

SUBJECTIEVE GEZONDHEID

Gezondheidsenquête 2018

JEAN TAFFOREAU • SABINE DRIESKENS • RANA CHARAFEDDINE •
JOHAN VAN DER HEYDEN

Sciensano

Epidemiologie en volksgezondheid – Levensstijl en chronische ziekten

HIS 2018

Juli 2019 • Brussel • België
Intern referentienummer: 2019/015



Hoofdauteur: Jean Tafforeau



Revisor en vertaler: Sabine Drieskens



Redacteurs: Johan Van der Heyden, Rana Charafeddine

Contactpersoon: Jean Tafforeau • T +32 2 642 57 71 • jean.tafforeau@sciensano.be

Gelieve te citeren als:

J. Tafforeau, S. Drieskens, R. Charafeddine, J. Van der Heyden. Gezondheidsenquête 2018: Subjectieve gezondheid. Brussel, België: Sciensano. Rapportnummer: D/2019/14.440/35. Beschikbaar op: www.gezondheidsenquête.be

INHOUDSOPGAVE

SAMENVATTING	5
AFKORTINGEN	7
INLEIDING	8
VRAGEN	9
INDICATOREN	10
RESULTATEN	11
1. Subjectieve gezondheid	11
1.1. Prevalentie voor België	11
1.2. Evolutie	11
1.3. Demografische verschillen	12
1.4. Socio-economische verschillen	13
BESPREKING EN CONCLUSIE	14
SAMENVATTENDE TABELLEN	16
REFERENTIES	17
LIJST VAN TABELLEN	19

SAMENVATTING

Het concept van subjectieve gezondheid is gebaseerd op de beoordeling door het individu zelf van de eigen gezondheidstoestand. Het is een alomvattende benadering die zowel de fysieke, de geestelijke als de sociale gezondheid omvat.

Eén van de gezondheidsdoelstellingen van de WGO is dat iedereen de mogelijkheid moet hebben om zijn eigen gezondheidspotentieel te ontwikkelen. De subjectieve gezondheidsevaluatie kan daarom beschouwd worden als een goede gezondheidsindicator, zowel op individueel niveau als op het niveau van de bevolking.

Een groot aantal studies heeft aangetoond dat er een nauw verband is tussen het subjectief gezondheidsniveau dat door een individu wordt gerapporteerd en sterfte, morbiditeit, functionele beperkingen en het gebruik van gezondheidszorgen.

Het meten van de subjectieve perceptie van de gezondheidstoestand wordt daarom beschouwd als een nuttig instrument voor het opsporen van risicogroepen, maar ook als een indicator van de zorgbehoeften van de bevolking.

In 2018 werd deze indicator in België voor de zesde keer gemeten volgens dezelfde methodologie, wat het interessant maakt om de evolutie in de tijd te bepalen.

77% van de bevolking vindt hun gezondheid goed tot zeer goed. Hiermee ligt België boven het Europees gemiddelde (70% in 2016).

De analyses gaven significante verschillen aan in het subjectieve gezondheidsniveau volgens geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, gewest en enquêtejaar. De resultaten kunnen als volgt worden samengevat:

- Het percentage vrouwen dat een slechte gezondheid aangeeft is iets hoger (24,7%) dan bij mannen (21,2%).
- De subjectieve gezondheid varieert in functie van de leeftijd: 8,2% van de 15-24-jarigen vindt dat ze in slechte gezondheid zijn, tegenover 17,6% van de 35-44-jarigen en zelfs 41,7% van de personen van 75 jaar en ouder.
- De laagst opgeleiden (diploma lager onderwijs of geen diploma) klagen vaker over hun gezondheidstoestand dan mensen met een diploma secundair of hoger onderwijs. Het risico van het aangeven van gezondheidsproblemen is 4,0 keer zo hoog bij de laagst opgeleiden dan bij de hoogst opgeleiden.
- Het percentage van de bevolking dat hun gezondheid als slecht beoordeelt is hoger in het Waals Gewest (26,2%) dan in het Brussels (21,6%) en het Vlaams Gewest (21,5%). Deze verschillen kunnen deels verklaard worden door een verschillende verdeling van de bevolking naar geslacht en leeftijd. Wanneer deze verdeling in rekening wordt genomen, is alleen het verschil tussen het Waals en het Vlaams Gewest significant.
- De subjectieve gezondheid is de afgelopen twintig jaar stabiel gebleven in België. In de periode 2001-2013 was er een lichte verbetering met een daling van het percentage mensen dat hun gezondheid als slecht beoordeelde. Deze tendens houdt echter niet aan. Zo was het percentage in 2018 (23,0%) bijna gelijk aan dat waargenomen in 2008 (23,2%).
- De trend voor België wordt zowel waargenomen in Vlaanderen als in Wallonië. In Brussel daarentegen stellen we een aanzienlijke verbetering vast tussen 2013 en 2018: het percentage van de bevolking dat een slechte gezondheid aangeeft, daalt van 24,9% in 2013 tot 21,6% in 2018.

Een analyse van de subjectieve gezondheid laat toe de ontwikkeling van de algemene gezondheidstoestand van de bevolking te bestuderen en het gezondheidsbeleid te evalueren. Het feit dat de subjectieve gezondheid, ondanks de geleidelijke vergrijzing van de bevolking, de laatste twintig jaar relatief stabiel is gebleven in België, is dan ook een vrij goed teken.

AFKORTINGEN



BE	België
BHIS	Belgian Health Interview Survey – Belgische Gezondheidsenquête
EU	Europees
HIS	Health Interview Survey – Gezondheidsenquête
WGO	Wereldgezondheidsorganisatie

INLEIDING

Subjectieve gezondheid is een thema dat niet alleen in gezondheidsenquêtes aan bod komt, maar ook al 10 tot 20 jaar in meer algemene enquêtes zoals de SILC (Survey on Income and Living Conditions) of in volkstellingen, welke in 2001 voor het laatst werd georganiseerd in België (1;2).

Het concept 'subjectieve gezondheid' is gebaseerd op de inschatting die mensen hebben van hun eigen gezondheid. Het gaat om een globale maatstaf die zowel de fysieke, de geestelijke als de sociale gezondheid omvat. Ze varieert als gevolg van de aanwezigheid van symptomen of specifieke klachten, maar ook als gevolg van medisch vastgestelde diagnoses (3). Een recente studie (4) toont echter een verandering in de tijd aan betreffende de invloed die ziekten en functionele beperkingen hebben op de manier waarop individuen hun eigen gezondheidstoestand beoordelen.

Talrijke studies werden al opgezet om na te gaan wat de subjectieve gezondheid beïnvloedt, maar deze lieten niet toe een conceptuele omschrijving te ontwikkelen (5). Een subjectieve benadering van het concept verwijst naar het feit dat het eerder gaat om een emotionele reactie dan om een systematische, cognitieve analyse. Bovendien heeft het antwoord op de vraag waarschijnlijk ook betrekking op andere elementen die verband houden met de kwaliteit van het leven.

De maatstaf die hier wordt voorgesteld is gebaseerd op de subjectieve beoordeling van het individu zelf; deze toestand wordt niet door een extern iemand beoordeeld (daarom mag een "proxy" de vraag over subjectieve gezondheid niet beantwoorden). Dit eigen oordeel wordt zonder twijfel beïnvloed door de indruk of de opvatting van andere personen, maar uiteindelijk gaat het om het individu dat zelf een standpunt inneemt. Bovendien zijn we vooral geïnteresseerd in de "algemene" gezondheid en niet in de "huidige" gezondheid, met als doel de invloed van tijdelijke gezondheidsproblemen te beperken.

In één van de gezondheidsdoestellingen van de WGO wordt vooropgesteld dat iedereen de mogelijkheid moet hebben om zijn eigen gezondheidspotentieel te ontwikkelen. De subjectieve inschatting van de eigen gezondheid wordt in deze context als een goede indicator beschouwd en dit zowel op individueel niveau als op niveau van de bevolking.

Heel wat studies hebben een sterke samenhang kunnen vaststellen tussen subjectieve gezondheid en mortaliteit (6;7), zelfs als deze samenhang varieert in functie van het socio-economisch niveau van het individu (8). Ook is er een verband tussen subjectieve gezondheid en morbiditeit (9), het niveau van functionele beperking (4;10) en het gebruik van de gezondheidszorg (11). Een recente cohortstudie (12) toont aan dat het aannemen van een "gezonde" levensstijl, zoals regelmatig bewegen, de verslechtering van de subjectieve gezondheidstoestand in de loop van de tijd kan voorkomen/verminderen.

De subjectieve perceptie van de gezondheidstoestand is dus een nuttig instrument om risicogroepen te detecteren, maar ook om de behoeften aan zorg van een bevolking in te schatten. Met name in Zweden (13) is de subjectieve gezondheid bij mensen ouder dan 47 jaar sinds 25 jaar verbeterd, dit in tegenstelling tot een verslechtering in de jongste leeftijdsgroep. Dit zou kunnen wijzen op een verslechtering van de socio-economische situatie in deze bevolkingsgroep, van hun levensstijl, maar ook potentiële problemen en behoeften aan zorg op het gebied van de geestelijke gezondheid.

De subjectieve benadering laat toe te corrigeren in functie van culturele diversiteit waardoor het mogelijk is de gezondheidstoestand van zeer uiteenlopende bevolkingen te vergelijken. Omgekeerd wordt een dergelijke subjectiviteit soms beïnvloed door de al dan niet duidelijke neiging in sommige culturen om meer te klagen of er een eerder pessimistische opvatting op na te houden. Ook de samenhang met de functionele status lijkt het onderwerp te zijn van etnische variatie (5).

VRAGEN

De vraag met betrekking tot subjectieve gezondheid is gebaseerd op de vraag voorgesteld door de WGO (11) en die vervolgens is opgenomen in de vragenlijst van de Europese gezondheidsenquête (EHIS)¹.

Naast deze vraag zijn twee andere concepten geïntegreerd in een module genaamd « Mini European Health Module (MEHM) ». In het kader van het EuroReves-project zijn twee vragen met betrekking tot de aanwezigheid van chronische ziekten en functionele beperkingen ontwikkeld (14) en vervolgens ook opgenomen in de EHIS². Deze twee vragen worden behandeld in andere BHIS modules: de module over chronische ziekten enerzijds en de module over functionele beperkingen anderzijds. In deze module komt alleen de vraag met betrekking tot subjectieve gezondheid in aanmerking.

Deze instrumenten zijn opgenomen in de schriftelijke vragenlijst van de Belgische gezondheidsenquête (BHIS). Ze zijn uitsluitend gericht tot personen van 15 jaar en ouder. Het is nuttig om er aan te herinneren dat, indien de bevraging werd doorgevoerd via een proxy³, de schriftelijke vragenlijst niet ingevuld diende te worden. In dergelijk geval hebben we dan ook geen antwoorden op de vraag naar subjectieve gezondheid.

Gezien het sterk subjectief karakter van de in deze module verzamelde informatie, is het belangrijk erop te wijzen dat de orde waarin de vragen worden gesteld soms een rol speelt (15;16). In het kader van de praktische organisatie van het veldwerk, kan het voorkomen dat de vragen rond subjectieve gezondheid soms voor, soms na de meer gedetailleerde vragen rond aandoeningen en medische consumptie – die zich in de mondelingen vragenlijst bevinden – werden gesteld.

Vragen in de gezondheidsenquête 2018

- SH.01** Hoe is uw gezondheidstoestand in het algemeen?
Zeer goed / Goed / Gaat wel (redelijk) / Slecht / Zeer slecht
- SH.02** Hebt u een langdurige ziekte of aandoening (gezondheidsprobleem)?
Ja / Neen
- SH.03** Bent u, vanwege een gezondheidsprobleem, sinds 6 maanden of langer beperkt geweest in activiteiten die mensen gewoonlijk doen?
Ja, erg beperkt / Ja, beperkt / Neen, niet beperkt

¹ http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-RA-13-018/EN/KS-RA-13-018-EN.PDF

² De drie vragen (subjectieve gezondheid, chronische ziekten en functionele beperkingen) vormen de Mini European Health Module (MEHM)

³ Definitie van een proxy in het kader van de enquête: persoon die antwoordt in de plaats van de geselecteerde persoon

INDICATOREN

Subjectieve gezondheid is opgenomen in de lijst van gezondheidsindicatoren en indicatoren over de kwaliteit van leven:

- in het kader van de tweede doelstelling van de “Health for All”-doelstellingen van de WGO (11)
- in het gegevensbestand “Gezondheid voor allen” van de WGO⁴
- de lijst van de indicatoren in het kader van de Europese Gezondheid (17)
- als onderdeel van de indicatoren gepubliceerd door de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling⁵.

Deze indicatoren werden geconstrueerd op basis van de vraag naar de subjectieve gezondheid; de aanbevelingen van de WGO (11) en van het ECHIM project op Europees niveau (18) dienden als basis waarbij de antwoorden “zeer goed” en “goed” werden onderscheiden van de antwoorden “gaat wel (redelijk)”, “slecht” en “zeer slecht”.

Twee indicatoren werden aangemaakt:

SH01_1 Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een goede gezondheidstoestand

SH01_2 Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een slechte gezondheidstoestand

Deze indicator kan ook gebruikt worden met mortaliteitsgegevens voor het meten van de levensverwachting in goede gezondheid; de interactieve website van Sciensano (<https://spma.wiv-isp.be/SitePages/Home.aspx>) geeft toegang tot de resultaten hieromtrent voor de vorige gezondheidsenquêtes.

De andere twee vragen van de « Mini European Health Module (MEHM) », SH.02 en SH.03, worden in andere modules behandeld ("Chronische ziekten en aandoeningen" en "Langdurige beperkingen").

⁴ <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db>

⁵ <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>

RESULTATEN

Subjectieve gezondheid

In dit deel wordt de prevalentie en de verdeling van de bevolking in functie van de beoordeling van de eigen (subjectieve) gezondheidstoestand besproken. De antwoorden werden opgedeeld in twee groepen: “zeer goed” en “goed” enerzijds, en “gaat wel (redelijk)”, “slecht” en “zeer slecht” anderzijds. De resultaten hebben betrekking op de bevolking van 15 jaar en ouder.

PREVALENTIE VOOR BELGIË

In België, in 2018:

- beoordeelt 77,0% van de bevolking van 15 jaar en ouder hun gezondheid als goed tot zeer goed (25,1% zeer goed en 51,8 goed);
- 23,0% van de bevolking beoordeelt hun gezondheid als redelijk (17,8%), slecht (4,4%) of zeer slecht (0,8%).

Regionale verschillen

In het Vlaams Gewest geeft 21,5% van de bevolking aan in slechte gezondheid te zijn.
In het Brussels Gewest geeft 21,6% van de bevolking aan in slechte gezondheid te zijn.
In het Waals Gewest geeft 26,2% van de bevolking aan in slechte gezondheid te zijn.

Alleen het verschil tussen Vlaanderen en Wallonië is significant (na correctie voor leeftijd en geslacht).

EVOLUTIE

De subjectieve gezondheidsindicator blijft relatief stabiel in de tijd. Toch worden er enkele variaties met een lineaire trend (statistisch significante gezien het grote aantal respondenten) waargenomen:

- een lichte verbetering in de periode 2001-2013: het percentage van de bevolking dat een slechte gezondheid aangeeft is gedaald van 23,8% in 2001 tot 22,1% in 2013. Deze trend is meer uitgesproken voor de gecorrigeerde cijfers (die rekening houden met de evolutie in termen van de verdeling van de bevolking naar geslacht en leeftijd): van 22,8% in 2001 tot 19,4% in 2013;
- sinds 2018 (23,0%) daalt deze prevalentie niet langer, het bruto cijfer is nl. bijna gelijk als dat van 2008 (23,2%).

Het gaat hier echter om zeer kleine verschillen. Daarom moet dit met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

Regionale verschillen

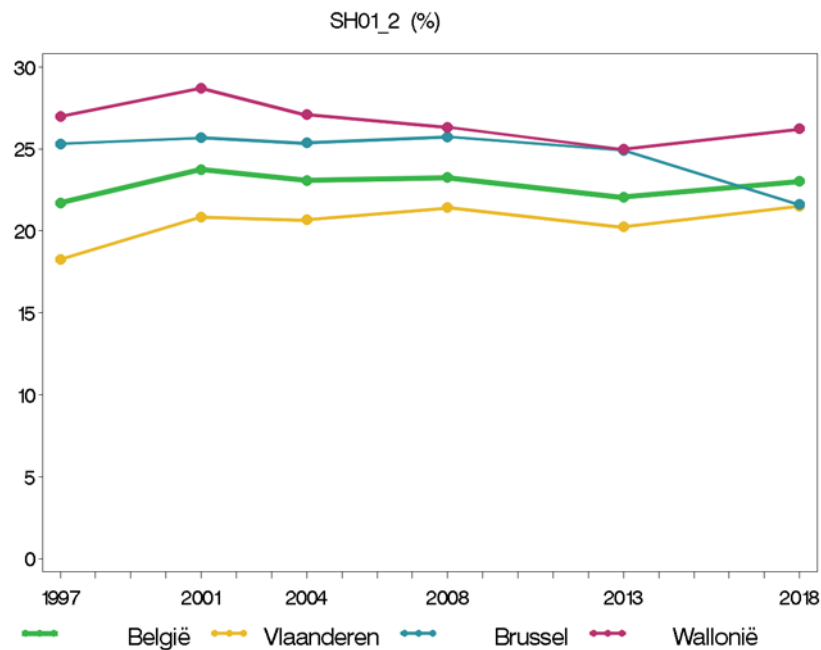
De evolutie in de tijd is niet dezelfde volgens gewest. In Vlaanderen en Wallonië wordt een gelijkaardige trend als voor België waargenomen:

- In Vlaanderen, wanneer men rekening houdt met de gecorrigeerde cijfers, is er een lichte daling van het percentage van de bevolking dat een slechte gezondheid aangeeft: van 19,6% in 1997 tot 17,0% in 2013. Daarna daalt deze prevalentie niet langer en is het percentage in 2018 bijna gelijk aan dat van 2008.
- In Wallonië, waar de cijfers hoger zijn, is het percentage van de bevolking dat een slechte gezondheid aangeeft afgenomen: van 28,8% in 1997 tot 22,5% in 2013 voor de gecorrigeerde cijfers. Deze trend is meer uitgesproken in Wallonië wat maakt dat de kloof tussen de twee gewesten kleiner is geworden. Ook hier is het percentage licht gestegen (hoewel het verschil tussen 2013 en 2018 niet significant is) en komen de cijfers van 2018 ook overeen met die van 2008.

In Brussel is de situatie anders. Tussen 1997 en 2013 was er een niet significante daling van het percentage van de bevolking dat een slechte gezondheid aangeeft: van 26,4% in 1997 tot 25,1% voor wat de gecorrigeerde cijfers betreft. In tegenstelling tot de andere twee gewesten, lijkt de situatie in 2018 aanzienlijk te zijn verbeterd: het percentage van de bevolking dat een slechte gezondheid aangeeft is 21,6% (bruto cijfer) tegenover 24,9% in 2013. Hetzelfde geldt voor de gecorrigeerde cijfers: 21,3% in 2018 tegenover 25,1% in 2013. Bovendien is het verschil tussen 2013 en 2018 statistisch significant.

Deze recente trend die in Brussel werd vastgesteld met betrekking tot de subjectieve gezondheid wijzigt de positie van het Brussels Gewest: het percentage gemeten in 2018 (21,6%) is hetzelfde als dat voor Vlaanderen (21,5%), waardoor Wallonië (26,2%) op de 3^{de} plaats komt.

Figuur 1 Percentage (bruto cijfer) van de bevolking van 15 jaar en ouder dat een slechte gezondheid aangeeft, volgens gewest en jaar, België 2018



DEMOGRAFISCHE VERSCHILLEN

Het percentage vrouwen dat een slechte gezondheid aangeeft, is nog steeds iets hoger (24,7%) dan bij mannen (21,2%). Dit verschil is significant na correctie.

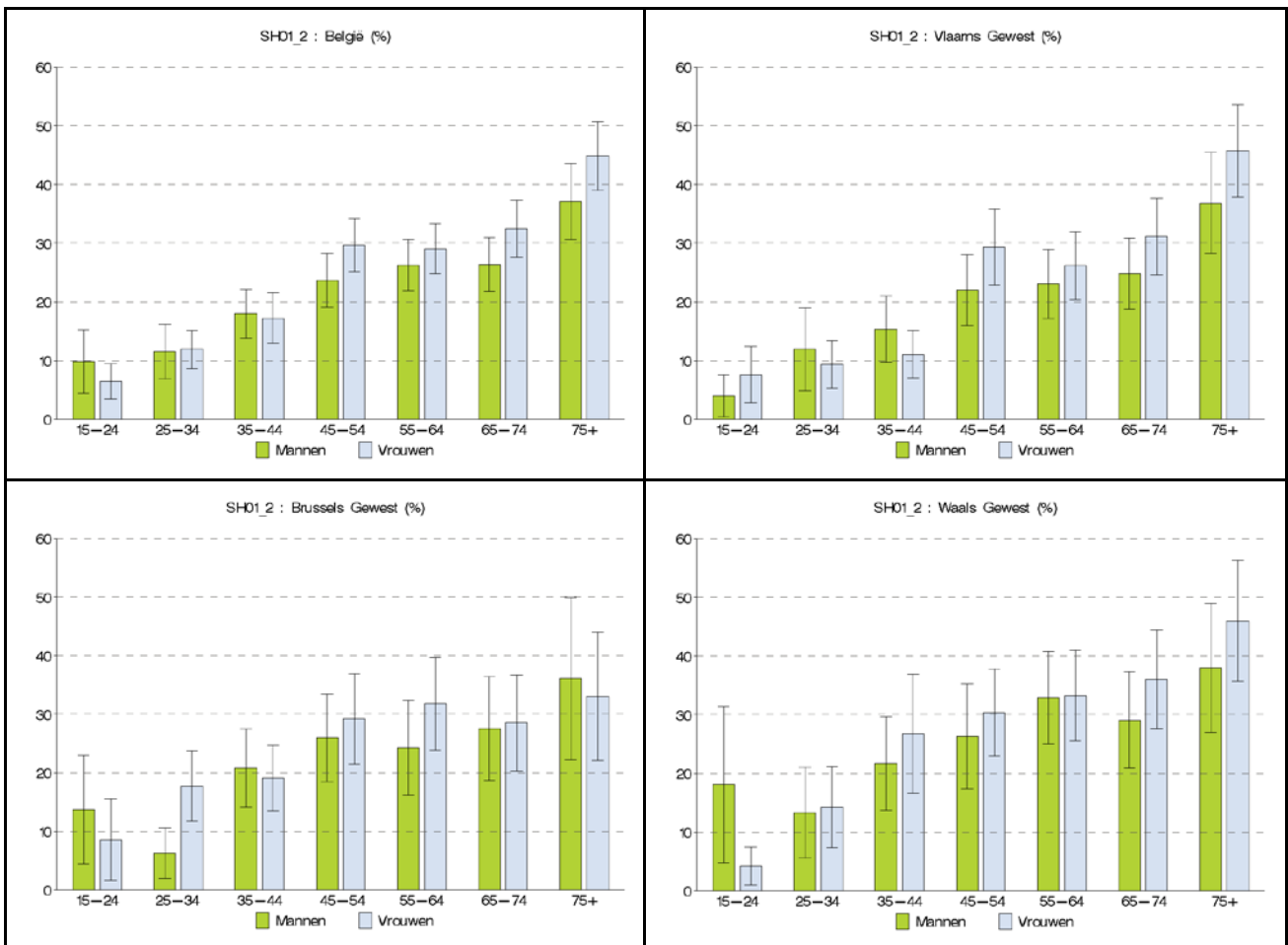
De subjectieve gezondheid varieert duidelijk met de leeftijd. Niettegenstaande 8,2% van de 15-24-jarigen aangeeft in slechte gezondheid te zijn, neemt dit percentage geleidelijk toe met de leeftijd: 17,6% bij de 35-44-jarigen en 29,7% bij de 65-74-jarigen. Van de mensen van 75 jaar en ouder is zelfs 41,7% van mening dat ze in slechte gezondheid verkeren.

Figuur 1 geeft de verdeling volgens leeftijd en geslacht weer. Stratificatie naar geslacht toont aan dat de geslachtsverschillen eerder nadelig zijn voor vrouwen in de leeftijdsgroep van 45-54 jaar.

Regionale verschillen

Dezelfde verdeling volgens leeftijd en geslacht wordt vastgesteld in zowel het Vlaams, het Brussels als het Waals Gewes.

Figuur 2 Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat een slechte gezondheid aangeeft, volgens geslacht, leeftijd en gewest, België 2018



SOCIO-ECONOMISCHE VERSCHILLEN

De subjectieve gezondheid varieert volgens de socio-economische status van het individu (het opleidingsniveau als proxy voor socio-economische status). Mensen met het laagste opleidingsniveau (diploma lager onderwijs of geen diploma) klagen vaker over hun gezondheidstoestand dan mensen met een diploma lager secundair of hoger, maar dit verschil is niet significant. Mensen met een diploma secundair (lager of hoger) klagen op hun beurt vaker over hun gezondheidstoestand dan mensen met een diploma hoger onderwijs. Deze verschillen blijven significant na correctie voor leeftijd en geslacht.

Het (relatief) risico op het beoordelen van de gezondheid is 4,0 keer hoger bij de laagst opgeleiden (diploma lager onderwijs of geen diploma) dan bij diegenen met een hoger diploma.

Regionale verschillen

De invloed van de socio-economische status wordt ook op regionaal niveau waargenomen. Doch in Vlaanderen wordt er geen significant verschil tussen de laagst opgeleiden (diploma lager of geen diploma) en diegenen met een secundair diploma (lager of hoger) opgemerkt.

BESPREKING EN CONCLUSIE

Subjectieve gezondheid is een multidimensionaal concept dat domeinen omvat die verband houden met de fysieke, de geestelijke en de sociale gezondheid. Een groot aantal studies heeft aangetoond dat er een nauw verband is tussen het subjectief gezondheidsniveau door een individu gerapporteerd en het risico op sterfte, morbiditeit en het gebruik van gezondheidszorgen. In 2018 wordt deze indicator in België voor de zesde keer gemeten volgens dezelfde methodologie; wat het interessant maakt om de evolutie in de tijd te bepalen.

Omschrijving van de situatie in België volgens de resultaten van de gezondheidsenquête

77% van de bevolking beoordeelt hun gezondheidstoestand als goed tot zeer goed. Hierdoor situeert België zich boven het Europees gemiddelde (70% in 2016, op basis van de gegevens van de SILC-enquête).

Het percentage van de bevolking dat hun gezondheid als slecht beoordeelt is hoger in het Waals Gewest (26,2%) dan in het Brussels (21,6%) en het Vlaams Gewest (21,5%). Deze verschillen kunnen deels verklaard worden door verschillen in de verdeling van de bevolking volgens geslacht en leeftijd. Wanneer er wordt gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht, dan is alleen het verschil tussen het Waals en het Vlaams Gewest significant.

De subjectieve gezondheidsindicator, en dus de gezondheidstoestand van de bevolking, is de laatste twintig jaar (van 1997 tot 2018) relatief stabiel gebleven in België. In de periode 2001-2013 was er een lichte verbetering van het percentage van de bevolking dat een slechte gezondheid aangeeft (daling van 23,8% in 2001 tot 22,1% in 2013). Deze trend heeft zich sindsdien echter niet meer voortgezet: 23,0% in 2018 wat bijna gelijk is het percentage in 2008 (23,2%).

Een gelijkaardige tijdstrend als voor België wordt ook waargenomen in Vlaanderen en Wallonië, maar met hogere percentage in Wallonië. In Brussel daarentegen is de situatie anders. Tussen 2013 en 2018 is er een aanzienlijke verbetering: het percentage van de bevolking dat een slechte gezondheid aangeeft, daalt van 24,9% in 2013 naar 21,6% in 2018. Bovendien is dit verschil statistisch significant en voldoende groot om de positie van Brussel te wijzigen: het percentage in 2018 is nu gelijk aan dat van Vlaanderen, waardoor Wallonië op 3^{de} plaats komt.

Zo'n verandering in het Brussels Gewest, met een grootteorde van 3% in 5 jaar, is een beetje verrassend wanneer we zien dat deze indicator sinds de eerste gezondheidsenquête in 1997 stabiel was. Maar er is enige consistentie met andere modules van de gezondheidsenquête 2018. Bijvoorbeeld in de module:

- « Lichamelijke pijn » wordt er tussen 2013 en 2018 een significante stijging voor Vlaanderen en Wallonië, maar niet in Brussel, vastgesteld
- « Chronische aandoeningen » wordt er een significante toename in Vlaanderen en Wallonië van bepaalde specifieke chronische aandoeningen zoals nek- en lumbale pijn, artrose, hoge bloeddruk of hypercholesterolemie, diabetes en allergieën vastgesteld. Dergelijke toenames zijn er niet in Brussel.

Het zou dan ook nuttig zijn om een aantal controles uit te voeren om deze resultaten te valideren/verklaren.

Laten we in ieder geval voorzichtig blijven met het interpreteren van deze verschillen aangezien ze zeer klein zijn (in de orde van 1-2%). Daarom is het belangrijk om geen overhaaste conclusies te trekken over de volksgezondheid.

Vergelijkbare gegevens

Wat de subjectieve beoordeling van de gezondheidstoestand betreft, is er geen duidelijk verschil tussen vrouwen en mannen. Het percentage vrouwen dat een slechte gezondheid aangeeft (24,7%) is nog steeds iets hoger dan bij mannen (21,2%).

De subjectieve gezondheid varieert duidelijk met de leeftijd: 91,8% van de 15-24-jarigen geeft aan dat ze in goede gezondheid verkeren, tegenover 82,4% van de 35-44-jarigen en slechts 58,3% van de 75-plussers.

De laagst opgeleiden (diploma lager onderwijs of geen diploma) klagen vaker over hun gezondheidstoestand dan diegenen met een hogere opleiding (diploma secundair of hoger). Het (relatief) risico op het beoordelen van de gezondheid is 4,0 keer hoger bij de laagst opgeleiden (diploma lager onderwijs of geen diploma) dan bij de hoogst opgeleiden.

Waarom is het belangrijk om trends in subjectieve gezondheid te bestuderen?

Subjectieve gezondheid is een instrument dat rekening houdt met verschillende aspecten van gezondheid (fysieke, geestelijke en sociale gezondheid). Het analyseren van de subjectieve gezondheid laat dus toe de ontwikkeling van de algemene gezondheidstoestand van de bevolking te bestuderen en het gezondheidsbeleid te evalueren. Het feit dat, zeker gezien de vergrijzing van de bevolking, de subjectieve gezondheidsindicator de laatste twintig jaar relatief stabiel is gebleven in België, is dan ook een vrij goed teken. Er is zelfs een lichte, maar significante algemene verbetering wanneer we kijken naar de gecorrigeerde cijfers (23,1% in 1997 en 20,1% in 2018)!

Tot slot wens ik iedereen een goede (subjectieve) gezondheid toe!

SAMENVATTENDE TABELLEN

Tabel 1. Evolutie van de subjectieve gezondheid in België 1997-2018

Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder ...	1997	2001	2004	2008	2013	2018
met een slechte (zeer slechte tot redelijke) subjectieve gezondheid	21,7	23,8	23,1	23,2	22,1	23,0
met een goede (tot zeer goede) subjectieve gezondheid	78,3	76,2	76,9	76,8	77,9	77,0

Tabel 2. Evolutie van de subjectieve gezondheid in het Vlaams Gewest 1997-2018

Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder ...	1997	2001	2004	2008	2013	2018
met een slechte (zeer slechte tot redelijke) subjectieve gezondheid	18,2	20,8	20,7	21,4	20,2	21,5
met een goede (tot zeer goede) subjectieve gezondheid	81,8	79,2	79,3	78,6	79,8	78,5

Tabel 3. Evolutie van de subjectieve gezondheid in het Brussels Gewest 1997-2018

Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder ...	1997	2001	2004	2008	2013	2018
met een slechte (zeer slechte tot redelijke) subjectieve gezondheid	25,3	25,7	25,4	25,7	24,9	21,6
met een goede (tot zeer goede) subjectieve gezondheid	74,7	74,3	74,6	74,3	75,1	78,4

Tabel 4. Evolutie van de subjectieve gezondheid in het Waals Gewest 1997-2018

Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder ...	1997	2001	2004	2008	2013	2018
met een slechte (zeer slechte tot redelijke) subjectieve gezondheid	27,0	28,7	27,1	26,3	25,0	26,2
met een goede (tot zeer goede) subjectieve gezondheid	73,0	71,3	72,9	73,7	75,0	73,8

REFERENTIES

- (1) Van Oyen H, Bossuyt N, Bellamammer L, Deboosere P, Demarest S, Lorant V, et al. Composite health measures in Belgium based on the 2001 census. *Arch Public Health* 2005;63:107-26.
- (2) Demarest S, Van der Heyden J, Charafeddine R, Tafforeau J, Van OH, Van HG. Socio-economic differences in participation of households in a Belgian national health survey. *Eur J Public Health* 2013 Dec;23(6):981-5.
- (3) Ware Jr JE. SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide. Boston: The Health Institute, New England Medical Center; 1993.
- (4) Galenkamp H, Braam AW, Huisman M, Deeg DJH. Seventeen-year time trend in poor self-rated health in older adults: changing contributions of chronic diseases and disability. *Eur J Public Health* 2013 Jun 1;23(3):511-7.
- (5) König-Zahn C, Furer JW, Tax B. Het meten van de gezondheidstoestand. Beschrijving en evaluatie van vragenlijsten. 1. Algemene gezondheid. Assen: Van Gorcum; 1993.
- (6) Grant MD, Piotrowski ZH, Chappell R. Self-reported health and survival in the longitudinal study of aging, 1984-1986. *J Clin Epidemiol* 1995;48(3):375-87.
- (7) Valkonen T, Sihvonen AP, Lahelma E. Health expectancy by level of education in Finland. *Soc Sci Med* 1997 Mar;44(6):801-8.
- (8) Singh-Manoux A, Dugravot A, Shipley MJ, Ferrie JE, Martikainen P, Goldberg M, et al. The association between self-rated health and mortality in different socioeconomic groups in the GAZEL cohort study. *Int J Epidemiol* 2007 Dec 1;36(6):1222-8.
- (9) Goldberg P, Gueguen A, Schmaus A, Nakache JP, Goldberg M. Longitudinal study of associations between perceived health status and self reported diseases in the French Gazel cohort. *J Epidemiol Community Health* 2001 Apr;55(4):233-8.
- (10) Delpierre C, Datta GD, Kelly-Irving M, Lauwers-Cances V, Berkman L, Lang T. What role does socio-economic position play in the link between functional limitations and self-rated health: France vs. USA? *Eur J Publ Health* 2012 Jun 1;22(3):317-21.
- (11) de Bruin A, Picavet HS, Nossikov A. Health Interview Surveys: towards international harmonization of methods and instruments. Copenhagen: World Health Organisation; 1996.

- (12) Sargent-Cox K, Cherbuin N, Morris L, Butterworth P, Anstey KJ. The effect of health behavior change on self-rated health across the adult life course: A longitudinal cohort study. *Preventive Medicine* 2014 Jan;58(0):75-80.
- (13) Johansson SE, Midlov P, Sundquist J, Sundquist K, Calling S. Longitudinal trends in good self-rated health: effects of age and birth cohort in a 25-year follow-up study in Sweden. *Int J Public Health* 2015 Mar;60(3):363-73.
- (14) Robine JM, Jagger C, Egidi V, Gispert M, Nusselder W, Perenboom R, et al. Creating a coherent set of indicators to monitor health across Europe: the Euro-REVES 2 project. *Eur J Publ Health* 2003 Sep;13(3 Suppl):6-14.
- (15) Lee S, Grant D. The Effect of Question Order on Self-rated General Health Status in a Multilingual Survey Context. *Am J Epidemiol* 2009 Jun 15;169(12):1525-30.
- (16) Schwarz N. Self-reports: How the questions shape the answers. *American Psychologist* 1999;54(2):93- 105.
- (17) Kilpeläinen K, Tuomi-Nikula A, Thelen J, Gissler M, Sihvonen AP, Kramers P, et al. Health indicators in Europe: availability and data needs. *Eur J Publ Health* 2012 Oct 1;22(5):716-21.
- (18) Verschuur M, Achterberg PW, Gijsen R, Harbers MM, Vijge E, Wilk EA, et al. ECHI Indicator Development and Documentation - Joint action for ECHIM final Report Part II. RIVM; 2012. Report No.: II.

LIJST VAN TABELLEN

Tabel B 1.	Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een goede (tot zeer goede) subjectieve gezondheid, België.....	20
Tabel B 2.	Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een slechte (zeer slechte tot redelijke) subjectieve gezondheid, België	21
Tabel B 3.	Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een goede (tot zeer goede) subjectieve gezondheid, Vlaams Gew est.....	22
Tabel B 4.	Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een slechte (zeer slechte tot redelijke) subjectieve gezondheid, Vlaams Gew est.....	23
Tabel B 5.	Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een goede (tot zeer goede) subjectieve gezondheid, Brussels Gew est.....	24
Tabel B 6.	Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een slechte (zeer slechte tot redelijke) subjectieve gezondheid, Brussels Gew est.....	25
Tabel B 7.	Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een goede (tot zeer goede) subjectieve gezondheid, Waals Gew est.....	26
Tabel B 8.	Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een slechte (zeer slechte tot redelijke) subjectieve gezondheid, Waals Gew est.....	27

Tabel B 1. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een goede (tot zeer goede) subjectieve gezondheid, België

SH01_1		% (Ruw)	95% BI ruw	% (Corr*)	95% BI stand	N
GESLACHT	Mannen	78,8	(76,9-80,6)	80,5	(78,4-82,5)	3783
	Vrouwen	75,3	(73,6-77,1)	77,9	(76,1-79,7)	4214
LEEFTIJD- GROEP	15 - 24	91,8	(88,6-94,9)	91,8	(88,0-94,4)	724
	25 - 34	88,2	(85,3-91,2)	88,3	(85,0-90,9)	1042
	35 - 44	82,4	(79,4-85,4)	82,4	(79,1-85,2)	1295
	45 - 54	73,3	(69,9-76,7)	73,3	(69,8-76,5)	1469
	55 - 64	72,3	(69,1-75,4)	72,3	(69,1-75,4)	1462
	65 - 74	70,3	(66,8-73,8)	70,5	(66,8-73,8)	1130
	75 +	58,3	(54,0-62,6)	58,6	(54,3-62,9)	875
OPLEIDINGS- NIVEAU	Lager/geen diploma	51,8	(45,8-57,8)	60,5	(54,0-66,6)	489
	Lager secundair	64,7	(60,6-68,9)	70,7	(66,6-74,5)	996
	Hoger secundair	73,5	(70,9-76,1)	75,1	(72,2-77,9)	2401
	Hoger onderwijs	85,3	(83,7-86,9)	86,1	(84,4-87,6)	3957
VERBLIJF- PLAATS	Vlaams Gewest	78,5	(76,8-80,3)	81,2	(79,3-82,9)	3218
	Brussels Gewest	78,4	(76,2-80,5)	78,9	(76,5-81,1)	1848
	Waals Gewest	73,8	(71,2-76,4)	75,8	(72,8-78,5)	2931
JAAR	1997	78,3	(76,9-79,7)	76,9	(75,3-78,3)	7949
	2001	76,2	(75,0-77,5)	77,2	(76,0-78,5)	9366
	2004	76,9	(75,7-78,2)	78,1	(76,8-79,3)	9423
	2008	76,8	(75,4-78,1)	78,6	(77,2-79,9)	7656
	2013	77,9	(76,6-79,3)	80,6	(79,2-81,9)	6555
	2018	77,0	(75,6-78,3)	79,9	(78,6-81,3)	7997

Bron: Gezondheidsenquête, België, 2018

*Correctie voor leeftijd en/of geslacht op basis van logistisch regressiemodel (Belgische bevolking van 2018 als referentie)

Tabel B.2. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een slechte (zeer slechte tot redelijke) subjectieve gezondheid, België

SH01_2		% (Ruw)	95% BI ruw	% (Corr*)	95% BI stand	N
GESLACHT	Mannen	21,2	(19,4-23,1)	19,5	(17,5-21,6)	3783
	Vrouwen	24,7	(22,9-26,4)	22,1	(20,3-23,9)	4214
LEEFTIJD- GROEP	15 - 24	8,2	(5,1-11,4)	8,2	(5,6-12,0)	724
	25 - 34	11,8	(8,8-14,7)	11,7	(9,1-15,0)	1042
	35 - 44	17,6	(14,6-20,6)	17,6	(14,8-20,9)	1295
	45 - 54	26,7	(23,3-30,1)	26,7	(23,5-30,2)	1469
	55 - 64	27,7	(24,6-30,9)	27,7	(24,6-30,9)	1462
	65 - 74	29,7	(26,2-33,2)	29,5	(26,2-33,2)	1130
	75 +	41,7	(37,4-46,0)	41,4	(37,1-45,7)	875
OPLEIDINGS- NIVEAU	Lager/geen diploma	48,2	(42,2-54,2)	39,5	(33,4-46,0)	489
	Lager secundair	35,3	(31,1-39,4)	29,3	(25,5-33,4)	996
	Hoger secundair	26,5	(23,9-29,1)	24,9	(22,1-27,8)	2401
	Hoger onderwijs	14,7	(13,1-16,3)	13,9	(12,4-15,6)	3957
VERBLIJF- PLAATS	Vlaams Gewest	21,5	(19,7-23,2)	18,8	(17,1-20,7)	3218
	Brussels Gewest	21,6	(19,5-23,8)	21,1	(18,9-23,5)	1848
	Waals Gewest	26,2	(23,6-28,8)	24,2	(21,5-27,2)	2931
JAAR	1997	21,7	(20,3-23,1)	23,1	(21,7-24,7)	7949
	2001	23,8	(22,5-25,0)	22,8	(21,5-24,0)	9366
	2004	23,1	(21,8-24,3)	21,9	(20,7-23,2)	9423
	2008	23,2	(21,9-24,6)	21,4	(20,1-22,8)	7656
	2013	22,1	(20,7-23,4)	19,4	(18,1-20,8)	6555
	2018	23,0	(21,7-24,4)	20,1	(18,7-21,4)	7997

Bron: Gezondheidsenquête, België, 2018

*Correctie voor leeftijd en/of geslacht op basis van logistisch regressiemodel (Belgische bevolking van 2018 als referentie)

Tabel B 3. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een goede (tot zeer goede) subjectieve gezondheid, Vlaams Gewest

SH01_1		% (Ruw)	95% BI ruw	% (Corr*)	95% BI stand	N
GESLACHT	Mannen	80,5	(78,1-82,9)	83,2	(80,6-85,6)	1548
	Vrouwen	76,6	(74,2-79,0)	80,4	(77,8-82,7)	1670
LEEFTIJD- GROEP	15 - 24	94,2	(91,3-97,2)	94,2	(90,5-96,6)	287
	25 - 34	89,4	(85,2-93,7)	89,5	(84,4-93,0)	387
	35 - 44	86,7	(83,1-90,3)	86,7	(82,7-89,9)	480
	45 - 54	74,3	(69,8-78,9)	74,3	(69,5-78,6)	589
	55 - 64	75,4	(71,2-79,5)	75,4	(71,0-79,3)	611
	65 - 74	71,8	(67,0-76,6)	71,9	(67,0-76,4)	471
	75 +	58,0	(52,3-63,7)	58,3	(52,6-63,9)	393
OPLEIDINGS- NIVEAU	Lager/geen diploma	54,1	(45,1-63,0)	66,3	(57,2-74,3)	160
	Lager secundair	63,4	(57,7-69,2)	72,0	(66,0-77,4)	395
	Hoger secundair	74,9	(71,7-78,1)	77,8	(74,2-81,0)	1097
	Hoger onderwijs	87,1	(85,1-89,1)	88,1	(86,0-89,9)	1541
JAAR	1997	81,8	(79,8-83,7)	80,4	(78,3-82,4)	2848
	2001	79,2	(77,3-81,0)	80,3	(78,5-82,0)	3330
	2004	79,3	(77,6-81,1)	80,9	(79,1-82,6)	3624
	2008	78,6	(76,6-80,5)	80,8	(78,8-82,6)	3010
	2013	79,8	(77,9-81,7)	83,0	(81,1-84,7)	2537
	2018	78,5	(76,8-80,3)	82,0	(80,3-83,7)	3218

Bron: Gezondheidsenquête, België, 2018

*Correctie voor leeftijd en/of geslacht op basis van logistisch regressiemodel (Belgische bevolking van 2018 als referentie)

Tabel B 4. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een slechte (zeer slechte tot redelijke) subjectieve gezondheid, Vlaams Gewest

SH01_2		% (Ruw)	95% BI ruw	% (Corr*)	95% BI stand	N
GESLACHT	Mannen	19,5	(17,1-21,9)	16,8	(14,4-19,4)	1548
	Vrouwen	23,4	(21,0-25,8)	19,6	(17,3-22,2)	1670
LEEFTIJD- GROEP	15 - 24	5,8	(2,8-8,7)	5,8	(3,4-9,5)	287
	25 - 34	10,6	(6,3-14,8)	10,5	(7,0-15,6)	387
	35 - 44	13,3	(9,7-16,9)	13,3	(10,1-17,3)	480
	45 - 54	25,7	(21,1-30,2)	25,7	(21,4-30,5)	589
	55 - 64	24,6	(20,5-28,8)	24,6	(20,7-29,0)	611
	65 - 74	28,2	(23,4-33,0)	28,1	(23,6-33,0)	471
	75 +	42,0	(36,3-47,7)	41,7	(36,1-47,4)	393
OPLEIDINGS- NIVEAU	Lager/geen diploma	45,9	(37,0-54,9)	33,7	(25,7-42,8)	160
	Lager secundair	36,6	(30,8-42,3)	28,0	(22,6-34,0)	395
	Hoger secundair	25,1	(21,9-28,3)	22,2	(19,0-25,8)	1097
	Hoger onderwijs	12,9	(10,9-14,9)	11,9	(10,1-14,0)	1541
JAAR	1997	18,2	(16,3-20,2)	19,6	(17,6-21,7)	2848
	2001	20,8	(19,0-22,7)	19,7	(18,0-21,5)	3330
	2004	20,7	(18,9-22,4)	19,1	(17,4-20,9)	3624
	2008	21,4	(19,5-23,4)	19,2	(17,4-21,2)	3010
	2013	20,2	(18,3-22,1)	17,0	(15,3-18,9)	2537
	2018	21,5	(19,7-23,2)	18,0	(16,3-19,7)	3218

Bron: Gezondheidsenquête, België, 2018

*Correctie voor leeftijd en/of geslacht op basis van logistisch regressiemodel (Belgische bevolking van 2018 als referentie)

Tabel B 5. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een goede (tot zeer goede) subjectieve gezondheid, Brussels Gewest

SH01_1		% (Ruw)	95% BI ruw	% (Corr*)	95% BI stand	N
GESLACHT	Mannen	80,3	(77,4-83,2)	80,1	(76,8-83,0)	849
	Vrouwen	76,6	(73,7-79,4)	77,0	(73,8-79,8)	999
LEEFTIJD- GROEP	15 - 24	88,7	(83,0-94,5)	88,7	(81,6-93,3)	130
	25 - 34	87,8	(84,0-91,7)	87,9	(83,5-91,2)	318
	35 - 44	80,0	(75,6-84,5)	80,1	(75,2-84,2)	378
	45 - 54	72,4	(66,9-77,9)	72,4	(66,6-77,5)	323
	55 - 64	71,7	(66,0-77,4)	71,8	(65,8-77,1)	296
	65 - 74	71,9	(65,8-78,0)	72,1	(65,7-77,7)	244
	75 +	65,8	(56,5-75,1)	66,3	(56,6-74,8)	159
OPLEIDINGS- NIVEAU	Lager/geen diploma	58,0	(47,0-69,1)	58,4	(47,8-68,2)	109
	Lager secundair	59,1	(48,9-69,3)	61,3	(51,0-70,7)	151
	Hoger secundair	75,6	(71,0-80,3)	74,6	(69,4-79,2)	414
	Hoger onderwijs	84,1	(81,6-86,5)	84,6	(81,9-87,0)	1127
JAAR	1997	74,7	(72,1-77,3)	73,6	(70,7-76,2)	2309
	2001	74,3	(72,1-76,5)	74,4	(72,1-76,5)	2235
	2004	74,6	(72,4-76,9)	74,1	(71,7-76,4)	2158
	2008	74,3	(72,0-76,5)	73,4	(70,9-75,7)	1952
	2013	75,1	(71,9-78,2)	74,9	(71,5-78,1)	1380
	2018	78,4	(76,2-80,5)	78,7	(76,3-80,8)	1848

Bron: Gezondheidsenquête, België, 2018

*Correctie voor leeftijd en/of geslacht op basis van logistisch regressiemodel (Belgische bevolking van 2018 als referentie)

Tabel B 6. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een slechte (zeer slechte tot redelijke) subjectieve gezondheid, Brussels Gewest

SH01_2		% (Ruw)	95% BI ruw	% (Corr*)	95% BI stand	N
GESLACHT	Mannen	19,7	(16,8-22,6)	19,9	(17,0-23,2)	849
	Vrouwen	23,4	(20,6-26,3)	23,0	(20,2-26,2)	999
LEEFTIJD- GROEP	15 - 24	11,3	(5,5-17,0)	11,3	(6,7-18,4)	130
	25 - 34	12,2	(8,3-16,0)	12,1	(8,8-16,5)	318
	35 - 44	20,0	(15,5-24,4)	19,9	(15,8-24,8)	378
	45 - 54	27,6	(22,1-33,1)	27,6	(22,5-33,4)	323
	55 - 64	28,3	(22,6-34,0)	28,2	(22,9-34,2)	296
	65 - 74	28,1	(22,0-34,2)	27,9	(22,3-34,3)	244
	75 +	34,2	(24,9-43,5)	33,7	(25,2-43,4)	159
OPLEIDINGS- NIVEAU	Lager/geen diploma	42,0	(30,9-53,0)	41,6	(31,8-52,2)	109
	Lager secundair	40,9	(30,7-51,1)	38,7	(29,3-49,0)	151
	Hoger secundair	24,4	(19,7-29,0)	25,4	(20,8-30,6)	414
	Hoger onderwijs	15,9	(13,5-18,4)	15,4	(13,0-18,1)	1127
JAAR	1997	25,3	(22,7-27,9)	26,4	(23,8-29,3)	2309
	2001	25,7	(23,5-27,9)	25,6	(23,5-27,9)	2235
	2004	25,4	(23,1-27,6)	25,9	(23,6-28,3)	2158
	2008	25,7	(23,5-28,0)	26,6	(24,3-29,1)	1952
	2013	24,9	(21,8-28,1)	25,1	(21,9-28,5)	1380
	2018	21,6	(19,5-23,8)	21,3	(19,2-23,7)	1848

Bron: Gezondheidsenquête, België, 2018

*Correctie voor leeftijd en/of geslacht op basis van logistisch regressiemodel (Belgische bevolking van 2018 als referentie)

Tabel B 7. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een goede (tot zeer goede) subjectieve gezondheid, Waals Gewest

SH01_1		% (Ruw)	95% BI ruw	% (Corr*)	95% BI stand	N
GESLACHT	Mannen	75,0	(71,3-78,7)	76,2	(71,7-80,2)	1386
	Vrouwen	72,6	(69,4-75,8)	74,7	(71,3-77,8)	1545
LEEFTIJD- GROEP	15 - 24	88,7	(81,4-95,9)	88,6	(79,2-94,1)	307
	25 - 34	86,2	(80,8-91,6)	86,2	(80,0-90,7)	337
	35 - 44	75,7	(69,1-82,3)	75,7	(68,5-81,7)	437
	45 - 54	71,5	(65,5-77,5)	71,6	(65,2-77,2)	557
	55 - 64	66,9	(61,1-72,7)	67,0	(60,9-72,5)	555
	65 - 74	67,3	(61,2-73,3)	67,3	(61,0-73,1)	415
	75 +	57,2	(49,5-64,8)	57,4	(49,7-64,7)	323
OPLEIDINGS- NIVEAU	Lager/geen diploma	47,2	(37,8-56,6)	54,2	(43,2-64,8)	220
	Lager secundair	67,6	(61,1-74,1)	71,1	(64,7-76,7)	450
	Hoger secundair	70,3	(65,2-75,4)	70,8	(64,8-76,1)	890
	Hoger onderwijs	82,2	(78,7-85,6)	83,2	(79,6-86,2)	1289
JAAR	1997	73,0	(70,6-75,4)	71,2	(68,4-73,8)	2792
	2001	71,3	(69,3-73,3)	72,2	(70,1-74,2)	3801
	2004	72,9	(70,8-75,0)	73,8	(71,5-76,0)	3641
	2008	73,7	(71,5-75,8)	75,7	(73,5-77,8)	2694
	2013	75,0	(72,8-77,3)	77,5	(75,2-79,6)	2638
	2018	73,8	(71,2-76,4)	76,7	(73,8-79,4)	2931

Bron: Gezondheidsenquête, België, 2018

*Correctie voor leeftijd en/of geslacht op basis van logistisch regressiemodel (Belgische bevolking van 2018 als referentie)

Tabel B 8. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een slechte (zeer slechte tot redelijke) subjectieve gezondheid, Waals Gewest

SH01_2		% (Ruw)	95% BI ruw	% (Corr*)	95% BI stand	N
GESLACHT	Mannen	25,0	(21,3-28,7)	23,8	(19,8-28,3)	1386
	Vrouwen	27,4	(24,2-30,6)	25,3	(22,2-28,7)	1545
LEEFTIJD- GROEP	15 - 24	11,3	(4,1-18,6)	11,4	(5,9-20,8)	307
	25 - 34	13,8	(8,4-19,2)	13,8	(9,3-20,0)	337
	35 - 44	24,3	(17,7-30,9)	24,3	(18,3-31,5)	437
	45 - 54	28,5	(22,5-34,5)	28,4	(22,8-34,8)	557
	55 - 64	33,1	(27,3-38,9)	33,0	(27,5-39,1)	555
	65 - 74	32,7	(26,7-38,8)	32,7	(26,9-39,0)	415
	75 +	42,8	(35,2-50,5)	42,6	(35,3-50,3)	323
OPLEIDINGS- NIVEAU	Lager/geen diploma	52,8	(43,4-62,2)	45,8	(35,2-56,8)	220
	Lager secundair	32,4	(25,9-38,9)	28,9	(23,3-35,3)	450
	Hoger secundair	29,7	(24,6-34,8)	29,2	(23,9-35,2)	890
	Hoger onderwijs	17,8	(14,4-21,3)	16,8	(13,8-20,4)	1289
JAAR	1997	27,0	(24,6-29,4)	28,8	(26,2-31,6)	2792
	2001	28,7	(26,7-30,7)	27,8	(25,8-29,9)	3801
	2004	27,1	(25,0-29,2)	26,2	(24,0-28,5)	3641
	2008	26,3	(24,2-28,5)	24,3	(22,2-26,5)	2694
	2013	25,0	(22,7-27,2)	22,5	(20,4-24,8)	2638
	2018	26,2	(23,6-28,8)	23,3	(20,6-26,2)	2931

Bron: Gezondheidsenquête, België, 2018

*Correctie voor leeftijd en/of geslacht op basis van logistisch regressiemodel (Belgische bevolking van 2018 als referentie)

CONTACT

Jean Tafforeau • T+32 2 642 57 71 • jean.tafforeau@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/2019/14.440.35