



Vlaanderen
is zorgzaam en
gezond samenleven

EINDEVALUATIE: 'DE VLAMING LEEFT GEZONDER IN 2025'

Omgevingsanalyse

15 December 2025

DEPARTEMENT
ZORG

www.departementzorg.be

INHOUD

LIJST MET TABELLEN		5
LIJST MET FIGUREN		5
1	INLEIDING	6
2	MAATSCHAPPELIJKE TENDENSEN	7
2.1	Demografische factoren	7
2.1.1	Bevolkingscijfers	7
2.1.2	Bevolkingssamenstelling	7
2.1.3	Immigratie	8
2.1.4	Huishoudtypes	9
2.1.5	Dak- en thuisloosheid	10
2.2	Economische factoren	11
2.2.1	Arbeidsmarkt	11
2.2.2	Gezondheid op de werkvloer	11
2.2.3	Armoede	12
2.3	Socio-culturele factoren	13
2.3.1	Onderwijs	13
2.3.2	Welzijn en gezondheid	14
2.3.3	Vrije tijd en sociale contacten	19
2.4	Technologische factoren	20
2.4.1	Nieuws, (sociale) media, (des)informatie en polarisatie	20
2.4.2	Digitalisering	21
2.4.3	Digitale vaardigheden en digitale kloof	22
2.4.4	Gepersonaliseerde geneeskunde	23
2.5	Ecologische factoren	23
2.5.1	Klimaatbewustzijn	23
2.5.2	Milieugezondheid(szorg)	24
2.5.3	Klimaatangst	25
2.6	Politieke en overheidsgerelateerde factoren	25
2.6.1	Vertrouwen en verwachtingen	25
2.6.2	Impact van industrie	26
2.6.3	Gezondheids- en welzijnssysteem	26
3	THEMATISCHE TENDENSEN	33
3.1	Voeding	33
3.1.1	Gebruik van apps bij het kopen van voedingsmiddelen	33
3.1.2	De impact van sociale media	33
3.1.3	Weinig tijd en prioriteit voor het bereiden van voeding	33
3.1.4	Evolutie in (commerciële) determinanten van voedingskeuzes/eetgedrag	34
3.1.5	Impact van voedingslabels op het consumentengedrag	34
3.1.6	Synergie met milieuverantwoorde voeding	35
3.1.7	Toename van de voedselonzekerheid	35
3.1.8	Veranderende voedselomgeving	36
3.2	Beweging en sedentair gedrag	37
3.2.1	Toegenomen populariteit thuiswerken	37
3.2.2	Opkomst wearables en digitale gezondheidsapps	37

3.2.3	Toename van fietsen en actieve verplaatsing	38
3.2.4	Impact van sociale media	38
3.2.5	Impact van klimaat op fysieke activiteit	38
3.2.6	Invloed publieke ruimte op (beweeg)gedrag	39
3.3	Alcohol	39
3.3.1	Stijging aanvaardbaarheid alcoholvrije en laag-alcoholische dranken	39
3.3.2	Beperkende maatregelen Hoge Gezondheidsraad	40
3.3.3	Interfederale strategie inzake schadelijk gebruik van alcohol	40
3.3.4	Impact van sociale media	41
3.4	Drugs-en middelengebruik	41
3.4.1	Stijgende populariteit van cannabis vaping	41
3.4.2	Effect regelgeving cannabis in andere landen	42
3.4.3	Stijgende populariteit van 'Nieuwe Psychoactieve Stoffen' (NPS)	42
3.4.4	Normalisering van cocaïnegebruik in specifieke groepen	43
3.4.5	Risico op een daling in heroïnebeschikbaarheid in de EU	43
3.4.6	Drugs checking on site	44
3.4.7	Overmatig gebruik van antipsychotica, antidepressiva en sedativa	44
3.5	Tabak	44
3.5.1	Interfederale strategie 2022-2028 voor een rookvrije generatie	44
3.5.2	Algemene daling van rookprevalentie, maar nauwelijks een daling bij het laagste inkomenskwintiel	45
3.5.3	Toename in populariteit e-sigaretten en vpen	45
3.5.4	Opvolging totaal nicotinegebruik	46
3.5.5	Impact van sociale media	47
3.5.6	Trends bij rookstopbegeleiding	47
3.5.7	Het stimuleren van meer rookstop pogingen bij volwassen rokers	48
3.6	Gamen en gokken	50
3.6.1	Evoluties in toestellen en gebruikte media	50
3.6.2	Smartphoneverslaving of social mediaverslaving	50
3.6.3	E-sports als sterkst groeiende pijler in de videogame-industrie	50
3.6.4	Toename van gesimuleerd gokken	51
3.6.5	Federaal beleidsactieplan 2022-2028 omtrent gokverslaving	51
3.7	Geestelijke gezondheidsbevordering	52
3.8	Val- en fractuurpreventie	53
3.8.1	Complex samenspel van risicofactoren voor valincidenten en gerelateerde letsels: Een blijvende uitdaging	53
3.8.2	Uitdagingen i.v.m. de implementatie van multifactoriële valpreventie interventies	53
3.8.3	Mogelijkheden en beperkingen van zorgdomotica in valpreventie	53
3.8.4	Stijgende kosten van valincidenten en valgerelateerde letsels	54
3.8.5	Nood aan gemeenschapsprogramma's rond valpreventie.	54
3.9	Mondgezondheid	55
3.9.1	Toenemende zorgbehoefte en complexiteit van mondzorg	55
3.9.2	Meer aandacht voor preventieve mondzorg	55
3.9.3	Sociale ongelijkheid	55
3.9.4	Taakverschuiving via mondhygiënisten	56
3.9.5	Toename in vraag en daling van toegankelijkheid	56
3.10	Gewicht, lichaamstevredenheid en eetstoornissen	57
3.10.1	Preventie en zorg bij eetstoornissen	57
3.10.2	Geïntegreerde zorgtrajecten voor jongeren met eetstoornissen	58
3.10.3	Impact van settinggericht werken	59
3.10.4	Impact van sociale media	59
3.10.5	Belang van lichaamstevredenheid	60

LIJST MET TABELLEN

Tabel 1. Overzicht van prioritaire, belangrijke en aanvullende determinanten per levensfase.	52
---	----

LIJST MET FIGUREN

Figuur 1. DESTEP-model	6
Figuur 2. Leeftijdsverdeling naar geslacht, Vlaams Gewest (2024).....	8
Figuur 3. Huishoudtypes in het Vlaams Gewest (2004, 2014, 2024)	10
Figuur 4. Het aantal werknemers dat langer dan 12 maanden een ziekte-uitkering ontvangt (2000-2022)	12
Figuur 5. Levensverwachting bij geboorte in de OESO-landen (2022).....	15
Figuur 6. Aandeel van sterfgevallen dat toegeschreven kan worden aan de 5 gedragsgerelateerde risicofactoren (2022)	16
Figuur 7. Het Belgische globaal evaluatiekader van de volksgezondheid (incl. het nieuwe HSPA-kader)	28
Figuur 8. Gezondheidsuitgaven per capita, naar type uitgaven, in België en EU-gemiddelde (2021).....	28
Figuur 9. <i>Vier belangrijke evoluties ondersteund door populatiemanagement</i>	31
Figuur 10. <i>De stappen van populatiemanagement</i>	31

1 INLEIDING

De eindevaluatie van de gezondheidsdoelstelling 'De Vlaming leeft gezonder in 2025' biedt een weergave van de realisaties sinds de start van het strategisch plan. Deze evaluatie gebeurt aan de hand van de verschillende types indicatoren (gezondheidsindicatoren, procesindicatoren en indicatoren goed bestuur) om de realisaties meetbaar te maken en op te volgen.

Naast de terugblik op de realisaties van de afgelopen jaren via de eindevaluatie, is het ter voorbereiding van een nieuwe gezondheidsdoelstelling voor de thema's van 'De Vlaming leeft gezonder in 2025' ook belangrijk om vooruit te kijken. **Deze omgevingsanalyse heeft als doel om een blik te werpen op het komende decennium en in kaart te brengen welke belangrijke trends en evoluties op te merken zijn.**

Hierbij ligt de focus op trends en evoluties die een impact kunnen hebben op het preventieve gezondheidsbeleid en op de thema's van de gezondheidsdoelstelling. De omgevingsanalyse heeft niet als doel om een gedetailleerde bespreking weer te geven van elke trend, maar eerder om een overzicht te schetsen van evoluties waar men mogelijk rekening mee moet houden bij het formuleren van een nieuwe doelstelling en voor het bijhorend strategisch plan.

In eerste instantie worden enkele **algemene trends en evoluties in Vlaanderen** in kaart gebracht met een potentiële impact op (de omgeving van) preventie en levensstijl in de komende jaren (Hoofdstuk 2). Dit gebeurt aan de hand van het DESTEP-model als kapstok (Figuur 1). Vervolgens wordt er stilgestaan bij **thematische trends** in Vlaanderen die de gezondheidssituatie en/of het beleid voor elk thema van de gezondheidsdoelstelling in de komende jaren kunnen beïnvloeden (Hoofdstuk 3). Tot slot worden ook de **beleidskaders** per setting besproken die relevant kunnen zijn in de komende jaren (Hoofdstuk **Error! Reference source not found.**).

Figuur 1. DESTEP-model



2 MAATSCHAPPELIJKE TENDENSEN

In dit hoofdstuk worden enkele **algemene trends en evoluties in Vlaanderen** in kaart gebracht met een potentiële impact op (de omgeving van) preventie en levensstijl in de komende jaren. Dit gebeurt aan de hand van de verschillende DESTEP-factoren: demografisch, economisch, socio-cultureel, ecologisch en politiek.

2.1 DEMOGRAFISCHE FACTOREN

2.1.1 Bevolkingscijfers

Op 1 januari 2023 telde Vlaanderen zo'n 6,7 miljoen inwoners. Volgens het Federaal Planbureau zal Vlaanderen in 2070 zo'n 8 miljoen inwoners tellen met een gemiddelde jaarlijkse groei van 27.000 inwoners per jaar. Deze voorspelde groei ligt iets lager dan de afgelopen dertig jaar met een gemiddelde groei van 30.000 inwoners per jaar. (Federaal Planbureau, 2022)

In 2023 waren er meer dan 62.000 geboorten bij vrouwen die in het Vlaamse Gewest wonen. In vergelijking met 2022 en 2021 werden er in 2023 respectievelijk bijna 950 en 3.400 kinderen minder geboren. In 2022 lag het aantal geboortes per 1.000 inwoners het laagste in het Vlaamse Gewest (9,4 geboortes per 1.000 inwoners), in vergelijking met het Waalse (9,7 geboortes per 1.000 inwoners) en Brusselse Hoofdstedelijke Gewest (12 geboortes per 1.000 inwoners). Sinds 2010 is het brutogeboortecijfer¹ in de drie gewesten gedaald. (Statistiek Vlaanderen, 2024)

2.1.2 Bevolkingssamenstelling

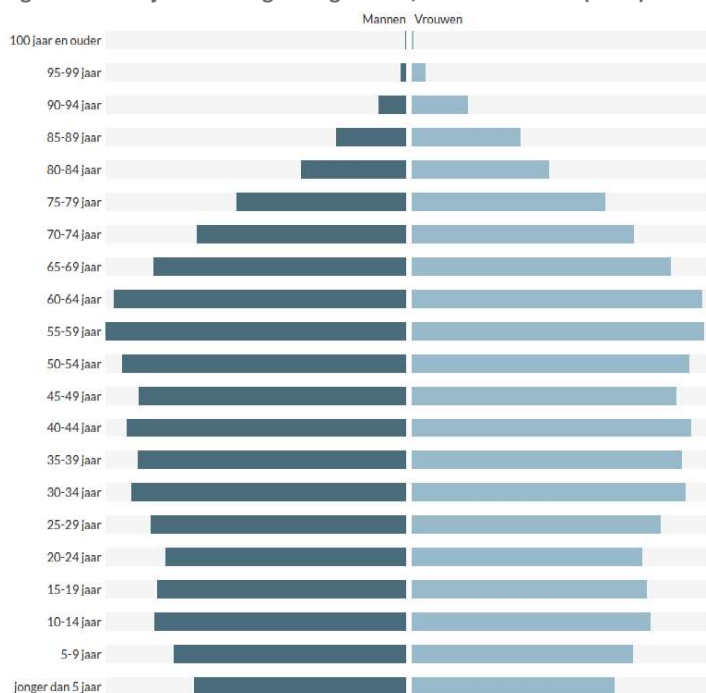
Als gevolg van de stijgende levensverwachting, een vruchtbaarheidscijfer onder het vervangingsniveau en de vergrijzing van de babyboomgeneratie was het percentage Belgen van 65+ jaar gestegen van 14% in 1980 tot 19,5% in 2021, net onder het EU-gemiddelde van 21%. (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023) Met andere woorden: de Belgische (en Vlaamse) bevolking vergrijst.

De bevolkingspiramide van het Vlaamse Gewest vertoont in 2024 het karakteristieke profiel van een verouderde bevolking: een zware top en een smallere basis (zie Figuur 2). In 2024 was bijna 1 op 5 Vlamingen een 67-plusser (19%) en was de groep van 55-64-jarigen de grootste leeftijdsgroep in de wettelijke bevolking (nl. de babyboomgeneratie). Daarnaast is de potentiële instroom van 'jongvolwassenen' op de arbeidsmarkt (18-24-jarigen) beduidend kleiner dan de potentiële uitstroom van 'senioren' op de arbeidsmarkt (58-64-jarigen). In 2024 bedroeg de instroom 83 personen tegenover 100 personen in de uitstroom; in 2000 was dit nog 113 tegenover 100 personen. Bij de oudere bevolking is het aandeel vrouwen groter dan mannen omwille van het verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen (Statistiek Vlaanderen, 2024).

Het aandeel 67-plussers in Vlaanderen zal naar verwachting met 22% toenemen tussen 2023 en 2033, wat betekent dat in 2033 meer dan 1 op 5 personen in de bevolking een 67-plusser zal zijn (21,7% van de totale bevolking). Dit komt neer op zo'n 1,55 miljoen inwoners in het Vlaamse Gewest. (Statistiek Vlaanderen, 2024) Tegen 2050 verwacht men dat zo'n een op de vier personen in België (26%) tegen 2050 een 65-plusser zal zijn. (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023)

¹ Het brutogeboortecijfer verwijst naar het aantal levend geboren per 1000 personen per jaar.

Figuur 2. Leeftijdverdeling naar geslacht, Vlaams Gewest (2024)



Bron: Figuur van Statistiek Vlaanderen (2024)

2.1.3 Immigratie

Begin 2024 woonden er in het Vlaamse Gewest meer dan 1,8 miljoen personen van buitenlandse herkomst² en bijna 750.000 personen met een buitenlandse nationaliteit. Terwijl het aandeel van personen van buitenlandse herkomst en nationaliteit in 2000 nog lag op resp. 10% en 5%, maakten ze in 2024 resp. 27% en 11% uit van de wettelijke bevolking. Het aandeel personen van buitenlandse herkomst lag het hoogst in de grootsteden Antwerpen en Gent, in de grensstreek met Nederland van de provincies Antwerpen en Limburg, in Midden-Limburg en in de rand rond Brussel. (Statistiek Vlaanderen, 2024)

Ongeveer 4 op de 10 personen van buitenlandse herkomst zijn afkomstig uit de EU-27 en bijna de helft (45%) van hen zijn geboren in België. Ongeveer 6 op de 10 van de personen met een buitenlandse nationaliteit hebben een nationaliteit van één van de EU-27-lidstaten. De grootste buitenlandse nationaliteitsgroep wordt gevormd door de Nederlanders, met 21% van het totaal aantal personen met buitenlandse nationaliteit. (Statistiek Vlaanderen, 2024)

In 2023 kende het Vlaamse Gewest 94.700 immigraties vanuit het buitenland en 60.500 emigraties naar het buitenland. Zowel het aantal immigraties als het migratiesaldo lagen in 2023 lager dan in 2022. Dat is toe te schrijven aan de oorlog in Oekraïne die in 2022 zorgde voor een vluchtelingenstroom naar ons land en de rest van Europa. Het aandeel van de internationale immigratie in verhouding tot de bevolking lag in het Vlaamse Gewest in 2022 lager dan het gemiddelde van de Europese Unie (EU). (Statistiek Vlaanderen, 2024)

Volgens het Jaarrapport Inburgering van het Agentschap Binnenlands Bestuur 2023 vestigden zich in 2023 bijna 55.000 meerderjarige nieuwkomers in het Vlaamse Gewest. In 2023 hadden 24.518 nieuwkomers een nationaliteit van de EU+ (45%) en 29.430 nieuwkomers (54%) waren derdelanders. Tussen 2017 en 2020 lag het aandeel derdelanders tussen 41% en 44%. In 2021 lag het aandeel derdelanders op 54% en in 2022, met de tijdelijk ontheemden erbij, lag het aandeel op 62%. De instroom van minderjarigen kende in 2022 en 2023

² De groep personen van buitenlandse herkomst omvat niet alleen de personen met een huidige buitenlandse nationaliteit, maar ook de personen met een huidige Belgische nationaliteit maar met een buitenlandse geboortenationaliteit én de personen met een Belgische geboortenationaliteit maar met minstens 1 ouder met een buitenlandse geboortenationaliteit.

een grote piek met de komst van minderjarigen uit Oekraïne, met resp. 23.719 en 15.275 personen. (Agentschap Integratie & Inburgering, 2024)

Demografische projecties van Statbel geven aan dat het migratiesaldo de belangrijkste drijvende kracht achter de bevolkingsgroei zal blijven. Vanaf 2040 is de positieve groei van het aantal inwoners in België zelfs enkel toe te schrijven aan het migratiesaldo, aangezien het natuurlijk saldo negatief zal worden. (Statbel, 2024)

De Socio-economische Monitoring van de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg en Unia onderzoekt de positie van mensen met een buitenlandse origine op de Belgische arbeidsmarkt. De vijfde studie van 2022 gaf aan dat hun positie de laatste jaren verbeterd is, maar dat de werkzaamheidsgraad nog steeds veel lager dan die van mensen van Belgische origine, vooral in vergelijking met onze buurlanden. De COVID-19-pandemie toonde bovendien hoe kwetsbaar hun positie blijft. (Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg en Unia, 2021) Het rapport wees ook op verschillende moeilijkheden die (onder meer) de kans op een job verkleint voor mensen van buitenlandse origine en die hun kwetsbaarheid vergroot:

- Mensen van buitenlandse origine hebben meer moeite om een job te vinden, ook bij gelijk opleidingsniveau en studiedomein. Er blijft een uitgesproken verschil in **werkzaamheidsgraad** ten opzichte van mensen van Belgische origine in het geval van een diploma hoger onderwijs. Voor mensen van buitenlandse origine blijkt het moeilijker om dat diploma te valoriseren op onze arbeidsmarkt. Bovendien is de **loonkloof** voor langer geschoolden ook groter: 21,9% van de langgeschoolden van buitenlandse origine bevindt zich in de lagere loonklassen, tegenover 8,2% voor mensen van Belgische origine.
- Ondanks een verbetering, zijn mensen met een migratieachtergrond zijn nog steeds **oververtegenwoordigd in minder kwalitatieve en minder duurzame jobs**. Ze zijn regelmatig werkloos of werken vaak als uitzendkracht of arbeider. Het is nog moeilijker voor hen om een baan te vinden als ze ten hoogste een getuigschrift van het lager middelbaar onderwijs hebben, ouder zijn dan 55 jaar, vrouwen of moeders zijn of pas in België zijn aangekomen.
- **Schoolachterstand** vormt een belemmering voor de toegang tot het hoger onderwijs en beïnvloedt de latere werkzaamheidsgraad negatief. Het rapport laat de kloof zien tussen mensen van Belgische origine, waarvan 72% zonder vertraging hun diploma hoger secundair onderwijs hebben behaald tegenover minder dan 40% voor mensen van buitenlandse origine.
- In 2020 was 21% van de gedetacheerde werknemers van niet-Europese origine, tegenover slechts 8% in 2010. Zij worden over het algemeen gedetacheerd door een werkgever die in een van de lidstaten van de EU-15 is gevestigd, waarbij Nederland een ruime voorsprong heeft (26%), gevolgd door Portugal (7%), Frankrijk (5%) en Duitsland (4%). Dit groeiende fenomeen van detachering verandert de omvang en vooral het profiel van de arbeidsmigratie naar landen als België fundamenteel.

Bovenstaande aspecten hebben niet alleen een impact op de socio-economische status van personen van buitenlandse herkomst of nationaliteit, maar ook op hun gezondheidstoestand. Zo toont onderzoek aan dat deze groep onder meer kwetsbaarheden heeft op vlak van geestelijke gezondheid (Departement Zorg, 2024), eet- en gewichtsproblemen (Hay, et al., 2014; Trimbos-instituut, 2006) en middelengebruik (European Union Drugs Agency, 2023). Bovendien verblijven er ook mensen zonder geldige verblijfsvergunning in ons land; recente schattingen varieerden rond de 110.000 personen. Zij worstelen met gelijkaardige uitdagingen, maar worden vanzelfsprekend nog moeilijker bereikt. (VUB, 2023)

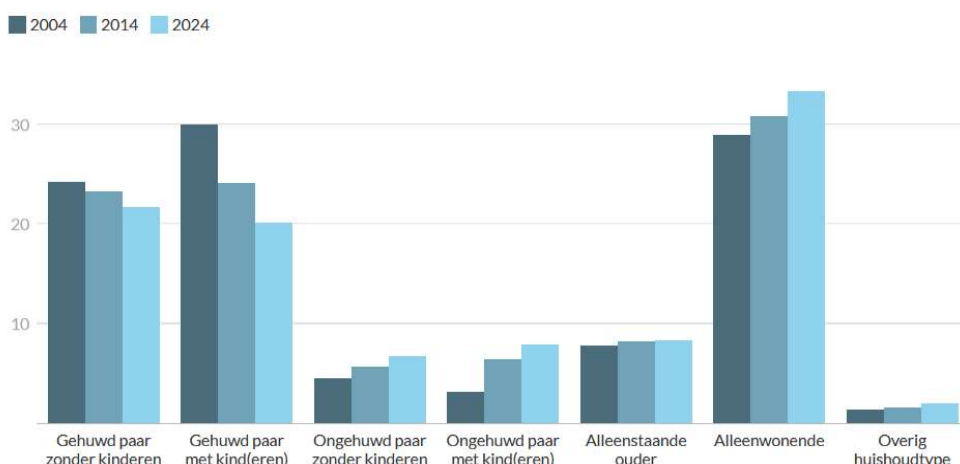
2.1.4 Huishoudtypes

Begin 2023 waren de 3 meest voorkomende private huishoudtypes: alleenwonenden (33%), gehuwde paren zonder inwonende kinderen (22%) en gehuwde paren met 1 of meer inwonende kinderen (20%) (zie Figuur

3). Tussen 2000 en 2023 steeg het aandeel alleenwonenden (van 27% naar 33%) en het aandeel huishoudens van ongetrouwde koppels met kind(eren) (van 3% naar 8%). Het aandeel huishoudens van getrouwde koppels met kind(eren) daalde in die periode van 31% naar 20%. (Statistiek Vlaanderen, 2024)

Dat **alleenwonenden het meest voorkomende huishoudtype** zijn, wordt verklaard door een aantal maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de vergrijzing en een toename in echtscheidingscijfers. Er wordt verwacht dat tussen 2023 en 2033 het aantal alleenwonenden zal stijgen met zo'n 8%. Bij de oudere huishoudens (huishoudens waarvan de referentiepersoon 60 jaar of ouder is) vormden begin 2024 de gehuwde paren zonder inwonende kinderen (41%) en de alleenwonenden (41%) de grootste groepen. Het aantal alleenwonende 67-plussers zal tussen 2023 en 2033 naar verwachting verder stijgen (met maar liefst 19%). (Statistiek Vlaanderen, 2024)

Figuur 3. Huishoudtypes in het Vlaams Gewest (2004, 2014, 2024)



Bron: Figuur van Statistiek Vlaanderen (2024)

Het aantal huishoudens met **kind(eren) bij een alleenstaande ouder** zal naar verwachting tussen 2023 en 2033 sterker toenemen dan het aantal huishoudens met kind(eren) bij een ouderpaar. (Statistiek Vlaanderen, 2024) Dit kan mogelijk een impact hebben op het armoederisico aangezien kinderen in een eenoudergezin een verhoogd armoederisico kennen (zie Hoofdstuk 2.2.3).

2.1.5 Dak- en thuisloosheid

Onderzoeksteams van LUCAS KU Leuven en UCLouvain CIRTES, met ondersteuning van de Koning Boudewijnstichting, brachten in 2022 dak- en thuisloze personen in kaart te brengen. Men voerde tellingen uit in 6 verschillende regio's in Vlaanderen, wat toeliet om enkele overkoepelende conclusies te formuleren. Volgens extrapolaties uit het rapport waren er in 2023 bijna 20.000 dak- en thuisloze personen in Vlaanderen, onder wie 13.840 volwassenen en 5.707 kinderen. (LUCAS KU Leuven en UC Louvain CIRTES, 2023; Opgroeien, 2023)

De studie gaf onder meer aan dat dak- en thuisloosheid geen louter grootstedelijk fenomeen is. Men schatte dat in kleinere gemeenten zo'n 1 op 1000 inwoners dak- of thuisloos is, in middelgrote steden zo'n 4 op 1000 en in grotere steden 6 op 1000. Dit presenteert zich vaak als een chronisch probleem: In alle steden en regio's bevindt 1 op de 3 getelde personen zich reeds langer dan 1 jaar in een situatie van dak- en thuisloosheid en daarbij vormt zichtbare dakloosheid naar ruwe schatting slechts een derde van de totale populatie. (LUCAS KU Leuven en UC Louvain CIRTES, 2023)

Dak- en thuisloosheid gaat het gepaard met gezondheidsproblemen: voor 20-35% van de getelde personen is er een vermoeden van een verslaving en het vermoeden van psychische gezondheidsproblemen varieert tussen de 20-30%. Een relatief groot aandeel van personen met een migratie achtergrond in de populatie. (LUCAS KU Leuven en UC Louvain CIRTES, 2023)

2.2 ECONOMISCHE FACTOREN

2.2.1 Arbeidsmarkt

In 2023 lag de **werkzaamheidsgraad** bij de bevolking tussen 20-64 jaar in het Vlaamse Gewest op 76,8%. Dit blijft onder de doelstelling van de 80%-werkzaamheidsgraad. (Statistiek Vlaanderen, 2024) De **werkloosheidsgraad** in Vlaanderen lag de laatste jaren historisch laag: in 2023 bedroeg die 3,3% wat beduidend lager is dan het EU27-gemiddelde van 6,3%. Bij de kortgeschoolden ligt de werkloosheidsgraad hoger (5,7% in 2023) dan bij de hogeschoolden (1,5% in 2023). (Steunpunt Werk, 2024)

In 2023 waren de sectoren van **gezondheidszorg en maatschappelijke diensten** en de industriële sector deze met het hoogste aandeel werkenden tussen 20-64 jaar in het Vlaamse Gewest (resp. 15,1% en 13,4%).³ De rest van de top 5 van sectoren in 2023 zijn de groot- en detailhandel en reparatie van voertuigen (12,4%), het onderwijs (9,6%) en de sector openbaar bestuur, defensie en sociale zekerheid (7,1%). (Steunpunt Werk, 2024)

Tussen 2009 en 2023 waren er stijgingen in het aandeel werkenden in de sector administratieve en ondersteunende diensten (+2,0 procentpunten), gevolgd door de sector vrije beroepen, wetenschappelijke en technische activiteiten (+1,9 procentpunten), gevolgd door de sector gezondheidszorg en maatschappelijke diensten (+1,7 procentpunten). De grootste dalingen waren er in de industrie (-3,9 procentpunten) en in de sector openbaar bestuur, defensie en sociale zekerheid (-1,1 procentpunten). (Steuropunt Werk, 2024)

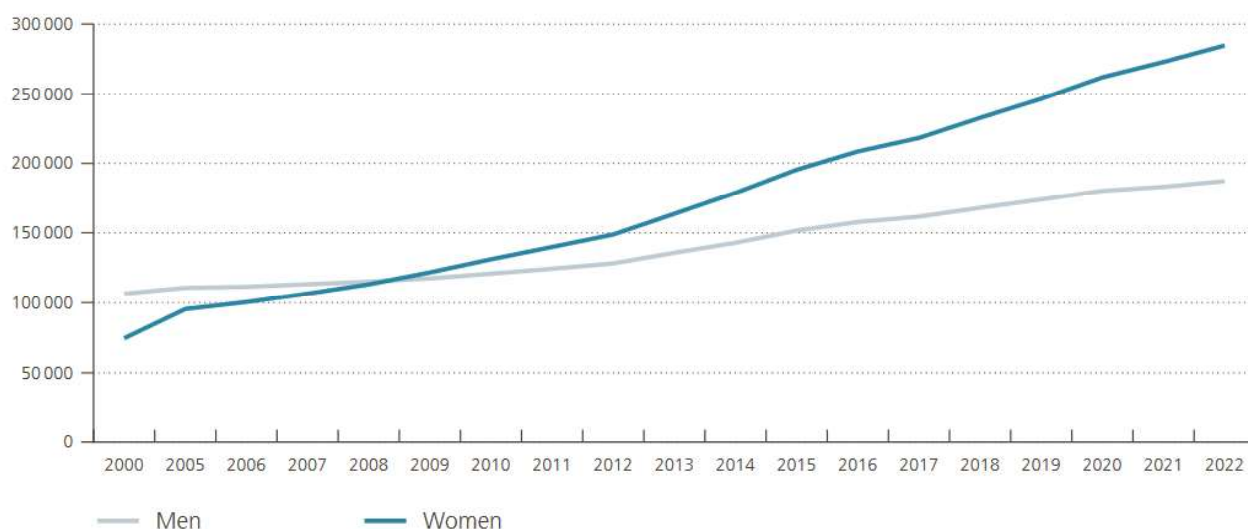
2.2.2 Gezondheid op de werkvloer

Bij personen met beperkingen in hun dagelijkse bezigheden wegens een handicap of langdurig gezondheidsprobleem daalde de werkloosheidsgraad van 11,4% in 2009 naar 4,7% in 2023. (Statistiek Vlaanderen, 2024) Het aantal **langdurig zieken** in Vlaanderen ligt vandaag echter hoger dan het aantal werkzoekenden: er zijn bijna een half miljoen langdurig zieken in België in 2022 en meer dan 250.000 langdurig zieken in Vlaanderen. Tussen 2000 en 2022 steeg het aantal personen dat minstens 1 jaar arbeidsongeschikt is met meer dan 150% in België en jaarlijks is er een stijging van gemiddeld 8.000 langdurig zieken in Vlaanderen. De toename van de instroom in de ziekte- en invaliditeitsverzekering is volgens een studie van de Nationale Bank België deels toe te schrijven aan maatschappelijke factoren (Nationale Bank België (NBB), 2024):

- Hoewel het gemiddelde gezondheidsniveau van de bevolking verbeterd, komen meer mensen wegens de **vergrijzing** van de beroepsbevolking terecht in het stelsel van de ziekte- en invaliditeitsverzekering. De populatie van werknemers wordt immers ouder, wat typisch een minder goede gezondheid betekent.
- De **vervrouwelijking** van de arbeidsmarkt en de verhoging van de **pensioenleeftijd** van vrouwen tot het niveau van de pensioengerechtigde leeftijd van mannen zorgden mee voor een toename doordat de gezondheid van vrouwen tijdens het beroepsleven minder gunstig geacht. Dat feit zou deels kunnen voortvloeien uit de huishoudelijke lasten die ze in hun gezin dragen.
- De kans dat iemand arbeidsongeschikt wordt, steeg over de periode 2013-2019 echter ook na correctie voor demografische evoluties. Andere factoren, zoals de **arbeidsmarktinstellingen** en **hervormingen in de sociale zekerheid**, spelen ook een rol.

³ Op basis van de sectorale verdeling van de werkenden in 21 economische sectoren (open definitie), op basis van de internationale NACE 2008-classificatie.

Figuur 4. Het aantal werknemers dat langer dan 12 maanden een ziekte-uitkering ontvangt (2000-2022)



Bron: figuur uit (Nationale Bank België (NBB), 2024)

De **werkbaarheidsgraad** bij Vlaamse werknemers en zelfstandigen lag in 2023 op 51,8%. Dat betekent dat iets meer dan de helft zich niet in een problematische situatie bevindt op vlak van werkstress, motivatie, leermogelijkheden en werk-privébalans. Dat is beter dan in 2019 (49,6%), maar betekent dat nog steeds bijna de helft van Vlaamse werknemers en zelfstandigen wel knelpunten ondervindt op het vlak van psychische vermoeidheid, welbevinden in het werk, leermogelijkheden en de balans tussen werk en privéleven. (Stichting Innovatie en Arbeid, 2023)

Zowel werknemers als zelfstandigen geven aan dat psychische vermoeidheid of werkstress het grootste knelpunt is. Uit de Werkbaarheidsmeting blijkt dat meer dan drie op de tien werknemers (36,1%) in 2023 met **hoge werkdruk en werkstressklachten** kampt, tegenover 31% in 2004. Hoge werkdruk vormt één van de belangrijkste voorspellers voor de werkbaarheid van jobs in het algemeen: een derde van deze groep, ofwel zo'n 330.000 werknemers, lopen een verhoogd risico op burn-out. (Stichting Innovatie en Arbeid, 2023)

Daarnaast is er ook een trend merkbaar in de **aard van werken**, namelijk een evolutie richting **plaats- en tijdsafhankelijk werken**. De COVID-19-crisis heeft het thuiswerken een boost gegeven: in 2023 werkte 32,2% van de loontrekkenden soms of regelmatig van thuis uit; in 2019 was dit 18,9%. Hier is een groot verschil merkbaar tussen hooggeschoolden en midden- en laaggeschoolden: in 2023 werkte 53% van de hooggeschoolde loontrekkenden soms of gewoonlijk thuis; bij midden- en laaggeschoolden bedroeg dat percentage respectievelijk 13,8% en 4,9%. (Statbel, 2024) De bevraging binnen de Vlaamse werkbaarheidsmonitor toont dat 37,7% van de Vlamingen minstens sporadisch telewerkt. Volgens onderzoek is er echter geen uitgesproken connectie tussen telewerk en de mate van werkbaarheid. Er zijn andere risicofactoren in de arbeidssituatie die een veel grotere rol spelen in het bepalen van de werkbaarheid dan telewerk. (Stichting Innovatie & Arbeid, 2024) De impact van thuiswerken wordt kort verder besproken bij de thematische trends van beweging en sedentair gedrag (zie hoofdstuk 3.2.1).

2.2.3 Armoede

Armoede en onzekere huisvestingssituaties hebben gevolgen voor de gezondheid: mensen in armoede leven aanzienlijk korter en hebben minder gezonde levensjaren en ze worden vaker geconfronteerd met chronische aandoeningen. Bovendien groeien veel jonge kinderen op in gezinnen met risicofactoren voor kansarmoede wat kan leiden tot een achterstand in hun ontwikkeling en toekomstperspectieven. Ten slotte heeft een groeiende armoede ook een invloed op de beschikbaarheid van producten die essentieel zijn om te kunnen functioneren in een digitale omgeving. (Statistiek Vlaanderen, 2024)

Wat de financiële draagkracht van de inwoners van het Vlaamse Gewest betreft, leefde **12,2% in armoede of sociale uitsluiting** in 2023. Die groep voldoet aan de criteria van de samengestelde armoede-indicator van

de Europa 2030-strategie.⁴ De Gini-index voor 2023 ligt in het Vlaamse Gewest met 22 iets lager dan in voorgaande jaren; in Europees perspectief (met een Gini-index van 30) ligt deze index in België relatief laag.⁵ (Statistiek Vlaanderen, 2024) Ook op basis van de SILC-enquête situeert Vlaanderen zich met 7% bij de landen met het laagste cijfer op vlak van aandeel kinderen met een verhoogd armoederisico. Binnen de EU zijn er slechts 5 landen die een lager aandeel kinderen onder de armoederisicodrempel hebben dan België. (Opgroeien, 2023)

Op vlak van armoederisico bij kinderen kunnen enkele belangrijke factoren opgetekend worden. Qua **gezinstype** is er een groot verschil tussen kinderen in een eenoudergezin en kinderen in een tweeoudergezin: 22% van de kinderen in een eenoudergezin kent een verhoogd armoederisico en 29% geeft aan moeilijk rond te komen, bij koppels liggen die cijfers heel wat lager. Ook **opleiding** heeft een impact: kinderen in een laagopgeleid gezin (waar geen van de volwassenen een diploma hoger secundair onderwijs heeft) situeren zich vaker onder de armoedegrens (20%) dan kinderen uit een gezin met middenopgeleide of hoger opgeleide ouders (7%). Het armoederisico blijkt ook af te nemen naarmate de **arbeidsparticipatie** van de ouders toeneemt: 57% van de kinderen in een gezin met een zeer lage werkintensiteit kent een verhoogd risico op armoede; bij een zeer hoge werkintensiteit bedraagt het armoederisico 2%. 24% van de kinderen met minstens 1 ouder die geboren is in een land buiten de EU kent een verhoogd armoederisico. Ook de nationaliteit van de ouders heeft een impact: de kansarmoede-index bij kinderen van wie de moeder bij haar geboorte niet de Belgische nationaliteit had, ligt met 28,1% heel wat hoger dan de 4,8% bij kinderen met een moeder van Belgische origine. (Opgroeien, 2023)

Cijfers omtrent **voedselhulp** vormt ook een belangrijke indicator voor armoede. Deze worden kort besproken bij de thematische trends van voeding (zie hoofdstuk 3.1.7).

2.3 SOCIO-CULTURELE FACTOREN

Onder socio-culturele factoren verstaan we elementen zoals onderwijs, gezondheid en welzijn, vrijetijdsbesteding, nieuwsconsumptie enz. Deze worden achtereenvolgens behandeld. Merk op dat het gezondheidssysteem zelf wordt besproken onder ‘Politieke en overheidsgerelateerde factoren’ in hoofdstuk 2.6.

2.3.1 Onderwijs

De **scholingsgraad neemt in Vlaanderen stelselmatig toe**: in 2022 was bijna 1 op 2 van 25-64-jarigen in Vlaanderen (46,7%) hooggeschoold, in vergelijking met 1 op 4 (25,2%) in 1999. In 2023 was 15,8% van de 25-64-jarigen kortgeschoold, 38,9% middengespoold en 45,4% hooggeschoold⁶. (Statistiek Vlaanderen, 2024)

Verontrustend is wel de dalende trend in de **leeruitkomsten**: de PISA-resultaten tonen een duidelijke ongunstige trend in de gemiddelde prestaties van **Vlaamse 15-jarigen** voor lezen, wiskunde en wetenschappen. Voor wiskunde zijn er slechts twee landen die een sterkere daling vertonen in hun gemiddelde prestatie tussen 2003 en 2022. In Vlaanderen wordt het verschil in score meer dan gemiddeld mee verklaard door de sociaaleconomische thuissituatie en thuistaal: kansarme leerlingen en leerlingen die thuis geen Nederlands spreken, scoren beduidend minder goed.

Het percentage leerlingen dat niveau 2 (het minimale niveau van geletterdheid om volwaardig te kunnen participeren aan de samenleving) niet haalt, is doorheen de jaren gestegen. In 2018 was 17% à 20% van de Vlaamse leerlingen van 15 jaar oud volgens deze maatstaf laaggeletterd. Hiermee scoort Vlaanderen op alle drie de domeinen veel slechter dan het EU-streefdoel van 15%. (Departement Onderwijs en Vorming, 2023)

⁴ De samengestelde armoede-indicator omvat personen die leven in een huishouden met een inkomen onder de armoededrempel of in een huishouden met ernstige materiële en sociale deprivatie, of personen die jonger zijn dan 64 jaar en die leven in een huishouden met zeer lage werkintensiteit.

⁵ De gini-index is een internationaal vaak gebruikte maat om de inkomensongelijkheid in een land of regio in beeld te brengen. De index geeft aan in hoeverre de verdeling van het inkomen over de inwoners verschilt van een perfect gelijke inkomensverdeling. Hoe hoger de gini-index, hoe groter de inkomensongelijkheid. Een indexwaarde van 0 staat voor een perfect gelijke inkomensverdeling. Een indexwaarde van 100 wijst erop dat al het inkomen behoort aan 1 persoon.

⁶ Kortgeschoolden zijn personen zonder een eindexamen van het secundair onderwijs. Middengediplomeerden hebben het secundair onderwijs of het postsecundair niet-hoger onderwijs met succes afgerond. Hogediplomeerden beschikken over een diploma hoger onderwijs.

Het **lager onderwijs** op basis van TIMMS (Trends in International Mathematics and Science Study) en PIRLS (Progress in International Reading Literacy Study) tonen een gelijkaardig beeld. (Departement Onderwijs en Vorming, 2023)

De meeste cijfers omtrent **laaggeletterdheid** in de algemene bevolking dateren van zo'n 10 jaar geleden, waaruit bleek dat 15% van de Vlamingen laaggeletterd is (PIAAC-onderzoek). Meer dan een half miljoen Vlamingen zou op basis van deze cijfers een duidelijk geletterdheidsprobleem hebben. (Departement Onderwijs en Vorming, 2023)

De relevantie van gezondheid voor onderwijs zit in belangrijke mate in het potentieel om bij te dragen aan gelijke kansen, het functioneren op school en de schoolse resultaten. Gezondheidsbeleid op school vormt dan ook een belangrijke setting op vlak van preventief beleid. Het rapport 'Preventief gezondheidsbeleid in onderwijs' dat werd opgebouwd in opdracht van Departement Zorg benoemt enkele uitdagingen: zo is er nog geen algemeen aanvaarde definitie van preventief gezondheidsbeleid op school en is er een breed en divers landschap van actoren op verschillende (bestuurs)niveaus die werken rond gezondheid op school, wat versnippering in de hand werkt. (Carpentier, Daniëls, Desmedt, Gelderblom, & Van Dorsselaer, 2023)

Daarnaast zijn er ook enkele vaststellingen doorheen de klantenreis die scholen doorlopen als ze hun gezondheidsbeleid vormgeven. Zo kunnen het **lerarentekort** en de veelheid van taken waar een school op dient in te zetten, belangrijke belemmerende factoren vormen voor de aandacht voor het gezondheidsbeleid op school. Ook de relatie tussen de **leerplannen of onderwijskaders** en gezondheidsbeleid worden soms moeilijk gelegd. Hiervoor heeft men vaak weinig middelen en tijd, wat deze taak bemoeilijkt. Ook andere spelers zoals lokale overheden en preventiepartners die scholen ondersteunen en met hen communiceren over gezondheidsthema's, doen dat nog te vaak vanuit hun eigen doelen, en niet vanuit de onderwijskaders. Dit versterkt bij scholen de perceptie dat deze thema's nog eens bovenop hun kernopdracht komen. (Carpentier, Daniëls, Desmedt, Gelderblom, & Van Dorsselaer, 2023)

2.3.2 Welzijn en gezondheid

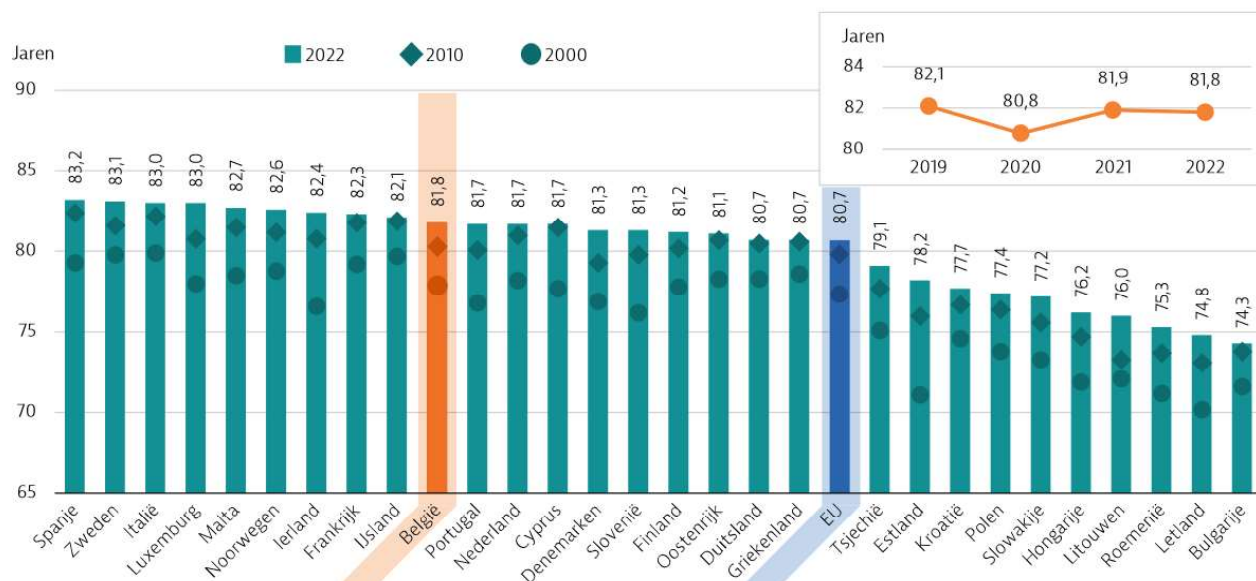
In dit hoofdstuk wordt de gezondheidsstatus van de Vlaamse bevolking gekaderd. Het gezondheidssysteem zelf wordt besproken onder 'Politieke en overheidsgerelateerde factoren' in hoofdstuk 2.6.

2.3.2.1 Levensverwachting en gezonde levensjaren

In 2022 bedroeg de **levensverwachting** in België 81,8 jaar, wat ruim 1 jaar meer is dan het EU-gemiddelde (zie

Cijfers uit 2018 geven aan dat ruim 80% van de Vlamingen de **eigen gezondheid** goed tot zeer goed vond. (Vlaamse Overheid, 2024; Statistiek Vlaanderen, 2024) Meer recente cijfers uit 2022 toonden dat zo'n 75% van de Belgen aangaf in goede of zeer goede gezondheid te verkeren, wat hoger ligt dan het EU-gemiddelde van 68%. (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023)

Figuur 5. Levensverwachting bij geboorte in de OESO-landen (2022)



Opmerkingen: Het EU-gemiddelde is een gewogen gemiddelde. De gegevens voor 2022 zijn voorlopige ramingen van Eurostat die van de nationale gegevens kunnen verschillen en aan herziening onderhevig kunnen zijn. De gegevens voor Ierland hebben betrekking op 2021.

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

2.3.2.2 Gezondheidsproblemen, chronische aandoeningen en risicofactoren

Cijfers uit 2018 rapporteerden dat **één op de drie Vlamingen** een langdurige ziekte, een gezondheidsprobleem of een beperking had en binnen deze groep had 51% een hulpnood. Dat was vooral het geval bij 65-plussers, vrouwen, personen met een Belgische herkomst, laagopgeleiden en personen met een laag netto maandelijks huishoudinkomen. Van de **Vlamingen met een hulpnood** vanwege een langdurige ziekte, een gezondheidsprobleem of een beperking deed 69% in 2018 een beroep op mantelzorg, 10% ontving hulp van een zorgvrijwilliger en 73% ontving professionele hulp. Zo'n 9% van de Vlamingen had een hulpnood waar niet aan voldaan wordt via informele of formele hulp. (Vlaamse Overheid, 2024; Statistiek Vlaanderen, 2024)

Er zijn verschillende indicatoren die een beeld geven op het aandeel personen met **chronische aandoeningen**. De eerste is het percentage van de bevolking dat recht heeft op het **RIZIV-statuut** van persoon met een chronische aandoening⁷, wat aangeeft in welke mate het gezondheidssysteem personen met een chronische ziekte behoedt voor hoge zorgkosten. In 2020 had 12,2% van Vlamingen een statuut chronische aandoening. Dit financieel beschermingsmechanisme geeft echter geen precies beeld van het werkelijke aantal mensen met een chronische aandoening. Een tweede indicator is daarom het **zelfgerapporteerde aandeel** dat in de Gezondheidsenquête van Sciensano aangaf dat ze aan een chronische aandoening leden. Het percentage personen met een zelfgerapporteerde chronische aandoening bedroeg 27,6% in Vlaanderen in 2018. Ten derde, is er het aandeel personen dat meerdere zelfgerapporteerde chronische aandoeningen heeft. Het gelijktijdige voorkomen van meerdere chronische aandoeningen noemen we **multimorbiditeit**. Deze indicator geeft ons inzicht in de gezondheidstoestand van de bevolking, maar ook in de zorgbehoeften. In 2018 was het percentage personen met zelfgerapporteerde multimorbiditeit 15,1% in Vlaanderen. (Gezond België, 2024)

In 2021 leidden de 38 belangrijkste ziekten tot een verlies van 2.525.658 gezonde levensjaren (21.864 DALYs per 100.000). Geestelijke stoornissen en stoornissen door middelengebruik, kanker en aandoeningen aan het bewegingsapparaat waren de belangrijkste ziektegroepen, goed voor 52% van de totale ziektelast. (Sciensano, 2024) De voornaamste oorzaak van de ziektelast bij ouderen was dementie (incl. de ziekte van

⁷ Het RIZIV-statuut van persoon met een chronische aandoening werd in 2013 ingevoerd en wordt automatisch toegekend aan alle patiënten van wie de officiële gezondheidsuitgaven een bepaalde drempel bereiken of overschrijden (€ 300 per kwartaal in 2013, € 365,18 in 2023) gedurende minstens 8 opeenvolgende kwartalen, of die recht hebben op de forfaitaire tegemoetkoming voor chronisch zieken. Het statuut geldt voor 2 jaar (5 jaar voor mensen met zeldzame aandoeningen) en beperkt het jaarlijkse remgeld van de patiënten in het kader van de Maximumfactuur (MaF).

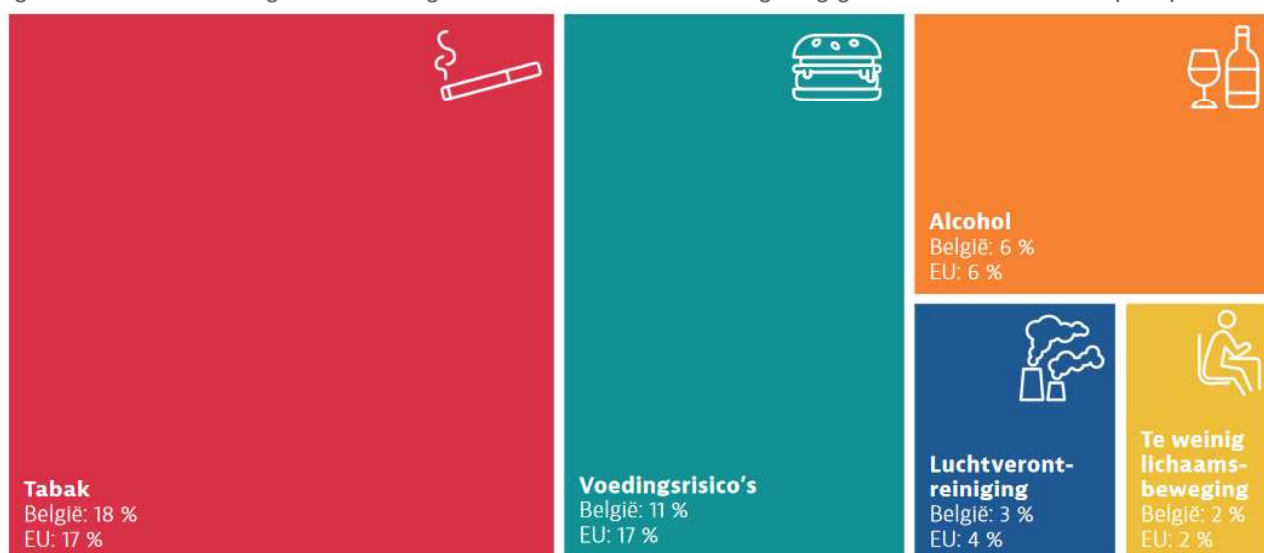
Alzheimer), gevolgd door valincidenten en diabetes. In België had meer dan 10% van 70-plussers een vorm van dementie. (OECD & European Commission, 2024)

De EU-SILC studie (European Union Statistics on Income and Living Conditions) geeft aan dat het (zelfgerapporteerde) aandeel mensen met een chronische aandoening in België lager ligt dan het EU-gemiddelde. In 2023 bedroeg de prevalentie 26,8% in België tegenover 35,1% voor het EU-27 gemiddelde voor 16-jarigen en ouder. Voor 65-plussers is dit verschil nog sterker uitgesproken met 42,3% in België en 60,3% in de EU-27.

Dit aandeel met een chronische aandoening neemt toe met de leeftijd, net als het aandeel dat meer dan één chronische aandoening heeft (multi-morbiditeit). Bij 65-plussers had zo'n twee op vijf mannen en bijna een op twee vrouwen in België in 2020 **meer dan één chronische aandoening**⁸. De SHARE data geeft hierbij aan dat België het op vlak van multi-morbiditeit bij 65-plussers minder goed doet dan het Europees gemiddelde. Een hoger percentage vrouwen (in vergelijking met mannen) in België ervaart beperkingen in hun dagelijkse activiteiten (41% van de vrouwen; 28% van de mannen); dit is een veel groter aandeel dan het EU-gemiddelde van 30% bij vrouwen en 22% bij mannen. (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023)

Ongeveer een derde van alle sterfgevallen in België in 2019 kan worden toegeschreven aan **gedragsgerelateerde risicofactoren**, wat lager ligt dan het EU-gemiddelde van 39% (zie Figuur 6). Deze risicofactoren omvatten roken, voedingsrisico's, alcoholgebruik en te weinig lichaamsbeweging. (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023)

Figuur 6. Aandeel van sterfgevallen dat toegeschreven kan worden aan de 5 gedragsgerelateerde risicofactoren (2022)



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

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

Het 'Performance of the Belgian health system' rapport van 2024, van het Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE) deelt de vermijdbare sterfte (avoidable mortality) op in twee categorieën. Een eerste categorie is 'treatable mortality': dit gaat over doodsoorzaken die vooral vermeden kunnen worden door tijdige en effectieve interventies vanuit de gezondheidszorg, inclusief secundaire preventie en zorg (na het ontstaan van een ziekte, om de schade te verminderen). Een tweede categorie is 'preventable mortality': dit gaat over doodsoorzaken die vooral kunnen worden vermeden door effectieve maatregelen van volksgezondheid en primaire preventie (voor er ziektes of verwondingen optreden, om de incidentie te verminderen). (Gerkens S., et al., 2024)

⁸ Chronische aandoeningen ontstaan eerder geleidelijk en blijven langer aanslepen. Het Belgisch Observatorium voor de chronische ziekten van het RIZIV omschrijft ze als aandoeningen die minstens zes maanden duren.

In vergelijking met de EU-14 landen, doet België het goed op het vlak van 'treatable mortality'. Daarentegen scoort België het slechts van alle landen op 'preventable mortality'. Er zijn regionale verschillen, waarbij Vlaanderen het beter doet dan Wallonië en Brussel. 'Preventable mortality' ligt twee keer zo hoog bij mannen als bij vrouwen, ook in Vlaanderen. (Gerken S., et al., 2024)

2.3.2.3 Gezondheidsvaardigheden

De Preventiebarometer toont aan dat 81,5% van de volwassen bevolking uit Vlaanderen minstens over een voldoende niveau van gezondheidsvaardigheden⁹ beschikt. Echter betekent dit ook dat meer dan 1 op de 6 inwoners van Vlaanderen (18,5%) een beperkt niveau van gezondheidsvaardigheden heeft. Deze groep ervaart aanzienlijke moeilijkheden om weloverwogen en geïnformeerde keuzes rond hun gezondheid en welzijn te maken. Een beperkt niveau van gezondheidsvaardigheden komt vaker voor bij de jongste en oudste leeftijdsgroep, bij laagopgeleiden en bij personen die financieel moeilijk rondkomen. Desalniettemin heeft ook 1 op de 10 personen met een hoog opleidingsniveau een gebrek aan gezondheidsvaardigheden. Dit is dus niet louter een probleem van laagopgeleide personen. (Braekman & Hermans, 2023)

Ook Gezond Leven geeft aan dat bepaalde bevolkingsgroepen een hoger risico lopen op lage gezondheidsvaardigheden. Onder deze groepen vallen ouderen, mensen met Nederlands als tweede taal, mensen met een beperkt inkomen, laagopgeleiden, langdurig zieken, mensen met een beperkt netwerk. Ook mensen met chronische zorgen en stress, kunnen systematisch over lagere gezondheidsvaardigheden beschikken. Mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties behoren dus ook vaker tot deze groep. Mensen met lage gezondheidsvaardigheden houden er vaker een ongezonde leefstijl op na, ondervinden minder goede toegang tot de (preventieve) gezondheidszorg en lijden vaker aan chronische aandoeningen. (Vlaams Instituut Gezond Leven, 2024)

Het versterken van de gezondheidsvaardigheden van de brede bevolking is cruciaal voor het verbeteren van de globale gezondheid van een samenleving. Tot nu toe waren de inspanningen op dit vlak er vooral op gericht om **individue**n in staat te stellen hun weg te vinden in het systeem van de gezondheidszorg, hen in staat te stellen de informatie van gezondheidswerkers te begrijpen en deze kennis toe te passen. (Brumagne, Dupuis, Thezée, Mannaerts, & Op de Beeck, 2024)

De toenemende complexiteit van ons zorgsysteem is niet altijd bevorderlijk voor haar toegankelijk. Als complexe zorg betekent dat mensen over meer vaardigheden moeten beschikken om er gebruik van te kunnen maken, dan moeten deze vaardigheden inherent deel zijn van een voortdurend evoluerende relatie tussen het individu, de organisaties en de samenleving. Vanuit deze systemische visie – die de linkt legt tussen het zorgsysteem en de vaardigheden van individuen – is het werken aan gezondheidsvaardigheden dan ook een gedeelde verantwoordelijkheid van individuen, organisaties en beleidsmakers. (Brumagne, Dupuis, Thezée, Mannaerts, & Op de Beeck, 2024)

Een organisatie is 'gezondheidsvaardig' wanneer zij het mensen gemakkelijker maakt om informatie en diensten te vinden, te begrijpen en te gebruiken, zodat ze beter voor hun gezondheid kunnen zorgen. Door de focus op de "organisatie" mee in acht te nemen, hebben we oog voor het feit dat tekorten zich niet enkel op het niveau van het individu bevinden, maar ook op het meso-en macro niveau (systemisch model). Het Fonds Dr. Daniël De Coninck identificeerde vijf cruciale uitdagingen voor de ontwikkeling van gezondheidsvaardige organisaties:

- Duurzaam inbedden van gezondheidsvaardigheden in de missie, structuur en werking van de organisatie.
- Opbouwen van gezondheidsvaardige relaties tussen gezondheids- en welzijnswerkers en gebruikers
- Ontwikkelen van gezondheidsvaardige taal, actie en beleving
- Co-creëren met gebruikers door het hele zorgtraject heen.
- Samen leren en evalueren over de grenzen van organisaties heen.

⁹ Op basis van het HLS19-Q12 instrument dat gebruikt werd om de gezondheidsvaardigheden in te schatten. (Braekman & Hermans, 2023)

Deze uitdagingen stonden centraal in 18 projecten bij pioniersorganisaties in België. (Brumagne, Dupuis, Thezée, Mannaerts, & Op de Beeck, 2024)

Het WHO-rapport "*Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases*" van 2022 benadrukt het verbeteren van gezondheidsgeletterdheid als cruciaal middel om **chronische aandoeningen te voorkomen en te beheersen**. Een gebrek aan gezondheidsgeletterdheid belemmert individuen in het herkennen, begrijpen en reageren op risicofactoren zoals ongezonde voeding, roken en fysieke inactiviteit. Dit leidt tot ongelijkheid in gezondheid en minder effectieve zorg. Hierbij wordt bovendien ook bevestigd dat gezondheidsgeletterdheid niet alleen een individuele competentie is, maar ook sociaal en contextueel bepaald wordt. Beslissingen over gezondheid worden namelijk niet alleen genomen door individuen, maar doorgaans binnen families, gemeenschappen en culturele contexten. Factoren zoals taal, opleidingsniveau, sociale steun en toegang tot middelen bepalen hoe goed mensen gezondheidsinformatie begrijpen en toepassen. Bovendien spelen politieke en organisatorische systemen een cruciale rol in het creëren van een omgeving waarin gezonde keuzes haalbaar en toegankelijk worden. (World Health Organization (WHO), 2022)

2.3.2.4 Gezondheidsongelijkheid

Het verkleinen van gezondheidsongelijkheid staat al jarenlang op de agenda van de World Health Organization. In kader van de Sustainable Development Agenda 2030 (SDG) is er via het “triple billion”¹⁰ doelstelling van de WHO een nieuwe strategie uitgezet. Zo werd er een “Inequality monitoring and analysis strategy” gedefinieerd met als doel om lidstaten te ondersteunen bij het monitoren van gezondheidsongelijkheden. De strategie richt zich op twee hoofddoelen: 1) Het verbeteren van metingen en 2) Resultaatgerichtheid (het versterken van analytische capaciteiten om de werkzaamheden van de WHO te evalueren en beleidsmakers wereldwijd te informeren). (WHO, 2022) In december 2024 publiceerde de WHO het boek “Health inequality monitoring: harnessing data to advance health equity” als een uitgebreide en actuele bron voor het monitoren van gezondheidsongelijkheden.

Socio-economische **ongelijkheid in het gebruik van de gezondheidszorg** kan verschillende oorzaken hebben. Naast de gezondheidstoestand van een persoon en de daaruit voortvloeiende zorgbehoeften, spelen ook andere factoren een rol, zoals de socio-economische status (opleidingsniveau, inkomsten, activiteitenstatus), het aanbod aan zorg, de levensstijl, dekking door een (verplichte of aanvullende) ziektekostenverzekering enz. (Gerkens, et al., 2024) Net als in andere Europese landen gaven mensen met een lager inkomen minder vaak aan dat ze in goede gezondheid verkeren: van de Belgische volwassenen gaf slechts 59% in het laagste inkomenskwintiel aan in goede gezondheid te verkeren, tegenover 89% in het hoogste kwintiel. Deze **sociaaleconomische kloof is in België echter aanzienlijk groter dan in de meeste andere EU-landen**. (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023)

Op vlak van toegankelijkheid meldde **1% van de Belgische bevolking dat ze te maken hadden met onvervulde behoeften** aan medische zorg vanwege kosten, reisafstand of wachttijden. Dit is minder dan de helft is van het EU-gemiddelde (2,2%), maar deze onvervulde behoeften concentreerden zich wel onevenredig bij personen met een **laag inkomen**. Ongeveer 2,8% van de Belgen in het laagste inkomenskwintiel in 2022 meldde namelijk onvervulde behoeften (voornamelijk vanwege kosten) tegenover 0% in het hoogste kwintiel. Deze inkomenskloof was een van de grootste onder de westerse EU-landen. (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023)

In vergelijking met de meer bevoorrechte groepen vond het KCE dat personen in minder bevoorrechte groepen (gemeten naar onderwijsniveau, financiële middelen of het recht op een verhoogde tegemoetkoming) dan ook hogere drempels ondervonden in een betaalbare toegang tot zorg, een lagere participatiegraad voor kankerscreening hadden, minder regelmatige contacten met een tandarts hadden en een hoger medicatiegebruik (antidepressiva, polyfarmacie) hadden. Minder bevoorrechte groepen ervaren echter wel een grotere zorgcontinuïteit, vooral door de huisarts. (Gerken, et al., 2024)

¹⁰ De “triple billion”-doelstellingen moeten ervoor zorgen dat in 2023: 1) een miljard meer mensen profiteren van universele gezondheidsdekking, 2) een miljard meer mensen beter beschermd zijn tegen noodsituaties op gezondheidsgebied, 3) een miljard meer mensen genieten van een betere gezondheid en welzijn.

Daarnaast ligt het aandeel van de door **eigen bijdragen** gefinancierde uitgaven voor gezondheidszorg in België (18%) hoger dan het EU-gemiddelde (15%). Aangezien de bevolking blijft verouderen raadt de OESO aan om nauwlettend toezicht te houden op de eigen bijdragen voor langdurige zorg om de uitdagingen van deze demografische verschuiving aan te pakken.

Tot slot hebben ook **geslacht en gender** een invloed op de gezondheid door zowel biologische als sociale verschillen en ongelijkheden. Historisch gezien wordt de gezondheid van vrouwen en meisjes vaak verwaarloosd als gevolg van discriminatie. Gegevens over de gezondheid van vrouwen is nog steeds vaak onbestaande of moeilijk toegankelijk, waardoor ze moeilijk te analyseren of te hergebruiken zijn. Dat leidt tot hiaten in welzijn, preventie en gezondheidszorg. (Sciensano, 2024)

2.3.2.5 Aandacht voor gezondheid

De internationale studie van Ipsos over globale trends benoemt ‘Conscientious Health’ zowel in 2023 als in 2024 als een globale trend. De benadering van gezondheid verschuift steeds meer naar een holistische visie, waarbij mensen wereldwijd beseffen dat zowel voor hun fysieke als mentale welzijn moet worden gezorgd. De bezorgdheid over mentale gezondheid is sterk gegroeid waarbij de kloof tussen deze twee prioriteiten in enkele jaren aanzienlijk is verkleind. Zo’n 77% van de Belgen gaf in 2023 aan dat ze meer aan de fysieke gezondheid wilden doen; zo’n 69% gaf dit aan over de mentale gezondheid. (Ipsos, 2023)

Daarnaast bestaat er bij de meerderheid van de mensen een sterke wens om gewicht te verliezen en streeft men meer en meer naar zelfredzaamheid in gezondheid. Zo geeft 70% van de Belgen aan meer controle te willen over hun gezondheid wat zich onder meer uit in het actief opzoeken en monitoren van gezondheidsinformatie. Men streeft niet enkel meer naar langer leven, maar ook naar health ageing. (Ipsos, 2024)

Deze toegenomen aandacht voor gezondheid reflecteert zich onder meer in de populariteit van **wearable-hardware en -software**. Het gebruik van sportapps en/of wearables wordt verder besproken in kader van de thematische trends van beweging (zie hoofdstuk 0). Hoewel technologie handige tools biedt voor het volgen en beheren van onze gezondheid, is het belangrijk om in acht te nemen dat deze ook deels verantwoordelijk wordt gehouden voor de mentale gezondheidscrisis.

2.3.3 Vrije tijd en sociale contacten

Vlaanderen heeft een lange traditie van een actief en sterk uitgebouwd **jeugd-, sport- en sociaal-cultureel leven**. De vijf grootste jeugdbewegingen telden in 2022 iets meer dan 283.000 leden en leiding (Statistiek Vlaanderen, 2024). Bijna 6 op 10 inwoners van het Vlaamse Gewest van 18 jaar en ouder gaven in het najaar van 2023 aan actief lid te zijn van minstens 1 vereniging (56%). Het gaat dan om personen die lid zijn van een vereniging en minstens af en toe deelnemen aan de activiteiten van die vereniging. **Sportverenigingen** zijn het meest populair: 3 op de 10 inwoners waren in 2023 actief lid van een sportvereniging (31%). Daarna volgen hobbyverenigingen, kunst-, toneel- of muziekverenigingen en socio-culturele verenigingen (telkens 7%). (Departement Onderwijs en Vorming, 2023)

Uit de participatiebarometer blijkt dat bij de **jongeren** (14-30 jaar) een groter aandeel sport beoefenden dan bij andere leeftijdsgroepen (76% ten opzichte van 68% voor de leeftijdsgroep 31- 45 jaar). Naargelang men ouder wordt, daalt de participatiegraad voor sportverenigingen, jeugdbewegingen en cultuurverenigingen en stijgt deze voor hobbyverenigingen en sociaal-culturele verenigingen. (Departement Onderwijs en Vorming, 2023)

Op het vlak van **vrijwilligerswerk** kijken jongeren (14-25 jaar) ook niet veel af van de rest van de bevolking. Bijna twee derde (65%) van de jongeren verricht nooit vrijwilligerswerk, 16,8% verricht minstens één keer per maand vrijwilligerswerk. (Departement Onderwijs en Vorming, 2023)

Gevoelens van **eenzaamheid** pieken tijdens de jongvolwassenheid en bij mensen ouder dan 75 jaar: enerzijds zijn jonge mensen nog op zoek naar hun identiteit, anderzijds raken ouderen vaak geïsoleerd na het overlijden van hun partner, familieleden en vrienden of door het verlies aan mobiliteit. Gezondheidsproblemen verhogen het risico op eenzaamheid, en vice versa. (Zorgnet-Icuro, 2024) Het Vlaamse Eenzaamheidsplan (2021-2024) geeft aan dat de eenzaamheid in Vlaanderen vrij hoog is. Afhankelijk

van de vraagstelling zegt zo'n 45 tot 59% zich soms, meestal of altijd eenzaam te voelen. Hierbij dient benadrukt te worden dat de cijfers verzameld werden te midden van de coronapandemie: zo'n 45% van de mensen zegt inderdaad zich vaker eenzaam te voelen dan voor de coronacrisis. Waar eenzaamheid typisch werd geassocieerd met een oudere leeftijd, stelt men recenter vast dat ook de groep jongeren een sterke stijging kent in eenzaamheid. Deze groep heeft bovendien ook het meest last van deze gevoelens. Toekomstig onderzoek moet uitwijzen of dit een blijvende trend is. (Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2020)

2.4 TECHNOLOGISCHE FACTOREN

2.4.1 Nieuws, (sociale) media, (des)informatie en polarisatie

De Vlaming blijft **intrinsiek gemotiveerd om het nieuws te volgen** met bijna 90% dat dagelijks nieuws volgt via eender welke bron of toestel (ondanks een licht dalende trend de voorbije jaren). (De Marez, et al., 2023)

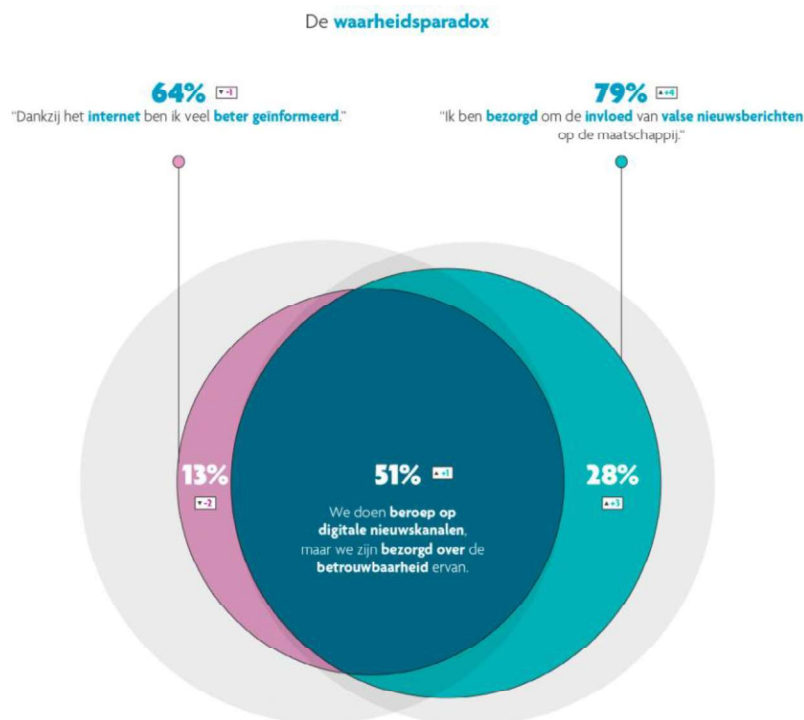
De **klassieke kanalen** van radio en nationaal televisienieuws blijven dagelijks meer dan de helft van de Vlamingen bereiken, maar dat bereik toont een neerwaartse trend. Het aantal Vlamingen dat dagelijks op het nationale televisienieuws afstemt, daalt naar 53%. De papieren krant bereikt minder dan 1 op de 5 Vlamingen (18%). Het terrein van de klassieke nieuwsdragers wordt ingenomen door **digitale dragers en online nieuwsplatformen**. Zo heeft de smartphone in 2022 het breedste bereik in Vlaanderen als drager en touchpoint voor en gatekeeper naar nieuws: bijna 2 op 3 personen gebruiken dagelijks de smartphone voor nieuwsconsumptie. De groei van de smartphone voor nieuwsconsumptie manifesteert zich over alle leeftijden. Samenhangend met het gebruik van de smartphone voor nieuwsconsumptie stijgt ook gebruik van **nieuwsapps** met de hoogste stijging bij de 45-54-jarigen waarbij bijna 2 op 3 personen wekelijks een nieuwsapp gebruikt. De groei van het computergebruik voor nieuwsconsumptie situeert zich vooral bij de oudere bevolking: 41% van de 55-64-jarigen gebruikt dagelijks de computer voor nieuwsconsumptie. Daarmee samenhangend scoren ook de nieuwswebsites goed. (De Marez, et al., 2023)

Naast de websites en apps vormt **ook sociale media een platform voor of gatekeeper naar nieuws**. Voor 60% van de Vlamingen zijn die sociale media ook een wekelijkse bron van nieuwsconsumptie. (De Marez, et al., 2023). Binnen die veelheid aan platformen heeft het portfolio aan Meta-merken (WhatsApp, Facebook, Facebook Messenger en Instagram) veruit het grootste bereik. Zowel op de Meta-platformen als op X (het vroegere Twitter) en Snapchat zijn er toch dalingen op te merken op vlak gebruiksintensiteit. TikTok blijft grotendeels beperkt tot een nichefenomeen bij jongeren (63%), waar het wel een intens gebruik kent. (De Marez, et al., 2023)

Influencers en podcasts hebben een aanzienlijke impact op het gedrag en de levensstijl van Belgen. Over het algemeen zijn jongere individuen in de leeftijdsgroep van 16-24 jaar in de meeste categorieën meer beïnvloed dan de oudere leeftijdsgroep van 25-39 jaar. Bovendien blijkt dat vrouwen in verschillende domeinen vaak een grotere invloed ondervinden dan mannen. Zij vertonen hogere percentages in aspecten zoals het adopteren van gezondere eetgewoonten, het variëren van kledingstijlen en het besteden van aandacht aan mentale gezondheid. In tegenstelling daarmee zijn mannen meer beïnvloed door factoren gerelateerd aan gaming en het investeren of beheren van hun financiële middelen. Dit toont de noodzaak om de invloed van sociale media en influencers op de levensstijl (van jongeren) kritisch te onderzoeken. (Artevelde Hogeschool - Comeos, 2024) Dit wordt kort verder aangehaald bij de thematische trends van voeding, beweging en sedentair gedrag, alcohol- en tabaksgebruik.

Digitale media hebben het bereik van desinformatie op een beduidende wijze vergroot. Het volume aan informatie en de snelheid waarmee die geraadpleegd kan worden, zijn groter dan ooit en algoritmes van sociale media kunnen bovendien de verspreiding van desinformatie versterken. Wat desinformatie problematisch en moeilijk te bestrijden maakt, is dat het doel ervan niet alleen is om het publiek te overtuigen van deze valse informatie, maar ook en misschien vooral om twijfel en verwarring te zaaien over informatie in het algemeen. Dat kan het vertrouwen in democratische instellingen aantasten en kan democratische processen bedreigen. Daarnaast kan desinformatie het beleid en het gedrag manipuleren op gebieden zoals klimaatverandering, migratie en **gezondheid**. Desinformatiecampagnes enten zich vaak op sterk gepolariseerde thema's en bouwen voort op bestaande spanningen en angsten. (De Marez, et al., 2023)

Volgens de Imec-digimeter van 2023 is het merendeel van de Vlamingen (79%) bezorgd over de invloed van desinformatie en fake news op de maatschappij. Paradoxaal genoeg is echter ook 64% van de Vlamingen wel overtuigd beter geïnformeerd te zijn dankzij het internet. Men verwijst naar dit fenomeen als de **waarheidsparadox**. (De Marez, et al., 2023)



Bron: (De Marez, et al., imec.digimeter 2022: Digitale trends in Vlaanderen, 2023)

In de publieke perceptie leeft het gevoel dat **polarisatie** in de samenleving is toegenomen; hiermee verwijst men bijvoorbeeld naar tegenstellingen of spanningen in de samenleving, over radicalisering of over de verruwing van het debat. In een ledenbevraging van de Vlaamse Vereniging voor Steden en Gemeenten (VVSG) gaf 44% van de bevroagde gemeenten in 2022 aan polarisatie waar te nemen, maar dit cijfer is amper toegenomen ten opzichte van 2018 (43%). De 'verruwing van het debat' is wel duidelijker vastgesteld, althans **online**. Nederlandstalige berichten op sociale media zijn tussen 2015 en 2020 toxischer geworden en racisme, seksisme en verbale agressie in deze berichten zijn toegenomen. Meer dan één op de drie Vlaamse kinderen en jongeren kreeg in 2021 te maken met online haatspraak. Bijna één op de vijf jongeren gaf in 2018 aan dat hij of zij het voorbije jaar online werd lastiggevallen of bedreigd. (Departement Onderwijs en Vorming, 2023)

2.4.2 Digitalisering

De voortdurende versnelling van technologische ontwikkelingen en de wereldwijde digitale hyperconnectiviteit benadrukken het groeiende belang van de digitale dimensie, die zowel een kans als een uitdaging is. Denk bijvoorbeeld aan het internet der dingen, smarthome- en smartcitytechnologieën, het gebruik van big data, virtual reality en artificiële intelligentie, quantum computing enzovoort. (Vlaamse Overheid, 2024)

Hét platform dat in 2023 zijn entree allerm minst miste in Vlaanderen was ChatGPT. Samen met de andere generatieve AI-platformen maakte dit platform artificiële intelligentie concreet en tastbaar voor de Vlaming. Daardoor zien we al meteen een grote groep Vlamingen die het in de dagelijkse werk- en of studiepatronen integreert. Tegenover de grote nieuwsgierigheid in AI staat echter ook een sterk gestegen bezorgdheid omtrent de impact van AI op **privacy, werk en desinformatie**. (De Marez, et al., imec.digimeter 2022: Digitale trends in Vlaanderen, 2023)

De digitaliseringstrend is ook merkbaar in de **gezondheidszorg** en biedt opportuniteiten om de toegankelijkheid, de kwaliteit en de betaalbaarheid te verbeteren. **E-health** omvat een breed aanbod van

digitale toepassingen zoals monitoring van op afstand via digitale apps, het gebruik van sensoren, consultaties via beeldbellen en het gebruik van AI in screening.

Specifiek voor preventie en gezondheidsbevordering kan e-health bijdragen aan het vergroten van gezondheidsvaardigheden en het ondersteunen van gedragsverandering. Digitale toepassingen en apps bieden gebruikers de kans om op een laagdrempelige manier zelfstandig aan hun gezondheid te werken. Bijvoorbeeld leefstijlmonitoring via een toepassing die het aantal stappen registreert, die de stress en slaap meten, die ondersteunt bij rookstop pogingen... Ze kunnen eveneens aanvullend zijn op de begeleiding door een gezondheidsprofessional en zorgen voor tussentijdse opvolging en motivatie. De ontwikkeling en toepassing van e-health voor preventie is met andere woorden veelbelovend maar kent ook uitdagingen naar financiering, onderzoek naar effectiviteit, opschaling en toegankelijkheid voor bepaalde doelgroepen. (ZonMw, 2023)

Digitalisering treedt ook op in de context van kinderen waardoor het gebruik van beeldscherm sterk is toegenomen en dit binnen ([Digisprong](#)) en buiten de schoolcontext. **Bijziendheid** of myopie is wereldwijd een **snel toenemende** oogafwijking, ook in Europa. Onderzoek heeft voorspeld dat 50% van de wereldbevolking in 2050 bijziend zal zijn. Tegenwoordig zien we bijziendheid ontstaan op **jongere leeftijd**, het zicht gaat **sneller** achteruit en de **ernst** van de bijziendheid stijgt.

Naast erfelijkheid, spelen ook **omgevingsfactoren** een rol in het ontstaan én in de progressie van bijziendheid. Recent onderzoek wijst erop dat langdurig beeldschermgebruik en onvoldoende blootstelling aan daglicht het risico op myopie (bijziendheid) bij schoolkinderen verhoogt. (Morgan, et al., 2021) Tijdens de recente COVID-19-pandemie gingen meer beeldschermgebruik en minder activiteiten in openlucht hand in hand met een meer uitgesproken toename van myopie, wat de impact van gedragsverandering op myopie nogmaals aantoonde. (Németh, et al., 2022) Niet alleen in de thuiscontext zijn beeldschermen niet meer weg te denken, ook op scholen wordt hier meer en meer gebruik van gemaakt.

Bijziendheid is op zich gemakkelijk te verhelpen met het dragen van een bril of lenzen. Maar mensen met (hoge) bijziendheid hebben een groot **risico** op oogziekten op volwassen leeftijd, zoals netvliesloslating, glaucoom, cataract en myope maculadegeneratie.^[3] (Holden, et al., 2016) Dit kan aanleiding geven tot onomkeerbare slechtziendheid of zelfs blindheid.

De WHO alarmeerde ook over de zorgwekkende toename van **gehoorverlies**, waarin **omgevingsfactoren** zoals blootstelling aan lawaai een belangrijke rol spelen. Waar dit voorheen vooral een probleem was in bepaalde werksettings, maken onder meer het toenemende gebruik van de smartphone als steeds ter beschikking zijnde draagbare muzikspeler en het toegenomen gamegedrag dat dit probleem zich nu ook bij onze kinderen en jongeren stelt. (World Health Organization, 2021)

Het belang van een goed gehoor en, bij gebrek hieraan, de gevolgen op verschillende levensdomeinen (sociaal, emotioneel, educatief, financieel, ...) zijn goed gekend. Bovendien neemt de prevalentie van gehoorproblemen snel toe, zodat de menselijke en maatschappelijke kost de komende jaren alleen maar groter zal worden. (World Health Organization, 2021) Anderzijds is het zo dat een vroegtijdige detectie en een adequate aanpak de impact van gehoorproblemen op het functioneren kunnen inperken. Het belang van vroegdetectie door middel van gehoorscreening is daarom niet te onderschatten en zal alleen maar toenemen. In de schoolgaande populatie wordt zelfs bij een minimaal of mild gehoorverlies een impact vastgesteld op de cognitieve vaardigheden. De WHO adviseerde beleidsmakers om, naast andere maatregelen, ook de vroegdetectie van gehoorverlies, als kosteneffectieve interventie, te voorzien voor schoolgaande kinderen. (World Health Organization, 2021)

2.4.3 Digitale vaardigheden en digitale kloof

Hoewel in 2023 bijna alle Vlamingen in een huishouden mét computer of tablet leven, leeft 19% in een huishouden waar maar één computer of tablet ter beschikking is. Bij Vlamingen met een lager inkomensniveau was dat cijfer in 2023 hoger, namelijk 25%. Een beperkte toegang tot die producten kan een negatief effect hebben op iemands mogelijkheden om succesvol deel te nemen aan bepaalde aspecten van onze maatschappij. (De Marez, et al., imec.digimeter 2022: Digitale trends in Vlaanderen, 2023)

Het hebben van digitale basisvaardigheden impliceert dat individuen beschikken over de nodige basisvaardigheden op het vlak van het opzoeken en controleren van online informatie, het online communiceren, het gebruiken van software, het beheren van persoonlijke gegevens op het internet en het oplossen van problemen of het omgaan met computers of elektronische apparaten. Europa stelt als doel voorop dat 80% van de bevolking over **digitale basisvaardigheden moet beschikken tegen 2030**. In 2023 beschikte 54% van de inwoners van het Vlaamse Gewest met een leeftijd tussen 16 en 74 jaar over **digitale basisvaardigheden**. Daartegenover staat dat 46% van de bevolking van 16 tot 74 jaar de nodige digitale basisvaardigheden mist: 37% heeft lage digitale vaardigheden en 8% heeft geen digitale vaardigheden of heeft geen internet gebruikt in de voorbije drie maanden. (Statistiek Vlaanderen, 2024)

De digitale vaardigheden nemen af met de leeftijd en nemen toe met de scholingsgraad en het inkomen. Bij de 55- tot 74-jarigen had 64% in 2021 geen digitale basisvaardigheden, bij de laaggeschoolden was dat 75% en bij de mensen met een inkomen onder de 1499 euro 69%. (Statistiek Vlaanderen, 2024)

2.4.4 Gepersonaliseerde geneeskunde

Een **DNA-test** kan een hulpmiddel zijn om te bepalen of iemand een verhoogd risico heeft op het ontwikkelen van bepaalde aandoeningen. Hierbij wordt het genetisch materiaal geanalyseerd om te kijken of er erfelijke factoren zijn die de kans op een aandoening vergroten. Op basis van de resultaten van zo'n DNA-test kan een persoon gepersonaliseerd leefstijladvies ontvangen dat specifiek gericht is op het voorkomen van de betreffende aandoening. Dit noemen we **persoonlijke preventie** waarbij de adviezen op maat worden afgestemd op de genetische kenmerken van het individu.

Uit onderzoek blijkt echter dat er voor de meeste veelvoorkomende aandoeningen nog maar weinig DNA-tests beschikbaar zijn die de kans op het krijgen van zo'n aandoening nauwkeurig kunnen voorspellen. Daarnaast blijkt dat de leefstijladviezen voor veel van deze aandoeningen grotendeels hetzelfde blijven, ongeacht het genetisch profiel van de persoon. Denk hierbij aan algemene adviezen zoals **niet roken**, **voldoende bewegen** en **gezond eten**. Deze adviezen gelden namelijk voor vrijwel iedereen, ongeacht wat een DNA-test zou kunnen aantonen.

Het gebruik van DNA-tests om **leefstijladviezen** verder te personaliseren, lijkt daarom op dit moment nog weinig toegevoegde waarde te hebben. De beschikbare kennis over de precieze relatie tussen iemands genetisch profiel en hun gezondheid is nog beperkt. Er is dus meer onderzoek nodig naar hoe DNA precies van invloed is op de gezondheid, en hoe nieuwe ontwikkelingen in DNA-technologie uiteindelijk een concreet voordeel kunnen bieden in het kader van preventie. (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu RIVM, 2021)

2.5 ECOLOGISCHE FACTOREN

2.5.1 Klimaatbewustzijn

Omwille van klimaatverandering, vond de afgelopen jaar het grootste aantal klimaatgerelateerde rampen in de geschiedenis plaats. Sommige consumenten veranderden hun aankoopbeslissingen op basis van hun milieu-impact, terwijl anderen (voornamelijk Gen Z) de verantwoordelijkheid bij de overheid, systemen en bedrijven legde. Het bewustzijn van klimaatverandering is de afgelopen jaren in ieder geval van onderuit gegroeid, uit de wetenschap, de natuurbeweging en betrokken burgers. (Ipsos, 2023)

In opdracht van het Departement Omgeving voerden de Universiteit Gent en Universiteit Antwerpen een onderzoek uit naar het draagvlak bij burgers voor de klimaattransitie in Vlaanderen. Aan de hand van een representatieve online bevraging werd gepeild naar de mate waarin de bevolking: 1) vandaag reeds verschillende klimaatvriendelijke gedragingen stelt; 2) het voornemen heeft om dit in de toekomst te doen; en 3) specifieke klimaatvriendelijke beleidsmaatregelen ondersteunt.

Dit resulteerde in 2023 in een rapport dat concludeerde dat het effectief stellen van klimaatvriendelijk gedrag sterk verschilt naargelang het specifieke gedrag. Het schommelt tussen de 55% (d.i., % dat korte

verplaatsingen (<5km) steeds te voet of met de fiets doet) en 2% (d.i., % dat dagelijks veganistisch eet). Vlamingen formuleren gemiddeld een sterker voornemen om in de toekomst klimaatvriendelijk gedrag te stellen dan wat ze vandaag reeds doen. Ook het draagvlak voor specifieke beleidsmaatregelen om klimaatvriendelijk gedrag te faciliteren varieert en bereikt een acceptatiegraad van 73% voor strengere normen bij nieuwbouw/verbouwing voor het opvangen en laten indringen van water in de grond, terwijl 36% zou accepteren dat minstens de helft van de week vegetarische maaltijden aangeboden worden in overheidsinstellingen. (Vansteenkiste, DeSmet, Morbée, Flamant, & Waterschoot, 2023)

Deze terugkerende bevraging van een representatief deel van de Vlaamse bevolking dient aan de beleidsmakers een evolutief beeld te geven van het veranderende draagvlak om zo een evidence-based en gericht beleid te ontwikkelen om de betrokkenheid van de bevolking in de klimaattransitie te stimuleren en te ondersteunen. (Vansteenkiste, DeSmet, Morbée, Flamant, & Waterschoot, 2023)

2.5.2 Milieugezondheid(szorg)

Klimaatverandering vormt één van de belangrijkste uitdagingen voor de mensheid in de 21ste eeuw en is een belangrijke versneller voor andere bedreigingen zoals armoede, gezondheid, biodiversiteit en betaalbare energie. Het vergroot de bestaande ongelijkheid (met toenemende migratiestromen tot gevolg) en roept ethische kwesties op. Op Europees niveau worden – onder meer via de Duurzame Ontwikkelingsdoelen (United Nations Sustainable Development Goals, UN SDG), het NCD (Non-Communicable Disease) Global Monitoring Framework en de EEA (European Environment Agency) – tal van initiatieven ondernomen om **milieugezondheid** te stimuleren. Volgens ramingen van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO of WHO – ‘World Health Organisation’) is één op de acht sterfgevallen in Europa het gevolg van milieuvervuiling. Deze sterfgevallen kunnen voorkomen worden door de kwaliteit van het milieu te verbeteren. Bovendien kan onze omgeving ook aanvullende positieve effecten hebben en kan ze bijdragen aan een langer en gezonder leven. (Departement Zorg, 2024)

In dit kader is er ook binnen Vlaanderen toenemende aandacht voor milieugezondheidszorg, wat zich in 2024 onder meer uitte in de goedkeuring van een **gezondheidsdoelstelling milieugezondheidszorg**. Het belang van deze doelstelling volgt rechtstreeks uit het aandeel vermijdbare ziektelast en sterfte die worden veroorzaakt door milieuverontreiniging (door chemische, biologische en fysische factoren). (Departement Zorg, 2024)

Binnen deze doelstelling is er aandacht voor (Departement Zorg, 2024):

- **Klimaat en gezondheid:** Als gevolg van klimaatverandering zullen meer en langere hittegolven in Vlaanderen het risico verhogen op een hittestlag, cardiovasculaire of respiratoire aandoeningen, mortaliteit, en voorspelt men een toename van allergieën, water-, voedsel- en vectorgebonden (muggen, teken...) aandoeningen. Ook extreme weersituaties zoals droogte, hevige stormen en neerslag zullen hun tol eisen, met daarnaast een verhoogd risico op mentale problemen als gevolg. Door de uitstoot van broeikasgassen te beperken (mitigatie) en de klimaatweerbaarheid van de maatschappij en het gezondheidssysteem te verhogen (adaptatie) kunnen we onze gezondheid beschermen. Kwetsbare groepen in de samenleving vergen hierbij extra aandacht.
- **Leefomgevingskwaliteit:** Dit concept wordt beschouwd als de mate waarin de leefomgeving (een buurt, wijk, dorp of ander gebied) geschikt en aantrekkelijk is om te wonen, te ontspannen en te werken. Een basisvereiste hiervoor is een “gezonde leefomgeving” waarin de fysieke omgeving, de sociale omgeving en veiligheid beschouwd worden. Ook de mate waarin de gebruikers hun leefomgeving positief beleven en percipiëren draagt bij aan een goede leefomgevingskwaliteit. Inzetten op gezondheid includeert absoluut ook mentaal en sociaal welbevinden. Het preventieve milieugezondheidsbeleid legt de focus vooral op een gezonde luchtkwaliteit en een aangenaam geluidslandschap gezien dit de milieufactoren zijn met de grootste gezondheidsimpact in Vlaanderen. Kijken we naar onze leefomgeving, dan scoren wandelbaarheid van een buurt of fietstoegankelijkheid (walkability en bikeability) ook zeer hoog qua gezondheidsimpact. Gezond bewegen in een gezonde omgeving betekent dubbele gezondheidswinst. Het preventieve gezondheidsbeleid wil een maximale gezondheidswinst realiseren door in samenwerking met andere

beleidsdomeinen en vele andere maatschappelijke partners verder in te zetten op groen-blauw dooraderde woonkernen met nabije voorzieningen, beweegvriendelijk ingericht en ontsloten door middel van duurzame mobiliteit, (bio)divers groen en oases van rust.

- **Zeer zorgwekkende stoffen (ZZS):** Het preventieve gezondheidsbeleid focust zich op ZZS met gekende of waarschijnlijke humane toxiciteit en waaraan de Vlaamse burger blootgesteld kan worden in de leefomgeving (via lucht, water, bodem, stofdeeltjes, lokale voeding zoals o.a. moestuin en eieren). Voor die ZZS is het doel om de (risico's op) gezondheidseffecten in te schatten en te bepalen vanaf welk blootstellingsniveau deze effecten kunnen optreden, op basis van de beschikbare wetenschappelijke kennis.

2.5.3 Klimaatangst

De Franstalige universiteit UCLouvain onderzocht de angst voor klimaatverandering bij 2.080 Franstalige deelnemers uit Europese en Afrikaanse landen, waaronder België. Daaruit blijkt dat 11,6% van de bevroagden frequente en ernstige klimaatangst ervaart in het dagelijks leven. Het zou gaan om één op de tien Belgen waarbij vrouwen en jongeren significant hogere niveaus van klimaatangst zouden vertonen. Het onderzoek concludeert dat de angst voor klimaatveranderingen het dagelijks functioneren aanzienlijk zou kunnen belemmeren. (Ducol, et al., 2022)

Uit internationaal onderzoek blijkt dat heel wat jongeren ook met klimaatangst kampen. Dit impliceert dat men een chronische angst heeft dat er niet te ontsnappen valt aan een ecologisch doemscenario. Dit weegt bij sommigen zwaar op het mentale welzijn: bijna 60% van alle jongeren stelde dat ze erg tot extreem bezorgd zijn over de klimaatverandering en ruim 45% gaf aan dat die gevoelens hun dagelijks functioneren bemoeilijken. Ruim de helft van de jongeren denkt dat de mensheid gedoemd is; één op de 4 twijfelt of ze later kinderen willen krijgen. (Marks, et al., 2021)

2.6 POLITIEKE EN OVERHEIDSGERELATEERDE FACTOREN

2.6.1 Vertrouwen en verwachtingen

Het vertrouwen in instellingen wordt vaak beschouwd als een belangrijke graadmeter voor de gezondheid van een democratie. In dit verband blijkt dat de inwoners van het Vlaams Gewest over het algemeen weinig vertrouwen hebben in de politieke overheid. Wat opvallend is, is dat hoe hoger het bestuursniveau is, hoe minder vertrouwen de burgers erin hebben. Zo geeft 26% van de Vlamingen aan (heel) weinig vertrouwen te hebben in de lokale overheid. Dit percentage stijgt tot 33% voor de Vlaamse overheid en loopt zelfs op tot 42% wanneer het om de federale overheid gaat. Dit wijst op een aanzienlijke vertrouwenskloof naarmate het politieke niveau verder van de burger verwijderd lijkt te zijn. Aan de andere kant is er onder de Vlamingen meer vertrouwen in andere publieke instellingen zoals het onderwijs (58% in 2022) en de politie (57% in 2022). Deze cijfers zijn echter relatief, want in internationaal perspectief scoort Vlaanderen eerder laag. (Statistiek Vlaanderen, 2024; Departement Onderwijs en Vorming, 2023)

Een interessant vraagstuk is hoe de Vlaming staat tegenover gezondheidsbevordering en ziektepreventie wanneer deze vanuit de overheid komen. Uit de **Preventiebarometer** blijkt dat een ruime meerderheid van de bevolking de meeste maatregelen op het gebied van gezondheidsbevordering steunt. Dit gaat over maatregelen zoals het investeren in een gezonde omgeving, informeren over wat gezond is met campagnes in de media, gezonde producten en diensten goedkoper maken, informeren over wat gezond is via duidelijke etiketten en labels, strengere regels voor reclame voor ongezonde producten. (Braekman & Hermans, 2023)

Zo'n 7 op 10 inwoners verwachtte dat de overheid ongezonde producten en diensten duurder maakt en bijna 9 op 10 inwoners verwachtte dat inkomsten gehaald uit ongezonde producten en diensten gebruikt worden voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie. Maatregelen die als te restrictief worden ervaren, zoals het volledig verbieden van ongezonde producten en diensten, kunnen op weinig steun rekenen. Dit illustreert dat de Vlaming wel degelijk waarde hecht aan persoonlijke keuzevrijheid, zelfs wanneer het gaat om gezondheid en eerder voorstander is van stimulerende maatregelen in plaats van restrictieve interventies. (Braekman & Hermans, 2023)

Mannen, jongere leeftijdsgroepen en personen met een lager socio-economisch profiel hebben globaal genomen minder verwachtingen van de overheid inzake gezondheidsbevordering en ziektepreventie. (Braekman & Hermans, 2023)

Ook de **Voedselconsumptiepeiling** bevaart deze thematiek bij volwassen deelnemers en ouders van kinderen tussen 3 en 9 jaar, met name rond de ondersteuning van gezonde voedingsgewoonten aan te nemen. Van de 12 bevroegde maatregelen ¹¹ worden er 11 gesteund door de meerderheid van de Belgische bevolking. Beleidsmaatregelen met de hoogste ondersteuning zijn onderwijs over gezonde eetgewoonten bij kinderen, het subsidiëren van fruit en groenten en het aanmoedigen van voedingsbedrijven om de voedingswaarde van hun verpakte producten te verbeteren. Het heffen van belastingen op ongezonde voedingsmiddelen is de enige beleidsmaatregel die geen steun van de meerderheid krijgt. (Sciensano, 2024)

2.6.2 Impact van industrie

De invloed van de industrie op leefstijlfactoren zoals roken, voeding, beweging, lang stilzitten en alcoholgebruik speelt een belangrijke rol in de volksgezondheid en heeft gevolgen voor de toename van niet-overdraagbare ziekten, zoals hart- en vaatziekten, kanker en diabetes. Verschillende sectoren, waaronder de tabaks-, voedings-, alcohol- en fossiele brandstoffenindustrie, dragen substantieel bij aan deze gezondheidsproblemen. Hun producten en marketingstrategieën hebben een directe impact op het gedrag van consumenten en verhogen de risico's op aandoeningen die voorkomen hadden kunnen worden. Dit heeft verstrekende gevolgen voor zowel individuen als de bredere samenleving, omdat de toename van niet-overdraagbare ziekten leidt tot hogere zorgkosten en een grotere belasting van de gezondheidszorg. (World Health Organization, 2024)

Wat deze industrieën gemeen hebben, is dat ze vaak tactieken hanteren die primair gericht zijn op het maximaliseren van hun winst, zelfs wanneer dit ten koste gaat van de volksgezondheid. Hierbij maken ze gebruik van krachtige lobbypraktijken om politieke besluitvorming te beïnvloeden en vaak zetten ze misleidende marketing in om consumenten te verleiden en risico's te verbergen. Een veelvoorkomende strategie is de manipulatie van wetenschappelijk onderzoek of het in twijfel trekken van onafhankelijk bewijs dat hun producten in verband brengt met gezondheidsrisico's. Deze tactieken stellen hen in staat om regelgeving die gericht is op het verbeteren van de volksgezondheid te vertragen of volledig te blokkeren. Denk hierbij aan beleid dat gericht is op het verminderen van risicofactoren zoals ongezonde voeding, overmatig alcoholgebruik en roken. (World Health Organization, 2024)

Een kenmerkend onderdeel van deze invloed is het zogenaamde “*industry playbook*” waarbij bedrijven systematisch proberen politieke, economische en wetenschappelijke structuren in hun voordeel te beïnvloeden. Dit kan variëren van het financieren van onderzoek dat hun producten in een gunstiger daglicht stelt, tot het uitoefenen van druk op beleidsmakers om strengere gezondheidsreguleringen tegen te houden. Dit vergroot niet alleen hun macht, maar stelt hen ook in staat om effectieve weerstand te bieden tegen regels die de consumptie van hun schadelijke producten zouden kunnen beperken. (World Health Organization, 2024)

Het gevolg van deze industriële beïnvloeding is een toename van gezondheidsongelijkheden, waarbij kwetsbare bevolkingsgroepen vaak het zwaarst worden getroffen. Mensen met een lager inkomen of beperkte toegang tot gezondheidsinformatie en zorg zijn vaker het doelwit van misleidende marketing en hebben vaak minder mogelijkheden om gezonde keuzes te maken. (World Health Organization, 2024)

2.6.3 Gezondheids- en welzijnssysteem

In dit hoofdstuk worden aspecten omtrent organisatie, beleid en financiering van het gezondheidssysteem besproken. Merk op dat de gezondheidsstatus van de Vlaamse bevolking wordt besproken onder ‘Socio-culturele factoren’ in hoofdstuk 2.3.

¹¹ De bevestigde maatregelen zijn: informeren over gezond eten, onderwijs over gezond eten, gezonde schoolmaaltijden aanbieden, beperken van de verkoop van gesuikerde dranken beperken, verbieden van reclame voor ongezonde voedingsmiddelen gericht op kinderen, belasten van ongezonde voedingsmiddelen, subsidiëren van fruit en groenten, aanmoedigen van de herformulering van voedingsmiddelen, verplichten van de herformulering van voedingsmiddelen, verplichten van etikettering van fastfood, verbieden van voedings- en/of gezondheidsclaims op ongezonde voedingsproducten, verplichten van de Nutri-score.

2.6.3.1 Financiering en zorguitgaven

Voorafgaand aan de pandemie besteedden EU-landen gemiddeld zo'n 10% van hun bruto binnenlands product (bbp) aan gezondheidszorg, een percentage dat tussen 2013 en 2019 stabiel was gebleven. In 2021, onder invloed van de coronapandemie, steeg dit aandeel tot 10,9% omwille van maatregelen op de pandemie aan te pakken. (OECD, Health at a Glance 2023, 2023)

Na deze uitzonderlijk hoge groei van de gezondheidsuitgaven in 2020 en 2021 daalden de gezondheidsuitgaven in 2022 toen de EU-landen de acute fase van de noodsituatie achter zich konden laten. Daarnaast leidden opkomende geopolitieke en economische omstandigheden ertoe dat andere noodsituaties - zoals de energiecrisis en de crisis van de kosten van levensonderhoud - de positie van de gezondheid binnen de prioriteiten van de overheid verzwakten. Als gevolg daarvan daalden de uitgaven aan gezondheid als percentage van het bbp in de EU in 2022 tot 10,4%. De cijfers in België lopen vrij gelijk met de trends in de omringende landen met 10,8% van het bbp dat naar gezondheidszorg gaat in ons land. (OECD & European Commission, 2024)

Gezondheidszorgsystemen staan onder een steeds grotere financiële druk. Op basis van een internationale studie uit 2023 blijkt dat ongeveer 65% van de Belgische bevolking van mening is dat het zorgsysteem overbelast is. Dit is een aanzienlijke toename ten opzichte van 2018, toen slechts 33% deze mening deelde. Dit gevoel van overbelasting heeft onder meer maken met de toegenomen druk op zorginstellingen en personeel - een probleem dat door de pandemie nog zichtbaarder is geworden. Toch blijft de kwaliteit van de gezondheidszorg in België volgens de bevolking relatief hoog. In dezelfde studie gaf 62% van de Belgen aan tevreden te zijn met de kwaliteit van de zorg die zij ontvangen, wat aanzienlijk boven het gemiddelde ligt van de 31 bevraagde landen (48%). Dit geeft aan dat, ondanks de uitdagingen waarmee het zorgsysteem te kampen heeft, de Belgische gezondheidszorg door de meeste mensen als betrouwbaar en kwalitatief wordt ervaren. (Ipsos, 2023)

2.6.3.2 Performantie en kwaliteit

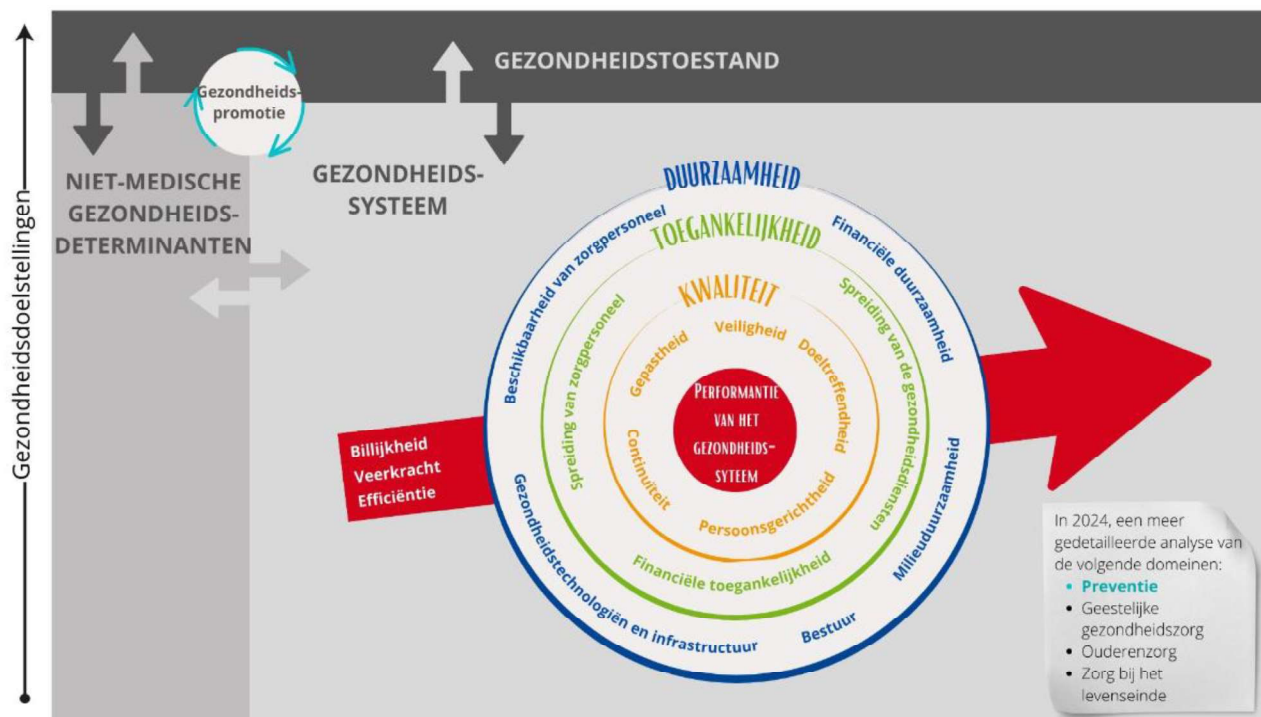
Het KCE voert periodiek een analyse uit over de performantie van het Belgische gezondheidssysteem volgens het HSPA-kader (zie Figuur 7 voor het nieuwe HSPA-kader) (Gerken, et al., 2024). Het meest recente rapport uit 2024 geeft aan dat België voor de meeste **kwaliteitsindicatoren** even goed of beter scoort dan het EU-14 gemiddelde. Zwakke punten worden aangegeven omtrent zorg voor chronische ziekten, waaronder diabetes, antibioticagebruik en onjuist gebruik van medische beeldvorming voor lage rugpijn. Bovendien wordt het tekort aan zorgpersoneel geduid als een risico voor de kwaliteit van zorg. Dit wordt verder besproken in hoofdstuk 2.6.3.4.

Wat betreft de **toegankelijkheid** zijn er - ondanks een dekking van 99,1% door de verplichte ziekteverzekering in 2022 - nog steeds specifieke kwetsbare groepen die niet worden gedekt. Gegevens over ongedekte groepen blijven beperkt en belemmeren een goed zicht op hun toegankelijkheid tot het Belgische gezondheidssysteem. De eigen betalingen in België zijn hoog (17,9% van de huidige gezondheidsuitgaven in 2021) in vergelijking met de buurlanden. Eigen betalingen kunnen een financiële belemmering vormen om toegang te krijgen tot gezondheidsdiensten, wat resulteert in onvervulde behoeften omwille van financiële redenen, of kunnen leiden tot financiële problemen voor mensen die zorg gebruiken (catastrofale gezondheidsuitgaven). De hoogste percentages van onvervulde behoeften als gevolg van kosten en catastrofale gezondheidsuitgaven werden gevonden in het armste inkomenskintiel, in subgroepen met een laag opleidingsniveau en onder personen op arbeidsleeftijd die inactief of werkloos zijn. Dit wordt verder besproken bij gezondheidsvaardigheden en -ongelijkheid in resp. hoofdstukken 2.3.2.3 en 2.3.2.4. De geografische bereikbaarheid is over het algemeen goed, maar de wachttijden verslechteren. (Gerken, et al., 2024)

Wat betreft de **duurzaamheid** van het zorgsysteem, zal de stijging van de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg, met name voor farmaceutische producten, leiden tot een toenemende druk op de begroting. Hoewel hogere gezondheidsuitgaven het gevolg kunnen zijn van gerechtvaardigde politieke keuzes, zullen er maatregelen nodig zijn om de druk te verminderen en de duurzaamheid van het

gezondheidszorgstelsel te waarborgen. Tot slot geeft het rapport aan dat **preventie** meer aandacht verdient en dat de geestelijke gezondheidstoestand verontrustende signalen aangeeft. (Gerken, et al., 2024)

Figuur 7. Het Belgische globaal evaluatiekader van de volksgezondheid (incl. het nieuwe HSPA-kader)

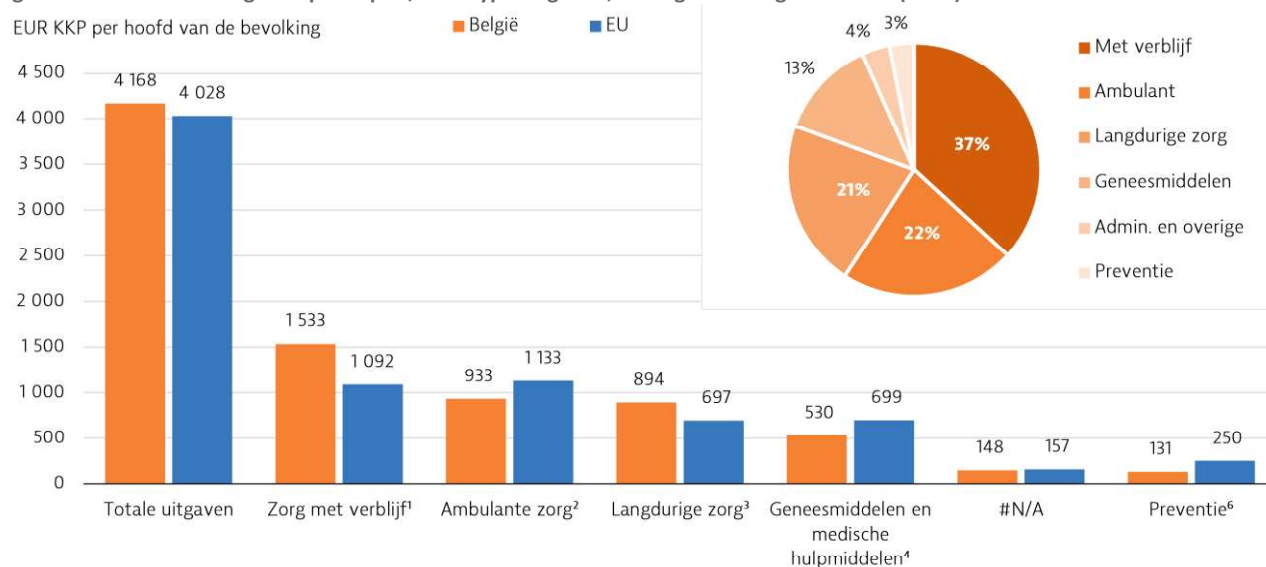


Bron: (Gerken, et al., 2024)

2.6.3.3 Preventie

Wanneer we de Belgische cijfers verder beschouwen, blijkt dat het grootste deel van de gezondheidszorguitgaven gericht is op intramurale zorg, terwijl de uitgaven voor preventie relatief laag zijn (ten opzichte van het Europees gemiddelde). (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023) Volgens de OESO-statistieken geeft België zowel per capita en als aandeel van de totale zorguitgaven (zo'n 3%) dan het Europees gemiddelde (6,2%) in 2021. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat de cijfers enkel de federale preventieprogramma's omvatten.

Figuur 8. Gezondheidsuitgaven per capita, naar type uitgaven, in België en EU-gemiddelde (2021)



Opmerkingen: 1. Omvat curatieve-revalidatiezorg, al dan niet in het ziekenhuis. 2. Omvat alleen de gezondheidscomponent. 3. Met inbegrip van thuiszorg en ondersteunende diensten (bv. het vervoer van patiënten). 4. Omvat alleen de extramurale zorgmarkt. 5. Omvat beheers- en administratiekosten van het zorgstelsel en andere uitgaven. 6. Omvat alleen uitgaven voor georganiseerde preventieprogramma's. Het EU-gemiddelde is een gewogen gemiddelde.

Hoewel de uitgaven tijdens de coronapandemie essentieel waren voor het onmiddellijke beheer van de pandemie, ging het in veel gevallen om **eenmalige investeringen** in plaats van structurele langetermijninvesteringen in de volksgezondheid. Volgens een analyse van de OESO is er daarom een dringende behoefte aan extra investeringen in **preventieve zorg**. Deze langetermijninvesteringen zouden niet alleen helpen om de **veerkracht** van gezondheidssystemen te vergroten, maar ook hun **capaciteit** verbeteren om wendbaar en effectief te reageren op toekomstige pandemieën en andere opkomende gezondheidsbedreigingen. (OECD, 2023)

2.6.3.4 *Personeelskrapte in de zorg*

Uit een internationale studie blijkt dat in 2023 maar liefst 61% van de Belgen personeelskrapte beschouwt als de grootste uitdaging voor het zorgsysteem, een aanzienlijke toename ten opzichte van 2018, toen dit percentage nog 38% bedroeg (Ipsos, 2023). Het belang van de zorg- en welzijnssector voor de Belgische economie en maatschappij is groot. Ongeveer 16% van de beroepsbevolking is actief in deze sector en een aandeel van 20% van alle openstaande vacatures heeft betrekking op zorg- en welzijnsfuncties. Het tekort op de arbeidsmarkt in zorg en welzijn wordt voornamelijk veroorzaakt door twee belangrijke factoren. Enerzijds is er een **stijgende vraag naar zorg** door demografische veranderingen, zoals de vergrijzing van de bevolking. Anderzijds is er ook sprake van vergrijzing aan de aanbodzijde. Zo is ongeveer **1 op de 3 professionals** in de zorg- en welzijnssector ouder dan 50 jaar. Er is bijgevolg een grote golf die de arbeidsmarkt verlaat en die slechts deels wordt vervangen door instromers. (Voka Health Community, 2020)

In 2020 werd geschat dat er tegen 2026 ongeveer **46.000 nieuwe medewerkers** nodig zouden zijn in de zorg- en welzijnssector om aan de toenemende vraag te kunnen voldoen en het tekort op te vangen. Dit tekort wordt verder weerspiegeld in de zogenaamde **spanningsindicator**, die aangeeft hoeveel werkzoekenden beschikbaar zijn voor elke openstaande vacature. In 2020 waren er slechts 4 werkzoekenden voor elke zorgvacature, wat een historisch laag aantal is en aantoont hoe groot de kloof tussen vraag en aanbod is. (Voka Health Community, 2020)

2.6.3.5 *Mantelzorg*

Naar schatting wordt zo'n 80% van de zorg en ondersteuning voor een persoon met een zorg- of ondersteuningsnood in Europa verleend door mantelzorgers. Zo'n 38% van de Belgische bevolking mantelzorger is, waarvan 7% intensieve mantelzorger. Ook veel jongeren nemen een rol als mantelzorger op: 1 op 5 jongeren woont in bij een persoon met een langdurige ziekte of beperking en 1 op 4 van deze jongeren zorgt minstens 4u per week voor die persoon. (Lambotte, et al., 2021)

Bovendien wordt in België – net als in de omringende Europese landen – ingezet op **deïstitutionalisering en vermaatschappelijking** van de zorg. In deze context wordt mantelzorg alsmaar belangrijker, mede door het grote tekort aan professionele hulp en door de snel toenemende vraag naar langdurige zorg. Mantelzorgers worden op deze manier verankerd als een essentiële schakel in het ondersteunen van ouderen in hun vertrouwde omgeving.

Het belang van mantelzorgers wordt verder benadrukt door de toenemende **voorkeur van ouderen om thuis of in hun eigen omgeving te blijven wonen**, al dan niet met de nodige informele of professionele ondersteuning. Bovendien wint ook de trend van levensbestendig wonen in deze aan belang: alternatieve woonvormen zoals cohousing of zorggeschikte appartementen op goed gesitueerde locaties kunnen een oplossing bieden waardoor een transfer naar een zorginstelling kan worden vermeden en de zorg betaalbaar kan blijven. (Hilde Heynen, 2024)

2.6.3.6 *Beleidsmatige concepten*

2.6.3.6.1 *Geïntegreerde zorg*

De toegenomen aandacht voor geïntegreerde zorg in Vlaanderen (en België) vormt een duidelijke trend. Geïntegreerde zorg is zorg waarbij de gezondheidsdiensten zo georganiseerd worden dat de patiënt zorgcontinuïteit ervaart in de gehele zorgverlening op het vlak van: gezondheidspromotie, preventie,

diagnose, behandeling, ziektemanagement, herstel, palliatieve dienstverlening. Vandaag de dag volstaat de ziektespecifieke aanpak immers niet meer, daarom is er een paradigmaverschuiving om de zorg te concentreren, te coördineren en te baseren op de bevolking en haar behoeften. (Lambert, et al., 2022)

Tijdens de Interministeriële Conferentie (IMC) Volksgezondheid van november 2023 keurden de ministers van de federale overheid en van de deelstaten gezamenlijk het protocolakkoord van het interfederaal plan geïntegreerde zorg goed. Het doel van dit protocol is om zorg en welzijn zo geïntegreerd mogelijk te organiseren vanuit Quintuple Aim-model. In het [protocolakkoord](#) werden er 8 concrete afspraken gemaakt die de overheden elk binnen hun eigen bevoegdheden kunnen uitvoeren. Deze afspraken kunnen aangepast worden per deelstaat en dit volgens de specifieke situatie en noden op het terrein. (Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen, Leefmilieu, 2024)

2.6.3.6.2 Population health management

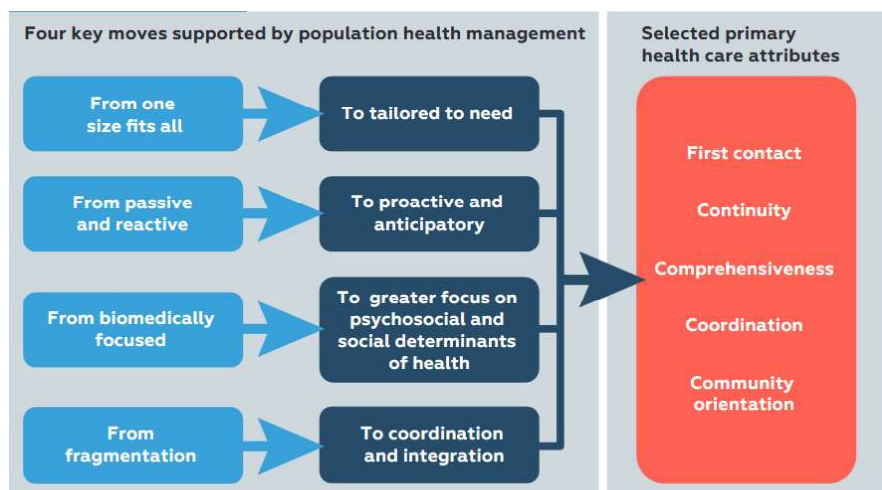
Ook population health management (PHM) won de afgelopen jaren aan belang en aandacht als trend binnen zorg- en welzijnssystemen wereldwijd, ook in Vlaanderen. Demografische en sociale veranderingen, zoals een vergrijzende bevolking, toenemende multi-morbiditeit en technologische ontwikkelingen, evenals de veranderende eisen die de samenleving stelt aan zorg en ondersteuning, vereisen ingrijpende aanpassingen in de manier waarop zorg en ondersteuning worden aangeboden. Tegelijkertijd nemen de financiële beperkingen toe en is er een beperkt aanbod van arbeidskrachten. (Steenkamer, et al., 2023)

De WHO definieert PHM als volgt een mensgerichte, datagestuurde en proactieve benadering voor het managen van de gezondheid en het welzijn van een gedefinieerde populatie, rekening houdend met de verschillen binnen die populatie en hun sociale gezondheidsdeterminanten. Het omvat een gegevensgestuurde beoordeling van de gezondheidstoestand van een specifieke populatie, gevolgd door het voorspellen van gezondheidsresultaten en het anticiperen op de middelen die nodig zijn om deze proactief aan te pakken.” (World Health Organization (WHO), 2023)

PHM-initiatieven spelen een belangrijke rol in de beweging om de gezondheid van de bevolking en de kwaliteit van zorg te verbeteren, terwijl tegelijkertijd de kostenstijging wordt vermindert, het welzijn wordt bevorderd en gezondheidsongelijkheden worden teruggedrongen in de gehele bevolking (tegenwoordig ook wel de Quintuple Aim genoemd) (Steenkamer, et al., 2023). Populatiemanagement richt zich op groepen, eerder dan op individuen, maar wel met een specifieke aandacht voor kwetsbare groepen die extra ondersteuning nodig hebben. Doelgroepen kunnen op verschillende manieren samengesteld worden, bijvoorbeeld op basis van leeftijd (e.g. alle mensen ouder dan 65 jaar) of op basis van locatie (e.g. wijkniveau of eerstelijnszone). Bovendien wordt door populatiemanagement ook aandacht geschonken aan fysieke, mentale, sociale en culturele dimensies van gezondheidsproblemen. (World Health Organization (WHO), 2023)

Volgens de WHO kan populatiemanagement zorgverleners ondersteunen op 4 belangrijke manieren. Ten eerste in het evolueren van een "one-size-fits-all"-benadering naar meer op maat gerichte zorg en ondersteuning die rekening houdt met de behoeften van verschillende groepen binnen een regio of met de behoeften van bevolkingsclusters met vergelijkbare behoeften of gezondheidsomstandigheden. Ten tweede bij het overstappen van passieve naar proactieve zorg, zodat mensen met verschillende risico's worden geïdentificeerd en dat er op hun zorg en gezondheid wordt geanticipeerd. Ten derde bij het evolueren van een enge focus op enkel klinische behoeften naar een meer holistische benadering die zich ook richt op psychosociale behoeften en de sociale determinanten van gezondheid. Tot slot bij de overstap van gefragmenteerde zorg naar betere coördinatie en integratie tussen zorgorganisaties en zorgverleners. (World Health Organization (WHO), 2023)

Figuur 9. Vier belangrijke evoluties ondersteund door populatiemanagement

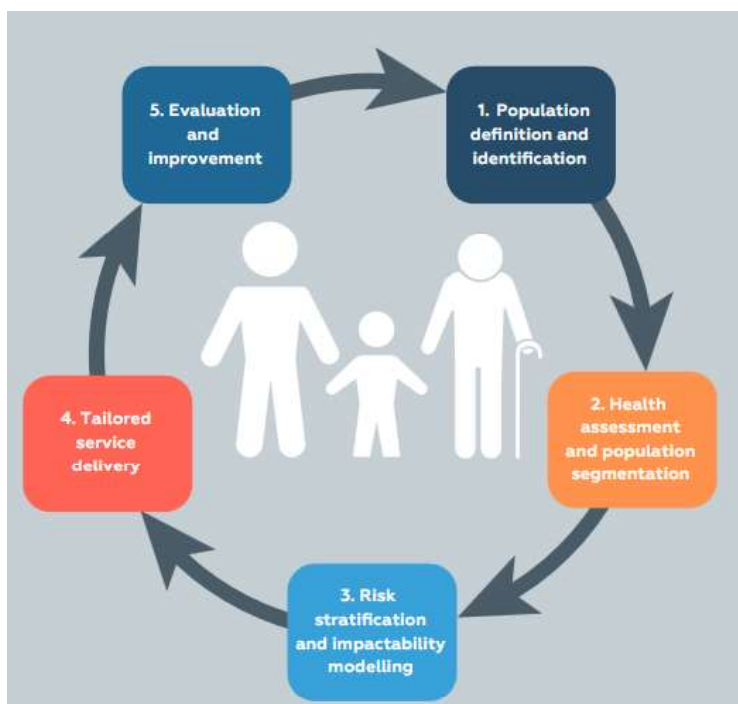


Bron: (World Health Organization (WHO), 2023)

De WHO definieert 5 cyclische stappen in het vormgeven van populatiemanagement. De cyclus bestaat uit:

- **Omschrijven** van de **populatie** in een regio, en dit door middel van een omgevingsanalyse om zo de noden en behoeften van die populatie te identificeren. Met andere woorden: de populatie in een regio zorgvuldig in kaart brengen door onder meer demografische, klinische, leefstijl en sociale-economische datagegevens te verzamelen. Zodoende worden de belangrijkste uitdagingen in de vraag naar zorg geïdentificeerd;
- **Segmenteren** van de **populatie** door de populatie op te delen in verschillende doelgroepen, en dit op basis van de noden, behoeften en risicoprofielen die geïdentificeerd werden in de omgevingsanalyse of data-analyse. Bijvoorbeeld: iedereen met diabetes type 2 of alle mensen ouder dan 60 jaar met tenminste één niet-overdraagbare aandoening. Dit zijn dus de subpopulaties waar de uitdagingen in de vraag naar zorg meer aanwezig zijn;
- **Risicostratificatie** binnen het segment van de populatie waarbij er wordt gekeken naar de risico's voor de mensen binnen de subpopulatie op een bepaalde negatieve gezondheidssuitkomst. Bijvoorbeeld: opname in een ziekenhuis, depressie, ...;
- **Bepalen** van interventies en acties die aangepast zijn aan de specifieke doelgroep, en dit in samenwerking met lokale partners om de zorg of het welzijn van deze groep te verbeteren. Deze interventies gaan van gezondheidsbevordering en ziektepreventie tot het behandelen van hoog risico patiënten;
- **Monitoren**, evalueren en verbeteren van interventies. In de thematische cluster "Gezondheidseconomie" wordt

Figuur 10. De stappen van populatiemanagement



Bron: (World Health Organization (WHO), 2023)

uitgebreider toegelicht hoe de impact van interventies wordt gemeten.

Vanuit dit kader van population health management is er ook meer aandacht voor een outreachende werking richting kwetsbare groepen. Hoewel er altijd een zekere mate van lokale zorg was, is de **professionalisering en integratie van outreachende zorg** in formele zorgstructuren in de afgelopen decennia sterk toegenomen.

2.6.3.6.3 Health in all policies

De nood aan verschuiving van aanbodgestuurde naar vraaggestuurde zorg, binnen een breed continuüm van dienstverlening, is merkbaar. De zorg van de toekomst vraagt een geïntegreerde en holistische aanpak, waarbij verschillende sectoren gezamenlijk verantwoordelijkheid dragen. Bijvoorbeeld: in de zorg voor ouderen of mensen met complexe zorgbehoeften is niet alleen de zorg van verpleegkundigen en artsen van belang, maar ook de ondersteuning vanuit het welzijnswerk, huisvesting, onderwijs, en sociale netwerken. Ook wel *health in all policies*. Dit vraagt om een nauwere samenwerking tussen verschillende actoren, die samen verantwoordelijk zijn voor het welzijn van burgers (in de buurt): **intersectorale samenwerking**.

De noodzaak voor intersectorale samenwerkingen komt mede voort uit de visie van de Vlaamse Overheid op de “**vermaatschappelijking van zorg**”. Dit houdt in dat zorg en ondersteuning zoveel mogelijk in de samenleving zelf worden georganiseerd. Zorg is niet langer alleen de taak van zorgprofessionals, maar ook informele zorg en sociale netwerken spelen hier een belangrijke rol. Door de betrokkenheid van alle actoren en het versterken van de lokale zorginfrastructuur, kan een zorgmodel worden gecreëerd dat de zorgbehoevenden centraal stelt en hen in staat stelt om een volwaardig leven te leiden binnen hun eigen gemeenschap.

Zo zouden ook **zorghubs** een platform kunnen bieden voor geïntegreerde zorgverlening. Deze hubs brengen diverse zorgverleners en -organisaties samen in één structuur, waardoor investeringen, technologie en personeel efficiënt worden gedeeld. Zorghubs stimuleren samenwerking over traditionele sectorgrenzen heen en bevorderen de ontwikkeling van nieuwe zorgmodellen door ruimte te bieden voor experimenten en innovatieve praktijken.

Om dergelijke samenwerkingen effectief te laten verlopen, is het **PRIS-model** (Praktische Richtlijn Samenwerken) ontwikkeld. Dit model biedt concrete handvatten en principes die essentieel zijn voor succesvolle samenwerking in de gezondheids- en welzijnzorg. Het richt zich op het afstemmen van doelen, het delen van informatie en het betrekken van cliënten en hun netwerken bij het zorgproces. (Hennissen, 2025)

2.6.3.6.4 Gedrags- en culturele inzichten

De WHO keurde in 2022 een actieplan goed om gedragsmatige en culturele inzichten (behavioural and cultural insights, ook wel 'BCI') voor gezondheid. Verandering teweegbrengen bij doelgroepen en in de maatschappij kan niet zonder inzicht te hebben in het huidige en gewenste gedrag en de factoren die het huidige gedrag in stand houden of het gewenste gedrag tegenhouden. (World Health Organization (WHO), 2023)

Het actieplan – dat loopt van 2022-2027 – wil vooruitgang boeken op het gebied van gedrags- en culturele inzichten door gezamenlijke doelen en acties voorop te stellen. De deelnemende landen hebben zicht verbonden tot het investeren in BCI voor gezondheid, het uitvoeren van onderzoek en het implementeren en evalueren van mensgerichte, op bewijs gebaseerde gezondheidsbeleid, -diensten en -communicatie die zijn afgestemd op de behoeften en omstandigheden van individuen en gemeenschappen. (World Health Organization (WHO), 2023)

3 THEMATISCHE TENDENSEN

In dit hoofdstuk wordt stilgestaan bij de **thematische trends** in Vlaanderen die de gezondheidssituatie en/of het beleid voor elk thema van de gezondheidsdoelstelling in de komende jaren kunnen beïnvloeden.

3.1 VOEDING

In dit hoofdstuk wordt dieper ingegaan op trends met betrekking rond voeding. Dit hoofdstuk is nauw verbonden met de trends die besproken worden binnen het thema gewicht, lichaamstevredenheid en eetstoornissen. In tegenstelling tot het thema gewicht, lichaamstevredenheid en eetstoornissen bestaat voor het thema voeding momenteel nog geen interfederaal plan.

3.1.1 Gebruik van apps bij het kopen van voedingsmiddelen

Er is een toename in het gebruik van digitale toepassingen bij de keuze van voeding. Zo zijn er heel wat mobiele apps met een scanfunctie die de consumenten informatie geven over de ingrediëntenlijst van producten (voeding en cosmetica), op basis van criteria zoals voedingswaarde, gezondheidsaspecten, productiemethode, koolstofvoetafdruk of andere sociale en ethische overwegingen. Dit wordt gebruikt om mensen te helpen bij het nemen van beslissingen bij de aankoop van producten.

In 2022-2023 gebruikt 9% van de Belgische volwassen bevolking ooit een mobiele app om hen te helpen beslissen welke voedingsmiddelen ze kopen. Voornamelijk vrouwen en personen met een hoger opleidingsniveau gebruiken mobiele apps om te beslissen welke voedingsmiddelen ze gaan kopen. Voorbeelden van dergelijke applicaties zijn: Yuka, Open Food Facts, Kwalito, Scan Eat, Shop Well, Smart With Food of andere. (Sciensano, 2024)

3.1.2 De impact van sociale media

Bij de algemene trends werd de rol van sociale media reeds kort aangehaald (zie hoofdstuk 2.4.1), waaronder de impact van sociale media op levensstijl. Influencers en podcasts hebben een aanzienlijke impact op het gedrag en de levensstijl van Belgen tussen de 16 en 39 jaar. De SMI-barometer onderzocht op basis van een online survey de impact van de social media markt en influencer marketing op 16 tot 39 jarigen.

Eén van de belangrijkste gebieden waarop deze invloeden zich manifesteren, is gezonder eten; Uit dit onderzoek blijkt dat 34,3% van de respondenten (N = 4.243; 16-39 jarigen) aangeeft dat zij hun eetgewoonten hebben aangepast door de invloed van een influencer. Bij de 16-24 jarigen ligt dit percentage met 38% nog hoger.

Heel wat respondenten beschrijven dat ze hun eetgedrag hebben aangepast onder invloed van sociale media. Podcasts blijken eveneens een rol te spelen in het beïnvloeden van levensstijlkeuzes. Van de luisteraars geeft 31,8% aan gemotiveerd te zijn om gezonder te eten. Desondanks zien we tegelijk dat veel jongeren te gefocust zijn op hun eetgedrag waarbij ook gevaarlijke trends worden overgenomen. (Artevelde Hogeschool - Comeos, 2024)

3.1.3 Weinig tijd en prioriteit voor het bereiden van voeding

De gehaaste levensstijl van de gemiddelde Vlaming maakt deze gevoelig voor oplossingen die het dagelijks leven vereenvoudigen. Waar voorheen fastfood de primaire optie was, verschuift de focus nu naar oplossingen die gemak combineren met kwaliteit en gezondheid. Dit weerspiegelt een bredere trend waarbij consumenten steeds meer waarde hechten aan zowel praktische als gezondheidsbewuste keuzes.

Ondanks deze trend blijven er gemengde gevoelens bestaan ten aanzien van het online kopen van voeding. Hoewel online aankopen als handiger worden ervaren, blijft het gebrek aan directe controle over de versheid en kwaliteit van producten een belemmering voor veel consumenten. Bovendien worden de bijkomende servicekosten, zoals leveringskosten, als een nadeel beschouwd. De coronapandemie heeft echter de verschuiving naar online aankopen aanzienlijk versneld. Veel consumenten waarderen de meerwaarde van

maaltijdboxen zoals HelloFresh en Smartmat, hoewel deze vaak als relatief duur worden ervaren. De markt voor thuislevering en online aankopen van voedingsmiddelen kende een sterke groei in 2020, maar blijft relatief beperkt, met een marktaandeel van minder dan 3%. Voor verse voedingsproducten is dit aandeel nog lager, namelijk tussen 1 en 2%. (VLAM, 2021)

Ondanks de shift naar maaltijdboxen blijkt uit de voedselconsumptiepeiling dat nog steeds 21% van de bevolking in België van 10 jaar en ouder minstens één keer per week in een fastfoodzaak eet, terwijl 10% wekelijks geniet van een maaltijd in een restaurant met tafelbediening en 7% minstens één keer per week eten aan huis laat bezorgen. Mannen consumeren vaker dan vrouwen zowel fastfoodgerechten als bezorgmaaltijden. Vooral adolescenten tussen 10 en 17 jaar en jongvolwassenen van 18 tot 39 jaar zijn frequente fastfoodconsumenten. Daarbij blijkt dat een lager opleidingsniveau gepaard gaat met een hogere consumptie van fastfood, terwijl de tegenovergestelde trend wordt waargenomen met betrekking tot de frequentie van eten in een restaurant met tafelbediening. (Sciensano, 2024)

3.1.4 Evolutie in (commerciële) determinanten van voedingskeuzes/eetgedrag

Het bestuderen van de voedselomgeving is nuttig om de beschikbaarheid van gezond en ongezond voedsel te beoordelen, waarvan bekend is dat het de voedingskeuze en -inname beïnvloedt. Daarnaast is het relevant om perceptie-gebaseerde benaderingen te gebruiken om te begrijpen hoe mensen hun voedselomgeving waarnemen en ermee omgaan. De inzichten in de aspecten die voedingskeuzes beïnvloeden kunnen beleidsmakers eveneens helpen bij het ontwerpen van betere strategieën om gezonde voedingskeuze te bevorderen.

Over het algemeen blijken bij de Belgen smaak (98,6%), prijs (86,9%) en voedingswaarden (84,2%) de belangrijkste determinanten wanneer men voedsel aankoopt. Andere elementen zoals gemak (45,6%), gewichtscontrole (61,8%), toegankelijkheid (79,6%), lokale productie (70,8%), biologisch label (47,6%) en duurzame producten (65,4%) blijken een minder grote rol te spelen.

Meer vrouwen dan mannen zien de prijs, voedingswaarden, lokale productie, gewichtscontrole en het biologische label als belangrijke aspecten bij het aankopen van voedsel. Het percentage mensen dat voedingswaarden, toegankelijkheid, lokale en duurzame productie en biologische labels belangrijk vindt bij het aankopen van voedsel, neemt toe naarmate het opleidingsniveau stijgt. (Sciensano, 2024)

Uit de preventiepeiling blijkt dat Vlamingen gelijkaardige motieven vertonen bij het kopen van eten. Zo laat men zich vooral leiden door de smaak (76,8% vindt dit heel belangrijk), gevolgd door de voedingswaarde (41,5%) en de prijs (39,4%). De grootste belemmeringen die Vlamingen ervaren om gezond te eten zijn: *“gezonde voeding is duur”* (65,3%), *“lekker eten niet kunnen of willen missen”* (63,3%) en *“een druk leven”* (58,7%). (Fiers & Braekman, 2023)

3.1.5 Impact van voedingslabels op het consumentengedrag

De Nutri-Score¹² is een voedingslabel op de voorkant van de verpakking dat consumenten informeert over de voedingswaarde van een voedingsproduct. Vanaf 1 januari 2024 gebeurt het toekennen van Nutri-Scores voor drank en voeding in België strenger. De manier waarop de scores worden berekend, werd aangepast om ervoor te zorgen dat de Nutri-Scores beter in lijn liggen met de belangrijkste voedingsrichtlijnen in Europa. Deze aanpassing moet de consument nog beter helpen om verschillende producten binnen een bepaalde voedingscategorie te vergelijken met elkaar waardoor ze nog gezondere voedingskeuzen kunnen maken.

Uit de voedselconsumptiepeiling (2022-2023) blijkt dat 65% van de Belgische bevolking de Nutri-Score labels vaak of altijd zag in de winkel. Ongeveer 7 op de tien mensen geven aan dat voedingslabels een beetje tot altijd een invloed hebben gehad op wat ze eten. Ongeveer 39% van de bevolking geeft echter wel aan dat de ze de Nutri-score nog nooit gebruikt hebben bij de beslissing over hun voedselaankopen. (Sciensano, Nutri-Score en voedingslabels, 2024)

¹² De Nutri-Score wil consumenten helpen bij het maken van gezonde voedingskeuzes door middel van een eenvoudig en begrijpelijk label met vijf kleuren en letters dat een product scoort van groen of A (meest gezond) tot rood of E (minst gezond).

3.1.6 Synergie met milieuverantwoorde voeding

De huidige manier van leven legt een zware druk op onze planeet. Een aanzienlijk deel van de menselijke bijdrage hieraan heeft te maken met voeding. De productie, verwerking en transport van voeding brengen een bepaalde milieu-impact met zich mee waarbij sommige voedingsmiddelen een hogere milieu-impact hebben (bv. vlees), terwijl andere een veel lagere milieu-impact hebben (bv. peulvruchten). (Vlaams Instituut Gezond Leven, 2024)

Als onderdeel van de Green Deal publiceerde de Europese Commissie in 2019 zijn Farm to Fork-strategie ("Van boer tot bord"). Die gaat uitgebreid in op de uitdagingen van duurzame voedselsystemen en erkent de onlosmakelijke banden tussen gezonde mensen, gezonde samenlevingen en een gezonde planeet. Klimaatverandering heeft een onmiskenbare impact op het landbouw- en voedselsysteem. Het klimaat is voor de landbouw immers van cruciaal belang. De productie van de meeste voedsel- en voedergewassen is afhankelijk van de temperatuur, neerslag en de lengte en timing van de seizoenen en van bestuivers. (Europese Raad; Raad van de Europese Unie, 2024)

Aanvullend werd in Vlaanderen de Vlaamse voedselstrategie Go4Food uitgerold in samenwerking met een brede coalitie van vertegenwoordigers van agrovoedingsketen, maatschappij, onderzoek en beleid. Gezond, duurzaam, voldoende en veilig voedsel aan een correcte prijs voor iedere schakel van de voedingsketen staat binnen deze strategie centraal. Doormiddel van een brede samenwerking tracht Go4Food het Vlaamse voedselsysteem verbeteren. De strategie is opgebouwd rond vier strategische pijlers, geïnspireerd op het Food 2030-onderzoeksbeleidskader van de Europese Commissie: gezonde en duurzame voeding voor iedereen, voedselsysteem binnen ecologische grenzen, voluit voor een veerkrachtige voedsel economie en voedsel verbindt boer tot burger. (Departement Landbouw en Visserij, 2022)

Om deze doelstellingen te verwezenlijken, is een verschuiving in onze voedingsgewoonten noodzakelijk. Omdat de milieu-impact van de productie van plantaardige producten in het algemeen lager is dan die van de productie van dierlijke producten, wordt aangeraden om tegen 2030 60% van onze eiwitten uit plantaardige voedingsmiddelen te halen en 40% uit dierlijke. (Rubens, Wynants, Moyersoens, Guffens, & Michiels, 2024)

Volgens de voedselconsumptiepeiling (VCP) van 2014 haalde de Belg 61,4% van zijn eiwitconsumptie uit dierlijke bronnen (bv. vleeswaren, gevogelte, zuivel, vis, schaal- en schelpdieren), 28,9% uit plantaardige bronnen (bv. graanproducten, groenten, aardappelen, peulvruchten) en 9,7% uit gemengde voedingsmiddelen (zoals koekjes en cake). (De Ridder K, 2016)

In de EI-MEET van 2023 is er een licht positieve evolutie merkbaar: in 2023 haalt de Vlaming 41,3% van zijn eiwit inname uit plantaardige voedingsbronnen en 58,7% uit dierlijke. Dit ligt weliswaar nog ver verwijderd van de doelstelling om 60% van de eiwitten uit plantaardige voedingsmiddelen te halen en 40% uit dierlijke. (Rubens, Wynants, Moyersoens, Guffens, & Michiels, 2024)

Met het oog op de eiwitshift wordt er vooral gekeken naar het gebruik van plantaardige alternatieven voor dierlijke producten die rijk zijn aan eiwitten (peulvruchten, noten, pitten, zaden en afgeleide noten- en zadenpasta's, plantaardige alternatieven voor vlees, vleeswaren, vis en zuivel). (Rubens, Wynants, Moyersoens, Guffens, & Michiels, 2024)

3.1.7 Toename van de voedselonzekerheid

De stijgende inflatie heeft ertoe geleid dat Belgische gezinnen aanzienlijk meer uitgeven aan voedsel. Volgens het Expertisecentrum voor Budget en Financieel Welzijn van Thomas More is het minimale voedingsbudget voor een gezin met twee jonge kinderen tussen 2021 en 2023 met 27,6% gestegen, van 563,2 euro naar 718,3 euro per maand. Deze toename zet de koopkracht van gezinnen zwaar onder druk en benadrukt de groeiende financiële uitdagingen, vooral voor kwetsbare groepen. (Gondola, 2023)

Uit de nationale consumptiepeiling blijkt eveneens dat voedselonzekerheid voornamelijk de meest kwetsbare groepen in onze samenleving treft, waarbij personen met een laag opleidingsniveau het meest te lijden krijgen onder voedselonzekerheid in vergelijking met personen met een hoger opleidingsniveau. Zo kan 19% van de Belgische bevolking met een lage opleiding zich geen gezonde en evenwichtige voeding

In 2023 deden bijna 214.000 mensen in België maandelijks een beroep op voedselhulp via de verenigingen die bij de voedselbanken aangesloten zijn. Dat is een voortzetting van de stijging van de laatste 25 jaar en vormt een toename van 2% ten opzichte van de 210.000 mensen in 2022. (Belgische Federatie van Voedselbanken, 2023)

Onderzoek van de Universiteit Gent en het Vlaams Instituut Gezond Leven onderstreept de bredere impact van de voedselongelijkheid door onderzoek naar de inhoud van brooddozen en de toegankelijkheid van schoolmaaltijden in Vlaamse basisscholen. Hoewel de meeste brooddozen van leerlingen gevuld zijn, bevatten ze eerder ongezonde en niet-milieuverantwoorde maaltijden. Slechts een klein aantal (0,3%) bleek volledig leeg. Verder rapporteerde 9% van de kinderen dat zij in de afgelopen 12 maanden frequent voedselonzeekerheid ervoeren, wat impliceert dat zij aangaven onvoldoende toegang tot voedsel te hebben, zowel op school als thuis. Deze resultaten zijn in lijn met gegevens over materiële deprivatie bij kinderen, waarbij in 2021 één op de tien kinderen in Vlaanderen aangaf zich essentiële goederen die tot de normale levensstandaard behoren, niet te kunnen veroorloven. (Van Lippevelde, et al., 2024)

Wat we eten berust niet enkel op onze individuele keuzes maar wordt ook in sterke mate beïnvloed door onze leefomgeving. Binnen deze leefomgeving verwijst meer specifiek de voedselomgeving naar de context waarbinnen onze voedingskeuzes bepaald worden. Uit onderzoek van Sciensano (Smets, Cant, & Stefanie, 2022) blijkt dat de overgrote meerderheid van de Vlamingen in een voedselmoeras woont. Een voedselmoeras wordt gedefinieerd als een plaats waar er een overvloed is aan ongezonde voeding in vergelijking met gezonde voeding. Door de alomtegenwoordigheid van ongezonde voeding wordt deze door de consument als de meest snelle en gemakkelijke keuze gezien waardoor deze ook meer gekocht wordt. Verschillende studies hebben een link gevonden tussen de blootstelling aan ongezonde voeding en de consumptie ervan. Het wonen in een voedselmoeras vergroot de kans op overgewicht of obesitas. Naast personen uit gezinnen met lage inkomens zijn vooral jongeren kwetsbaar voor de mogelijke nadelige invloeden van een voedselmoeras.

De voedselomgevingen in supermarkten werden over het algemeen ongezond bevonden: de gemiddelde verhouding tussen de schaplenkte voor gezonde en ongezonde voeding was 0,36; deze verhouding was het laagst in gebieden met een hoger percentage van inwoners met een laag inkomen. In diverse publieke settings (ziekenhuizen, overheidsgebouwen, universiteiten, hogescholen, sport- en recreatiecentra) was meer dan 60% van het beschikbare voedingsaanbod ultra-bewerkt. Het onderzoek toont eveneens aan dat er bepaalde ongelijkheden bestaan in de toegang tot gezonde voedselomgevingen in Vlaanderen. (Smets, Cant, & Stefanie, 2022)

Deze ongelijkheden worden versterkt door de stijging van het aantal voedselwoestijnen waar veel ouderen wonen. Een voedselwoestijn wordt gedefinieerd als een residentiële buurt waar geen gemakkelijke toegang is tot alle voeding die nodig is voor een gezond voedingspatroon. (Smets, Cant, & Stefanie, 2022) Het risico op ondervoeding is hierbij reëel. Zo toont onderzoek uit 2013 aan dat de prevalentie van (het risico) op ondervoeding bij ouderen en bewoners van woonzorgcentra hoog ligt (57%). Hoewel deze data verouderd is en bijkomend onderzoek zich opdringt, blijft het risico op ondervoeding een cruciaal aandachtspunt in het licht van de toenemende vergrijzing in Vlaanderen. (Vandewoude, Van Wijngaarden, & De Maesschalck, 2013)

3.2 BEWEGING EN SEDENTAIR GEDRAG

3.2.1 Toegenomen populariteit thuiswerken

Zoals reeds werd besproken bij de algemene trends (zie hoofdstuk 2.2.2) is er een trend merkbaar in de aard van werken, namelijk een evolutie richting plaats- en tijdsafhankelijk werken. De COVID-19-crisis heeft het thuiswerken een boost gegeven: in 2023 werkte 32,2% van de loontrekkenden soms of regelmatig van thuis uit; in 2019 was dit 18,9%. (Statbel, 2024)

Onderzoek toont aan dat mensen die tijdens de coronapandemie van thuis uit werkten, meer kans hadden op lichamelijke klachten dan degenen die buitenshuis werkten. Deze klachten betroffen voornamelijk pijn boven in de rug, onderrug, nek, schouders en armen. Een belangrijke oorzaak hiervan is het toenemende aantal uren dat thuiswerkers zittend doorbrachten. Maatregelen gericht op meer bewegen en minder zitten kunnen bijdragen om deze klachten tegen te gaan. (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2023)

Er is tevens een opvallende tweedeling zichtbaar onder thuiswerkers wat betreft fysieke activiteit. Een deel van hen heeft tijdens de pandemie meer spier- en botversterkende activiteiten ondernomen, zoals intensief sporten, terwijl een ander deel aanzienlijk minder actief is geworden. Deze discrepantie illustreert de uiteenlopende impact van thuiswerken op de fysieke gezondheid van werknemers. (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2023).

Onderzoek in België wijst erop dat de lockdown ertoe geleidt heeft dat een grotere groep mensen minder in beweging was dan ervoor. Zo geeft 39% van de respondenten aan minder te bewegen dan gewoonlijk, voor de corona maatregelen. Personen die hun activiteitsniveau behielden of meer actief zijn dan gewoonlijk rapporteren meer vitaliteit, levenstevredenheid en een betere slaapkwaliteit, terwijl ze minder depressieve en angstklachten ervaren. (Klein, et al., 2021)

3.2.2 Opkomst wearables en digitale gezondheidsapps

Het hardware-gebruik van wearables blijft gestaag groeien. Zo stijgt het aandeel Vlamingen met een wearable naar 41% in 2022. Deze wearables omvatten het vaakst slimme horloges of smartwatches (bij 31%), gevolgd door fitness- en activity trackers (29%). Deze trend is ook merkbaar aan softwarezijde: 62% maakte in 2023 minstens eenmaal gebruik van een sport- en/of gezondheidsapp en 40% gebruikt het minstens maandelijks. (De Marez, et al., 2023)

Bij gebruikers van een sportapp en/of wearable is er een toename in de overtuiging dat het gebruik van deze sportapp en/of wearable hen heeft geholpen om gezonder en actiever te leven (40%), alsook een toename in het gebruik van apps en wearables voor het monitoren van fysieke en mentale lichaamsparameters (bv. stappen, sport- en fitnessprestaties, hartslag, stress, slaappatroon, menstruatiecyclus...). Hierbij valt op dat digitaal en vooral mentaal gezondheidsmanagement de niche ontgroeit bij jongeren. Bijna één op vijf jongeren gebruikt wearables en/of apps om zaken als stressniveau (20%) en slaapkwaliteit (37%) te monitoren. (De Marez, et al., 2023)

Hoewel er meer gebruik wordt gemaakt van wearables en digitale gezondheidsapps is het tot op heden nog niet duidelijk of dit ook op lange termijn voor meer beweging of minder sedentair gedrag zorgt. (Brickwood K-J, 2020) De effecten op lange termijn zijn afhankelijk van meerdere factoren zoals persoonlijke ondersteuning en verschillende gedragsveranderingstechnieken. (Peng W, 2021)

maken. Daarnaast zijn er ook indirecte gevolgen zoals bijvoorbeeld de verhoogde luchtvervuiling door ozon, hogere blootstelling aan allergenen, toenemende infectierisico's door virussen en bacteriën, etc.

Voor het bereikbaar houden van sporten en bewegen, met het oog op de gevolgen van klimaatverandering, zijn toekomstbestendige oplossingen nodig. Niet alleen individuele atleten, maar ook sportorganisaties en lokale clubs zullen moeten inspelen op de veranderingen in ons klimaat, zodat zij zowel atleten, recreatieve sporters als toeschouwers op passende wijze kunnen beschermen en de continuïteit van de sport in de toekomst kunnen waarborgen. (Schneider & Mücke, 2024)

Hoewel verschillende vormen van lichaamsbeweging heel wat belangrijke gezondheidsvoordelen met zich meebrengen, kunnen ze ook een negatieve impact hebben op de gezondheid van de planeet. Zo kunnen zowel recreatieve sporten, amateursporten en professionele sporten een negatieve impact hebben op het milieu. Voorbeelden hiervan zijn: de impact op de vegetatie bij het voorbereiden van skipistes, het transport van internationale deelnemers aan marathons, de CO2 voetafdruk van internationale events zoals de Olympische Spelen, etc.

Het is dan ook van belang dat wordt nagedacht over alternatieven om de negatieve impact van de sportsector op de gezondheid van de planeet te beperken, terwijl de positieve gezondheidsvoordelen van deze fysieke activiteiten behouden blijven of verbeterd worden. (Abu-Omar, Chevance, Tcymbal, Gelius, & Messing, 2023)

3.2.6 Invloed publieke ruimte op (beweeg)gedrag

De manier waarop de omgeving ingericht en gebruikt wordt, heeft een invloed op de manier waarop mensen zich verplaatsen. Een beweegvriendelijke publieke ruimte kan hen stimuleren om meer te bewegen. Dit heeft zowel een effect op de mate van **actieve vrije tijd** als de mate van **actieve verplaatsing**.

De inrichting en de bereikbaarheid van de publieke ruimte zijn twee factoren die een grote invloed hebben op de keuze voor **actieve vrije tijd**. Investeren in de inrichting en bereikbaarheid van beweegvriendelijke publieke ruimte is belangrijk voor alle bevolkingsgroepen. Voor groepen met een lage socio-economische status is dit belang het grootst: zij zijn voor hun actieve vrijetijdsbesteding vaak sterk afhankelijk van de nabije publieke ruimte omdat zij meestal niet over een eigen tuin beschikken, of omdat de drempels tot een gestructureerd vrijetijdsaanbod voor hen te hoog zijn. Daarom is het essentieel om te investeren in kwaliteitsvol ingerichte en kosteloze ontspanningsplekken, dicht bij huis, en in een gestructureerd recreatief aanbod op maat (zoals jeugdopbouwwerk en buurtsport). (Vlaams Instituut Gezond Leven, 2024)

Het concept 'walkability' koppelt specifieke omgevingskarakteristieken (woondichtheid, functiemix en stratenconnectiviteit) aan effectieve **actieve verplaatsingen**. Internationaal onderzoek toont namelijk aan dat mensen meer bewegen en zich meer actief verplaatsen op locaties met hoge woondichtheid, een hoog aantal verschillende functies en een hoge stratenconnectiviteit. Gebaseerd op bestaand internationaal onderzoek werd de objectieve walkability-score voor alle buurten in Vlaanderen in kaart gebracht. De analyse van de resultaten stelt zowel ruimtelijke planners, politici als private partners in staat om buurten te vergelijken in functie van beweegvriendelijke ruimtelijke ontwikkeling en onderbouwde ruimtelijke keuzes te maken. Selectieve ontwikkeling en inrichting van buurten of duidelijke keuzes van investeringen in fiets of voetgangersinfrastructuur kunnen immers het aandeel actieve verplaatsingen in Vlaanderen verhogen. (Vervoort, D'Haese, & Van Acker, 2018)

3.3 ALCOHOL

3.3.1 Stijging aanvaardbaarheid alcoholvrije en laag-alcoholische dranken

De verkoop van alcoholvrije dranken stijgt sterk. Deze trend wordt ondersteund door een toename in vraag en een breder assortiment van kwalitatieve alcoholvrije dranken, wat consumenten meer keuze biedt. In 2021 groeide het volume alcoholvrije en laag-alcoholische dranken met 6% in de 10 belangrijkste globale markten. Het wereldmarktaandeel van deze dranken bedraagt 3,5%. Er wordt verwacht dat tegen 2025 het volumeaandeel van alcoholvrije en laag-alcoholische dranken een groei kent van 8% ten opzichte van 2021. De groei van de reguliere alcoholmarkt wordt geschat op 0,7%.

Alcoholvrije en laag-alcoholische dranken beïnvloeden drinkpatronen op twee manieren. Enerzijds kunnen mensen ze drinken om (sterkere) alcoholische dranken te vervangen. In dat geval spreekt men van substitutie. Dit zorgt voor een daling van de alcoholconsumptie. Anderzijds kunnen mensen deze dranken ook bovenop andere alcoholische dranken drinken. Ze consumeren dan dezelfde hoeveelheid alcohol (bij alcoholvrije dranken) of zelfs meer (bij laag-alcoholische dranken). Uit de beperkte onderzoeksliteratuur kan besloten worden dat alcoholvrije of laag-alcoholische dranken op individueel niveau een potentiële gezondheidswinst hebben als ze leiden tot het vervangen van alcoholische dranken door alcoholvrije dranken (substitutie-effect). Er is echter wel bijkomend onderzoek nodig naar de omstandigheden waaronder zo'n substitutie-effect plaatsvindt. Vooral voor laag-alcoholische dranken zijn de onderzoeksresultaten nog tegenstrijdig.

Hoewel deze trend dus als positief wordt beschouwd vanwege de verminderde schade door alcohol en de verhoogde verkeersveiligheid, wordt ook gewaarschuwd voor mogelijke risico's. Alcoholvrije bieren die sterk lijken op reguliere bieren kunnen de drempel verlagen voor jongeren om later alcohol te consumeren. Er bestaat ongerustheid dat alcoholvrije dranken de drempel om alcohol te drinken verlagen en zo dus een gateway zijn naar alcoholconsumptie. Recent onderzoek van Trimbos (2024) toont echter aan dat slechts 0,6% van hun respondenten door alcoholvrije dranken zijn begonnen met het consumeren van alcoholhoudende dranken. Toch zijn er ook onderzoeken die aantonen dat laag-alcoholische dranken wel drempelverlagend werken om met alcoholconsumptie te beginnen, zeker bij adolescenten. (VAD, 2024)

3.3.2 Beperkende maatregelen Hoge Gezondheidsraad

In het kader van het interfederaal plan 2023-2025 inzake schadelijk alcoholgebruik heeft de Hoge Gezondheidsraad (HGR) advies uitgebracht met aanbevelingen voor specifieke acties om het alcoholgebruik in de toekomst te beperken. De Hoge Gezondheidsraad (HGR) benadrukt dat veel mensen zich niet bewust zijn van deze risico's, mede door de invloed van de alcoholindustrie die alcoholgebruik romantiseert.

De HGR herhaalt de aanbeveling om alcoholmarketing volledig te verbieden, gezien de schadelijke impact ervan, vooral op kwetsbare groepen zoals jongeren. Indien een verbod niet haalbaar is, stelt de HGR voor om wettelijke beperkingen in te voeren voor de inhoud en omvang van alcoholmarketing. Daarnaast worden gezondheidswaarschuwingen en informatie aanbevolen op alle marketingmaterialen en etiketten van alcoholproducten, in lijn met de richtlijnen van de WHO.

Om de leeftijd van eerste alcoholconsumptie te verhogen, wordt aanbevolen om de minimumleeftijd voor alle alcoholische dranken, inclusief bier en wijn, te verhogen naar 18 jaar. Dit zou niet alleen de gezondheid van jongeren beschermen, maar ook in overeenstemming zijn met de wetgeving van andere EU-landen. Verder pleit de HGR voor de implementatie van een wettelijk prijsbeleid, zoals het invoeren van een minimumprijs per alcoholeenheid en het verhogen van taksen op alcohol. Voorbeelden van andere landen (bv. Schotland) tonen aan dat een minimumprijs leidt tot significante gezondheidsvoordelen zonder negatieve impact op de alcoholindustrie.

Men pleit voor een breed gedragen beleid waarbij ook ouders, scholen, en andere maatschappelijke actoren betrokken zijn. Dit beleid moet vooral gericht zijn op jongeren, omdat hun hersenontwikkeling extra gevoelig is voor de schadelijke effecten van alcohol. Voor een meer gedetailleerd overzicht van de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad wordt verwezen naar het [advies](#) van de Hoge Gezondheidsraad. (Hoge Gezondheidsraad, 2024)

3.3.3 Interfederale strategie inzake schadelijk gebruik van alcohol

De *Interfederaale Strategie Inzake Schadelijk Gebruik van Alcohol 2023-2028* richt zich op het beperken van de schade door overmatig alcoholgebruik in België. Deze interfederaale strategie richt zich dus niet op het gematigd alcoholgebruik, dat door een meerderheid van de Belgen sociaal wordt aanvaard, en is dan ook niet bedoeld om het alcoholgebruik als dusdanig in een negatief daglicht te stellen. Verschillende stakeholders binnen het gezondheidszorglandschap bestempelen de strategie hierdoor als te minimaal. Ze geven aan dat het plan kansen mist om gezondheidswinsten te boeken bij de brede bevolking door een te enge focus op overmatig alcoholgebruik.

Het actieplan 2023-2025 bestaat uit 75 maatregelen om schadelijk alcoholgebruik te beperken die onder 10 actiedomeinen geplaatst kunnen worden. Deze actiedomeinen werden gedefinieerd door de WHO en omvatten:

- Leiderschap, bewustwording en betrokkenheid;
- Reactie van de gezondheidszorg;
- Gemeenschapsacties;
- Beleid en maatregelen tegen rijden onder invloed;
- Beschikbaarheid van alcohol;
- Marketing van alcoholhoudende dranken;
- Prijsbeleid;
- Vermindering van de negatieve gevolgen van alcoholgebruik en alcoholintoxicatie;
- Vermindering van de impact van illegale en informeel geproduceerde alcohol op de volksgezondheid;
- Monitoring en surveillance.

Deze strategie berust ook op een zorgcontinuüm dat onder andere gezondheidspromotie en -educatie omvat, alsook preventie, screening, diagnose, behandeling en beheer van ziekten, revalidatie, emotionele en psychologische ondersteuning, nazorg en palliatieve zorg. De strategie geeft een overzicht van de doelstellingen, acties, rollen, timing, indicatoren en de bronnen die zullen worden gebruikt.

Het huidige [actieplan](#), dat een concretisering is van de interfederale strategie inzake het schadelijk gebruik van alcohol 2023-2028, loopt af in 2025. Voor de periode 2026-2028 zal een nieuw actieplan opgemaakt worden. (Algemene Cel drugsbeleid - Permanente coördinatie, 2023)

3.3.4 Impact van sociale media

Bij de algemene trends werd de rol van sociale media reeds kort aangehaald (zie hoofdstuk 2.4.1), waaronder de impact van sociale media op levensstijl.

Onderzoek naar de invloed van sociale media op het alcoholgebruik van jongvolwassenen biedt waardevolle inzichten in de impact van digitale platformen op drinkgedrag. Sociale media blijken een grotere invloed te hebben op alcoholconsumptie dan traditionele media, zoals televisie. Jongvolwassenen die vaak worden blootgesteld aan alcoholgerelateerde inhoud op sociale media, vertonen een verhoogde consumptie. Een dergelijke correlatie wordt niet waargenomen bij traditionele media. Een belangrijke verklaring hiervoor is dat sociale mediagebruikers eenvoudig toegang hebben tot content die aansluit bij hun persoonlijke interesses, wat de impact van alcoholgerelateerde berichten versterkt. Traditionele media blijven echter een relevante rol spelen door alcoholconsumptie vanuit een meer diverse en genuanceerde invalshoek te belichten.

Naast deze mediagerelateerde invloeden speelt zelfidentificatie een complexe rol in het alcoholgebruik van jongvolwassenen. Sommige mensen identificeren zich als niet-drinker, ondanks dat zij alcohol consumeren, wat kan voortvloeien uit een eigen interpretatie van wat 'niet-drinken' inhoudt. Dit kan leiden tot een vertekend zelfbeeld met betrekking tot hun drinkgedrag. Tegelijkertijd lopen mensen die zich sterk identificeren als drinker een verhoogd risico op alcoholafhankelijkheid. De content die zij op sociale media tegenkomen, kan bovendien hun zelfperceptie en houding ten opzichte van alcohol verder beïnvloeden. Deze bevindingen ondersteunen de complexe wisselwerking tussen sociale media, zelfidentiteit en alcoholgebruik bij jongvolwassenen, en wijzen op het belang van gerichte interventies om deze dynamiek beter te begrijpen en aan te pakken. (Guesens & Beullens, 2023)

3.4 DRUGS-EN MIDDELENGEbruik

3.4.1 Stijgende populariteit van cannabis vaping

In de afgelopen jaren is er een significante toename waargenomen in het gebruik van vapeproducten voor cannabis, vooral onder jongeren en jongvolwassenen. Vapen wordt door veel jongeren beschouwd als een aantrekkelijk alternatief voor traditioneel cannabisroken. Deze verschuiving kan deels worden toegeschreven

Ketamine is een verdovende stof met het effect van een dissociatief tripmiddel. De gebruiker ervaart een scheiding tussen geest en lichaam. In milde dosissen veroorzaakt ketamine een dromerige, zweverige roes. In hoge doses wekt het een soort bijna-dood-ervaring op (ook wel 'K-hole' genoemd). De gebruiker tast de grenzen tussen bewustzijn en niet-bewustzijn af. (VAD, 2023)

Deze stijging vertaalt zich evenwel niet in een hogere mate van regelmatig gebruik. Het huidige aandeel van 0,5% regelmatig gebruik ligt zelfs op het laagste peil in 10 jaar. Feestvierders experimenteren vaker met ketamine, maar zelden leidt dit tot wekelijks gebruik. (Rosiers J. , 2023).

Hoewel de gezondheidsrisico's van deze verbindingen in het algemeen vaak onbekend zijn, vormen sommige stoffen duidelijk een acuut risico voor consumenten. Deze risico's uiten zich onder meer de vorm van ernstige of fatale vergiftigingen en andere gezondheidsproblemen. (EUDA, 2024) Zo blijkt onder meer dat het aantal nieuwe behandelingsepisodes - omwille van ketamine als voornaamste product - is toegenomen van 21 episodes (2015) naar 482 episodes (2023) in Vlaanderen. Het blijft dus belangrijk om de risico's op zowel korte als lange termijn te blijven onderzoeken. (Sciensano, 2023)

3.4.4 Normalisering van cocaïnegebruik in specifieke groepen

Het gebruik van cocaïne in Vlaanderen lijkt toe te nemen, met name in specifieke contexten zoals het uitgaansleven en bepaalde werksettings. Deze stijging wordt ook weerspiegeld in het toenemende aantal behandelingsaanvragen voor cocaïneverslaving binnen de alcohol- en drughulpverlening.

Onderzoek wijst op verschillende motieven voor cocaïnegebruik, die grofweg kunnen worden ingedeeld in vijf categorieën: sociale motieven (om positieve interacties met leeftijdsgenoten te versterken), motieven van verbetering (om positieve gevoelens te intensiveren), copingmotieven (om negatieve emoties te verlichten), conformiteitsmotieven (om sociale afwijzing te voorkomen) en motieven van ontzuivering (om de effecten van alcohol te compenseren). Bij een vergelijking van deze motieven zijn er significante verschillen vastgesteld in gebruikspatronen en de bijbehorende risico's, waarbij sommige motieven geassocieerd zijn met hoger risicogedrag dan andere.

Sleutelfiguren binnen de preventie van cocaïnegebruik signaleren diverse behoeften op het gebied van preventie. Deze variëren van laagdrempelige voorlichting over de gezondheids- en verslavingsrisico's, tot interventies die de toegang tot hulpverlening vergemakkelijken en initiatieven die zich richten op het denormaliseren van cocaïnegebruik.

De conclusie van het onderzoek onderstreept dat bepaalde motieven, zoals coping, in verband worden gebracht met riskantere gebruikspatronen, terwijl andere, zoals sociale motieven, minder risico lijken in te houden. Om effectief te zijn, moeten preventie-interventies afgestemd worden op deze verschillende motivatieprocessen. De grote diversiteit in motieven, gebruikspatronen en profielen van cocaïnegebruikers benadrukt dat een uniforme preventiebenadering niet volstaat. Er is behoefte aan een gedifferentieerde strategie, met aandacht voor informatieverstrekking over gezondheidsrisico's, denormaliserende interventies die onevenwichtige beeldvorming tegengaan, drempelverlagende maatregelen voor hulpverlening, en het inzetten van peersupport om gebruikers te ondersteunen. (Blomme, Lambrechts, Rosiers, & Peleman, 2024)

3.4.5 Risico op een daling in heroïnebeschikbaarheid in de EU

Volgens schattingen van het VN-Bureau voor Drugs- en Misdadbestrijding (UNODC) is de opiumproductie in Afghanistan – ten gevolge van een verbod door de Taliban - in 2023 met 95% afgenomen. Hoewel er onzekerheden zijn, suggereert het bestaan van aanzienlijke opiumvoorraden in het land dat de heroïnestromen naar Europa tot nu toe niet verstoord zijn.

Het is nog te vroeg om te beoordelen of het verbod op lange termijn van kracht blijft, maar het is raadzaam om voorbereid te zijn op een mogelijk heroïnetekort tegen eind 2024 of 2025. Dit vraagt om voldoende hulpverlening voor mensen met een opioïdenverslaving en om monitoring van veranderingen in het aanbod van heroïne. Dit kan namelijk een invloed hebben op het gebruik van synthetische opioïden of andere stoffen, zoals analeptica. (EUDA, 2024)

3.4.6 Drugs checking on site

Drugs-checking services bieden individuen de mogelijkheid om de chemische samenstelling van de middelen die ze willen gebruiken te laten analyseren en zo advies te ontvangen over het verminderen van potentiële risico's. Deze diensten maken gebruik van verschillende analysemethoden, variërend van eenvoudige technieken (bv. drug testing kits) tot geavanceerde technieken die gedetailleerde informatie kunnen geven over de sterkte en samenstelling van drugs (bv. HPLC).

De locaties waar de tests worden uitgevoerd kunnen variëren van vaste locaties zoals inloophuizen met laboratoria, waar drugs kunnen worden ingeleverd voor latere resultaten tot mobiele laboratoria op festivals, clubs of consumptieruimtes, waar de resultaten vrijwel direct beschikbaar zijn. Een belangrijk aspect van drugs-checking services is de manier waarop de testresultaten worden gecommuniceerd aan de gebruikers. Dit gebeurt vaak in combinatie met advies over risicobeperking en korte interventies.

De impact van verschillende modellen voor drugs-testdiensten moet in de toekomst nog verder worden geëvalueerd om de beste modellen te identificeren voor verschillende prioriteiten (bijv. vroege waarschuwing, schadebeperking, outreach). Er is vooral behoefte aan onderzoek naar het gedragsmatige effect van drugs-testing. Dit onderzoek moet bijzondere aandacht besteden aan risicocommunicatie en ook een benadering op basis van gedragsinzichten kan nuttig zijn.

Het omgaan met gecontroleerde stoffen roept echter wel heel wat juridische vragen op. Zo wordt drugs-checking in veel landen geaccepteerd als reden voor een wettelijke uitzondering op de drugswetgeving, ongeacht het doel van het druggebruik/bezit. Dit geldt zowel voor mensen die gebruik maken van de diensten, als tot het personeel en de eigenaren van recreatieve gelegenheden waar wordt getest. (EUDA, 2023)

3.4.7 Overmatig gebruik van antipsychotica, antidepressiva en sedativa

Ons land heeft een sterke traditie in het voorschrijven van medicatie bij mentale gezondheidsproblemen en slaapproblemen bij alle leeftijdsgroepen. Zo behoort België tot de Europese top wat betreft het gebruik van antidepressiva. Er is een jaar na jaar stijgende trend. In 2020 slikten meer dan 1,22 miljoen Belgen antidepressiva. Het voorschrijven van antipsychotica ligt in dezelfde lijn. Wat het gebruik van benzodiazepines en Z-drugs betreft, namen in 2022 meer dan 2 miljoen Belgen een slaap-of kalmeermiddel. Overconsumptie van benzodiazepines is al jaren een bekend probleem, maar het gebruik daalt niet. Bij jongeren is er zelfs al 4 jaar op rij een stijging. Daarnaast blijkt ook het langdurig gebruik een groot probleem. Zo kreeg in 2022 minstens 15% van de patiënten zes verpakkingen, genoeg om een half jaar lang elke dag een pil te nemen. (IQVIA Belgium, 2023)

Soms wordt de medicatie al opgestart in de thuissituatie, soms bij een ziekenhuisopname. Het verwachtingspatroon bij burgers is dat medicatie veel kan oplossen. Weinig aandacht gaat naar het afbouwen van medicatie zowel aan de kant van de patiënt als aan de kant van de arts. (De Bleser, 2024)

Het overmatig gebruik van antipsychotica, antidepressiva en sedativa is eveneens sterk zichtbaar binnen de woonzorgcentra en VAPH-instellingen. Een goed medicatiebeleid in de woonzorgcentra vergt in de eerste plaats een interdisciplinaire aanpak. Het is belangrijk dat de huisarts over het medicatiegebruik in overleg gaat met de bewoner, zijn familie, het voltallige zorgteam, en de apotheker. Hierbij spelen de Coördinerend Raadgevende Arts (CRA) van het woonzorgcentrum en de apotheker een cruciale rol. (Zorgnet Icuvo, 2022)

3.5 TABAK

3.5.1 Interfederale strategie 2022-2028 voor een rookvrije generatie

De Interfederaale Strategie 2022-2028 voor een rookvrije generatie is gericht op het drastisch verminderen van tabaksgebruik in België. De strategie benadrukt de noodzaak van een uitgebreide aanpak die zowel het aanbod als de vraag naar tabak aanpakt, met een specifieke focus op jongeren. De doelstellingen zijn onder andere een vermindering van het aantal dagelijkse rokers tot 10% in 2028 en tot 5% in 2040. Daarnaast wordt gestreefd naar het terugdringen van het aantal personen die beginnen met tabaksproducten tot (bijna) 0%.

In het kader van deze interfederale strategie werden aantal specifieke doelstellingen geformuleerd waarbij zowel de kwetsbare groepen en de genderdimensie in rekening worden gebracht. Enkele voorbeelden van deze doelstellingen zijn onder meer (niet-exhaustief):

- De tabaksindustrie niet langer betrekken bij de voorbereiding en uitvoering van het volksgezondheidsbeleid
- Een aanzienlijke verhoging van het algemene prijsniveau en de afschaffing van het prijsverschil tussen de verschillende soorten van tabaksproducten
- Een verbod op roken op bepaalde plaatsen in openlucht
- Een verbetering van de bepalingen die de samenstelling van de tabaksproducten reglementeren
- Een verbetering van de ontwenningsondersteuning via een multidisciplinair aanbod en door de terugbetaling van ontwenningssmedicatie te verhogen
- ...

Voor een volledig overzicht wordt verwezen naar de [basisnota](#) met de interfederale strategie 2022-2028 voor een rookvrije generatie. De strategie streeft naar een rookvrije generatie door maatregelen te integreren in het onderwijs, werkplekken, gezondheidszorg en openbare ruimtes, en wil de tabaksindustrie beperken in hun invloed op beleidsvorming. (Algemene Cel Drugsbeleid - permanente coördinatie, 2022)

3.5.2 Algemene daling van rookprevalentie, maar nauwelijks een daling bij het laagste inkomenskwintiel

Dankzij heel wat wettelijke maatregelen, preventiecampagnes en rookstopbegeleiding is de rookprevalentie de voorbij decennia aanzienlijk gedaald. Maar die afname van het rookgedrag is niet dezelfde bij alle groepen in de maatschappij. Vandaag situeren rokers zich vooral in de groep volwassenen met de laagste inkomens, onder de jongeren in het beroepsonderwijs en in een aantal specifieke, kwetsbare groepen, zoals mensen met een psychische aandoening.

In het Vlaamse onderwijs valt op te merken dat jongeren in het ASO nog nauwelijks roken, maar dat het aantal rokers in BSO stukken hoger ligt (4,2% regelmatig rokers in het ASO versus 17,2% regelmatig rokers in het BSO. Het TSO telt 7,7% regelmatig rokers).

Waar de rookprevalentie in de algemene bevolking (15+) 19% bedraagt, is dat in het laagste inkomenskwintiel nog steeds 29%. Dat laatste cijfer is de voorbij decennia maar nauwelijks gedaald. Aangezien roken bijzonder schadelijk is voor de gezondheid, vertaalt dat verschil in rookgedrag zich ook in grote verschillen in ziekte- en sterftcijfers. Roken is daarmee een van de belangrijkste oorzaken van gezondheidsongelijkheid. (De Alliantie voor een Rookvrije Samenleving, 2023)

Op basis van de huidige trends zal het nationale doel om het dagelijks roken onder volwassenen van 15 jaar en ouder tegen 2028 terug te brengen tot 10% en tegen 2040 tot 5% niet gehaald worden. Vlaanderen wordt verwacht de drempel van 10% pas in 2032 te bereiken. Het doel om het percentage dagelijkse rokers onder jongeren van 15-24 jaar tegen 2028 terug te brengen tot 6% zal naar verwachting niet vóór 2040 worden gehaald.

Aangezien geen enkele regio in België naar verwachting de doelen zal halen voor de vermindering van dagelijks roken met de huidige trends dient het tabaksbeleid in het land te worden herzien, gericht worden ingezet en geïntensiveerd. (Guariguata, Nayani, De Pauw, & Devleeschauwer, 2023)

3.5.3 Toename in populariteit e-sigaretten en vaperen

In de laatste jaren is een duidelijke verschuiving zichtbaar in het gebruik van e-sigaretten onder jongeren. Steeds meer jongeren geven aan dat ze ooit gevaped hebben. Bij jongeren die al eens gerookt hebben neemt het aandeel ooitgebruikers van e-sigaretten toe (77,7% in 2021-2022; 86,8% in 2022-2023). Ook bij jongeren die nog nooit gerookt hebben zien we eenzelfde trend (8,8% in 2021-2022; 12,2% in 2022-2023). Van de ooitgebruikers van een e-sigaret wordt vastgesteld dat 63% ooit al gerookt heeft, 37% nog niet. Naarmate wordt gekeken naar meer problematisch vapedrag (minder experimenteel of minder kortdurend), neemt

als dit gebruik tijdelijk is en gevolgd wordt door volledige nicotineonthouding, mits men niet opnieuw begint te roken.

Tegelijkertijd biedt dit soort onderzoek een waardevolle aanvulling op bestaande gegevens, zoals die uit de Preventiebarometer, om de effectiviteit van e-sigaretten als rookstopmiddel en als veiliger alternatief voor tabak te monitoren. Bij jongeren daarentegen is waakzaamheid geboden: een toename in het gebruik van e-sigaretten door jongeren die nooit eerder rookten, kan erop wijzen dat deze groep wordt aangetrokken tot nicotinegebruik, wat een stijging van het totale nicotinegebruik kan veroorzaken. Het snel detecteren en begrijpen van dergelijke trends is essentieel voor een tijdige beleidsrespons.

Om dergelijke inzichten te verkrijgen en beleidsmaatregelen te ondersteunen, zijn frequente en gestandaardiseerde surveys nodig die het gebruik van diverse nicotineproducten monitoren. In Vlaanderen zijn er al waardevolle databronnen beschikbaar, zoals de Gezondheidsenquête en de Preventiebarometer voor volwassenen, en de VAD-leerlingenbevraging voor jongeren. Daarnaast is een vernieuwde analysemindset vereist, waarbij het totale nicotinegebruik als uitgangspunt wordt genomen en de trends binnen afzonderlijke nicotineproducten in die context worden besproken. Dit holistische perspectief stelt beleidsmakers in staat om vroegtijdig in te grijpen bij ongewenste evoluties, zoals een massale toename van vaperen onder niet-rokende jongeren, en zo de volksgezondheid effectief te beschermen. (Tattan Birch, Brown, Shahab, Beard, & Jackson, 2024)

Mogelijk komen er in de toekomst nieuwe producten op basis van tabak (bv. heated tobacco products) of nicotine op de markt of mogen producten waarvan de wettelijke verkoop momenteel of binnenkort verboden wordt, zoals de nicotinezakjes of wegwerpvapes, opnieuw legaal verkocht worden. Als een dergelijk scenario zich voordoet, dan is het eveneens cruciaal om deze producten correct te reguleren en op te volgen in welke mate ze gebruikt worden door jongeren en volwassenen en het totale nicotinegebruik bij beide groepen beïnvloeden.

3.5.5 Impact van sociale media

Bij de algemene trends werd de rol van sociale media reeds kort aangehaald (zie hoofdstuk 2.4.1), waaronder de impact van sociale media op levensstijl.

Tabaksreclame is sinds 1999 verboden in België, met uitzondering voor reclame op verkoopplaatsen. Toch voeren fabrikanten van tabak en e-sigaretten nog steeds reclame via influencers op sociale media. Hierdoor komen jongeren over heel de wereld onbewust in aanraking met reclame voor sigaretten en e-sigaretten, ook in België.

Onderzoekers van de Campaign for Tobacco-free Kids namen de sociale media in 10 landen onder de loep en vonden meer dan 100 campagnes op sociale media van tabaksfabrikanten. Sinds 2015 werden in meer dan 40 landen gelijkaardige reclamepraktijken gevonden. Iedereen in de wereld kan deze influencers volgen en zo blootgesteld worden aan reclame voor roken. Wereldwijd werd deze vorm van tabaksreclame 25 miljard keer bekeken. Het blijft echter van belang om deze vorm van online tabaksreclame, die bedoeld is om minderjarigen aan het roken of vaperen te krijgen, met de nodige aandacht te blijven opvolgen. (Vlaams Instituut Gezond Leven, 2018)

3.5.6 Trends bij rookstopbegeleiding

Vlaanderen is niet alleen bevoegd voor tabakspreventie, maar ook voor rookstopbegeleiding. Gedurende de COVID-periode was er een duidelijke terugval in aantal rookstopbegeleidingen door een tabakoloog. Hoewel er sinds 2023 en 2024 terug een stijging op te merken valt situeren de cijfers zich nog steeds onder de cijfers van 2019. Bijkomend kan geen gebruik meer gemaakt worden van bepaalde terugbetaalde rookstopmedicijnen zoals Champix®. Dit is in tegenstelling tot de ambitie binnen de interfederale strategie 2022-2028 voor een rookvrije generatie “*Gebruik van diensten Tabakstop en rookstopbegeleiding door tabakologen neemt toe*”.

Ziekenhuizen zouden een cruciale rol moeten spelen in de preventie van tabaksgebruik en het realiseren van een rookvrije samenleving. Roken beïnvloedt vrijwel alle gezondheidsproblemen waarmee patiënten in een

ziekenhuis geconfronteerd worden, en heeft ernstige gevolgen voor zowel de patiënt als zijn omgeving. Veel ziekenhuizen zijn welwillend om een rookbeleid te implementeren (zo blijkt het pilootproject van het Vlaams Instituut Gezond Leven).

Hoewel de eerdergenoemde interfederale strategie acties vermeldt in kader van 'rookstopcentra in ziekenhuizen' en meer bepaald *'Vlaanderen onderzoekt de mogelijkheden om de verbinding tussen tabakologen en ziekenhuizen te versterken en houdt daarbij rekening met de bevoegdheidsverdeling en de budgettaire impact'* ontbreekt het nog steeds aan een structureel en financieel kader om een rookbeleid uit te werken. Hierdoor zijn er gebreken op verschillende fronten:

- Er is nog te weinig aanbod aan rookstophulp in ziekenhuizen. Recente signalen wijzen zelfs op een afname in het rookstopaanbod binnen ziekenhuizen. Cijfers hierover ontbreken echter.
- De rol van de tabakoloog is te weinig structureel verankerd in het zorgaanbod. Er is bovendien een gebrek aan integratie van rookstopbegeleiding door een tabakoloog in bestaande behandeltrajecten.
- De internationale gouden standaard van systematische screening van de rookstatus van de patiënt en een daaraan gekoppelde minimale rookstopinterventie (<https://www.tobaccofreehealthcare.org/>) wordt slechts sporadisch toegepast. Veel gezondheidswerkers zijn onvoldoende toegerust om patiënten aan te spreken op hun gezondheidsgedrag en hen te motiveren tot gedragsverandering. Dit leidt ertoe dat het potentieel om patiënten effectief te ondersteunen bij stoppen met roken en toe te leiden naar het bestaand rookstopaanbod onderbenut blijft.
- Het uitwerken van een rookbeleid blijkt in de praktijk niet vanzelfsprekend te zijn. Het vraagt niet enkel betrokkenheid en blijvende inspanningen maar brengt bovendien een financiële investering en verschillende drempels met zich mee. Er zijn te veel financiële en structurele belemmeringen die ziekenhuizen ervan weerhouden om een degelijk rookbeleid, inclusief een gestroomlijnd rookstopaanbod, te kunnen uitwerken (Belenger, Pappens, Adriaens, Verheyen & Schol, 2019).
- De kostprijs van nicotinevervangende middelen (NRT) is een belangrijke drempel voor personen die een rookstop poging willen ondernemen, in het bijzonder voor de meest kwetsbare groepen. Uit de enquête tabakologie blijkt dat tabakologen het gratis aanbieden van NRT de belangrijkste maatregel vinden om de toegankelijkheid en effectiviteit van rookstop voor kwetsbare groepen te verhogen. Met als belangrijke toevoeging hierbij de voorwaarde dat ze begeleid worden door een tabakoloog om de rookstopkansen te maximaliseren. (Belenger, Pappens, Adriaens & Rosseels, 2022).

De Hoge Gezondheidsraad (2022) beveelt aan om nicotinevervangers terug te betalen en gratis te maken voor de meest kwetsbare groepen rokers. Ook in de interfederale strategie 2022-2028 voor een rookvrije generatie werd de actie *‘terugbetaling van behandelingen met nicotinevervangers aanmoedigen’* opgenomen. Tot op heden blijft deze financiële drempel bestaan.

3.5.7 Het stimuleren van meer rookstop Pogingen bij volwassen rokers

België heeft de ambitie om tegen 2040 het tabaksgebruik drastisch te verminderen. Alle overheden engageden zich via de interfederale doelstelling om het dagelijks tabaksgebruik bij de bevolking van 15 jaar en ouder terug te dringen tot 10% tegen 2028 en tot 5% tegen 2040.

Gelet op de uitdagingen binnen rookstopbegeleiding (zie hoofdstuk 3.5.6) zal zonder bijkomende maatregelen deze doelstelling in geen enkel gewest in België bereikt worden. (Sciensano, 2023). Initiatieven zoals de 'Interfederaal strategie 2022-2028 voor een rookvrije generatie' zijn daarom broodnodig. Het plan bevat heel wat vooruitstrevende acties, maar legt te weinig nadruk op tabaksgerelateerde gezondheidsongelijkheid. Terwijl dit laatste vandaag net de hoofdkwestie van de tabaksproblematiek is.

Het zijn voornamelijk volwassenen met een lagere sociaaleconomische en maatschappelijk kwetsbare status die nog tabak gebruiken. In vergelijking met andere rokers daalt de prevalentie van roken bij deze groepen veel trager. Zonder extra inspanningen gericht naar deze rokers zal de tabaksgerelateerde gezondheidsgroef volgens Sciensano verder toenemen tegen 2040. Deze uitdaging wordt eveneens geduid door de resultaten van de recentste preventiebarometer. (S. Fiers, 2022) Uit deze cijfers blijkt dat stoppen voor de overblijvende rokers (zeer) moeilijk is en dat een aanzienlijk deel de moed heeft verloren en niet meer kan, wil en zal stoppen.

Hierdoor dringen meerdere extra maatregelen zich op. Deze omvatten onder meer:

- Het stimuleren van extra rookstop Pogingen door rokers. Zoals steeds met respect voor de autonomie van de roker om te stoppen op de manier die hij/zij wenst. Die keuze dient wel een geïnformeerde keuze te zijn. Het is daarbij belangrijk dat rokers correct geïnformeerd worden over de 6 rookstopmethoden die erkend werden door het Vlaams Consortium Tabak. Om extra stop Pogingen te genereren is het noodzakelijk:
- Het inzetten op grote rookstopcampagnes die ook mensen in een maatschappelijk kwetsbare positie kunnen bereiken (cfr. Stoptober in VK of Nederland). In Vlaanderen loopt al enkele jaren een rookstopcampagne, nl. Buddy Deal. Via meer maatwerk zouden ook moeilijk te bereiken groepen meer betrokken kunnen worden (universeel proportionalisme).
- Rookstop (financieel) toegankelijker te maken voor de rokers.
- Het inzetten op extra stop Pogingen via de uitwerking van een rookstopaanbod in diverse settings (ziekenhuizen, bedrijven, psychiatrie, gevangenis, ...). Naast het stimuleren van stop Pogingen via de 6 erkende methoden, dient ook stoppen zonder hulp te worden aangemoedigd. Dit is weliswaar minder effectief, maar desondanks toch de populairste methode waarmee ex-rokers konden stoppen.
- Het beschikbaar stellen van de e-sigaret in de apotheek. Als het product goed omkaderd is, kan de apotheek onderbouwd advies geven. Op die manier wordt de roker geholpen om een rookstop Poging optimaal te benutten. Idealiter worden de adviezen door de apotheker erkend als farmacologische zorg waarvoor het RIZIV een bijdrage voorziet voor de apotheker.
- Het gratis ter beschikking stellen van NRT voor kwetsbare personen die recht hebben op VVT, zwangere vrouwen en hun partners indien deze zich bij hun rookstop Poging laten begeleiden door een tabakoloog. Het implementeren van deze maatregel verlaagt de drempel voor deze rokers om zich te laten begeleiden bij hun rookstop Poging én verhoogt hun kans op een succesvolle rookstop.

Definitief stoppen met het roken van tabak moet altijd het eerste einddoel blijven om zo tabaksgerelateerde ziekten en vroegtijdige sterfte terug te dringen. Stoppen met het gebruik van de e-sigaret is een tweede doelstelling waarop ook ingezet moet worden want de langetermijneffecten van vaperen zijn nog onvoldoende gekend en de interfederale strategie voor een rookvrije generatie werkt aan 'niet vaperen' als sociale norm.

Naast bovenstaande trends, neemt Gezond Leven het standpunt in dat 'Harm reduction' eveneens ruimte moet krijgen binnen het toekomstige tabaksbeleid. Door over te schakelen naar nicotineproducten die substantieel minder schadelijk zijn voor de gezondheid, kunnen hardnekkige rokers immers ook aanzienlijke gezondheidswinst boeken. In België is de e-sigaret voorlopig het enige product dat aan deze voorwaarden voldoet (andere minder schadelijke nicotineproducten zijn niet verkrijgbaar op onze markt). De Hoge Gezondheidsraad (HGR) erkent in het advies over de e-sigaret (2022) dat lagere risicoprofiel van de e-sigaret en stelt dat ze substantieel minder schadelijk is voor de gezondheid dan roken, voor rokers een beter alternatief is dan het roken van tabak en bovendien ook als rookstopmiddel kan gebruikt worden. De wetenschappelijke onderbouwing voor de effectiviteit van de e-sigaret als rookstopmiddel is de voorbije jaren nog sterker geworden.

3.6 GAMEN EN GOKKEN

3.6.1 Evoluties in toestellen en gebruikte media

In de afgelopen jaren zijn er nauwelijks noemenswaardige verschuivingen te zien in de adoptie van technologie door Vlamingen. Dit geldt vooral voor het bezit van apparaten en de toegang tot internet. Zo blijft het percentage Vlamingen met een smartphone, tablet of laptop sinds ongeveer vijf jaar stabiel rond respectievelijk 93%, 59% en 81%.

Er is echter wel één toestel dat jaar na jaar aan soortelijk gewicht wint en zich in termen van belang en onmisbaarheid verder onderscheidt van de andere. Wanneer Vlamingen wordt gevraagd welk apparaat ze het meest zouden missen als het zou wegvallen, kiest 64% voor de smartphone. Ter vergelijking: de computer volgt met 17% en de televisie met slechts 11%. In 2015 hielden deze drie elkaar nog in evenwicht.

De verklaring voor deze voorkeur ligt niet alleen aan het verknocht zijn aan sociale media, chat of andere sociale en/of entertainment apps. In het spoor van de digitale versnelling van de afgelopen jaren werden voor zowat alle aspecten van het leven -zoals werk, school, shoppen en gezondheid- online platformen omarmd. Platformen die doorgaans een mobiele app als toegangspoort gebruiken.

Wat de gamebeleving betreft was de smartphone de voorbije jaren al het belangrijkste scherm voor de gamebeleving. In 2023 versterkt het die positie alleen maar. Zo gamet 37% op de smartphone, gevolgd door 22% op de computer en 17% op andere consoles zoals bijvoorbeeld playstation. (De Marez, et al., Imec digimeter 2023: digitale trends in Vlaanderen, 2024)

3.6.2 Smartphoneverslaving of social mediaverslaving

Over de diagnostiek is er nog discussie, maar de bezorgdheid bij wetenschappers en in de samenleving is groot. Het ontwerp en de opzet van social media-toepassingen en van de smartphone als drager, maakt dat hier steeds meer tijd wordt aan besteed. Het gebruik kan een negatieve impact hebben op ander levensdomeinen. Er kunnen problemen ontstaan in onze relaties met anderen of engagementen worden niet nagekomen (school, werk). In extreme gevallen (waarbij factoren uit het mens, middel, milieu-model een rol spelen) kan dit leiden tot een gedragsverslaving.

Bepalend bij de kenmerken van het 'middel' zijn de dark patterns in het behavioural design van de toepassingen. Het behavioural design slaat op de wijze waarop het ontwerp van de toepassing ons gedrag stuurt, volgens het patroon dat de ontwerper wenste. Het dark pattern stuurt ons gedrag in het nadeel van onszelf en kan bijvoorbeeld verslaving in de hand werken of doet ons aankopen doen die we eigenlijk niet willen. Door het bewuste ontwerp van de toepassing (rol van de industrie) brengen we meer tijd door op de app dan goed voor ons is, geven we meer geld uit dan wenselijk, keren steeds weer naar de app terwijl we eigenlijk iets anders wilden/hadden moeten doen (Montag, et al., 2024; Montag, Lachmann, Herrlich, & Zweig, 2019; Bozzola, et al., 2022; Van Rooij, Birk, Van der Hof, Ouburg, & Van Hilten, 2021)

3.6.3 E-sports als sterkst groeiende pijler in de videogame-industrie

E-sports is een van de sterkst groeiende pijlers van de videogame industrie. Esports zijn digitale, georganiseerde competitieve videospellen in een virtuele omgeving waarbinnen mentale (en in mindere mate ook coördinatie-) vaardigheden worden uitgeoefend om een overwinning te behalen op basis van algemeen aanvaarde regels. De regels van de competitie worden bepaald door de software van het computerspel (dus door het bedrijf dat het spel ontwikkelt) en eventueel bijkomende externe reglementen, al dan niet opgelegd door de wedstrijdorganisator. Esports worden online of op evenementenlocaties door individuele spelers of teams gespeeld. Vaak zijn de spelers op grotere toernooien (semi-)professioneel actief. (Sport Vlaanderen, 2023)

In 2022 bedroegen de inkomsten uit e-sports wereldwijd 1,4 miljard USD. In 2022 keken 271 miljoen mensen meer dan een keer per maand naar e-sports. De e-sportssector heeft zich op korte termijn ontwikkeld tot een belangrijke economische speler, door de nauwe verwevenheid met de gamingsector. Door de grote invloed op de jeugd, heeft de sector echter ook een grote maatschappelijke impact. Voor de sportsector kan

deze impact een bezorgdheid zijn, aangezien een ongenueanceerde promotie voor esports sedentair gedrag in de hand kan werken, wat haaks staat op de doelstellingen van een sportbeleid. (VAD, 2023)

3.6.4 Toename van gesimuleerd gokken

Vlaamse jongeren komen steeds vaker in aanraking met gesimuleerd gokken. Dit verwijst naar het vervagen van de grenzen tussen gamen en gokken en kan verschillende vormen aannemen, zoals *social casino games*, *esports betting*, *skin betting*, en *lootboxes*.

Social casino games zijn online spellen die de elementen van kansspelen simuleren, zoals poker, roulette en slots. Spelers gebruiken virtuele munten of fiches om te spelen, waardoor het een laagdrempelige manier is om de ervaring van gokken te beleven. Zo heeft 8,7% van de jongeren ooit geld uitgegeven in een social casino game, zoals Zynga Poker.

Esports betting houdt in dat spelers geld inzetten op de uitkomsten van professionele videogamecompetities, vergelijkbaar met traditioneel sportwedenschappen, maar dan binnen de wereld van e-sports. *Skin betting* verwijst naar het inzetten van virtuele items (skins) die worden gebruikt om het uiterlijk van een personage of wapen in een game te veranderen. Deze items kunnen waarde hebben in een virtuele marktplaats en ingezet worden in gokachtige spellen of geruild worden voor echt geld. Bijna 10% van de jongeren heeft al eens deelgenomen aan esports betting, terwijl 18% zich heeft gewaagd aan skin betting.

Lootboxes zijn virtuele pakketten die spelers in een game kunnen kopen, vaak zonder vooraf te weten wat ze bevatten. De inhoud varieert van cosmetische upgrades tot meer waardevolle in-game items. De aankoop van lootboxes kan worden gezien als een vorm van kansspel vanwege het onvoorspelbare karakter van de beloningen. Meer dan de helft van de jongeren (51,6%) heeft al eens een gratis lootbox geopend, en ongeveer 25% van hen heeft zelfs geld betaald om een lootbox te openen. Van deze groep probeert 14,8% hun inzet terug te winnen door items uit geopende lootboxes door te verkopen.

Uit onderzoek blijkt dat er een positief verband bestaat tussen gamen en gesimuleerd gokken: hoe langer een jongere gemiddeld gamet, hoe vaker die aan gesimuleerd gokken doet. Hoe hoger de jongere scoort op de gameverslavingsschaal, hoe vaker die betrokken is bij vormen van gesimuleerd gokken. (Gam(e)(a)ble, 2022)

3.6.5 Federaal beleidsactieplan 2022-2028 omtrent gokverslaving

Het Beleidsactieplan gokverslaving 2022-2028 omvat een geïntegreerd actieplan dat als doel heeft om – zowel op vlak van vraag als aanbod – gecoördineerde maatregelen te nemen ter bescherming van de speler om te voorkomen dat het aantal problematische gokkers toeneemt en om problematische gokkers een adequaat zorgaanbod te kunnen bieden. Hiervoor wordt onder meer gekeken naar maatregelen op vlak van regelgeving, omgevingsinterventies, educatie en zorg en begeleiding (incl. zelfhulp).

De operationele doelstellingen in het beleidsactieplan kunnen opgedeeld worden in 3 types van maatregelen:

- Preventieve maatregelen om te voorkomen dat het aantal problematische gokkers toeneemt zoals het versterken van educatie of het beperken van gok- en spelmogelijkheden.
- Maatregelen om problematische gokkers een adequaat zorgaanbod te kunnen bieden zoals versterken van de behandelmogelijkheden en het verlagen van drempels tot hulpverlening.
- Maatregelen ter bevordering van de monitoring van de problematiek zoals het stimuleren van wetenschappelijk onderzoek of het verbeteren van de monitoring van de prevalentie van gokverslaving en de registratie van zorgnoden

Het actieplan is geïntegreerd in een bredere gezondheidsstrategie en houdt rekening met sociale ongelijkheden en gendergerelateerde verschillen bij de aanpak van gokverslaving. (Algemene Cel Drugsbeleid - permanente coördinatie, 2022)

3.7 GEESTELIJKE GEZONDHEIDSBEVORDERING

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

In kader van deze opdracht werd door LUCAS een onderzoek uitgevoerd naar determinanten voor GGB per levensfase, enerzijds op basis van de literatuur, anderzijds op basis van input van een stakeholdergroep. Het resultaat hiervan is te vinden in Tabel 1.

Vanuit deze determinanten is duidelijk te zien dat GGB wordt beïnvloed door tal van factoren en determinanten die een connectie vertonen met de reeds besproken **algemene trends**, alsook met trends van **andere thema's**. Hierbij denken we onder meer aan: maatschappelijke kwesties en berichtgeving, beschikbaarheid van digitale apps, toename van het gebruik van sociale media, werk op afstand en hybride werkomgeving, toenemende eenzaamheid, toenemende gezondheidsongelijkheid,...

Deze factoren worden niet opnieuw afzonderlijk besproken in kader van GGB, maar deze vormen relevante trends om verder op te volgen in functie van toekomstig beleid.

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

Tabel 1. Overzicht van prioritair, belangrijke en aanvullende determinanten per levensfase.

	Perinatale periode	Kinderen en jongeren	Volwassenen	Ouderen
1A	- Veerkracht- & coping vaardigheden - Psychosociaal welzijn van ouders - Sociale steun, sociaal netwerk & verbondenheid - Levensstijl & gezondheidsgedrag	- Sociaal-emotionele vaardigheden - Gezinsrelaties - Van belang zijn & gehoord worden - Sociale steun, sociaal netwerk & verbondenheid	- Veerkracht- & coping vaardigheden - Kwaliteitsvol werk hebben - Sociale steun, sociaal netwerk & verbondenheid - Stigma & discriminatie	- Sociale steun, sociaal netwerk & verbondenheid - Betekenisvolle activiteiten & vrijwilligerswerk - Verlieservaringen & transitiemomenten - Mantelzorg (risicogroep)
1B	- Combinatie werk-gezin	- Fysieke omgeving & openbare ruimte - Leerkansen & succeservaringen	- Maatschappelijke druk & verwachtingen	- Autonomie & ageing in place - Fysieke omgeving, openbare ruimte
2A	- Zorgzaam ouderschap & opvoeding	- Fysieke activiteit - Pesten - Transitiemomenten & -fases - Bespreekbaarheid geestelijke gezondheid, mental health literacy	- Gezinsrelaties - Levensstijl, gezondheidsgedrag - Betekenisvolle activiteiten & vrijwilligerswerk - Bespreekbaarheid geestelijke gezondheid, mental health literacy	- Van belang zijn, gehoord worden
2B		- Maatschappelijke druk & verwachtingen - Angst over maatschappelijke thema's (klimaat, oorlog...)	- Angst over maatschappelijke thema's (klimaat, oorlog...) - Spiritualiteit, geloof, zingeving - Zorgzame buurtwerking	-
3A		- Schoolstress, academische druk - Negatieve ervaringen in de kindertijd (risicogroep)	- Mantelzorg (risicogroep)	- Spiritualiteit, geloof, zingeving
1A = Prioritair volgens stakeholders, evidentie in literatuur 1B = Prioritair volgens stakeholders, beperkte evidentie in literatuur 2A = Belangrijk volgens stakeholders, evidentie in literatuur 2B = Belangrijk volgens stakeholders, beperkte evidentie in literatuur 3A = Aanvullend volgens stakeholders, evidentie in literatuur				

Bron: Beleidsplan GGB

3.8 VAL- EN FRACTUURPREVENTIE

3.8.1 Complex samenspel van risicofactoren voor valincidenten en gerelateerde letsels: Een blijvende uitdaging

Valincidenten worden veroorzaakt door een combinatie van verschillende factoren. Biologische factoren zijn bijvoorbeeld leeftijd, fysieke of cognitieve achteruitgang en chronische aandoeningen. Gedragmatige factoren omvatten risicogedrag, medicatiegebruik en onvoldoende lichaamsbeweging. Ook omgevingsfactoren kunnen bijdragen, zoals slechte verlichting en gebrekkige voetpaden. Daarnaast spelen sociaaleconomische factoren een rol, zoals een laag inkomen, een laag opleidingsniveau en beperkte toegang tot gezondheidszorg. (Vlaeyen, Milisen, Vandervelde, Valy, & Poels, 2022; Montero-Odasso, Van der Velde, Martin, Milisen, & Vlaeyen, 2022)

De oorzaken van valincidenten zijn vaak multifactorieel, wat betekent dat ze voortkomen uit een complexe wisselwerking van verschillende (risico)factoren. Daarnaast neemt het risico om te vallen toe naarmate meer valrisicofactoren aanwezig zijn en stijgt bovendien met de leeftijd: hoe ouder iemand is, hoe groter de kans op vallen (Milisen K. , Leysens, Vanaken, & Poels, 2017; Vlaeyen, Milisen, Vandervelde, Valy, & Poels, 2022). Door de vergrijzing van de bevolking (zie hoofdstuk [2.1.2](#)) en de toename van multimorbiditeit (zie hoofdstuk [2.3.2.2](#)), polyfarmacie en kwetsbaarheid onder oudere personen, zal het aantal valincidenten en de bijbehorende verwondingen naar verwachting blijven stijgen. (Montero-Odasso, Van der Velde, Martin, Milisen, & Vlaeyen, 2022)

3.8.2 Uitdagingen i.v.m. de implementatie van multifactoriële valpreventie interventies

Door het complexe samenspel van de verschillende factoren die bijdragen aan het valrisico bevelen zowel nationale als internationale richtlijnen multifactoriële valpreventie interventies aan als de meest effectieve aanpak. (Milisen K. , Leysens, Vanaken, & Poels, 2017; Montero-Odasso, Van der Velde, Martin, Milisen, & Vlaeyen, 2022; Hopewell, et al., 2018; Milisen K. , Leysens, Vanaken, & Poels, 2017) Multifactoriële interventies combineren twee of meer interventies op maat van het individueel valrisico van de oudere persoon. (Lamb, Jorstad-Stein, Hauer, & C., 2005)

Uit systematisch literatuuronderzoek blijkt dat een multifactoriële valpreventie aanpak het aantal valincidenten en het aantal herhaaldelijke valls in woonzorgcentra significant kan verminderen. (Vlaeyen et al. 2015; Vlaeyen et al. in druk) Daarnaast toont onderzoek aan dat multifactoriële interventies effectief zijn in het verminderen van het aantal valincidenten per persoon per jaar bij thuiswonende ouderen. Multifactoriële interventies worden in richtlijnen ook aanbevolen om het risico op valgerelateerde fracturen en andere letsels te verminderen. (Milisen et al, 2017; Montero-Odasso et al. 2022; Vlaeyen et al, in druk)

Het implementeren van multifactoriële valpreventie interventies blijft, ondanks de aanbevelingen, een uitdaging omwille van de complexiteit. In de praktijk worden interventies in de thuissetting niet (of niet altijd) toegepast omwille van verschillende determinanten zoals een gebrek aan kennis, motivatie, hoge werkdruk, en beperkte financiële middelen. (Vandervelde et al. 2024) Ook in woonzorgcentra is de implementatie van deze interventies van cruciaal belang om te kunnen spreken van een effectief valpreventiebeleid. Belemmerende factoren die kunnen optreden zijn onder andere gebrek aan kennis en deskundigheid van valpreventie, tekort aan personeel en gebrek aan communicatie. (Vlaeyen et al. 2017)

3.8.3 Mogelijkheden en beperkingen van zorgdomotica in valpreventie

Zorgdomotica wordt gedefinieerd als “elektronische communicatie tussen allerlei elektronische toepassingen in de woning en woonomgeving ten behoeve van bewoners en dienstverleners, waardoor patiënten en/of bewoners in hun eigen omgeving verzorgd, ondersteund, gediagnosticeerd, behandeld en gemonitord kunnen worden.” Zowel internationaal als in Vlaanderen is zorgdomotica aan een opmars bezig en kent het erg uiteenlopende toepassingen, ook binnen de zorg voor oudere personen. (Montero-Odasso, Van der Velde, Martin, Milisen, & Vlaeyen, 2022; Van Hoof, 2012; Stavropoulos, Papastergiou, Mpaltadoros, Nikolopoulos, & Kompatsiaris, 2020;)

personen te verhogen, gedragsverandering te stimuleren en het aantal valincidenten te reduceren. Een studie toont aan dat 'Stepping On' het aantal valincidenten met 31% kan verminderen. (Clemson, et al., 2004) Voor Vlaanderen werd het programma aangepast en vertaald op basis van een contextanalyse en literatuurstudies (Vandervelde, et al., 2023; Vandervelde, et al., 2024), waarna de inhoud in samenwerking met eerstelijnszone 'Schelde en Leie' werd ontwikkeld en door een stakeholdersgroep gevalideerd. (Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen, sd)

De groepssessies vinden plaats gedurende zeven opeenvolgende weken, met wekelijkse bijeenkomsten van twee uur in bijvoorbeeld lokale dienstencentra binnen de eerstelijnszone. Het programma is opgebouwd rond de principes van ervaringsgericht leren, het delen van verhalen/ervaringen, faciliteringstechnieken en motiverende gespreksvoering. Tijdens de sessies worden verschillende valrisicofactoren als thema's uitvoering besproken, zoals verminderde spierkracht, problemen met het evenwicht, onveilige omgeving, onaangepast schoeisel. (Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen, sd)

De eerste preliminaire resultaten van de pilootstudie zijn bijzonder positief. In totaal werden er in 2023-2024 19 groepsprogramma's georganiseerd, waarbij 188 oudere personen geïncludeerd zijn in de studie. De resultaten van de mixed methods studie toonde een hoge opkomst en minimale uitval, met significante verbeteringen in fysieke activiteit, valpreventiegedrag en algehele balans, kracht en mobiliteit bij oudere personen. Het groepsprogramma werd als haalbaar en acceptabel geëvalueerd. (Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen, sd) De vergrijzing (zie hoofdstuk [2.1.2](#)) en de stijgende prevalentie van multimorbiditeit (zie hoofdstuk [2.3.2.2](#)) bij oudere personen benadrukken de noodzaak voor de implementatie van groepsprogramma's, zoals 'Bewust krachtig (be)staan', binnen de thuissetting. De toenemende complexiteit van zorg bij thuiswonende oudere personen, gecombineerd met een tekort aan zorgverleners (zie hoofdstuk [2.6.3.1](#)) en de beperkte capaciteit om op individuele zorgnoden in te spelen, onderstreept eveneens de relevantie van groepsprogramma's die gebruikmaken van de principes achter het groepsprogramma van het BE-EMPOWERed programma.

3.9 MONDGEZONDHEID

3.9.1 Toenemende zorgbehoefte en complexiteit van mondzorg

Vergrijzing van de bevolking en de uitbreiding van mogelijkheden voor tandbehoud of tandvervanging leiden tot meer en complexere zorgbehoefte op vlak van mondgezondheid. Ook de toename van multimorbiditeit en de gevolgen hiervan op medicatiegebruik en fysieke gezondheid hebben een invloed op de mondgezondheid bij ouderen. Daarnaast hebben ouderen vaker moeite met zelfzorg, wat hun risico op mondproblemen vergroot. Dit vraagt om een multidisciplinaire benadering in de zorg, waarbij mondzorgprofessionals nauw samenwerken met andere zorgverleners. Ook de noodzaak voor gerichte preventie, voorlichting en toegankelijke zorg neemt hierdoor toe (World Health Organization, 2020; Janssens, Janssens, De Witte, & Visser, 2019)

3.9.2 Meer aandacht voor preventieve mondzorg

De noodzaak voor een preventiebeleid in functie van een goede mondgezondheid als essentieel onderdeel van een goede algemene gezondheid wordt meer en meer erkend, zowel op nationaal als op internationaal vlak. Met de uitwerking van de 'Global Strategy for Oral Health' laat de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) zien dat zij de wereldwijde ziektelast van mondaandoeningen als een urgent maatschappelijk gezondheidsprobleem erkent, met een sterke impact op maatschappij, economie en milieu (World Health Organization, 2024). Met de inkanteling van het thema in de Vlaamse gezondheidsdoelstelling sinds 2022 heeft de Vlaamse overheid laten zien dat preventieve mondzorg ook een prioriteit vormt binnen het preventieve gezondheidsbeleid in Vlaanderen.

3.9.3 Sociale ongelijkheid

Ondanks de stijgende priorisering van preventie op vlak van mondzorg is nog altijd een sterke sociale ongelijkheid zichtbaar als het gaat om mondgezondheid en tandheelkundig zorggebruik. Zo nam het aantal regelmatige (preventieve) tandartsbezoeken in de bevolking tussen 2008 en 2018 stelselmatig toe, maar dit was niet gelijkmatig verdeeld. Het betrof vooral hogere-inkomensgroepen, terwijl het gebruik van

professionele mondzorg in de lagere inkomensgroepen stabiel bleef. (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020) Resultaten van de Gezondheidsenquête laten zien dat het mondhygiënegedrag van de Vlamingen is verbeterd sinds 2013, maar dat deze positieve trend veel sterker zichtbaar was bij hoger opgeleide mensen ten opzichte van mensen met een diploma lager onderwijs of zonder diploma. (Demarest, 2018)

3.9.4 Taakverschuiving via mondhygiënist

Het beroep van mondhygiënist is een relatief **nieuw gezondheidszorgberoep** in België. Het beroep heeft als doel de toegang tot preventieve, kwaliteitsvolle mond- en tandzorg te verbeteren en de tandartsen een ondersteuning te bieden door inzet van een voldoende gekwalificeerde zorgbeoefenaar.

Tot enkele jaren terug konden tandartsen geen handelingen inzake tandheelkunde delegeren of toevertrouwen. De mondhygiënist kan de tandartsen, tandartsen-specialisten en artsen-specialisten in de stomatologie (en de mond-, kaak- en aangezichtschirurgie) bijstaan in het bevorderen van de mondgezondheid van de Belgische bevolking. De uitoefening van het beroep van mondhygiënist bestaat uit autonome prestaties, technische prestaties op voorschrift en handelingen die door de (tand)arts worden toevertrouwd. De mondhygiënist stelt voornamelijk preventieve handelingen met het doel aandoeningen te voorkomen en desgevallend te genezen alsook het behouden of optimaliseren van de mondgezondheid. (Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2019)

Sinds 2022 is er ook een **nomenclatuur** voor mondhygiënist in werking getreden. Vanaf dat moment kan een mondhygiënist bepaalde verstrekkingen uitvoeren binnen het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. De mondhygiënist kan onder meer tewerkgesteld worden in de eerste lijn, in de praktijk van de tandarts, maar ook in ziekenhuizen, woonzorgcentra, rust- en verzorgingstehuizen, voorzieningen voor personen met beperkingen, voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg. (RIZIV-INAMI, 2022) Het optimaal inzetten van mondhygiënist, met aangepaste honorering van (preventieve) mondzorg binnen en buiten de reguliere praktijk (bv. het verlenen van extramurale zorg en gezondheidseducatie) dient nog verder gerealiseerd te worden, ook ter bestendiging van de werkkraft. De huidige terugbetalingsmogelijkheden van mondhygiënist laten het vandaag echter nog niet toe om hen een volwaardige plaats te geven in de maatschappelijke tandzorg.

3.9.5 Toename in vraag en daling van toegankelijkheid

Uit onderzoek – *De Tandartsen-workforce in 2041: toekomstproject op basis van de reële instroom tot 2020* – blijkt dat het toekomstige aanbod van tandartsen en de zorgbehoeften van de Belgische bevolking tussen 2016 en 2041 afhankelijk zal zijn van meerdere factoren waaronder demografische trends, beleidswijzigingen en de introductie van mondhygiënist. Op basis van meerdere scenario's werd een inschatting gemaakt van de toekomstige zorgvraag en -aanbod. Het basisscenario veronderstelt een voortzetting van historische trends zonder grote veranderingen, terwijl twee alternatieve scenario's zich richten op sociale gelijkheid in de toegang tot tandheelkundige zorg en territoriale convergentie. Ongelijkheden in de kans op regelmatige tandartsbezoeken worden waargenomen voor alle (financieel) kwetsbare bevolkingsgroepen, en in het bijzonder voor personen in huishoudens met ernstige materiële deprivatie.

De studie toont aan dat zonder de instroom van buitenlands opgeleide tandartsen het aantal tandartsen per 10.000 inwoners in de Vlaamse Gemeenschap zal dalen. In 2041 ligt de VTE-dichtheid (voltijdsequivalenten) lager dan in het basisscenario. De introductie van mondhygiënist zou het aantal tandartsen in de gezondheidszorg weliswaar doen toenemen, maar veranderingen in arbeidspatronen, zoals een beter evenwicht tussen werk en privéleven, kunnen leiden tot een daling van het aantal VTE's. Bovendien zou een verbeterde toegang tot tandheelkundige zorg voor kwetsbare groepen de zorgvraag doen toenemen.

Uit de analyse van de alternatieve scenario's blijkt dat de gewogen VTE-dichtheid lager zal zijn dan in het basisscenario. De VTE-dichtheid van tandartsen per 10.000 inwoners zal naar verwachting dalen tot 2026-2031, waarna deze in de Vlaamse Gemeenschap weer licht stijgt. De scenario's van sociale gelijkheid en territoriale convergentie leiden echter tot een verdere daling van de VTE-dichtheid, wat uitdagingen suggereert voor de toekomstige toegang tot tandheelkundige zorg. (Cel Planning van het Aanbod van de

3.10 GEWICHT, LICHAAMSTEVREDENHEID EN EETSTOORNISSEN

In dit hoofdstuk wordt dieper ingegaan op trends met betrekking rond gewicht, lichaamstevredenheid en eetstoornissen. Dit hoofdstuk is nauw verbonden met de trends die besproken worden binnen het thema voeding.

3.10.1 Preventie en zorg bij eetstoornissen

In de interministeriële conferentie werd een nieuw plan afgesproken ter preventie en zorg van eetstoornissen bij jongeren, en in november 2023 werd in het protocolakkoord geïntegreerde zorg ook afgesproken om over alle overheden heen een beleid uit te werken ter preventie en zorg bij kinderen met obesitas. Vanuit Vlaanderen wordt er sinds 2008 bij de gezondheidsdoelstellingen, geïnvesteerd in doordachte preventie in alle settings waar jongeren leven via een versterkende groeigerichte benadering en een efficiënte vroegdetectie en vroege zorg.

In oktober 2021 werd, beleidsvoorbereidend een werkgroep eetstoornissen opgericht in de schoot van de COMMGGKJ, om een transversaal zorgmodel eetstoornissen uit te werken.

Op 14.09.22 verleende IMC haar akkoord met het voorgestelde transversaal zorgmodel eetstoornissen als proeftuin geïntegreerde zorg met uitbouw van preventie, vroegdetectie, gespecialiseerde ambulante zorg en gespecialiseerde derdelijnszorg. Deze aspecten worden in onderstaande alinea's toegelicht.

Uitbouw van preventie

Ter preventie van eet- en gewichtsproblemen wordt door alle overheden en door alle professionals éénzelfde gezondheidsboodschap verspreid in alle leefcontexten: Alle communicatie die aanzet tot gewichtsfocus, lichaamsontevredenheid en stigmatisering op basis van uiterlijk wordt gebannen. Gezondheidsboodschappen richten zich op het ontwikkelen van gezonde eetcompetenties, een evenwichtig beweeggedrag met regelmatig onderbreken van zittijd, groeien in lichaamstevredenheid, zelfwaardering, emotieregulatie, en verbondenheid. Alle beleidsniveaus, eerstelijnszones, de logo's, de gemeentes, onderwijs, de organisaties met terreinwerking, ... nemen deze brede gezondheidsbevordering mee in hun jaarplannen.

Uitbouw vroegdetectie, vroegbegeleiding en verwijzing

Medewerkers op vindplaatsen van kwetsbare jongeren (zoals huisartsen, scholen, sociale media...) en in de ambulante eerste lijn GGZ krijgen opleiding en ondersteuning om vroeg in te grijpen bij beginnende eetproblemen. Lokale samenwerkingsverbanden stimuleren standaard bevraging van eetgedrag en lichaamstevredenheid binnen gezonde leefstijl. Een stappenplan voor vroegdetectie, triage en begeleiding wordt verspreid via klinische orthopedagogen, huisartsenkringen- en psychologenkringen. Vindplaatsen werken samen met het federale en deelstatelijke ambulante zorgaanbod. De werkgroep vraagt financiële tussenkomst voor noodzakelijke ambulante zorg. Het nieuwe psychologische zorgaanbod moet snel toegankelijk zijn voor jongeren met risico op eetstoornissen. Jongeren en hun omgeving worden snel toegeleid naar passende zorg, inclusief familieondersteuning en ervaringsdeskundigen. Ernstigere problemen krijgen snel toegang tot gespecialiseerde zorg, met opstart binnen een maand en gegarandeerde zorgcontinuïteit. Voor zorgmijders kunnen eerstelijnspsychologen outreachend werken. Professionals worden ondersteund via overleg en coaching met specialisten binnen GGZ-netwerken. Sinds 2022 zijn er provinciale CGG-ankers eetstoornissen en een overkoepelende advieslijn actief. Een inbelpunt voor verwijshulp, opgezet door het kenniscentrum, helpt patiënten en families binnen 48u verder.

Gespecialiseerde ambulante zorg

Er wordt gewerkt aan flexibele zorg op maat, met meer diversiteit: groepssessies, contextgerichte hulp, re-integratie rond werk, en betrokkenheid van CGG-, crisis- en mobiele teams. Outreachend werken bij crisissen moet mogelijk zijn. De werkgroep vraagt om per provincie minstens een ambulante basisaanbod MFT te voorzien, aanvullend op het residentiële intensieve MFT-aanbod.

Referentieteams eetstoornissen worden uitgebouwd ter ondersteuning van gespecialiseerde therapie. Deze teams, met o.a. een (kinder)psychiater, psycholoog, diëtist, somatisch specialist en verpleegkundige, bieden expertise aan wanneer ambulante teams extra ondersteuning nodig hebben. Ze helpen tijdelijk bij intensievere zorg, zodat het oorspronkelijke team de begeleiding kan verderzetten. Ook AZ-teams, pediatrieafdelingen en jeugdhulp kunnen op deze supportteams rekenen voor aanvullende expertise.

- Dagtherapie bevordert de overgang naar de thuisomgeving, met deeltijdse opname (tot 3 uur/dag) en flexibele formules (ochtend-, avondaanbod, korte opnames, familie- of thuishtherapie). Zo wordt zorg op maat mogelijk.
- Intensieve familietherapie (MFT) versterkt de context en bevordert duurzaam herstel. Ze kan worden ingezet voor, tijdens of na opname, individueel of in groepsvorm.

Vanaf februari 2024 is er terugbetaling voorzien voor zorgtrajecten voor jongeren tot 23 jaar met een eetstoornis (anorexia nervosa, boulimia nervosa of binge eating disorder). Jaarlijks worden 20 sessies bij gespecialiseerde eerstelijnspsychologen en 15 sessies bij gespecialiseerde diëtisten terugbetaald, binnen een multidisciplinair behandelplan onder leiding van een arts. Hooggespecialiseerde supportteams binnen de netwerken GGKJ ondersteunen het volledige ambulante zorgaanbod, zodat jongeren in hun eigen leefomgeving kunnen worden behandeld en ziekenhuisopnames zoveel mogelijk vermeden worden. Deze aanpak past binnen de bredere uitbouw van een geïntegreerd, evidence-based zorgmodel, dat flexibel inspeelt op de psychologische, lichamelijke, voedings- en functionele noden van jongeren. Het zorgaanbod wordt afgestemd op de evolutie van hun behoeften, met ondersteuning vanuit gespecialiseerde netwerken en zorgverleners.

OMGEVINGSANALYSE 59

3.10.3 Impact van settinggericht werken

Vanuit de Vlaamse overheid is er conform de aanbevelingen sterke wil om verder settinggericht in te zetten op het uitwerken van een goede biotoop voor kinderen en jongeren, met versterken bij de brede psychosociale groei, gerichte vroegdetectie en begeleiding wanneer nodig.

- In alle settings rond kinderen en jongeren is er een beleid dat een brede psychosociale en fysieke gezonde groei wil ondersteunen (gewichtsfocus is vervangen op een gezonde groeifocus) met doordachte individuele communicatie en bejegening en met een omgevingsgericht beleid ter versterken van gezonde leefstijlkeuzes.
- Zowel CLB-teams, Consultatiebureaus Opgroeien volgen groei op met een zeer sterk bereik van alle kinderen en jongeren (94% in CLB). Bij signalen van haperende gewichtsgroei wordt een passende leidraad gevolgd.

Een beleidsondersteunende werkgroep is sinds begin 2024 aan het werk ter verdere uitwerking van een gerichte beleidsaanpak rond vroegdetectie en vroege zorg bij obesitas voor kinderen en jongeren als Vlaamse inbreng bij het protocolakkoord geïntegreerde zorg obesitas bij kinderen.

3.10.4 Impact van sociale media

Bij de algemene trends werd de rol van sociale media reeds kort aangehaald (zie hoofdstuk 2.4.1), waaronder de impact van sociale media op levensstijl.

Via deze sociale media worden we in toenemende mate blootgesteld aan ideaalbeelden. Inhoudsanalyses geven aan dat thinspiration inhouden (inhouden die manieren weergeven om mager te zijn) en fitspiration inhouden (inhouden die manieren weergeven om fit en gespierd te zijn) frequent voorkomen op sociale media. (Ging & Garvey, 2018; Tiggemann & Zaccardo, 2016) Ook boodschappen die naar anorexia of boulimie verwijzen komen voor op sociale media. (Pila, Mond, Griffiths, & Mitchison, 2017) Maar liefst 47% van de jongeren geeft aan te worden blootgesteld aan thinspiration of boodschappen die te maken hebben met anorexia of boulemie. (Vanwynsberghe, et al., 2022)

Uit onderzoek blijkt dat blootstelling aan zulke sociale media inhouden een risicofactor vormt in het ontwikkelen van een negatief lichaamsbeeld, eetproblemen, eetstoornissen, en een algemeen slecht mentaal welzijn bij zowel vrouwen (Dane & Bhatia, 2023; Holland & Tiggemann, 2016) als mannen (Paulsen, 2021).

Jongeren met een positief lichaamsbeeld zijn weerbaarder tegen de negatieve invloed van geïdealiseerde sociale mediabeelden. (Evens, Stutterheim, & Allewa, 2021; Holmqvist & A., 2012) Een lichaamsbeeld is het beeld dat je hebt over je lichaam. Het wordt enerzijds bepaald door hoe je eruitziet (je geslacht, maten, leeftijd, huidskleur etc.) maar ook door hoe je je lichaam beleeft. Een positief lichaamsbeeld betekent dan dat je de volgende vaardigheden bezit (Tylka & Wood-Barcalow, 2015): lichaamsappreciatie, lichaamsacceptatie, breed definiëren van schoonheid, zorg dragen voor je lichaam, je goed in je vel voelen, informatie filteren, Dit laatste aspect sluit aan bij een andere beschermende factor die jongeren kunnen aanwenden om zich weerbaarder op te stellen: sociale mediawijsheid. Sociale mediawijsheid bestaat uit twee soorten vaardigheden: cognitieve vaardigheden (kritische kennis en attitudes) en affectieve vaardigheden (emotieregulatie). Jongeren met een positief lichaamsbeeld zijn weerbaarder tegen de negatieve invloed van geïdealiseerde sociale mediabeelden. (Evens, Stutterheim, & Allewa, 2021; Holmqvist & A., 2012). Een lichaamsbeeld is het beeld dat je hebt over je lichaam. Het wordt enerzijds bepaald door hoe je eruitziet (je geslacht, maten, leeftijd, huidskleur etc.) maar ook door hoe je je lichaam beleeft. Een positief lichaamsbeeld betekent dan dat je de volgende vaardigheden bezit (Tylka & Wood-Barcalow, 2015): lichaamsappreciatie, lichaamsacceptatie, breed definiëren van schoonheid, zorg dragen voor je lichaam, je goed in je vel voelen, informatie filteren, Dit laatste aspect sluit aan bij een andere beschermende factor die jongeren kunnen aanwenden om zich weerbaarder op te stellen: sociale mediawijsheid. Sociale mediawijsheid bestaat uit twee soorten vaardigheden: cognitieve vaardigheden (kritische kennis en attitudes) en affectieve vaardigheden (emotieregulatie).

3.10.5 Belang van lichaamstevredenheid

Bijna de helft (46,9%) van de jongeren is ontevreden over het eigen lichaam: 30,7% vindt zichzelf te dik, 16,2% te mager. Bovendien zegt 37% (en 47,5% van de meisjes) een dieet te volgen of te willen volgen, hoewel slechts 13,4% effectief overgewicht heeft (HBSC-studie). Veel jongeren maken zich dus onnodig zorgen over hun gewicht. Ongezond diëten of sterk focussen op gewicht verhoogt het risico op obesitas en eetstoornissen. (Stice, Marti, & Durant, 2011; Neumark-Sztainer, Paxton, Hannan, Haines, & Story, 2006)

Investeren in lichaamstevredenheid kan dit risico verlagen. Het project *Appearance Matters* (Europa, 2017) benadrukte al het belang van positieve lichaamservaringen als beschermende factor tegen mentale en fysieke problemen. Lichaamstevredenheid beïnvloedt rechtstreeks het zelfbeeld en verlaagt het risico op depressie, angst en eetstoornissen. (Levine & Piran, 2019)

Lichaamsbeeld – de percepties, gedachten en gevoelens over het eigen lichaam – heeft een grote impact op de psychosociale gezondheid van jongeren. (Bearman, Presnell, Martinez, & Stice, 2006)

Het gaat hierbij niet enkel om afwezigheid van ontevredenheid, maar om een actief opgebouwd, veelzijdig begrip: appreciatie, aanvaarding, comfort, en het waarderen van het lichaam op basis van functionaliteit (Grogan, 2016). Gezien de brede impact is het cruciaal om preventieve programma's te ontwikkelen die hierop inzetten. Onderzoek toont aan dat interventies die verschillende aspecten van lichaamstevredenheid bevorderen – zoals lichaamsappreciatie, lichaamsfunctionaliteit en sociale mediawijsheid – veelbelovende resultaten opleveren. (Cash & Pruzinsky, 2002).

Samengevat, door jongeren vroegtijdig vaardigheden aan te leren om hun eigen lichaam te kunnen omarmen, kunnen fysieke en psychosociale problemen op latere leeftijd voorkomen worden. Dit benadrukt de noodzaak om lichaamstevredenheid op te nemen in preventieve gezondheidsprogramma's voor jongeren

4 BRONNEN

- World Health Organization. (2024). *Global strategy and action plan on oral health 2023–2030*. Geneva.
- Abu-Omar, K., Chevance, G., Tcymbal, A., Gelius, P., & Messing, S. (2023). Physical activity promotion, human and planetary health – a conceptual framework and suggested research priorities. *The Journal of Climate Change and Health*.
- Agentschap Integratie & Inburgering. (2024). *Jaarrapport inburgering 2023*. Opgehaald van Agentschap Binnenlands Bestuur: https://assets.vlaanderen.be/image/upload/v1720185611/jaarrapport_inburgering_2023_y3jblz.pdf
- Algemene Cel Drugsbeleid - permanente coördinatie. (2022). *Gokverslaving Beleidsactieplan 2022-2028*. Algemene Cel Drugsbeleid - permanente coördinatie.
- Algemene Cel Drugsbeleid - permanente coördinatie. (2022). *Interfederale strategie 2022-2028 voor een rookvrije generatie*. Opgehaald van Overlegorganen gezondheid België: https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/20220323_interfederale_strategie_tabak_basisnota_nl.pdf
- Algemene Cel drugsbeleid - Permanente coördinatie. (2023, maart). *overlegorganen.gezondheid.belgie*. Opgehaald van Interfederale strategie inzake schadelijk gebruik van alcohol 2023-2028: https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/20220323_interfederale_strategie_schadelijk_alcoholgebruik_basisnota_nl_3.pdf
- Artevelde Hogeschool - Comeos. (2024). *SMI Barometer*. Artevelde Hogeschool - Comeos.
- Barrel B., M., Stephanie, C. L., Sumbe, A., Case R., K., Mantey S., D., & Swan, S. (2022). Cannabis Vaping Among Youth and Young Adults: a Scoping Review. *Tobacco addiction*.
- Bearman, S. K., Presnell, K., Martinez, E., & Stice, E. (2006). The skinny on body dissatisfaction: A longitudinal study of adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(2), 217-229. Opgehaald van K., Presnell, K., Martinez, E., & Stice, E. (2006). The skinny on body dissatisfaction: A longitudinal study of adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(2), 217-229.
- Belgische Federatie van Voedselbanken. (2023). *Jaarverslag 2023*. Opgehaald van Foodbanks: https://foodbanks.be/dist/assets/img/upload/cont/jaarverslag-2023_file.pdf
- Blomme, E., Lambrechts, M.-C., Rosiers, J., & Peleman, K. (2024). Cocaïnepreventie in Vlaanderen: geen one size fits all. *Tijdschrift Verslaving & Herstel*.
- Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., & Van de Voorde, C. (2020). *De performantie van het Belgische gezondheidssysteem: evaluatie van de billijkheid – Synthese*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- Bozzola, E., Spina, G., Agostiniani, R., Barni, S., Russo, R., Scarpato, E., . . . Staiano, A. (2022). The Use of Social Media in Children and Adolescents: Scoping Review on the Potential Risks. *Int J Environ Res Public Health*, 19(16):9960. doi: 10.3390/ijerph19169960.
- Braekman, E., & Hermans, L. (2023). *Preventiebarometer: gezondheidsvaardigheden en verwachtingen rond gezondheidsbevordering en ziektepreventie*. Brussel: Sciensano.
- Brickwood K-J, W. A. (2020). Older adults' experiences of using a wearable activity tracker with health professional feedback over a 12-month randomised controlled trial. *DIGITAL HEALTH*.
- Brumagne, A., Dupuis, J., Thezée, D., Mannaerts, D., & Op de Beeck, S. (2024). *Naar een gezondheidsvaardige eerstelijns: lessen en aanbevelingen voor organisaties en beleid*. Brussel: Koning Boudewijnstichting.
- Carpentier, M., Daniëls, D., Desmedt, E., Gelderblom, A., & Van Dorsselaer, I. (2023). *Preventief gezondheidsbeleid in onderwijs*. Brussel: IDEA Consult.
- Cash, T. F., & Pruzinsky, T. (2002). *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: NY: Guilford Press.
- Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen, Dienst Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening, Directoraat-generaal Gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. (2022). *De Tandartsen-workforce in 2041: alternatieve projecties*

Clemson, L., Cumming, R., Ringdahl, H., Swann, M., Heard, R., & Taylor, K. (2004). The Effectiveness of a Community-Based Program for Reducing the Incidence of Falls in the Elderly: A Randomized Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(9):1487-94. doi: 10.1111/j.1532-5415.2004.52411.x.

Dane, A., & Bhatia, K. (2023). The social media diet: A scoping review to investigate the association between social media, body image and eating disorders amongst young people. *PLOS Global Public Health*, 3(3), e0001091-e0001091. doi:10.1371/journal.pgph.0001091.

De Alliantie voor een Rookvrije Samenleving. (2023). *Memorandum - Op weg naar een rookvrije generatie, Onze acht prioritaire aanbevelingen*. Brussel: De Alliantie voor een Rookvrije Samenleving.

De Bleser, A. (2024). *Gebruik van antipsychotica in woonzorgcentra*. Brussel: IMA Inter mutualistisch Agentschap.

De Marez, L., Sevenhant, R., Denecker, F., Georges, A., Wuyts, G., & Schuurman, D. (2023). *imec.digimeter 2022: Digitale trends in Vlaanderen*. Gent: imec.

De Marez, L., Sevenhant, R., Denecker, F., Georges, A., Wuyts, G., & Schuurman, D. (2024). *Imec digimeter 2023: digitale trends in Vlaanderen*. Imec.

De Ridder K, B. S. (2016). *Samenvatting van de resultaten: Voedselconsumptiepeiling 2014-2015*. Brussel: WIV-ISP.

Demarest, S. (2018). *Gezondheidsenquête 2018: Mondgezondheid*. Brussel: Sciensano.

Departement Landbouw en Visserij. (2022). *Go4Food, Een Vlaamse voedselstrategie voor morgen*. Brussel: Departement Landbouw en Visserij.

Departement Mobiliteit en Openbare Werken. (2024). *Onderzoek Verplaatsingsgedrag Vlaanderen - Analyserapport 2023*. Departement Mobiliteit en Openbare Werken.

Departement Onderwijs en Vorming. (2023). *Omgevingsanalyse van het beleidsdomein onderwijs*.

Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. (2020). *Vlaams Eenzaamheidsplan 2021-2024*.

Departement Zorg. (2024). *Beleidsplan geestelijke gezondheidsbevordering*. Departement Zorg.

Departement Zorg. (2024). *Gezondheidsdoelstelling milieugezondheidszorg*. Opgehaald van Departement Zorg: <https://zorg-en-gezondheid.be/per-domein/preventie/gezondheidsdoelstellingen-en-prioriteiten/gezondheidsdoelstelling-milieugezondheidszorg>

Ducol, L., Anciaux, A., Catellani, L., G., B., G., Nils, F., . . . Cougnon, L.-A. (2022). *Jongeren, Communicatie & Klimaat. Diversiteit van uitdagingen bij 15-24-jarigen in België*. UC Louvain en Federale Raad voor Duurzame Ontwikkeling.

EUDA. (2023, Oktober). *Spotlight on...Drug checking*. Opgehaald van [euda.europa: https://www.euda.europa.eu/spotlights/spotlight-drug-checking_en](https://www.euda.europa.eu/spotlights/spotlight-drug-checking_en)

EUDA. (2024). *European Drug report: New psychoactive substances – the current situation in Europe*. UEDA.

EUDA. (2024). *Europees Drugsrapport: Inzicht in de drugsituatie in Europa in 2024 – belangrijkste ontwikkelingen*. EUDA.

European Union Drugs Agency. (2023). *Migrants and drugs: health and social responses*. Opgehaald van EUDA: https://www.euda.europa.eu/sites/default/files/pdf/14102_en.pdf?354296

Europese Raad; Raad van de Europese Unie. (2024). *Van boer tot bord*. Opgehaald van <https://www.consilium.europa.eu/nl/policies/from-farm-to-fork/>

Evens, O., Stutterheim, S. E., & Allea, J. M. (2021). Protective filtering: A qualitative study on the cognitive strategies young women use to promote positive body image in the face of beauty-ideal imagery on Instagram. *Body Image*, 39, 40-52. doi:10.101.

Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen. (sd). *BE-EMPOWERed pilootproject*. Opgehaald van Valpreventie: <https://www.valpreventie.be/be-empowered-pilootproject>

Federaal Planbureau. (2022). *Bevolkingsvooruitzichten 2022-2070*. Opgehaald van https://www.plan.be/databases/data-35-nl-bevolkingsvooruitzichten_2022_2070

Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg en Unia. (2021). *Socio-economische Monitoring. Arbeidsmarkt en origine 2022*. Brussel: Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg en Unia, Interfederaal Gelijkekansencentrum. Opgehaald van https://werk.belgie.be/sites/default/files/content/publications/NL/Socio-economische_monitoring_2022.pdf

- Fiers, S., & Braekman, E. (2023). *Preventiebarometer: eetgedrag*. Brussel: Sciensano.
- Florence, C., Bergen, G., Atherly, A., Burns, E., Stevens, J., & Drake, C. (2018). Medical Costs of Fatal and Nonfatal Falls in Older Adults. *Am Geriatr Soc.*, 66(4):693-8. doi: 10.1111/jgs.15304.
- Foodbanks. (2024, Februari). *Bijna 214.000 mensen deden in 2023 beroep op de hulp van de Belgische Federatie van Voedselbanken*. Opgehaald van foodbanks: <https://www.foodbanks.be/nl/pers/28/2024-02-02/bijna-214-000-mensen-deden-in-2023-beroep-op-de-hulp-van-de-belgische-federatie-van-voedselbanken>
- Gam(e)(a)ble. (2022). *Gam(e)(a)ble: 10 wist-je-datjes*. KU Leuven, UGent, UCLL, LUCA School of Arts.
- Gerken, S., Lefèvre, M., / Bouckaert, N., Levy, M., Maertens de Noordhout, C., Obyn, C., . . . Meeus, P. (2024). *Performantie van het Belgische gezondheidszorgsysteem: rapport 2024*. KCE: KCE R EPORT 376.
- Gerken, S., Lefèvre, M., Bouckaert, N., Levy, M., Maertens de Noordhout, C., Obyn, C., . . . Meeus, P. (2024). *Performantie van het Belgische gezondheidssysteem: rapport 2024*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). KCE Reports 376As. DOI: D/2024/10.273/42.
- Gezond België. (2024). *Zorg voor mensen met een chronische ziekte*. Opgehaald van Gezond België: <https://www.gezondbelgie.be/nl/performantie-van-het-belgische-gezondheidssysteem/specifieke-zorgdomeinen/chronische-zorgen>
- Ging, D., & Garvey, S. (2018). 'Written in these scars are the stories I can't explain': A content analysis of pro-ana and thinspiration image sharing on Instagram. *New Media & Society*, 20, 1181-1200. doi:10.1177/1461444816687288.
- Gondola. (2023, Oktober 18). *Voedingsbudget gezinnen stijgt met ruim kwart in twee jaar tijd*. Opgehaald van Gondola: <https://www.gondola.be/nl/news/voedingsbudget-gezinnen-stijgt-met-ruim-kwart-twee-jaar-tijd>
- Grogan, S. (2016). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women, and children*. Routledge.
- Guariguata, L., Nayani, S., De Pauw, R., & Devleesschauwer, B. (2023). Evaluating achieving tobacco control targets in Belgium using modelled projections. *The European Journal of Public Health*, 33(Suppl 2):ckad160.581. doi: 10.1093/eurpub/ckad160.581.
- Guesens, F., & Beullens, K. (2023). Therefore I am: Exposure to Alcohol References on Social Media, but Not on Traditional Media, Is Related to Alcohol Consumption via Drinking and Non-Drinking Identity. *Health Communication*, 402-410.
- Hay, P., Chinn, D., Forbes, D., Madden, S., Newton, R., Sugenor, L., . . . Ward, W. (2014). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry vol.* , Vol 48, p. 977-1008.
- Hennissen, V. (2025). *Praktische Richtlijn Samenwerken in de Gezondheids- en Welzijnszorg*. Gent: Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek.
- Hilde Heynen, M. D. (2024). *Naar een levensbestendig woonlandschap in Vlaanderen. Over vergrijzing, zorg en wonen*. Leuven: Leuven Institute for Advanced Study.
- Hoge Gezondheidsraad. (2020). *Nieuwe tabaksproducten: Heated tobacco products*. Opgehaald van Hoge Gezondheidsraad: <https://www.sciensano.be/nl/biblio/advies-nr-9538-nieuwe-tabaksproducten-heated-tobacco-products>
- Hoge Gezondheidsraad. (2024, Maart). *Maatregelen om de schade van alcoholconsumptie te beperken: gezondheidsinformatie, verhoging van de leeftijd voor eerste alcoholconsumptie en minimumalcoholprijs*. Opgehaald van health.belgium: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20240321_hgr-9781_alcohol_vweb.pdf
- Holden, B., Fricke, T., Wilson, D., Jong, M., Naidoo, K., Sankaridurg, P., . . . Resnikoff, S. (2016). Global Prevalence of Myopia and High Myopia and Temporal Trends from 2000 through 2050. *Ophthalmology*, May;123(5):1036-42. doi: 10.1016/j.ophtha.2.
- Holland, G., & Tiggemann, M. (2016). A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes. *Body Image*, 17, 100-110. doi:10.1016/j.bodyim.2016.02.008 .
- Holmqvist, K., & A., F. (2012). "I bet they aren't that perfect in reality:" Appearance ideals viewed from the perspective of adolescents with a positive body image. *Body Image*, Jun;9(3):388-95. doi: 10.1016/j.bodyim.2012.03.007. Epub 2012 Apr 26. PMID: 22542.

- Hopewell, S., Adedire, O., Copsey, B., Boniface, G., Sherrington, C., Clemson, L., . . . Lamb, S. (2018). Multifactorial and multiple component interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Library*.
- Ipsos. (2023). *Global Health Service Monitor 2023*. Ipsos.
- Ipsos. (2023). *Global trends report*. Opgehaald van Ipsos: <https://www.ipsos.com/en/global-trends-2023>
- Ipsos. (2024). *Global trends report*. Opgehaald van Ipsos: <https://www.ipsos.com/en/global-trends-2024>
- IQVIA Belgium. (2023, April 29). *VRT nws*. Opgehaald van VRT nws: <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2023/04/26/2-3-miljoen-belgen-kregen-vorig-jaar-verslavende-benzodiazepines/>
- Janssens, B., Janssens, L., De Witte, N., & Visser, A. (2019). Mondzorg bij ouderen: een uitdaging? Determinanten voor mondgezondheid bij ouderen. *Nederlands tijdschrift voor tandheelkunde*, 126(12), 657–664.
- Klein, O., Luminet, O., Morbée, S., Schmits, M., Van den Bergh, O., Vansteenkiste, M., . . . Yzerbyt, V. (2021). *Motivation barometer: beweging als bron van welbevinden*. Gent & Louvain-la-Neuve: Motivationbarometer.
- Kom op tegen Kanker. (2022). *Verhitte tabak*. Opgehaald van Allesoverkanker: <https://www.allesoverkanker.be/kanker-voorkomen/roken-en-kanker/andere-tabaks-en-nicotineproducten/verhitte-tabak>
- Kom op tegen Kanker. (2024). *Vapen en roken: het gedrag van jongeren (12-26 jaar) onder de loep. De belangrijkste bevindingen uit een onderzoek van Kom op tegen Kanker - kwantitatief luik*. Kom op tegen Kanker.
- Lamb, S., Jorstad-Stein, E., Hauer, K., & C., B. (2005). Development of a common outcome data set for fall injury prevention trials: the Prevention of Falls Network Europe consensus. *J Am Geriatr Soc*. .
- Lambert, A.-S. O., Herbaux, D., Macq, J., Rappe, P., Schmitz, O., Schoonvaere, Q., . . . Bourgeois, J. (2022). *Transitie naar (meer) geïntegreerde zorg in België*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). KCE Reports 359A. .
- Lambotte, D., De Witte, N., Vanleerberghe, P., De Koker, B., Hartmann, M. J., & Verté, E. (2021). *Onderzoekstraject: Naar een nieuw Vlaams mantelzorgbeleid*. Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn (VIVEL) vzw.
- Levine, M. P., & Piran, N. (2019). Reflections on the role of prevention in the link between sociocultural factors and eating disorders. *Eating Disorders*, 27(4), 399-419.
- LUCAS KU Leuven en UC Louvain CIRTES. (2023). *Globaal rapport tellingen dak- en thuisloosheid in 2022*. Opgehaald van Vlaanderen.be: <https://www.vlaanderen.be/gezondheid-en-welzijn/armoede/armoedebestrijding-in-vlaanderen/tellingen-dak-en-thuisloosheid/tellingen-dak-en-thuisloosheid-2022>
- Marks, E., Hickman, C., Pihkala, P., Clayton, S., Lewandowski, E., Mayall, E., . . . van Susteren, L. (2021). Young People's Voices on Climate Anxiety: Government Betrayal and Moral Injury: A Global Phenomenon. *The Lancet*, <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3918955>.
- Milisen, K., Leysens, G., Vanaken, D. D., Gielen, E., Bautmans, I., Balligand, E., . . . Cuneson, B. (2017). *Vlaamse richtlijn 'Valpreventie bij thuiswonende ouderen'*. Antwerpen: Expertisecentrum valpreventie.
- Milisen, K., Leysens, G., Vanaken, D., & Poels, J. (2017). *Vlaamse richtlijn 'Valpreventie bij thuiswonende ouderen*. Leuven: Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie.
- Montag, C., Demetrovics, Z., Elhai D. J., Grant, D. K., HJ, R., Spada M, M., . . . Van den Eijnden, R. (2024). Problematic social media use in childhood and adolescence. *Addict Behav*, 153:107980. doi: 10.1016/j.addbeh.2024.107980. Epub 2024 Feb 8.
- Montag, C., Lachmann, B., Herrlich, M., & Zweig, K. (2019). Addictive Features of Social Media/Messenger Platforms and Freemium Games against the Background of Psychological and Economic Theories. *Int J Environ Res Public Health*, 16(14):2612. doi: 10.3390/ijerph16142612.
- Montero-Odasso, M., Kamkar, N., Pieruccini-Faria, F., Osman, A., Sarquis-Adamson, Y., & Close, J. (2021). Evaluation of Clinical Practice Guidelines on Fall Prevention and Management for Older Adults: A Systematic Review. *JAMA network open*. , 4(12):e2138911. doi:.

- Montero-Odasso, M., Van der Velde, N., Martin, F., Milisen, K., & Vlaeyen, E. (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age Ageing*.
- Morgan, I., Wu, P., Ostrin, L., Tideman, J., Yam, J., Lan, W., . . . Guggenheim, J. (2021). Risk Factors for Myopia. *Invest Ophthalmol Vis Sci.*, Apr 28;62(5):3. doi: 10.1167/iovs.62.5.3.
- Nationale Bank België (NBB). (2024). *Rising number of sick pay recipients in Belgium: causes and results of reintegration policies*. NBB Economic Review.
- Németh, J., Aclimandos, W., Tapasztó, B., Jonas, J., Grzybowski, A., & Nagy, Z. (2022). The impact of the pandemic highlights the urgent need for myopia guidelines: The clinicians' role. *Eur J Ophthalmol*, Nov 29;33(2):11206721221143008. doi: 10.1177/11206721221143008.
- Neumark-Sztainer, D., Paxton, S. J., Hannan, P. J., Haines, J., & Story, M. (2006). Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviors in adolescent females and males. *Journal of Adolescent . Journal of Adolescent Health*, 39(2), 244-251.
- Newaz, N., & Hanada, E. (2023). The methods of fall detection: A literature review. *Sensors*, 3(11): 5212. doi: 10.3390/s23115212.
- OECD & European Commission. (2024). *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing.
- OECD. (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). *België: Landenprofiel Gezondheid 2023, State of Health in the EU*. Paris/Brussels: OECD Publishing/European Observatory on Health Systems and Policies.
- Olij, B., Ophuis, R., Polinder, S., van Beeck, E., Burdorf, A., Panneman, M., & al., e. (2018). Economic Evaluations of Falls Prevention Programs for Older Adults: A Systematic Review. *Am Geriatr Soc.*, 66(11):2197-204. doi: 10.1111/jgs.15578.
- Opgroeien. (2023). *Cijferrapport Gezinsinkomen en kansarmoede*. Opgehaald van Opgroeien: <https://www.opgroeien.be/kennis/cijfers-en-onderzoek/gezinsinkomen-en-kansarmoede>
- Opgroeien. (2023). *Dak- en thuisloosheid*. Opgehaald van Opgroeien: <https://www.opgroeien.be/kennis/themas/dak-en-thuisloosheid-bij-jongvolwassenen/de-belangrijkste-cijfers-over-dak-en-thuisloosheid>
- Peng W, L. L. (2021). Habit Formation in Wearable Activity Tracker Use Among Older Adults: Qualitative Study. *JMIR Mhealth Uhealth*.
- Pila, E., Mond, J. M., Griffiths, S., & Mitchison, D. M. (2017). A thematic content analysis of #cheatmeal images on social media: Characterizing an emerging dietary trend. *International Journal of Eating Disorders*, 50, 698-706. doi:10.1002/ea.
- ProFouND TP; EUFF; EIP-AHA AG2; E-NO FALLS working group. (2015). *Silver Paper on Falls Prevention in Older Age: Executive summary 2015*. Opgehaald van Profound: <http://profound.eu.com/wp-content/uploads/2016/12/Silver-Paper-Executive-Summary-Final.pdf>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2023). *Thuiswerk tijdens de coronapandemie*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu RIVM. (2021). *Verkenning DNA-testen voor persoonlijke preventie van veelvoorkomende aandoeningen*. RIVM.
- RIZIV. (2023). *Zorgtraject obesitas bij kinderen: multidisciplinaire zorg voor een betere behandeling van uw jonge patiënten*. Opgehaald van RIZIV: <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen-en-diensten/gespecialiseerde-centra/zorgtraject-obesitas-bij-kinderen-multidisciplinaire-zorg-voor-een-betere-behandeling-van-uw-jonge-patiënten>
- RIZIV-INAMI. (2022). *Nomenclatuur voor mondhygiënist*. Opgehaald van RIZIV: <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele-zorgverleners/mondhygiënist/nomenclatuur-voor-mondhygiënist>
- Rosiers, J. (2023). *Uitgaansonderzoek 2022*. VAD.
- Rosiers, J. (2024). *Leerlingenbevraging in het kader van een drugbeleid op school - synthesesrapport schooljaar 2022-2023*. VAD.
- Rosiers, J. (2024). *VAD-Leerlingenbevraging in het kader van een drugbeleid op school - synthesesrapport schooljaar 2022-2023*. Brussel: Hendrik Peuskens.

- Rubens, K., Wynants, E., Moyersoën, I., Guffens, L., & Michiels, K. (2024). *EI-MEET: Monitoring eiwitname en -aankopen in Vlaanderen 2023, Green Deal Eiwitshift op ons bord*. Departement Omgeving. Opgehaald van nice-info: <https://www.nice-info.be/dossier/duurzamer-eten/duurzaam-en-voedzaam-eten-meten-is-weten>
- S. Fiers, E. B. (2022). *Preventiebarometer: tabak*. Brussel: Sciensano.
- Schneider, S., & Mücke, H.-G. (2024). Sport and climate change—how will climate change affect sport? *German Journal of Exercise and Sport Research*, 12-20.
- Sciensano. (2023, October 26). *Factsheets: Tobacco control policies are needed to change smoking trends, Health Status Report*. Opgehaald van <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/factsheets/tobacco-control-policies-are-needed-to-change-smoking-trends>.
- Sciensano. (2023). *The Belgian Treatment Demand Indicator*. Opgehaald van The Belgian Treatment Demand Indicator.
- Sciensano. (2024, Juni). *Determinanten van voedingskeuze: Gebruik van apps bij het kopen van voedingsmiddelen*. Opgehaald van Sciensano: <https://www.sciensano.be/nl/resultaten-van-de-nationale-voedselconsumptiepeiling-2022-2023/determinanten-van-voedingskeuze/gebruik-van-apps-bij-het-kopen-van-voedingsmiddelen>
- Sciensano. (2024). *Determinanten van voedingskeuze: Maatregelen verwacht van de overheid, Voedselconsumptiepeiling 2022-2023*. Opgehaald van Sciensano: <https://www.sciensano.be/nl/resultaten-van-de-nationale-voedselconsumptiepeiling-2022-2023/determinanten-van-voedingskeuze/maatregelen-verwacht-van-de-overheid>
- Sciensano. (2024). *Hoe gaat het met de vrouwelijke bevolking in België?* Opgehaald van Sciensano: <https://www.sciensano.be/nl/pershoek/hoe-gaat-het-met-de-vrouwelijke-bevolking-belgie>
- Sciensano. (2024). *Nutri-Score en voedingslabels*. Opgehaald van Sciensano: <https://www.sciensano.be/nl/resultaten-van-de-nationale-voedselconsumptiepeiling-2022-2023/determinanten-van-voedingskeuze/nutri-score-en-voedingslabels>
- Sciensano. (2024, Juni). *Voedingsgewoonten en voedselvaardigheden: Consumptie van buitenshuis bereide maaltijden, Voedselconsumptiepeiling 2022-2023*. Opgehaald van Voedselconsumptiepeiling 2022-2023: <https://www.sciensano.be/nl/resultaten-van-de-nationale-voedselconsumptiepeiling-2022-2023/voedingsgewoonten/consumptie-van-buitenshuis-bereide-maaltijden>
- Sciensano. (2024). *Waargenomen determinanten van voedingskeuze*. Opgehaald van Sciensano: <https://www.sciensano.be/nl/resultaten-van-de-nationale-voedselconsumptiepeiling-2022-2023/determinanten-van-voedingskeuze/waargenomen-determinanten-van-voedingskeuze>
- Sciensano. (2024). *Ziekte last: Verloren gezonde levensjaren*. Opgehaald van Health Status Report: <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/ziekte last/verloren-gezonde-levensjaren>
- Smets, V., Cant, J., & Stefanie, V. (2022). *Naar gezonde voedselomgevingen in vlaamse buurten: voedselwoestijnen en voedselmoerassen onder de loep*. Sciensano.
- Sport Vlaanderen. (2023). *Esports - standpuntbepaling Vlaams sportbeleid: Duiding & benchmark*. Sport Vlaanderen.
- Statbel. (2024). *Bevolkingsvooruitzichten*. Opgehaald van België in cijfers: <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/bevolkingsvooruitzichten>
- Statbel. (2024). *Thuiswerken*. Opgehaald van Statbel: <https://statbel.fgov.be/nl/themas/werk-opleiding/arbeidsmarkt/thuiswerken>
- Statistiek Vlaanderen. (2024). *Arbeid*. Opgehaald van Statistiek Vlaanderen: <https://www.vlaanderen.be/statistiek-vlaanderen/arbeid/>
- Statistiek Vlaanderen. (2024). *Bevolking*. Opgehaald van Statistiek Vlaanderen: <https://www.vlaanderen.be/statistiek-vlaanderen/bevolking/>
- Statistiek Vlaanderen. (2024). *Cultuur en vrije tijd*. Opgehaald van Statistiek Vlaanderen: <https://www.vlaanderen.be/statistiek-vlaanderen/cultuur-en-vrije-tijd/>
- Statistiek Vlaanderen. (2024). *Digitale economie*. Opgehaald van Statistiek Vlaanderen: https://www.vlaanderen.be/statistiek-vlaanderen/digitale-economie?order_publicationdate=desc
- Statistiek Vlaanderen. (2024). *Gezondheid en Welzijn*. Opgehaald van Statistiek Vlaanderen: <http://cdn.vlaanderen.be/statistiek-vlaanderen/gezondheid-en-welzijn/>

- Statistiek Vlaanderen. (2024). *Inkomen en armoede*. Opgehaald van Statistiek Vlaanderen: <https://www.vlaanderen.be/statistiek-vlaanderen/inkomen-en-armoede/bevolking-in-armoede-of-sociale-uitsluiting>
- Statistiek Vlaanderen. (2024). *Onderwijs en vorming*. Opgehaald van Statistiek Vlaanderen: <https://www.vlaanderen.be/statistiek-vlaanderen/onderwijs-en-vorming/>
- Statistiek Vlaanderen. (2024). *Relatie overheid en burger*. Opgehaald van Statistiek Vlaanderen: <https://www.vlaanderen.be/statistiek-vlaanderen/relatie-overheid-en-burger/>
- Stavropoulos, T., Papastergiou, A., Mpaltadoros, L., Nikolopoulos, S., & Kompatsiaris, I. (2020;). IoT Wearable Sensors and Devices in Elderly Care: A Literature Review. . *IoSensors* , 20(10):2826. doi: 10.3390/s20102826.
- Steenkamer, B., Vaes, B., Rietzschel, E., Crombez, J., Geest, S., Demeure, F., . . . Simoens, S. (2023). Population health management in Belgium: a call-to-action and case study. *BMC Health Serv Res*, doi: 10.1186/s12913-023-09626-x.
- Sterke, C., Panneman, M., Erasmus, V., Polinder, S., & van Beeck, E. (2018). Increased care demand and medical costs after falls in nursing homes: A Delphi study. *J Clin Nurs.*, 27(13-14):2896-903. doi: 10.1111/jocn.14488.
- Steunpunt Werk. (2024). *Trendindicatoren Vlaamse Arbeidsmarkt: Werkzaamheid & werkloosheid*. Opgehaald van Steunpunt Werk: <https://www.steunpuntwerk.be/cijfers/trendindicatoren-vlaamse-arbeidsmarkt-werkzaam-werkloos>
- Stice, E., Marti, C., & Durant, S. (2011). Risk factors for onset of eating disorders: evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behav Res Ther.* , 49(10):622-7. doi: 10.1016/j.brat.2011.06.009. Epub 2011 Jun 28. PMID: 21764035; PMCID.
- Stichting Innovatie & Arbeid. (2024). *Werkbaar werk, telewerk en connectie: analyse op basis van de Vlaamse Werkbaarheidsmonitor 2016-2023*. SERV.
- Stichting Innovatie en Arbeid. (2023). *Vlaamse Werkbaarheidsmonitor*. Opgehaald van <https://www.serv.be/stichting/project/vlaamse-werkbaarheidsmonitor-werknemers-meting-2023>
- Tanwar, R., Nandal, N., Zamani, M., & AA, M. (2022). Pathway of trends and technologies in fall detection: a systematic review. . *In Healthcare*, 10(1):172. doi: 10.3390/healthcare10010172.
- Tattan Birch, H., Brown, J., Shahab, L., Beard, E., & Jackson, S. (2024). Trends in vaping and smoking following the rise of disposable e-cigarettes: a repeat cross-sectional study in England between 2016 and 2023. *The Lancet Regional Health*.
- Tiggemann, M., & Zaccardo, M. (2016). 'Strong is the new skinny': A content analysis of #fitspiration images on Instagram. *Journal of Health Psychology*, 135910531663943. doi:177/1359105316639436.
- Trimbos-instituut. (2006). *Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van eetstoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015). What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image*, 14, 118-129. doi:10.1016/j.bodyim.2015.04.001.
- Universiteit Gent. (sd). *Fitfluencers*. Opgehaald van UGent: <https://www.ugent.be/ps/communicatiewetenschappen/cepec/en/research/research-expertise/fitfluencers>
- VAD. (2023). *Factsheet gamen* . VAD.
- VAD. (2023, September). *Factsheet Nieuwe Psychoactieve stoffen (NPS)*. Opgehaald van VAD: https://vad.be/content/uploads/woocommerce_uploads/2016/02/factsheet_cijfers_NPS.pdf
- VAD. (2024). *Alcoholvrije en laag-alcoholische dranken*. Opgehaald van VAD: https://vad.be/content/uploads/woocommerce_uploads/2024/06/Alcoholvrij-up2wwd.pdf
- Van Hoof, J. (2012). *Zorgdomotica*. Bohn Stafleu Van Loghum.
- Van Lippevelde, W., Van de Sompel, D., Van Dijck, A.-S., Oostenbach, L., Beugnies, L., & Plaete, J. (2024). *Onderzoek naar de samenstelling van de brooddozen in het basisonderwijs*. Ghent University.
- Van Rooij, A., Birk, M., Van der Hof, S., Ouburg, S., & Van Hilten, S. (2021). *Behavioral design in video games: a roadmap for ethical and responsible games that contribute to long-term consumer health and well-being*. Trimbos-instituut.

- Vandervelde S, V. d. (2004). Determinants influencing the implementation of multifactorial falls risk assessment and multidomain interventions in community in community-dwelling older people: a systematic review. *Age and Ageing*.
- Vandervelde, S., Van den Bosch, N., Vlaeyen, E., Dierckx de Casterlé, B., Flamaing, J., Belaen, G., . . . Milisen, K. (2024). Determinants influencing the implementation of multifactorial falls risk assessment and multidomain interventions in community- dwelling older people: a systematic review. *Age and Ageing*, 53(7); doi:10.1093/ageing/afae123.
- Vandervelde, S., Vlaeyen, E., Dierckx de Casterlé, B., Flamaing, J., Valy, S., Meurrens, J., . . . Milisen, K. (2023). Strategies to implement multifactorial falls prevention interventions in community-dwelling older persons: a systematic review. *Implementation Science*, 18(1); doi:10.1186/s13012-022-01257-w.
- Vandewoude, M., Van Wijngaarden, J., & De Maesschalck, L. (2013). The prevalence and health burden of malnutrition in Belgian older people in the community or residing in nursing homes: results of the NutriAction II study. *Aging Clin Exp Res*.
- Vansteenkiste, M., DeSmet, A., Morbée, S., Flamant, N., & Waterschoot, J. (2023). *Opstart monitoring van het draagvlak inzake de klimaattransitie bij de Vlaamse bevolking*. Brussel: Departement Omgeving.
- Vanwysberghe, H., Joris, G., Waeterloos, C., Anrijs, S., Vanden Abeele, M., Ponnet, K., . . . Schreuer, C. (2022). *Onderzoeksrapport Apestaartjaren: De digitale leefwereld van kinderen en jongeren*. Opgehaald van www.apestaartjaren.be: <https://www.apestaartjaren.be/>
- Vervoort, P., D'Haese, S., & Van Acker, R. (2018). *Meer bewegen door ruimtelijk beleid: analyse van 'walkability' in Vlaanderen*. Plandag.
- Vlaams expertisecentrum voor Alcohol en andere Drugs (VAD). (2022). *Cannabisbeleidsmodellen en hun invloed op gezondheid: een literatuurstudie*. VAD.
- Vlaams Instituut Gezond Leven. (2018). *Tabaksindustrie maakt reclame op sociale media*. Opgehaald van Gezond Leven: <https://www.gezondleven.be/nieuws/tabaksindustrie-maakt-reclame-op-sociale-media>
- Vlaams Instituut Gezond Leven. (2023, Juni). *Alle jongeren aan de e-sigaret?* Opgehaald van Gezond Leven: <https://www.gezondleven.be/nieuws/alle-jongeren-aan-de-e-sigaret>
- Vlaams Instituut Gezond Leven. (2024). *Actieve vrije tijd*. Opgehaald van Gezond Leven: <https://www.gezondleven.be/settings/gezonde-gemeente/gezonde-publieke-ruimte/actieve-vrije-tijd#:~:text=Een%20beweegvriendelijke%20publieke%20ruimte%20kan%20hen%20stimuleren%20om,hebben%20op%20de%20keuze%20voor%20actieve%20vrije%20tijd.>
- Vlaams Instituut Gezond Leven. (2024). *Milieuverantwoorde voeding: goed voor de planeet*. Opgehaald van Gezond Leven: <https://www.gezondleven.be/themas/voeding/voedingsdriehoek/goed-voor-jezelf-%C3%A9n-de-planeet/milieuverantwoorde-voeding>
- Vlaams Instituut Gezond Leven. (2024). *Rekening houden met beperkte gezondheidsvaardigheden*. Opgehaald van Gezond Leven: <https://www.gezondleven.be/gezondheidsongelijkheid/werken-aan-gezondheidsongelijkheid-in-de-praktijk/rekening-houden-met-beperkte-gezondheidsvaardigheden>
- Vlaamse Overheid. (2024). *Bijdrage van de Vlaamse Administratie aan het regeerakkoord van de Vlaamse Regering 2024-2029*. Opgehaald van <https://publicaties.vlaanderen.be/view-file/66455>
- Vlaeyen E, S. J. (2017). Implementation of fall prevention in residential care facilities: A systematic review of barriers and facilitators. *nt J Nurs Stud*.
- Vlaeyen, E., Coussement, J., Leysens, G., Van der Elst, E., Delbaere, K., & Cambier, D. (2015). • Vlaeyen E, Coussement J, Leysens G, Van der Elst E, Delbaere K, Cambier D. Characteristics and effectiveness of fall prevention programs in nursing homes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Am Geriatr Soc*.
- Vlaeyen, E., Milisen, K., Vandervelde, S., Valy, S., & Poels, J. (2022). *Vlaamse richtlijn (Valpreventie in woonzorgcentra*.
- VLAM. (2021, Maart). *Vlaamse consument zoekt gezond gemak en wil de lokale economie steunen*. Opgehaald van Vlaanderen: <https://www.vlaanderen.be/vlam/sites/default/files/publications/2021-03/20210217%20VLAM%20consumententrends%20in%20voeding.pdf>
- Voka Health Community. (2020). *Personeelsschaarste in de zorg*. Heule: INNI Group.

- Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. (2019). *Mondhygiënist*. Opgehaald van Health Belgium: <https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/zorgberoepen/paramedische-beroepen/mondhygienist#article>
- Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. (2023). *Zorgtraject voor jongeren met eetstoornissen*. Opgehaald van health belgium: <https://www.health.belgium.be/nl/zorgtraject-voor-jongeren-met-eetstoornis>
- Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen, Leefmilieu. (2024). *Geïntegreerde Zorg*. Opgehaald van health Belgium: <https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/organisatie-van-de-gezondheidszorg/zorgnetwerken/chronische-aandoeningen/geintegreerde>
- VUB. (2023). *VUB*. Opgehaald van VUB-demografen zoeken de onbekende inwoners van België via de doden: <https://www.vub.be/nl/nieuws/vub-demografen-zoeken-de-onbekende-inwoners-van-belgie>
- WHO. (2022). *Inequality monitoring and analysis strategy*. Geneva: World Health Organization.
- Willers, C., Norton, N., Harvey, N., Jacobson, T., Johansson, H., Lorentzon, M., & IOF, S. r. (2022). Osteoporosis in Europe: a compendium of country-specific reports. *Archives of osteoporosis*, 17(1), 23. doi: 10.1007/s11657-021-00969-8.
- World Health Organisation. (2021, April 26). *Falls*. Opgehaald van WHO: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>
- World Health Organization (WHO). (2022). *Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases: Volume 1. Overview*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2023). *European regional action framework for behavioural and cultural insights for health, 2022–2027*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO). (2023). *Population health management in primary health care: a proactive approach to improve health and well-being*. . Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (2020). *Decade of Health Ageing: plan of action*. WHO.
- World Health Organization. (2021). *Step safely: strategies for preventing and managing falls across the life-course*. .
- World Health Organization. (2021). *World Report on Hearing*. Geneva: World Health Organization. Opgehaald van <https://www.who.int/publications/i/item/world-report-on-hearing>
- World Health Organization. (2024). *Commercial determinants of noncommunicable diseases in the WHO European Region*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- ZonMw. (2023). *De impact van preventie met e-health*. Opgehaald van ZonMw: <https://www.zonmw.nl/nl/artikel/inzicht-de-impact-van-preventie-met-e-health>
- Zorgnet Icuro. (2022). *Veelvuldig gebruik antipsychotica legt nogmaals personeelstekort in woonzorgcentra bloot*. Opgehaald van zorgneticuro: <https://www.zorgneticuro.be/nieuws/veelvuldig-gebruik-antipsychotica-legt-nogmaals-personeelstekort-woonzorgcentra-bloot>
- Zorgnet-Icuro. (2024). *“Eenzaamheid is een collectieve verantwoordelijkheid”*. Opgehaald van Zorgnet-Icuro: <https://www.zorgneticuro.be/artikel/eenzaamheid-een-collectieve-verantwoordelijkheid>