

METHODOLOGIE

Gezondheidsenquête 2018



STEFAAN DEMAREST • FINABA BERETE • RANA CHARAFEDDINE •
JOHAN VAN DER HEYDEN

Sciensano

Epidemiologie en volksgezondheid - Levensstijl en chronische ziekten

HIS 2018

Juli 2019 • Brussel • België
Intern referentienummer: 2019/014



Hoofdauteur: Stefaan Demarest



Revisor: Finaba Berete



Redacteurs: Rana Charafeddine, Johan Van der Heyden

Contactpersoon: Stefaan Demarest • T +32 2 642 57 94 • stefaan.demarest@sciensano.be

Gelieve te citeren als:

S. Demarest, F. Berete, R. Charafeddine, J. Van der Heyden. Gezondheidsenquête 2018: Methodologie. Brussel, België: Sciensano. Rapportnummer: D/2019/14.440/34. Beschikbaar op: www.gezondheidsenquête.be

INHOUDSOPGAVE



1. Inleiding	5
2. Doelstelling van de enquête	5
3. Steekproefkader	5
3.1. Grootte van de steekproef	5
3.2. Samenstelling van de steekproef	6
3.3. Vervanging van huishoudens	7
4. Organisatie gegevensverzameling	7
5. Onderdelen van de enquête	8
6. Uitvoeren van het veldwerk	9
7. Gebruik van proxy interviews	11
8. Gezondheidsonderzoek	11
9. Opvolging veldwerk	13
10. Dataverwerking en controles	13
11. Participatie	14
12. Intra huishouden weigering	15
13. Samenstelling van de gerealiseerde steekproef	15
13.1. Samenstelling volgens huishoudgrootte	19
13.2. Samenstelling volgens het type huishouden	19
13.3. Samenstelling volgens nationaliteit	20
14. Presentatie van de resultaten van de enquête	20
14.1. België en de gewesten	22
14.2. Geslacht en leeftijd	22
14.3. Opleidingsniveau	22
14.4. Jaar van de enquête	22
14.5. Basistabellen	22
14.6. Bijkomende analyses	23

1. Inleiding

De gezondheidsenquête 2018 werd uitgevoerd in opdracht van de Interministeriële Conferentie “Health Systems” zoals omschreven in het Protocolakkoord tussen de Federale Regering en de in Artikel 128, 130 en 135 van de Grondwet bedoelde Overheden inzake de organisatie en financiering van de gezondheidsenquête 2018, gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad (BS) op 21 maart 2016.

De gezondheidsenquête 2018 is de zesde in de reeks. Eerdere enquêtes werden uitgevoerd in 1997, 2001, 2004, 2008 en 2013.

Om de coherentie te garanderen en de kosten te beperken hebben de overheden beslist de organisatie toe te vertrouwen aan één enkel instituut. De organisatie van de gezondheidsenquête 2018 werd toevertrouwd aan Sciensano, Wetenschappelijke Directie Epidemiologie en Volksgezondheid, Dienst Levensstijl en Chronische Ziekten. Voor het verzamelen van de gegevens – het veldwerk – sloot Sciensano een contract in onderaanneming af met Statbel. Het project “Gezondheidsenquête 2018” werd opgevolgd door de Interkabinetten Werkgroep (IKW) “Health Systems” en door de Commissie van Opdrachtgevers. Voor de wetenschappelijke ondersteuning van de enquête kon een beroep worden gedaan op een Wetenschappelijke Adviesraad, met leden afkomstig van universiteiten en professionelen actief in het domein van de volksgezondheid.

2. Doelstelling van de enquête

De gezondheidsenquête heeft als doel ontbrekende informatie te verzamelen over de gezondheidstoestand van de bevolking en de behoefte aan gezondheidszorg. Het gaat dus expliciet om een instrument dat bijdraagt tot het beleid op het vlak van volksgezondheid. De toegevoegde waarde van dit soort enquêtes bestaat in de horizontale benadering bij het verzamelen van gegevens: verschillende types informatie (over de gezondheidstoestand, de leefstijl, het gebruik van zorgen, socio-economische karakteristieken,...) worden op eenzelfde moment bij eenzelfde populatie verzameld. Dit laat toe een globaal inzicht te krijgen in de gezondheid van de bevolking en de prioritaire behoefte aan gezondheidszorg. Het regelmatig herhalen van de enquête laat toe de evolutie in de tijd op te volgen van de gezondheid, de gezondheidsbehoeften en de impact van gezondheidsinterventies.

3. Steekproefkader

De gezondheidsenquête richt zich tot alle personen die in het land verblijven, zonder beperkingen qua nationaliteit, leeftijd of legale status. Het meest volledige steekproefkader om deze doelpopulatie te bereiken is het Rijksregister. Mensen die niet ingeschreven zijn in het Rijksregister, zoals daklozen of illegalen, kunnen hierdoor niet geselecteerd worden voor deelname aan de enquête. Om pragmatische redenen wordt nog een aantal categorieën van personen uitgesloten van de steekproef: personen die verblijven (en ingeschreven zijn) in een gevangenis of een religieuze gemeenschap met meer dan 8 personen en bewoners van een instelling, met uitzondering van de bewoners van een rusthuis of een rust- en verzorgingstehuis (RVT).

3.1. GROOTTE VAN DE STEEKPROEF

Op basis van het protocolakkoord tussen de diverse opdrachtgevers van de gezondheidsenquête werd bepaald dat de basissteekproef van de gezondheidsenquête 2018 bestaat uit 10.700 individuen: 4.200 in het Vlaams Gewest, 3.500 in het Waals Gewest (waaronder 300 in de Duitstalige Gemeenschap) en 3.000 in het Brussels Gewest. Deze aantallen zijn voldoende voor efficiënte schattingen op zowel het nationale als het gewestelijke niveau. De steekproefgrootte in het Vlaams Gewest (4.200 bevroegde personen) wijkt af van de steekproefgroottes in de vorige gezondheidsenquêtes waar deze traditioneel op 3.500 bevroegde personen werden bepaald. De verhoging van de steekproefgrootte in het Vlaamse Gewest hangt samen met de vraag

van de Vlaamse Gemeenschap om, althans minimale, informatie te verzamelen op het niveau van de “zorgregio’s” (zie onderdeel “samenstelling van de steekproef”). Zoals dit voorzien is in het protocolakkoord is een oververtegenwoordiging van regio’s, gemeenschappen of provincies mogelijk indien dit wordt gewenst en indien dit wordt gefinancierd. Voor de gezondheidsenquête 2018 maakte de Duitstalige Gemeenschap van deze mogelijkheid gebruik en vroeg ze een bijkomende steekproef aan van 600 personen woonachtig in deze Gemeenschap. Dit betekent dat de te realiseren steekproefgrootte van de gezondheidsenquête 2018 11.300 eenheden bedroeg.

3.2. SAMENSTELLING VAN DE STEEKPROEF

Voor de samenstelling van de steekproef werd een combinatie van enquêtemethoden gehanteerd: stratificatie, systematische steekproeftrekking en clustering. Een gedetailleerd overzicht van de gehanteerde methodologie kan teruggevonden worden in het onderzoeksprotocol. Hier volstaat een korte omschrijving. Het selectieproces bestond uit de volgende stappen:

Gewestelijke stratificatie: Voor elk van de 3 gewesten werd het aantal te bevragen personen – voor de basissteekproef - vooraf vastgelegd: 4.200 voor het Vlaams Gewest, 3.500 voor het Waals Gewest (exclusief de bijkomende steekproef van 600 personen in de Duitstalige Gemeenschap) en 3.000 voor het Brussels Gewest.

Stratificatie per zorgregio of kiesarrondissement : Voor het bepalen van een tweede niveau van stratificatie werd België opgedeeld in 29 geografische strata. In het Vlaams Gewest waren dit de 14 zorgregio’s en in het Waals Gewest de 13 kiesarrondissementen, waarbij het kiesarrondissement Verviers werd opgedeeld in 2 strata: de gemeenten van de Duitstalige Gemeenschap (Oost-België) en de rest van het kiesarrondissement. Het Brussels Gewest vormde één stratum. In het Vlaams en Waals Gewest werd het aantal te bevragen personen binnen een stratum in functie gesteld van het populatieaandeel van het stratum binnen het gewest, weliswaar met een minimum aantal van 200. Aangezien zorgregio’s en kiesarrondissementen zich steeds binnen één provincie situeren, zorgde de proportionele verdeling op het niveau van de strata ervoor dat ook op het niveau van de provincie een proportioneel aantal respondenten kon worden bekomen. Er werd wel voorzien in een vast aantal te bevragen personen in de Duitstalige Gemeenschap: 300 personen dienden bevestigd te worden zoals voorzien in het protocolakkoord en bijkomend dienden 600 personen bevestigd te worden op vraag van - en gefinancierd door - de Duitstalige Gemeenschap. Deze oververtegenwoordiging van de Duitstalige Gemeenschap werd in rekening gebracht bij het berekenen van de surveygewichten.

Selectie van gemeenten: De gezondheidsenquête werd niet in elke gemeente of stad georganiseerd. In elke stratum werd slechts een aantal gemeenten geselecteerd. Dit aantal hing af van de grootte van het stratum (aantal inwoners) en de grootte van de gemeenten/steden binnen het stratum. Per gemeente werden één of meerdere groepen (van ongeveer 50 te bevragen personen) geselecteerd. Door rekening te houden met de grootte van de gemeenten werd gewaarborgd dat grote steden zeker geselecteerd werden (ingeval van zeer grote steden werden meerdere groepen binnen deze steden geselecteerd), terwijl ook kleinere gemeenten gegarandeerd deel uitmaakten van de steekproef.

Selectie van huishoudens binnen gemeenten en steden: Per gemeente werden, via een stapsgewijze selectieprocedure, huishoudens geselecteerd voor deelname aan de enquête. Deze selectieprocedure garandeerde dat zowel grote als kleine huishoudens en zowel “jonge” als “oude” huishoudens (d.i. huishoudens met jonge, respectievelijk oudere referentiepersonen) werden geselecteerd. Bovendien werden de huishoudens zo geselecteerd dat ze geografisch verspreid waren over de gemeente of stad.

Selectie van individuen binnen een huishouden: In huishoudens met vier leden of minder werden alle leden uitgenodigd voor deelname aan de enquête. Voor huishoudens met meer dan vier leden werden maximum vier personen uitgenodigd. Hierbij werd de volgende regel toegepast. De referentiepersoon kwam altijd voor deelname in aanmerking. Ingeval de referentiepersoon een partner had, werd ook deze voor deelname weerhouden. De drie (ingeval de referentiepersoon geen partner had) of twee (ingeval de referentiepersoon

wel een partner had) andere leden van het huishouden werden vooraf, dus tijdens de samenstelling van de steekproef, willekeurig geselecteerd. Deze aanpak was nieuw. Tijdens de vorige gezondheidsenquêtes werden de te bevragen andere leden van het huishouden bepaald op het moment van het interview. De voornaamste reden voor de wijziging was dat, indien vooraf gekend is wie geselecteerd is voor deelname aan de enquête, de kans groter is dat de betrokken leden van het huishouden aanwezig zijn tijdens het interview (waardoor de noodzaak een proxy interview te gebruiken daalt). Een nadeel van deze nieuwe aanpak is dat nieuwe leden van het huishouden – leden van het huishouden die niet gekend waren op het moment van de samenstelling van de steekproef – niet voor deelname geselecteerd kunnen worden (o.a. pas geboren kinderen, nieuwe partners,...). De optie om maximaal vier leden van een huishouden te bevragen, is gebaseerd op twee overwegingen: (1) leden van eenzelfde huishouden hebben wat de thema's die aan bod komen in de enquête wellicht gemeenschappelijke kenmerken, zodat het bevragen van alle leden van het huishouden slechts beperkte toegevoegde informatie verschaft en (2) het bevragen van alle leden van een groot huishouden is te belastend.

3.3. VERVANGING VAN HUISHOUDENS

Deelname aan de gezondheidsenquête berust op een vrijwillige toestemming van de voor deelname aan de enquête uitgenodigde huishoudens. Dit impliceert dat, sowieso, huishoudens zullen weigeren deel te nemen of eenvoudigweg niet te contacteren zijn. Gezien de doelstelling van de gezondheidsenquête geformuleerd is in termen van een resultaatsverbinding (11.300 gerealiseerde enquêtes voor de gezondheidsenquête 2018), werd al in 1997 (het jaar van de eerste enquête) beslist het probleem van weigerende of niet contacteerbare huishoudens op te vangen door dergelijke huishoudens te vervangen door reservehuishoudens. Deze reservehuishoudens worden niet willekeurig gekozen, maar hebben drie kenmerken die gelijk zijn aan deze van het initieel geselecteerd huishouden: ze wonen in dezelfde statistische sector en de huishoudgrootte en de leeftijd van de referentiepersoon zijn identiek. Voor elk geselecteerd huishouden worden van bij het begin drie (reserve-) huishoudens aangeduid. Zo ontstaan groepen van telkens vier huishoudens. Deze groepen worden hier clusters van huishoudens genoemd. Indien een geselecteerd huishouden weigert aan de enquête deel te nemen of niet te contacteren is (bv. omwille van verhuis buiten de gemeente of langdurige afwezigheid), wordt het huishouden vervangen door het volgende huishouden in de cluster. Deze procedure gaat door tot de cluster (van vier huishoudens) is uitgeput. Op dat moment wordt een nieuwe (vervang-)cluster geactiveerd, die echter niet meer dezelfde karakteristieken (statistisch sector, leeftijd van de referentiepersoon, grootte van het huishouden) heeft. Voor deze nieuwe cluster wordt een identieke procedure voor het vervangen van weigerende/niet contacteerbare huishoudens toegepast.

4. Organisatie gegevensverzameling

De gegevensverzameling van de gezondheidsenquête 2018 vond plaats tussen 22 januari 2018 en 31 januari 2019, en werd opgesplitst in vier trimesters. Voor elk trimester werd een steekproef samengesteld die voldoende groot was opdat een vierde van het aantal te realiseren enquêtes mogelijk zou worden gemaakt. De nodige garanties werden ingebouwd opdat huishoudens onmogelijk voor meerdere trimesters geselecteerd zouden worden. De opsplitsing in vier trimesters werd om verschillende redenen doorgevoerd:

- seizoensgebonden aandoeningen kunnen hierdoor beter gecapteerd worden;
- er kan gebruik gemaakt worden van de meest actuele versie van het steekproefkader (Rijksregister);
- de werklust van de enquêteurs wordt gespreid over een heel jaar;
- organisatie en opvolging van het veldwerk worden gefaciliteerd.

In principe diende een huishouden dat geselecteerd werd voor een bepaald trimester ook tijdens dat trimester bevraagd te worden. Het gebruik van vervangingshuishoudens zorgde er echter voor dat dit principe niet altijd kon worden toegepast; het was dus mogelijk dat een vervanghuishouden pas effectief bevraagd werd in een volgend trimester. Belangrijk is dat de gegevensverzameling voor een trimester niet stopte op het eind van het trimester.

De focus in de gezondheidsenquête lag op het realiseren van een vooraf bepaald aantal enquêtes per gewest en op jaarbasis. Indien dit aantal in de loop van het jaar werd gerealiseerd, stopte de gegevensverzameling. De betrokken enquêteurs werden ervan op de hoogte gesteld dat de bevraging enkel nog mocht worden doorgevoerd met huishoudens waarmee een concrete afspraak voor het afnemen van de enquête bestond. In de praktijk werd de gegevensverzameling in de drie gewesten gestopt in de loop van de maand januari 2019.

5. Onderdelen van de enquête

De gezondheidsenquête bestaat uit 3 onderdelen:

- Een bevraging op het niveau van het huishouden. Het gaat hierbij om een mondelinge bevraging van de referentiepersoon van het deelnemend huishouden of zijn/haar partner rond een aantal kenmerken van het huishouden: de samenstelling, het maandelijks inkomen, de uitgaven voor gezondheid, karakteristieken van de woning,...
- Een mondelinge bevraging van de (maximum) vier voor deelname aan de enquête geselecteerde leden van het huishouden. Onderwerpen als de gezondheidsperceptie, chronische aandoeningen, beperkingen,... kwamen in dit deel van de bevraging aan bod.
- Een schriftelijke bevraging van alle voor deelname aan de enquête geselecteerde leden van het huishouden van minstens 15 jaar oud. De keuze om ook met een schriftelijke vragenlijst te werken, is gebaseerd op de overweging dat sommige onderwerpen, bijvoorbeeld geestelijke gezondheid, gebruik van alcohol, gokverslaving,... eerder vertrouwelijk van aard zijn en zich minder lenen voor een mondelinge bevraging. Voor respondenten van minder dan 15 jaar is informatie hieromtrent dus niet aanwezig.

Voor de gezondheidsenquête 2018 werd – voor wat de mondelinge bevraging betreft - gebruik gemaakt van een bevraging met behulp van een computertoepassing (Computer Assisted Personal Interview, afgekort CAPI). Deze toepassing, geschreven in Blaise ©, maakte het mogelijk niet te moeten werken met papieren vragenlijsten, zoals dit in de gezondheidsenquêtes van 1997 tot 2008 het geval was. Andere voordelen waren dat de volgorde van de vragen en de sprongen voorzien in de bevraging (sommige vraagonderdelen zijn niet van toepassing op alle respondenten) konden worden voorgeprogrammeerd (waardoor de kans op fouten werd beperkt) en dat de resultaten niet langer ingevoerd dienden te worden (waardoor de kans op fouten gemaakt tijdens de invoer van gegevens verdween). Voor wat de schriftelijke bevraging betreft, werden geen wijzigingen van de aanpak doorgevoerd.

Voor het eerst werd in de gezondheidsenquête 2018 gebruik gemaakt van een aanpak waarbij voor de module “Sterke Kanten en Moeilijkheden” (rond geestelijke gezondheid van kinderen en adolescenten), respondenten zelf antwoorden kunnen ingeven op de laptop computer (de “Computer Assisted Self-completion Interview” of CASI-methode). Deze submodule is ontwikkeld om ingevuld te worden door de ouders of door jongeren van 15 tot 18 jaar zelf. In de gezondheidsenquête 2018 dienden de ouders deze vragenset in te vullen voor alle kinderen tussen 2 en 15 jaar oud, of ingeval een proxy interview werd gebruikt, ook voor adolescenten van 15 tot 18 jaar. Indien echter geen proxy interview werd gebruikt, en adolescenten van 15 tot 18 jaar dus zelf werden bevraagd (via CAPI), dienden deze zelf de CASI applicatie in te vullen.

De vragen van de gezondheidsenquête kunnen worden gegroepeerd in een aantal grote hoofdstukken (die overeenkomen met de titels van de rapporten), die elk een aantal modules (of sub-modules) omvatten. Elke (sub-)module omvat een set vragen op basis waarvan gezondheidsindicators worden gecreëerd.

De volgende rapporten worden in het kader van de gezondheidsenquête 2018 aangemaakt:

- Gezondheid en kwaliteit van leven (Juli 2019)
- Gezondheidsgedrag en leefstijl (September 2019)

- Preventie (September 2019)
- Resultaten Gezondheidsonderzoek (HES) (Oktober 2019)
- Geestelijke gezondheid (November 2019)
- Gebruik van gezondheids- en welzijnsdiensten (December 2019)
- Fysieke en sociale omgeving (December 2019)
- Rapport Duitstalige Gemeenschap (Februari 2020)
- Mondgezondheid (Maart 2020)

De selectie van thema's, (sub-)modules en vragen werd door de Interkabinetten Werkgroep en de Commissie van Opdrachtgevers, na intens overleg met Sciensano, bepaald. Hierbij speelden verschillende overwegingen:

- Een belangrijke toegevoegde waarde van opeenvolgende gezondheidsenquêtes is de mogelijkheid tot het volgen van trends in volksgezondheid. Het was dus van belang modules, of onderdelen van modules, van vorige enquêtes onveranderd te behouden.
- De gezondheidsenquête past in wezen in beleidsvoorbereidend en – ondersteunend onderzoek. De inhoud van de bevraging dient dan ook zo nauw mogelijk aan te sluiten bij de (nieuwe) wensen van de opdrachtgevers. De mogelijkheid nieuwe modules in te voegen, moest dan ook gevrijwaard blijven.
- In het kader van de Verordening (EU) 2018/255 van de Commissie van 19 februari 2018 tot uitvoering van verordening (EG) nr. 1338/2008 van het Europees Parlement en de Raad met betrekking tot statistieken op basis van de Europese gezondheidsenquête (EHIS) dient België, zoals alle overige lidstaten, specifieke informatie over de gezondheidsstatus, gezondheidszorg en gezondheidsdeterminanten gerelateerd aan de socio-demografische kenmerken van de bevolking (van 15 jaar en ouder) ter beschikking te stellen van Eurostat (het statistisch bureau van de Europese Commissie). In de gezondheidsenquête 2018 diende dan ook de nodige informatie hieromtrent ingewonnen te worden ¹.
- De nodige garanties dienen te worden ingebouwd opdat de inspanning voor deelnemende huishoudens én voor de enquêteurs binnen aanvaardbare perken blijft. Een te uitgebreide – d.i. te veel tijd opslopende - bevraging zou een negatieve impact hebben op de bereidheid van huishoudens om deel te nemen aan de gezondheidsenquête. Bovendien zou een te lange bevraging de kwaliteit van de verzamelde informatie kunnen bedreigen.

6. Uitvoeren van het veldwerk

Het veldwerk voor de gezondheidsenquête 2018 werd uitgevoerd door Statbel, Dienst Enquêtes Burgers. Statbel voert in eigen beheer o.a. enquêtes uit voor de Labour Force Survey (LFS), de EU-SILC enquête en de Huishoudbudgetenquête en beschikt over de infrastructuur om grootschalige face-to-face enquêtes te organiseren:

- Statbel beschikt over een eigen enquêteurscorps bestaande uit een 400-tal freelance enquêteurs.
- Er is een CAPI-infrastructuur (Blaise) zodat de enquête elektronisch kan worden afgenomen.
- Alle enquêteurs beschikken over een draagbare computer (UMPC) met aanraakscherm.

¹ België vroeg en bekwam twee afwijkingen van deze Verordening: (1) waar de Verordening voorziet in een gegevensverzameling in het kalenderjaar 2019, kon België de gegevensverzameling organiseren in 2018, (2) vragen rond uitstel van medische consumptie (AC vragen) konden in België op huishoudniveau worden verzameld, waar de Verordening voorziet in een verzameling van gegevens op individueel niveau.

- Er wordt gewerkt met een gestandaardiseerd contactenblad waarop de enquêteurs elke contactpoging dienen te noteren. Dit laat niet alleen een opvolging van het veldwerk toe, maar maakt ook een uitgebreide non-responsanalyse mogelijk.
- Er is een team beschikbaar dat instaat voor het invoeren van papieren enquêtes (in het geval van de gezondheidsenquête de schriftelijke vragenlijst) en het coderen van open vragen (o.a. de beroepenclassificatie en de bedrijfstak).

Om reden van efficiëntie zijn de procedures en de opvolging van de enquêtes bij Statbel sterk gestandaardiseerd. In het kader van de gezondheidsenquête werd er een uitzondering gemaakt, zodat kon gewerkt worden met groepen van vervangadressen (zie eerder). Om de administratieve last te beperken konden enquêteurs via een website aanduiden naar welke vervanghuishoudens er een introductiebrief moest worden gestuurd.

Kort samengevat verliep het veldwerk als volgt. De geselecteerde huishoudens werden ingelicht aan de hand van een introductiebrief. In deze introductiebrief werd aangegeven wie de opdrachtgevers waren, werd het doel van de enquête uiteengezet en de procedure toegelicht. Er werd expliciet vermeld dat deelname aan de enquête op vrijwillige basis gebeurde. Samen met de introductiebrief werd een folder met meer gedetailleerde informatie over de gezondheidsenquête opgestuurd. Tegelijkertijd met het versturen van de uitnodiging werden de coördinaten van de geselecteerde huishoudens overgemaakt aan de betrokken enquêteurs en konden zij starten met het contacteren van deze huishoudens. Elke contactpoging (via telefoon of rechtstreeks aan huis) diende te worden genoteerd op het contactblad. Met huishoudens die instemden met een deelname aan de gezondheidsenquête sprak de enquêteur een datum en uur af voor het effectief afnemen van de enquête. In de CAPI applicatie werd informatie over de samenstelling van het huishouden, zoals geregistreerd in het Rijksregister (naam, voornaam, geboortedatum, relatie met de referentiepersoon) opgenomen en werd aangegeven welke leden van het huishouden bevroegd dienden te worden. Deze lijst diende bevestigd te worden door de enquêteur: personen die niet langer deel uit maakten van het huishouden dienden als dusdanig aangeduid te worden, nieuwe leden van het huishouden (naam, geslacht, geboortedatum) dienden te worden aangevuld. Zoals eerder vermeld, kwamen nieuwe leden van het huishouden niet in aanmerking voor bevraging. Daarnaast werd aan (vooraf) geselecteerde leden van het huishouden van minstens 15 jaar gevraagd een schriftelijke vragenlijst in te vullen, althans indien de personen zelf op de vragen antwoordden en niet via een proxy (zie verder). De informatie verzameld aan de hand van de CAPI-applicatie werd na afloop van de bevraging doorgestuurd naar de centrale server van Statbel en – na controle - geïntegreerd in het gegevensbestand van de gezondheidsenquête.

Schriftelijke vragenlijsten dienden binnengebracht/opgestuurd te worden bij/naar Statbel en werden in het gegevensbestand ingevoerd. Om fouten te vermijden bij de invoer van gegevens werd de methode van de 'dubbele gegevensinvoer' gehanteerd. Hierbij wordt elke schriftelijke vragenlijst tweemaal ingevoerd in twee centra van Statbel, waarna de resultaten per ingevoerde vragenlijst worden vergeleken. Indien inconsistenties gevonden werden, werd de betreffende vragenlijst nogmaals doorlopen om na te gaan welke fout gemaakt werd in de eerste dan wel in de tweede gegevensinvoer en werd deze hersteld. Daaropvolgend worden de vragenlijsten terug vergeleken. Enkel indien er geen inconsistenties gemeld werden, werd de vragenlijst als ingevoerd beschouwd en overgemaakt aan Sciensano.

Voor de opvolging van het veldwerk en de communicatie tussen de interviewers en Statbel werd gebruik gemaakt van een 'contactenblad'. Zo'n contactenblad werd automatisch gegenereerd van zodra een huishouden geactiveerd werd (dit wil zeggen; op het moment dat een uitnodigingsbrief aan een huishouden werd gestuurd). De coördinaten van het desbetreffende huishouden werden automatisch toegevoegd aan het contactenblad.

Aan de interviewers werd gevraagd voor elk contact of contactpoging met het huishouden zorgvuldig het volgende te noteren:

- De datum van het contact of contactpoging (dag, maand, jaar, dag van de week, tijdstip in een 24 uur tijds klok)
- De wijze van contactname (persoonlijk langsgegaan, persoonlijk maar via parlofoon, telefonisch contact)
- Het resultaat van dit contact:
 - interview afgenomen
 - afspraak met het huishouden gemaakt voor het interview (met datum en tijdstip van de afspraak)
 - problemen bij het contacteren van het adres
 - weigering
 - interview onmogelijk
 - huishouden niet beschikbaar op het moment van de contactname, de deur werd niet opengedaan, niemand thuis op het moment van de contactname

Indien de enquêteur aangaf dat er zich problemen voordeden bij het contacteren van het huishouden, het huishouden weigerde deel te nemen of een interview onmogelijk was, werd gevraagd dit verder toe te lichten. In principe gaat het hier om een definitieve status van het desbetreffende huishouden.

Indien de enquêteur aangaf dat het huishouden niet beschikbaar was, de deur niet werd opengedaan of indien er niemand thuis was op het moment van de contactname, kon de enquêteur aangeven of de contactpoging de laatste was of niet. Indien de contactpoging de laatste was, werd het huishouden definitief als 'niet contacteerbaar' beschouwd. Deze status kon enkel worden toegekend na 5 contactpogingen, maar de enquêteur kon dit minimaal aantal overschrijden.

Indien het huishouden onmogelijk te contacteren was, weigerde deel te nemen of indien het interview onmogelijk was, werd het desbetreffende huishouden vervangen door een ander, maar gelijkaardig huishouden (zie onderdeel 'veld substitutie').

7. Gebruik van proxy interviews

In principe dienden de personen die geselecteerd werden voor deelname aan de enquête zelf te antwoorden op de vragen. In sommige welomschreven gevallen was het echter toegestaan dat een andere persoon (al dan niet een lid van het huishouden) antwoordde 'in naam van' de geselecteerde persoon. In dit geval was er sprake van het gebruik van een proxy. Een proxy verving de geselecteerde persoon niet, maar antwoordde enkel in zijn of haar plaats. Het gebruik van een proxy was verplicht voor alle geselecteerde personen jonger dan 15 jaar, voor geselecteerde personen die omwille van ziekte of psychische beperkingen niet zelf konden antwoorden en voor oudere personen die verbleven in een instelling, maar officieel elders waren ingeschreven (bijvoorbeeld bij één van de kinderen). Een proxy-interview was tevens toegelaten wanneer de geselecteerde persoon voor een lange tijd (minstens 1 maand) afwezig was. Tenslotte was een proxy-interview ook mogelijk als de geselecteerde persoon expliciet weigerde aan het interview deel te nemen, maar toestond dat een proxy voor hem of haar de vragen beantwoordde. Een proxy kon antwoorden op de meeste vragen opgenomen in de mondelinge vragenlijst. Sommige vragen konden echter niet door een proxy beantwoord worden. Het gebruik van een proxy was niet toegestaan voor de schriftelijke bevraging.

8. Gezondheidsonderzoek

Voor het eerst werd in 2018 een Belgisch gezondheidsonderzoek (BELHES, Belgian Health Examination Survey) georganiseerd, waarbij gerecrueteerd werd onder de deelnemers aan de gezondheidsenquête 2018, en dit in opdracht van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). Het doel van de BELHES was om informatie te verzamelen over de gezondheid en gezondheidsrisico's van de bevolking, meer in het bijzonder om cardiovasculaire risicofactoren en het risico op diabetes in kaart te brengen. Een bijkomende

doelstelling van de BELHES was het inschatten van jodiumtekort en zoutinname op populatieniveau en de prevalentie van kwetsbaarheid bij de oudere bevolking, op basis van zowel subjectieve als objectieve maatstaven. De aanpak binnen het BELHES project is conform de aanpak aanbevolen door het Europees Gezondheidsonderzoek (EHES, European Health Examination Survey).

Enkel deelnemers aan de gezondheidsenquête van 18 jaar en ouder die zelf de vragen van de gezondheidsenquête hadden beantwoord (d.i. waarbij geen proxy interview werd gebruikt), kwamen in aanmerking voor deelname aan de BELHES. Om louter praktische redenen kwamen ook deelnemers woonachtig in het Duitstalig landsgedeelte niet in aanmerking voor deelname aan de BELHES. De netto-steekproef, d.i. het maximaal aantal deelnemers aan BELHES werd vooraf bepaald op 1.100, dit op basis van logistieke maar vooral op basis van budgettaire redenen. Er werd beoogd 450 deelnemers te recruteren in het Vlaams Gewest, 350 in het Waals Gewest en 300 in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Deze aantallen waren streefdoelen en waren niet als dusdanig opgelegd door de Opdrachtgever.

Het recruterende van (potentiële) deelnemers aan BELHES werd door de enquêteurs van de gezondheidsenquête uitgevoerd op het einde van de mondelinge bevraging. Aan deelnemers van de gezondheidsenquête die aan de selectiecriteria beantwoordden, werd gevraagd of ze gecontacteerd mochten worden in het kader van het BELHES project. Indien ze daarin toestemden, werden hun contactgegevens genoteerd (naam, adres, telefoonnummer, e-mail adres, geprefereerde contactmomenten) en ontvingen ze een folder met meer informatie omtrent het BELHES project. Deze gegevens werden via een beveiligde verbinding doorgestuurd naar Statbel, dat verantwoordelijk was voor de verdere dispatching van deze informatie naar de BELHES data-manager, de BELHES verantwoordelijke geneesheer en de verpleegkundigen verantwoordelijk voor het uitvoeren van het veldwerk. Enkel de verantwoordelijke geneesheer en de verpleegkundigen beschikten over persoonlijke contactgegevens. De opvolging door de BELHES-datamanager verliep aan de hand van een identificatiecode. Na ontvangst van de contactgegevens contacteerden de verpleegkundigen de geïnteresseerden om een concrete afspraak te maken voor een gezondheidsonderzoek. Dit onderzoek gebeurde bij de deelnemers aan huis. De taken van de verpleegkundigen bestond erin:

- het gezondheidsonderzoek verder toe te lichten en deelnemers te vragen een toestemmingsformulier te ondertekenen;
- een korte vragenlijst (CAPI) in te vullen;
- het gezondheidsonderzoek uit te voeren (meten van de bloeddruk, van de lichaamslengte en – gewicht, van de heupomtrek en, bij deelnemers van 50 jaar en ouder, de sterkte van de handgreep);
- een bloedstaal af te nemen;
- een urinestaal af te nemen.

Bloed- en urinestalen werden nog dezelfde dag opgehaald door een centraal laboratorium dat voor het project geselecteerd werd en de analyses uitvoerde. De onderzoeksgegevens werden door de verpleegkundigen via een beveiligde verbinding en op basis van het gecodeerd identificatienummer doorgestuurd naar de BELHES data-manager. Eenmaal de regionale streefdoelen werden gerealiseerd, werden de enquêteurs van de gezondheidsenquête ervan op de hoogte gebracht de vragen rond een mogelijke deelname aan het BELHES project niet langer te stellen.

Het eerste trimester van de gezondheidsenquête 2018 (tot 31 maart) werd gebruikt voor het testen van de BELHES aanpak. De gegevensverzameling in het kader van BELHES startte vanaf de tweede trimester van gezondheidsenquête en liep tot de beoogde quota bereikt werden, wat ongeveer overeenkwam met het einde van de gegevensverzameling in het kader van de gezondheidsenquête.

In Tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de deelname aan het BELHES project.

Tabel 1 | Deelname aan het BELHES 2018 project

	België	Vlaams Gewest	Brussels Gewest	Waals Gewest
Deelnemers gezondheidsenquête tijdens BELHES periode	9708	3463	2774	3471
In aanmerking komend voor deelname BELHES	6511	2573	1992	1946
Instemming met hercontactname voor BELHES	1757	697	533	527
Beoogd aantal deelnemers BELHES	1100	450	300	350
Effectief aantal deelnemers BELHES	1184	546	275	363

Een meer gedetailleerd overzicht van het BELHES project en de resultaten die werden bekomen, zal worden opgenomen in een specifiek rapport "Resultaten Gezondheidsonderzoek", gepland voor oktober 2019.

9. Opvolging veldwerk

Een intensieve opvolging van het veldwerk is een noodzakelijke voorwaarde voor een succesvolle enquête. Het garandeert niet enkel dat de doelstellingen (aantal afgenomen enquêtes per gewest) worden gerealiseerd, maar ook dat enquêtes worden afgenomen conform de vooraf vastgesteld procedure. Het instrument bij uitstek om een gedetailleerde opvolging mogelijk te maken, is het contactblad dat door Statbel standaard wordt gebruikt en dat voor de gezondheidsenquête licht werd aangepast (gezien de gezondheidsenquête vervangingshuishoudens gebruikt). Ook dit contactblad is volledig geïnformatiseerd, zodat de gegevens onmiddellijk geanalyseerd konden worden. Alle enquêteurs dienden al hun contactpogingen met de huishoudens die zij dienden te bevragen te noteren op een contactblad (datum, uur en wijze van de contactpoging, uitkomst van de contactpoging, tijdelijk of definitief statuut van de desbetreffende huishoudens,...) en dit contactblad minstens eenmaal per week door te sturen naar de centrale Statbel-server. Dit liet toe om wekelijks een update te hebben van de vorderingen van het veldwerk en om dit te bespreken op een wekelijkse opvolgvergadering. Tijdens deze opvolgvergaderingen werden de vorderingen per enquêteur nagegaan. Afwijkende profielen (d.i. enquêteurs die in vergelijking met hun collega's te weinig enquêtes hadden gerealiseerd, maar ook enquêteurs die relatief (veel) sneller enquêtes afgewerkt hadden) werden meer in detail bestudeerd. Op basis van het contactblad kon worden nagegaan of de aanpak van deze enquêteurs anders was dan wat de procedure voorschreef. Inactieve enquêteurs of enquêteurs die te weinig enquêtes hadden gerealiseerd, werden gecontacteerd om de reden hiervan na te gaan. Indien de situatie niet verbeterde, werden enquêteurs vervangen; de hen toevertrouwde huishoudens werden overgemaakt aan nieuwe of andere enquêteurs. Aan alle deelnemende huishoudens werd, kort na de bevraging, een evaluatieformulier opgestuurd. Aan de hand van dit evaluatieformulier werd o.a. nagegaan of het huishouden effectief was bevraagd in het kader van de gezondheidsenquête, of de enquêteur conform de procedure had gewerkt,... Op basis van de door de huishoudens teruggezonden formulieren konden geen systematische of grove afwijkingen in het werk van de enquêteurs worden vastgesteld.

10. Dataverwerking en controles

Eenmaal de resultaten van de bevraging door de enquêteurs waren overgemaakt aan Statbel, werden verschillende stappen ondernomen om te komen tot een consistent en geharmoniseerd gegevensbestand. Daarbij dienden 5 gegevensbestanden gekoppeld te worden:

- Gegevens van de steekproef (gebaseerd op het Rijksregister)
- Resultaten van de mondelinge bevraging (via CAPI)
- Informatie afkomstig van het contactblad (via CAPI)
- Resultaten van de schriftelijke bevraging (na gegevensinvoer)
- Resultaten van de codificatie van beroepen en industrietakken (initieel als tekstveld opgenomen in CAPI, naderhand omgezet in ISCO en NACE codes)

De sleutel om deze verschillende bestanden te integreren tot één bestand was het individueel identificatienummer dat specifiek voor de gezondheidsenquête werd aangemaakt en, voorafgaand aan de bevraging, toegewezen werd aan elk lid van een geselecteerd huishouden. Alhoewel uiterst belangrijk was dit nummer alleen onvoldoende om een kwaliteitsvolle integratie van de bestanden te bewerkstelligen. Er kon immers niet uitgesloten worden dat dit identificatienummer in een bestand verkeerd werd gebruikt (waardoor bijvoorbeeld eenzelfde identificatienummer in twee bestanden voor een ander individu wordt gebruikt).

De harmonisatie van de verschillende bestanden werd in verschillende stappen doorgevoerd:

- Controle van het CAPI-bestand. Aan de hand van de voornaam en geboortedatum werd nagegaan of het identificatienummer in het CAPI-bestand overeenkwam met de informatie in het Rijksregister. Voor het beperkt aantal gevallen waarvoor dit niet het geval was werd nagegaan – op het niveau van het huishouden waarvoor de anomalie zich voordeed – wat de oorzaak hiervan was. In de overgrote meerderheid van de gevallen ging het om fouten in de voornaam.
- Controle van de gegevens van het contactblad. Er werd nagegaan of er voor elk huishouden waarvoor in het contactblad vermeld stond dat het deelnam, effectief resultaten aanwezig waren en, omgekeerd of elk huishouden waarvoor gegevens aanwezig waren op het contactblad als deelnemend was aangeduid.
- Controle van de resultaten van de schriftelijke bevraging. De “double data entry” (en de daarop volgende controle en herstel van inconsistenties) garandeerde dat de gecodeerde gegevens overeen stemden met antwoorden van de respondenten. Bij het samenbrengen van de resultaten van de CAPI bevraging met de corresponderende schriftelijke vragenlijsten, werden bijkomende controles toegepast om de correspondentie absoluut te garanderen (controle van de voornaam en het geslacht van de respondent). Ook hier waren fouten/inconsistenties in de voornamen het voornaamste probleem.
- Codificatie van beroepen en bedrijfstakken. Na integratie van de (gecodeerde) gegevens over het beroep en de bedrijfstak, werd nagegaan of de omschrijving overeenstemde met deze zoals opgenomen in het CAPI-bestand.

Een laatste stap alvorens de analyse van de onderzoeksresultaten aan te vatten, was het per huishouden valide verklaren van de informatie. Hierbij werd nagegaan of (1) per cluster (van tweemaal vier huishoudens: het initiële cluster en het vervangcluster) slechts één huishouden had deelgenomen aan de enquête en (2) of in dit huishouden minstens de referentiepersoon had deelgenomen aan de enquête.

11. Participatie

Deelname aan de gezondheidsenquête 2018 was niet verplicht. Huishoudens konden dus weigeren aan de enquête deel te nemen. De deelnamestatus van elk huishouden dat werd uitgenodigd, werd zorgvuldig genoteerd. Voor elk huishouden diende de enquêteur een volledig overzicht te verschaffen van alle contactpogingen die hij/zij ondernemen had om het huishouden in kwestie te contacteren. Op basis hiervan werd door de enquêteur een definitief statuut toegekend aan alle huishoudens, dit volgens vaststaande criteria zoals deze door Statbel worden toegepast:

- Het huishouden is niet contacteerbaar: Dit statuut kon door een enquêteur worden gebruikt na minstens vijf vruchteloze contactpogingen. Deze pogingen moesten divers zijn en moesten minstens een bezoek aan huis bevatten en contactnames op verschillende dagen/verschillende uren van de dag;
- Het huishouden weigert deel te nemen;
- Het huishouden neemt deel aan de enquête. In principe betekende dit dat alle voor deelname aan de enquête geselecteerde leden van het huishouden, eventueel via een proxy-bevraging, deelnamen, maar er was in beperkte mate ook sprake van een intra-huishouden weigering tot deelname.

12. Intra huishouden weigering

Deelname van een huishouden aan de enquête impliceert niet dat alle voor deelname uitgenodigde leden van het huishouden zullen deelnemen: leden van het huishouden kunnen dus weigeren om deel te nemen. Dergelijke situatie is scherp af te grenzen van een situatie waarin een proxy-interview wordt gebruikt: hierbij zal een voor deelname aan de enquête uitgenodigd lid weliswaar niet zelf de antwoorden geven, maar stemt hij/zij in dat een andere persoon (al dan niet lid van het huishouden) in zijn of haar plaats de antwoorden geeft (zie onderdeel 'proxy interview').

13. Samenstelling van de gerealiseerde steekproef

In totaal werden voor de gezondheidsenquête 2018 11.250 huishoudens gecontacteerd (d.i. per brief uitgenodigd voor deelname aan de enquête) en namen 5.692 huishoudens deel aan de enquête. In totaal telden de deelnemende huishoudens 12.742 effectieve leden. Hiervan werden er 12.038 uitgenodigd voor deelname aan de enquête. De overigen (580 leden) werden niet uitgenodigd omdat:

- zij behoorden tot huishoudens met meer van 4 leden (het maximaal aantal geselecteerde personen per huishouden is 4);
- zij 'nieuwe' huishoudleden waren, bijvoorbeeld pasgeboren babies. De selectie van de potentiële deelnemers voor de enquête werd immers doorgevoerd op basis van de informatie van het Rijksregister aan het begin van elke trimester: (nog) niet geregistreerde nieuwe leden konden dan ook niet geselecteerd worden;
- het ging om huishoudleden die niet officieel geregistreerd waren op het adres van de referentiepersoon.

Bij 427 geselecteerde leden (3,5%) werd de bevraging niet doorgevoerd, ook niet via proxy. Het ging hierbij om situaties waarbij het geselecteerd lid van het huishoudens expliciet weigerde deel te nemen, maar ook om situaties waarbij de een ander lid van het huishouden expliciet weigerde als proxy te fungeren. In totaal hebben 11.611 respondenten deelgenomen aan de gezondheidsenquête 2018. In Tabel 2 wordt een overzicht gegeven van het definitief deelnamestatuut van alle voor deelname aan de enquête uitgenodigde huishoudens.

Tabel 2 | Definitief statuut van alle voor deelname aan de enquête uitgenodigde huishoudens, België, Gezondheidsenquête 2018

Deelname statuut huishoudens	Aantal	%
Niet contacteerbaar	1.351	12,0
Weigering	4.207	37,4
Deelname	5.692	50,6
Totaal	11.250	100

Voor het aangeven van de participatiegraad wordt de verhouding berekend van het aantal deelnemende huishoudens ten opzichte van van de som van het aantal deelnemende en het aantal weigerende huishoudens, d.i. $5.692/(5.692 + 4.207) = 57.5\%$. De evolutie van de participatiegraad over de verschillende rondes van de gezondheidsenquête, wordt in Tabel 3 weergegeven.

Tabel 3 | Participatiegraad Gezondheidsenquêtes, volgens het jaar van de enquête

	Deelnemende huishoudens		Weigerende huishoudens		Huishoudens waarmee contact mogelijk was
	Aantal	%	Aantal	%	Totaal
1997	4.664	57.5	3.455	42.5	8.119
2001 ¹	5.530	61.3	3.497	38.7	9.027
2004 ^{1 2}	6.530	61.2	4.135	38.8	10.665
2008 ^{1 2}	5.809	55.0	4.764	45.0	10.573
2013 ¹	5.049	57.1	3.801	42.9	8.850
2018 ¹	5.692	57.5	4.207	43.6	9.899

¹: Enquête met een supplementaire steekproef van provincies/gemeenschappen

²: Enquête met een supplementaire steekproef van de oudere bevolking

Op basis van de informatie afkomstig van het Rijksregister kan een vergelijking doorgevoerd worden van een aantal socio-demografische karakteristieken van deelnemende, weigerende en niet contacteerbare huishoudens (Tabel 4). Let wel, het gaat hier veelal om een vergelijking van karakteristieken van de referentiepersonen (rp) van de huishoudens. Zo kan worden vastgesteld dat er zeer weinig verschil is tussen de groep deelnemende en de groep weigerende huishoudens. Daarentegen zijn niet contacteerbare huishoudens relatief meer huishoudens met een referentiepersoon tussen 25 en 44 jaar, 1 persoonshoudens en huishoudens met een niet-Belgische nationaliteit.

Vooropgesteld werd dat in totaal 11.300 personen bevestigd dienden te worden in het kader van de gezondheidsenquête 2018. De (gerealiseerde) basissteekproef diende te bestaan uit 4.200 voor het Vlaams Gewest, 3.000 participanten voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en 4.100 participanten voor het Waals Gewest, waarbij 900 participanten afkomstig te zijn uit de gemeenten die behoren tot de Duitstalige Gemeenschap (conform de vraag naar een oververtegenwoordiging van 600 inwoners van de Duitstalige Gemeenschap).

Tabel 5 toont de verdeling van de gerealiseerde steekproef volgens gewest (woonplaats). De doelstellingen in termen van het aantal te bevragen personen werden gerealiseerd op alle voorziene niveaus. In alle gewesten ligt het aantal participanten iets hoger dan voorzien. Dit is quasi onvermijdelijk gezien de complexiteit van de steekproefsamenstelling en de procedures toegepast tijdens het veldwerk.

Tabel 4 | Vergelijking socio-demografische kenmerken van (de referentiepersonen van) deelnemende, weigerende huishoudens, en niet contacteerbare huishoudens, Gezondheidsenquête, België 2018

	Deelnemende huishoudens		Weigerende huishoudens		Niet contacteerbare huishoudens	
	n	%	n	%	n	%
Leeftijdsgroep (rp)						
15-24 jaar	76	1,3	65	1,5	82	6,1
25-34 jaar	696	12,2	511	12,1	277	20,5
35-44 jaar	963	16,9	638	15,2	249	18,4
45-54 jaar	1.099	19,3	847	20,1	207	15,3
55-64 jaar	1.120	19,7	785	18,7	157	11,6
65-74 jaar	871	15,3	652	15,5	126	9,3
75+ jaar	867	15,2	709	16,9	253	18,7
Geslacht (rp)						
man	3.560	62,5	2.628	62,5	781	57,8
vrouw	2.132	37,5	1.579	37,5	570	42,2
Huishoudgrootte						
1 persoon	2.147	37,7	1.465	34,8	807	59,7
2 personen	1.722	30,3	1.324	31,5	246	18,2
3 personen	700	12,3	571	13,6	122	9,0
4 personen	725	12,7	574	13,6	100	7,4
> 4 personen	398	7,0	273	6,5	76	5,6
Nationaliteit (rp)						
Belg	4.810	84,5	3.665	87,1	903	66,8
Europees (niet Belg)	592	10,4	408	9,7	249	18,4
Niet Europees	288	5,1	134	3,2	198	14,7

Tabel 5 | Vergelijking voorziene steekproef versus gerealiseerde steekproef volgens woonplaats (regio), Gezondheidsenquête, België 2018

Gewest	Voorzien	Bevraagd	Afwijking
Vlaams Gewest	4.200	4.296	+ 96
Brussels Gewest	3.000	3.099	+ 99
Waals Gewest (*)	3.200	3.288	+ 88
Duitstalige Gemeenschap (**)	900	928	+ 28
Totaal	11.300	11.611	+ 311
(*) Excl. Duitstalige Gemeenschap			
(**) Basis (300) + oververtegenwoordiging			

In de enquête wordt voorzien in de mogelijkheid van proxy-bevraging, dit is een ander persoon – al dan niet lid van het huishouden – kan antwoorden ‘in naam van de respondent’. Proxy-bevraging is sowieso van toepassing op voor deelname aan de enquête geselecteerde leden van het huishouden van minder van 15 jaar. Daarnaast

werd in specifieke omstandigheden, het gebruik van een proxy-bevraging toegelaten. Het gebruik van een proxy-bevraging heeft – indien toegepast voor huishoudleden van ouder dan 15 jaar – belangrijke gevolgen:

- Bepaalde onderdelen van de CAPI bevraging dienden niet te worden ingevuld.
- De schriftelijke vragenlijst moest niet ingevuld worden.

In beide gevallen is het uitgangspunt dat de betrokken CAPI onderdelen en de schriftelijke vragenlijst een te persoonlijk of te intiem karakter hebben, die niet via een proxy bevestigd kunnen worden. Van de 11.611 respondenten van de gezondheidsenquête 2018...

- gaven 8.831 respondenten zelf de antwoorden (76,1%);
- namen 2.683 respondenten via proxy deel (waarbij de proxy een lid was van het huishouden) (23,1%);
- namen 88 respondenten via proxy deel (waarbij de proxy geen lid was van het huishouden) (0,8%).

Onder de 2.771 deelnemers die via een proxy werden bevestigd, waren er 1.855 jonger dan 15 jaar (proxy-bevraging verplicht) en 916 die via een proxy werden bevestigd omwille van specifieke omstandigheden:

- De geselecteerde persoon kon niet worden gecontacteerd: 56,2%.
- De geselecteerde persoon was niet in staat om de vragen te beantwoorden: 32,9%.
- De geselecteerde persoon weigerde om persoonlijk de vragen te beantwoorden (maar liet een proxy bevestiging toe): 10,9%.

In Tabel 6 wordt een overzicht gegeven van de verdeling naar leeftijdsgroep van de respondenten van de gezondheidsenquête 2018. Deze verdeling weerspiegelt min of meer de leeftijdsstructuur van de bevolking in elk gewest, maar niet deze voor het geheel van het land, gezien de oververtegenwoordiging van Brussel en de Duitstalige Gemeenschap.

- De leeftijdsstructuur van de respondenten is de resultante van de in de gezondheidsenquête toegepaste methode (selectie van steden/gemeenten, selectie van huishoudens, selectie van leden van het huishouden). Toepassing van deze methode zorgt er bijvoorbeeld voor dat het aantal kinderen iets wordt onderschat.
- Het aantal respondenten per gewest weerspiegelt niet hun aandeel in de bevolking in België, maar is gebaseerd op de aantal te realiseren enquêtes omschreven in het protocolakkoord en – specifiek voor het Waals Gewest – de oververtegenwoordiging van de Duitstalige Gemeenschap.

Voor het berekenen van de gezondheidsindicatoren, is het dus nodig om te werken met verschillende 'gewichten' voor elk van de respondenten teneinde de reële samenstelling van de bevolking in België te reconstrueren.

Tabel 6 | Verdeling van de studiebevolking volgens leeftijd en gewest, Gezondheidsenquête, België 2018

Leeftijd respondent	Vlaams Gewest		Brussels Gewest		Waals Gewest		België	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
0 – 14 jaar	657	15,3	586	18,9	615	14,6	1.858	16,0
15 – 24 jaar	380	8,8	230	7,4	449	10,7	1.059	6,1
25 – 34 jaar	452	10,5	447	14,4	439	10,4	1.338	11,5
35 – 44 jaar	534	12,4	516	16,6	528	12,5	1.578	13,6
45 – 54 jaar	639	14,9	439	14,2	647	15,4	1.725	14,7
55 – 64 jaar	654	15,2	378	12,2	638	15,3	1.670	14,4
65 – 74 jaar	519	12,1	291	9,4	479	11,4	1.289	11,1
75+ jaar	461	10,7	212	6,8	421	10,0	1.094	9,4
Totaal	4.296	100	3.099	100	4.216	100	11.611	100

13.1. SAMENSTELLING VOLGENS HUISHOUDGROOTTE

De meest voorkomende huishoudgroottes zijn huishoudens van 2 personen en huishoudens van 4 personen (Tabel 7). In het Brussels Gewest is bijna één op vier huishoudens een eenpersoonshuishouden.

Tabel 7 | Verdeling van de studiebevolking volgens huishoudgrootte en volgens het gewest, Gezondheidsenquête, België 2018

Grootte van het huishouden	Vlaams Gewest		Brussels Gewest		Waals Gewest		België	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
1	664	15,5	736	23,7	751	17,8	2.151	18,5
2	1.408	32,8	677	21,8	1.230	29,2	3.315	28,6
3	689	16,0	550	17,7	712	16,9	1.951	16,8
4	1.037	24,1	683	22,0	988	23,4	2.708	23,2
5+	498	11,6	453	14,6	535	12,7	1.486	12,8
Totaal	4.296	37,0	3.099	26,7	4.216	36,3	11.611	100

13.2. SAMENSTELLING VOLGENS HET TYPE HUISHOUDEN

Het meest voorkomende huishoudtype is een 'koppel met kinderen' (43,2% van alle respondenten woont in een dergelijk type huishouden). 18,5% van alle respondenten is alleenstaand. Eén vijfde van alle respondenten maakt deel uit van een koppel zonder kinderen. Net 11% van de respondenten maakt deel uit van een eenoudergezin (Tabel 8).

Tabel 8 | Verdeling van de studiepopulatie volgens huishoudtype en volgens het gewest, Gezondheidsenquête, België, 2018

Huishoudtype	Vlaams Gewest		Brussels Gewest		Waals Gewest		België	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Alleenstaand	664	15,5	736	23,7	751	17,8	2.151	18,5
Eenouder gezin	408	9,5	384	12,4	484	11,5	1.276	11,0
Koppel zonder kinderen	1.193	27,8	471	15,2	934	22,2	2.598	22,4
Koppel met kinderen	1.874	43,6	1.330	42,9	1.813	43,0	5.017	43,2
Andere/onbekend	157	3,6	178	5,8	234	5,5	569	4,9
Totaal	4.296	100	3.099	100	4.216	100	11.611	100

13.3. SAMENSTELLING VOLGENS NATIONALITEIT

In de gezondheidsenquête 2018 heeft 15,9% van de respondenten niet de Belgische nationaliteit. Het aantal niet-Belgen varieert volgens het gewest (zie Tabel 9). In het Brussels Gewest maken niet-Belgen een derde uit van alle respondenten. Het gaat hierbij om 20,9% personen met een Europese (EU) en om 13,8% personen met een niet-Europese (niet-EU) nationaliteit (Tabel 9).

Tabel 9 | Verdeling van de studiepopulatie volgens nationaliteit en volgens het gewest, Gezondheidsenquête, België 2018

Nationaliteit	Vlaams Gewest		Brussels Gewest		Waals Gewest		België	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Belgen	3.989	92,8	2.026	65,3	3.746	88,9	9.761	84,1
Europees (EU)	174	4,1	646	20,9	364	8,6	1.184	10,2
Niet Europees (niet EU)	131	3,1	427	13,8	103	2,5	661	5,7
Totaal	4.297	100	3.099	100	4.213	100	11.606	100

14. Presentatie van de resultaten van de enquête

De resultaten van de gezondheidsenquête 2018 worden voorgesteld aan de hand van een hele reeks gezondheidsindicatoren. De voorgestelde resultaten zijn steeds gewogen om zo goed mogelijk de bevolking in België te weerspiegelen.

Het gebruik van gewichten is noodzakelijk gezien het complexe steekproefplan dat in de gezondheidsenquête wordt toegepast (met onder meer een regionale stratificatie, leeftijdsstratificatie, een selectie van leden binnen eenzelfde huishouden) er voor zorgt dat het zeker niet gaat om een toevallige steekproef. Het fundamenteel principe in een toevallige steekproef is dat elke geselecteerde persoon, naast zichzelf, een bevolkingsgroep vertegenwoordigt die dezelfde karakteristieken heeft als de geselecteerde persoon, maar die niet geselecteerd werden. Iedere persoon geselecteerd via een eenvoudige toevallige steekproef – bijvoorbeeld een steekproef van 1% van de bevolking – vertegenwoordigt 100 personen in deze populatie. Het gewicht is dus omgekeerd evenredig met de selectiekans ($1/100 = \text{selectiekans}$, $100 = \text{het gewicht}$). Afwijken van dit principe door bijvoorbeeld bewust meer inwoners van het Brussels Gewest of de Duitstalige Gemeenschap te selecteren maakt dat een inwoner van het Brussels Gewest meer kans heeft geselecteerd te worden dan een inwoner van het Vlaams of Waals Gewest of dat de selectiekans voor een inwoners van de Duitstalige Gemeenschap groter

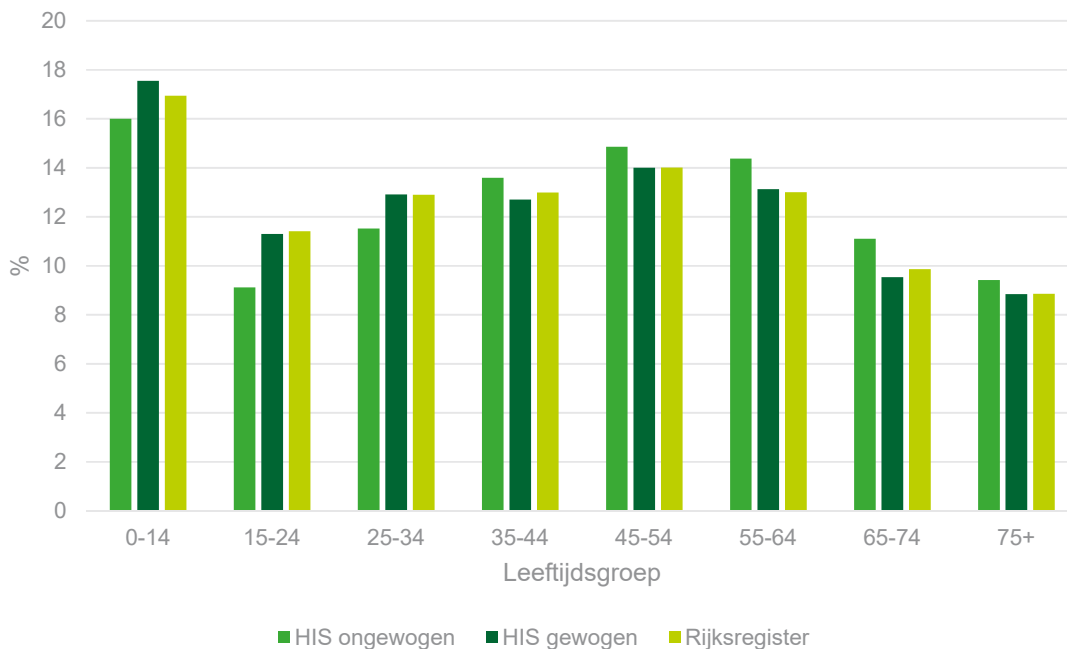
is dan voor de rest van het Waals Gewest. Deze ongelijke selectiekansen maken het gebruik van individuele gewichten noodzakelijk voor het berekenen van representatieve resultaten op het niveau van België, de gewesten of de provincies. In de berekening van de gewichten werden verschillende aspecten mee in rekening genomen (voor meer details kan worden verwezen naar het onderzoeksprotocol):

- De selectiekans binnen het huishouden. In huishoudens van vier personen of minder worden alle leden geselecteerd voor deelname aan de enquête. Voor elk van hen is de selectiekans 1; elke geselecteerde persoon vertegenwoordigt enkel zichzelf binnen het huishouden. In huishoudens van meer dan vier personen is de selectiekans verschillend. Gezien in dergelijk geval de referentiepersoon en de partner (indien aanwezig) zeker geselecteerd worden blijft hun selectiekans 1. Van de overige leden van het huishouden worden slechts 2 leden geselecteerd voor het interview. Hun selectiekans is dus lager dan 1.
- De verdeling van de steekproef volgens geslacht, leeftijd, huishoudgrootte en provincie.
- Het trimester waarin het interview werd afgenomen. Teneinde seizoensinvloeden weg te werken en gezien het aantal interviews dat werd afgenomen in elk trimester verschillend was, werd deze informatie meegenomen voor het berekenen van de gewichten.

Voor de berekening van de gewichten werd gebruik gemaakt van de populatiegegevens per 1/1/2018.

De impact van het gebruik van gewichten kan geïllustreerd worden aan de hand van Figuur 1. Een eerste kolom heeft het aandeel van elke leeftijdsgroep in de gerealiseerde steekproef van de gezondheidsenquête. Zo vormen de respondenten in de leeftijdsgroep 0-14 jaar net 16% uit van alle respondenten. Het aandeel van deze leeftijdsgroep in de bevolking – gebaseerd op de gegevens van het Rijksregister is 17%. Door het gebruik van gewichten groeit het aandeel van de respondenten in de gerealiseerde steekproef tot 17,5%, al heel wat dichter bij hun reëel aandeel in de bevolking.

Figuur 1 | Impact van het gebruik van gewichten op de samenstelling van de studiepopulatie: voorbeeld voor leeftijdsgroepen



Voor elke gerapporteerde gezondheidsindicator zijn de resultaten op een identieke wijze gestructureerd: België en de gewesten. De resultaten worden voorgesteld op het niveau van België en de drie gewesten. In een eerste stap wordt een beschrijving gegeven van de resultaten in functie van een aantal achtergrondkenmerken.

14.1. BELGIË EN DE GEWESTEN

De resultaten worden voorgesteld voor België en de drie gewesten.

14.2. GESLACHT EN LEEFTIJD

De resultaten worden afzonderlijk gerapporteerd voor mannen en vrouwen en tevens in functie van de leeftijd. Voor de meeste indicatoren wordt een grafiek voorgesteld in functie van leeftijd en geslacht samen. De cijfers die vermeld worden in de tekst zijn steeds ruwe resultaten. Leeftijd en geslacht zijn vaak belangrijke determinanten van gezondheidsindicatoren. Om verschillen tussen bevolkingsgroepen (bijvoorbeeld in functie van gewest, opleidingsniveau, jaar) goed te kunnen interpreteren is het nodig om het effect van leeftijd en geslacht te kunnen neutraliseren. Zo kan een verschil tussen laag en hoog opgeleiden gewoonweg te maken hebben met het feit dat er bij de ouderen veel meer laag opgeleiden zijn dan bij de jongeren. Dit kan aanleiding geven tot een foute interpretatie: het gemeten verschil weerspiegelt niet de samenhang tussen de indicator met het opleidingsniveau, maar wel met de leeftijd. Om na te gaan of een verschil significant is werd gebruik gemaakt van logistische regressies (voor binaire variabelen) en lineaire regressies (voor continue variabelen). Om het effect van een determinant (bijvoorbeeld opleiding) op een uitkomstindicator in te schatten na correctie voor leeftijd en geslacht werd gebruik gemaakt van regressiemodellen waarbij leeftijd en geslacht als co-variant in het model zijn opgenomen. In sommige gevallen wordt aangegeven hoeveel groter de prevalentie is in een bepaalde risicogroep (bijvoorbeeld laag opgeleiden) t.o.v. een referentiegroep (bijvoorbeeld hoog opgeleiden), na correctie voor leeftijd en geslacht. Deze relatieve risico's werden berekend aan de hand van log-binomiale modellen.

14.3. OPLEIDINGSNIVEAU

Alle resultaten worden voorgesteld in functie van het opleidingsniveau. Het opleidingsniveau wordt gebruikt als indicator voor het socio-economisch niveau van het huishouden en van de leden ervan. Deze variabele wordt bepaald op basis van het hoogste opleidingsniveau van de referentiepersoon van het huishouden en zijn/haar partner. Dit opleidingsniveau wordt toegewezen aan alle leden van het huishouden. Indien in de tekst bijvoorbeeld vermeld wordt dat "x% van diegenen met een diploma hoger onderwijs aangeeft in mobiliteit beperkt te zijn" is de correcte lezing "x% van diegenen tot een huishouden waarvan het hoogste diploma van de referentiepersoon en zijn/haar partner een diploma hoger onderwijs is". Om de leesbaarheid te behouden werd ervoor geopteerd niet deze complexe omschrijving te gebruiken. Het opleidingsniveau is voor de overgrote meerderheid van de respondenten, maar niet voor alle respondenten gekend.

14.4. JAAR VAN DE ENQUÊTE

Gezien voor sommige onderdelen van de gezondheidsenquête 2018 identieke vragen als in de vorige enquêtes werden gebruikt, is een vergelijking van de resultaten over de tijd mogelijk.

14.5. BASISTABELLEN

De in dit rapport opgenomen basistabellen omvatten de ruwe, gewogen resultaten (proporties, gemiddelden) en de gestandaardiseerde resultaten die voor alle bestudeerde indicatoren werden berekend. Deze tabellen worden zowel opgemaakt voor België in zijn geheel als voor elk van de regio's apart. De indicatoren worden voorgesteld in functie van een selectie van achtergrondkenmerken: geslacht, leeftijdscategorie en opleidingsniveau (indien beschikbaar). Indien de indicator in kwestie ook voor de vorige gezondheidsenquêtes kon worden berekend, worden de resultaten voor alle toepasselijke jaren weergegeven.

In de basistabellen worden zowel de ruwe resultaten als de gestandaardiseerde resultaten, beiden met hun betrouwbaarheidsinterval, voorgesteld. De ruwe resultaten in de basistabellen geven de reële, effectieve situatie aan. Deze informatie is uitsluitend beschrijvend en dient met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd

te worden. Bijvoorbeeld: naar analogie met wat eerder werd vermeld, kan een verschil tussen het Vlaams en het Brussels Gewest soms worden verklaard doordat er relatief meer jongere personen in het Brussels Gewest dan in het Vlaams Gewest wonen.

Daarom worden ook gestandaardiseerde cijfers voorgesteld, die toelaten populaties te vergelijken na correctie voor leeftijd en geslacht. Dit wil zeggen dat het hier dan gaat om cijfers die zouden bekomen worden indien de vergeleken groepen gelijk zouden zijn samengesteld voor wat het aantal vrouwen en mannen betreft, en een identieke leeftijdsstructuur zouden hebben. Oorspronkelijk vastgestelde verschillen kunnen zo plots verdwijnen, gezien de verschillen (quasi) uitsluitend te wijten waren aan de verschillende samenstelling van leeftijd en geslacht. In de tabellen worden tevens de 95% betrouwbaarheidsintervallen voorgesteld: deze intervallen zijn de limietwaarden waartussen de waarde van de indicator zich bevindt in 95% van alle mogelijk steekproeven die kunnen worden getrokken uit eenzelfde populatie en voor eenzelfde indicator. Dit betrouwbaarheidsinterval geeft zowel informatie over de mate van onzekerheid over het bekomen resultaat als dat het toelaat na te gaan of verschillen tussen bepaalde subgroepen statistisch significant zijn. Indien de betrouwbaarheidsintervallen rond de waarde van een indicator in de verschillende subgroepen elkaar niet overlappen, is er sprake van statistisch significante verschillen tussen de subgroepen. Indien deze betrouwbaarheidsintervallen elkaar overlappen, is het moeilijker om een conclusie te trekken.

14.6. BIJKOMENDE ANALYSES

Indien dit noodzakelijk werd geacht, werden bijkomende analyses van de onderzoeksresultaten doorgevoerd waarbij voor andere variabelen dan deze opgenomen in de basistabellen gecontroleerd werd; de nationaliteit, het eigen opleidingsniveau,...

CONTACT

Stefaan Demarest • T+32 2 642 57 94 • stefaan.demarest@sciensano.be

MEER INFO

—

Bezoek onze website
>www.sciensano.be of
contacteer ons op
>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 • www.sciensano.be

Verantwoordelijke uitgever: Myriam Sneyers, Algemeen directeur • Juliette Wytsmanstraat 14 • Brussel • België • D/2019/14.440/34