



# De gewichtstatus (BMI) van kinderen en jongeren in Vlaanderen

Geïntegreerde rapportage op basis van BMI-gegevens



Kind & Gezin

AGENTSCHAP  
ZORG & GEZONDHEID

Dit is een gezamenlijke publicatie van Kind en Gezin en Zorg en Gezondheid.

Naar dit rapport dient als volgt gerefereerd te worden: Vancoppenolle, D., Colaert, K., Cloots, H. & Roelants, M. (2020). De gewichtsstatus van kinderen en jongeren in Vlaanderen. Geïntegreerde rapportage op basis van BMI-gegevens van Kind en Gezin en Zorg en Gezondheid. Brussel, Kind en Gezin en Zorg en Gezondheid.

## Inhoud

Voorwoord .....	2
Dankwoord.....	3
Hoofdstuk I. Situering, doel en opbouw van het rapport.....	4
1.1.    Situering.....	4
1.2.    Doel van het rapport .....	6
1.3.    Opbouw van het rapport .....	9
Hoofdstuk II. Methode .....	10
2.1.    Over de brondata en de berekeningswijze .....	10
2.2.    Over de voorstellingswijze.....	11
Hoofdstuk III. Prevalentiecijfers voor kinderen en jongeren in Vlaanderen (2015) in internationaal perspectief .....	12
3.1.    Prevalentiecijfers voor kinderen en jongeren in Vlaanderen in 2015.....	12
3.2.    Internationale prevalentiecijfers voor kinderen en jongeren.....	14
Hoofdstuk IV. Historische evolutie prevalentiecijfers voor kinderen en jongeren in Vlaanderen .	16
Hoofdstuk V. Prevalentiecijfers naargelang demografische en socio-economische situatie.....	18
5.1.    Prevalentiecijfers naargelang kansarmoede .....	18
5.2.    Gewichtsstatus op 24 maanden volgens kansengroep en origine van de moeder .....	20
Hoofdstuk VI. Prevalentiecijfers op niveau provincies en per (type) gemeente .....	22
6.1.    Prevalentiecijfers per provincie en geslacht .....	22
6.2.    Prevalentiecijfers naar type gemeente .....	24
6.3.    Prevalentiecijfers op lokaal niveau.....	25
Hoofdstuk VII. Synthese en conclusies.....	27
7.1.    Synthese .....	27
7.2.    Conclusies.....	28
Bijlagen .....	31
Bijlage 1: Informatie over de empirische basis van dit rapport .....	31
Bijlage 2: Toelichting bij de keuze voor een gemengd referentiekader.....	34
Bijlage 3: Prevalentiecijfers naar kansarmoedesituatie per geslacht, 2015 .....	37

In Vlaanderen beschikken we, dankzij periodieke en gestandaardiseerde metingen bij Kind en Gezin en de Centra voor Leerlingenbegeleiding, over heel wat gegevens over gezondheid bij kinderen en jongeren van 0 tot 15 jaar. Het gaat over data over o.a. lengte, gewicht, visus en gehoor. In deze publicatie **rapporteren Kind en Gezin en Zorg & Gezondheid voor het eerst samen** over een deel van die gegevens, namelijk over de gewichtsstatus van kinderen aan de hand van data over hun Body Mass Index (BMI). De BMI is het gewicht (uitgedrukt in kilogram) gedeeld door de lengte (uitgedrukt in meter) in het kwadraat.

We rapporteren over BMI omdat het een belangrijke indicator is uit het strategisch plan 'De Vlaming leeft gezonder in 2025', omdat er heel wat aandacht bestaat voor cijfers over overgewicht en omdat we de best mogelijke cijfers in het beleid en het debat willen inbrengen.

Belangrijk is niet alleen dat we gegevens over tienduizenden metingen benutten om prevalentie-cijfers te presenteren, maar ook dat we een kader aanreiken om de Vlaamse cijfers te situeren in een internationale context. **We hopen dan ook dat dit rapport en het gehanteerde referentiekader de basis wordt voor uitspraken over de gewichtsstatus van kinderen en jongeren in Vlaanderen.**

**Tegelijk roepen we op om de cijfers juist te situeren en voldoende genuanceerd te interpreteren.** We willen het debat over gezond leven immers niet verengen tot het hebben van normaal gewicht. Een normaal gewicht is immers niet noodzakelijk ook een gezond gewicht, net zoals laag gewicht of overgewicht niet automatisch wijzen op ongezondheid of op een ongezonde levensstijl. Op basis van de cijfers kan trouwens niets gezegd worden over de eigenlijke oorzaken van de evoluties en verschillen die we vaststellen.

We beschouwen dit rapport als het begin van een monitoringreeks over de evolutie van de gewichtsstatus van kinderen, maar ook als startpunt van een nauwere samenwerking tussen onze agentschappen. Het rapport kan ook de basis vormen voor verdere analyses waarbij we als Vlaamse overheid samen met onderzoekers deze en andere data benutten in het belang van de gezondheid van kinderen en jongeren.

Katrien Verhegge



— administrateur-generaal Opgroeien

Dirk Dewolf



administrateur-generaal Zorg & Gezondheid

## Dankwoord

---

Dit rapport was niet mogelijk geweest zonder de medewerking van velen. We willen hierbij volgende organisaties, diensten, verenigingen en personen expliciet bedanken:

- De preventieve gezinsondersteuning van Kind en Gezin (via lokale teams, artsen en vrijwilligers in consultatiebureaus) en de Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB). Zij maken elke dag werk van preventieve gezondheidszorg; de geregistreerde gegevens vormen daar slechts een klein onderdeel van. We hopen dat dit rapport het belang kan onderstrepen van hun inspanningen en van de meerwaarde van een systematisch basisaanbod preventieve gezondheidszorg.
- De CLB's en hun centrumnetten, voor het mogelijk maken van systematische registratie in LARS.
- De Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (VWVJ) en het artsteam van Kind en Gezin, voor het ontwikkelen en opvolgen van de standaarden en richtlijnen, zodat we tot betrouwbare gegevens kunnen komen.
- De ICT-diensten van beide agentschappen die ervoor zorgden dat er op basis van het nieuwe referentiekader kon gerapporteerd worden.
- De stafmedewerkers databeheer die de standaardrapporten opstelden.
- De partnerorganisaties VWVJ, Eetexpert & Gezond Leven die constructief meedachten over het opzet van het rapport en mee reflecteerden over de implicaties van de cijfers.
- Dr. Mathieu Roelants voor zijn ingebrachte expertise in de gehele loop van het traject, voor zijn uitgebreide reflecties bij het rapport, voor het ondersteunen van de berekeningen en voor het invoegen van de internationale data.

Bedankt!

Diederik Vancoppenolle, wetenschappelijk adviseur Kind en Gezin (Opgroeien)

Karen Colaert, Beleidsthemabeheerder Algemene Preventie bij Zorg en Gezondheid

Heidi Cloots, data-analist team beleidsinformatie bij Zorg & Gezondheid

### 1.1. Situering

Dit rapport is er gekomen in navolging van het strategisch plan 'De Vlaming leeft gezonder in 2025', vanuit de ambitie om beleidsmatig meer te doen met de geregistreerde gegevens en ten gevolge van een keuze van Kind en Gezin om een gepast referentiekader te gebruiken voor internationale situering van de Vlaamse prevalentiecijfers. We lichten deze 3 zaken kort toe.

#### Gezondheidsdoelstelling gezond leven en BMI als indicator

De gezondheidsdoelstelling 'de Vlaming leeft gezonder in 2025' en bijhorend strategisch plan<sup>1</sup> vormen de basis voor een Vlaams preventief gezondheidsbeleid dat er op gericht is om de Vlaming gezonder te laten leven op het vlak van eten, sedentair gedrag, lichaamsbeweging, tabak, alcohol en drugs. Vlaanderen voert voor deze thema's al langer een preventief gezondheidsbeleid. Met de nieuwe gezondheidsdoelstelling wordt niet alleen verder gewerkt aan wat intussen is opgebouwd, maar worden ook nieuwe accenten gelegd, zoals meer aandacht voor implementatie en het 'Health in all policies' beleid. Getuige hiervan is het feit dat de subdoelstellingen niet langer per thema zijn geformuleerd, maar settinggericht (o.a. rechtstreeks naar de burger; via het gezin; in vrije tijd; in onderwijs; in werk; in zorg en welzijn; naar lokale besturen).

Het strategisch plan spreekt dus niet meer expliciet over het thema 'gezond gewicht', al komt het onrechtstreeks wel aan bod via gezond eten, voldoende lichaamsbeweging en beperken van het sedentair gedrag. Het is van belang dat de overheid in de eerste plaats inzet op het bevorderen van een gezonde leefstijl bij haar burgers.

Gewicht wordt wel gebruikt als indicator voor de levensstijl<sup>2</sup>. Hierbij maken we een onderscheid tussen de termen 'gezond gewicht' en 'normaal gewicht'. Een gezond gewicht is een gewicht dat samengaat met een gezonde leefstijl. Een gezond gewicht kan mogelijk wat buiten de grenzen gaan van wat als normaal gewicht wordt beschreven. Een normaal gewicht kan ook samengaan met een ongezonde leefstijl.

Gezondheid kan dus bereikt worden bij meerdere gewichtsstatussen, niet enkel bij een gewicht dat als normaal wordt beschouwd (Northern Health, 2012) en evenmin is een normaal gewicht een garantie voor gezondheid. De cijfers in dit rapport moeten dus met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

Wat echter wel duidelijk is, is dat een uitgesproken overgewicht -wat we obesitas noemen- wel gezondheidsrisico's inhoudt. Omdat de oorzaken van obesitas multifactorieel en zeer complex zijn,

---

<sup>1</sup> <https://www.zorg-en-gezondheid.be/gezondheidsdoelstelling-gezonder-leven>

<sup>2</sup> Zie bijlage bij het strategisch plan 'De Vlaming leeft gezonder in 2025'.

kan het gewicht echter niet beschouwd worden als een toereikende indicator van slechte voedingsgewoonten, onvoldoende lichaamsbeweging, sedentair gedrag, ... . De cijfers mogen dus niet gebruikt worden om iets over het voorkomen van deze zaken te zeggen.

Niettemin de relatieve waarde van het gewicht (en de BMI) als indicator van de leefstijl is het uiteraard zinvol om op populatieniveau de BMI van kinderen en jongeren op diverse leeftijden te schetsen en om de evolutie doorheen de tijd te kennen.

### **Beter benutten unieke data in Vlaanderen over BMI bij kinderen en jongeren**

In haar preventieve gezondheidsbeleid zet de Vlaamse overheid al lang in op het bevorderen en opvolgen van gezondheid, groei en ontwikkeling bij kinderen en jongeren. Onder andere Kind en Gezin en de Centra voor leerlingenbegeleiding (CLB) spelen hier een belangrijke rol in. Doordat Kind en Gezin en de CLB duizenden kinderen bereiken en doordat lengte en gewicht er op meerdere leeftijden op gestandaardiseerde wijze worden gemeten en geregistreerd, beschikken we over unieke data.

We wilden deze data van de individuele opvolging van een kind dan ook op populatieniveau benutten als indicator om de prevalentie van kinderen en jongeren met normaal gewicht op te volgen. Op beleidsniveau wordt er immers vaak populatiegericht gedacht en worden groepen vergeleken ter bepaling van gezondheidsrisico's. Op groepsniveau worden verbanden gevonden tussen de gewichtstatus (ondergewicht/normaal/ overgewicht) en gezondheidsrisico's, waarbij normaal gewicht gepaard gaat met een grotere kans op een goede levenskwaliteit en minder kans op aandoeningen op korte en lange termijn. In dit rapport ligt de focus op populatiegericht vergelijken. In de communicatie ten aanzien van burgers is het niet aangewezen te focussen op gewicht, maar moeten we blijven inzetten op een gezonde leefstijl waaronder gezond eetgedrag, voldoende lichaamsbeweging, beperken van sedentair gedrag en voldoende slaap.

### **Een nieuw, passend en uniform referentiekader voor internationaal vergelijkbare prevalentiecijfers over BMI bij kinderen en jongeren**

Voor kinderen tot de leeftijd van 18 jaar moeten leeftijds- en geslachtsgebonden<sup>3</sup> grenswaarden voor de BMI gebruikt worden, omdat de BMI evolueert tijdens de groei. Er bestaan echter diverse referentiekaders voor deze specifieke grenswaarden. In het verleden hanteerden Kind en Gezin en Zorg en Gezondheid een verschillend referentiekader om de gewichtstatus van kinderen tussen 2 en 14 jaar te beschrijven. Naar aanleiding van dit rapport zijn concrete afspraken gemaakt om de gegevens op eenduidige wijze te ontsluiten als indicator voor het beleid op basis van een gezamenlijk referentiekader dat internationale situering toelaat.

---

<sup>3</sup> Door de verschillende lichaamsbouw van jongens en meisjes verschillen de grenswaarden voor laag, normaal of overgewicht.



## 1.2. Doel van het rapport

Met deze geïntegreerde rapportage beogen we 4 zaken:

1. Publiceren van internationaal vergelijkbare prevalentiecijfers over lage BMI, overgewicht en obesitas bij kinderen en jongeren van 2 t.e.m. 14 jaar in Vlaanderen;
2. Op geaggregeerd niveau (Vlaanderen, per provincie, ...) evoluties in de gewichtsstatus van kinderen en jongeren op diverse leeftijden monitoren;
3. Nagaan of de gewichtsstatus verschilt naargelang demografische en socio-economische kenmerken van het gezin;
4. Het ontsluiten van cijfers op gemeentelijk niveau om lokale actoren nuttige informatie te bieden die ze -indien nodig en mogelijk- kunnen benutten voor eigen gezondheidsbevorderende initiatieven.

We lichten elk van deze doelstellingen nader toe.

### *Doelstelling 1: Publiceren van internationaal vergelijkbare prevalentiecijfers over lage BMI, overgewicht en obesitas bij kinderen en jongeren van 2 t.e.m. 14 jaar in Vlaanderen*

Zowel Kind en Gezin als Zorg en Gezondheid krijgen geregeld vragen over hoe vaak overgewicht voorkomt bij kinderen en jongeren in Vlaanderen, en of Vlaanderen beter of slechter scoort dan andere landen. Om deze vragen te kunnen beantwoorden is er nood aan een goede empirische basis én aan een passend en uniform referentiekader om de Vlaamse gegevens ook internationaal mee te vergelijken.

- De **empirische basis** die we ter beschikking hebben in Vlaanderen is zeer groot. Door diverse actoren en onder regie van verschillende administraties worden per leeftijdscohort tienduizenden kinderen en jongeren over meerdere jaren op vaste leeftijden gemeten en gewogen op basis van een gestandaardiseerde methode. Voor meer info zie hoofdstuk 2 en bijlage 1.
- Om Vlaanderen **internationaal** te kunnen situeren moet er uiteraard een *referentiekader* zijn dat dit mogelijk maakt. Voor de beoordeling en opvolging van individuele kinderen gebruiken Kind en Gezin en de CLB de Vlaamse groeicurven<sup>4</sup>. Internationaal vergelijkbare prevalentiecijfers worden bekomen door de BMI van kinderen te vergelijken met een internationaal referentiekader. Er bestaan meerdere internationale referentiekaders, waarvan dat van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en van de International Obesity Task Force (IOTF<sup>5</sup>) de best gekende zijn. Op advies van onderzoekers van de KU

---

<sup>4</sup> De Vlaamse groeicurven waren bedoeld om de groei van Vlaamse kinderen te kunnen opvolgen. Ze werden ontwikkeld door een onderzoeksgroep van de VUB (R. Hauspie, M. Roelants), in samenwerking met de KU Leuven (K. Hoppenbrouwers) en zijn gebaseerd op groeigegevens van een representatieve steekproef uit de Vlaamse populatie.

<sup>5</sup> Nu gekend als de 'World Obesity Federation'.



Leuven<sup>6</sup> hanteren Kind en Gezin en Zorg en Gezondheid voor de prevalentiecijfers een gemengd referentiekader<sup>7</sup>:

- voor overgewicht worden de grenswaarden van de IOTF gebruikt;
- voor een lage BMI voor leeftijd<sup>8</sup> worden de groeistandaarden van de Wereldgezondheidsorganisatie gebruikt, waarbij waarden lager dan 2 standaarddeviaties onder het gemiddelde beschouwd worden als lage BMI voor leeftijd;
- kinderen met een BMI tussen de onderste en bovenste grenswaarden beschouwen we als kinderen met een normaal (niet te hoog of niet te laag) gewicht, al sluit dit niet uit dat nadere opvolging nodig is.

De datawarehouses van Zorg en Gezondheid en Kind en Gezin werden aangepast om rapportering volgens dit gemengde referentiekader mogelijk te maken.

Voorlopig kennen we geen andere landen die hetzelfde gemengd referentiekader hanteren én ook populatiegegevens op deze schaal ter beschikking hebben. Daarom worden de Vlaamse cijfers voor normaal gewicht in eerste instantie gesitueerd ten opzichte van de theoretisch verwachte prevalentie die gebaseerd is op referentiepopulaties van de respectievelijke referentiekaders. Tabel 1 geeft de theoretisch verwachte prevalentie weer voor jongens en meisjes tussen 2 en 18 jaar.

**Tabel 1: Theoretisch verwachte prevalentiecijfers**

<b>Geslacht</b>	<b>Lage BMI voor leeftijd<sup>9</sup></b>	<b>Normaal</b>	<b>Overgewicht<sup>10</sup></b>	<i>waarvan Obesitas</i>
<b>Jongens</b>	2,3	88,2	9,5	1,1
<b>Meisjes</b>	2,3	87,0	10,7	1,4

Voor de prevalentie van overgewicht en obesitas kunnen we daarnaast ook vergelijken met andere landen. Uit diverse publicaties en artikels verzamelden we prevalentiecijfers voor kinderen van verschillende leeftijden en verschillende landen (zie hoofdstuk 3).

*Doelstelling 2: Op geaggregeerd niveau (Vlaanderen, per provincie, ...) evoluties in de gewichtsstatus van kinderen en jongeren van 2 t.e.m. 14 jaar monitoren*

Doordat Kind en Gezin en de CLB elk jaar systematisch tienduizenden kinderen op bepaalde leeftijden meten en wegen, kunnen de gegevens benut worden om na te gaan of de

<sup>6</sup> Advies van Prof K. Hoppenbrouwers en Dr. Mathieu Roelants in kader van een onderzoek in opdracht van Kind en Gezin (Hoppenbrouwers en Roelants, 2016).

<sup>7</sup> Zie bijlage 2 voor meer info over de referentiekaders en de motivering voor de keuze voor het gemengd referentiekader.

<sup>8</sup> Ondergewicht is een term die vaak geassocieerd wordt met ondervoeding, wat in geval van een lage BMI niet noodzakelijk zo is. We opteren daarom voor het 'label' lage BMI voor leeftijd in plaats van te spreken over ondergewicht.

<sup>9</sup> Een BMI minder dan -2 standaarddeviaties t.o.v. de WHO referentiecurve

<sup>10</sup> Een BMI hoger dan de respectievelijke IOTF afkapwaarde

gewichtstatus van kinderen en jongeren doorheen de tijd evolueert. Mogelijks kan de impact van beleidskeuzes of maatschappelijke evoluties op de gewichtstatus afgeleid worden uit wijzigingen in deze cijfers.

In dit rapport schetsen we de historische evolutie voor de registratiejaren waarvoor er eind 2019 bij Zorg en Gezondheid gegevens beschikbaar waren over de schoolgaande kinderen, in concreto de periode 2011-2016, al zijn de data voor 2016 niet even volledig als die van de jaren ervoor. Uiteraard is het de bedoeling om deze reeksen jaarlijks aan te vullen met nieuwe gegevens.

Voor alle duidelijkheid benadrukken we dat de evoluties die in dit rapport geschetst worden dus niet gebaseerd zijn op longitudinale gegevens van een zelfde groep kinderen. Voor elk registratiejaar rapporteren we cijfers over kinderen van diverse leeftijden.

**Doelstelling 3: Nagaan of de gewichtstatus verschilt naargelang demografische en socio-economische kenmerken van het gezin**

Aangezien Kind en Gezin en Zorg en Gezondheid van elk kind ook de woonplaats en een indicatie van de kansarmoedesituatie (zie hoofdstuk V) kennen, kunnen we nagaan of er zich een verschil voordoet in de gewichtstatus naar provincie, naar type gemeente en naargelang de kansarmoedesituatie in het gezin.

Kind en Gezin beschikt ook over gegevens over de geboortenationaliteit van de moeder van het kind, zodat de BMI-cijfers voor de 2-jarigen nog verder verbijzonderd kunnen worden naar origine van de moeder.

**Doelstelling 4: Het ontsluiten van cijfers op gemeentelijk niveau om lokale actoren nuttige informatie te bieden die ze -indien nodig en mogelijk- kunnen benutten voor eigen gezondheidsbevorderende initiatieven**

Het ontsluiten van informatie en het transparant en eenduidig communiceren naar betrokken actoren en burgers is een belangrijk taak van een overheid. Door de prevalentiecijfers ook op lokaal niveau te presenteren willen we lokale actoren alvast de nodige informatie aanbieden om een gepast lokaal gezondheidsbeleid uit te tekenen.

In dit rapport kunnen we uiteraard geen cijfers presenteren voor elk van de 300 Vlaamse gemeenten. We verwijzen hiervoor naar de websites van Kind en Gezin en Zorg & Gezondheid, waar via lokale dashboards en dynamische kaartjes de cijfers op niveau van een gemeente naar keuze kunnen bekeken worden.

### 1.3. Opbouw van het rapport

Na de toelichting over de data en de beschrijving van de gehanteerde berekeningsmethoden in **hoofdstuk II** volgen we in het rapport de indeling qua doelen uit punt 1.2:

- We schetsen in **hoofdstuk III** de prevalentiecijfers op Vlaams niveau voor het meest recente jaar en situeren ze internationaal.
- We bekijken in **hoofdstuk IV** of de prevalentiecijfers -voor de jaren waarvoor er data beschikbaar zijn- fluctueren doorheen de tijd.
- In **hoofdstuk V** vergelijken we de cijfers van kinderen naargelang de socio-economische kenmerken van het gezin (kansarmoede, origine van de moeder).
- In **hoofdstuk VI** nemen we prevalentiecijfers per provincie en per type gemeente op. Lokale cijfers nemen we niet in dit rapport op, maar die zijn terug te vinden op de websites van Kind en Gezin en Zorg en Gezondheid.

In **hoofdstuk VII** vatten we de belangrijkste bevindingen samen en formuleren we enkele conclusies.

### 2.1. Over de brondata en de berekeningswijze

De cijfers over kinderen van 2 jaar zijn afkomstig van Kind en Gezin, de andere cijfers werden berekend door Zorg en Gezondheid op basis van gegevens van de CLB (zie bijlage 1 voor meer informatie). De gewichtsstatus wordt berekend door de BMI van de kinderen te vergelijken met de grenswaarden van de IOTF (overgewicht, obesitas) en van de WHO (voor lage BMI voor leeftijd).

De manier waarop de BMI-afkapwaarden worden benut is enigszins verschillend:

- Kind en Gezin heeft gratis vrijwillige leeftijdsgebonden consulten en heeft een consult rond de leeftijd van 2 jaar. Hoewel Kind en Gezin meer dan 95% van de borelingen bereikt met een consult en/of huisbezoek, komen niet al deze gezinnen op alle consulten in het traject tot 2,5 jaar. Doordat een grote meerderheid (64,2% in 2015) van de kinderen wel in het leeftijdsinterval 23 tot 25 maanden op consult komen, berekenen we de cijfers voor 2-jarigen op basis van de BMI-grenswaarden die gelden voor een kind van 24 maanden.
- De CLB zien nagenoeg alle kinderen die school lopen, maar ze zien ze wel doorheen een heel schooljaar, waardoor de gemeten populatie een grotere heterogeniteit qua leeftijd kent. Een kind van 4 jaar kan net 4 geworden zijn, maar zou ook al bijna 5 jaar kunnen zijn. Bovendien zou een kind ook een jaar kunnen hebben overgeslagen of overgezet, waardoor grenswaarden per meetmoment voor een bepaald leeftijdsjaar niet opportuun zouden zijn. Zorg en Gezondheid berekent daarom prevalentiecijfers op basis van grenswaarden volgens de leeftijd in maanden van de individuele leerlingen op moment van de meting.

De impact van het verschil in de keuze van de BMI grenswaarden is voor de huidige analyse echter verwaarloosbaar (Cole et al., 2000; Hoppenbrouwers en Roelants, 2016).

We gebruiken in dit rapport de gegevens van de kinderen die in Vlaanderen woonden in het kalenderjaar waarin de meting plaatsvond, ongeacht waar ze geboren zijn of waar ze nu wonen. Kinderen die in Vlaanderen naar school gaan, maar in een ander Gewest wonen, worden dus niet meegeteld. Kinderen die in Vlaanderen wonen en die in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest bij Kind en Gezin op consult gaan of Nederlandstalig onderwijs volgen, zijn wel meegenomen in de analyse.

We willen duidelijk stellen dat we over BMI-gegevens van zeer veel, maar niet van alle kinderen in Vlaanderen beschikken. We hebben immers geen gegevens over kinderen:

- die op 24 maanden geen gebruik maakten van het consult van Kind en Gezin;
- die geen gebruik maken van het Nederlandstalig onderwijs;
- die niet aanwezig konden zijn op een afspraak van hun school bij het CLB en waar nog geen nieuw contact voor was uitgevoerd of waarvoor nog geen rapportage via externe arts werd ontvangen.

## 2.2. Over de voorstellingswijze

We stellen de prevalentiecijfers voor per leeftijd van de kinderen en dit op basis van volgende 7 meetmomenten: 2 jaar, 2<sup>e</sup> kleuterklas (4 jaar), 1<sup>e</sup> leerjaar (6 jaar), 3<sup>e</sup> leerjaar (8 jaar), 5<sup>e</sup> leerjaar (10 jaar), 1<sup>e</sup> secundair (12 jaar) en 3<sup>e</sup> secundair (14 jaar). Deze meetmomenten werden gekozen in functie van het grootst aantal gemeten kinderen op de contacten in de CLB.<sup>11</sup>

We presenteren prevalentiecijfers voor overgewicht, lage BMI voor leeftijd en normaal gewicht.

- Over normaal gewicht wordt internationaal niet vaak gesproken, omdat de focus meestal op overgewicht of laag gewicht ligt. Gelet op het gemengde referentiekader zal het ook niet eenvoudig zijn om prevalentiecijfers voor normaal gewicht internationaal te situeren, maar ze kunnen wel gebruikt worden als indicator voor de nieuwe Vlaamse gezondheidsdoelstelling.
- De prevalentiecijfers voor overgewicht omvatten ook kinderen met obesitas. Wanneer we prevalentiecijfers voor obesitas afzonderlijk vermelden, plaatsen we die cursief om te vermijden dat ze zouden opgeteld worden bij de percentages overgewicht.

We schetsen voor elke leeftijd prevalentiecijfers per kalenderjaar waarin het kind gemeten werd, en niet per schooljaar of geboortjaar.

De overheveling van LARS-data gekoppeld aan enkele achtergrondkenmerken van leerlingen naar Zorg en Gezondheid bestaat sinds schooljaar 2010-2011, waardoor de gegevens over 2010 alleen betrekking hebben op metingen die van september tot december werden gedaan. Hierdoor kunnen we de evolutie slechts geïntegreerd en volledig in kaart brengen vanaf 2011. Het is uiteraard de bedoeling om de reeks elk jaar aan te vullen zodat we gaandeweg lange termijn evoluties in kaart kunnen brengen.

We splitsen prevalentiecijfers op naargelang het kind al dan niet geboren werd of leeft in een situatie van kansarmoede. Kind en Gezin en Onderwijs/Zorg en Gezondheid hanteren echter niet dezelfde definitie van kansarmoede. In hoofdstuk V gaan we nader in op het betekenisverschil.

De cijfers die we benutten zijn gebaseerd op nagenoeg de hele populatie kinderen. Aangezien het niet om steekproefgegevens gaat, is het niet nuttig is om ze als schattingen binnen een bepaald betrouwbaarheidsinterval te beschouwen. We passen ook geen statistiek toe om na te gaan of een verschil significant is of niet omdat bij zo'n grote aantallen kleine verschillen al snel significant zijn.

---

<sup>11</sup> Vanaf schooljaar 2018-2019 zullen de meetmomenten voor de kinderen ouder dan 2 jaar wel wijzigen, omdat het contactschema van de CLB werd aangepast door het Besluit van de Vlaamse regering van 01/06/2018 tot operationalisering van de leerlingenbegeleiding in het basisonderwijs, het secundair onderwijs en de centra voor leerlingenbegeleiding. Dit betekent dat de data tot en met schooljaar 2017-2018 een weergave zijn van de oude regelgeving. Vanaf schooljaar 2019-2020 volgen contactmomenten de nieuwe systematiek. Voor schooljaar 2018-2019 is een overgangsjaar voorzien.

### Hoofdstuk III. Prevalentiecijfers voor kinderen en jongeren in Vlaanderen (2015) in internationaal perspectief

---

#### 3.1. Prevalentiecijfers voor kinderen en jongeren in Vlaanderen in 2015

Omdat er nog geen volledig geïntegreerde data beschikbaar zijn voor het jaar 2016, bespreken we in dit hoofdstuk de prevalentiecijfers voor 2015.

Tabel 2 geeft de prevalentiecijfers per leeftijd weer voor jongens en meisjes samen. Tabel 3 bevat de prevalentiecijfers per geslacht en leeftijd.

**Tabel 2: Prevalentie (%) van de gewichtsstatus bij kinderen en jongeren, Vlaams Gewest - registratiejaar 2015**

<b>Jongens en Meisjes</b>	<b>Lage BMI voor leeftijd</b>	<b>Normaal gewicht</b>	<b>Overgewicht</b>	<i>Waarvan obesitas</i>	<b>Totaal (N)</b>
<b>2-jarigen</b>	0,8%	91,6%	7,6%	1,0%	44.715
<b>4-jarigen</b>	0,4%	89,0%	10,5%	2,0%	73.680
<b>6-jarigen</b>	0,9%	85,8%	13,3%	3,5%	59.657
<b>8-jarigen</b>	1,1%	82,9%	15,9%	3,8%	49.887
<b>10-jarigen</b>	2,4%	80,7%	16,9%	3,5%	49.682
<b>12-jarigen</b>	4,4%	78,0%	17,6%	4,0%	45.329
<b>14-jarigen</b>	3,3%	79,7%	16,9%	4,1%	43.205

Tabel 2 toont aan dat het aandeel kinderen met normaal gewicht bij oudere kinderen een heel stuk lager ligt dan bij jonge kinderen. Bijna 92% van de peuters had in 2015 een normale gewichtsstatus, bij 14-jarigen ging het om 79,7%. Op een leeftijd van 12-jaar ligt het aandeel kinderen met normaal gewicht het laagst (78%).

Overgewicht komt op alle leeftijden vaker voor dan een lage BMI voor leeftijd. De prevalentie van een lage BMI voor leeftijd varieert van 0,4% tot 4,4%, de prevalentie overgewicht varieert van 7,6% tot 17,6%.

Lage BMI voor leeftijd en overgewicht komen meer voor bij oudere kinderen, al loopt de trend niet helemaal gelijk. Vooral voor overgewicht is sprake van een toenemende, maar niet lineaire trend naargelang de leeftijd van de kinderen. Zowel lage BMI voor leeftijd als overgewicht komen het vaakst voor bij 12-jarigen.

Ook het aandeel kinderen met obesitas ligt hoger bij oudere kinderen. Bij 2-jarigen gaat het om 1 op 100 kinderen, bij 12- en 14-jarigen gaat het om 4 op 100 kinderen.

Zowel bij jongens als bij meisjes komt overgewicht vaker voor dan een lage BMI voor leeftijd. Tabel 3 toont wel aan dat er zich verschillen voordoen tussen jongens en meisjes.

**Tabel 3: Prevalentiecijfers (%) voor jongens en meisjes, Vlaams Gewest - registratiejaar 2015**

<b>JONGENS</b>					
	<b>Lage BMI voor leeftijd</b>	<b>Normaal gewicht</b>	<b>Overgewicht</b>	<i>Waarvan obesitas</i>	<b>Totaal (N)</b>
<b>2-jarigen</b>	1,0%	91,6%	7,4%	0,9%	22.760
<b>4-jarigen</b>	0,5%	90,3%	9,2%	1,8%	37.651
<b>6-jarigen</b>	1,0%	88,0%	11,0%	2,9%	30.272
<b>8-jarigen</b>	1,3%	85,0%	13,7%	3,3%	25.330
<b>10-jarigen</b>	2,4%	82,1%	15,5%	3,1%	25.380
<b>12-jarigen</b>	4,7%	78,0%	17,3%	3,9%	22.944
<b>14-jarigen</b>	4,5%	79,5%	16,1%	3,9%	21.963
<b>MEISJES</b>					
	<b>Lage BMI voor leeftijd</b>	<b>Normaal gewicht</b>	<b>Overgewicht</b>	<i>Waarvan obesitas</i>	<b>Totaal (N)</b>
<b>2-jarigen</b>	0,6%	91,6%	7,8%	1,0%	21.955
<b>4-jarigen</b>	0,4%	87,7%	11,9%	2,3%	36.029
<b>6-jarigen</b>	0,7%	83,6%	15,7%	4,2%	29.385
<b>8-jarigen</b>	0,9%	80,8%	18,2%	4,3%	24.557
<b>10-jarigen</b>	2,4%	79,2%	18,4%	3,8%	24.302
<b>12-jarigen</b>	4,1%	77,9%	17,9%	4,1%	22.385
<b>14-jarigen</b>	2,2%	80,0%	17,8%	4,2%	21.539

Op een leeftijd van 24 maanden zijn de verschillen tussen jongens en meisjes nog erg klein, maar op andere leeftijden doen er zich wel meer uitgesproken verschillen voor.

- Zo zien we dat jongens op nagenoeg (uitgezonderd op 14 jaar) alle leeftijden een hoger aandeel normaal gewicht kennen dan meisjes.
- Op alle leeftijden zien we dat het aandeel meisjes met overgewicht hoger ligt dan het aandeel jongens met overgewicht. Dat viel ook te verwachten gelet op de verwachte theoretische prevalentie (zie tabel 1), maar de verschillen zijn voor diverse leeftijden groter dan verwacht. Vooral op de leeftijden van 6 tot en met 10 jaar zijn de verschillen duidelijk. Bij meisjes ligt de prevalentie overgewicht het hoogst op een leeftijd van 10 jaar (18,4%), bij jongens op een leeftijd van 12 jaar (17,3%).
- Ook obesitas komt iets meer voor bij meisjes, maar het verschil is niet op alle leeftijden even groot. Enkel op een leeftijd van 6 en 8 jaar bedraagt het verschil 1 procentpunt of meer.
- Op vrijwel alle leeftijden zijn er bij jongens iets meer kinderen met een lage BMI voor leeftijd dan bij meisjes. De prevalentie lage BMI bedraagt bij jongens maximaal 4,7% (bij 12-jarigen), bij meisjes maximaal 4,1% (ook bij 12-jarigen).



## 3.2. Internationale prevalentiecijfers voor kinderen en jongeren

### Situering ten opzichte van de theoretisch verwachte prevalentiecijfers

Wanneer we de cijfers uit 3.1 vergelijken met de theoretische prevalentiecijfers uit tabel 1, dan stellen we vast dat er vanaf een leeftijd van 6 jaar in het algemeen minder Vlaamse kinderen met een normaal gewicht zijn dan theoretisch verwacht, daar waar de prevalentiecijfers voor normaal gewicht op jonge leeftijd (2 en 4 jaar) wel hoger lagen dan theoretisch verwacht.

Vanaf een leeftijd van 6 jaar zien we zowel bij jongens als bij meisjes een groter aandeel kinderen met overgewicht dan verwacht. Bij meisjes zien we zelfs al vanaf 4 jaar een hogere prevalentie van overgewicht dan verwacht (11,9% versus 10,7%).

Een hogere prevalentie van laag gewicht voor leeftijd zien we voor meisjes en jongens enkel op een leeftijd van 10, 12 en 14 (enkel voor jongens) jaar.

Voor de prevalentie van overgewicht ligt op meerdere leeftijden dus een stuk hoger dan theoretisch verwacht.

### Situering ten opzichte van recente prevalentiecijfers uit diverse andere landen

Om de Vlaamse cijfers internationaal te kunnen situeren hebben we gezocht naar publicaties en studies waarin de prevalentie overgewicht berekend werd op basis van hetzelfde referentiekader en waarbij de cijfers steunen op een voldoende groot aantal kinderen. We vonden vergelijkbare cijfers voor 3 buurlanden (Nederland, Frankrijk, Duitsland) en namen deze op in tabel 4.<sup>12</sup>

Op basis van de vergelijking kunnen we alvast concluderen dat overgewicht bij kinderen niet in elk land in dezelfde mate voorkomt en dat niet elk land dezelfde toenemende trend naar leeftijd kent. In Duitsland en Frankrijk komt overgewicht bij tieners duidelijk meer voor dan in Vlaanderen. Zowel in Frankrijk, als in Duitsland kent meer dan 1 op 5 van de kinderen die minstens 12 jaar zijn overgewicht. In Vlaanderen, maar vooral in Nederland ligt de prevalentie overgewicht op die leeftijden een stuk lager.

Duitsland en Frankrijk kennen net zoals Vlaanderen eerder een toenemende prevalentie van overgewicht naargelang de leeftijd van de kinderen. Nederland wijkt hier van af. In Nederland neemt de prevalentie toe tot 8 jaar, maar op 12 en 14 jaar blijken er weer minder kinderen met overgewicht te zijn. Uit de achterliggende geslachtsspecifieke cijfers blijkt dat de prevalentie in Nederland bij jongens terug toeneemt vanaf 12 jaar en vanaf 15 jaar bij meisjes, maar de cijfers

---

<sup>12</sup> Deze prevalentiecijfers werden geschat in een relatief recente steekproef die de hele doelregio omvat, op basis van de BMI berekend uit gemeten lengte en gewicht, en met gebruik van de IOTF afkapwaarden. Indien afzonderlijke cijfers van jongens en meisjes werden gerapporteerd werd hiervan het gemiddelde genomen.

liggen er tussen 10 en 14 jaar nog duidelijk lager dan in Vlaanderen. Op de jongste leeftijden (2- tot 8 jaar) ligt de prevalentie in Nederland wel hoger dan in Vlaanderen.

**Tabel 4: Vergelijking tussen Vlaanderen en buurlanden qua prevalentie overgewicht (inclusief obesitas) en obesitas**

Leeftijd	Vlaanderen (2015)		Nederland <sup>13</sup>		Frankrijk <sup>14</sup>		Duitsland <sup>15</sup>	
	Overgewicht	Obesitas	Overgewicht	Obesitas	Overgewicht	Obesitas	Overgewicht	Obesitas
<b>2 jaar</b>	7,6	1,0	8,15	0,7				
<b>4 jaar</b>	10,5	2,0	12,7	1,85			10,8 (3-6 jaar)	1,8 (3-6 jaar)
<b>6 jaar</b>	13,3	3,5	16,1	2,75	13,15 (6-10jaar)	2,35 (6-10jaar)	19,5 (7-10jaar)	5,5 (7-10jaar)
<b>8 jaar</b>	15,9	3,8	16,35	2,7				
<b>10 jaar</b>	16,9	3,5	14,35	2,1	21,15 (11-14 jaar)	4,1 (11-14 jaar)	26,2 (11-13 jaar)	5,9 (11-13 jaar)
<b>12 jaar</b>	17,6	4,0	12,75	1,7				
<b>14 jaar</b>	16,9	4,1	12,3	1,6				

<sup>13</sup> Schönbeck Y, Talma H, van Dommelen P, Bakker B, Buitendijk SE, et al. (2011) Increase in Prevalence of Overweight in Dutch Children and Adolescents: A Comparison of Nationwide Growth Studies in 1980, 1997 and 2009. PLoS ONE 6(11):e27608. doi:10.1371/journal.pone.0027608

<sup>14</sup> Verdot C, Torres M, Salanave B, Deschamps V. (2017) Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015. Résultats de l'étude Esteban et évolution depuis 2006. Bull Epidémiol Hebd. 13:234-41. [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/13/2017\\_13\\_1.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/13/2017_13_1.html)

<sup>15</sup> Schienkiewitz A, Damerow S, Schaffrath Rosario A (2018) Prävalenz von Untergewicht, Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Einordnung der Ergebnisse aus KiGGS Welle 2 nach internationalen Referenzsystemen. Journal of Health Monitoring 3(3): 60–74. DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-080

## Hoofdstuk IV. Historische evolutie prevalentiecijfers voor kinderen en jongeren in Vlaanderen

Tabel 5 geeft per leeftijdjaar aan hoe de prevalentiecijfers evolueerden sinds 2011.

Aangezien de gegevens voor schoolgaande kinderen per schooljaar worden bezorgd aan Zorg en Gezondheid en aangezien de laatste gegevensoverdracht ging over schooljaar 2015-2016, zijn de gegevens over het jaar 2016 onvollediger dan die over de andere jaren. Hier moet rekening mee gehouden worden bij de interpretatie van de cijfers.

**Tabel 5: Evolutie van de gewichtstatus (%) per leeftijd over de registratiejaren heen, Vlaams Gewest (jongens en meisjes samen)**

Leeftijd kind	Jaar	Lage BMI voor leeftijd	Normaal gewicht	Overgewicht	Waarvan obesitas	Totaal (N)
2 jarigen	2011	1,1%	92,2%	6,7%	0,9%	35.126
	2012	1,0%	92,3%	6,8%	0,8%	40.726
	2013	0,9%	91,9%	7,2%	0,9%	44.412
	2014	1,0%	91,2%	7,9%	1,0%	45.128
	2015	0,8%	91,6%	7,6%	1,0%	44.715
	2016	0,8%	91,1%	8,1%	1,0%	43.933
	2017	0,7%	90,7%	8,6%	1,1%	43.236
4- jarigen	2011	0,4%	89,1%	10,4%	2,0%	69.306
	2012	0,4%	89,0%	10,6%	2,0%	69.861
	2013	0,4%	89,1%	10,5%	2,0%	68.084
	2014	0,4%	89,2%	10,4%	2,0%	70.428
	2015	0,4%	89,0%	10,5%	2,0%	73.680
	2016*	0,4%	89,0%	10,6%	2,0%	70.831
6- jarigen	2011	0,9%	85,9%	13,3%	3,4%	52.318
	2012	0,8%	85,8%	13,4%	3,5%	52.536
	2013	0,8%	86,0%	13,2%	3,4%	52.632
	2014	0,9%	85,8%	13,4%	3,5%	56.532
	2015	0,9%	85,8%	13,3%	3,5%	59.657
	2016*	1,1%	85,8%	13,2%	3,4%	23.123
8- jarigen	2011	1,1%	83,0%	15,8%	3,7%	45.196
	2012	1,2%	82,6%	16,2%	3,9%	43.374
	2013	1,1%	83,3%	15,6%	3,6%	48.547
	2014	1,1%	82,9%	16,0%	3,8%	50.770
	2015	1,1%	82,9%	15,9%	3,8%	49.887
	2016*	1,2%	82,6%	16,1%	4,0%	21.997

10- jarigen	2011	2,3%	80,9%	16,8%	3,4%	44.801
	2012	2,5%	80,5%	17,0%	3,5%	44.037
	2013	2,5%	80,9%	16,6%	3,3%	45.834
	2014	2,6%	80,7%	16,7%	3,4%	46.801
	2015	2,4%	80,7%	16,9%	3,5%	49.682
	2016*	2,9%	79,0%	18,1%	4,3%	13.207
12- jarigen	2011	4,0%	79,2%	16,8%	3,5%	42.687
	2012	4,1%	79,4%	16,6%	3,5%	41.923
	2013	4,2%	78,9%	16,9%	3,7%	40.756
	2014	4,0%	78,8%	17,2%	3,9%	43.080
	2015	4,4%	78,0%	17,6%	4,0%	45.329
	2016*	4,2%	78,7%	17,1%	3,5%	28.956
14- jarigen	2011	3,2%	80,7%	16,1%	3,5%	44.351
	2012	3,2%	80,5%	16,3%	3,6%	43.789
	2013	3,3%	81,0%	15,7%	3,5%	41.306
	2014	3,4%	80,1%	16,5%	3,9%	42.164
	2015	3,3%	79,7%	16,9%	4,1%	43.502
	2016*	3,3%	78,7%	18,1%	4,7%	21.208

**\* Cijfers 2016 betreffen telkens maar een deel van het jaar.**

Op basis van tabel 5 besluiten we dat er voor de meegenomen registratiejaren alvast geen sprake is van een algemene (=voor alle leeftijden) en duidelijke toename van het aandeel kinderen met een niet-normale gewichtsstatus.

Enkel voor de jongste en de oudste kinderen (vanaf 12 jaar) zien we een afname van het aandeel kinderen met normaal gewicht van minstens 1 procentpunt tussen 2011 en 2015, het meest recente kalenderjaar waarvoor volledige registratiegegevens beschikbaar zijn. Op deze leeftijden gaat het dan vooral om een toename van het aandeel kinderen met overgewicht. Zo zien we bij de 2-jarigen een evolutie voor overgewicht van 6,7% in 2011 naar 8,6% in 2017, bij de 14-jarigen een evolutie van 16% in 2011 naar 16,9% in 2015 (18,1% voor 2016, maar die cijfers zijn nog onvolledig).

Voor de kinderen van 4 tot 10 jaar zien we tussen 2011 en 2015 niet veel verschil in de cijfers, maar als we ook naar de voorlopige cijfers van 2016 kijken, dan zien we een toename van het aantal 10-jarigen met overgewicht.

Naargelang er gegevens over meer recente jaren zullen beschikbaar komen, zullen we beter in staat zijn om historische evoluties te bekijken en te beoordelen.

### 5.1. Prevalentiecijfers naargelang kansarmoede

Zowel Kind en Gezin als de CLB registreren of een kind opgroeit in een situatie van verhoogde kwetsbaarheid/verminderde kansen. De wijze waarop dit bekeken wordt, verschilt wel enigszins:

- Kind en Gezin beschouwt kansarmoede als een toestand waarbij mensen beperkt worden in hun kansen om voldoende deel te hebben aan maatschappelijk gewaardeerde goederen, zoals onderwijs, arbeid, huisvesting. Het gaat hierbij niet om een eenmalig feit, maar om een duurzame toestand die zich voordoet op verschillende terreinen, zowel materiële als immateriële.

Tijdens hun contacten met gezinnen gaan de verpleegkundigen en gezinsondersteuners van Kind en Gezin na of er kort na de geboorte signalen zijn van kansarmoede op 6 domeinen. Het gaat om het maandinkomen van het gezin, de opleiding van de ouders, het stimulatie-niveau van de kinderen, de arbeidssituatie van de ouders, de huisvesting en de gezondheid van gezinsleden of de toegang tot gezondheidszorg. Wanneer een gezin zwak scoort op 3 of meer levensdomeinen, spreken we over kinderen die in kansarmoede leven.

- Leerlingen worden door onderwijs beschouwd als kansarm op basis van 4 kenmerken (Onderwijs-Kansarmoede-Indicator - OKI): thuistaal niet Nederlands, krijgen van een schooltoelage, lage opleiding van de moeder en wonen in een buurt met hoge mate van schoolse vertraging. Die worden door de school opgevraagd bij de ouders wanneer een kind start op de school. Wie scoort op minstens 3 van de 4 kenmerken wordt als kansarm aangeduid<sup>16</sup>. Deze indicatoren zijn enkel van toepassing op kinderen in het gewone onderwijs: voor leerlingen van het buitengewoon onderwijs wordt dit niet bevraagd bij de ouders.

Zowel bij Onderwijs, als bij Kind en Gezin wordt kansarmoede dus berekend als een multi-dimensionaal begrip. De onderliggende dimensies of domeinen zijn echter niet dezelfde en ook het moment van beoordeling verschilt. Bij Kind en Gezin is het eerder een toestand op het moment van de geboorte<sup>17</sup>, bij cijfers van de CLB is het een inschatting bij aanvang van de schoolperiode in een onderwijsniveau. Maar ondanks het betekenis- en berekeningsverschil wijst een situatie van kansarmoede in beide beleidsdomeinen op een verhoogde socio-economische kwetsbaarheid. Om die reden bekijken we hierna of de gewichtstatus van kinderen verschilt naargelang een kind in een kansarm gezin leeft of niet.

---

<sup>16</sup> Meer over onderwijskansarmoede-indicatoren (OKI) op [http://www.agodi.be/sites/default/files/atoms/files/FAQ\\_Leerlingkenmerken.pdf](http://www.agodi.be/sites/default/files/atoms/files/FAQ_Leerlingkenmerken.pdf)

<sup>17</sup> Volgens Kind en Gezin wordt in de periode 2016-2018 gemiddeld 14% van de kinderen geboren in een situatie van kansarmoede. De evolutie van de kansarmoede-index (berekend over 3 geboortejaren) toont aan dat het aandeel de laatste jaren is toegenomen (12% in 2015, 14,1% in 2018). Meer info op <https://www.kindengezin.be/cijfers-en-rapporten/cijfers/kansarmoede/>.

Tabel 6 geeft -over de geslachten heen<sup>18</sup>- per leeftijd cijfers over de gewichtsstatus naargelang het kind al dan niet in een situatie van kansarmoede geboren is/leeft.

**Tabel 6: Prevalentie van lage BMI, normaal en overgewicht (%) naar kansarmoede-situatie, Vlaams Gewest – registratiejaar 2015**

Leeftijd	Kansarmoedesituatie	Lage BMI	Normaal	Overgewicht	Totaal (N)
2- jarigen	Kinderen in kansarmoede	1,0%	87,5%	11,5%	4.623
	Geen kansarmoede	0,8%	92,1%	7,1%	39.928
	<b>Totaal</b>	<b>0,8%</b>	<b>91,6%</b>	<b>7,6%</b>	<b>44.715</b>
4- jarigen	Kinderen in kansarmoede	0,3%	79,6%	20,1%	7.365
	Geen kansarmoede	0,4%	90,1%	9,5%	66.315
	<b>Totaal</b>	<b>0,4%</b>	<b>89,0%</b>	<b>10,5%</b>	<b>73.680</b>
6- jarigen	Kinderen in kansarmoede	0,7%	73,6%	25,7%	5.573
	Geen kansarmoede	0,9%	87,1%	12,0%	54.084
	<b>Totaal</b>	<b>0,9%</b>	<b>85,8%</b>	<b>13,3%</b>	<b>59.657</b>
8- jarigen	Kinderen in kansarmoede	0,6%	69,6%	29,8%	3.802
	Geen kansarmoede	1,2%	84,0%	14,8%	46.085
	<b>Totaal</b>	<b>1,1%</b>	<b>82,9%</b>	<b>15,9%</b>	<b>49.887</b>
10- jarigen	Kinderen in kansarmoede	1,3%	66,3%	32,4%	3.713
	Geen kansarmoede	2,5%	81,8%	15,7%	45.969
	<b>Totaal</b>	<b>2,4%</b>	<b>80,7%</b>	<b>16,9%</b>	<b>49.682</b>
12- jarigen	Kinderen in kansarmoede	2,1%	65,3%	32,7%	2.963
	Geen kansarmoede	4,6%	78,8%	16,6%	42.366
	<b>Totaal</b>	<b>4,4%</b>	<b>78,0%</b>	<b>17,6%</b>	<b>45.329</b>
14- jarigen	Kinderen in kansarmoede	1,7%	65,3%	33,0%	2.636
	Geen kansarmoede	3,4%	80,7%	15,9%	40.866
	<b>Totaal</b>	<b>3,3%</b>	<b>79,7%</b>	<b>16,9%</b>	<b>43.502</b>

Tabel 6 geeft een duidelijk verschil aan in gewichtsstatus van kinderen naargelang hun kansarmoedesituatie. Op alle leeftijden kennen kinderen in kansarmoede een minder gunstige gewichtsstatus dan kinderen die niet in kansarmoede geboren werden/opgroeien. Het aandeel kinderen met een normale gewichtsstatus ligt er op alle leeftijden een heel stuk lager. Op een leeftijd van 2 jaar bedraagt het verschil al bijna 5 procentpunten, vanaf 4 jaar gaat het om een verschil van 10 procentpunten of meer.

De afwijkende gewichtsstatus van kinderen in kansarmoede manifesteert zich vooral op vlak van overgewicht. Een op de vijf 4-jarigen in kansarmoede heeft overgewicht, bij niet-kansarme kinderen van die leeftijd gaat het om minder dan 1 op de 10. Vanaf 10 jaar ligt het aandeel

<sup>18</sup> In bijlage 3 worden de cijfers opgesplitst per geslacht.

kinderen met overgewicht bij kinderen in kansarmoede zelfs op minstens 32%, terwijl de prevalentie overgewicht bij de andere kinderen ongeveer de helft lager ligt (gaande van 15,7% op 10 jaar tot 16,6% op 12 jaar).

Qua lage BMI voor leeftijd zien we ook een verschil naargelang de kansarmoedesituatie, maar daar ligt de prevalentie bij kinderen in kansarmoede vanaf 4 jaar op alle leeftijden lager dan bij kinderen die niet in kansarmoede geboren werden, al is het verschil op 4 en 6 jaar erg beperkt?

## 5.2. Gewichtsstatus op 24 maanden volgens kansengroep en origine van de moeder

Kind en Gezin registreert voor nagenoeg alle kinderen ook de geboortenationaliteit van de moeder zodat de cijfers over kansarmoede nader uitgesplitst kunnen worden. Kind en Gezin hanteert op basis van de kruising van kansarmoedesituatie en geboortenationaliteit van de moeder 4 soorten kansengroepen. Tabel 7 geeft aan of de gewichtsstatus verschilt tussen de kansengroepen.

**Tabel 7: Prevalentiecijfers (%) gewichtsstatus op 24 maanden naar kansengroep, Vlaams Gewest – Registratiejaar 2015**

Kansengroep	Lage BMI	Normaal gewicht	Overgewicht	Waarvan obesitas	Totaal (N)
<b>Belg en niet-kansarm</b>	0,8%	92,9%	6,3%	0,6%	<b>32.091</b>
<b>Belg en kansarm</b>	1,2%	90,6%	8,2%	1,5%	<b>1.372</b>
<b>Niet-Belg en niet-kansarm</b>	0,9%	88,8%	10,3%	1,7%	<b>7.514</b>
<b>Niet-Belg en kansarm</b>	1,0%	86,2%	12,8%	2,6%	<b>3.126</b>

Tabel 7 toont aan dat de kansarmoedesituatie zowel bij kinderen met een moeder van Belgische origine, als bij een moeder van niet-Belgische origine, gepaard gaat met een hoger aandeel kinderen met een afwijkende gewichtsstatus. Het verschil bedraagt – ongeacht de moeder van Belgische origine is of niet – ongeveer 2 procentpunten. De tabel maakt echter vooral duidelijk dat de cijfers meer verschillen (4% of meer) naargelang de origine van de moeder, dan naar de kansarmoedesituatie.

Kinderen die een moeder van Belgische origine hebben, hebben -ongeacht hun kansarmoede-situatie- vaker een normaal gewicht dan de andere kinderen (90,6% en 92,9% versus 86,2 en 88,8%). Kinderen met een moeder van niet-Belgische origine kennen vooral een hogere prevalentie van overgewicht (>10%), zelfs als ze niet in kansarmoede geboren werden.

Omdat de data van de CLB geen gegevens over de origine van de moeder bevatten, kunnen we niet nagaan of deze opvallende verschillen zich ook voordoen op oudere leeftijden. Via een geanonimiseerde koppeling van data van Kind en Gezin aan data van Zorg en Gezondheid willen we daar de komende jaren wel proberen zicht op te krijgen via wetenschappelijk onderzoek.



Omdat de geboortenationaliteit van de moeder zo belangrijk blijkt te zijn en ook voor een deel het verschil naargelang de kansarmoedesituatie verklaart (want meer dan 60% van de kinderen tussen 0 en 3 jaar in kansarmoede heeft een moeder van niet-Belgische origine<sup>19</sup>), gaan we in tabel 8 op niveau van het Vlaams Gewest verder kijken of er zich verschillen voordoen naargelang de geboortenationaliteit van de moeder. We maken daarbij een onderscheid tussen 6 clusters van geboortenationaliteiten: Belgisch, een andere EU nationaliteit, een geboortenationaliteit van een OESO land (maar niet EU), Maghreb, Turkije en een restgroep met resterende landen uit Azië, Afrika, Europa en centraal- en midden Amerika.

**Tabel 8: Prevalentiecijfers (%) gewichtsstatus op 24 maanden naargelang de origine van de moeder, Vlaams Gewest – Registratiejaar 2015**

<b>Geboortenationaliteit moeder</b>	<b>Lage BMI</b>	<b>Normaal gewicht</b>	<b>Overgewicht</b>	<b>Totaal (N)</b>
<b>België</b>	0,8%	92,8%	6,4%	100,0%
<b>EU (exclusief België)</b>	1,0%	90,6%	8,5%	100,0%
<b>OESO (exclusief EU)</b>	0,0%	89,6%	10,4%	100,0%
<b>Maghreb</b>	0,4%	84,2%	15,5%	100,0%
<b>Turkije</b>	0,6%	89,1%	10,2%	100,0%
<b>Overige landen</b>	1,3%	88,2%	10,5%	100,0%

Op een leeftijd van 24 maanden zien we een duidelijk verschil naargelang de origine van de moeder. Kinderen met een moeder van Maghreb origine kennen de hoogste prevalentie van overgewicht op 24 maanden (15,5%). Kinderen met een moeder van Belgische origine kennen de laagste prevalentie van overgewicht (6,4%). Kinderen met een moeder van een andere origine hebben prevalentiecijfers die zich daartussen bevinden.

Uit niet-opgenomen berekeningen blijkt wel dat het verschil naargelang de origine van de moeder ook gemedieerd wordt door een duidelijk verschil qua opleidingsniveau tussen moeders van Belgische en niet-Belgische origine. De prevalentie overgewicht is bij de kinderen met een moeder met een laag opleidingsniveau (hoogstens lager secundair onderwijs) hoger dan bij de kinderen met een moeder met hoger opleidingsniveau. Aangezien er onder de moeders van Belgische origine veel minder moeders zijn met een laag opleidingsniveau, kunnen we voorzichtig aannemen dat de grootte van het verschil ook te maken heeft met andere zaken dan origine van de moeder. Verder onderzoek is echter noodzakelijk om uit te klaren wat de verschillen verklaart en om te bepalen hoe belangrijk het verschil qua opleidingsniveau is.

<sup>19</sup> Voor meer details, zie de publicatie 'Het kind in Vlaanderen'.

<https://www.kindengezin.be/cijfers-en-rapporten/rapporten/over-kind-en-gezin/kind-in-vlaanderen/>

## Hoofdstuk VI. Prevalentiecijfers op niveau provincies en per (type) gemeente

### 6.1. Prevalentiecijfers per provincie en geslacht

Op basis van tabel 9 stellen we vast dat er zich tussen de provincies verschillen aftekenen in de prevalentiecijfers, al zijn die verschillen niet altijd (even) groot en zijn er niet altijd verschillen tussen alle provincies.

**Tabel 9: Prevalentiecijfers (%) per leeftijd, geslacht en provincie, registratiejaar 2015**

Provincie ANTWERPEN								
	JONGENS				MEISJES			
	Lage BMI	Normaal gewicht	Overgewicht	Totaal (N)	Lage BMI	Normaal gewicht	Overgewicht	Totaal (N)
2-jaar	0,8%	90,3%	8,9%	7.002	0,6%	89,8%	9,5%	6.934
4-jaar	0,4%	88,9%	10,7%	11.427	0,3%	86,6%	13,0%	11.193
6-jaar	0,8%	87,3%	11,9%	8.879	0,7%	82,7%	16,7%	8.606
8-jaar	1,1%	84,5%	14,4%	7.217	0,7%	80,8%	18,5%	7.161
10-jaar	2,1%	82,0%	15,8%	7.522	2,1%	79,5%	18,4%	7.214
12-jaar	4,6%	77,9%	17,4%	6.680	3,9%	78,4%	17,7%	6.212
14-jaar	4,3%	79,6%	16,1%	6.243	1,9%	79,4%	18,7%	5.962
Provincie LIMBURG								
	JONGENS				MEISJES			
	Lage BMI	Normaal gewicht	Overgewicht	Totaal (N)	Lage BMI	Normaal gewicht	Overgewicht	Totaal (N)
2-jaar	1,2%	91,2%	7,6%	3.154	0,7%	91,6%	7,8%	3.095
4-jaar	0,6%	90,6%	8,8%	5.242	0,6%	87,7%	11,7%	4.949
6-jaar	1,6%	86,7%	11,7%	4.197	0,7%	83,3%	16,0%	4.072
8-jaar	1,8%	82,3%	15,8%	3.643	1,4%	79,2%	19,4%	3.589
10-jaar	2,1%	79,4%	18,6%	3.096	2,6%	76,4%	21,0%	2.881
12-jaar	3,7%	75,7%	20,6%	3.086	3,9%	76,3%	19,8%	3.060
14-jaar	4,2%	76,7%	19,1%	3.074	2,0%	80,1%	17,9%	2.932
Provincie OOST-VLAANDEREN								
	JONGENS				MEISJES			
	Lage BMI	Normaal gewicht	Overgewicht	Totaal (N)	Lage BMI	Normaal gewicht	Overgewicht	Totaal (N)
2-jaar	1,4%	92,4%	6,2%	5.392	0,6%	92,8%	6,6%	5.029
4-jaar	0,4%	90,5%	9,2%	8.857	0,4%	87,8%	11,8%	8.476
6-jaar	1,2%	87,9%	10,9%	7.103	0,6%	83,4%	16,0%	7.065
8-jaar	1,4%	85,4%	13,2%	5.703	0,8%	80,6%	18,6%	5.481
10-jaar	2,6%	82,4%	15,0%	5.985	2,6%	78,8%	18,7%	5.685
12-jaar	5,1%	77,4%	17,5%	5.185	4,0%	77,7%	18,4%	5.205
14-jaar	5,0%	79,2%	15,8%	5.127	2,6%	79,4%	18,0%	5.174

Provincie VLAAMS-BRABANT								
	JONGENS				MEISJES			
	Lage BMI	Normaal gewicht	Overgewicht	Totaal (N)	Lage BMI	Normaal gewicht	Overgewicht	Totaal (N)
2-jaar	0,9%	91,5%	7,6%	3.534	0,4%	92,6%	7,0%	3.334
4-jaar	0,6%	90,7%	8,7%	5.744	0,2%	88,3%	11,4%	5.381
6-jaar	1,0%	88,6%	10,4%	4.852	0,7%	85,4%	13,8%	4.618
8-jaar	1,1%	86,4%	12,5%	4.031	1,0%	81,5%	17,5%	3.910
10-jaar	2,6%	83,5%	13,9%	4.231	2,3%	81,0%	16,6%	4.133
12-jaar	4,8%	79,1%	16,0%	3.712	4,8%	78,9%	16,3%	3.691
14-jaar	4,0%	81,3%	14,7%	3.640	2,2%	81,7%	16,1%	3.695
Provincie WEST-VLAANDEREN								
	JONGENS				MEISJES			
	Lage BMI	Normaal gewicht	Overgewicht	Totaal (N)	Lage BMI	Normaal gewicht	Overgewicht	Totaal (N)
2-jaar	1,1%	93,2%	5,7%	3.678	0,6%	92,5%	6,9%	3.564
4-jaar	0,5%	92,1%	7,3%	6.381	0,4%	89,1%	10,5%	6.030
6-jaar	0,7%	89,8%	9,5%	5.241	0,8%	84,2%	15,0%	5.024
8-jaar	1,3%	86,1%	12,6%	4.736	0,9%	82,0%	17,1%	4.416
10-jaar	2,9%	82,4%	14,8%	4.546	2,5%	79,2%	18,3%	4.389
12-jaar	4,9%	79,4%	15,7%	4.281	4,2%	77,9%	17,9%	4.217
14-jaar	4,7%	80,1%	15,2%	3.879	2,1%	80,1%	17,8%	3.776

Doorgaans bedraagt het verschil tussen de provincie met de laagste en hoogste prevalentie normaal gewicht enkele procentpunten. Zo bedraagt – bij wijze van voorbeeld – de prevalentie normaal gewicht bij 8-jarige jongens in Limburg 82,3%, terwijl in Vlaams-Brabant 86,4% van de jongens een normaal gewicht heeft.

De verschillen tussen de provincies manifesteren zich vooral op vlak van overgewicht. Zo zien we bijvoorbeeld dat in Limburg meer dan 1 op de 5 (21%) meisjes van 10 jaar overgewicht heeft, terwijl het in Vlaams-Brabant om 16,6% gaat.

Hoewel het niet zo is dat het altijd dezelfde provincies zijn met de hoogste en laagste prevalentie normaal gewicht per leeftijd, zien we wel dat West-Vlaanderen en Vlaams-Brabant meestal een hogere prevalentie normaal gewicht hebben en dat Limburg en Antwerpen vaak de provincies zijn waar het aandeel kinderen met overgewicht hoger ligt. Vooral voor de oudere leeftijden (vanaf 10 jaar) scoort Limburg minder goed dan andere provincies. Antwerpen kent dan weer de hoogste prevalenties overgewicht voor de jongste leeftijden.

## 6.2. Prevalentiecijfers naar type gemeente

Tabel 10 bekijkt de prevalentie van normaal gewicht per leeftijd naar het type gemeente waarin de kinderen wonen. We hanteren hiervoor de VRIND-indeling<sup>20</sup> van gemeenten.

**Tabel 10: Prevalentie (%) van normaal (niet te hoog, niet te laag) gewicht bij jongens en meisjes per leeftijd en type gemeente, Vlaams Gewest – registratiejaar 2015**

Type gemeente	2 jaar	4 jaar	6 jaar	8 jaar	10 jaar	12 jaar	14 jaar
Grootsteden	88,3%	84,8%	80,0%	77,9%	76,1%	73,7%	74,9%
Centrumsteden	91,4%	87,8%	85,5%	82,4%	79,6%	77,0%	79,1%
Grootstedelijke rand	92,3%	90,9%	88,6%	85,9%	83,9%	80,5%	82,0%
Kleinstedelijk provinciaal	91,8%	88,6%	85,1%	81,4%	78,3%	77,6%	79,0%
Overgangsgebied	92,4%	90,6%	87,7%	84,4%	82,8%	79,5%	80,8%
Platteland	93,0%	91,4%	88,0%	85,0%	82,4%	79,4%	81,4%
Regionaal stedelijke rand	92,8%	89,7%	87,2%	84,1%	81,7%	78,9%	81,5%
Stedelijk gebied rond Brussel	90,2%	88,7%	85,3%	81,8%	80,2%	76,8%	80,8%
Structuurondersteunende steden	91,9%	88,5%	85,0%	82,4%	79,5%	76,5%	78,5%
<b>Vlaams Gewest</b>	<b>91,6%</b>	<b>89,0%</b>	<b>85,8%</b>	<b>82,9%</b>	<b>80,7%</b>	<b>78,0%</b>	<b>79,7%</b>

De prevalentiecijfers variëren naar het type gemeente waarin kinderen wonen. Hoewel op elke leeftijd in elk type gemeente minstens 73% van de kinderen en jongeren een normaal gewicht heeft, is het toch duidelijk dat het aantal kinderen met een normaal gewicht stevast lager ligt in de grootsteden (Antwerpen en Gent). Een voorbeeld: Op een leeftijd van 4 jaar bedraagt de prevalentie normaal gewicht in grootsteden 84,8%, daar waar ze op het platteland 91,4% bedraagt.

Op het platteland (hoogste prevalentie normaal gewicht tot en met 6 jaar) en in de grootstedelijke rand (hoogste prevalentie normaal gewicht vanaf 8 jaar) hebben kinderen het vaakst een normale gewichtstatus.

Op basis van tabel 11 stellen we vast dat de afwijkende gewichtstatus in de grootsteden vooral een kwestie van overgewicht is. In de grootsteden heeft meer dan 1 op de 5 kinderen vanaf 8 jaar overgewicht. In de andere types gemeenten ligt de prevalentie overgewicht nooit hoger dan 20% en vaak ook lager dan 16% (bv. grootstedelijke rand, overgangsgebied, regionaalstedelijke rand, ...).

<sup>20</sup> De Vrind-classificatie is een ruimtelijke indeling op basis van het Ruimtelijk Structuurplan Vlaanderen met opsplitsing van het buitengebied op basis van het Strategisch Plan Ruimtelijke Economie waarbij het ruraal overgangsgebied en het ruraal gebied als platteland wordt geclassificeerd.

**Tabel 11: Prevalentie (%) van overgewicht bij jongens en meisjes samen per leeftijd en per type gemeente, Vlaams Gewest – registratiejaar 2015**

Type gemeente	2 jaar	4 jaar	6 jaar	8 jaar	10 jaar	12 jaar	14 jaar
Grootsteden	10,8%	14,8%	19,4%	21,3%	21,9%	23,0%	22,7%
Centrumsteden	7,6%	11,8%	13,6%	16,5%	17,9%	18,4%	17,8%
Grootstedelijke rand	7,2%	8,6%	10,8%	13,1%	13,6%	13,6%	13,6%
Kleinstedelijk provinciaal	7,4%	11,0%	14,1%	17,4%	19,1%	18,8%	18,1%
Overgangsgebied	6,9%	8,8%	11,3%	14,3%	14,8%	15,8%	15,7%
Platteland	6,0%	8,2%	11,1%	13,8%	15,0%	16,1%	14,9%
Regionaal stedelijke rand	6,4%	9,9%	12,2%	14,7%	15,7%	17,0%	14,4%
Stedelijk gebied rond Brussel	9,3%	10,9%	14,0%	17,4%	17,6%	17,9%	16,6%
Structuurondersteunende steden	7,4%	11,0%	13,9%	16,6%	18,0%	19,1%	18,3%
<b>Vlaams Gewest</b>	<b>7,6</b>	<b>10,5%</b>	<b>13,3%</b>	<b>15,9%</b>	<b>16,9%</b>	<b>17,6%</b>	<b>16,9%</b>

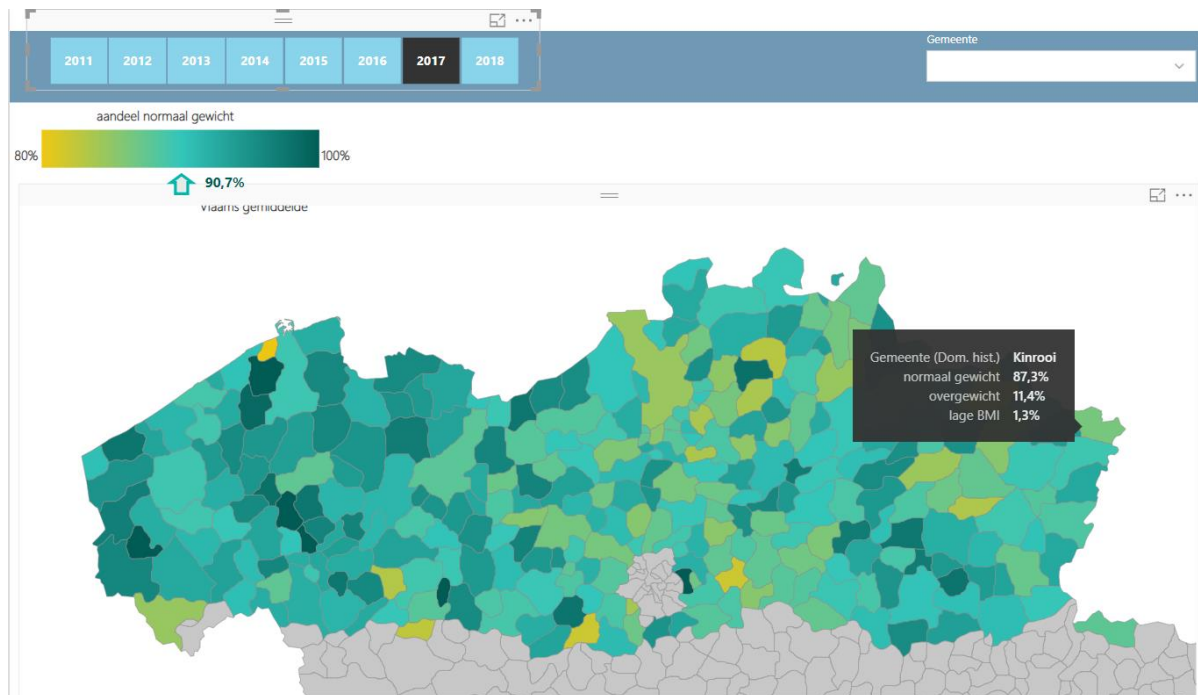
### 6.3. Prevalentiecijfers op lokaal niveau

Als we de prevalentiecijfers weergeven op niveau van elke gemeente zien we uiteraard ook verschillen. We illustreren dit enerzijds aan de hand van kaartjes (over normaal gewicht op 2 jaar en over alle leeftijden tussen 4 en 14 jaar) heen waarbij het aandeel kinderen met normaal gewicht vergeleken wordt ten opzichte van het Vlaamse gemiddelde. Voor deze kaartjes en voor meer details over de cijfers op gemeentelijk niveau verwijzen we naar de website van Kind en Gezin<sup>21</sup> en naar door Zorg & Gezondheid<sup>22</sup> opgemaakte dashboards en kaartjes. Hierna geven we aan hoe de kaartjes er uit zien.

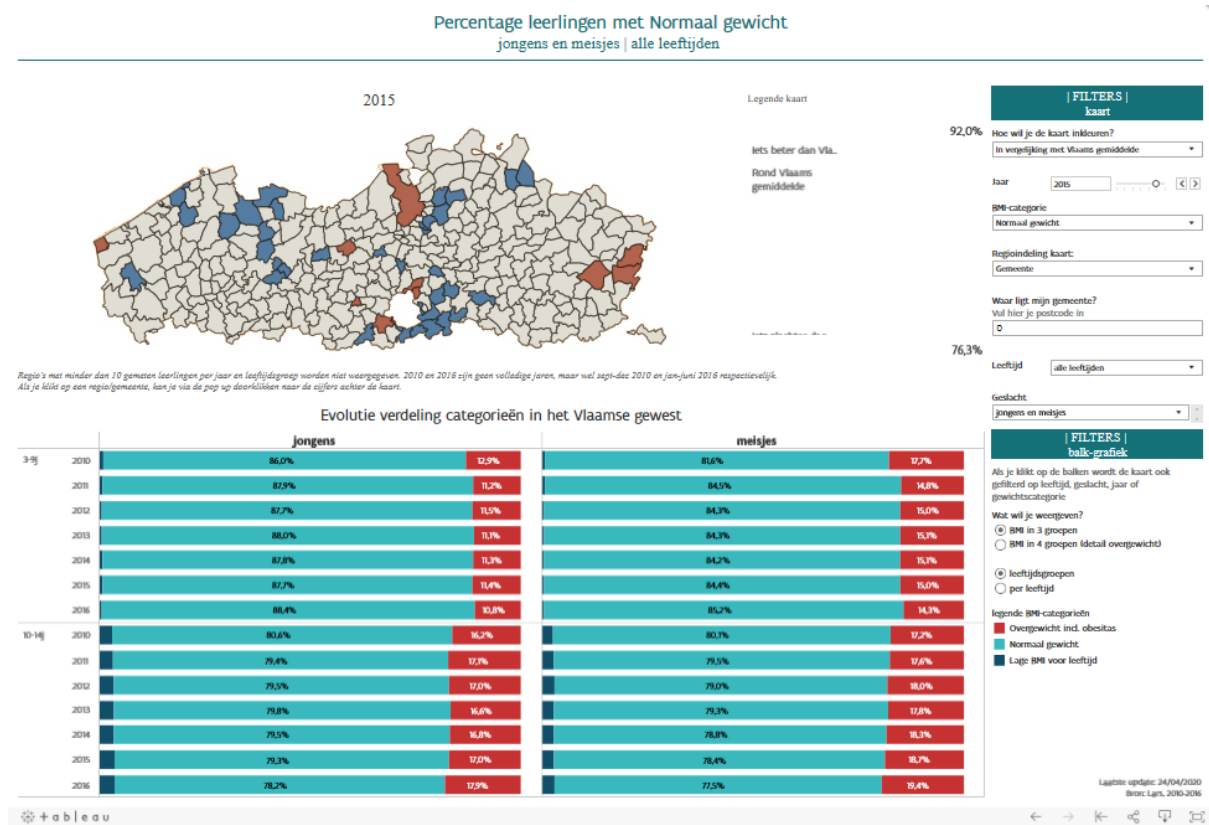
<sup>21</sup> <https://www.kindengezin.be/cijfers-en-rapporten/cijfers/>

<sup>22</sup> [https://public.tableau.com/views/GewichtstatusvankinderenenjongereninVlaanderenCLB-data/DashboardBMI?:display\\_count=y&:origin=viz\\_share\\_link&:showVizHome=no](https://public.tableau.com/views/GewichtstatusvankinderenenjongereninVlaanderenCLB-data/DashboardBMI?:display_count=y&:origin=viz_share_link&:showVizHome=no)

## Variatie qua aandeel kinderen met normaal gewicht op 2 jaar



## Variatie qua aandeel kinderen met normaal gewicht tussen 4 en 14 jaar



### 7.1. Synthese

In dit rapport publiceren Kind en Gezin en Zorg en Gezondheid voor het eerst samen prevalentiecijfers over de gewichtsstatus van kinderen tussen 2 en 14 jaar in Vlaanderen. We deden dit op basis van meetgegevens van tienduizenden kinderen én aan de hand van een nieuw, passend en uniform referentiekader dat moet toelaten om de Vlaamse cijfers ook internationaal te situeren.

We lijsten hieronder de belangrijkste bevindingen op:

- Bijna 92% van de peuters had in 2015 een normale gewichtsstatus, bij 14-jarigen ging het om 79,7%.
- Op een leeftijd van 12-jaar ligt het aandeel kinderen met normaal gewicht het laagst (78%).
- Overgewicht komt op alle leeftijden vaker voor dan een lage BMI voor leeftijd.
- De prevalentie van een lage BMI voor leeftijd varieert van 0,4% naar 4,4%, de prevalentie overgewicht varieert van 7,6% tot 17,6%. Zowel overgewicht als een lage BMI voor leeftijd komen het vaakst voor bij 12-jarigen.
- Ook het aandeel kinderen met obesitas varieert. Bij 2-jarigen gaat het om 1 op 100 kinderen, bij 12- en 14-jarigen gaat het om 4 op 100 kinderen.
- Hoewel minstens 7 op de 10 kinderen op elke leeftijd een normale gewichtsstatus kennen, zien we vanaf 6 jaar minder kinderen met normaal gewicht dan theoretisch verwacht. Vooral de prevalentie van overgewicht ligt op meerdere leeftijden een stuk hoger dan theoretisch verwacht.
- In Duitsland en Frankrijk komt overgewicht bij tieners duidelijk meer voor dan in Vlaanderen en heeft meer dan 1 op 5 van de kinderen die minstens 12 jaar zijn overgewicht. In Vlaanderen, maar vooral in Nederland ligt de prevalentie op die leeftijden een stuk lager. In Nederland neemt de prevalentie toe tot 8 jaar, maar op 12 en 14 jaar blijken er weer minder kinderen met overgewicht te zijn. De cijfers liggen tussen 10 en 14 jaar ook duidelijk lager dan in Vlaanderen. Op de jongste leeftijden (2-8 jaar) ligt de prevalentie in Nederland wel hoger dan in Vlaanderen.
- Op alle leeftijden zien we dat het aandeel meisjes met overgewicht hoger ligt dan het aandeel jongens met overgewicht. Dat viel ook te verwachten gelet op de verwachte theoretische prevalentie, maar de verschillen zijn voor diverse leeftijden groter dan verwacht. Vooral op de leeftijden van 6 tot en met 10 jaar zijn de verschillen duidelijk. Bij meisjes ligt de prevalentie overgewicht het hoogst op een leeftijd van 10 jaar (18,4%), bij jongens op een leeftijd van 12 jaar (17,3%).
- Voor de bestudeerde periode met volledige gegevens zien we noch een veralgemeende en duidelijke afname van het aandeel kinderen met een normale gewichtsstatus, noch een duidelijke toename van het aandeel kinderen met overgewicht. Enkel voor de jongste en de oudste (zowel 12, als 14 jaar) kinderen zien we een afname van het aandeel kinderen met



normaal gewicht van minstens 1 procentpunt tussen 2011 en 2015. Het gaat het dan vooral om een toename van het aandeel kinderen met overgewicht.

- We stellen wel een duidelijk verschil vast in de gewichtsstatus van kinderen naargelang hun kansarmoedesituatie. Op alle leeftijden kennen kinderen in kansarmoede een minder gunstige gewichtsstatus dan kinderen die niet in kansarmoede geboren werden/opgroeien. De afwijkende gewichtsstatus van kinderen in kansarmoede manifesteert zich vooral op vlak van overgewicht. Een op de vijf 4-jarigen in kansarmoede heeft overgewicht, bij niet-kansarme kinderen gaat het op die leeftijd om minder dan 1 op de 10. Vanaf 10 jaar ligt het aandeel kinderen met overgewicht bij kinderen in kansarmoede zelfs op minstens 32%, terwijl de prevalentie overgewicht bij de andere kinderen ongeveer de helft lager ligt.
- Op basis van de data over de kinderen op 24 maanden stellen we vast dat de grootste verschillen zich niet op vlak van kansarmoede voordoen, maar vooral naar de origine van de moeder van het kind, waarbij kinderen met een moeder van Belgische origine het minst overgewicht kennen. De prevalentie van overgewicht op 24 maanden ligt duidelijk veel hoger bij kinderen met een moeder van Maghreb-origine. De CLB-data bevatten geen details over de herkomst van de ouders, waardoor we niet konden nagaan of dit verschil zich ook op oudere leeftijden voordoet.
- Uit bijkomende berekeningen leren we dat de verschillen tussen kinderen met een moeder van Belgische en niet-Belgische origine deels ook samenhangen met verschillen qua opleidingsniveau van de moeder.
- We stellen zichtbare verschillen vast naar provincie en type gemeente, al hebben die verschillen allicht ook gedeeltelijk te maken met de opmerkelijke verschillen naar kansarmoedesituatie én herkomst van de kinderen en de ongelijke verdeling daarvan in Vlaanderen.
- We zien grote verschillen tussen gemeenten. De prevalentie normaal gewicht voor 2 jarigen is in 2015 bijvoorbeeld het laagst in Bever (80%) en het hoogst in Zuienkerke (100%).

## 7.2. Conclusies

1. Voor het eerst rapporteren Kind en Gezin & Zorg en Gezondheid op basis van een gedeeld gemengd referentiekader dat internationale situering van Vlaamse prevalentiecijfers mogelijk maakt. Aangezien ook in België prevalentiecijfers niet altijd op basis van hetzelfde referentiekader gestoeld zijn, is het nodig dat **we ook andere entiteiten en instanties overtuigen van het belang om hetzelfde referentiekader te hanteren**, zodat er geen tegenstrijdige cijfers meer circuleren.
2. Hoewel BMI slechts een indicator is voor een gezonde leefstijl, blijkt uit dit rapport wel dat de gewichtsstatus van vele kinderen niet optimaal is en dat er zich relevante verschillen tussen groepen kinderen blijken voor te doen. Het is dan ook van belang dat we **vanuit beide agentschappen inzetten op verdere opvolging van de cijfers en de evoluties blijven in kaart brengen**. Niet alleen periodiek via cross-sectionele monitoringsrapporten, maar ook

longitudinaal bv. door na te gaan of kinderen met overgewicht op 2 jaar ook op oudere leeftijden in de groep met overgewicht blijven. Hiervoor zal wel een geanonimiseerde koppeling van gegevens van Kind en Gezin en Zorg en Gezondheid nodig zijn.

3. Hoewel op elke leeftijd minstens 8 op de 10 kinderen in Vlaanderen een normale gewichtsstatus heeft, zien we toch dat niet weinig kinderen kampen met overgewicht en dat 4% van de 12 en 14-jarigen obees is. Hoewel een normaal gewicht geen garantie is op een gezond gewicht, tonen de cijfers wel aan dat het **nodig is om te blijven inzetten op het bevorderen van een gezonde leefstijl** bij kinderen en jongeren.
4. Hoewel de prevalentie overgewicht duidelijk hoger is bij oudere kinderen, moeten we **zeker op jonge leeftijd inspanningen blijven doen** zodat een gezond gewicht zo lang mogelijk kan aangehouden worden.
5. Dat we voor de periode 2011-2015 geen duidelijke veralgemeende afname in de prevalentie van normaal gewicht vaststellen, is een belangrijke vaststelling om de vaak gehoorde assumptie te weerleggen dat er zich jaar na jaar een toename van het aandeel kinderen met overgewicht zou voordoen. Maar de bestudeerde tijdsperiode was eigenlijk te beperkt om de evolutie grondig te kunnen beoordelen. Het is daarom nodig om **historische data uit andere bronnen én registratiegegevens van meer recente jaren te benutten om de historische analyse te vervolledigen**.
6. Uit de internationale situering bleek dat overgewicht bij tieners in Vlaanderen minder voorkomt dan in Duitsland en Frankrijk, maar wel meer dan in Nederland. Vlaanderen kent voor overgewicht wel een lagere prevalentie dan Nederland voor de jongere kinderen. We vergeleken de Vlaamse cijfers nu echter maar met een beperkte set aan landen. Het zou goed zijn om we de **cijfers en evoluties in tal van andere landen beter in het oog te houden** om Vlaanderen nog beter te kunnen situeren.
7. De vaststelling dat de prevalentie van overgewicht bij kinderen die opgroeien in kansarmoede op alle leeftijden aanzienlijk groter is dan die van andere kinderen, doet tal van vragen rijzen naar het belang en de oorzaken van die verschillen. Wijzen ze echt op een belangrijk verschil qua gezondheid en zo ja, wat zijn dan de oorzaken er van? Op basis van de cijfers in dit rapport kunnen en mogen we hier geen uitspraken over doen, maar ze vormen wel **een belangrijk signaal dat nader geanalyseerd moet worden, zowel kwantitatief, als kwalitatief**.
8. Naast kansarmoede, blijkt ook de herkomst en het opleidingsniveau van de ouders een rol te spelen. De cijfers op een leeftijd van 24 maanden tonen immers relevante verschillen. Ook hier besluiten we dat er **verdere analyses en onderzoek nodig zijn om de ware toedracht en het belang van de verschillen uit te klaren**. Vooreerst moet nagegaan worden of de

verschillen naar herkomst en opleidingsniveau zich ook bij oudere kinderen voordoen.

Onderzoek op basis van een geanonimiseerde gegevenskoppeling tussen data van Kind en Gezin en data van Zorg en Gezondheid lijkt daarvoor erg nuttig, want voor de oudere kinderen beschikken we op basis van de CLB-registratie niet over herkomstgegevens. Zo zouden we de profielgegevens van Kind en Gezin kunnen benutten om na te gaan of kinderen met een moeder van Maghreb-origine ook op latere leeftijden een hogere prevalentie overgewicht kennen dan kinderen met een moeder van een andere origine.

Ten tweede moeten andere relevante variabelen (bv. gewicht ouders, gewichtstoename moeder tijdens zwangerschap, voedingsgewoonten, vrijetijdsbesteding, financiële mogelijkheden om gezonde voeding te kopen, bewegingsruimte in huis en omgeving, ...) in de analyse betrokken worden.

9. Doordat de prevalentiecijfers niet alleen op Vlaams niveau worden getoond, maar ook beschikbaar zijn per provincie, gemeente en eerstelijnszone en/of locoregionaal gezondheidsoverleg (LOGO) vormen ze **een nuttige basis voor verdere bespreking en - eventuele- gerichte acties op een lager niveau**. Zo kunnen de cijfers door alle relevante actoren (gemeenten, scholen, opvanginitiatieven, ...) benut worden.

## Bijlagen

### Bijlage 1: Informatie over de empirische basis van dit rapport

#### **Metingen biometrie bij Kind en Gezin**

De opvolging van de jongste kinderen gebeurt onder toezicht van Kind en Gezin door regioverpleegkundigen van Kind en Gezin en door artsen in consultatiebureaus, erkend en gesubsidieerd door Kind en Gezin. Telkens een kind gezien wordt op huisbezoek of op consult, wordt het gemeten en gewogen. Deze meetgegevens worden genoteerd in het elektronisch kinddossier 'Mirage' en worden vervolgens elke nacht opgeladen in het Datawarehouse van Kind en Gezin. Aangezien de BMI-curven pas vanaf een leeftijd van 2 jaar starten, bespreken we in dit rapport enkel de BMI-waarden op een leeftijd van 24 maanden.

Voor de opeenvolgende registratiejaren bevat het rapport cijfers over volgende aantallen kinderen op een leeftijd van 24 maanden.

**Tabel A: Overzicht kinderen in Vlaanderen met BMI-gegevens tussen 23 en 25 maanden**

<b>Registratiejaar</b>	<b>Totaal</b>	<b>Jongens</b>	<b>Meisjes</b>
2011	35.126	17.877	17.248
2012	40.726	20.719	20.006
2013	44.412	22.613	21.799
2014	45.128	23.004	22.124
2015	44.715	22.760	21.955
2016	43.933	22.379	21.554
2017	43.236	22.095	21.141

#### **Metingen biometrie door de Centra voor Leerlingenbegeleiding**

Gedurende de schoolloopbaan worden per kind meerdere contactmomenten georganiseerd door de CLB. Op welke leeftijden deze contactmomenten plaatsvinden is bepaald in het besluit van de Vlaamse Regering tot operationalisering van de leerlingenbegeleiding in het basisonderwijs, het secundair onderwijs en de centra voor leerlingenbegeleiding. Tijdens al die contactmomenten worden o.a. gewicht en lengte op gestandaardiseerde wijze gemeten en geregistreerd volgens de richtlijn Groei en Puberteit (<https://www.vwvj.be/groei-en-puberteit>) en de richtlijn Gewicht (<https://www.vwvj.be/gewicht>) en geregistreerd in LARS (Leerling Activiteiten en Registratie Systeem). Tot en met schooljaar 2017-2018 kwamen kinderen elke 2 schooljaren naar het CLB, met een eerste contactmoment in de 2<sup>e</sup> kleuterklas en een laatste in het 1<sup>ste</sup> leerjaar van de 2<sup>de</sup> graad secundair onderwijs.

Alle meetresultaten en informatie, relevant voor het opvolgen van de gezondheid, groei en ontwikkeling van een kind/jongere, worden gepseudonimiseerd doorgegeven aan het Agentschap Zorg en Gezondheid. Vanuit het departement onderwijs ontvangt Z&G ook variabelen gerelateerd aan Socio-Economische Status (SES) en kansarmoede.

Voor de opeenvolgende registratiejaren bevat het rapport cijfers over volgende aantallen kinderen op de diverse leeftijden.

**Tabel B: Overzicht kinderen in Vlaanderen met BMI gegevens bij CLB's**

<b>Leeftijd Kind</b>	<b>Registratie-jaar</b>	<b>Totaal</b>	<b>Jongens</b>	<b>Meisjes</b>
<b>4 jarigen</b>	2011	69.306	35.344	33.962
	2012	69.861	35.456	34.405
	2013	68.084	34.830	33.254
	2014	70.428	35.951	34.477
	2015	73.680	37.651	36.029
	2016*	70.831	36.101	34.730
<b>6 jarigen</b>	2011	52.318	26.530	25.788
	2012	52.536	26.529	26.007
	2013	52.632	26.488	26.144
	2014	56.532	28.667	27.865
	2015	59.657	30.272	29.385
	2016*	23.123	11.814	11.309
<b>8 jarigen</b>	2011	45.196	22.841	22.355
	2012	43.374	21.856	21.518
	2013	48.547	24.594	23.953
	2014	50.770	25.668	25.102
	2015	49.887	25.330	24.557
	2016*	21.997	11.174	10.823
<b>10 jarigen</b>	2011	44.801	22.560	22.241
	2012	44.037	22.228	21.809
	2013	45.834	23.324	22.510
	2014	46.801	23.841	22.960
	2015	49.682	25.380	24.302
	2016*	13.207	6.868	6.339
<b>12 jarigen</b>	2011	42.687	21.656	21.031
	2012	41.923	20.798	21.125
	2013	40.756	20.573	20.183
	2014	43.080	21.642	21.438
	2015	45.329	22.944	22.385

	2016*	28.956	14.564	14.392
<b>14 jarigen</b>	2011	44.351	21.898	22.453
	2012	43.789	21.715	22.074
	2013	41.306	20.457	20.849
	2014	42.164	20.822	21.342
	2015	43.502	21.963	21.539
	2016*	21.208	10.878	10.330

\* Deze leeftijden worden vooral in 1e trimester van het schooljaar gemeten: voor deze leeftijdsgroepen is 2016 niet representatief

## Bijlage 2: Toelichting bij de keuze voor een gemengd referentiekader

Tot de leeftijd van 18 jaar is het omwille van een natuurlijke leeftijdsevolutie noodzakelijk om leeftijdsspecifieke grenswaarden voor BMI te gebruiken. Bij kinderen liggen de grenswaarden van een normale en afwijkende BMI dus anders dan bij volwassenen. De keuze voor de grenswaarden is niet zonder gevolgen, want het heeft invloed op de prevalentiecijfers. Er bestaan echter meerdere referentiekaders voor het bepalen van grenswaarden.

Uit een studie van de KUL in opdracht van Kind en Gezin weten we dat er vier gangbare referentiekaders bestaan om de BMI bij kinderen te beoordelen:

- (1) De afkapwaarden van de **International Obesity Task Force (IOTF)**: De IOTF-referentiewaarden berusten op de veronderstelling dat de percentielen, die op de leeftijd van 18 jaar overeenstemmen met de referentiewaarden voor volwassenen, kunnen gebruikt worden als afkapwaarden voor kinderen op jongere leeftijd. De IOTF criteria zijn het gemiddelde van de afkapwaarden op deze manier werden berekend in een aantal surveys in Europa, Noord- en Zuid-Amerika en Azië (Cole et al., 2000). Volgens dezelfde methode werden ook afkapwaarden gepubliceerd voor ondergewicht (Cole et al., 2007) maar deze zijn niet officieel aanbevolen.
- (2) De **uitgebreide IOTF-criteria**: Een BMI referentiecurve die werd geschat aan de hand van de data die in de oorspronkelijke IOTF-publicatie werden gebruikt (Cole en Lobstein, 2012). Deze referentiecurve karakteriseert volledig de BMI-verdeling tussen 2 en 18 jaar, en laten toe om meetwaarden van individuele kinderen naar standaarddeviatie scores (SD-scores) om te zetten, alsook om andere (minder of meer extreme) grenswaarden te berekenen. De percentielen die op 18 jaar overeenstemmen met de referentiewaarden voor overgewicht, obesitas bij volwassenen worden gebruikt als afkapwaarde. De uitgebreide IOTF criteria verschillen slechts weinig van de oorspronkelijke grenswaarden.
- (3) De **WHO-groeistandaarden**: Deze referentiecurven zijn gebaseerd op een longitudinale studie van kinderen die onder optimale omstandigheden opgroeien (tot de leeftijd van 5 jaar), en op de NCHS (National Center for Health Statistics) referentiecurve uit de Verenigde Staten (vanaf 5 jaar) (referentie 2x). De WHO beveelt een BMI SDS van -2 als grenswaarde voor ondergewicht aan<sup>23</sup> (-3 SD voor ernstig ondergewicht). De WHO stelt op basis van deze referentiecurven ook grenswaarden voor overgewicht voor, maar gaat uit van een vaste (lage) prevalentie (2.3% > 2SD). De WHO grenswaarden voor overgewicht zijn ook minder geschikt om kinderen jonger of ouder dan 5 jaar te vergelijken (of leeftijdstrends die over deze leeftijd gaan), aangezien op 5 jaar het criterium veranderd van 2 SD (2.3%) naar 1 SD (14.8%).

---

<sup>23</sup> Net als Cole et al. (2007) maakt de WHO gebruik van een andere term, m.n. "wasting", en wordt de term "underweight" voorbehouden voor een laag gewicht naar leeftijd. Omwille van een consistente terminologie, en naar analogie met "overgewicht" wordt in deze analyse ook een lage BMI als "ondergewicht" benoemd.

- (4) Een lokale groeicurve: in dit geval de **Vlaamse groeicurven 2004**. De grenswaarden voor de Vlaamse groeicurven werden vastgesteld volgens de methode van de IOTF (Roelants et al., 2010). Dit criterium is uiteraard niet geschikt voor internationale vergelijking.

Elk referentiekader hanteert eigen afkapwaarden en drie van de 4 referentiekaders zijn gebaseerd op verschillende referentiepopulaties. Tabellen C en B illustreren in welke mate de afkapwaarden voor kinderen van 2 jaar (zie tabel C) en dus ook de prevalentie (zie tabel D) verschillen naargelang het referentiekader. Te noteren valt dat de definitie van ondergewicht, overgewicht en obesitas, alsook de overeenstemmende verwachte prevalentie volgens de WHO-groeistandaarden sterk verschilt van de andere referentiekaders. Deze verschillen zijn grotendeels toe te schrijven aan de manier waarop afkappercentielen werden gekozen, en niet, of in mindere mate, aan verschillen tussen de BMI verdeling van de referentiepopulaties.

**Tabel C: BMI afkapwaarden (in kg/m<sup>2</sup>) voor ondergewicht, overgewicht en obesitas op 24**

Referentiekader	Jongens							Meisjes								
	Overeenstemmende BMI (kg/m <sup>2</sup> ) op 18 jaar							Overeenstemmende BMI (kg/m <sup>2</sup> ) op 18 jaar								
	< 16	< 17	< 18.5		at risk	> 25	> 30	> 35	< 16	< 17	< 18.5		at risk	> 25	> 30	> 35
IOTF <sup>1</sup>	13.4	14.1	15.1			18.4	20.1	nvt	13.2	13.9	14.8		-	18.0	19.8	Nvt
IOTF-XT <sup>2</sup>	13.6	14.3	15.2			18.46	20.0	21.2	13.4	14.1	15.0		-	18.1	19.8	21.1
WHO2006 <sup>4</sup>	12.8	-	13.7		17.2	18.7	20.4		12.4	-	13.3		17.0	18.6	20.5	-
BE2004 <sup>3</sup>	13.4	14.1	15.0			18.0	19.5	20.6	13.3	13.9	14.7		-	17.4	18.8	19.9

<sup>1</sup> Cole et al. (2000) en Cole et al. (2007) ; <sup>2</sup> Cole en Lobstein (2012) ; <sup>3</sup> Roelants et al. (2009) ; <sup>4</sup> WHO (2006)

**Tabel D: Theoretische prevalentie (%) van ondergewicht, overgewicht en obesitas op 24 maanden**

Referentiekader	Jongens							Meisjes								
	Overeenstemmende BMI (kg/m <sup>2</sup> ) op 18 jaar							Overeenstemmende BMI (kg/m <sup>2</sup> ) op 18 jaar								
	< 16	< 17	< 18.5	Gem	at risk	> 25	> 30	> 35	< 16	< 17	< 18.5	Gem	at risk	> 25	> 30	> 35
IOTF <sup>1</sup>	?	?	?			?	?	-	?	?	?			?	?	-
IOTF-XT <sup>2</sup>	0.52	3.03	15.53	74.96		9.50	1.11	0.17	0.74	3.68	16.48	72.84		10.68	1.42	0.24
WHO2006 <sup>4</sup>	0.13	-	2.28	81.86	15.86	2.28	0.13	-	0.13	-	2.28	81.86	15.86	2.28	0.13	-
BE2004 <sup>3</sup>	0.13	1.40	11.7	77.66		11.17	1.65	0.36	0.36	2.19	11.88	72.56		15.56	2.85	0.66

<sup>1</sup> Cole et al. (2000) en Cole et al. (2007) ; <sup>2</sup> Cole en Lobstein (2012) ; <sup>3</sup> Roelants et al. (2009) ; <sup>4</sup> WHO (2006)



Op basis van de vergelijkende schets van de 4 referentiekaders doen de onderzoekers volgende uitspraken/aanbevelingen:

Voor **overgewicht en obesitas** lijken de IOTF-criteria op dit ogenblik het meest geschikt:

- Voor epidemiologisch onderzoek en ten behoeve van internationale vergelijking is het gebruik van een onafhankelijke externe referentie aanbevolen. De Vlaamse groeicurven vallen dus af als mogelijk referentiekader.
- De keuze van de WHO voor een grenswaarde gebaseerd op "normaliteit" ( $\pm 2$  SD) lijkt moeilijk te verdedigen voor een studie die werd uitgevoerd in een periode waar obesitas, ook bij jonge kinderen, een vaak voorkomend probleem was.
- De oorspronkelijke IOTF-afkapwaarden zijn een breed gebruikt, eenvoudig, en onafhankelijk criterium met een definitie die nauw aansluit bij de definitie van overgewicht en obesitas bij volwassenen.
- Meerdere studies hebben ook aangetoond dat de IOTF-criteria een hoge specificiteit (weinig vals positieven) hebben om overtollig vetweefsel te detecteren.
- Bovendien laat de publicatie van het uitgebreide IOTF-criterium nu ook toe om de BMI exact te positioneren ten opzichte van deze referentie (onder de vorm van een SD score), waarmee werd tegemoetgekomen aan een belangrijke beperking van de oorspronkelijk IOTF criteria.

Voor **ondergewicht** is het referentiekader van de WHO (met afkapwaarde  $- 2$  SD) volgens de onderzoekers het best geschikt. Internationaal worden ze ook het meest gebruikt. Bij de kinderen die volgens IOTF-criteria "mild ondergewicht" zouden hebben zijn trouwens nog geen duidelijke gezondheidsrisico's aangetoond, dus die groep kinderen als het ware problematiseren is niet logisch.

Kind en Gezin en Zorg en Gezondheid opteerden in navolging van het advies van deze onderzoekers voor een gemengd referentiekader. Voor kinderen op een leeftijd van 24 maanden betekent dit dat we werkten met volgende grenswaarden.

**Tabel E: Gehanteerde grenswaarden BMI op 24 maanden**

	<b>Criterium referentiekader</b>	<b>Jongens 24M</b>	<b>Meisjes 24M</b>
Grenswaarde lage BMI	WHOZ -2	13.69	13.22
Grenswaarde overgewicht	IOTF25	18.36	18.09
Grenswaarde obesitas	IOTF30	19.99	19.81

Bijlage 3: Prevalentiecijfers naar kansarmoedesituatie per geslacht, 2015

**Tabel F: Gewichtsstatus naar leeftijd, geslacht en kansarmoedesituatie**

	Kansarmoede	JONGENS				MEISJES			
		Lage BMI	Normaal gewicht	Overgewicht	Totaal (N)	Lage BMI	Normaal gewicht	Overgewicht	Totaal (N)
<b>2-jarigen</b>	Kinderen in Kansarmoede	1,2%	88,2%	10,7%	2.324	0,8%	86,8%	12,4%	2.299
	Geen kansarmoede	1,0%	92,0%	7,0%	20.357	0,5%	92,2%	7,3%	19.571
	<b>Totaal</b>	<b>1,0%</b>	<b>91,6%</b>	<b>7,4%</b>	<b>22.760</b>	<b>0,6%</b>	<b>91,6%</b>	<b>7,8%</b>	<b>21.955</b>
<b>4-jarigen</b>	Kinderen in Kansarmoede	0,4%	80,7%	18,9%	3722	0,3%	78,4%	21,3%	3643
	Geen kansarmoede	0,5%	91,4%	8,2%	33929	0,4%	88,8%	10,8%	32386
	<b>Totaal</b>	<b>0,5%</b>	<b>90,3%</b>	<b>9,2%</b>	<b>37.651</b>	<b>0,4%</b>	<b>87,7%</b>	<b>11,9%</b>	<b>36.029</b>
<b>6-jarigen</b>	Kinderen in Kansarmoede	0,9%	76,2%	22,9%	2743	0,5%	71,1%	28,4%	2830
	Geen kansarmoede	1,0%	89,1%	9,8%	27529	0,7%	85,0%	14,3%	26555
	<b>Totaal</b>	<b>1,0%</b>	<b>88,0%</b>	<b>11,0%</b>	<b>30.272</b>	<b>0,7%</b>	<b>83,6%</b>	<b>15,7%</b>	<b>29.385</b>
<b>8-jarigen</b>	Kinderen in Kansarmoede	0,7%	72,0%	27,3%	1777	0,4%	67,5%	32,0%	2025
	Geen kansarmoede	1,4%	86,0%	12,7%	23553	1,0%	82,0%	17,0%	22532
	<b>Totaal</b>	<b>1,3%</b>	<b>85,0%</b>	<b>13,7%</b>	<b>25.330</b>	<b>0,9%</b>	<b>80,8%</b>	<b>18,2%</b>	<b>24.557</b>
<b>10-jarigen</b>	Kinderen in Kansarmoede	1,3%	68,3%	30,5%	1809	1,4%	64,4%	34,2%	1904
	Geen kansarmoede	2,5%	83,2%	14,3%	23571	2,5%	80,4%	17,1%	22398
	<b>Totaal</b>	<b>2,4%</b>	<b>82,1%</b>	<b>15,5%</b>	<b>25.380</b>	<b>2,4%</b>	<b>79,2%</b>	<b>18,4%</b>	<b>24.302</b>
<b>12-jarigen</b>	Kinderen in Kansarmoede	2,3%	66,2%	31,5%	1442	1,8%	64,4%	33,8%	1521
	Geen kansarmoede	4,9%	78,8%	16,4%	21502	4,3%	78,9%	16,8%	20864
	<b>Totaal</b>	<b>4,7%</b>	<b>78,0%</b>	<b>17,3%</b>	<b>22.944</b>	<b>4,1%</b>	<b>77,9%</b>	<b>17,9%</b>	<b>22.385</b>
<b>14-jarigen</b>	Kinderen in Kansarmoede	2,2%	66,3%	31,5%	1296	1,3%	64,3%	34,4%	1340
	Geen kansarmoede	4,6%	80,3%	15,1%	20667	2,2%	81,1%	16,7%	20199
	<b>Totaal</b>	<b>4,5%</b>	<b>79,5%</b>	<b>16,1%</b>	<b>21.963</b>	<b>2,2%</b>	<b>80,0%</b>	<b>17,8%</b>	<b>21.539</b>