

# ZESDE COVID-19- GEZONDHEIDSENQUÊTE

## EERSTE RESULTATEN

- Versie 4 -

# WIE WE ZIJN

---

SCIENSANO telt meer dan 700 medewerkers die zich elke dag opnieuw inzetten voor ons motto: levenslang gezond. Zoals uit onze naam blijkt, vormen wetenschap en gezondheid de kern van ons bestaan. De kracht van Sciensano ligt in de holistische en multidisciplinaire benadering van gezondheid. Onze aandacht gaat daarbij uit naar het nauwe en onlosmakelijke verband tussen de gezondheid van mensen en die van dieren, en hun omgeving (het “One health” concept). Daarom combineren we meerdere invalshoeken in ons onderzoek om op een unieke manier bij te dragen aan ieders gezondheid.

Sciensano kan hiervoor verder bouwen op de meer dan 100 jaar wetenschappelijke expertise van het voormalige Centrum voor Onderzoek in Diergeneeskunde en Agrochemie (CODA) en het vroegere Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV).

# Sciensano

Epidemiologie en volksgezondheid - Levensstijl en chronische ziekten

April 2021 • Brussel • België

Versie 4 : Wijziging in Figure 30 op 24/01/2022



## Contactpersoon:

Stefaan Demarest (Editor) • T+32 2 642 57 94 • [stefaan.demarest@sciensano.be](mailto:stefaan.demarest@sciensano.be)

## Auteurs (in alfabetische volgorde):

Finaba Berete  
Elise Braekman  
Helena Bruggeman  
Rana Charafeddine  
Stefaan Demarest  
Sabine Drieskens  
Lydia Gisle  
Lize Hermans  
Victoria Leclercq  
Johan Van der Heyden

## Administratieve en IT-ondersteuning (in alfabetische volgorde):

Sabine Drieskens  
Ledia Jani  
Tadek Krzywania  
Kim Vyncke

**Wij willen onze oprechte dank betuigen** aan diegenen die de tijd hebben genomen om deel te nemen aan de COVID-19-Gezondheidsenquêtes.

## Naar deze publicatie moet als volgt worden verwezen :

Zesde COVID-19-Gezondheidsenquête. Eerste resultaten. Brussel, België; Depot nummer/2021/14.440/29.  
Beschikbaar op: <https://doi.org/10.25608/r4f5-1365>

# INHOUDSTAFEL

<b>1. Inleiding</b> .....	<b>7</b>
<b>2. Kennis en naleving van covid-19-maatregelen</b> .....	<b>9</b>
2.1. Belangrijkste resultaten .....	9
<b>3. Raadpleging arts en COVID-19-besmettingen</b> .....	<b>13</b>
3.1. Belangrijkste resultaten .....	13
<b>4. Vaccinatie</b> .....	<b>15</b>
4.1. Belangrijkste resultaten .....	15
4.2. Vaccinatiestatus .....	15
4.3. Vaccinatie-intentie .....	17
4.4. Redenen om zich niet te laten vaccineren .....	20
<b>5. Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven</b> .....	<b>21</b>
5.1. Belangrijkste resultaten .....	21
5.2. Dimensies van kwaliteit van leven .....	22
5.3. Score kwaliteit van leven .....	24
<b>6. Kwetsbaarheid bij ouderen</b> .....	<b>26</b>
6.1. Belangrijkste resultaten .....	26
6.2. Dimensies van kwetsbaarheid bij ouderen .....	26
6.3. Kwetsbaarheid (“frailty”) en verhoogd risico op kwetsbaarheid (“pre-frailty”) .....	27
<b>7. Sociale gezondheid</b> .....	<b>29</b>
7.1. Belangrijkste resultaten .....	29
7.2. Ontevredenheid over sociale contacten .....	29
7.3. Kwaliteit van sociale ondersteuning .....	30
7.4. Eenzaamheid .....	32
<b>8. Geestelijke gezondheid</b> .....	<b>34</b>
8.1. Belangrijkste resultaten .....	34
8.2. Inleiding .....	35
8.3. Levenstevredenheid .....	35
8.4. Angst en depressie .....	37
8.5. Zelfmoordgedachten en -gedragingen .....	40
8.6. Eetstoornissen .....	42
<b>9. Voeding: gewoonten en status</b> .....	<b>46</b>
9.1. Belangrijkste resultaten .....	46
9.2. Dagelijkse consumptie van bepaalde gezonde en minder gezonde voedingsmiddelen .....	46
9.3. Voedingsstatus .....	47
9.4. Verandering in voedingsstatus .....	49
9.5. Conclusie .....	50
<b>10. Lichaamsbeweging</b> .....	<b>51</b>
10.1. Belangrijkste resultaten .....	51
10.2. Inleiding .....	51
10.3. Gezondheidsbevorderende lichaamsbeweging volgens de aanbeveling van de WHO .....	51
10.4. Sedentair gedrag .....	52
10.5. Conclusie .....	53
<b>11. Gebruik van alcohol</b> .....	<b>54</b>
<b>12. Huiselijk geweld</b> .....	<b>56</b>
12.1. Belangrijkste resultaten .....	56

12.2. Inleiding.....	56
12.3. Slachtoffer van huiselijk geweld .....	56
<b>13. Impact van de coronacrisis op verschillende levensdomeinen.....</b>	<b>58</b>
13.1. Belangrijkste resultaten .....	58
13.2. Inleiding.....	58
13.3. Bespreking volgens levensdomein .....	59
<b>14. Tewerkstelling.....</b>	<b>68</b>
14.1. Belangrijkste resultaten .....	68
14.2. Toepassen van telewerk.....	68
14.3. Contacten met COVID-19-patiënten .....	68
<b>15. Methodologie.....</b>	<b>69</b>

# 1. Inleiding

In België zijn er sinds 13 maart 2020 strenge maatregelen ingevoerd door de Nationale Veiligheidsraad met als doel de verspreiding van het coronavirus in te dijken. De COVID-19-epidemie heeft in de eerste plaats een grote impact op de fysieke gezondheid van de bevolking die hier rechtstreeks door getroffen wordt, maar de indirecte gevolgen van deze epidemie en de ingevoerde maatregelen op de gezondheid en de levensstijl van de bevolking mogen zeker ook niet onderschat worden. Om deze gevolgen, waaronder ook de naleving van de opgelegde maatregelen, op te volgen en te evalueren organiseert Sciensano een reeks online enquêtes.

Drie weken na de invoering van de coronamaatregelen, op 2 april 2020, werd de 1<sup>e</sup> COVID-19-Gezondheidsenquête uitgevoerd. De belangrijkste onderwerpen in deze enquête waren: kennis en naleving van de maatregelen, COVID-19-besmettingen, algemene toegang tot de gezondheidszorg en de sociale en mentale gezondheid. Twee weken later, op 16 april 2020, werd de 2<sup>e</sup> COVID-19-Gezondheidsenquête gelanceerd. Naast het hernemen van enkele onderwerpen (zoals het geestelijk en sociaal welzijn) lag de nadruk in deze tweede enquête op de levensstijl van de bevolking in de periode van maatregelen door de overheid genomen om een verdere verspreiding van het virus tegen te gaan. Een 3<sup>e</sup> COVID-19-Gezondheidsenquête werd op 28 mei 2020 gelanceerd, waarbij de nadruk lag op de invloed van de crisis op de financiële situatie en de voedselzekerheid en wat de gepercipieerde gevolgen zijn van de crisis op de toekomst. Een 4<sup>e</sup> COVID-19-Gezondheidsenquête werd op 24 september 2020 gestart. In deze enquête lag de nadruk vooral op de houding die de bevolking heeft ten aanzien van contactopvolging en de contactapp. Tevens werd gepeild hoe de bevolking denkt over een vaccin tegen het virus. Een 5<sup>e</sup> COVID-19-Gezondheidsenquête ging van start op 3 december 2020. In deze enquête werd onder andere gekeken naar de geestelijke en sociale gezondheid tijdens deze tweede lockdown, de positie van de bevolking ten aanzien van vaccinatie tegen COVID-19 en hun opvattingen over vaccinatiestrategieën. Daarnaast ging de aandacht uit naar de toegang tot gezondheidszorg, voedselzekerheid en gezondheidsgelateerd gedrag (gebruik van alcohol, tabak, drugs en slaappillen of kalmeringsmiddelen; gebruik van het internet en sociale netwerken).

De 6<sup>e</sup> COVID-19-Gezondheidsenquête ging van start op 18 maart en de deelname was mogelijk tot 25 maart 2021. Iets meer dan 20 000 (20.410 om precies te zijn) mensen van 18 jaar en ouder hebben eraan deelgenomen, waaronder velen die aan een of meer eerdere COVID-19-Gezondheidsenquêtes hadden deelgenomen.

Niettemin is het aantal jonge deelnemers (van 18 tot 24 jaar) eerder beperkt te noemen. Hiermee wordt een tendens bevestigd die ook in de vorige COVID-19-Gezondheidsenquêtes werd vastgesteld: het afnemend aantal jonge deelnemers. Voor deze 6<sup>e</sup> COVID-19-Gezondheidsenquête is deze groep te klein geworden om voor deze leeftijdsgroep schatters te berekenen die voldoende precies zijn. Daarom werd besloten in dit rapport bredere leeftijdsgroepen te onderscheiden (18-29 jaar, 30-49 jaar, 50-64 jaar, 65+ jaar). De resultaten van vorige COVID-19-Gezondheidsenquêtes – die soms gebruikt worden om te vergelijken – werden in functie van deze nieuwe leeftijdsgroepen herberekend.

De gegevens verzameld via de COVID-19-Gezondheidsenquête geven een momentopname weer van de situatie op een bepaald moment. In dit rapport worden de voorlopige resultaten van de 6<sup>e</sup> COVID-19-Gezondheidsenquête gepresenteerd, waarbij de nadruk ligt op de ervaringen van de bevolking met de tweede lockdown. De volgende thema's worden besproken:

- Kennis en naleving van COVID-19-maatregelen
- Raadplegingen arts en COVID-19-besmettingen
- Vaccinatie
- Specifieke ziekten en aandoeningen
- Kwetsbaarheid
- Kwaliteit van leven

- Impact op levensdomeinen
- Veerkracht
- Sociale gezondheid
- Geestelijke gezondheid
- Huiselijk geweld
- Consumptiegedrag gerelateerd aan gezondheid

Om de impact van de crisis die we momenteel doormaken in te schatten, zullen sommige resultaten van de zesde COVID-19-gezondheidsenquête vergeleken worden met bevolkingsgegevens van voor de epidemie. De informatiebron voor deze gegevens is de nationale gezondheidsenquête die in 2018 heeft plaatsgevonden. Deze enquête geeft een representatief beeld van de gezondheidstoestand van de bevolking in 2018<sup>1</sup> en is een betrouwbaar referentiepunt.

---

<sup>1</sup> [www.gezondheidsenquete.be](http://www.gezondheidsenquete.be)

## 2. Kennis en naleving van covid-19-maatregelen

### 2.1. BELANGRIJKSTE RESULTATEN

- Het percentage personen dat in maart 2021 aangeeft de basismaatregelen niet strikt na te leven ligt hoger dan in december 2020 en is vergelijkbaar met de resultaten in september 2020.
- De maatregel die het minst wordt nageleefd is het beperken van nauw contact tot 1 persoon. De maatregel die het meest wordt nageleefd is het verbod op niet-essentiële reizen.
- 18-29-jarigen en mannen geven relatief vaker aan dat ze de maatregelen niet strikt naleven.

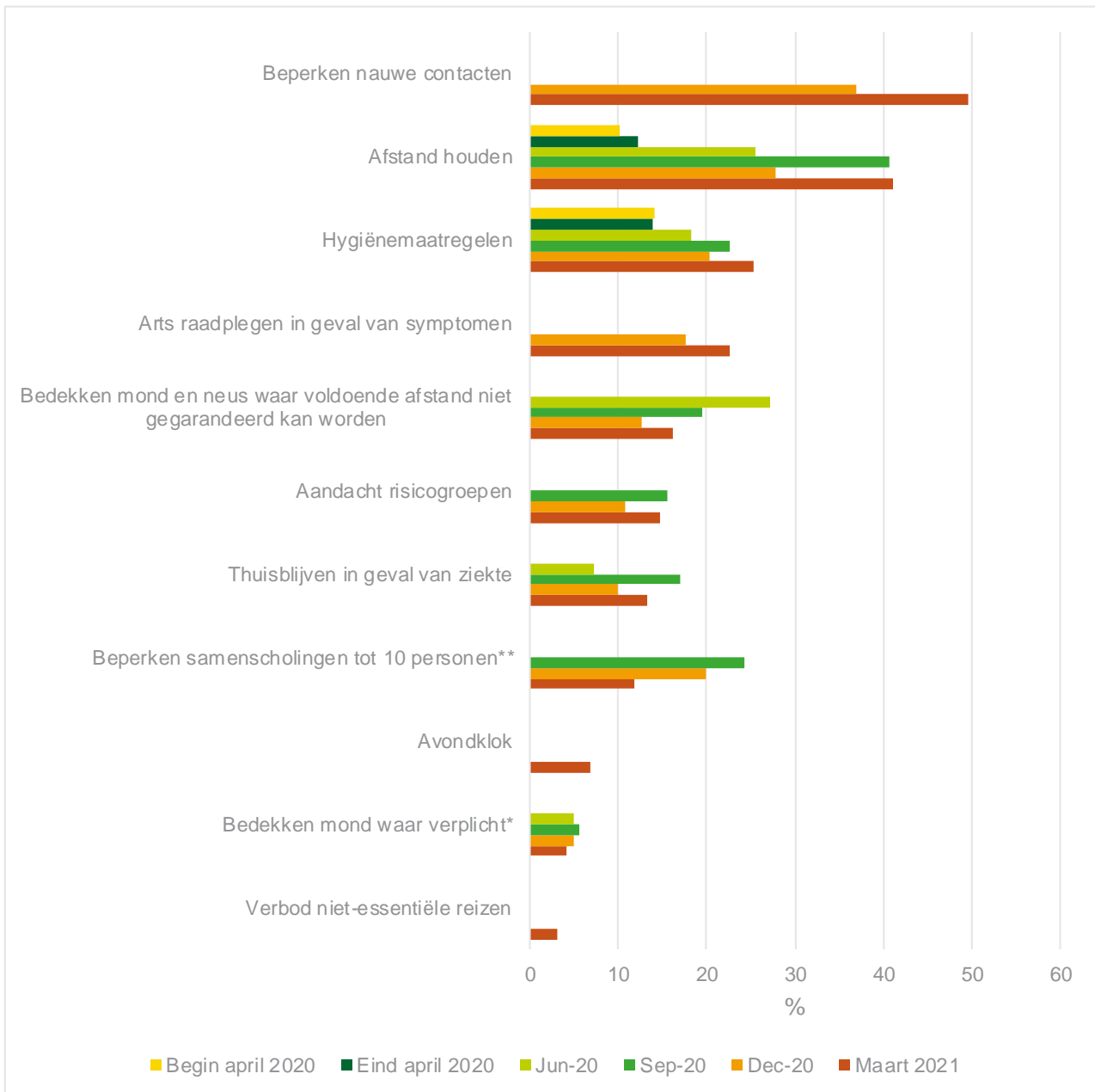
In de 6<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête, die plaatsvond in maart 2021, werd er opnieuw gepeild naar hoe goed mensen de COVID-19-maatregelen respecteren. Toen de enquête plaatsvond was het weer even toegelaten om 10 personen in de buitenlucht te ontmoeten. Verder had iedereen nog steeds maar recht op 1 nauw contact ("knuffelcontact") en waren niet-essentiële reizen verboden. In heel België was er een avondklok maar deze verschilde per gewest: in Vlaanderen en Wallonië was dit tussen middernacht en 5 uur 's ochtends en in Brussel tussen 22 uur 's avonds en 6 uur 's ochtends. Verder is het nog steeds sterk aanbevolen om de hygiënemaatregelen goed te respecteren en voldoende afstand te houden van anderen.

Sinds het begin van de COVID-19-gezondheidsenquêtes wordt er gepeild naar het naleven van de hygiëne- en fysieke afstandsmaatregelen; meer bepaald wordt er gekeken naar het percentage personen dat rapporteert dat ze de maatregelen niet strikt respecteren. Dit percentage lag in april 2020, bij de aanvang van de pandemie, het laagst en is in juni en september telkens toegenomen. In december 2020 lag het percentage echter opnieuw lager dan in september. Zo gaf 28% aan de afstandsmaatregel niet strikt te respecteren in december, tegenover 41% in september (Figuur 1). We zien nu dat het percentage ten opzichte van december opnieuw is toegenomen; opnieuw meer mensen geven aan de maatregelen niet strikt te respecteren. Voor de fysieke afstand is dit nu 41% (evenveel als in september 2020). Voor de hygiënemaatregelen is dit nu 25% tegenover 20% in december en 23% in september 2020. Deze cijfers liggen dus weer op een vergelijkbaar niveau als in september, vlak voor de tweede golf.

Ook wat betreft de andere maatregelen zien we in maart een stijging ten opzichte van december, met uitzondering van het dragen van een mondmasker waar verplicht (resp. 5% en 4%) en het beperken van samenscholingen (resp. 12% en 20%). Deze laatste maatregel was echter op het moment van de enquête pas versoepeld van 4 naar 10 personen. Mogelijk hadden we een ander beeld gezien indien op dat moment de samenscholingen nog beperkt waren tot 4 personen. De maatregel die het meest gerespecteerd wordt, is het verbod op niet-essentiële reizen: slechts 3% geeft aan dit niet na te leven.

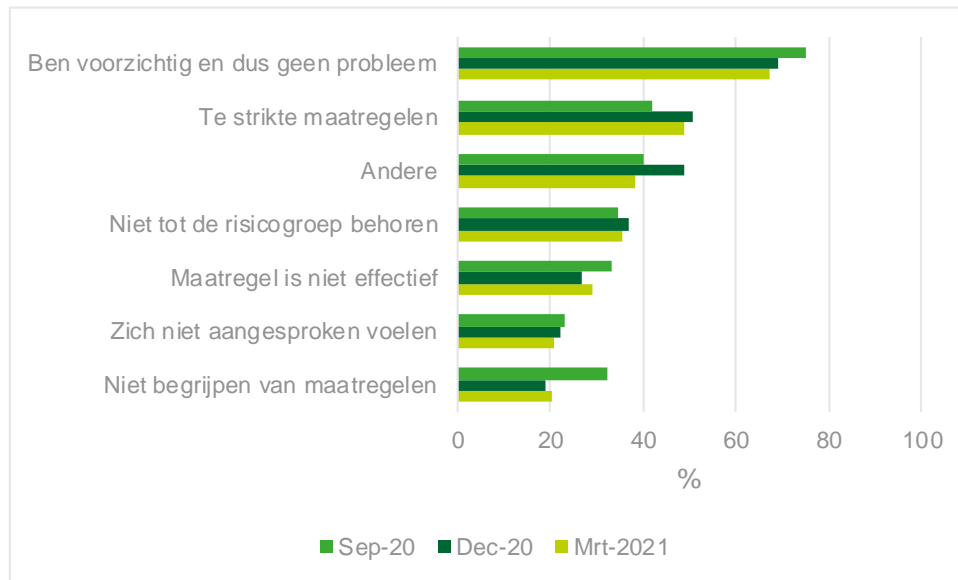


**Figuur 1 | Percentage van personen (van 18 jaar en ouder) dat rapporteert dat ze niet strikt de maatregelen naleven, COVID-19-gezondheidsenquêtes, België 2021**



De reden die in maart 2021 relatief het vaakst wordt aangegeven voor het niet-naleven van de maatregelen is dat als ze voorzichtig of alleen zijn er geen probleem is (67%) (Figuur 2). Vervolgens geeft 49% aan dat ze de maatregelen te strikt vinden en 39% dat ze een andere reden hebben. Deze redenen werden ook in september en december het vaakst aangehaald. Bij “andere reden” geven personen opnieuw aan dat de sociale regels vaak moeilijk te volgen zijn gezien de grootte van het gezin/de familie en de nood aan sociaal contact. Bovendien antwoorden de mensen ook dat ze de coronamaatregelen moe zijn en niet gemotiveerd zijn.

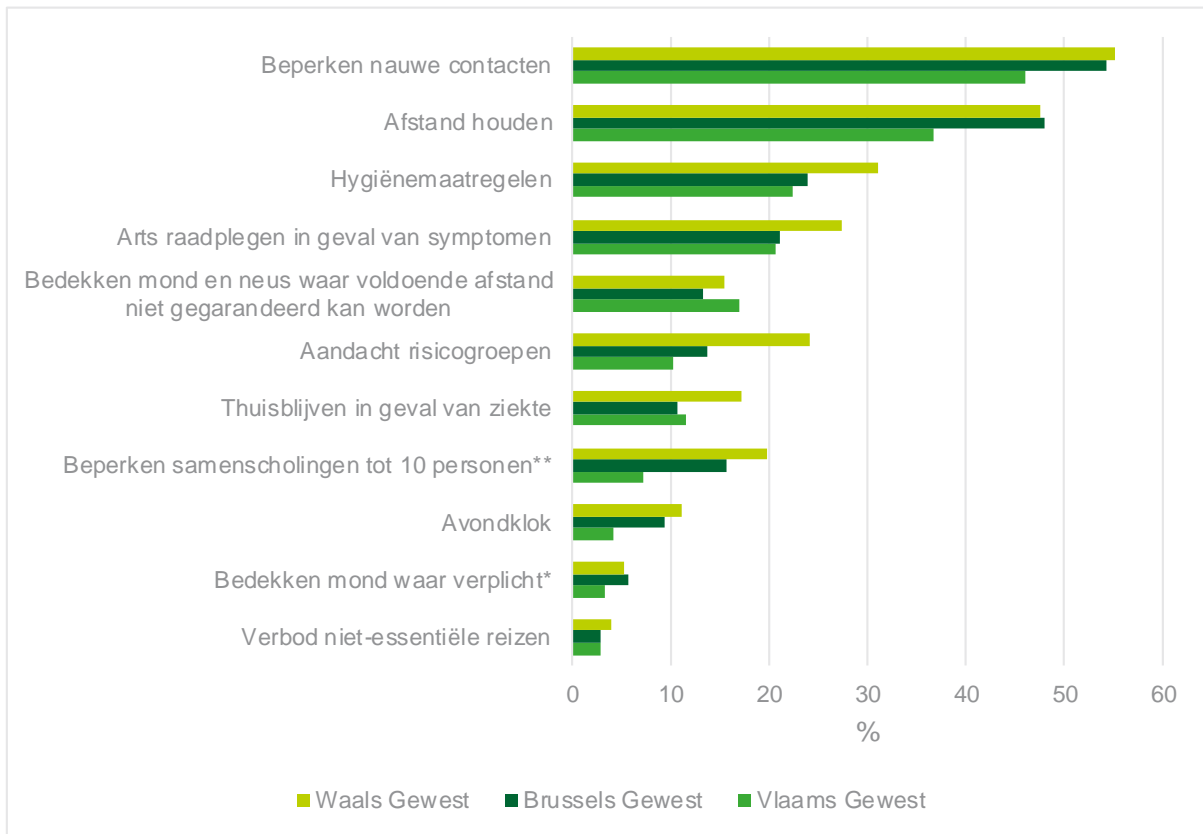
**Figuur 2 | Redenen die worden gerapporteerd voor het niet strikt naleven van de maatregelen (meerdere redenen mogelijk), 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> en 6<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquêtes, België 2021**



De naleving van de maatregelen is gerelateerd aan leeftijd en geslacht: significant meer personen uit de jongste leeftijdsgroep en mannen geven aan dat ze de verschillende maatregelen niet strikt opvolgen. Zo geven bijvoorbeeld opnieuw meer mannen dan vrouwen aan niet strikt de hygiënemaatregelen te respecteren (respectievelijk 31% en 20%). Zo ook geeft 68% van de 18-29-jarigen aan dat ze niet strikt de afstandsregel respecteren, tegenover 23% van de 65-plussers. Bij het beperken van nauwe contacten gaat het om 56%-67% van de 18-49-jarigen tegenover 37%-41% van de 50-plussers.

Verder zijn er ook verschillen volgens regio (Figuur 3). Personen uit het Waals Gewest geven vaker aan de maatregelen niet strikt te respecteren dan personen uit het Vlaams Gewest. Dit geldt voor alle maatregelen met uitzondering van het dragen van een mondmasker op plaatsen waar geen afstand gehouden kan worden en het verbod op niet-essentiële reizen. Het percentage personen dat de maatregelen niet strikt naleeft ligt voor sommige maatregelen ook hoger in het Brussels Gewest in vergelijking met het Vlaams Gewest; meer bepaald voor wat betreft fysieke afstand, het dragen van een mondmasker waar verplicht, het beperken van de samenscholingen en de avondklok. Voor andere maatregelen ligt het percentage personen dat de maatregelen niet strikt naleeft hoger in het Waals Gewest in vergelijking met het Brussels Gewest, meer bepaald voor de hygiënemaatregelen, thuis blijven in geval van ziekte, aandacht voor risicogroepen en het raadplegen van een arts in geval van symptomen.

**Figuur 3 | Percentage van personen (van 18 jaar en ouder) dat rapporteert dat ze niet strikt de maatregelen naleven, volgens regio, 6<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête, België 2021**



## 3. Raadpleging arts en COVID-19-besmettingen

### 3.1. BELANGRIJKSTE RESULTATEN

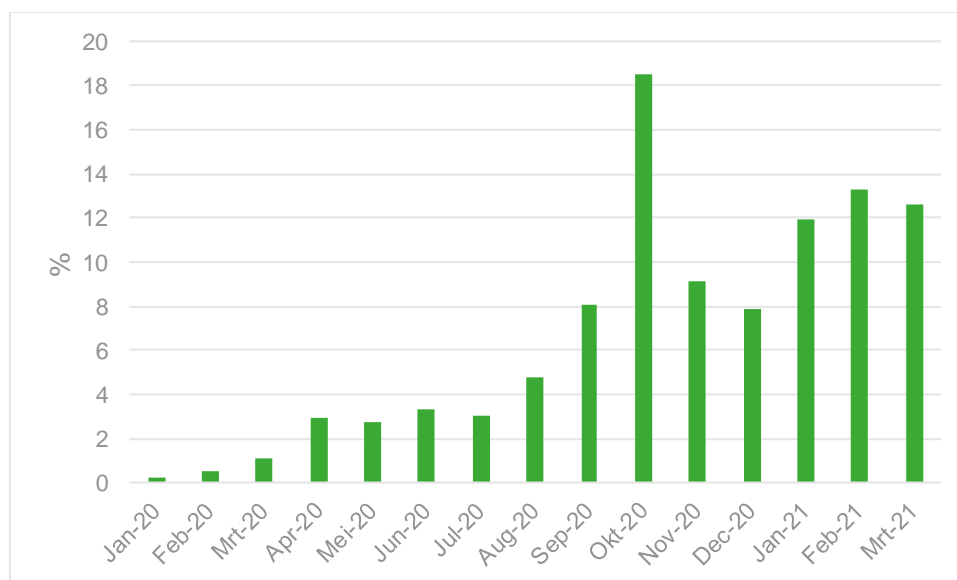
- Sinds het begin van de coronacrisis heeft een op de drie personen van 18 jaar en ouder een arts geraadpleegd in het kader van COVID-19.
- In maart 2021 geeft bijna de helft van de Belgische bevolking aan te zijn getest op het coronavirus.
- De belangrijkste redenen om zich te laten testen, zijn het vertonen van symptomen, opname en geïdentificeerd worden als hoog risico contact.

In maart 2021 rapporteert 33% van de Belgische bevolking een arts te hebben geraadpleegd in het kader van COVID-19, en dit sinds het begin van de coronacrisis. In december 2020 was dit 28% en in september 2020 21%. Dit percentage varieert significant volgens deze achtergrondkenmerken:

- 65-plussers geven minder vaak aan een arts te hebben geraadpleegd (19%) dan personen uit andere leeftijdsgroepen. De hoogste percentages worden teruggevonden bij de 18-49-jarigen (40,5% - 42%).
- Relatief meer vrouwen hebben een arts geraadpleegd in verband met COVID-19 dan mannen (respectievelijk 35% en 32%).

Vervolgens werd aan alle deelnemers gevraagd: “Bent u getest op het coronavirus (COVID-19)?”. In maart 2021 geeft bijna de helft van de deelnemers (48%) aan te zijn getest op het coronavirus sinds het begin van de coronacrisis, tegenover 36% in december 2020. Figuur 4 toont de datum van de laatste COVID-19-test.

Figuur 4 | Datum laatste COVID-19-test, 6<sup>de</sup> COVID-19-gezondheidsenquête, België 2021.

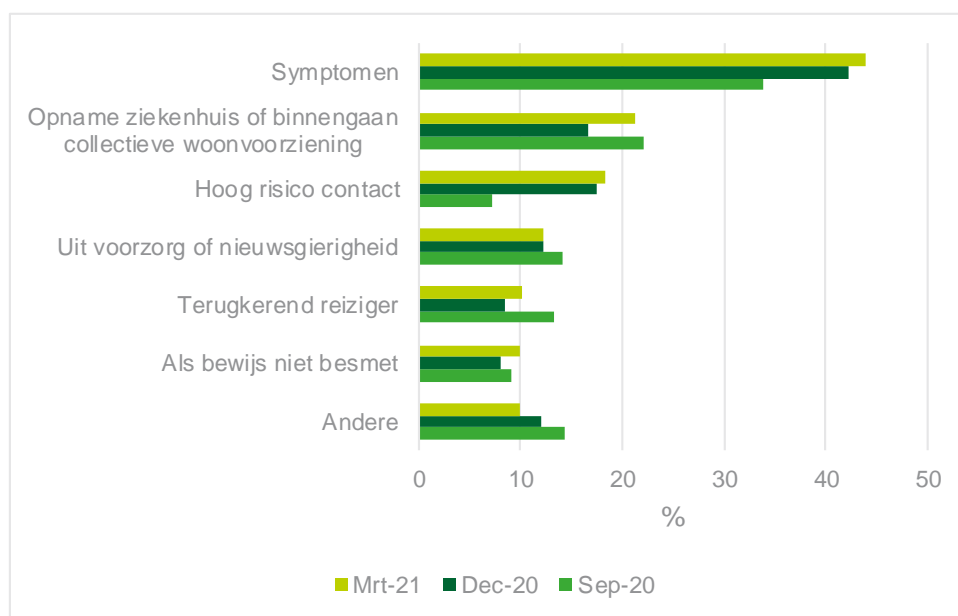


Het percentage personen dat rapporteert te zijn getest op het coronavirus varieert significant naargelang volgende achtergrondkenmerken:

- Het percentage is het laagst bij de 65-plussers (34%), significant lager dan in de andere leeftijdsgroepen. De hoogste percentages worden teruggevonden bij de 18-49-jarigen (in beide groepen 55%).
- Het percentage vrouwen dat rapporteert te zijn getest (50%) is hoger dan het percentage mannen (45%).
- Er zijn relatief meer hoger opgeleiden (52%) die zijn getest dan lager opgeleiden (46%).

Personen die zich hebben laten testen, konden uit een lijst één of meerdere redenen hiervoor aanduiden. Net zoals in september en december 2020 is de belangrijkste reden om zich te laten testen het vertonen van symptomen (44%) (Figuur 5). De tweede belangrijkste reden is 'opname in ziekenhuis of binnengaan collectieve woonvoorziening' (21%), gevolgd door hoog risico contact (18%).

**Figuur 5 | Redenen die worden gerapporteerd voor het laten testen op het coronavirus, 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> en 6<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête, België 2021.**



## 4. Vaccinatie

De resultaten die hier worden weergegeven, zijn gebaseerd op een bevraging van de bevolking in het kader van de COVID-19-gezondheidsenquête in de periode van 18 tot 25 maart 2021. Sciensano publiceert echter ook op dagelijkse basis cijfers over de vaccinatiegraad bij de volwassen bevolking en dit op basis van het register Vaccinnet+. Op 27 maart wordt geschat dat 10,7% van de bevolking in België met één dosis werd gevaccineerd en 4,4% met twee dosissen (of in totaal 15,1% van de volwassen bevolking).

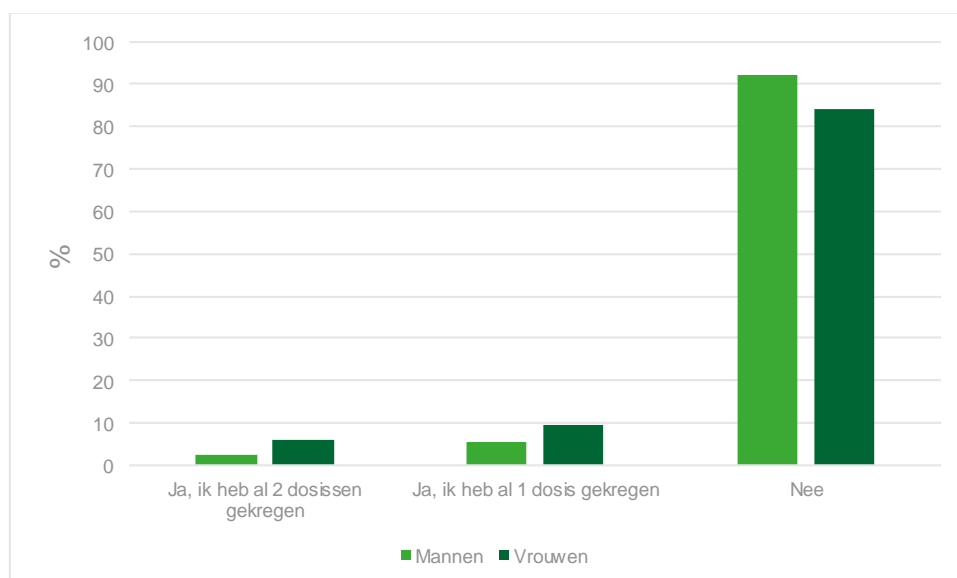
### 4.1. BELANGRIJKSTE RESULTATEN

- De vaccinatiestrategie werknemers in de zorgsector prioritair vaccineren, laat zich duidelijk zien in de cijfers: in de periode van de gegevensverzameling in het kader van de 6<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête, gaf 70% van diegenen werkzaam in de zorgsectoren aan (deels) gevaccineerd te zijn tegen het coronavirus (COVID-19).
- 15% van de volwassen bevolking staat hetzij eerder weigerachtig, hetzij ronduit negatief ten aanzien van vaccinatie tegen het coronavirus (COVID-19). In het Waals Gewest gaat het om bijna een kwart van de bevolking.
- Subgroepen in de bevolking, die door de Hoge Gezondheidsraad als prioritair voor vaccinatie werden omschreven (personen met een hoog gezondheidsrisico), geven substantieel minder dan hun leeftijdsgenoten – maar toch aanzienlijk - aan zich niet te zullen laten vaccineren. Er is echter geen verschil tussen de groep van personen met een hoog gezondheidsrisico en hun ‘gezonde’ leeftijdsgenoten wat betreft het aantal mensen die twijfels hebben omtrent het zich al dan niet te laten vaccineren.

### 4.2. VACCINATIESTATUS

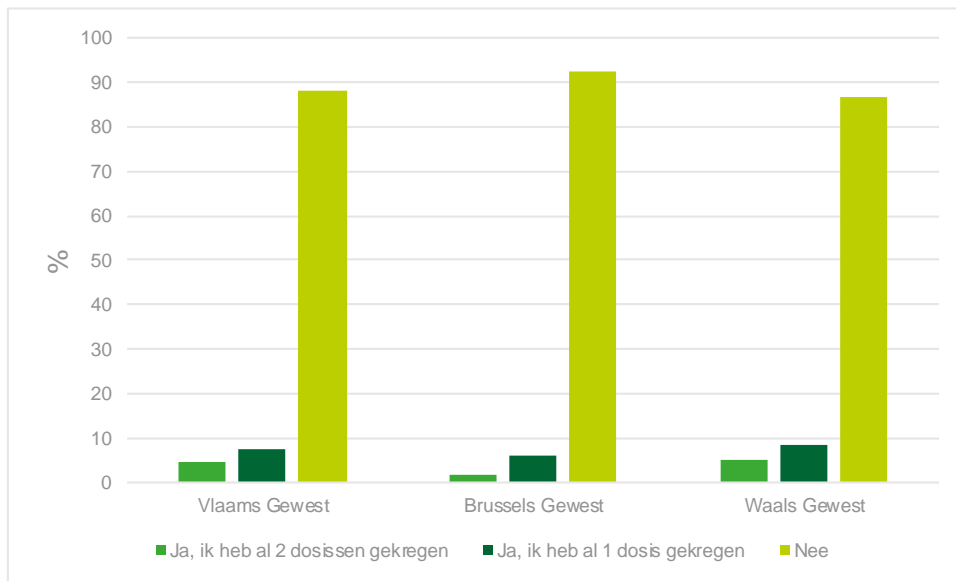
Op het moment van de bevraging (18 – 25 maart 2021) gaf 11% van de volwassen bevolking aan tegen het coronavirus (COVID-19) gevaccineerd te zijn; 4% geeft aan al 2 dosissen te hebben gekregen, 7% gaf aan al 1 dosis te hebben gekregen (Figuur 6). Bijgevolg gaf 89% van de bevolking aan (nog) niet tegen het coronavirus (COVID-19) gevaccineerd te zijn. Het percentage personen dat aangeeft (nog) niet gevaccineerd te zijn, ligt hoger bij mannen (92%) dan bij vrouwen (84%) (dit heeft wellicht te maken met het feit meer vrouwen in de zorgsector zijn tewerkgesteld, zie verder).

**Figuur 6 | Verdeling van de bevolking (van 18 jaar en ouder) volgens vaccinatiestatus, volgens geslacht, 6<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête, België 2021**



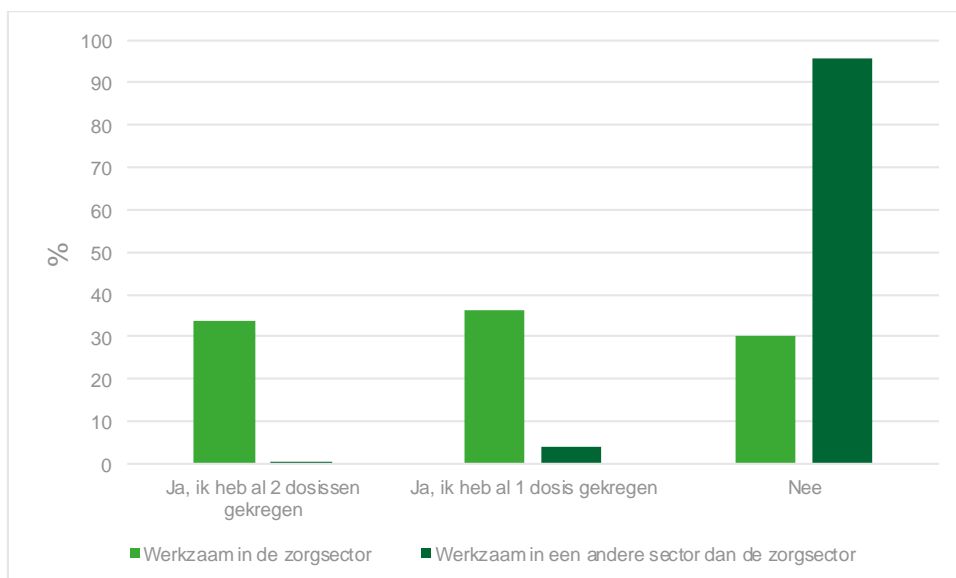
Het percentage personen dat aangeeft gevaccineerd te zijn (zowel als het gaat om 1 dosis als om 2 dosissen), ligt iets hoger in het Waals Gewest dan in het Vlaams en Brussels Gewest (Figuur 7).

**Figuur 7 | Verdeling van de bevolking (van 18 jaar en ouder) volgens vaccinatiestatus, volgens gewest, 6<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête, België 2021**



Bij de werkende bevolking werd nagegaan of een samenhang kon worden vastgesteld tussen gevaccineerd zijn en het feit of men in de zorgsector is tewerkgesteld. De resultaten zijn hier overduidelijk: bij diegenen tewerkgesteld in de zorgsector geeft 34% aan al 2 dosissen gekregen te hebben (bij de werkende bevolking, niet tewerkgesteld in de zorgsector gaat het om 0,6%), 36% geeft aan al 1 dosis gekregen te hebben (bij de werkende bevolking, niet tewerkgesteld in de zorgsector gaat het om 3,8%) (Figuur 8). Tenslotte geeft 30% van diegenen tewerkgesteld in de zorgsector aan (nog) niet gevaccineerd te zijn (bij de werkende bevolking, niet tewerkgesteld in de zorgsector gaat het om 96%).

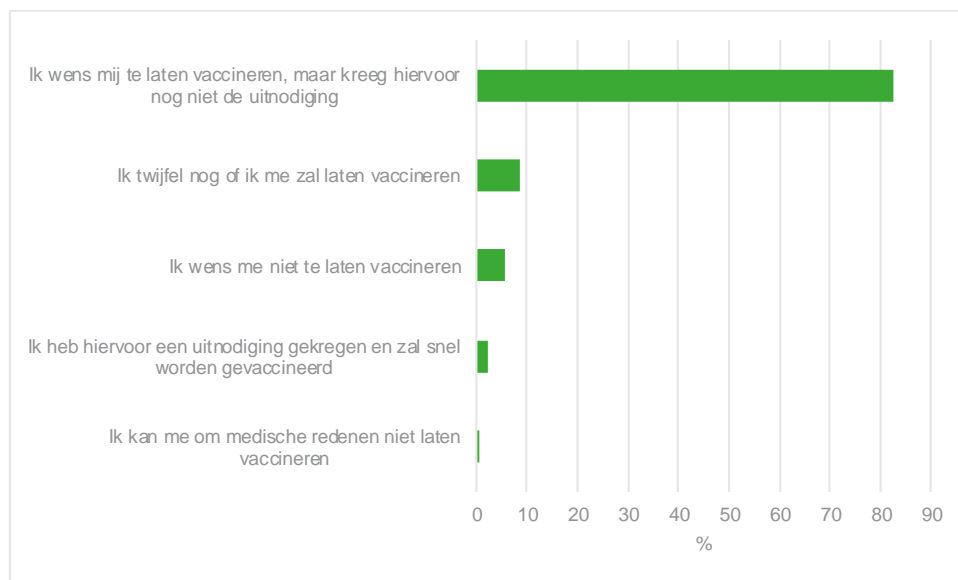
**Figuur 8 | Verdeling van de bevolking (van 18 jaar en ouder) volgens vaccinatiestatus, volgens het al dan niet werkzaam zijn in de zorgsector, 6<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête, België 2021**



### 4.3. VACCINATIE-INTENTIE

Aan diegenen die aangeven (nog) niet tegen het coronavirus (COVID-19) te zijn gevaccineerd – dus bij de overgrote meerderheid – werd nagegaan waarom ze (nog) niet zijn gevaccineerd. Zoals in Figuur 9 wordt weergegeven, meldt 83% dat ze hiervoor nog geen uitnodiging hebben ontvangen, 2% dat ze hiervoor een uitnodiging gekregen hebben en snel zullen worden gevaccineerd terwijl 0,6% van de bevolking meldt dat ze zich om medische redenen niet kan laten vaccineren. Voor 9% van de bevolking geldt dat ze nog twijfelt of ze zich zal laten vaccineren. Tenslotte geeft 6% van de bevolking aan zich niet tegen het coronavirus (COVID-19) te zullen laten vaccineren. In totaal staat dus 15% van de bevolking hetzij eerder weigerachtig hetzij ronduit negatief ten aanzien van vaccinatie tegen het coronavirus (COVID-19).

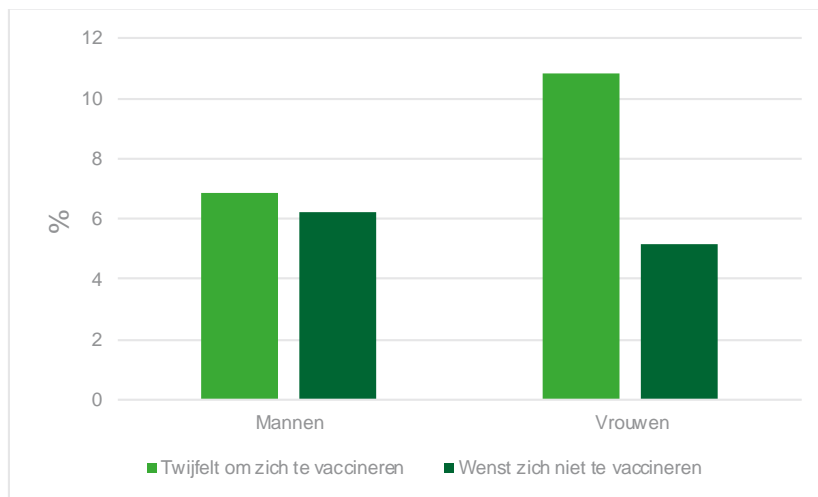
**Figuur 9| Reden waarom men (nog) niet gevaccineerd is tegen het coronavirus (COVID-19), 6<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête, België 2021**



In de volgende paragrafen gaat de aandacht uit naar die personen die twijfels hebben om zich te laten vaccineren en naar personen die aangegeven zich niet te zullen laten vaccineren. Er kunnen geen verschillen naar geslacht vastgesteld worden voor wat het percentage personen betreft dat stelt zich niet te zullen vaccineren. Het percentage personen dat eerder weigerachtig staat ten aanzien van vaccinatie is echter substantieel hoger bij vrouwen (11%) dan bij mannen (7%) (Figuur 10).

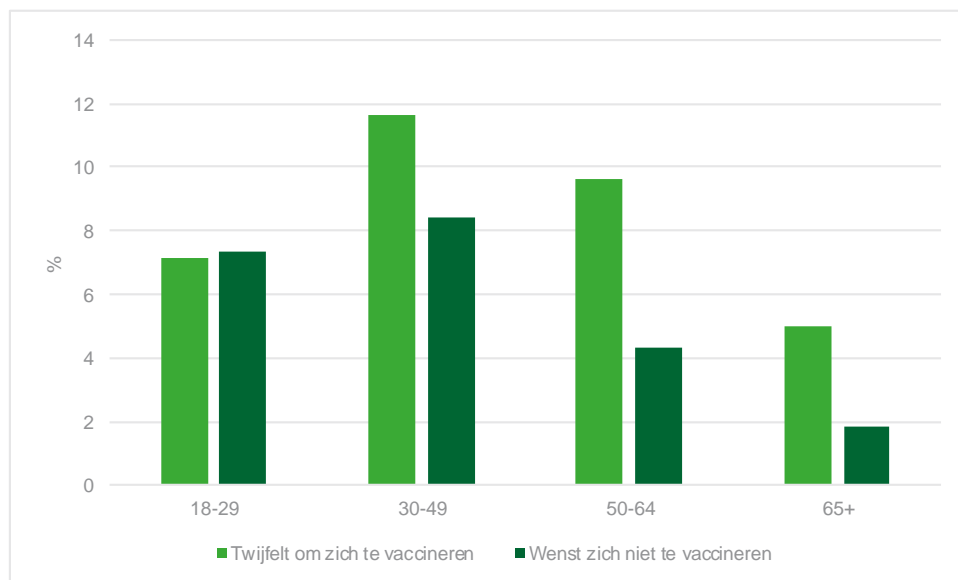


**Figuur 10 | Percentage personen dat twijfelt om zich te laten vaccineren/zich niet wenst te vaccineren, volgens geslacht, 6<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête, België 2021**



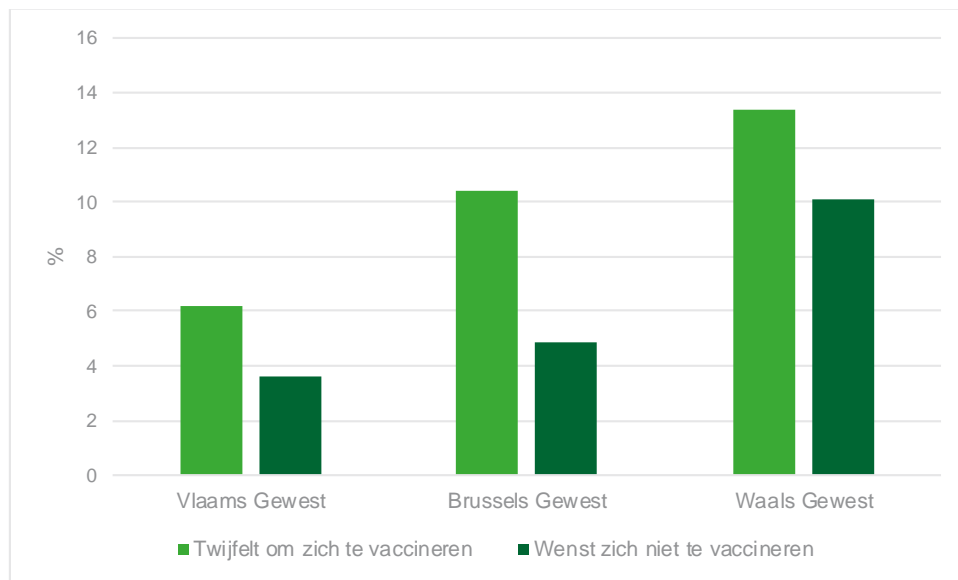
Zowel het percentage personen dat twijfelt om zich te laten vaccineren als het percentage personen dat zich niet wenst te vaccineren is het grootst in de leeftijdsgroep van 30 tot 49 jaar (Figuur 11).

**Figuur 11 | Percentage personen dat twijfelt om zich te laten vaccineren/zich niet wenst te vaccineren, volgens leeftijdsgroep, 6<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête, België 2021**



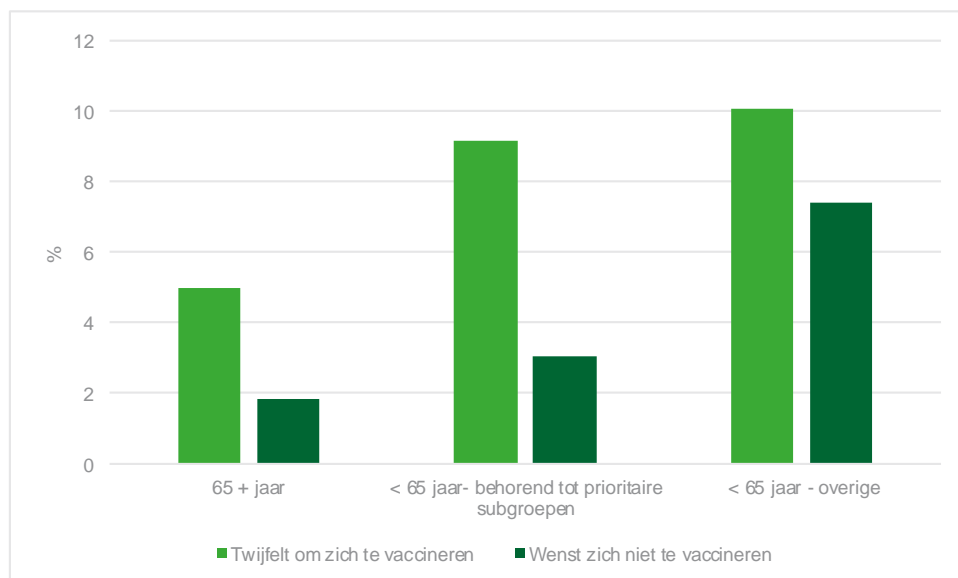
Zowel het percentage personen dat eerder weigerachtig is om zich te laten vaccineren als het percentage personen dat aangeeft zich niet te laten vaccineren is het laagst in het Vlaams Gewest (respectievelijk 6% en 4%) in vergelijking met hetgeen terug gevonden kan worden in het Brussels Gewest (10% en 5%) en – vooral – met de resultaten voor het Waals Gewest (13% en 10%) (Figuur 12).

**Figuur 12 | Percentage personen dat twijfelt om zich te laten vaccineren/zich niet wenst te vaccineren, volgens gewest, 6<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête, België 2021**



De houding ten aanzien van vaccinatie werd nagegaan bij respondenten die behoren tot de subgroepen in de bevolking die volgens de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad prioritair zijn voor vaccinatie tegen het coronavirus (COVID-19). Het percentage personen bij deze subgroepen dat zich niet wenst te vaccineren, is substantieel lager dan bij hun leeftijdsgenoten, het percentage personen dat twijfelt om zich te laten vaccineren is echter gelijkaardig (Figuur 13).

**Figuur 13 | Percentage personen (18 jaar en ouder) dat twijfelt om zich te laten vaccineren/zich niet wenst te vaccineren, volgens prioritaire status voor vaccinatie, 6<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête, België 2021**



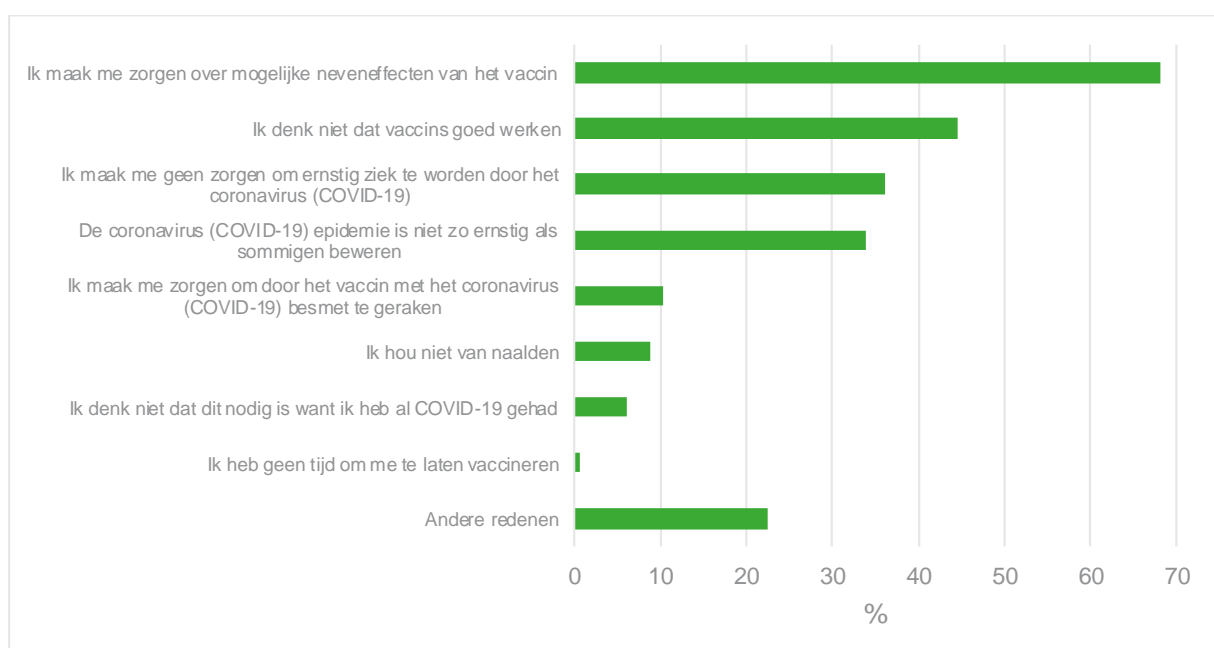
Prioritaire groepen: personen met chronische longziekten (45-64 jaar), chronische hart- en vaatziekten (45-64 jaar), obesitas (45-64 jaar), diabetes mellitus (45-64 jaar), chronische neurologische aandoeningen (45-64 jaar), chronische nierziekten (16-64 jaar), kanker (geen bloedkanker) (45-64 jaar), bloedkanker (18-64 jaar), immuungecompromitteerde patiënten (niet HIV) (18-64 jaar), getransplanteerden (18-64 jaar)

#### 4.4. REDENEN OM ZICH NIET TE LATEN VACCINEREN

Bij diegenen die expliciet aangeven zich niet te laten vaccineren, werd nagegaan welke redenen hiervoor naar voren worden gebracht. Respondenten konden hierbij meerdere redenen aankruisen. Let wel: het gaat hier om een relatief beperkte groep in de bevolking (6%) (Figuur 14). Zich zorgen maken over de mogelijke neveneffecten van het vaccin is overduidelijk de voornaamste reden om zich niet te laten vaccineren: 68% van deze groep in de bevolking duidt dit als (een van de) reden(-en) om zich niet te laten vaccineren terwijl 45% van deze groep niet denkt dat vaccins goed werken. De top-drie van redenen om zich niet te laten vaccineren wordt vervolledigd door de opvatting zich geen zorgen te maken om ernstig ziek te worden door het coronavirus (COVID-19) (36%). Eén op vijf personen (22%) meldt (eventueel bijkomend) een andere reden om zich niet te laten vaccineren. Binnen de context van dit rapport gaan we niet dieper in om deze mogelijke andere redenen, maar enkele ervan willen we de lezer niet onthouden (redenen werden letterlijk overgenomen):

*“Één epidemie die in 1 jaar 98% van de bevolking laat voortleven!!”, “Ik vertrouw de overheid niet en de virologen al helemaal niet. Leugenaars, manipulators en narcisten. Gevaarlijke mensen.”, “Niet uitgetest op lange termijn, staat en viro's veranderen constant hun versies, houden waarheden achter, de commerciële belangen voor al deze partijen zijn veel te gigantisch, wetenschappers hebben geen empathie en staren zich blind op cijfertjes, ziekenhuisopnames worden kunstmatig hoog gehouden, mensen worden langer gehouden dan nodig, zuurstof kan thuis gegeven worden, ziekenhuizen krijgen extra staattoelages als ze covidpatiënten huisvesten, het is niet interessant om een geneesmiddel te ontwikkelen want dit levert veel minder op dan de gehele wereldbevolking te kunnen vaccineren, wetenschappers doen enkel kosten/batenanalyse, de vele mensen met massa's bijwerkingen en de weinige mensen met ernstige bijwerkingen laten hen koud. Mensen die reeds corona doormaakten en dus immuun zijn op de T-cellen worden ingespoten en zijn daarna dik wijls zieker van het vaccin dan van de ziekte die ze doormaakten, dit wordt beschreven in wetenschappelijke tijdschriften. Vaccinatieschade wordt nu grandioos geminimaliseerd, dat belooft voor de schade op lange termijn, goed bezig!”*

**Figuur 14 | Redenen aangegeven om zich niet tegen het coronavirus (COVID-19) te laten vaccineren (in %), 6<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête, België 2021**



## 5. Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven

### 5.1. BELANGRIJKSTE RESULTATEN

- Van de vijf dimensies van de EQ-5D rapporteerden de bevolkingsgroepen van 18 jaar en ouder het vaakst problemen in de dimensies angst/depressie (52%) en pijn/ongemak (49%). Het percentage personen dat melding maakt van angst/depressie en het percentage dat problemen ondervindt bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten, is tijdens de crisis aanzienlijk toegenomen.
- In maart 2021 bedraagt de gemiddelde HRQOL-score in de bevolking van 18 jaar en ouder 0,77. Deze score is aanzienlijk gedaald ten opzichte van 2018 (0,79).
- De HRQoL varieert in functie van socio-demografische variabelen: de score is hoger bij mannen, neemt toe met de leeftijd en is hoger bij de hoogst opgeleiden.
- De trends naar geslacht en opleidingsniveau zijn vergelijkbaar tijdens en vóór de crisis. Anderzijds zien we dat in 2021 de gemiddelde EQ-5D-score toeneemt met de leeftijd, een trend die tegengesteld is aan die van de gezondheidsenquête 2018, waar deze score aanzienlijk afneemt met de leeftijd. Dit is waarschijnlijk te wijten aan een substantiële toename van angst-/depressie bij jongere personen.

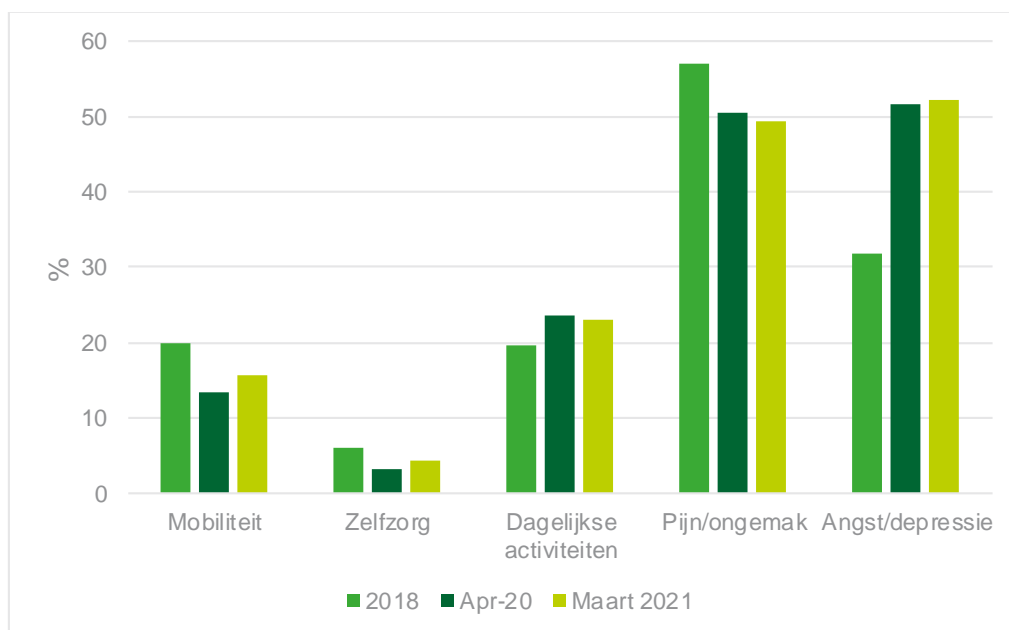
Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven (HRQoL; Health Related Quality of Life) is een complex en multidimensionaal concept en omvat zowel fysieke, mentale, emotionele en sociale dimensies. Dit concept gaat verder dan de traditionele morbiditeits- en mortaliteitsindicatoren om de gevolgen van gezondheid op de levenskwaliteit te meten. In de 2<sup>o</sup> en 6<sup>o</sup> COVID-19-gezondheidsenquête werd de EQ-5D vragenset opgenomen, een eenvoudige en snelle vragenset die toelaat om de de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven in te schatten volgens vijf dimensies: mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn/ongemak en angst/depressie. Voor elk item heeft vijf antwoordcategorieën.

## 5.2. DIMENSIES VAN KWALITEIT VAN LEVEN

Van de vijf onderscheiden dimensies van kwaliteit van leven werden angst/depressie en pijn/ongemak het meest frequent gemeld in de 6e COVID-19-gezondheidsenquête: 52% van de bevolking meldde angst/depressieproblemen en 49% meldde pijn/ongemak. Problemen voor de overige dimensies worden minder vaak gemeld: dagelijkse activiteiten (23%), mobiliteit (16%) en persoonlijke autonomie (4%). De trends in deze dimensies zijn redelijk vergelijkbaar tussen de 2e (april 2020) en de 6e gezondheidsenquête (maart 2021) (Figuur 15).

Angst-/depressieproblemen zijn aanzienlijk toegenomen tijdens de coronacrisis: van 32% van de bevolking die dergelijke problemen in deze dimensie rapporteerde in de gezondheidsenquête van 2018 tot de helft van de bevolking die dergelijke problemen rapporteerde tijdens de crisis (bijna 52% in de 2<sup>de</sup> COVID-19 gezondheidsenquêtes). Er is ook een stijging, maar minder uitgesproken, in het aandeel mensen dat problemen meldt bij dagelijkse activiteiten: van 20% in 2018 tot bijna 23% in de twee COVID-19-gezondheidsenquêtes.

**Figuur 15 | Percentage van personen (18 jaar en ouder) dat problemen rapporteert (mild tot extreem) volgens dimensie, 2<sup>e</sup> en 6<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquêtes en Gezondheidsenquête 2018, België**



Voor de overige drie dimensies kan een daling van het percentage mensen dat problemen meldt, worden vastgesteld. Dit kan worden verklaard door het feit dat de COVID-19-gezondheidsenquête een online-enquête is, met een relatief lagere participatie van ouderen met mogelijke problemen met mobiliteit, autonomie of chronische aandoeningen dan bij de gezondheidsenquête, waar de informatie wordt verzameld via een mondeling interview bij de mensen thuis.

Voor alle onderzochte dimensies rapporteren vrouwen significant vaker problemen dan mannen, behalve voor de dimensie autonomie (figuur 16). Dit is vergelijkbaar met de trend die vóór de COVID-19-epidemie in de Gezondheidsenquête 2018 werd waargenomen.

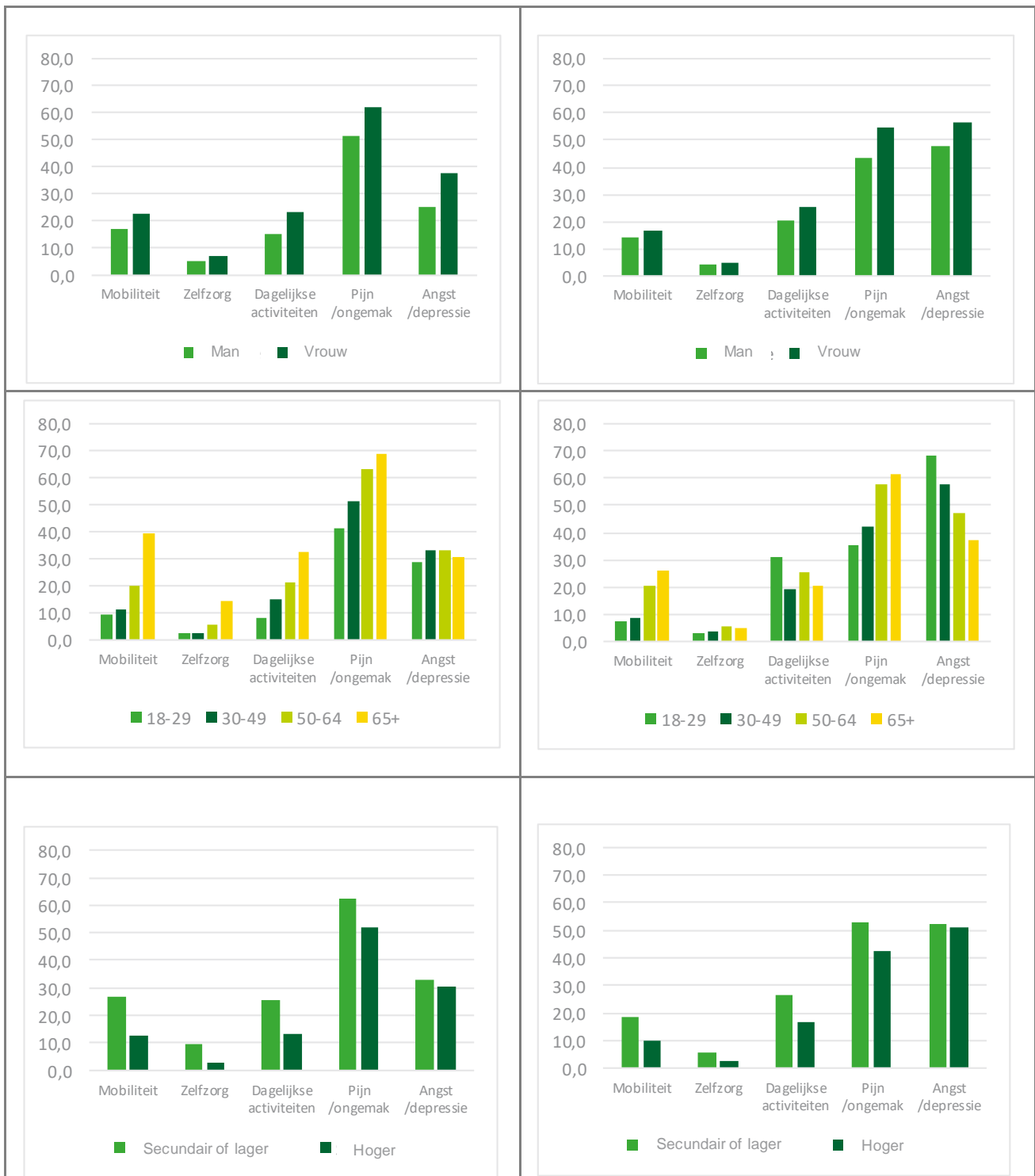
De prevalentie van de gerapporteerde problemen neemt significant toe met de leeftijd voor de dimensies mobiliteit, autonomie en pijn/ongemak. Daarentegen daalt het percentage personen dat aangeeft problemen te ondervinden bij het uitvoeren van hun dagelijkse activiteiten met de leeftijd: van 31% van de 18-29-jarigen tot 20,3% van de 65-plussers. Deze daling heeft wellicht te maken met de opgelegde beperkingen tijdens de COVID-19-crisis en niet met gezondheidsproblemen. Ook daalde het percentage personen dat melding maakte van angst/depressie aanzienlijk; van 68% van de 18-29-jarigen tot 37% van de 65-plussers. Een

dergelijke daling werd niet waargenomen in de in de Gezondheidsenquête 2018, waar de prevalentie van gerapporteerde problemen over het algemeen statistisch significant toeneemt met de leeftijd en dit voor alle dimensies, behalve voor angst/depressie, waar een toename en vervolgens een afname wordt waargenomen bij personen van 65 jaar en ouder (Figuur 16).

**Figuur 16|** Percentage van personen (18 jaar en ouder) dat problemen rapporteert (mild tot extreem) volgens dimensie en volgens geslacht, leeftijd en opleidingsniveau, 6<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête en Gezondheidsenquête 2018, België 2018-2021

**Gezondheidsenquête 2018**

**Maart 2021**



Er kan ook een significant verschil naar opleidingsniveau worden vastgesteld: personen met ten hoogste een diploma secundair onderwijs meldden vaker problemen voor alle dimensies. De verhoudingen voor de dimensie angst/depressie tussen de twee opleidingsniveaus zijn in figuur 2 redelijk vergelijkbaar, maar wanneer wordt gecorrigeerd voor geslacht en leeftijd, worden de verschillen statistisch significant. Tussen 2018 en 2021 is er vooral een stijging van het percentage personen dat angst/depressie rapporteert en dit voor beide onderwijsniveaus.

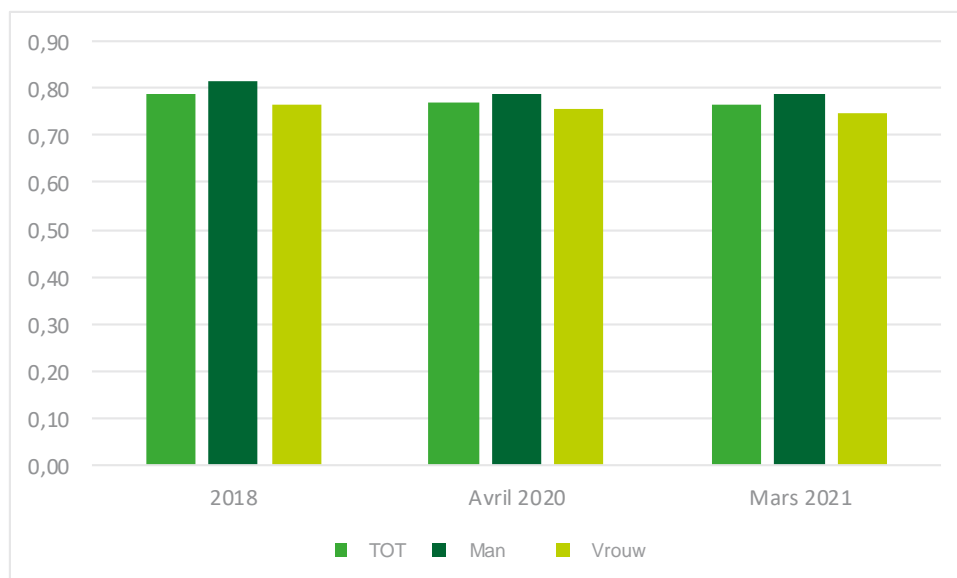
### 5.3. SCORE KWALITEIT VAN LEVEN

Op basis van de antwoorden op de vijf dimensies kan een score voor gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven worden berekend, dit op basis van een algoritme dat is ontwikkeld om de voorkeuren van de bevolking voor verschillende gezondheidstoestanden te peilen. Deze score, die de EQ-5D-score wordt genoemd, varieert tussen de waarde 0 en de waarde 1: 0 staat voor overlijden, en 1 voor de best mogelijke kwaliteit van leven. De score geeft dus de afname in kwaliteit van leven aan ten opzichte van de best mogelijke kwaliteit van leven. Hoe wenselijker een gezondheidstoestand is, hoe hoger de bijbehorende score.

In maart 2021 bedraagt de gemiddelde EQ-5D-score in België onder de bevolking van 18 jaar en ouder 0,77. Deze score is onveranderd gebleven in vergelijking met de score aan het begin van de COVID-19 crisis in april 2020 (0,77), maar is aanzienlijk gedaald in vergelijking met 2018. Het verschil tussen de score bekomen in maart 2021 en deze van de Gezondheidsenquête 2018 is significant, ook na correctie voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau.

In de loop van de COVID-19-crisis, is de gemiddelde EQ-5D-score steeds hoger bij mannen dan bij vrouwen, zoals dit ook al het geval was in 2018 (Figuur 17). Dit verschil blijft significant na correctie voor leeftijd en opleidingsniveau.

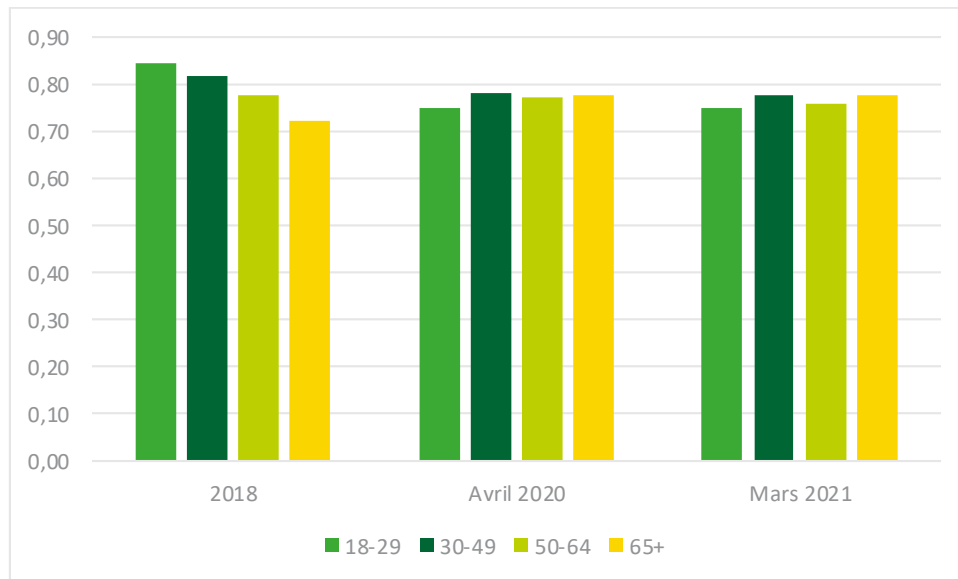
**Figuur 17 | Gemiddelde EQ-5D score bij de bevolking van 18 jaar en ouder, volgens geslacht, 2<sup>e</sup> en 6<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête en Gezondheidsenquête 2018, België**



In maart 2021 zien we dat de gemiddelde EQ-5D-score aanzienlijk toeneemt met de leeftijd (van 0,76 in de leeftijdsgroep 18-29 jaar tot 0,78 in de groep 65 jaar en ouder) en dit verschil blijft significant na correctie voor geslacht en opleidingsniveau. Deze tendens is vergelijkbaar met die aan het begin van de crisis (van 0,75 bij de 18-29-jarigen tot 0,77 bij de 65-plussers). In 2018 werd echter de tegenovergestelde trend waargenomen met een gemiddelde EQ-5D-score die aanzienlijk daalt met de leeftijd: van 0,85 bij de 15-29-jarigen tot 0,72 bij de 65-plussers (Figuur 18).

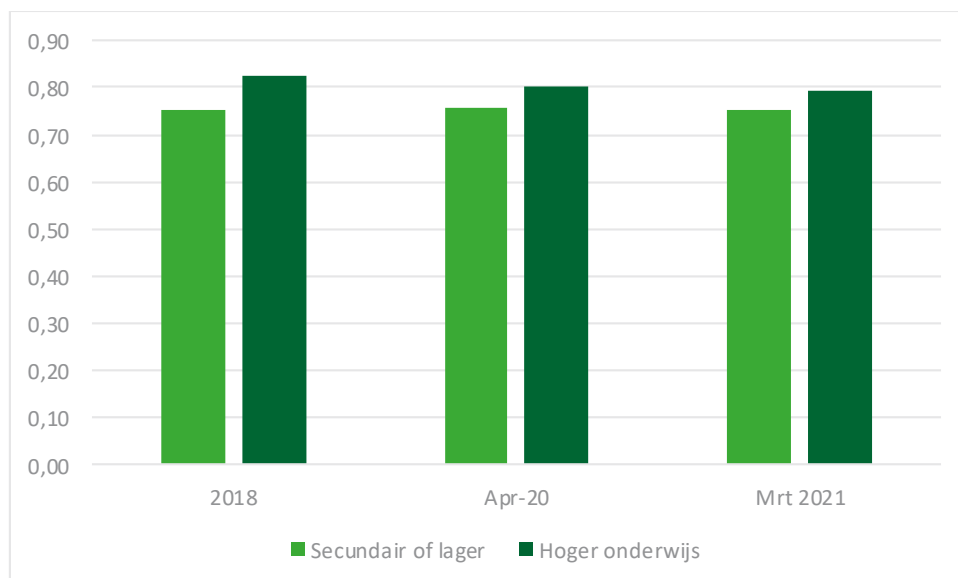
Een EQ-5D score die stijgt met de leeftijd is vrij uitzonderlijk, gezien gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven over het algemeen daalt met de leeftijd. Dit resultaat is waarschijnlijk vooral te wijten aan het zeer hoge percentage jongeren dat tijdens deze crisis melding maakt van angst-/depressie (bijna 7 op de 10 jongeren) in de 6e enquête.

**Figuur 18 | Gemiddelde EQ-5D score bij de bevolking van 18 jaar en ouder, volgens leeftijd, 2e en 6e COVID-19-gezondheidsenquête en Gezondheidsenquête 2018, België**



Ten slotte kan een significant verschil in HRQoL volgens het opleidingsniveau worden vastgesteld: de gemiddelde EQ-5D-score stijgt met het opleidingsniveau voor de drie enquêtes (Figuur 19). Het is echter interessant op te merken dat de gemiddelde score tussen 2018 en 2021 niet varieert voor mensen met een laag opleidingsniveau (0,75 in beide gevallen). Anderzijds daalt de score aanzienlijk voor mensen met een hogere opleiding: van 0,82 in 2018 tot 0,79 in 2021. Deze trend houdt stand na correctie voor geslacht en leeftijd.

**Figuur 19 | Gemiddelde EQ-5D score bij de bevolking van 18 jaar en ouder, volgens opleidingsniveau, 2e en 6e COVID-19-gezondheidsenquête en Gezondheidsenquête 2018, België**





## 6. Kwetsbaarheid bij ouderen

### 6.1. BELANGRIJKSTE RESULTATEN

- Een derde van de 65-plussers geeft aan een gebrek aan energie te hebben. Dit is fors hoger dan in de Gezondheidsenquête, waaruit blijkt dat in 2018 slechts één op de vier 65-plussers met dit probleem te kampen had.
- Uit de 6<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête blijkt dat 14% van de 65-plussers kwetsbaar is en 33% een verhoogd risico heeft op kwetsbaarheid. We kunnen er van uitgaan dat deze cijfers een onderschatting zijn van de werkelijke situatie en dat het aantal kwetsbare ouderen in de bevolking zeker hoger ligt.
- Kwetsbaarheid bij ouderen en factoren die daartoe bijdragen nemen toe met de leeftijd en zijn frequenter bij vrouwen, personen zonder hogere opleiding, personen die alleen wonen en inwoners van het Brussels en Waals Gewest.
- Kwetsbaarheid komt vaker voor bij 65-plussers die aangeven positief getest te zijn geweest voor corona (22%) in vergelijking met diegenen die een negatieve test hadden of niet getest werden (14%), maar dit verschil is niet significant. Verder onderzoek over de impact van COVID-19- infectie op kwetsbaarheid bij ouderen is nodig.

Kwetsbaarheid bij ouderen is een vrij complex en moeilijk te definiëren begrip. In essentie gaat het om een gebrek aan fysiologische reserve dat er toe leidt dat ouderen problemen waar ze mee worden geconfronteerd, niet aankunnen. Kwetsbaarheid bij ouderen kan op verschillende manieren worden gemeten. Eén daarvan baseert zich op de aanwezigheid van problemen die zich situeren in vijf verschillende dimensies: gebrek aan energie, verminderde eetlust, zwakke spierkracht, afname van de loopsnelheid en weinig lichaamsbeweging. Een oudere persoon wordt als kwetsbaar beschouwd als hij of zij minstens drie van deze problemen heeft.

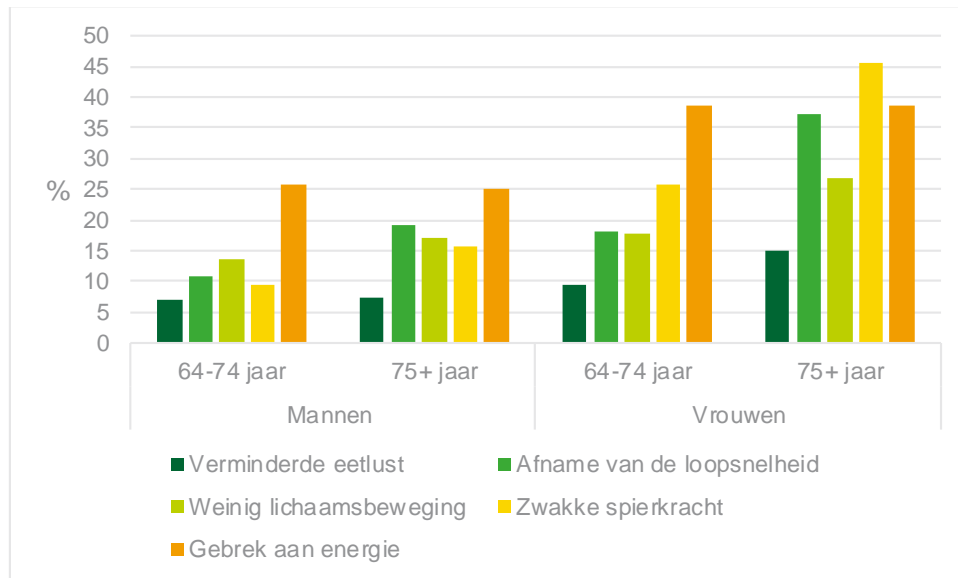
In deze 6<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête werd voor het eerst gepeild naar kwetsbaarheid bij ouderen in de bevolking tijdens de coronacrisis. De resultaten hebben betrekking op de deelnemers aan de enquête van 65 jaar en ouder.

### 6.2. DIMENSIES VAN KWETSBAARHEID BIJ OUDEREN

Van de vijf dimensies van kwetsbaarheid die werden bevroegd wordt gebrek aan energie (33%) het vaakst gerapporteerd. De frequentie van voorkomen van de andere problemen zijn in dalende volgorde: zwakke spierkracht (20%), weinig lichaamsbeweging (17%), afname van de loopsnelheid (17%) en verminderde eetlust (9%). Opvallend is dat enkel het percentage personen met een gebrek aan energie fors hoger ligt dan in de Gezondheidsenquête 2018 (25%), terwijl de andere percentages een stuk lager liggen. Dit komt wellicht doordat de COVID-19-gezondheidsenquête een online enquête is, met een relatief kleinere deelname van ouderen die kwetsbaar zijn dan in de Gezondheidsenquête, waarin informatie wordt ingezameld via een face-to-face interview bij de mensen thuis.

Er zijn belangrijke verschillen volgens leeftijd en geslacht (Figuur 20). Voor alle dimensies die aan bod komen, blijken vrouwen significant vaker problemen te rapporteren dan mannen. Er is geen significante toename met de leeftijd voor gebrek aan energie en verminderde eetlust. Bij mannen komt afname van de loopsnelheid significant vaker voor bij 75-plussers (19%) dan bij 65-74-jarigen (11%) en dit is ook het geval voor zwakke spierkracht (16% tegenover 10%). Bij vrouwen is dit het geval voor zwakke spierkracht (46% tegenover 26%), afname van de loopsnelheid (37% tegenover 18%) en weinig lichaamsbeweging (27% tegenover 18%).

**Figuur 20| Percentage van de bevolking van 65 jaar en ouder dat aangeeft problemen te hebben voor de verschillende dimensies van kwetsbaarheid, volgens leeftijd en geslacht, 6<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête, België 2021**



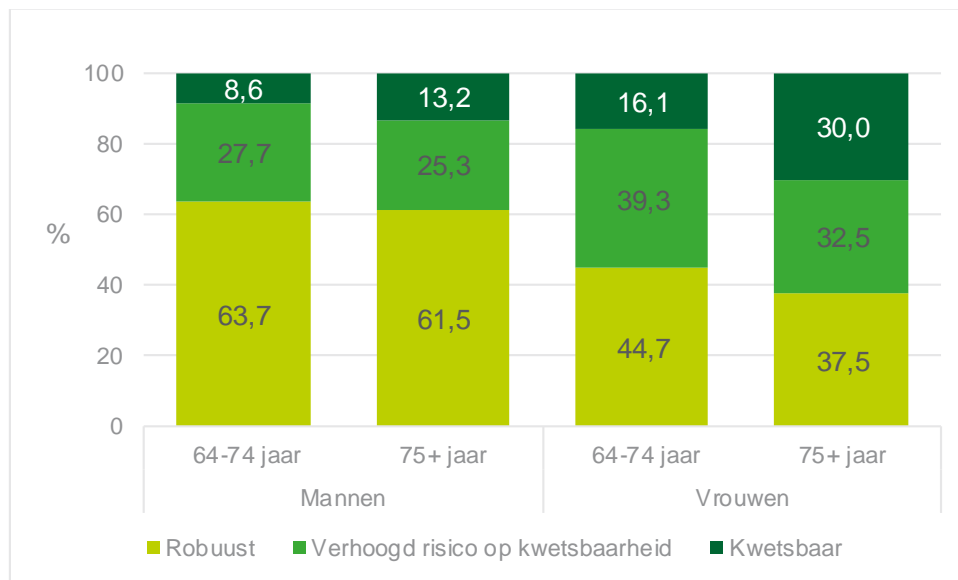
65-plussers met een opleiding hoger onderwijs rapporteren minder vaak zwakke spierkracht, afname van de loopsnelheid en weinig lichaamsbeweging dan lager opgeleiden. Voor alle dimensies hebben alleenstaande 65-plussers vaker problemen dan ouderen die samenwonen met één of meerdere personen. Er zijn ook belangrijke regionale verschillen. In het Brussels en Waals Gewest rapporteren 65-plussers vaker een gebrek aan energie, afname van de loopsnelheid en weinig lichaamsbeweging dan in het Vlaams Gewest. In het Waals Gewest rapporteren ook significant meer personen weinig eetlust in vergelijking met het Vlaams Gewest. Een verminderde eetlust en afname van de loopsnelheid lijkt iets vaker voor te komen bij 65-plussers die positief getest werden voor het coronavirus, maar dit verschil is niet significant.

### 6.3. KWETSBAARHEID (“FRAILITY”) EN VERHOOGD RISICO OP KWETSBAARHEID (“PRE-FRAILITY”)

Uit de 6<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête blijkt dat 14% van de 65-plussers kwetsbaar is en 33% een verhoogde kwetsbaarheid vertoont. Deze resultaten liggen lager dan in de Gezondheidsenquête 2018, waar deze cijfers respectievelijk 23% en 37% bedragen, maar dit heeft ongetwijfeld te maken met een selectievertekening doordat vooral “gezondere ouderen” aan een online enquête deelnemen. Het is ook onwaarschijnlijk dat veel ouderen in woonzorgcentra, die doorgaans meer kwetsbaar zijn, aan deze online enquête hebben deelgenomen, alhoewel dit geen exclusiecriteria was. We kunnen er in ieder geval van uitgaan dat de inschatting over het voorkomen van kwetsbaarheid bij ouderen in de COVID-19-gezondheidsenquête een onderschatting is van de werkelijke situatie. De enquête geeft wel duidelijk aan welke bevolkingsgroepen meer kwetsbaar zijn.

Kwetsbaarheid komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. In de leeftijdsgroep 65-74 jaar is 16% van de vrouwen kwetsbaar, bij 75-plussers 30%. Bij mannen zijn deze percentages respectievelijk 9% en 13% (Figuur 21).

**Figuur 21 | Verdeling van de kwetsbaarheidstatus bij 65-plussers, volgens leeftijd en geslacht, 6<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête, België 2021**



Kwetsbaarheid komt significant vaker voor bij ouderen die geen opleiding hoger onderwijs genoten, die alleen wonen en woonachtig zijn in het Brussels en Waals Gewest. Het percentage 65-plussers met kwetsbaarheid is hoger bij personen die positief testten op het coronavirus (22%) in vergelijking met diegenen die een negatieve test hadden of niet getest werden (14%), maar dit verschil is niet significant. Verder onderzoek over de impact van COVID-19-infectie op kwetsbaarheid bij ouderen is nodig.

## 7. Sociale gezondheid

Sociale gezondheid komt in alle COVID-19-gezondheidsenquêtes aan bod. In elke editie hebben we gepeild naar de ontevredenheid over sociale contacten en naar de mate van sociale ondersteuning. Hierdoor kunnen we de evolutie van deze indicatoren doorheen de coronacrisis bestuderen. In de 6<sup>e</sup> editie hebben we voor de eerste maal eenzaamheid bevroegd.

### 7.1. BELANGRIJKSTE RESULTATEN

- 63% van de bevolking van 18 jaar en ouder is ontevreden over zijn sociale contacten.
- 37% van de bevolking van 18 jaar en ouder meldt een zwakke sociale ondersteuning van zijn omgeving.
- 29% van de bevolking van 18 jaar en ouder voelt zich ernstig eenzaam.

### 7.2. ONTEVREDENHEID OVER SOCIALE CONTACTEN

De 6<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête geeft aan dat 63% van de bevolking van 18 jaar en ouder ontevreden is over zijn sociale contacten<sup>2</sup>. Dit percentage is vrij constant gebleven t.o.v. de 5<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête (toen 63.5%). De evolutie van deze indicator doorheen de coronacrisis hangt samen met de strengheid van de maatregelen voor sociale contacten. Ten tijde van de 5<sup>e</sup> (december 2020) en 6<sup>e</sup> (maart 2021) COVID-19-gezondheidsenquête waren deze gelijkaardig, met uitzondering van de “buitenbubbel” van 10 die tussen 8 en 26 maart van toepassing was. Het percentage dat ontevreden is over zijn sociale contacten is gedurende de hele coronacrisis veel hoger dan in “normale tijden”. In de algemene gezondheidsenquête van 2018 gaf immers slechts 9% van de bevolking van 18 jaar en ouder aan ontevreden te zijn over zijn sociale contacten.

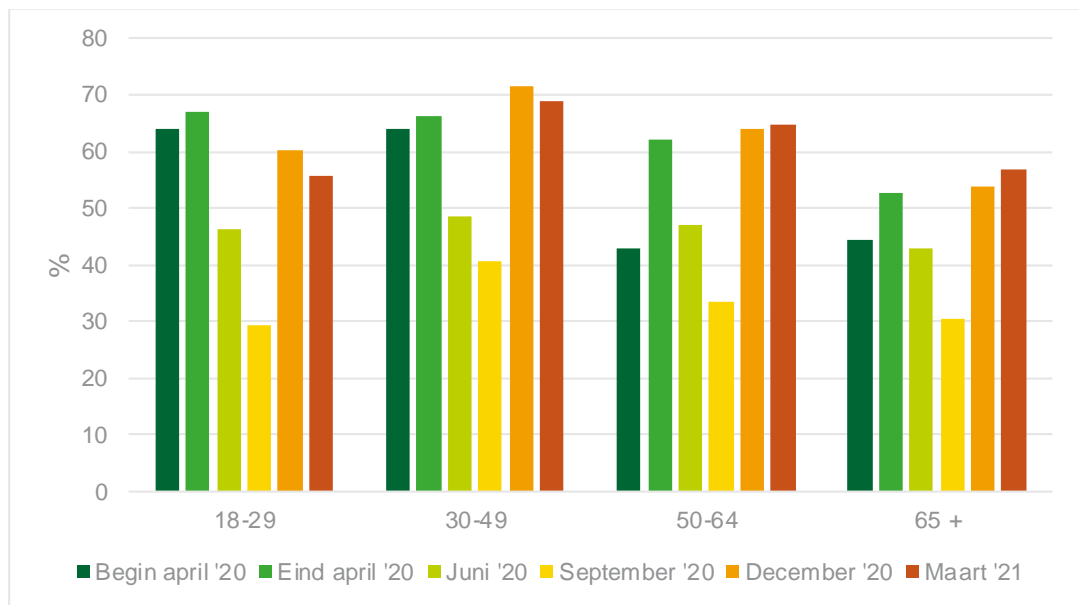
De resultaten m.b.t. de ontevredenheid over sociale contacten naar geslacht en leeftijd kunnen als volgt worden samengevat:

- Vrouwen (64%) zijn vaker ontevreden over hun sociale contacten dan mannen (61%) ten tijde van de 6<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête.
- Zowel bij mannen als vrouwen bleef deze indicator vrij constant t.o.v. de 5<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête (mannen: van 63% naar 61%, vrouwen: van 64% naar 65%).
- De leeftijdsverschillen voor wat ontevredenheid over sociale contacten betreft worden weergegeven in Figuur 1: de 30-49-jarigen zijn het vaakst ontevreden (69%), gevolgd door de 50-64-jarigen (65%). Het verschil tussen deze leeftijdsgroepen en de 18-29-jarigen (56%) en de 65-plussers (57%) is statistisch significant.
- De ontevredenheid over de sociale contacten bleef in alle leeftijdsgroepen vrij constant t.o.v. de 5<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête (Figuur 22).

---

<sup>2</sup> Indicator gebaseerd op de vraag: “Hoe vond u uw sociale contacten in de afgelopen 2 weken? (Zeer bevredigend / Vrij bevredigend / Vrij onbevredigend / Zeer onbevredigend)”.

**Figuur 22 | Percentage personen dat ontevreden is over zijn sociale contacten, volgens leeftijd, COVID-19-gezondheidsenquêtes, België 2020-2021**



Daarnaast tonen de resultaten van de 6<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête aan dat de ontevredenheid over de sociale contacten ook varieert naar andere achtergrondkenmerken (statistisch significant na correctie voor leeftijd en geslacht):

- Koppels met kind(eren) zijn het meest ontevreden over hun sociale contacten (70%), gevolgd door alleenwonenden met kind(eren) (69%) en koppels zonder kind(eren) (63%). Deze huishoudtypes verschillen van alleenwonenden en mensen die samenwonen met ouder(s), familie, vrienden of kennissen (resp. 58% en 55%).
- Personen die invalide zijn (73%) melden vaker ontevredenheid over hun sociale contacten dan personen met betaald werk (65%).
- Personen die gerapporteerd hebben dat ze minstens één ziekte hebben<sup>3</sup> zijn vaker ontevreden over hun sociale contacten dan diegenen die geen ziektes rapporteerden (resp. 67.5% t.o.v. 62%).

### 7.3. KWALITEIT VAN SOCIALE ONDERSTEUNING

Volgens de 6<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête voelt 37% van de bevolking zich zwak ondersteund door zijn omgeving<sup>4</sup>. Dit is een lichte daling t.o.v. de 5<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête die georganiseerd werd in december 2020 (toen 40%). Het percentage ligt wel hoger dan de percentages gerapporteerd in de vier eerste COVID-19-gezondheidsenquêtes (toen 30,5%-33%). Ter vergelijking: in “normale tijden” meldt slechts 16% van de bevolking van 18 jaar en ouder een zwakke sociale ondersteuning (cijfer gebaseerd op de gezondheidsenquête 2018).

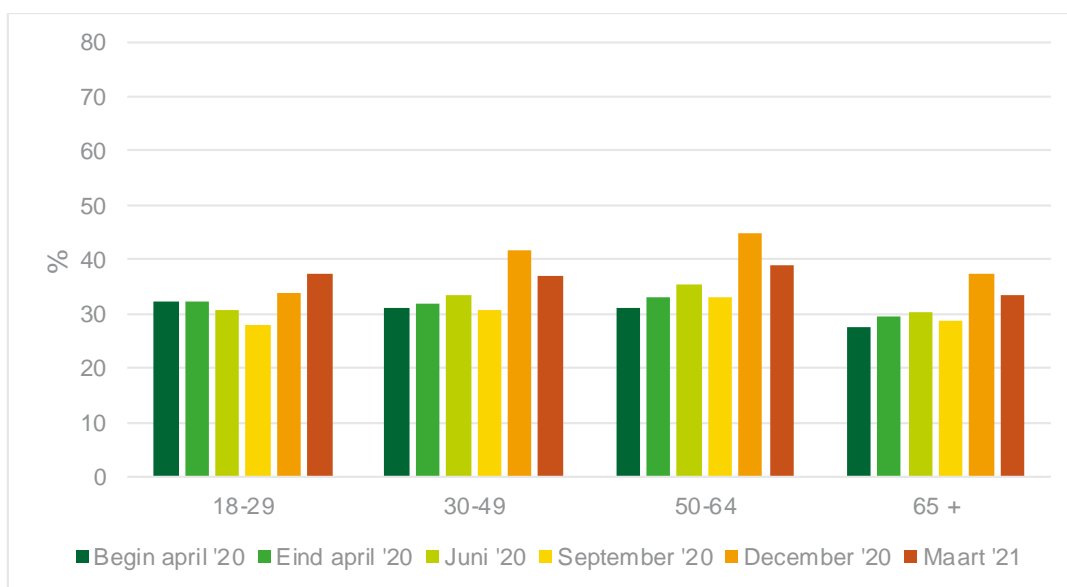
<sup>3</sup> Ten minste één van de volgende ziekten: chronische longaandoening, chronische hart- en vaatziekte, diabetes, chronische neurologische aandoening, chronische nierziekte, chronisch leverlijden, kanker of bloedkanker, ziekte of aandoening die het immuunsysteem aantast en getransplanteerd of op wachlijst voor transplantatie.

<sup>4</sup> Deze indicator is gebaseerd op een reeks van drie vragen – die overeenkomen met de OSLO schaal – 1) “Hoeveel personen staan u zo dichtbij dat u op hen kunt rekenen indien u met zware problemen geconfronteerd wordt?” ; 2) “In welke mate hebben mensen aandacht en interesse voor wat u doet?” ; 3) “Hoe gemakkelijk is het om praktische hulp van burens te krijgen als dit nodig zou zijn?”

De resultaten naar geslacht en leeftijd voor wat betreft de gepercipieerde sociale ondersteuning kunnen als volgt samengevat worden:

- Er is geen significant geslachtsverschil naar zwakke sociale ondersteuning in de 6<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête (mannen: 38%, vrouwen: 35,5%)
- Zowel bij mannen als vrouwen kunnen we een lichte daling vaststellen t.o.v. de 5<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête (mannen: van 42% naar 38%, vrouwen: van 39% naar 35,5%).
- Het percentage van de bevolking (van 18 jaar en ouder) dat een zwakke sociale ondersteuning meldt is het hoogst bij de 50-64-jarigen (39%) en bij de 30-49-jarigen (37%) en het laagst bij de 65-plussers (33,5%) (Figuur 2). Het verschil tussen deze groepen is statistisch significant.
- Bij elke leeftijdsgroep zijn de cijfers voor sociale ondersteuning licht gedaald t.o.v. de 5<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête, met uitzondering van de 18-29-jarigen (Figuur 23).

**Figuur 23 | Percentage personen dat slechts een beperkte sociale ondersteuning meldt, volgens leeftijd, COVID- 19-gezondheidsenquêtes, België 2020-2021**



Daarnaast wijzen de resultaten van de 6<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête ook op verschillen in de gepercipieerde sociale ondersteuning naar andere achtergrondkenmerken (statistisch significant na correctie voor leeftijd en geslacht):

- Alleenwonenden met kind(eren) (45%) en alleenwonenden (43%) melden vaker een zwakke sociale ondersteuning dan koppels met of zonder kind(eren) (resp. 35% en 33,5%).
- Personen met hoogstens een diploma secundair onderwijs (40%) voelen zich vaker zwak ondersteund dan personen met een diploma hoger onderwijs (31%).
- Personen die invalide (60%) of werkloos zijn (niet tijdelijk technisch werkloos) (51%) melden vaker een zwakke sociale ondersteuning dan personen met betaald werk (36%) of gepensioneerden (33%).
- Personen die gerapporteerd hebben dat ze minstens één ziekte hebben<sup>5</sup> melden vaker een zwakke sociale ondersteuning dan diegenen die geen ziektes rapporteerden (resp. 44% t.o.v. 36%).

<sup>5</sup> Ten minste één van de volgende ziekten: chronische longaandoening, chronische hart- en vaatziekte, diabetes, chronische neurologische aandoening, chronische nierziekte, chronisch leverlijden, kanker of bloedkanker, ziekte of aandoening die het immuunsysteem aantast en getransplanteerd of op wachtlijst voor transplantatie.

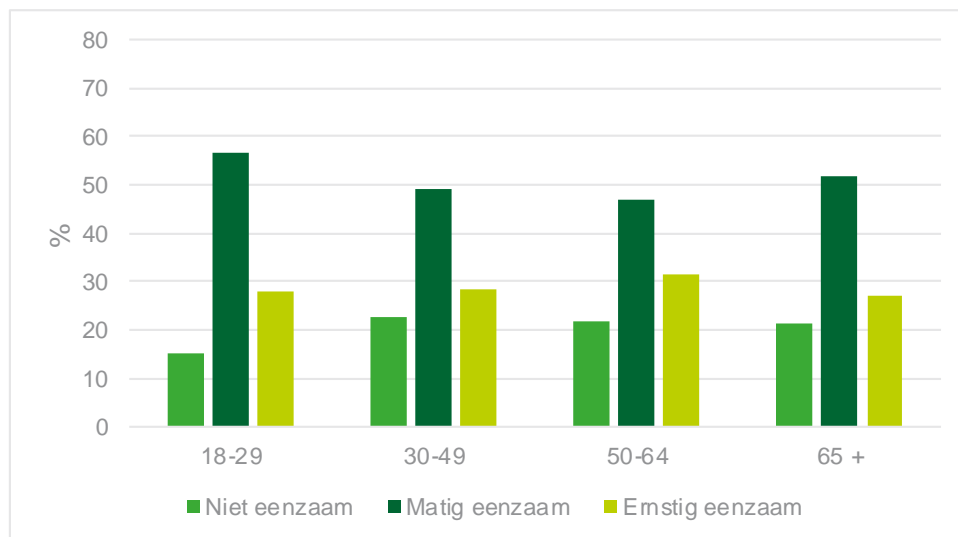
## 7.4. EENZAAMHEID

Eenzaamheid is een belangrijke indicator voor een gebrek aan sociaal welzijn. Het is het resultaat van een persoonlijke afweging van de bestaande relaties tegenover de eigen wensen en verwachtingen ten aanzien van relaties. Gevoelens van eenzaamheid zijn voornamelijk te wijten aan een gebrek aan kwaliteit van sociale relaties, maar kan ook gelinkt zijn aan een tekort aan sociale contacten. In de 6<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête werd eenzaamheid gemeten met behulp van de verkorte eenzaamheidsschaal van De Jong Gierveld.<sup>6</sup> De resultaten geven weer dat 29% van de bevolking van 18 jaar en ouder zich ernstig eenzaam voelt, 50,5% zich matig eenzaam voelt en 22% zich niet eenzaam voelt.

De resultaten naar geslacht en leeftijd voor wat eenzaamheid betreft zijn als volgt:

- Vrouwen scoren slechter op het vlak van eenzaamheid: ze voelen zich vaker ernstig eenzaam dan mannen (resp. 31% en 27%) en bevinden zich minder vaak in de categorie “Niet eenzaam” (resp. 19% en 22%).
- De leeftijdsgroep 50-64 meldt het vaakst een ernstige eenzaamheid (31,5%). Het verschil t.o.v. de leeftijdsgroepen 30-49 (28%) en 65+ (27%) is statistisch significant. Bij de jongste leeftijdsgroep (18-29) is de proportie personen in de categorie “Niet eenzaam” het laagste (15%). Het verschil t.o.v. de andere leeftijdsgroepen is statistisch significant (Figuur 24).

Figuur 24 | Percentage personen naar eenzaamheid, volgens leeftijd, COVID-19-gezondheidsenquêtes, België 2021



<sup>6</sup> In de enquête werden zes stellingen opgenomen en respondenten moesten aangeven in hoeverre deze op hen van toepassing waren: “Ik ervaar een leegte om me heen”; “Er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van narigheid kan terugvallen”; “Ik heb veel mensen op wie ik volledig kan vertrouwen”; “Er zijn voldoende mensen met wie ik me nauw verbonden voel”; “Ik mis mensen om me heen” en “Vaak voel ik me in de steek gelaten”. Iemand wordt gecategoriseerd als ernstig eenzaam als er op 5 of 6 stellingen geantwoord wordt met een indicatie van eenzaamheid, en als matig eenzaam als dat op 2, 3 of 4 stellingen het geval is.

Daarnaast wijzen de resultaten ook op verschillen in de mate van eenzaamheid naar andere achtergrondkenmerken (statistisch significant na correctie voor leeftijd en geslacht):

- Alleenwonenden met kind(eren) (37%), alleenwonenden (36%) en personen die samenwonen met ouder(s), familie, vrienden of kennissen (32%) melden vaker een ernstige eenzaamheid dan koppels met of zonder kind(eren) (resp. 26% en 24%). Het percentage personen dat geen eenzaamheid ervaart is ook het laagst bij de alleenwonenden met of zonder kind(eren) (resp. 15% en 16%).
- Eenzaamheid varieert naar opleidingsniveau: personen met hoogstens een diploma secundair onderwijs bevinden zich vaker in de categorie “Ernstig eenzaam” dan personen met een diploma hoger onderwijs (31% t.o.v. 24%). Lager opgeleiden bevinden zich ook minder vaak in de categorie “Niet eenzaam” (19% t.o.v. 25%).
- Personen die invalide zijn hebben het meest te kampen met eenzaamheid: zij zijn vaker ernstig eenzaam (53%) dan personen met betaald werk (27%), mensen die werkloos zijn (niet tijdelijk technisch werkloos) (38%), studenten (29,5%) en gepensioneerden (27%). Bij de invalide personen is het aandeel personen in de categorie “Niet eenzaam” ook het laagste (10%). Ernstige eenzaamheid is ook significant hoger bij personen die werkloos zijn dan bij personen die betaald werk hebben.
- Personen die gerapporteerd hebben dat ze minstens één ziekte hebben<sup>7</sup> voelen zich vaker ernstig eenzaam (33,5%) en zitten minder vaak in de categorie “Niet eenzaam” (18%) dan personen die geen ziekten rapporteerden (Ernstig eenzaam: 28%, Niet eenzaam: 21%).

---

<sup>7</sup> Ten minste één van de volgende ziekten: chronische longaandoening, chronische hart- en vaatziekte, diabetes, chronische neurologische aandoening, chronische nierziekte, chronisch leverlijden, kanker of bloedkanker, ziekte of aandoening die het immuunsysteem aantast en getransplanteerd of op wachlijst voor transplantatie.



## 8. Geestelijke gezondheid

### 8.1. BELANGRIJKSTE RESULTATEN

**ERRATUM:** \* DE PERIODEN MET BETREKKING TOT DE ZELFMOORDTENDENSEN WERDEN OP 14/04/21 GECORRIGEERD EN ZIJN IN DE TEKST IN ORANJE AANGEGEVEN.  
\* FIGUUR 30 WERD OP 24/01/2022 GECORRIGEERD (VAN ONGEWOGEN NAAR GEWOGEN RESULTATEN)

- Na een jaar van gezondheidscrisis zijn angststoornissen (21%) en depressieve stoornissen (21%) nog steeds sterk aanwezig in de bevolking van 18 jaar en ouder, met prevalenties die slechts iets lager liggen dan in april en december 2020. Het percentage van mensen met geestelijke gezondheidsproblemen blijft bijzonder hoog bij mensen jonger dan 50 jaar.
- Zoals bevestigd door eerdere COVID-19-onderzoeken is er een duidelijk leeftijdseffect op deze geestelijke gezondheidsproblemen. Zo worden jongvolwassenen (18-29 jaar) het meest getroffen door angst (34%) en depressie (38%); senioren (65 jaar en ouder) daarentegen het minst (respectievelijk 9% en 10%).
- Eén op vier personen (26%) zei **ooit in zijn leven** zelfmoordgedachten te hebben gehad, waarvan de helft (12,5%) aangaf dat deze gedachten voorkwamen in de 12 maanden voorafgaand aan het onderzoek. Suïcidale gedachten in de afgelopen 12 maanden kwamen vooral voor bij jongvolwassenen, alleenstaanden (**met of zonder kinderen**) en lager opgeleiden.
- Uit het onderzoek blijkt dat 7% van de mensen **ooit** een zelfmoordpoging heeft gedaan, waarvan 0,6% in de afgelopen **12 maanden** (april 2020 tot maart 2021). Deze cijfers liggen hoger dan in "gewone" tijden.
- De index voor levenstevredenheid laat ook zorgwekkende resultaten zien, vooral voor jongvolwassenen (18-29): 46% vindt dat hun leven momenteel (zeer) onbevredigend is, tegenover slechts 11,5% in 2018.
- Deze indicatoren voor geestelijke gezondheid zijn niet gelijkmatig verdeeld over de bevolking. Naast jongvolwassenen, die in het bijzonder worden getroffen door deze crisis, zijn de mensen die het meeste risico lopen degenen die alleen wonen (eenpersoonshuishoudens en eenoudergezinnen), lager opgeleiden en werklozen (huishoudelijk werk, werkloos of arbeidsongeschikt).

#### Conclusie:

Net als bij de enquête van december 2020, blijkt uit alle indicatoren van geestelijke gezondheid dat de bevolking nog steeds zeer gedestabiliseerd is en lijdt aan psychische problemen. Naast de gestandaardiseerde vragen omtrent deze problematiek hebben wij, door middel van een open vraag, ook grote woede en frustratie geconstateerd, maar ook veel verwarring en onbegrip over het beheer van de crisis en de vaccinatiecampagne. Hoewel het niet mogelijk is de COVID-maatregelen (die bijzondere situaties creëren waarvoor veel mensen niet over de mogelijkheden beschikken hiermee om te gaan) snel te versoepelen, is het noodzakelijk te voorzien in vangnetten om de meest kwetsbare mensen te helpen. Op korte termijn betekent dit dat de toegang tot financiële bijstand en professionele psychologische hulp moet worden verbeterd. Bovendien zou het zinloos zijn om het hierbij te laten en niet na te denken over hervormingen op lange termijn. Er zal opnieuw moeten worden geïnvesteerd in basisstelsels zoals onderwijs, werkgelegenheid, gezondheid (ook geestelijke gezondheid!), solidariteit en lokale economie. Deze stelsels moeten versterkt worden - of zelfs opnieuw worden uitgevonden - om beter te beantwoorden aan de menselijke behoeften in plaats van aan het dictaat van een economische hegemonie die slechts weinigen ten goede komt.

## 8.2. INLEIDING

Geestelijke gezondheid is lange tijd afwezig geweest binnen volksgezondheid en het gezondheidsbeleid, met als gevolg dat er te weinig middelen zijn voorzien voor preventie en zorg, alsook voor onderzoek binnen dit gebied. Door de publicatie van cijfers over de toestand van de wereldwijde geestelijke gezondheid (met name via het WHO-rapport in 2001<sup>8</sup>) en de heropleving van psychiatrische stoornissen en het effect hiervan op de wereldeconomie, lijkt dit aspect van gezondheid hoger op de agenda van de besluitvormers te komen. Meer recent, in het licht van de economische recessie van 2008 en de coronacrisis, wordt geestelijke gezondheid ook steeds meer gezien als een indicator van "wat er mis is" met een samenleving, waarbij steeds grotere ongelijkheden aan het licht worden gebracht. Onder de bepalende factoren voor het mentale welzijn en de levenskwaliteit zijn er immers evenveel hulpbronnen vanuit de omgeving (die door deze crisis worden ondermijnd), zoals onderwijs, werkgelegenheid, huisvesting, familie en ondersteunings- en solidariteitsnetwerken, als individuele hulpbronnen, zoals veerkracht, sociale banden, het volgen van een gezonde levensstijl, het beroep op zorg, veiligheid, enz.

In de gezondheidsonderzoeken die Sciensano sinds het begin van de coronacrisis heeft uitgevoerd, wordt de geestelijke gezondheid dan ook systematisch opgevolgd. Zoals vele gelijkaardige studies op internationaal vlak, benadrukken de Belgische resultaten de impact van de pandemie en de beperkende maatregelen op de geestelijke gezondheid van de bevolking. Dit deel van het zesde enquêterapport gaat over levenstevredenheid, angst en depressie, zelfmoordneigingen, eetstoornissen en individuele veerkracht na 6 maanden van relatief strenge maatregelen om de verspreiding van het virus in te dammen sinds de tweede golf van de pandemie. De resultaten van april 2021 worden vergeleken met die van eerdere COVID-19-enquêtes en met die van de laatste Nationale Gezondheidsenquête (HIS) van Sciensano, die kort voor de crisis plaatsvond (2018).

## 8.3. LEVENSTEVREDENHEID

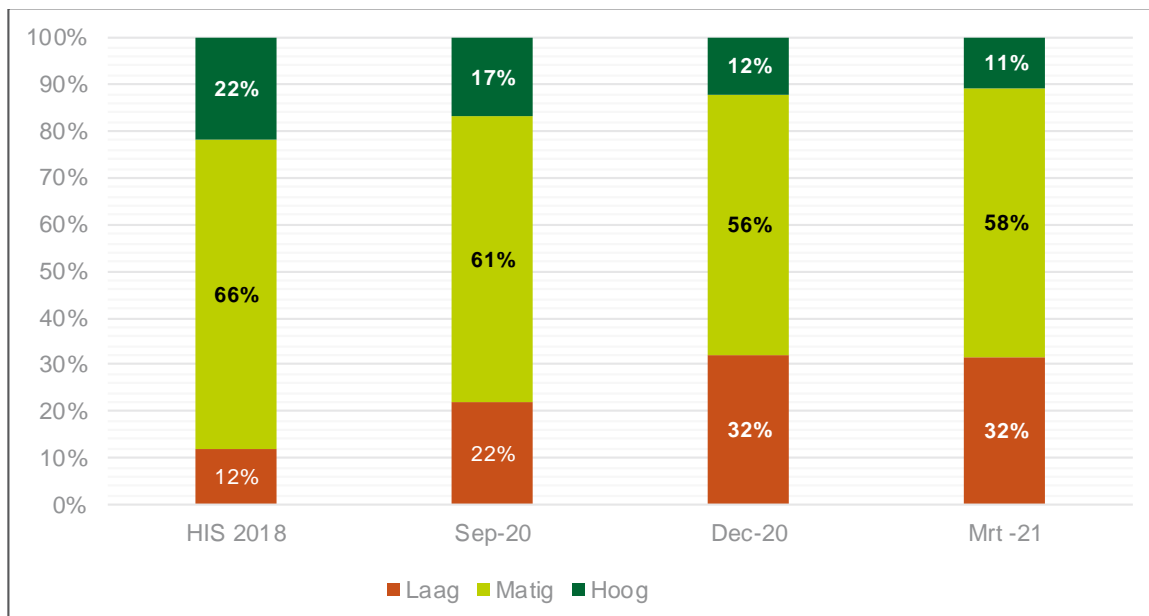
Levenstevredenheid is een subjectief oordeel over het leven als geheel. Deze maatstaf wordt vandaag als een van de beste beschouwd om subjectief welzijn te meten. Het werd hier bevestigd via de Cantril ladder, een schaal van 11 punten gaande van 0 = 'helemaal niet tevreden' tot 10 = 'helemaal tevreden'. Het kan twee indicatoren opleveren waarbij de eerste een gemiddelde weergeeft en de tweede een onderscheid maakt tussen drie niveaus van levenstevredenheid: "laag" (0 tot 5), "matig" (6 tot 8) en "hoog" (9 tot 10). In de 3 laatste COVID-19-gezondheidsenquêtes (september en december 2020, april 2021) werd deze schaal van levenstevredenheid opgenomen. De resultaten worden hieronder beschreven:

- De gemiddelde levenstevredenheid bedroeg 6,8 (95% BI 6,7-6,8) in september 2020 en verlaagde tot 6,1 (95% BI 6,1-6,2) in december 2020. In 2018 was de gemiddelde levenstevredenheidsscore was 7,4 voor de bevolking van 18 jaar en ouder, wat dus significant hoger was. In gemiddelde heeft de gezondheidscrisis dus de neiging afbreuk te doen aan de manier waarop mensen hun leven willen leiden en hun leven willen invullen.
- De onderstaande figuur toont de verdeling van de tevredenheidsniveaus voor de HIS van 2018 en de drie COVID-19-gezondheidsenquêtes. Het zal geen verbazing wekken dat, vergeleken met 2018, uit de indicatoren die tijdens de periode van de gezondheidscrisis zijn verzameld, blijkt dat een groter segment van de bevolking niet erg tevreden is met de manier waarop hun leven verloopt. Het percentage mensen met een lage levenstevredenheid is in december 2020 aanzienlijk gestegen (32%), maar is niet verder toegenomen ondanks het voortduren van de beperkende maatregelen in deze periode (32% is laag tevreden met hun leven in april 2021) (Figuur 25).

---

<sup>8</sup> Wereldgezondheidsrapport 2001 - Geestelijke gezondheid: nieuw begrip, nieuwe hoop.

**Figuur 25 | Verdeling van de bevolking (18 jaar en ouder) volgens niveau van levenstevredenheid (laag, matig, hoog) volgens enquête (Gezondheidsenquête 2018, 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> en 6<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquêtes), België 2021**



### 8.3.1. Socio-demografische kenmerken

- In april 2021 rapporteerden mannen en vrouwen gemiddeld dezelfde mate van levenstevredenheid (respectievelijk 6,2 en 6,1, n.s.). Daarentegen komt het verschil tussen mannen en vrouwen tot uiting in het hogere percentage personen dat stelt 'zeer tevreden' versus 'weinig tevreden' te zijn met hun leven: meer mannen dan vrouwen rapporteren een hoge tevredenheid met het leven (respectievelijk 12% en 9%). Omgekeerd: meer vrouwen dan mannen geven aan weinig tevreden te zijn over hun leven (33% bij vrouwen, 30% bij mannen).
- De mate van tevredenheid varieert volgens de leeftijd. Het gemiddelde is 5,3 bij de 18-29-jarigen en stijgt tot 7,0 bij 65-plussers. In april 2021 gaf bijna 46% van de jongvolwassenen (18-29 jaar) aan ontevreden te zijn over hun leven, tegenover een op de vijf (19,5%) 65-plussers.
- Vergeleken met september 2020 is het percentage jongvolwassenen dat een laag niveau van levenstevredenheid rapporteert sterk gestegen (27% bij de 18-29-jarigen in september 2020 en 46% in april 2021), terwijl de toename van de ontevredenheid bij 65-plussers veel kleiner is (16% tot 19,5%). In het licht van deze gegevens kunnen we concluderen dat de huidige crisis meer invloed heeft op de levenstevredenheid en levenslust van jong volwassenen dan op die van oudere personen.
- De samenstelling van de huishoudens laat ook verschillen in levenstevredenheid zien: in december waren koppels met of zonder kind(eren) gemiddeld meer tevreden met hun leven (respectievelijk 6,2 en 6,7) dan alleenstaanden of alleenstaanden met kind(eren) (respectievelijk 6,0 en 5,5) en deze verschillen zijn significant na correctie voor leeftijd en geslacht. Ook lopen alleenstaanden met of zonder kind(eren) meer risico op een lage levenstevredenheid dan andere soorten huishoudens.

### 8.3.2. Socio-economische situatie

- Onderwijs en werkstatus zijn ook discriminerende factoren in termen van levenstevredenheid. Hoewel het verschil in gemiddelde tevredenheid klein is tussen degenen met en zonder een diploma hoger onderwijs (respectievelijk 6,2% en 6,1%), is het verschil na correctie voor leeftijd en geslacht toch statistisch significant. Bovendien is het percentage personen met een lage tevredenheid hoger bij personen met hoogstens een diploma secundair (34%) dan bij degenen met een diploma hoger onderwijs (28,5%).
- In vergelijking met personen met betaald werk (gemiddelde levenstevredenheid = 6,1) melden personen die werkloos zijn (5,3), gehandicapt zijn (4,9) of studeren (5,1) gemiddeld een lagere tevredenheid, terwijl

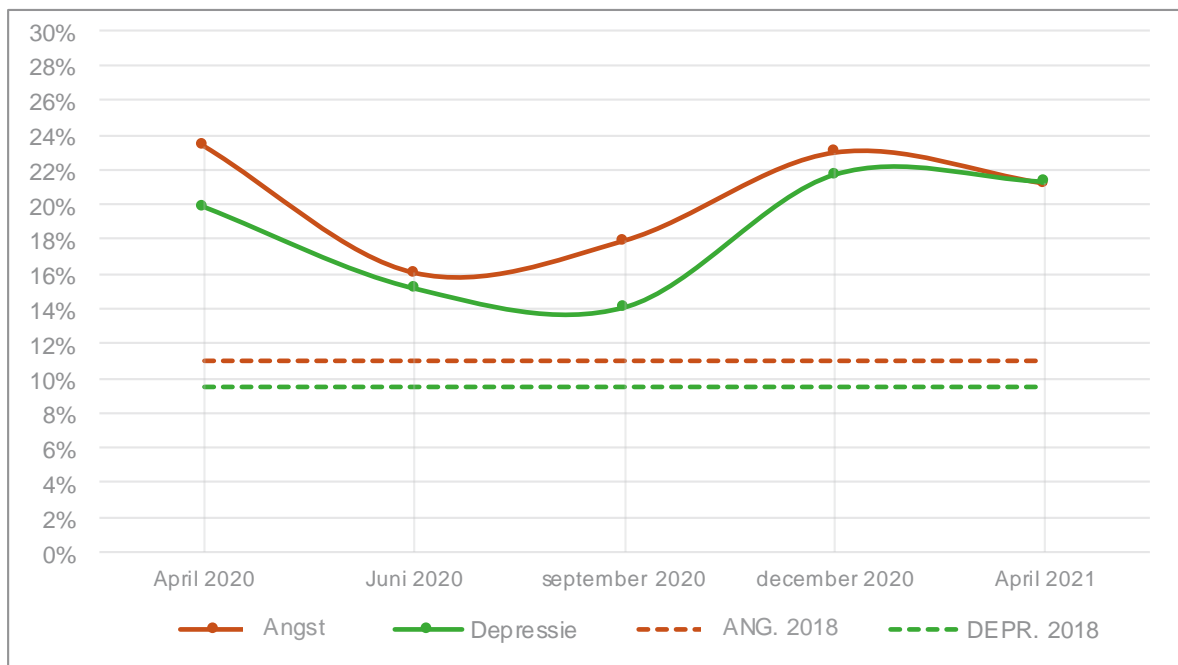
gepensioneerden (7,0) een hogere tevredenheid melden, en deze verschillen blijven significant na correctie voor leeftijd en geslacht. Dit verschil naargelang werksituatie wordt ook waargenomen voor de indicator van het niveau van tevredenheid.

## 8.4. ANGST EN DEPRESSIE

Zoals bij alle andere gezondheidsenquêtes, werden de instrumenten GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder) en PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) gebruikt om de prevalentie van gegeneraliseerde angststoornissen en depressieve stoornissen (waaronder major depressieve stoornis en andere vormen van depressie) na te gaan.

De eerste COVID-19-gezondheidsenquête (begin april 2020) signaleerde een zeer hoge prevalentie van angststoornissen (23%) en depressieve stoornissen (20%) bij de volwassen bevolking (18 jaar en ouder) in vergelijking met de prevalentie in 2018 (respectievelijk 11% en 9,5%, figuur 26). Bij het begin van de versoepelingen (juni 2020) kwamen angst en depressie minder vaak voor, hoewel dit nog niet terugging naar de "normale" waarden. Na de versoepeling van de maatregelen en de zomerperiode, nam het percentage COVID-19-besmettingen weer toe (van 16% in juni tot 18% in september). Het percentage mensen met symptomen van depressie bleef stabiel tussen juni (15%) en september (14%), voordat de nieuwe beperkingen van kracht gingen. Met de komst van het winterseizoen, de tweede golf van besmettingen en de uitbreiding van de beperkende maatregelen, werd een nieuwe toename van angst en depressie vastgesteld (december 2020): 23% van de bevolking vertoonde angststoornissen en 22% depressieve stoornissen. In april 2021 (COVID-maatregelen worden nog steeds gehandhaafd) bleven de cijfers zeer hoog: zowel angst als depressie bereikten 21% van de bevolking, wat niet significant verschilt ten opzichte van december 2020.

**Figuur 26** Percentage van de bevolking (18 jaar en ouder) met een angst- of depressieve stoornis, volgens maand van de COVID-19-enquête, in vergelijking met de HIS-2018, België 2020-2021



Depressie en angst komen vaak samen voor bij dezelfde persoon (comorbiditeit). In dit zesde onderzoek is dit het geval bij 15% van de respondenten. Daarnaast lijdt 6% van de respondenten aan angst zonder depressie en 6% aan depressie zonder angst. In totaal heeft dus 27% van de mensen van 18 jaar en ouder ten minste één van deze twee aandoeningen, een daling die significant is ( $p=0,05$ ) in vergelijking met vorig jaar december (29%) na correctie voor leeftijd en geslacht.

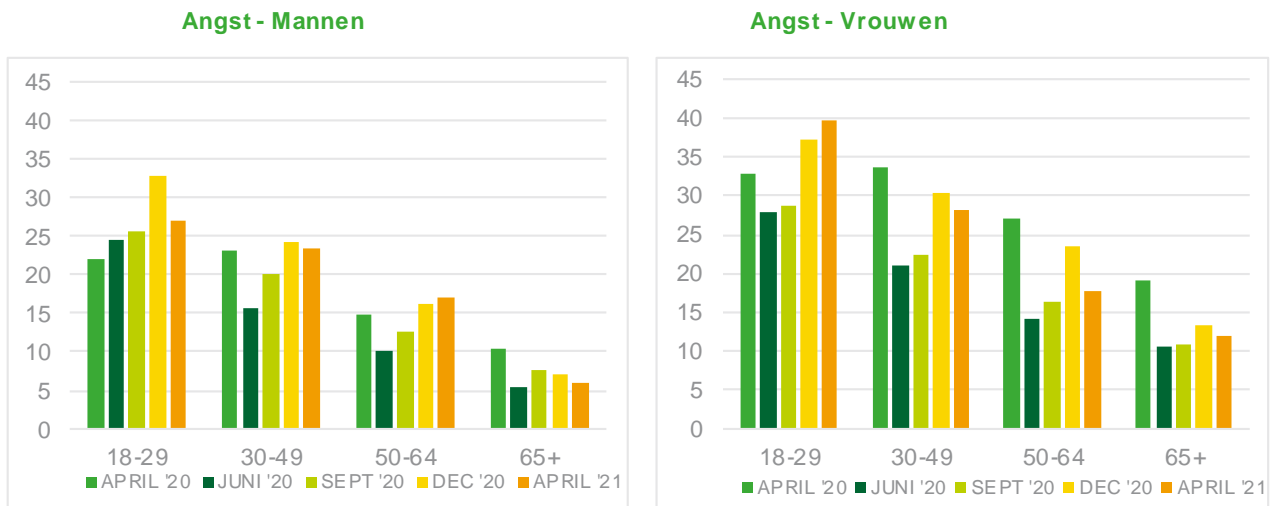
De cijfers, in chronologische volgorde doorheen de enquêtes, waren: 29%, 21%, 22% en 29% van de mensen die één (of twee) van deze emotionele aandoeningen vertoonden.

#### 8.4.1. Socio-demografische kenmerken

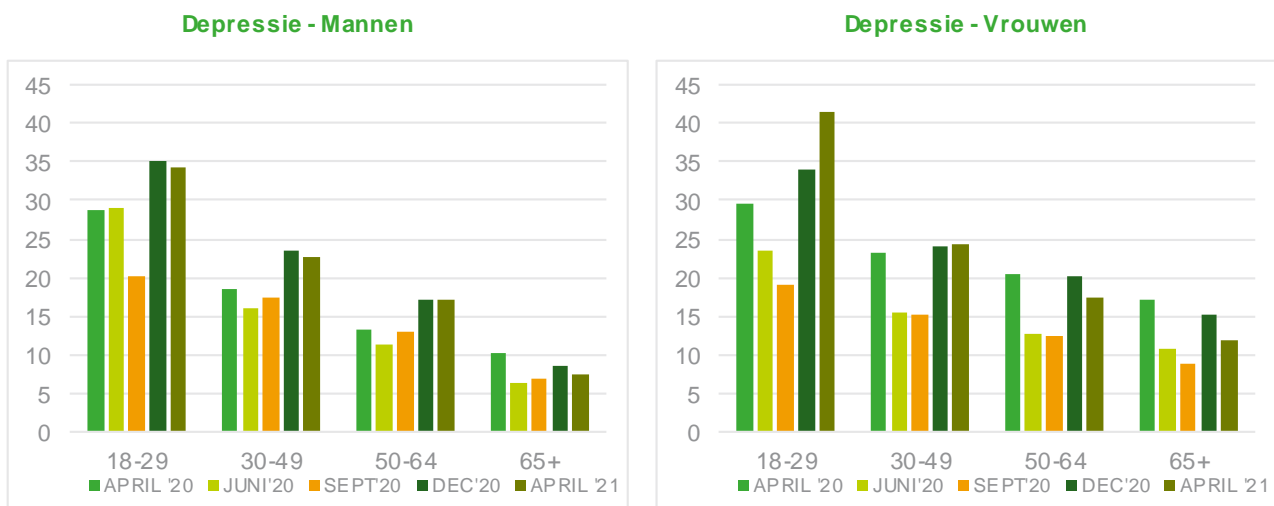
De vraag is of bepaalde personen, vanwege hun leeftijd of geslacht, meer kans hebben op het ontwikkelen van psychische aandoeningen of dat ze ondanks hun demografische kenmerken gelijkmatig verdeeld zijn in de bevolking. Uit de analyse komen opnieuw volgende bevindingen:

- Vrouwen hebben meer kans op angststoornissen dan mannen (24% > 18,5%), en het verschil tussen deze twee groepen is significant na correctie voor leeftijd. Depressieve stoornissen komen ook vaker voor bij vrouwen (23% > 20%), hoewel dit verschil niet statistisch significant is na correctie voor leeftijd. Deze resultaten bevestigen de resultaten verkregen in december 2020.
- Angststoornissen zijn duidelijk leeftijdsgebonden bij zowel mannen als vrouwen (figuur 27). Jongvolwassenen tussen 18 en 29 jaar worden het meest getroffen (34% van hen lijdt aan angst), een percentage dat aanzienlijk verschilt van alle andere leeftijdsgroepen na correctie voor geslacht. De prevalentie van angst neemt daarnaast af per leeftijdsgroep en bereikt een percentage van 9% bij de senioren (65 jaar en ouder).
- In totaal is het aantal jongvolwassenen (18-29 jaar) met een angststoornis (34%) slechts iets lager dan in december 2020 (35%); dit verschil is niet significant na correctie voor geslacht. Anderzijds (figuur 27) zien we dat de angstsymptomen tussen december 2020 en maart 2021 bij jonge mannen (18-29 jaar) met 6 procent is afgenomen, terwijl deze bij jonge vrouwen van dezelfde leeftijd met 2 procent is toegenomen, waardoor de prevalentie van angststoornissen tijdens deze gezondheidscrisis een recordhoogte heeft bereikt (40% in april 2021).
- Wat betreft depressieve stoornissen (figuur 28), is leeftijd ook een bepalende factor: 38% van de jongvolwassenen (18-29 jaar) meldt symptomen van depressie, en dit aandeel neemt af met de leeftijdsgroep tot 10% van de personen van 65 jaar en ouder.
- In het algemeen is het percentage van mensen met een depressie tussen december 2020 en april 2021 niet veranderd, noch voor mannen, noch voor vrouwen.

**Figuur 27 | Percentage mannen en vrouwen (18 jaar en ouder) met angststoornissen, volgens leeftijd en maand van de COVID-19-gezondheidsenquêtes (1-3-4-5-6), België 2020 en 2021**



**Figuur 28 | Percentage mannen en vrouwen (18 jaar en ouder) met depressieve stoornissen, volgens leeftijd en maand van de COVID-19-gezondheidsenquêtes (1-3-4-5-6), België 2020 en 2021**



#### 8.4.2. Socio-economische situatie

- Sinds de eerste COVID-19-gezondheidsenquête in april zien we dat koppels meer beschermd zijn tegen psychische decompensatie. Sinds april 2021 heeft het type huishouden niet meer zo'n doorslaggevende rol, want na correctie voor leeftijd en geslacht blijkt slechts één verschil statistisch significant: alleenstaanden lijden beduidend meer aan angststoornissen in vergelijking met koppels (respectievelijk 21% en 15%).
- Een vergelijkbaar patroon wordt teruggevonden voor depressieve stoornissen: deze komen significant minder voor bij koppels zonder kind(eren) (15%) dan bij alleenstaanden met of zonder kind(eren) (respectievelijk 25% en 22%), zelfs na correctie voor leeftijd en geslacht.
- Het opleidingsniveau als indicator van de sociale en economische status speelt ook een bepalende rol in de geestelijke gezondheid, zoals reeds werd aangetoond in elk van de voorgaande COVID-19-enquêtes. Zo hebben mensen met toegang tot hoger onderwijs minder last van angst (19%) en depressie (18%) dan mensen met enkel een middelbareschooldiploma (respectievelijk 22% en 23%). De verschillen tussen deze groepen zijn statistisch significant na correctie voor leeftijd en geslacht.

- Sinds het begin van de crisis is de professionele status van individuen een discriminerende factor voor angst- en depressieve stoornissen. Het hebben van betaald werk is een beschermende factor als men de prevalentie van angst (22%) en depressie (22%) in deze groep vergelijkt met de werkzoekenden (35% en 32%) en arbeidsongeschikten (39% en 40%). Gepensioneerden hebben het minst kans op angst (9%) en depressieve stoornissen (10%), een verschil dat significant blijft na correctie voor leeftijd.

## 8.5. ZELFMOORDGEDACHTEN EN -GEDRAGINGEN

Naast angst en depressie zijn in de context van de coronacrisis en de daaruit voortvloeiende beperkingen ook zelfmoordgedachten en -gedragingen te vrees. Een sterke beperking van sociale contacten, isolatie als gevolg van quarantaine, het verlies van geliefden, vrees om zijn baan te verliezen, grote financiële verliezen lijden, geen perspectief zien in de nabije toekomst, enz. zijn allemaal situaties die, gecombineerd of bovenop reeds bestaande kwetsbaarheden, kunnen leiden tot het overwegen van zelfmoord als de enige oplossing om uit de problemen raken.

Wij vroegen de deelnemers aan de 6de COVID-19-enquête of zij ooit in hun leven en in de afgelopen 12 maanden (die de gehele periode van de coronacrisis bestrijkt) zelfmoordgedachten of -gedragingen hadden ervaren.

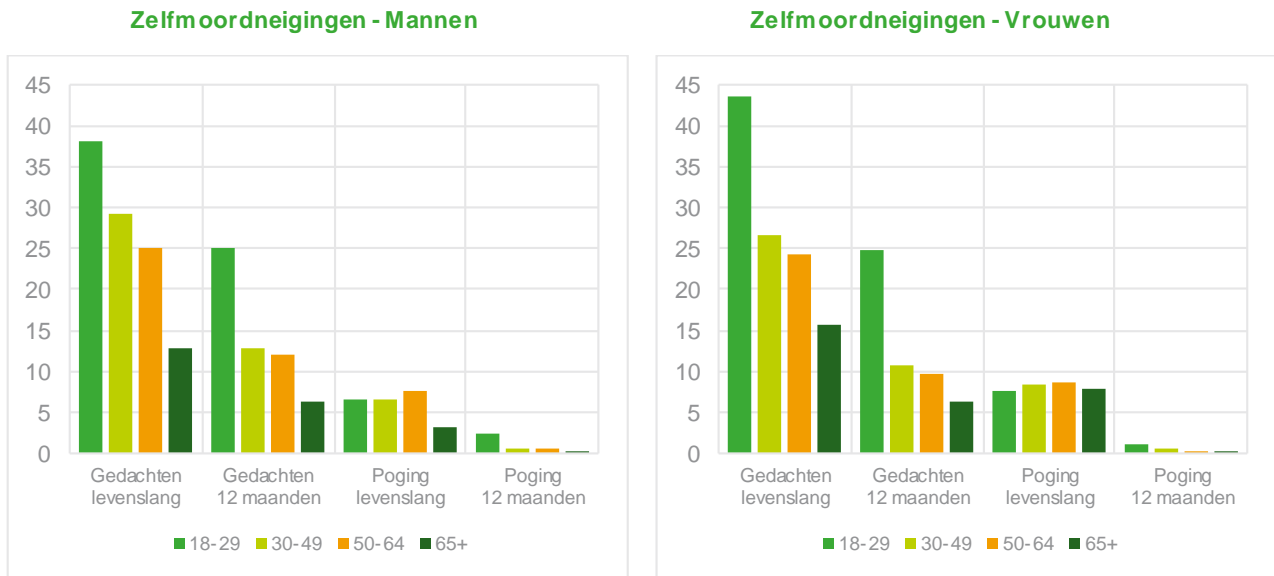
- In totaal zei 26% dat ze ooit in hun leven ernstig aan zelfmoord hebben gedacht en 12,5% zei dat ze er in de afgelopen 12 maanden (april 2020 tot maart 2021) aan hebben gedacht.
- Er zijn een aantal cijfers over zelfmoordneigingen waarmee we kunnen vergelijken:
  - In de enquête van 2018 had slechts 4,3% van de personen in de afgelopen 12 maanden aan zelfmoord gedacht, ongeveer drie keer minder dan tijdens de afgelopen 12 crisismaanden.
  - In de 4de COVID-19-gezondheidsenquête (september 2020) werd informatie verzameld over zelfmoordgedachten tijdens de eerste 3 maanden van de crisis (april-juni 2020) en de drie maanden voorafgaand aan het onderzoek (juli-september 2020) en waren de prevalenties respectievelijk 2,4% en 3,5%.
- Van de deelnemers aan de 6<sup>de</sup> COVID-gezondheidsenquête meldde 7,3% ooit in zijn leven een zelfmoordpoging te hebben ondernomen en 0,6% rapporteerde een zelfmoordpoging in de afgelopen 12 maanden (april 2020 tot maart 2021). Dit zijn hoge aantallen. Ter vergelijking:
  - Volgens de gezondheidsenquête komt een zelfmoordpoging in de afgelopen 12 maanden voor bij 0,2% van de bevolking van 18 jaar en ouder.
  - En in de 4de COVID-19-gezondheidsenquête meldde 0,1% een poging om zich van het leven te beroven in de eerste 3 maanden van de crisis (april tot juni 2020) en 0,2% in de 3 maanden voorafgaand aan de gegevensverzameling (juli tot september 2020).

We zien dus dat de neiging tot zelfmoord toeneemt ten opzichte van 2018, maar ook omdat de coronacrisis aanhoudt.

- Zelfmoordgedachten en -pogingen komen vaker voor bij mensen die lijden aan angst of depressie. Dat blijkt ook uit de resultaten: zelfmoordgedachten en -pogingen in de afgelopen 12 maanden (april 2020-maart 2021) waren inderdaad zeldzamer bij mensen die geen van deze stoornissen hadden. De percentages bedragen respectievelijk 5,1% en 0,08%. Anderzijds had 18% van de mensen met een angststoornis (zonder depressie) aan zelfmoord gedacht en 0,08% had een zelfmoordpoging ondernomen. Voor mensen met een depressieve stoornis (zonder angst) waren deze percentages gelijkaardig: respectievelijk 18% en 0,09%. Mensen met zowel angst- als depressieve stoornissen (comorbiditeit van angst en depressie) rapporteren veel vaker aan zelfmoord te hebben gedacht (45%) of een zelfmoordpoging te hebben ondernomen (3,6%) in de 12 maanden voorafgaand aan het onderzoek.



**Figuur 29 | Percentage mannen en vrouwen (18 jaar en ouder) met zelfmoordneigingen, per leeftijd en geslacht, 6de COVID-19-gezondheidsenquête, België 2021**



### 8.5.1. Socio-demografische kenmerken

- De resultaten van deze 6de COVID-19-gezondheidsenquête geven aan dat er na correctie voor leeftijd geen onderscheid is voor wat betreft het voorkomen van zelfmoordgedachten tussen mannen en vrouwen. Er is ook geen verschil voor wat betreft een zelfmoordpoging in de afgelopen 12 maanden; wel hebben meer vrouwen dan mannen (respectievelijk 8% en 6%) ooit in hun leven een zelfmoordpoging gedaan, en dit verschil is significant ( $p=0,02$ ) na correctie voor leeftijd.
- Jongvolwassenen (18-29 jaar) blijken in het afgelopen jaar (25%) vaker aan zelfmoord te hebben gedacht, en de verschillen met de andere leeftijdsgroepen zijn significant na correctie voor geslacht (Figuur 29). Zelfmoordpogingen ooit in het leven hangen niet samen met leeftijd, maar jongvolwassenen (18-29 jaar) hebben in de 12 maanden voorafgaand aan de enquête (april 2020 - maart 2021) vaker een zelfmoordpoging gedaan (2,3% van de mannen en 1,1% van de vrouwen) dan mensen in oudere leeftijdsgroepen.
- In vergelijking met koppels zonder kinderen, hadden alleenstaanden of eenoudergezinnen vaker zelfmoordgedachten ooit in hun leven en in het jaar van de coronacrisis voorafgaand aan het onderzoek. Hetzelfde patroon geldt voor zelfmoordpogingen ooit in hun leven.

### 8.5.2. Socio-economische situatie

De analyses hier zijn beperkt tot zelfmoordneigingen ooit in hun leven, aangezien de aantallen vanuit statistisch oogpunt te klein waren om verschillen te evalueren die betrekking hebben op zelfmoordneigingen in de afgelopen 12 maanden. Na correctie voor leeftijd en geslacht is een hogere prevalentie van zelfmoordgedachten en zelfmoordpogingen, geassocieerd met:

- ten hoogste een opleiding secundair onderwijs;
- niet werken (werkloosheid of niet in staat om te werken).



## 8.6. EETSTOORNISSEN

In de zesde COVID-19-gezondheidsenquête werd gepeild naar de aanwezigheid van eetstoornissen in de algemene bevolking. Dit werd niet bevestigd in de eerdere COVID-19-gezondheidsenquêtes, maar wel in de algemene gezondheidsenquête van 2013 en 2018. De indicator met betrekking tot eetstoornissen is gebaseerd op een gevalideerde screeningschaal (de « SCOFF ») bestaande uit 5 vragen<sup>9</sup>. Wanneer men “ja” antwoordt op twee of meer van deze vragen antwoordt wijst dit op een mogelijk geval van anorexia nervosa, bulimia nervosa, of een andere eetstoornis.

Eetstoornissen zijn geassocieerd met andere fysieke en mentale problemen, en een verminderde kwaliteit van leven en sociaal functioneren. De vraag naar de impact van de COVID-19-maatregelen op mensen met eetstoornissen dient verder onderzocht te worden.

De resultaten van de zesde COVID-19-gezondheidsenquête geven aan dat 11% van de algemene bevolking signalen vertonen van een eetstoornis (tegenover 8% in 2013 en 7% in 2018). 8% van de respondenten rapporteerde de laatste drie maanden meer dan 6 kilo te zijn afgevallen, 17% angst te hebben geen controle meer te hebben over de hoeveelheden die men eet, 3% wekt zelfbraken op, 4% geeft aan dat anderen zeggen te mager te zijn terwijl ze zelf de perceptie hebben te dik te zijn en 12% geeft aan dat voedsel hun leven overheerst.

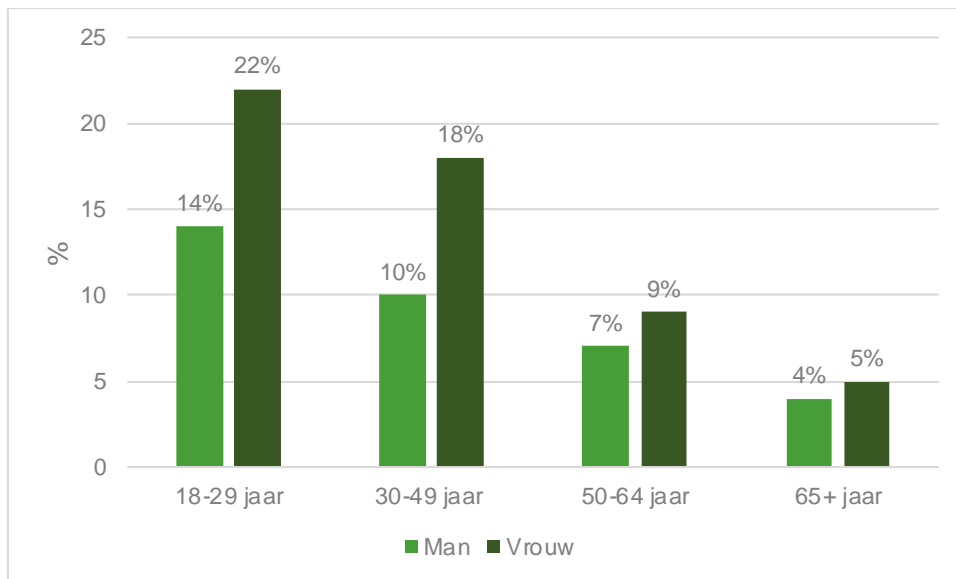
De resultaten m.b.t. de symptomen van eetstoornissen naar geslacht en leeftijd kunnen als volgt worden samengevat:

- Vrouwen (13%) vertonen meer signalen van een eetstoornis dan mannen (9%) in de zesde COVID-19-gezondheidsenquête (Figuur 30). Dit verschil is significant na correctie voor leeftijd.
- De prevalentie van eetstoornissen neemt enigszins af met de leeftijd. 18% bij de personen in de leeftijdsgroep van 18 tot 29 jaar vertoont symptomen van een eetstoornis, 14% bij de personen in de leeftijdsgroep van 30 tot 49 jaar, 8% bij de personen tussen 50 en 64 jaar en 5% bij personen van 65 jaar en ouder (Figuur 31). Deze daling geldt zowel voor mannen als vrouwen.
- Over de verschillende leeftijdsgroepen zien we een stijging in de prevalentie van eetstoornissen in vergelijking met 2018 (Figuur 31).

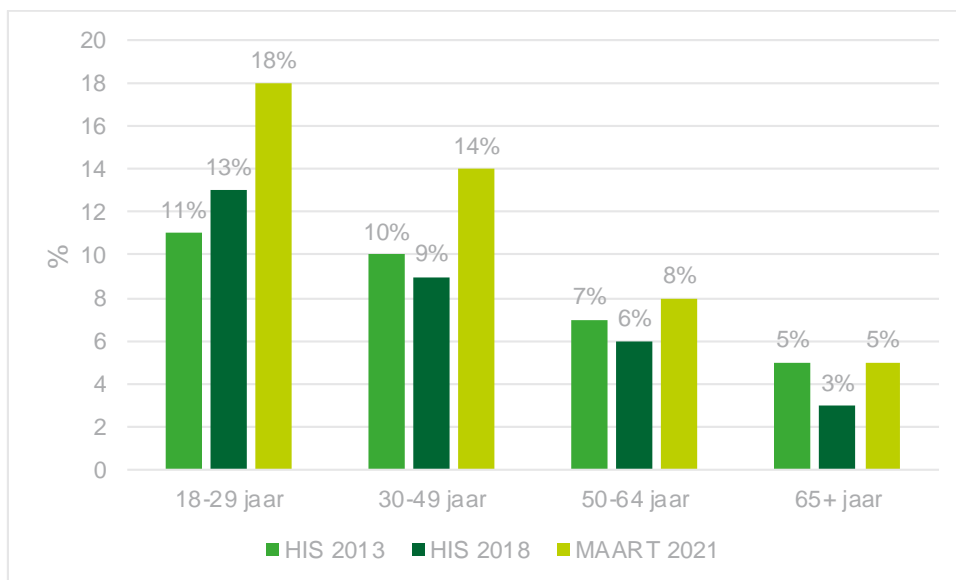
---

<sup>9</sup> 1) Bent u recent meer dan 6 kilo afgevallen in 3 maanden tijd? 2) Bent u bang dat u geen controle meer hebt over de hoeveelheid die u eet? 3) Wekt u wel eens braken op, omdat u zich met een "volle" maag niet goed voelt? 4) Zeggen anderen dat u te mager bent, terwijl uzelf denkt te dikke zijn? 5) Vindt u dat voedsel uw leven overheerst?

**Figuur 30 | Percentage personen (18 jaar en ouder) met eetstoornis, volgens geslacht, België 2021**



**Figuur 31 | Percentage personen (18 jaar en ouder) met eetstoornis, volgens leeftijd en tijd, België 2013-2018- 2021**



Daarnaast tonen de resultaten van de zesde COVID-19-gezondheidsenquête aan dat de kans op het hebben van een eetstoornis varieert naargelang volgende socio-economische factoren (statistisch significant na correctie voor leeftijd en geslacht):

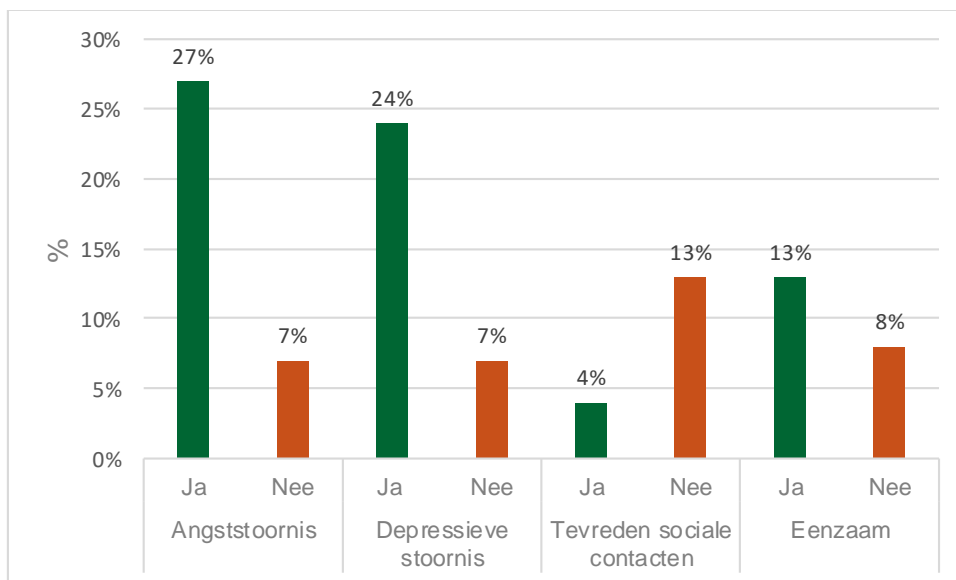
- Personen die alleen wonen vertonen meer signalen van eetstoornissen (11%) in vergelijking met koppels zonder kinderen (7%).
- Personen met een diploma hoger onderwijs hebben minder kans op een eetstoornis (10%) dan degenen met een lager diploma (12%).

Wanneer we kijken naar enkele andere indicatoren van het mentaal welbevinden, kunnen we het volgende besluiten (statistisch significant na correctie voor leeftijd en geslacht) (Figuur 32):

- Personen met een angst- of depressiestoornis vertonen een hoger risico op een eetstoornis (26% & 24%) in vergelijking met personen zonder angst- of depressiestoornis (7% & 7%).

- Personen met een lage veerkracht hebben meer risico op het hebben van een eetoornis in vergelijking met mensen met een hoge veerkracht.
- Personen die tevreden zijn met hun sociale relaties en zich niet eenzaam voelen vertonen minder risico op het hebben van een eetoornis (8% en 4%) in vergelijking met mensen die aangeven ontevreden te zijn en zich eenzaam voelen (13% en 13%).

**Figuur 32 | Percentage personen (18 jaar en ouder) met eetstoornis, België 2021**



## 9. Voeding: gewoonten en status

### 9.1. BELANGRIJKSTE RESULTATEN

- Het percentage personen dat dagelijkse fruit en groenten consumeert is nog steeds in dalende lijn, niet alleen t.o.v. 2018, maar ook t.o.v. april 2020.
- Positief is dat het percentage personen dat dagelijks gesuikerde frisdranken, of zoete of zoute tussendoortjes consumeert wel is afgenomen.
- Het percentage personen dat nooit voedsel dat buitenshuis bereid consumeert, is afgenomen van 41% in april 2020 tot 17% in maart 2021.
- Een jaar na de coronacrisis is het percentage personen met obesitas 20%, maar dit percentage is niet noemenswaardig gestegen t.o.v. april 2020 (19%). Niettemin is dit percentage wel significant hoger dan in 2018 (16%).
- Toch geeft een grote proportie mensen zelf aan dat hun lichaamsgewicht een jaar na de invoering van de coronamaatregelen is toegenomen (42% van de personen van 18 jaar en ouder). In april 2020 was dit 'slechts' 26%.

### 9.2. DAGELIJKSE CONSUMPTIE VAN BEPAALDE GEZONDE EN MINDER GEZONDE VOEDINGSMIDDELEN

Het is alom geweten dat er een sterk verband is tussen voeding en gezondheid. In deze 6<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête wordt door middel van een korte voedselfrequentievragenlijst de frequentie van bepaalde aanbevolen voedingsmiddelen (fruit en groenten) en afgeraden voedingsmiddelen (gesuikerde frisdranken en zoete of zoute tussendoortjes) nagegaan. Aangezien deze vragen ook in de 2<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête (uitgevoerd in april 2020, 6 weken na de invoering van de coronamaatregelen) en in de Gezondheidsenquête (HIS) van 2018 waren opgenomen, kan een vergelijking tussen deze drie enquêtes worden gemaakt. Daarnaast wordt ook de frequentie van de consumptie van voedsel buitenshuis bereid bepaald, wat ook werd bevraagd in de 2<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête.

Het percentage personen dat dagelijks fruit en groenten (uitgezonderd sappen) consumeert, is in maart 2021 gedaald en dit niet alleen in vergelijking met 2018, maar ook in vergelijking met april 2020. Slechts 2 op de 5 personen van 18 jaar en ouder (40%) eet dagelijks fruit, in 2018 was dit percentage 55% en in april 2020 47%. Deze verschillen blijven significant na correctie voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau. Voor groenten is dit percentage 52% in maart 2021 t.o.v. 76% in 2018 en 58% in april 2020. Ook hier gaat het om verschillen die significant blijven na correctie voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau.

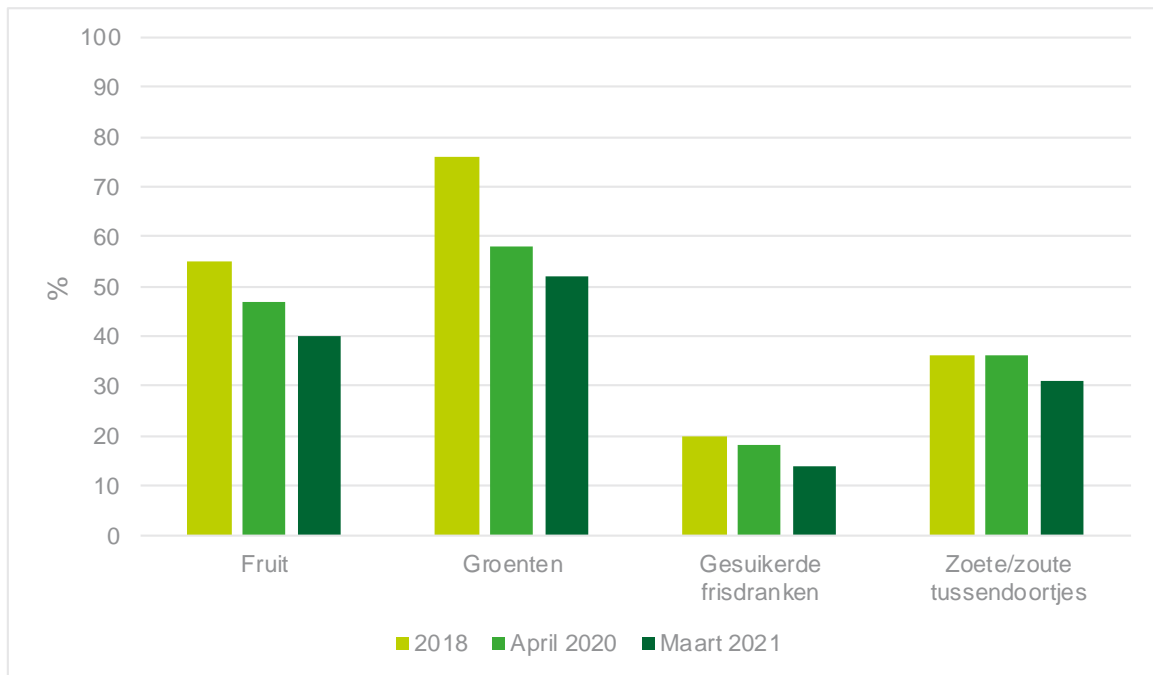
Een positieve trend is dat het percentage personen dat dagelijks gesuikerde frisdranken drinkt (14%) afgenomen is in vergelijking met 2018 (20%) en met april 2020 (18%). Deze verschillen blijven significant na correctie voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau. Dit is ook het geval voor wat betreft zoete en zoute tussendoortjes: 31% in maart 2021 t.o.v. 36% in 2018 en april 2020 (Figuur 33).

In maart 2021 hebben vrouwen over het algemeen nog steeds betere voedingsgewoonten dan mannen: met significant hogere percentage vrouwen dat dagelijks fruit (46% versus 34% bij mannen) en groenten (60% versus 43%) eet, en een lager percentage dat dagelijks gesuikerde frisdranken (12% versus 16%) drinkt. Daarentegen is het percentage vrouwen dat dagelijks zoete of zoute tussendoortjes eet, significant hoger dan het percentage mannen dat dit meldt (34% versus 28%). In 2018 waren er geen significante verschillen volgens geslacht voor wat deze ongezonde voedingsgewoonte betreft.

Zoals we ook observeerden in 2018, neemt het percentage personen dat dagelijks fruit en groenten eet toe met de leeftijd. In 2018 gaven 18-29-jarigen vaker aan dagelijks gesuikerde frisdranken te drinken. In

maart 2021 zijn dit eerder de 30-49-jarigen. Er zijn geen significante verschillen volgens leeftijdsgroep voor wat de dagelijkse consumptie van zoete of zoute versnaperingen betreft. In 2018 was het percentage personen dat dagelijks zoete of zoute tussendoortjes consumeerden het laagst in de leeftijdsgroep van 50-64 jaar.

**Figuur 33 | Percentage personen van 18 jaar en ouder dat dagelijks de volgende voedingsmiddelen consumeert, 6<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête, België 2021. Vergelijking met de 2<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête en de resultaten van de Gezondheidsenquête 2018.**



De verschillen in voedingsgewoonten volgens huishoudtype komen in grote lijnen overeen met deze vastgesteld in 2018: personen die wonen in een huishouden bestaande uit een koppel zonder kinderen hebben in algemene termen betere eetgewoonten hebben dan alleenwonenden, met of zonder kinderen. Ze melden significant meer dagelijks fruit en groenten te consumeren en significant lager minder zoete of zoute tussendoortjes te eten dan personen die wonen in een huishouden bestaande uit een koppel met kinderen. Voor wat betreft het dagelijks consumeren van gesuikerde frisdranken zijn er geen significante verschillen volgens huishoudsamenstelling, wat wel het geval was in 2018.

Dit geldt ook voor het opleidingsniveau. De verschillen in maart 2021 komen overeen met die van 2018: gezondere eetgewoonten (een significant hoger percentage dat dagelijkse fruit en groenten eet en een significant lager percentage dat dagelijks gesuikerde frisdranken drinkt) worden eerder waargenomen bij de hoger opgeleiden. Voor wat betreft de consumptie van zoete of zoute tussendoortjes zijn er wel verschillen t.o.v. 2018: in maart 2021 is dit percentage significant hoger voor de lager opgeleiden en in 2018 was dit omgekeerd, dus significant hoger percentage voor de hoger opgeleiden.

In maart 2021 geeft 17% van de volwassenen aan nooit voedsel dat buitenshuis werd bereid te gebruiken; in april 2020 was dit nog 41%, meer dan het dubbel. Dit percentage is hoger voor vrouwen, ouderen, mensen zonder kinderen en lager opgeleiden.

### 9.3. VOEDINGSSTATUS

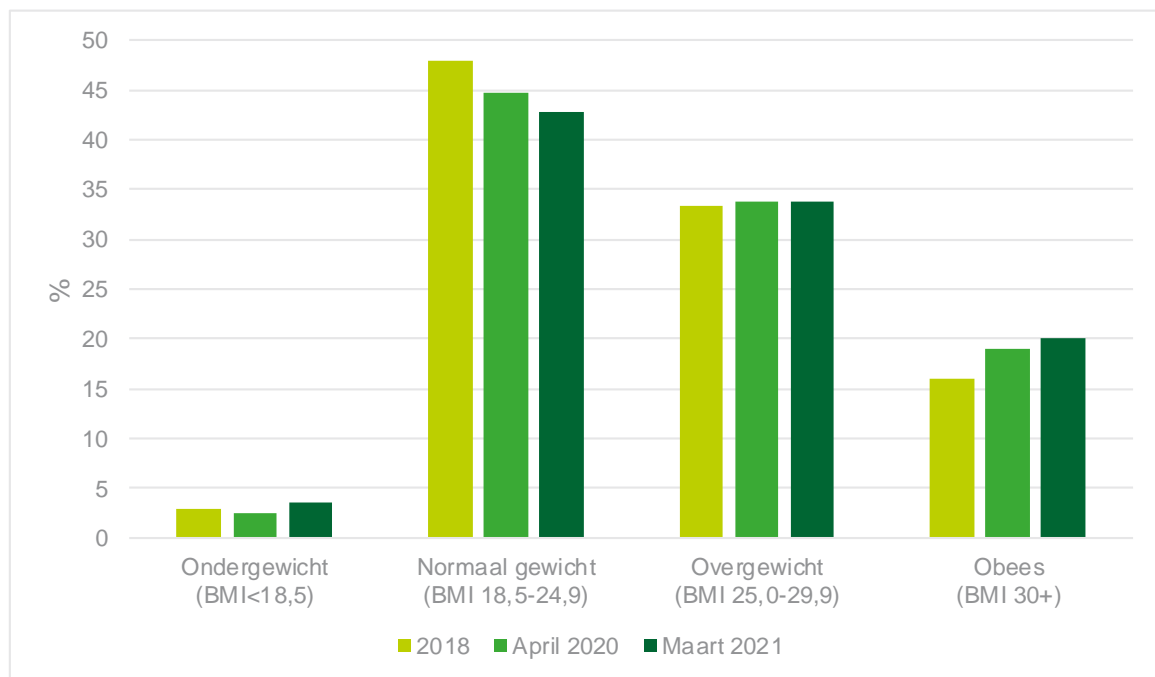
De BMI (Body Mass Index) is een gemakkelijke manier om het relatief lichaamsgewicht weer te geven en wordt berekend door het gewicht in kg te delen door de lengte in meter tot het kwadraat (kg/m<sup>2</sup>). Het is een indicator die gerelateerd is aan het risico op ziekten. Een BMI van 25,0-29,9 (overgewicht) doet het risico op morbiditeit (cardiovasculaire aandoeningen, diabetes type 2 en sommige kankers) en vroegtijdige sterfte toenemen. Bij een BMI van 30 of meer (obesitas) nemen deze risico's nog verder toe. Bovendien hebben

studies aangetoond dat obesitas het risico op ernstige COVID-19 symptomen (meer respiratoire complicaties) en bijgevolg een langer ziekenhuisverblijf doet toenemen.

Het lichaamsgewicht en de lengte werden zowel bevestigd in de 2<sup>e</sup> als de 6<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête (die respectievelijk 6 weken en een jaar na de invoering van de coronamaatregelen) en in de nationale Gezondheidsenquête (HIS) van 2018. Zo kunnen de resultaten m.b.t. BMI tussen deze 3 enquêtes vergeleken worden.

De gemiddelde BMI bij personen van 18 jaar en ouder is in maart 2021 26,2. Dit is, na correctie voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau, significant hoger dan in 2018 (25,7), maar niet hoger dan in april 2020 (26,0).

**Figuur 34 | Verdeling van personen van 18 jaar en ouder volgens hun relatief gewicht (BMI), 6<sup>de</sup> COVID-19-Gezondheidsenquête, Vergelijking met de 2<sup>de</sup> COVID-19-gezondheidsenquête en de resultaten van de Gezondheidsenquête 2018, België 2021**



Figuur 34 toont duidelijk aan dat er toch wel een belangrijke verschuiving is binnen de BMI-categorieën over de verschillende enquêtes (2018, april 2020 en maart 2021) heen. Het percentage personen van 18 jaar en ouder met een normaal gewicht (BMI 18,5-24,9) neemt sinds 2018 af: van 48% in 2018 naar 45% in april 2020 tot 43% in maart 2021. De meeste van deze personen verschuiven naar de categorie overgewicht (BMI 25,0-29,9), maar een klein deel toch ook naar de categorie ondergewicht (BMI < 18,5) aangezien dit percentage ook lichtjes is toegenomen (van 3% in 2018 tot 4% in 2021). Daarnaast is er ook weer een verschuiving van personen in de categorie overgewicht naar de categorie obesitas (BMI 30,0+), waardoor het lijkt alsof het percentage personen van 18 jaar en ouder in de categorie overgewicht ‘stabiel’ is gebleven. Het belangrijkste gevolg is dat het percentage personen van 18 jaar en ouder met obesitas nog verder is toegenomen: van 16% in 2018 naar 19% in april 2020 tot 20% in maart 2021. Het verschil tussen 2021 en 2018 is, na correctie voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau, significant, maar niet tussen 2021 en 2020.

Algemeen gezien hebben mensen de neiging hun lengte te overschatten en hun gewicht te onderschatten, waardoor de werkelijke BMI wordt onderschat en dus ook de prevalentie van obesitas. De hogere prevalentie van obesitas in deze enquête kan mogelijk deels verklaard worden door het feit dat in de HIS 2018 het een mondelinge bevestiging door een enquêteur betreft en in deze online enquête er geen enquêteur aan te pas komt, waardoor sociale wenselijkheid misschien minder een rol speelt en dus de gerapporteerde lengte en

gewicht in deze online enquêtes (2<sup>e</sup> en 6<sup>e</sup>) iets nauwkeuriger zijn. Anderzijds zullen veranderingen in levensstijl toch ook wel een rol spelen.

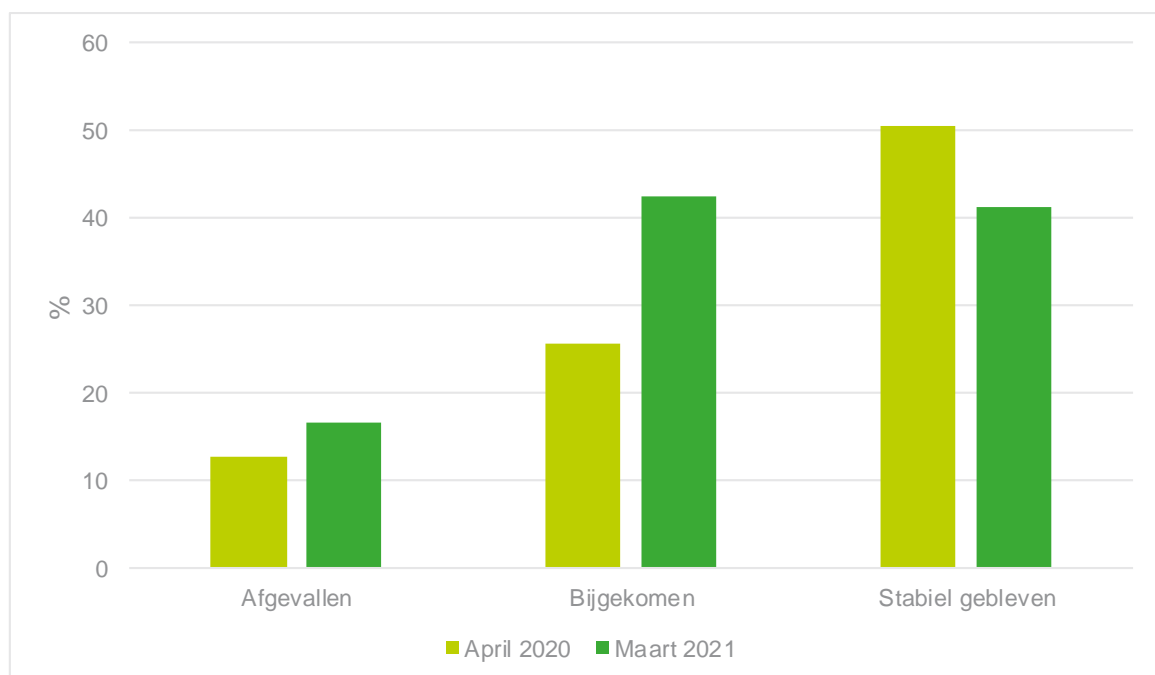
De socio-demografische verdeling m.b.t. overgewicht en obesitas van deze enquête komt overeen met die van de HIS 2018, d.w.z. overgewicht komt vaker voor bij mannen (56%) dan bij vrouwen (49%) (voor wat betreft obesitas zijn er geen geslachtsverschillen), de prevalentie van overgewicht neemt toe met de leeftijd: van 28% bij de 18-29-jarigen tot 66% bij de 50-64-jarigen, om daarna terug te dalen tot 61% bij de 65-plussers. Dit is ook zo voor obesitas: van 8% bij de 18-29-jarigen tot 27% bij de 50-64-jarigen naar 21% bij de 65-plussers. Zowel voor wat overgewicht als obesitas betreft is het percentage, na correctie voor leeftijd en geslacht, significant hoger bij de lager opgeleiden (respectievelijk 57% en 22%) dan bij de hoger opgeleiden (resp. 47% en 15%).

#### 9.4. VERANDERING IN VOEDINGSSTATUS

Daarnaast werd er ook gevraagd aan de deelnemers of zij, in vergelijking met vorig jaar, zijn afgevallen, bijgekomen of dat hun lichaamsgewicht stabiel is gebleven. Een soortelijke vraag werd ook in de 2<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête gesteld, dus ook deze uitkomst kan vergeleken worden.

Ook al is de prevalentie van obesitas in maart 2021 t.o.v. april 2020 niet significant toegenomen, toch geeft nu 42% van de volwassen bevolking aan te zijn bijgekomen in het afgelopen jaar (Figuur 35). In april 2020 was dit 'slechts' 26%. Dit is in lijn met wat wordt aangegeven in het hoofdstuk 'Impact van de coronacrisis op verschillende levensdomeinen' (Hoofdstuk 13): in september 2020 gaf 31% van de personen van 18 jaar en ouder aan dat de coronacrisis een negatieve impact heeft op hun lichaamsgewicht, in maart 2021 was dit al 44%. Ook het percentage personen van 18 jaar en ouder dat aangeeft dat ze zijn afgevallen is lichtjes toegenomen t.o.v. april 2020: van 13% naar 16% nu. Bijgevolg is het percentage personen van 18 jaar en ouder met een stabiel gewicht afgenomen: van 50% in april 2020 naar 41% in maart 2021.

**Figuur 35 | Verdeling van de personen van 18 jaar en ouder volgens de verandering van hun lichaamsgewicht, 6<sup>e</sup> COVID-19-Gezondheidsenquête, België 2021. Vergelijking met de 2<sup>e</sup> COVID-19-Gezondheidsenquête.**





Het percentage 18-plussers dat aangeeft dat hun lichaamsgewicht is toegenomen, is hoger bij vrouwen dan bij mannen (45% versus 41%), bij 30-49-jarigen (46%) en bij personen uit een huishouden omschreven als 'alleenwonend met kind(eren)' (49%).

## 9.5. CONCLUSIE

Een diepgaandere studie o.b.v. de gegevens van de 2<sup>e</sup> COVID-19-Gezondheidsenquête, uitgevoerd door het HIS-team en gepubliceerd in de Archives of Public Health<sup>10</sup>, toont aan dat de belangrijkste factoren van gewichtstoename tijdens de invoering van de maatregelen om de verspreiding van het coronavirus tegen te gaan, een verhoogde consumptie van zoete of zoute snacks en minder lichaamsbeweging zijn. Deze bevindingen bevestigen de invloed van voeding en lichaamsbeweging op gewichtstoename op korte termijn. Er kan dan ook gepleit worden voor meer acties om mensen te ondersteunen bij gezonder gedrag om overgewicht en obesitas aan te pakken, vooral tijdens de COVID-19-pandemie.

---

<sup>10</sup> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33618770/>

# 10. Lichaamsbeweging

## 10.1. BELANGRIJKSTE RESULTATEN

- Gezondheidsbevorderende lichaamsbeweging (niet-werkgerelateerd):
  - in maart 2021 besteedt 34% van de personen van 18 jaar en ouder minstens 150 minuten per week aan minstens matige aerobe lichaamsbeweging, een hoger percentage dan in 2018 (30%);
  - in vergelijking met 2018 (42%), zijn het nu vooral de jongeren van 18-29 jaar (33%) die minder actief zijn.
- Gezondheidsbevorderende lichaamsbeweging (inclusief werkgerelateerd):
  - het percentage personen van 18 jaar en ouder dat minstens 150 minuten per week aan minstens matige aerobe lichaamsbeweging (niet-werkgerelateerd) besteedt en/of minstens matige lichamelijke inspanningen op het werk doet is 50% in maart 2021, een lager percentage dan in 2018 (56%);
  - hogere percentages worden vastgesteld bij mannen.
- Sinds april 2020 is het percentage mensen van 18 jaar en ouder die meer dan 8 uur per dag zitten of rusten gedaald van 56% naar 45% in maart 2021, maar dit percentage is toch nog bijna het dubbel dan dat in 2018 (23%).

## 10.2. INLEIDING

Lichaamsbeweging kan op verschillende manieren gedaan worden, zoals wandelen, fietsen, sporten en actieve recreatie, maar men kan ook fysiek actief zijn op het werk of tijdens huishoudelijke taken. Alle vormen van lichaamsbeweging kunnen gezondheidsvoordelen bieden wanneer zij op regelmatige basis, voldoende lang en met voldoende intensiteit worden gedaan. De aanbeveling van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) is dat een volwassen persoon minstens 150 minuten per week aan (minstens matige) lichaamsbeweging moet besteden.

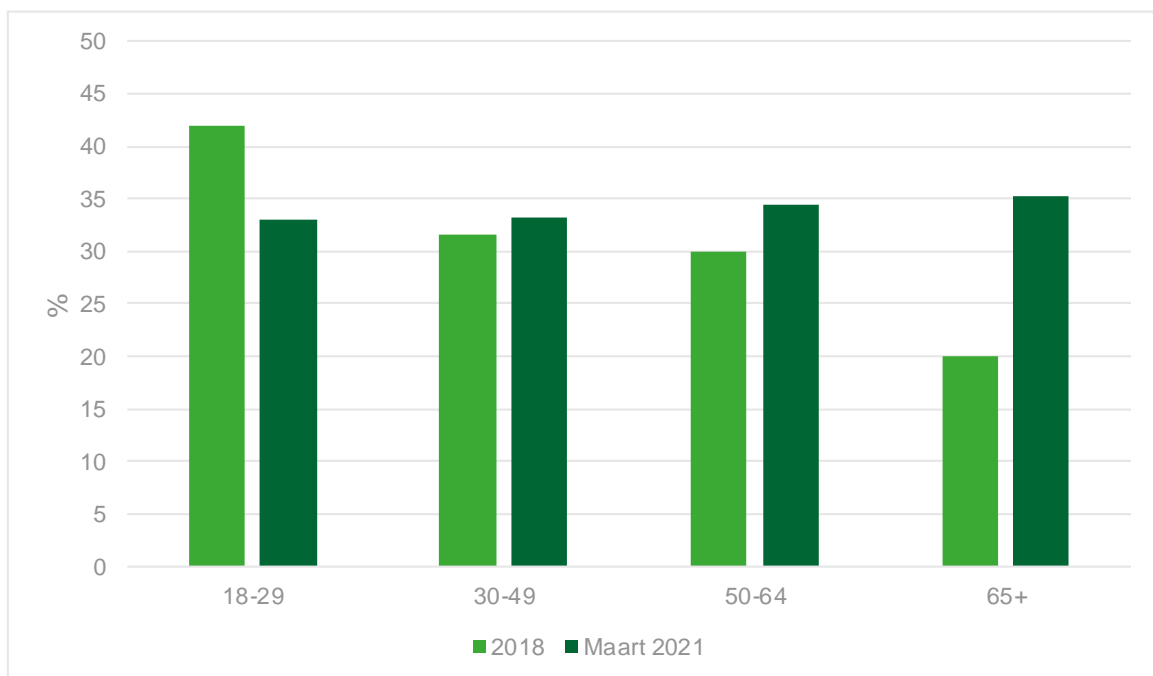
In deze 6<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête werd er voor geopteerd om dezelfde vragen rond lichaamsbeweging op te nemen als in de nationale Gezondheidsenquête (HIS) van 2018, zodat twee WHO-indicatoren m.b.t. gezondheidsbevorderende lichaamsbeweging (wel en niet werkgerelateerd) konden worden berekend en vergeleken met de resultaten van de HIS 2018. Deze vragen van EHIS (Europese gezondheidsenquête) hebben betrekking op de werkgerelateerde lichaamsbeweging (3 niveaus van intensiteit), lichaamsbeweging om zich te verplaatsen met de fiets (aantal dagen en duur) en lichaamsbeweging in de vrije tijd (aantal dagen en duur besteed aan sport, fitness en recreatieve (vrije tijds) activiteiten). Daarnaast werd ook de zit- of rusttijd bevestigd, dit zoals in de HIS 2018, maar ook als in de 2<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête, die werd uitgevoerd 6 weken na de invoering van de coronamaatregelen. Deze maatregelen, waarvan een groot deel nog steeds van kracht is, hebben mogelijk een impact op onze lichaamsbeweging.

## 10.3. GEZONDHEIDSBEVORDERENDE LICHAAMSBEWEGING VOLGENS DE AANBEVELING VAN DE WHO

In maart 2021 besteedt 34% van de personen van 18 jaar en ouder minstens 150 minuten per week aan minstens matige aerobe lichaamsbeweging, een percentage dat, na correctie voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau, significant hoger is dan in 2018 (30%). Het percentage mannen dat minstens 150 minuten per week aan minstens matige aerobe lichaamsbeweging besteedt (39%) is significant hoger dan het percentage vrouwen (29%). Er zijn geen significante verschillen volgens leeftijdsgroep, wat in 2018 wel het geval was, nl. hoogste percentage in de leeftijdsgroep van 18-29 jaar (42%). Dit geeft aan dat het percentage jongeren dat minstens 150 minuten per week aan minstens matige aerobe lichaamsbeweging besteedt is

afgenomen tijdens de coronacrisis. Daarnaast zijn de oudere leeftijdsgroepen, en dan vooral de 65-plussers, in maart 2021 actiever dan in 2018 (35% versus 20%) (Figuur 36). Dit is in lijn met het hoger percentage jongeren dat aangeeft dat de coronacrisis een negatieve impact heeft op hun lichaamsbeweging (zie hoofdstuk 13 'Impact van de coronacrisis op verschillende levensdomeinen'). Daarnaast is het percentage personen van 18 jaar en ouder dat minstens 150 minuten per week aan minstens matige aerobe lichaamsbeweging besteedt, na correctie voor leeftijd en geslacht, significant hoger bij de hoger opgeleiden (40% van diegenen met een diploma hoger onderwijs) dan bij de lager opgeleiden (31% van diegenen met een diploma secundair onderwijs of lager).

**Figuur 36 | Percentage personen van 18 jaar en ouder dat minstens 150 minuten per week aan minstens matige aerobe lichaamsbeweging besteedt, volgens leeftijdsgroep, 6<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête, België 2021. Vergelijking met de resultaten van de Gezondheidsenquête 2018.**



Als werkgerelateerde lichaamsbeweging ook in rekening wordt genomen, dan is het percentage personen van 18 jaar en ouder dat minstens 150 minuten per week aan minstens matige aerobe lichaamsbeweging (niet-werkgerelateerd) besteedt en/of minstens matige lichamelijke inspanningen op het werk doet 50% in maart 2021, een percentage dat, na correctie voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau, significant lager is dan in 2018 (56%). Dit kan gerelateerd zijn met het feit dat bepaalde werksectoren zoals horeca, winkels, specifieke bedrijven gesloten zijn met (tijdelijke) werkloosheid als gevolg. Het percentage mannen dat minstens 150 minuten per week aan minstens matige aerobe lichaamsbeweging (niet-werkgerelateerd) besteedt en/of minstens matige lichamelijke inspanningen op het werk doet (54%) is significant hoger dan het percentage vrouwen (48%). Er zijn geen significante verschillen volgens leeftijdsgroep, huishoudsamenstelling en opleidingsniveau.

#### 10.4. SEDENTAIR GEDRAG

In maart 2021 is de gemiddelde zit- of rusttijd bij personen van 18 jaar en ouder 8,2 uur per dag. Dit is minder dan in april 2020 toen de gemiddelde zit- of rusttijd 8,6 uur was, maar nog steeds hoger dan in 2018 (5,8 uur per dag). Deze zit- of rusttijd is lager bij vrouwen (7,8 uur per dag) dan bij mannen (8,6 uur per dag). Daarnaast is de zit- of rusttijd het hoogst bij de jongvolwassenen van 18-29 jaar (9,5 uur per dag) en neemt geleidelijk af met het ouder worden tot 6,8 uur per dag bij de 65-plussers (ter vergelijking: in 2018 varieert dit van 6,2 uur tot 5,5 uur per dag, met een iets lagere zit- of rusttijd in de leeftijdsgroepen tussen 30 en 64 jaar). Personen

die samenwonen met ouder(s), familie, vrienden of kennissen hebben de hoogste zit- of rusttijd (9,4 uur per dag) alsook de hoger opgeleiden (8,8 uur per dag).

Het percentage personen van 18 jaar en ouder dat meer dan 8 uur per dag zit of rust, is in maart 2021 45%. Dit percentage is lager dan in april 2020 (56%), maar toch bijna dubbel zo hoog dan in 2018 (23%), significante verschillen na correctie voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau. Het percentage 18-plussers dat meer dan 8 uur per dag zit of rust is significant hoger bij mannen (48%) dan bij vrouwen (42%). Bijna twee op de drie (63%) van de 18-29-jarigen zit meer dan 8 uur per dag. Dit percentage daalt significant met de leeftijd tot 26% bij de 65-plussers. Bij de ouderen is in maart 2021 het sedentaire gedrag minder toegenomen dan bij de jongere leeftijdsgroepen, wanneer we dit vergelijken met 2018. Daarnaast is het percentage personen van 18 jaar en ouder dat meer dan 8 uur per dag zit of rust significant hoger bij de hoger opgeleiden (53%) dan bij de lager opgeleiden (40%).

## 10.5. CONCLUSIE

Ook al zijn de huidige maatregelen om het coronavirus te bestrijden minder streng dan tijdens de eerste lockdown (april 2020), toch hebben ze nog steeds een invloed op ons sedentair gedrag. Zo wordt telewerken en thuis blijven nog sterk aangeraden. Doordat we meer thuis zijn, wordt er waarschijnlijk meer tijd aan multimedia (smartphone, pc, gamen en tv) gespendeerd.

Aerobe lichaamsbeweging, zoals fietsen en sport, en sedentair gedrag zijn twee indicatoren onafhankelijk van elkaar. Lange zittijden zijn o.a. gerelateerd met overgewicht en obesitas, maar ook met vroegtijdige sterfte. Het verhoogd risico op vroegtijdige sterfte kan enkel verminderd worden door dagelijks minstens een uur aan lichaamsbeweging te besteden, wekelijks is niet voldoende om het effect van heel de tijd te zitten aan een bureau (of op de zetel) te niet te doen.

Zo zien we bv. dat het percentage mannen dat sport hoger is dan het percentage vrouwen, maar ook dat mannen meer zitten. Een mogelijke verklaring voor dit laatste zou kunnen zijn dat vrouwen misschien toch nog steeds meer huishoudelijke taken op zich nemen of voor de kinderen zorgen. Ook het percentage hoger opgeleiden dat sport is hoger dan het percentage lager opgeleiden, maar toch ook weer meer zitten. Dit is waarschijnlijk gerelateerd aan het feit dat hoger opgeleiden vaker een bureaujob doen. Mogelijk zijn zij zich bewust dat dit niet gezond is en willen ze dit compenseren door te sporten.

Het is dus belangrijk om te proberen dagelijks tijd te besteden aan lichaamsbeweging, zeker in deze coronatijden wanneer we meer thuis zijn en het misschien minder evident is aangezien de sportfaciliteiten, zoals sportclubs of fitnesszaken, gesloten zijn.

## 11. Gebruik van alcohol

De COVID-19-gezondheidsenquêtes van Sciensano bevatten vragen die peilen naar mogelijke veranderingen in alcohol-, tabaks- en drugsgebruik. In de zesde gezondheidsenquête (maart 2021) wordt met betrekking tot dit thema de volgende vraag gesteld:

*« Hoeveel glazen alcohol drinkt u op een typische dag? » Waar een standaard "glas" overeen komt met 25cl pilsbier, 10cl wijn, 4-5cl sterke alcohol. Tel 2 glazen voor speciale bieren (>5% 33cl).*

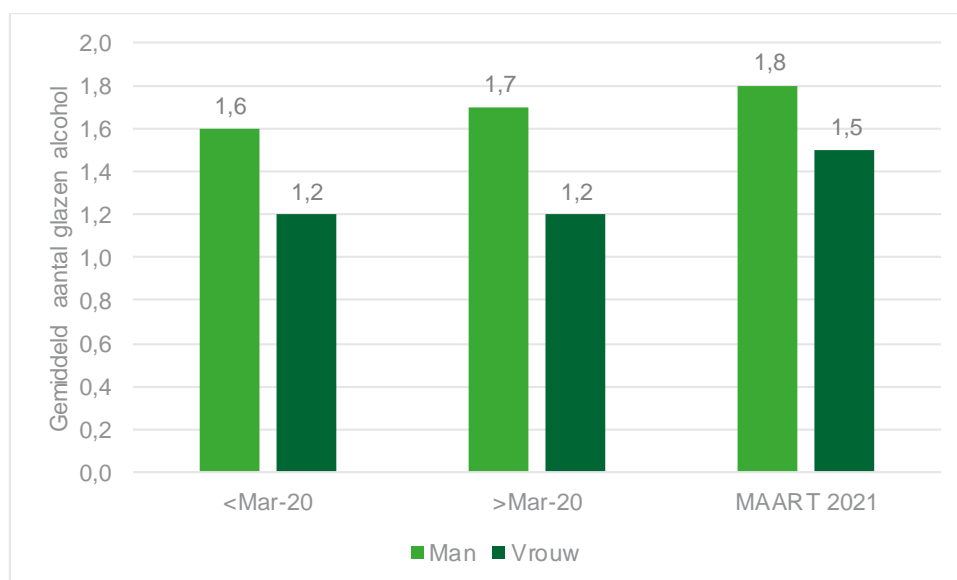
Deze vraag werd tevens ook in de tweede COVID-19-gezondheidsenquête van Sciensano gesteld (16 april 2020), waardoor een verandering over tijd bestudeerd kan worden. Deze vraag werd in deze tweede gezondheidsenquête zowel gesteld voor de periode voor 13 maart (begin lockdown) als voor de periode na 13 maart.

De onderstaande resultaten tonen aan dat over de verschillende periodes (< maart 2020, > maart 2020 en maart 2021) mannen aangeven gemiddeld meer glazen alcohol te drinken op een typische dag in vergelijking met vrouwen (Figuur 37). Dit verschil is significant na controle voor leeftijd.

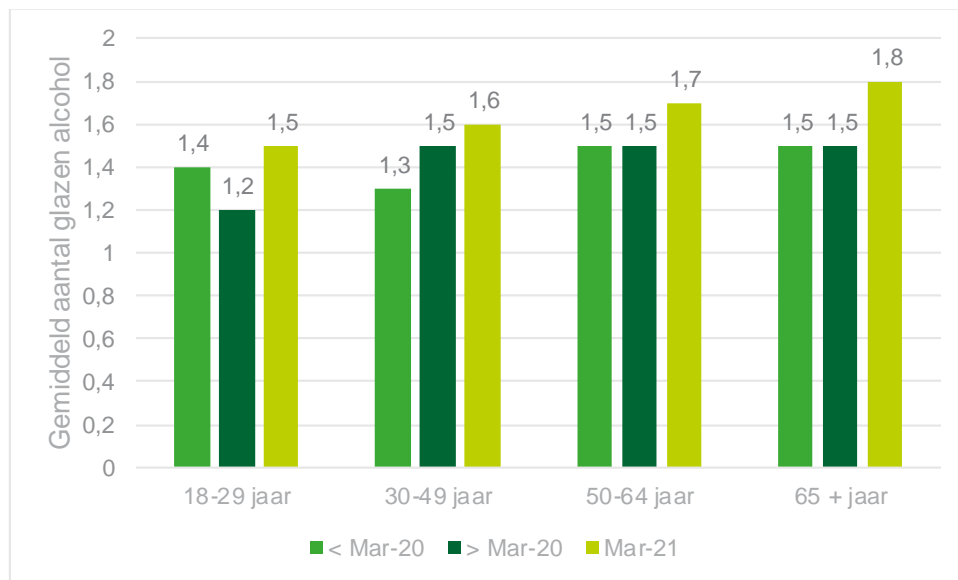
Daarnaast stellen we vast dat er in de zesde COVID-19-gezondheidsenquête (maart 2021) een lichte stijging is in alcoholconsumptie voor de verschillende leeftijdsgroepen (Figuur 38). Voor de jongste leeftijdsgroep (18 tot 29 jaar) zagen we een daling in alcoholgebruik na de eerste lockdown (gemiddeld aantal glazen alcohol per dag = 1.2 tegenover 1.4), waarna het weer licht steeg (tot een gemiddelde van 1.5).

Wanneer we naar het globale gemiddelde kijken van het alcoholgebruik over de tijd heen, zien we een lichte stijging in maart 2021 (gemiddeld aantal glazen alcohol per dag = 1.64) tegenover de periode voor en na maart 2020 (gemiddeld aantal glazen per dag voor maart 2020 = 1.40 en 1.45 na maart 2020).

**Figuur 37 | Gemiddeld aantal glazen alcohol op een typische dag, volgens geslacht, (tweede en zesde COVID- 19-gezondheidsenquête)**



**Figuur 38 | Gemiddeld aantal glazen alcohol op een typische dag, volgens leeftijd, (tweede en zesde COVID- 19-gezondheidsenquête)**



Daarnaast tonen de resultaten van de zesde COVID-19-gezondheidsenquête aan dat het gemiddeld aantal glazen geconsumeerde alcohol niet varieert naar bepaalde socio-economische variabelen zoals het al dan niet hebben van betaald werk of het type huishouden.

Wel varieert het gemiddeld aantal geconsumeerde glazen alcohol naargelang volgende variabelen (statistisch significant na correctie voor leeftijd en geslacht):

- Personen met een diploma hoger onderwijs drinken gemiddeld meer glazen alcohol (1.7) dan degenen met een lager diploma (1.6).
- Personen met een angst of depressiestoornis geven gemiddeld aan meer alcohol te consumeren op een typische dag (beide gemiddeld 1.8) in vergelijking met personen zonder angst of depressiestoornis (beide gemiddeld 1.6).

## 12. Huiselijk geweld

### 12.1. BELANGRIJKSTE RESULTATEN

- In maart 2021 gaf 6% van de bevolking van 18 jaar en ouder, die niet alleen wonen, aan slachtoffer te zijn van huiselijk geweld, waarvan 2% meer dan gewoonlijk (d.i. één op de drie slachtoffers).
- In maart 2021 is het percentage personen van 18 jaar en ouder dat het slachtoffer was van huiselijk geweld significant gestegen t.o.v. april 2020 (4%) en t.o.v. een normaal jaar, zoals 2018 (toen 1%), een significant verschil.

### 12.2. INLEIDING

Huiselijk geweld kan in verschillende vormen voorkomen (fysiek, psychologisch en seksueel geweld), waardoor de impact op de gezondheid kan variëren van lichamelijke verwondingen tot geestelijke gezondheidsproblemen (depressie, angst, zelfmoordpogingen). De coronamaatregelen (telewerk, sluiting van scholen, horeca, niet-essentiële winkels, contactberoepen en andere bedrijven met jobverlies als gevolg) maken dat gezinsleden meer tijd met elkaar doorbrengen en kunnen leiden tot spanningen en stress binnen het gezin, waardoor het risico op huiselijk geweld kan toenemen. Bovendien, door de sociale isolatie komen slachtoffers mogelijk nog meer in deze gevarezone. Het is belangrijk om dit probleem aan te pakken, niet alleen door justitie en de gezondheidszorg, maar ook dat naasten (familie, vrienden, burens) ageren bij een vermoeden.

Op basis van de vraag (die niet gesteld werd aan alleenwonenden) “In de afgelopen 12 maanden, hebt u verbaal/psychisch geweld (bv. beledigingen, spot, vernederingen), lichamelijk geweld (bv. geslagen worden, door elkaar geschud worden) of seksueel geweld (bv. gedwongen seksuele handelingen, verkrachting) meegemaakt binnen uw gezin?” met de antwoordmogelijkheden: 1) Nee, en daarvoor ook nooit, 2) Nee, maar daarvoor wel ooit, 3) Ja, maar minder dan gewoonlijk, 4) Ja, evenveel als gewoonlijk en 5) Ja, en meer dan gewoonlijk, werd de prevalentie van huiselijk geweld bij personen van 18 jaar en ouder in het afgelopen jaar geschat. Indien bevestigend werd geantwoord, werd ook nog gevraagd naar het type van geweld (verbaal/psychisch geweld, lichamelijk geweld en seksueel geweld). Deze vragen werden ook opgenomen in de 2<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête, die 6 weken na het begin van de invoering van de coronamaatregelen werd uitgevoerd, zodat de uitkomst van deze COVID-19-gezondheidsenquêtes vergeleken kunnen worden. Daarnaast worden de cijfers ook vergeleken met de nationale Gezondheidsenquête (HIS) van 2018.

### 12.3. SLACHTOFFER VAN HUISELIJK GEWELD

Zes percent van de personen van 18 jaar en ouder (alleenwonenden zijn hier uitgesloten) gaf aan in het afgelopen jaar het slachtoffer te zijn geweest van huiselijk geweld (waarvan 2% aangaf meer geweld te ondervinden dan gewoonlijk). Dit percentage (6%) is, na correctie voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau, significant gestegen ten opzichte van april 2020. Ter vergelijking, in 2018 was het percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder (voor de vergelijking met COVID-19-gezondheidsenquêtes werden de alleenwonende hier ook uitgesloten) van intrafamiliaal geweld 1%<sup>11</sup>. Het verschil tussen de percentage van deze twee COVID-19-gezondheidsenquêtes en de HIS 2018 is significant, na correctie voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau. Het percentage van maart 2021 ligt dus 6 keer hoger dan in een “normaal jaar”, zoals 2018.

---

<sup>11</sup> In de HIS 2018 werd huiselijk geweld ook bepaald, maar de vraagstelling was anders dan in de COVID-19-gezondheidsenquêtes. In de HIS wordt aan de slachtoffers van geweld gevraagd wie de dader was: onbekende(n), collega(s), kennis(sen), vriend(en), (ex-)partner, ouder(s), (plus)kind(eren), familielid. In de COVID-19-Gezondheidsenquêtes werd rechtstreeks gevraagd of de respondent verbaal/psychisch geweld, lichamelijk geweld of seksueel geweld binnen het gezin heeft meegemaakt. Daarnaast dient hierbij ook opgemerkt te worden dat de HIS 2018 een enquête op huishoudelijk niveau is. De COVID-19-Gezondheidsenquête is een online enquête op individueel niveau.

Het percentage slachtoffers van huiselijk geweld in het afgelopen jaar is hoger bij vrouwen (7%) dan bij mannen (5%), maar dit verschil is niet significant. Er zijn wel significante verschillen volgens leeftijdsgroep: een hoger percentage jongvolwassenen van 18-29 jaar (12%) en personen van 30-49 jaar (6%) dan 65-plussers (4%) gaven aan het slachtoffer te zijn geweest van huiselijk geweld in het afgelopen jaar.

Het merendeel van de slachtoffers van huiselijk geweld geeft aan dat het verbaal of psychologisch geweld betrof (96%), maar 19% ondervond ook lichamelijk geweld (waaronder seksueel geweld).



# 13. Impact van de coronacrisis op verschillende levensdomeinen

## 13.1. BELANGRIJKSTE RESULTATEN

- De coronacrisis heeft duidelijk een belangrijke negatieve impact op ons leven. Voor elk hier onderscheiden levensdomein (werk/opleiding, inkomen, familiaal/huiselijk leven, sociaal leven, gezondheid en zorg, lichaamsbeweging, voedingsgewoonten, lichaamsgewicht, vrijetijdsactiviteiten, reizen/vakantie, en toekomstperspectieven) wordt de impact van de coronacrisis meer negatief dan positief ervaren.
- Bovendien is, behalve voor inkomen, de prevalentie van de negatieve impact voor alle levensdomeinen sinds september 2020 alleen maar toegenomen (voor het ene domein al wat meer dan voor het andere).
- Het percentage personen van 18 jaar en ouder dat geen impact heeft ervaren is het hoogst voor de levensdomeinen inkomen (72%) en gezondheid en zorg (58%).
- De top drie van de levensdomeinen waar de coronacrisis vaker een negatieve impact op heeft, zijn het sociaal leven (90%), de vrijetijdsactiviteiten (85%) en reizen/vakantie (84%).
- Voor bepaalde levensdomeinen zijn er verschillen volgens geslacht: zo ondervinden mannen vaker een negatieve impact van de coronacrisis op hun reis- en vakantieplannen dan vrouwen; vrouwen ondervinden dan weer vaker een negatieve impact van deze crisis op hun gezondheid en zorg en hun toekomstperspectieven.
- Naargelang het levensdomein is de negatieve impact van de coronacrisis hoger voor bepaalde leeftijdsgroepen:
  - Jongvolwassenen (18-29 jaar): werk of opleiding (bv. doordat lessen nu vaker online worden georganiseerd), lichaamsbeweging (bv. door sluiting van sportclubs), voedingsgewoonten en toekomstperspectief;
  - Tot de leeftijd van 49 jaar: familiaal/huiselijk leven, sociaal leven (bv. door beperkt contact met mensen), vrijetijdsactiviteiten (bv. door sluiting van horeca, filmzalen, theater- en concertzalen) en reizen/vakantie (door negatief reisadvies voor niet-essentiële reizen)
  - 50-64 jaar: lichaamsgewicht, en gezondheid en zorg
- Vooral alleenwonenden (met of zonder kind(eren)) ondervinden een negatieve impact van de coronacrisis op de volgende levensdomeinen: inkomen, familiaal/huiselijk leven, lichaamsbeweging, voedingsgewoonten en vrijetijdsactiviteiten, wat bv. gerelateerd kan zijn met de combinatie thuiswerk en thuisonderwijs.
- De verschillen volgens opleidingsniveau zijn de volgende:
  - voor lager opgeleiden is de negatieve impact van de coronacrisis meer voelbaar voor wat betreft het inkomen (bv. door sluiting van bepaalde werksectoren zoals horeca, winkels, specifieke bedrijven... waardoor (tijdelijk) werkloos);
  - voor hoger opgeleiden is dit het geval voor wat betreft werk/opleiding (bv. door meer thuiswerk), familiaal/huiselijk leven, sociaal leven, lichaamsbeweging, vrijetijdsactiviteiten en reizen/vakantie (voorbeelden eerder aangehaald).

## 13.2. INLEIDING

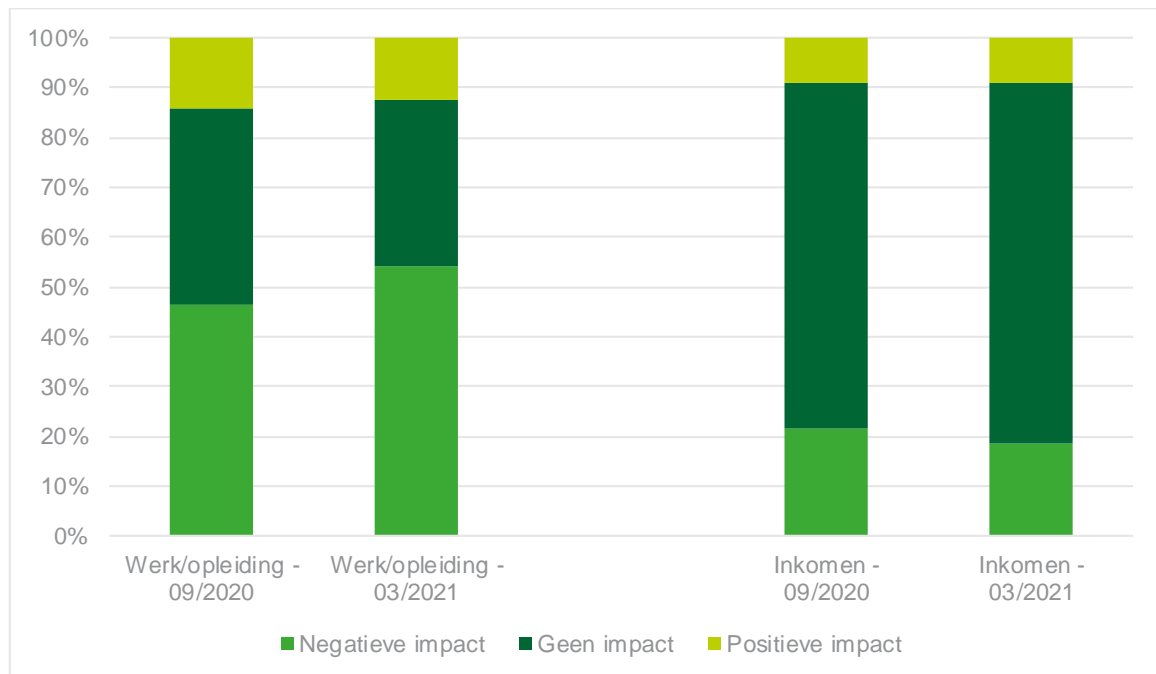
De coronacrisis, en de maatregelen genomen om de verspreiding van dit virus in te dammen, heeft een belangrijke impact op ons dagelijks leven. In september 2020, gingen we voor het eerst na wat de impact (negatief, geen of positief) is op verschillende levensdomeinen. In maart 2021 zijn we dit opnieuw nagegaan. De deelnemers werden gevraagd om op een schaal van -5 (=meest negatieve impact), over 0 (=geen impact) tot +5 (=meest positieve impact) aan te geven in welke mate de coronacrisis nu nog een invloed heeft op de verschillende domeinen van hun leven, zijnde: werk/opleiding, inkomen, familiaal/huiselijk leven, sociaal leven,

gezondheid en zorg, lichaamsbeweging, voedingsgewoonten, lichaamsgewicht, vrijetijdsactiviteiten, reizen/vakantie, en toekomstperspectieven. Deze schaal werd verdeeld in 3 klassen, nl. negatieve impact (schaal van -5 t.e.m. -1), geen impact (schaal=0) en positieve impact (schaal van +1 t.e.m. +5). De resultaten van deze verdeling worden verder besproken.

### 13.3. BESPREKING VOLGENS LEVENSDOMEIN

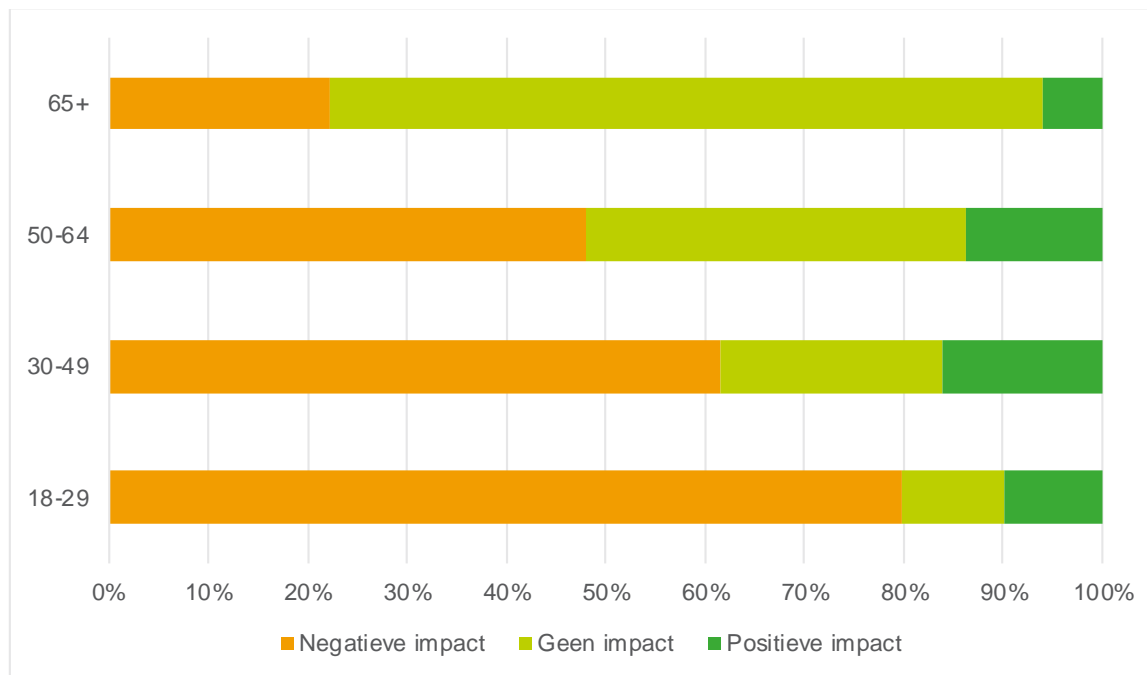
#### 13.3.1. Werk/opleiding en inkomen

**Figuur 39 | Verdeling (%) van personen van 18 jaar en ouder volgens de impact van de coronacrisis op hun werk/opleiding en inkomen, 4<sup>e</sup> en 6<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête, België 2020 en 2021**



lets meer dan de helft van de personen van 18 jaar en ouder geeft in maart 2021 aan een negatieve impact van de coronacrisis op hun werk of opleiding te ondervinden (54%), voor 34% heeft deze crisis geen impact op hun werk of opleiding en 12% geeft een positieve impact aan. In vergelijking met september 2020 is het percentage personen van 18 jaar en ouder dat een negatieve impact op hun werk of opleiding (46%) ondervindt, na correctie voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau, significant toegenomen (Figuur 39). Er zijn geen significante verschillen volgens geslacht, maar wel volgens leeftijd (Figuur 40).

**Figuur 40 | Verdeling (%) van personen van 18 jaar en ouder volgens de impact van de coronacrisis (3 categorieën) op hun werk/opleiding, volgens leeftijdsgroep, 6<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête, België 2021**



De negatieve impact van de coronacrisis op het werk of de opleiding is zeer hoog bij jongvolwassenen (80% in de leeftijdsgroep van 18-29 jaar). Dit percentage daalt sterk met het ouder worden (tot 22% bij de 65-plussers). Voor geen impact op het werk of de opleiding zien we het omgekeerde. Er worden geen significante verschillen waargenomen volgens huishoudsamenstelling voor wat een negatieve impact van de coronacrisis op het werk of de opleiding betreft. Wel is het percentage lager opgeleiden dat een negatieve impact ondervindt (50% van diegenen met een diploma secundair onderwijs of lager) significant lager, na correctie voor leeftijd en geslacht, dan het percentage hoger opgeleiden (60% van diegenen met een diploma hoger onderwijs).

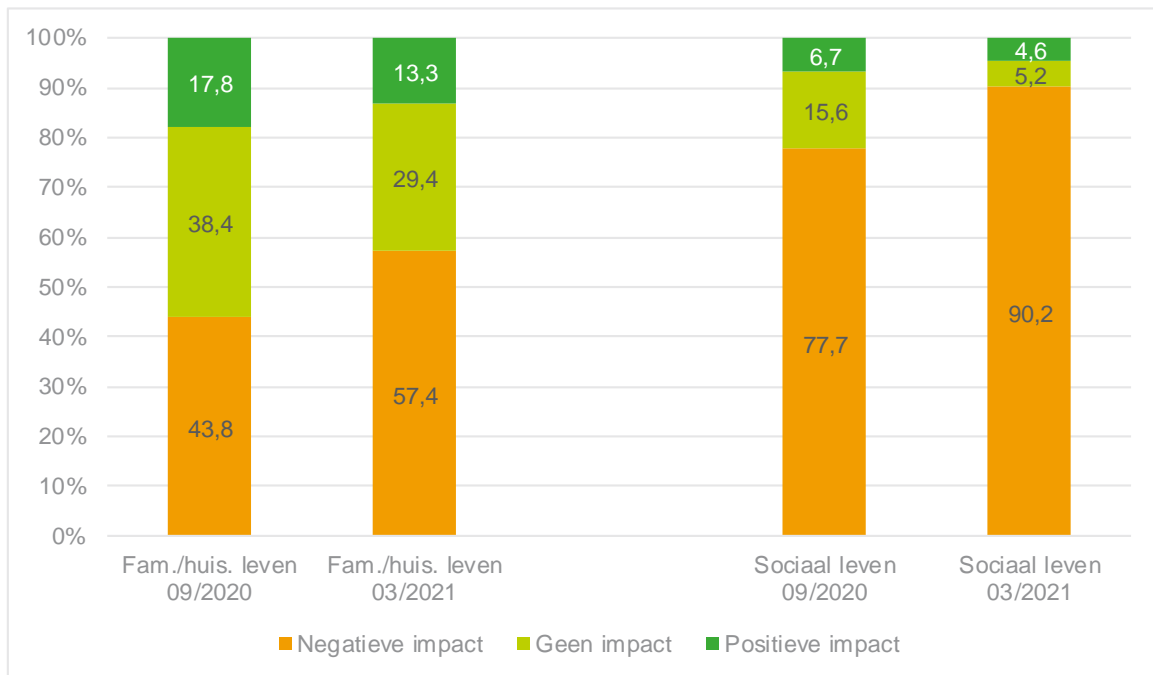
Iets minder dan 1 op de 5 personen van 18 jaar en ouder geeft in maart 2021 aan nog een negatieve impact van de coronacrisis op hun inkomen te ondervinden (19%), voor 72% heeft deze crisis geen impact op hun inkomen en 9% geeft een positieve invloed aan. In vergelijking met september 2020 is het percentage personen van 18 jaar en ouder dat een negatieve impact op het inkomen ervaart (22%) lichtjes afgenomen, een significant verschil na correctie voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau (Figuur 39). Er zijn geen significante verschillen volgens geslacht, maar wel volgens leeftijd: een significant hoger percentage bij de werkende bevolking (18% à 23% van de 18-64-jarigen) tegenover 10% van de 65-plussers. Voor wat de huishoudsamenstelling betreft, is het percentage koppels zonder kind(eren) dat een negatieve impact van de coronacrisis op hun inkomen ondervindt (14%) significant lager dan bij alleenwonenden (21%) en alleenwonenden met kind(eren) (25%). Daarnaast is ook het percentage lager opgeleiden dat een negatieve impact ondervindt (21% van diegenen met een diploma secundair onderwijs of lager) significant hoger, na correctie voor leeftijd en geslacht, dan het percentage hoger opgeleiden (14% van diegenen met een diploma hoger onderwijs).

### 13.3.2. Familiaal/huiselijk en sociaal leven

Meer dan de helft van de personen van 18 jaar en ouder geeft in maart 2021 aan nog een negatieve impact van de coronacrisis op hun familiaal/huiselijk leven te ondervinden (57%), voor 30% heeft deze crisis geen impact op hun familiaal/huiselijk leven en 13% geeft een positieve invloed aan. In vergelijking met september 2020 is het percentage personen van 18 jaar en ouder dat een negatieve impact op hun familiaal/huiselijk leven (44%) ondervindt, na correctie voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau, significant

toegenomen (Figuur 41). Er zijn geen significante verschillen volgens geslacht, maar wel wat leeftijd betreft: personen van 30-49 jaar (62%) ondervinden significant vaker een negatieve impact op hun familiaal/huiselijk leven dan 65-plussers (50%).

**Figuur 41 | Verdeling (%) van personen van 18 jaar en ouder volgens de impact van de coronacrisis op hun familiaal/huiselijk en sociaal leven, 4<sup>e</sup> en 6<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête, België 2020 en 2021**



Voor wat de huishoudsamenstelling betreft, is het percentage koppels zonder kind(eren) dat een negatieve impact van de coronacrisis op hun familiaal/huiselijk leven ondervindt (52%) significant lager dan bij alleenwonenden (63%), alleenwonenden met kind(eren) (66%) en zij die samenwonen met hun ouder(s), familie, vrienden of kennissen (58%). Hoger opgeleiden geven vaker aan een negatieve impact te ondervinden (62% van diegenen met een diploma hoger onderwijs) dan lager opgeleiden (55% van diegenen met een diploma secundair onderwijs of lager), een significant verschil na correctie voor leeftijd en geslacht.

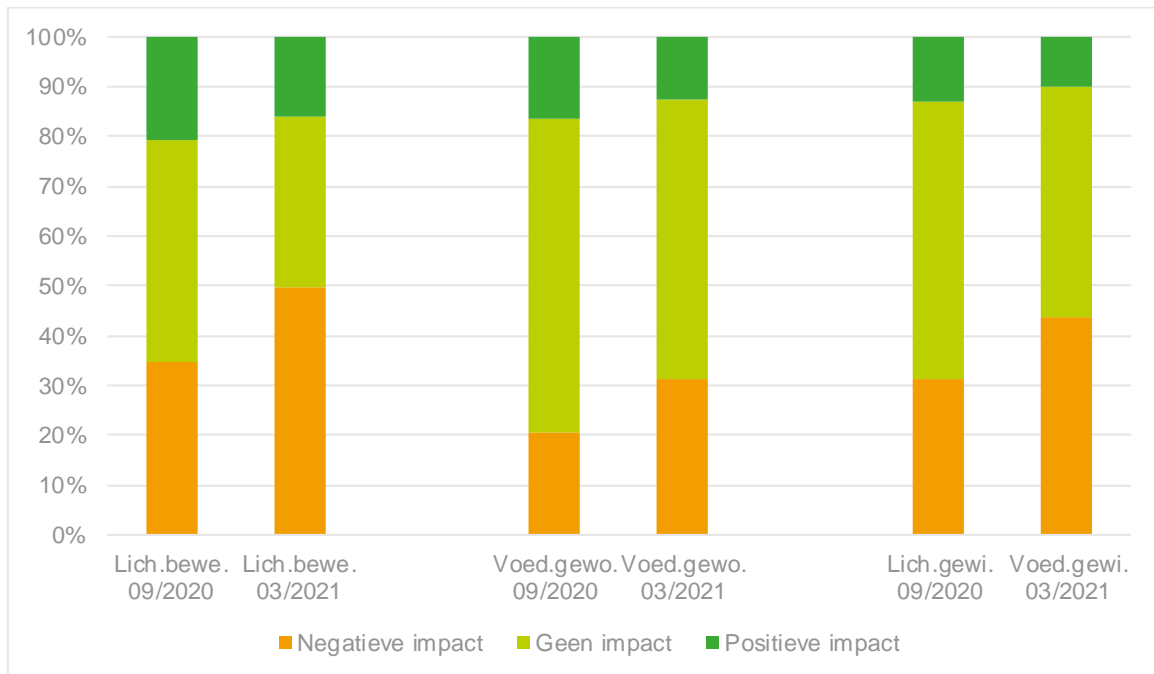
De coronacrisis heeft voor heel veel personen van 18 jaar en ouder een negatieve impact op hun sociaal leven (90% in maart 2021), een percentage dat sinds september 2020 (78%) ook nog eens significant is toegenomen (na correctie voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau). Voor 5% heeft de coronacrisis geen impact en voor de andere 5% heeft het een positieve impact op hun sociaal leven (Figuur 41). Er zijn geen significante verschillen tussen mannen en vrouwen, maar wel volgens leeftijdsgroep: personen in de leeftijdsgroep van 18-49 jaar (92% à 93%) ondervinden significant vaker een negatieve impact op hun sociaal leven dan 65-plussers (85%). Er zijn geen significante verschillen voor wat de huishoudsamenstelling betreft, maar wel volgens opleidingsniveau. Hoger opgeleiden geven vaker aan dat de coronacrisis een negatieve impact heeft op hun sociaal leven (95% van diegenen met een diploma hoger onderwijs) dan lager opgeleiden (88% van diegenen met een diploma secundair onderwijs of lager), een significant verschil na correctie voor leeftijd en geslacht.

### 13.3.3. Lichaamsbeweging, voedingsgewoonten en lichaamsgewicht

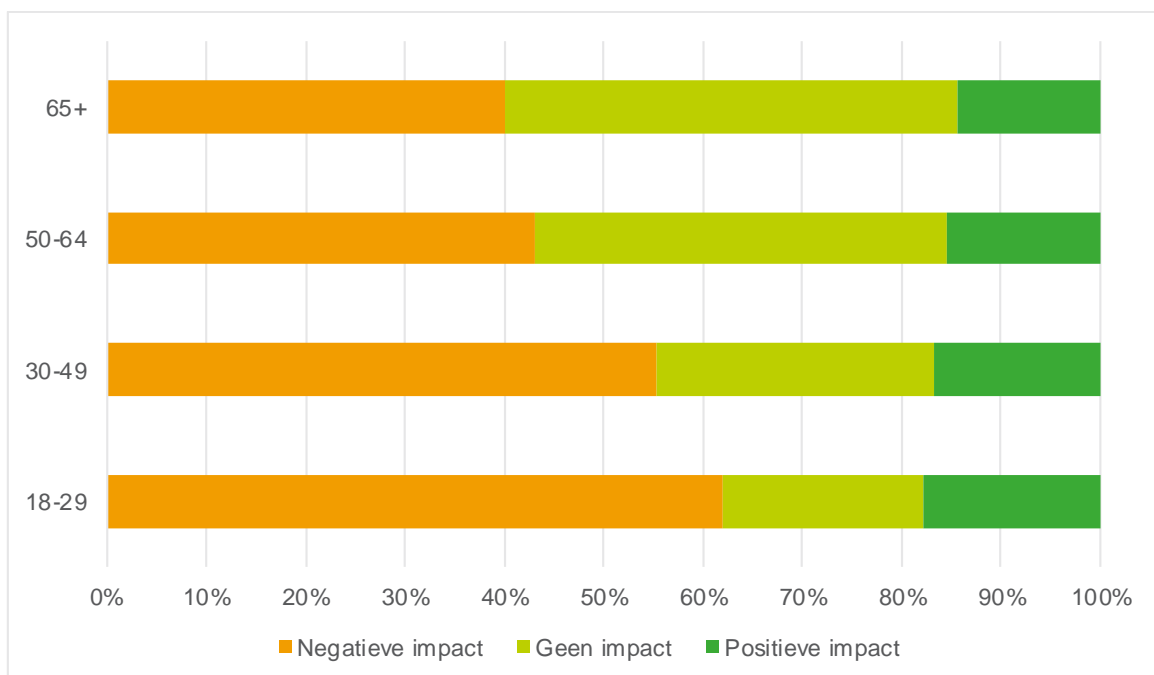
De helft van de personen van 18 jaar en ouder geeft in maart 2021 aan dat de coronacrisis nog een negatieve impact heeft op hun lichaamsbeweging (50%), voor 34% heeft de crisis geen impact en voor 16% een positieve impact op hun lichaamsbeweging. In vergelijking met september 2020 is het percentage personen van 18 jaar en ouder dat een negatieve impact op hun lichaamsbeweging (35%) ondervindt, na correctie voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau, significant toegenomen (Figuur 42). Er zijn geen significante verschillen tussen

mannen en vrouwen, maar wel volgens leeftijd (Figuur 42). De negatieve impact van de coronacrisis op de lichaamsbeweging is het hoogst bij jongvolwassenen (62% van de 18-29-jarigen) en neemt geleidelijk af met de leeftijd tot 40% bij de 65-plussers. Het omgekeerde wordt vastgesteld voor geen impact op de lichaamsbeweging.

**Figuur 42 | Verdeling (%) van personen van 18 jaar en ouder volgens de impact van de coronacrisis op hun lichaamsbeweging, voedingsgewoonten en lichaamsgewicht, 4<sup>e</sup> en 6<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête, België 2020 en 2021**



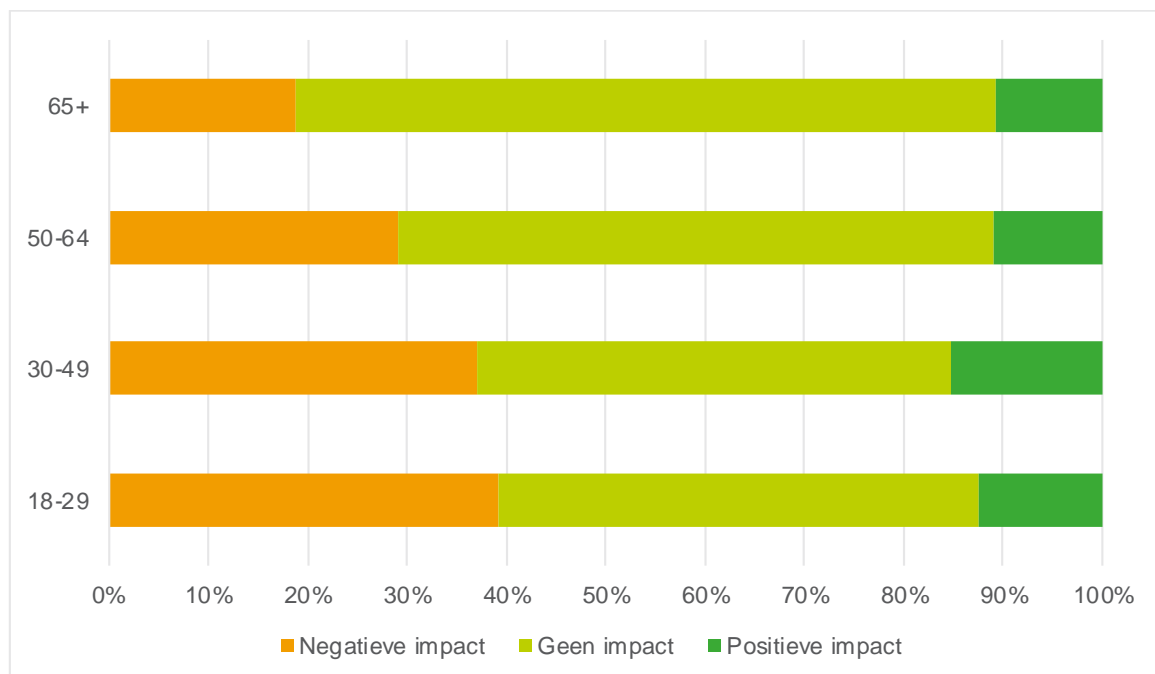
**Figuur 43 | Verdeling (%) van personen van 18 jaar en ouder volgens de impact van de coronacrisis (3 categorieën) op hun lichaamsbeweging, volgens leeftijdsgroep, 6<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête, België 2020**



Wat de huishoudsamenstelling betreft, is het percentage koppels zonder kind(eren) dat nu nog een negatieve impact van de coronacrisis op hun lichaamsbeweging ondervindt (43%) significant lager dan het percentage alleenwonenden (53%) en alleenwonende met kind(eren) (52%). Ook is er een verschil volgens opleidingsniveau: het percentage hoger opgeleiden (54% van diegenen met een diploma hoger onderwijs) dat een negatieve impact op hun lichaamsbeweging ondervindt, is hoger dan het percentage lager opgeleiden (48% van diegenen met een diploma secundair onderwijs of lager), een significant verschil na correctie volgens leeftijd en geslacht.

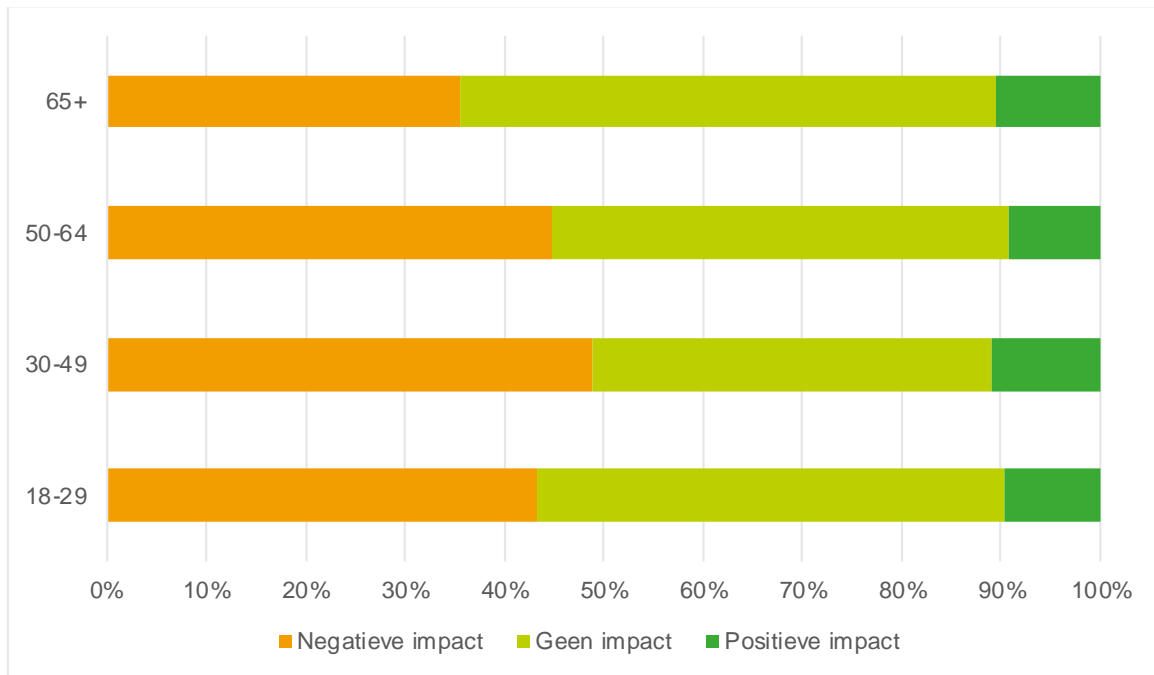
In maart 2021 geeft bijna 1 op de 3 personen van 18 jaar en ouder aan dat de coronacrisis nu nog een negatieve impact op hun voedingsgewoonten heeft (31%), voor 56% heeft deze crisis geen impact op hun voedingsgewoonten en 13% geeft een positieve invloed aan. In vergelijking met september 2020 is het percentage personen van 18 jaar en ouder dat een negatieve impact op hun voedingsgewoonten (20%) ondervindt, na correctie voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau, significant toegenomen (Figuur 43). Er zijn geen significante verschillen volgens geslacht. Zoals voor lichaamsbeweging en de negatieve impact erop, is ook de negatieve impact van de coronacrisis op voedingsgewoonten het hoogst bij jongvolwassenen (39% van de 18-29-jarigen) en neemt geleidelijk af met de leeftijd tot 19% bij de 65-plussers. (Figuur 45). Voor wat de huishoudsamenstelling betreft, is het percentage koppels zonder kind(eren) dat nu nog een negatieve impact van de coronacrisis op hun voedingsgewoonten ondervindt (24%) significant lager dan het percentage alleenwonenden (34%) en alleenwonenden met kind(eren) (37%). Er zijn geen significante verschillen volgens opleidingsniveau.

**Figuur 44 | Verdeling (%) van personen van 18 jaar en ouder volgens de impact van de coronacrisis (3 categorieën) op hun voedingsgewoonten, volgens leeftijdsgroep, 6<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête, België 2020**



In september 2020 gaf 31% van de personen van 18 jaar en ouder aan dat de coronacrisis een negatieve impact had op hun lichaamsgewicht (31%). In maart 2021 is dit percentage gestegen tot 44%, een significant verschil na correctie voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau. Voor 46% heeft de crisis geen impact en voor 10% een positieve impact op hun lichaamsgewicht (Figuur 45). In tegenstelling tot september 2020, zijn er nu geen significante verschillen volgens geslacht. Vooral in de leeftijdsgroep van 30-49 jaar (49%) is het percentage personen dat aangeeft dat de coronacrisis nu nog een negatieve impact heeft op hun lichaamsgewicht significant hoger dan bij de 65-plussers (36%) (Figuur 45). Er zijn geen significante verschillen volgens huishoudsamenstelling en opleidingsniveau.

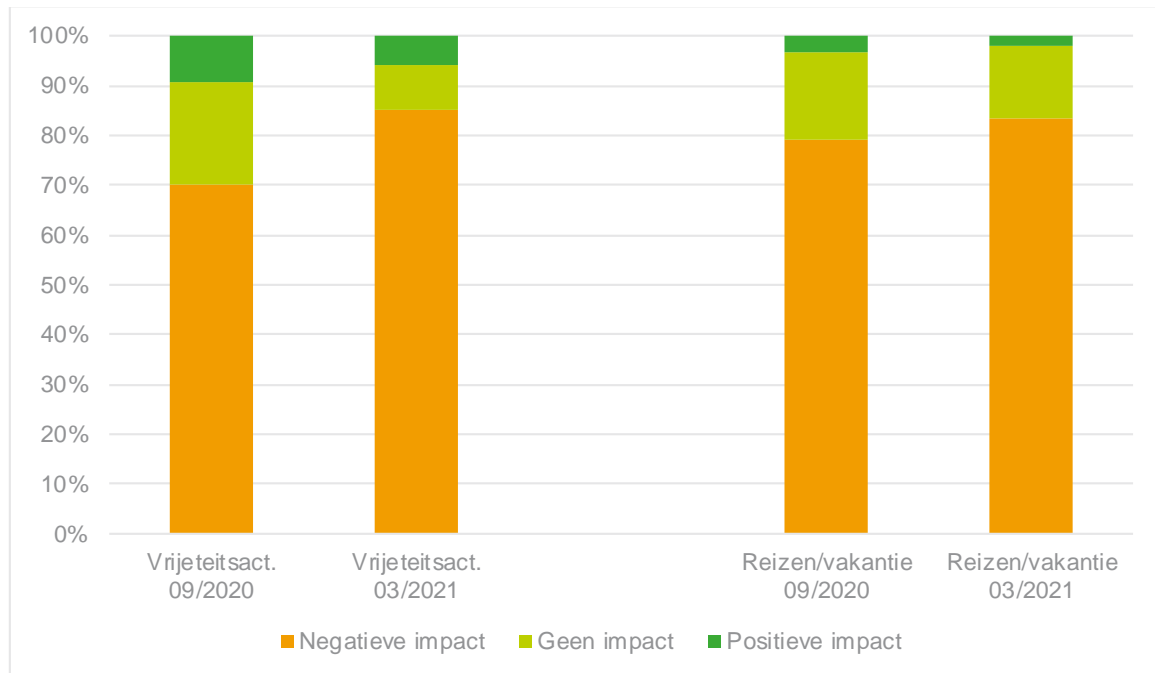
**Figuur 45 | Verdeling (%) van personen van 18 jaar en ouder volgens de impact van de coronacrisis (3 categorieën) op hun lichaamsgewicht, volgens leeftijdsgroep, 6<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête, België 2021**



### 13.3.4. Vrijtijdsactiviteiten en Reizen/vakantie

Meer dan 8 op de 10 personen van 18 jaar en ouder geeft in maat 2021 aan dat de coronacrisis nog een negatieve impact heeft op hun vrijetijdsactiviteiten (85%), voor 9% heeft de crisis geen impact en voor 6% een positieve impact op hun vrijetijdsactiviteiten. Ter vergelijking, in september 2020 was het percentage personen van 18 jaar en ouder dat een negatieve impact op hun vrijetijdsactiviteiten ondervond 70%, dus ook dit percentage is, na correctie voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau, significant toegenomen (Figuur 46). Er zijn geen significante verschillen volgens geslacht. Personen van 30-49 jaar geven significant vaker aan dat de coronacrisis een negatieve impact heeft op hun vrijetijdsactiviteiten (90%) dan de 65-plussers (80%).

**Figuur 46 | Verdeling (%) van personen van 18 jaar en ouder volgens de impact van de coronacrisis op hun vrijetijdsactiviteiten en reizen/vakantie, 4<sup>e</sup> en 6<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête, België 2020 en 2021**



Alleenwonenden met kind(eren) (90%) geven significant vaker aan dan koppels zonder kind(eren) (83%) dat de coronacrisis nu nog een negatieve impact heeft op hun vrijetijdsactiviteiten. Daarnaast geven hoger opgeleiden vaker aan dat de coronacrisis een negatieve impact heeft op hun vrijetijdsactiviteiten (91% van diegenen met een diploma hoger onderwijs) dan lager opgeleiden (82% van diegenen met een diploma secundair onderwijs of lager), een significant verschil na correctie voor leeftijd en geslacht.

Meer dan 8 op de 10 personen van 18 jaar en ouder geeft in maart 2021 aan dat de coronacrisis nog een negatieve impact heeft op hun reizen en vakantie (84%), een lichte, maar significante (na correctie voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau) stijging t.o.v. september 2020 (79%). Voor 14% heeft de crisis geen impact en voor 2% een positieve impact op hun reizen en vakantie (Figuur 46). Het percentage mannen dat een negatieve impact op hun reizen en vakantie ervaart (85%) is significant hoger dan het percentage vrouwen (82%). In de leeftijdsgroep van 18-64 jaar (81% à 90%) is het percentage personen dat aangeeft dat de coronacrisis een negatieve impact heeft op reizen en vakantie significant hoger dan bij de 65-plussers (76%). Ten opzichte personen die in koppel leven zonder kind(eren) (84%) is het percentage personen dat een negatieve impact ondervindt op reizen en vakantie significant lager bij alleenwonenden (75%) en significant hoger bij diegenen die in koppel met kind(eren) leven (88%). Daarnaast is er ook, na correctie voor leeftijd en geslacht, een significant verschillen volgens opleidingsniveau. Hoger opgeleiden geven vaker aan dat de coronacrisis een negatieve impact heeft op hun reis- en vakantieplannen (91% van diegenen met een diploma hoger onderwijs) dan lager opgeleiden (80% van diegenen met een diploma secundair onderwijs of lager).

### 13.3.5. Gezondheid en zorg, en toekomstperspectieven

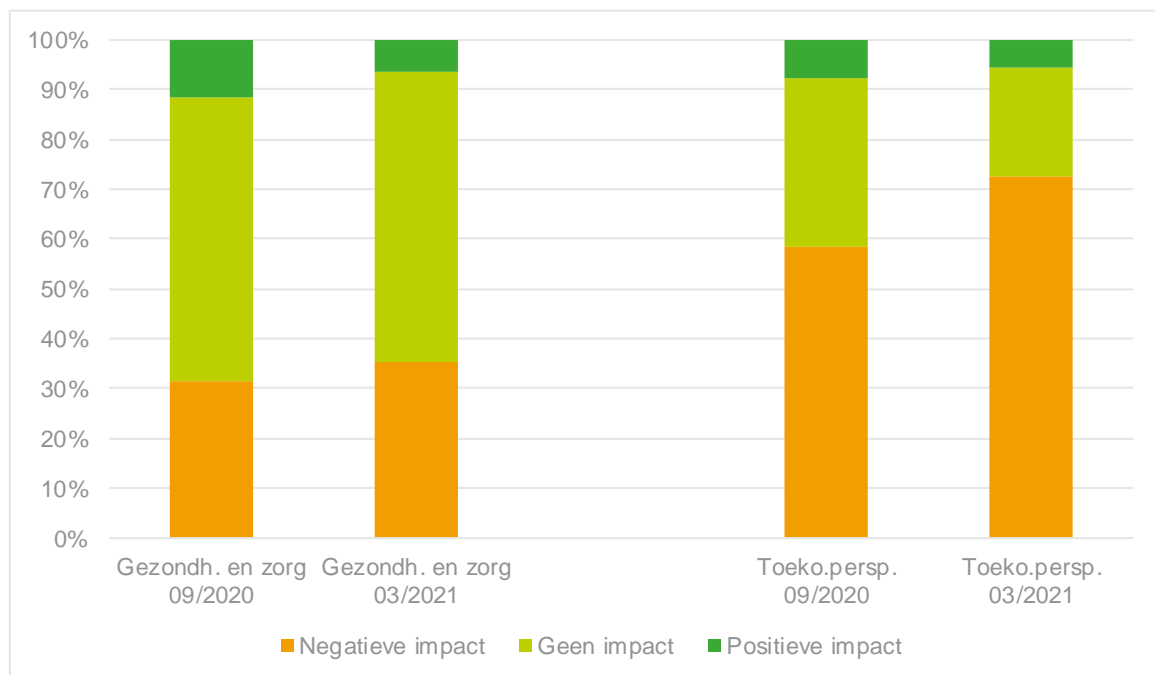
Eén op de 3 personen van 18 jaar en ouder geeft in maart 2021 aan dat de coronacrisis nog een negatieve impact heeft op hun gezondheid en zorg (35%), 58% ondervond geen impact en voor 6% van deze personen heeft deze crisis een positieve invloed op hun gezondheid en zorg. In vergelijking met september 2020 is het percentage personen van 18 jaar en ouder dat een negatieve impact op hun gezondheid en zorg (31%) ondervindt toch lichtjes, maar significant na correctie voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau, toegenomen (Figuur 47). Het percentage vrouwen dat aangeeft nu nog een negatieve impact van de coronacrisis op hun gezondheid en zorg te ondervinden (38%) is significant hoger dan het percentage mannen (33%). In



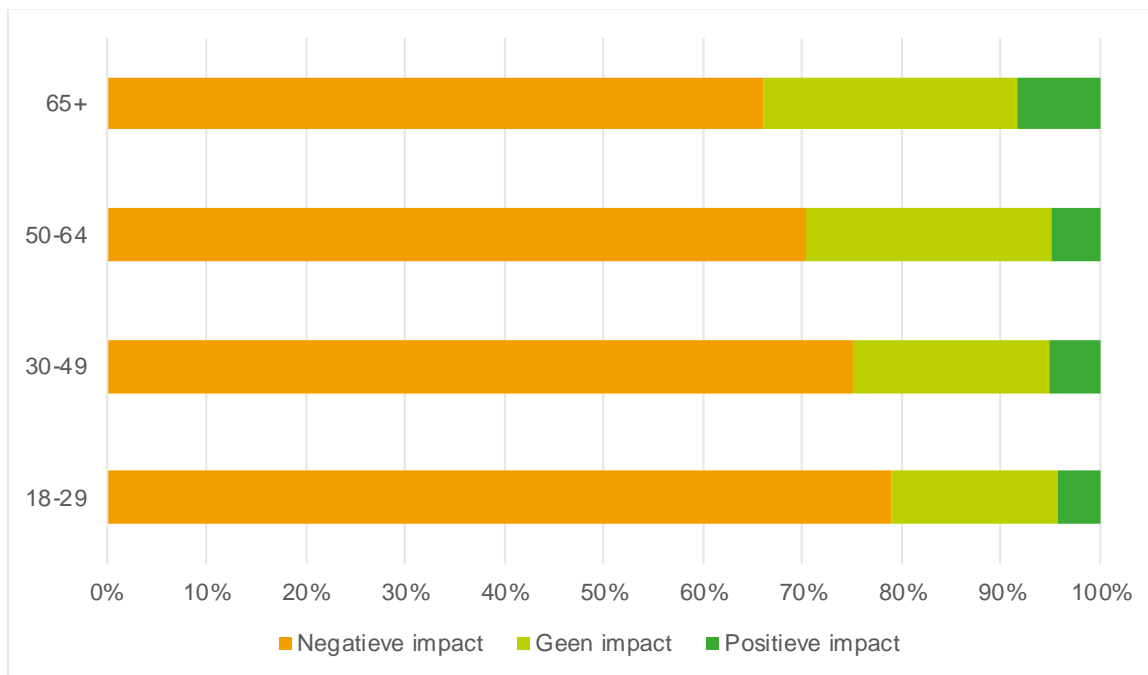
vergelijking met 65-plussers (28%) geven 30-64-jarigen (37% à 38%) vaker aan dat de coronacrisis een negatieve heeft op hun gezondheid en zorg. Er zijn geen significante verschillen volgens huishoudsamenstelling en opleidingsniveau.

Meer dan de helft van de personen van 18 jaar en ouder geeft in maart 2021 aan dat de coronacrisis nog een negatieve impact heeft op hun toekomstperspectieven (72%), wat toch wel een grote toename is ten opzichte van september 2020 (58%), een significant verschil na correctie voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau. Voor 22% heeft de crisis geen impact en voor 6% een positieve impact op hun toekomstperspectieven (Figuur 47). Vrouwen geven iets vaker aan dan mannen dat de coronacrisis een negatieve impact heeft op hun toekomstperspectieven (respectievelijk 74% en 71%), een significant verschil. Het percentage personen dat aangeeft dat de coronacrisis een negatieve impact heeft op hun toekomstperspectieven daalt met de leeftijd: van 79% bij de jongvolwassenen van 18-29 jaar tot 66% bij de 65-plussers, een significant verschil (Figuur 48). Er zijn geen significante verschillen volgens de huishoudsamenstelling en het opleidingsniveau.

**Figuur 47 | Verdeling (%) van personen van 18 jaar en ouder volgens de impact van de coronacrisis op hun gezondheid en zorg, en hun toekomstperspectieven, 4<sup>e</sup> en 6<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête, België 2020 en 2021**



**Figuur 48 | Verdeling (%) van personen van 18 jaar en ouder volgens de impact van de coronacrisis (3 categorieën) op hun toekomstperspectieven, volgens leeftijdsgroep, 6<sup>e</sup> COVID-19-Gezondheidsenquête, België 2021**



## 14. Tewerkstelling

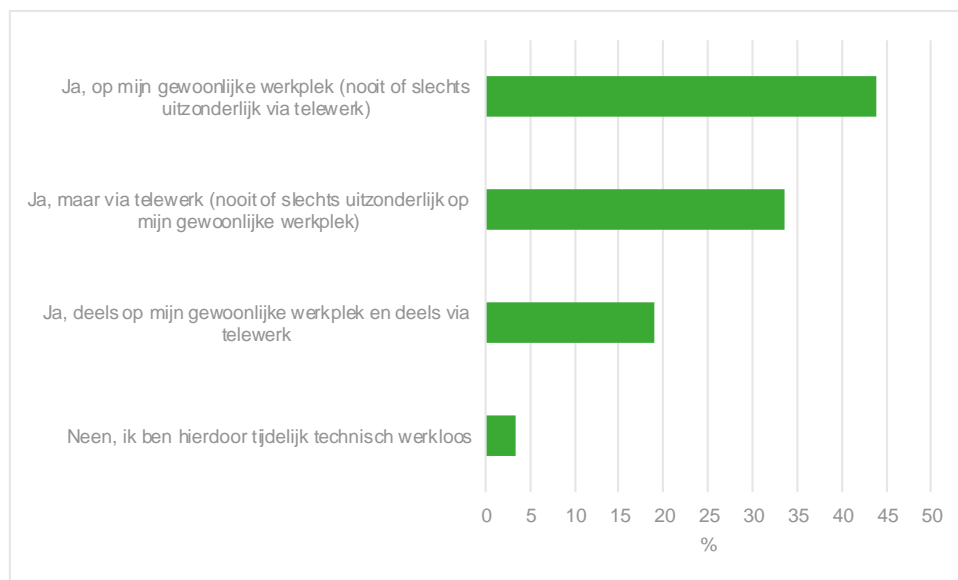
### 14.1. BELANGRIJKSTE RESULTATEN

- Iets meer dan 4 op 10 tewerkgestelde personen geeft aan dat zij hun werk op de gewoonlijke werkplek uitvoeren en dus nooit of slechts uitzonderlijk telewerken.
- 59% van diegenen tewerkgesteld in de zorgsector geeft aan beroepsmatig al in contact gekomen te zijn met een patiënt, een cliënt of een geïnstitutionaliseerde persoon die (vermoedelijk) besmet is/was met het coronavirus (COVID-19).

### 14.2. TOEPASSEN VAN TELEWERK

De 6<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête werd georganiseerd net voor de “paaspauze” werd afgekondigd. Aan personen die aangaven betaald werd te hebben (59%) werd gevraagd of ze ondanks de genomen overheidsmaatregelen in verband met het coronavirus (COVID-19) hun werk verder konden uitvoeren. Drie procent gaf aan dat de genomen overheidsmaatregelen de oorzaak zijn van technische werkloosheid. Voor 44% van de werkende bevolking geldt dat zij – ondanks de genomen overheidsmaatregelen – hun werk op de gewoonlijke werkplek kunnen blijven uitvoeren en dus nooit of slechts uitzonderlijk telewerken (Figuur 49). Eén op drie tewerkgestelden (34%) geeft daarentegen aan te telewerken en dus nooit of slechts uitzonderlijk op hun gewoonlijke werkplek te werken. Eén op 5 tewerkgestelden (19%) geeft aan deels op hun gewoonlijke werkplek te werken en deels via telewerk.

**Figuur 49 | Percentage van de werkende bevolking (18 jaar en ouder), volgens plaats van de werkplek, 6<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête, België 2021**



### 14.3. CONTACTEN MET COVID-19-PATIËNTEN

Aan personen die aangaven tewerkgesteld te zijn in de zorgsector (15% van de tewerkgestelde bevolking) gaf 59% aan beroepsmatig al in contact te zijn gekomen met een patiënt, een cliënt of een geïnstitutionaliseerde persoon die (vermoedelijk) besmet is/was met het coronavirus (COVID-19), 34% gaf aan (voor zover ze wisten) hiermee geen beroepsmatige contact te hebben gehad, terwijl 7% misschien, maar niet zeker, hiermee beroepsmatig contact te hebben gehad.

## 15. Methodologie

De gegevensverzameling in het kader van de zesde COVID-19-gezondheidsenquête werd georganiseerd tussen 18 en 25 maart. De enquête, ontwikkeld in LimeSurvey, richtte zich tot alle volwassen inwoners van het land (minimumleeftijd: 18 jaar). Gezien de enquête een online enquête is, werden personen die niet beschikten over een internetverbinding van deelname uitgesloten. De enquête en de desbetreffende toegangslink werden aangekondigd via de website van Sciensano en andere organisaties (mutualiteit, wijkcentra,...), via de pers en via sociale media. Het rekruteren van deelnemers verliep hier vooral via het sneeuwbalprincipe: bij de aankondiging van de enquête werd gevraagd de uitnodiging door te sturen naar familie, vrienden en bekenden. Daarnaast werden alle deelnemers van vorige COVID-19-gezondheidsenquêtes, die zich bereid getoond hadden ook aan een volgende enquête te willen deelnemen (en hiervoor hun e-mailadres opgegeven hadden) via een e-mail gevraagd aan de zesde COVID-19-gezondheidsenquête deel te nemen.

Vooraleer aan de enquête te kunnen deelnemen, dienden de respondenten akkoord te gaan met het volgende:

- Deelname aan de enquête is vrijwillig, op elk moment mag deelname worden onderbroken
- Alle meegedeelde informatie zal enkel worden gebruikt voor de studie
- Sciensano zal de resultaten van de studie enkel gebruiken om algemene statistieken aan te maken, individuele gegevens zullen nooit aan derden worden overgemaakt
- De verzamelde gegevens zullen enkel bewaard blijven voor de duur van het project

In totaal namen 20 410 personen deel aan de enquête, d.w.z. dat voor deze personen valide gegevens werden ontvangen voor hun leeftijd, geslacht en postcode van de woonplaats. Op basis van de postcode kon het gewest waarin de deelnemers wonen worden bepaald. In tabel 2 wordt een overzicht gegeven van het percentage inwoners (minimumleeftijd: 18 jaar) per gewest (op basis van Statbel gegevens, situatie per 01.01.2019) en het percentage deelnemers aan de zesde COVID-19-Gezondheidsenquête.

**Tabel 2 | Vergelijking samenstelling van de bevolking en samenstelling van de steekproef, 6e COVID-19-gezondheidsenquête volgens gewest, België 2021**

	Aantal inwoners (18+)(%)	Aantal deelnemers (18+)(%)
Vlaams Gewest	5 311 613 (58,2)	13 349 (65,4)
Brussels Gewest	932 366 (10,2)	2 025 (9,9)
Waals Gewest	2 882 040 (31,6)	5 036 (24,7)
België	9 126 019 (100)	20 410 (100)

In relatieve termen is het aandeel deelnemers woonachtig in het Vlaams Gewest oververtegenwoordigd en het aantal deelnemers woonachtig in het Waals Gewest ondervertegenwoordigd in de steekproef.

**Tabel 3 | Samenstelling steekproef 6<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête volgens geslacht en leeftijdsgroep, België 2021**

	Aantal mannen (%)	Aantal vrouwen (%)	Totaal aantal (%)
18 tot 24 jaar	103 (1,4)	252 (1,9)	255 (1,7)
25 tot 34 jaar	555 (7,6)	1 441 (11,0)	1 996 (9,8)
35 tot 44 jaar	978 (13,5)	2 686 (20,4)	3 661 (17,9)
45 tot 54 jaar	1 271 (17,5)	2 966 (22,6)	4 237 (20,8)
55 tot 64 jaar	1 812 (25,0)	3 173 (24,1)	4 985 (24,4)
65+ jaar	2 549 (24,9)	2 627 (16,5)	4 176 (25,3)
<b>Totaal</b>	<b>7 268 (35,6)</b>	<b>13 142 (64,4)</b>	<b>20 410 (100)</b>

Onder de deelnemers aan de enquête zijn relatief meer vrouwen (64,4%) dan mannen (35,6%) (in de bevolking gaat het om respectievelijk 51% en 49%). Ook de leeftijdsverdeling van de deelnemers wijkt af van deze van de bevolking: met name is de jongste leeftijdsgroep (18 tot 24 jaar) ondervertegenwoordigd in de steekproef (12,5% in de bevolking, 1,7% in de steekproef).

**Tabel 4 | Samenstelling steekproef 6<sup>de</sup> COVID-19-gezondheidsenquête volgens opleidingsniveau, België 2021**

	Bevolking (15+)(%)(*)	Aantal deelnemers (18+)(%)
Ten hoogste hoger secundair onderwijs	6 302 716 (67,1)	5 069 (25,5)
Hoger onderwijs	3 084 424 (22,9)	14 825 (74,9)
<b>Totaal</b>	<b>9 387 140 (100)</b>	<b>19 894 (100)</b>

(\*) Referentiebevolking: 15 jaar en ouder, gegevens gebaseerd op de Enquête naar de Arbeidskrachten (EAK) – Statbel 2018

De samenstelling van de steekproef wijkt sterk af van de samenstelling van de bevolking (18 jaar en ouder) en dit zowel in termen van geslacht, leeftijdsgroep als opleidingsniveau. Het gevolg ervan is dat mogelijke conclusies die op basis van de analyse van resultaten getrokken worden, vertekend ('biased') zullen zijn. Om hiervoor te compenseren wordt in de analyse gewerkt met *poststratificatie gewichten*. Deze techniek bestaat erin om informatie rond de samenstelling van de bevolking (in termen van geslacht, leeftijdsgroep, provincie en opleidingsopleiding) afkomstig uit andere gegevensbronnen te gebruiken om te corrigeren bij het berekenen van de resultaten van de enquête:

Voor wat de samenstelling van de bevolking in termen van geslacht, leeftijdsgroep en provincie betreft, werd gebruik gemaakt van de gegevens met betrekking tot de samenstelling van de bevolking op 1 januari 2019, zoals deze door Statbel worden berekend;

Voor wat de samenstelling van de bevolking in termen van opleidingsniveau betreft, werd gebruik gemaakt van de resultaten van de jaarlijkse "Enquête naar de Arbeidskrachten 2018" (EAK), die door Statbel wordt georganiseerd. Hierbij werden twee opleidingsgroepen onderscheiden: personen met hoogstens een diploma (hoger) secundair onderwijs en personen met een diploma hoger onderwijs.

Het is dus mogelijk om, zowel in de bevolking als in de steekproef groepen (ook wel strata genoemd) te onderscheiden op basis van een combinatie van geslacht, leeftijdsgroep, provincie en opleidingsniveau. Op basis hiervan kunnen gewichten worden berekend. Deze worden verkregen door per stratum het aantal personen in de bevolking te delen door het aantal deelnemers van de enquête. De resultaten in dit rapport zijn telkens resultaten gewogen voor geslacht, leeftijdsgroep, provincie en opleidingsniveau.

De hier gepresenteerde analyses vertonen drie methodologische wijzigingen in vergelijking met de voorlopige resultaten die werden gepubliceerd in het rapport van de eerste COVID-19-gezondheidsenquête:

- De resultaten hebben nu betrekking op de bevolking van 18 jaar en ouder (in plaats van 16 jaar en ouder zoals in het eerste rapport van april 2020);
- De inclusiecriteria voor de analyses zijn minder streng: oorspronkelijk was het vereist dat de eerste drie vragen van de eerste COVID-19-gezondheidsenquête moesten zijn ingevuld opdat iemand werd geacht te hebben deelgenomen aan de enquête. Deze regel is echter niet langer van toepassing omdat ze te beperkend bleek te zijn.
- De wegingsfactoren die worden gebruikt om te corrigeren voor de selectiebias (veroorzaakt door de wijze van bevraging (web-based survey, sneeuwbalrecrutering) houden nu ook rekening met het opleidingsniveau, wat nog niet het geval was in de analyses van de resultaten van de eerste COVID-19-gezondheidsenquête.

Deze drie veranderingen kunnen de verschillen verklaren die voor dezelfde indicatoren zijn waargenomen tussen het eerste onderzoeksrapport en dit rapport. De belangrijkste reden hiervoor is de relatie tussen het opleidingsniveau en de gezondheidsindicatoren. Zij veranderen niets aan de conclusies van het eerste rapport.

**De rapporten van de eerste vijf COVID-19-gezondheidsenquêtes kunnen hier worden teruggevonden:**

- Eerste COVID-19-gezondheidsenquête: eerste resultaten. Brussel, België; Depotnummer: D/2020/14.440/49. Beschikbaar op: <https://doi.org/10.25608/f0tt-py28>
- Tweede COVID-19-gezondheidsenquête: eerste resultaten. Brussel, België; Depotnummer: D/2020/14.440/51. Beschikbaar op: <https://doi.org/10.25608/kd4x-0m92>.
- Derde COVID-19-gezondheidsenquête. Eerste resultaten. Brussel, België; Depotnummer: D/2020/14.440/53. Beschikbaar op: <https://doi.org/10.25608/5zdx-td23>
- Vierde COVID-19-gezondheidsenquête. Eerste resultaten. Brussel, België; Depotnummer: D/2020/14.440/79. Beschikbaar op: <https://doi.org/10.25608/zzj1-y760>
- Vijfde COVID-19-gezondheidsenquête. Eerste resultaten. Brussel, België; Depotnummer: D/2020/14.440/95. Beschikbaar op: <https://doi.org/10.25608/69j2-hf10>

## CONTACT

Stefaan Demarest • T+32 2 642 57 94 • [stefaan.demarest@sciensano.be](mailto:stefaan.demarest@sciensano.be)

### MEER INFO

—

Bezoek onze website  
>[www.sciensano.be](http://www.sciensano.be) of  
contacteer ons op  
>[info@sciensano.be](mailto:info@sciensano.be)

Sciensano • Juliette Wytsmanstraat 14 • Brussel • België • T + 32 2 642 51 11 • T pers+ 32 2 642 54 20 • [info@sciensano.be](mailto:info@sciensano.be) • [www.sciensano.be](http://www.sciensano.be)

Verantwoordelijke uitgever: Christian Léonard, Algemeen directeur • Juliette Wytsmanstraat 14 • Brussel • België • D/2021/14.440/29