



# GEZONDHEIDSENQUÊTE 2013

## RAPPORT 1: GEZONDHEID EN WELZIJN SAMENVATTING VAN DE ONDERZOEKSRESULTATEN



# **GEZONDHEIDSENQUÊTE 2013**

**RAPPORT 1: GEZONDHEID EN WELZIJN  
SAMENVATTING VAN DE ONDERZOEKSRESULTATEN**

### **De opdrachtgevers van de Gezondheidsenquête:**

Laurette Onkelinx

Minister van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu (Federale overheid)

Jo Vandeurzen

Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (Vlaamse Gemeenschap)

Guy Van Hengel

Minister van de Brusselse Hoofdstedelijke Regering (Brussels Hoofdstedelijk Gewest)

Didier Gosuin

Ministre du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale (Brussels Hoofdstedelijk Gewest)

Joëlle Milquet

Vice-Présidente et Ministre de l'Éducation, de la Culture et de l'Enfance (Franse Gemeenschap)

Maxime Prévot

Vice-Président et Ministre des Travaux publics, de la Santé, de l'Action sociale et du Patrimoine (Waal Gewest)

Antonios Antoniadis

Minister für Familie, Gesundheit und Soziales (Duitstalige Gemeenschap)

De Gezondheidsenquête 2013 werd uitgevoerd door de Operationele Directie Volksgezondheid en surveillance (WIV-ISP) in samenwerking met de Algemene Directie Statistiek (FOD Economische Zaken).

### **Onderzoeksteam WIV-ISP (in alfabetische volgorde)**

Rana Charafeddine

Stefaan Demarest

Sabine Drieskens

Lydia Gisle

Kalidou Sarr

Jean Tafforeau

Johan Van der Heyden

### **Veldwerkorganisatie Algemene Directie Statistiek**

Sandrine de Waleffe

Erik Meersseman

### **Administratieve ondersteuning**

Els Delporte

Tadek Krzywania

Marie-Joelle Robberechts

Monique Schoonenburg

Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

Operationele Directie Volksgezondheid en surveillance

Juliette Wytsmanstraat 14

B-1050 Brussel

Van der Heyden J, Charafeddine R. (ed.) Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn. Samenvatting van de onderzoeksresultaten D/2014/2505/52 – intern referentienummer: PHS Report 2014-030

## INHOUDSTAFEL

Inleiding .....	7
Methodologische verantwoording .....	7
Subjectieve gezondheid .....	9
Chronische aandoeningen.....	11
Chronische aandoeningen in het algemeen .....	12
Specifieke chronische aandoeningen .....	12
Multimorbiditeit .....	14
Langdurige functionele beperkingen .....	18
Welzijn en vitaliteit .....	20
Emotionele problemen .....	22
Zelfmoordgedrag .....	24
Gebruik van psychotrope geneesmiddelen.....	25
Lichamelijke pijn .....	27
Gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit .....	29
Afwezigheid van het werk wegens ziekte.....	31



## INLEIDING

De ministers bevoegd voor volksgezondheid op federaal, regionaal en gemeenschapsniveau hebben beslist om in 2013 een vijfde Gezondheidsenquête te organiseren met als doel hun beleid beter te oriënteren. Met het oog op het behoud van een coherente aanpak en vanwege het schaalvoordeel werd beslist deze enquête door één enkel instituut uit te laten voeren. Deze opdracht werd toevertrouwd aan het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV-ISP).

Deze enquête richtte zich tot alle officieel geregistreerde inwoners van het land, zonder enige leeftijdsbeperking. Voor het verzamelen van de gezondheidsgegevens werden 8.850 huishoudens gecontacteerd, waarvan er 5.049 (57%) deelnamen.

In totaal werden 10.829 personen aan huis bevestigd: 3.512 personen in het Vlaams Gewest, 3.103 personen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en 4.214 in het Waals Gewest. Door het gebruik van wegings-technieken kunnen representatieve resultaten bekomen worden voor het geheel van het land en voor elk van de gewesten.

## METHODOLOGISCHE VERANTWOORDING

Hoewel in België al heel wat gezondheidsinformatie beschikbaar is, biedt de Gezondheidsenquête een belangrijke meerwaarde om de volgende redenen:

- een gezondheidsenquête geeft een globaal overzicht van de gezondheidstoestand van de totale bevolking, en wel vanuit het standpunt van de personen zelf;
- er wordt informatie verzameld over de gezondheid en leefstijl van de gehele bevolking, ook van de personen die zelden of nooit een beroep doen op gezondheidsdiensten;
- een gezondheidsenquête biedt de mogelijkheid om een verband te leggen tussen heel wat gezondheidsgerelateerde factoren;
- de periodieke herhaling van de enquête laat toe om evoluties te volgen in de tijd.

De resultaten van de Gezondheidsenquête moeten in een specifiek kader geplaatst en geïnterpreteerd worden.

In de eerste plaats is er altijd een subjectief element aanwezig: het gaat over wat de ondervraagde personen vermelden. Voorts moet erop gewezen worden dat de extrapolatie van de resultaten van de onderzochte steekproef naar de totale bevolking aan een zekere foutmarge onderhevig is, niet alleen omdat de steekproef nooit 100% representatief kan zijn –niettegenstaande de inspanningen die geleverd werden om dit te voorkomen- maar ook om louter statistische redenen.

Het is dan ook belangrijk om te benadrukken dat de resultaten die in dit rapport vermeld worden, schattingen zijn die enigszins kunnen verschillen van de cijfers die men zou bekomen indien men de totale bevolking zou hebben ondervraagd. Die verschillen zijn groter naarmate het aantal personen waarop de resultaten van toepassing zijn, kleiner is.

In de Gezondheidsenquête 2013 werden 10.829 personen via een gestructureerd interview aan huis bevestigd. Deze personen werden willekeurig gekozen uit alle inwoners van België. De resultaten geven

een representatief beeld van de gezondheid van de bevolking. Alle personen ingeschreven in het Rijksregister kwamen voor bevraging in aanmerking, met uitzondering van personen die verbleven in:

- een instelling, behalve personen verblijvend in rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen (deze maakten expliciet deel uit van het steekproefkader);
- een religieuze gemeenschap van meer dan 8 personen;
- een gevangenis.

Er werd getracht om het demografische profiel van de steekproef zo nauwkeurig mogelijk te laten aansluiten aan dat van de totale bevolking. De vertrekbasis was een toevallige selectie van huishoudens uit het Rijksregister per gewest, per provincie en per gemeente (systematische steekproef). Per gewest stond het aantal geselecteerde personen in elke provincie in verhouding tot het aantal inwoners. De basissteekproef bestond uit 3.500 interviews in het Vlaams Gewest, 3.500 in het Waals Gewest en 3.000 in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Om preciezere resultaten te bekomen op het niveau van de eigen provincie voorzag de provincie Luxemburg in een financiering van 600 bijkomende enquêtes, zodat in totaal 4.100 personen dienden bevestigd te worden in het Waals Gewest (3.500 + 600).

Binnen elke provincie werden de steden of gemeenten geselecteerd waar de interviews zouden uitgevoerd worden. Er moesten zowel grote steden als middelgrote of kleine gemeenten in deze selectie worden opgenomen. In elke geselecteerde stad of gemeente werden minstens 50 mensen ondervraagd. Om dit aantal te bereiken werd een beperkt aantal huishoudens geselecteerd, waarbij telkens maximaal 4 personen per huishouden geïnterviewd werden. De referentiepersoon van het huishouden en –indien van toepassing– de partner moesten steeds bevestigd worden.

Uiteindelijk leidde de gehanteerde steekproefmethodologie tot 3.512 interviews in het Vlaams Gewest, 3.103 interviews in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en 4.214 interviews in het Waals Gewest.

Om tot representatieve resultaten te komen voor het land en elk van de gewesten werd aan elk individu dat deelnam aan de enquête een gewicht toegekend in functie van de selectiekans binnen het huishouden, de gemeente, de provincie, het gewest en het trimester waarin het interview afgelegd werd.

Ondanks de doelstelling om de samenstelling van de steekproef zo goed mogelijk te laten overeenstemmen met de samenstelling van de bevolking in België, was het uiteraard onmogelijk om een volledig representatieve steekgroep te selecteren. Mensen die bijvoorbeeld niet ingeschreven waren in het Rijksregister kwamen sowieso niet voor selectie in aanmerking. Sommige huishoudens konden niet gecontacteerd worden. Deelname aan de enquête was ook niet verplicht. Van alle huishoudens met wie de enquêteur effectief contact had, stemde 57% in met deelname aan de enquête.

8

De overige 43% weigerde deel te nemen, om zeer diverse redenen (vooral desinteresse en/of een gebrek aan tijd). Om een vertekening van de resultaten als gevolg van dergelijke weigeringen op te vangen, was voor elk geselecteerd huishouden een vervanghuishouden voorhanden (woonachtig in dezelfde gemeente, met hetzelfde aantal gezinsleden en met een referentiepersoon die dezelfde leeftijd had als deze van het oorspronkelijk geselecteerde huishouden). Als een huishouden niet gecontacteerd kon worden (ondanks meerdere pogingen) of weigerde aan de enquête deel te nemen, werd een vervanghuishouden ingeschakeld.

De vragenlijst in de Gezondheidsenquête bestond uit drie delen.

1. In een eerste deel werden vragen gesteld over het huishouden zoals de grootte en samenstelling van het huishouden, het inkomen, de uitgaven voor gezondheidszorgen en omgevingsfactoren. Deze vragen werden in regel beantwoord door de referentiepersoon of zijn/haar partner.
2. In een tweede deel van de vragenlijst lag het accent op de gezondheidstoestand en de medische consumptie en moesten vragen beantwoord worden door elk van de geselecteerde perso-



nen in het huishouden. Als een geselecteerde persoon niet in staat was om zelf te antwoorden (bijvoorbeeld vanwege ziekte of langdurige afwezigheid) of jonger was dan 15 jaar, dan antwoordde iemand anders in zijn of haar naam (meestal een ander lid van het huishouden).

3. Ten slotte vulde elke deelnemer van 15 jaar en ouder ook een schriftelijke vragenlijst in met vragen die veeleer persoonlijk van aard waren (zoals vragen over de geestelijke gezondheid, het alcohol- en tabaksgebruik, ...).

Voor de eerste twee delen werd in de Gezondheidsenquête 2013 voor het eerst gebruikgemaakt van een computer (Computer Assisted Personal Interview of CAPI). Voor de invoering van de gegevens werd een daartoe bestemd programma geschreven in Blaise©. Gebruik van CAPI vergemakkelijkt het werk van de enquêteur, verkleint het risico op verlies van vragenlijsten en maakt het achteraf informatiseren van de resultaten overbodig.

Voor het derde onderdeel, de schriftelijke vragenlijst, was de aanpak in 2013 dezelfde als bij de vorige gezondheidsenquêtes.

## SUBJECTIEVE GEZONDHEID

### KERNPUNTEN

- Meer dan één persoon op vijf van 15 jaar en ouder in België geeft aan in slechte gezondheid te verkeren.
- Een slechte gezondheid en een gevorderde leeftijd gaan hand in hand.
- Er bestaat een duidelijke samenhang tussen subjectieve gezondheid en sociale positie.
- Inwoners van het Vlaams Gewest zijn –in het algemeen– meer tevreden over hun gezondheid maar het verschil met het Waals Gewest is verminderd in vergelijking met vorige enquêtes.
- Het percentage personen dat aangeeft in slechte gezondheid te verkeren, daalt licht met de tijd.

Subjectieve gezondheid is een onderwerp dat zeer vaak aan bod komt in gezondheidsenquêtes. Het concept is gebaseerd op hoe een individu zelf zijn gezondheid beoordeelt. Het gaat dus om een volstrekt subjectieve benadering die wellicht niet enkel verwijst naar fysieke gezondheid maar ook naar psychische en sociale gezondheid. Heel wat onderzoek heeft aangetoond dat er een sterk verband bestaat tussen subjectieve gezondheid en ziektes, het gebruik van gezondheidsdiensten en sterfte.

In de enquête werd de vraag naar subjectieve gezondheid gebruikt zoals door de Wereldgezondheidsorganisatie wordt voorgesteld en in de vragenlijst van de Europese Gezondheidsenquête is opgenomen. Subjectieve gezondheid wordt ingeschat op basis van hoe de respondent zijn gezondheid in het algemeen beoordeelt: hetzij 'zeer goed of goed', hetzij 'redelijk, slecht of zeer slecht'.

In 2013 beoordeelt 77,9% van de bevolking van 15 jaar en ouder in België de eigen gezondheid als goed of zeer goed. Daarentegen is 22,1% van de bevolking van oordeel dat de eigen gezondheid redelijk, slecht of zelfs zeer slecht is.

Uit de resultaten van de verschillende Gezondheidsenquêtes sinds 1997 blijkt dat de subjectieve beoordeling van de gezondheid steeds minder gunstig is bij vrouwen dan bij mannen. Dit verschil was vroeger echter meer uitgesproken (tot 7% verschil tussen mannen en vrouwen in 1997). In 2013 is dit verschil veeleer beperkt (23,6% van de vrouwen meldt in slechte gezondheid te zijn tegenover 20,4% van de mannen).

Subjectieve gezondheid varieert in functie van de leeftijd: bij personen van 75 jaar en ouder geeft nauwelijks 56,4% aan in goede gezondheid te zijn. Verschillen tussen mannen en vrouwen zijn altijd in het nadeel van vrouwen, behalve voor de leeftijdsgroep 55-64 jaar.

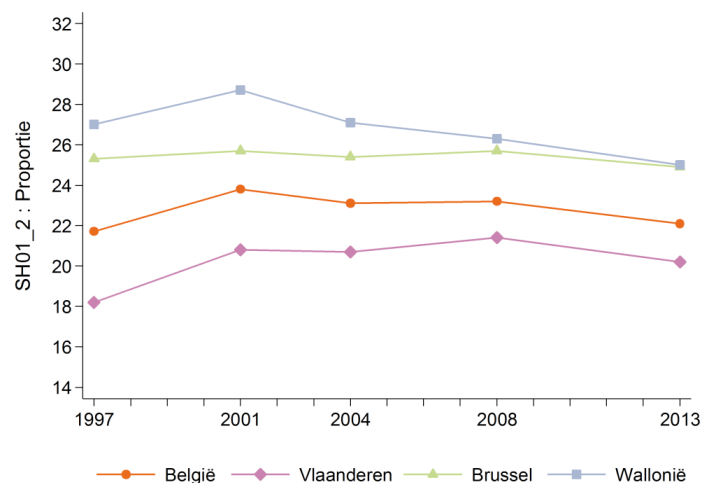
Subjectieve gezondheid varieert ook in functie van het opleidingsniveau: laaggeschoolde personen geven relatief vaker aan in slechte gezondheid te zijn dan hooggeschoolden.

In het Vlaams Gewest meldt 20,2% van de bevolking een slechte subjectieve gezondheid. In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest gaat het om 24,9%, in het Waals Gewest om 25%.

Wanneer rekening wordt gehouden met wijzigingen in leeftijds- en geslachtsstructuur, kan voor België een lichte, maar substantiële vermindering van het percentage personen in slechte subjectieve gezondheid worden vastgesteld.

De evolutie van het percentage van de bevolking dat aangeeft in slechte gezondheid te zijn over de tijd is niet dezelfde in alle gewesten (Figuur 1): in het Vlaams Gewest gaat het om een lichte daling, in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest blijven de resultaten ongewijzigd, terwijl we in het Waals Gewest een substantiële daling vaststellen. Niettemin blijven de percentages voor het Vlaams Gewest iets gunstiger dan voor het Waals Gewest.

**Figuur 1** | Percentage van de bevolking (van 15 jaar en ouder) met een slechte subjectieve gezondheid, per jaar en per gewest, Gezondheidsenquête, België



Het verschil tussen mannen en vrouwen wat subjectieve gezondheid betreft, is een constante voor België, hoewel genoteerd moet worden dat dit verschil in 2013 niet langer erg uitgesproken is. Dit fenomeen wordt ook in de andere Europese landen vastgesteld.

Het verschil tussen mannen en vrouwen is minder duidelijk in de leeftijdsgroep van 55 tot 64 jaar. Dit is de leeftijd waarop de meerderheid van de bevolking met pensioen gaat. Misschien heeft dit vooral bij mannen in deze leeftijdsgroep een impact op hoe zij hun eigen gezondheid beoordelen.

Tabel 1 | Evolutie indicatoren subjectieve gezondheid

	1997	2001	2004	2008	2013
Percentage van de bevolking (van 15 jaar en ouder) dat de eigen gezondheid als redelijk tot zeer slecht beoordeelt	21,7%	23,8%	23,1%	23,2%	22,1%
Percentage van de bevolking (van 15 jaar en ouder) dat de eigen gezondheid als goed tot zeer goed beoordeelt	78,3%	76,2%	76,9%	76,8%	77,9%

Bron: Gezondheidsenquête, België, 1997, 2001, 2004, 2008, 2013

## CHRONISCHE AANDOENINGEN

### KERNPUNTEN

- Meer dan 1 op de 4 personen van 15 jaar en ouder geeft aan te lijden aan een chronische aandoening, in de Gezondheidsenquête gedefinieerd als een 'langdurige ziekte, langdurige aandoening of handicap'.
- De meest voorkomende chronische aandoeningen, zowel in de algemene bevolking als bij 65-plussers, zijn lage rugproblemen, artrose, hoge bloeddruk en een hoog cholesterolgehalte in het bloed.
- Tussen 1997 en 2013 is het aantal personen met hoge bloeddruk, diabetes, artrose en schildklierlijden in de algemene bevolking systematisch toegenomen.
- De meeste chronische aandoeningen zijn frequenter bij laaggeschoolden dan bij hooggeschoolden. Allergie komt echter vaker voor bij hoogopgeleiden.
- Meer dan 1 op de 3 personen van 65 jaar en ouder heeft minstens twee belangrijke chronische aandoeningen (multimorbiditeit).
- De toename van het aantal personen met multimorbiditeit geeft aan dat integrale zorg, waarbij diverse hulpverleners op een gecoördineerde manier samenwerken, in de toekomst steeds meer een noodzaak zal worden.

Chronische aandoeningen betreffen in de eerste plaats hart- en vaatziekten, kanker, chronische longaandoeningen en diabetes maar ook heel wat andere ziekten, zoals psychische aandoeningen, artrose, nierziekten, enz. vallen onder deze noemer. Chronische aandoeningen brengen specifieke gevolgen met zich mee voor het dagelijks functioneren en de mate waarop een beroep gedaan wordt op de gezondheidszorg.

Een gezondheidsenquête geeft informatie over het voorkomen van chronische ziekten in de algemene bevolking op basis van wat de mensen zelf rapporteren. Het gaat dus niet om medische diagnoses. Toch zijn enquêtegegevens over chronische ziekten van groot belang omdat ze weergeven in welke mate mensen zelf vinden dat ze al dan niet chronisch ziek zijn. Bovendien zijn ze vaak de enige informatiebron over de grootte van belangrijke gezondheidsproblemen in de algemene bevolking.

In dit onderdeel bespreken we achtereenvolgens:

- chronische aandoeningen in het algemeen;
- specifieke chronische aandoeningen of aandoeningen met chronische gevolgen;
- multimorbiditeit (het tegelijkertijd voorkomen van twee of meer chronische aandoeningen bij dezelfde persoon).

## CHRONISCHE AANDOENINGEN IN HET ALGEMEEN

Meer dan één op de vier personen (28,5%) van 15 jaar en ouder vindt van zichzelf dat hij of zij een chronische aandoening heeft. Dit wordt in de Gezondheidsenquête ingeschat door middel van de vraag: "Hebt u één of meerdere langdurige ziekten, langdurige aandoeningen of handicaps?". Het percentage personen met een chronische aandoening stijgt sterk met de leeftijd. Bij jonge mensen tussen 15 en 24 jaar is dit 9,6%; bij 75-plussers bijna de helft (48,8%). Hoe lager het opleidingsniveau, hoe hoger de kans op een chronische aandoening. In het Vlaams Gewest vinden we een lager percentage mensen met een chronische aandoening (27,2%) dan in het Brussels Hoofdstedelijk (30,5%) en het Waals Gewest (30,2%). Bijna 40% van de personen met een chronische aandoening is hierdoor voortdurend belemmerd bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten en 3,3% is voortdurend bedlegerig. Het percentage personen dat aangeeft een chronische ziekte te hebben is tussen 1997 en 2014 relatief stabiel gebleven.

## SPECIFIEKE CHRONISCHE AANDOENINGEN

In de Gezondheidsenquête wordt gepeild naar het vóórkomen van 38 specifieke chronische aandoeningen of aandoeningen die chronische gevolgen hebben. De keuze van de aandoeningen heeft te maken met de frequentie van voorkomen en het belang van de aandoening op het gebied van de volksgezondheid.

In Tabel 2 wordt de top tien van de meest voorkomende aandoeningen weergegeven bij personen van 15 jaar en ouder. Voor bepaalde aandoeningen (zoals diabetes, hoge bloeddruk en hoog cholesterolgehalte in het bloed) zijn deze percentages zeker een onderschatting omdat mensen die zelf niet weten dat ze aan deze aandoening lijden hier niet worden meegerekend.

Tabel 2 | Meest voorkomende chronische aandoeningen in de bevolking van 15 jaar en ouder, Gezondheidsenquête, België, 2013

Mannen		Vrouwen	
Lage rugprobleem	18,7%	Lage rugprobleem	22,7%
Hoog cholesterolgehalte in het bloed	16,3%	Artrose	21,2%
Hoge bloeddruk	15,6%	Hoge bloeddruk	17,3%
Allergie	12,7%	Hoog cholesterolgehalte in het bloed	17,3%
Artrose	11,8%	Allergie	15,6%
Nekprobleem	9,1%	Nekprobleem	14,3%
Artritis	6,5%	Ernstige hoofdpijn zoals migraine	13,2%
Diabetes	5,4%	Artritis	9,6%
Ernstige hoofdpijn zoals migraine	5,1%	Schildklierlijden	9,6%
Depressie	4,9%	Depressie	8,3%

De top vijf van de meest voorkomende aandoeningen is bij mannen en vrouwen van 15 jaar en ouder gelijk hoewel de volgorde niet precies dezelfde is. Het betreft twee problemen van het bewegingsstelsel (lage rugproblemen en artrose), twee cardiovasculaire risicofactoren (hoge bloeddruk en hoog cholesterolgehalte in het bloed) en allergie.

Nagenoeg alle chronische aandoeningen komen vaker voor op oudere leeftijd. Bij 65-plussers liggen de prevalenties weliswaar een stuk hoger dan in de algemene bevolking van 15 jaar en ouder maar de aandoeningen in de top tien zijn voor een groot deel dezelfde, zoals blijkt uit Tabel 3.

**Tabel 3 |** Meest voorkomende chronische aandoeningen in de bevolking van 65 jaar en ouder, Gezondheidsenquête, België, 2013

Mannen		Vrouwen	
Hoge bloeddruk	35,5%	Artrose	49,8%
Hoog cholesterolgehalte in het bloed	31,9%	Hoog cholesterolgehalte in het bloed	38,2%
Artrose	28,4%	Hoge bloeddruk	38,0%
Lage rugprobleem	27,5%	Lage rugprobleem	34,2%
Prostaatklachten	16,8%	Artritis	21,1%
Nekprobleem	16,2%	Nekprobleem	20,0%
Artritis	15,4%	Osteoporose	19,5%
Diabetes	14,6%	Urinaire incontinentie	15,7%
Urinaire incontinentie	10,9%	Cataract	13,4%
Allergie	10,2%	Schildklierlijden	13,2%
Cataract	8,5%	Diabetes	12,4%

In het algemeen stellen we voor heel wat chronische aandoeningen hogere prevalenties vast bij vrouwen dan bij mannen. Dit is het geval voor artrose, artritis, lage rugprobleem, nekprobleem, schildklierlijden, incontinentie, chronische blaastontsteking, cataract (staar), allergie, migraine, langdurige vermoeidheid en osteoporose. Voor slechts enkele aandoeningen (coronair hartlijden, ander ernstig hartlijden en nierstenen) ligt de prevalentie hoger bij mannen.

De meeste aandoeningen komen frequenter voor bij laagopgeleiden dan bij hooggeschoolden. Vaak gaat het daarbij om ernstige chronische ziekten, zoals hart- en vaatziekten, chronische longziekten, diabetes en ernstige nierziekten. Bovendien lijkt het erop dat sommige socio-economische ongelijkheden toenemen. Zo werden er voor astma en ernstig nierlijden in de Gezondheidsenquête 2008 geen significante socio-economische verschillen vastgesteld, terwijl dit in 2013 wel het geval is. Enkel allergie komt frequenter voor bij hooggeschoolden.

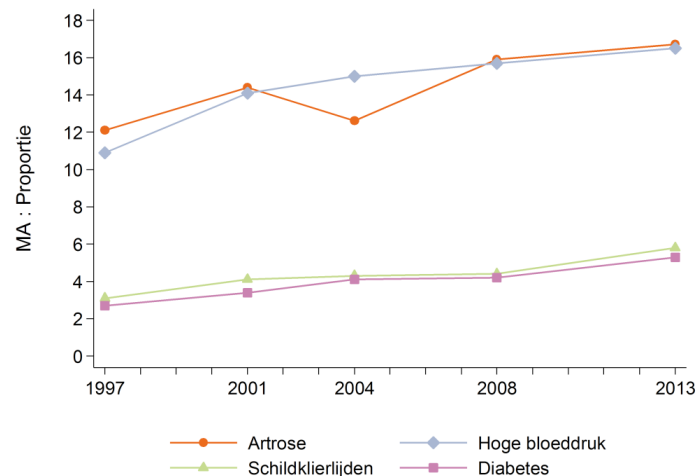
Regionale verschillen in de prevalentie van chronische aandoeningen zijn al bij al vrij beperkt. Toch lijken Brusselaars iets vaker chronische aandoeningen te rapporteren dan inwoners van het Waals Gewest, die op hun beurt iets meer chronische aandoeningen hebben dan inwoners van het Vlaams Gewest. Vooral de veel hogere prevalentie van schildklierlijden in het Waals Gewest in vergelijking met het Vlaams Gewest valt op. Opmerkelijk is dat coronaire hartaandoeningen in het Vlaams Gewest vaker voorkomen bij hoogopgeleiden, terwijl het risico hiervoor in het Waals Gewest hoger is bij laagopgeleiden.

## De stijgers

De chronische aandoeningen die tussen 1997 en 2013 het duidelijkst zijn toegenomen zijn hoge bloeddruk, diabetes, artrose en schildklierlijden (Figuur 2).

De toename van de prevalentie van **hoge bloeddruk** in de algemene bevolking is vanuit het standpunt van de volksgezondheid zeer belangrijk. Hoge bloeddruk is immers een belangrijke risicofactor voor hart- en vaatlijden, nog steeds één van de belangrijkste doodsoorzaken. Positief is dat 94,3% van de personen met hoge bloeddruk aangeeft hiervoor medisch opgevolgd te worden.

**Figuur 2 |** Evolutie van het percentage van de bevolking (van 15 jaar en ouder) met artrose, hoge bloeddruk, schildklierlijden en diabetes tussen 1997 en 2013, Gezondheidsenquête, België



Uit de cijfers van de Gezondheidsenquête blijkt ook overduidelijk dat België niet ontsnapt aan de huidige, wereldwijde diabetesepidemie. Sinds 1997 is de prevalentie van **diabetes** in de Belgische bevolking verdubbeld. Dit heeft voor een stuk te maken met de vergrijzing van de bevolking maar ook los daarvan is er een aanzienlijke stijging.

Ook de toename van artrose is in grote mate, maar niet volledig, te wijten aan de vergrijzing van de bevolking. Eén op de drie personen met **artrose** gaat hiervoor niet naar een dokter of andere gezondheidswerker.

Ten slotte is ook **schildklierlijden** in de afgelopen jaren heel sterk toegenomen. In het Brussels Hoofdstedelijk en Waals Gewest is het aantal personen met deze aandoening tussen 1997 en 2013 zelfs verdubbeld. In Vlaanderen is de stijging minder groot.

## De dalers

Anderzijds is het ook zo dat de prevalentie van sommige chronische aandoeningen de afgelopen jaren is gedaald. Dit is het geval van coronaire hartziekte, chronisch longlijden, ernstige darmziekten, chronische blaasontsteking, ernstige hoofdpijn zoals migraine en ernstige of chronische huidziekten.

## MULTIMORBIDITEIT

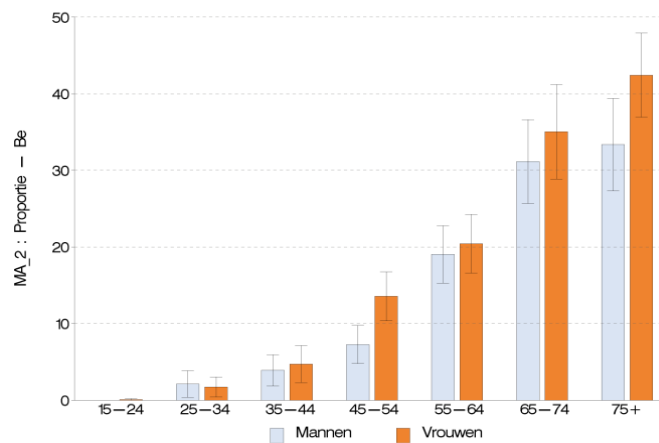
Multimorbiditeit is de algemene term voor het optreden van meer dan één (chronische) ziekte bij één individu tijdens een bepaalde periode. Multimorbiditeit leidt regelmatig tot problemen bij de patiënt, zoals beperkingen in het functioneren en verlies van de levenskwaliteit, meer zorggebruik, groter risico op complicaties bij behandeling en een groter risico op vroegtijdige sterfte. Omdat er vaak veel verschillende zorgverleners bij de behandeling betrokken zijn, dreigt de zorg te versnipperen.

Een eenduidige definitie van multimorbiditeit is er niet. De prevalentie over multimorbiditeit varieert dan ook heel sterk naargelang de studies. In de Gezondheidsenquête wordt multimorbiditeit gedefinieerd als het vóórkomen van minstens 2 van de volgende aandoeningen: chronisch longlijden, ernstig hartlijden, diabetes, gewrichtslijden (artritis of artrose), hoge bloeddruk en kanker.

64,4% van de bevolking van 15 jaar en ouder heeft geen enkele van deze 6 aandoeningen, 22,1% heeft één aandoening, 9,4% twee aandoeningen en 4,1% drie of meer aandoeningen. Multimorbiditeit komt dus voor bij 13,5% van de populatie.

Het percentage personen met multimorbiditeit stijgt sterk met de leeftijd en komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen (Figuur 3). Er is ook een duidelijke opleidingsgradiënt. Hoe lager opgeleid, hoe hoger het risico op multimorbiditeit. Los van het effect van leeftijd en geslacht komt multimorbiditeit 1,6 keer vaker voor bij laagopgeleiden dan bij hoogopgeleiden.

**Figuur 3 |** Percentage van de bevolking (van 15 jaar en ouder) met multimorbiditeit in de afgelopen 12 maanden, volgens geslacht en leeftijd, Gezondheidsenquête, België, 2013



Het percentage personen met multimorbiditeit is de afgelopen jaren duidelijk toegenomen, vooral in de oudere bevolkingsgroep. Tussen 1997 en 2013 steeg het percentage 65-plussers met multimorbiditeit van 30,6% tot 36,1%. De stijging deed zich hoofdzakelijk voor in het Vlaams en in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Vanuit beleids oogpunt vormt het toenemend aantal personen met multimorbiditeit een grote uitdaging voor de gezondheidszorg. Integrale zorg waarbij diverse hulpverleners op een gecoördineerde manier met elkaar samenwerken, zal in de toekomst steeds meer een noodzaak worden.

Tabel 4 | Evolutie indicatoren chronische aandoeningen

	1997	2001	2004	2008	2013
Percentage van de bevolking (van 15 jaar en ouder) dat aangeeft te lijden aan één of meerdere langdurige aandoeningen, langdurige ziekten of handicaps	27,5	28,9	26,9	31,5	28,5
Percentage van de bevolking (van 15 jaar en ouder) met een specifieke chronische aandoening (of een specifieke aandoening die chronische gevolgen heeft)					
Lage rugprobleem				20,5	20,8
Hoog cholesterolgehalte in bloed					16,8
Artrose	12,1	14,4	12,6	15,9	16,7
Hoge bloeddruk	10,9	14,1	15,0	15,7	16,5
Allergie	12,7	13,9	13,4	13,3	14,2
Nekprobleem				11,5	11,8
Ernstige hoofdpijn zoals migraine	11,5	10,9	9,3	9,6	9,3
Artritis	6,6	7,8	7,1	7,3	8,1
Depressie	6,5	6,3	5,9	6,0	6,7
Schildklierlijden	3,1	4,1	4,3	4,4	5,8
Diabetes	2,7	3,4	4,1	4,2	5,3
Langdurige vermoeidheid		5,2	4,8	4,0	5,0
Astma		4,7	4,3	4,2	4,3
Urinaire incontinentie				3,6	4,2
Osteoporose	2,8	4,3	3,9	4,7	4,1
Chronisch longlijden		6,0	5,8	4,0	4,0
Cataract (staar)	1,3	2,0	2,3	2,8	3,0
Ernstige of chronische huidaandoening	3,5	3,5	3,7	2,9	2,8
Darmziekte, langer dan 3 maanden	3,5	3,5	3,2	3,1	2,8
Maagzweer	3,0	3,8	3,3	3,8	2,7
Vernauwing bloedvaten in buik of benen					2,4
Hartkwaal (geen infarct/coronair lijden)					2,2
Kanker	1,2	1,7	1,2	2,0	1,9
Chronische blaasontsteking	1,9	1,9	2,1	1,4	1,7
Coronaire hartziekte				2,1	1,5
Beroerte	0,8	0,6	0,7	1,1	1,0
Ernstige nierziekte behalve nierstenen	0,8	0,7	0,6	0,7	1,0



	1997	2001	2004	2008	2013
Percentage van de bevolking (van 15 jaar en ouder) met een specifieke chronische aandoening (of een specifieke aandoening die chronische gevolgen heeft) (vervolg)					
Hartinfarct				0,8	1,0
Glaucoom	1,3	2,2	2,3	1,8	1,0
Epilepsie	0,6	0,7	0,8	0,7	0,9
Nierstenen	1,0	0,9	1,1	0,7	0,8
Galstenen of galblaasontsteking	0,8	0,9	1,0	0,6	0,7
Leverlijden	0,9	0,9	0,8	0,5	0,6
Gebroken heup	0,3	0,5	0,4	0,4	0,6
Maculadegeneratie					0,6
Ziekte van Parkinson	0,3	0,4	0,3	0,4	0,5
Diabetische retinopathie					0,1
Percentage van de bevolking (van 15 jaar en ouder) met minstens twee van de volgende chronische aandoeningen: chronisch longlijden, ernstig hartlijden, diabetes, gewrichtslijden (artritis of artrose), hoge bloeddruk, kanker	8,9	11,4	11,5		13,5

Bron: Gezondheidsenquêtes, België, 1997, 2001, 2004, 2008, 2013

## LANGDURIGE FUNCTIONELE BEPERKINGEN

### KERNPUNTEN

- 16% van de bevolking van 65 jaar en ouder geeft aan wegens beperkingen genoodzaakt te zijn binnenshuis te blijven of zelfs permanent in de zetel te zitten of in bed te blijven.
- Net niet de helft van de bevolking van 65 jaar en ouder kruist in een lijst van basisactiviteiten minstens één activiteit aan die ze slechts moeilijk of helemaal niet kunnen uitvoeren.
- Meer dan een kwart van de bevolking van 65 jaar en ouder heeft het moeilijk om één of meerdere dagelijkse activiteiten uit te voeren of kan dit zelfs helemaal niet.
- Iets minder dan helft van de bevolking van 65 jaar en ouder heeft het moeilijk om huishoudelijke activiteiten uit te voeren of kan dit zelfs helemaal niet.
- Vrouwen geven in regel vaker functionele beperkingen aan dan mannen en dit geldt vooral voor ernstige beperkingen.
- De samenhang tussen leeftijd en langdurige functionele beperkingen is overduidelijk: vooral vanaf de leeftijd van 75 jaar is er een sterke stijging merkbaar van het percentage ouderen met langdurige functionele beperkingen.
- Bij ouderen is er een duidelijke sociale gradiënt in de prevalentie van beperkingen: bij laaggeschoolde ouderen ligt het percentage personen met beperkingen steeds hoger dan bij hogeschoolden.

In de afgelopen vijftig jaar is de levensverwachting met ongeveer 10 jaar gestegen tot 82,8 jaar bij vrouwen en tot 77,6 jaar bij mannen. Parallel hiermee nam het aandeel ouderen in de bevolking toe. Waar in het jaar 2000 het aantal personen van 65 jaar en ouder 16,8% van de bevolking uitmaakte, steeg dit aandeel tot 17,4% in 2013 en wordt vooropgesteld dat dit percentage verder zal stijgen tot 20% in 2020 en tot 26% in 2060.

De toename van de levensverwachting gaat echter gepaard met een groeiend aantal personen dat geconfronteerd wordt met functionele beperkingen die een hinderpaal vormen om ten volle betrokken te zijn in alle domeinen van het menselijk leven. Inzicht krijgen in de aard en de mate van deze beperkingen is dan ook van uitzonderlijk belang. Adequaat fysiek functioneren speelt immers een zeer belangrijke rol in het behoud van de zelfredzaamheid van ouderen. Afnemende fysieke capaciteiten en chronische aandoeningen dragen bovendien bij tot de behoefte aan hulp en tot een groeiende nood aan institutionalisering.

Vier soorten beperkingen komen in dit onderdeel aan bod: beperkingen in mobiliteit, beperkingen in het uitvoeren van basisactiviteiten, dagelijkse activiteiten en huishoudelijke activiteiten. Voor elk van deze thema's werd de respondenten gevraagd of ze in staat zijn deze zonder problemen uit te voeren of bij (sommige van) deze activiteiten matig dan wel ernstig beperkt zijn. Het gaat hier zonder uitzondering om langdurige beperkingen, niet om tijdelijke, wellicht voorbijgaande beperkingen. Wat de dagelijkse en huishoudelijke activiteiten betreft werd bovendien nagegaan of mensen met beperkingen al dan niet kunnen rekenen op professionele hulp en/of hulp van familie of vrienden.

Voor België geeft 83,6% van de bevolking van 65 jaar en ouder aan niet beperkt te zijn in mobiliteit, voor 9,3% is de bewegingsvrijheid beperkt tot huis of tuin en 5,2% is genoodzaakt de ganse tijd door te brengen in een zetel terwijl 1,9% bedlegerig is.

In dezelfde leeftijdsgroep meldt 51,9% van de bevolking geen beperkingen te ondervinden bij het uitvoeren van basisactiviteiten, geeft 27,3% van de bevolking aan matig beperkt te zijn, terwijl 20,6% ernstig beperkt is.

Van de 65-plussers geeft 71,2% aan niet beperkt te zijn in het uitvoeren van dagelijkse activiteiten, 12,1% van deze populatie meldt matig beperkt te zijn, terwijl 16,7% ernstige beperkingen aangeeft.

Iets meer dan de helft van de bevolking van 65 jaar en ouder (53,2%) is niet beperkt bij het uitvoeren van huishoudelijke activiteiten, 12,2% geeft aan problemen te hebben voor het uitvoeren van ten minste één activiteit en wordt beschouwd als matig beperkt, 34,6% meldt dat ten minste één van deze activiteiten onmogelijk is zonder de hulp van anderen en wordt beschouwd als ernstig beperkt.

Vrouwen van 65 jaar en ouder geven substantieel vaker dan mannen in deze leeftijdscategorie aan beperkt te zijn in zowel mobiliteit als het verrichten van basisactiviteiten, dagelijkse activiteiten en huishoudelijke activiteiten. Meer specifiek liggen de percentages voor vrouwen hoger dan bij mannen wanneer het gaat om ernstige beperkingen.

Een overduidelijke samenhang kan vastgesteld worden tussen de leeftijd en beperkingen; zo geeft 8,4% van de bevolking in de leeftijdsgroep 65 tot 74 jaar aan beperkt in mobiliteit te zijn, een percentage dat aanzwelt tot 24,3% in de leeftijdsgroep vanaf 75 jaar. Ook wat basisactiviteiten, dagelijkse activiteiten en huishoudelijke activiteiten betreft, stijgen de percentages van mensen met beperkingen spectaculair vanaf de leeftijd van 75 jaar. Niet minder dan 64% van de personen van 75 jaar en ouder geeft aan minstens in enige mate beperkt te zijn bij het uitvoeren van huishoudelijke activiteiten.

In de bevolking van 65 jaar en ouder is er een duidelijke sociale gradiënt wat langdurige lichamelijke beperkingen betreft: bij laaggeschoolden worden steeds hogere percentages vastgesteld dan bij hooggeschoolden en dit geldt zowel voor beperkingen in mobiliteit als voor beperkingen in basisactiviteiten, dagelijkse of huishoudelijke activiteiten.

Slechts een klein percentage in de groep van 65 jaar of ouder met beperkingen geeft aan best wel hulp te kunnen gebruiken maar deze niet te krijgen (5,1% van de personen met beperkingen in het uitvoeren van dagelijkse activiteiten; 3,7% van personen met beperkingen in het uitvoeren van huishoudelijke activiteiten).

De stijging van de levensverwachting is één van de verwezenlijkingen van de welvaartsstaat. Ze is er ook de oorzaak van dat de oudere bevolking een steeds groter aandeel in de samenleving inneemt. De resultaten van de Gezondheidsenquête tonen aan dat veel ouderen –zeker personen van 75 jaar en ouder– aangeven beperkt te zijn in het uitvoeren van activiteiten. Positief is dat slechts een minderheid aangeeft niet op hulp te kunnen rekenen bij het uitvoeren van deze activiteiten. Nu en zeker in de toekomst is het voor het gezondheidsbeleid van groot belang blijvend te investeren in een brede professionele ondersteuning voor mensen met beperkingen, waarbij specifieke aandacht moet uitgaan naar degenen die deze hulp –ongeacht de reden– ontberen.

Tabel 5 | Evolutie indicatoren langdurige functionele beperkingen

	1997	2001	2004	2008	2013
Percentage van de bevolking van 65 jaar en ouder met beperkingen in ...					
mobiliteit	18,9%	20,5%	19,3%	14,8%	16,4%
basisactiviteiten	49,5%	51,5%	50,0%	53,0%	48,1%
dagelijkse activiteiten				31,5%	28,8%
huishoudelijke activiteiten					46,8%

Bron: Gezondheidsenquêtes, België, 1997, 2001, 2004, 2008, 2013

## WELZIJN EN VITALITEIT

### KERNPUNTEN

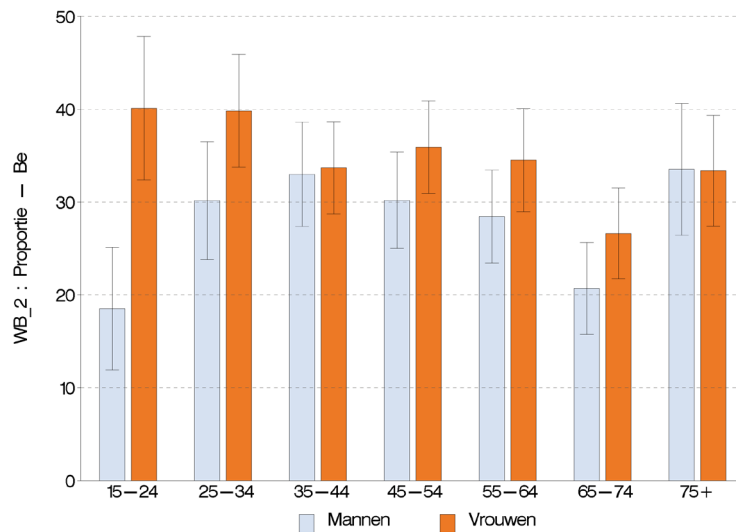
- Het welzijn en de vitale energie van de bevolking in België is er in de afgelopen vijf jaar op achteruitgegaan.
- In 2013 geeft een derde van de bevolking van 15 jaar en ouder psychische problemen aan, zoals zich gestresseerd voelen of gespannen zijn, verdrietig of gedeprimeerd zijn of niet kunnen slapen vanwege grote zorgen.
- Vrouwen hebben vaker dan mannen met dit soort psychische problemen te kampen. Ze vertonen gemiddeld ook een lagere vitale energie dan mannen.
- Psychische problemen en een lagere vitale energie komen meer voor bij de actieve bevolking (van 25 tot 55 of 65 jaar).
- Laagopgeleide personen krijgen relatief meer te maken met psychische problemen en een lagere vitale energie.
- De indicatoren voor psychisch welzijn en de vitale energie tonen een beter beeld voor het Vlaams Gewest dan voor de overige gewesten van het land.

In de Gezondheidsenquête wordt het algemeen psychisch welbevinden (of onwelbevinden) ingeschat aan de hand van een vragenlijst bestaande uit 12 items (GHQ-12), die een reeks van gemeenschappelijke symptomen voor psychopathologische problemen omvat, zonder precieze diagnose. Een hoge score wijst op een hogere mate van onwelbevinden. Voor de indicator voor psychisch onwelbevinden die hier wordt voorgesteld, wordt de drempelwaarde van 2 of meer positieve symptomen opgenomen in de vragenlijst gebruikt, een definitie die aanbevolen wordt voor studies bij de algemene bevolking. Een grenswaarde van 4 positieve symptomen of meer is een aanwijzing voor een psychopathologie (zie overzichtstabel). De hier gebruikte vitaliteitschaal (van de SF-36 vragenlijst) omvat 4 items die het vitaliteitsniveau (versus het vermoeidheidsniveau) van een individu meten. De hier voorgestelde indicatoren zijn de gemiddelde score voor vitale energie (op een schaal van 0 tot 100) en de proportie personen met een optimale vitale energie (hier een score van minstens 78).

De resultaten van de Gezondheidsenquête 2013 tonen aan dat in België één op de drie personen (32%) van 15 jaar en ouder indicaties voor psychisch onwelbevinden vertoont. Dit is een stijging in vergelijking met vroegere resultaten (tussen 2001 en 2008 gaf 25% tot 26% van de bevolking psychische problemen aan). Ook het gemiddeld niveau van vitale energie ligt in 2013 lager dan in 2004 en 2008.

Psychische problemen komen vaker voor bij mannen dan bij vrouwen (zie Figuur 4). Opmerkelijk is de vaststelling dat 40% van de jonge vrouwen (15-24 jaar) reeds psychische problemen meldt, terwijl dit percentage voor jonge mannen in deze leeftijdsgroep maar half zo hoog ligt. Zowel bij mannen als bij vrouwen liggen de percentages voor psychisch onwelbevinden hoger in de actieve leeftijdsgroep, dat wil zeggen tussen 25 en 64 jaar.

**Figuur 4 |** Percentage van de bevolking (van 15 jaar en ouder) met recente psychische problemen, gemeten aan de hand van de gedichotomiseerde GHQ-12 score [2+], volgens leeftijd en geslacht, Gezondheidsenquête, België, 2013



Psychisch onwelbevinden en vitale energie variëren volgens het opleidingsniveau. Laagopgeleiden melden frequenter psychische problemen en hebben (gemiddeld) een lagere vitale energie dan hoogopgeleiden.

Psychische problemen en een lagere vitale energie worden meer gemeld door inwoners van grote steden dan door inwoners van landelijke of halfstedelijke gemeenten. In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest wordt een grotere concentratie personen met psychische problemen (40%) waargenomen dan in het Waals Gewest (35%) en het Vlaams Gewest (29%). De inwoners van het Vlaams Gewest hebben een gemiddeld hogere vitaliteitsscore (gemiddelde score van 65) dan de inwoners van het Waals en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (gemiddelde score van 55).

**Tabel 6 |** Evolutie indicatoren psychisch onwelbevinden en vitaliteit

	1997	2001	2004	2008	2013
Gemiddelde score voor ...					
psychisch onwelbevinden (GHQ-12)	1,6	1,3	1,3	1,3	1,7
vitale energie (SF-36)			63	62	61
Percentage van de bevolking (van 15 jaar en ouder) met ...					
psychische problemen (GHQ 2+)	31%	25%	24%	26%	32%
een mogelijke psychopathologie (GHQ 4+)	17%	13%	13%	14%	18%
een optimale vitale energie (VT)			18%	18%	16%

Bron: Gezondheidsenquêtes, België, 1997, 2001, 2004, 2008, 2013

## EMOTIONELE PROBLEMEN

### KERNPUNTEN

Emotionele problemen die aan bod komen in de Gezondheidsenquête zijn angststoornissen, depressieve gevoelens en slaapproblemen. De belangrijkste vaststellingen zijn de volgende:

- De prevalentie van deze problemen bij de bevolking van 15 jaar en ouder is sterk de hoogte ingegaan in de afgelopen vijf jaar, en dit in de drie gewesten van het land.
- In 2013 is de prevalentie van emotionele problemen ook sterk gestegen bij jongeren van 15 tot 24 jaar; voorheen kwamen deze problemen in deze groep relatief minder voor.
- Vrouwen hebben meer dan mannen met emotionele problemen te kampen.
- Personen met een lagere opleiding zijn kwetsbaarder voor emotionele problemen.
- Inwoners van het Vlaams Gewest melden minder vaak emotionele problemen dan inwoners van de andere twee gewesten.

Ook eetstoornissen (anorexia – boulimie) werden in 2013 onderzocht:

- Eetstoornissen lijken meer voor te komen bij jonge vrouwen in de leeftijdsgroep van 15 tot 34 jaar, bij lager opgeleide personen en in steden.

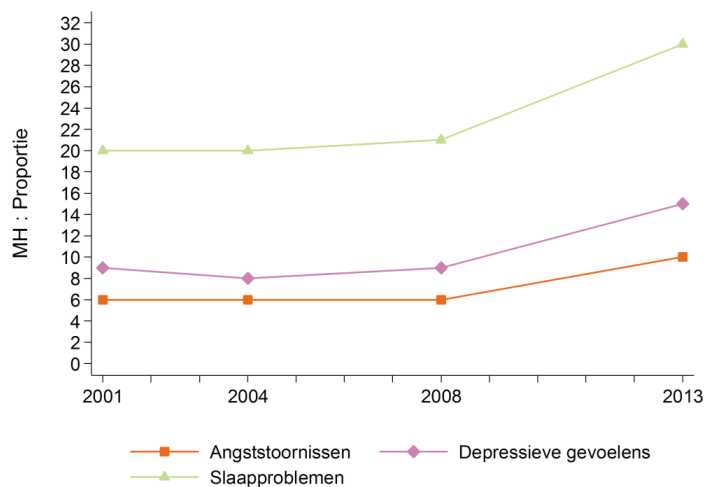
De 'emotionele problemen' die in de Gezondheidsenquête aan bod komen, betreffen depressieve gevoelens, angststoornissen en/of slaapproblemen. De vragenlijst die gebruikt wordt in de Gezondheidsenquête (SCL-90-R) laat niet toe om een diagnose van deze problemen te stellen maar kan door het meten van de aanwezigheid en de ernst van specifieke symptomen aanwijzingen geven dat dergelijke problemen zich voordoen. De resultaten gaan telkens over de proportie personen met voldoende symptomen om te stellen dat ze de storing in kwestie hebben.

Daarnaast wordt in de Gezondheidsenquête voor de eerste maal informatie verzameld over eetstoornissen (zowel anorexia als boulimie, zonder hierover echter afzonderlijke informatie te verzamelen). Dit gebeurt via een screening-instrument van vijf items (SCOFF). De stoornis wordt verondersteld aanwezig te zijn indien de respondent minstens twee (van de vijf) symptomen meldt.

Uit de resultaten blijkt dat 10% van de bevolking van 15 jaar en ouder angststoornissen heeft, 15% vertoont tekenen van depressieve gevoelens en 30% meldt slaapproblemen. Al deze aandoeningen zijn toegenomen t.o.v. 2008 (Figuur 5). De verschillende emotionele problemen hangen nauw samen: 9% van de bevolking heeft zowel depressieve gevoelens als angststoornissen terwijl 7% ook slaapproblemen heeft. Daarnaast lijkt 8% van de bevolking te lijden aan een eetstoornis.

Emotionele problemen komen vaker voor bij vrouwen dan bij mannen (zie Tabel 7) en hangen allen op één of andere manier samen met de leeftijd. Zo komen eetstoornissen frequenter voor bij jongeren (vrouwen) en lijken ze te verminderen met de leeftijd. Daarentegen lijkt de kritische leeftijd voor angststoornissen en depressieve gevoelens zich te situeren tussen 45 en 65 jaar en vanaf 75 jaar. Slaapproblemen, ten slotte, zijn al aanwezig bij één op de vier jongeren tussen 15 en 24 jaar en nemen toe met de leeftijd (37% bij de senioren). Vooral in de groep 'jonge vrouwen tussen 15 en 24 jaar' zijn de emotionele problemen tussen 2008 en 2013 het sterkst gestegen.

**Figuur 5 |** Percentage van de bevolking (van 15 jaar en ouder) met emotionele problemen, per jaar, Gezondheidsenquête, België, 2013



Emotionele problemen vertonen een duidelijke socio-economische gradiënt: dergelijke problemen komen minder voor naarmate het opleidingsniveau stijgt. De prevalenties zijn minder hoog in het Vlaams Gewest dan in de andere twee gewesten van het land. Niettemin tonen de resultaten aan dat in het Vlaams Gewest het aantal jonge vrouwen (15-24 jaar) met emotionele problemen relatief hoger is dan in de andere twee gewesten. Met name de prevalentie van eetstoornissen (18%), angststoornissen (16%) en depressieve gevoelens (25%) is in het Vlaams Gewest in deze leeftijdsgroep zeer hoog.

**Tabel 7 |** Evolutie indicatoren emotionele problemen

	2001	2004	2008	2013
Percentage vrouwen (van 15 jaar en ouder) met ...				
depressieve gevoelens	11%	10%	13%	18%
angststoornissen	8%	8%	8%	13%
slaapproblemen	23%	23%	24%	33%
eetstoornissen				10%
Percentage mannen (van 15 jaar en ouder) met ...				
depressieve gevoelens	6%	6%	6%	11%
angststoornissen	4%	4%	4%	7%
slaapproblemen	17%	17%	18%	26%
eetstoornissen				6%

Bron: Gezondheidsenquêtes, België, 1997, 2001, 2004, 2008, 2013

# ZELFMOORDGEDRAG

## KERNPUNTEN

- Zelfmoordgedachten en zelfmoordpogingen (in het afgelopen jaar) komen in de bevolking van 15 jaar en ouder evenveel voor bij mannen als bij vrouwen.
- De kritische leeftijd voor dergelijke gedachten en pogingen situeert zich tussen 45 en 54 jaar.
- Zelfmoordgedachten hangen niet samen met het opleidingsniveau maar dit is wel het geval voor zelfmoordpogingen. Hoger opgeleiden rapporteren minder vaak dat ze ooit of in de afgelopen 12 maanden geprobeerd hebben een eind te maken aan hun leven.
- In het Vlaams Gewest hebben relatief minder mensen ooit aan zelfmoord gedacht of ooit een zelfmoordpoging ondernomen dan in de andere twee gewesten, maar deze regionale verschillen worden niet waargenomen voor recente zelfmoordgedachten en -pogingen (< 12 maanden).
- Het aantal gerapporteerde zelfmoordpogingen (in het afgelopen jaar) is in 2013 niet gestegen in vergelijking met 2004 of 2008.

Zelfmoordgedrag en zelfmoord vormen een belangrijk probleem voor de volksgezondheid en de preventie ervan is volgens de Wereldgezondheidsorganisatie een prioriteit geworden. Het zelfmoordcijfer in België behoort tot de hoogste van Europa en wordt geschat op 18 per 100.000 inwoners in 2010. Een zelfmoordpoging is de belangrijkste risicofactor voor een uiteindelijke zelfmoord in de algemene bevolking.

Vier vragen in de Gezondheidsenquête gaan over zelfmoordgedrag: twee ervan gaan na of mensen al ernstig over zelfmoord hebben nagedacht, twee andere peilen naar effectieve zelfmoordpogingen. Een onderscheid wordt gemaakt tussen zelfmoordgedachten en zelfmoordpogingen ooit in de loop van het leven en zij die plaatsvonden in de 12 maanden voorafgaand aan de enquête.

In België heeft 14% van de bevolking er ooit aan gedacht een eind te maken aan zijn leven en 4% heeft hiertoe effectief al een poging ondernomen. In de 12 maanden voorafgaand aan de enquête heeft 5% aan zelfmoord gedacht; 4 op 1000 personen hebben effectief een zelfmoordpoging ondernomen. Zelfmoordgedachten en -pogingen (in het afgelopen jaar) komen even vaak voor bij mannen als bij vrouwen. De kritische leeftijd voor zelfmoordgedachten en -pogingen situeert zich tussen de 45 en 54 jaar. Hoewel zelfmoordgedachten bij laag- en hoogopgeleiden in dezelfde mate voorkomen, lijkt een hoog opleidingsniveau een factor te zijn die de overstap naar een feitelijke poging in zekere mate tegengaat.

De resultaten rond zelfmoord zijn relatief stabiel sinds de laatste enquête in 2008, zowel op nationaal als op regionaal niveau. In het Vlaams Gewest rapporteert de bevolking minder vaak dan in de andere twee gewesten dat ze ooit aan zelfmoord dachten of ooit een zelfmoordpoging ondernamen. Recente zelfmoordgedachten en -pogingen (in het afgelopen jaar) komen in de drie gewesten echter in dezelfde mate voor.



Tabel 8 | Evolutie indicatoren zelfmoordgedrag

	2004	2008	2013
Percentage van de bevolking (van 15 jaar en ouder) dat ...			
ooit ernstig aan zelfmoord heeft gedacht	12%	12%	14%
ooit geprobeerd heeft om zelfmoord te plegen	3,7%	4,9%	4,2%
in de afgelopen 12 maanden aan zelfmoord heeft gedacht		3,6%	5,0%
in de afgelopen 12 maanden geprobeerd heeft zelfmoord te plegen	0,4%	0,4%	0,4%

Bron: Gezondheidsenquêtes, België, 1997, 2001, 2004, 2008, 2013

## GEBRUIK VAN PSYCHOTROPE GENEESMIDDELEN

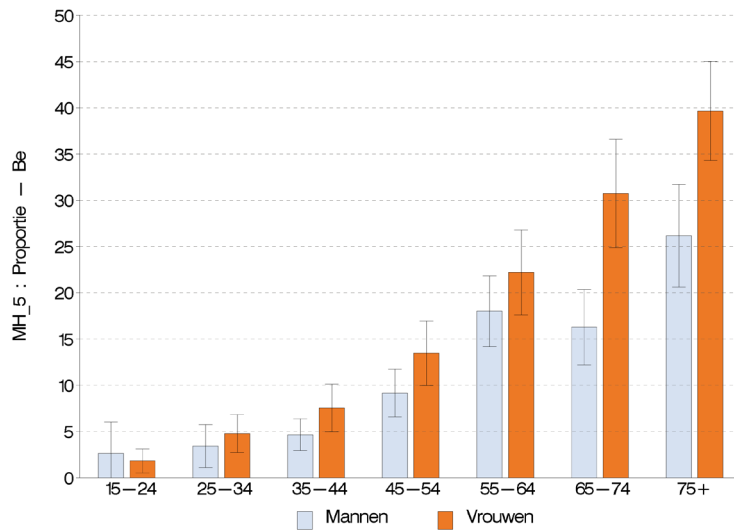
### KERNPUNTEN

- Bij de bevolking van 15 jaar en ouder geven vrouwen (20%) vaker dan mannen (12%) aan psychotrope geneesmiddelen te gebruiken. Het gaat hierbij om slaap- en kalmeringsmiddelen of antidepressiva.
- Het gebruik van psychotrope geneesmiddelen stijgt aanzienlijk met de leeftijd. In de leeftijdsgroep van 75 jaar en ouder grijpt ongeveer 40% van de vrouwen en 26% van de mannen naar slaap- en kalmeringsmiddelen.
- Het gebruik van psychotrope geneesmiddelen ligt relatief hoger bij laagopgeleiden.
- Inwoners van het Waals Gewest gebruiken relatief meer antidepressiva (10%) dan inwoners van de andere twee gewesten (7%).
- Het aantal gebruikers van antidepressiva is in België in de afgelopen 15 jaar toegenomen van 3,9% in 1997 tot 7,6% in 2013.
- Tussen 2004 en 2013 is het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen in het Vlaams Gewest stabiel gebleven en in het Brussels Hoofdstedelijk en het Waals Gewest zelfs verminderd.

Inname van slaap- en kalmeringsmiddelen voor de behandeling van angst, stress en slaapproblemen is niet zonder gevaar. Gebruik ervan kan gewenning en verslaving met zich meebrengen en problemen met het geheugen of met de concentratie veroorzaken. Het gebruik van deze middelen kan een verandering van de psychomotorische functies met zich meebrengen die het risico op vallen en op ongevallen verhoogt. Ook het gebruik van antidepressiva is niet zonder gevaar en kan tot ongewenste gevolgen leiden. Een doelmatig gebruik van deze geneesmiddelen moet daarom steeds gebaseerd zijn op een ernstige klinische evaluatie en er is een degelijke medische opvolging nodig.

Het gebruik van psychotrope geneesmiddelen in de bevolking van 15 jaar en ouder dat hier besproken wordt, heeft betrekking op het gerapporteerd gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen en antidepressiva in de 2 weken voorafgaand aan het interview.

**Figuur 6 |** Percentage van de bevolking (van 15 jaar en ouder) dat in de afgelopen 2 weken een slaap- of kalmeringsmiddel heeft gebruikt, volgens leeftijd en geslacht, Gezondheidsenquête, België, 2013

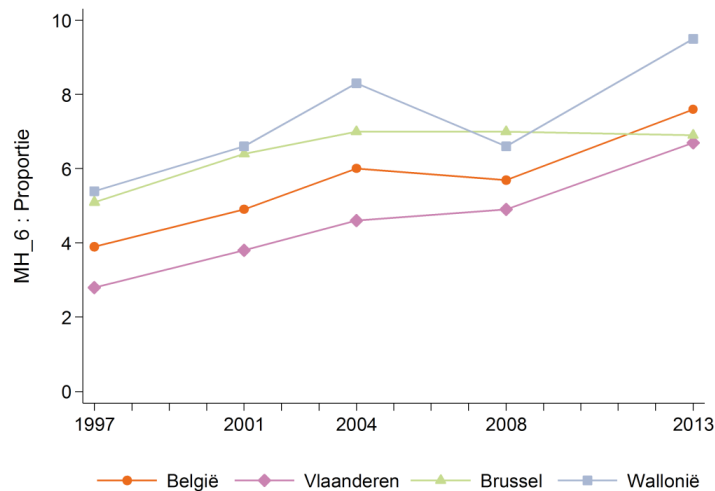


In België geeft 16% van de bevolking aan één of meerdere psychotrope geneesmiddelen gebruikt te hebben in de 2 weken voorafgaand aan het interview: 13% een slaap- en kalmeringsmiddel, 8% een antidepressivum.

Het gebruik van psychotrope geneesmiddelen is frequenter bij vrouwen (20%) dan bij mannen (12%) en dit zowel wat betreft het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen (zie Figuur 6) als het gebruik van antidepressiva. Verschillen tussen mannen en vrouwen in het gebruik van psychotrope geneesmiddelen zijn het markantst vanaf de leeftijd van 65 jaar. Het aantal gebruikers van psychotrope geneesmiddelen stijgt in functie van de leeftijd (zie Figuur 6). Niet minder dan 35% van de personen van 75 jaar en ouder gebruikt bijvoorbeeld een slaap- of kalmeringsmiddel. Het gaat om 40% van de vrouwen en 26% van de mannen in deze leeftijdsgroep.

Het gebruik van psychotrope geneesmiddelen komt meer voor bij de laagst opgeleiden (33%) en vermindert tot 11% bij de hoogst opgeleiden.

**Figuur 7 |** Percentage van de bevolking (van 15 jaar en ouder) dat in de afgelopen 2 weken een antidepressivum heeft gebruikt, per jaar en per gewest, Gezondheidsenquête, België, 2013



In het Waals Gewest is het gebruik van psychotrope geneesmiddelen meer uitgesproken (19%) dan in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (13%) en het Vlaams Gewest (16%).

Het is geruststellend te mogen vaststellen dat het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen in de algemene bevolking sinds de Gezondheidsenquête van 2004 niet meer gestegen is (13%), bij vrouwen zou dit gebruik zelfs gedaald zijn tussen 2008 (19%) en 2013 (16%). Daarentegen lijkt het gebruik van antidepressiva toe te nemen; dit is vooral het geval in het Vlaams en het Waals Gewest (zie Figuur 7). De toename van het gebruik van antidepressiva vereist een grotere waakzaamheid voor een adequaat voorschrijfgedrag.

Tabel 9 | Evolutie indicatoren rond het gebruik van psychotrope geneesmiddelen

	1997	2001	2004	2008	2013
Percentage vrouwen (van 15 jaar en ouder) dat psychotrope geneesmiddelen gebruikt, waaronder:	13%	17%	19%	21%	20%
slaap- en kalmeringsmiddelen	11%	15%	16%	19%	16%
antidepressiva	5,2%	6,3%	8,2%	7,4%	9,5%
Percentage mannen (van 15 jaar en ouder) dat psychotrope geneesmiddelen gebruikt, waaronder:	7%	10%	11%	10%	12%
slaap- en kalmeringsmiddelen	6%	8%	10%	9%	10%
antidepressiva	2,5%	3,5%	3,7%	3,8%	5,6%

Bron: Gezondheidsenquêtes, België, 1997, 2001, 2004, 2008, 2013

## LICHAMELIJKE PIJN

### KERNPUNTEN

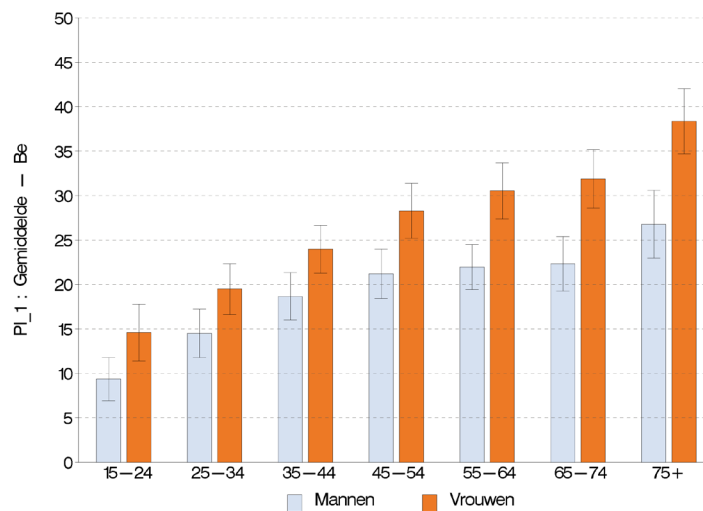
- In de bevolking van 15 jaar en ouder ondervinden vrouwen meer lichamelijke pijn dan mannen.
- Hoe ouder de bevolking, hoe meer lichamelijke pijn.
- De laagst opgeleiden hebben meer last van lichamelijke pijn.
- Lichamelijke pijn komt minder voor in het Vlaams Gewest dan in het Brussels Hoofdstedelijk en het Waals Gewest.
- Naast fysieke beperkingen heeft lichamelijke pijn ook negatieve gevolgen voor de geestelijke gezondheid.

Pijn is een belangrijke graadmeter van (on)welbevinden. Lichamelijke pijn heeft een negatieve impact op de kwaliteit van het leven en dit zowel op lichamelijk, sociaal als geestelijk vlak. Naast de persoonlijke impact is er ook een economische impact. De erkenning van pijn als volksgezondheidsprobleem is dus zeer belangrijk.

In de Gezondheidsenquête wordt de impact van pijnklachten op het dagelijks leven bevestigd door middel van twee SF-36<sup>1</sup> vragen bij de bevolking van 15 jaar en ouder: de ernst van en de hinder door lichamelijke pijn. De lichamelijke pijnscore wordt berekend door de combinatie van de twee vragen. De score geeft een algemeen beeld van de hinder door lichamelijke pijn in een bevolking: hoe hoger de score, hoe meer pijn men heeft en hoe meer men hierdoor gehinderd is.

De lichamelijke pijnscore van de bevolking van 15 jaar en ouder in België is 23 (op een maximum van 100). Deze score ligt hoger bij vrouwen (27) dan bij mannen (19). Ouderen stellen meer dan jongeren gehinderd te worden door lichamelijke pijn (Figuur 8). Mensen van 75 jaar en ouder hebben een score die oploopt tot 34. De laagst opgeleiden hebben een beduidend hogere score (34) dan de hoogst opgeleiden (20).

**Figuur 8 |** De gemiddelde SF36-score voor lichamelijke pijn bij de bevolking (van 15 jaar en ouder), volgens leeftijd en geslacht, Gezondheidsenquête, België, 2013



De score is lager in het Vlaams Gewest (22) dan in het Waals (25) en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (24).

Naast de fysieke beperkingen heeft lichamelijke pijn ook negatieve gevolgen voor de geestelijke gezondheid. Mensen met lichamelijke pijn lopen een groter risico op depressieve symptomen en slaapproblemen.

Biologische, psychische en sociale factoren dragen waarschijnlijk bij tot de geslachtsverschillen in de pijnscore. Ouder worden gaat vaak gepaard met chronische aandoeningen, die op hun beurt samen gaan met lichamelijke pijn. Sociale ongelijkheden kunnen wellicht deels verklaard worden door het feit dat een lage opleiding vaak gerelateerd is aan fysiek zwaardere jobs, vooral bij mannen, en slechtere psychosociale werkomstandigheden. Daarom is preventie op het werk van belang.

Lichamelijke pijn heeft ook negatieve gevolgen voor de geestelijke gezondheid. Het verband tussen pijn en comorbiditeit gaat vaak in twee richtingen. Zo kunnen bv. slaapproblemen het gevolg zijn van lichamelijke pijn en kunnen ze ervoor zorgen dat de pijn aanhoudt. Daarom is een multidisciplinaire aanpak belangrijk om de levenskwaliteit te verbeteren. Ook al is er een licht dalende trend van de lichamelijke pijnscore, toch is het belangrijk dat dit gezondheidsprobleem met de hoogste prioriteit wordt aangepakt, daar de gerelateerde kosten aanzienlijk zijn voor het gezondheidssysteem, de patiënt zelf en de maatschappij.

1 De SF-36 is een gevalideerde vragenlijst die verschillende gezondheidsdimensies meet.

Tabel 10 | Evolutie indicatoren lichamelijke pijn

	1997	2008	2013
Lichamelijke pijnscore in de bevolking (van 15 jaar en ouder)	23,1	24,3	23,0
Percentage van de bevolking (van 15 jaar en ouder) ...			
dat lichamelijke pijn heeft ervaren in de afgelopen 4 weken	20,3%	28,4%	26,0%
dat gehinderd werd door lichamelijke pijn bij normaal werk in de afgelopen 4 weken	26,6%	37,4%	35,7%

Bron: Gezondheidsenquêtes, België, 1997, 2008, 2013

## GEZONDHEIDSGERELATEERDE LEVENSKWALITEIT

### KERNPUNTEN

- In de bevolking van 15 jaar en ouder rapporteren mannen een betere gezondheidsgelateerde levenskwaliteit dan vrouwen.
- De gezondheidsgelateerde levenskwaliteit daalt met de leeftijd.
- Hoogopgeleide personen rapporteren een betere gezondheidsgelateerde levenskwaliteit dan laagopgeleide personen.
- De gezondheidsgelateerde levenskwaliteit is beter in het Vlaams Gewest dan in het Brussels Hoofdstedelijk of het Waals Gewest.

De gezondheidsgelateerde levenskwaliteit is een complex en multidimensioneel concept dat verder gaat dan de traditionele indicatoren voor morbiditeit en mortaliteit om de impact van de gezondheidsstatus op de levenskwaliteit te meten.

Het concept werd aanvankelijk voor economische doelstellingen ontwikkeld. De integratie van deze indicator in gezondheidseconomische analyses draagt bij tot een rationeler gebruik van de gezondheidszorg. Behalve voor economische analyses wordt deze indicator ook gebruikt om de gezondheidsgelateerde levenskwaliteit te meten op het niveau van de bevolking. Om deze reden worden instrumenten voor het meten van de gezondheidsgelateerde levenskwaliteit steeds meer geïntegreerd in bevolkingsenquêtes, zoals bijvoorbeeld in Spanje, Duitsland, de Verenigde Staten en Canada.

In 2013 werd het EQ-5D instrument voor het eerst in de Belgische Gezondheidsenquête opgenomen. Het betreft een gestandaardiseerde schaal voor het inschatten van de levenskwaliteit ontwikkeld door de Europese EuroQol groep, gebaseerd op een eenvoudige vragenlijst die toelaat de impact van de gezondheid op de levenskwaliteit te meten volgens vijf dimensies: mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn/ongemak en angst/depressie.

Op basis van de antwoorden voor deze vijf dimensies is het mogelijk aan elke respondent een score toe te kennen volgens een algoritme ontwikkeld op basis van de voorkeuren van de bevolking voor verschillende gezondheidstoestanden. Deze score varieert tussen 0 en 1 (waarbij 1 staat voor de beste gezondheidsgelateerde levenskwaliteit). De gemiddelde score voor de bevolking van 15 jaar en ouder, berekend op basis van de gegevens van de Gezondheidsenquête, is 0,81.

De vragenlijst laat bovendien toe de perceptie van een respondent van zijn/haar gezondheid te evalueren dankzij een Visuele Analoge Schaal (VAS), een schaal gaande van 0 tot 100 (waarbij 100 staat voor de best mogelijk gezondheidstoestand). De gemiddelde score van de VAS voor de bevolking van 15 jaar en ouder is 76,9.

Op basis van onze analyses konden verschillende belangrijke verschillen in gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit volgens geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en gewest worden vastgesteld.

Mannen melden een betere gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit dan vrouwen, met een beduidend hogere score (0,84) dan vrouwen (0,79).

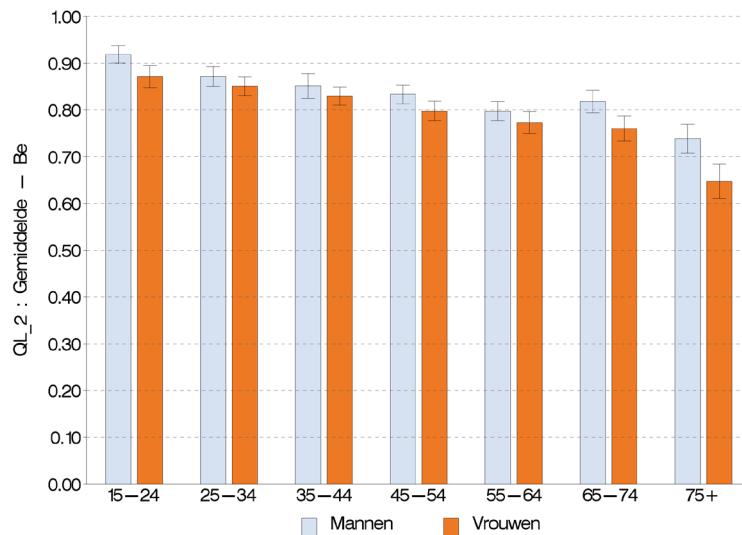
De gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit neemt af met de leeftijd. De score is 0,89 in de leeftijdsgroep van 15 tot 24 jaar en 0,68 in de leeftijdsgroep van 75 jaar en ouder. Opmerkelijk is dat de score voor de levenskwaliteit bij mannen die de pensioengerechtigde leeftijd hebben bereikt (65 tot 74 jaar) lijkt te verbeteren (zie Figuur 9).

De gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit stijgt aanzienlijk naarmate het opleidingsniveau stijgt. Zo is de score gemiddeld minder hoog bij laagopgeleiden (0,67) dan bij hoogopgeleiden (0,85).

De gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit varieert volgens gewest. De score is significant hoger in het Vlaams Gewest (0,83) dan in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (0,80) en het Waals Gewest (0,78).

Ten slotte laat het gebruik van het instrument niet enkel toe om de gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit in te schatten volgens socio-demografische karakteristieken maar ook om de impact te evalueren van risicofactoren en ziektes. Zo werd bij wijze van voorbeeld de samenhang nagegaan tussen levenskwaliteit en chronische aandoeningen. De gemiddelde score voor levenskwaliteit ligt substantieel lager bij personen die aangeven een chronische aandoening te hebben (0,67) dan bij degenen die dit niet melden (0,87).

**Figuur 9** | Gemiddelde score voor de gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit in de algemene bevolking (van 15 jaar en ouder), volgens geslacht en leeftijd, Gezondheidsenquête, België, 2013



Tabel 11 | Overzicht indicatoren gezondheidsgelateerde levenskwaliteit

	2013
Percentage van de bevolking (van 15 jaar en ouder) ...	
met mobiliteitsproblemen (volgens het EQ-5D instrument)	18,5%
met zelfzorgproblemen (volgens het EQ-5D instrument)	6,9%
met problemen bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten (volgens het EQ-5D instrument)	17,9%
met pijn/ongemak (volgens het EQ-5D instrument)	50,1%
met angst/depressie (volgens het EQ-5D instrument)	26,5%
dat geen enkel gezondheidsprobleem meldt (volgens het EQ-5D instrument)	41,5%
Gemiddelde score in de bevolking (van 15 jaar en ouder) ...	
van gezondheidsgelateerde levenskwaliteit (volgens het EQ-5D instrument)	0,81 (op 1)
van de globale gezondheidstoestand gemeten via de visuele analoge schaal	76,9 (op 100)

## AFWEZIGHEID VAN HET WERK WEGENS ZIEKTE

### KERNPUNTEN

- Afwezigheid van het werk wegens ziekte is een ernstige problematiek: 36% van de beroepsactieve mannen en 44% van de beroepsactieve vrouwen is minstens éénmaal per jaar afwezig van het werk wegens ziekte.
- Afwezigheid van het werk wegens ziekte komt frequenter voor bij jonge, beroepsactieve vrouwen.
- Beroepsactieve mannen zijn gemiddeld 8 dagen per jaar afwezig van het werk wegens ziekte, bij beroepsactieve vrouwen gaat het om gemiddeld 15 dagen.
- Bij vrouwen is het gemiddeld aantal dagen afwezigheid van het werk wegens ziekte het hoogst in de leeftijdsgroep 15-34 jaar, bij mannen is dit het hoogst in de leeftijdsgroep 55-64 jaar.

Afwezigheid van het werk wegens ziekte is een problematiek die een steeds belangrijkere plaats inneemt in de Belgische en Europese socio-economische actualiteit. Tal van mogelijke oorzaken worden hiervoor naar voren geschoven die te maken hebben met (a) de maatschappelijke context, zoals het sociale zekerheidsstelsel, (b) karakteristieken van het werk, zoals de werklast en (c) individuele factoren zoals de leeftijd en de gezondheid. In de Gezondheidsenquête gaat de aandacht uitsluitend naar de persoonlijke gezondheidsproblemen die aanleiding geven tot afwezigheid van het werk.

Twee vragen hieromtrent werden opgenomen: een vraag die ernaar peilt of (beroepsactieve) respondenten in het jaar voorafgaand aan de enquête ooit afwezig waren van het werk wegens gezondheidsproblemen en een daaropvolgende vraag naar het (totaal) aantal dagen afwezigheid in dat jaar.

40% van de beroepsactieve inwoners geeft aan in het jaar voorafgaand aan de enquête (minstens één maal) afwezig te zijn geweest van het werk wegens ziekte. Dit percentage ligt beduidend hoger bij vrouwen (44%) dan bij mannen (36%).

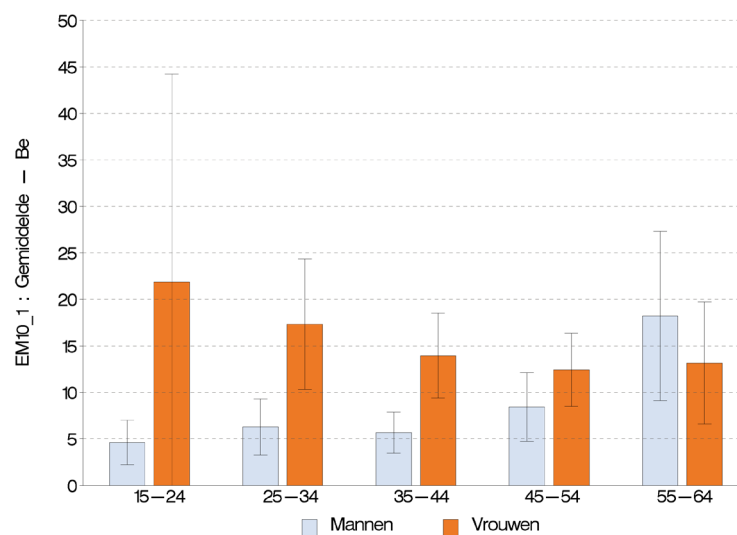
In regel daalt de prevalentie van (minstens éénmaal) afwezigheid van het werk met de leeftijd. Een uitzondering hierop vormt de relatief hoge frequentie van (minstens éénmaal) afwezigheid van het werk bij jonge, beroepsactieve vrouwen.

Afwezigheid van het werk wegens ziekte vertoont geen samenhang met het opleidingsniveau.

Gemiddeld is een beroepsactieve inwoner van het land 11 dagen per jaar afwezig van het werk wegens ziekte. Bij mannen gaat het om gemiddeld 8 dagen, bij vrouwen gaat het om beduidend meer dagen: gemiddeld 15 dagen.

Bij vrouwen ligt het gemiddeld aantal dagen afwezigheid wegens ziekte hoger in de jongste leeftijdsgroepen (15-34 jaar), bij mannen is dit gemiddelde het hoogst in de leeftijdsgroep van 55 tot 64 jaar (Figuur 10).

**Figuur 10** | Gemiddeld aantal dagen afwezigheid van het werk wegens ziekte in de afgelopen 12 maanden bij de beroepsactieve bevolking, volgens geslacht en leeftijd, België, Gezondheidsenquête 2013



Het gemiddeld aantal dagen afwezigheid van het werk wegens ziekte vertoont geen, althans geen systematische samenhang met het opleidingsniveau.

Het gemiddeld aantal dagen afwezigheid van het werk wegens ziekte is hetzelfde voor het Vlaams en het Waals Gewest (gemiddeld 12 dagen), terwijl het lager ligt in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (gemiddeld 6 dagen).

**Tabel 12** | Overzicht indicatoren voor afwezigheid van het werk wegens ziekte

	2013
Percentage van de beroepsactieve bevolking dat minstens eenmaal wegens ziekte afwezig was op het werk in het afgelopen jaar	39,7%
Gemiddeld aantal dagen afwezigheid wegens ziekte bij de beroepsactieve bevolking	11 dagen



## Website

### *Rapport*

Het uitgebreide rapport met de bespreking van de resultaten kan, samen met het samenvattende rapport, geraadpleegd worden op de website van de Gezondheidsenquête op het volgende adres:

<http://his.wiv-isp.be/nl>

### *HISIA, de interactieve website*

Onderzoekers en het publiek kunnen zelf bepaalde analyses uitvoeren via de interactieve website van de Gezondheidsenquête op het volgende adres:

<http://hisia.wiv-isp.be>

Alle stappen die dienen gezet te worden om deze analyses te realiseren worden uiteengezet op deze site. Het gebruik van de interactieve website is zeer eenvoudig en werd opgemaakt voor leken in statistiek.

De analyses die uitgevoerd kunnen worden, zijn vanzelfsprekend beperkt. Het gaat vooral om het berekenen van prevalenties, verdelingen of gemiddelden van een indicator in functie van twee of drie parameters (of achtergrondkenmerken).

Er dient vermeld te worden dat de bekomen resultaten wel gewogen maar niet voor leeftijd of geslacht gecorrigeerd zijn.

De gegevens van 2013 zullen sequentieel vrijgegeven worden op de website, dus telkens er een specifiek rapport gepubliceerd wordt.





© Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

OPERATIONELE DIRECTIE

VOLKSGEZONDHEID EN SURVEILLANCE

Juliette Wytsmanstraat 14

1050 Brussel | België

[www.wiv-isp.be](http://www.wiv-isp.be)