

# ZEVENDE COVID-19- GEZONDHEIDSENQUÊTE

## EERSTE RESULTATEN

# 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

September 2021 • Brussel • België

## Contactpersoon:

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

## Auteurs (in alfabetische volgorde):

[Stefaan Demarest](#)

[Finaba Berete](#)

[Elise Braekman](#)

[Helena Bruggeman](#)

[Rana Charafeddine](#)

[Sabine Drieskens](#)

[Lydia Gisle](#)

[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:

Sciensano. Zevende COVID-19-Gezondheidsenquête. Eerste resultaten. Brussel, België; Depot nummer: D/2021/14.440/51. Beschikbaar op: <https://doi.org/10.25608/4e6z-qa15>

# INHOUDSTAFEL

-

|                                                                            |           |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. Inleiding</b> .....                                                  | <b>6</b>  |
| <b>2. Vaccinatie</b> .....                                                 | <b>7</b>  |
| 2.1. Belangrijkse resultaten .....                                         | 7         |
| 2.2. Bijwerkingen na vaccinatie .....                                      | 7         |
| <b>3. Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven</b> .....                | <b>9</b>  |
| 3.1. Belangrijkste resultaten .....                                        | 9         |
| 3.2. Dimensies van kwaliteit van leven .....                               | 9         |
| 3.3. Score kwaliteit van leven .....                                       | 10        |
| <b>4. Impact van de coronacrisis op verschillende levensdomeinen</b> ..... | <b>13</b> |
| 4.1. Belangrijkste resultaten .....                                        | 13        |
| 4.2. Bespreking volgens levensdomein .....                                 | 14        |
| <b>5. Sociale gezondheid</b> .....                                         | <b>18</b> |
| 5.1. Belangrijkste resultaten .....                                        | 18        |
| 5.2. Ontevredenheid over sociale contacten .....                           | 18        |
| 5.3. Kwaliteit van sociale ondersteuning .....                             | 19        |
| 5.4. Eenzaamheid .....                                                     | 21        |
| <b>6. Geestelijke gezondheid</b> .....                                     | <b>24</b> |
| 6.1. Belangrijkste resultaten .....                                        | 24        |
| 6.2. Levenstevredenheid .....                                              | 25        |
| 6.3. Angst en depressie .....                                              | 27        |
| 6.4. Zelfmoordgedachten en -gedragingen .....                              | 30        |
| 6.5. Slaapstoornissen en vitale energie .....                              | 31        |
| 6.6. Mogelijke invloedsfactoren .....                                      | 34        |
| <b>7. Methodologie</b> .....                                               | <b>39</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 op te volgen en te evalueren organiseert Sciensano een reeks online enquêtes.

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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, hun opvattingen over vaccinatiestrategieën, de toegang tot gezondheidszorg, voedselzekerheid en gezondheidsgerelateerd gedrag.
6. De 6<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête ging van start op 18 maart, een jaar na de eerste veiligheidsmaatregelen. Er werd gepeild naar de ervaringen van de bevolking toen er nog strenge maatregelen van kracht waren. Geestelijke en sociale gezondheid behoorden opnieuw tot de thema's, samen met vaccinatie, de aanwezigheid van ziekten die COVID-19 verergeren, broosheid bij ouderen, levenskwaliteit en gezondheidsgerelateerde gedragsdeterminanten.
7. Deze 7<sup>e</sup> enquête, die van 10 tot 20 juni 2021 werd georganiseerd, was vooral bedoeld om bepaalde belangrijke dimensies in het oog te houden toen de beperkingen begonnen te versoepelen. In dit rapport worden de resultaten op de volgende gebieden gepresenteerd:
  - Vaccinatie
  - Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven
  - Impact van de coronacrisis op verschillende levensdomeinen
  - Sociale gezondheid
  - Geestelijke gezondheid

Om de impact van de crisis die we momenteel doormaken in te schatten, zullen sommige resultaten van de 7<sup>e</sup> 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 ([www.gezondheidsenquête.be](http://www.gezondheidsenquête.be)) en is een betrouwbaar referentiepunt. Bovendien worden sommige thema's uit de 7<sup>e</sup> enquête vergeleken met de resultaten van eerdere COVID-19-gezondheidsenquêtes om trends in de tijd te evalueren.

## 2. Vaccinatie

### 2.1. BELANGRIJKSE RESULTATEN

- Een kwart van de bevolking dat aangaf minstens eenmaal gevaccineerd te zijn geweest, meldde geen bijwerkingen na het toedienen van een eerste dosis, de helft van de bevolking meldde lichte bijwerkingen.
- Eén op drie volledig gevaccineerden meldden geen bijwerkingen na het toedienen van een tweede dosis, twee op vijf meldden lichte bijwerkingen.
- Bij diegenen die met een 'enige dosis' werden gevaccineerd (op het moment van de bevraging slechts 2,3% van de gevaccineerde bevolking), meldde een kwart geen bijwerkingen, één op drie meldde sterke bijwerkingen.

In de 7<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête werd nagegaan of en in welke mate personen bijwerkingen ondervonden na het toedienen van het COVID-19 vaccin (na eerste vaccinatie, na tweede vaccinatie, na enige vaccinatie). De respondenten konden het volgende aangeven;

1. Helemaal geen bijwerkingen
2. Lichte bijwerkingen (bijwerking van injectie, pijn op de injectieplaats [pijnlijke arm], enz.)
3. Gematigde bijwerkingen (Meer intense pijn op de injectieplaats, bewegingsmoeilijkheden, enz.)
4. Sterke bijwerkingen (griepachtige verschijnselen, koorts, rillingen, lichaamspijn, vermoeidheid, enz.)
5. Ernstige bijwerkingen die een ziekenhuisopname vereisten (bewustzijnsverlies, enz.)
6. Andere bijwerkingen

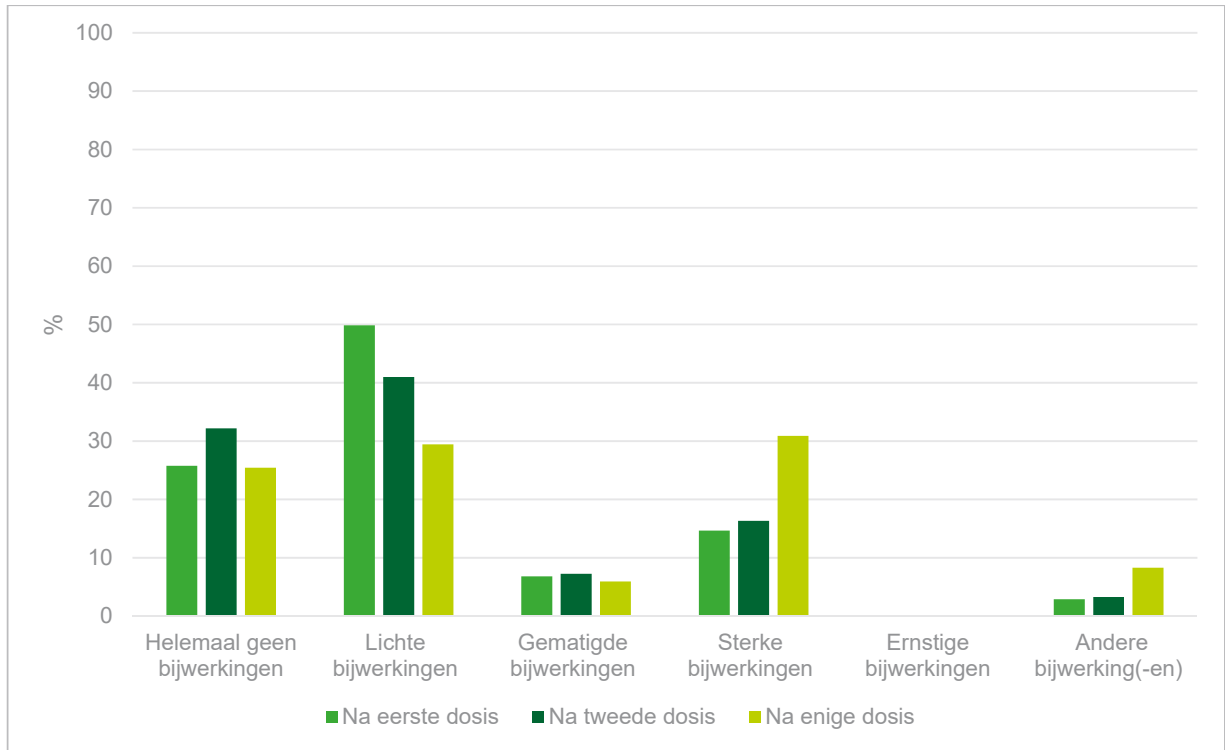
### 2.2. BIJWERKINGEN NA VACCINATIE

Van die personen die op het moment van de bevraging aangaven minstens eenmaal gevaccineerd te zijn geweest (en nog een tweede maal gevaccineerd moesten worden), meldde 25,8% geen bijwerkingen na het toedienen van een eerste dosis, 49,8% lichte bijwerkingen en 6,8% gematigde bijwerkingen (Figuur 1) . Sterke bijwerkingen werd door 14,7% gemeld. Slechts enkele personen (0,03%) melden ernstige bijwerkingen.

Eenzelfde vraag naar mogelijke bijwerkingen werd herhaald voor (het kleiner aantal) personen die een tweede dosis van het vaccin kregen toegediend. 32,2% gaf aan geen bijwerkingen te ondervinden na het toedienen van de tweede dosis, 41,0% gaf aan lichte bijwerkingen te ondervinden en 7,2% meldde gematigde bijwerkingen. Sterke bijwerkingen werd door 16,3% van de dubbel gevaccineerden gemeld. Ernstige bijwerkingen werden niet gemeld.

Specifiek voor respondenten die meldden met het Johnson & Johnson vaccin te zijn gevaccineerd (enige dosis), werd eenzelfde vraag naar mogelijke bijwerkingen gesteld. Op het moment van de bevraging ging het om een beperkte groep in de bevolking (2,3%). Onder hen meldde 25,4% geen bijwerkingen, 29,4% gaf aan lichte bijwerkingen te ondervinden en 5,9% gematigde bijwerkingen (Figuur 1). Opvallend is dat 31,0% van diegenen die met het Johnson & Johnson vaccin werden gevaccineerd, sterke bijwerkingen aangeeft zoals griepachtige verschijnselen, koorts, rillingen, lichaamspijn, vermoeidheid,... Tenslotte gaf 8,3% van deze groep personen 'andere' bijwerkingen aan.

**Figuur 1 |** Percentage personen (18 jaar en ouder) volgens bijwerkingen na vaccinatie eerste dosis, tweede dosis of een enige dosis, 7<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête, België 2021



## 3. Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven

### 3.1. BELANGRIJKSTE RESULTATEN

- Van de 5 dimensies van de EQ-5D rapporteert de bevolking van 18 jaar en ouder het vaakst problemen in de dimensies pijn/ongemak (52,6%) en angst/depressie (44,8%). Het percentage personen dat angst/depressie aangeeft, is gedaald ten opzichte van maart 2021, maar de percentages blijven hoger dan voor de crisis.
- In juni 2021 bedraagt de gemiddelde HRQoL-score bij de bevolking van 18 jaar en ouder 0,78. Deze score is toegenomen ten opzichte van maart (0,77), maar blijft lager dan de score vastgesteld in 2018 (0,79).
- De trends volgens geslacht en opleidingsniveau zijn vergelijkbaar tijdens en voor de crisis: de score is hoger bij mannen en bij hoger opgeleiden.
- Daarentegen is de trend verschillend volgens leeftijd: in juni 2021 stellen we geen significant verschil vast tussen de jongeren en de ouderen voor wat de gemiddelde EQ-5D-score betreft, terwijl in de enquête van 2018 deze score significant afnam met de leeftijd.

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>e</sup>, 6<sup>e</sup> en 7<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquêtes, respectievelijk georganiseerd in april 2020, maart 2021 en juni 2021, werd de EQ-5D vragenset opgenomen, een eenvoudige en snelle vragenset die toelaat om de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven van de bevolking in te schatten volgens vijf dimensies: mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn/ongemak en angst/depressie.

### 3.2. DIMENSIES VAN KWALITEIT VAN LEVEN

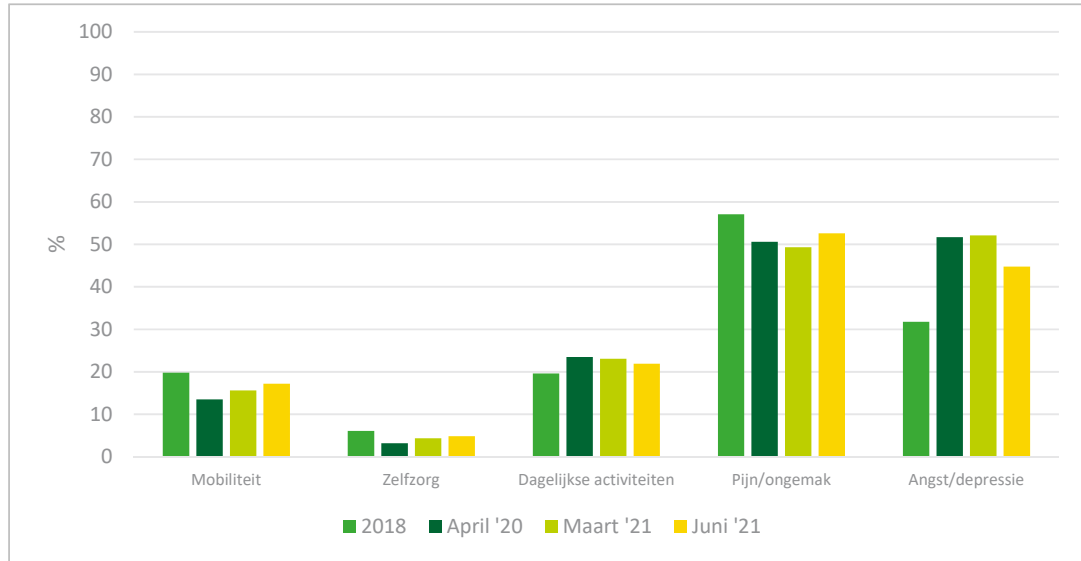
Van de vijf dimensies van kwaliteit van leven in de 7<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête onderzocht, werden pijn/ongemak en angst/depressie het vaakst gemeld: 52,6% van de bevolking meldde pijn/ongemakproblemen en 44,8% angst/depressieproblemen. Problemen voor de andere dimensies werden minder vaak gemeld: dagelijkse activiteiten (21,9%), mobiliteit (17,2%) en persoonlijke autonomie (4,8%). Deze trends zijn redelijk vergelijkbaar met die waargenomen in de voorgaande COVID-19-gezondheidsenquêtes (Figuur 2).

Angst/depressieproblemen zijn afgenomen ten opzichte van maart, maar de percentages blijven hoger dan voor de coronacrisis: 31,8% van de bevolking meldde angst/depressieproblemen in de gezondheidsenquête van 2018, ten opzichte van de helft van de bevolking dat dergelijke problemen in april 2020 en maart 2021 (bijna 52% in de 2 enquêtes) meldde, en 45% in juni 2021.

Daarentegen was er tussen maart en juni een significante stijging van het percentage personen dat mobiliteitsproblemen (van 15,6% tot 17,2%) en pijn/ongemakproblemen (van 49,3% tot 52,6%) meldde, maar deze percentages blijven lager dan de percentages vastgesteld in 2018 (respectievelijk 19,6% en 57,1%). Het verschil met 2018 kan worden verklaard door het feit dat de COVID-19-gezondheidsenquête een online-enquête is, met een lager percentage oudere deelnemers met mobiliteitsproblemen of chronische aandoeningen dan in de gezondheidsenquête van 2018, waar de informatie wordt verzameld via een interview bij de mensen thuis.



**Figuur 2 |** Percentage van personen (18 jaar en ouder) dat problemen rapporteert (mild tot extreem) volgens dimensie, 2<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup> en 7<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquêtes en Gezondheidsenquête 2018, België



### 3.3. 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 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.

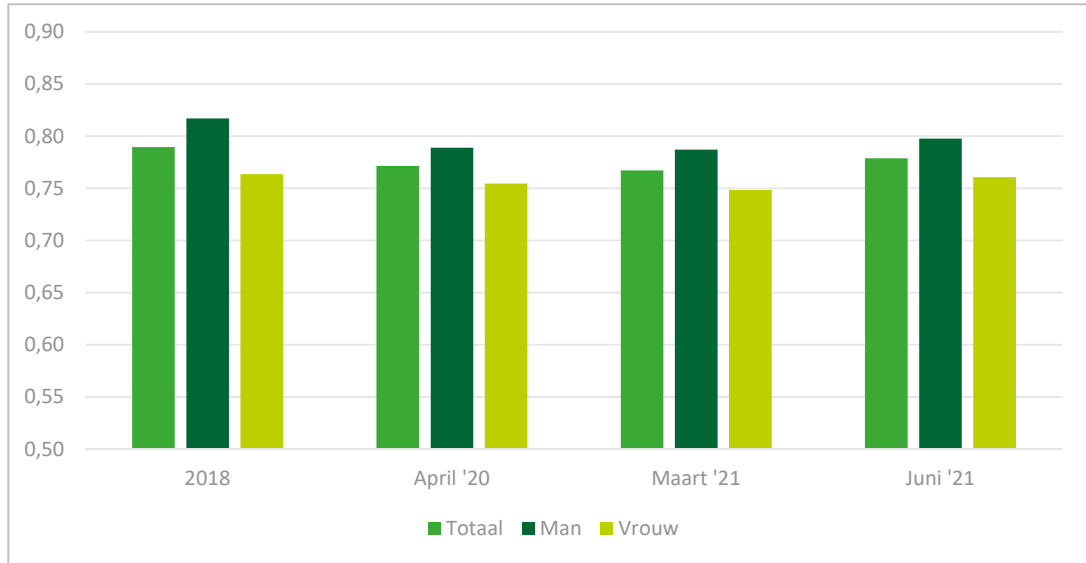
In juni 2021 bedraagt de gemiddelde EQ-5D-score in België bij de bevolking van 18 jaar en ouder 0,78. Deze score is gestegen ten opzichte van de enquêtes in april 2020 (0,77) en maart 2021 (0,77), maar blijft significant lager ten opzichte van 2018 (0,79). Het verschil tussen juni 2021 en de gezondheidsenquête van 2018 is significant, ook na correctie voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau.

In de loop van de coronacrisis is de gemiddelde EQ-5D-score steeds hoger bij mannen dan bij vrouwen, zoals dit ook al het geval was in 2018 (Figuur 3). Dit verschil blijft significant na correctie voor leeftijd en opleidingsniveau.

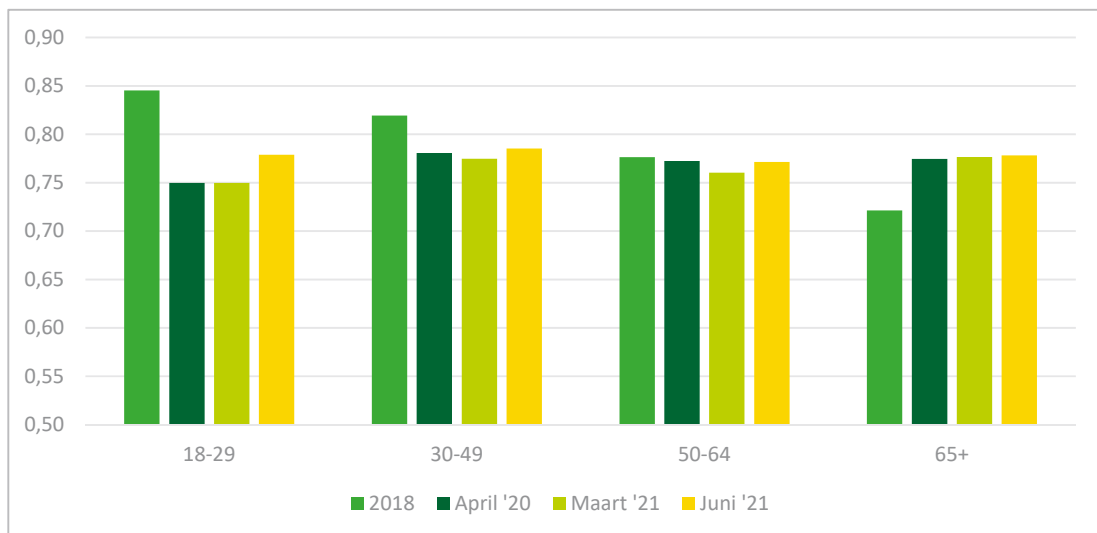
In juni 2021 stellen we geen significant verschil vast tussen de jongeren en de ouderen voor wat de gemiddelde EQ-5D-score betreft (0,78 bij de 18-29-jarigen en 0,78 bij de 65-plussers). Deze trend is verschillend dan die vastgesteld in april 2020 en maart 2021, waar de score steeg met de leeftijd. De trend in juni blijft echter verschillend van die vastgesteld in 2018 waar de gemiddelde EQ-5D-score significant daalde met de leeftijd: van 0,85 bij de 15-29-jarigen tot 0,72 bij de 65-plussers (Figuur 4).

Een EQ-5D-score die stijgt of stabiel blijft 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 angst/depressieproblemen aangeeft.

**Figuur 3 | Gemiddelde EQ-5D-score bij de bevolking van 18 jaar en ouder, volgens geslacht, 2<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup> en 7<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquêtes en Gezondheidsenquête 2018, België**

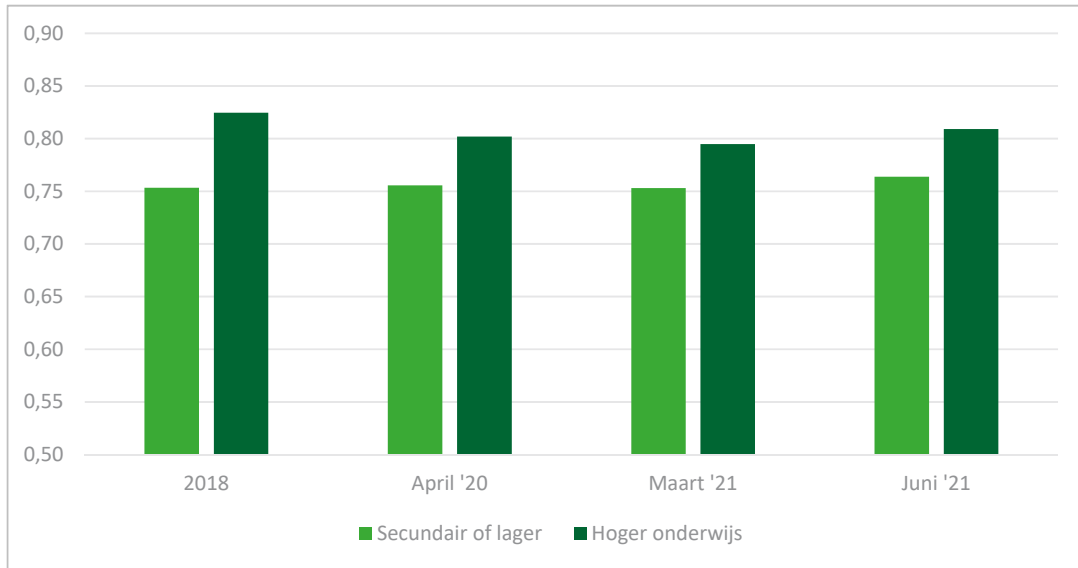


**Figuur 4 | Gemiddelde EQ-5D-score bij de bevolking van 18 jaar en ouder, volgens leeftijd, 2<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup> en 7<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquêtes en Gezondheidsenquête 2018, België**



Tot slot kan een significant verschil in HRQoL volgens opleidingsniveau worden vastgesteld: de gemiddelde EQ-5D-score stijgt met het opleidingsniveau en dit voor de 4 enquêtes (Figuur 5). Het is echter interessant op te merken dat de score tussen 2018 en juni 2021 is gestegen bij de lager opgeleiden (van 0,75 tot 0,76). De score is daarentegen significant gedaald bij de hoger opgeleiden: van 0,82 in 2018 tot 0,81 in juni 2021.

**Figuur 5 | Gemiddelde EQ-5D-score bij de bevolking van 18 jaar en ouder, volgens opleidingsniveau, 2<sup>de</sup>, 6<sup>de</sup> en 7<sup>de</sup> COVID-19-gezondheidsenquêtes en Gezondheidsenquête 2018, België**



## 4. Impact van de coronacrisis op verschillende levensdomeinen

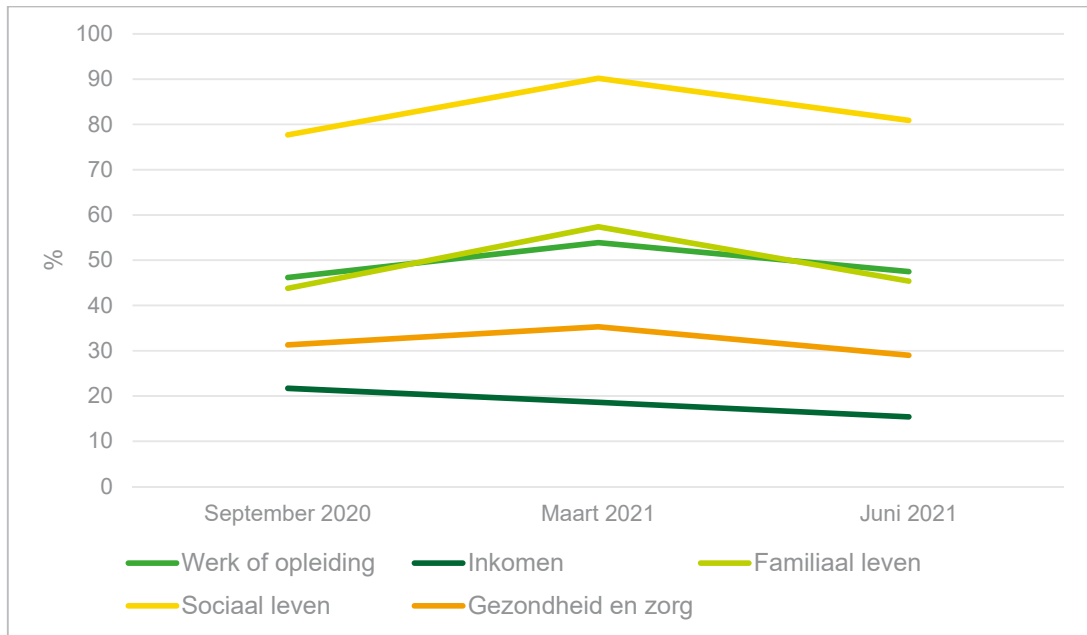
### 4.1. BELANGRIJKSTE RESULTATEN

- Het percentage personen van 18 jaar en ouder dat een negatieve impact van de coronacrisis ondervindt, is sinds maart 2021 voor alle levensdomeinen, behalve voedingsgewoonten en lichaamsgewicht, significant afgenomen.
- Voor de levensdomeinen 'gezondheid en zorg' en 'toekomstperspectieven' is het percentage van juni 2021 zelfs significant lager dan dat van september 2020.
- De top drie van de levensdomeinen waarop de coronacrisis nu nog een negatieve impact heeft, zijn het sociaal leven (81%), reizen/vakantie (77%) en de vrijetijdsactiviteiten (76%).
- 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 lichaamsgewicht en hun toekomstperspectieven.
- Twee leeftijdsgroepen springen eruit voor wat een negatieve impact van de coronacrisis op levensdomeinen betreft:
  - In de eerste plaats de jongvolwassenen van 18-29 jaar. Zij ervaren het vaakst een negatieve impact op de meeste levensdomeinen, zijnde werk of opleiding, inkomen, familiaal leven, sociaal leven, lichaamsbeweging, voedingsgewoonten en vakantie/reizen.
  - Personen van 30-49 jaar geven dan weer vaker aan een negatieve impact te ondervinden op de levensdomeinen lichaamsgewicht, vrijetijdsactiviteiten en gezondheid en zorg.
- Personen die wonen in koppel met kind(eren) geven vaker een negatieve impact van de coronacrisis op levensdomeinen aan m.b.t. ontspanning: hun sociaal leven, vrijetijdsactiviteiten en vakantie/reizen.
- De verschillen volgens opleidingsniveau zijn de volgende:
  - hoger opgeleiden ervaren vaker een negatieve impact van de coronacrisis op de domeinen werk of opleiding, familiaal leven, sociaal leven, lichaamsbeweging, vrijetijdsactiviteiten, reizen/vakantie en toekomstperspectieven;
  - lager opgeleiden ervaren dan weer vaker een negatieve impact van de coronacrisis op hun inkomen.

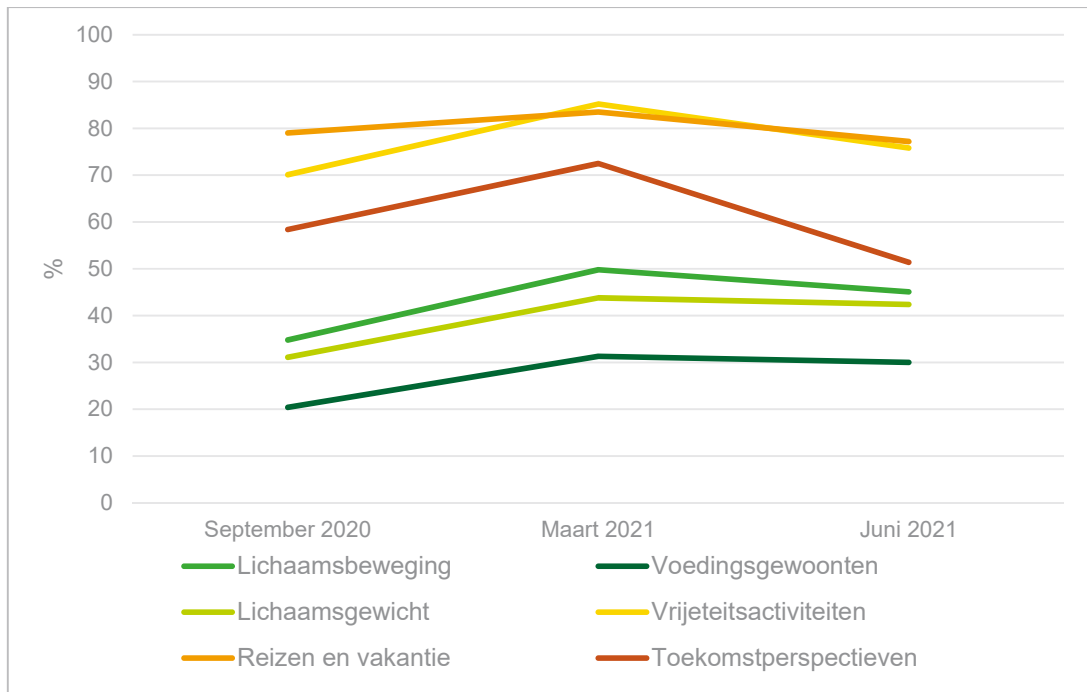
De coronacrisis, en de maatregelen genomen om de verspreiding van dit virus in te dammen, heeft een belangrijke impact op ons dagelijks leven. In september 2020, gingen we voor het eerst na wat de impact (negatief, geen of positief) is op verschillende levensdomeinen. In maart en juni 2021 zijn we dit 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 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.

## 4.2. BESPREKING VOLGENS LEVENSDOMEIN

Figuur 6 | Percentage personen (18 jaar en ouder) dat een negatieve impact van de coronacrisis op de volgende levensdomeinen ondervindt, COVID-19-gezondheidsenquêtes, België 2020 en 2021



Figuur 7 | Percentage personen (18 jaar en ouder) dat een negatieve impact van de coronacrisis op de volgende levensdomeinen ondervindt, 4<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup> en 7<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête, België 2020 en 2021



#### 4.2.1. Werk of opleiding

In juni 2021 geeft iets minder dan de helft van de personen van 18 jaar en ouder aan nog steeds een negatieve impact van de coronacrisis op hun werk of opleiding te ondervinden (48%), voor 38% heeft deze crisis geen impact op hun werk of opleiding en 14% geeft een positieve impact aan. Ten opzichte van maart 2021 (54%) is het percentage personen van 18 jaar en ouder dat een negatieve impact van de coronacrisis op hun werk of opleiding ondervindt, na correctie voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau, significant gedaald, maar het is wel nog steeds significant hoger dan in september 2020 (46%) (Figuur 6). De belangrijkste vaststelling is dat de negatieve impact van de coronacrisis op het werk of de opleiding, zoals ook in september 2020 en maart 2021, zeer hoog is bij de jongvolwassenen (75% in de leeftijdsgroep van 18-29 jaar, een significant verschil t.o.v. de oudere leeftijdsgroepen: 56% in de leeftijdsgroep van 30-49 jaar, 41% in de leeftijdsgroep van 50-64 jaar en 17% in de leeftijdsgroep van 65 jaar en ouder). Daarnaast is het percentage hoger opgeleiden dat een negatieve impact van de coronacrisis op hun werk of opleiding ondervindt (54%) hoger dan het percentage lager opgeleiden (44%), een significant verschil na correctie voor leeftijd en geslacht.

#### 4.2.2. Inkomen

In juni 2021 geeft 15% van de personen van 18 jaar en ouder aan nog steeds een negatieve impact van de coronacrisis op hun inkomen te ondervinden, voor 76% heeft deze crisis geen impact op hun inkomen en 8% geeft een positieve impact aan. Positief is dat het percentage personen van 18 jaar en ouder dat een negatieve impact van de coronacrisis op hun inkomen ondervindt sinds september 2020 (22%) en maart 2021 (19%) is afgenomen, significante verschillen na correctie voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau (Figuur 6). Ook voor wat inkomen betreft, zijn het vooral de jongvolwassenen van 18-29 jaar die een negatieve impact ondervinden (19%), een percentage dat significant verschillend is dan dat van de 65-plussers (10%). Daarnaast is het percentage lager opgeleiden dat een negatieve impact van de coronacrisis op het inkomen ondervindt (17%) hoger dan bij de hoger opgeleiden (12%), een significant verschil na correctie voor leeftijd en geslacht.

#### 4.2.3. Familiaal leven

In juni 2021 geeft 45% van de personen van 18 jaar en ouder aan nog steeds een negatieve impact van de coronacrisis op hun familiaal leven te ondervinden, voor 39% heeft deze crisis geen impact op hun familiaal leven en 16% geeft een positieve invloed aan. In vergelijking met maart 2021 is het percentage personen van 18 jaar en ouder dat een negatieve impact van de coronacrisis op hun familiaal leven ondervindt (57%), na correctie voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau, significant afgenomen; wel is dit percentage nog licht, maar significant hoger dan in september 2020 (44%) (Figuur 6). Ook op het gebied van het familiaal leven is het percentage jongvolwassenen van 18-29 jaar dat een negatieve impact door de coronacrisis ondervindt (50%) significant hoger dan bij de 65-plussers (40%), een significant verschil. Daarnaast geven hoger opgeleiden vaker aan een negatieve impact te ondervinden (50%) dan lager opgeleiden (43%), een significant verschil na correctie voor leeftijd en geslacht.

#### 4.2.4. Sociaal leven

Voor veel mensen heeft de coronacrisis nu nog een negatieve impact op hun sociaal leven (81%), voor 12% heeft de coronacrisis geen impact op hun sociaal level en voor 7% een positieve impact. Het percentage dat nu nog een negatieve impact van de coronacrisis op hun sociaal level ondervindt is t.o.v. maart 2021 (90%) significant afgenomen na correctie voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau, maar is wel nog significant hoger dan in september 2020 (78%) (Figuur 6). Ook voor dit domein, zijn het vooral de jongvolwassenen van 18-29 jaar die een negatieve impact ondervinden (88%), een percentage dat significant verschillend is dan dat van de oudere leeftijdsgroepen (85% van de 30-49-jarigen, 78% van de 50-64-jarigen en 73% van de 65-plussers). Personen die wonen in koppel met kind(eren) geven, na correctie voor leeftijd en geslacht, significant vaker aan dan personen die wonen in koppel zonder kind(eren) dat de coronacrisis een negatieve impact heeft op hun sociaal leven (85% versus 77%). Daarnaast is er ook een significant verschil volgens opleidingsniveau. Hoger opgeleiden geven vaker aan dat de coronacrisis een negatieve impact heeft op hun sociaal leven (89%) dan lager opgeleiden (77%).

#### 4.2.5. Gezondheid en zorg

In juni 2021 geeft 29% van de personen van 18 jaar en ouder aan dat de coronacrisis nog steeds een negatieve impact heeft op hun gezondheid en zorg, 63% ondervindt geen impact en voor 8% van deze personen heeft deze crisis een positieve invloed op hun gezondheid en zorg. Positief is dat het percentage personen van 18 jaar en ouder dat een negatieve impact van de coronacrisis op hun gezondheid en zorg ondervindt, na correctie voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau, significant is gedaald, niet alleen t.o.v. maart 2021 (35%), maar ook t.o.v. september 2020 (31%) (Figuur 6). Het percentage personen van 30-49 jaar dat een negatieve impact van de coronacrisis op hun gezondheid en zorg ondervindt (34%) is significant hoger dan in de oudere leeftijdsgroepen (32% in de leeftijdsgroep van 50-64 jaar en 22% in de leeftijdsgroep van 65 jaar en ouder).

#### 4.2.6. Lichaamsbeweging

In juni 2021 geeft 45% van de personen van 18 jaar en ouder aan dat de coronacrisis nog steeds een negatieve impact heeft op hun lichaamsbeweging, voor 39% heeft de crisis geen impact en voor 16% een positieve impact op hun lichaamsbeweging. Het percentage personen van 18 jaar en ouder dat nu nog een negatieve impact van de coronacrisis op hun lichaamsbeweging ondervindt, is, na correctie voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau, significant lager dan in maart 2021 (50%), maar wel nog significant hoger dan in september 2020 (35%) (Figuur 7). De negatieve impact van de coronacrisis op de lichaamsbeweging is het hoogst bij jongvolwassenen (55% van de 18-29-jarigen t.o.v. 50% van de 30-49-jarigen, 41% van de 50-64-jarigen en 36% van de 65-plussers, significante verschillen). Dit percentage is ook, na correctie voor leeftijd en geslacht, significant hoger bij hoger opgeleiden (48%) dan bij lager opgeleiden (44%).

#### 4.2.7. Voedingsgewoonten

In juni 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 (30%), voor 58% heeft deze crisis geen impact op hun voedingsgewoonten en 12% geeft een positieve invloed aan. Het percentage personen van 18 jaar en ouder dat nu nog een negatieve impact van de coronacrisis op hun voedingsgewoonten ondervindt is, na correctie voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau, niet significant veranderd t.o.v. maart 2021 (31%) en is dus nog altijd significant hoger dan in september 2020 (20%) (Figuur 7). Ook voor dit domein geven jongvolwassenen van 18-29 jaar het vaakst een negatieve impact aan (39% tegenover 36% van de 30-49-jarigen, 27% van de 50-64-jarigen en 17% van de 65-plussers, significante verschillen).

#### 4.2.8. Lichaamsgewicht

In juni 2021 geeft 42% van de personen van 18 jaar en ouder aan dat de coronacrisis nog steeds een negatieve impact heeft op hun lichaamsgewicht, voor 46% heeft deze crisis geen impact en voor 12% een positieve impact op hun lichaamsgewicht. Het percentage personen van 18 jaar en ouder dat nu nog een negatieve impact van de coronacrisis op hun lichaamsgewicht ondervindt is, na correctie voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau, niet significant veranderd t.o.v. maart 2021 (44%) en is dus nog altijd significant hoger dan in september 2020 (31%) (Figuur 7). Het percentage vrouwen dat aangeeft dat de coronacrisis een negatieve impact heeft op hun lichaamsgewicht (44%) is significant hoger dan het percentage mannen (41%). Personen in de leeftijdsgroep van 30-49 jaar geven significant vaker aan dat de coronacrisis een negatieve impact heeft op hun lichaamsgewicht dan 65-plussers (48% versus 33%).

#### 4.2.9. Vrijtijdsactiviteiten

Drie op de 4 personen van 18 jaar en ouder geven in juni 2021 aan dat de coronacrisis nog steeds een negatieve impact heeft op hun vrijetijdsactiviteiten (76%), voor 19% heeft de crisis geen impact en voor 8% een positieve impact op hun vrijetijdsactiviteiten. Ten opzichte van maart 2021 (85%) is het percentage personen van 18 jaar en ouder dat een negatieve impact van de coronacrisis op hun vrijetijdsactiviteiten ondervindt, na correctie van leeftijd, geslacht en opleidingsniveau, significant gedaald, maar het is nog steeds significant hoger dan in september 2020 (70%) (Figuur 7). Personen van 30-49 jaar geven significant vaker aan dat de coronacrisis een negatieve impact heeft op hun vrijetijdsactiviteiten (82%) dan de 50-64-jarigen (72%) en de 65-plussers (68%). Daarnaast ondervinden ook personen die wonen in koppel met kind(eren)

vaker dan personen die wonen in koppel zonder kind(eren) een negatieve impact van de coronacrisis op hun vrijetijdsactiviteiten (80% versus 73%), alsook de hoger opgeleiden (83%) dan de lager opgeleiden (72%), significante verschillen na correctie voor leeftijd en geslacht.

#### **4.2.10. Reizen en vakantie**

Ook geven iets meer dan 3 op de 4 personen van 18 jaar en ouder in juni 2021 aan dat de coronacrisis nog steeds een negatieve impact heeft op hun reizen en vakantie (77%), voor 20% heeft de crisis geen impact en voor 3% een positieve impact op hun reizen en vakantie. Het percentage personen van 18 jaar en ouder dat nog steeds een negatieve impact van de coronacrisis op hun reizen en vakantie ondervindt, is, na correctie voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau, significant gedaald t.o.v. maart 2021 (85%) en komt zo terug op het niveau van september 2020 (79%) (Figuur 7). Het percentage mannen dat een negatieve impact op hun reizen en vakantie ervaart (79%) is significant hoger dan het percentage vrouwen (76%). Jongeren van 18-29 jaar geven het vaakst aan dat de coronacrisis een negatieve impact heeft op hun reizen en vakantie (84% tegenover 82% bij de 30-49-jarigen, 75% bij de 50-64-jarigen en 67% bij de 65-plussers, significante verschillen). Daarnaast geven personen die in koppel met kind(eren) wonen, na correctie voor leeftijd en geslacht, significant vaker aan dat de coronacrisis een negatieve impact op hun reizen en vakantie heeft (82%) dan personen die wonen in koppel zonder kind(eren) (78%). Dit geldt ook voor hoger opgeleiden (85%) t.o.v. lager opgeleiden (73%).

#### **4.2.11. Toekomstperspectieven**

Iets meer dan de helft van de personen van 18 jaar en ouder geeft in juni 2021 aan dat de coronacrisis nog steeds een negatieve impact heeft op hun toekomstperspectieven (51%), voor 39% heeft de crisis geen impact en voor 10% een positieve impact op hun toekomstperspectieven. Bovendien is het percentage personen van 18 jaar en ouder dat aangeeft dat de coronacrisis een negatieve impact heeft op hun toekomstperspectieven, na correctie voor leeftijd en geslacht, significant gedaald, niet alleen t.o.v. maart 2021 (72%), maar ook t.o.v. september 2020 (58%) (Figuur 7). Vrouwen geven vaker aan dan mannen dat de coronacrisis een negatieve impact heeft op hun toekomstperspectieven (respectievelijk 54% en 49%, een significant verschil). Daarnaast geven hoger opgeleiden significant vaker aan dan lager opgeleiden dat de coronacrisis een negatieve impact heeft op hun toekomstperspectieven (54% versus 50%).



## 5. Sociale gezondheid

### 5.1. BELANGRIJKSTE RESULTATEN

- 28% van de bevolking van 18 jaar en ouder is ontevreden over zijn sociale contacten
- 28% van de bevolking van 18 jaar en ouder meldt een zwakke sociale ondersteuning van zijn omgeving.
- 22% van de bevolking van 18 jaar en ouder voelt zich ernstig eenzaam.

In alle COVID-19-gezondheidsenquêtes werd er gepeild naar de sociale gezondheid. Vragen rond de ontevredenheid over sociale contacten en de mate van sociale ondersteuning kwamen in elke editie aan bod. Hierdoor kunnen we de evolutie van deze indicatoren doorheen de volledige coronacrisis in België bestuderen. In de 6<sup>e</sup> en 7<sup>e</sup> editie (deze van maart en juni 2021) werd er ook een maat voor eenzaamheid toegevoegd.

### 5.2. ONTEVREDENHEID OVER SOCIALE CONTACTEN

In juni 2021 geeft 28% van de bevolking van 18 jaar en ouder aan ontevreden is over zijn sociale contacten<sup>1</sup>. Dit is een sterke afname in vergelijking met maart 2021 (toen 63%). De evolutie van deze indicator doorheen de coronacrisis varieert naargelang de geldende maatregelen voor sociale contacten. In juni 2021 waren de regels rond o.a. het aantal contacten binnen en buiten, de horeca en het telewerk soepeler dan in maart 2021 (Figuur 8). Het percentage dat ontevreden is over zijn sociale contacten blijft weliswaar hoger dan het percentage dat gerapporteerd werd 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:

- Mannen en vrouwen zijn in dezelfde mate ontevreden over hun sociale contacten (28%).
- Zowel bij mannen als vrouwen nam de ontevredenheid over de sociale contacten sterk af in vergelijking met de vorige enquête (mannen: van 61% naar 28%, vrouwen: van 64% naar 28%).
- De leeftijdsverschillen voor wat ontevredenheid over sociale contacten betreft worden weergegeven in Figuur 8. De oudste leeftijdsgroep (65+) is het minst vaak ontevreden over zijn sociale contacten, significant minder vaak dan alle jongere leeftijdsgroepen (21% vs. 29-32%).
- De ontevredenheid over de sociale contacten daalde in elke leeftijdsgroep t.o.v. de vorige enquête (Figuur 8). De afname is weliswaar het minste in de leeftijdsgroep 18-29 jaar (van 56% naar 32%).

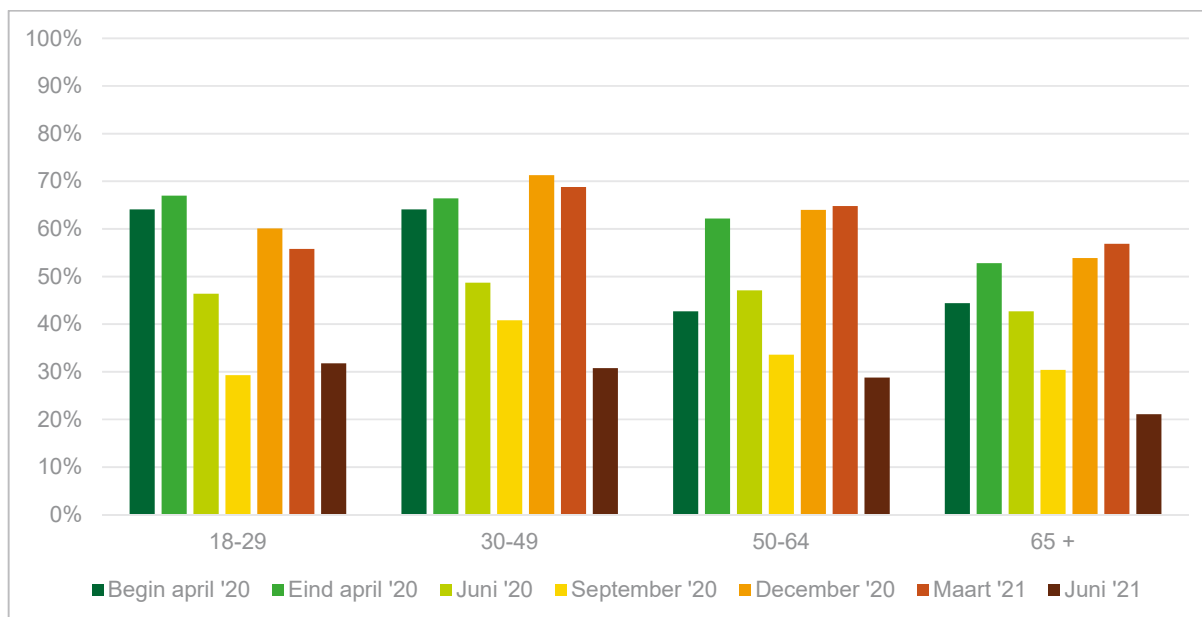
Daarnaast tonen de resultaten van juni 2021 aan dat de ontevredenheid over de sociale contacten ook varieert naar andere achtergrondkenmerken (statistisch significant na correctie voor leeftijd en geslacht):

- Personen die invalide zijn (41%) rapporteren vaker ontevredenheid over hun sociale contacten dan personen met betaald werk (29%) en gepensioneerden (21%).
- Personen die minstens één ziekte gemeld hebben<sup>2</sup> zijn vaker ontevreden over hun sociale contacten dan diegenen die geen ziektes melden (resp. 34% t.o.v. 27%).

<sup>1</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)".

<sup>2</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.

**Figuur 8 |** Percentage personen (18 jaar en ouder) dat ontevreden is over zijn sociale contacten, volgens leeftijd, COVID-19-gezondheidsenquêtes, België 2020-2021



### 5.3. KWALITEIT VAN SOCIALE ONDERSTEUNING

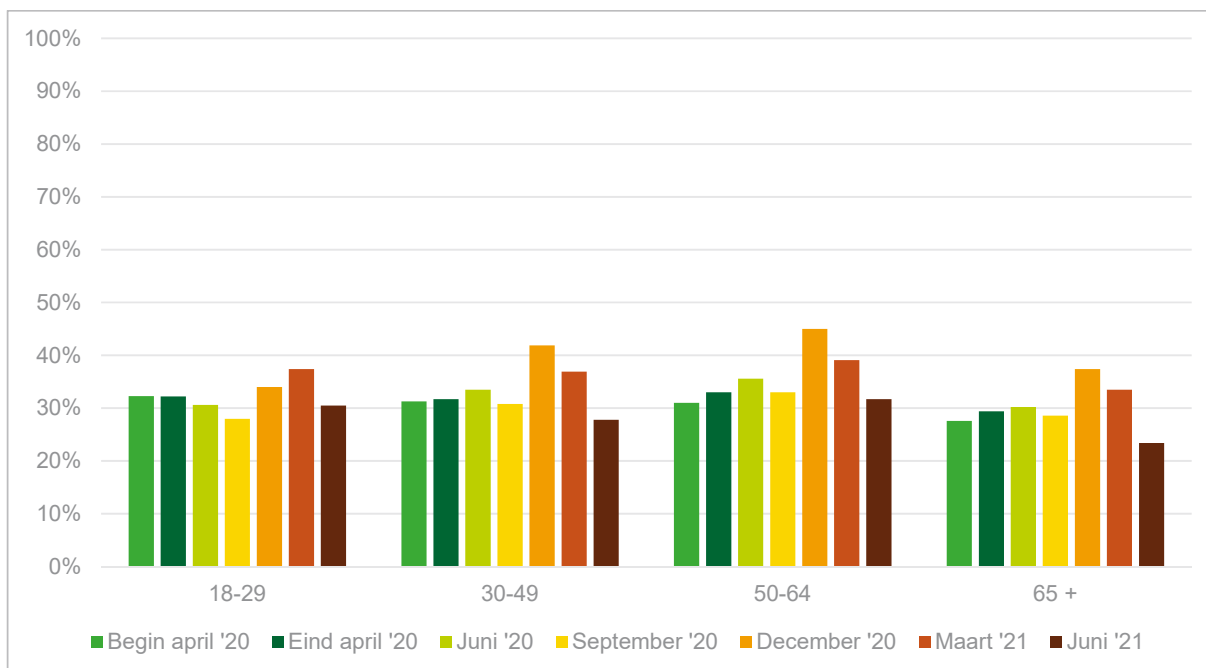
In juni 2021 geeft 28% van de bevolking van 18 jaar en ouder aan zich zwak ondersteund te voelen door zijn omgeving<sup>3</sup>. Dit percentage nam af in vergelijking met de resultaten van de vorige enquête (toen 37%). Het percentage is gelijkaardig aan de percentages gerapporteerd in de vier eerste COVID-19-gezondheidsenquêtes (toen 30,5%-33%) (Figuur 9). Het blijft wel hoger dan de cijfers uit “normale tijden”. In de gezondheidsenquête 2018 gaf slechts 16% van de bevolking van 18 jaar en ouder een zwakke sociale ondersteuning aan.

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

- In juni 2021 meldt 28% van de bevolking (zowel mannen als vrouwen) een zwakke sociale ondersteuning.
- Voor beide geslachten kunnen we hieromtrent een daling vaststellen in vergelijking met de vorige enquête (bij mannen: van 38% naar 28%, bij vrouwen: van 35,5% naar 28%).
- Het percentage van de bevolking (van 18 jaar en ouder) dat een zwakke sociale ondersteuning meldt is het laagst bij de 65-plussers (23%). Het verschil tussen de oudste leeftijdsgroep en de jongere leeftijdsgroepen is statistisch significant. De 30-49-jarigen voelen zich ook minder vaak zwak ondersteund dan de 50-64-jarigen (28% vs. 32%) (Figuur 9).
- De cijfers voor zwakke sociale ondersteuning zijn in elke leeftijdsgroep gedaald in vergelijking met de vorige enquête (Figuur 9).

<sup>3</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?”

**Figuur 9 |** Percentage personen (18 jaar en ouder) dat slechts een beperkte sociale ondersteuning meldt, volgens leeftijd, COVID-19-gezondheidsenquêtes, België 2020-2021



Daarnaast wijzen de resultaten van juni 2021 ook op verschillen in de gepercipieerde sociale ondersteuning naar andere achtergrondkenmerken (statistisch significant na correctie voor leeftijd en geslacht):

- Alleenwonenden met kind(eren) (39%), alleenwonenden (34%) en mensen die samenwonen met ouder(s), familie, vrienden of kennissen (32%) rapporteren vaker een zwakke sociale ondersteuning dan koppels met of zonder kind(eren) (resp. 25% en 24%).
- Personen met hoogstens een diploma secundair onderwijs (31%) melden vaker dat ze zwak ondersteund worden door hun omgeving dan personen met een diploma hoger onderwijs (23+5%).
- Personen die invalide (52%) of werkloos zijn (niet tijdelijk technisch werkloos) (42%) rapporteren vaker een zwakke sociale ondersteuning dan personen met betaald werk (26%) of gepensioneerden (24%).
- Personen die gerapporteerd hebben dat ze minstens één ziekte hebben<sup>4</sup> melden vaker een zwakke sociale ondersteuning dan diegenen die geen ziektes rapporteerden (resp. 37% t.o.v. 27%).

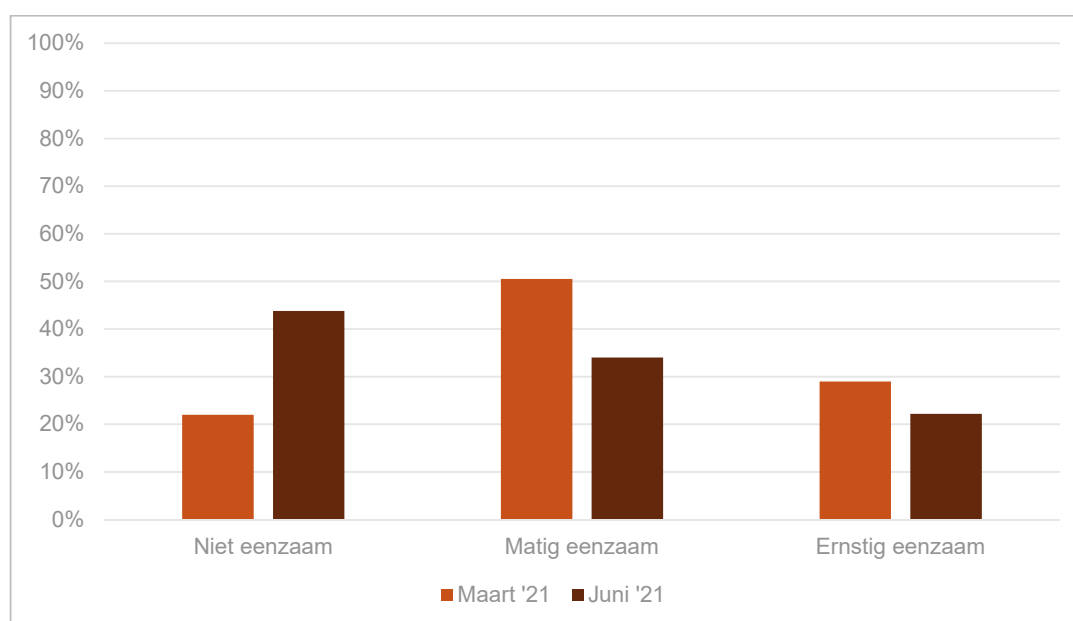
<sup>4</sup> Ten minste één van de volgende ziekten: chronische longaandoening, chronische hart- en vaatziekte, diabetes, chronische neurologische aandoening, chronische nierziekte, chronisch leverlijden, kanker of bloedkanker, ziekte of aandoening die het immuunsysteem aantast en getransplanteerd of op wachtlijst voor transplantatie.

## 5.4. 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> en 7<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête werd eenzaamheid gemeten met behulp van de verkorte eenzaamheidsschaal van De Jong Gierveld.<sup>5</sup>

De resultaten van juni 2021 tonen aan dat 44% van de bevolking van 18 jaar en ouder zich niet eenzaam voelt, 34% zich matig eenzaam voelt en 22% zich ernstig eenzaam voelt. De cijfers zijn verbeterd ten opzichte van de vorige enquête (toen niet eenzaam: 21%, matig eenzaam: 50,5% en ernstig eenzaam: 29%) (Figuur 10).

**Figuur 10 | Percentage personen (18 jaar en ouder) naar eenzaamheid, COVID-19-gezondheidsenquêtes, België 2021**



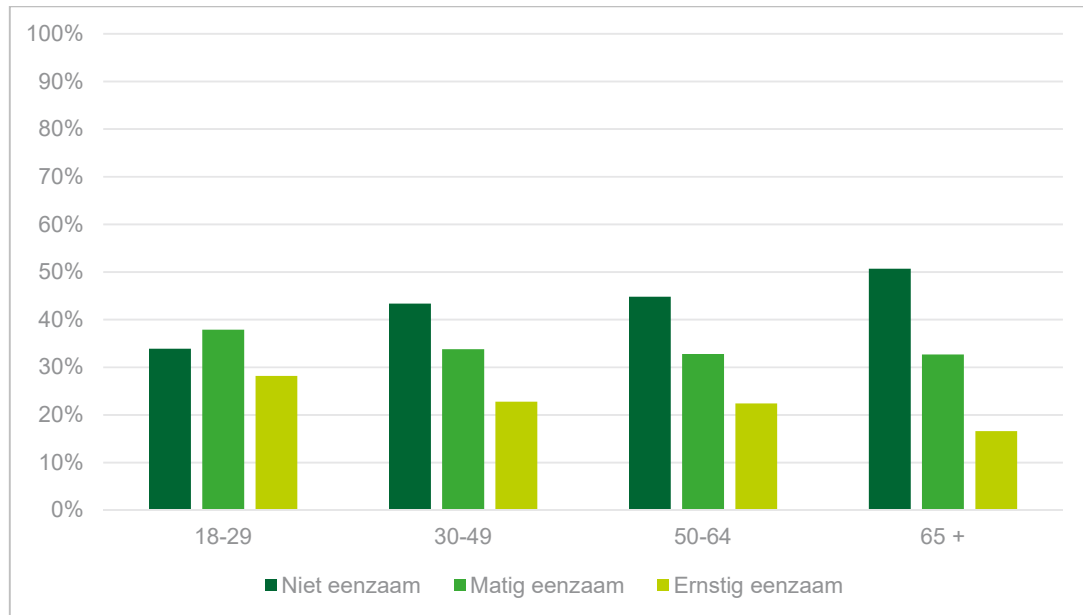
De resultaten naar geslacht en leeftijd voor wat eenzaamheid betreft zijn als volgt:

- Vrouwen en mannen scoren gelijkaardig op het vlak van eenzaamheid. (mannen niet eenzaam: 44%, matig eenzaam: 34% en ernstig eenzaam: 22% vs. vrouwen niet eenzaam: 43%, matig eenzaam: 34% en ernstig eenzaam: 22%).
- Zowel bij mannen als vrouwen zijn de cijfers omtrent eenzaamheid verbeterd in vergelijking met de vorige enquête.
- De 65-plussers rapporteren het minst vaak ernstige eenzaamheid (17%). Het verschil t.o.v. alle jongere leeftijdsgroepen is statistisch significant. Bij de oudste leeftijdsgroep is de proportie personen in de categorie "Niet eenzaam" ook het hoogste (51%) terwijl dit aandeel het laagste is bij de jongste leeftijdsgroep (34%). Het aantal personen dat in de categorie "Niet eenzaam" zit is significant lager in de jongste leeftijdsgroep dan in de oudere leeftijdsgroepen (Figuur 11).

<sup>5</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.

- De cijfers voor eenzaamheid zijn in elke leeftijdsgroep verbeterd in vergelijking met de vorige enquête met uitzondering voor de jongste leeftijdsgroep. Bij de 18-29-jarigen blijft het aantal personen dat een ernstige eenzaamheid meldt constant (28%).

**Figuur 11 | Percentage personen (18 jaar en ouder) naar eenzaamheid, volgens leeftijd, 7de COVID-19-gezondheidsenquête, België 2021**



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) (30%) en alleenwonenden (29%) rapporteren vaker een ernstige eenzaamheid dan koppels met of zonder kind(eren) (resp. 18% en 17%). Het percentage personen dat geen eenzaamheid ervaart is het laagst bij alleenwonenden met of zonder kind(eren) (resp. 35% en 36%) en bij personen die samenwonen met ouder(s), familie, vrienden of kennissen (31%) en het hoogst bij koppels met of zonder kinderen (51%).
- Eenzaamheid hangt samen met iemand zijn opleidingsniveau: personen met hoogstens een diploma secundair onderwijs bevinden zich vaker in de categorie “Ernstig eenzaam” dan personen met een diploma hoger onderwijs (24,5% vs. 18%). Lager opgeleiden bevinden zich ook minder vaak in de categorie “Niet eenzaam” (41% vs. 50%).
- Personen die invalide zijn worden het vaakst getroffen door eenzaamheid: zij zijn vaker ernstig eenzaam (49%) dan personen met betaald werk (21%), personen die werkloos zijn (niet tijdelijk technisch werkloos) (30%), studenten (29%) en gepensioneerden (16%). Bij de invalide personen is het aandeel personen in de categorie “Niet eenzaam” ook het laagst (18%). Personen die werkloos zijn melden vaker ernstige eenzaamheid en minder vaak geen eenzaamheid dan personen die betaald werk hebben of gepensioneerd zijn.

- Personen die gerapporteerd hebben dat ze minstens één ziekte hebben<sup>6</sup> voelen zich vaker ernstig eenzaam (28%) en zitten minder vaak in de categorie “Niet eenzaam” (37%) dan personen die geen ziekten rapporteerden (ernstig eenzaam: 21%, niet eenzaam: 45%).

---

<sup>6</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.

## 6. Geestelijke gezondheid

### 6.1. BELANGRIJKSTE RESULTATEN

- In juni 2021 werd 15% van de volwassen bevolking getroffen door een depressieve stoornis en 16% door een angststoornis. Deze prevalenties liggen 5 procentpunten lager in vergelijking met die vastgesteld in de laatste 2 enquêtes, maar blijven wel nog steeds 5 procentpunten hoger in vergelijking met 2018.
- Zoals ook vastgesteld in vorige COVID-19-gezondheidsenquêtes, varieert de frequentie van deze geestelijke gezondheidsproblemen naargelang de leeftijd. Zo worden jongvolwassenen (18-29 jaar) nog steeds het meest getroffen door angst- (27%) en depressieve symptomen (24,5%), terwijl ouderen (65 jaar en ouder) het minst worden getroffen (respectievelijk 7% en 6%).
- De overgrote meerderheid van de volwassenen (18+ jaar) heeft slaapproblemen. Dit percentage schommelt sinds het begin van de COVID-19 crisis rond 72%, en is in deze enquête (juni 2021) niet anders.
- Daarentegen is de gemiddelde vitaliteitsscore bij de volwassen bevolking tussen de enquêtes van juni 2020 en juni 2021 gedaald. De jongere bevolking blijft achter: minder dan één op de tien personen tussen 18 en 29 jaar bereikt de "optimale" vitaliteitsdrempel.
- Uit het onderzoek blijkt dat 10,5% van de respondenten in de afgelopen 12 maanden aan zelfmoord heeft gedacht, en dat 7 op duizend (0,7%) in dezelfde periode een zelfmoordpoging heeft gedaan. Jongvolwassenen (18-29 jaar) hebben het vaakst in de afgelopen 12 maanden aan zelfmoord gedacht (17%), hoewel dit een daling is ten opzichte van de resultaten van maart 2021 (25%). Deze cijfers zijn echter nog steeds hoger dan in 'gewone' tijden.
- De index voor levenstevredenheid laat bemoedigende resultaten zien: in vergelijking met de afgelopen maanden december 2020 en maart 2021 is het percentage mensen die niet erg tevreden zijn aanzienlijk gedaald van 32% tot 13%. Meer dan één op de vier jonge vrouwen tussen 18 en 29 jaar geeft echter aan niet erg tevreden te zijn met hun leven (28%).
- Deze indicatoren voor geestelijke gezondheid zijn niet gelijkmatig verdeeld over de bevolking. Naast jongvolwassenen, die in het bijzonder door deze crisis worden getroffen, zijn de mensen die het meeste risico lopen diegenen die alleen wonen (eenpersoonshuishoudens en eenoudergezinnen), lager opgeleiden en/of beroepsmatig inactief (behalve de gepensioneerden) zijn.
- Uit enkele exploratieve analyses is gebleken dat geestelijke gezondheidsproblemen vaker voorkomen naarmate de cumulatieve negatieve impact van de crisis op verschillende levensdomeinen groter is. Zij benadrukten ook de beschermende rol van sociale contacten en sociale steun voor de geestelijke gezondheid van iedereen.

#### Conclusie :

Terwijl in juni 2021 alle indicatoren voor het opvolgen van de epidemie (incidentie, besmettings- en reproductiecijfers, ziekenhuisopnames, IC-opnames en sterfgevallen gerelateerd aan COVID-19) zijn verbeterd en de druk van de beperkende maatregelen op onze levensstijl afneemt, zijn er op het niveau van de bevolking betere resultaten op het gebied van welzijn en levenstevredenheid, en als gevolg daarvan ook minder geestelijke gezondheidsproblemen dan in de voorgaande zes maanden. Niettemin blijft het aantal mensen die kampen met geestelijke gezondheidsproblemen hoog en komen zij meer voor bij jongvolwassenen, vrouwen, alleenstaanden of eenoudergezinnen, werklozen of invalide personen, en laaggeschoolden. Diegenen die daarentegen beter in staat zijn de crisis zonder al te veel psychologische en sociale schade te doorstaan, zijn diegenen die als koppel leven, hoger onderwijs hebben genoten en/of een betaalde baan hebben. Deze sociale ongelijkheden in de geestelijke gezondheid werden reeds aan het begin van de epidemie vastgesteld. Zij getuigen van de kwetsbaarheid van de meest achtergestelden voor de bijkomende moeilijkheden die de gezondheids crisis en haar sociaal-economische gevolgen in hun geheel met zich brengen.

De COVID-19 pandemie heeft aangetoond dat een dergelijke crisis het aanpassingsvermogen van de mensen onverbiddelijk aantast, met psychisch leed tot gevolg. Hoewel sommige bevolkingsgroepen relatief weinig last hadden van de gezondheids crisis en/of er goed tegen bestand waren, werden sommige groepen zwaar getroffen of beschikten niet over de middelen om de ongekende situatie en de sociaal-economische gevolgen ervan het hoofd te bieden. Dit wordt gevolgd door tekenen van psycho-emotionele decompensatie die van voorbijgaande of langdurige aard kunnen zijn.

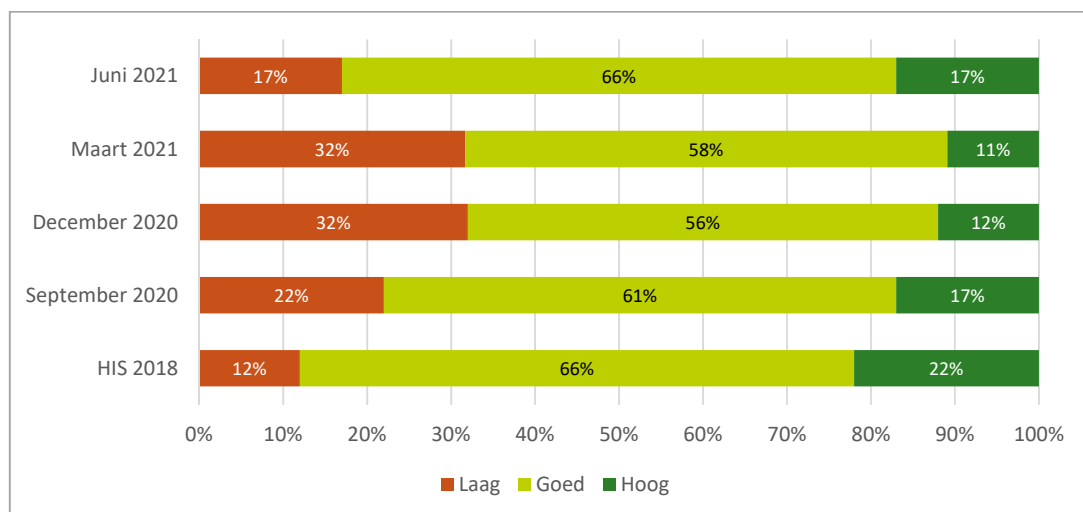
Daarom was het belangrijk de geestelijke gezondheid sinds het begin van de coronacrisis systematisch op te volgen in de COVID-19-gezondheidsenquêtes, afgenomen door Sciensano. Zoals vele gelijkaardige internationale studies, benadrukken de Belgische resultaten de impact van de pandemie en de daaropvolgende maatregelen op de geestelijke gezondheid van de bevolking. Dit deel van het 7<sup>e</sup> rapport gaat over levenstevredenheid, angst en depressie, zelfmoordneigingen, slaapstoornissen en vitaliteit, en dit aan de vooravond van een versoepeling van de beperkingen die zijn ingesteld om de virale circulatie tegen te gaan. De resultaten van juni 2021 worden vergeleken met die van eerdere COVID-19-gezondheidsenquêtes en met die van de laatste Nationale Gezondheidsenquête (HIS) van Sciensano, die plaatsvond voor de crisis (2018).

## 6.2. LEVENSTEVREDENHEID

Levenstevredenheid - waarbij het gaat om een subjectieve beoordeling - is een betrouwbare maatstaf voor het subjectief welzijn. De tevredenheid wordt geschat op een 11-punten Cantril-schaal, gaande van 0 = helemaal niet tevreden tot 10 = volledig tevreden. Dit resulteert in twee indicatoren, waarbij de eerste een gemiddelde score weergeeft en de tweede drie niveaus van tevredenheid onderscheidt, die worden aangeduid als "laag" (0-5), "goed" (6-8) en "hoog" (9 en 10). Deze schaal werd in de laatste 4 COVID-19-gezondheidsenquêtes (september en december 2020, en maart en juni 2021) opgenomen.

- De gemiddelde levenstevredenheid in juni 2021 is weer gestegen tot 6,9 (95% CI: 6,9-7,0), na een stagnatie sinds december 2020, toen de beperkingsmaatregelen strenger waren, op 6,1 (95% CI: 6,1-6,2). De levenstevredenheid bij de volwassen bevolking is echter gemiddeld nog steeds lager dan in 2018 (7,4).

**Figuur 12 | Verdeling van de personen (18 jaar en ouder) volgens niveau van levenstevredenheid (laag, goed, hoog), volgens enquête, HIS 2018 en COVID-19-gezondheidsenquêtes, België 2021**



- Figuur 12 toont de verdeling van de bevolking in functie van hun tevredenheidsniveaus en dit volgens enquête. In juni 2021 meldde 66% van de bevolking, net als in de HIS 2018, een goede levenstevredenheid. Anderzijds zijn er in juni 2021 nog steeds meer mensen (17%) die een lage levenstevredenheid rapporteren dan in 2018 (12%).

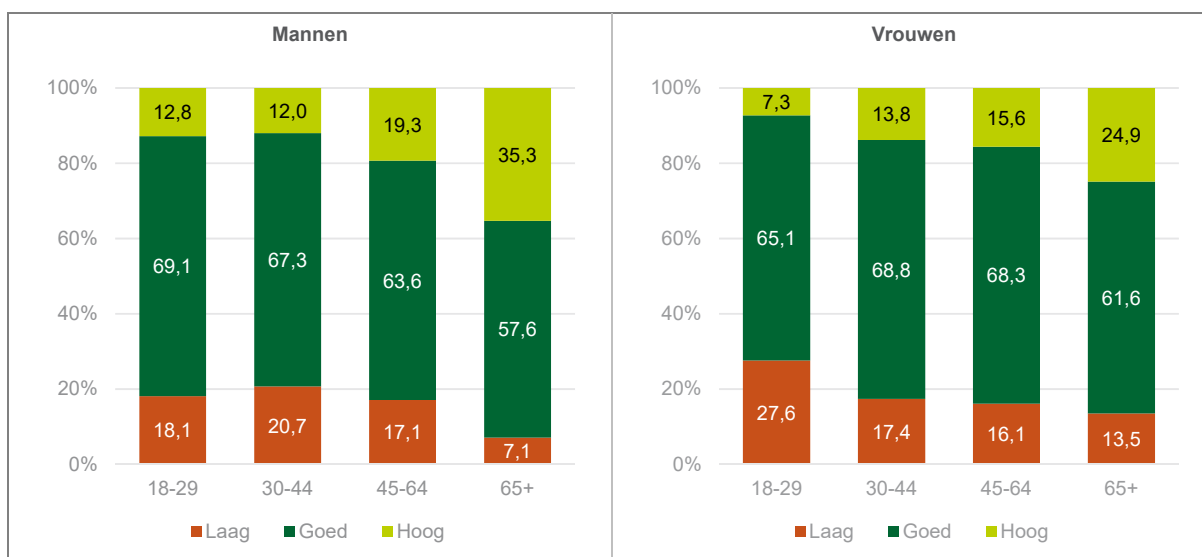


- Het percentage mensen die niet erg tevreden zijn met hun leven (17%) is niettemin aanzienlijk gedaald in vergelijking met de situatie in afgelopen maanden december en maart (32%). Bovendien is ook het percentage mensen die zeer tevreden zijn met hun leven tussen maart (11%) en juni 2021 (17%) toegenomen.

### 1.3.1 Socio-demografische kenmerken

- In juni 2021 hadden mannen en vrouwen gemiddeld een gelijkaardig niveau van levenstevredenheid (respectievelijk 7,0 en 6,9). Meer mannen dan vrouwen gaven echter een hoge levenstevredenheid (respectievelijk 19% en 16%) aan, en minder mannen gaven een lage levenstevredenheid (16% van de mannen en 18% van de vrouwen) aan.
- De levenstevredenheid neemt toe met de leeftijd. Het gemiddelde bij jongvolwassenen van 18-29 jaar is 6,4 en bereikt 7,6 bij de 65-plussers. Het aandeel dat aangeeft zeer tevreden te zijn, neemt ook toe met de leeftijd (Figuur 13).
- Het gemiddelde niveau van levenstevredenheid is in alle leeftijdsgroepen gestegen in vergelijking met maart 2021. In termen van proporties, geeft 23% van de jongvolwassenen (18-29 jaar) in juni 2021 aan niet erg tevreden te zijn met hun leven (tegenover 46% in maart 2021), terwijl dit voor de ouderen (65+) 11% bedroeg in juni 2021 (tegenover 19,5% in maart 2021). Opmerkelijk, uit de gezondheidsenquête van 2018 bleek dat slechts 12% van de 18-29-jarigen een lage levenstevredenheid rapporteerden en slechts 11% van de 65-plussers tevreden was. De situatie in juni 2021 blijft dus problematisch, vooral voor de jongvolwassenen.
- Van de 65-plussers zegt ongeveer één op de drie mannen en één op de vier vrouwen zeer tevreden te zijn met hun leven (Figuur 13). De mensen die het vaakst aangeven dat zij weinig tevreden zijn met hun leven zijn de jonge vrouwen (28%).

**Figuur 13 | Verdeling van de personen (18 jaar en ouder) volgens niveau van levenstevredenheid (laag, goed, hoog), volgens geslacht en leeftijd, 7<sup>de</sup> COVID-19-gezondheidsenquête, België 2021**



We kunnen stellen dat, ondanks een verbetering van de levenstevredenheid na 6 maanden strikte maatregelen, te veel jongvolwassenen hun leven nog steeds als onbevredigend ervaren. Ouderen zijn beter in staat om hun leven te waarderen, aangezien het percentage tevreden mensen vergelijkbaar is met dat van voor de crisis, zo blijkt uit de HIS-resultaten van 2018.

### 6.2.1. Socio-economische situatie

Sinds de eerste enquête in maart 2020 hebben we ons geconcentreerd op een reeks socio-economische factoren die bepaalde bevolkingsgroepen kwetsbaar maken voor de gezondheidscrisis. De groepen die als "risicogroepen" naar voor komen, blijken in alle enquêtes dezelfde. De resultaten van juni 2021 tonen nog eens aan dat:

- Alleenwonenden of alleenwonenden met kind(eren) een lagere gemiddelde levenstevredenheid (respectievelijk 6,7 en 6,4) hebben dan personen die in koppel wonen met of zonder kinderen (7,2 en 7,3).
- Mensen met hoogstens een diploma secundair onderwijs gemiddeld minder tevreden zijn met hun leven dan in vergelijking met mensen met een diploma hoger onderwijs (respectievelijk 6,9 en 7,0; significant verschil ( $p=0,04$ ) na correctie voor leeftijd en geslacht).
- De levenstevredenheid is gemiddeld lager bij werklozen (6,2), invalide personen (5,3) of studenten (6,3) dan bij mensen met betaald werk (7,0) of gepensioneerden (7,6). Het percentage ontevredenen is ook hoger bij werklozen (26%), invalide personen (47%) en studenten (24%).

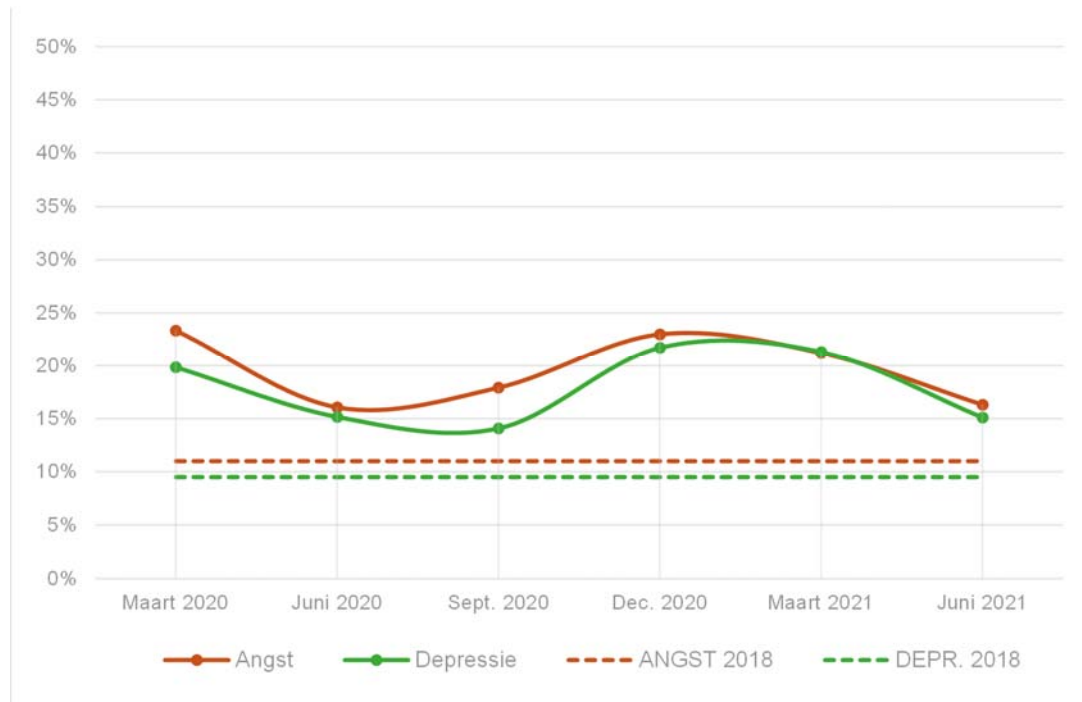
Hoewel het niveau van levenstevredenheid in juni 2021 dus in gunstige zin is geëvolueerd in vergelijking met de voorgaande maanden, blijven sociale ongelijkheden duidelijk zichtbaar wat betreft het subjectief welzijn.

### 6.3. 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. Dit laat ons toe de evolutie van de indicatoren in de tijd te evalueren. De resultaten zijn hieronder weergegeven.

- In de eerste COVID-19-gezondheidsenquête (maart 2020) was de prevalentie van angststoornissen (23%) en depressie stoornissen (20%) bij de volwassen bevolking zeer hoog in vergelijking met die van 2018 (respectievelijk 11% en 9,5%, Figuur 14).
- Na een daling van de prevalentie in de zomerperiode (tot 15-16%) stegen vanaf december 2020 de percentages van personen met angst en depressie weer tot meer dan 20%, toen het virus weer meer circuleerde en de beperkende maatregelen weer werden verstrengd.
- In juni 2021 vinden we dezelfde waarden als vorige zomer, met een prevalentie van 16% voor angst en 15% voor depressie (Figuur 14). Deze percentages zijn echter niet tot op het niveau van 2018 gekomen.
- Depressie en angst komen vaak samen voor bij eenzelfde persoon. Deze comorbiditeit van angst en depressie treft 10% van de respondenten in deze 7<sup>e</sup> enquête. Daarnaast lijdt 6% van de respondenten aan angst zonder depressie en 5% aan depressie zonder angst. Dit wil zeggen dat in totaal 21% van de personen van 18 jaar en ouder door ten minste één van deze twee stoornissen wordt getroffen. Dit is een significante daling ten opzichte van de afgelopen enquête van december en maart 2020. Ter informatie, de chronologische evolutie van het percentage personen met één van deze stoornissen (of beide) in de enquêtes van maart 2020 tot juni 2021 is als volgt: 29%, 21%, 22%, 29%, 27%, 21%.

**Figuur 14 | Percentage personen (18 jaar en ouder) met een angst- of depressieve stoornis, volgens enquête, HIS-2018 en COVID-19-gezondheidsenquêtes, België 2021**

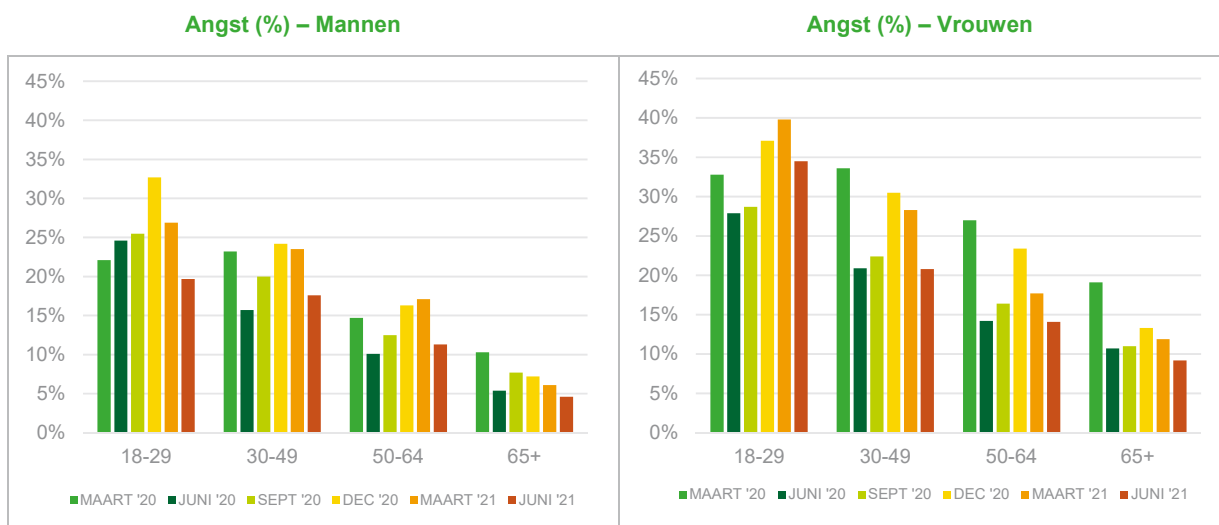


### 6.3.1. Socio-demografische kenmerken

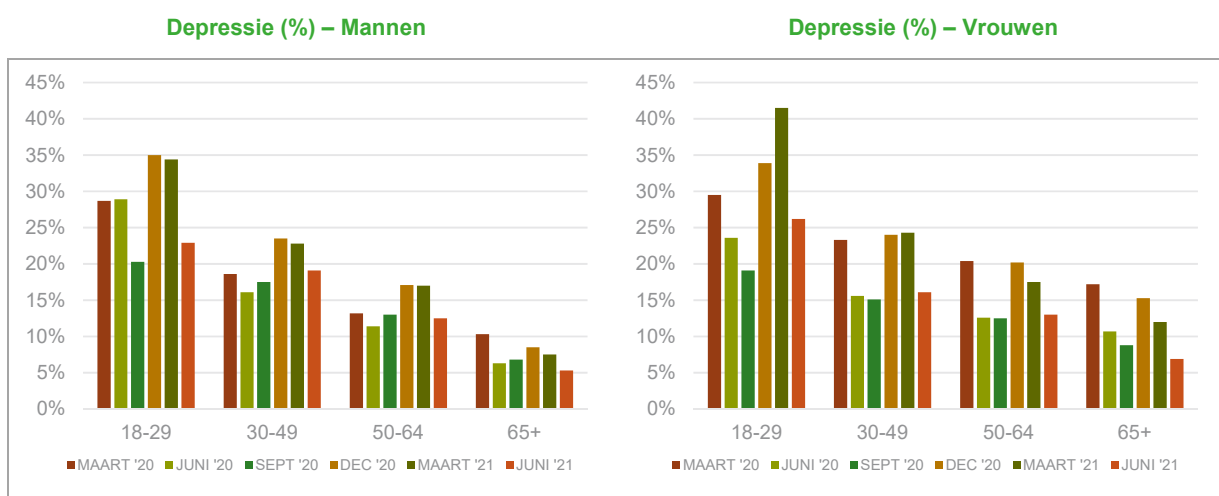
De analyses van de maand juni 2021 tonen aan dat:

- de prevalentie van angst en depressie in alle leeftijdsgroepen gedaald is, zowel bij vrouwen als mannen (Figuren 15 en 16);
- het percentage vrouwen met angststoornissen hoger is dan het percentage bij mannen (19% > 14%), en het verschil significant is na correctie voor leeftijd. Depressieve stoornissen komen even vaak voor bij mannen (15 %) als vrouwen (15 %);
- angststoornissen afnemen met de leeftijd, en dit zowel bij mannen als vrouwen (Figuur 15). Jongeren van 18-29 jaar worden het vaakst getroffen (27%), een percentage dat significant verschillend is van dat in de andere leeftijdsgroepen na correctie voor geslacht;
- de prevalentie van angststoornissen bij jonge mannen (18-29 jaar) het laagst is sinds het begin van de crisis (20%), terwijl de prevalentie bij vrouwen in dezelfde leeftijdsgroep relatief hoog is gebleven en nog steeds 34% bedraagt (Figuur 15);
- leeftijd ook een bepalende factor is voor depressie (Figuur 16): 24,5% van de jongvolwassenen (18-29 jaar) geven symptomen van depressie aan, en dit percentage neemt af in functie van de leeftijd tot 6% van de 65-plussers.

**Figuur 15 | Percentage mannen en vrouwen (18 jaar en ouder) met angststoornissen, volgens leeftijd en enquête, COVID-19-gezondheidsenquêtes, België 2021**



**Figuur 16 | Percentage mannen en vrouwen (18 jaar en ouder) met angststoornissen, volgens leeftijd en enquête, COVID-19-gezondheidsenquêtes, België 2021**



### 6.3.2. Socio-economische situatie

- In de meeste COVID-19-gezondheidsenquêtes stellen we vast dat personen die in koppel wonen meer behoed zijn voor een psychische decompensatie dan diegenen die alleen wonen of in een eenoudergezin wonen.
- In juni 2021 varieert het percentage personen met angststoornissen enigszins volgens huishoudsamenstelling (bv. 12% van de personen die in koppel wonen tegenover 19% van de personen die in een eenoudergezin wonen), maar de verschillen zijn niet significant na correctie voor leeftijd en geslacht.
- Dit geldt niet voor depressieve stoornissen: in vergelijking met personen die in koppel zonder kind(eren) wonen, waar 10% aan depressie lijdt, is dit percentage bij personen die alleen wonen (16%) of in een eenoudergezin wonen (19%) significant hoger, en dit ook na correctie voor leeftijd en geslacht.

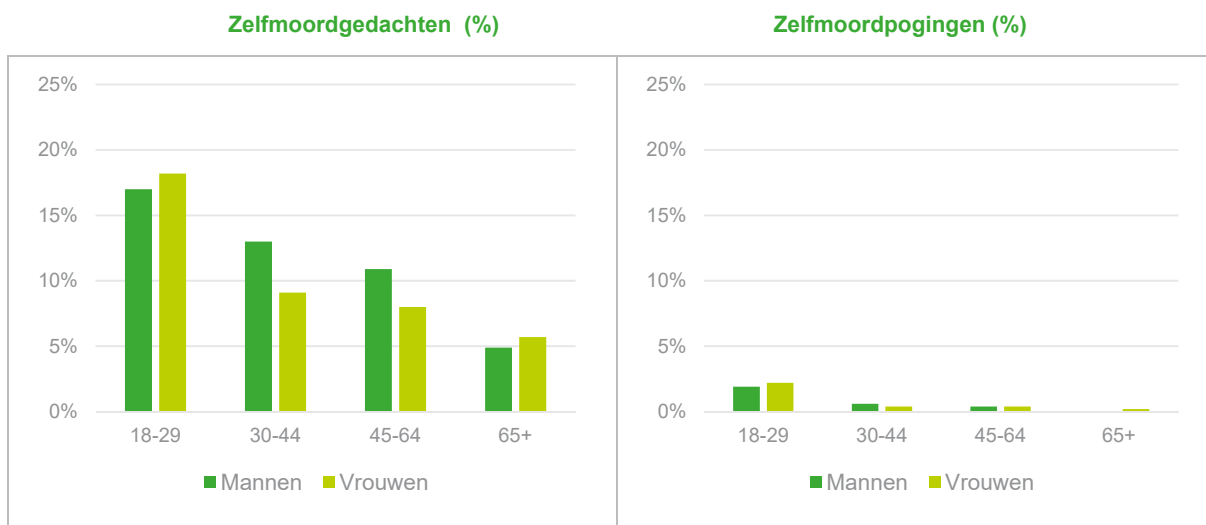
- Het opleidingsniveau speelt ook een bepalende rol in de geestelijke gezondheid. Dit is gebleken uit alle COVID-19-gezondheidsenquêtes, en die van juni 2021 vormt hier geen uitzondering op. Zo lijdten hoger opgeleiden minder vaak aan angsten (14%) en depressie (12%) dan lager opgeleiden (17% voor elke stoornis). De verschillen volgens opleidingsniveau zijn significant na correctie voor leeftijd en geslacht.
- De beroepsstatus is ook een onderscheidende factor in de geestelijke gezondheid. Ook in juni 2021 is het percentage personen met angststoornissen (16%) en depressieve stoornissen (14%) lager bij diegenen met betaald werk dan bij werklozen (23,5% en 25%) en bij invalide personen (35% en 36%). Deze verschillen zijn significant na correctie voor leeftijd en geslacht. Gepensioneerden hebben het minst kans op angststoornissen (7%) en depressieve stoornissen (6%).

#### 6.4. ZELFMOORDGEDACHTEN EN -GEDRAGINGEN

Naast angst en depressie, kunnen ook zelfmoordgedachten en –gedragingen vaker voorkomen tijdens deze coronacrisis met zijn beperkende maatregelen en economische recessie. Het beperken van de sociale contacten, geïsoleerd geraken door quarantaine, het verlies van dierbaren, het verlies van werk en inkomen, ... zijn allemaal situaties die kunnen leiden tot het overwegen van zelfmoord als enige oplossing om uit de problemen te geraken.

- In maart 2021 gaf één op de acht personen (12,5%) aan in de afgelopen 12 crisismaanden aan zelfmoord te hebben gedacht. Hoewel het verschil tussen de jaarprevalenties met slechts 3 maanden verschil tussen de enquêtes moeilijk te interpreteren is, stellen we in juni 2021 een daling vast van het aantal personen dat tijdens deze referentieperiode (in de afgelopen 12 maanden) suïcidale gedachten had (10,5%;  $p=0,01$ ).
- In juni 2021 meldde 0,7% van de deelnemers in de afgelopen 12 maanden een zelfmoordpoging te hebben ondernomen (0,6% in maart 2021). Dit verschil is niet significant na correctie voor leeftijd en geslacht.
- Denken aan zelfmoord of een zelfmoordpoging komt vaker voor bij personen die lijden aan angst of depressie. Dit zien we ook uit de resultaten van deze enquête: zelfmoordgedachten en –pogingen in de afgelopen 12 maanden kwamen inderdaad minder voor bij personen die geen van beide stoornissen hadden, hetzij respectievelijk 4,6% en 0,2% van hen. Daarentegen heeft 21% van de personen met een angststoornis (zonder depressie) aan zelfmoord gedacht en 0,4% heeft een poging daartoe ondernomen; diegenen met een depressieve stoornis (zonder angst) denken er ook vaker aan (31%) of hebben het geprobeerd (0,1%); bij personen met beide stoornissen (comorbiditeit angst-depressie) is het percentage dat in de 12 maanden voorafgaand aan de enquête aan zelfmoord heeft gedacht (42% van hen) of een zelfmoordpoging heeft ondernomen (4,8% van hen) nog hoger.
- Het percentage jongvolwassenen (18-29 jaar) dat in het afgelopen jaar aan zelfmoord heeft gedacht (17%) is hoger dan in de andere leeftijdsgroepen, en de verschillen zijn significant na correctie voor geslacht (Figuur 17). Daarnaast is ook het percentage jongvolwassenen dat een zelfmoordpoging heeft ondernomen in de 12 maanden voorafgaand aan de enquête (2,0% van hen) hoger dan in de oudere leeftijdsgroepen.
- Er is geen significant verschil tussen mannen en vrouwen voor de indicatoren m.b.t. zelfmoordgedachten en –pogingen wanneer de analyses worden gecorrigeerd voor leeftijd.

**Figuur 17 | Percentage personen (18 jaar en ouder) met zelfmoordgedachten en -pogingen, volgens leeftijd en geslacht, 7<sup>de</sup> COVID-19-gezondheidsenquête, België 2021**



## 6.5. SLAAPSTOORNISSEN EN VITALE ENERGIE

Uit voorgaande enquêtes is al gebleken dat de coronacrisis een grote invloed heeft gehad op de nachtrust van de bevolking. Slaapstoornissen verzwakken de mensen, zowel op fysiek, psychologisch als cognitief niveau. Een slechte slaapkwaliteit kan ook gevolgen hebben voor de levenslust en de vitale energie die mensen in staat stellen hun leven en hun taken uit te voeren, beslissingen te nemen of adequaat met hun omgeving om te gaan. Slaaptekort leidt ook tot afstand nemen van sociale contacten en sociale isolatie, en vervolgens tot eenzaamheid.

Drie vragen worden gebruikt om de slaap (SCL-90R) in de afgelopen 2 weken te evalueren:

- ✓ had u moeite in slaap te vallen?
- ✓ werd u te vroeg wakker?
- ✓ hebt u onrustig of verstoord geslapen?"

De vitale energie werd ingeschat op basis van 4 vragen afkomstig van de vitaliteitsschaal van de SF-36:

"In de afgelopen 2 weken, hoe vaak...

- ✓ voelde u zich uitgeput?
- ✓ voelde u zich moe?
- ✓ voelde u zich levenslustig?
- ✓ had u veel energie?"

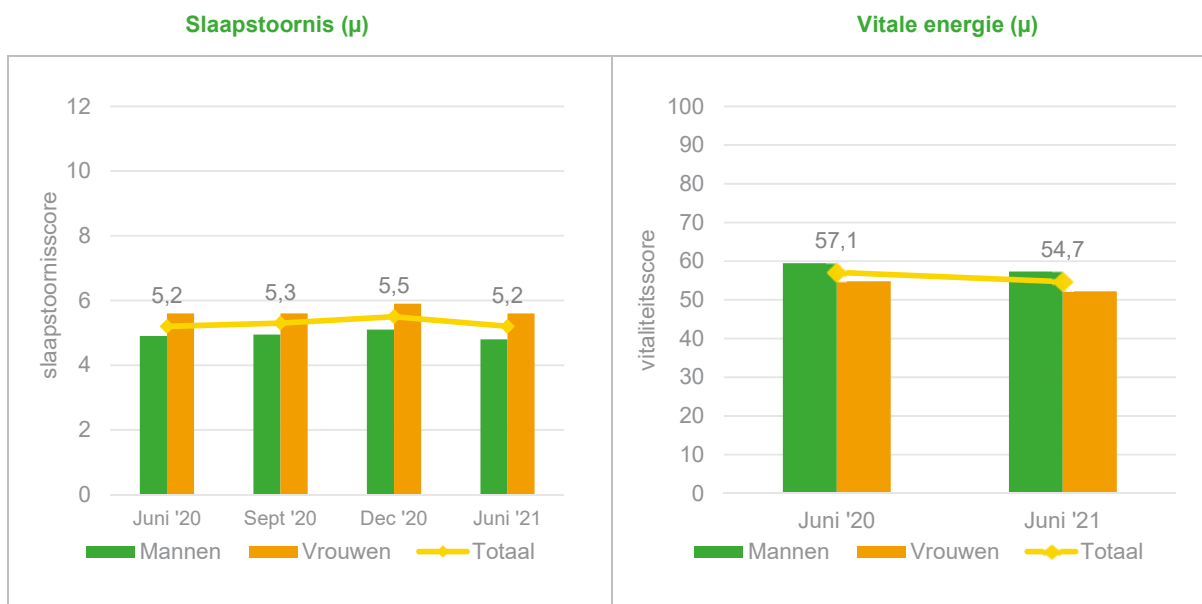
De antwoordschaal varieert van 1 (nooit) tot 5 (altijd). De score voor slaapkwaliteit wordt berekend als de som van de waarden voor elk item (herleid tot een score van 0 tot 4) en varieert dus van 0 tot 12. Wij rapporteren hier de gemiddelde score, wetende dat hoe hoger de score, hoe meer de slaap verstoord is. Bovendien wordt de slaapstoornis vastgesteld op basis van een individuele score van 4+, wat toelaat het percentage van personen die geen optimale slaap hebben te rapporteren.

De vitaliteitsscore wordt op een gelijkaardige manier berekend, maar wordt aangegeven op een schaal van 0 tot 100 (bij conventie). Er wordt vanuit gegaan dat de levensvitaliteit optimaal is vanaf een score van 78 (het gemiddelde in de bevolking + 1 standaardafwijking, genormeerd op basis van de Belgische gezondheids-enquêtes (HIS)).

### 6.5.1. Socio-demografische kenmerken

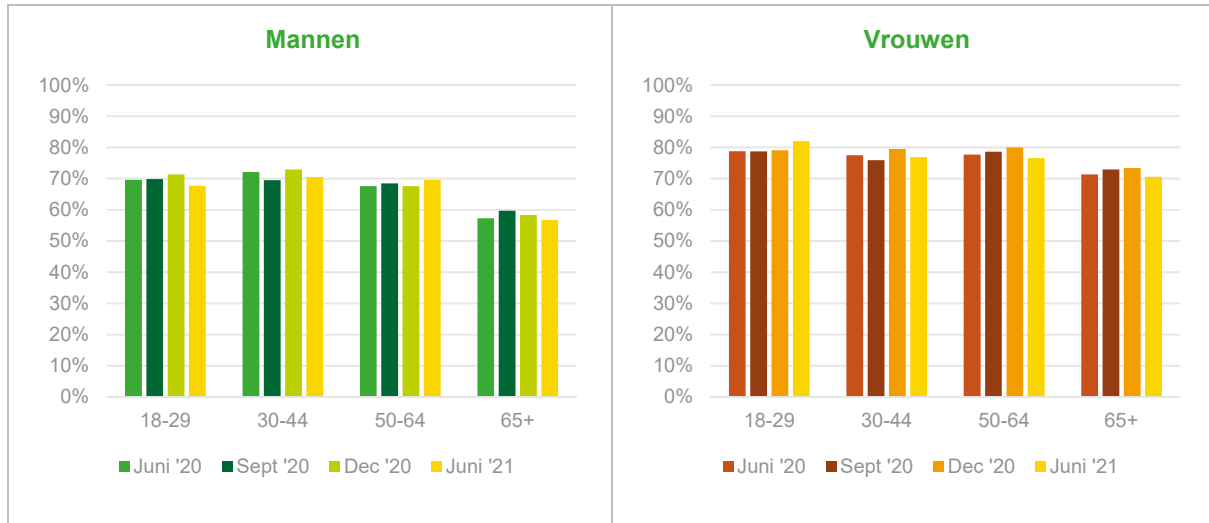
De resultaten van deze enquête van juni 2021 worden gerelateerd aan die van de voorgaande COVID-19-gezondheidsenquêtes waarin deze vragen ook aan bod kwamen.

**Figuur 18 | Gemiddelde slaapstoornisscore (0-12) en vitaliteitscore (0-100), volgens enquête en geslacht, COVID-19-gezondheidsenquêtes, België 2021**



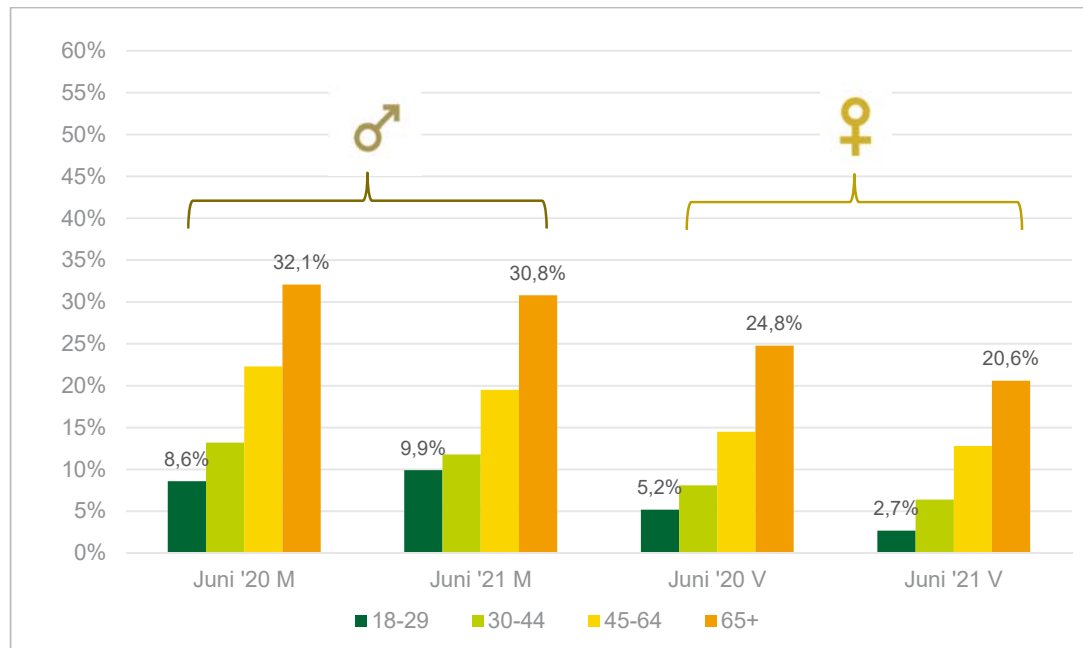
- Figuur 18 toont aan dat de gemiddelde slaapstoornisscore weinig veranderd is over de verschillende enquêtes, behalve dat de waarde van juni 2021 terug gelijk is aan die van juni 2020.
- Het percentage volwassenen met slaapstoornissen blijft met ongeveer 72% zeer hoog sinds het begin van de coronacrisis (geen significante verschillen).
- Daarentegen is de gemiddelde vitaliteitscore tussen juni 2020 en juni 2021 gedaald (Figuur 18), en het verschil met de gemiddelde score in 2018 is toegenomen (60,1).
- Vrouwen hebben meer slaapproblemen dan mannen, daarnaast hebben ze ook een lager energieniveau (Figuur 18). Deze geslachtsverschillen zijn significant na correctie voor leeftijd.
- Het verschil volgens geslacht stelt zich ook bij het percentage personen met slaapstoornissen, waarbij het percentage hoger is bij vrouwen dan bij mannen (Figuur 19).
- We merken ook op dat 65-plussers minder vaak slaapstoornissen hebben, en dit is meer uitgesproken bij mannen dan bij vrouwen in deze leeftijdsgroep.

**Figuur 19 | Percentage personen (18 jaar en ouder) met slaapstoornissen, volgens geslacht, leeftijd en enquête, COVID-19-gezondheidsenquêtes, België 2021**



- Wat de indicator van het optimale vitaliteitsniveau betreft (Figuur 20), bereikte 15% deze drempel in juni 2020 en 14% in juni 2021, een vergelijkbaar percentage met dat van 2018 (14%) en met een vergelijkbare verdeling volgens geslacht: 17,5% van de mannen en 11% van de vrouwen in juni 2021, net als in 2018.
- Een analyse volgens leeftijdsgroep toont echter aan dat het percentage personen van 18 tot 44 jaar met een optimale vitaliteit lager is in juni 2021 (8,1%) dan in 2018 (10,5%), terwijl het percentage personen van 65 jaar en ouder dat een optimale vitaliteit ervaart tijdens deze coronacrisis hoger is (25% in juni 2021 tegenover 20% in 2018).

**Figuur 20 | Percentage personen (18 jaar en ouder) met een optimaal vitaliteitsniveau, volgens geslacht, leeftijd en enquête (juni 2020 en 2021), COVID-19-gezondheidsenquêtes, België 2021**





### 6.5.2. Socio-economische situatie

- Slaapstoornissen komen het minst vaak voor bij personen die in koppel wonen (68,5%) en het vaakst voor bij personen die in een eenoudergezin wonen (79%).
- We stellen vast dat optimale vitaliteit vaker voorkomt bij personen die in koppel wonen (18,5%) of alleen wonen (15,5%) dan bij personen die in koppel met kind(eren) wonen (11,5%) of bij éénoudergezinnen (7%).
- Het opleidingsniveau blijkt geen bepalende factor te zijn voor slaapstoornissen en optimale vitaliteit.
- Slaapstoornissen komen vaker voor bij invalide personen (86%) en huisvrouwen/mannen (84%) dan bij werkenden (73%) of gepensioneerden (63%).
- De groepen met het laagste niveau van optimale vitaliteit zijn de studenten (5%) en de invalide personen (4%), terwijl iets meer dan een kwart van de gepensioneerden (26,5%) dit niveau bereikt.

### 6.6. MOGELIJKE INVLOEDSFACTOREN

Naast de demografische en de socio-economische risicofactoren, wilden we ook het verband onderzoeken tussen bepaalde indicatoren van geestelijke gezondheid en andere indicatoren opgenomen in deze 7<sup>de</sup> COVID-19-gezondheidsenquête. We zullen ons beperken tot het rapporteren van de belangrijkste resultaten, wetende dat sommige van deze variabelen gerelateerd zijn. Het is in dit soort cross-sectioneel onderzoek ook niet gepast om de onderzochte verbanden te interpreteren in causaliteit, omdat de richting van het verband, indien van toepassing, niet is vastgesteld. Wij kunnen hoogstens in dit stadium hypothesen formuleren voor verdere analyses of onderzoeken.

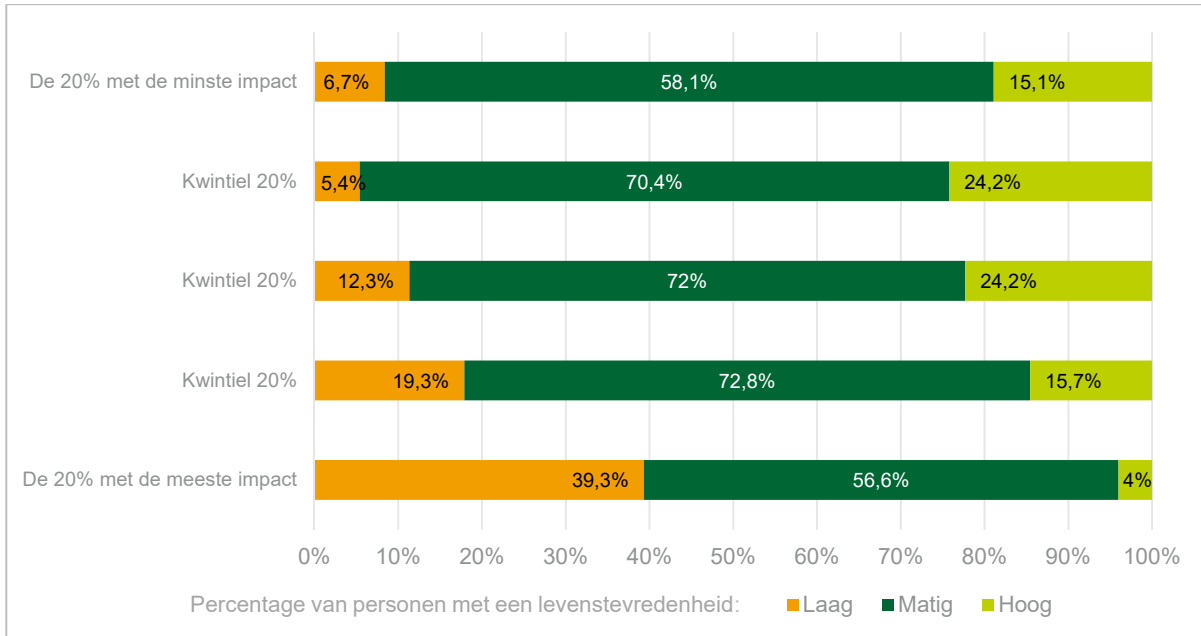
Deze exploratieve analyses van invloedsfactoren zijn uitgevoerd met de volgende indicatoren:

- Aantal gerapporteerde aandoeningen bij besmette personen met ernstige COVID (0; 1; 2; 3 of meer), gebaseerd op de lijst opgesteld door de Hoge Gezondheidsraad die in de vragenlijst van de enquête zijn opgenomen.
- Status van de persoon volgens zijn indeling in de prioriteitsgroepen voor vaccinatie: 65 jaar en ouder; < 65 jaar maar A1 prioriteit wegens een onderliggende aandoening; < 65 jaar en niet in prioriteitsgroep A1 voor vaccinatie.
- Vaccinatiestatus: niet gevaccineerd; gedeeltelijk gevaccineerd; volledig gevaccineerd.
- Tevredenheid over sociale contacten: wel of eerder wel; niet of eerder niet.
- Kwaliteit van ervaren sociale ondersteuning: zwak; matig; sterk.
- Mate van ervaren eenzaamheid: niet eenzaam; matig eenzaam; ernstig eenzaam.
- Cumulatieve negatieve impactscore. De indicator is zo samengesteld dat hij voor de 11 onderzochte levensdomeinen het cumulatieve niveau van negatieve impactintensiteit weergeeft. Hiervoor wordt de bipolaire schaal (van -5 tot 0 tot +5) getransformeerd door de positieve punten tot nul te reduceren (+1 tot +5 = 0). Vervolgens worden de negatieve punten van de beschouwde domeinen bij elkaar opgeteld en wordt de polariteit omgedraaid. Dit geeft een som die gaat van 0 (geen negatieve impact) tot 55 (meest negatieve impact op alle gebieden). Deze score werd onderverdeeld in kwintielen (van 1=de 20% met de minst negatieve impact tot 5=de 20% met de meest negatieve impact).

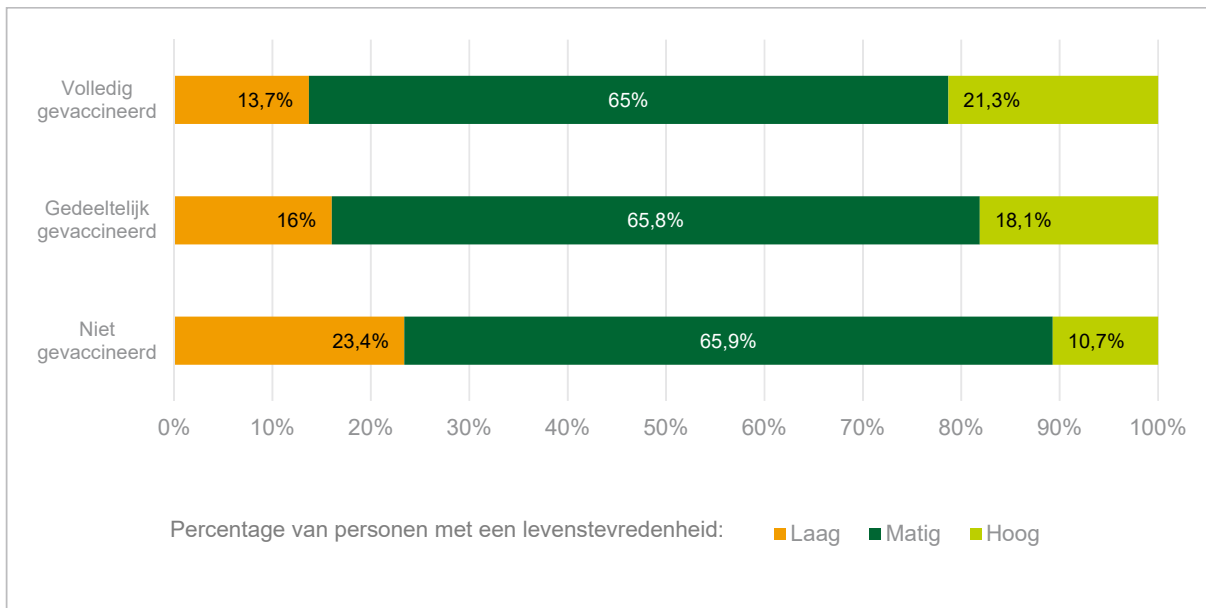
Voor dit onderzoek moesten we een keuze maken uit de variabelen m.b.t. de verschillende dimensies van de geestelijke gezondheid. De resultaten zijn weergegeven in onderstaande grafieken. De illustraties spreken voor zich.

### 6.6.1. Levenstevredenheid

**Figuur 21 |** Verdeling (%) van personen (18 jaar en ouder) volgens hun niveau van levenstevredenheid (laag, matig, hoog), in functie van de gecumuleerde negatieve impact van de coronacrisis op verschillende levensdomeinen, ingedeeld in kwintielen, 7<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête, België 2021

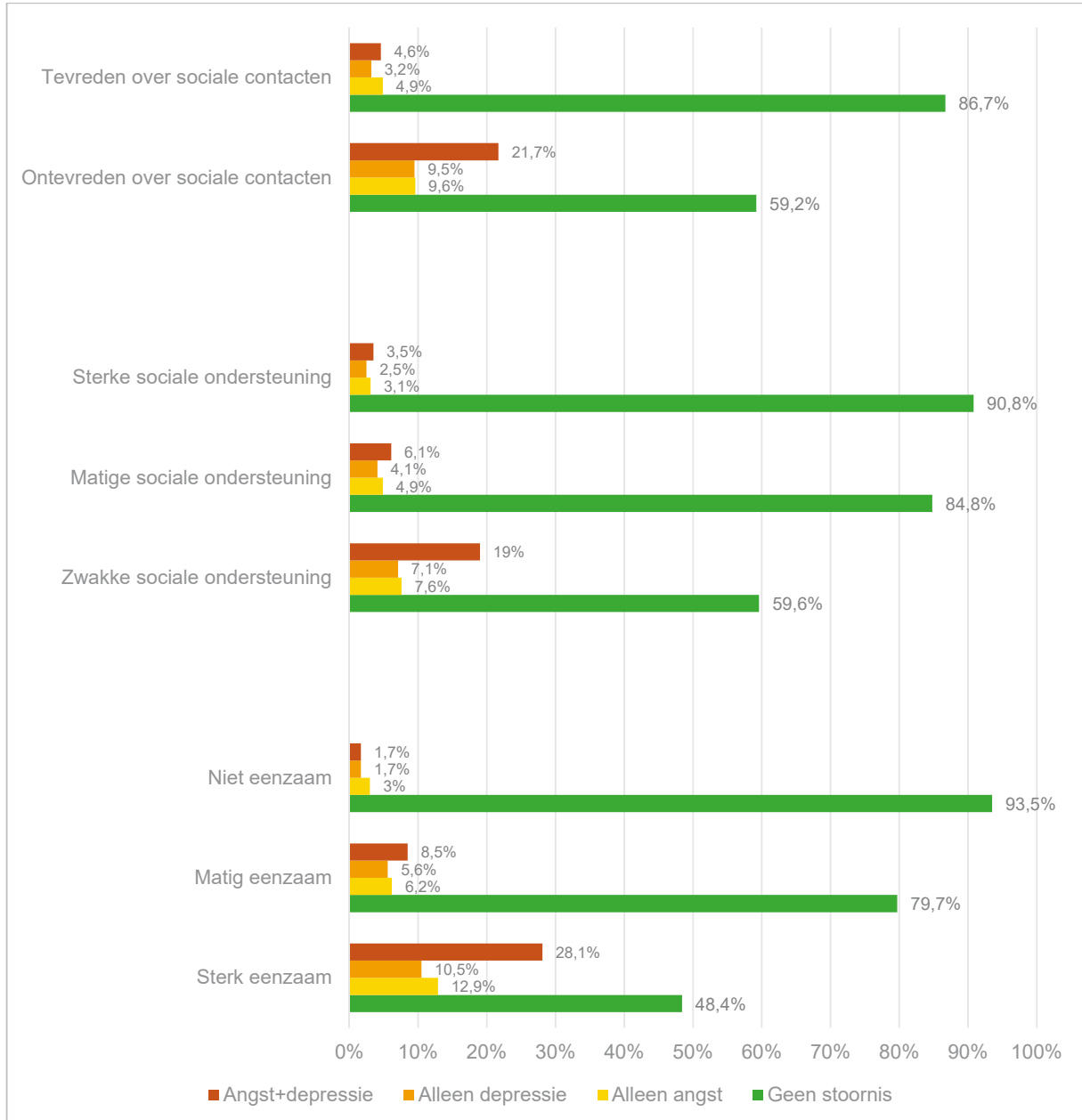


**Figuur 22 |** Verdeling (%) van personen (18 jaar en ouder) volgens hun niveau van levenstevredenheid (laag, matig, hoog), in functie van hun vaccinatiestatus, 7<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête, België 2021

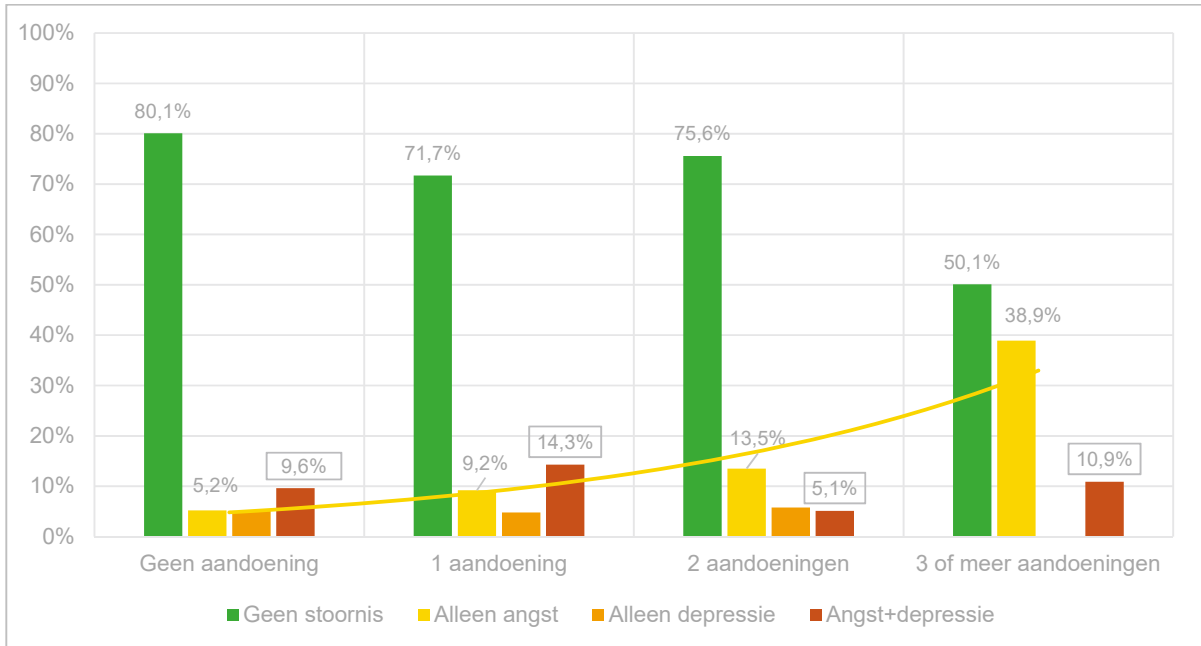


## 6.6.2. Angst en depressie

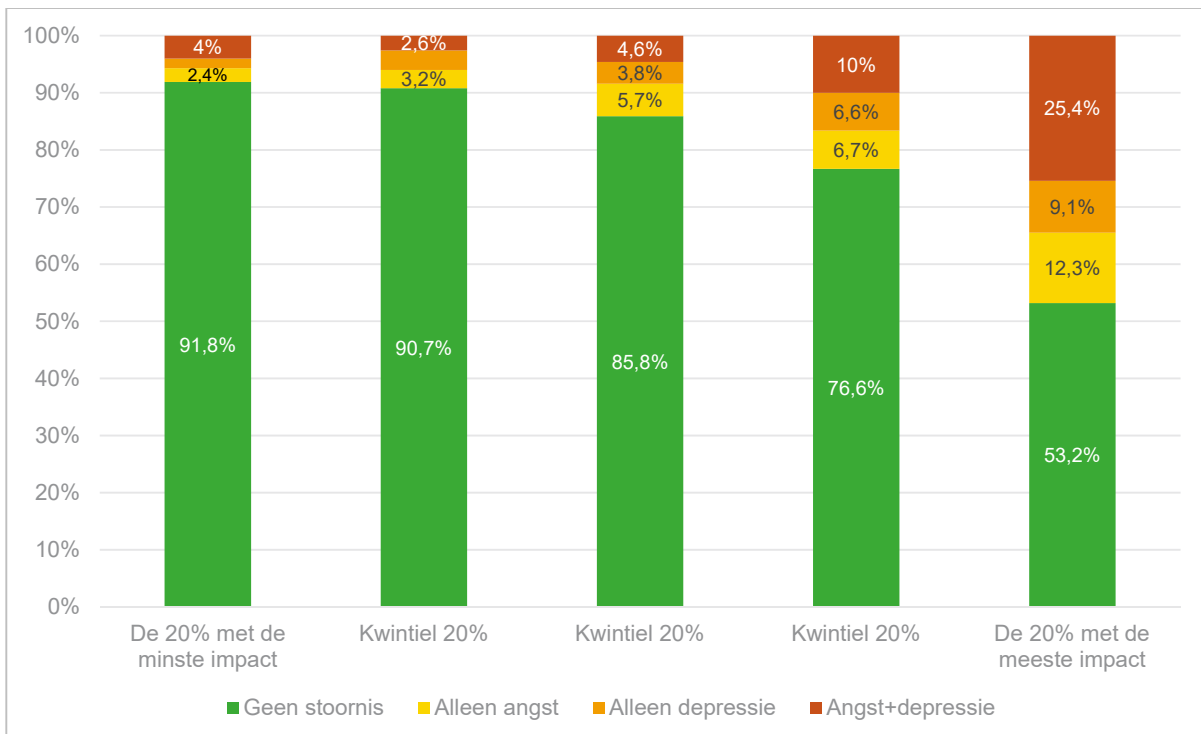
Figuur 23 | Verdeling (%) van personen (18 jaar en ouder) of ze al dan niet aan angst en/of depressie lijden, in functie van de tevredenheid over hun sociale contacten, van de kwaliteit van hun ervaren sociale ondersteuning en van hun ervaren eenzaamheid, 7<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête, België 2021



**Figuur 24 |** Verdeling (%) van personen (18 jaar en ouder) of ze al dan niet aan angst en/of depressie lijden, in functie van het aantal aandoeningen die het risico verhogen op een ernstige vorm van COVID-19 indien besmet met het coronavirus, 7<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête, België 2021

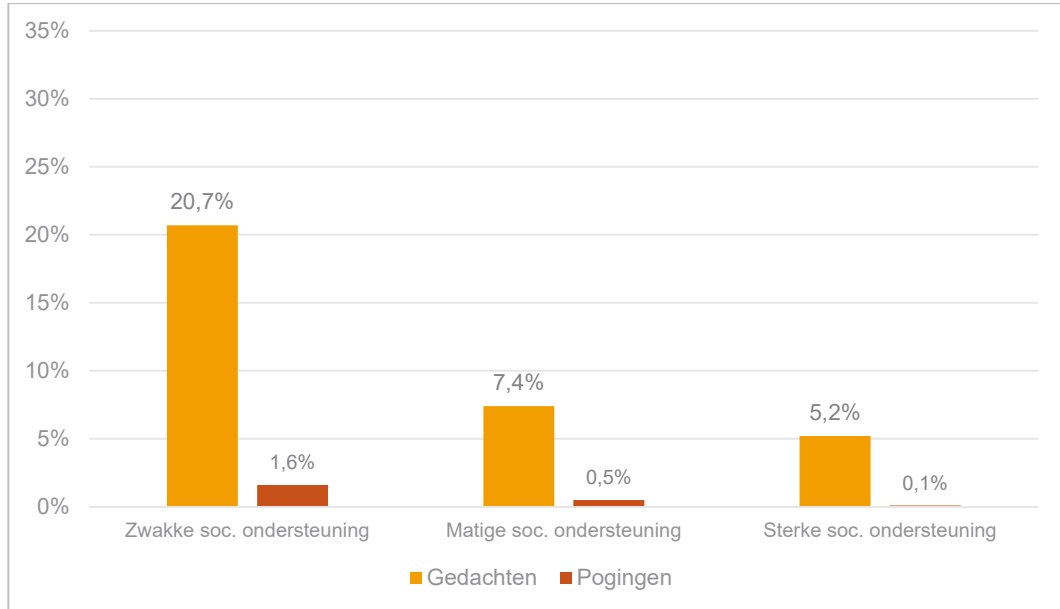


**Figuur 25 |** Verdeling (%) van personen (18 jaar en ouder) of ze al dan niet aan angst en/of depressie lijden, in functie van de gecumuleerde negatieve impact van de coronacrisis op verschillende levensdomeinen, 7<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête, België 2021



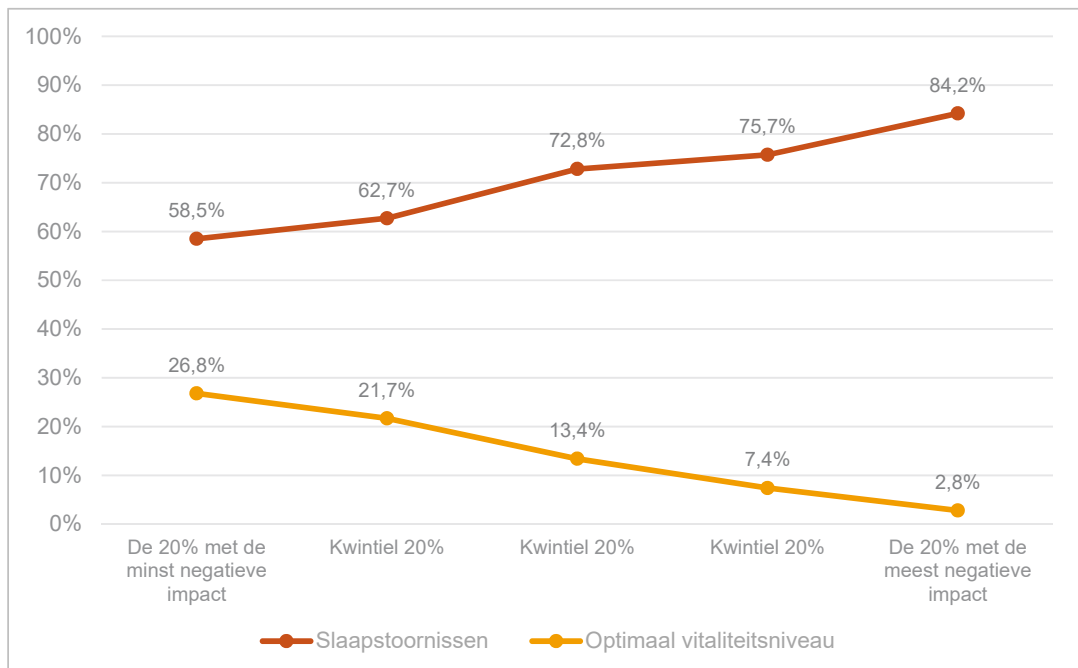
### 6.6.3. Zelfmoordgedachten en -pogingen

Figuur 26 | Percentage personen (18 jaar en ouder) die in de afgelopen 12 maanden zelfmoordgedachten hebben gehad of een zelfmoordpoging hebben ondernomen, in functie van de kwaliteit van ervaren sociale ondersteuning, 7<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête, België 2021



### 6.6.4. Slaap en vitaliteit

Figuur 27 | Percentage personen (18 jaar en ouder) met slaapstoornissen en percentage personen met een optimaal vitaliteitsniveau, in functie van de gecumuleerde negatieve impact van de coronacrisis op verschillende levensdomeinen, 7<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête, België 2021



## 7. Methodologie

De gegevensverzameling in het kader van de 7<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête werd georganiseerd tussen 18 en 25 maart 2021. 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 7<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête deel te nemen. Ten slotte werden inspanningen geleverd om een groter aantal jonge deelnemers (18-25 jaar) te bereiken, zowel door respondenten aan te moedigen om de uitnodiging door te geven aan jongeren in hun omgeving, als via "verhalen" die op Twitter, Tik Tok of anderszins werden geplaatst. Er werden ook contacten gelegd met universiteiten, hogescholen, academies, sportclubs en jeugdbewegingen om de boodschap onder de jongeren in deze organisaties te verspreiden.

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 de 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 17 774 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 1 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 7<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête.

**Tabel 1 | Vergelijking samenstelling van de bevolking en samenstelling van de steekproef, 7e COVID-19-gezondheidsenquête volgens gewest, België 2021**

|                 | Aantal inwoners (18+) (%) | Aantal deelnemers (18+) (%) |
|-----------------|---------------------------|-----------------------------|
| Vlaams Gewest   | 5 311 613 (58,2)          | 11 469 (64,5)               |
| Brussels Gewest | 932 366 (10,2)            | 1 610 (9,1)                 |
| Waals Gewest    | 2 882 040 (31,6)          | 4 695 (26,4)                |
| België          | 9 126 019 (100)           | 17 774 (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 2 | Samenstelling steekproef 7° COVID-19-gezondheidsenquête volgens geslacht en leeftijdsgroep, België 2021**

|                | Aantal mannen (%)   | Aantal vrouwen (%)   | Totaal aantal (%)   |
|----------------|---------------------|----------------------|---------------------|
| 18 tot 24 jaar | 155 (2,4)           | 431 (3,8)            | 586 (3,3)           |
| 25 tot 34 jaar | 482 (7,6)           | 1 400 (12,3)         | 1 882 (10,6)        |
| 35 tot 44 jaar | 790 (12,4)          | 2 153 (18,9)         | 2 943 (16,6)        |
| 45 tot 54 jaar | 1 083 (17,0)        | 2 465 (21,6)         | 3 548 (20,0)        |
| 55 tot 64 jaar | 1 613 (25,4)        | 2 782 (24,3)         | 4 395 (24,7)        |
| 65+ jaar       | 2 241 (35,2)        | 2 179 (19,1)         | 4 450 (25,8)        |
| <b>Totaal</b>  | <b>6 364 (35,8)</b> | <b>11 410 (64,2)</b> | <b>17 774 (100)</b> |

Onder de deelnemers aan de enquête zijn relatief meer vrouwen (64,2%) dan mannen (35,8%) (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, 3,3% in de steekproef) (Tabel 2).

**Tabel 3 | Samenstelling steekproef 7° COVID-19-gezondheidsenquête volgens opleidingsniveau, België 2021**

|                                       | Bevolking (15+) (%) (*) | Aantal deelnemers (18+) (%) |
|---------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Ten hoogste hoger secundair onderwijs | 6 302 716 (67,1)        | 4 523 (26,1)                |
| Hoger onderwijs                       | 3 084 424 (22,9)        | 12 815 (73,9)               |
| <b>Totaal</b>                         | <b>9 387 140 (100)</b>  | <b>17 338 (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 opleidingsniveau) 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 1<sup>e</sup> 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 1<sup>e</sup> rapport van april 2020);
- De inclusiecriteria voor de analyses zijn minder streng: oorspronkelijk was het vereist dat de eerste drie vragen van de 1<sup>e</sup> 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, sneeuwbalrecruitering) houden nu ook rekening met het opleidingsniveau, wat nog niet het geval was in de analyses van de resultaten van de 1<sup>e</sup> 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 zes 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/10.25608/4e6z-qa15>
- 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>
- Zesde COVID-19-Gezondheidsenquête. Eerste resultaten. Brussel, België; Depot nummer: D/2021/14.440/29. Beschikbaar op: <https://doi.org/10.25608/r4f5-1365>



## 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/2021/14.440/51