ook voor de jongens en de meisjes afzonderlijk vastgesteld (**Tabel 3.4**).

Tabel 3.4 Voedselconsumptie naargelang opleidingsvorm (procentueel)

	ALGEMEEN			JONGENS			MEISJES		
	aso	tso	bsa	aso	tso	bsa	aso	tso	bsa
Fruitconsumptie [dagelijks]	35,3	25,3	21,2	30,4	22,6	18,4	39,4	28,5	24,7
Groenteconsumptie [dagelijks]	62,3	51,0	43,6	58,1	48,4	41,0	65,8	54,3	47,0
Frisdrankconsumptie [dagelijks]	15,9	26,7	39,9	18,9	31,3	42,1	13,5	21,2	37,2
Waterconsumptie [dagelijks]	92,8	86,8	74,7	91,6	85,7	71,5	93,9	88,0	78,7
Ontbijtfrequentie [dagelijks]	60,4	48,9	36,4	67,8	55,9	41,5	54,3	40,4	29,9

Noot: De getoonde verschillen naargelang opleidingsvorm zijn statistisch significant.

Evoluties

De consumptie van **fruit** bleef stabiel ten opzichte van 2018, maar er was een gunstige evolutie op te merken voor de consumptie van **water** en **frisdrank**. Het aandeel jongeren dat dagelijks water consumeerde, nam licht toe en de dagelijkse frisdrankconsumptie nam licht af. De **groenteconsumptie** evolueerde echter in ongunstige zin: het aandeel jongeren dat dagelijks groenten at, daalde sterk in 2022. Ook voor dagelijkse **ontbijtconsumptie** op weekdays werd een opmerkelijke afname waargenomen (**Tabel 3.5**).

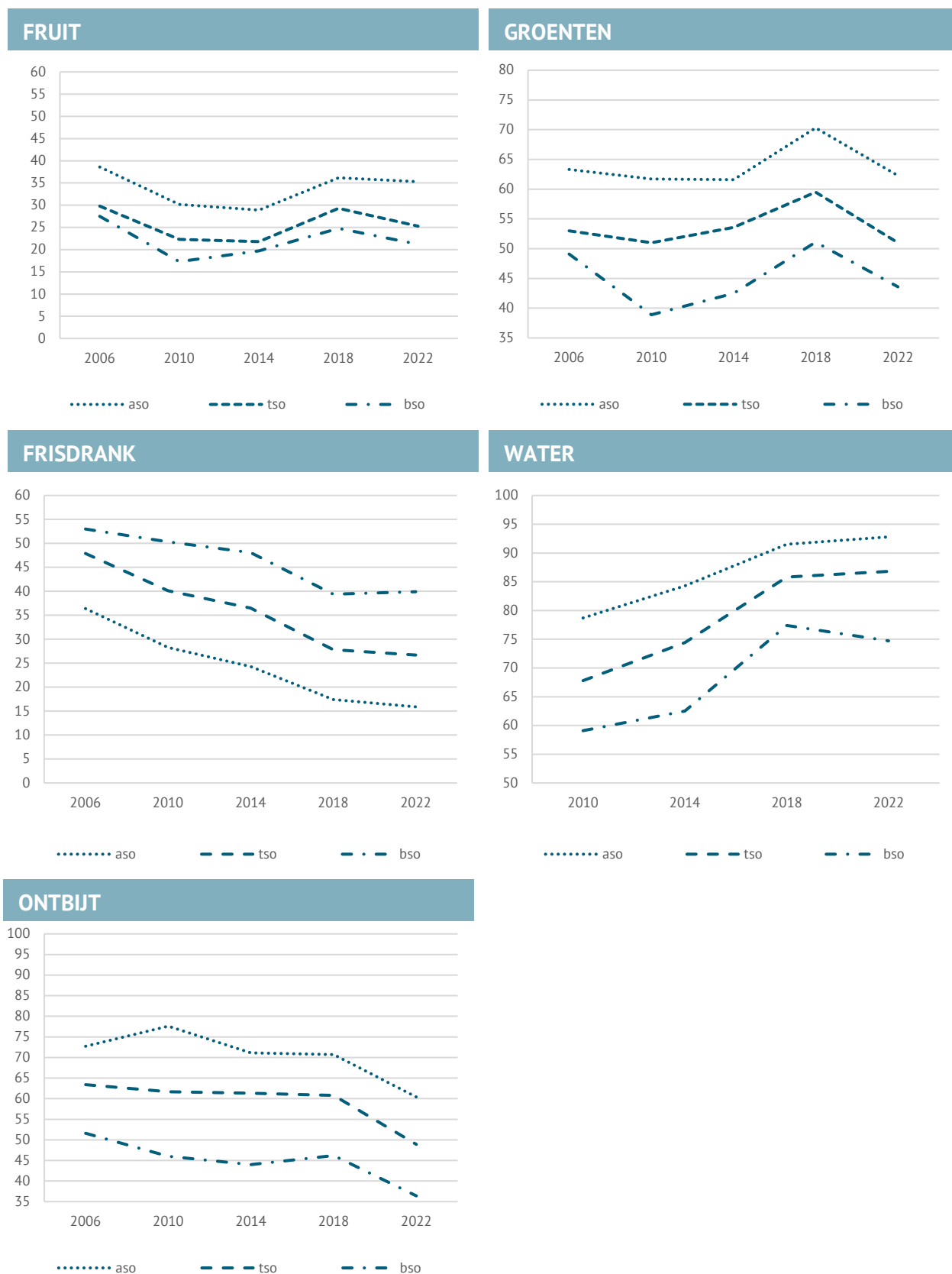
Er werd een gemengd patroon in evoluties naargelang geslacht vastgesteld. Bij jongens bleef de dagelijkse **fruitconsumptie** stabiel, terwijl deze bij meisjes afnam. **Frisdrankconsumptie** daalde bij jongens, maar bleef onveranderd bij meisjes. De **waterconsumptie** bleef stabiel bij meisjes, terwijl deze bij jongens gunstig toenam. De dagelijkse consumptie van **groenten** en **ontbijt** op weekdays daalde daarentegen bij zowel jongens als meisjes in 2022 (**Tabel 3.5**).

Tabel 3.5 Evoluties in voedselconsumptie tussen 2006 – 2022 (procentueel)

	ALGEMEEN				
	2006	2010	2014	2018	2022
Fruitconsumptie [dagelijks]	34,7	27,2	28,4	37,5	36,5
Groenteconsumptie [dagelijks]	57,5	54,2	53,9	61,9	54,5*
Frisdrankconsumptie [dagelijks]	41,0	34,0	30,9	24,1	22,6*
Waterconsumptie [dagelijks] ¹	-	70,7	75,0	86,4	87,6*
Ontbijtfrequentie [dagelijks]	69,1	70,6	68,0	68,0	58,6*
	JONGENS				
	2006	2010	2014	2018	2022
Fruitconsumptie [dagelijks]	29,3	22,4	22,9	32,8	33,1
Groenteconsumptie [dagelijks]	51,2	47,7	48,8	56,8	51,2*
Frisdrankconsumptie [dagelijks]	47,1	38,9	35,6	28,5	25,5*
Waterconsumptie [dagelijks] ¹	-	65,1	68,9	83,4	85,8*
Ontbijtfrequentie [dagelijks]	71,4	72,0	70,6	68,8	63,8*
	MEISJES				
	2006	2010	2014	2018	2022
Fruitconsumptie [dagelijks]	40,4	33,1	34,1	42,2	40,0*
Groenteconsumptie [dagelijks]	64,0	60,8	59,2	66,9	57,8*
Frisdrankconsumptie [dagelijks]	34,7	29,1	26,1	19,7	19,6
Waterconsumptie [dagelijks] ¹	-	76,5	79,7	89,4	89,5
Ontbijtfrequentie [dagelijks]	66,7	69,1	65,9	67,1	53,3*

Noot: Een statistisch significante evolutie tussen 2006 en 2022 wordt aangeduid met een asterisk (*). ¹Geen gegevens beschikbaar voor 2006.

Figuur 3.1 toont de evolutie van voedselconsumptie naargelang opleidingsvorm. Vergeleken met 2018 bleef de prevalentie van dagelijkse **fruitconsumptie** stabiel bij de jongeren uit het aso, terwijl deze afnam bij jongeren uit het tso en bso. Het percentage jongeren dat dagelijks **groenten** at, daalde in 2022 binnen alle opleidingsvormen ten opzichte van 2018. De consumptie van **frisdrank** bleef daarentegen stabiel in alle opleidingsvormen, net zoals de dagelijkse **waterconsumptie**. De prevalentie van dagelijkse **ontbijtconsumptie** op weekdays nam in 2022 af overheen alle opleidingsvormen.



Figuur 3.1 Evoluties in voedselconsumptie naargelang opleidingsvorm tussen 2006 – 2022 (procentueel)

BMI

Algemeen en verschillen naargelang geslacht

De prevalentie van **overgewicht** en **obesitas** bedroeg respectievelijk 10,8% en 2,6% bij de jongeren met een vergelijkbaar percentage bij de jongens en de meisjes (Tabel 3.6). De meerderheid (70,3%) van de jongeren had een **normaal gewicht** en dit was analoog voor jongens (71,1%) en meisjes (69,4%). Het percentage jongeren met **ondergewicht** bedroeg 16,3%, met een hogere prevalentie bij de meisjes (17,4%) dan de jongens (15,2%) zoals gerapporteerd in Tabel 3.6.

Tabel 3.6 BMI voor de totale steekproef en naargelang geslacht (procentueel)

	TOTAAL	JONGENS	MEISJES
Obesitas	2,6	2,6	2,6 ^{ns}
Overgewicht	10,8	11,1	10,5 ^{ns}
Normaal gewicht	70,3	71,1	69,4 ^{ns}
Ondergewicht	16,3	15,2	17,4

Noot: De getoonde verschillen naargelang geslacht zijn statistisch significant, tenzij aangegeven met ns (niet significant).

Verschillen naargelang leeftijd

Overgewicht en **obesitas** was het minst prevalent bij de 11- tot 12-jarige jongeren (respectievelijk 8,5% en 1,8%) en het meest prevalent bij de oudere leeftijdsgroepen met vergelijkbare percentages voor 15- tot 16-jarigen en 17- tot 18-jarigen (Tabel 3.7). Een vergelijkbaar patroon werd waargenomen voor jongeren met een **normaal gewicht**. Het percentage jongeren met **ondergewicht** was hoger bij de 11- tot 12-jarigen (21,3%) en het laagst bij de 17- tot 18-jarigen (11,0%).

Vergelijkbare leeftijdsverschillen werden gevonden voor de jongens en de meisjes voor wat betreft **ondergewicht**, terwijl een gemengd patroon werd geobserveerd voor de andere BMI-categorieën. Voor jongens werden er geen leeftijdsverschillen opgemerkt voor **overgewicht** en **obesitas** maar bij meisjes was de prevalentie het hoogst bij de oudste leeftijdsgroepen zoals weergegeven in Tabel 3.7. Er waren geen leeftijdsverschillen in de prevalentie van **normaal gewicht** bij de meisjes, bij de jongens was de prevalentie het hoogst bij de oudste leeftijdsgroepen (Tabel 3.7).

Tabel 3.7 BMI naargelang leeftijd (procentueel)

	ALGEMEEN				JONGENS				MEISJES			
	11-12	13-14	15-16	17-18	11-12	13-14	15-16	17-18	11-12	13-14	15-16	17-18
Obesitas	1,8	1,9	3,0	3,3	0,5	0,5	0,9	0,8 ^{ns}	1,7	1,6	2,2	1,9
Overgewicht	8,5	11,0	11,1	11,6	9,4	11,7	11,4	11,0 ^{ns}	8,2	8,9	10,1	10,6
Normaal gewicht	68,4	67,5	71,3	74,1	68,1	67,6	72,1	76,1	65,0	66,0	73,7	75,3 ^{ns}
Ondergewicht	21,3	19,6	14,5	11,0	20,5	18,9	13,4	9,6	6,2	6,0	3,8	2,8

Noot: De getoonde verschillen naargelang leeftijd zijn statistisch significant, tenzij aangegeven met ns (niet significant).

Verschillen naargelang opleidingsvorm

Overgewicht en **obesitas** was het minst prevalent bij jongeren in het aso (respectievelijk 9,5% en 1,8%) en het meest prevalent bij jongeren in het bso (respectievelijk 16,9% en 6,6%). De prevalentie van een **normaal gewicht** was het hoogst bij jongeren uit het aso (74,4%) en het laagst bij jongeren uit het bso (66,2%). **Ondergewicht** was het meest prevalent bij jongeren uit het aso (14,3%) en het minst prevalent bij jongeren uit het bso (10,3%).

Voor de jongens en de meisjes afzonderlijk werden gelijkaardige verschillen naargelang opleidingsvorm vastgesteld, met uitzondering van ondergewicht bij de meisjes waar geen verschil tussen de opleidingsvormen werd waargenomen (**Tabel 3.8**).

Tabel 3.8 BMI naargelang opleidingsvorm (procentueel)

	ALGEMEEN			JONGENS			MEISJES		
	aso	tso	bso	aso	tso	bso	aso	tso	bso
Obesitas	1,8	3,5	6,6	2,0	3,1	6,1	1,6	4,0	7,2
Overgewicht	9,5	11,6	16,9	9,1	10,7	16,8	9,8	12,7	17,0
Normaal gewicht	74,4	73,3	66,2	76,0	75,5	68,1	73,2	70,4	63,8
Ondergewicht	14,3	11,7	10,3	12,9	10,7	9,0	15,4	12,9	12,0 ^{ns}

Noot: De getoonde verschillen naargelang opleidingsvorm zijn statistisch significant.

Evoluties

In vergelijking met 2018 nam de prevalentie van **overgewicht** in 2022 toe bij de jongeren, de prevalentie van **ondergewicht** nam af en voor **obesitas** en **normaal gewicht** bleef de prevalentie stabiel (**Tabel 3.9**). Bij de jongens werd een vergelijkbare patroon vastgesteld. Bij de meisjes nam enkel de prevalentie van obesitas tussen 2018 en 2022 toe (**Tabel 3.9**).

Tabel 3.9 Evoluties in BMI tussen 2006 – 2022 (procentueel)

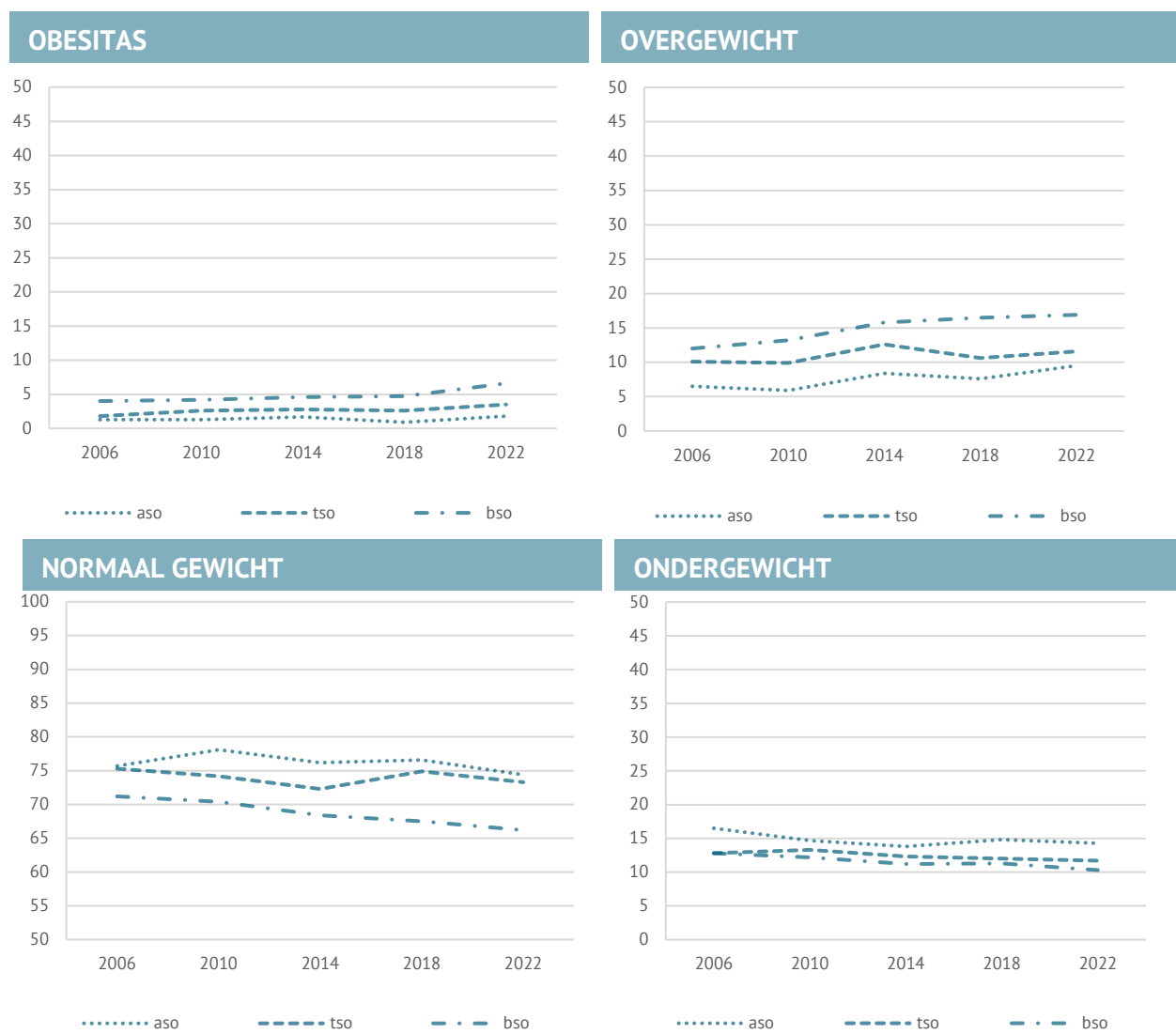
	ALGEMEEN				
	2006	2010	2014	2018	2022
Obesitas	1,8	2,2	2,6	2,3	2,6
Overgewicht	8,4	8,5	10,6	9,6	10,8*
Normaal gewicht	73,4	72,9	71,4	70,3	70,3
Ondergewicht	16,4	16,4	15,5	17,8	16,3*
	JONGENS				
	2006	2010	2014	2018	2022
Obesitas	1,9	2,6	2,6	2,7	2,6
Overgewicht	9,1	9,6	10,8	9,8	11,1*
Normaal gewicht	74,6	73,8	72,3	70,7	71,1
Ondergewicht	14,4	14,0	14,2	16,8	15,2*

(vervolg Tabel 3.9)

	MEISJES				
	2006	2010	2014	2018	2022
Obesitas	1,7	1,8	2,5	2,0	2,6*
Overgewicht	7,8	7,4	10,4	9,5	10,5
Normaal gewicht	72,1	72,0	70,4	69,9	69,4
Ondergewicht	18,5	18,9	16,8	18,7	17,4

Noot: Een statistisch significante evolutie tussen 2018 en 2022 wordt aangeduid met een asterisk (*).

De prevalentie van **overgewicht** en **obesitas** bleef stabiel tussen 2018 en 2022 bij alle jongeren uit de verschillende opleidingsvormen, enkel bij de jongeren uit het aso was er een toename, zoals blijkt uit **Figuur 3.2**. Voor **normaal gewicht** en **ondergewicht** werd geen statistisch significante evolutie opgemerkt naargelang opleidingsvorm.



Figuur 3.2 Evoluties in BMI naargelang opleidingsvorm tussen 2006 – 2022 (procentueel)

LICHAAMSBEELD EN DIEET

Algemeen en verschillen naargelang geslacht

Het percentage jongeren dat tevreden was met hun **lichaamsbeeld** bedroeg 73,9% en het aandeel jongeren dat een **dieet** volgde of dacht dit te moeten volgen was 37,0% (Tabel 3.10).

Jongens rapporteerden een hogere tevredenheid met hun **lichaamsbeeld** dan meisjes (86,4% vs. 60,9%). Het aandeel meisjes dat een **dieet** volgt of denkt dit te moeten volgen, lag beduidend hoger (47,5%) in vergelijking met de jongens (26,7%).

Tabel 3.10 Lichaamsbeeld en dieetgedrag voor de totale steekproef en naargelang geslacht (procentueel)

	TOTAAL	JONGENS	MEISJES
Lichaamsbeeld (1-30) [tevreden, score ≥ 19]	73,9	86,4	60,9
Dieetgedrag [volgt dieet]	37,0	26,7	47,5

Noot: De getoonde verschillen naargelang geslacht zijn statistisch significant.

Verschillen naargelang leeftijd

De prevalentie van tevredenheid over het **lichaamsbeeld** was het hoogst bij de 11- tot 12-jarige jongeren (82,4%) in vergelijking tot de oudere leeftijdsgroepen. Ook de prevalentie van **dieetgedrag** was het laagst bij de jongste deelnemers (11-12 jaar: 30,6%) zoals blijkt uit Tabel 3.11.

Vergelijkbare leeftijdsverschillen in de prevalentie van tevredenheid over het **lichaamsbeeld** en **dieetgedrag** werden vastgesteld bij de meisjes. Bij de jongens gold dit enkel voor lichaamsbeeld, voor dieetgedrag werden geen leeftijdsverschillen gevonden (Tabel 3.11).

Tabel 3.11 Lichaamsbeeld en dieetgedrag naargelang leeftijd (procentueel)

	ALGEMEEN				JONGENS				MEISJES			
	11-12	13-14	15-16	17-18	11-12	13-14	15-16	17-18	11-12	13-14	15-16	17-18
Lichaamsbeeld (1-30) [tevreden, score ≥ 19]	82,4	76,4	71,8	73,2	91,8	88,2	86,7	84,5	74,0	64,4	56,1	62,1
Dieetgedrag [denkt/volgt dieet]	30,6	37,3	39,5	40,4	26,3	26,9	26,2	26,8 ^{ns}	34,7	47,8	53,1	53,8

Noot: De getoonde verschillen naargelang leeftijd zijn statistisch significant, tenzij aangegeven met ns (niet significant).

Verschillen naargelang opleidingsvorm

Jongeren uit het aso (74,5%) rapporteerden een grotere tevredenheid met hun **lichaamsbeeld** dan jongeren uit het tso (71,4%) en bso (70,6%). Daarnaast was **dieetgedrag** minder prevalent bij jongeren uit het aso (38,1%) dan bij jongeren uit het tso (40,1%) en bso (43,2%), zoals weergegeven in **Tabel 3.12**.

Vergelijkbare verschillen in lichaamsbeeld en dieetgedrag naargelang opleidingsvorm werden ook afzonderlijk bij de jongens en de meisjes vastgesteld (**Tabel 3.12**).

Tabel 3.12 Lichaamsbeeld en dieetgedrag naargelang opleidingsvorm (procentueel)

	ALGEMEEN			JONGENS			MEISJES		
	aso	tso	bso	aso	tso	bso	aso	tso	bso
Lichaamsbeeld (1-30) [tevreden, score ≥19]	74,5	71,4	70,6	87,9	85,0	82,8	63,4	54,8	54,5
Dieetgedrag [denkt/volgt dieet]	38,1	40,1	43,2	23,1	26,3	33,1	50,5	56,9	56,3

Noot: De getoonde verschillen naargelang opleidingsvorm alsook naargelang opleidingsvorm en geslacht zijn statistisch significant.

Evoluties

Ten opzichte van 2018 nam het aandeel jongeren dat een **dieet** volgde of dacht dit te moeten volgen licht af. Ook voor de jongens en de meisjes afzonderlijk nam de prevalentie licht af in 2022 ten opzichte van 2018 (**Tabel 3.13**).

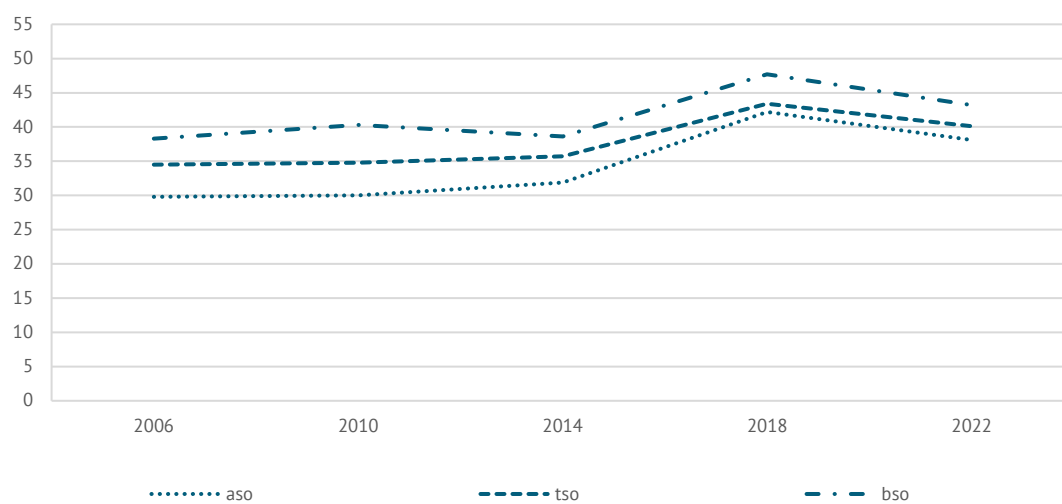
Tabel 3.13 Evoluties in dieetgedrag tussen 2006 – 2022¹ (procentueel)

	ALGEMEEN				
	2006	2010	2014	2018	2022
Dieetgedrag [denkt/volgt dieet]	31,4	32,1	32,1	40,9	37,0*
	JONGENS				
	2006	2010	2014	2018	2022
Dieetgedrag [denkt/volgt dieet]	21,5	23,4	22,7	30,2	26,7*
	MEISJES				
	2006	2010	2014	2018	2022
Dieetgedrag [denkt/volgt dieet]	41,7	41,0	41,9	51,6	47,5*

Noot: Een statistisch significante evolutie tussen 2018 en 2022 wordt aangeduid met een asterisk (*). ¹Lichaamsbeeld werd in 2022 anders bevraagd, evoluties voor deze indicator konden niet bestudeerd worden.

Ten opzichte van 2018 nam de prevalentie van **dieetgedrag** af voor de jongeren uit alle opleidingsvormen, zoals geïllustreerd in **Figuur 3.3**.

DIEET



Figuur 3.3 Evoluties in dieetgedrag naargelang opleidingsvorm tussen 2006 – 2022 (procentueel)

BEWEGING EN SEDENTAIR GEDRAG

Adolescenten worden aanbevolen dagelijks gemiddeld 60 minuten te bewegen aan een matige tot zware intensiteit (Vlaams Instituut Gezond Leven, 2021; World Health Organization, 2022). Daarnaast wordt ook aangeraden om het langdurig zitten te beperken (Tremblay et al., 2011; Vlaams Instituut Gezond Leven, 2021, World Health Organization, 2020). Zo geldt de aanbeveling om de schermtijd te beperken tot maximaal twee uur per dag. Onvoldoende bewegen en te veel zitten zijn twee afzonderlijke gedragingen die geassocieerd zijn met gezondheidsproblemen, zowel tijdens de adolescentie als op latere leeftijd. Onvoldoende bewegen en overmatig zitten leiden op korte termijn 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. In dit verband is het dan ook noodzakelijk dat adolescenten aangemoedigd worden om dagelijks voldoende te bewegen en het zitgedrag te beperken.

In dit rapport wordt de matige tot zware fysieke activiteit van jongeren en hun schermgerelateerd sedentair gedrag bestudeerd (**Tabel 3.14**).

Tabel 3.14 Indicatoren beweging en sedentair gedrag

	MEETMETHODE
Beweging ¹	Jongeren werd gevraagd op hoeveel van de voorbije zeven dagen ze in totaal ten minste 60 minuten fysiek actief geweest zijn per dag als alle aparte beweegmomenten voor die dag worden opgeteld. De antwoordmogelijkheden varieerden van 'nul dagen' tot 'zeven dagen' per week. Het percentage jongeren dat de aanbeveling van dagelijks minstens 60 minuten fysieke activiteit aan een matige tot hoge intensiteit haalt wordt gerapporteerd.
Sedentair gedrag	De schermgerelateerde zittijd van jongeren werd gemeten via vier vragen over hun vrije tijdsbesteding (in uur per dag) aan tv-kijken, gamen, computergebruik en sociale mediagebruik op week- en weekenddagen. De antwoordopties varieerden van 'helemaal niet' tot 'ongeveer zeven uur per dag of meer'. De totale schermtijd per dag werd berekend op basis van het gewogen gemiddelde: $([\text{schermtijd weekdag} \times 5] + [\text{schermtijd weekenddag} \times 2]) / 7$. Het percentage jongeren dat de norm van dagelijks minder dan twee uur schermtijd haalde wordt gerapporteerd.

Noot. ¹In 2022 was er nog geen gevalideerde vraag beschikbaar om fysieke activiteit te meten in overeenstemming met de nieuwe richtlijnen van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO).

BEWEGING EN SEDENTAIR GEDRAG

Algemeen en verschillen naargelang geslacht

Het aandeel jongeren dat de **bewegingsaanbeveling** haalde, bedroeg 20,1%. Het percentage jongeren dat de aanbeveling van **sedentair gedrag** (niet meer dan twee uur schermtijd per dag) haalde, was 5,0% (**Tabel 3.15**).

De **bewegingsaanbeveling** werd door een hoger aandeel jongens (25,5%) dan meisjes (14,0%) behaald. Het aandeel jongeren dat de aanbeveling voor **sedentair gedrag** haalde was gelijk bij de jongens (4,9%) en de meisjes (5,0), zoals weergegeven in **Tabel 3.15**.

Tabel 3.15 Beweging en sedentair gedrag voor de totale steekproef en naargelang geslacht (procentueel)

	TOTAAL	JONGENS	MEISJES
Beweging [haalt aanbeveling]	20,1	25,5	14,0
Sedentair gedrag [haalt aanbeveling]	5,0	4,9	5,0 ^{ns}

Noot: De getoonde verschillen naargelang geslacht zijn statistisch significant, tenzij aangegeven met ns (niet significant).

Verschillen naargelang leeftijd

Het behalen van de aanbevelingen voor **beweging** en **sedentair gedrag** was het meest prevalent bij de jongste leeftijdsgroep (21,9% voor beweging en 11,9% voor sedentair gedrag). Bij oudere leeftijdsgroepen waren deze percentages beduidend lager, met de laagste waarden bij de 17- tot 18-jarigen (18,5% voor beweging en 2,0% voor sedentair gedrag).

Vergelijkbare leeftijdsverschillen werden ook waargenomen bij jongens en meisjes afzonderlijk, met uitzondering van de prevalentie van **beweging** waar geen leeftijdsverschil werd vastgesteld bij de jongens (**Tabel 3.16**).

Tabel 3.16 Beweging en sedentair gedrag naargelang leeftijd (procentueel)

	ALGEMEEN				JONGENS				MEISJES			
	11-12	13-14	15-16	17-18	11-12	13-14	15-16	17-18	11-12	13-14	15-16	17-18
Beweging [haalt aanbeveling]	21,9	19,2	20,4	18,5	25,9	24,9	27,0	24,4 ^{ns}	17,9	13,5	13,4	12,6
Sedentair gedrag [haalt aanbeveling]	11,9	3,3	2,3	2,0	10,0	3,7	2,6	2,5	13,7	2,9	1,9	1,5

Noot: De getoonde verschillen naargelang leeftijd zijn statistisch significant, tenzij aangegeven met ns (niet significant).

Verschillen naargelang opleidingsvorm

Het aandeel jongeren dat de aanbeveling van **beweging** haalde was het meest prevalent in het tso (21,5%) en het minst prevalent in het bso (18,1%). Jongeren uit het bso (3,3%) haalden vaker de aanbeveling van **schermtijd** dan jongeren uit het aso (2,0%) en het tso (1,9%).

Bij jongens werd eenzelfde patroon vastgesteld in de prevalentie van het behalen van de aanbevelingen voor **beweging** en **sedentair gedrag**. Bij meisjes werd echter geen verschil waargenomen tussen de opleidingsvormen (**Tabel 3.17**).

Tabel 3.17 Beweging en sedentair gedrag naargelang opleidingsvorm (procentueel)

	ALGEMEEN			JONGENS			MEISJES		
	aso	tso	bsa	aso	tso	bsa	aso	tso	bsa
Beweging [haalt aanbeveling]	18,9	21,5	18,1	26,0	27,4	22,4	13,0	14,3	12,2 ^{ns}
Sedentair gedrag [haalt aanbeveling]	2,0	1,9	3,3	2,0	2,4	4,0	1,9	1,2	2,4 ^{ns}

Noot: De getoonde verschillen naargelang opleidingsvorm zijn statistisch significant, tenzij aangegeven met ns (niet significant).

Evoluties

Ten opzichte van 2018 is er een gunstige evolutie vast te stellen voor **beweging**: het aandeel jongeren dat de aanbeveling van beweging haalde, nam licht toe in 2022. Het aandeel jongeren dat de aanbeveling voor **sedentair gedrag** haalde, nam echter af in 2022 ten opzichte van 2018, zoals weergegeven in **Tabel 3.18**.

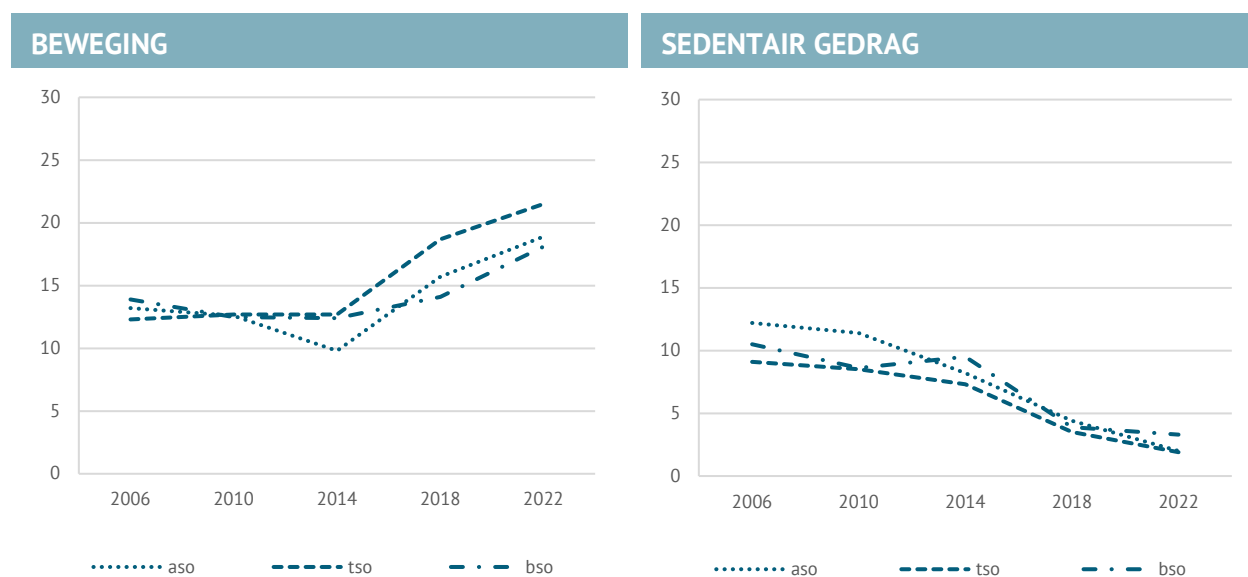
Bij de jongens steeg de prevalentie van het behalen van de **bewegingsaanbeveling** in 2022 ten opzichte van 2018, terwijl dit bij de meisjes stabiel bleef. Het aandeel jongeren dat de aanbeveling voor **sedentair gedrag** haalde, daalde bij zowel de jongens als de meisjes (**Tabel 3.18**).

Tabel 3.18 Evoluties in beweging en sedentair gedrag tussen 2006 – 2022 (procentueel)

	ALGEMEEN				
	2006	2010	2014	2018	2022
Beweging [haalt aanbeveling]	14,1	14,2	14,0	17,5	20,1*
Sedentair gedrag [haalt aanbeveling]	12,6	12,3	11,0	7,8	5,0*
	JONGENS				
	2006	2010	2014	2018	2022
Beweging [haalt aanbeveling]	17,7	17,7	17,8	21,3	25,5*
Sedentair gedrag [haalt aanbeveling]	10,5	10,1	10,5	6,6	4,9*
	MEISJES				
	2006	2010	2014	2018	2022
Beweging [haalt aanbeveling]	10,4	10,5	10,0	13,7	14,0
Sedentair gedrag [haalt aanbeveling]	14,7	14,6	11,6	9,1	5,0*

Noot: Een statistisch significante evolutie tussen 2018 en 2022 wordt aangeduid met een asterisk (*).

Figuur 3.4 geeft de evoluties in beweging en sedentair gedrag naargelang opleidingsvorm weer. Vergeleken met 2018 steeg het aandeel jongeren dat de **bewegingsaanbeveling** haalde in alle opleidingsvormen. Tegelijkertijd daalde het aandeel dat de aanbeveling voor **sedentair** gedrag behaalde bij jongeren uit het aso en tso, terwijl dit stabiel bleef bij jongeren uit het bso.



Figuur 3.4 Evoluties in beweging en sedentair gedrag naargelang opleidingsvorm tussen 2006 – 2022 (procentueel)

RISICOGEDRAGINGEN

Alcoholgebruik is onderdeel van verschillende culturen maar is globaal gezien een belangrijke risicofactor van mentale, sociale en fysieke problemen. Het eerste alcoholgebruik vindt doorgaans plaats tijdens de adolescentie en is geassocieerd met diverse negatieve uitkomsten zoals schoolproblemen, fysieke en emotionele klachten, ongepland en risicovol seksueel gedrag, alsook met problematisch drinkgedrag en druggebruik in de toekomst.

Naast alcoholgebruik heeft ook roken zowel op lange als korte termijn een nefaste invloed op de gezondheid. Op korte termijn kan roken leiden tot een verminderde longfunctie, een gebrekkige fysieke fitheid, astmatische klachten, hoesten en kortademigheid. De lange termijn gevolgen zijn onder meer een verhoogd risico op cardiovasculaire problemen, chronische obstructieve longaandoeningen en kanker, waaronder longkanker. Ondanks de vele rapporten en boodschappen over deze negatieve gevolgen blijft roken één van de grootste, vermijdbare oorzaken van sterfte in de wereld.

Tijdens de adolescentie wordt ook vaak geëxperimenteerd met drugs zoals cannabis. Cannabisgebruik is geassocieerd met diverse gezondheidsrisico's, psychosociale gevolgen en heeft ook wettelijke consequenties. Frequent cannabisgebruik wordt eveneens in verband gebracht met slechte eindresultaten op school, een lager inkomen, een lagere inschatting van de levenstevredenheid en een verhoogd risico op psychotische aandoeningen.

Naast middelengebruik is ook gokken een gedrag dat steeds vaker voorkomt bij adolescenten en bovendien verslavend is. De laatste jaren wordt gokken steeds vaker erkend als een belangrijk probleem, eveneens bij adolescenten. Gokken kan negatieve gevolgen hebben op financieel, maar ook psychologisch en sociaal vlak.

Verder is gamen de laatste jaren ook steeds populairder geworden. Wanneer het gamegedrag problematische wordt – zoals verlies van controle of gameverslaving – kan het een negatieve impact hebben op het psychologisch en sociaal welzijn van de adolescent. Ook werd problematisch gamegedrag reeds in verband gebracht met een negatieve impact op de schoolprestaties van de adolescenten en de relatie met hun ouders.

In dit rapport worden al deze risicogedragingen bij jongeren bestudeerd ([Tabel 3.19](#)).

Tabel 3.19 Indicatoren risicogedrag

	MEETMETHODE
ALCOHOLGEBRUIK	
Huidige alcoholconsumptie	Jongeren werd gevraagd op hoeveel dagen ze alcohol gedronken hadden tijdens de laatste 30 dagen. De antwoordmogelijkheden varieerden van 'nooit' tot '30 dagen'. Het aandeel jongeren dat minstens eenmaal alcohol consumeerde in de voorbije 30 dagen wordt gerapporteerd.

(vervolg Tabel 3.19)

ALCOHOLGEBRUIK	
Wekelijkse bierconsumptie	Jongeren werd gevraagd hoe vaak ze bier dronken. De antwoordmogelijkheden waren 'nooit', 'uitzonderlijk', 'elke maand', 'elke week' en 'dagelijks'. Het aandeel jongeren dat minstens eenmaal per week bier dronk wordt gerapporteerd.
Wekelijkse wijnconsumptie	Jongeren werd gevraagd hoe vaak ze wijn dronken. De antwoordmogelijkheden waren 'nooit', 'uitzonderlijk', 'elke maand', 'elke week' en 'dagelijks'. Het aandeel jongeren dat minstens eenmaal per week wijn dronk wordt gerapporteerd.
Wekelijkse consumptie alcopops	Jongeren werd gevraagd hoe vaak ze alcopops dronken. De antwoordmogelijkheden waren 'nooit', 'uitzonderlijk', 'elke maand', 'elke week' en 'dagelijks'. Het aandeel jongeren dat minstens eenmaal per week alcopops dronk wordt gerapporteerd.
Wekelijkse consumptie sterke drank	Jongeren werd gevraagd hoe vaak ze sterke drank dronken. De antwoordmogelijkheden waren 'nooit', 'uitzonderlijk', 'elke maand', 'elke week' en 'dagelijks'. Het aandeel jongeren dat minstens eenmaal per week sterke drank dronk wordt gerapporteerd.
Dronkenschap	Jongeren werd gevraagd of ze ooit in hun leven zoveel alcohol gedronken hadden zodat ze echt dronken waren. De antwoordmogelijkheden varieerden van 'neen, nooit' tot 'ja, meer dan 10 keer'. Het aandeel jongeren dat meer dan 10 keer dronken was in hun leven wordt gerapporteerd.
ROKEN EN VAPEN	
Huidig en ooit rookgedrag	Jongeren werd gevraagd op hoeveel dagen (indien van toepassing) ze sigaretten gerookt hebben tijdens de laatste 30 dagen/hun leven. De antwoorden varieerden van 'nooit' tot '30 dagen'. Het aandeel jongeren dat minstens één keer gerookt had in de voorbije 30 dagen/tijdens hun leven wordt gerapporteerd.
Huidig en ooit gebruik e-sigaret	Jongeren werd gevraagd op hoeveel dagen (indien van toepassing) ze e-sigaretten gerookt hebben tijdens de laatste 30 dagen/hun leven. De antwoorden varieerden van 'nooit' tot '30 dagen'. Het aandeel jongeren dat minstens één keer e-sigaretten gerookt had in de voorbije 30 dagen/tijdens hun leven wordt gerapporteerd.
CANNABISGEBRUIK	
Huidig en ooit cannabisgebruik ¹	Jongeren werd gevraagd of ze ooit al cannabis (marihuana/wiet, joints, hasj) gebruikt hebben tijdens de laatste 30 dagen/hun leven. De antwoorden varieerden van 'nooit' tot '30 dagen'. Het aandeel jongeren dat minstens één keer cannabis gebruikte in de voorbije 30 dagen/tijdens hun leven wordt gerapporteerd.
GAMEN	
Dagelijks gamegedrag ²	Jongeren werd gevraagd hoe vaak ze games spelen op een smartphone, tablet, laptop, pc Mac of console. De antwoordmogelijkheden varieerden van 'nooit of bijna nooit' tot '(bijna) elke dag'. Het aandeel jongeren dat (bijna) dagelijks gamede wordt gerapporteerd.
GOKKEN	
Huidig en ooit gokgedrag ^{1,2}	Jongeren werd gevraagd bij hoeveel gelegenheden (als er zijn) ze tijdens de laatste 12 maanden/hun leven geld ingezet hebben op de uitkomst van een race of een behendigheidsspel of tijdens het spelen van een spel waarbij geld gewonnen of verloren kon worden. De antwoordmogelijkheden varieerden van 'nooit' tot '40 dagen of meer'. Het aandeel jongeren dat minstens één keer of meer gokte in de voorbije 12 maanden/tijdens hun leven wordt gerapporteerd.

Noot. ¹Omwille van de gevoeligheid werden deze vragen niet gesteld bij de 11- tot 12-jarigen. ²Evoluties zijn niet beschikbaar aangezien deze indicatoren voor het eerst in 2022 zijn bevraagd.

ALCOHOLGEBRUIK

Algemeen en verschillen naargelang geslacht

Het percentage jongeren dat minstens eenmaal **alcohol** dronk in de afgelopen 30 dagen (huidige gebruik) was 33,1%. Het aandeel jongeren dat wekelijks **bier** dronk bedroeg 11,8%, voor **wijn** was dit 4,2% en voor **sterke drank** en **alcopops** was dit respectievelijk 5,5% en 4,3%. De prevalentie van **dronkenschap** (meer dan tienmaal tijdens het leven) was 5,7% (**Tabel 3.20**).

De consumptie van alcoholische dranken was algemeen meer prevalent bij de jongens in vergelijking met de meisjes. Zo gaven meer jongens aan op wekelijkse basis **bier** (15,4%), **sterke drank** (6,3%) en **alcopops** (4,8%) te consumeren dan meisjes (respectievelijk: 8,2%, 4,7% en 3,7%). Ook de prevalentie van **dronkenschap** (minstens tien keer in het leven) lag hoger bij de jongens (7,5%) dan bij de meisjes (4,0%). Het **huidige alcoholgebruik** verschilde niet naargelang geslacht en er werden evenmin verschillen in de prevalentie van wekelijkse **wijnconsumptie** gevonden tussen jongens en meisjes (**Tabel 3.20**).

Tabel 3.20 Alcoholgebruik voor de totale steekproef en naargelang geslacht (procentueel)

	TOTAAL	JONGENS	MEISJES
Huidige alcoholconsumptie [≥ 1x voorbij 30d]	33,1	33,4	32,8 ^{ns}
Bierconsumptie [wekelijks]	11,8	15,4	8,2
Wijnconsumptie [wekelijks]	4,2	4,2	4,2 ^{ns}
Consumptie sterk drank [wekelijks]	5,5	6,3	4,7
Consumptie alcopops [wekelijks]	4,3	4,8	3,7
Dronkenschap [≥ 10 keer]	5,7	7,5	4,0

Noot: De getoonde verschillen naargelang geslacht zijn statistisch significant, tenzij aangegeven met ns (niet significant).

Verschillen naargelang leeftijd

Het **huidige alcoholgebruik** was het meest prevalent bij de 17- tot 18-jarige jongeren (69,5%) en het minst prevalent bij de 11- tot 12-jarigen (4,0%). Ook de wekelijkse consumptie van specifieke alcoholische dranken was telkens het meest prevalent bij de 17- tot 18-jarigen (**bier**: 28,0%; **wijn**: 7,5%; **sterke drank**: 10,2% en **alcopops**: 6,6%) en het minst prevalent bij de jongste deelnemers (11- tot 12- en 13- tot 14-jarigen; **Tabel 3.21**). De prevalentie van **dronkenschap** was evenzeer het hoogst bij 17- tot 18-jarigen (16,1%) en lag beduidend lager bij de jongste leeftijdsgroepen zoals weergegeven in **Tabel 3.21**.

Bij de jongens en de meisjes afzonderlijk werden gelijkaardige verschillen naargelang leeftijd geobserveerd. De prevalentie van het **huidige alcoholgebruik**, wekelijkse consumptie van **bier**, **wijn**, **sterke drank** en **alcopops** en **dronkenschap** was telkens het hoogst bij de 17- tot 18-jarige deelnemers en het laagst bij de jongste leeftijdsgroepen (Tabel 3.21).

Tabel 3.21 Alcoholgebruik naargelang leeftijd (procentueel)

	ALGEMEEN				JONGENS				MEISJES			
	11-12	13-14	15-16	17-18	11-12	13-14	15-16	17-18	11-12	13-14	15-16	17-18
Huidige alcoholcons. [≥ 1x voorbij 30d]	4,0	12,3	46,5	69,5	5,5	12,2	44,7	71,1	2,6	12,5	48,4	68,0
Bierconsumptie [wekelijks]	3,2	3,6	12,9	28,0	3,1	4,2	17,1	38,2	3,3	2,9	8,6	18,3
Wijnconsumptie [wekelijks]	3,0	2,8	3,2	7,5	2,8	3,2	3,5	6,8	3,1	2,4	2,8	8,2
Consumptie sterk drank [wekelijks]	3,0	2,7	5,1	10,2	2,9	2,9	6,0	12,4	3,0	2,5	4,2	8,2
Consumptie alcopops [wekelijks]	3,0	2,8	4,0	6,6	2,7	3,1	4,7	8,1	3,3	2,5	3,3	5,1
Dronkenschap [≥ 10 keer]	0,3	0,9	5,0	16,1	0,5	1,0	6,0	22,6	0,1	0,8	4,1	10,5

Noot. De getoonde verschillen naargelang leeftijd zijn statistisch significant.

Verschillen naargelang opleidingsvorm

De prevalentie van het **huidige alcoholgebruik** was het hoogst bij jongeren uit het tso (60,5%) en het laagst bij jongeren uit het aso (55,3%). De prevalentie van specifieke alcoholische dranken zoals **bier**, **wijn**, **sterke drank** en **alcopops** was daarentegen consequent het hoogst bij jongeren uit het bso (respectievelijk 22,8%, 7,1%, 14,1%, 9,8%, 28,9%) en het laagst bij jongeren uit het aso (respectievelijk 17,5%, 4,6%, 5,1%, 3,4% en 20,7%). Ook **dronkenschap** was het meest prevalent bij jongeren uit het bso (13,7%) en het minst prevalent bij jongeren uit het aso (8,3%), zoals weergegeven in Tabel 3.22.

De prevalentie van het **huidige alcoholgebruik** verschilde ook naargelang opleidingsvorm bij jongens en meisjes afzonderlijk. Bij jongens werd de hoogste prevalentie van huidige alcoholgebruik waargenomen in het tso (61,1%) en de laagste in het aso (53,2%), terwijl er bij meisjes geen verschil werd vastgesteld naargelang opleidingsvorm. Wat betreft **bierconsumptie** werd bij jongens de hoogste prevalentie waargenomen in het tso (30,4%) en de laagste in het aso (22,2%), terwijl bij meisjes de prevalentie het hoogst was in het bso (15,3%) en het laagst in het tso (11,1%). Voor **wijn**, **sterke drank**, **alcopops** en **dronkenschap** was de prevalentie doorgaans telkens het hoogst bij jongeren uit het bso en het laagst bij jongeren uit het aso (Tabel 3.22).

Tabel 3.22 Alcoholgebruik naargelang opleidingsvorm (procentueel)

	ALGEMEEN			JONGENS			MEISJES		
	aso	tso	bsa	aso	tso	bsa	aso	tso	bsa
Huidige alcoholcons. [≥ 1x voorbij 30d]	55,3	60,5	58,1	53,2	61,1	59,0	56,9	59,7	57,1 ^{ns}
Bierconsumptie [wekelijks]	17,5	21,7	22,8	22,2	30,4	28,8	13,6	11,1	15,3
Wijnconsumptie [wekelijks]	4,6	5,4	7,1	4,1	5,7	7,1	5,1	5,2	7,1
Consumptie sterk drank [wekelijks]	5,1	7,9	14,1	5,1	10,0	16,0	5,0	5,4	11,9
Consumptie alcopops [wekelijks]	3,4	5,7	9,8	3,6	6,9	11,0	3,2	4,2	8,1
Dronkenschap [≥ 10 keer]	8,3	12,5	13,7	10,7	15,6	17,2	6,2	8,7	9,3

Noot. De getoonde verschillen naargelang opleidingsvorm zijn statistisch significant, tenzij aangegeven met ns (niet significant).

Evoluties

De prevalentie van het **huidige alcoholgebruik** nam bij alle jongeren licht af in 2022 ten opzichte van 2018. De prevalentie van wekelijkse consumptie van specifieke alcoholische dranken nam echter toe bij alle jongeren³. Zo steeg de prevalentie van wekelijkse **bierconsumptie**, **wijn**, **sterke drank** en van **alcopops** tussen 2018 en 2022. Ook het aandeel jongeren dat tienmaal of meer **dronken** was in hun leven nam heel licht toe (**Tabel 3.23**).

In vergelijking met 2018 bleef de prevalentie van het **huidige alcoholgebruik** stabiel bij de jongens, terwijl bij meisjes een afname werd waargenomen. De prevalentie van wekelijkse consumptie van **bier**, **sterke drank** en **alcopops** nam toe bij zowel jongens als meisjes, terwijl de consumptie van **wijn** stabiel bleef bij jongens maar toenam bij meisjes. Het percentage jongens dat meer dan tienmaal **dronken** was in hun leven bleef stabiel, maar bij meisjes werd een toename waargenomen zoals weergegeven in **Tabel 3.23**.

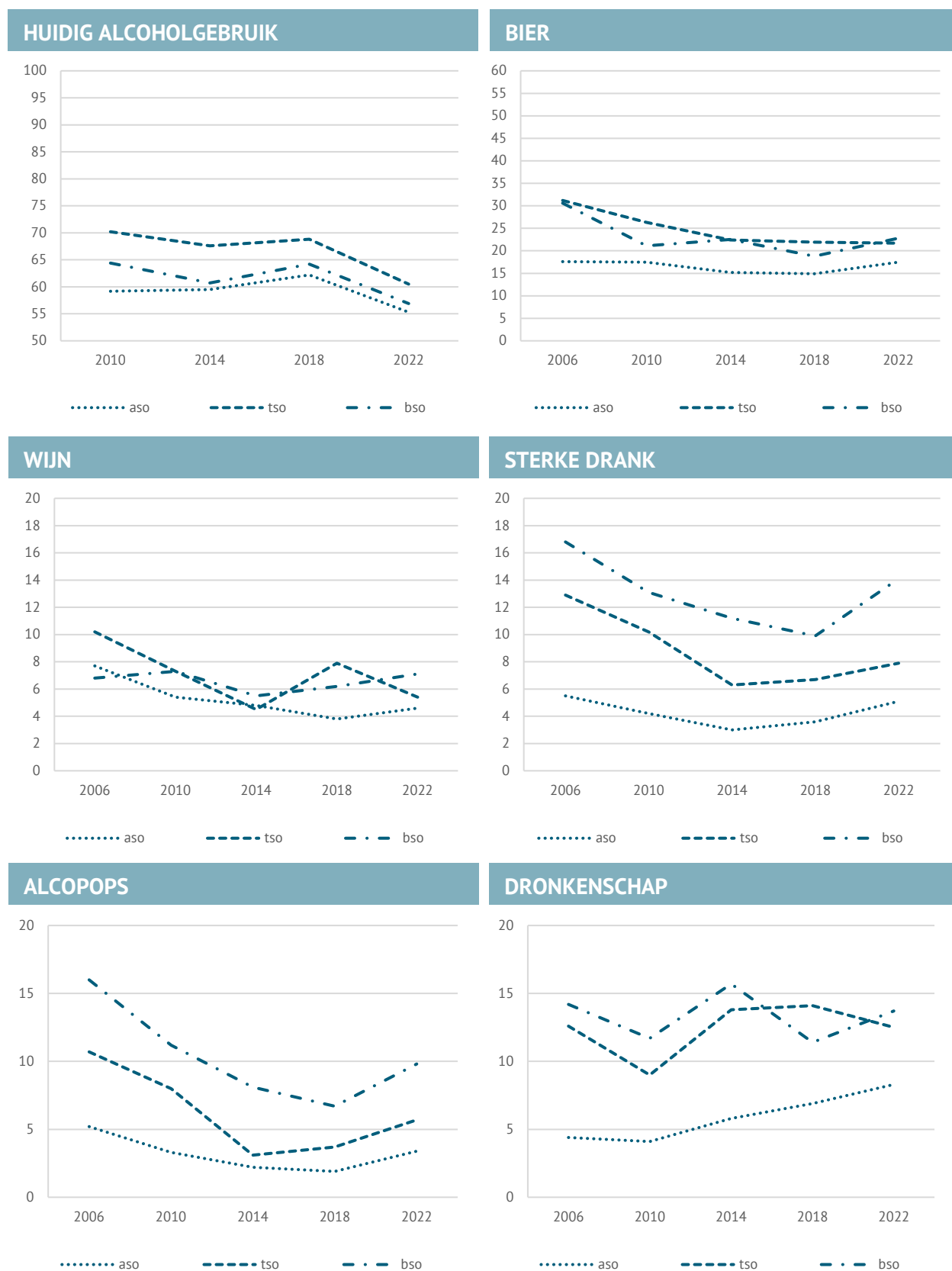
³ Hoewel de alcoholconsumptie in de afgelopen 30 dagen een dalende trend vertoonde in de tijd, nam de prevalentie van de wekelijkse consumptie van specifieke alcoholische dranken toe. Dit verschil kan worden verklaard door verschillen in vraagstelling en operationalisering van de variabelen (afgelopen maand vs. wekelijkse consumptie).

Tabel 3.23 Evoluties in alcoholgebruik tussen 2006 – 2022 (procentueel)

	ALGEMEEN				
	2006	2010	2014	2018	2022
Huidige alcoholcons.[≥ 1x voorbij 30d] ¹	-	49,7	38,3	35,2	33,1*
Bierconsumptie [wekelijks]	18,8	14,7	10,7	9,6	11,8*
Wijnconsumptie [wekelijks]	6,6	4,5	2,9	3,4	4,2*
Consumptie sterk drank [wekelijks]	7,6	5,6	3,6	3,7	5,5*
Consumptie alcopops [wekelijks]	7,0	4,6	2,5	2,4	4,3*
Dronkenschap [≥ 10 keer]	6,8	5,0	5,8	5,1	5,7*
	JONGENS				
	2006	2010	2014	2018	2022
Huidige alcoholcons.[≥ 1x voorbij 30d] ¹	-	51,4	40,2	34,3	33,4
Bierconsumptie [wekelijks]	26,8	21,1	16,0	13,4	15,4*
Wijnconsumptie [wekelijks]	7,0	4,8	2,8	3,7	4,2
Consumptie sterk drank [wekelijks]	9,3	7,1	4,5	4,7	6,3*
Consumptie alcopops [wekelijks]	8,3	5,5	3,1	3,0	4,8*
Dronkenschap [≥ 10 keer]	10,1	7,7	8,3	7,3	7,5
	MEISJES				
	2006	2010	2014	2018	2022
Huidige alcoholcons.[≥ 1x voorbij 30d] ¹	-	48,0	37,5	36,0	32,8*
Bierconsumptie [wekelijks]	10,5	8,3	5,3	5,7	8,2*
Wijnconsumptie [wekelijks]	6,1	4,3	3,0	3,2	4,2*
Consumptie sterk drank [wekelijks]	5,9	3,9	2,7	2,7	4,7*
Consumptie alcopops [wekelijks]	5,7	3,6	2,0	1,7	3,7*
Dronkenschap [≥ 10 keer]	2,3	2,3	3,3	2,8	4,0*

Noot: Een statistisch significante evolutie tussen 2018 en 2022 wordt aangeduid met een asterisk (*). ¹Geen gegevens beschikbaar voor 2006.

De evolutie in alcoholgebruik tussen 2018 en 2022 naargelang opleidingsvorm vertoonde een gemengd patroon, zoals geïllustreerd in **Figuur 3.5**. In vergelijking met 2018 nam het **huidige alcoholgebruik** af bij jongeren uit het aso en tso, terwijl deze stabiel bleef in het bso. De wekelijkse consumptie van **bier** nam toe in het aso en bso, maar bleef stabiel in het tso. Voor **wijnconsumptie** bleef de prevalentie stabiel in het aso en bso, maar daalde in het tso. De prevalentie van **sterke drank** steeg in het aso en bso en bleef stabiel in het tso. Voor **alcopops** steeg de prevalentie in alle opleidingsvormen. De prevalentie van **dronkenschap** bleef in 2022 stabiel over alle opleidingsvormen.



Figuur 3.5 Evoluties in alcoholgebruik naargelang opleidingsvorm tussen 2006 – 2022 (procentueel)

ROKEN EN VAPEN

Algemeen en verschillen naargelang geslacht

De prevalentie van het **huidig rookgedrag** bij de jongeren was 10,1% en 16,4% had **ooit gerookt** in hun leven. Wat de e-sigaret betreft, rapporteerde 11,9% van de jongeren dit in de afgelopen 30 dagen gebruikt te hebben (**huidig gebruik e-sigaret**), terwijl 18,3% rapporteerde **ooit een e-sigaret** te hebben gebruikt (**Tabel 3.24**).

Meer jongens (10,9%) dan meisjes (9,3%) gaven aan minstens één keer gerookt te hebben in de afgelopen 30 dagen (**huidig rookgedrag**) en **ooit gerookt** te hebben (jongens: 17,1%; meisjes: 15,6%). Eenzelfde patroon was te zien bij het **huidige e-sigaretgebruik**: 13,0% van de jongens en 10,8% van de meisjes had de e-sigaret in de afgelopen 30 dagen gebruikt en de prevalentie van **ooit e-sigaretgebruik** was 20,0% bij de jongens en 16,6% van de meisjes, zoals weergegeven in **Tabel 2.24**.

Tabel 3.24 Roken en vpen voor de totale steekproef en naargelang geslacht (procentueel)

	TOTAAL	JONGENS	MEISJES
Huidig rookgedrag [≥ 1x voorbij 30d]	10,1	10,9	9,3
Ooit gerookt [≥ 1x ooit]	16,4	17,1	15,6
Huidig gebruik e-sigaret [≥ 1x voorbij 30d]	11,9	13,0	10,8
Ooit gebruik e-sigaret [≥ 1x ooit]	18,3	20,0	16,6

Noot: De getoonde verschillen naargelang geslacht zijn statistisch significant.

Verschillen naargelang leeftijd

Zowel bij het gebruik van sigaretten als e-sigaretten lag de prevalentie het laagst bij de 11- tot 12-jarigen en het hoogst bij de 17- tot 18-jarigen. Concreet was de prevalentie van **huidig rookgedrag** en **ooit gebruik van sigaretten** respectievelijk 0,9% en 1,1% bij de 11- tot 12-jarigen, tegenover 21,5% en 35,3% bij de 17- tot 18-jarigen. Voor het **huidige gebruik** en **ooit gebruik** van de e-sigaret waren de cijfers respectievelijk 1,4% en 1,5% bij de 11- tot 12-jarigen en 22,0% en 34,9% bij de 17- tot 18-jarigen zoals weergegeven in **Tabel 3.25**.

Bij de jongens en de meisjes afzonderlijk werden gelijkaardige verschillen naargelang leeftijd geobserveerd (**Tabel 3.25**).

Tabel 3.25 Roken en vpen naargelang leeftijd (procentueel)

	ALGEMEEN				JONGENS				MEISJES			
	11-12	13-14	15-16	17-18	11-12	13-14	15-16	17-18	11-12	13-14	15-16	17-18
Huidig rookgedrag [≥ 1x voorbij 30d]	0,9	3,2	13,6	21,5	1,2	3,3	13,1	24,6	0,5	3,1	14,0	18,5
Ooit gerookt [≥ 1x ooit]	1,1	6,0	21,6	35,3	1,6	6,0	20,4	39,1	0,7	6,0	22,6	31,8
Huidig gebruik e-sigaret [≥ 1x voorbij 30d]	1,4	5,5	17,5	22,0	1,8	5,6	17,9	25,3	1,0	5,4	17,1	18,8
Ooit gebruik e-sigaret [≥ 1x ooit]	1,5	9,2	26,1	34,9	2,0	9,5	26,2	40,5	1,2	8,8	25,9	29,6

Noot: De getoonde verschillen naargelang leeftijd zijn statistisch significant.

Verschillen naargelang opleidingsvorm

Wat betreft het **huidige rookgedrag** en **ooit gebruik** van sigaretten, werd de hoogste prevalentie waargenomen bij de jongeren uit het bso (respectievelijk 26,6% en 37,2%) en de laagste prevalentie bij de jongeren uit het aso (respectievelijk 11,9% en 22,2%). Gelijkaardige verschillen naar opleidingsvorm werden ook geobserveerd bij het gebruik van de e-sigaret. Zo bedroeg de prevalentie van het **huidige e-sigaretgebruik** 27,6% bij de jongeren uit het bso tegenover 15,9% van de jongeren uit het aso. Ook de prevalentie van het **ooit e-sigaretgebruik** was het hoogst bij de jongeren uit het bso (37,8%) en het laagst bij de jongeren uit het aso (26,3%), zoals blijkt uit **Tabel 3.26**.

Vergelijkbare verschillen naargelang opleidingsvorm werden geobserveerd bij de jongens en de meisjes afzonderlijk (**Tabel 3.26**).

Tabel 3.26 Roken en vpen naargelang opleidingsvorm (procentueel)

	ALGEMEEN			JONGENS			MEISJES		
	aso	tso	bso	aso	tso	bso	aso	tso	bso
Huidig rookgedrag [≥ 1x voorbij 30d]	11,9	20,7	26,6	12,9	21,2	27,5	11,2	20,1	25,6
Ooit gerookt [≥ 1x ooit]	22,2	32,4	37,2	23,4	32,0	38,6	21,3	33,0	35,5
Huidig gebruik e-sigaret [≥ 1x voorbij 30d]	15,9	21,1	27,6	17,3	22,0	30,0	14,7	19,9	24,6
Ooit gebruik e-sigaret [≥ 1x ooit]	26,3	32,2	37,8	28,7	34,0	41,2	24,3	30,0	33,6

Noot: De getoonde verschillen naargelang opleidingsvorm zijn statistisch significant, tenzij aangegeven met ns (niet significant).

Evoluties

In vergelijking met 2018 nam de prevalentie van het **huidige gebruik** van sigaretten licht toe in 2022, terwijl de prevalentie van **ooit gebruik** stabiel bleef. Er werden echter opvallende toenames vastgesteld in het gebruik van de e-sigaret. Het percentage jongeren dat de voorbije 30 dagen minstens één keer een e-sigaret gebruikte (**huidige e-sigaretgebruik**) verdubbelde tussen 2018 en 2022. Ook de prevalentie van **ooit e-sigaretgebruik** nam aanzienlijk toe in 2022 (Tabel 3.27).

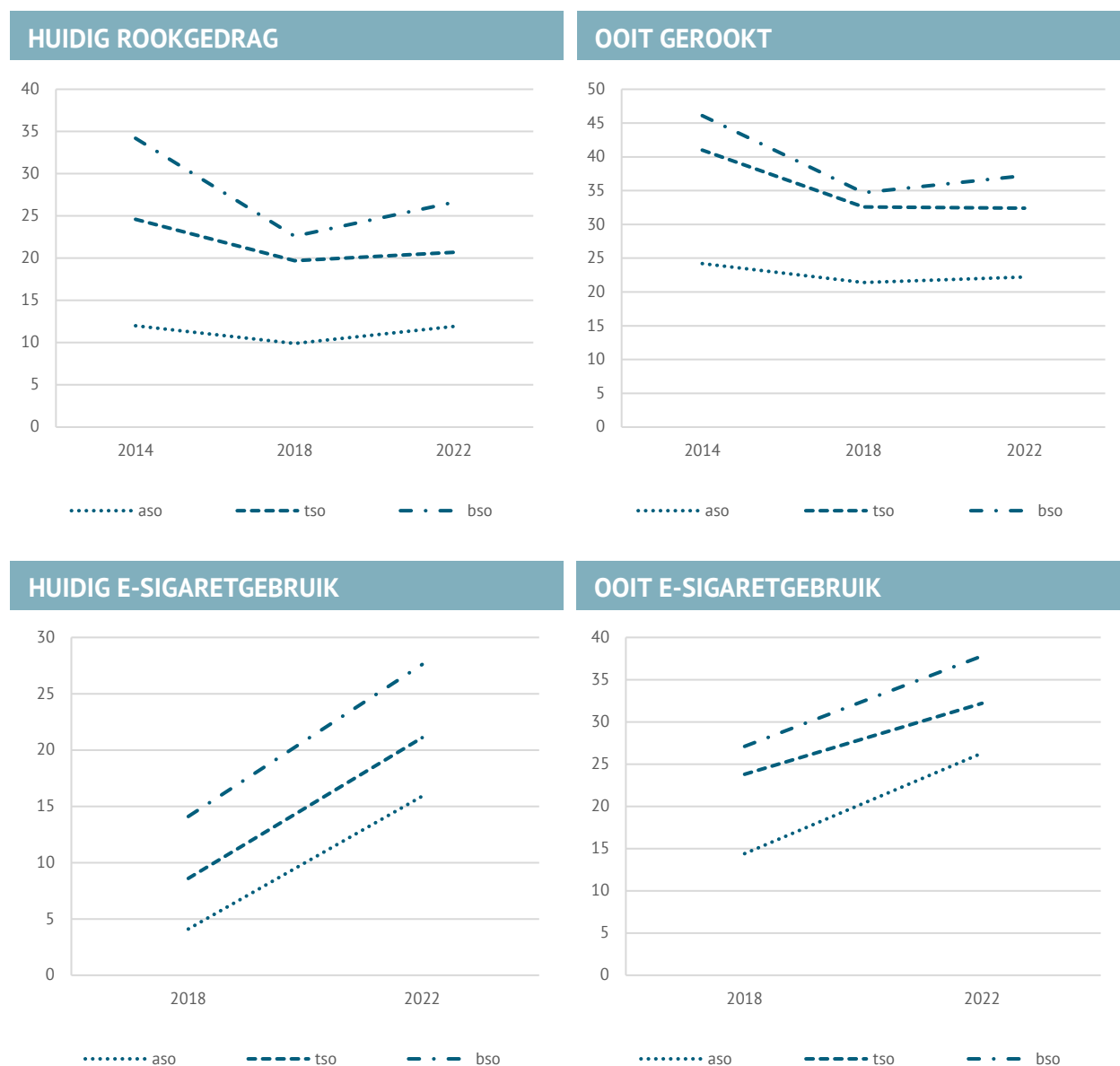
De prevalentie van het **huidige rookgedrag** en **ooit gebruik van sigaretten** nam tussen 2018 en 2022 alleen bij de meisjes toe. Bij jongens en meisjes afzonderlijk werd een toename in het gebruik van de e-sigaret waargenomen, zowel voor **huidig** als **ooit e-sigaretgebruik**, zoals blijkt uit Tabel 3.27.

Tabel 3.27 Evoluties in roken en vaperen tussen 2006 – 2022¹ (procentueel)

	ALGEMEEN				
	2006	2010	2014	2018	2022
Huidig rookgedrag $\geq 1x$ voorbije 30d] ¹	-	-	12,9	8,8	10,1*
Ooit gerookt $\geq 1x$ ooit] ¹	-	-	21,3	15,5	16,4
Huidig gebruik e-sigaret $\geq 1x$ voorbije 30d] ²	-	-	-	5,1	11,9*
Ooit gebruik e-sigaret $\geq 1x$ ooit] ²	-	-	-	12,7	18,3*
	JONGENS				
	2006	2010	2014	2018	2022
Huidig rookgedrag $\geq 1x$ voorbije 30d] ¹	-	-	14,2	10,2	10,9
Ooit gerookt $\geq 1x$ ooit] ¹	-	-	22,6	17,2	17,1
Huidig gebruik e-sigaret $\geq 1x$ voorbije 30d] ²	-	-	-	7,1	13,0*
Ooit gebruik e-sigaret $\geq 1x$ ooit] ²	-	-	-	17,1	20,0*
	MEISJES				
	2006	2010	2014	2018	2022
Huidig rookgedrag $\geq 1x$ voorbije 30d] ¹	-	-	11,5	7,3	9,3*
Ooit gerookt $\geq 1x$ ooit] ¹	-	-	19,9	13,7	15,6*
Huidig gebruik e-sigaret $\geq 1x$ voorbije 30d] ²	-	-	-	3,2	10,8*
Ooit gebruik e-sigaret $\geq 1x$ ooit] ²	-	-	-	8,4	16,6*

Noot: Een statistisch significante evolutie tussen 2018 en 2022 wordt aangeduid met een asterisk (*). ¹Geen gegevens beschikbaar voor 2006 en 2010. ²Aangezien vaperen voor het eerst bevraagd werd vanaf 2018 zijn er geen cijfers beschikbaar voor de eerdere meetmomenten.

Ten opzichte van 2018 nam de prevalentie van het **huidige rookgedrag** in 2022 toe bij alle jongeren uit het aso en het bso, terwijl de prevalentie stabiel bleef bij jongeren uit het tso. Wat betreft **ooit gebruik van sigaretten**, bleef de prevalentie in 2022 stabiel voor alle jongeren, ongeacht opleidingsvorm. De prevalentie van het **huidige e-sigaretgebruik** nam in 2022 sterk toe bij jongeren uit alle opleidingsvormen, evenals de prevalentie van **ooit e-sigaretgebruik**, zoals weergegeven in Figuur 3.6.



Noot: Geen gegevens beschikbaar voor 2006 en 2010. Aangezien vpen voor het eerst bevestigd werd vanaf 2018 zijn er geen cijfers beschikbaar voor de eerdere meetmomenten.

Figuur 3.6 Evoluties in roken en vpen naargelang opleidingsvorm tussen 2006 – 2022 (procentueel)

CANNABISGEBRUIK

Algemeen en verschillen naargelang geslacht

De prevalentie van het **huidige cannabisgebruik** bedroeg 7,1% en voor **ooit gebruik** was dit 14,0%. Meer jongens (8,4%) dan meisjes (5,8%) gaven aan cannabis gebruikt te hebben in de voorbije 30 dagen (**huidige cannabisgebruik**) en dit gold ook voor het **ooit gebruik** (jongens: 15,8%; meisjes: 12,3%), zoals weergegeven in **Tabel 3.28**.

Tabel 3.28 Cannabisgebruik voor de totale steekproef en naargelang geslacht (procentueel)

	TOTAAL	JONGENS	MEISJES
Huidig cannabisgebruik [≥ 1x voorbije 30d]	7,1	8,4	5,8
Ooit gebruik cannabis [≥ 1x gebruikt]	14,0	15,8	12,3

Noot. De getoonde verschillen naargelang geslacht zijn statistisch significant.

Verschillen naargelang leeftijd

De prevalentie van cannabisgebruik (**huidige gebruik** en **ooit gebruik**) lag telkens het laagst bij de 13- tot 14-jarige jongeren (respectievelijk 2,0% en 3,2%) en het hoogst bij de 17- tot 18-jarige jongeren (respectievelijk 12,5% en 27,3%), zoals weergegeven in **Tabel 3.29**.

Bij de jongens en de meisjes afzonderlijk werden gelijkaardige verschillen naargelang leeftijd geobserveerd (**Tabel 3.29**).

Tabel 3.29 Cannabisgebruik naargelang leeftijd (procentueel)

	ALGEMEEN				JONGENS				MEISJES			
	11-12	13-14	15-16	17-18	11-12	13-14	15-16	17-18	11-12	13-14	15-16	17-18
Huidig cannabisgebruik ¹ [≥ 1x voorbije 30d]	-	2,0	7,2	12,5	-	2,2	7,8	16,1	-	1,8	6,6	9,1
Ooit gebruik cannabis ¹ [≥ 1x gebruikt]	-	3,2	12,9	27,3	-	3,4	13,1	32,9	-	2,9	12,7	21,9

Noot. De getoonde verschillen naargelang leeftijd zijn statistisch significant. ¹Omwille van de gevoeligheid werden deze vragen niet gesteld bij de 11- tot 12-jarigen.

Verschillen naargelang opleidingsvorm

Het cannabisgebruik verschilde naargelang opleidingsvorm. Zowel bij het **huidige gebruik** als het **ooit gebruik** van cannabis werd de hoogste prevalentie telkens geobserveerd bij jongeren uit het bso (respectievelijk 13,4% en 24,5%) en de laagste prevalentie bij jongeren uit het aso (respectievelijk 6,1% en 14,9%), zoals blijkt uit **Tabel 3.30**.

Vergelijkbare verschillen naargelang opleidingsvorm werden ook bij de jongens en de meisjes geobserveerd (**Tabel 3.30**).

Tabel 3.30 Cannabisgebruik naargelang opleidingsvorm (procentueel)

	ALGEMEEN			JONGENS			MEISJES		
	aso	tso	bsc	aso	tso	bsc	aso	tso	bsc
Huidig cannabisgebruik [≥ 1x voorbije 30d]	6,1	12,1	13,4	8,1	13,3	14,6	4,5	10,8	12,0
Ooit gebruik cannabis [≥ 1x gebruikt]	14,9	22,6	24,5	17,4	24,0	27,0	12,9	21,0	21,2

Noot: De getoonde verschillen naargelang opleidingsvorm zijn statistisch significant.

Evoluties

In vergelijking met 2018 bleef de prevalentie van het **huidige gebruik** alsook het **ooit gebruik** bij alle jongeren stabiel, zoals weergegeven in **Tabel 3.31**.

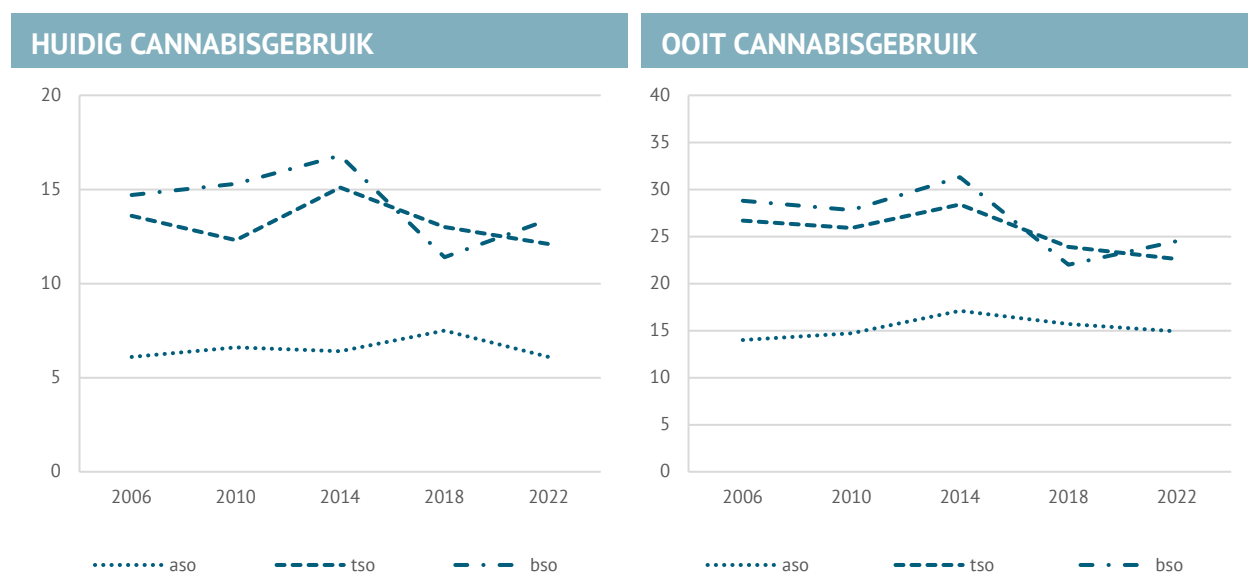
Bij de jongens nam de prevalentie van het **huidige cannabisgebruik** af in 2022, terwijl bij de meisjes de prevalentie licht toenam. Een gelijkaardig patroon werd vastgesteld voor de prevalentie van **ooit gebruik** van cannabis (**Tabel 3.31**).

Tabel 3.31 Evoluties in cannabisgebruik tussen 2006 – 2022 (procentueel)

	ALGEMEEN				
	2006	2010	2014	2018	2022
Huidig cannabisgebruik [≥ 1x voorbije 30d]	9,7	8,9	8,7	7,0	7,1
Ooit gebruik cannabis [≥ 1x gebruikt]	20,3	18,5	17,9	13,6	14,0
	JONGENS				
	2006	2010	2014	2018	2022
Huidig cannabisgebruik [≥ 1x voorbije 30d]	13,0	12,3	10,7	9,8	8,4*
Ooit gebruik cannabis [≥ 1x gebruikt]	24,3	22,6	20,1	17,5	15,8*
	MEISJES				
	2006	2010	2014	2018	2022
Huidig cannabisgebruik [≥ 1x voorbije 30d]	6,5	5,5	6,5	4,3	5,8*
Ooit gebruik cannabis [≥ 1x gebruikt]	16,3	14,5	15,5	9,9	12,3*

Noot: Een statistisch significante evolutie tussen 2018 en 2022 wordt aangeduid met een asterisk (*).

In vergelijking met 2018 bleef het **huidige cannabisgebruik** stabiel bij jongeren uit alle opleidingsvormen, behalve bij jongeren uit het aso, waar de prevalentie licht afnam. De prevalentie van **ooit cannabisgebruik** bleef over dezelfde periode stabiel bij jongeren uit alle opleidingsvormen, zoals geïllustreerd in **Figuur 3.7**.



Figuur 3.7 Evoluties in cannabisgebruik naargelang opleidingsvorm tussen 2006 – 2022 (procentueel)

GAMEN

Algemeen en verschillen naargelang geslacht

Het percentage jongeren dat **dagelijks gamede** bedroeg 29,0%. Beduidend meer jongens (39,7%) dan meisjes (18,2%) rapporteerden dagelijks te gamen (**Tabel 3.32**).

Tabel 3.32 Gamegedrag voor de totale steekproef en naargelang geslacht (procentueel)

	TOTAAL	JONGENS	MEISJES
Gamegedrag [dagelijks]	29,0	39,7	18,2

Noot: De getoonde verschillen naargelang geslacht zijn statistisch significant.

Verschillen naargelang leeftijd

Het **dagelijkse gamegedrag** was het meest prevalent bij de 11- tot 12-jarige jongeren (37,8%) en het minst prevalent bij de 17- tot 18-jarigen (21,2%). Bij de jongens en de meisjes afzonderlijk werden gelijkaardige verschillen naargelang leeftijd geobserveerd (**Tabel 3.33**).

Tabel 3.33 Gamegedrag naargelang leeftijd (procentueel)

	ALGEMEEN				JONGENS				MEISJES			
	11-12	13-14	15-16	17-18	11-12	13-14	15-16	17-18	11-12	13-14	15-16	17-18
Gamegedrag [dagelijks]	37,8	32,2	25,5	21,2	46,9	44,0	37,3	31,8	28,8	20,4	13,4	10,8

Noot: De getoonde verschillen naargelang leeftijd zijn statistisch significant.

Verschillen naargelang opleidingsvorm

Dagelijks gamen was het meest prevalent bij de jongeren uit het bso (25,1%) en het minst prevalent bij de jongeren uit het aso (21,8%), zoals weergegeven in [Tabel 3.34](#).

Bij meisjes was de prevalentie van gamen het hoogst – met vergelijkbare percentages – bij meisjes uit het tso (13,5%) en het bso (13,4%) en het laagst bij de meisjes uit het aso (10,5%). Bij de jongens werd geen verschil in de prevalentie naargelang opleidingsvorm gevonden ([Tabel 3.34](#)).

Tabel 3.34 Gamegedrag naargelang opleidingsvorm (procentueel)

	ALGEMEEN			JONGENS			MEISJES		
	aso	tso	bsa	aso	tso	bsa	aso	tso	bsa
Gamegedrag [dagelijks]	21,8	23,8	25,1	35,5	32,2	34,2 ^{ns}	10,5	13,5	13,4

Noot: De getoonde verschillen naargelang opleidingsvorm zijn statistisch significant, tenzij aangegeven met ns (niet significant).

GOKKEN

Algemeen en verschillen naargelang geslacht

Het percentage jongeren dat in de voorbije twaalf maanden één keer of meer gokte (**huidige gokgedrag**), bedroeg 17,3%. Het percentage jongeren dat **ooit gokte** in hun leven, bedroeg 26,2% ([Tabel 3.35](#)).

De prevalentie van het **huidige gokgedrag** alsook van het **ooit gokken** lag telkens hoger bij de jongens (respectievelijk 21,0% en 30,7%) dan bij de meisjes (respectievelijk 13,6% en 21,7%).

Tabel 3.35 Gokgedrag voor de totale steekproef en naargelang geslacht (procentueel)

	TOTAAL	JONGENS	MEISJES
Huidig gokgedrag [≥ 1x voorbije 30d]	17,3	21,0	13,6
Ooit gegokt [≥ 1x ooit]	26,2	30,7	21,7

Noot: De getoonde verschillen naargelang geslacht zijn statistisch significant.

Verschillen naargelang leeftijd

De prevalentie van het **huidige gokgedrag** en **ooit gokken** verschilde niet naargelang leeftijd ([Tabel 3.36](#)). Voor jongens en meisjes afzonderlijk werd wel een verschil opgemerkt naargelang leeftijd. Bij de jongens werd de hoogste prevalentie van het **huidige gokgedrag** geobserveerd bij de 17- tot 18-jarigen (24,3%) en de laagste prevalentie bij de 13- tot 14-jarigen (17,7%).

Bij de meisjes daarentegen was gokken het meest prevalent bij de 13- tot 14-jarigen (16,8%) en het minst prevalent bij de 17- tot 18-jarigen (11,3%). Een gelijkaardig patroon werd gezien voor de prevalentie van **ooit gokken** (Tabel 3.36).

Tabel 3.36 Gokgedrag naargelang leeftijd (procentueel)

	ALGEMEEN				JONGENS				MEISJES			
	11-12	13-14	15-16	17-18	11-12	13-14	15-16	17-18	11-12	13-14	15-16	17-18
Huidig gokgedrag ¹ [≥ 1x voorbij 30d]	-	17,2	17,1	17,7 ^{ns}	-	17,7	21,5	24,3	-	16,8	12,5	11,3
Ooit gegokt ¹ [≥ 1x ooit]	-	26,4	26,0	26,2 ^{ns}	-	26,7	31,0	34,6	-	26,1	20,8	18,1

Noot: De getoonde verschillen naargelang leeftijd zijn statistisch significant, tenzij aangegeven met ns (niet significant). ¹Omwillen van de gevoeligheid werden deze vragen niet gesteld bij de 11- tot 12-jarigen.

Verschillen naargelang opleidingsvorm

De prevalentie van het **huidige gokgedrag** verschilde tussen de verschillende opleidingsvormen. Het huidige gokgedrag was het meest prevalent – met vergelijkbare percentagens – bij jongeren uit het bso (18,7%) en het tso (18,4%) en het minst prevalent bij jongeren uit het aso (15,7%). Wat betreft **ooit gokken**, werden geen verschillen waargenomen naargelang opleidingsvorm (Tabel 3.37).

Een gemengd patroon werd waargenomen in het gokgedrag naargelang opleidingsvorm bij jongens en meisjes afzonderlijk (Tabel 3.37). Bij de meisjes varieerde de prevalentie van het **huidige gokgedrag** naargelang opleidingsvorm: gokgedrag was het hoogst bij meisjes uit het bso (14,8%) en het laagst bij meisjes uit het aso (10,6%). Bij de jongens werd geen verschil in het huidige gokgedrag vastgesteld tussen opleidingsvormen, maar wel in **ooit gokken**. Hierbij was de prevalentie het hoogst bij jongens uit het aso (34,4%) en het laagst bij jongens uit het bso (28,4%). Ooit gokken verschilde niet naargelang opleidingsvorm bij de meisjes.

Tabel 3.37 Gokgedrag naargelang opleidingsvorm (procentueel)

	ALGEMEEN			JONGENS			MEISJES		
	aso	tso	bso	aso	tso	bso	aso	tso	bso
Huidig gokgedrag [≥ 1x voorbij 30d]	15,7	18,4	18,7	22,0	23,6	21,9 ^{ns}	10,6	12,4	14,8
Ooit gegokt [≥ 1x ooit]	26,7	26,5	24,0 ^{ns}	34,4	33,2	28,4	20,3	18,7	18,4 ^{ns}

Noot: De getoonde verschillen naargelang opleidingsvorm zijn statistisch significant, tenzij aangegeven met ns (niet significant).

SEKSUELE GEZONDHEID

Tijdens de puberteit ondergaan jongeren biologische, cognitieve, emotionele en sociale veranderingen. Deze periode vormt dan ook het ideale moment om jongeren verder voor te bereiden op het maken van vrijwillige, geïnformeerde en veilige keuzes omtrent hun relaties en seksuele gezondheid. In dit verband is het echter ook belangrijk om inzichten te verwerven in de seksuele gezondheid van de jongeren. Dit rapport bestudeert de geslachtsgemeenschap, het gebruik van anticonceptiemiddelen en seksueel grensoverschrijdend gedrag. Het rapport brengt ook voor het eerst de genderidentiteit van Vlaamse jongeren in kaart ([Tabel 3.38](#)).

Tabel 3.38 Indicatoren seksuele gezondheid

	MEETMETHODE
Geslachtsgemeenschap ¹	Jongeren werd gevraagd of ze ooit al geslachtsgemeenschap (seks) gehad hebben met iemand met 'ja' of 'neen' als antwoordmogelijkheid. Het aandeel jongeren dat al geslachtsgemeenschap had wordt gerapporteerd.
GEBRUIK VOORBEHOEDSMIDDELEN	
Condoomgebruik eerste seksueel contact ¹	Jongeren werd gevraagd of zij of hun partner bij de eerste keer geslachtsgemeenschap een condoom hebben gebruikt. De antwoordmogelijkheden waren 'ja' of 'neen'. Het aandeel jongeren dat bij de eerste keer geslachtsgemeenschap een condoom gebruikte, wordt gerapporteerd.
Condoomgebruik laatste seksueel contact ¹	Jongeren werd gevraagd of zij of hun partner bij de laatste keer geslachtsgemeenschap een condoom hebben gebruikt. De antwoordmogelijkheden waren 'ja' of 'neen'. Het aandeel jongeren dat bij de laatste keer geslachtsgemeenschap een condoom gebruikte, wordt gerapporteerd.
Anticonceptiepil laatste seksueel contact ¹	Jongeren werd gevraagd of zij of hun partner bij de laatste keer geslachtsgemeenschap de anticonceptiepil hebben gebruikt. De antwoordmogelijkheden waren 'ja' of 'neen'. Het aandeel jongeren dat bij de laatste keer geslachtsgemeenschap de anticonceptiepil gebruikte, wordt gerapporteerd.
SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG	
Ongewenste aanrakingen ¹	Jongeren werd gevraagd of iemand hen ooit al gestreeld of aangeraakt had op een seksuele manier wanneer ze dit niet wilden. De antwoordmogelijkheden waren: 'ik wens niet te antwoorden', 'nooit', 'één keer', 'een paar keer' en 'vaak'. Het aandeel jongeren dat minstens één keer ongewenst werd aangeraakt, wordt gerapporteerd.
Verplicht iemand aanraken ¹	Jongeren werd gevraagd of ze ooit verplicht werden om iemand op een seksuele manier aan te raken wanneer ze dit niet wilden. De antwoordmogelijkheden waren: 'ik wens niet te antwoorden', 'nooit', 'één keer', 'een paar keer' en 'vaak'. Het aandeel jongeren dat minstens één keer verplicht werd iemand aan te raken, wordt gerapporteerd.

(vervolg Tabel 3.38)

	MEETMETHODE
Genderidentiteit ²	Jongeren werd eerst gevraagd hun geboortegeslacht op te geven met keuze uit de antwoordmogelijkheden: 'een jongen', 'een meisje', 'anders [vul aan]' en 'zeg ik liever niet'. Daarna werd naar hun genderidentiteit gepeild via de vraag: <i>Niet iedereen voelt zich zoals het lichaam waarin ze geboren zijn. Ik voel me...</i> met volgende antwoordmogelijkheden: 'een jongen', 'een meisje', 'soms een jongen, soms een meisje', 'geen van beiden', 'anders [vul aan]' en 'zeg ik liever niet'. Op basis van het antwoord op de vraag naar het geboortegeslacht en de genderidentiteit werden jongeren vervolgens ingedeeld als cisgender, transgender en non-binair. Jongeren werden als cisgender beschouwd wanneer ze dezelfde genderidentiteit (jongen of meisje) aanduiden als hun geboortegeslacht. Geboren jongens en meisjes die respectievelijk 'meisje' en 'jongen' aanduiden op de genderidentiteitsvraag werden gehercodeerd tot respectievelijk transgender meisje en transgender jongen. Geboren jongens en meisjes die 'soms een jongen, soms een meisje' of 'geen van beiden' antwoordden als genderidentiteit werden gehercodeerd tot gender non-binair. De open antwoordcategorieën op beide vragen (geboortegeslacht en genderidentiteit) werden inhoudelijk gescreend en indien eenduidig interpreteerbaar, gehercodeerd naar cisgender, transgender of non-binair. Indien er geen eenduidige interpretatie mogelijk was, werden deze gehercodeerd als ontbrekende waarde.

Noot. ¹Omwille van de gevoeligheid werden deze vragen niet gesteld bij de 11- tot 12-jarigen. ²Evoluties zijn niet beschikbaar aangezien deze indicator voor het eerst in 2022 is bevraagd.

GESLACHTSGEMEENSCHAP

Algemeen en verschillen naargelang geslacht

Het percentage jongeren dat al **geslachtsgemeenschap** had, bedroeg 22,2%. De prevalentie was vergelijkbaar voor de jongens en de meisjes en bedroeg respectievelijk 22,8% en 21,7% (Tabel 3.39).

Tabel 3.39 Geslachtsgemeenschap voor de totale steekproef en naargelang geslacht (procentueel)

	TOTAAL	JONGENS	MEISJES
Geslachtsgemeenschap [seks gehad]	22,2	22,8	21,7 ^{ns}

Noot. De getoonde verschillen naargelang geslacht waren niet statistisch significant (ns).

Verschillen naargelang leeftijd

De prevalentie van **geslachtsgemeenschap** was het laagst bij de 13- tot 14-jarigen (4,0%) en het hoogst bij de 17- tot 18-jarigen (42,5%). Bij de jongens en de meisjes afzonderlijk werden gelijkaardige verschillen naargelang leeftijd geobserveerd (Tabel 3.40).

Tabel 3.40 Geslachtsgemeenschap naargelang leeftijd (procentueel)

	ALGEMEEN			JONGENS			MEISJES		
	13-14	15-16	17-18	13-14	15-16	17-18	13-14	15-16	17-18
Geslachtsgemeenschap [seks gehad]	4,0	18,3	42,5	4,7	18,1	43,8	3,3	18,4	41,3

Noot. De getoonde verschillen naargelang leeftijd zijn statistisch significant.

Verschillen naargelang opleidingsvorm

Het percentage jongeren dat **geslachtsgemeenschap** had, was het hoogst bij jongeren uit het bso (43,4%) en het laagst bij jongeren uit het aso (21,0%). Vergelijkbare verschillen naar opleidingsvorm werden waargenomen bij zowel jongens als meisjes afzonderlijk (Tabel 3.41).

Tabel 3.41 Geslachtsgemeenschap naargelang opleidingsvorm (procentueel)

	ALGEMEEN			JONGENS			MEISJES		
	aso	tso	bso	aso	tso	bso	aso	tso	bso
Geslachtsgemeenschap [seks gehad]	21,0	36,5	43,4	20,6	37,1	41,1	21,4	35,9	46,0

Noot. De getoonde verschillen naargelang opleidingsvorm zijn statistisch significant.

Evoluties

In vergelijking met 2018 bleef het percentage jongeren dat **geslachtsgemeenschap** had stabiel. Dit patroon werd ook afzonderlijk bij jongens en meisjes waargenomen (Tabel 3.42).

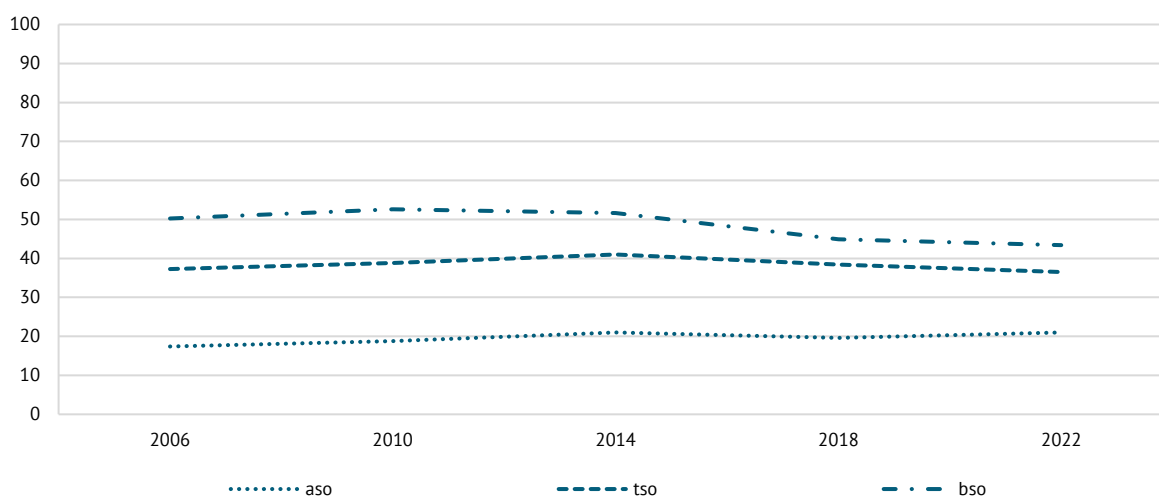
Tabel 3.42 Evoluties in geslachtsgemeenschap tussen 2006 – 2022 (procentueel)

	ALGEMEEN	JONGENS	MEISJES
GESLACHTSGEMEENSCHAP [seks gehad]			
2006	29,5	29,9	29,1
2010	28,9	29,1	28,7
2014	24,9	24,7	25,2
2018	22,1	24,0	20,2
2022	22,2	22,8	21,7

Noot. Een statistisch significante evolutie tussen 2018 en 2022 wordt aangeduid met een asterisk (*).

In vergelijking met 2018 bleef het aandeel jongeren dat **geslachtsgemeenschap** had stabiel bij jongeren uit de verschillende opleidingsvormen (Figuur 3.8).

GESLACHTSGEMEENSCHAP



Figuur 3.8 Evolutes in geslachtsgemeenschap naargelang opleidingsvorm tussen 2006 – 2022 (procentueel)

GEBRUIK VOORBEHOEDSMIDDELEN

Algemeen en verschillen naargelang geslacht

De prevalentie van **condoomgebruik bij de eerste geslachtsgemeenschap**, was 64,3%. Bij de **laatste geslachtsgemeenschap** rapporteerde 44,3% van de jongeren een condoom te hebben gebruikt, terwijl 61,9% aangaf dat zijzelf of hun partner de **anticonceptiepil** gebruikten (Tabel 3.43).

Er waren verschillen tussen jongens en meisjes. Tijdens de **laatste geslachtsgemeenschap** gebruikten jongens vaker een **condoom** dan meisjes (47,8% vs. 40,6%). Daarentegen gaven meisjes vaker aan dat zij de **anticonceptiepil** hadden gebruikt (65,2% vs. 58,8%). Bij **condoomgebruik tijdens de eerste geslachtsgemeenschap** werden geen verschillen waargenomen tussen jongens (63,5%) en meisjes (65,2%).

Tabel 3.43 Gebruik voorbehoedsmiddelen voor de totale steekproef en naargelang geslacht (procentueel)

	TOTAAL	JONGENS	MEISJES
GEBRUIK VOORBEHOEDSMIDDELEN			
Condoomgebruik eerste seksueel contact [condoom gebruikt]	64,3	63,5	65,2 ^{ns}
Condoomgebruik laatste seksueel contact [condoom gebruikt]	44,3	47,8	40,6
Anticonceptiepil laatste seksueel contact [anticonceptiepil gebruikt]	61,9	58,8	65,2

Noot: De getoonde verschillen naargelang geslacht zijn statistisch significant, tenzij aangegeven met ns (niet significant).

Verschillen naargelang leeftijd

Het **condoomgebruik bij de eerste geslachtsgemeenschap** was het meest prevalent bij de 17- tot 18-jarigen jongeren (67,2%) en het minst prevalent bij de 13- tot 14-jarige jongeren (44,4%). De prevalentie van het **condoomgebruik bij de laatste geslachtsgemeenschap** was het laagst bij de 17- tot 18-jarige jongeren (41,2%), maar voor hen werd wel de hoogste prevalentie van het gebruik van de **anticonceptiepil** (70,1%) opgetekend (Tabel 3.44).

De resultaten voor meisjes vertoonden gelijkaardige leeftijdsverschillen in **condoomgebruik bij de eerste geslachtsgemeenschap**, met de laagste prevalentie bij de 13- tot 14-jarigen (46,6%) en de hoogste bij de 17- tot 18-jarigen (69,5%). Bij jongens was het condoomgebruik tijdens de eerste geslachtsgemeenschap ook het minst prevalent bij de 13- tot 14-jarigen (42,9%) en het meest prevalent bij de 15- tot 16-jarigen (65,4%). Wat betreft **condoomgebruik bij de laatste geslachtsgemeenschap**, was de prevalentie het laagst bij de 17- tot 18-jarige meisjes (37,2%) en het hoogst bij de 15- tot 16-jarige meisjes (50,9%). Bij de jongens werd de laagste prevalentie waargenomen bij de 13- tot 14-jarigen (42,4%) en de hoogste bij de 15- tot 16-jarigen (58,9%). Daarnaast werd bij zowel jongens als meisjes vastgesteld dat de prevalentie van het gebruik van de **anticonceptiepil bij de laatste geslachtsgemeenschap** het hoogst was bij de 17- tot 18-jarigen (jongens: 65,0%; meisjes: 75,1%) en het laagst bij de 13- tot 14-jarigen (jongens: 34,5%; meisjes: 28,3%), zoals weergegeven in Tabel 3.43.

Tabel 3.44 Gebruik voorbehoedsmiddelen naargelang leeftijd (procentueel)

	ALGEMEEN			JONGENS			MEISJES		
	13-14	15-16	17-18	13-14	15-16	17-18	13-14	15-16	17-18
GEBRUIK VOORBEHOEDSMIDDELEN									
Condoomgebruik eerste seksueel contact [condoom gebruikt]	44,4	63,3	67,2	42,9	65,4	64,9	46,6	61,2	69,5
Condoomgebruik laatste seksueel contact [condoom gebruikt]	43,4	55,0	41,2	42,4	58,9	45,1	45,0	50,9	37,2
Anticonceptiepil laatste seksueel contact [anticonceptiepil gebruikt]	32,0	52,0	70,1	34,5	53,3	65,0	28,3	50,8	75,1

Noot: De getoonde verschillen naargelang leeftijd zijn statistisch significant.

Verschillen naargelang opleidingsvorm

De prevalentie van het **condoomgebruik tijdens de eerste geslachtsgemeenschap** was minder prevalent bij jongeren uit het bso (58,8%) dan bij jongeren uit het aso (71,8%). Het gebruik van voorbehoedsmiddelen (**condoom en/of anticonceptiepil**) tijdens de laatste geslachtsgemeenschap verschilde niet naargelang opleidingsvorm (Tabel 3.45).

Een gelijkaardig patroon in de prevalentie van **condoomgebruik bij de eerste geslachtsgemeenschap** naargelang opleidingsvorm werd waargenomen bij de meisjes, waarbij de laagste prevalentie werd gezien bij meisjes uit het bso (59,3%) en de hoogste prevalentie bij meisjes uit het aso (75,5%). Bij de jongens werd de laagste prevalentie ook geobserveerd in het bso (58,2%), terwijl de prevalentie het hoogst was bij jongens uit het tso (68,0%). Wat betreft **condoomgebruik bij de laatste geslachtsgemeenschap** werd enkel bij de meisjes een verschil naargelang opleidingsvorm geobserveerd. De laagste prevalentie werd gevonden bij meisjes uit het tso (37,5%) en de hoogste prevalentie bij meisjes uit het aso (45,4%). De prevalentie van het gebruik van de **anticonceptiepil bij de laatste geslachtsgemeenschap** verschilde enkel bij de jongens. Het percentage jongens dat aangaf dat hun partner de anticonceptiepil gebruikte, was het laagst bij jongens uit het aso (54,8%) en het hoogst bij jongens uit het bso (62,8%) en het tso (62,3%), zoals weergegeven in **Tabel 3.45**.

Tabel 3.45 Gebruik voorbehoedsmiddelen naargelang opleidingsvorm (procentueel)

	ALGEMEEN			JONGENS			MEISJES		
	aso	tso	bso	aso	tso	bso	aso	tso	bso
GEBRUIK VOORBEHOEDSMIDDELEN									
Condoomgebruik eerste seksueel contact [condoom gebruikt]	71,8	65,8	58,8	66,9	68,0	58,2	75,5	63,1	59,3
Condoomgebruik laatste seksueel contact [condoom gebruikt]	46,2	44,2	42,5 ^{ns}	47,0	49,7	46,2 ^{ns}	45,4	37,5	38,5
Anticonceptiepil laatste seksueel contact [anticonceptiepil gebruikt]	62,0	64,1	65,2 ^{ns}	54,8	62,3	62,8	67,6	66,4	67,9 ^{ns}

Noot: De getoonde verschillen naargelang opleidingsvorm zijn statistisch significant, tenzij aangegeven met ns (niet significant).

Evoluties

In vergelijking met 2018 nam de prevalentie van **condoomgebruik tijdens de eerste geslachtsgemeenschap** beduidend af bij alle jongeren, terwijl de prevalentie van **condoomgebruik tijdens de laatste geslachtsgemeenschap** stabiel bleef. De prevalentie van **anticonceptiepilgebruik tijdens de laatste geslachtsgemeenschap** daalde echter bij de jongeren in 2022 (**Tabel 3.46**).

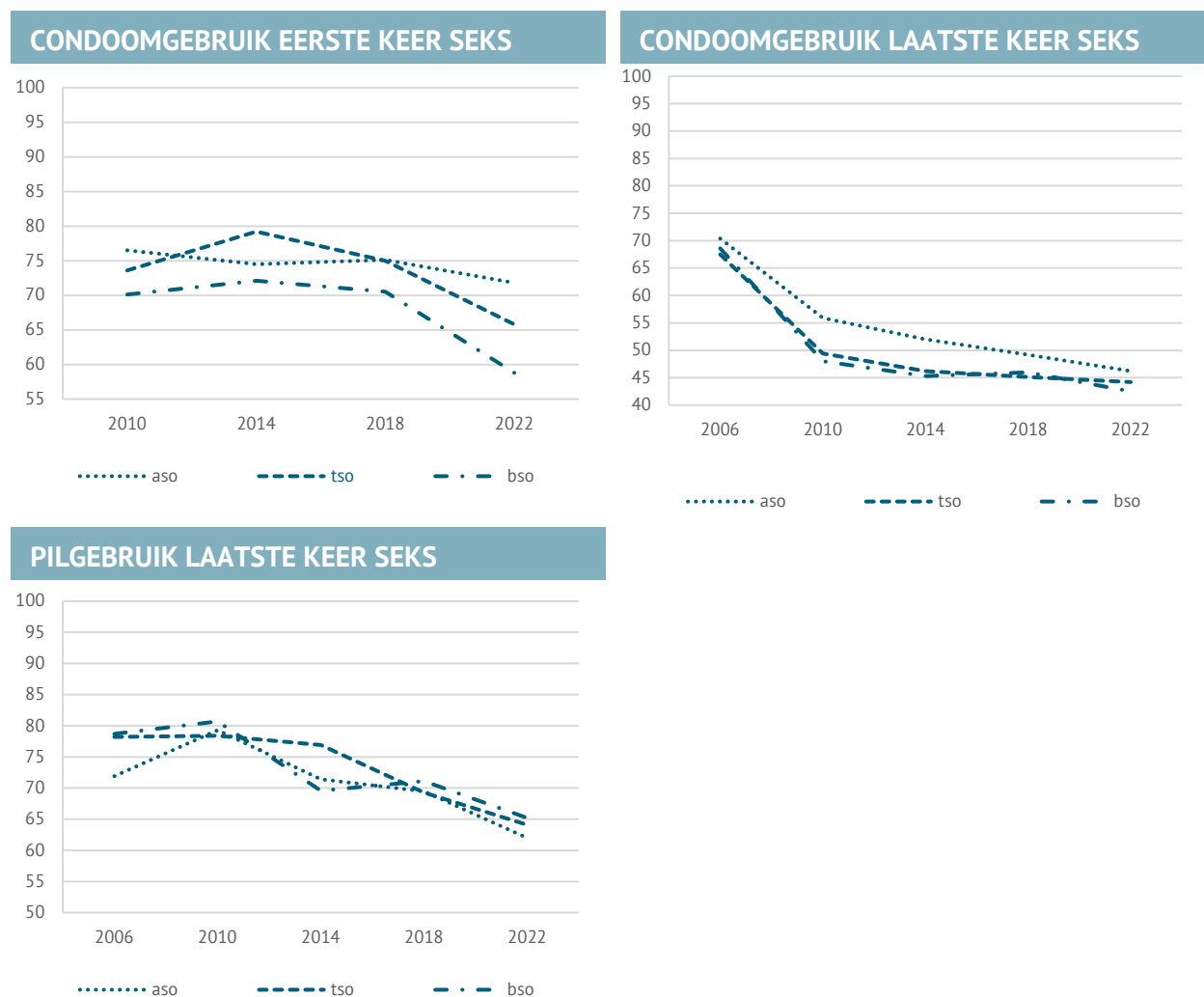
Ook bij de jongens en meisjes afzonderlijk nam de prevalentie van **condoomgebruik bij de eerste geslachtsgemeenschap** af in 2022 ten opzichte van 2018, terwijl enkel bij de jongens een afname in de prevalentie van **condoomgebruik bij de laatste geslachtsgemeenschap** vast te stellen was. Het percentage jongens dat aangaf dat hun partner de **anticonceptiepil gebruikte bij de laatste geslachtsgemeenschap** bleef stabiel ten opzichte van 2018 maar voor de meisjes was er een afname, zoals weergegeven in **Tabel 3.46**.

Tabel 3.46 Evoluties in gebruik voorbehoedsmiddelen tussen 2006 – 2022 (procentueel)

	ALGEMEEN				
	2006	2010	2014	2018	2022
Condoomgebruik eerste seksueel contact [condoom gebruikt]	-	73,1	74,5	72,4	64,3*
Condoomgebruik laatste seksueel contact [condoom gebruikt]	52,3	61,5	48,3	47,3	44,3
Anticonceptiepil laatste seksueel contact [anticonceptiepil gebruikt]	76,5	78,6	70,8	67,5	61,9
	JONGENS				
	2006	2010	2014	2018	2022
Condoomgebruik eerste seksueel contact [condoom gebruikt]	-	72,5	72,5	69,9	63,5*
Condoomgebruik laatste seksueel contact [condoom gebruikt]	61,5	58,3	55,8	52,7	47,8*
Anticonceptiepil laatste seksueel contact [anticonceptiepil gebruikt]	73,9	76,0	65,9	62,6	58,8
	MEISJES				
	2006	2010	2014	2018	2022
Condoomgebruik eerste seksueel contact [condoom gebruikt]	-	73,7	76,5	75,4	65,2*
Condoomgebruik laatste seksueel contact [condoom gebruikt]	43,2	44,6	40,7	41,1	40,6
Anticonceptiepil laatste seksueel contact [anticonceptiepil gebruikt]	78,8	80,7	75,5	73,0	65,2*

Noot. Een statistisch significante evolutie tussen 2018 en 2022 wordt aangeduid met een asterisk (*).

Het percentage jongeren dat tijdens **de eerste geslachtsgemeenschap een condoom gebruikte**, bleef stabiel voor jongeren uit het aso, maar nam af voor jongeren uit het tso en vooral voor jongeren uit het bso. In vergelijking met 2018 bleef het percentage jongeren dat een **condoom gebruikte tijdens de laatste geslachtsgemeenschap** stabiel overheen alle opleidingsvormen. Dit was ook het geval voor het gebruik van de **anticonceptiepil tijdens de laatste geslachtsgemeenschap**, zoals weergegeven in **Figuur 3.9**.



Figuur 3.9 Evoluties in gebruik voorbehoedsmiddelen naargelang opleidingsvorm tussen 2006 – 2022 (procentueel)

SEKSUEEL GRENDOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Algemeen en verschillen naargelang geslacht

Het percentage jongeren dat minstens één keer op een **ongewenste seksuele manier werd aangeraakt** bedroeg 26,3% en 10,9% van de jongeren rapporteerde minstens één keer **iemand verplicht aangeraakt** te moeten hebben (Tabel 3.47).

Van de jongens gaf 16,4% aan minstens één keer op een **ongewenst seksuele manier te worden aangeraakt**. Bij de meisjes lag dit beduidend hoger op 34,8%. Ook de prevalentie van **verplichte aanrakingen** lag hoger bij de meisjes (15,0%) dan bij de jongens (6,9%), zoals blijkt uit Tabel 3.47.

Tabel 3.47 Grensoverschrijdend gedrag voor de totale steekproef en naargelang geslacht (procentueel)

	ALGEMEEN	JONGENS	MEISJES
SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG			
Ongewenste aanrakingen [≥1 keer]	26,3	16,4	34,8
Verplicht iemand aanraken [≥1 keer]	10,9	6,9	15,0

Noot. De getoonde verschillen naargelang geslacht zijn statistisch significant.

Verschillen naargelang leeftijd

Het aandeel jongeren dat werd geconfronteerd met grensoverschrijdend seksueel gedrag was het hoogst bij de 17- tot 18-jarigen (**ongewenste aanraking**: 35,9%; **verplichte aanraking**: 14,8%) en het laagst bij de 13- tot 14-jarigen (ongewenste seksuele aanraking: 16,5%; verplichte seksuele aanraking: 5,4%), zoals weergegeven in **Tabel 3.48**.

Vergelijkbare verschillen naargelang leeftijd werden bij de jongens en de meisjes afzonderlijk geobserveerd (**Tabel 3.48**).

Tabel 3.48 Grensoverschrijdend gedrag naargelang leeftijd (procentueel)

	ALGEMEEN			JONGENS			MEISJES		
	13-14	15-16	17-18	13-14	15-16	17-18	13-14	15-16	17-18
SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG									
Ongewenste aanrakingen [≥1 keer]	16,5	25,7	35,9	11,4	14,2	22,3	21,7	37,5	49,0
Verplicht iemand aanraken [≥1 keer]	5,4	11,4	14,8	3,8	6,9	9,1	7,3	15,9	20,4

Noot. De getoonde verschillen naargelang leeftijd zijn statistisch significant.

Verschillen naargelang opleidingsvorm

Zowel voor **ongewenst aangeraakt** worden als **verplicht iemand aan te raken**, werden de hoogste prevalentiecijfers bij de jongeren uit het bso gezien (respectievelijk 33,7% en 19,8%) en de laagste prevalentiecijfers situeerden zich bij de jongeren uit het aso (respectievelijk 28,7% en 9,4%), zoals blijkt uit **Tabel 3.49**.

Bij de jongens en de meisjes afzonderlijk werd een gelijkaardig verschil naargelang opleidingsvorm waargenomen (**Tabel 3.49**).

Tabel 3.49 Grensoverschrijdend gedrag naargelang opleidingsvorm (procentueel)

	ALGEMEEN			JONGENS			MEISJES		
	aso	tso	bsc	aso	tso	bsc	aso	tso	bsc
SEKSUEEL GRENDOVERSCHRIJDEND GEDRAG									
Ongewenste aanrakingen [≥1 keer]	28,7	32,4	33,7	17,9	18,6	20,8	37,5	49,1	49,4
Verplicht iemand aanraken [≥1 keer]	9,4	15,0	19,8	6,0	8,4	12,5	12,0	23,0	29,0

Noot: De getoonde verschillen naargelang opleidingsvorm zijn statistisch significant.

Evoluties

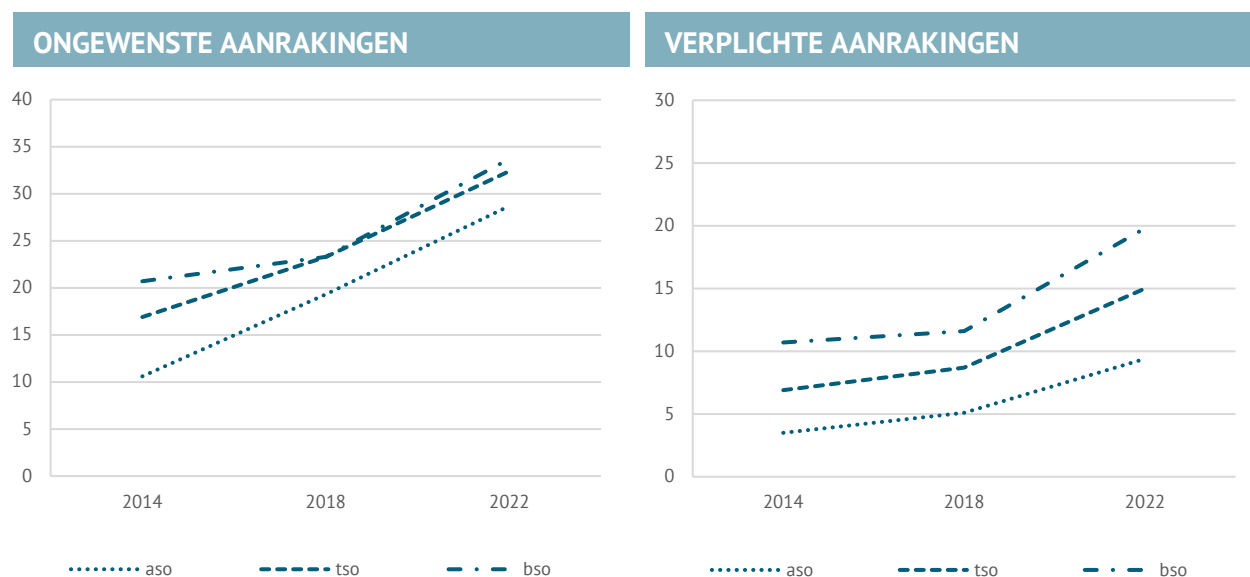
In vergelijking met 2018 nam de prevalentie van **ongewenste aanrakingen** en **verplichte aanrakingen** in 2022 toe bij alle jongeren, zoals weergegeven in **Tabel 3.50**. Ook voor de jongens en meisjes afzonderlijk werd een gelijkaardige ongunstige evolutie waargenomen.

Tabel 3.50 Evoluties in grensoverschrijdend gedrag tussen 2014 – 2022¹ (procentueel)

	ALGEMEEN		
	2014	2018	2022
Ongewenste aanrakingen [≥1 keer]	13,4	18,9	26,3*
Verplicht iemand aanraken [≥1 keer]	5,6	6,9	10,9*
	JONGENS		
	2014	2018	2022
Ongewenste aanrakingen [≥1 keer]	8,6	13,0	16,4*
Verplicht iemand aanraken [≥1 keer]	3,3	4,6	6,9*
	MEISJES		
	2014	2018	2022
Ongewenste aanrakingen [≥1 keer]	18,3	24,6	34,8*
Verplicht iemand aanraken [≥1 keer]	7,8	9,1	15,0*

Noot: Een statistisch significante evolutie tussen 2018 en 2022 wordt aangeduid met een asterisk (*). ¹Gegevens zijn enkel beschikbaar vanaf 2014.

Ten opzichte van de bevindingen uit 2018 nam de prevalentie van **ongewenste seksuele aanrakingen** toe in 2022 voor jongeren uit de verschillende opleidingsvormen. Ook de prevalentie van één of meerdere **verplichte seksuele aanrakingen** nam in 2022 toe bij de jongeren uit alle opleidingsvormen zoals weergegeven in **Figuur 3.10**.



Figuur 3.10 Evoluties in grensoverschrijdend gedrag naargelang opleidingsvorm tussen 2014 – 2022 (procentueel)

GENDERIDENTITEIT

Algemeen en verschillen naargelang geslacht

Het aandeel **cisgender** jongeren bedroeg 97,0% (waarvan 49,9% cisgender jongens en 47,1% cisgender meisjes). De proportie **transgender** jongeren was 0,4% (waarvan 0,1% transgender meisjes en 0,3% transgender jongens) en het aandeel **non-binaire** jongeren bedroeg 2,6% (waarvan 0,5% non-binair als jongen geboren en 2,1% non-binair als meisje geboren). Samengevat bedroeg de populatie genderdiverse (transgender en non-binair) jongeren 3,0% van de totale steekproef.

Verschillen naargelang leeftijd

Het aandeel jongeren dat zichzelf als **genderdivers** identificeert was het hoogst bij de 11- tot 12-jarigen (4,4%) en het laagst bij de 15- tot 16 (2,5%) en 17- tot 18-jarigen (2,5%), zoals weergegeven in **Tabel 3.51**.

Bij de jongens en de meisjes afzonderlijk werd het hoogste prevalentiecijfer eveneens gerapporteerd door de 11- tot 12-jarigen, respectievelijke 1,9% bij de jongens en 6,8% bij de meisjes. Bij jongens werd het laagste prevalentiecijfers echter gerapporteerd door de 13- tot 14-jarigen (0,7%). Bij meisjes was het percentage gender diverse het laagst bij de 17- tot 18-jarigen (3,7%; **Tabel 3.51**).

Tabel 3.51 Genderidentiteit naargelang leeftijd (procentueel)

	ALGEMEEN				JONGENS ¹				MEISJES ¹			
	11-12	13-14	15-16	17-18	11-12	13-14	15-16	17-18	11-12	13-14	15-16	17-18
GENDERIDENTITEIT												
Cisgender	95,6	97,4	97,5	97,5	98,1	99,3	99,1	98,7	93,2	95,5	95,8	96,3
Genderdivers	4,4	2,6	2,5	2,5	1,9	0,7	0,9	1,3	6,8	4,5	4,2	3,7

Noot. De getoonde verschillen naargelang leeftijd zijn statistisch significant. ¹Indeling naargelang geboortegeslacht.

Verschillen naargelang opleidingsvorm

Het aandeel **genderdiverse** jongeren was het hoogst in het bso (3,3%) en het laagste in het aso (1,7%), zoals weergegeven in **Tabel 3.52**.

Bij de meisjes werd een gelijkaardig verschil naargelang opleidingsvorm waargenomen (**Tabel 3.52**). Bij de jongens daarentegen werd geen verschil in genderidentiteit naargelang opleidingsvorm geobserveerd.

Tabel 3.52 Genderidentiteit naargelang opleidingsvorm (procentueel)

	ALGEMEEN			JONGENS ¹			MEISJES ¹		
	aso	tso	bso	aso	tso	bso	aso	tso	bso
GENDERIDENTITEIT									
Cisgender	98,3	97,0	96,7	99,0	98,7	98,9 ^{ns}	97,7	95,0	93,8
Genderdivers	1,7	3,0	3,3	1,0	1,3	1,1 ^{ns}	2,3	5,0	6,3

Noot. De getoonde verschillen naargelang opleidingsvorm zijn statistisch significant tenzij aangegeven met ns (niet significant). ¹Indeling naargelang geboortegeslacht.

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. Een 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 (Ghekiere et al., 2019). Ook andere factoren, zoals de verminderde aanwezigheid van ouderlijke controle en schoolstress, spelen een rol (Lund et al., 2010).

Jongeren die te weinig of slecht slapen, lopen op korte en lange termijn meer risico op gezondheidsproblemen. Slaaptekort verlaagt het energieverbruik doordat vermoeidheid het activiteitsniveau vermindert. Tegelijk stimuleert het de eetlust doordat verzadigingssignalen afnemen en hongersignalen toenemen. Bovendien verhoogt kortere slaap het risico op insulineresistentie wat gepaard kan gaan met een verhoogde drang naar calorierijke, zoete voeding. Naast ongezonde eetgewoonten en minder beweging, heeft slaaptekort ook een negatieve invloed op schoolprestaties en verhoogt het de kans op risicogedragingen zoals alcoholgebruik, spijbelen en onoplettendheid in het verkeer. Op lange termijn kan dit leiden tot obesitas, diabetes, hoge bloeddruk en depressie. Dit rapport onderzoekt de slaapkwaliteit van jongeren alsook de mate waarin ze de aanbevelingen rond slaap al dan niet halen (**Tabel 2.17**).

Tabel 3.53 Indicatoren slaap

	MEETMETHODE
Slaapkwaliteit	Jongeren werd gevraagd hun slaapkwaliteit te beoordelen aan de hand van vijf stellingen (<i>'slechte nachtrust'</i> , <i>'moeilijk in slaap vallen'</i> , <i>'onvoldoende nachtrust'</i> , <i>'verstoorde nachtrust'</i> en <i>'ochtendmoeheid'</i>). De antwoordopties varieerden van 'nooit' (score 1) tot 'altijd' (score 5). Op basis van de antwoorden werd een somscore berekend. Het percentage jongeren met een lage slaapkwaliteit (score ≥ 15) wordt gerapporteerd.
Slaapduur	De slaapduur van jongeren tijdens schooldagen en weekends/vakanties werd gemeten met drie vragen: <i>'het uur van slapengaan (bedtijd)'</i> , <i>'de tijd om in slaap te vallen (latentietijd)'</i> en <i>'het uur van opstaan'</i> . De antwoorden werden omgerekend naar uren om de slaapduur te berekenen (slaapduur = 24u - bedtijd - latentietijd + opstaan). Op basis van de berekende slaapduur werden jongeren ingedeeld in twee groepen: zij die voldeden aan de slaapnorm en zij die dat niet deden. De slaapnorm is gebaseerd op wetenschappelijke richtlijnen: minimaal 9 uur slaap voor 11-12-jarigen en minimaal 8 uur voor 13-18-jarigen.

SLAAPKWALITEIT EN SLAAPDUUR

Algemeen en verschillen naargelang geslacht

Het aandeel jongeren met een lage **slaapkwaliteit** bedroeg 48,4%. Meer meisjes (55,8%) dan jongens (41,2%) rapporteerden een lage slaapkwaliteit te ervaren.

Het percentage jongeren dat aangaf minder dan negen uur te slapen tijdens *schooldagen* en dus niet voldeden aan de **slaapnorm voor 11- tot 12-jarigen**, bedroeg 51,4%. Voor de jongens (50,1%) en de meisjes (52,7%) afzonderlijk verschilde de prevalentie niet. Tijdens het *weekend en vakanties* rapporteerde 27,4% van deze leeftijdsgroep niet aan de norm te voldoen. Meer jongens (30,3%) dan meisjes (24,6%) gaven aan de norm niet te halen.

Het aandeel jongeren dat minder dan acht uur sliep tijdens *schooldagen* en dus niet voldeed aan de **slaapnorm vanaf 13-jarige leeftijd**, bedroeg 67,3%. Deze prevalentie lag iets hoger bij de meisjes (67,9%) dan bij de jongens (66,7%). Tijdens het *weekend en vakanties* gaf 21,5% van de jongeren aan niet aan de slaapnorm te voldoen, met een hoger aandeel bij de jongens (23,7%) dan de meisjes (19,3%). Alle resultaten worden gerapporteerd in **Tabel 3.54**.

Tabel 3.54 Slaapkwaliteit en -duur voor de totale steekproef en naargelang geslacht (procentueel)

	TOTAAL	JONGENS	MEISJES
Slaapkwaliteit (1-25) [laag, score ≥ 15]	48,4	41,2	55,8
SLAAPDUUR			
Slaapnorm week [min. 9 uur, 11-12j]	51,4	50,1	52,7 ^{ns}
Slaapnorm week [min. 8 uur, 13-18j]	67,3	66,7	67,9
Slaapnorm weekend [min. 9 uur, 11-12j]	27,4	30,3	24,6
Slaapnorm weekend [min. 8 uur, 13-18j]	21,5	23,7	19,3

Noot: De getoonde verschillen naargelang geslacht zijn statistisch significant, tenzij aangeven met ns (niet significant).

Verschillen naargelang leeftijd

Het percentage jongeren dat een slechte **slaapkwaliteit** ervoer, was het laagst bij de 11- tot 12-jarigen (42,5%) en het hoogst bij de 17- tot 18-jarigen (53,0%). Zowel tijdens *schooldagen* als tijdens het *weekend en vakanties* was het percentage jongeren dat niet aan de **slaapnorm** voldeed het laagst bij de 13- tot 14-jarigen (schooldagen: 49,0%; weekend/vakanties: 16,0%) en het hoogst bij de 17- tot 18-jarigen (schooldagen: 81,1%; weekend/vakanties: 26,3%) zoals gerapporteerd in **Tabel 3.55**.

Vergelijkbare leeftijdsverschillen in **slaapkwaliteit** en **slaapnorm** werden gezien voor de jongens en de meisjes (**Tabel 3.55**). Enkel bij de jongens werd de laagste prevalentie van slaapkwaliteit geobserveerd bij 13- tot 14-jarigen (37,9%) en de hoogste bij 17- tot 18-jarigen (44,3%).

Tabel 3.55 Slaapkwaliteit en -duur naargelang leeftijd (procentueel)

	ALGEMEEN				JONGENS				MEISJES			
	11-12	13-14	15-16	17-18	11-12	13-14	15-16	17-18	11-12	13-14	15-16	17-18
Slaapkwaliteit (1-25) [laag, score ≥ 15]	42,5	46,3	51,2	53,0	40,0	37,9	40,8	44,3	45,0	54,7	61,9	61,5
SLAAPDUUR												
Slaapnorm week ¹ [min. 8 uur, 13-18j]	-	49,0	73,3	81,1	-	46,3	72,1	84,0	-	51,8	74,6	78,3
Slaapnorm weekend ¹ [min. 8 uur, 13-18j]	-	16,0	22,7	26,3	-	17,3	24,1	30,4	-	14,6	21,2	22,2

Noot: De getoonde verschillen naargelang leeftijd zijn statistisch significant. ¹Vanwege de afzonderlijke slaapnorm voor 11- tot 12-jarigen, werden geen leeftijdsverschillen voor deze groep bestudeerd.

Verschillen naargelang opleidingsvorm

De prevalentie van een slechte **slaapkwaliteit** verschilde niet naargelang opleidingsvorm zoals blijkt uit **Tabel 3.56**. Het percentage jongeren dat niet aan de **slaapnorm** voldeed tijdens *schooldagen* was het laagst bij de jongeren uit het aso (75,0%) en het hoogst bij de jongeren uit het tso (80,0%). Ook het niet halen van de slaapnorm tijdens het *weekend* en schoolvakanties was het laagst bij de jongeren uit het aso (20,0%) en het hoogst – met vergelijkbare percentages – in het tso (27,5%) en het bso (28,7%). Er werd evenmin een verschil in **slaapkwaliteit** naargelang opleidingsvorm gevonden bij de jongens. Bij de meisjes was het aandeel dat een slechte slaapkwaliteit ervoer het laagst in het aso (59,2%) en het hoogst in het tso (65,6%). Wat betreft het niet voldoen aan de **slaapnorm** tijdens *schooldagen* en in het *weekend en vakanties* , was de prevalentie voor zowel jongens als meisjes het laagst in het aso en het hoogst in het tso (**Tabel 3.56**).

Tabel 3.56 Slaapkwaliteit en -duur naargelang opleidingsvorm (procentueel)

	ALGEMEEN			JONGENS			MEISJES		
	aso	tso	bso	aso	tso	bso	aso	tso	bso
Slaapkwaliteit (1-25) [laag, score ≥ 15]	51,9	52,9	52,1 ^{ns}	43,1	42,3	43,0 ^{ns}	59,2	65,6	63,8
SLAAPDUUR									
Slaapnorm week [min. 8 uur, 13-18j]	75,0	80,0	76,1	74,2	81,0	77,8	75,5	78,9	73,9
Slaapnorm weekend [min. 8 uur, 13-18j]	20,0	27,5	28,7	21,4	29,8	32,2	18,8	24,8	24,2

Noot: De getoonde verschillen naargelang opleidingsvorm zijn statistisch significant, tenzij aangegeven met ns (niet significant).

Evoluties

In vergelijking met 2018 nam het aandeel jongeren dat een slechte **slaapkwaliteit** rapporteerde beduidend toe. Ook de slaapduur evolueerde in negatieve zin, met een toename van het aandeel jongeren dat de **slaapnorm** van respectievelijk negen uur (11- tot 12-jarigen) en acht uur (vanaf 13-jaar) niet haalde tijdens *schooldagen* en in het *weekend en vakanties* in 2022 (**Tabel 3.57**).

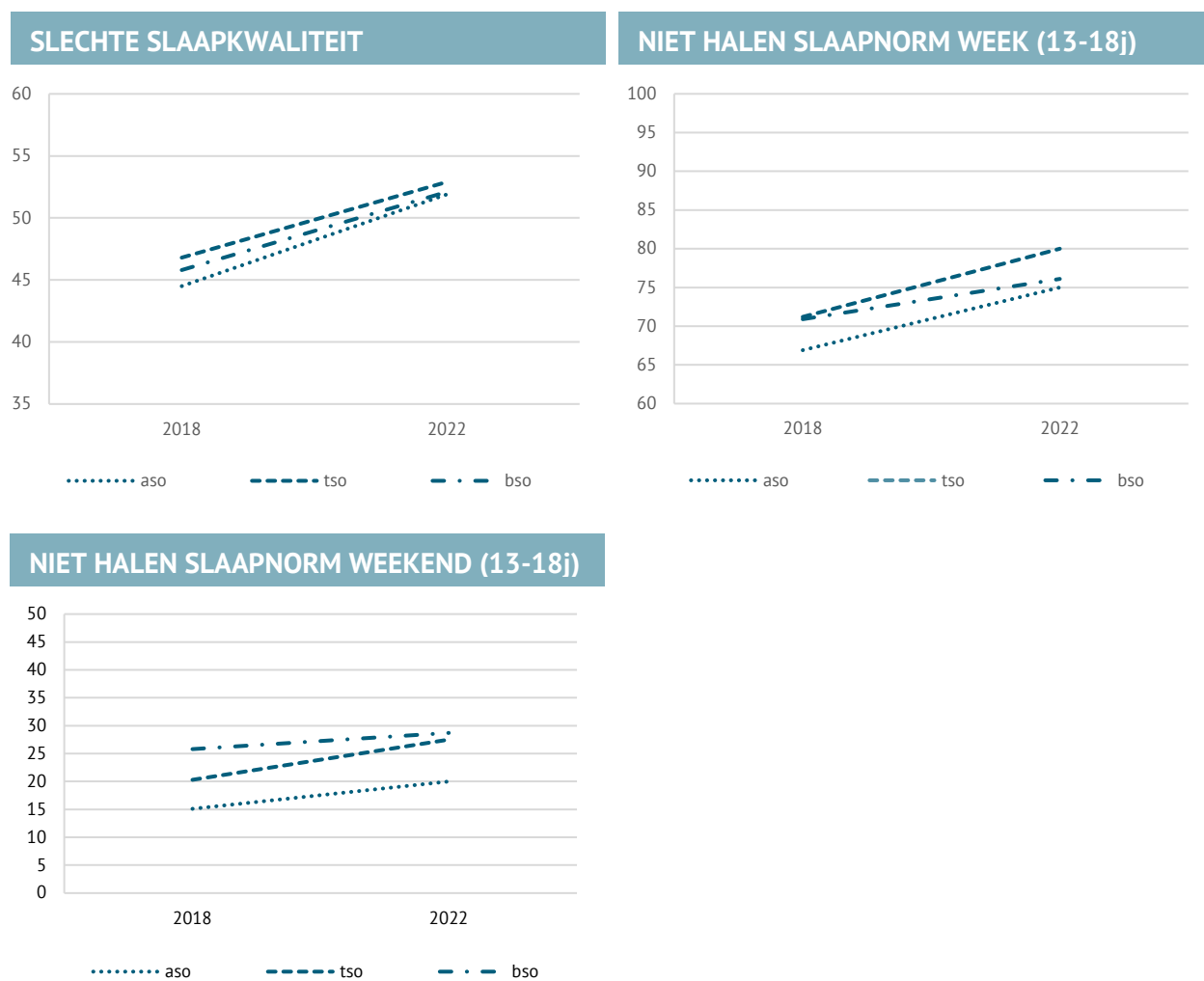
Voor zowel jongens als meisjes werden gelijkaardige ongunstige evoluties vastgesteld voor **slaapkwaliteit** en het niet behalen van de slaapnorm. Alleen het percentage jongens dat de **slaapnorm** van negen uur tijdens het *weekend en vakanties* niet haalde bleef stabiel tussen 2018 en 2022.

Tabel 3.57 Evoluties in slaapkwaliteit en -duur tussen 2018 – 2022 (procentueel)

	ALGEMEEN	
	2018	2022
Slaapkwaliteit (1-25) [laag, score ≥ 15]	40,3	48,4*
SLAAPDUUR		
Slaapnorm week [min. 9 uur, 11-12j]	44,8	51,4*
Slaapnorm week [min. 8 uur, 13-18j]	57,7	67,3*
Slaapnorm weekend [min. 9 uur, 11-12j]	25,2	27,4*
Slaapnorm weekend [min. 8 uur, 13-18j]	17,4	21,5*
	JONGENS	
	2018	2022
Slaapkwaliteit (1-25) [laag, score ≥ 15]	34,7	41,2*
SLAAPDUUR		
Slaapnorm week [min. 9 uur, 11-12j]	44,2	50,1*
Slaapnorm week [min. 8 uur, 13-18j]	59,4	66,7*
Slaapnorm weekend [min. 9 uur, 11-12j]	31,8	30,3
Slaapnorm weekend [min. 8 uur, 13-18j]	21,1	23,7*
	MEISJES	
	2018	2022
Slaapkwaliteit (1-25) [laag, score ≥ 15]	45,9	55,8*
SLAAPDUUR		
Slaapnorm week [min. 9 uur, 11-12j]	45,5	52,7*
Slaapnorm week [min. 8 uur, 13-18j]	56,0	67,9*
Slaapnorm weekend [min. 9 uur, 11-12j]	18,5	24,6*
Slaapnorm weekend [min. 8 uur, 13-18j]	13,7	19,3*

Noot: Een statistisch significante evolutie tussen 2018 en 2022 wordt aangeduid met een asterisk (*).

Figuur 3.11 toont de evoluties in **slaapkwaliteit** en **slaapduur** naargelang opleidingsvorm. In vergelijking met 2018 nam het aandeel jongeren dat een slechte slaapkwaliteit ervoer in 2022 toe overheen alle opleidingsvormen. Ook het percentage jongeren dat de slaapnorm van acht uur vanaf 13-jarige leeftijd niet haalde, nam overheen alle opleidingsvormen toe in 2022 op zowel *schooldagen* als tijdens het *weekend en vakanties*.



Figuur 3.11 Evoluties in slaapkwaliteit en -duur naargelang opleidingsvorm tussen 2018 – 2022 (procentueel)

DEEL 4

CONTEXTUALISERING

De studie Jongeren en Gezondheid is onderdeel van de internationale HBSC-studie. Deze internationale samenwerking biedt de mogelijkheid om de gezondheid en het gezondheidsgedrag van Vlaamse jongeren binnen een breed internationaal kader te plaatsen. De positionering van Vlaanderen ten opzichte van andere deelnemende landen en regio's is uiteengezet in diverse internationale rapporten (**Tabel 4.1**), die terug te vinden zijn op de internationale website van HBSC ([↗](#)).

Tabel 4.1 Overzicht van internationale HBSC rapporten van de 2021/22 studie

Volume 1	A focus on adolescent mental health and well-being in Europe, central Asia and Canada
Volume 2	A focus on adolescent peer violence and bullying in Europe, central Asia and Canada
Volume 3	A focus on adolescent substance use in Europe, central Asia and Canada
Volume 4	A focus on adolescent physical activity, eating behaviours, weight status and body image in Europe, central Asia and Canada
Volume 5	A focus on adolescent sexual health in Europe, central Asia and Canada
Volume 6	A focus on adolescent social media use and gaming in Europe, Central Asia and Canada
Volume 7	A focus on adolescent social contexts in Europe, Central Asia and Canada

Om de vergelijkbaarheid van de resultaten te faciliteren, worden in dit hoofdstuk de verschillen in gezondheid en gezondheidsgedrag tussen jongeren in Vlaanderen en jongeren uit landen en regio's binnen de Europese Economische Ruimte (EER)⁴ bestudeerd. De vergelijking levert waardevolle inzichten op in zowel internationale ontwikkelingen als regionale verschillen in gezondheid en gezondheidsgedrag van jongeren. Dit helpt niet alleen om de sterktes van het Vlaamse gezondheidsbeleid te benadrukken, maar ook om aandachtspunten en aangrijpingspunten voor verbetering te identificeren binnen een ruimer Europees perspectief.

Bemerkt dat het niet voor alle indicatoren – zoals gerapporteerd in Deel 2 en Deel 3 – mogelijk was om deze internationale vergelijking te maken aangezien sommige indicatoren enkel in Vlaanderen werden bevraagd. Daarnaast kon de internationale vergelijking enkel gemaakt worden voor de 11-, 13- en 15-jarige jongeren.

GEZONDHEID VAN VLAAMSE JONGEREN IN INTERNATIONAAL PERSPECTIEF

Wat betreft **mentaal**, **sociaal** en **fysiek welzijn** scoorden Vlaamse jongeren beter dan hun leeftijdsgenoten binnen de EER. Vooral de prevalentie van levenstevredenheid, maar ook algemeen mentaal welzijn, lag voor Vlaamse jongeren – zowel jongens als meisjes – hoger dan het internationale gemiddelde (**Tabel 4.2**).

⁴ Deze vergelijking omvat: Wallonië (België), Bulgarije, Cyprus, Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Nederland, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Zweden alsook IJsland en Noorwegen.

Ook op verschillende aspecten van psychologisch welzijn presteerden Vlaamse jongeren beter. Het aandeel van humeurigheid, zenuwachtigheid, zich ongelukkig voelen en psychologische klachten lag bij Vlaamse jongeren, zowel voor jongens als meisjes afzonderlijk, lager in vergelijking met hun leeftijdsgenoten binnen de EER. Enkel op het gebied van slaapmoeilijkheden scoorden Vlaamse jongeren slechter.

Voor sociaal en fysiek welzijn was er eveneens een positief beeld in vergelijking met de internationale cijfers. Zo lag de prevalentie van eenzaamheid lager bij Vlaamse jongeren – zowel bij jongens als meisjes – in vergelijking met de jongeren binnen de EER. Ook de prevalentie van fysieke klachten lag doorgaans lager bij Vlaamse jongeren, hoewel de verschillen kleiner waren en er voor sommige indicatoren van fysiek welzijn zelfs geen merkbaar verschil was, zoals blijkt uit **Tabel 4.2**.

Tabel 4.2 Mentaal, sociaal en fysiek welzijn van Vlaamse jongeren in internationaal perspectief

	VLAANDEREN			INTERNATIONAAL		
	TOTAAL	JONGENS	MEISJES	TOTAAL	JONGENS	MEISJES
POSITIEF MENTAAL WELZIJN						
Levenstevredenheid [hoog, score ≥ 6]	91,3	94,1	88,6	83,6	88,9	78,5
Algemeen mentaal welzijn [hoog, score ≥ 51]	71,9	82,0	61,8	65,9	76,4	55,9
NEGATIEF MENTAAL WELZIJN						
Humeurigheid [meermaals/week]	28,6	21,5	35,7	35,7	26,0	45,0
Zenuwachtigheid [meermaals/week]	30,4	20,6	40,0	35,3	24,9	45,5
Slaapmoeilijkheden [meermaals/week]	32,7	27,2	38,2	30,0	24,1	35,8
Ongelukkig voelen [meermaals per week]	19,1	11,6	26,5	26,7	17,0	36,1
Psychologische klachten [min. 1 klacht meermaals/week]	31,9	22,1	41,6	37,8	26,5	48,6
SOCIAAL WELZIJN						
Algemene eenzaamheid [meestal tot altijd]	14,6	9,0	20,2	16,7	10,6	22,6

(Vervolg Tabel 4.2)

	VLAANDEREN			INTERNATIONAAL		
	TOTAAL	JONGENS	MEISJES	TOTAAL	JONGENS	MEISJES
FYSIEK WELZIJN						
Zelf-gerapporteerde gezondheid [goed tot uitstekend]	84,0	87,2	79,1	83,2	87,4 ^{ns}	80,8
Hoofdpijn [meermaals/week]	18,5	11,2	25,8	19,7	12,2	26,9 ^{ns}
Buikpijn [meermaals/week]	12,2	6,6	17,8	13,5	7,9	19,0
Rugpijn [meermaals/week]	16,5	13,5	19,5	18,4	14,4 ^{ns}	22,3
Duizeligheid [meermaals/week]	15,6	9,0	22,0	15,0 ^{ns}	8,7 ^{ns}	21,0 ^{ns}
Fysieke klachten [≥1 klacht meermaals/week]	17,0	9,4	24,4	18,0	10,4	25,3 ^{ns}

Noot. De getoonde verschillen tussen Vlaanderen en internationaal (landen/regio's van de EER) voor de totale steekproef alsook voor jongens en meisjes afzonderlijk zijn statistisch significant, tenzij aangegeven met ns (niet significant).

Op het vlak van **voedingsgedragingen** vertoonden Vlaamse jongeren over het algemeen gezondere gewoonten dan hun internationale leeftijdsgenoten. Het percentage Vlaamse jongeren dat dagelijks fruit, groenten of een ontbijt consumeert, lag systematisch hoger, ongeacht geslacht (met uitzondering van fruitconsumptie bij jongens). Daarentegen lag de dagelijkse consumptie van frisdrank opvallend hoger bij Vlaamse jongeren in vergelijking met jongeren uit de EER, met een verschil van ongeveer tien procentpunten, zowel voor alle jongeren samen als voor jongens en meisjes afzonderlijk (Tabel 4.3).

Tabel 4.3 Voedselconsumptie voor de totale steekproef en naargelang geslacht (procentueel)

	VLAANDEREN			INTERNATIONAAL		
	TOTAAL	JONGENS	MEISJES	TOTAAL	JONGENS	MEISJES
Fruitconsumptie [dagelijks]	38,6	35,1	41,9	35,5	34,0 ^{ns}	37,1
Groenteconsumptie [dagelijks]	55,5	52,8	58,1	34,1	31,8	36,5
Frisdrankconsumptie [dagelijks]	21,6	23,9	19,2	11,6	12,7	10,4
Ontbijtfrequentie [dagelijks]	60,1	66,9	53,5	49,3	54,8	44,2

Noot. De getoonde verschillen tussen Vlaanderen en internationaal (landen/regio's van de EER) voor de totale steekproef alsook voor jongens en meisjes afzonderlijk zijn statistisch significant, tenzij aangegeven met ns (niet significant).

Het percentage Vlaamse jongeren dat voldeed aan de **bewegingsaanbeveling** lag hoger in vergelijking met hun internationale leeftijdsgenoten. Ook wanneer gekeken werd bij jongens en meisjes afzonderlijk, bleven deze verschillen tussen Vlaamse en internationale jongeren zichtbaar (**Tabel 4.4**).

Tabel 4.4 Beweging voor de totale steekproef en naargelang geslacht (procentueel)

	VLAANDEREN			INTERNATIONAAL		
	TOTAAL	JONGENS	MEISJES	TOTAAL	JONGENS	MEISJES
Beweging [haalt aanbeveling]	21,4	27,4	15,4	18,1	22,7	13,6

Noot: De getoonde verschillen tussen Vlaanderen en internationaal (landen/regio's van de EER) voor de totale steekproef alsook voor jongens en meisjes afzonderlijk zijn statistisch significant, tenzij aangegeven met ns (niet significant).

De resultaten voor **risicogedragingen** lieten een gemengd beeld zien (**Tabel 4.5**). Het percentage Vlaamse jongeren dat recent alcohol consumeerde, lag hoger dan de internationale prevalentie, zowel in de totale groep alsook bij jongens en meisjes afzonderlijk. Daarnaast gaf een iets groter aandeel Vlaamse jongeren en jongens aan al meer dan tien keer dronken te zijn geweest in hun leven, terwijl dit verschil niet zichtbaar was bij de meisjes.

Het aandeel Vlaamse jongeren dat ooit rookte in het leven, lag daarentegen iets lager dan bij hun internationale leeftijdsgenoten. Een gelijkaardige conclusie gold voor jongens en meisjes afzonderlijk. Het huidige rookgedrag lag enkel bij Vlaamse meisjes lager, terwijl voor alle jongeren samen en de jongens afzonderlijk geen verschil werd vastgesteld (**Tabel 4.5**).

Het huidige gebruik van de e-sigaret was in Vlaanderen iets minder prevalent dan internationaal, met uitzondering van de jongens waar geen verschil werd waargenomen (**Tabel 4.5**). Ook het ooit gebruik van de e-sigaret was minder prevalent bij Vlaamse jongeren en de jongens en meisjes afzonderlijk in vergelijking met hun internationale leeftijdsgenoten.

Voor cannabisgebruik werd een ongunstiger beeld waargenomen. Vlaamse jongeren rapporteerden een iets hogere prevalentie van zowel huidig als ooit cannabisgebruik. Voor jongens werd er geen verschil gevonden, maar bij Vlaamse meisjes was het huidig cannabisgebruik licht hoger dan internationaal werd vastgesteld voor meisjes, zoals weergegeven in **Tabel 4.5**.

Tabel 4.5 Risicogedragingen voor de totale steekproef en naargelang geslacht (procentueel)

	VLAANDEREN			INTERNATIONAAL		
	TOTAAL	JONGENS	MEISJES	TOTAAL	JONGENS	MEISJES
ALCOHOLGEBRUIK						
Huidige alcoholconsumptie [≥ 1x voorbij 30d]	24,3	24,2	24,5	21,0	20,7	21,3
Dronkenschap [≥ 10 keer]	2,6	3,4	1,9	2,2	2,6	1,9 ^{ns}
ROKEN EN VAPEN						
Huidig rookgedrag [≥ 1x voorbij 30d]	7,1	7,4	6,8	7,5 ^{ns}	7,1 ^{ns}	7,9
Ooit gerookt [≥ 1x ooit]	11,4	11,6	11,2	14,1	13,7	14,6
Huidig gebruik e-sigaret [≥ 1x voorbij 30d]	9,3	10,0	8,6	10,7	9,9 ^{ns}	11,5
Ooit gebruik e-sigaret [≥ 1x ooit]	14,4	15,1	13,7	19,2	18,7	19,6
CANNABISGEBRUIK						
Huidig cannabisgebruik [≥ 1x voorbij 30d]	7,6	8,6	6,5	6,4	7,5 ^{ns}	5,4
Ooit gebruik cannabis [≥ 1x gebruikt]	13,6	14,6	12,6	12,4	13,5 ^{ns}	11,3 ^{ns}

Noot: De getoonde verschillen tussen Vlaanderen en internationaal (landen/regio's van de EER) voor de totale steekproef alsook voor jongens en meisjes afzonderlijk zijn statistisch significant, tenzij aangegeven met ns (niet significant).

Op het vlak van **seksuele gezondheid**, bleek dat een groter aandeel Vlaamse jongeren al seks had in vergelijking met hun internationale leeftijdsgenoten. Dit verschil was ook zichtbaar bij de meisjes, maar niet bij de jongens (**Tabel 4.6**). Vlaamse jongeren rapporteerden opvallend minder vaak het gebruik van een condoom tijdens het laatste seksueel contact dan hun internationale leeftijdsgenoten, met gelijkaardige verschillen voor jongens en meisjes. Daarentegen was het gebruik van de anticonceptiepillen bij Vlaamse jongeren alsook bij de jongens en de meisjes afzonderlijk, opmerkelijk hoger dan bij hun internationale leeftijdsgenoten.

Tabel 4.6 Seksuele gezondheid voor de totale steekproef en naargelang geslacht (procentueel)

	VLAANDEREN			INTERNATIONAAL		
	TOTAAL	JONGENS	MEISJES	TOTAAL	JONGENS	MEISJES
Geslachtsgemeenschap [seks gehad]	19,1	19,4	18,7	17,2	19,7 ^{ns}	15,0

(vervolg Tabel 4.6)

	VLAANDEREN			INTERNATIONAAL		
	TOTAAL	JONGENS	MEISJES	TOTAAL	JONGENS	MEISJES
GEBRUIK VOORBEHOEDSMIDDELEN						
Condoomgebruik laatste seksueel contact [condoom gebruikt]	56,6	59,1	54,1	64,6	67,9	60,8
Anticonceptiepil laatste seksueel contact [anticonceptiepil gebruikt]	51,4	55,9	47,3	28,2	27,7	28,8

Noot: De getoonde verschillen tussen Vlaanderen en internationaal (landen/regio's van de EER) voor de totale steekproef alsook voor jongens en meisjes afzonderlijk zijn statistisch significant, tenzij aangegeven met ns (niet significant).

DEEL 5

**DIEPER INZICHT IN MENTAAL,
SOCIAAL EN FYSIEK WELZIJN**

WELZIJN, EEN PRIORITEIT

Dit deel gaat dieper in op de specifieke doelstellingen van de studie Jongeren en Gezondheid. De focus ligt hierbij op het mentaal, sociaal en fysiek welzijn van jongeren. Zoals besproken in Deel 1 sluit deze thematiek aan bij de *Duurzame Gezondheidsdoelstellingen 2021–2030* van de VN en is het een prioriteit voor alle WHO-lidstaten. Eerdere internationale en Vlaamse rapporten (Dierckens et al., 2019; Dierckens et al., 2021; Inchley et al., 2020) benadrukten reeds het belang van systematische monitoring van welzijn vanwege zorgwekkende trends. De meest recente HBSC-resultaten (2021/22, Cosma et al., 2023) bevestigen dat deze trends ook in Vlaanderen voortduren. In Deel 1 werden vier centrale doelstellingen geformuleerd die dit rapport richting geven.

- (i) **Mentaal, sociaal en fysiek welzijn monitoren** bij jongeren, met bijzondere aandacht voor positieve aspecten van mentaal welzijn.
- (ii) **Risico- en beschermende factoren identificeren** gerelateerd aan het mentaal, sociaal en fysiek welzijn van jongeren.
- (iii) **Ongelijkheid in mentaal, sociaal en fysiek welzijn contextualiseren** door:
 - bronnen van ongelijkheid te bestuderen vanuit een uni- en een multidimensionaal perspectief;
 - invloeden vanuit de sociale omgeving van jongeren te bestuderen, met aandacht voor contextuele factoren.
- (iv) **Beleidsaanbevelingen en interventiestrategieën formuleren** om het mentaal, sociaal en fysiek welzijn bij Vlaamse jongeren te bevorderen.

In dit deel ligt de nadruk op Doelstelling (ii) en Doelstelling (iii). Doelstelling (i) is reeds uitvoerig behandeld in Deel 2 van dit rapport en enkel de belangrijkste bevindingen worden kort herhaald voor een volledig beeld. Doelstelling (iv) wordt besproken in Deel 6.

MONITORING VAN MENTAAL, SOCIAAL EN FYSIEK WELZIJN

Tijdens de adolescentie, een levensfase gekenmerkt door ingrijpende emotionele, fysieke en sociale veranderingen (Backes & Bonnie, 2019), vormt welzijn een cruciale basis voor onder meer veerkracht, sterke schoolprestaties en het opbouwen van gezonde sociale relaties. Daarnaast speelt welzijn een sleutelrol in de ontwikkeling naar een gezonde volwassenheid (Eriksson et al., 2019). In lijn met de holistische definitie van gezondheid, zoals geformuleerd door de WHO als *“a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”* (World Health Organization, 1946), richt dit rapport zich op het mentale, sociale en fysieke welzijn van jongeren. Deze focus introduceert in de huidige editie van de studie Jongeren en Gezondheid twee belangrijke vernieuwende accenten.

Ten eerste wordt, in tegenstelling tot eerdere bevestigingen, bij mentaal welzijn niet alleen gekeken naar de aanwezigheid van klachten, maar ook naar positieve aspecten. Deze bredere benadering past binnen de WHO-definitie van mentaal welzijn 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”* (World Health Organization, 2004) en het duale perspectief op welzijn volgens Greenspoon and Saklofske (2001). Hierdoor wordt het mogelijk om verschillen tussen jongeren zonder klachten, maar met uiteenlopende niveaus van positief mentaal welzijn, in kaart te brengen en beter te begrijpen.

Ten tweede besteedt deze studie aandacht aan het sociale welzijn van jongeren. Dat is belangrijk aangezien de wetenschappelijke literatuur de adolescentie als kwetsbare periode beschouwd voor eenzaamheid (Luhmann & Hawkley, 2016; Qualter et al., 2015) door diverse veranderingen, zoals verschuivingen in sociale netwerken en een toenemende zelfstandigheid. Eenzaamheid is een subjectieve ervaring die losstaat van de objectieve toestand van alleen zijn. Zo kan een jongere met weinig vrienden zich niet eenzaam voelen, terwijl een jongere met een groot sociaal netwerk toch sterke gevoelens van eenzaamheid kan ervaren. Eenzaamheid wordt conceptueel opgesplitst in emotionele en sociale eenzaamheid (de Jong Gierveld et al., 2006). Emotionele eenzaamheid verwijst naar het gemis van een betekenisvolle emotionele band of een hechte relatie met een naaste. Sociale eenzaamheid daarentegen duidt op het gemis aan integratie in een breder sociaal netwerk van vrienden, kennissen of gelijkgestemden. Beide vormen van eenzaamheid houden sterk verband met mentale gezondheid. Bijgevolg kan de preventie van eenzaamheid bij jongeren een belangrijke strategie zijn om mentale gezondheid te bevorderen.

Het systematisch monitoren van deze drie aspecten van welzijn bij jongeren is daarom essentieel. Het biedt niet alleen inzicht in de huidige uitdagingen en behoeften, maar maakt ook een proactieve benadering mogelijk om toekomstige beleidsmaatregelen en interventies te ontwerpen.

In Deel 2 van dit rapport werd uitgebreid gerapporteerd over het mentaal, sociaal en fysiek welzijn van de jongeren. Hierbij werden verschillen naargelang geslacht, leeftijd en opleidingsvorm geanalyseerd en waar mogelijk evoluties doorheen de tijd bestudeerd. In een eerste luik van deze sectie worden de belangrijkste bevindingen samengevat. Een tweede luik bespreekt nieuwe inzichten uit aanvullend onderzoek, uitgevoerd door onderzoekers van de studie Jongeren en Gezondheid, die in Deel 2 nog niet aan bod kwamen.

Kernbevindingen samengevat

Mentaal welzijn

De meerderheid van de jongeren (90,6%) rapporteerde in 2022 een hoge levenstevredenheid – een indicator van positief mentaal welzijn – al was er ten opzichte van 2018 een kleine afname. Toen gaf 92,8% aan een hoge levenstevredenheid te hebben. Wat betref negatief mentaal welzijn werd ook een ongunstige evolutie opgemerkt. Het percentage jongeren dat zich humeurig, zenuwachtig en ongelukkig voelde of problemen ervoer om in slaap te vallen steeg beduidend. In 2018 bedroeg deze prevalentie respectievelijk 21,4%, 21,6%, 14,1% en 26,6% en deze namen in 2022 toe tot respectievelijk 29,4%, 31,0%, 19,7% en 32,0%. Vooral de stijging in de prevalentie van zenuwachtigheid was opmerkelijk en bedroeg meer dan tien procentpunt. Een sterke toename werd eveneens geobserveerd in de prevalentie van zelfmoordgedachten van 17,6% in 2018 naar 22,3% in 2022, alsook in zelfbeschadigend gedrag van 14,5% naar 18,8%.

Naast evoluties overheen de tijd werden ook geslachtsverschillen bestudeerd. Zo bleek dat de jongens steevast beter scoorden op de indicatoren van mentaal welzijn dan de meisjes. Zo werden er op het vlak van positief mentaal welzijn systematisch hogere prevalentiecijfers vastgesteld bij de jongens dan bij de meisjes. Dit bleek het geval voor een hoge mate van levenstevredenheid (jongens: 93,1%; meisjes: 88,0%), algemeen mentaal welzijn (jongens: 80,7%; meisjes: 59,0%), geluksgevoelens (jongens: 76,1%; meisjes: 58,9%), hoge eigen-effectiviteit (jongens: 17,9%; meisjes: 10,6%) en hoopvolle toekomstverwachtingen (jongens: 94,8%; meisjes: 93,4%).

Ook wat betreft indicatoren voor een negatief mentaal welzijn werd vastgesteld dat de jongens minder klachten ervoeren dan meisjes. Zo lagen de prevalentiecijfers voor humeurigheid (jongens: 22,2%; meisjes: 36,7%), zenuwachtigheid (jongens: 21,7%; meisjes: 40,4%), slaapmoeilijkheden (jongens: 27,0%; meisjes: 37,1%), zich ongelukkig voelen (jongens: 12,5%; meisjes: 27,0%), waargenomen stress (jongens: 2,4%; meisjes: 7,9%), zelfmoordgedachten (jongens: 16,3%; meisjes: 28,3%) en zelfbeschadigend gedrag (jongens: 10,5%; meisjes: 27,0%) lager bij de jongens in vergelijking met de meisjes.

Niet alleen naargelang geslacht maar ook naargelang leeftijd werden verschillen in mentaal welzijn opgemerkt. Betreffende de indicatoren van positief mentaal welzijn bleek vooral de jongste leeftijdsgroep (11- tot 12-jarigen) doorgaans beter te scoren in vergelijking met de oudste leeftijdsgroep (17- tot 18-jarigen). Zo lagen de prevalentiecijfers systematisch hoger bij de jongste deelnemers voor levenstevredenheid (11-12 jaar: 92,2%; 17-18 jaar: 89,2%), algemeen mentaal welzijn (11-12 jaar: 83,0%; 17-18 jaar: 59,9%), geluksgevoelens (11-12 jaar: 76,8%; 17-18 jaar: 61,0%) en hoopvolle toekomstverwachtingen (11-12 jaar: 95,5%; 17-18 jaar: 93,7%) in vergelijking met de oudste deelnemers. De prevalentie van hoge mate van eigen-effectiviteit was gelijkaardig over de verschillende leeftijdsgroepen.

Ook wat betreft indicatoren van een negatief mentaal welzijn, bleek de jongste leeftijdsgroep minder klachten te ervaren dan de oudste leeftijdsgroep. Dit was het geval voor humeurigheid (11-12 jaar: 20,9%; 17-18: 35,1%), zenuwachtigheid (11-12 jaar: 22,0%; 17-18 jaar: 35,9%) en zich ongelukkig voelen (11-12 jaar: 15,3%; 17-18 jaar: 22,8%). De prevalentie van slaapmoeilijkheden vormde hierop een uitzondering waarbij voor de oudste leeftijdsgroep de laagste prevalentie werd bevonden (29,3%) en de hoogste bij de 15- tot 16-jarigen (33,2%). Bij waargenomen stress (11-12 jaar: 3,1%; 17-18 jaar: 6,7%), zelfmoordgedachten (13-14 jaar: 17,5%; 17-18 jaar: 26,0%) en zelfbeschadigend gedrag (13-14 jaar: 14,3%; 17-18 jaar: 20,7%) werd eveneens de laagste prevalentie bevonden bij de jongste leeftijdsgroep. Bij deze laatste twee variabelen omvatte de jongste leeftijdscategorie de 13- tot 14-jarigen aangezien vragen rond zelfmoord niet gesteld werden aan de jongste deelnemers.

Ten slotte werd een kloof geobserveerd in mentaal welzijn naargelang opleidingsvorm. Jongeren uit het aso scoorden doorgaans beter op het vlak van mentaal welzijn in vergelijking met jongeren uit het bso en het tso. Zo vertoonden jongeren uit het aso doorgaans een hogere prevalentie op indicatoren van positief mentaal welzijn en een lagere prevalentie op indicatoren van negatief mentaal welzijn. Zo rapporteerden jongeren uit het aso een hogere levenstevredenheid (aso: 92,1%; bso: 85,0%), geluksgevoelens (aso: 64,0%; bso: 59,3%) en hoopvolle toekomstverwachtingen (aso: 95,8%; bso: 89,8%) en scoorden ze hoger wat betreft een hoge mate van eigen-effectiviteit (aso: 14,6%; bso: 16,7%).

Wat betreft indicatoren van een negatief mentaal welzijn was de prevalentie lager in het aso ten opzichte van het bso voor slaapmoeilijkheden (aso: 29,3%; bso: 35,5%), zelfmoordgedachten (aso: 21,3%; bso: 28,5%) en zelfbeschadigend gedrag (aso: 16,9% ; bso: 26,1%). Zenuwachtigheid (aso: 40,2% ; bso: 29,5%) en waargenomen stress (tso: 7,3%; bso: 5,5%) vormden hierop een uitzondering waarbij de hoogste prevalentie in respectievelijk het aso en het tso werd geobserveerd en de laagste prevalentie in het bso. Voor humeurigheid en zich ongelukkig voelen werd geen verschil naargelang opleidingsvorm gevonden.

SAMENGEVAT

Het mentaal welzijn van Vlaamse jongeren vertoont een achteruitgang over de tijd. Hoewel de meeste jongeren nog een hoge levenstevredenheid rapporteerden, nam de levenstevredenheid licht af. Jongeren rapporteerden ook meer negatieve indicatoren van mentaal welzijn zoals humeurigheid, zenuwachtigheid, ongelukkig voelen en slaapmoeilijkheden. Ook de prevalentie van zelfmoordgedachten en zelfbeschadigend gedrag nam toe. Verder werden opmerkelijke verschillen naargelang geslacht, leeftijd en opleidingsvorm opgemerkt. Jongens scoorden beter op alle indicatoren van mentaal welzijn dan meisjes. Jongere leeftijdsgroepen (11-12 jaar) hadden betere scores op positief en negatief mentaal welzijn dan oudere groepen (17-18 jaar). De prevalentie van positief mentaal welzijn lag doorgaans hoger bij jongeren uit het aso dan het tso en bso, terwijl negatief mentaal welzijn vaker werd gerapporteerd door jongeren uit het bso.

Sociaal welzijn

Ongeveer 16% van de jongeren gaf aan zich eenzaam gevoeld te hebben in de voorbije twaalf maanden met duidelijke verschillen naargelang geslacht. Eén op tien (10,0%) jongens was eenzaam, tegenover meer dan één op vijf (21,6%) meisjes. Verder bleek ongeveer één op tien van alle jongeren met emotionele (10,6%) en sociale eenzaamheid (9,5%) te kampen. Opnieuw lagen de prevalentiecijfers bij de meisjes hoger (14,0% voor beide vormen van eenzaamheid) dan bij de jongens (respectievelijk 7,3% en 5,2%).

Gevoelens van eenzaamheid kwamen frequenter voor bij de oudere leeftijdsgroepen. Zo bleek 11,0% van de 11- tot 12-jarigen gevoelens van eenzaamheid te rapporteren tegenover 19,6% van de 17- tot 18-jarigen. Gelijkaardige verschillen werden geobserveerd voor emotionele (11-12 jaar: 10,0%; 17-18 jaar: 12,0%) en sociale eenzaamheid (11-12 jaar: 7,2%; 17-18 jaar: 11,9%).

Voor eenzaamheid was ook een duidelijke gradiënt naargelang opleidingsvorm waar te nemen. Eenzaamheid was het minst prevalent bij jongeren uit het aso (16,3%) in vergelijking met jongeren uit het bso (22,4%). Ook voor emotionele eenzaamheid werd dit vastgesteld (aso: 9,4%; bso: 14,1%). De prevalentie van sociale eenzaamheid lag eveneens lager bij jongeren uit het aso (10,3%), maar het hoogst bij jongeren uit het tso (12,7%). De jongeren uit het bso bevonden zich hier tussenin (11,6%).

SAMENGEVAT

Het sociaal welzijn van Vlaamse jongeren vertoonde duidelijke variaties op basis van geslacht, leeftijd en opleidingsvorm, met meisjes, oudere jongeren en bso-leerlingen als kwetsbare groepen. Bij hen werden telkens de hoogste prevalenties van algemene, emotionele en sociale eenzaamheid vastgesteld.

Fysiek welzijn

De meerderheid van de jongeren gaf aan een goede tot uitstekende gezondheid te hebben (82,7%) en dit percentage bleef stabiel in 2022 ten opzichte van 2018 (82,6%). Fysieke klachten evolueerden echter in de negatieve zin. Het percentage jongeren dat hoofdpijn, buikpijn, rugpijn en duizeligheid

had, steeg van respectievelijk 12,2%, 7,8%, 12,4% en 8,5% in 2018 naar 19,0%, 12,7%, 17,4% en 15,0% in 2022. Vooral de stijging in de prevalentie van duizeligheid was opvallend.

In lijn met de resultaten van mentaal en sociaal welzijn, scoorden de jongens ook beter op het vlak van fysiek welzijn in vergelijking met de meisjes. De prevalentie van een goede zelf-gerapporteerde gezondheid lag hoger bij de jongens (jongens: 86,2%; meisjes: 79,2%) en ook de fysieke klachten zoals hoofdpijn (jongens: 11,5%; meisjes: 26,7%), buikpijn (jongens: 6,9%; meisjes: 18,7%), rugpijn (jongens: 14,3%; meisjes: 20,6%) en duizeligheid (jongens: 9,1%; 21,0%) lagen systematisch lager bij de jongens dan bij de meisjes.

Algemeen werd vastgesteld dat het fysiek welzijn beter was bij de jongste leeftijdsgroep en slechter bij de oudere leeftijdsgroepen. Zo was de prevalentie van een goede zelf-gerapporteerde gezondheid het hoogst bij de 11- tot 12-jarigen (86,8%) en het laagst bij de 17- tot 18-jarigen (78,9%). Wat betreft fysieke klachten werd de laagste prevalentie ook systematisch bij de jongste leeftijdsgroep (11- tot 12-jarigen) waargenomen en de hoogste prevalentie bij drie van de vier klachten bij de 15- tot 16-jarigen. Dit was zo voor hoofdpijn (11-12 jaar: 12,6%; 15-16 jaar: 23,4%), buikpijn (11-12 jaar: 10,6%; 15-16 jaar: 14,3%) en duizeligheid (11-12 jaar: 8,8%; 15-16 jaar: 19,8%). Enkel bij rugpijn werd de hoogste prevalentie geobserveerd in de oudste leeftijdsgroep (11-12 jaar: 8,8%; 17-18 jaar: 23,2%). De verschillen in de prevalentiecijfers naargelang leeftijd vielen in het bijzonder op voor hoofdpijn, rugpijn en duizeligheid.

Ook voor fysiek welzijn was er een duidelijke kloof naargelang opleidingsvorm. Jongeren uit het aso deden het beter op het vlak van fysiek welzijn in vergelijking met jongeren uit het bso en het tso. Zo hadden jongeren uit het aso een hogere prevalentie van een goede zelf-gerapporteerde gezondheid (aso: 84,8%; bso: 73,8%) en gaven ze aan minder fysieke klachten te ervaren zoals hoofdpijn (aso: 20,8%; bso: 25,6%), buikpijn (aso: 12,4%; bso: 16,4%), rugpijn (aso: 19,6%; tso: 25,3%) en duizeligheid (aso: 16,2%; tso: 18,9%). Bemerk dat de prevalentie voor hoofdpijn en buikpijn het hoogst lag in het bso terwijl rugpijn en duizeligheid het meest prevalent was in het tso.

SAMENGEVAT

Het percentage Vlaamse jongeren met een goede gezondheid bleef stabiel, maar fysieke klachten zoals hoofdpijn, buikpijn, rugpijn en duizeligheid namen toe. Jongens scoorden beter op fysiek welzijn dan meisjes. Jongere groepen (11-12 jaar) rapporteerden doorgaans minder klachten dan oudere groepen (17-18 jaar). Fysieke klachten waren minder prevalent bij jongeren uit het aso dan het tso en bso.

Bijkomende inzichten: evoluties in mentale en fysieke gezondheid over drie decennia in 41 landen

We bestudeerden evoluties in mentale (humeurigheid, zenuwachtigheid, zich ongelukkig voelen en slaapmoeilijkheden) en fysieke klachten (buikpijn, hoofdpijn, rugpijn en duizeligheid) bij 15-jarige adolescenten tussen 1994 en 2022 in 41 landen (N=470.797). De studie had als doel inzicht te krijgen in de patronen van deze klachten en hoe deze variëren naargelang geslacht en land. Door zowel lineaire als niet-lineaire (kwadratische of U-vormige en kubische) patronen te analyseren, ging deze studie verder dan traditionele lineaire methoden, waardoor complexere ontwikkelingen in deze klachten overheen de tijd beter in kaart werden gebracht.

De resultaten toonden verschillende evolutiepatronen in mentale en fysieke klachten over de drie bestudeerde decennia, met in bijna alle landen een zorgwekkende stijging. Drie patronen werden onderscheiden: stabiele stijgingen (lineair), een daling gevolgd door een toename (U-vormig) en schommelingen met een toename in de meest recente metingen (kubisch). Meisjes vertoonden vaker de complexere U-vormige en kubische patronen, wat wijst op een versnelde toename van klachten, vooral in 2022. Jongens vertoonden vaker een stabiele, lineaire toename. Bovendien lagen de klachten in de meeste landen bij de meisjes hoger dan bij de jongens en kwamen complexere patronen vaker voor bij mentale dan bij fysieke klachten.

De bevindingen benadrukken ook aanzienlijke verschillen tussen landen, wat de invloed van culturele en contextuele factoren op het welzijn van adolescenten benadrukt. Maatschappelijke crisissen, zoals de COVID-19 pandemie hebben gezorgd voor complexere patronen in mentale en fysieke klachten. Bij de jongens leidde dit vaak tot een verschuiving van stabiele naar stijgende trends, terwijl bij meisjes bestaande lineaire stijgingen vaak evolueerden naar U-vormige of kubische trends. Ook andere maatschappelijke uitdagingen, zoals economische crisissen, gewapende conflicten en klimaatverandering hebben wellicht een invloed gehad op deze patronen. Ook positieve veranderingen, zoals meer bewustzijn rond mentale gezondheid en welzijn en betere toegang tot hulp, kunnen bijgedragen hebben tot de geobserveerde fluctuaties.

SAMENGEVAT

Adolescenten rapporteerden de afgelopen drie decennia een toename in mentale en fysieke klachten, met complexere trends die vooral bij meisjes zichtbaar waren. COVID-19 versnelde deze trends, waarbij jongens een verschuiving van stabiele naar stijgende klachten ervoeren en bij meisjes een versnelling van de reeds aanwezige klachten werd gevonden.

Colofon.

De beschrijving is gebaseerd op: [Schrijvers, K.](#), Cosma, A., Potrebny, T., Thorsteinsson, E., Catunda, C., Reiss, F., Hulbert, S., Kostičová, M., Melkumova, M., Bersia, M., Klanšček, H. J., Gaspar, T., & [Dierckens, M.](#) (2024). Three decades of adolescent health: unveiling global trends across 41 countries in psychological and somatic complaints (1994–2022). *International Journal of Public Health*, 69. <https://doi.org/10.3389/ijph.2024.1607774> (↗)

RISICO EN BESCHERMENDE FACTOREN VAN MENTAAL, SOCIAAL EN FYSIEK WELZIJN

Eerdere bevindingen in dit rapport hebben aangetoond dat het mentaal, sociaal en fysiek welzijn van Vlaamse jongeren onder druk staat (cf. Deel 2 en Deel 5). Het in kaart brengen van risico- en beschermende factoren voor mentaal, sociaal en fysiek welzijn is dan ook van groot belang om de oorzaken beter te begrijpen en om aangrijpingspunten voor interventies te identificeren die gericht zijn op het behoud en bevorderen van welzijn en het voorkomen van problemen.

De omgeving waarin adolescenten opgroeien, speelt een cruciale rol in het bepalen van hun welzijn (Chu et al., 2010; Rueger et al., 2016). Bronfenbrenner's (1994) ecologische systeemtheorie biedt een raamwerk om de interacties tussen individuen en hun omgevingen te begrijpen en benadrukt de rol van onderling verbonden systemen. In dit luik ligt de focus op de microsystemen, de omgevingen die het dichtst bij de adolescent staan, zoals het gezin, de school en vrienden. Deze microsystemen worden vaak gezien als de meest invloedrijke omgevingen vanwege hun directe impact op het welzijn van jongeren (Bronfenbrenner, 1994). Er is al veel bewijs dat een ondersteunende gezinscontext, positieve relaties op school en gezonde peerrelaties gunstig zijn voor het welzijn van adolescenten (Aldridge & McChesney, 2018; Bi et al., 2021; Chu et al., 2010; Moore et al., 2018; Rueger et al., 2016; Steare et al., 2023). Ook de negatieve invloed van deze factoren zoals gebrekkige communicatie met ouders (Kleszczewska et al., 2024; Stattin & Eriksson, 2024; Zapf et al., 2024), schooldruk (Boer et al., 2023; Alina Cosma et al., 2020; Löfstedt et al., 2020) of (cyber-)pesten (Armitage, 2021; A. Cosma et al., 2020) op het welzijn van jongeren werd goed gedocumenteerd.

Deze studies richtten zich echter vaak op geïsoleerde factoren binnen een specifieke context, zonder rekening te houden met hoe deze factoren onderling interageren en gezamenlijk invloed uitoefenen op het welzijn van adolescenten. Dit rapport vult deze kennislacune door de wisselwerking tussen verschillende contextuele factoren te integreren en zo de bredere context waarin jongeren zich bevinden als geheel te onderzoeken. Door zowel het mentaal, sociaal als fysiek welzijn te bekijken, biedt dit onderzoek een completer beeld in hoe contextuele factoren de gezondheid van adolescenten beïnvloeden.

Daarnaast wordt dieper ingegaan op de rol van gezondheidsbeleid op scholen. Zoals eerder gekaard vormen scholen een centrale omgeving in het leven van adolescenten en hebben ze een belangrijke invloed op hun welzijn. Een effectief gezondheidsbeleid binnen deze context kan cruciaal zijn voor het voorkomen van problemen en het bevorderen van mentaal, sociaal en fysiek welzijn bij jongeren. Toch ontbreekt er momenteel een duidelijke bewijsbasis in Vlaanderen om de effectiviteit van dergelijke beleidsmaatregelen volledig te onderbouwen.

Bovendien wordt in dit deel van het rapport de impact van stigma op jongeren met mentale gezondheidsklachten besproken. Stigma vormt één van de grootste obstakels voor jongeren om professionele hulp te zoeken (Bracke et al., 2019). Negatieve maatschappelijke stereotyperingen ('publiek stigma'), zoals de idee dat jongeren met mentale problemen gevaarlijk of labiel zouden zijn, kunnen door jongeren worden geïnternaliseerd, wat kan leiden tot een negatief zelfbeeld en 'zelf-stigma'. Dit vergroot de drempel om tijdig hulp te zoeken, terwijl vroegtijdige interventie essentieel is voor herstel.

De studie Jongeren en Gezondheid bevroeg jongeren over hun percepties ten aanzien van mentale gezondheidsproblemen (depressie), zowel in het verleden als in de meest recente editie. Dit laat toe de evolutie in stigma te onderzoeken. Hoewel een direct verband met initiatieven zoals *'Rode Neuzendag'*, *'Te gek!?'* en *'Blijf er niet mee zitten'* niet kan worden aangetoond, kunnen de resultaten inzicht geven in een mogelijke vermindering van stigma en een toename van hulpzoekgedrag bij jongeren.

Het eerste luik van deze sectie belicht de gezamenlijke invloed van de familie, school- en peercontext op het mentaal, sociaal en fysiek welzijn van jongeren. In een tweede luik wordt de impact van het schoolbeleid op het welzijn van jongeren gerapporteerd. Het derde luik bestudeert de evolutie in stigmatiserende percepties ten aanzien van mentaal welzijn.

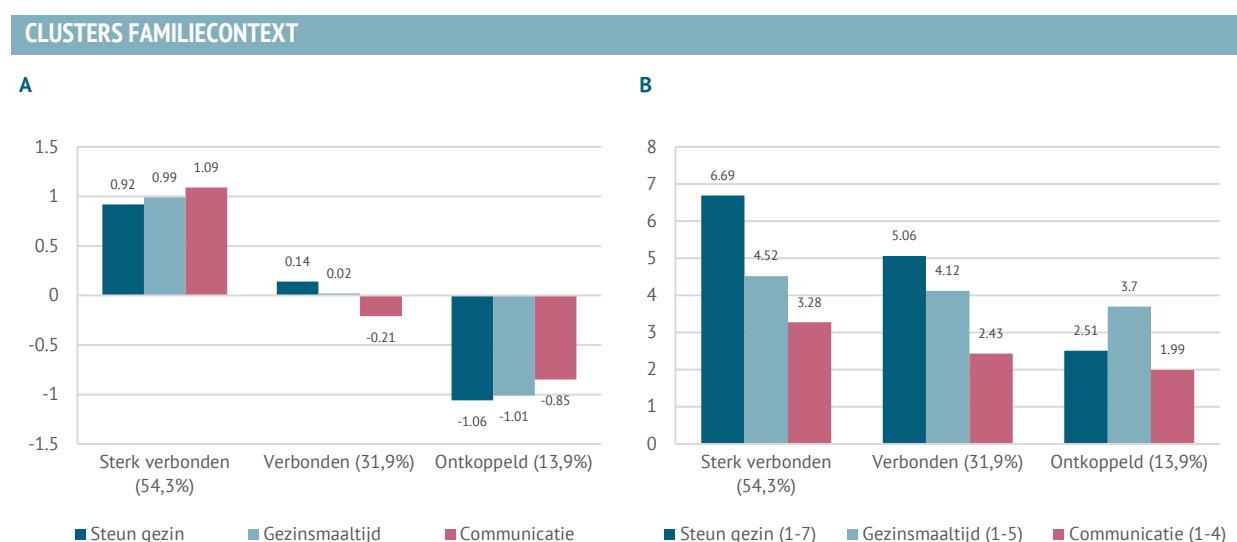
De invloed van familie, school en vrienden (peers) op het welzijn van jongeren

Het welzijn van jongeren wordt sterk beïnvloed door hun directe omgeving, waaronder het gezin, school en vrienden. Om de complexe dynamiek binnen deze contexten en het mentaal, sociaal en fysiek welzijn van adolescenten beter te begrijpen, werd een clustermethodiek toegepast. Deze methodiek groepeerde jongeren op basis van gelijkaardige patronen in omgevingsfactoren, zoals de kwaliteit van interacties en steun binnen het gezin, de school en hun peerrelaties. Voor deze clusters werd vervolgens het clusterlidmaatschap in relatie tot het mentaal welzijn (mentale klachten, algemeen mentaal welzijn en levenstevredenheid), sociaal welzijn (algemene eenzaamheid, emotionele en sociale eenzaamheid) en fysiek welzijn (fysieke klachten) van jongeren (N=20.154) geanalyseerd. Dit leverde een gedetailleerd inzicht op in de manieren waarop deze contexten gezamenlijk het welzijn van jongeren beïnvloeden.

Binnen de gezinscontext werden drie belangrijke factoren geanalyseerd waarvoor gegevens beschikbaar waren in deze studie: steun van het gezin, de communicatie met ouders en de frequentie van gezamenlijke maaltijden. Deze variabelen zijn indicatoren van een gezonde gezinsomgeving. Steun van het gezin werd gemeten aan de hand van vier stellingen, zoals *'mijn familie probeert te helpen'*, *'ik krijg emotionele steun van mijn familie'*, *'ik kan over problemen praten met mijn familie'* en *'ik krijg hulp bij nemen van beslissingen'*. Deze items werden gescoord op een zevenpuntsschaal van 'helemaal niet mee eens tot 'helemaal mee eens'.

Communicatie met ouders werd gemeten door jongeren te vragen hoe gemakkelijk ze met hun ouders kunnen praten over problemen waarbij de antwoordmogelijkheden varieerden op een vijf-puntsschaal van 'heel gemakkelijk' tot 'heel moeilijk'. De maaltijdfrequentie met het gezin werd gemeten door jongeren te vragen hoe vaak ze samen met hun gezin maaltijden eten. De antwoord-opties varieerden van 'dagelijks' tot 'nooit'.

De clustering wees uit dat meer dan de helft van de jongeren (54,4%) opgroeide in een '*sterk verbonden gezin*' met sterke ondersteuning, open communicatie en frequente maaltijden samen met het gezin. Een tweede cluster '*verbonden gezin*' omvatte 31,7% van de jongeren met gemiddelde scores voor deze gezinsindicatoren. Een kleinere groep (13,9%) werd ingedeeld in een '*ontkoppeld gezin*' waarin dergelijke steun en interactie ontbraken en gezinsmaaltijden minder frequent voorkwamen (**Figuur 5.1**).



Figuur 5.1 Clusters van familiecontext met gestandaardiseerde scores (A) en absolute scores (B)

Uit de analyses bleek dat de gezinscontext een grote invloed had, waarbij jongeren uit sterk verbonden gezinnen hogere scores behaalden op mentaal, sociaal en fysiek welzijn in vergelijking met jongeren uit verbonden en ontkoppelde gezinnen, zoals blijkt uit **Tabel 5.1**. De verschillen in mentaal, sociaal en fysiek welzijn waren meer uitgesproken tussen jongeren die tot een sterk verbonden gezin behoorden en jongeren uit een ontkoppeld gezin, wat het belang van familiedynamieken benadrukt.

Tabel 5.1 De rol van de gezinscontext op mentaal, sociaal en fysiek welzijn

	STERK VERBONDEN	VERBONDEN	ONTKOPPELD	STAT. TESTS		
	GEM (SD)	GEM (SD)	GEM (SD)	F	η^2	TUKEY
MENTAAL WELZIJN						
Alg. mentaal welzijn [1 (laag); 5 (hoog)]	2,94 (0,026)	2,52 (0,026)	2,25 (0,028)	2679,18*	0,22	C1 > C2* C1 > C3* C2 < C3*
Psycholog. klachten [1 (laag); 5 (hoog)]	2,72 (0,0227)	3,14 (0,027)	3,47 (0,029)	2209,40*	0,19	C1 < C2* C1 < C3* C2 < C3*
Levenstevredenheid [0 (laag); 10 (hoog)]	7,41 (0,041)	6,72 (0,041)	5,99 (0,044)	2616,13*	0,22	C1 > C2* C1 > C3* C2 > C3 [§]
SOCIAAL WELZIJN						
Alg. eenzaamheid [1 (laag); 5 (hoog)]	2,57 (0,027)	2,96 (0,0287)	3,18 (0,029)	1824,47*	0,16	C1 < C2* C1 < C3* C2 < C3*
Sociaal eenzaam [1 (laag); 10 (hoog)]	4,51 (0,046)	5,03 (0,045)	5,28 (0,049)	1567,86*	0,14	C1 < C2* C1 < C3* C2 < C3*
Emotioneel eenzaam [1 (laag); 10 (hoog)]	4,33 (0,049)	4,91 (0,049)	5,24 (0,053)	1351,10*	0,13	C1 < C2* C1 < C3* C2 < C3*
FYSIEK WELZIJN						
Fysieke klachten [1 (laag); 5 (hoog)]	2,16 (0,025)	2,41 (0,025)	2,66 (0,027)	1274,80*	0,12	C1 < C2* C1 < C3* C2 < C3*

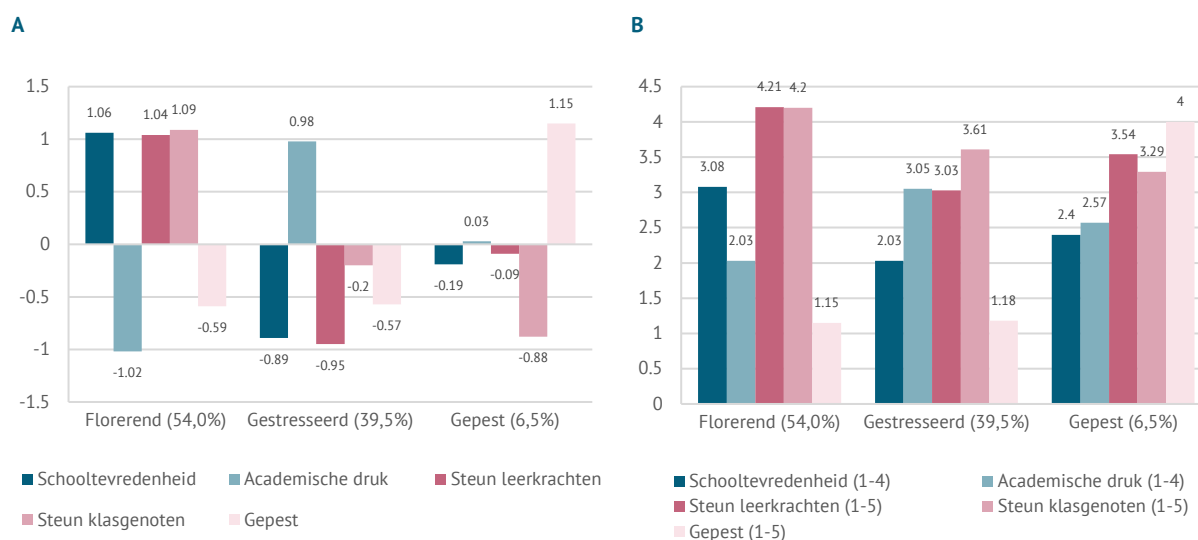
Noot. De gerapporteerde resultaten zijn gecorrigeerde gemiddelde waarden (standaarddeviatie) en statistische significantie aangeduid als * $p < 0,001$ en [§] $p < 0,01$. F testresultaat, η^2 effectgrootte en Tukey post-hoc testresultaat op basis van een ANCOVA (*Analysis of Covariance*) test. Alle modellen werden gecontroleerd voor geboortegeslacht, genderidentiteit, seksuele voorkeur, materiële welvaart, leeftijd, gezinsstructuur, school- en peercontext (clusters).

Binnen de schoolcontext werden de clusters bepaald op basis van vijf variabelen die verband hielden met de schoolcontext en waarvoor data beschikbaar waren in deze studie: schooltevredenheid, steun van leerkrachten, steun van klasgenoten, academische druk en slachtofferschap van pesten. Schooltevredenheid werd gemeten door te peilen naar de tevredenheid met school op basis van vier antwoordopties ('ik vind het er leuk', 'ik vind het er redelijk leuk', 'ik vind het er niet zo leuk' en 'ik vind het er helemaal niet leuk'). De steun van leerkrachten werd gemeten aan de hand van drie stellingen, zoals 'leerkrachten aanvaarden mij zoals ik ben', 'leerkrachten geven om mij als persoon' en 'ik heb veel vertrouwen in mijn leerkrachten' met antwoordopties die varieerden op een vijfpuntsschaal van 'helemaal niet mee eens' tot 'helemaal mee eens'.

De steun van klasgenoten werd op een gelijkaardige wijze gemeten aan de hand van drie stellingen: *'mijn klasgenoten zijn graag bij mij'*, *'meeste leerlingen uit mijn klas zijn vriendelijk en behulpzaam'* en *'mijn klasgenoten aanvaarden mij zoals ik ben'*. Academische druk werd in kaart gebracht door jongeren te vragen hoe erg ze onder druk staan door schoolwerk met antwoordopties 'helemaal niet', 'een beetje', 'nogal veel' en 'heel veel'. Tot slot werd slachtofferschap van pesten gemeten door jongeren te vragen hoe vaak ze in de afgelopen maanden gepest werden op school. De antwoordopties varieerden van 'ik werd niet gepest op school' tot 'verschillende keren per week'.

Binnen de schoolcontext werden drie clusters onderscheiden (**Figuur 5.2**). De eerste cluster *'florerende leerlingen'* omvatte 54,0% van de jongeren en werd gekarakteriseerd door hoge schooltevredenheid, sterke steun van leerkrachten en klasgenoten, lage academische druk en afwezigheid van pesten. De tweede cluster *'gestresseerde leerlingen'* bestond uit 39,4% van de jongeren en werd gekenmerkt door lage schooltevredenheid, hoge academische druk, matige steun van leerkrachten en klasgenoten en afwezigheid van pesten. De laatste cluster *'gepeste leerlingen'* omvatte een kleine groep deelnemers (6,5%) die gemiddeld scoorde op schooltevredenheid, academische druk en steun van leerkrachten, maar lage steun van klasgenoten en een hoog niveau van pesten (bijna wekelijks) rapporteerden. De schoolcontext had een duidelijke invloed: jongeren uit de florerende groep scoorden het beste op alle aspecten van welzijn, terwijl jongeren uit de groepen van gestresseerde en vooral gepeste leerlingen slechter scoorden. Tussen de groep van gepeste en gestresseerde leerlingen waren er kleine verschillen in mentaal en fysiek welzijn, waarbij de groep van gepeste leerlingen iets slechter scoorde, met uitzondering van algemeen welzijn waar de groep van gestresseerde leerlingen slechter scoorden dan de gepeste leerlingen (**Tabel 5.2**).

CLUSTERS SCHOOLCONTEXT



Figuur 5.2 Clusters van schoolcontext met gestandaardiseerde scores (A) en absolute scores (B)

Tabel 5.2 De rol van de schoolcontext op mentaal, sociaal en fysiek welzijn

	FLOREND	GESTRESSEERD	GEPEST	STAT. TESTS		
	GEM (SD)	GEM (SD)	GEM (SD)	F	η^2	TUKEY
MENTAAL WELZIEN						
Alg. mentaal welzijn [1 (laag); 5 (hoog)]	2,92 (0,025)	2,32 (0,025)	2,47 (0,032)	2647,96*	0,22	C1 > C2* C1 > C3* C2 < C3*
Psycholog. klachten [1 (laag); 5 (hoog)]	2,68 (0,026)	3,26 (0,026)	3,40 (0,034)	2205,42*	0,19	C1 < C2* C1 < C3* C2 < C3*
Levenstevredenheid [0 (laag); 10 (hoog)]	7,08 (0,039)	6,90 (0,040)	6,45 (0,051)	1250,51*	0,12	C1 > C2* C1 > C3* C2 > C3 [§]
SOCIAAL WELZIEN						
Alg. eenzaamheid [1 (laag); 5 (hoog)]	2,57 (0,026)	2,92 (0,026)	3,23 (0,033)	1414,21*	0,13	C1 < C2* C1 < C3* C2 < C3*
Sociaal eenzaam [1 (laag); 10 (hoog)]	4,26 (0,044)	4,89 (0,044)	5,67 (0,057)	1670,48*	0,15	C1 < C2* C1 < C3* C2 < C3*
Emotioneel eenzaam [1 (laag); 10 (hoog)]	4,35 (0,048)	4,84 (0,048)	5,29 (0,062)	942,67*	0,09	C1 < C2* C1 < C3* C2 < C3*
FYSIEK WELZIEN						
Fysieke klachten [1 (laag); 5 (hoog)]	2,13 (0,024)	2,50 (0,031)	2,61 (0,031)	1305,45*	0,12	C1 < C2* C1 < C3* C2 < C3*

Noot. De gerapporteerde resultaten zijn gecorrigeerde gemiddelde waarden (standaarddeviatie) en statistische significantie aangeduid als * $p < 0,001$ en [§] $p < 0,01$. F testresultaat, η^2 effectgrootte en Tukey post-hoc testresultaat op basis van een ANCOVA (*Analysis of Covariance*) test. Alle modellen werden gecontroleerd voor geboortegeslacht, genderidentiteit, seksuele voorkeur, materiële welvaart, leeftijd, gezinsstructuur, gezins- en peercontext (clusters).

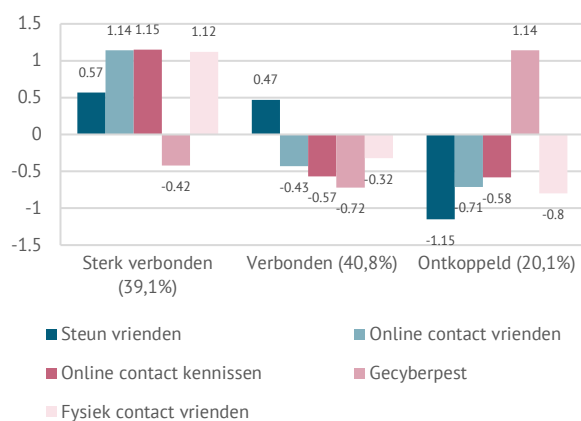
De invloed van vrienden (peercontext) werd gemeten aan de hand van vijf variabelen die zich situeerden op het niveau van de peercontext en waarvoor data aanwezig was in deze studie. Dit betrof: steun van vrienden, de frequentie van fysieke interacties met vrienden, sociale interacties met vrienden en kennissen online en ervaringen met cyberpesten. De steun van vrienden werd in kaart gebracht via vier stellingen: *'mijn vrienden proberen mij te helpen'*, *'ik kan rekenen op mijn vrienden als er iets fout loopt'*, *'ik heb vrienden met wie ik mijn goede en slechte momenten kan delen'* en *'ik kan over mijn problemen praten met vrienden'* die gescoord werden op een zevenpuntsschaal van 'helemaal niet mee eens' tot 'helemaal mee eens'. Fysiek contact met vrienden werd gemeten door te vragen hoe vaak jongeren met vrienden afspreken. De antwoorden varieerden van 'nooit' tot 'dagelijks'.

De frequentie van sociale interacties met vrienden online werd gemeten door te peilen naar hun online contact met dichte vrienden waarbij antwoorden varieerden van 'nooit of bijna nooit' tot 'dagelijks verschillende keren'. Het online contact met kennissen werd op een gelijkaardige wijze gemeten door te vragen naar de frequentie van online contact met vrienden uit een grotere vriendengroep. Tot slot werden jongeren gevraagd hoe vaak ze in de afgelopen maanden gepest werden via het internet met antwoordopties die varieerden van 'ik werd niet via het internet gepest' tot 'verschillende keren per week'.

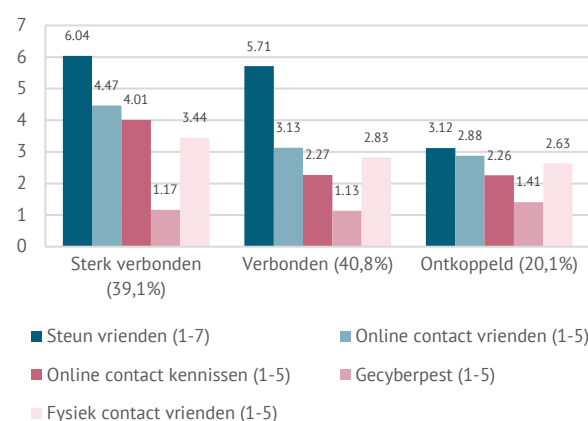
In de peercontext werden eveneens drie clusters geïdentificeerd (**Figuur 5.3**). De eerste cluster '*sterk verbonden vrienden*' omvatte 39,1% van de adolescenten. Deze groep had hoge scores voor steun van vrienden, dagelijks online contact met vrienden, frequente ontmoetingen met vrienden in het echt en geen slachtofferschap van cyberpesten. De tweede cluster '*verbonden vrienden*' bestond uit 40,8% van de jongeren en vertoonde relatief hoge scores voor steun van vrienden, dagelijkse interactie met vrienden en een paar keer per maand contact met een bredere vriendengroep online, zonder ervaringen met cyberpesten. De derde cluster '*ontkoppelde vrienden*' bestond uit 20,1% van de jongeren en vertoonde eerder sporadisch slachtofferschap van cyberpesten maar lage scores voor steun van vrienden, weinig frequente online contactmomenten en weinig ontmoetingen met vrienden in het echt.

CLUSTERS PEERCONTEXT

A



B



Figuur 5.3 Clusters van peercontext met gestandaardiseerde scores (A) en absolute scores (B)

De analyses toonden aan dat de impact van de peercontext kleiner was dan die van de familie- en schoolcontext, maar nog steeds invloedrijk, vooral voor sociale en emotionele eenzaamheid. Adolescenten met sterk verbonden vrienden rapporteerden over het algemeen een beter mentaal, sociaal en fysiek welzijn dan jongeren uit de groep van ontkoppelde vrienden. De verschillen tussen jongeren met sterk verbonden vrienden en verbonden vrienden waren echter klein, althans voor mentaal en fysiek welzijn. Voor levenstevredenheid en psychologische klachten werd zelfs geen verschil waargenomen tussen beide groepen. Het sociaal welzijn vormt hierop een uitzondering, waarbij jongeren uit de groep van verbonden vrienden beduidend meer sociale eenzaamheid ervoeren dan jongeren uit de groep van sterk verbonden vrienden (Tabel 5.3).

Tabel 5.3 De rol van de peercontext op mentaal, sociaal en fysiek welzijn

	STERK VERBONDEN	VERBONDEN	ONTKOPPELD	STAT. TESTS		
	GEM (SD)	GEM (SD)	GEM (SD)	F	η^2	TUKEY
MENTAAL WELZIJN						
Alg. mentaal welzijn [1 (laag); 5 (hoog)]	2,72 (0,026)	2,58 (0,026)	2,41 (0,026)	772,51*	0,08	C1 > C2* C1 > C3* C2 > C3*
Psycholog. klachten [1 (laag); 5 (hoog)]	3,08 (0,027)	3,06 (0,027)	3,19 (0,027)	508,00*	0,05	C1 = C2 ^{ns} C1 < C3* C2 < C3*
Levenstevredenheid [0 (laag); 10 (hoog)]	6,79 (0,041)	6,78 (0,041)	6,55 (0,04)	619,84*	0,06	C1 = C2 ^{ns} C1 < C3* C2 > C3*
SOCIAAL WELZIJN						
Alg. eenzaamheid [1 (laag); 5 (hoog)]	2,77 (0,027)	2,87 (0,027)	3,08 (0,027)	657,08*	0,07	C1 < C2* C1 < C3* C2 < C3*
Sociaal eenzaam [1 (laag); 10 (hoog)]	4,57 (0,046)	5,83 (0,045)	5,42 (0,046)	1082,27*	0,1	C1 < C2* C1 < C3* C2 < C3*
Emotioneel eenzaam [1 (laag); 10 (hoog)]	4,43 (0,050)	4,65 (0,049)	5,41 (0,050)	1084,14*	0,1	C1 < C2* C1 < C3* C2 < C3*
FYSIEK WELZIJN						
Fysieke klachten [1 (laag); 5 (hoog)]	2,45 (0,025)	2,32 (0,025)	2,46 (0,025)	329,45*	0,03	C1 < C2* C1 < C3* C2 < C3*

Noot. De gerapporteerde resultaten zijn gecorrigeerde gemiddelde waarden (standaarddeviatie) en statistische significantie aangeduid als * $p < 0,001$, ^s $p < 0,01$ en ns (niet significant). F testresultaat, η^2 effectgrootte en Tukey post-hoc testresultaat op basis van een ANCOVA (*Analysis of Covariance*) test. Alle modellen werden gecontroleerd voor geboortegeslacht, genderidentiteit, seksuele voorkeur, materiële welvaart, leeftijd, gezinsstructuur, gezins- en schoolcontext (clusters).

SAMENGEVAT

De familie-, school- en peercontexten beïnvloedden gezamenlijk het mentaal, sociaal en fysiek welzijn van adolescenten. Sterke gezins- en schoolsteun verbeterden het welzijn, terwijl uitdagingen op deze gebieden kunnen leiden tot een slechter welzijn. Ook de context van vrienden speelde een rol, vooral voor het sociaal welzijn, al was de impact geringer voor het mentaal en fysiek welzijn.

Colofon.

De beschrijving is gebaseerd op: [Schrijvers, K., Dierckens, M., Beyers, W., Motmans, J. & Deforche, B.](#) Unpacking family, peer and school influences on adolescent health: a person-centred approach. [manuscript in voorbereiding]

Welzijnsbeleid op scholen in relatie tot het mentaal, sociaal en fysiek welzijn

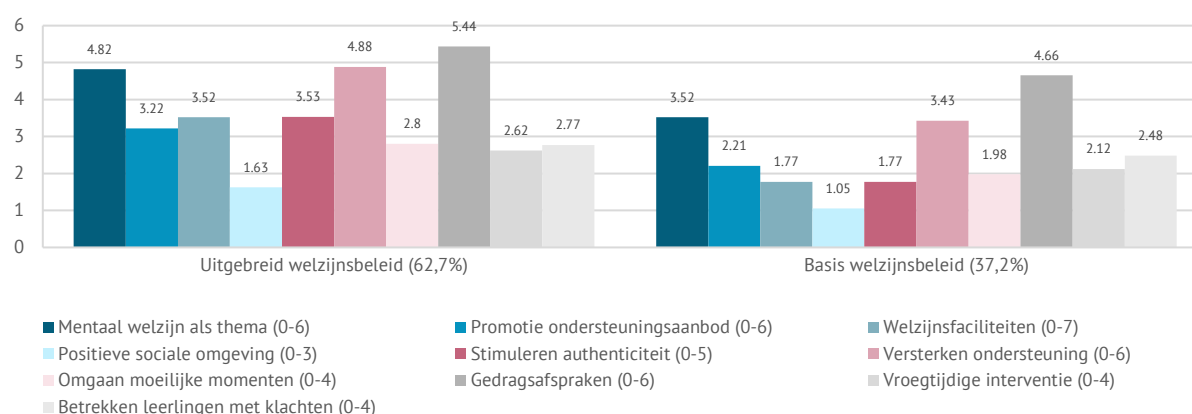
Data van de studie Jongeren en Gezondheid rond het mentaal welzijn (mentale klachten, algemeen mentaal welzijn en levenstevredenheid), sociaal welzijn (algemene eenzaamheid, emotionele en sociale eenzaamheid) en fysiek welzijn (fysieke klachten) van jongeren werd gecombineerd met data van de Preventiepeiling (Gezond Leven) rond gezondheidsbeleid op scholen. De preventiepeiling verzamelt data rond preventief gezondheidsbeleid in diverse settings – waaronder scholen – en focust op verschillende gezondheidsthema's. Voor deze studie werden enkel data van secundaire scholen gebruikt binnen het domein van welzijn. Op basis van tien kwaliteitscriteria werd het beleid rond welzijn op scholen beoordeeld via meerkeuzevragen die voorgelegd werden aan de directie of leerkrachten. Deze kwaliteitscriteria omvatten: het opnemen van mentaal welzijn als gezondheidsthema in de leerjaren, promotie van ondersteuningsaanbod, aanwezigheid van faciliteiten die het welzijn bevorderen (bv. groene buitenruimte, stille ruimte), creëren van een positieve sociale omgeving, stimuleren van authenticiteit, versterken van ondersteuning, omgaan met moeilijke momenten, gedragsregels voor een veilig schoolklimaat, vroegtijdige interventies en het betrekken van leerlingen met psychologische klachten. Een uitgebreid overzicht van de specifieke vragen per kwaliteitscriterium is te raadplegen via de website van Vlaams Instituut Gezond Leven (7). De acties van scholen op elk kwaliteitscriterium werden gescoord waarbij hogere scores een grotere mate van welzijnsbevordering weerspiegelden.

Op basis van data van de 238 secundaire scholen die deelnamen aan de Preventiepeiling van Vlaams Instituut Gezond Leven werden scholen via een clustermethodiek ingedeeld in twee groepen. Deze clusters werden bepaald op basis van de antwoorden op de tien kwaliteitscriteria rond het preventief welzijnsbeleid in scholen. Cluster 1 omvatte 37,3% van de scholen en werd gekarakteriseerd door een gezondheidsbeleid met een zekere focus op welzijn. Cluster 2 bestond uit 62,7% van de scholen en had daarentegen een uitgebreider beleid gericht op het bevorderen van welzijn. Kenmerkend voor scholen in cluster 2 was de grotere diversiteit en frequentie in het nemen van initiatieven, zoals het aanbieden van faciliteiten, het bevorderen van een veilige schoolomgeving en het integreren van mentale gezondheid als gezondheidsthema (**Figuur 5.4**).

Vervolgens werd het clusterlidmaatschap op schoolniveau (scholen met een basis versus uitgebreid welzijnsbeleid) geanalyseerd in relatie tot het mentaal, sociaal en fysiek welzijn. Hiervoor werd de data van de Preventiepeiling gekoppeld aan die van de studie Jongeren en Gezondheid. Het koppelen van beide datasets was mogelijk voor scholen die zowel deelnamen aan de studie Jongeren en Gezondheid en de Preventiepeiling. Bijna de helft van de secundaire scholen (N=45) die deelnamen aan de studie Jongeren en Gezondheid, namen ook deel aan de Preventiepeiling. Echter, enkel 30 scholen (N=3.807) vulden de kwaliteitscriteria rond welzijnsbeleid in. Na koppeling bleek de verdeling van de clusters hierdoor licht te verschillen: 30,6% van de scholen behoorde tot cluster 1 en 69,4% tot cluster 2. Dit wijst op een iets grotere deelname van cluster 2 scholen aan de studie Jongeren en Gezondheid en omvat scholen die al een sterkere betrokkenheid tonen bij gezondheidsbevordering en welzijn.

Uit de analyse bleek er een gering verband tussen de mate van gezondheidsbevorderingsmaatregelen door de school en de welzijnsuitkomsten, als individuele kenmerken van leerlingen niet in rekening werden gebracht (resultaten niet gepresenteerd). Na controle voor individuele kenmerken bleek er enkel een verband te zijn tussen het schoolbeleid en algemene eenzaamheid (Tabel 5.4). Jongeren uit scholen van cluster 2 met een uitgebreider welzijnsbeleid rapporteerden minder eenzaamheid.

CLUSTERS SCHOOLBELEID WELZIJN



Figuur 5.4 Clusters schoolbeleid rond welzijn (absolute scores)

Tabel 5.4 Het welzijnsbeleid op school in relatie tot mentaal, sociaal en fysiek welzijn

	UITGEBR. WELZIJSBELEID	BASIS WELZIJSBELEID	STAT. TESTS		
	GEM (SD)	GEM (SD)	F	η^2	TUKEY
MENTAAL WELZIJS					
Alg. mentaal welzijn [1 (laag); 5 (hoog)]	2,53 (0,07)	2,53 (0,08)	0,01 ^{ns}	0,001	C1 = C2 ^{ns}
Psycholog. klachten [1 (laag); 5 (hoog)]	3,08 (0,07)	3,09 (0,08)	0,00 ^{ns}	0,002	C1 = C2 ^{ns}
Levenstevredenheid [0 (laag); 10 (hoog)]	6,97 (0,11)	6,99 (0,11)	0,04 ^{ns}	0,001	C1 = C2 ^{ns}
SOCIAAL WELZIJS					
Alg. eenzaamheid [1 (laag); 5 (hoog)]	2,80 (0,02)	2,89 (0,08)	4,76*	0,004	C1 < C2 ^{ns}
Soc. eenzaam [1 (laag); 10 (hoog)]	2,27 (0,06)	2,33 (0,07)	2,72 ^{ns}	0,003	C1 = C2 ^{ns}
Emo. eenzaam [1 (laag); 10 (hoog)]	2,16 (0,07)	2,19 (0,07)	0,72 ^{ns}	0,001	C1 = C2 ^{ns}
FYSIEK WELZIJS					
Fysieke klachten [1 (laag); 5 (hoog)]	2,35 (0,07)	2,36 (0,07)	0,17 ^{ns}	0,002	C1 = C2 ^{ns}

Noot. De gerapporteerde resultaten zijn gecorrigeerde gemiddelde waarden (standaarddeviatie) en statistische significantie aangeduid als * $p < 0,05$ en ns (niet significant). F testresultaat, η^2 effectgrootte en Tukey post-hoc testresultaat op basis van een ANCOVA (*Analysis of Covariance*) test. Alle modellen werden gecontroleerd voor geslacht, genderidentiteit, seksuele voorkeur, materiële welvaart en leeftijd. Op schoolniveau werd gecontroleerd voor leerlingenaantal en percentage indicatorleerlingen.

SAMENGEVAT

Jongeren uit scholen met een uitgebreid welzijnsbeleid vertoonden een beter sociaal welzijn, met minder eenzaamheid. De effecten waren echter gering.

Colofon

De beschrijving is gebaseerd op: [Schrijvers, K., Deforche, B., Beyers, W., & Dierckens, M.](#) Impact of wellbeing policies at school on adolescent mental, social and physical Health. [manuscript in voorbereiding]

Evoluties in stigmatiserende percepties

Stigmatiserende percepties ten aanzien van jongeren met mentale gezondheidsklachten werden onderzocht met de *Stigma Depression Scale* (Griffiths et al., 2008). Jongeren beoordeelden negen stellingen op een vijfpuntsschaal, variërend van 'helemaal niet akkoord' (score 0) tot 'helemaal akkoord' (score 4). De stellingen betroffen 'herstel van depressie', 'depressie als persoonlijke zwakte' of 'niet-medische ziekte', 'gevaarlijkheid' en 'onvoorspelbaarheid' van mensen met depressie, het 'vermijden van contact', 'geheimhouding van een eigen depressie' en sociale uitsluiting, zoals 'niet uitnodigen voor een feestje' of 'niet stemmen voor de leerlingenraad'. Het percentage jongeren dat sterk stigmatiserende percepties ervoer (score ≥ 21) wordt gerapporteerd. In vergelijking met de eerste meting in 2006 nam de prevalentie van stigmatiserende percepties in 2022 af bij alle jongeren, evenals bij jongens en meisjes afzonderlijk (**Tabel 5.5**). Ten opzichte van 2014 daalde de prevalentie in 2022 voor alle jongeren en voor jongens en meisjes apart. Uit de resultaten bleek ook dat vooral jongens in sterkere mate stigmatiserende percepties rapporteerden dan meisjes, wat wijst op meer onbegrip over mentale gezondheidsklachten bij jongens.

Tabel 5.5 Evoluties in stigmatiserende percepties tussen 2006 – 2022¹ (procentueel)

	ALGEMEEN	JONGENS	MEISJES
STIGMATISERENDE PERCEPTIE (0-36) [hoog, score ≥ 21]			
2006	10,1	16,3	4,8
2010	13,8	21,5	7,2
2014	10,7	16,1	5,8
2018	-	-	-
2022	8,1*,\$	13,5*,\$	2,9*,\$

Noot. Een statistisch significante evolutie tussen 2014 en 2022 wordt aangeduid met een asterisk (*) en tussen 2006 en 2022 met een dollarteken (\$). ¹Stigmatiserende percepties werden in 2018 niet bevraagd. Trenddata zijn enkel beschikbaar voor jongeren vanaf 15-jarige leeftijd.

SAMENGEVAT

In 2022 nam de prevalentie van stigmatiserende percepties af ten opzichte van 2006 en 2014, zowel bij jongeren als bij jongens en meisjes. Jongens rapporteerden meer stigmatiserende percepties dan meisjes.

ONGELIJKHEID IN MENTAAL, SOCIAAL EN FYSIEK WELZIJN

Niet alle jongeren hebben gelijke kansen op een goed mentaal, sociaal en fysiek welzijn. Zoals blijkt uit dit rapport (cf. Deel 2 en Deel 5) en eerdere internationale studies (Cosma et al., 2023; Schrijvers et al., 2024) rapporteren meisjes, oudere jongeren en jongeren met een lager opleidingsniveau of een lagere familiale welvaart doorgaans meer mentale, sociale en fysieke klachten. Geslacht, leeftijd en sociaaleconomische status (SES) vormen belangrijke bronnen van ongelijkheid in het welzijn van jongeren.

Het is echter essentieel om een breder perspectief op ongelijkheid te hanteren, waarin ook genderidentiteit, seksuele oriëntatie en migratieachtergrond worden meegenomen. Het *minority stress model* (Meyer, 2003; Meyer & Frost, 2012) illustreert hoe stigmatisering en discriminatie het mentaal, sociaal en fysiek welzijn negatief beïnvloedt bij jongeren die zich identificeren als LGBTQ+ (Lesbisch, Homoseksueel [Gay], Biseksueel, Transgender, Queer en Aseksueel [+]). Vergelijkbare mechanismen spelen bij jongeren met een migratieachtergrond, hoewel enkele studies (Marks et al., 2014; Schwartz et al., 2010) wijzen op positieve welzijnsuitkomsten bij bepaalde migrantenjongeren. Toch overheerst het inzicht dat jongeren met een migratieachtergrond disproportioneel worden getroffen door structurele barrières zoals discriminatie, sociale uitsluiting, taalbarrières en traumatische ervaringen (Berry et al., 2006; Delaruelle et al., 2021; Fangen, 2010). Deze uitdagingen versterken bestaande ongelijkheden in welzijn, zoals bevestigd door het *risk perspective* (Grover et al., 2007; Motti-Stefanidi et al., 2008).

Bovendien is het belangrijk om niet alleen de afzonderlijke invloed van diverse kenmerken te bestuderen, maar ook de gezamenlijke invloed. Immers, het concept van intersectionaliteit benadrukt dat verschillende assen van ongelijk, zoals geslacht, SES en andere dimensies elkaar doorkruisen en vormgeven aan iemands identiteit en sociale positie (Collins & Bilge, 2020; Crenshaw, 1991). Het bestudeert sociale ongelijkheid met andere woorden vanuit een multidimensionaal perspectief.

Ongelijkheden in welzijn kunnen niet los gezien worden van de bredere maatschappelijke context waarin jongeren opgroeien. Politieke, sociale, culturele en economische factoren spelen een rol in het verklaren van deze verschillen (Marmot, 2005; Marmot et al., 2008; Viner et al., 2012). Het is belangrijk om inzicht te vergaren in de macro-factoren (d.i. landenkenmerken) die van invloed zijn op ongelijkheden in het mentaal, sociaal en fysiek welzijn van jongeren, opdat het beleid hier zou kunnen worden op afgestemd.

De integratie van een breder perspectief op ongelijkheid, waarbij naast traditionele factoren zoals geslacht, leeftijd en SES ook genderidentiteit, seksuele oriëntatie en migratieachtergrond worden bestudeerd, draagt bij tot een vollediger beeld van welzijn bij adolescenten en biedt handvatten voor een inclusiever en effectiever gezondheidsbeleid. Een intersectionele benadering maakt het bovendien mogelijk om niet alleen naar afzonderlijke kenmerken te kijken, maar ook naar de manier waarop deze verschillende dimensies van identiteit elkaar kunnen beïnvloeden. Een beter begrip van de complexe interacties tussen de individuele kenmerken en de bredere context waarin jongeren opgroeien is daarnaast onmisbaar om specifieke noden van jongeren adequaat aan te pakken.

Deze sectie beschrijft achtereenvolgens verschillen in mentaal, sociaal en fysiek welzijn op basis van genderidentiteit, seksuele oriëntatie en migratieachtergrond. Een intersectioneel perspectief wordt gehanteerd om de invloed van de combinatie van verschillende kenmerken te belichten. Ook wordt de impact van genderongelijkheid op landniveau onderzocht, met focus op verschillen in welzijn tussen jongens en meisjes, alsook de rol van maatschappelijke veranderingen op evoluties in ongelijkheden in welzijn.

Mentaal, sociaal en fysiek welzijn bij LGBTQ+ jongeren

De studie Jongeren en Gezondheid verzamelde op grote schaal representatieve data rond genderidentiteit en seksuele oriëntatie (cf. Deel 3) wat toeliet om verschillen in mentaal, sociaal en fysiek welzijn bij LGBTQ+ jongeren in kaart te brengen.

Verschillen in mentaal, sociaal en fysiek welzijn naargelang genderdiversiteit

Uit het onderzoek kwamen duidelijke verschillen naar voren in mentaal, sociaal en fysiek welzijn tussen cisgender (geboortegeslacht en genderidentiteit stemmen overeen) en genderdiverse (geboortegeslacht en genderidentiteit stemmen niet overeen) jongeren ([Tabel 5.6](#)).

Cisgender jongeren scoorden beter op mentale welzijnsindicatoren dan genderdiverse jongeren: 91,6% van de cisgender jongeren ervoer een hoge levenstevredenheid, tegenover 68,9% van de genderdiverse jongeren. Wat betreft algemeen mentaal welzijn rapporteerde 71,2% van de cisgender jongeren een hoge mate van algemeen mentaal welzijn tegenover 39,1% bij genderdiverse jongeren. Ook ervoeren 82,5% van de genderdiverse jongeren vaker psychologische klachten vergeleken met 52,2% bij de cisgender jongeren. De afzonderlijke psychologische klachten vertoonden een vergelijkbaar patroon ([Tabel 5.6](#)).

Genderdiverse jongeren rapporteerden ook beduidend slechtere uitkomsten op het gebied van sociaal welzijn. Waar 14,6% van de cisgender jongeren aangaf zich meestal of altijd eenzaam te voelen, lag dit percentage bij genderdiverse jongeren op 41,9%. Vergelijkbare resultaten werden waargenomen voor zowel sociale als emotionele eenzaamheid, zoals blijkt uit [Tabel 5.6](#).

Op het gebied van fysiek welzijn gaven cisgender jongeren vaker aan een goede zelf-gerapporteerde gezondheid te hebben (83,8%) dan genderdiverse jongeren (58,4%). Bovendien rapporteerde 53,0% van de genderdiverse jongeren meermaals per week één of meer fysieke klachten, tegenover 34,1% bij cisgender jongeren. Ook bij de afzonderlijke fysieke klachten werd dit patroon bevestigd ([Tabel 5.6](#)).

Tabel 5.6 Mentaal, sociaal en fysiek welzijn naargelang genderidentiteit (procentueel)

	CISGENDER	GENDERDIVERS
MENTAAL WELZIJN		
Levenstevredenheid (0-10) [hoog, score ≥ 6]	91,6	68,9
Algemeen mentaal welzijn (0-100) [hoog, score ≥ 51]	71,2	39,1
Humeurigheid [meermaals/week]	28,4	51,9
Zenuwachtigheid [meermaals/week]	30,1	53,0
Slaapmoeilijkheden [meermaals/week]	30,9	60,0
Ongelukkig voelen [meermaals/week]	18,3	50,5
Psychologische klachten [≥ 1 klacht meermaals/week]	52,2	82,5

(vervolg Tabel 5.6)

SOCIAAL WELZIJN		
Algemene eenzaamheid [meestal tot altijd]	14,6	41,9
Sociale eenzaamheid (1-10) [hoog, score ≥ 5]	8,6	30,3
Emotionele eenzaamheid (1-10) [hoog, score ≥ 5]	10,0	25,4
FYSIEK WELZIJN		
Zelf-gerapporteerde gezondheid [goed tot uitstekend]	83,8	58,4
Hoofdpijn [meermaals/week]	18,2	36,6
Buikpijn [meermaals/week]	12,3	23,9
Rugpijn [meermaals/week]	16,9	28,1
Duizeligheid [meermaals/week]	14,2	29,6
Fysieke klachten [≥ 1 klacht meermaals/week]	34,1	53,0

Noot: De getoonde verschillen naargelang genderidentiteit zijn statistisch significant.

Verschillen in mentaal, sociaal en fysiek welzijn naargelang seksuele oriëntatie

Er werden significante verschillen vastgesteld in het mentaal, sociaal en fysiek welzijn van jongeren op basis van hun seksuele oriëntatie (Tabel 5.7). Heteroseksuele jongeren scoorden hoger op diverse mentale welzijnsindicatoren: 92,2% ervoer een hoge levenstevredenheid, vergeleken met 82,2% LGB+ jongeren (Lesbisch, Homoseksueel [Gay], Biseksueel en Aseksueel [+]). Ook algemeen mentaal welzijn was beter bij heteroseksuele jongeren (68,0%) dan bij LGB+ jongeren (54,6%). Daarentegen lag het percentage jongeren dat minstens één psychologische klacht meerdere keren per week ervoer, hoger bij LGB+ jongeren (65,7%) in vergelijking met hun heteroseksuele leeftijdsgenoten (53,7%). De afzonderlijke klachten vertoonden een gelijkaardig patroon (Tabel 5.7).

Ook voor sociaal welzijn kwamen duidelijke verschillen naar voren. LGB+ jongeren rapporteerden vaker gevoelens van eenzaamheid: 27,3% voelde zich meestal of altijd eenzaam in de afgelopen 12 maanden, terwijl dit bij heteroseksuele jongeren 15,0% bedroeg. Dit verschil werd eveneens waargenomen bij sociale en emotionele eenzaamheid, zoals blijkt uit Tabel 5.7.

De resultaten voor fysiek welzijn volgden een gelijkaardige trend. Het aandeel jongeren dat een goede zelf-gerapporteerde gezondheid aangaf, was aanzienlijk hoger bij heteroseksuele jongeren (83,3%) dan bij LGB+ jongeren (73,5%). LGB+ jongeren meldden daarnaast vaker fysieke klachten: 46,2% gaf aan minstens één fysieke klacht meerdere keren per week te ervaren, tegenover 36,8% van de heteroseksuele jongeren. Ook hier lieten de afzonderlijke klachten een vergelijkbaar patroon zien (**Tabel 5.7**).

Tabel 5.7 Mentaal, sociaal en fysiek welzijn naargelang seksuele oriëntatie (procentueel)

	HETERO	LGB+ ¹
MENTAAL WELZIJN		
Levenstevredenheid (0-10) [hoog, score ≥6]	92,2	82,2
Algemeen mentaal welzijn (0-100) [hoog, score ≥51]	68,0	54,6
Humeurigheid [meermaals/week]	30,2	41,4
Zenuwachtigheid [meermaals/week]	32,5	44,4
Slaapmoeilijkheden [meermaals/week]	30,0	40,7
Ongelukkig voelen [meermaals/week]	18,1	34,5
Psychologische klachten [≥1 klacht meermaals/week]	53,7	65,7
SOCIAAL WELZIJN		
Algemene eenzaamheid [meestal tot altijd]	15,0	27,3
Sociale eenzaamheid (1-10) [hoog, score ≥5]	8,3	18,9
Emotionele eenzaamheid (1-10) [hoog, score ≥5]	9,3	17,0
FYSIEK WELZIJN		
Zelf-gerapporteerde gezondheid [goed tot uitstekend]	83,3	73,5
Hoofdpijn [meermaals/week]	19,3	28,7
Buikpijn [meermaals/week]	12,3	17,3

(vervolg Tabel 5.7)

FYSIEK WELZIJN		
Rugpijn [meermaals/week]	19,3	23,2
Duizeligheid [meermaals/week]	15,2	24,4
Fysieke klachten [≥1 klacht meermaals/week]	36,8	46,2

Noot. De getoonde verschillen naargelang seksuele oriëntatie zijn statistisch significant. ¹LGB+ staat voor Lesbisch, Homoseksueel (Gay), Biseksueel en Aseksueel (+).

SAMENGEVAT

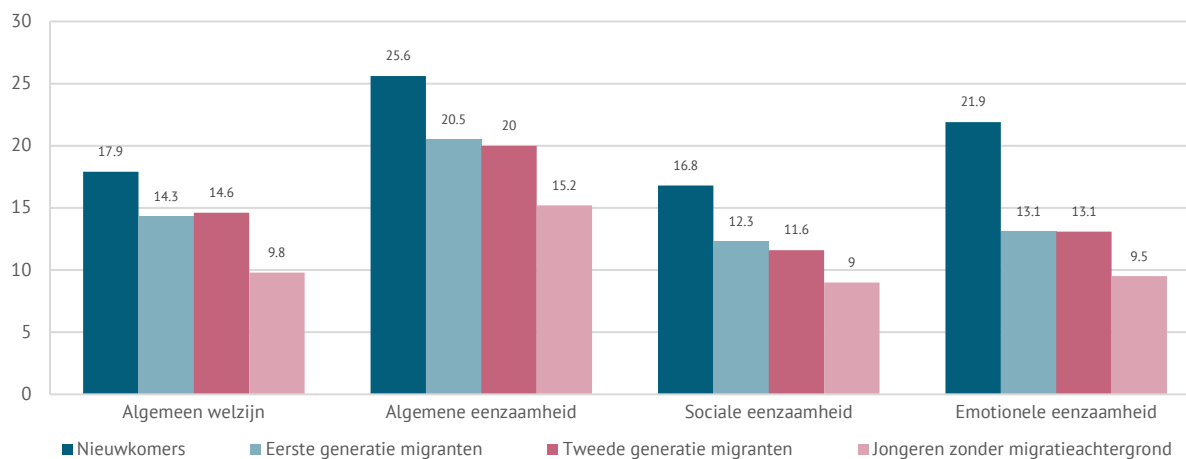
LGBTQ+ jongeren meldden een slechter mentaal, sociaal en fysiek welzijn dan cisgender en heteroseksuele jongeren. Genderdiverse jongeren rapporteerden een lagere levenstevredenheid, meer psychologische klachten, hogere eenzaamheid en slechtere fysieke gezondheid. LGB+ jongeren scoorden ook lager op welzijnsindicatoren, ervoeren meer eenzaamheid en fysieke klachten. Deze verschillen ondersteunen de kwetsbaarheid van LGBTQ+ jongeren en de noodzaak voor gerichte ondersteuning.

Migratieachtergrond in relatie tot mentaal en sociaal welzijn

We onderzochten de invloed van migratieachtergrond op het mentaal (algemeen mentaal welzijn) en sociaal welzijn (algemene, emotionele en sociale eenzaamheid) door data van 16.260 jongeren uit de studie Jongeren en Gezondheid te combineren met data van de socNAM (*social wellbeing of Newly-arrived Adolescent Migrants*) studie die uitgevoerd werd bij 1.379 jongeren in het OKAN-onderwijs (Onthaalklassen voor Anderstalige Nieuwkomers). Het mentaal en sociaal welzijn van jongeren zonder migratieachtergrond werd vergeleken met jongeren met een migratieachtergrond, waarbij we een onderscheid maakten tussen nieuwkomers (recent gemigreerde jongeren), eerste generatie migranten (jongeren in het buitenland geboren, maar die al langer in België verblijven) en tweede generatie migranten (jongeren in België geboren met minstens één ouder met migratieachtergrond).

De resultaten toonden aan dat nieuwkomers de hoogste niveaus van emotionele eenzaamheid rapporteerden, wat erop wijst dat zij meer moeite ervaren met het opbouwen van diepe persoonlijke relaties. Ook sociale eenzaamheid en algemene eenzaamheid waren het meest prevalent bij deze groep. Bovendien hadden ze meer kans op een lager algemeen mentaal welzijn in vergelijking met jongeren zonder migratieachtergrond. Gelijkaardige bevindingen golden voor eerste en tweede generatie migranten, zij het in mindere mate bij de nieuwkomers. De resultaten benadrukken de aanhoudende uitdagingen die migratie met zich meebrengt voor het mentaal en sociaal welzijn van adolescenten en onderstreept vooral de kwetsbaarheid van nieuwkomers (**Figuur 5.5** en **Tabel 5.8**).

CLUSTERS PEERCONTEXT



Noot: Chi²-test voor algemeen welzijn $X^2(3)=105,1$; voor algemene eenzaamheid $X^2(3)=123,4$; voor sociale eenzaamheid $X^2(3)=78,1$ en voor emotionele eenzaamheid $X^2(3)=181,1$. Allen $p<0,001$.

Figuur 5.5 Mentaal en sociaal welzijn naargelang migratieachtergrond (procentueel)

Tabel 5.8 Mentaal en sociaal welzijn naargelang migratieachtergrond

	NIEUWKOMERS	1 ^{STE} GENERATIE	2 ^E GENERATIE
	OR (95% BI)	OR (95% BI)	OR (95% BI)
MENTAAL WELZIJN			
Alg. mentaal welzijn [1 (laag); 5 (hoog)]	2,08 (1,64; 2,63)*	1,58 (1,33; 1,89)*	1,60 (1,42; 1,80)*
SOCIAAL WELZIJN			
Alg. eenzaamheid [1 (laag); 5 (hoog)]	2,12 (1,75; 2,58)*	1,46 (1,27; 1,68)*	1,42 (1,26; 1,60)*
Sociaal eenzaam [1 (laag); 10 (hoog)]	2,32 (1,98; 2,72)*	1,39 (1,22; 1,58)*	1,31 (1,18; 1,45)*
Emotioneel eenzaam [1 (laag); 10 (hoog)]	2,89 (2,72; 3,07)*	1,40 (1,23; 1,59)*	1,42 (1,21; 1,50)*

Noot: De gerapporteerde resultaten zijn odds ratio's (OR) en 95% betrouwbaarheidsinterval (BI). Statistische significantie wordt aangeduid als * $p<0,001$. Referentiecategorie: jongeren zonder migratieachtergrond. Alle modellen werden gecontroleerd voor geslacht en leeftijd.

SAMENGEVAT

Deze studie vergeleek het mentaal en sociaal welzijn van adolescenten met en zonder een migratieachtergrond. Adolescenten met een migratieachtergrond, waaronder nieuwkomers, eerste generatie migranten en tweede generatie migranten, vertoonden een hoger risico op een lager algemeen mentaal welzijn en meer algemene, sociale en emotionele eenzaamheid in vergelijking met jongeren zonder migratieachtergrond. Door onderscheid te maken tussen migratiegeneraties draagt deze studie bij aan een genuanceerder begrip van de invloed van een migratieachtergrond op het mentaal en sociaal welzijn.

Colofon.

De beschrijving is gebaseerd op: [Devos, S., Schrijvers, K., Dierckens, M., Van Cauwenberg, J., Deforche, B., Derluyn, I., & Delaruelle, K. \(2024\). At risk or resilient? Examining the effects of having a migration background on mental and social wellbeing outcomes amongst adolescents. International Journal of Adolescence and Youth, 29\(1\). <https://doi.org/10.1080/02673843.2024.2395388> \(↗\)](#)

Een multidimensionaal perspectief op ongelijkheden in mentaal, sociaal en fysiek welzijn

Reeds eerder werd aangetoond dat vooral meisjes en jongeren uit het bso lager scoren op mentaal, sociaal en fysiek welzijn en dat migratieachtergrond bijdraagt tot een slechter mentaal en sociaal welzijn (cf. *supra*). In deze studie willen we nagaan of migratieachtergrond een extra kwetsbaarheid meebrengt voor jongens en meisjes uit de verschillende opleidingsvormen.

Uit de resultaten bleek dat jongens uit het aso en tso met een migratieachtergrond – hoofdzakelijk eerste generatie migrantenjongens – de laagste prevalentie van levenstevredenheid rapporteerden (**Tabel 5.9**). Ook voor algemeen mentaal welzijn scoorden jongens met een migratieachtergrond slechter dan jongens zonder een migratieachtergrond. Het aandeel eerste generatie migrantenjongens met een hoog algemeen mentaal welzijn was het laagst in het aso en tso, voor het bso bleek dit het geval voor tweede generatie migrantenjongens. Op het gebied van psychologische klachten waren de verschillen kleiner, maar eerste generatie migrantenjongens uit het tso bleken extra kwetsbaar met de hoogste prevalentie van psychologische klachten. Bij meisjes werden binnen alle opleidingsvormen minder verschillen in mentaal welzijn opgemerkt naargelang migratieachtergrond, behalve voor levenstevredenheid. Meisjes uit het aso met een migratieachtergrond rapporteerden een lagere levenstevredenheid dan meisjes zonder migratieachtergrond.

Migratieachtergrond bleek ook een invloed te hebben op het sociaal welzijn van jongeren uit de verschillende opleidingsvormen (**Tabel 5.9**). Jongens uit het aso en tso met een migratieachtergrond rapporteerden de hoogste niveaus van algemene en emotionele eenzaamheid, terwijl dit verschil niet werd opgemerkt bij jongens uit het bso. Voor sociale eenzaamheid werden er evenmin verschillen vastgesteld bij jongens uit alle opleidingsvormen. Bij meisjes is het patroon van algemene eenzaamheid vergelijkbaar met dat van de jongens. Meisjes uit het aso en tso met een migratieachtergrond rapporteerden de hoogste niveaus van algemene eenzaamheid. Voor meisjes uit het bso werden geen verschillen geobserveerd. Sociale en emotionele eenzaamheid bleek ook hoger te liggen bij meisjes met een migratieachtergrond, maar enkel in het tso en niet in de andere opleidingsvormen.

Voor fysiek welzijn werden minder uitgesproken verschillen gevonden, maar voor jongens uit het bso gold dat tweede generatie migranten de meeste fysieke klachten rapporteerden, hoewel ook jongens zonder migratieachtergrond een hoge prevalentie vertoonden. Voor meisjes werden geen verschillen in fysiek welzijn op basis van migratieachtergrond geconstateerd bij meisjes van de verschillende opleidingsvormen (**Tabel 5.9**).

Deze resultaten suggereren dat migratieachtergrond vooral bij jongens een extra kwetsbaarheid met zich meebrengt, terwijl de invloed van de opleidingsvorm beperkter lijkt. De geringere verschillen in mentaal, sociaal en fysiek welzijn tussen jongens uit verschillende opleidingsvormen ondersteunen deze bevinding. Bij meisjes weegt migratieachtergrond minder zwaar door. Bij hen lijkt geslacht een belangrijkere factor te zijn, samen met de opleidingsvorm, gezien de duidelijkere verschillen tussen de verschillende onderwijsniveaus.

Tabel 5.9 Mentaal, sociaal en fysiek welzijn naargelang geslacht, opleidingsvorm en migratieachtergrond (procentueel)

	JONGENS											
	aso				tso				bso			
	geen mig	1 ^{ste} gen	2 ^e gen	tot	geen mig	1 ^{ste} gen	2 ^e gen	tot	geen mig	1 ^{ste} gen	2 ^e gen	tot
MENTAAL WELZIEN												
Levenstevredenheid ¹ [0-10; score ≥6]	95,3	83,8	92,0*	89,6	93,5	85,5	88,0*	89,5	89,9	89,9	88,5 ^{ns}	89,9
Alg. mentaal welzijn ¹ [0-100; score ≥51]	77,0	65,9	73,8*	71,5	77,3	68,2	71,6*	72,8	79,3	75,6	71,8*	77,5
Psychol. klachten [≥1 klacht/wk]	48,3	44,1	42,7 ^{ns}	43,3	43,2	55,5	49,3*	43,6	43,6	35,7	41,0 ^{ns}	39,7
SOCIAAL WELZIEN												
Alg. eenzaamheid [meestal tot altijd]	8,2	14,9	12,6*	11,6	11,4	20,6	17,3*	16,0	12,7	14,7	13,2 ^{ns}	13,7
Sociaal eenzaam ² [1-10; score ≥5]	4,8	7,2	7,1 ^{ns}	6,0	5,9	8,5	6,1 ^{ns}	7,2	5,2	6,6	6,7 ^{ns}	5,9
Emotioneel eenzaam ² [1-10; score ≥5]	5,1	8,0	8,4*	7,2	7,2	13,2	12,7*	10,2	7,9	12,7	8,1 ^{ns}	10,3
FYSIEK WELZIEN												
Fysieke klachten [≥1 klacht/wk]	25,7	27,3	26,7 ^{ns}	26,5	30,8	35,6	29,3 ^{ns}	33,2	31,4	22,8	37,2*	27,1
	MEISJES											
	aso				tso				bso			
	geen mig	1 ^{ste} gen	2 ^e gen	tot	geen mig	1 ^{ste} gen	2 ^e gen	tot	geen mig	1 ^{ste} gen	2 ^e gen	tot
MENTAAL WELZIEN												
Levenstevredenheid ¹ [0-10; score ≥6]	92,1	88,4	86,4*	90,3	86,2	80,5	80,6 ^{ns}	83,4	80,3	81,5	72,9 ^{ns}	80,9
Alg. mentaal welzijn ¹ [0-100; score ≥51]	51,0	49,4	49,4 ^{ns}	50,2	46,5	41,1	39,3 ^{ns}	43,8	48,3	55,4	45,5 ^{ns}	51,9
Psychol. klachten [≥1 klacht/wk]	69,6	65,2	66,8 ^{ns}	67,4	69,8	67,5	73,3 ^{ns}	68,7	69,1	60,9	69,2 ^{ns}	65,0

(vervolg Tabel 5.9)

SOCIAAL WELZIJN												
Alg. eenzaamheid [meestal tot altijd]	19,9	28,2	26,1*	24,1	28,4	37,1	36,9*	32,8	35,4	28,1	37,1 ^{ns}	31,8
Sociaal eenzaam ² [1-10; score ≥5]	13,7	13,9	16,3 ^{ns}	13,8	18,7	31,7	23,7*	25,2	18,7	21,2	18,9 ^{ns}	20,0
Emotioneel eenzaam ² [1-10; score ≥5]	11,6	13,1	13,6 ^{ns}	12,4	14,7	21,5	23,4*	18,1	20,5	20,4	23,2 ^{ns}	20,5
FYSIEK WELZIJN												
Fysieke klachten [≥1 klacht/wk]	51,0	42,9	52,5 ^{ns}	47,0	57,2	65,0	58,1 ^{ns}	61,1	60,4	53,2	56,3 ^{ns}	56,8

Noot: De getoonde verschillen naargelang geslacht, migratieachtergrond en opleidingsvorm zijn statistisch significant, tenzij aangegeven met ns (niet significant). ¹Hoge score; ²Hoge graad van eenzaamheid.

SAMENGEVAT

De resultaten toonden aan dat jongens met een migratieachtergrond slechter scoorden op mentaal welzijn en meer algemene en emotionele eenzaamheid ervoeren, vooral in het aso en tso. Bij meisjes waren de verschillen kleiner, behalve voor levenstevredenheid en eenzaamheid, waar meisjes met een migratieachtergrond in het aso en tso vaker kwetsbaar waren. Fysieke klachten kwamen vooral voor bij tweede generatie migrantenjongens in het bso. De resultaten suggereren dat migratieachtergrond vooral bij jongens extra kwetsbaarheid veroorzaakt, terwijl bij meisjes geslacht en opleidingsvorm een grotere rol speelden.

Genderongelijkheid op landniveau en de groeiende kloof in welzijn tussen jongens en meisjes

De toename in psychologische klachten bij adolescenten en de groter wordende verschillen tussen jongens en meisjes werd reeds eerder gekaderd in dit rapport (cf. Deel 5 *'Bijkomende inzichten'*) en vormen een zorgwekkend volksgezondheidsprobleem. Hoewel er in veel landen vooruitgang is op het gebied van gendergelijkheid (d.i. gelijke behandeling en kansen op vlak van onderwijs, gezondheidszorg, werkgelegenheid en sociale rechten, ongeacht geslacht), heeft deze vooruitgang mogelijk onbedoeld bijgedragen tot een verhoogde psychologische druk bij meisjes. Dit kan verklaard worden door het concept van de *'double burden'*, waarbij meisjes niet alleen de verwachtingen van academisch en professioneel succes moeten waarmaken, maar ook voldoen aan traditionele genderrollen, zoals het bieden van emotionele steun en het naleven van maatschappelijke schoonheidsnormen, wat leidt tot extra stress en mentale gezondheidsproblemen (Zuckerman et al., 2017).

Om de onderliggende mechanismen te begrijpen, bestudeerden we de relatie tussen genderongelijkheid op landniveau (gemeten aan de hand van de *Gender Inequality Index* (GII) en mentale gezondheidsklachten (psychologische symptomen) bij meer dan 1,2 miljoen adolescenten uit 43 landen en regio's (waaronder ook Vlaanderen) die deelnamen aan de internationale HBSC-studie tussen 2002 en 2022.

Via lineaire regressies werd de evolutie van zowel absolute als relatieve verschillen in psychologische klachten tussen jongens en meisjes onderzocht. Daarnaast werd nagegaan of er een verband was tussen genderongelijkheid in landen en de groeiende verschillen in psychologische klachten tussen jongens en meisjes. Tevens werd bestudeerd in hoeverre maatschappelijke veranderingen, zoals toegenomen academische druk, lichaamsontevredenheid en afnemende steun van leerlingen, de relatie tussen genderongelijkheid en de kloof in psychologische klachten konden verklaren.

De resultaten (**Tabel B2.1** en **Tabel B2.2** in bijlage) toonden een significante toename van zowel absolute als relatieve verschillen in psychologische klachten tussen jongens en meisjes, hoofdzakelijk in landen met meer gendergelijkheid. De stijging in psychologische klachten werd voornamelijk gedreven door een grotere toename bij meisjes. Dit suggereert dat de druk van gendergelijkheid kan leiden tot een hogere psychologische druk bij meisjes. Deze druk komt voort uit de dubbele verwachting om zowel te voldoen aan de traditionele genderrollen alsook succesvol te zijn op academisch vlak. Mediatoren zoals academische druk en lichaamsontevredenheid werden geïdentificeerd als belemmerende factoren die vooral meisjes sterker beïnvloedden (**Tabel B2.3** in bijlage).

SAMENGEVAT

Deze studie toonde aan dat de kloof in mentaal welzijn bij jongens en meisjes tussen 2002 en 2022 vooral in gendergelijke landen groter werd en gedreven werd door een sterkere stijging van klachten bij de meisjes. Een toegenomen academische druk en lichaamsontevredenheid werden als mogelijke verklaringen naar voor geschoven.

Colofon

De beschrijving is gebaseerd op: de Looze, M.E., Cosma, A., Elgar, F.J., [Schrijvers, K.](#), Inchley, J., Walsh, S.D. & Stevens, G.W.J.M. (2024), Exploring mechanisms behind the increasing gender gap in adolescent psychological symptoms, 2002–2022: the role of national-level gender equality. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. <https://doi.org/10.1111/jcpp.14081> (↗)

Maatschappelijke veranderingen en evoluties in sociale ongelijkheden in mentaal en fysiek welzijn

Jongeren met een lagere SES rapporteren systematisch meer mentale en fysieke gezondheidsproblemen dan hun leeftijdsgenoten met een hogere SES, zoals blijkt uit dit rapport en internationale studies. Deze verschillen kunnen deels verklaard worden door stressfactoren, zoals ouderlijke conflicten en financiële spanningen, die vaker voorkomen in gezinnen met een lagere SES (Devenish et al., 2017). Ook gevoelens van minderwaardigheid vanuit een lagere sociaaleconomische positie kunnen deze stress versterken met een negatieve invloed op het mentaal en fysiek welzijn.

Maatschappelijke veranderingen zoals een toenemende prestatiedruk op school, inkomensongelijkheid en sociale vergelijkingen via sociale media lijken deze ongelijkheden mogelijk verder te vergroten (Högberg, 2024; Myhr et al., 2020). Immers, voor jongeren met een lagere SES komen deze maatschappelijke stressoren bovenop de reeds bestaande spanningen in hun gezin. Dit kan leiden tot een cumulatief nadeel waardoor het mentaal en fysiek welzijn van jongeren met een lagere SES disproportioneel wordt beïnvloed (Lima et al., 2010).

Tot op heden is er slechts beperkt bewijs over de rol van maatschappelijke veranderingen op land-niveau in relatie tot evoluties in sociale ongelijkheden in het mentaal en fysiek welzijn van jongeren. Dit is nochtans belangrijk om een beter inzicht te krijgen in de evoluties in sociale ongelijkheden. Bovendien kunnen deze maatschappelijke veranderingen bijdragen tot een breder begrip van de verschillen in sociale ongelijkheden in mentaal en fysiek welzijn die soms zichtbaar zijn tussen landen.

Om tegemoet te komen aan deze kennislacune analyseerden we evoluties in sociale ongelijkheden in mentaal (psychische klachten) en fysiek welzijn (fysieke klachten) bij meer dan 900.000 adolescenten uit 32 landen en regio's (inclusief Vlaanderen) tussen 2002 en 2022. Daarbij onderzochten we de rol van maatschappelijke veranderingen, zoals inkomensongelijkheid, academische druk en internetgebruik, in relatie tot de evoluties en landverschillen in ongelijkheden in mentale en fysieke gezondheid.

De resultaten toonden aan dat jongeren met een hogere SES consequent minder mentale en fysieke klachten rapporteerden in alle onderzochte landen gedurende de volledige tijdspanne. Ongelijkheden in mentaal en fysiek welzijn bleven globaal genomen stabiel, wat wijst op een persistentie in sociale ongelijkheden overheen de tijd. Toch werd enige variatie tussen landen waargenomen waarbij in enkele landen een toename of afname in sociale ongelijkheden werd vastgesteld. Daarnaast toonden de resultaten aan dat alleen inkomensongelijkheid deze verschillen tussen landen verklaarde. Naarmate inkomensongelijkheid binnen landen toenam overheen de tijd, werden de sociale ongelijkheden in mentaal welzijn kleiner (**Tabel B3.1** in bijlage). Deze tegenstrijdige bevinding kan mogelijk te wijten zijn aan de aanvankelijk grotere sociale ongelijkheden in psychologische klachten in landen waar de inkomensongelijkheid toenam waardoor er meer ruimte was om deze ongelijkheden te verkleinen.

SAMENGEVAT

Sociale ongelijkheden in mentaal en fysiek welzijn bleven over het algemeen stabiel tussen 2002 en 2022, met enige variatie tussen landen. In sommige landen werd een toename dan wel een afname gezien. Opvallend is dat toenemende inkomensongelijkheid binnen landen gepaard ging met een afname van sociale ongelijkheden in mentaal welzijn.

Colofon

De beschrijving is gebaseerd op: Brons, E.M., Berchiolla, P., Helbich, M., Dierckens, M., Lenzi, M., Inchley, J., & Stevens, G.W.J.M. Social inequalities in adolescents' psychological and somatic complaints: cross-national trends between 2002 and 2022 and the role of societal changes. *International Journal of Public Health*, 69 doi: <https://doi.org/10.3389/ijph.2024.1607709> (↗)

DEEL 6

BELEIDSAANBEVELINGEN

HANDVATTEN BELEID EN PRAKTIJK

Op basis van de resultaten uit Deel 2 tot Deel 5 signaleert dit rapport verschillende belangrijke actiedomeinen die in dit deel verder worden toegelicht. Op basis van de bevindingen worden concrete beleids- en praktijkbevelingen geformuleerd. Deze aanbevelingen zijn specifiek gericht op het bevorderen van de gezondheid en het welzijn van jongeren in Vlaanderen en bieden concrete handvatten voor beleidsmakers, professionals en andere betrokkenen.

STRATEGIEËN VOOR EEN GEZONDE TOEKOMST: WELZIJN VAN JONGEREN CENTRAAL

Het welzijn van jongeren omvat volgens de holistische definitie van de WHO niet alleen de afwezigheid van ziekte of klachten, maar betreft ook een staat van volledig fysiek, mentaal en sociaal welzijn (World Health Organization, 1946). Dit benadrukt dat het welzijn van jongeren afhankelijk is van een evenwichtige interactie tussen deze drie componenten. Tijdens de adolescentie wordt het mentaal, sociaal en fysiek welzijn van jongeren steeds belangrijker, omdat deze levensfase fundamenteel is voor hun psychologische, cognitieve, emotionele, sociale en biologische ontwikkeling (Patton et al., 2016).

Een verstoring op één of meer van deze gebieden, kan een negatieve spiraal veroorzaken die moeilijk te doorbreken is. De bevindingen uit dit rapport wijzen echter op aanzienlijke uitdagingen voor jongeren, waarbij hun welzijn op meerdere domeinen onder druk staat. Zo wordt een toename van psychologische klachten, zelfmoordgedachten en zelfbeschadigend gedrag vastgesteld. Tegelijkertijd scoren veel jongeren lager op positieve dimensies van welzijn, zoals een hoopvol toekomstperspectief, algemeen mentaal welzijn en eigen-effectiviteit. Deze tendens is zorgwekkend omdat het duaal perspectief op mentaal welzijn benadrukt dat goede mentale gezondheid niet alleen het ontbreken van mentale gezondheidsklachten inhoudt, maar ook een positieve gemoedstoestand en voldoende veerkracht omvat (Greenspoon & Saklofske, 2001; World Health Organization, 2004). Jongeren die zich aan de positieve kant van dit continuüm bevinden – gekenmerkt door de afwezigheid van psychologische klachten en een hoog mentaal welbevinden – zijn beter in staat om hun eigen capaciteiten te erkennen, effectief om te gaan met stress, een productieve rol te vervullen en bij te dragen aan de maatschappij (World Health Organization, 1946).

Uitdagingen op vlak van sociaal welzijn zijn eveneens prominent, met veel jongeren die gevoelens van eenzaamheid ervaren, zich emotioneel geïsoleerd voelen door het gemis van betekenisvolle, hechte relaties of moeite hebben om zich te integreren in een breder sociaal netwerk van vrienden en gelijkgestemden. Fysiek welzijn vertoont een vergelijkbare trend met een stijging in het aantal jongeren dat fysieke klachten ervaart zoals hoofdpijn, buikpijn, rugpijn en duizeligheid.

Op basis van de resultaten wordt onderstaand de sleutelrol van een schoolbrede aanpak in welzijn besproken, evenals de invloed van gezin en vrienden. Daarnaast worden aanbevelingen en algemene reflecties besproken om welzijnsverschillen te verkleinen.

Scholen als uitgangspunt voor preventie en interventie

Gezien deze problematiek, is het essentieel om in te zetten op preventie en programma's te ontwikkelen die een multidimensionale aanpak hanteren, gericht op het bevorderen van het mentaal, sociaal en fysiek welzijn van jongeren. De studie *'De invloed van familie, school en vrienden op het welzijn van jongeren'* (cf. Deel 5) toont aan dat scholen hierin een sleutelrol kunnen spelen. Scholen bereiken een brede en diverse groep jongeren en bieden een ideale setting voor preventie en interventie. Bovendien hebben scholen een diepgaande invloed op jongeren, hun families en de gemeenschap. Ze kunnen fungeren als een vangnet dat jongeren beschermt tegen gevaren die hun leren, ontwikkeling en welzijn beïnvloeden (El Din, 2004; Lee et al., 2020). Scholen zijn vaak het eerste aanspreekpunt voor jongeren die ondersteuning nodig hebben, zowel op emotioneel als praktisch vlak. Door hun centrale positie in het leven van jongeren kunnen ze een belangrijke rol spelen in het identificeren en aanpakken van mentale, sociale en fysieke gezondheidsproblemen voordat deze verergeren.

Een belangrijk aspect van de rol die scholen kunnen hebben in het bevorderen van welzijn, is de implementatie van universele, *evidence-based* programma's die niet alleen focussen op de individuele determinanten van jongeren, maar ook op de bredere sociale en fysieke schoolomgeving. De schoolbrede aanpak (*whole-school approach*) lijkt hierin veelbelovend, omdat deze benadering de gehele schoolgemeenschap mobiliseert (Cefai et al., 2021). Het kenmerkt zich door een integrale aanpak die interventies op verschillende niveaus omvat, zoals in de klas, binnen de school als geheel en in de bredere gemeenschap. Het betrekken van alle belanghebbenden, zoals leerlingen, leerkrachten, maar ook ouders en externe professionals, is daarbij van cruciaal belang, omdat dit een gevoel van eigenaarschap en verantwoordelijkheid binnen de schoolgemeenschap bevordert. Bovendien richt deze aanpak zich niet alleen op het welzijn van leerlingen, maar ook op dat van de volwassenen in de school, zoals leerkrachten en ouders. Dit draagt bij aan het creëren van een ondersteunende omgeving waarin iedereen kan floreren.

Voor een succesvolle implementatie van de schoolbrede aanpak zijn verschillende praktische aspecten van belang (Cefai et al., 2021). Leerkrachten en personeel moeten bijvoorbeeld opgeleid worden in het herkennen van en omgaan met welzijnsproblemen. Dit kan door middel van trainingen en workshops gericht op sociale en emotionele vaardigheden. Hoewel leerkrachten een belangrijke signaalfunctie hebben, is het eveneens noodzakelijk om te zorgen voor voldoende gespecialiseerde professionals die getraind zijn in het omgaan met jongeren met klachten, zodat de verantwoordelijkheid niet enkel bij leerkrachten ligt. Daarnaast is het belangrijk om veilige en ondersteunende ruimtes binnen de school te creëren, waar leerlingen zich vrij voelen om hun zorgen te uiten en hulp te zoeken. Dit kan bijvoorbeeld door vertrouwelijke ruimtes in te richten of ondersteunings- en begeleidingsdiensten aan te bieden. Ook moet welzijn geïntegreerd worden in het curriculum, bijvoorbeeld door lessen over sociale en emotionele vaardigheden aan te bieden, zodat leerlingen beter in staat zijn om met stress en uitdagingen om te gaan.

Ondanks mogelijke uitdagingen zoals beperkte middelen en ondersteuning, toont onderzoek aan dat een goed geïmplementeerde schoolbrede aanpak belangrijke voordelen biedt, waaronder verbeteringen in mentale gezondheid alsook tot gunstige sociale, emotionele en academische resultaten (Goldberg et al., 2019; Weare & Nind, 2011). Op basis van de resultaten uit de studie *‘Welzijnsbeleid op scholen in relatie tot het mentaal, sociaal en fysiek welzijn’* (cf. Deel 5) blijkt dat jongeren op scholen met een uitgebreid welzijnsbeleid een beter sociaal welzijn vertonen. Zij rapporteren minder eenzaamheid in vergelijking met jongeren op scholen met een minimaal welzijnsbeleid.

Toch moeten deze resultaten met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd omdat de meetbare verschillen tussen een uitgebreid en een minimaal schoolbeleid rond welzijn eerder gering blijken en enkel voor sociaal welzijn gelden. Het geringe onderscheid tussen scholen met een minimaal en uitgebreid welzijnsbeleid kan te maken hebben met een gebrek aan variatie tussen de deelnemende scholen. De scholen die bereid zijn deel te nemen aan zowel de studie Jongeren en Gezondheid als de Preventiepeiling vormen waarschijnlijk een selectieve groep, die al een sterke betrokkenheid toont bij gezondheidsbevordering en welzijn. Dit kan een vertekend beeld creëren, waarbij het onderscheid tussen scholen met een minimaal en uitgebreid beleid minder uitgesproken lijkt. Bijkomende sensitiviteitsanalyses ([Tabel B4.1](#) in bijlage) wijzen bovendien op weinig tot geen verschil tussen deze scholen in de kenmerken die bijdragen aan het welzijn van leerlingen zoals hoge schooltevredenheid, sterke steun van leerkrachten en klasgenoten, lage academische druk en afwezigheid van pesten, zoals geïdentificeerd in de studie *‘De invloed van familie, school en vrienden op het welzijn van jongeren’* (cf. Deel 5). Bovendien leveren scholen over het algemeen al veel inspanningen om het welzijn van hun leerlingen te bevorderen. Dit wordt bevestigd door de resultaten van de Preventiepeiling, die aantonen dat een groot aantal scholen actief inzet op welzijn en preventie (Buyl et al., 2023). Een ander aandachtspunt is dat de effecten van welzijnsinterventies op school mogelijk niet gelijk verdeeld zijn onder alle leerlingen. Interventies kunnen vooral een positieve impact hebben op leerlingen die het reeds moeilijk hebben, terwijl de invloed op leerlingen die thuis of via andere kanalen al voldoende ondersteuning ervaren, minder groot is. Dit zou kunnen bijdragen aan de kleine effecten die in deze studie worden waargenomen.

Desondanks is blijvende aandacht voor en investering in een geïntegreerd welzijnsbeleid op school belangrijk. Scholen kunnen hun impact verder vergroten door te werken met een schoolbrede aanpak (cf. *supra*), waarbij ook gezinnen worden betrokken aangezien ook zij een belangrijke rol spelen (cf. *infra*). Ook gespecialiseerde ondersteuning, zoals door psychologen op school, kan de impact van scholen vergroten. Toekomstig onderzoek is nodig om meer inzicht te krijgen in de verschillen tussen scholen en hoe deze zich vertalen naar een effectieve leerlingenbegeleiding. Deze inzichten kunnen bijdragen aan een gericht en effectiever welzijnsbeleid dat aansluit bij de diverse behoeften van leerlingen.

De studie *'De invloed van familie, school en vrienden op het welzijn van jongeren'* (cf. Deel 5), wijst ook nog andere aanknopingspunten aan voor een impactvol beleid op scholen. Scholen waar jongeren zich gesteund voelen door zowel leerkrachten als klasgenoten en waar een schoolcultuur heerst met een focus op het verminderen van de academische druk (bijvoorbeeld door het aantal toetsen per week te beperken en taken en opdrachten beter te spreiden) en het actief aanpakken van pesten kunnen van groot belang zijn voor een gezond welzijn bij jongeren. Dergelijke omgevingen resulteerden namelijk in een beduidend beter mentaal, sociaal en fysiek welzijn van jongeren. Tot slot worden schoolgebonden interventies best gekoppeld aan bredere gezondheids- en sociale zorgsystemen. Dit zorgt ervoor dat de ondersteuning die in de schoolomgeving wordt geboden, naadloos aansluit op de zorg die buiten de school wordt geleverd en dat jongeren en hun families doorverwezen worden naar de juiste hulpbronnen en professionele diensten indien nodig (Cosma et al., 2023).

De onmisbare invloed van gezin en vrienden

Naast de schoolcontext speelt ook het gezin een onmiskenbare rol zoals aangetoond in diezelfde studie (cf. Deel 5). Daaruit bleek dat sterke steun vanuit het gezin een positieve invloed heeft op het mentaal, sociaal en fysiek welzijn van jongeren, terwijl uitdagingen op deze gebieden negatieve gevolgen kunnen hebben. Het bevorderen van een ondersteunende gezinsdynamiek en open communicatie zijn belangrijke aanknopingspunten voor het verbeteren van het welzijn van jongeren. Tegelijkertijd mag de rol van vrienden niet onderschat worden, zoals aangetoond werd. Hoewel de invloed van vriendschappen kleiner bleek te zijn dan die van de positieve steun vanuit het gezin en de school, bieden vrienden nog steeds emotionele en sociale steun. Naarmate jongeren ouder worden, kunnen vriendschappen zelfs de rol van ouders overtreffen als bron van steun (del Valle et al., 2010). Daarom is het ook belangrijk om jongeren te ondersteunen bij het opbouwen van gezonde vriendschappen en peer-netwerken. Het is bovendien niet de frequentie van de interactie met het gezin, leerkrachten, klasgenoten of vrienden die bepalend is voor het welzijn van jongeren, maar vooral de kwaliteit van de ondersteuning die ze ontvangen. Interventies moeten zich dan ook richten op het verbeteren van de kwaliteit van deze interacties in alle drie de contexten.

Veerkracht als bouwsteen voor positief welzijn

Zoals eerder gekaderd, moeten interventies gericht op het bevorderen van welzijn niet alleen de negatieve aspecten van mentaal welzijn aanpakken, maar ook de positieve dimensies van mentaal welzijn versterken. Dit rapport toont aan dat een zorgwekkend aandeel jongeren laag scoort op positieve aspecten van welzijn zoals hoopvolle toekomstverwachtingen, algemeen mentaal welzijn en eigen-effectiviteit. Dit onderstreept de noodzaak om interventies te ontwikkelen die deze positieve componenten van welzijn versterken. In dit verband lijkt het bevorderen van veerkracht een veelbelovende invalshoek. Hoewel in dit rapport de rol van veerkracht niet uitgebreid bestudeerd werd en bijkomend onderzoek zeker noodzakelijk is om een volledig inzicht te krijgen in de

werking en effectiviteit, toont eerder onderzoek aan dat veerkracht helpt om jongeren op een positieve manier om te laten gaan met stress en tegenslagen die hen uit evenwicht kunnen brengen. Het stelt jongeren in staat om hun functioneren en mentale welbevinden te behouden of te herwinnen door effectief gebruik te maken van persoonlijke hulpbronnen en steun vanuit de omgeving (Foster et al., 2019; Lee et al., 2012; Soyez et al., 2023). In hun rapport 'Weerbaarheid en veerkracht bij kinderen en jongeren' bevelen Soyez et al. (2023) aan om veerkracht te bevorderen door op meerdere beleidsdomeinen actie te ondernemen. Ze onderstrepen dat interventies niet alleen interne hulpbronnen moeten versterken, maar ook sociale netwerken en toegang tot externe hulpbronnen moeten verbeteren. Daarnaast benadrukken ze het belang van training en professionele ontwikkeling voor tussenpersonen die jongeren ondersteunen. Verder bevelen ze aan om te investeren in *public health literacy* over veerkracht bij jongeren, zodat zij beter geïnformeerd zijn over wat veerkracht inhoudt en hoe ze dit kunnen toepassen in hun leven.

Ongelijkheden in welzijn benadrukken nood voor specifieke aandacht

Het is essentieel om ongelijkheden in welzijn aan te pakken, aangezien jongeren uit kwetsbare groepen vaak extra uitdagingen ervaren die hun welzijn beïnvloeden. Dit rapport identificeert een slechter mentaal, sociaal en fysiek welzijn bij meisjes, oudere jongeren en jongeren uit het beroeps- onderwijs (cf. Deel 2 en Deel 5). Het toont dat ongelijkheden in welzijn zich op verschillende manieren manifesteren afhankelijk van de demografische factoren. Daarnaast moet ook aandacht uitgaan naar de specifieke welzijnsbehoeften van genderdiverse jongeren, LGB+ jongeren en jongeren met een migratieachtergrond. De bevindingen wijzen op een aanzienlijke gezondheidskloof tussen LGBTQ+ jongeren en hun cisgender en heteroseksuele leeftijdsgenoten (cf. Deel 5 '*Mentaal, sociaal en fysiek welzijn bij LGBTQ+ jongeren*'), evenals op een verhoogd risico op een slechter algemeen mentaal welzijn en meer sociale en emotionele eenzaamheid bij jongeren met een migratieachtergrond. (cf. Deel 5 '*Migratieachtergrond in relatie tot mentaal en sociaal welzijn*'). Ook de gezamenlijke invloed van deze factoren brengt bijkomende uitdagingen mee voor jongeren. De studie '*Een multidimensionaal perspectief op mentaal, sociaal en fysiek welzijn*' (cf. Deel 5) ging na of migratieachtergrond een extra kwetsbaarheid inhoudt voor jongens en meisjes uit de verschillende opleidingsvormen. De resultaten tonen aan dat jongens uit het aso en tso met een migratieachtergrond slechter scoren op mentaal en sociaal welzijn, zoals een lagere levenstevredenheid en verhoogde eenzaamheid. Deze bevindingen suggereren dat migratieachtergrond vooral bij jongens extra kwetsbaarheid met zich meebrengt. Ook meisjes met een migratieachtergrond blijken kwetsbaar, vooral in het aso en tso, maar de verschillen ten opzichte van meisjes zonder migratieachtergrond zijn minder eenduidig. Dit wijst erop dat geslacht waarschijnlijk een grotere invloed heeft dan migratieachtergrond bij meisjes, terwijl dit verschil bij jongens minder uitgesproken lijkt.

Om deze kwetsbare groepen effectief te ondersteunen, wordt het principe van proportionele universaliteit aanbevolen als fundament voor beleid (Marmot et al., 2010). Dit betekent dat zorg- en beleidsinitiatieven niet alleen universeel moeten zijn, maar dat extra inspanningen moeten worden geleverd voor degenen die het hardst worden getroffen en het meeste risico lopen op een slecht welzijn. Dit betreft niet alleen meisjes, oudere adolescenten en jongeren met een lagere SES, maar ook LGBTQ+ jongeren en jongeren met een migratieachtergrond die geconfronteerd worden met discriminatie en sociale uitsluiting.

Om het welzijn van deze groepen te verbeteren, kunnen interventies gericht zijn op het versterken van sociale netwerken en het bevorderen van zelfwaarde en acceptatie. Bij het ontwerpen van deze interventies is het belangrijk om rekening te houden met de culturele, sociale en psychologische context van deze jongeren. Scholen en jeugdorganisaties kunnen hierin een cruciale rol spelen. Ze kunnen inclusieve en ondersteunende omgevingen creëren door bijvoorbeeld een anti-discriminatie- en anti-pestbeleid te implementeren en een sfeer van diversiteit en acceptatie te bevorderen. Het creëren van een veilige ruimte waar jongeren zich geaccepteerd en gewaardeerd voelen, ongeacht hun achtergrond, is essentieel voor hun welzijn en ontwikkeling. Daarnaast kunnen lokale initiatieven, zoals buurthuizen, een belangrijke bijdrage leveren. Buurthuizen die zich richten op participatie, sociale cohesie en ondersteuning, bieden niet alleen een fysieke ruimte voor ontmoetingen, maar passen ook het principe van gemeenschapsgerichte benaderingen toe (Bloch et al., 2014; O'Mara-Eves et al., 2015). Door actief samen te werken met lokale bewoners en partners creëren zij een netwerk van steun en mogelijkheden voor kwetsbare jongeren. Dit kan bijdragen aan hun sociale integratie en zelfvertrouwen. Deze initiatieven zijn veelbelovend omdat ze niet alleen praktische ondersteuning bieden, maar ook van een gevoel van verbondenheid en gemeenschap versterken.

Verder zou het beleid idealiter gericht moeten zijn op het verbeteren van de toegankelijkheid van geestelijke gezondheidszorg voor alle kwetsbare groepen. Dit kan zowel het wegnemen van fysieke als financiële drempels omvatten alsook gaan over inspanningen om het stigma rond hulpverlening te verminderen. De resultaten uit Deel 5 (*Evoluties in stigmatiserende percepties*) wijzen op een voorzichtige daling van het stigma ten aanzien van jongeren met depressie, wat een positieve ontwikkeling is, maar nog verder kan worden versterkt.

Op basis van bovenstaande aanbevelingen wordt duidelijk dat een geïntegreerde aanpak nodig is en een facettenbeleid (*health in all policies*) vereist dat diverse settings en domeinen overstijgt (Puska, 2006, 2014). Brownson et al. (2021) stellen daarnaast voor om gelijkheid als primaire overweging in alle beleidsbeslissingen te verankeren vanuit het principe van *equity in all policies*. Dit betekent dat gezondheidsongelijkheden als een fundamenteel aspect bij het vormgeven van beleid

moeten worden beschouwd. Een geïntegreerde aanpak binnen diverse beleidsdomeinen kan zo ongelijkheden in welzijn een halt toe roepen. Om deze benadering te realiseren, dienen beleidsmaatregelen zowel het individu als de bredere maatschappelijke context aan te spreken. Dit houdt in dat beleid op verschillende niveaus versterkt moet worden. Dit kan bijvoorbeeld gaan van ondersteuning voor ouders en zorgverleners tot het verbeteren van de fysieke en sociale omgevingen waarin jongeren zich bevinden. Daarbij is samenwerking tussen sectoren zoals onderwijs, gezondheidszorg en sociale diensten cruciaal om een holistische benadering te waarborgen (Patton et al., 2016).

Belang van blijvende monitoring en investeringen in welzijn van adolescenten

Investeren in het welzijn van adolescenten is niet alleen van fundamenteel belang voor hun gezondheid en ontwikkeling op korte termijn, maar heeft ook langdurige voordelen die reiken tot in hun volwassen leven en zelfs invloed hebben op de volgende generatie (Every Woman Every Child, 2015; Patton et al., 2016). Beleid dat investeert in het welzijn van adolescenten biedt met andere woorden driemaal voordeel: nu, op volwassen leeftijd en voor volgende generaties. In de literatuur wordt dit bestempeld als *triple dividend* (Patton et al., 2016). Gerichte en duurzame investeringen in het welzijn van adolescenten leiden tot een hoog rendement, gekenmerkt door gezonde volwassenen en lagere mortaliteits- en morbiditeitscijfers. Bovendien draagt het bij tot sterke economische ontwikkelingen op lange termijn. Gezonde en goed opgeleide jongeren vormen immers de basis voor een productieve beroepsbevolking, die in staat is om economische groei te stimuleren, werkgelegenheid te creëren en de sociale stabiliteit te waarborgen. Investeren in adolescenten is dus niet alleen een investering in hun welzijn, maar ook in de economische stabiliteit en welvaart van de samenleving als geheel (Ross et al., 2022). Dit sluit ook aan bij het concept van de *wellbeing economy* waarbij gepleit wordt voor de integratie van gezondheid en welzijn in economische modellen en beleidsvorming. Gezondheid wordt hierin erkend als een essentiële factor voor het bevorderen van zowel individueel welzijn als economische groei. Investeringen in gezondheidssystemen en het welzijn van mensen dragen niet alleen bij aan een betere levenskwaliteit, maar versterken ook de economische stabiliteit en productiviteit (WHO Regional Office for Europe, 2023).

Ook het belang van monitoring van jongerenwelzijn kan niet worden onderschat. Het beleidsplan voor geestelijke gezondheidsbevordering (GGB), dat de Vlaamse overheid recent ontwikkelde, speelt in op die maatschappelijke nood. Het plan is onderbouwd met wetenschappelijke kennis, meetbaar en breed gedragen. Het biedt een solide basis voor een datagestuurde aanpak van geestelijke gezondheid die bijdraagt aan een effectief beleid ter bevordering van het welzijn van jongeren en de bredere samenleving. Ook is het essentieel om ongelijkheden in welzijn systematisch te blijven monitoren. Dit wordt ook benadrukt in de studie *'Maatschappelijke veranderingen en evoluties in mentaal en fysiek welzijn'* (cf. Deel 5). Uit deze studie blijkt dat ongelijkheden in mentale gezondheidsproblemen naargelang materiële welvaart bij adolescenten hardnekkig blijven bestaan. Dit suggereert dat het huidige beleid er mogelijk niet in slaagt deze ongelijkheden effectief aan te pakken.

De bevindingen ondersteunen de noodzaak van versterkte inspanningen en een systematische, voortdurende monitoring. Hierbij dienen niet alleen evoluties in ongelijkheden op basis van SES, maar ook op basis van geslacht, leeftijd, genderdiversiteit, seksuele oriëntatie en migratieachtergrond gevolgd te worden. Het in kaart brengen van deze ongelijkheden maakt het mogelijk om de effectiviteit van het beleid te evalueren en om gerichte aanbevelingen te doen voor toekomstige maatregelen (Elgar et al., 2015; Marmot et al., 2008).

ANDERE UITDAGINGEN VOOR BELEID EN PRAKTIJK

Hoewel er ook enkele positieve trends zichtbaar zijn, zoals een toename in waterconsumptie en een daling in frisdrankgebruik brengt het rapport ook diverse andere gezondheidsuitdagingen bij jongeren aan het licht, waaronder slechte slaapkwaliteit, onvoldoende beweging en overmatig schermgebruik, minder groenteconsumptie, minder ontbijten, nog steeds hoge cijfers rond lijnen en een toename in de prevalentie van overgewicht.

Op het vlak van middelengebruik is er wel een lichte afname in alcoholconsumptie, maar een toename in dronkenschap en e-sigaretgebruik. Cannabisgebruik blijft stabiel, terwijl gokken en gamen relatief prevalent zijn. Ook seksuele gezondheid baart zorgen, met een afname in condoomgebruik bij het eerste seksuele contact en een toename in seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Om deze uitdagingen aan te pakken, is het belangrijk om een brede en geïntegreerde aanpak te hanteren die verder gaat dan enkel het verhogen van kennis en bewustzijn. Een mix van strategieën is nodig om gezonde slaapgewoontes te bevorderen, waaronder interventies die gericht zijn op gedragsverandering, het creëren van ondersteunende omgevingen en het betrekken van ouders en scholen. Daarnaast kan het beperken van schermgebruik, vooral voor het slapengaan, een belangrijke rol spelen. Gezonde slaapgewoonten zijn bovendien nauw verbonden met andere gezondheidsgedragingen, zoals voeding, fysieke activiteit en alcoholgebruik en ze hebben een impact op zowel het mentale als fysieke welzijn (Chaput et al., 2016). Daarom is het aanbevolen om het thema slaap mee te nemen in bredere interventies die gericht zijn op het bevorderen van een gezonde levensstijl bij jongeren (Vandendriessche, 2023). Fysieke activiteit kan worden gestimuleerd via schoolprogramma's, gemeenschapsinitiatieven en het bevorderen van actief vervoer, bijvoorbeeld door veilige voet- en fietspaden en het toepassen van walkability-principes in ruimtelijke ordening. Aanvullend kunnen digitale interventies (M-health), doelgerichte sport- en vrijetijdsaanbiedingen voor kwetsbare groepen en massamediacampagnes gebaseerd op formatief onderzoek, psychologische theorieën en sociale marketing effectief zijn (Bauman et al., 2022; Williamson et al., 2020; WHO, 2022). Voeding kan verbeterd worden door educatie over gezonde voedingsgewoonten, het bevorderen van gezonde voedselomgevingen op scholen en het vergroten van de beschikbaarheid en betaalbaarheid van gezonde opties, zoals fruit, groenten en magere zuivelproducten.

Daarnaast is het belangrijk om de toegang tot ongezonde producten te beperken en marketing gericht op jongeren te reguleren (Rakić et al., 2024). Dit is bijzonder relevant in de context van voeding, aangezien een recent WHO-rapport aantoont dat commerciële belangen van de voedingsindustrie, zoals de marketing van bewerkte en ongezonde voedingsmiddelen, een grote invloed hebben op eetgewoonten en de gezondheid van jongeren. Het rapport pleit voor maatregelen om deze marketingpraktijken te reguleren en de beschikbaarheid van ongezonde voedingsopties te beperken, wat essentieel is voor het bevorderen van gezondere voedingskeuzes en het verminderen van het risico op niet-overdraagbare ziekten (WHO Regional Office for Europe, 2024). Een preventiebeleid rond eet- en gewichtsproblemen moet echter ruimer gaan dan enkel voeding. Het dient aandacht te besteden aan een breed scala aan leefstijlaspecten, in te zetten op psychosociale factoren zoals emotieregulatie en lichaamstevredenheid en erop te waken dat preventieboodschappen geen schadelijke neveneffecten veroorzaken, zoals toename van lijngedrag of lichaamsontevredenheid.

In analogie met de marketingstrategieën rond voeding, is ook voor tabak en alcohol een krachtig beleid nodig dat de invloed van deze strategieën beperkt. Commerciële belangen spelen immers een significante rol in het aanmoedigen van ongezond gedrag. Door gerichte regelgeving en interventies kunnen de schadelijke effecten van deze industrieën worden ingeperkt en kunnen jongeren worden beschermd tegen de gevolgen van risicovol consumptiegedrag. Daarnaast vereist de aanpak van middelengebruik een breed scala aan benaderingen om het risico op gebruik te verkleinen. Dit kan onder andere universele preventieprogramma's omvatten die zich richten op het voorkomen van de initiatie van middelengebruik. Deze programma's kunnen nadruk leggen op educatie, bewustwording en het ontwikkelen van vaardigheden om verleidingen te weerstaan vanaf jonge leeftijd. Bovendien is het belangrijk gerichte interventies in te zetten voor risicogroepen, zoals jongens die vatbaarder zijn voor het gebruik van tabak, e-sigaretten en alcohol, maar ook adolescenten die blootstaan aan sociaaleconomische uitdagingen, een familiegeschiedenis van middelengebruik hebben of opgroeien in omgevingen waar middelengebruik wijdverspreid is. Het aanreiken van coping strategieën kan jongeren helpen deze uitdagingen op een gezonde manier aan te pakken, waardoor de kans op middelengebruik afneemt (Charrier et al., 2023).

Voor seksuele gezondheid is het van belang om naast seksuele voorlichting een brede aanpak te hanteren met een focus op veilig vrijen, waaronder het gebruik van voorbehoedsmiddelen in de preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen en ongeplande zwangerschappen. Ook het bevorderen van een positieve seksuele ervaring en het voorkomen van grensoverschrijdend gedrag zijn centrale pijlers. Het is essentieel dat naast praktische aspecten van veilig seksueel gedrag ook onderwerpen zoals toestemming, respect, gendergelijkheid en seksuele diversiteit aan bod komen. Daarnaast kan het ook zinvol zijn om jongeren te ondersteunen in het ontwikkelen van goede communicatievaardigheden met seksuele partners. Langdurige gezondheidsinterventies die condoomgebruik en andere anticonceptiemethoden bevorderen, zijn ook nodig. Bovendien moeten anticonceptiemiddelen op een toegankelijke wijze beschikbaar zijn (Költő et al., 2024).

Hoewel deze aanbevelingen voor alle jongeren relevant zijn, is het belangrijk om de maatregelen af te stemmen op de noden van verschillende groepen, zoals jongeren met een lagere SES. Daarnaast zijn er duidelijke verschillen tussen jongens en meisjes. Jongens vertonen over het algemeen meer risicogedrag op het vlak van middelengebruik, zoals alcohol drinken, roken en gokken en besteden meer tijd aan gamen. Hun voedingsgewoonten zijn eveneens vaak minder gezond. Meisjes daarentegen rapporteren een slechtere slaapkwaliteit en onvoldoende beweging. Dit benadrukt de noodzaak van aangepaste interventies om gezondheidsbevordering effectief af te stemmen op de diverse noden van jongeren.

DEEL 7

CONCLUSIE

JONGEREN EN GEZONDHEID

SAMENGEVAT

Meer dan 20.000 Vlaamse jongeren namen deel aan de studie Jongeren en Gezondheid in 2021/22. Deze studie bracht verschillende aspecten van hun gezondheid en gezondheidsgedrag in kaart en onderzocht evoluties overheen de tijd. Het doel was om inzicht te krijgen in recente ontwikkelingen en uitdagingen op het gebied van jongerengezondheid, zodat gerichte accenten kunnen worden gelegd in beleid en preventie.

Gelet op eerdere zorgwekkende evoluties in het welzijn van Vlaamse jongeren, zoals aangetoond in de vorige editie van de studie Jongeren en Gezondheid (Dierckens et al., 2019; Dierckens et al., 2021), lag in deze editie een bijzondere focus op het welzijn van jongeren. Vanuit een holistische visie op welzijn zoals gedefinieerd door de Wereldgezondheidsorganisatie (1946), werden het mentaal, sociaal en fysiek welzijn uitgebreid bestudeerd.

Voor het mentaal welzijn werd een duaal perspectief gehanteerd, waarbij zowel klachten als positieve aspecten van mentaal welzijn werden onderzocht (Greenspoon & Saklofske, 2001; World Health Organization, 2004). Dit rapport beoogde niet alleen het mentaal, sociaal en fysiek welzijn te monitoren, maar ook risico- en beschermende factoren te identificeren. Bovendien lag de nadruk op het bestuderen van sociale ongelijkheden in welzijn, met aandacht voor diverse bronnen van ongelijkheid en de invloed van de omgeving.

WETENSCHAPPELIJKE CONCLUSIES

Mentaal, sociaal en fysiek welzijn

Het welzijn van jongeren bevindt zich op een belangrijk kruispunt waarin het mentaal, sociaal en fysiek welzijn onder toenemende druk staan. Dit rapport laat zien dat ondanks een overwegend positieve levenstevredenheid, zorgwekkende trends in mentaal welzijn zichtbaar zijn. Meer jongeren rapporteren psychologische klachten en ook zelfmoordgedachten en zelfbeschadigend gedrag zijn toegenomen. Vooral meisjes, oudere adolescenten en jongeren met een lager opleidingsniveau zijn kwetsbaarder, evenals LGBTQ+ jongeren en jongeren met een migratieachtergrond. Ze scoren stevast laag op positieve aspecten van mentaal welzijn en rapporteren een lagere levenstevredenheid, een slechter algemeen mentaal welzijn, minder geluksgevoelens en een negatievere kijk op de toekomst. Op vlak van negatief mentaal welzijn rapporteren ze meer psychologische klachten, stress, zelfmoordgedachten en zelfbeschadigend gedrag.

Sociaal welzijn vertoont een vergelijkbaar beeld met een aanzienlijke groep jongeren die gevoelens van algemene, sociale en emotionele eenzaamheid rapporteren. Meisjes en oudere jongeren,

maar ook jongeren met een lager opleidingsniveau, LGBTQ+ jongeren en jongeren met een migratieachtergrond voelen zich vaker emotioneel en sociaal geïsoleerd, een bevinding die ook geldt voor algemene eenzaamheid.

Fysiek welzijn kent eveneens een ongunstig verloop, met een groter aandeel jongeren dat fysieke klachten rapporteert. Meisjes, oudere adolescenten, jongeren met een lager opleidingsniveau, LGBTQ+ jongeren en jongeren met een migratieachtergrond worden disproportioneel getroffen en vertonen de hoogste niveaus van fysieke klachten. Deze trends passen binnen een internationale context waarin mentale en fysieke klachten onder jongeren toenemen. Uit ons onderzoek, gebaseerd op data van 15-jarige adolescenten uit 41 landen over een periode van bijna drie decennia, blijkt dat vooral meisjes een versnelde toename in klachten laten zien, mogelijk versterkt door de COVID-19 pandemie, alsook andere maatschappelijke crisissen zoals klimaatverandering en gewapende conflicten (Schrijvers et al., 2024).

De sociale ongelijkheden die aan de basis liggen van deze negatieve tendens zijn complex en breed verweven met sociaaleconomische factoren, geslacht, genderidentiteit, leeftijd en migratieachtergrond. De interactie tussen deze factoren versterkt de kwetsbaarheid van jongeren in specifieke groepen. Jongeren met een lagere SES, LGBTQ+ jongeren en jongeren met een migratieachtergrond worden bovendien geconfronteerd met structurele barrières zoals discriminatie, stigmatisering en taalbarrières, wat hun mentaal, sociaal en fysiek welzijn nefast beïnvloedt.

Ook maatschappelijke veranderingen lijken een rol te spelen. Hoewel meer gendergelijke landen meisjes vaak betere kansen bieden op academisch en professioneel vlak, lijken bijkomende verwachtingen vanuit de traditionele genderrollen hun mentaal welzijn dubbel te belasten. Dit draagt bij tot een grotere kloof in mentale en fysieke klachten tussen jongens en meisjes in gendergelijke landen.

De resultaten tonen verder aan dat sociale ongelijkheden in mentaal en fysiek welzijn algemeen genomen stabiel bleven overheen de tijd, op enkele variaties tussen landen na. Alleen inkomensongelijkheid kon deze verschillen tussen landen verklaren. Opmerkelijk genoeg ging een toenevende inkomensongelijkheid binnen landen gepaard met een afname van sociale ongelijkheden in mentaal welzijn. Deze tegenstrijdige bevinding kan mogelijk te wijten zijn aan de aanvankelijk grotere sociale ongelijkheden in psychologische klachten in landen waar de inkomensongelijkheid toenam waardoor er meer ruimte was om deze ongelijkheden te verkleinen. Dit onderstreept de complexiteit van macro-economische invloeden op mentaal welzijn. Andere maatschappelijke veranderingen zoals een toegenomen academische druk en sociale vergelijkingen via sociale media speelden geen rol in deze verschillen tussen landen.

Daarnaast blijkt uit dit rapport dat de omgeving waarin jongeren opgroeien, zoals het gezin, school en vrienden, cruciaal is voor hun welzijn. Ondersteunende gezins- en schoolomgevingen kunnen het welzijn verbeteren, terwijl negatieve invloeden zoals gebrekkige communicatie of academische druk schadelijk kunnen zijn. Ook het welzijnsbeleid op scholen is mogelijk van belang: jongeren op scholen met een uitgebreid welzijnsbeleid vertonen een beter sociaal welzijn. De meetbare verschillen tussen scholen met een minimaal beleid zijn echter beperkt, mogelijk door de selectieve steekproef van deelnemende scholen die al gericht zijn op gezondheidsbevordering en welzijn.

Tot slot wijst het rapport op een afname in stigmatiserende percepties ten aanzien van jongeren met mentale gezondheidsproblemen, vooral bij meisjes. De afname in stigma is gunstig voor jongeren om de drempel tot hulpzoekgedrag mogelijk te verlagen.

Andere gezondheidsuitdagingen en vooruitgangen

Naast de uitdagingen op het gebied van mentaal, sociaal en fysiek welzijn, wijst dit rapport ook op andere gezondheidskwesties die de algehele gezondheid van jongeren beïnvloeden. De meerderheid van de jongeren ervaart een slechte slaapkwaliteit en de aanbevolen hoeveelheid slaap wordt tijdens schooldagen door de meeste jongeren niet gehaald. Daarnaast blijft er ruimte voor verbetering inzake beweging en sedentair gedrag. Hoewel er een lichte toename is in het aandeel jongeren dat dagelijks voldoende beweegt aan een matige tot zware intensiteit, gaat het nog steeds om een minderheid van de jongeren. Bovendien slaagt slechts een kleine groep erin om de aanbeveling van minder dan twee uur schermtijd per dag te respecteren en dit aandeel is nog kleiner geworden in vergelijking met vroeger.

Voor voedingsgedragingen zijn er enkele gunstige evoluties te melden: jongeren drinken meer water en minder frisdrank dan voorheen. Er is echter ook een negatieve evolutie in de consumptie van groenten, terwijl de fruitconsumptie stabiel blijft. Ook het maaltijdpatroon van jongeren is veranderd, met een sterke afname in de frequentie van dagelijks ontbijten. Meisjes vertonen over het algemeen betere voedingsgedragingen dan jongens, met uitzondering van de ontbijtfrequentie. Jongeren uit het bso scoren slechter op het gebied van voeding. Hoewel obesitas stabiel bleef is er een toename van jongeren met overgewicht, wat een groeiende uitdaging vormt voor de volksgezondheid.

Wat betreft middelengebruik is er een lichte afname in de huidige alcoholconsumptie, maar tegelijkertijd is er een lichte toename in de mate van dronkenschap en in de wekelijkse consumptie van bier, wijn, alcopops en sterke drank. Het huidig rookgedrag van tabak vertoont een lichte stijging, terwijl het gebruik van e-sigaretten sterk toeneemt. Het gebruik van cannabis blijft stabiel. Hoewel het alcohol-, tabak en druggebruik hoger ligt bij jongens dan meisjes, is het opmerkelijk dat de kloof zich lijkt te dichten. Jongeren uit het bso vertonen meer middelengebruik.

Gokken en gamen zijn relatief prevalent, waarbij gamen vooral populair is onder jongens en jongere adolescenten, terwijl gokken vaker voorkomt bij oudere jongeren en jongeren uit het bso.

Op het gebied van seksuele gezondheid is er een opvallende afname in het gebruik van condooms bij het eerste seksuele contact, hoewel het condoomgebruik stabiel blijft bij het laatste seksuele contact. Het gebruik van de pil is ook afgenomen. Tegelijkertijd is er een toename in seksueel grensoverschrijdend gedrag, zoals ongewenst aangeraakt worden en het verplicht worden om iemand anders ongewenst seksueel aan te raken. Meisjes hebben vaker te maken met seksueel grensoverschrijdend gedrag dan jongens en jongeren uit het bso rapporteren vaker dergelijke ervaringen en gebruiken minder vaak condooms bij hun eerste seksuele ervaring dan jongeren uit andere opleidingsvormen.

BELEIDSCONCLUSIES

De uitdagingen op het gebied van mentaal, sociaal en fysiek welzijn vereisen een multidimensionale aanpak gericht op preventie, waarbij scholen een centrale rol kunnen spelen. Scholen kunnen jongeren ondersteunen door een gedegen preventief gezondheidsbeleid te voeren en programma's te implementeren die gericht zijn op het verbeteren van hun mentaal, sociaal en fysiek welzijn, zoals *evidence-based* schoolbrede programma's (Cefai et al., 2021). Een schoolbrede aanpak die niet alleen leerlingen maar ook ouders, leerkrachten en andere betrokkenen mobiliseert, heeft positieve effecten op zowel de mentale gezondheid als de sociale, emotionele en academische prestaties van jongeren (Goldberg et al., 2019; Weare & Nind, 2011). Een belangrijke focus kan bovendien liggen op het verminderen van academische druk, het aanpakken van pesten en het creëren van een omgeving waar jongeren zich gesteund voelen door zowel leerkrachten als klasgenoten, zoals aangetoond in de studie *'De invloed van familie, school en vrienden op het welzijn van jongeren'* (cf. Deel 5). Het is echter essentieel dat schoolgebonden interventies niet geïsoleerd blijven, maar gekoppeld worden aan bredere sociale zorgsystemen (Cosma et al., 2023). Dit garandeert dat jongeren naadloos doorverwezen worden naar de juiste hulpbronnen en professionele diensten, wat bijdraagt aan gecoördineerdere en effectievere ondersteuning.

Daarnaast speelt het gezin en de vriendengroep een belangrijke rol in het welzijn van jongeren, zoals blijkt uit diezelfde studie (cf. Deel 5). Daarom is het aanbevolen dat interventies gericht zijn op het verbeteren van de gezinsdynamiek en communicatie, evenals het ondersteunen van jongeren bij het opbouwen van gezonde vriendschappen en sociale netwerken.

Interventies zouden daarnaast ook gericht moeten zijn op het verminderen van ongelijkheden in welzijn, vooral bij kwetsbare groepen zoals meisjes, oudere jongeren, jongeren met een lagere SES, LGBTQ+ jongeren en jongeren met een migratieachtergrond, zoals aangetoond in dit rapport.

Beleidsmaatregelen kunnen deze ongelijkheden aanpakken door extra ondersteuning te bieden aan degenen die het meeste risico lopen op een slecht welzijn. Tot slot is het van belang dat beleidsmaatregelen zowel op korte als lange termijn gericht zijn op het verbeteren van de gezondheid en het welzijn van adolescenten.

Deze investeringen bevorderen mogelijk niet alleen het welzijn op jonge leeftijd, maar dragen ook bij aan een stabiele en productieve samenleving (Every Woman Every Child, 2015; Patton et al., 2016). Dit is in lijn met het concept van de *wellbeing economy*, dat pleit voor het integreren van gezondheid en welzijn in economische beleidsmodellen (WHO Regional Office for Europe, 2023). Door te investeren in gezondheidssystemen en het welzijn van individuen, wordt niet alleen de levenskwaliteit verhoogd, maar wordt ook de basis gelegd voor economische stabiliteit en groei, wat op lange termijn bijdraagt aan een productievere samenleving (Ross et al., 2022). Hiernaast is ook het blijvend monitoren van het welzijn van jongeren essentieel om de effectiviteit van beleid te evalueren en gerichte aanbevelingen te doen voor toekomstige maatregelen (Elgar et al., 2015; Marmot et al., 2008).

De resultaten uit dit rapport onderstrepen dat er ook blijvend aandacht nodig is voor het aanpakken van de andere gezondheidsuitdagingen waarmee jongeren geconfronteerd worden, zoals slechte slaapgewoonten, overmatig schermgebruik, ongezonde voedingsgewoonten en middelengebruik. Ook de seksuele gezondheid van jongeren vereist aandacht. Een geïntegreerde aanpak lijkt hierbij essentieel, waarbij interventies gericht op gedragsverandering, het creëren van ondersteunende omgevingen en de betrokkenheid van ouders en scholen centraal staan (Cefai et al., 2021). Beleidsmaatregelen moeten ook gericht zijn op het stimuleren van fysieke activiteit, bijvoorbeeld via schoolprogramma's en het bevorderen van veilige vervoersopties (Cefai et al., 2021). Gezonde eetgewoonten kunnen worden ondersteund door het aanbieden van gezonde opties en het reguleren van ongezonde productmarketing (WHO Regional Office for Europe, 2024). Dit laatste is ook veelbelovend om risicovol gebruik van tabak en alcohol terug te dringen. Verder zijn preventieprogramma's nodig die jongeren helpen verleidingen te weerstaan, met extra focus op risicogroepen (Charrier et al., 2023). De seksuele gezondheid van jongeren vereist aandacht voor veilig vrijen, respect, gendergelijkheid, het gebruik van anticonceptie en het bevorderen van goede communicatievaardigheden in relaties (Költő et al., 2024).

STERKTES EN ZWAKTES

De studie Jongeren en gezondheid kent verschillende sterktes. Een van de belangrijkste troeven is de brede en systematische monitoring van de gezondheid en gezondheidsgedragingen bij een representatieve steekproef van meer dan 20.000 Vlaamse jongeren. Dankzij de herhaalde cross-sectionele opzet en het consistente gebruik van gevalideerde vragen volgens het internationale

studieprotocol kunnen bovendien trends in gezondheid en gezondheidsgedrag worden opgevolgd. Dit biedt waardevolle inzichten om bestaande beleidsinitiatieven te evalueren en bij te sturen, alsook om de noden te detecteren waarop toekomstig beleid kan inzetten. Daarnaast maakt de internationale inbedding in de HBSC-studie het mogelijk om de situatie in Vlaanderen te vergelijken met meer dan 50 andere landen en regio's in het internationale HBSC-netwerk. Dit vergroot de reikwijdte van de bevindingen en biedt een waardevol referentiekader voor beleidsmaatregelen. Een andere belangrijke sterkte is de uitgebreide focus op welzijn. De studie hanteert een brede definitie met aandacht voor het mentaal, sociaal en fysiek welzijn van jongeren, waarbij niet alleen negatieve gezondheidsuitkomsten worden onderzocht, maar ook positieve aspecten van mentaal welzijn. Bovendien wordt expliciet aandacht besteed aan ongelijkheden in welzijn, met analyses op basis van SES, gender en migratieachtergrond. Deze multidimensionale benadering maakt het mogelijk om gezondheidsverschillen bloot te leggen en gerichte beleidsaanbevelingen te formuleren voor kwetsbare groepen.

Hoewel de studie veel sterktes heeft, zijn er ook enkele beperkingen. Zoals elk vragenlijstonderzoek, heeft de studie te maken met methodologische uitdagingen. Sociale wenselijkheid kan de gerapporteerde antwoorden beïnvloeden, waardoor jongeren mogelijk bepaalde gedragingen of gevoelens minder eerlijk rapporteren. Tegelijkertijd moet ook rekening worden gehouden met een maatschappelijke evolutie. De recente generatie jongeren lijkt immers opener te zijn in het delen van mentale problemen, mede door een toegenomen bespreekbaarheid van deze thema's en een dalend stigma. Hierdoor is het waarschijnlijk dat jongeren vandaag sneller geneigd zijn hierover te rapporteren dan vorige generaties. Deze evolutie kan bovendien beter begrepen worden vanuit de *prevalence inflation hypothesis* (Foulkes & Andrews, 2023). Enerzijds leidt de grotere aandacht voor mentaal welzijn tot een verbeterde herkenning van symptomen die vroeger ondergerapporteerd bleven. Anderzijds kan diezelfde aandacht ertoe leiden dat ook mildere klachten sneller als problematisch worden geïnterpreteerd. Dit impliceert dat de toename in gerapporteerde symptomen zowel het gevolg kan zijn van een accuratere rapportage als van een verhoogde gevoeligheid voor – en mogelijk overinterpretatie van – mentale signalen. Daarnaast kan non-respons leiden tot vertekening van de resultaten, doordat bepaalde groepen jongeren, zoals zij die minder geneigd zijn om deel te nemen of afwezig waren op de dag van afname, ondervertegenwoordigd zijn. Dit kan resulteren in een onderschatting van de prevalentie van gezondheidsproblemen, aangezien afwezige jongeren (bijvoorbeeld door ziekte, spijbelen of schorsing) mogelijk een minder goede gezondheid en minder gunstige gezondheidsgerelateerde gedragingen vertonen. Hoewel de steekproef representatief is voor de Vlaamse schoolgaande jeugd, blijft het belangrijk om de mogelijke impact van selectieve deelname in overweging te nemen bij de interpretatie van de resultaten. Verder ligt de respons op schoolniveau laag (18,6%). Dit is echter een reflectie van de realiteit waarin scholen overbevraagd worden en daardoor vaker afzien van deelname. Bij de steekproeftrekking werd vertrokken vanuit een groter aantal scholen om hiermee rekening te houden. Ondanks de lagere responsgraad blijft het absolute aantal deelnemende

scholen vergelijkbaar met eerdere bevragingen. Een andere beperking van de studie is dat, hoewel welzijn breed werd geoperationaliseerd, de focus vooral lag op internaliserende problemen die verband houden met welzijn. Externaliserende problemen, zoals risicogedrag en slachtofferchap van pesten en geweld, werden niet opgenomen in deze brede definiëring, omdat ze eerder als determinanten van welzijn dan als uitkomstmaat werden beschouwd. Hoewel risicogedragingen zoals middelengebruik uitgebreid werden besproken binnen de algemene doelstellingen van het rapport, wordt het verband met welzijn niet expliciet gelegd. Andere externaliserende problemen, zoals pesten, werden wel in beschouwing genomen (cf. *Welzijnsbeleid op scholen in relatie tot het mentaal, sociaal en fysiek welzijn*), maar niet als zodanig benoemd. In toekomstig onderzoek kunnen externaliserende problemen mogelijk ook als indicatoren van welzijn worden meegenomen om een vollediger beeld te krijgen van de gezondheid en het welzijn van jongeren.

LITERATUURLIJST

- Aldridge, J. M., & McChesney, K. (2018). The relationships between school climate and adolescent mental health and wellbeing: A systematic literature review. *International Journal of Educational Research*, 88, 121-145. <https://doi.org/10.1016/j.ijer.2018.01.012>
- Armitage, R. (2021). Bullying in children: impact on child health. *BMJ Paediatrics Open*, 5(1), e000939. <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2020-000939>
- Backes, E. P., & Bonnie, R. J. (2019). *The promise of adolescence: Realizing opportunity for all youth*.
- Bauman, H., Fiedler, J., Wunsch, K., Woll, A., & Wollesen, B. (2022). *mHealth Interventions to Reduce Physical Inactivity and Sedentary Behavior in Children and Adolescents: Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials*. *JMIR Mhealth Uhealth* 2022;10(5)
- Beltrán-Garrayo, L., Solar, M., Blanco, M., Graell, M., & Sepúlveda, A. R. (2023). Examining associations between obesity and mental health disorders from childhood to adolescence: A case-control prospective study. *Psychiatry Research*, 326, 115296. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115296>
- Berry, J. W., Phinney, J. S., Sam, D. L., & Vedder, P. (2006). Immigrant Youth: Acculturation, Identity, and Adaptation. *Applied Psychology*, 55(3), 303-332. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2006.00256.x>
- Bi, S., Stevens, G. W. J. M., Maes, M., Boer, M., Delaruelle, K., Eriksson, C., Brooks, F. M., Tesler, R., van der Schuur, W. A., & Finkenauer, C. (2021). Perceived Social Support from Different Sources and Adolescent Life Satisfaction Across 42 Countries/Regions: The Moderating Role of National-Level Generalized Trust. *Journal of Youth and Adolescence*, 50(7), 1384-1409. <https://doi.org/10.1007/s10964-021-01441-z>
- Bloch, P., Toft, U., Reinbach, H. C., Clausen, L. T., Mikkelsen, B. E., Poulsen, K., & Jensen, B. B. (2014). Revitalizing the setting approach – supersettings for sustainable impact in community health promotion. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11(1), 118. <https://doi.org/10.1186/s12966-014-0118-8>
- Boer, M., Cosma, A., Twenge, J. M., Inchley, J., Jeriček Klanšček, H., & Stevens, G. W. J. M. (2023). National-Level Schoolwork Pressure, Family Structure, Internet Use, and Obesity as Drivers of Time Trends in Adolescent Psychological Complaints Between 2002 and 2018. *Journal of Youth and Adolescence*, 52(10), 2061-2077. <https://doi.org/10.1007/s10964-023-01800-y>
- Bracke, P., Delaruelle, K., & Verhaeghe, M. (2019). Dominant Cultural and Personal Stigma Beliefs and the Utilization of Mental Health Services: A Cross-National Comparison [Original Research]. *Frontiers in Sociology*, 4. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2019.00040>
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. *International encyclopedia of education*, 3(2), 37-43.
- Brownson, R. C., Kumanyika, S. K., Kreuter, M. W., & Haire-Joshu, D. (2021). Implementation science should give higher priority to health equity. *Implement Sci*, 16(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01097-0>
- Buyl, A., Maes, D., & Willems, B. (2023). *De preventiepeiling in het secundair onderwijs 2022: thematisch preventief gezondheidsbeleid*. Vlaams Instituut Gezond Leven vzw. Opgehaald van www.preventiepeiling.be.
- Cefai, C., Simões, C., & Caravita, S. (2021). *A systemic, whole-school approach to mental health and well-being in schools in the EU - NESET report*.
- Chaput, J. P., Gray, C. E., Poitras, V. J., Carson, V., Gruber, R., Olds, T., Weiss, S. K., Connor Gorber, S., Kho, M. E., Sampson, M., Belanger, K., Eryuzlu, S., Callender, L., & Tremblay, M. S. (2016). Systematic review of the relationships between sleep duration and health indicators in school-aged children and youth. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism. Physiologie Appliquée, Nutrition et Métabolisme*, 41(6 Suppl 3), S266-282. <https://doi.org/10.1139/apnm-2015-0627>
- Charrier, L., van Dorsselaer, S., Canale, N., Baska, T., Kilibarda, B., Comoretto, R. I., Galeotti, T., Brown, J., & Vieno, A. (2023). *A focus on adolescent substance use in Europe, central Asia and Canada. Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey*.

- Chu, P. S., Saucier, D. A., & Hafner, E. (2010). Meta-Analysis of the Relationships Between Social Support and Well-Being in Children and Adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(6), 624-645. <https://doi.org/10.1521/jscp.2010.29.6.624>
- Collins, P. H., & Bilge, S. (2020). *Intersectionality*. John Wiley & Sons.
- Cosma, A., Abdrakhmanova, S., Schrijvers, K., Taut, D., Catunda, C., & Schnohr, C. (2023). *A focus on adolescent mental health and wellbeing in Europe, central Asia and Canada. Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey*.
- Cosma, A., Stevens, G., Martin, G., Duinhof, E. L., Walsh, S. D., Garcia-Moya, I., Költö, A., Gobina, I., Canale, N., Catunda, C., Inchley, J., & de Looze, M. (2020). Cross-National Time Trends in Adolescent Mental Well-Being From 2002 to 2018 and the Explanatory Role of Schoolwork Pressure. *Journal of Adolescent Health*, 66(6, Supplement), S50-S58. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.02.010>
- Cosma, A., Walsh, S. D., Chester, K. L., Callaghan, M., Molcho, M., Craig, W., & Pickett, W. (2020). Bullying victimization: time trends and the overlap between traditional and cyberbullying across countries in Europe and North America. *International Journal of Public Health*, 65(1), 75-85. <https://doi.org/10.1007/s00038-019-01320-2>
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241-1299. <https://doi.org/10.2307/1229039>
- de Jong Gierveld, J., van Tilburg, T., & Dykstra, P. A. (2006). Loneliness and Social Isolation. In A. L. Vangelisti & D. Perlman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Personal Relationships* (pp. 485-500). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511606632.027>
- de Looze, M. E., Cosma, A., Elgar, F. J., Schrijvers, K., Inchley, J., Walsh, S. D., & Stevens, G. (2024). Exploring mechanisms behind the increasing gender gap in adolescent psychological symptoms, 2002-2022: the role of national-level gender equality. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. <https://doi.org/10.1111/jcpp.14081>
- del Valle, J. F., Bravo, A., & López, M. (2010). Parents and peers as providers of support in adolescents' social network: a developmental perspective. *Journal of Community Psychology*, 38(1), 16-27. <https://doi.org/10.1002/jcop.20348>
- Delaruelle, K., Walsh, S. D., Dierckens, M., Deforche, B., Kern, M. R., Currie, C., Maldonado, C. M., Cosma, A., & Stevens, G. (2021). Mental Health in Adolescents with a Migration Background in 29 European Countries: The Buffering Role of Social Capital. *Journal of Youth and Adolescence*, 50(5), 855-871. <https://doi.org/10.1007/s10964-021-01423-1>
- Devenish, B., Hooley, M., & Mellor, D. (2017). The Pathways Between Socioeconomic Status and Adolescent Outcomes: A Systematic Review. *American Journal of Community Psychology*, 59(1-2), 219-238. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12115>
- Devos, S., Schrijvers, K., Dierckens, M., Van Cauwenberg, J., Deforche, B., Derluyn, I., & Delaruelle, K. (2024). At risk or resilient? Examining the effects of having a migration background on mental and social wellbeing outcomes amongst adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth*, 29(1), 2395388. <https://doi.org/10.1080/02673843.2024.2395388>
- Dierckens, M., De Clercq, B., & Deforche, B. (2019). *Studie Jongeren en Gezondheid, Deel 3: gezondheid en welzijn - Mentale en subjectieve gezondheid*.
- Dierckens, M., Delaruelle, K., & Deforche, B. (2021). *Eindrapport studie Jongeren en Gezondheid 2017 - 2020*.
- El Din, A. S. (2004). Prevention and Intervention in School Settings. In H. Remschmidt, M. L. Belfer, & I. Goodyer (Eds.), *Facilitating Pathways: Care, Treatment and Prevention in Child and Adolescent Mental Health* (pp. 326-334). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-18611-0_24
- Elgar, F. J., Pfortner, T.-K., Moor, I., De Clercq, B., Stevens, G. W. J. M., & Currie, C. (2015). Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002–2010: a time-series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study. *The Lancet*, 385(9982), 2088-2095. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61460-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61460-4)

- Eriksson, C., Arnarsson, Á. M., Damsgaard, M. T., Löfstedt, P., Potrebny, T., Suominen, S., Thorsteinsson, E. B., Torsheim, T., Välimaa, R., & Due, P. (2019). Towards enhancing research on adolescent positive mental health. *Nordisk välfärdsforskning | Nordic Welfare Research*, 4(2), 113-128. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-4161-2019-02-08>
- Every Woman Every Child. (2015). *The global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030)*.
- Fangen, K. (2010). Social exclusion and inclusion of young immigrants: Presentation of an analytical framework. *YOUNG*, 18(2), 133-156. <https://doi.org/10.1177/110330881001800202>
- Foster, K., Roche, M., Delgado, C., Cuzzillo, C., Giandinoto, J. A., & Furness, T. (2019). Resilience and mental health nursing: An integrative review of international literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(1), 71-85. <https://doi.org/10.1111/inm.12548>
- Foulkes, L., & Andrews, J. L. (2023). Are mental health awareness efforts contributing to the rise in reported mental health problems? A call to test the prevalence inflation hypothesis. *New Ideas in Psychology*, 69(101010). <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2023.101010>
- Freemark, M. S. (2018). *Pediatric obesity: etiology, pathogenesis and treatment*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-68192-4>
- Galler, A., Thönnies, A., Joas, J., Joisten, C., Körner, A., Reinehr, T., Röbl, M., Schauerte, G., Siegfried, W., Weghuber, D., Weihrauch-Blüher, S., Wiegand, S., Holl, R. W., Prinz, N., & Initiative, A. P. V. (2024). Clinical characteristics and outcomes of children, adolescents and young adults with overweight or obesity and mental health disorders. *International Journal of Obesity*, 48(3), 423-432. <https://doi.org/10.1038/s41366-023-01449-4>
- Ghekiere, A., Van Cauwenberg, J., Vandendriessche, A., Inchley, J., Gaspar de Matos, M., Borraccino, A., Gobina, I., Tynjälä, J., Deforche, B., & De Clercq, B. (2019). Trends in sleeping difficulties among European adolescents: Are these associated with physical inactivity and excessive screen time? *Int J Public Health*, 64(4), 487-498. <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1188-1>
- Goldberg, J. M., Sklad, M., Elfrink, T. R., Schreurs, K. M. G., Bohlmeijer, E. T., & Clarke, A. M. (2019). Effectiveness of interventions adopting a whole school approach to enhancing social and emotional development: a meta-analysis. *European Journal of Psychology of Education*, 34(4), 755-782. <https://doi.org/10.1007/s10212-018-0406-9>
- Greenspoon, P. J., & Saklofske, D. H. (2001). Toward an Integration of Subjective Well-Being and Psychopathology. *Social Indicators Research*, 54(1), 81-108. <https://doi.org/10.1023/A:1007219227883>
- Griffiths, K. M., Christensen, H., & Jorm, A. F. (2008). Predictors of depression stigma. *BMC Psychiatry*, 8(1), 25. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-25>
- Grover, R. L., Ginsburg, G. S., & Ialongo, N. (2007). Psychosocial outcomes of anxious first graders: A seven-year follow-up. *Depression and Anxiety*, 24(6), 410-420. <https://doi.org/10.1002/da.20241>
- Högberg, B. (2024). Education systems and academic stress—A comparative perspective. *British Educational Research Journal*, 50(3), 1002-1021. <https://doi.org/10.1002/berj.3964>
- Inchley, J., Currie, D., Budisavljevic, S., Torsheim, T., Jastad, A., Cosma, A., Colette, K., & Már Arnarsson, Á. (2020). *Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 1. Key findings*.
- Inchley, J., Currie, D., Samdal, O., Jastad, A., Cosma, A., & Nic Gabhainn, S. (2023). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: background, methodology and mandatory items for the 2021/22 survey*.
- Kleszczewska, D., Mazur, J., Dzielska, A., & Małkowska-Szkućnik, A. (2024). Adolescent loneliness in the COVID-19 era. The perspective of health behavior in a study on school-aged children in Poland [journal article]. *Family Medicine & Primary Care Review*, 26(2), 193-200. <https://doi.org/10.5114/fmpcr.2024.139028>

- Költő, A., de Looze, M., Jåstad, A., Nealon Lennox, O., Currie, D., & Nic Gabhainn, S. (2024). *A focus on adolescent sexual health in Europe, central Asia and Canada. Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey.*
- Lee, A., Lo, A., Li, Q., Keung, V., & Kwong, A. (2020). Health Promoting Schools: An Update. *Applied Health Economics and Health Policy*, 18(5), 605-623. <https://doi.org/10.1007/s40258-020-00575-8>
- Lee, T. Y., Cheung, C. K., & Kwong, W. M. (2012). Resilience as a positive youth development construct: a conceptual review. *ScientificWorldJournal*, 2012, 390450. <https://doi.org/10.1100/2012/390450>
- Lima, J., Caughy, M., Nettles, S. M., & O'Campo, P. J. (2010). Effects of cumulative risk on behavioral and psychological well-being in first grade: moderation by neighborhood context. *Social Science and Medicine*, 71(8), 1447-1454. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.06.022>
- Löfstedt, P., García-Moya, I., Corell, M., Paniagua, C., Samdal, O., Välimaa, R., Lyyra, N., Currie, D., & Rasmussen, M. (2020). School Satisfaction and School Pressure in the WHO European Region and North America: An Analysis of Time Trends (2002–2018) and Patterns of Co-occurrence in 32 Countries. *Journal of Adolescent Health*, 66(6, Supplement), S59-S69. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.03.007>
- Luhmann, M., & Hawkley, L. C. (2016). Age differences in loneliness from late adolescence to oldest old age. *Developmental Psychology*, 52(6), 943-959. <https://doi.org/10.1037/dev0000117>
- Lund, H. G., Reider, B. D., Whiting, A. B., & Prichard, J. R. (2010). Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. *Journal of Adolescent Health*, 46(2), 124-132. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.06.016>
- Marks, A. K., Ejesi, K., & García Coll, C. (2014). Understanding the US immigrant paradox in childhood and adolescence. *Child Development Perspectives*, 8(2), 59-64. <https://doi.org/10.1111/cdep.12071>
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 365(9464), 1099-1104. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(05)71146-6)
- Marmot, M., Allen, J., Goldblatt, P., Boyce, T., McNeish, D., Grady, M., & Geddes, I. (2010). *Fair society, healthy lives: the Marmot review.*
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A. J., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661-1669. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6)
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Meyer, I. H., & Frost, D. M. (2012). Minority Stress and the Health of Sexual Minorities. In C. J. Patterson & A. R. D'Augelli (Eds.), *Handbook of Psychology and Sexual Orientation* (pp. 0). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199765218.003.0018>
- Moore, G. F., Cox, R., Evans, R. E., Hallingberg, B., Hawkins, J., Littlecott, H. J., Long, S. J., & Murphy, S. (2018). School, Peer and Family Relationships and Adolescent Substance Use, Subjective Wellbeing and Mental Health Symptoms in Wales: a Cross Sectional Study. *Child Indicators Research*, 11(6), 1951-1965. <https://doi.org/10.1007/s12187-017-9524-1>
- Motti-Stefanidi, F., Pavlopoulos, V., Obradović, J., & Masten, A. S. (2008). Acculturation and adaptation of immigrant adolescents in Greek urban schools. *International Journal of Psychology*, 43(1), 45-58. <https://doi.org/10.1080/00207590701804412>
- Myhr, A., Anthun, K. S., Lillefjell, M., & Sund, E. R. (2020). Trends in Socioeconomic Inequalities in Norwegian Adolescents' Mental Health From 2014 to 2018: A Repeated Cross-Sectional Study. *Frontiers in Psychology*, 11, 1472. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01472>
- O'Mara-Eves, A., Brunton, G., Oliver, S., Kavanagh, J., Jamal, F., & Thomas, J. (2015). The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: a meta-analysis. *BMC Public Health*, 15(1), 129. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1352-y>

- Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Afifi, R., Allen, N. B., Arora, M., Azzopardi, P., Baldwin, W., Bonell, C., Kakuma, R., Kennedy, E., Mahon, J., McGovern, T., Mokdad, A. H., Patel, V., Petroni, S., Reavley, N., Taiwo, K., . . . Viner, R. M. (2016). Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *The Lancet*, 387(10036), 2423-2478. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00579-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00579-1)
- Puska, P. (2006). Health in all policies. *European Journal of Public Health*, 17(4), 328-328. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckm048>
- Puska, P. (2014). Health in all policies—from what to how. *European Journal of Public Health*, 24(1), 1-1. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt133>
- Qualter, P., Vanhalst, J., Harris, R., Van Roekel, E., Lodder, G., Bangee, M., Maes, M., & Verhagen, M. (2015). Loneliness across the life span. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 250-264. <https://doi.org/10.1177/1745691615568999>
- Rakić, J. G., Hamrik, Z., Dzielska, A., Felder-Puig, R., Oja, L., Bakalár, P., Nardone, P., Ciardullo, S., Abdrakhmanova, S., Adayeva, A., Colette, K., Fismen, A. S., Wilson, M., Brown, J., Inchley, J., & Ng, K. (2024). *A focus on adolescent physical activity, eating behaviours, weight status and body image in Europe, central Asia and Canada. Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey.* .
- Ross, D. A., Friedman, H. S., Welch, D., Kaoma, N. S., Bhushan, R., & Rasmussen, B. (2022). Four powerful reasons for increasing investment in adolescents and their wellbeing. *BMJ*, 379, o2526. <https://doi.org/10.1136/bmj.o2526>
- Rueger, S. Y., Malecki, C. K., Pyun, Y., Aycok, C., & Coyle, S. (2016). A meta-analytic review of the association between perceived social support and depression in childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 142(10), 1017-1067. <https://doi.org/10.1037/bul0000058>
- Schrijvers, K., Cosma, A., Potrebny, T., Thorsteinsson, E., Catunda, C., Reiss, F., Hulbert, S., Kostičová, M., Melkumova, M., Bersia, M., Klanšček, H. J., Gaspar, T., & Dierckens, M. (2024). Three Decades of Adolescent Health: Unveiling Global Trends Across 41 Countries in Psychological and Somatic Complaints (1994–2022) [Original Article]. *International Journal of Public Health*, 69. <https://doi.org/10.3389/ijph.2024.1607774>
- Schwartz, S. J., Unger, J. B., Zamboanga, B. L., & Szapocznik, J. (2010). Rethinking the concept of acculturation: implications for theory and research. *American Psychologist*, 65(4), 237. <https://doi.org/10.1037/a0019330>
- Soyez, V., Baetens, I., Theuns, P., Van Droogenbroeck, F., & Devarwaere, S. (2023). *Weerbaarheid en veerkracht bij kinderen en jongeren: conceptanalyse en ontwikkeling van een meetinstrument.*
- Stattin, H., & Eriksson, C. (2024). Person-Oriented Profiles Can Clarify Variable-Oriented Associations: The Example of Communication with Parents and Adolescents' Mental Health Problems. *Youth*, 4(1), 42-55. <https://www.mdpi.com/2673-995X/4/1/4>
- Steare, T., Gutiérrez Muñoz, C., Sullivan, A., & Lewis, G. (2023). The association between academic pressure and adolescent mental health problems: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 339, 302-317. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.07.028>
- Stok, F. M., de Vet, E., de Ridder, D. T., & de Wit, J. B. (2016). The potential of peer social norms to shape food intake in adolescents and young adults: a systematic review of effects and moderators. *Health Psychology Review*, 10(3), 326-340. <https://doi.org/10.1080/17437199.2016.1155161>
- Tremblay, M. S., LeBlanc, A. G., Janssen, I., Kho, M. E., Hicks, A., Murumets, K., Colley, R. C., & Duggan, M. (2011). Canadian sedentary behaviour guidelines for children and youth. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 36(1), 59-64.
- Vandendriessche, A. (2023). *Promoting healthy sleep in adolescents : a participatory approach* Ghent University]. Ghent. <http://hdl.handle.net/1854/LU-01GYCGTRFQVNEP13W39ACN02Q2>

- Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A., & Currie, C. (2012). Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet*, 379(9826), 1641-1652. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60149-4](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60149-4)
- Vlaams Instituut Gezond Leven. (2021). *Vlaamse gezondheidsaanbevelingen sedentair gedrag (lang stilzitten) en lichaamsbeweging*.
- Weare, K., & Nind, M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health Promotion International*, 26(suppl_1), i29-i69. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/heapro/dar075>
- Williamson, C., Baker, G., Mutrie, N., Niven, A., & Kelly, P. (2020). Get the message? A scoping review of physical activity messaging. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 17(1):51.
- WHO Regional Office for Europe. (2023). *Health in the well-being economy. Background paper: working together to achieve healthy, fairer, prosperous societies across the WHO European Region*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366228/WHO-EURO-2023-7144-46910-68439-eng.pdf?sequence=1>
- WHO Regional Office for Europe. (2024). *Commercial determinants of noncommunicable diseases in the WHO European Region*.
- World Health Organization. (1946). Constitution of the World Health Organization.
- World Health Organization. (2004). Promoting mental health: concepts, emerging, evidence, practice (Summary report).
- World Health Organization. (2018). Global action plan on physical activity 2018-2030; more active people for a healthier world. Geneva, Switzerland.
- World Health Organization. (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. Geneva, Switzerland.
- World Health Organization. (2022). *Global recommendation on physical activity for health 5-17 years old*.
- Zapf, H., Boettcher, J., Haukeland, Y., Orm, S., Coslar, S., & Fjermestad, K. (2024). A systematic review of the association between parent-child communication and adolescent mental health. *JCPP Advances*, 4(2), e12205. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/jcv2.12205>
- Zuckerman, M., Li, C., & Diener, E. F. (2017). Societal conditions and the gender difference in well-being: Testing a three-stage model. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 43(3), 329-336. <https://doi.org/10.1177/014616721668413>

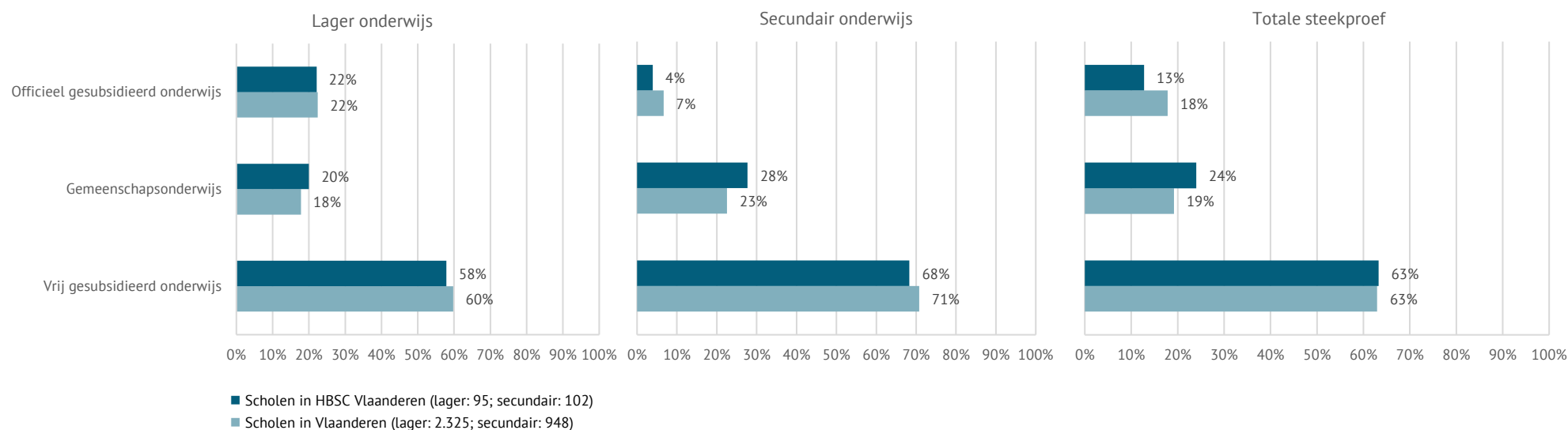
BIJLAGE

BIJLAGE

BIJLAGE 1

REPRESENTATIVITEIT CONFORM STEEKPROEFKADER

De verdeling van de deelnemende scholen per **onderwijsnet** in de studie Jongeren en Gezondheid (HBSC Vlaanderen) komt overeen met de verdeling van scholen per onderwijsnet in Vlaanderen en dit voor scholen in het lager onderwijs (χ^2 : 0,31; $d=2$; $p=0,8533$), het secundair onderwijs (χ^2 : 2,37; $df=2$; $p=0,3060$) en de totale steekproef (χ^2 : 5,19; $df=2$; $p=0,0746$), zoals weergegeven in **Figuur B1.1**.



Figuur B1.1 Verdeling van scholen per onderwijsnet in de steekproef vergeleken met de verdeling in Vlaanderen voor het lager onderwijs, secundair onderwijs en de totale steekproef

Tabel B1.1 toont de vergelijking tussen de verdeling van jongeren in Vlaamse scholen en de gerealiseerde steekproef naargelang **graad**, **opleidingsvorm** en **geslacht**. Uit de resultaten blijkt dat de steekproef representatief in het lager onderwijs en de eerste graad van het secundair onderwijs. Ook in de tweede en derde graad van het secundair onderwijs is de steekproef grotendeels representatief, hoewel er voor enkele opleidingsvormen (3 tso, 5 tso, 5 bso, 6 tso en 6 bso) sprake is van een oververtegenwoordiging van jongens of meisjes. De afwijkingen zijn te verklaren door de geldende COVID-19 maatregelen, waarbij extra klassen werden opgenomen om een voldoende grote en representatieve steekproef te waarborgen in geval van eventuele uitval op klasniveau. Om vertekening in de analyses te voorkomen, worden de data gewogen⁵.

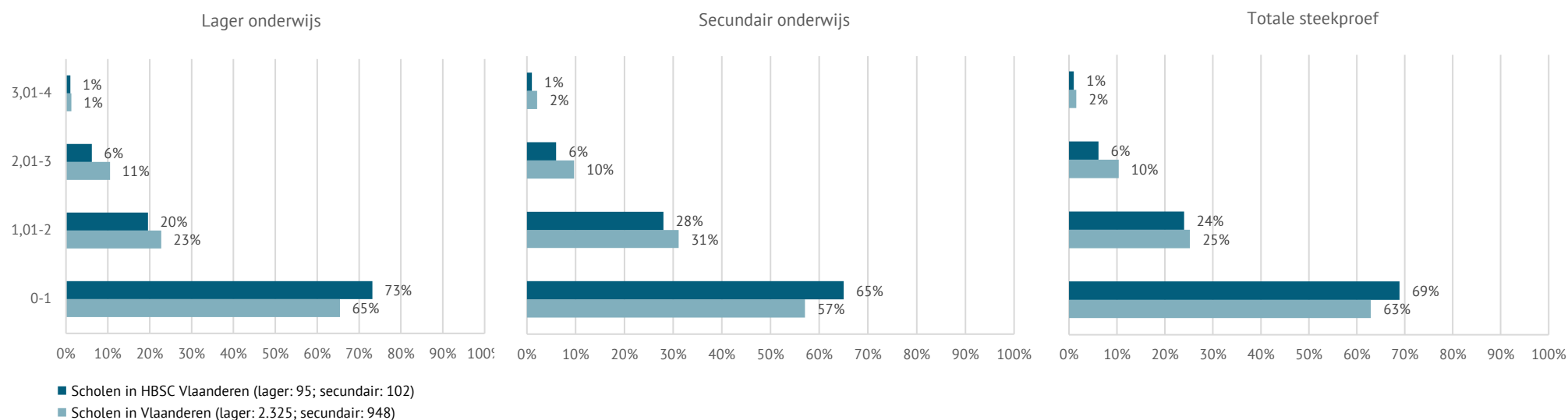
Tabel B1.1 Vergelijking tussen verdeling jongeren in Vlaamse scholen en gerealiseerde steekproef

	VLAANDEREN (N)		DOELSTELLING (N)		STEEKPROEF (N)			
	J	M	J	M	J	M	Chi²	p
LAGER ONDERWIJS								
5	37.019	36.590	858	848	976	973	0,02	0,8498
6	35.196	34.953	816	810	927	937	0,14	0,7031
GRAAD 1 SECUND.								
1	37.838	37.401	949	938	1.390	1.438	1,47	0,2257
2	37.559	36.649	942	919	1.290	1.231	0,31	0,5759
GRAAD 2 SECUND.								
3 aso	17.052	20.656	427	518	747	900	0,01	0,9130
3 tso	12.173	9.485	305	238	475	301	7,90	0,0049
3 bso	8.606	6.364	216	160	295	227	0,20	0,6523
4 aso	14.617	18.221	366	457	687	882	0,34	0,5625
4 tso	13.288	10.377	333	260	484	381	0,01	0,9072
4 bso	8.883	6.636	223	166	313	253	0,87	0,3511
GRAAD 3 SECUND.								
5 aso	11.959	16.113	300	404	430	546	0,85	0,3576
5 tso	13.911	11.260	349	282	583	369	13,74	0,002
5 bso	8.834	6.618	221	166	391	192	23,32	<0,001
6 aso	10.980	14.967	275	375	416	547	0,31	0,5799
6 tso	12.387	10.329	311	259	438	270	15,36	<0,001
6 bso	7.538	5.930	189	149	333	215	5,12	0,0237

⁵ De verschillen tussen de gewogen en ongewogen data zijn minimaal (in de grootteorde van ongeveer 0,1%-punt tot 0,5%-punt), wat wijst op een goede overeenkomst tussen de steekproef en de Vlaamse schoolgaande jeugd.

REPRESENTATIVITEIT CONFORM BIJKOMENDE KENMERKEN

De verdeling van de deelnemende scholen in de studie Jongeren en Gezondheid (HBSC Vlaanderen) komt overeen met de verdeling van scholen volgens hun score op de **Onderwijs Kansarmoede Index (OKI)**⁶ in Vlaanderen en dit voor scholen in het lager onderwijs (χ^2 : 2,89; $df=3$; $p=0,4095$), het secundair onderwijs (χ^2 : 3,29; $df=3$; $p=0,3493$) en de totale steekproef (χ^2 : 4,72; $df=3$; $p=0,1934$), zoals weergegeven in **Figuur B1.2**.



Figuur B1.2 Verdeling van scholen naargelang percentage OKI in de steekproef vergeleken met de verdeling in Vlaanderen voor het lager onderwijs, secundair onderwijs en de totale steekproef

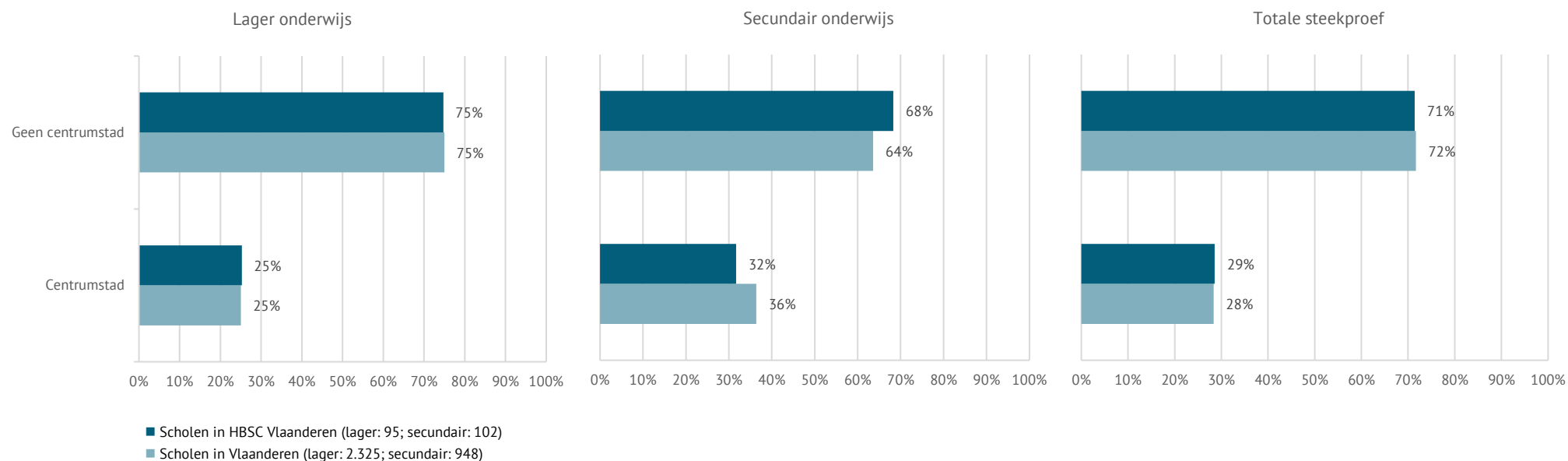
⁶ De Onderwijs Kansarmoede Index (OKI) geeft de verhouding weer tussen het aantal leerlingen dat voldoet aan één of meerdere indicatoren van gelijke onderwijskansen (thuis taal niet Nederlands, laag opleidingsniveau moeder, ontvangen van een schooltoelage en wonen in buurt met een hoge graad van schoolse vertraging) en het totaal aantal leerlingen per school. De OKI-score varieert tussen 0 en 4, waarbij een hogere score wijst op een hoger percentage Onderwijs Kansarmoede op schoolniveau. De grafieken tonen de verdeling van scholen op basis van hun OKI-score. Ter illustratie: 1% van de scholen in Vlaanderen behaalt een score hoger dan 3, wat wijst op een hoge graad van onderwijs kansarmoede. In onze steekproef zien we een gelijkaardig aandeel.

Bovendien stemt de gemiddelde OKI-score voor lagere scholen en secundaire scholen in de steekproef overeen met de gemiddelde scores voor lagere en secundaire scholen Vlaanderen zoals blijkt uit Tabel B1.2.

Tabel B1.2 OKI-score steekproef in vergelijking met het populatiegemiddelde

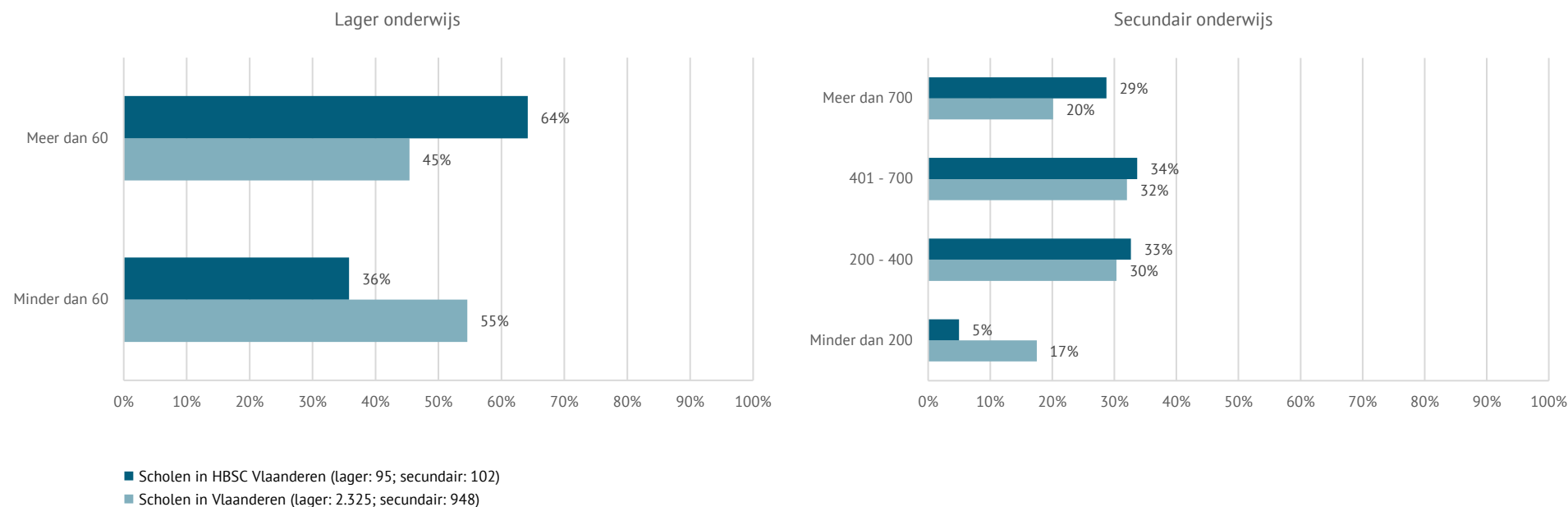
	LAGER ONDERWIJS	SECUNDAIR ONDERWIJS
Gemiddelde OKI-score HBSC (standaard deviatie)	0,93 (0,64)	0,96 (0,57)
Gemiddelde OKI score Vlaanderen (standaard deviatie)	0,99 (0,71)	0,99 (0,68)
t-waarde	-0,91	-0,56
p-waarde	0,3660	0,5760

De **ligging** (centrumstad vs. niet-centrumstad) van de deelnemende scholen in de studie Jongeren en Gezondheid (HBSC Vlaanderen) komt overeen met de ligging van scholen in Vlaanderen en dit voor scholen in het lager onderwijs (χ^2 : 0,01; $d=1$; $p=0,9586$), het secundair onderwijs (χ^2 : 0,97; $df=1$; $p=0,3253$) en de totale steekproef (χ^2 : 0,01; $df=1$; $p=0,9384$), zoals weergegeven in **Figuur B1.3**.



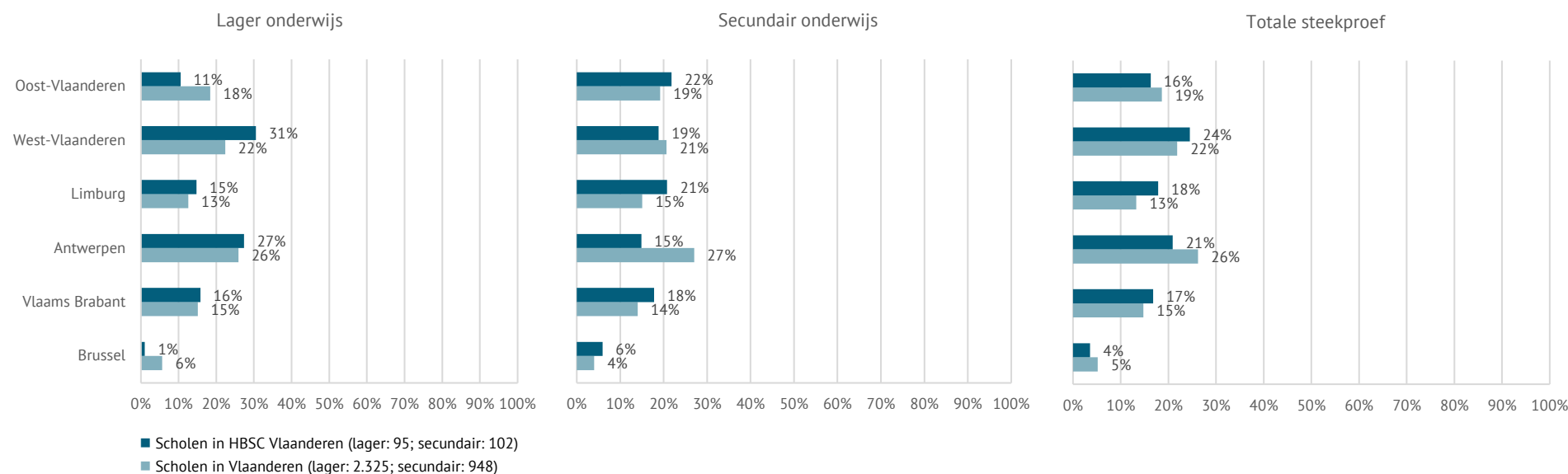
Figuur B1.3 Verdeling van scholen naargelang ligging (centrumstad vs. niet-centrumstad) in de steekproef vergeleken met de ligging van scholen in Vlaanderen voor het lager onderwijs, secundair onderwijs en de totale steekproef

De verdeling van de deelnemende scholen in de studie Jongeren en Gezondheid (HBSC Vlaanderen) naargelang het **aantal leerlingen** wijkt af met de verdeling in Vlaanderen en dit voor scholen in het lager onderwijs (χ^2 : 13,53; $d=3$; $p=0,0002$) en het secundair onderwijs (χ^2 : 13,05; $df=3$; $p=0,0045$), zoals weergegeven in **Figuur B1.4**. Voor het lager onderwijs is er een ondervertegenwoordiging van scholen met een klein leerlingenaantal (<60 leerlingen) en een oververtegenwoordiging van scholen met een groot leerlingenaantal (>60 leerlingen). Voor het secundair onderwijs is er vooral een ondervertegenwoordiging van scholen met een klein leerlingenaantal (<200 leerlingen) en een oververtegenwoordiging van scholen met een groot leerlingenaantal (>700 leerlingen). De verdeling van scholen in de steekproef met 200 tot 400 en 401 tot 700 leerlingen volgt wel de verdeling in Vlaanderen.



Figuur B1.4 Verdeling van scholen naargelang leerlingenaantal in de steekproef vergeleken met de verdeling in scholen in Vlaanderen voor het lager onderwijs en het secundair onderwijs

De verdeling van de deelnemende scholen in de studie Jongeren en Gezondheid (HBSC Vlaanderen) per **provincie** komt overeen met de verdeling van scholen in Vlaanderen en dit voor scholen in het lager onderwijs (χ^2 : 10,08; $d=5$; $p=0,0729$), het secundair onderwijs (χ^2 : 10,20; $d=5$; $p=0,0697$) en de totale steekproef (χ^2 : 7,90; $df=5$; $p=0,1620$), zoals weergegeven in **Figuur B1.5**.



Figuur B1.5 Verdeling van scholen volgens provincie in de steekproef vergeleken met de verdeling van scholen in Vlaanderen voor het lager onderwijs, het secundair onderwijs en de totale steekproef

Tabel B1.3 Ontbrekende waarden voor de demografische kenmerken

Leeftijd	436
Geslacht	313
Migratieachtergrond	0
Gezinssamenstelling	0
BEROEPSSTATUS	
Moeder	534
Vader	447
OPLEIDINGSNIVEAU OUDER	
Moeder	435
Vader	403

BIJLAGE 2

Tabel B2.1 Lineaire regressie van absolute genderverschillen in mentale klachten

	MODEL 1			MODEL 2			MODEL 3			MODEL 4		
ABSOLUTE GENDERKLOOF IN MENTALE KLACHTEN	b	95% BI	p	b	95% BI	p	b	95% BI	p	b	95% BI	p
Surveyronde (jaar)	2.57***	1.33, 3.81	.001	4.18***	2.63, 5.73	.001	1.26*	0.25, 2.28	.015	4.15***	1.88, 6.41	.001
GDP	-0.93	-3.11, 1.26	.405	-1.05	-2.94, 0.85	.279	-0.97	-2.74, 0.79	.279	-0.37	-1.58, 0.85	.556
GII	-5.86	-17.49, 5.76	.323	31.78**	8.16, 55.40	.008	12.54	-7.15, 32.24	.212	21.08*	2.37, 39.79	.027
GII × surveyronde				-12.13***	-17.52, -6.75	.001	-4.08*	-7.88, -0.28	.036	-8.85***	-12.78, -4.92	.001
Academische druk (% jongens)							0.10	-0.25, 0.44	.585			
Academische druk (% meisjes)							-0.08	-0.47, 0.31	.694			
Academische druk (jongens) × surveyronde							-0.11**	-0.20, -0.03	.005			
Academische druk (meisjes) × surveyronde							0.12**	0.04, 0.21	.005			
Steun klasgenoten (% jongens)										0.24*	0.01, 0.48	.039
Steun klasgenoten (% meisjes)										-0.20	-0.45, 0.06	.127
Steun klasgenoten (jongens) × surveyronde										0.05	-0.03, 0.12	.225
Steun klasgenoten (meisjes) × surveyronde										-0.08	-0.15, 0.00	.052
Intercept	13.89	-9.38, 37.16	.242	9.57	-12.46, 31.60	.395	13.83	-5.65, 33.32	.164	3.58	-12.80, 19.97	.668
R²	.74			.78			.86			.86		
ρ	0.16			0.18			0.28			0.19		

Noot. De gerapporteerde resultaten zijn de slope coëfficiënten (b), 95% betrouwbaarheidsinterval (BI) en p-waarden waarbij *p<0,05; **p<0.01 en ***p<0.001. *GII gender inequality index*, *GDP gross domestic product*. Alle modellen werden gecontroleerd voor leeftijd en familiale welvaart alsook voor de clustereffecten van scholen. Overgenomen en aangepast uit de Looze, M.E., Cosma, A., Elgar, F.J., Schrijvers, K., Inchley, J., Walsh, S.D. & Stevens, G.W.J.M. (2024), Exploring mechanisms behind the increasing gender gap in adolescent psychological symptoms, 2002–2022: the role of national-level gender equality. The Journal of Child Psychology and Psychiatry. <https://doi.org/10.1111/jcpp.14081> (↗)

Tabel B2.2 Lineaire regressie van relatieve genderverschillen in mentale klachten

RELATIEVE GENDERKLOOF IN MENTALE KLACHTEN	MODEL 1			MODEL 2			MODEL 3			MODEL 4		
	b	95% CI	p	b	95% CI	p	b	95% CI	p	b	95% CI	p
Surveyronde (jaar)	3.56***	1.78, 5.33	.001	5.70***	3.73, 7.66	.001	4.86**	1.93, 7.78	.001	7.36**	1.93, 12.78	.008
GDP	-6.74**	-11.73, -1.75	.008	-6.81**	-11.78, -1.85	.007	-6.62**	-11.08, -2.17	.004	-4.48*	-8.18, -0.79	.017
GII	-68.35***	-102.63, -34.07	.001	-17.87	-62.45, 26.71	.432	-34.45	-74.31, 5.41	.090	-13.93	-52.93, 25.08	.484
GII × surveyronde				-16.21***	-24.26, -8.16	.001	-9.50*	-18.21, -0.79	.033	-14.63***	-22.49, -6.77	<.001
Academische druk (% jongens)							-0.29	-1.55, 0.96	.647			
Academische druk (% meisjes)							0.43	-0.74, 1.60	.471			
Academische druk (jongens) × surveyronde							-0.04	-0.32, 0.24	.768			
Academische druk (meisjes) × surveyronde							0.01	-0.25, 0.27	.934			
Steun klasgenoten (% jongens)										1.32***	0.66, 1.97	.001
Steun klasgenoten (% meisjes)										-1.13***	-1.74, -0.51	.001
Steun klasgenoten (jongens) × surveyronde										-0.17	-0.41, 0.07	.161
Steun klasgenoten (meisjes) × surveyronde										0.13	-0.09, 0.34	.237
Intercept	113.37***	60.19, 166.56	.001	106.67***	52.67, 160.67	.001	103.63***	54.25, 153.02	.001	70.07***	31.98, 108.17	.001
R²	.83			.84			.84			.83		
ρ	0.26			0.27			0.26			0.20		

Noot. De gerapporteerde resultaten zijn de slope coëfficiënten (b), 95% betrouwbaarheidsinterval (BI) en p-waarden waarbij *p<0,05; **p<0.01 en ***p<0.001. GII *gender inequality index*, GDP *gross domestic product*. Alle modellen werden gecontroleerd voor leeftijd en familiale welvaart alsook voor de clustereffecten van scholen. Overgenomen en aangepast uit de Looze, M.E., Cosma, A., Elgar, F.J., Schrijvers, K., Inchley, J., Walsh, S.D. & Stevens, G.W.J.M. (2024), Exploring mechanisms behind the increasing gender gap in adolescent psychological symptoms, 2002–2022: the role of national-level gender equality. The Journal of Child Psychology and Psychiatry. <https://doi.org/10.1111/jcpp.14081> (↗)

Tabel B2.3 Lineaire regressie van drie mediators: academische druk, lichaamsontevredenheid en steun van klasgenoten

	ACADEMISCHE DRUK			LICHAAMSONTEVREDENHEID			STEUN KLASGENOTEN		
	b	95% BI	p	b	95% BI	p	b	95% BI	p
JONGENS									
GDP	2.04	−0.84, 4.91	.164	0.31	−0.47, 1.09	.435	−3.78	−8.14, 0.58	.090
Surveyronde (jaar)	2.66***	1.63, 3.69	.001	0.30	−0.08, 0.68	.121	−2.34**	−4.04, −0.65	.007
GII (tijdsvariërend)	60.46***	30.01, 90.90	.001	−1.70	−9.03, 5.63	.649	−98.57***	−143.09, −54.06	.001
GII × surveyronde	−11.36***	−18.10, −4.61	.001	0.65	−1.38, 2.67	.532	10.00*	0.38, 19.63	.042
Intercept	0.80	−32.07, 33.67	.962	1.39	−7.02, 9.80	.746	116.82***	69.63, 164.00	.001
R2	.86			.78			.95		
ρ	0.60			0.51			0.51		
MEISJES									
GDP	0.53	−3.30, 4.37	.786	0.81	−0.28, 1.89	.144	−1.17	−6.34, 4.01	.659
Surveyronde (jaar)	6.53***	4.70, 8.36	.001	0.24	−0.44, 0.92	.485	−5.41***	−7.82, −3.00	.001
GII (tijdsvariërend)	85.25***	43.77, 126.74	.001	−6.34	−17.36, 4.69	.260	−117.94***	−170.91, −64.97	.001
GII × surveyronde	−24.78***	−34.04, −15.51	.001	0.07	−2.81, 2.96	.961	18.26**	6.28, 30.25	.003
Intercept	10.49	−34.34, 55.32	.646	−0.67	−12.21, 10.86	.909	94.76***	38.51, 151.00	.001
R2	.87			.82			.92		
ρ	0.57			0.42			0.49		

Noot. De gerapporteerde resultaten zijn de slope coëfficiënten (b), 95% betrouwbaarheidsinterval (BI) en p-waarden waarbij *p<0,05; **p<0.01 en ***p<0.001. *GII gender inequality index*. Alle modellen werden gecontroleerd voor leeftijd en familiale welvaart alsook voor de clustereffecten van scholen. Overgenomen en aangepast uit de Looze, M.E., Cosma, A., Elgar, F.J., Schrijvers, K., Inchley, J., Walsh, S.D. & Stevens, G.W.J.M. (2024), Exploring mechanisms behind the increasing gender gap in adolescent psychological symptoms, 2002–2022: the role of national-level gender equality. The Journal of Child Psychology and Psychiatry. <https://doi.org/10.1111/jcpp.14081> (↗)

BIJLAGE 3

Tabel B3.1 Maatschappelijke veranderingen en evoluties in sociale ongelijkheden in mentaal en fysiek welzijn

	MODEL 1		MODEL 2a		MODEL 2b		MODEL 2c	
	PSYCHOLOGISCHE KLACHTEN	FYSIEKE KLACHTEN	PSYCHOLOGISCHE KLACHTEN	FYSIEKE KLACHTEN	PSYCHOLOGISCHE KLACHTEN	FYSIEKE KLACHTEN	PSYCHOLOGISCHE KLACHTEN	FYSIEKE KLACHTEN
	b (95% CI)	b (95% CI)	b (95% CI)	b (95% CI)	b (95% CI)	b (95% CI)	b (95% CI)	b (95% CI)
Intercept	-0.52 (-0.59; 0.45)*	-0.40 (-0.47; 0.34)*	-0.51 (-0.58; -0.44)*	-0.40 (-0.46; -0.34)*	-0.44 (-0.51; -0.37)*	-0.34 (-0.40; -0.28)*	-0.76 (-1.01; -0.52)*	-0.38 (-0.61; -0.15)*
SES × GINI × tijd			0.00 (0.00; 0.01) [§]	0.01 (-0.00; 0.00)				
SES × academische druk × tijd					0.00 (-0.00; 0.00)	0.00 (-0.00; 0.00)		
SES × internetgebruik × tijd							-0.00 (-0.01; 0.00)	0.00 (-0.00; 0.01)
Random effect (SES × tijd)	0.02 [§]	0.01 [§]	0.02 [§]	0.01 [§]	0.02 [§]	0.01 [§]	0.01 [§]	0.00 [§]

Noot. De gerapporteerde resultaten zijn regressiecoëfficiënten (b), 95% betrouwbaarheidsinterval (BI) en p-waarden waarbij *p<0,001 en [§]p<0.05. SES sociaaleconomische status; GINI inkomensongelijkheid. Alle modellen werden gecontroleerd voor geslacht, leeftijd, gezinsstructuur, familiale welvaart en tijd op individueel niveau en voor bruto binnenlandsproduct en sociale welvaart op landniveau. Overgenomen en aangepast uit Brons, E.M., Berchialla, P., Helbich, M., Dierckens, M., Lenzi, M., Inchley, J., & Stevens, G.W.J.M. Social inequalities in adolescents' psychological and somatic complaints: cross-national trends between 2002 and 2022 and the role of societal changes. International Journal of Public Health, 69 doi: <https://doi.org/10.3389/ijph.2024.1607709> (↗)

BIJLAGE 4

Tabel B4.1 Sensitiviteitsanalyse van het welzijnsbeleid op school in relatie tot schoolkenmerken

	UITGEBREID WELZIJSNBELEID	BASIS WELZIJSNBELEID	STAT. TESTS		
	GEM (SD)	GEM (SD)	F	η^2	TUKEY
SCHOOLCONTEXT					
Schooltevredenheid	2,52 (0,02)	2,53 (0,03)	0,2 ^{ns}	<0,001	C1 = C2
Academische druk	2,56 (0,02)	2,62 (0,03)	5,7*	0,002	C1 < C2
Steun leerkrachten	3,57 (0,02)	3,54 (0,03)	0,6 ^{ns}	<0,001	C1 = C2
Steun klasgenoten	3,87 (0,02)	3,77 (0,03)	8,6*	0,003	C1 > C2*
Gepest	1,29 (0,02)	1,37 (0,03)	3,9*	0,001	C1 < C2*

Noot: De gerapporteerde resultaten zijn gecorrigeerde gemiddelde waarden (standaarddeviatie) en statistische significantie aangeduid als * $p < 0,05$ en ns (niet significant). F testresultaat, η^2 effectgrootte en Tukey post-hoc testresultaat op basis van een ANCOVA (*Analysis of Covariance*) test. Alle modellen werden gecontroleerd voor leerlingenaantal en percentage leerlingen met onderwijskansarmoede.