

GEESTELIJKE GEZONHEID

Gezondheidsenquête 2023-2024

Oktober 2025

LYDIA GISLE • LIZE HERMANS • CAMILLE DUVEAU

DANKWOORD

We willen graag bedanken:

- Statbel medewerkers voor het organiseren van het veldwerk.
- Statbel interviewers voor het leggen van contacten en het verzamelen van gegevens.
- De mensen die vrijwillig hun tijd hebben vrijgemaakt om deel te nemen aan de enquête.
- Ledia Jani en Laïla Boulbayem van Sciensano voor hun logistieke en administratieve ondersteuning.

Opdrachtgevers:



In samenwerking met:



Gelieve te citeren als:

Gisle L, Hermans L, Duvéau C. Gezondheidsenquête 2023-2024: Geestelijk gezondheid. Brussel, België: Sciensano; 2025. Rapportnummer: D/2025.14.440/102. Beschikbaar op: www.gezondheidsenquête.be

SAMENVATTING

De Gezondheidsenquête 2023-2024 biedt een overzicht van de geestelijke gezondheid in België voor personen van 15 jaar en ouder. Ze meet het subjectieve welzijn aan de hand van de levenstevredenheid, de vitaliteit, de slaapkwaliteit, het mentaal welbevinden en het optimisme. Het evalueert ook bepaalde psychische stoornissen: angst, depressie, eetstoornissen, suïcidale gedachten en pogingen. Ten slotte gaat ze in op het gebruik van voorgeschreven psychotrope geneesmiddelen en het soort professionele hulp waarop beroep werd gedaan.

De volgende resultaten hebben betrekking op de bevolking van 15 jaar en ouder:

Subjectief welzijn

- Ongeveer twee derde van de mensen zegt redelijk tevreden te zijn met hun leven (65%), en een kwart zegt zelfs zeer tevreden te zijn (24%). Op een schaal van 0 tot 10 bedraagt de gemiddelde tevredenheidsscore 7,5, waarmee België tot de landen met de hoogste score behoort.
- In 2023-2024 genieten zes op de tien mensen (63%) een goed mentaal welbevinden en zijn acht op de tien (78%) optimistisch over hun toekomst.
- Er zijn echter enkele minpunten punten die dit beeld nuanceren: één op de tien mensen is weinig tot zeer weinig tevreden met hun leven (11%), meer dan een op de vijf is pessimistisch over hun toekomst (22%) en een op de vijf ervaart ernstige psychische distress (22%), met tekenen van stress, spanning, depressieve stemmingen en slecht slapen als gevolg van hun zorgen.
- Slechts de helft van de bevolking vindt dat ze goed slaapt en amper één op de negen mensen (12%) bereikt het optimale vitaliteitsniveau dat nodig is om zich elke dag fit te voelen.
- Vrouwen, volwassenen in de actieve leeftijd en mensen met een lager opleidingsniveau of een bescheiden inkomen geven aan minder tevreden te zijn, minder vitaal te zijn en minder goed te slapen. Deze sociale ongelijkheden zijn helaas niet nieuw.
- De indicatoren voor subjectief welzijn zijn beter in het Vlaams Gewest, maar de regionale verschillen nemen af als gevolg van een recente toename van psychische distress en een aanzienlijke daling van de vitaliteit in de regio. Wallonië is de regio die het meest getroffen is door een laag vitaliteitsniveau, slechte slaap en pessimisme.

Hoewel de levenstevredenheid hoog blijft, staat het welzijn van de bevolking onder toenemende druk, wat zich hier vertaalt in een verslechtering van een reeks tastbare subjectieve indicatoren. Deze ontwikkeling zou kunnen wijzen op een gevoel van collectieve kwetsbaarheid in een onzekerdere sociaaleconomische en maatschappelijke context. Dit onderstreept de noodzaak om hieraan een centrale plaats toe te kennen, niet alleen in het gezondheidsbeleid, maar ook in het beleid op het gebied van werk, onderwijs, gezinsondersteuning en sociale cohesie. Door in alle beleidsmaatregelen rekening te houden met het mentale welzijn, wordt een gezonde, solidaire en productieve samenleving gewaarborgd.

Psychische stoornissen

- Geestelijke gezondheid blijft een grote uitdaging: bijna een op de zes mensen (17,8%) heeft een angststoornis, een depressieve stoornis of beide, wat een aanzienlijke stijging is ten opzichte van 2018 (14,4%).
- In de afgelopen twintig jaar is gegeneraliseerde angst gestegen van 6,1% naar 12,8% en depressieve stoornissen van 8,0% naar 12,7% onder de bevolking van 15 jaar en ouder.
- Bovendien lijdt 7,8% van de mensen van 15 jaar en ouder aan een eetstoornis zoals anorexia of boulimia en 9,7% aan een eetbuistoornis. Eetstoornissen blijven in dezelfde hoge mate voorkomen.
- In 2023-2024 had 5,5% van de bevolking in de afgelopen 12 maanden suïcidale gedachten, een lichte stijging (4,3%). Ook het aantal suïcidepogingen is gestegen ten opzichte van 2018, van 2 naar 6 personen per duizend in het jaar voorafgaand aan de enquête.
- Er blijven sociale ongelijkheden bestaan in de verdeling van psychische stoornissen: vrouwen, mensen met een lagere opleiding en mensen met een laag inkomen lijden vaker aan eetstoornissen, angststoornissen en depressieve stoornissen. Maar evenveel mannen als vrouwen hebben in de 12 maanden voorafgaand aan de enquête aan zelfdoding gedacht en een poging gedaan.
- Jongeren tussen 15 en 24 jaar lopen een bijzonder risico: bijna een op de vier (23,1%) heeft een angst- en/of depressieve stoornis, en zij hebben ook het meest te maken met eetstoornissen (15,8%) en suïcidaal gedrag (1,8%).
- Ongeacht de psychische problemen die worden bekeken, staat Vlaanderen er beter voor, maar de trend in de regio is sinds 2018 stijgend. Zo zijn depressieve stoornissen sinds 2018 gestegen van 6% naar 11% en zijn de suïcidepogingen het hoogst van het land, met een geschatte 7 op de 1000.

De cijfers illustreren de hoge en aanhoudende prevalentie van psychische stoornissen in België. Ze benadrukken de noodzaak om preventie te versterken en te zorgen voor beschikbaarheid en gelijke toegang tot psychologische ondersteuning.

Behandeling van geestelijke gezondheidsproblemen

- In totaal geeft 14,1% van de bevolking (16,8% vrouwen en 11,1% mannen) aan in de afgelopen 12 maanden professionele hulp te hebben gezocht voor problemen in verband met de geestelijke gezondheid.
- Slaap- en kalmeermiddelen worden tussen 2018 (12,3%) en 2023-24 (12,4%) in gelijke mate gebruikt door de bevolking. De daling die tussen 2008 (14,3%) en 2018 (12,3%) werd waargenomen, zet zich dus niet voort.
- Het gebruik van antidepressiva blijft daarentegen stijgen, van 7,6% gebruikers in 2013 en 2018 tot 9,1% in 2023-24.
- In totaal gebruikt 16,4% van de bevolking een van deze twee soorten geneesmiddelen en 5,1% gebruikt beide in combinatie, wat risico's kan inhouden.
- Mensen met een diploma hoger onderwijs gebruiken minder vaak slaap- en kalmeermiddelen en antidepressiva.

INHOUDSOPGAVE

SAMENVATTING	3
INLEIDING	8
STRUCTUUR VAN HET RAPPORT	9
SAMENVATTING VAN METHODEN.....	10
 EERSTE DEEL: SUBJECTIEF WELZIJN	 11
1. Levenstevredenheid	12
1.1. Gemiddelde en prevalentie	13
1.2. Evolutie	14
1.3. Demografische verschillen	14
1.4. Socio-economische verschillen	15
1.5. Bijkomende analyses	16
2. Vitaliteit	19
2.1. Gemiddeld en prevalentie	19
2.2. Evolutie	20
2.3. Demografische verschillen	21
2.4. Socio-economische verschillen	22
3. Slaapkwaliteit	22
3.1. Gemiddeld en prevalentie	23
3.2. Demografische verschillen	23
3.1. Socio-economische verschillen	24
3.1. Bijkomende analyses	25
4. Mentaal welbevinden	25
4.1. Gemiddelde en prevalentie	27
4.2. Evolutie	27
4.3. Demografische verschillen	29
4.4. Socio-economische verschillen	31
4.5. Bijkomende analyses	31
5. Optimisme	32
5.1. Prevalentie	32
5.2. Evolutie	32
5.3. Demografische verschillen	33
5.4. Socio-economische verschillen	34
5.5. Bijkomende analyses	35
CONCLUSIE DEEL 1	36
OVERZICHTSTABELLEN	37

TWEEDE DEEL: PSYCHISCHE STOORNISSEN	39
1. Angststoornissen	40
1.1. Prevalentie	41
1.2. Evolutie	41
1.3. Demografische verschillen	42
1.4. Socio-economische verschillen	43
2. Depressieve stoornissen	44
2.1. Prevalentie	45
2.2. Evolutie	45
1.5. Demografische verschillen	46
2.3. Socio-economische verschillen	47
2.4. Comorbiditeit angst – depressie	48
3. Eetstoornissen	49
3.1. Prevalentie	50
3.2. Evolutie	50
3.3. Demografische verschillen	50
3.4. Socio-economische verschillen	52
3.5. Comorbiditeit eetstoornissen - angst/depressie	52
4. Suïcidale gedachten	52
4.1. Prevalentie	52
4.2. Evolutie	53
4.3. Demografische verschillen	54
4.4. Socio-economische verschillen	54
5. Suïcidepogingen	55
5.1. Prevalentie	55
5.2. Evolutie	56
5.3. Demografische verschillen	57
1.6. Socio-economische verschillen	58
1.7. Verband met psychische stoornissen	58
6. Gebruik van psychotrope geneesmiddelen	59
6.1. Prevalentie	60
6.2. Evolutie	60
6.3. Demografische verschillen	61
6.4. Socio-economische verschillen	63
6.5. Verband met psychische stoornissen	64
7. Professionele begeleiding	66
7.1. Prevalentie	66
7.2. Demografische verschillen	67
7.3. Socio-economische verschillen	67
7.4. Ingeschakelde professionele hulp	68
CONCLUSIE DEEL 2	70
OVERZICHTSTABELLEN	71

Afkortingen

A/B	Anorexia/Boulimia
BEDS-7	Binge Eating Disorders Screener – 7 items
CIDI-10	Composite International Diagnostic Interview – version 10
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Fifth edition
EHIS	European Health Interview Survey
GAD-7	Generalised Anxiety Disorders - 7 items
GHQ-12	General Health Questionnaire - 12 items
HIS	Health Interview Survey (Gezondheidsenquête)
n.s.	niet significant na controle voor leeftijd en/of geslacht
OR	Odds ratio
PHQ-9	Patient Health Questionnaire - 9 items
SF-36	Short Form (36 items) health survey
WHO	Wereldgezondheidsorganisatie

Lexicon

Anhedonie	Onvermogen om plezier, interesse of voldoening te voelen bij activiteiten die voorheen plezierig waren, zoals hobby's, sociale interacties of eten.
Psychische distress	Psychische klachten en ervaringen die doorgaans als belastend, verontrustend of storend worden beschouwd. Letterlijk betekent het nood.

INLEIDING

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) beschouwt geestelijke gezondheid als onderdeel van een holistische visie op gezondheid. Geestelijke gezondheid wordt namelijk gedefinieerd als "een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn, en niet alleen als de afwezigheid van ziekte of gebrek" (1946). Geestelijk welzijn omvat de emotionele, cognitieve, gedragsmatige en sociale aspecten van het functioneren van de mens en draagt rechtstreeks bij aan de levenskwaliteit van individuen. Er bestaat geen universele definitie van geestelijke gezondheid: het hangt af van sociaal-culturele normen en verandert naarmate de wetenschappelijke vooruitgang en de theorieën die deze vormgeven, evolueren.

In de benadering van de WHO is geestelijke gezondheid dus niet alleen de afwezigheid van psychische stoornissen, maar een psychische toestand die het mogelijk maakt ten volle van het leven te genieten, het eigen potentieel te realiseren, de stress van het dagelijks leven en de "normale" moeilijkheden van het bestaan te overwinnen en zich aan te passen aan situaties waar men geen controle over heeft. Geestelijke gezondheid is gebaseerd op het dynamische vermogen om een evenwicht te bewaren of te herstellen tussen de verschillende aspecten van het leven en de beperkingen van de omgeving.

Het welzijn kan echter soms onder druk komen te staan, wat kan leiden tot verstoringen in het psychisch functioneren in meer of minder ernstige aard. Problemen ontstaan wanneer de eisen van een situatie de individuele middelen en capaciteiten om daarmee om te gaan te boven gaan. Dit uit zich in emotionele onrust, verhoogde spanning, slaapstoornissen en veranderingen in het algemene psychosociale functioneren. Dit mentaal "onwelbevinden" is een reactieve, vaak voorbijgaande toestand die bij iedereen en in elke levensfase kan voorkomen en niet noodzakelijkerwijs leidt tot ernstigere psychische stoornissen.

Psychische stoornissen zijn daarentegen ernstiger of chronisch. Ze worden gekenmerkt door een specifieke reeks symptomen die de regulering van emoties, het cognitief functioneren en het gedrag van het individu verstoren, wat leidt tot aanzienlijke beperkingen die vaak gepaard gaan met een gevoel van ernstige nood ("distress"). Psychische stoornissen zijn klinisch identificeerbaar, zoals bijvoorbeeld angst depressie, schizofrenie of bipolaire stoornissen, en worden beschreven in handboeken over psychiatrie, waarvan de bekendste de "Internationale Classificatie van Ziekten (ICD-11)" van de WHO (1) en de "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM-V) van de American Psychiatric Association (2).

Er zijn tal van oorzaken voor psychische stoornissen. Ze zijn gebaseerd op een wisselwerking tussen de genetische, biologische, ontwikkelings- en psychosociale componenten van het individu en factoren die verband houden met zijn of haar levensstijl en omgeving. Het relatieve belang van de etiologische factoren varieert van de ene psychische stoornis tot de andere en van persoon tot persoon, afhankelijk van de situatie. Bovendien zijn mensen die worden of zijn blootgesteld aan moeilijke levensomstandigheden – zoals armoede, geweld, beperkingen, discriminatie en ongelijkheid – kwetsbaarder en vatbaarder voor psychische ontreddering (3).

Psychische aandoeningen hebben op hun beurt aanzienlijke gevolgen. Naast groot emotioneel leed hebben ze ook invloed op de fysieke en sociale gezondheid van mensen. Zo gaan bepaalde psychische toestanden of stoornissen gepaard met fysiologische veranderingen die de vatbaarheid voor ziekten vergroten, met name voor hart- en vaatziekten en infectieziekten. Bovendien vertonen mensen met psychische stoornissen vaak schadelijk gedrag, zoals overmatig alcohol-, tabaks- en drugsgebruik, waardoor hun sociale isolatie toeneemt en ze vaak afwezig zijn op het werk. Ten slotte kunnen psychische stoornissen in ernstige gevallen leiden tot zelfdestructief gedrag, zoals drugsverslaving, geweld en zelfmoord. Psychische stoornissen hebben dus ook gevolgen voor de omgeving van de persoon in kwestie en wegen op de hele samenleving. De WHO schat dat in 2019 één op de acht mensen wereldwijd een psychische stoornis had. De meest voorkomende aandoeningen waren angststoornissen en depressieve stoornissen (3). Door de COVID-19-pandemie is het aantal mensen met deze stoornissen in 2020 aanzienlijk gestegen. Volgens de eerste wereldwijde schattingen zou het gaan om een stijging van respectievelijk 26% en 28% in slechts één jaar tijd (2). De gegevens die tussen 2020 en 2022 in België zijn verzameld, bevestigen deze trend (4).

STRUCTUUR VAN HET RAPPORT

Conceptualisering - operationalisering

Het historische en duale concept van geestelijke gezondheid, dat wordt gezien als de afwezigheid van psychische stoornissen, heeft plaatsgemaakt voor een holistisch model dat gebaseerd is op twee assen: het continuüm tussen de afwezigheid en de aanwezigheid van een psychische aandoening en het eudemonische continuüm tussen een staat van psycho-emotioneel welzijn en onwelzijn. Dit laatste sluit aan bij een volksgezondheidsperspectief dat psychisch welzijn promoot als een essentiële bron voor het goed functioneren op individueel, sociaal en maatschappelijk vlak (5).

De operationalisering van geestelijke gezondheid berust dus op drie fundamentele pijlers, namelijk:

- Positieve geestelijke gezondheid, die verwijst naar een toestand van mentaal welbevinden en persoonlijke ontplooiing, een gevoel van geluk en tevredenheid met het leven, fundamentele energie en positieve persoonlijkheidskenmerken zoals optimisme, zelfrespect, veerkracht en een gevoel van controle.
- Emotionele “distress”, die wijst op een bepaald psychisch onwelbevinden, de diffuse aanwezigheid van angst- en depressieve symptomen die een impact hebben op het normale functioneren, zonder dat dit noodzakelijkerwijs wijst op een psychische stoornis. Het kan gaan om een normale en tijdelijke aanpassingsreactie op existentiële moeilijkheden of moeilijke levenssituaties. Als deze toestand van psychisch lijden intenser wordt of aanhoudt, kan dit echter wijzen op een ernstiger psychisch probleem en professionele begeleiding vereisen.
- Psychische stoornissen, die worden gekenmerkt door relatief ernstige symptomen die samen specifieke diagnostische categorieën vormen en gerichte therapeutische interventies vereisen. De duur ervan varieert en ze kunnen in meer of mindere mate beperkend zijn. Voorbeelden hiervan zijn psychotische stoornissen, depressieve stoornissen, angststoornissen, en persoonlijkheids- of gedragsstoornissen.

De gezondheidsenquête is niet bedoeld om alle aspecten van de geestelijke gezondheid te meten, noch om een diagnose van psychische stoornissen te stellen. Ze probeert hoogstens een beeld te schetsen van de verschillende componenten van de geestelijke gezondheid binnen de algemene bevolking, met de middelen en instrumenten die haar ter beschikking staan in het bredere kader van een enquête over de algemene gezondheid en het gezondheidsgedrag.

Presentatie van de resultaten

De gegevens over geestelijke gezondheid die in de enquête van 2023-2024 zijn verzameld, zijn in drie delen onderverdeeld. De eerste twee delen beschrijven de indicatoren in de volwassen bevolking (van 15 jaar en ouder). Het derde deel gaat over psychosociale moeilijkheden bij kinderen en jongeren tussen 2 en 18 jaar.

1. Het eerste deel gaat over het aspect van subjectief welzijn in zijn positieve dimensie, geoperationaliseerd door indicatoren voor levenstevredenheid, vitale energie, slaapkwaliteit, welbevinden en optimisme.
2. Het tweede deel gaat over de meest voorkomende psychische stoornissen, namelijk gegeneraliseerde angststoornis, depressieve stoornissen, eetstoornissen, alsook over suïcidale gedachten en pogingen. Het bevat ook twee thema's die gerelateerd zijn aan geestelijke gezondheidszorg: enerzijds het gebruik van slaap- en kalmeermiddelen en antidepressiva, en anderzijds het beroep op professionele hulp.
3. Het laatste deel gaat over emotionele, gedrags- en relationele problemen bij kinderen en jongeren van 2 tot 18 jaar. Hierover wordt een afzonderlijk rapport opgesteld.

SAMENVATTING VAN METHODEN

De volledige methodologie van de Gezondheidsenquête 2023-2024 is beschikbaar op: www.gezondheidsenquête.be.

De Gezondheidsenquête 2023-2024, de zevende in de reeks, werd in opdracht van de Interministeriële Conferentie “Volksgezondheid” uitgevoerd door Sciensano, in samenwerking met Statbel voor de gegevensverzameling. Zij wordt gekenmerkt door haar horizontale aanpak, waarbij gelijktijdig gegevens worden verzameld over gezondheid, levensstijl, gezondheidszorg en sociaal-economische en omgevingskenmerken. Deze aanpak biedt een globaal beeld van de gezondheidstoestand van de bevolking en haar behoeften. De regelmatige herhaling van de enquête maakt het mogelijk om de evolutie in de tijd te volgen.

Steekproef

De enquête richt zich tot alle personen die in België wonen, ongeacht hun nationaliteit, leeftijd of juridische status. Het Rijksregister, de meest volledige steekproefbasis van het land, werd gebruikt voor de selectie van deelnemers. Personen die niet in het register zijn opgenomen, zoals daklozen of mensen zonder wettig verblijf, kunnen dus niet worden opgenomen.

De enquête werd uitgevoerd in een selectie van steden en gemeenten. In elke gemeente werden huishoudens uitgenodigd om deel te nemen. Als het huishouden uit vier personen of minder bestond, werden alle leden opgenomen; bij grotere huishoudens werden tot vier personen geselecteerd, waaronder de referentiepersoon en diens partner. Huishoudens die weigerden deel te nemen, werden vervangen door gelijkaardige huishoudens. Voor huishoudens die bereid waren deel te nemen, heeft elke individuele deelnemer schriftelijk geïnformeerde toestemming gegeven, in overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG).

Structuur van de enquête

De vragenlijst bestaat uit drie delen:

1. Een vragenlijst op huishoudniveau, via een mondeling interview, over de samenstelling van het huishouden, het inkomen, de gezondheidsuitgaven, de kenmerken van de woning, enz.
2. Een individuele vragenlijst, via een mondeling interview, over chronische aandoeningen, functionele beperkingen, zorggebruik, enz.
3. Een vragenlijst die zelf schriftelijk moet worden ingevuld, voor personen van 15 jaar en ouder, met daarin gevoelige onderwerpen zoals geestelijke gezondheid, alcoholgebruik, gokverslaving, enz.

Gegevensverzameling

- Periode: 2023-2024 (2 jaar). Vanwege uitzonderlijke omstandigheden, met name een ernstig tekort aan enquêteurs, werd de gegevensverzameling die gepland was voor het hele jaar 2023 verlengd tot 31 december 2024.
- Deelname: Van de 15.951 huishoudens die werden uitgenodigd namen 3.709 effectief deel aan de enquête. Dit leidde tot 7.001 individuele interviews. Van deze groep hoefden 1.303 de schriftelijke vragenlijst niet in te vullen, hadden 772 dat wel moeten doen maar hebben dat niet gedaan, en hebben 4.926 de schriftelijke vragenlijst ingevuld.

Weging en representativiteit

De resultaten werden gewogen om een getrouw beeld van de Belgische bevolking te geven, rekening houdend met parameters zoals de selectiekans binnen het huishouden en de verdeling van de steekproef volgens geslacht, leeftijd, huishoudgrootte, provincie en opleidingsniveau. Dit maakt het mogelijk om de steekproef van de deelnemers zo nauwkeurig mogelijk af te stemmen op de werkelijke bevolking, met als referentie de bevolkingsgegevens van 1 januari 2024.

EERSTE DEEL

SUBJECTIEF WELZIJN

RESULTATEN

De gezondheidsenquête richt zich sinds het begin op de positieve geestelijke gezondheid en het subjectieve welzijn van de bevolking, waarbij in de loop der jaren nieuwe indicatoren zijn toegevoegd om de beoordeling te verfijnen. De enquête van 2023-2024 verzamelde gegevens over levenstevredenheid, vitaliteit, slaapkwaliteit, mentaal welbevinden en optimisme. Deze dimensies worden gemeten aan de hand van instrumenten in de schriftelijke vragenlijst voor respondenten van 15 jaar en ouder. De analyses zijn bedoeld om veranderingen in de loop van de tijd te meten en om groepen te identificeren die meer geneigd zijn om moeilijkheden op deze gebieden te ondervinden. De vergelijkende analyses zijn gestandaardiseerd naar leeftijd en/of geslacht en zijn gebaseerd op een statistisch significantieniveau van $p \leq 0,05$.

Dit rapport presenteert de belangrijkste indicatoren voor subjectief welzijn. Voor een vollediger beeld van de bestaande indicatoren kan de lezer de gegevens raadplegen die op onze website beschikbaar zijn, namelijk:

- Alle tabellen met de ruwe en gestandaardiseerde resultaten, uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en enquêtejaar, voor België en gegroepeerd per gewest: www.gezondheidsenquête.be
- De online analysetool (HISIA) waarmee u aanpasbare tabellen en figuren kunt maken op basis van de indicatoren die u interesseren: <https://healthinformation.sciensano.be/shiny/hisia/>

1. Levenstevredenheid

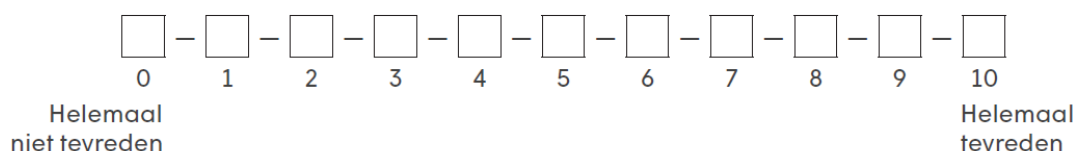
Levenstevredenheid verwijst naar het oordeel dat men geeft over de kwaliteit en het verloop van het leven in zijn geheel, los van incidentele gebeurtenissen of tijdelijke emotionele toestanden. Het is het resultaat van een vergelijking tussen het huidige leven en het leven dat men zou willen leiden op basis van persoonlijke waarden en idealen. De mate waarin het werkelijke en het ideale leven dicht bij elkaar liggen of ver uit elkaar staan, bepaalt de mate van tevredenheid die men ervaart. Levenstevredenheid is niet statisch, maar fluctueert in de loop van de tijd, afhankelijk van levensfasen en -omstandigheden, veranderingen in verwachtingen en ambities, en de vaardigheden en competenties die nodig zijn om deze te verwezenlijken (5). Een welzijnsbeleid dat gericht is op het bevorderen van een hoge existentiële tevredenheid draagt bij tot het versterken van de veerkracht, het verbeteren van het sociale weefsel en het voorkomen van psychische stoornissen. Het is dus een essentieel onderdeel van het subjectieve welzijn.

Vraag

De gezondheidsenquête meet de tevredenheid met het leven op een directe en algemene manier aan de hand van één enkele vraag. Deze wordt aanbevolen om het algemeen welzijn als onderdeel van een positieve geestelijke gezondheid te beoordelen (6). Deze wordt geschat op een Cantril-schaal van 11 punten, gaande van 0 ("helemaal niet tevreden") tot 10 ("helemaal tevreden").

VT.01 Hoe tevreden bent u op dit moment met uw leven?

Op een schaal van 0 tot 10, waarbij 0 "helemaal niet tevreden" en 10 "helemaal tevreden" betekent



Indicatoren

Twee indicatoren zijn gecreëerd op bases van deze vraag:

- **VT01_1** is de gemiddelde score voor levenstevredenheid in de bevolking van 15 jaar en ouder.
- **VT01_2** is de categorisering van de tevredenheidsscore waarmee het percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder kan worden bepaald dat een lage tevredenheid met het leven (van 0 tot 5), een matige tevredenheid (van 6 tot 8) of een hoge tevredenheid (9 of 10) heeft.

1.1. Gemiddelde en prevalentie

De levenstevredenheid bedraagt gemiddeld 7,5 op 10 bij personen van 15 jaar en ouder. Dit is een tevredenheid die we over het algemeen als 'relatief goed' kunnen omschrijven.

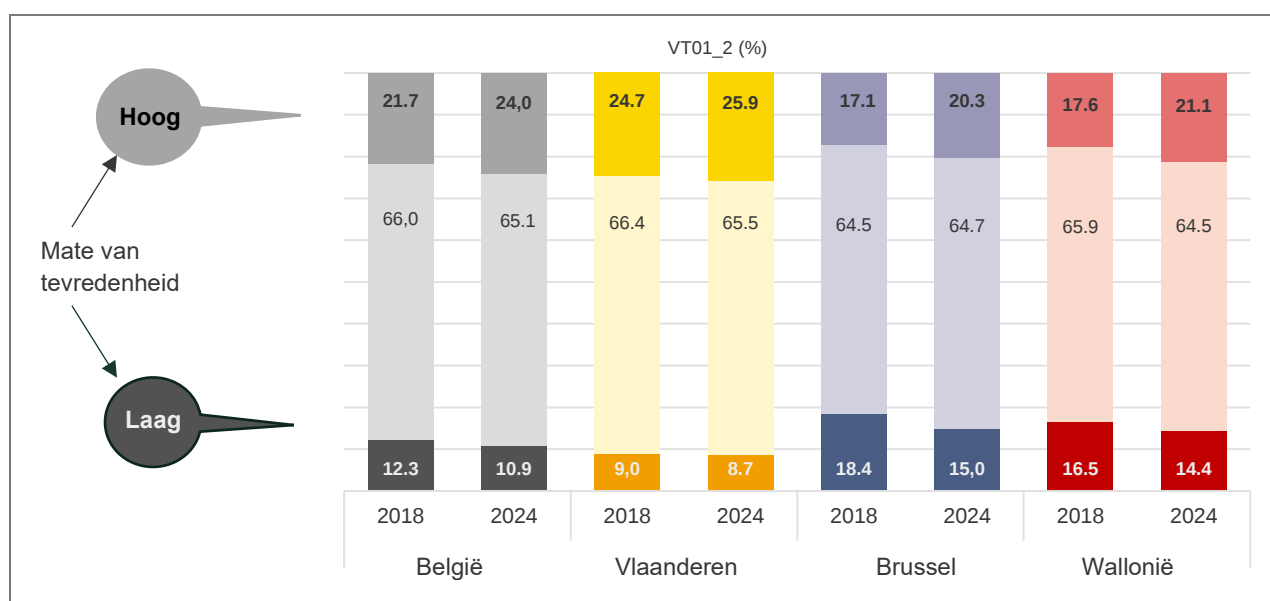
Toch is meer dan één op de tien personen (10,9%) weinig tevreden met zijn of haar leven (score < 5), is een meerderheid (65,1%) matig tevreden (score 6-8) en zegt 24,0% zeer tevreden te zijn met zijn of haar leven (score > 8).

1.1.1. Regionale verschillen

Het tevredenheidsniveau is gemiddeld hoger in Vlaanderen (7,6) dan in Brussel (7,2; $p < 0,001$) en Wallonië (7,3; $p < 0,001$), zelfs na correctie voor leeftijd en geslacht.

In het Vlaams Gewest zegt een relatief groter aantal mensen zeer tevreden te zijn met hun leven (25,9%) in vergelijking met het Brussels (20,3%) en het Waals Gewest (21,1%). Het Vlaams Gewest onderscheidt zich vooral door een lager percentage mensen dat weinig tevreden is met hun leven (8,7%) in vergelijking met het Brussel Gewest (15,0%) en het Waals Gewest (14,4%). De verschillen tussen de Gewesten zijn significant na correctie.

Figuur 1 • Verdeling (%) van de bevolking van 15 jaar en ouder naar mate van tevredenheid met het leven (hoog, matig, laag), per regio en per jaar, Gezondheidsenquête 2023-2024, België



1.2. Evolutie

Gemiddeld is de levenstevredenheid in België tussen 2018 (7,4) en 2023-24 (7,5) met een tiende punt gestegen, wat statistisch significant is na correctie voor leeftijd en geslacht ($p=0,03$).

Deze stijging komt ook tot uiting in een groter aantal mensen met een hoge levenstevredenheid (21,7% in 2018 tegenover 24,0% in 2023-24) en minder mensen met een lage levenstevredenheid in 2023-24 (10,9%) ten opzichte van 2018 (12,3%). De verschillen tussen de enquêtejaren zijn significant na correctie voor leeftijd en geslacht ($p=0,02$).

1.2.1. Regionale verschillen

Het gemiddelde tevredenheidsniveau bleef stabiel in Vlaanderen op 7,6 in 2018 en in 2023-24 (n.s.). Het niveau steeg met twee tienden van een punt in Brussel (van 7,0 naar 7,2; n.s.) en in Wallonië (van 7,1 naar 7,3; n.s.), zonder echter de tevredenheid van de Vlaamse bevolking in te halen.

In het Vlaams Gewest is de verdeling van de bevolking naar niveau van levenstevredenheid tussen 2018 en 2023-24 (n.s.) niet veranderd (Figuur 1).

In het Brussels Gewest is het percentage mensen met een lage levenstevredenheid gedaald (van 18,4% in 2018 tot 15,0% in 2023-24) en is het percentage mensen met een hoge levenstevredenheid gestegen (van 17,1% tot 21,3%) ($p=0,046$).

Dezelfde trend zien we ook in het Waals Gewest: het percentage mensen dat weinig tevreden is met hun leven is gedaald van 16,5% in 2018 naar 14,4% in 2023-24, en het percentage mensen dat heel tevreden is, is gestegen van 17,6% naar 21,1% ($p=0,064$) (Figuur 1).

1.3. Demografische verschillen

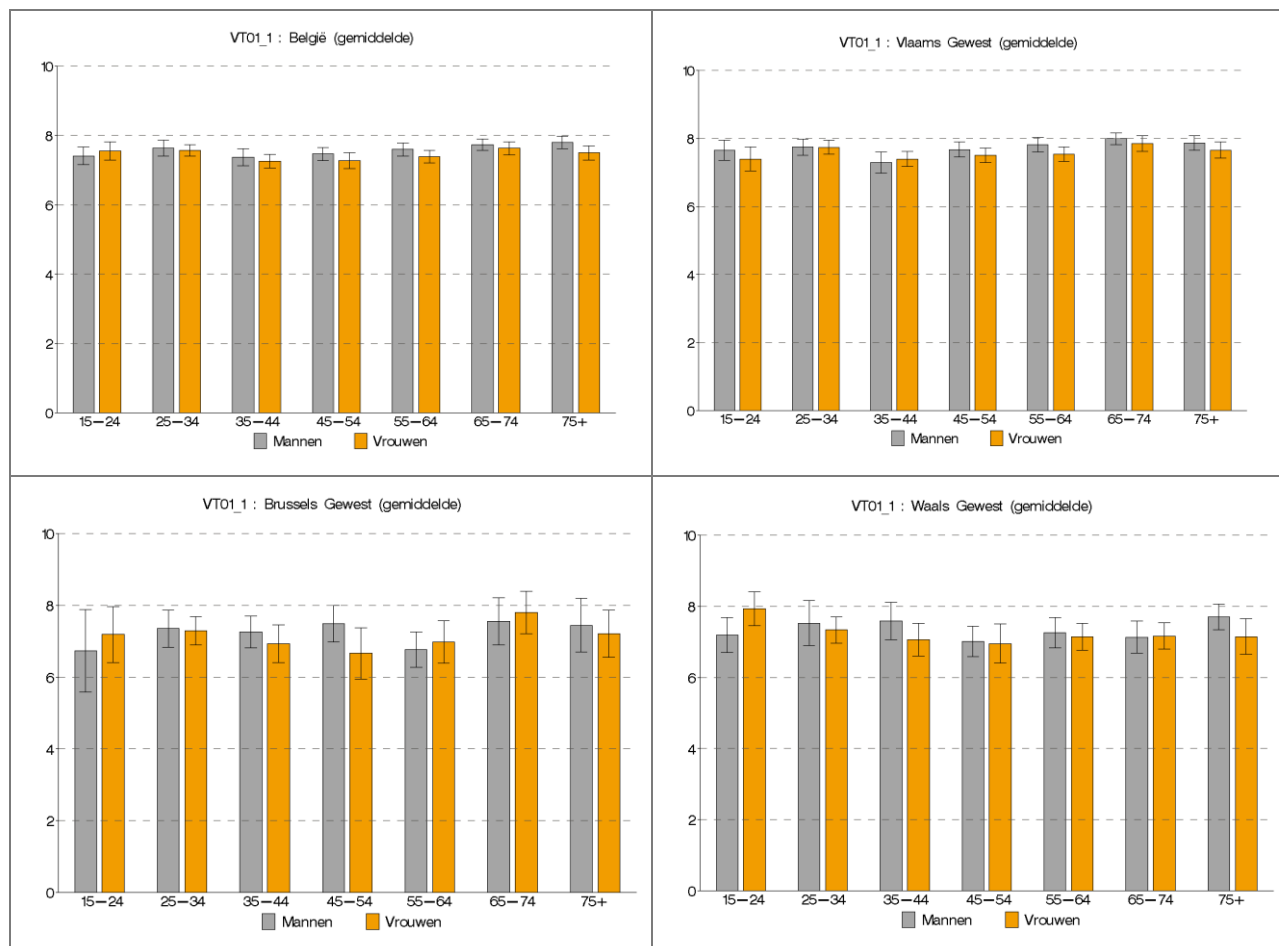
Mannen zijn gemiddeld meer tevreden met hun leven dan vrouwen (7,6 > 7,4; $p < 0,001$). Evenzo hebben meer mannen (25,5%) dan vrouwen (22,6%) een hoge tevredenheid met het leven, terwijl omgekeerd meer vrouwen dan mannen een lage levenstevredenheid hebben (11,7% > 10,0%) ($p=0,02$).

De mate van tevredenheid met het leven varieert gemiddeld tussen 7,3 en 7,7, afhankelijk van de leeftijdsgroep (Figuur 2). De verschillen zijn significant tussen de leeftijdsgroep van 35-44 jaar (7,3) en de leeftijdsgroepen van 25-34 jaar (7,6), 65-74 jaar (7,7) en 75+ (7,6).

De 25-34-jarigen en de 65-74-jarigen rapporteren het minst vaak een lage levenstevredenheid (respectievelijk 6,6% en 8,5%).

Het percentage mensen dat heel tevreden is met hun leven stijgt vanaf 55-64 jaar (25,6%) tot 26,6% bij 75-plussers.

Figuur 2 • Gemiddelde levenstevredenheid onder de bevolking van 15 jaar en ouder, volgens leeftijd en geslacht en volgens regio, Gezondheidsenquête 2023-2024, België



1.4. Socio-economische verschillen

De sociale status beïnvloedt de levenstevredenheid. De gemiddelde tevredenheidsscore stijgt naarmate het opleidingsniveau toeneemt, van 7,2 bij de laagst opgeleiden tot 7,4 (n.s.) bij degenen met een diploma secundair onderwijs en tot 7,6 ($p=0,009$) bij degenen met een diploma hoger onderwijs. De sociale gradiënt is ook significant in de analyses per tevredenheidsklasse. Zo vertegenwoordigen de mensen die weinig tevreden zijn met hun leven 18,3% van de laagst opgeleiden, 12,1% ($p=0,005$) van de mensen met een diploma secundair onderwijs en 7,9% van de hoogst opgeleiden ($p=0,015$). Ook het percentage mensen dat zeer tevreden is met hun leven neemt toe naarmate het opleidingsniveau stijgt: respectievelijk 21,7%, 23,5% en 25,0%.

1.4.1. Regionale verschillen

Sociale ongelijkheden op het vlak van levenstevredenheid worden waargenomen in de drie gewesten van het land.

In Vlaanderen is het verschil vooral groot tussen mensen zonder diploma secundair onderwijs (7,4) en mensen met een diploma secundair onderwijs (7,6) of hoger onderwijs (7,7; $p<0,002$). Het percentage mensen dat weinig tevreden is, ligt aanzienlijk hoger bij de laagst opgeleiden (15,7%) dan bij degenen met een diploma

secundair onderwijs (7,0%) of hoger onderwijs (8,6%). Het percentage zeer tevreden personen blijft daarentegen stabiel rond 26%, ongeacht het opleidingsniveau (26,9% bij de laagst opgeleiden tegenover 26,1% bij de hoogst opgeleiden).

In Brussel en Wallonië ligt de kloof op een ander niveau. De levenstevredenheid is lager bij mensen die geen hoger onderwijs hebben gevolgd. In Brussel ligt de gemiddelde score tussen 6,7 en 6,8 voor mensen zonder diploma en mensen met een diploma secundair onderwijs, tegenover 7,5 ($p=0,015$) voor mensen met een diploma hoger onderwijs. In Wallonië volgen de scores dezelfde trend (tussen 7,0 en 7,1 (n.s.) tegenover 7,5 ; $p=0,006$).

De verschillen komen ook tot uiting in de verhoudingen: in Brussel zegt ongeveer een kwart van de mensen zonder hoger diploma (23,6%–24,2%) weinig tevreden te zijn, tegenover slechts 8,5% van de mensen met een diploma hoger onderwijs. Omgekeerd zijn mensen met een diploma hoger onderwijs sterker vertegenwoordigd onder de zeer tevreden (23,5% tegenover 15,8%–16,0%).

In Wallonië zien we een meer geleidelijke onderwijsgradiënt in het percentage mensen die weinig tevreden zijn: 21,0% onder de laagst opgeleiden, 16,9% onder de middelbaar opgeleiden en 10,1% onder de hoogst opgeleiden. Er verschijnt echter weer een kloof wanneer we kijken naar de zeer tevreden personen: 15,6% bij de laagst opgeleiden tegenover respectievelijk 21,9% en 22,9% bij mensen met een diploma secundair en hoger onderwijs.

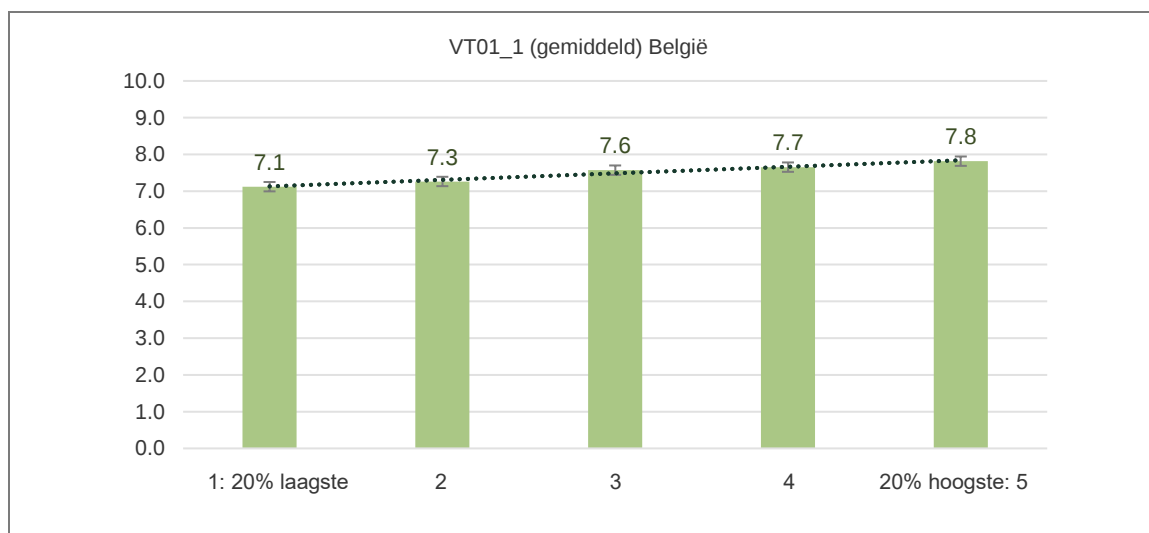
Hieruit kunnen we concluderen dat de levenstevredenheid in alle regio's van het land varieert naargelang het opleidingsniveau. Mensen met een lager opleidingsniveau, met name mensen zonder diploma secundair onderwijs in Vlaanderen en mensen zonder diploma hoger onderwijs in Brussel en Wallonië, geven duidelijk vaker aan weinig tevreden te zijn met hun leven dan de hoger opgeleide groepen.

1.5. Bijkomende analyses

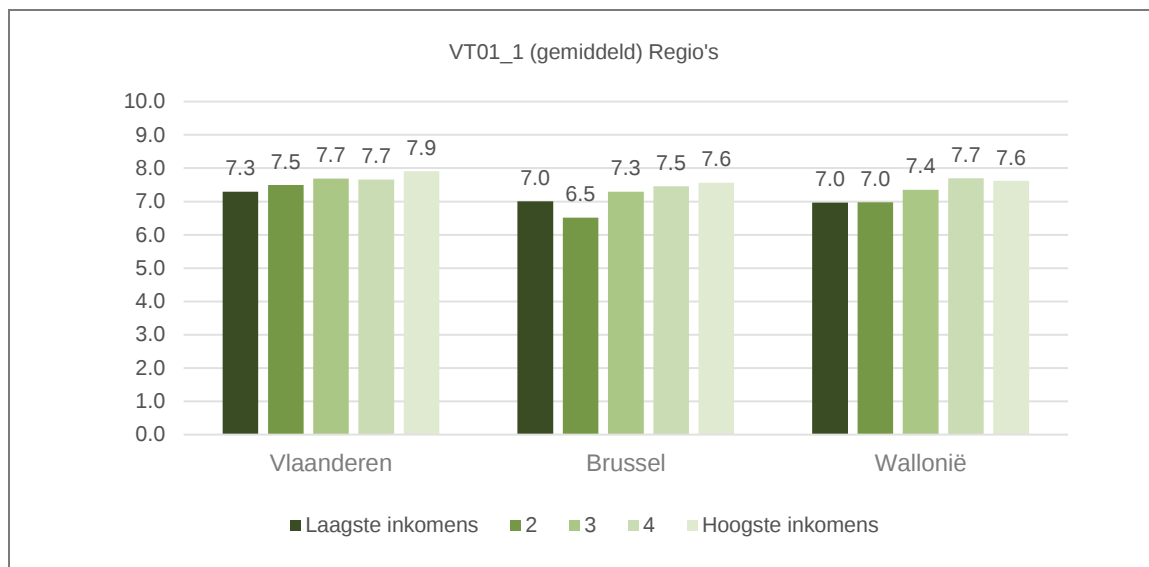
Huishoudinkomen

Figuur 3 toont het nauwe verband tussen het economische niveau en de levenstevredenheid. Op nationaal niveau is de levenstevredenheid vooral lager bij de 40% van de bevolking met het laagste inkomen (gemiddeld 7,1 en 7,3) dan bij de 60% van de mensen met een hoger inkomen ($>7,6$).

Figuur 3 • Gemiddelde score voor levenstevredenheid in de bevolking van 15 jaar en ouder, op basis van het equivalente gezinsinkomen ingedeeld in kwintielen, Gezondheidsenquête 2023-2024, België



Figuur 4 • Gemiddelde score voor levenstevredenheid in de bevolking van 15 jaar en ouder, op basis van het equivalente gezinsinkomen ingedeeld in kwintielen, per regio, Gezondheidsenquête 2023-2024, België



De verschillen in levenstevredenheid op basis van inkomensniveaus zijn zichtbaar in de drie gewesten van het land (Figuur 4). Zo neemt de levenstevredenheid gemiddeld toe naarmate het inkomen van het huishouden stijgt.

Er moet opgemerkt worden dat de inkomenskwintielen (de indeling in vijf groepen die elk 20% van de bevolking omvatten, van het laagste tot het hoogste inkomen) worden berekend op Belgisch niveau en niet gelijkmatig over de verschillende regio's van het land zijn verdeeld.

- In Vlaanderen zijn personen met het laagste inkomen (het 1^{ste} nationale kwintiel) ondervertegenwoordigd (14,5%) en personen met een hoog inkomen (het 4^{de} nationale kwintiel) oververtegenwoordigd (25,8%).
- In Brussel behoort 36,1% van de mensen tot de laagste inkomensklasse (1^{ste} nationale kwintiel), terwijl ze ondervertegenwoordigd zijn in het 2^{de} tot en met 4^{de} nationale kwintiel (13,3% tot 15,0%).
- In Wallonië zijn mensen uit de twee laagste nationale inkomenskwintielen oververtegenwoordigd (25,5% uit het 1^{ste} en 24,2% uit het 2^{de} kwintiel) en zijn mensen uit het hoogste inkomenskwintiel ondervertegenwoordigd (13,6% uit het 5^{de} nationale kwintiel).

De resultaten wijzen op verschillen tussen het Vlaams Gewest en de twee andere gewesten van het land. In Vlaanderen hebben mensen uit het laagste inkomenskwintiel gemiddeld een hogere levenstevredenheid (7,3 in het 1^{ste} kwintiel) dan mensen uit de twee laagste kwintielen in Brussel en Wallonië ($\leq 7,0$).

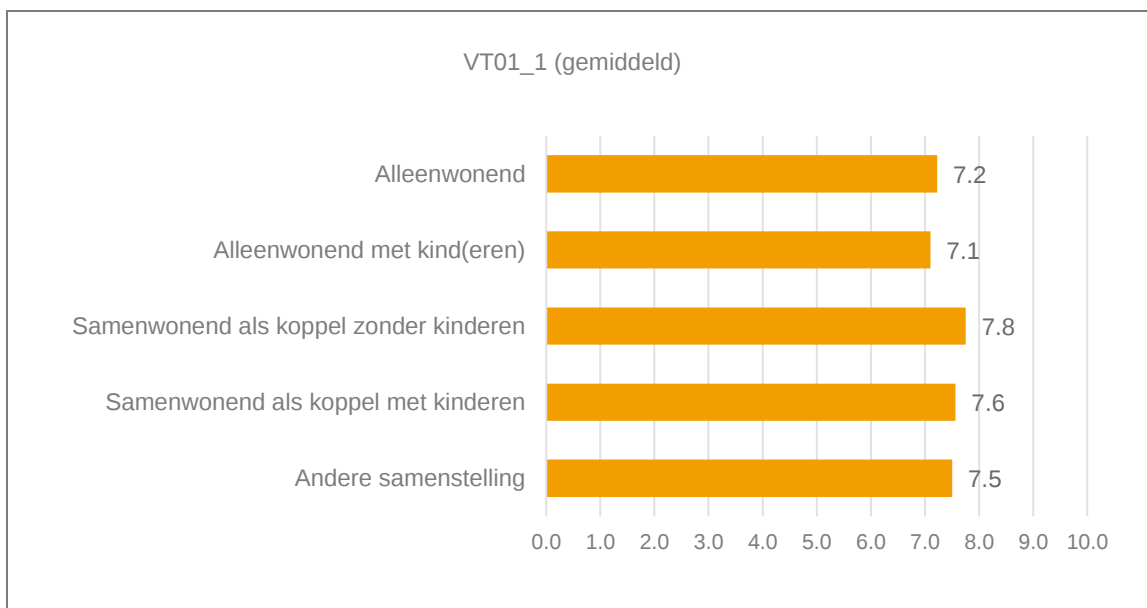
Ook is de gemiddelde levenstevredenheid in de groepen met de hoogste inkomens in Brussel en Wallonië (7,6 in het 5^{de} kwintiel) lager dan die in de middelste inkomensgroepen in Vlaanderen (7,7 in het 3^{de} en 4^{de} kwintiel).

Deze resultaten tonen aan dat het inkomensniveau, hoewel nauw verbonden met de levenstevredenheid, niet de enige bepalende factor is. Zelfs bij vergelijkbare inkomens is de levenstevredenheid in Vlaanderen hoger dan in Brussel en Wallonië, wat erop wijst dat andere factoren, zoals de leefomgeving, de kwaliteit van de dienstverlening of de sociale cohesie, van invloed zijn op het welzijn van de bevolking.

Samenstelling van het huishouden en de buurt

Naast mogelijke macro-omgevingsfactoren hebben we analyses uitgevoerd met gegevens over de directe leefomgeving van mensen, namelijk de samenstelling van het huishouden en de buurt. Figuur 5 toont dat de levenstevredenheid gemiddeld lager is bij volwassenen die alleen wonen of alleen met hun kind(eren) dan bij mensen die samenwonen als koppel (met of zonder kinderen) of met andere mensen samenwonen (+0,4 tot +0,5). Statistische analyses tonen aan dat de levenstevredenheid significant varieert naargelang de samenstelling van het huishouden ($p < 0,001$), zelfs wanneer rekening wordt gehouden met leeftijd, geslacht en inkomen. Wanneer de indicator wordt gecodeerd in drie categorieën (laag, matig, hoog), zien we dezelfde trend: volwassenen die samenwonen als koppel, hebben vaker een hoge tevredenheid (24,2% met kinderen en 28,5% zonder kinderen), terwijl volwassenen die in een eenpersoonshuishouden of een eenoudergezin leven, minder vaak een hoge tevredenheid aangeven (respectievelijk 18,9% en 17,4%). De buurt (grote stad of dichte agglomeratie, voorstad, verstedelijkt, ruraal of landelijk) heeft geen significante invloed op de levenstevredenheid in analyses die rekening houden met leeftijd, geslacht, samenstelling en inkomen van het huishouden.

Figuur 5 • Gemiddelde score voor levenstevredenheid in de bevolking van 15 jaar en ouder volgens de samenstelling van het huishouden, Gezondheidsenquête 2023-2024, België



2. Vitaliteit

Vitaliteit is het gevoel van energie en levenslust dat men dagelijks ervaart. Het weerspiegelt het vermogen om actief te blijven, activiteiten uit te voeren, gemotiveerd te blijven en het hoofd te bieden aan de eisen van het dagelijks leven. Het is een aspect van subjectief welzijn dat sterk samenhangt met lichamelijke en geestelijke gezondheid. Wanneer het vitaliteitsniveau laag is, wordt alles moeilijker; wanneer het langdurig laag blijft, kan dit leiden tot uitputting of burn-out.

Vragen

De gezondheidsenquête gebruikt sinds 2004 de vitaliteitsschaal (VT) van de SF-36 in de schriftelijke vragenlijst.

VT.02 In de afgelopen weken, hoe vaak...

Eén kruisje per lijn

	Nooit	Zelden	Soms	Meestal	Altijd
01. voelde u zich levenslustig?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
02. had u veel energie?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
03. voelde u zich uitgeput?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
04. voelde u zich moe?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

Indicatoren

- **VT02_1** is de gemiddelde vitaliteitsscore in de bevolking van 15 jaar en ouder. Deze wordt berekend op basis van de 4 items van de schaal door de scores van de eerste 2 items om te keren (1=5, 2=4, 4=2, 5=1) zodat ze allemaal dezelfde positieve polariteit hebben, en door ze terug te brengen tot waarden van 0 tot 4. Vervolgens wordt het gemiddelde berekend van de scores die voor elk individu zijn behaald. Dit gemiddelde wordt vervolgens omgezet in een score op een schaal van 0 tot 100, waarbij hogere waarden overeenkomen met een grotere vitaliteit.
- **VT02_2** hanteert een dichotome indeling (twee categorieën) op basis van de individuele vitaliteitsscore ten opzichte van het gemiddelde van de bevolking (9). Zo worden personen met een score van één standaarddeviatie boven het algemene gemiddelde (in dit geval hoger dan 78/100) beschouwd als personen met een “optimaal” vitaliteitsniveau.

2.1. Gemiddeld en prevalentie

In 2023-24 bedraagt de gemiddelde vitaliteitsscore 58,2 (op een schaal van 0 tot 100) in de bevolking van 15 jaar en ouder, en het percentage mensen met een optimaal niveau bedraagt 11,7%.

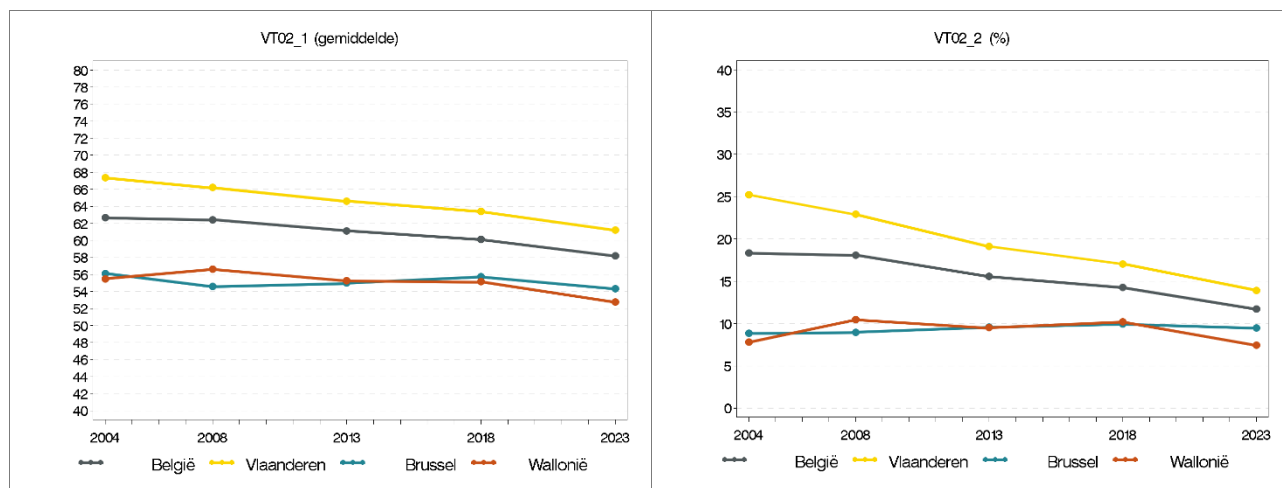
2.1.1. Regionale verschillen

De gemiddelde vitaliteitsscore is hoger in Vlaanderen (61,2) dan in Brussel (54,3) en Wallonië (52,8), en het verschil tussen Vlaanderen en deze twee regio's is significant ($p < 0,001$). Het percentage personen met een optimaal vitaliteitsniveau is bijna twee keer zo hoog in Vlaanderen (13,9%) als in Wallonië (7,5%). Het percentage in Brussel ligt tussen deze twee waarden in (9,5%) en de verschillen met de andere gewesten zijn niet significant na correctie voor leeftijd en geslacht.

2.2. Evolutie

De gemiddelde vitaliteitsscore daalt in België sinds de eerste evaluatie in 2004, toen deze 62,6 bedroeg (Figuur 6:1). Twee statistisch significante verschillen hebben deze daling in het verleden gekenmerkt: tussen 2008 (62,4) en 2013 (61,1) en tussen 2013 (61,1) en 2018 (60,1). De vitaliteitsscore daalt verder in 2023-24 (58,2) en het verschil met 2018 (60,1) is significant na correctie voor leeftijd en geslacht ($p < 0,001$).

Figuur 6 • Gemiddelde vitaliteitsscore (VT02_1) en percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een optimaal vitaliteitsniveau (VT02_2), volgens regio en jaar, Gezondheidsenquête 2023-2024, België



Het percentage personen met een optimaal vitaliteitsniveau volgt dezelfde trend (Figuur 6:2): van iets meer dan 18% in 2004 en 2008 daalde het tot 14,3% in 2018 en 11,7% in 2023-24. Het verschil tussen 2018 en 2023-24 is significant, zelfs na correctie.

2.2.1. Regionale verschillen

De gemiddelde vitaliteitsscore ligt nog steeds hoger in Vlaanderen, maar in deze regio is de sterkste daling waarneembaar (van 67,4 in 2004 tot 61,2; $p < 0,001$), namelijk 6,2 punten in 20 jaar, waarvan 2,2 tussen 2018 en 2023-24) (Figuur 6:1). Bovendien is het percentage mensen met een optimaal niveau van vitaliteit sinds 2004 bijna gehalveerd, van 25,2% tot 13,9% in 2023-24 (Figuur 6:2). Het verschil met 2018 (17,0%; $p = 0,004$) en met elk van de voorgaande jaren is significant ($p < 0,001$) na correctie.

In het Brussels Gewest is de gemiddelde vitaliteitsscore de afgelopen twintig jaar stabiel gebleven rond 55,2, met kleine schommelingen (tussen 54,6 en 56,1, n.s.). Het percentage Brusselaars met een optimaal vitaliteitsniveau is in 2023-24 weinig veranderd (9,5%) ten opzichte van de voorgaande jaren (gemiddeld ongeveer 9,4%), en de verschillen zijn na correctie niet significant.

In het Waals Gewest is de vitaliteitsscore van de bevolking in 2023-24 het laagst (52,8; $p < 0,001$) en tot dan toe relatief stabiel gebleven (gemiddeld 55,6 tussen 2004 en 2018, schommelend tussen 56,6 en 55,1; n.s.). Het percentage Walen met een optimaal vitaliteitsniveau is ook bijzonder laag (7,5%) en verschilt daarmee significant van de percentages in 2008 (10,5%; $p = 0,01$) en 2018 (10,2%; $p = 0,05$).

2.3. Demografische verschillen

Gemiddeld hebben mannen een hogere vitaliteitsscore dan vrouwen (60,4 > 56,1; $p < 0,001$) en zijn er ook meer mannen dan vrouwen die een optimaal vitaliteitsniveau hebben (14,4% > 9,1%; $p < 0,001$).

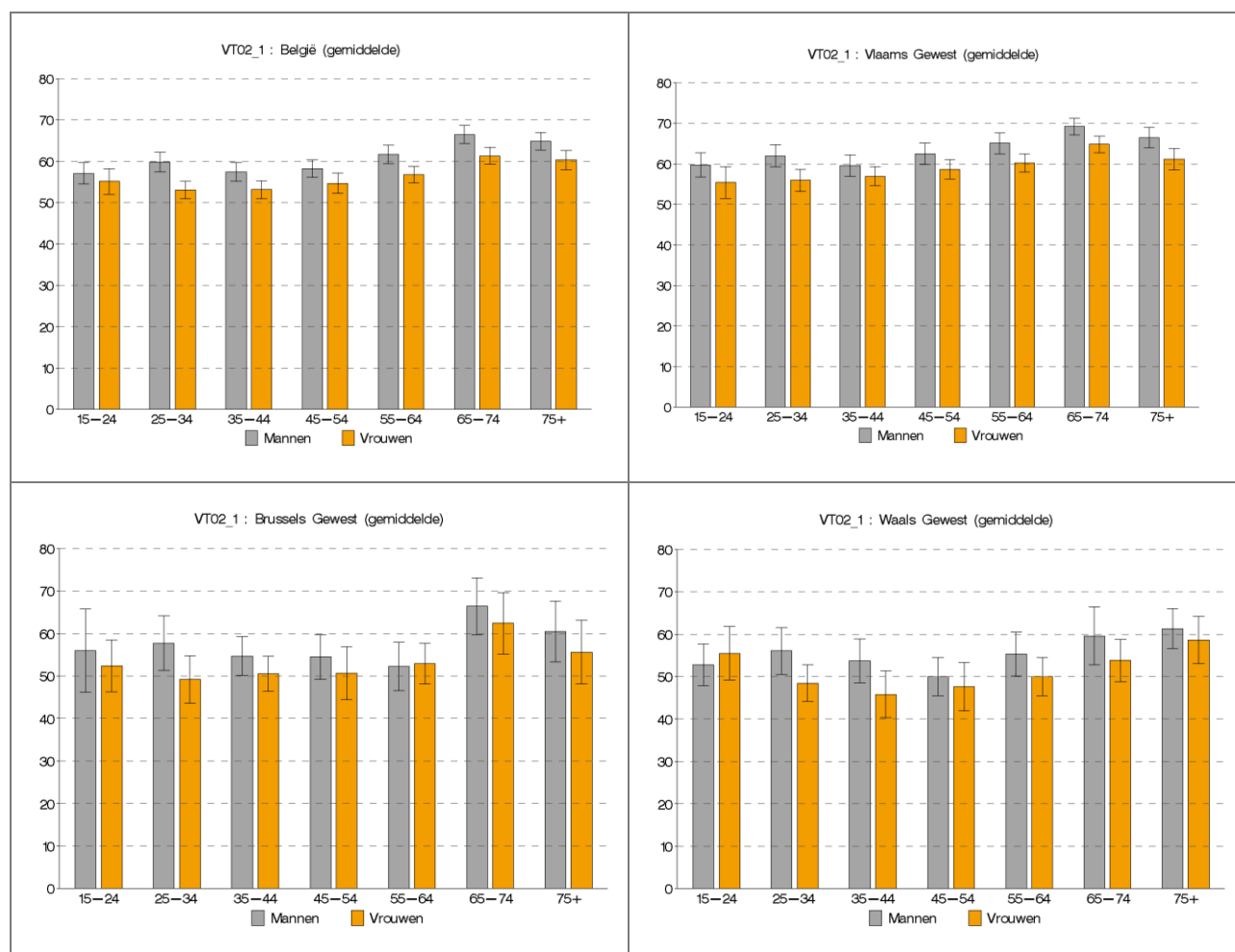
Zonder onderscheid naar geslacht varieert de vitaliteitsscore gemiddeld tussen 55,3 en 56,4 in de leeftijdsgroepen van 15-24 jaar tot 45-54 jaar (n.s. verschillen) en stijgt het significant in de leeftijdsgroepen van 65-74 jaar (63,8) en 75 jaar en ouder (62,3). Deze leeftijdsverdeling komt zowel bij mannen als bij vrouwen voor (Figuur 7).

2.3.1. Regionale verschillen

Zowel in het Vlaams Gewest als in het Waals Gewest zijn de verschillen tussen mannen en vrouwen significant voor beide indicatoren van vitaliteit, zelfs na correctie voor leeftijd.

In het Brussels Gewest is het verschil in de gemiddelde vitaliteitsscore van mannen (56,4) en vrouwen (52,4) significant na correctie voor leeftijd ($p = 0,02$). Het percentage mannen en vrouwen met een optimaal vitaliteitsniveau (respectievelijk 11,7% en 7,6%) verschilt daarentegen niet significant, waarschijnlijk vanwege de vrij grote onzekerheidsmarges.

Figuur 7 • Gemiddelde vitaliteitsscore in de bevolking van 15 jaar en ouder, volgens leeftijd en geslacht, en volgens regio, Gezondheidsenquête 2023-2024, België



2.4. Socio-economische verschillen

Er is een sociale gradiënt waarneembaar in de gemiddelde vitaliteitsscore. Hoe hoger het behaalde diploma, hoe hoger de vitaliteitsscore. Deze stijgt van 56,3 bij de laagst opgeleiden tot 59,3 bij de mensen met een diploma hoger onderwijs ($p < 0,001$). Het percentage mensen met een optimaal vitaliteitsniveau verschilt daarentegen niet significant naargelang het opleidingsniveau (13,5% bij de laagst opgeleiden en 11,5% bij de hoogst opgeleiden).

2.4.1. Regionale verschillen

Er wordt een verband waargenomen tussen de gemiddelde vitaliteitsscore en het opleidingsniveau in het Vlaams Gewest (van 59,9 tot 61,9; $p < 0,001$) en het Brussels Gewest (van 50,6 tot 56,6; $p = 0,03$), maar niet in het Waals Gewest (van 52,2 tot 53,7; n.s.).

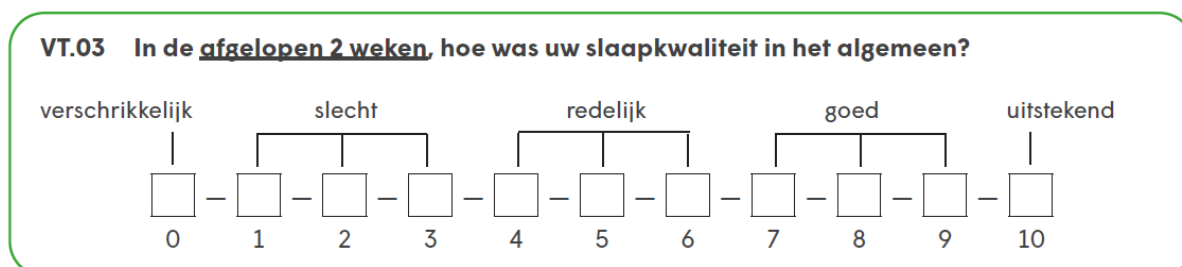
In geen enkele regio is er een verband tussen het opleidingsniveau en het percentage mensen met een optimaal vitaliteitsniveau.

3. Slaapkwaliteit

Slaap speelt een cruciale rol voor de lichamelijke gezondheid en het mentaal welzijn (7). Goed slapen is essentieel voor het herstel en het goed functioneren van lichaam en geest tijdens de uren dat men wakker is. Bovendien wordt een goede slaapkwaliteit in verband gebracht met een betere geestelijke gezondheid, terwijl een verstoorde slaap het risico op symptomen van angst, stress of depressie verhoogt. Interventies om de slaapkwaliteit te verbeteren hebben een significant positief effect op de geestelijke gezondheid, zo blijkt uit een meta-analyse van gerandomiseerde studies (8). Het is dus niet alleen belangrijk om voldoende lang te slapen, maar ook om een goede slaapkwaliteit te hebben, zodat je uitgerust wakker wordt en een goed mentaal evenwicht behoudt.

Vraag

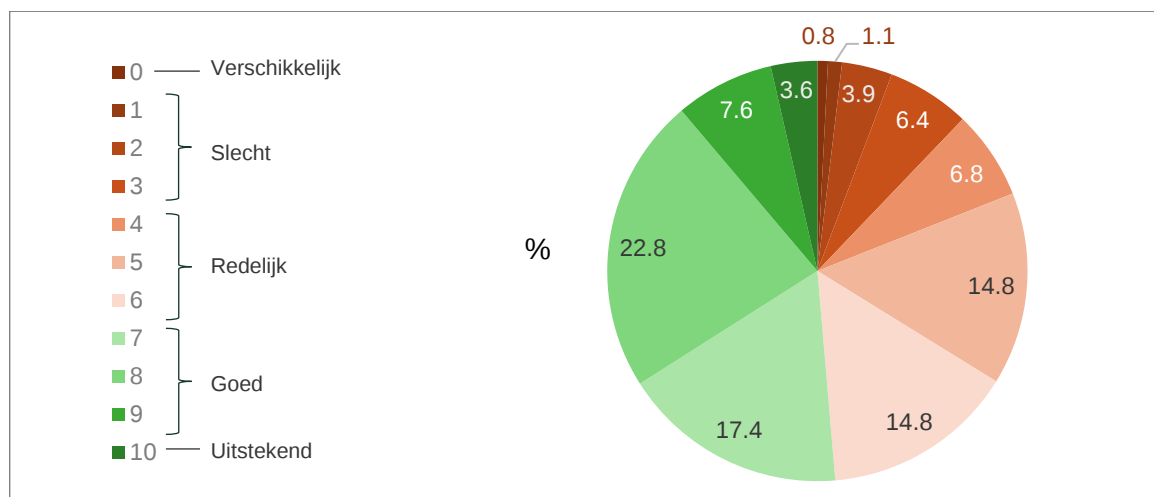
De gezondheidsenquête heeft in 2023-24 voor het eerst een vraag over de slaapkwaliteit opgenomen voor deelnemers van 15 jaar en ouder. Het gaat om een enkele vraag met psychometrische eigenschappen die vergelijkbaar zijn met die van langere en meer gedetailleerde vragenlijsten (9). De slaapkwaliteit wordt beoordeeld op een bidirectionele schaal van 11 punten, gaande van 0 = verschrikkelijk tot 10 = uitstekend, met drie tussenliggende woordankers:



Indicatoren

- **VT03_1:** geeft de gemiddelde score voor de slaapkwaliteit (van 0 tot 10) weer in de bevolking van 15 jaar en ouder. Deze score komt overeen met de kwaliteit ingeschat door elk individu in de afgelopen twee weken. Hoe hoger de waarde, hoe beter de slaapkwaliteit.
- **VT03_2:** geeft het percentage personen van 15 jaar en ouder weer dat vindt dat het een goede tot uitstekende slaapkwaliteit heeft (score van 7 of meer). Het gaat om de prevalentie van een goede slaapkwaliteit over een periode van twee weken.

Figuur 8 • Verdeling (%) van de bevolking van 15 jaar en ouder volgens de score die aan hun slaapkwaliteit is toegekend (VT03_1: van 0 = verschrikkelijk tot 10 = uitstekend), Gezondheidsenquête 2023-24, België



3.1. Gemiddeld en prevalentie

In 2023-24 wordt de slaapkwaliteit in België geschat op gemiddeld 6,3 op 10, wat overeenkomt met een "meer dan redelijke" kwaliteit. Bovendien vindt iets meer dan de helft van de bevolking (51,4%) dat ze een goede slaapkwaliteit hebben, met een score tussen 7 en 10 (in het groen in figuur 8).

3.1.1. Regionale verschillen

De slaapkwaliteit is beter in het Vlaams Gewest (gemiddeld 6,5) dan in het Brussels Gewest (6,1) en het Waals Gewest (5,8) ($p < 0,001$). Dit resultaat wordt ook verkregen in termen van de proporties: 55,5% van de inwoners heeft een goede slaapkwaliteit in het Vlaams Gewest, tegenover 49,2% ($p = 0,04$) van de inwoners van Brussel en slechts 43,1% ($p < 0,001$) van de inwoners van het Waals Gewest.

3.2. Demografische verschillen

Mannen slapen beter dan vrouwen (gemiddelde score van 6,4 > 6,2; $p = 0,002$) en zijn relatief talrijker dan vrouwen om hun slaapkwaliteit als goed te beoordelen (53,6% > 49,2%; $p = 0,006$).

De slaapkwaliteit is beter vanaf 65 jaar ($\geq 6,5$; $p < 0,001$): 56,2% van de 65-74-jarigen en 57,5% van de 75-plussers beschouwen hun slaap als goed. Jongvolwassenen van 25 tot 34 jaar (6,3 en 55,4%) scoren ook beter op het vlak van slaapkwaliteit dan jongeren van 15-24 jaar (6,1 en 46,6%; $p = 0,03$), van wie minder dan de helft vindt dat ze een goede slaapkwaliteit hebben.

3.2.1. Regionale verschillen

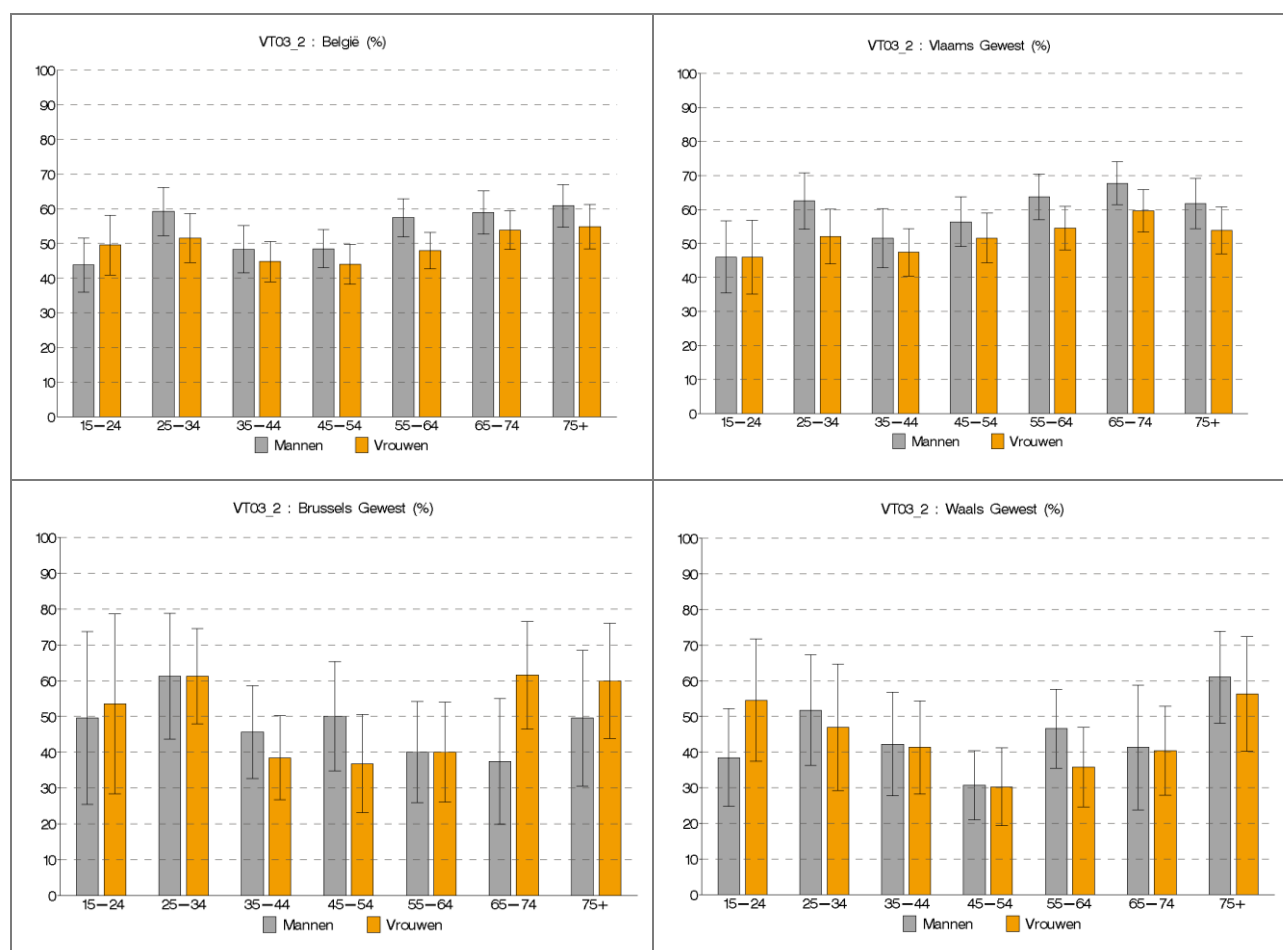
Het verschil in slaapkwaliteit tussen mannen en vrouwen op nationaal niveau komt voornamelijk uit het Vlaams Gewest (6,6 > 6,3; $p < 0,001$). Zo heeft 58,8% van de mannen een goede slaap tegenover 52,4% van de vrouwen ($p = 0,001$) in Vlaanderen. Ongeacht het geslacht geven jongeren tussen 15 en 24 jaar het minst vaak aan (46,0%) een goede slaapkwaliteit te hebben, terwijl het percentage dat goed slaapt het hoogst is bij 55-64-jarigen (59,1%; $p = 0,01$), 65-74-jarigen (63,5%; $p < 0,001$) en 75 jaar en ouder (57,3%; $p = 0,03$).

In het Brussels Gewest is er geen verschil tussen mannen en vrouwen wat betreft de slaapkwaliteit: de gemiddelde score is daar 6,1 voor beide geslachten (n.s.) en 49,3% van de mannen tegenover 49,1% van de

vrouwen geeft aan goed te slapen (n.s.). In Brussel zijn het vooral jonge volwassenen tussen 25 en 34 jaar die vinden dat ze goed slapen (61,2%), een cijfer dat significant ($p=0,03$) verschilt met dat van de leeftijdsgroepen tussen 35 en 64 jaar. Onder 65-plussers vinden meer vrouwen dan mannen dat ze goed slapen (ongeveer 60% bij vrouwen van 65+ en minder dan 50% bij mannen van 65+) (Figuur 9).

In het Waals Gewest: noch de gemiddelde score, noch het percentage dat goed slaapt, verschilt significant tussen mannen (respectievelijk 5,9 en 43,7%) en vrouwen (5,8 en 42,6%) (n.s.). Wat de leeftijd betreft, slapen vooral weinig mensen tussen 45 en 54 jaar goed (30,5%), wat in schril contrast staat met de twee jongste leeftijdsgroepen (46,2% van de 15-24-jarigen; $p=0,03$ en 49,3% van de 25-34-jarigen; $p=0,008$) en 75-plussers (58,3%; $p<0,001$) (Figuur 9).

Figuur 9 • Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat hun slaapkwaliteit als goed beoordeelt, volgens leeftijd en geslacht, en naar regio, Gezondheidsenquête 2023-2024, België



3.1. Socio-economische verschillen

Mensen met een diploma hoger onderwijs hebben een betere slaapkwaliteit (gemiddeld 6,4) dan mensen zonder diploma hoger onderwijs (6,2), en het verschil is significant na correctie voor leeftijd en geslacht ($p=0,003$). De verdeling van personen met een goede slaapkwaliteit volgens opleidingsniveau bevestigt dit resultaat: 53,3% slaapt goed onder personen met een diploma hoger onderwijs, tegenover 48,6% van de personen met een diploma secundair onderwijs ($p=0,009$) en 50,2% van de personen zonder dit diploma ($p=0,03$).

De slaapkwaliteit hangt ook samen met het inkomen van het huishouden (per kwintiel). In vergelijking met personen met het laagste inkomen (1^{ste} kwintiel) hebben personen in het 3^{de} kwintiel een hogere slaapkwaliteit (+0,3; $p=0,025$), evenals personen in de twee hoogste inkomenskwintielen (+0,65 en +0,67; $p<0,001$). In een analyse waarin zowel inkomen als opleiding zijn meegenomen, blijft alleen het inkomensniveau geassocieerd met de slaapkwaliteit ($p<0,001$) na correctie voor leeftijd en geslacht.

3.1.1. Regionale verschillen

In de gewesten is er geen verband tussen de gemiddelde score voor slaapkwaliteit en het opleidingsniveau (niet-significante verschillen na correctie voor leeftijd en geslacht).

In het Vlaams Gewest bestaat er een significant verschil tussen afgestudeerden van het hoger onderwijs en het secundair onderwijs wat betreft het percentage goede slapers (57,1% > 52,3%; $p=0,03$). Deze verschillen worden niet waargenomen in het Brussels Gewest en het Waals Gewest.

Het verband tussen het inkomensniveau en de slaapkwaliteit is significant in het Vlaams Gewest ($p=0,012$), maar niet in de twee andere gewesten.

3.1. Bijkomende analyses

We onderzochten ook het verband tussen de slaapkwaliteit en de gemiddelde vitaliteitscore.

- De correlatieanalyse van Pearson geeft een coëfficiënt van $r = 0,50$ ($p<0,001$) aan, wat wijst op een sterk verband tussen deze twee indicatoren.
- In een multivariaat regressiemodel waarin geslacht, leeftijd, slaapkwaliteit en inkomensniveau zijn meegenomen, blijven alleen slaapkwaliteit en inkomen significant geassocieerd met de vitaliteitscore ($p<0,001$). Deze resultaten tonen aan dat slaapkwaliteit een belangrijke bepalende factor is voor het niveau van energie, ongeacht leeftijd en geslacht. Ook het inkomen blijkt een gerelateerde factor te zijn ($p=0,012$), wat suggereert dat de materiële levensomstandigheden ook een invloed hebben op het ervaren vitaliteitsniveau, bij gelijke slaapkwaliteit.

Deze bevindingen leiden tot mogelijke maatregelen op het gebied van de volksgezondheid: het bevorderen van goede slaapgewoonten en het verminderen van materiële ongelijkheden om zo bij te dragen aan het versterken van de vitaliteit en het welzijn van de bevolking.

4. Mentaal welbevinden

Mentaal welbevinden verwijst naar een positieve geestelijke gezondheid die zowel emotionele balans, het vermogen om met de moeilijkheden van het dagelijks leven om te gaan als het gevoel over voldoende persoonlijke en sociale middelen te beschikken omvat. In het kader van de gezondheidsenquête wordt psychisch welzijn beoordeeld aan de hand van de vragenlijst "General Health Questionnaire" (GHQ-12) (10,11), een instrument dat in de volksgezondheid veel wordt gebruikt om symptomen van psychische "distress"¹ op te sporen en een algemeen beeld te krijgen van de geestelijke gezondheid van de bevolking. Met de versie met 12 items kan het begrip welbevinden – versus – "onwelbevinden" of algemene distress worden beoordeeld, zonder dat er sprake is van een specifieke psychische stoornis (4).

¹ In de literatuur wordt de term "psychological distress" gebruikt, in het Frans vertaald als "détresse psychologique". Er is voor gekozen om de Engelste term in de Nederlandstalige versie te behouden. Letterlijk betekent distress "nood" en verwijst het naar psychische klachten en ervaringen die doorgaans als belastend, verontrustend of storend worden beschouwd.

Vragen

De GHQ-12 bestaat uit 12 items die de *huidige* toestand van de respondent beoordelen in vergelijking met zijn *normale* toestand (persoonlijke normen). Deze items vertegenwoordigen symptomen die bij alle psychische stoornissen voorkomen. Deze symptomen worden gerapporteerd op 4-puntsschaal die varieert naargelang het item en die de omvang van een eventuele verandering weergeeft. De tijdsreferentie situeert ze in het heden ("de afgelopen weken").

"De afgelopen weken..."

- WB.01 Hebt u zich kunnen concentreren op uw bezigheden?
- WB.02 Bent u door zorgen veel slaap tekort gekomen?
- WB.03 Hebt u het gevoel gehad zinvol bezig te zijn?
- WB.04 Voelde u zich in staat om beslissingen te nemen?
- WB.05 Hebt u het gevoel gehad dat u voortdurend onder druk stond?
- WB.06 Hebt u het gevoel gehad dat u uw moeilijkheden niet de baas kon?
- WB.07 Hebt u plezier kunnen beleven aan uw gewone, dagelijkse bezigheden?
- WB.08 Bent u in staat geweest uw problemen onder ogen te zien?
- WB.09 Hebt u zich ongelukkig of neerslachtig gevoeld?
- WB.10 Bent u het vertrouwen in uzelf kwijtgeraakt?
- WB.11 Hebt u zich als een waardeloos iemand beschouwd?
- WB.12 Hebt u zich alles bij elkaar redelijk gelukkig gevoeld?

Hier zijn twee voorbeelden van antwoordschalen:

- 1. *Helemaal niet*; 2. *Niet meer dan gewoonlijk*; 3. *Wat meer dan gewoonlijk*; 4. *Veel meer dan gewoonlijk*.
- 1. *Meer dan gewoonlijk*; 2. *Evenveel als gewoonlijk*; 3. *Wat minder dan gewoonlijk*; 4. *Veel minder dan gewoonlijk*.

Indicatoren

Uit deze vragenlijst worden verschillende indicatoren afgeleid:

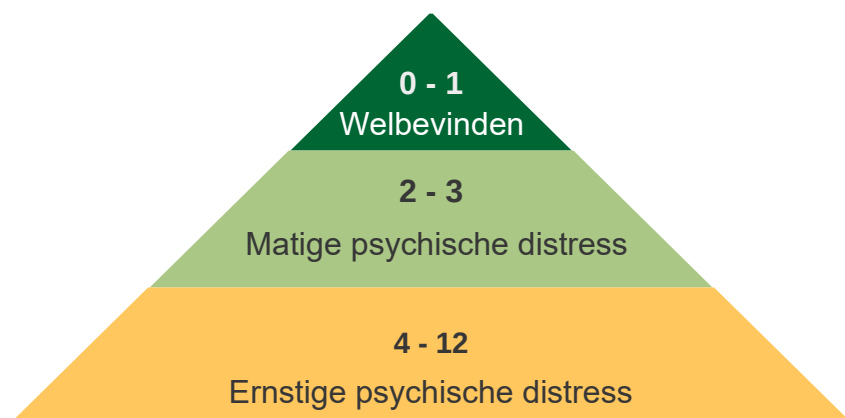
- **WB_1** verwijst naar de gemiddelde score voor mentaal welbevinden (of onwelbevinden) bij de bevolking van 15 jaar en ouder. Deze score wordt berekend op basis van een bimodale beoordeling van de items, waarbij de gecodeerde antwoorden [1-2-3-4] eerst worden omgezet in scores [0-0-1-1]. De som van de scores van deze 12 items levert een totale score op tussen 0 en 12, waarbij een hogere score wijst op een grotere mate van psychische problemen. Elke eenheid (1-12) staat namelijk voor een symptoom waarvan de intensiteit door de respondent als sterker dan normaal wordt ervaren.

Vanuit een categorisch perspectief bieden de volgende indicatoren een classificatie op basis van drempelwaarden die het "welbevinden" afbakenen van 1°) matige psychische "distress" en 2°) ernstige psychische "distress" (figuur 10). Zo verwijst:

- **WB_2B** verwijst naar het percentage mensen met een goede geestelijke gezondheid. De drempelwaarde "1 // 2" wordt toegepast op WB_1 om de staat van mentaal welbevinden te definiëren (score van 0 of 1).
- **WB_2** komt overeen met het percentage mensen dat matige tot ernstige psychische distress ervaart (score van 2 of meer). Deze drempel werd vaak gebruikt in studies onder de algemene bevolking (7;8). De indicator wordt weergegeven in de tabellen en in HISIA, maar wordt niet gedetailleerd beschreven in dit rapport.

- **WB_3** schat het percentage mensen met ernstige psychische distress. Gebaseerd op een drempelwaarde van "3 // 4" toegepast op WB_1 (score van 4 tot 12).
- **WB_3B** vertegenwoordigt de GHQ-score in 3 categorieën: [0-1] voor mentaal welbevinden; [2-3] voor een "matig" niveau van psychische distress; en [4-12] voor ernstige psychische distress. Hieronder volgt een grafische weergave (Figuur 10).

Figuur 10 • Categorisering van de GHQ-12-score voor WB_3B, Gezondheidsenquête 2023-2024, België



4.1. Gemiddelde en prevalentie

In 2023-24 bedraagt de gemiddelde GHQ-score bij de bevolking van 15 jaar en ouder 2,0 op 12.

De prevalentie van mentaal welbevinden wordt geschat op 62,5% (score 0-1), terwijl 15,7% matige psychische distress ervaart (score 2-3) en 21,9% ernstige psychische distress (score ≥ 4).

4.1.1. Regionale verschillen

De resultaten lijken gunstiger in het Vlaamse Gewest. De gemiddelde score voor welbevinden bedraagt daar 1,9 tegenover 2,3 in het Brussels Gewest en 2,2 in het Waalse Gewest. Bovendien is de prevalentie van mentaal welbevinden significant hoger bij de inwoners van Vlaanderen (64,9%) dan bij die van Brussel (58,0%; $p=0,04$) en Wallonië (58,5%; $p=0,004$).

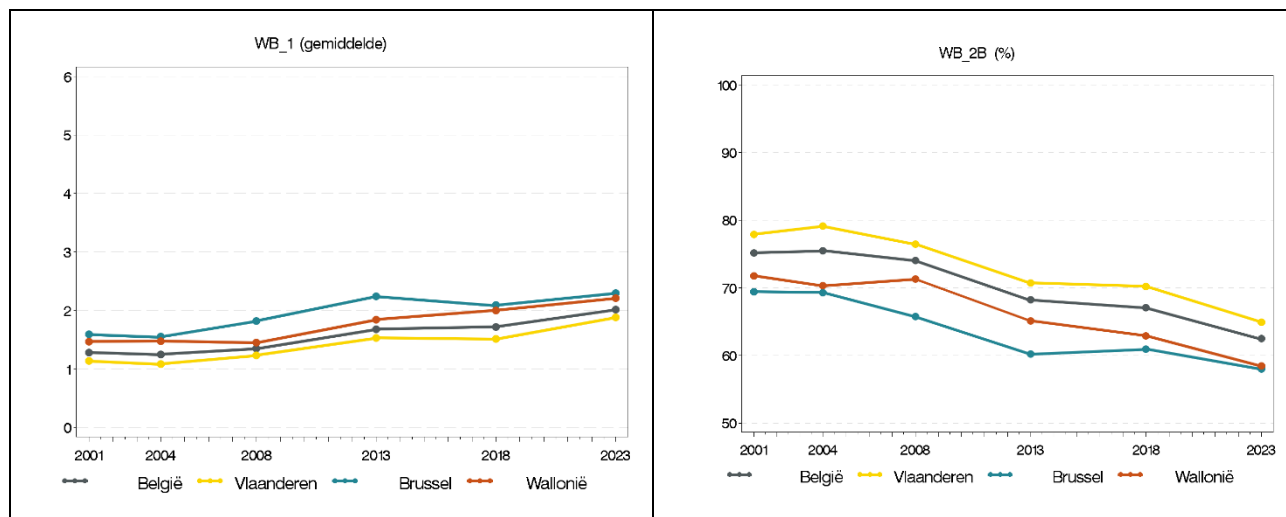
Ten slotte is het percentage mensen dat ernstige psychische distress ervaart lager in het Vlaams Gewest (20,3%) dan in het Waals Gewest (24,7%; $p=0,003$). In Brussel bedraagt dit percentage 23,9%, maar na correctie voor leeftijd en geslacht verschilt het niet significant van de percentages in de twee andere gewesten.

4.2. Evolutie

De gemiddelde score voor welbevinden evolueert in stappen, wat wijst op een verslechtering in de loop van de tijd (Figuur 11:1). Tussen 2001 en 2008 was de score gunstiger (1,3), maar in 2013 en 2018 verslechterde hij (1,7) en in 2023-24 opnieuw (2,0). De verschillen zijn significant na correctie voor leeftijd en geslacht.

De resultaten uitgedrukt in prevalentie bevestigen deze trend (Figuur 11:2). Tussen 2001 en 2008 bedroeg de prevalentie van mentaal welbevinden ongeveer drie kwart van de bevolking (74,0% tot 75,5% afhankelijk van het jaar). Dit aandeel daalde tot ongeveer twee derde in 2013 en 2018 (67,0% tot 68,2%) en tot 62,5% in 2023-24. Met andere woorden, meer dan één op de drie personen (37,5%) beschikt in deze periode niet meer over de volledige mentale capaciteit om de dagelijkse uitdagingen het hoofd te bieden, zoals het omgaan met stress of het nemen van doordachte beslissingen.

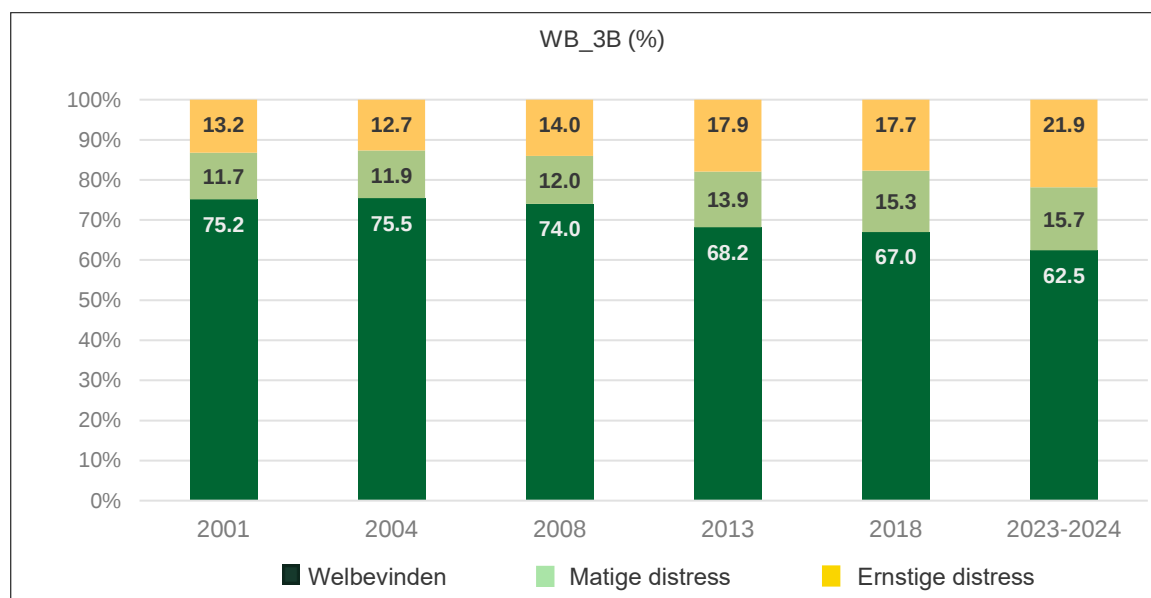
Figuur 11 • 1) Gemiddelde score voor welbevinden (WB_1) in de bevolking van 15 jaar en ouder, en 2) prevalentie van mentaal welbevinden, volgens jaar en regio, Gezondheidsenquête 2023-2024, België



Figuur 12 toont de relatieve evolutie van de prevalentie van matige en ernstige psychische distress in de afgelopen twintig jaar. De meest opvallende stijging betreft ernstige psychische distress, waarvan de frequentie in twintig jaar tijd met 66% is toegenomen, tegenover een stijging van 34% voor matige distress.

De evolutie gebeurt in twee stappen met de eerste tussen 2008 en 2013: het percentage mensen met ernstige psychische distress is toen gestegen van 14,0% naar 17,9% (+4 punten). De tweede stijging vond plaats tussen 2018 en 2023-24: van 17,7% tot 21,9% (+4,2 punten) (Figuur 12). Deze significante stijgingen vallen samen met twee periodes van grote crisis: de economische recessie van 2008 en de post-pandemische periode. Opvallend is dat er tussen deze twee periodes geen herstelfase is geweest, aangezien de prevalentie tussen 2013 en 2018 stabiel is gebleven.

Figuur 12 • Verdeling van de bevolking van 15 jaar en ouder volgens het niveau van mentaal welbevinden, volgens jaar, Gezondheidsenquête 2023-24, België

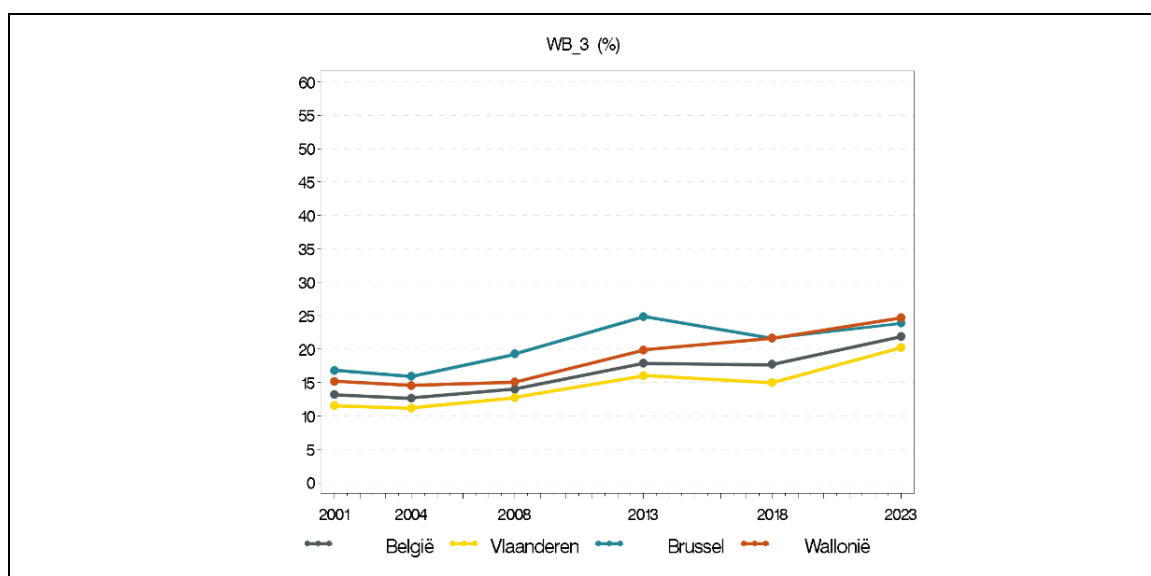


4.2.1. Regionale verschillen

De verslechtering van het mentaal welbevinden van de bevolking wordt waargenomen in de drie gewesten van het land (Figuur 11). Het percentage mensen dat ernstige psychische distress ervaart, neemt ook in de drie gewesten toe (Figuur 13).

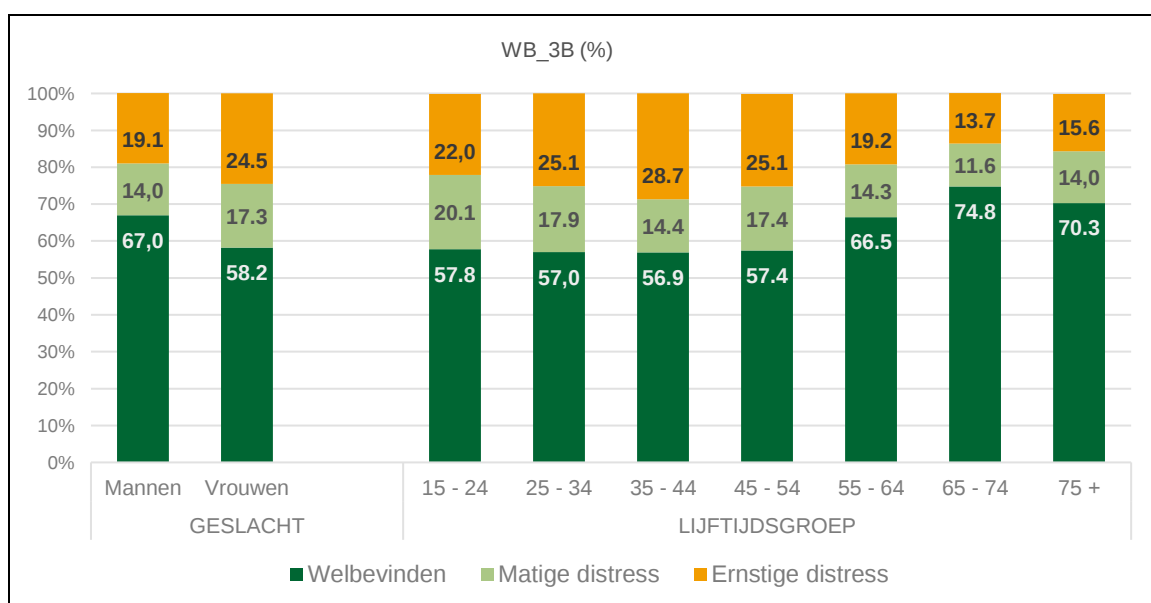
In alle gevallen blijven de resultaten in het Vlaams Gewest gunstiger dan in het Brussels Gewest en het Waals Gewest. De verschillen tussen Vlaanderen en de twee andere gewesten zijn significant, terwijl de verschillen tussen Brussel en Wallonië dat niet zijn, na correctie voor leeftijd en geslacht.

Figuur 13 • Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstige psychische distress ervaart, volgens jaar en regio, Gezondheidsenquête 2023-2024, België



4.3. Demografische verschillen

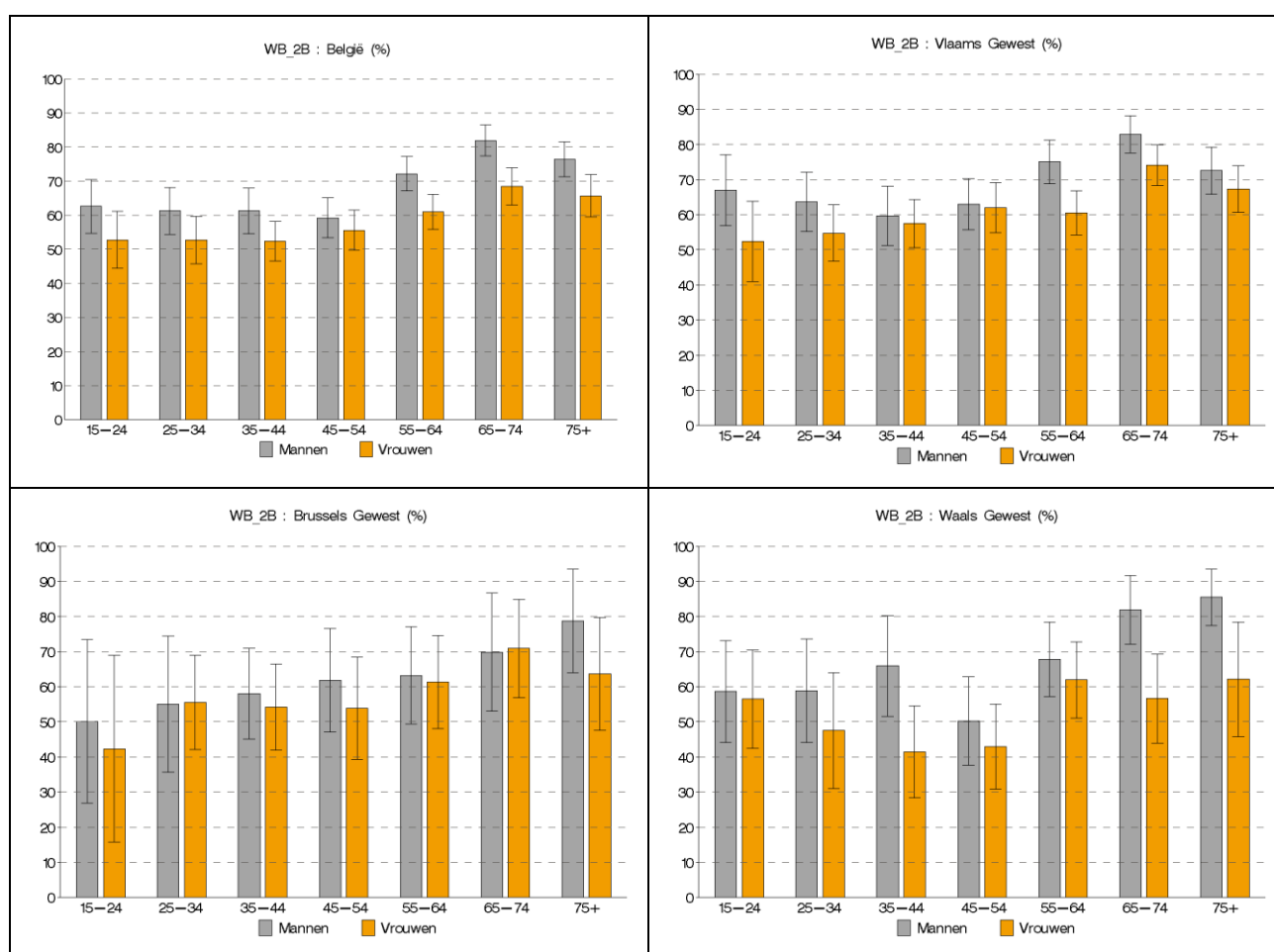
Figuur 14 • Verdeling van de bevolking van 15 jaar en ouder volgens toestand van mentaal welbevinden, volgens geslacht en leeftijd, Gezondheidsenquête 2023-24, België



Gemiddeld genomen hebben mannen een hoger niveau van mentaal welbevinden dan vrouwen (1,8 tegenover 2,3; $p < 0,001$). Ook komt mentaal welbevinden vaker bij mannen (67,0%) dan bij vrouwen (58,2%) (figuur 14). Dit verschil tussen de geslachten komt in alle leeftijdsgroepen voor (Figuur 15). Bovendien hebben relatief meer vrouwen dan mannen een matige psychische distress (17,3% tegenover 14,0%) en ernstige distress (24,5% tegenover 19,1%) (Figuur 14).

Ook leeftijd speelt een doorslaggevende rol. De prevalentie van mentaal welbevinden is lager bij volwassenen van 15 tot 54 jaar (ongeveer 57%) dan in de oudere leeftijdsgroepen, waar zij 66,5% bedraagt tussen 55 en 64 jaar en 74,8% tussen 65 en 74 jaar (Figuur 14). De prevalentie van ernstige psychische distress volgt een normale verdeling: ze bedraagt 22,0% bij 15- tot 24-jarigen, bereikt een maximum van 28,7% bij 35- tot 44-jarigen, en daalt vervolgens geleidelijk tot 13,7% bij 65- tot 74-jarigen (Figuur 15).

Figuur 15 • Prevalentie van mentaal welbevinden bij de bevolking van 15 jaar en ouder, volgens leeftijd en geslacht, en volgens regio, Gezondheidsenquête 2023-2024, België



4.3.1. Regionale verschillen

In Vlaanderen komen de resultaten overeen met die op nationaal niveau (Figuur 14).

In Brussel is de prevalentie van mentaal welbevinden bij mannen (59,8%) en vrouwen (56,3%) statistisch gezien niet significant verschillend na correctie voor leeftijd. Wat betreft leeftijd, blijft de prevalentie van mentaal welbevinden bij 15- tot 24-jarigen onder de 50% en is deze specifiek laag bij jonge vrouwen (42,4%) (Figuur 15). Aangezien het aantal ondervraagde jongeren in Brussel echter vrij beperkt is, moet dit resultaat worden bevestigd door meer gericht onderzoek.

In Wallonië zijn de verschillen tussen mannen en vrouwen op het vlak van welbevinden klein bij 15- tot 24-jarigen (Figuur 15). Ze worden echter significant in het voordeel van mannen vanaf 35 tot 44 jaar en bij 65-plussers. De prevalentie van mentaal welbevinden bij Waalse vrouwen tussen 25 en 54 jaar ligt onder de 50%. Deze lage prevalentie, waargenomen bij vrouwen van 25 tot 54 jaar en van 65 tot 74 jaar, staat in scherp contrast met de situatie in de twee andere regio's (Figuur 15).

4.4. Socio-economische verschillen

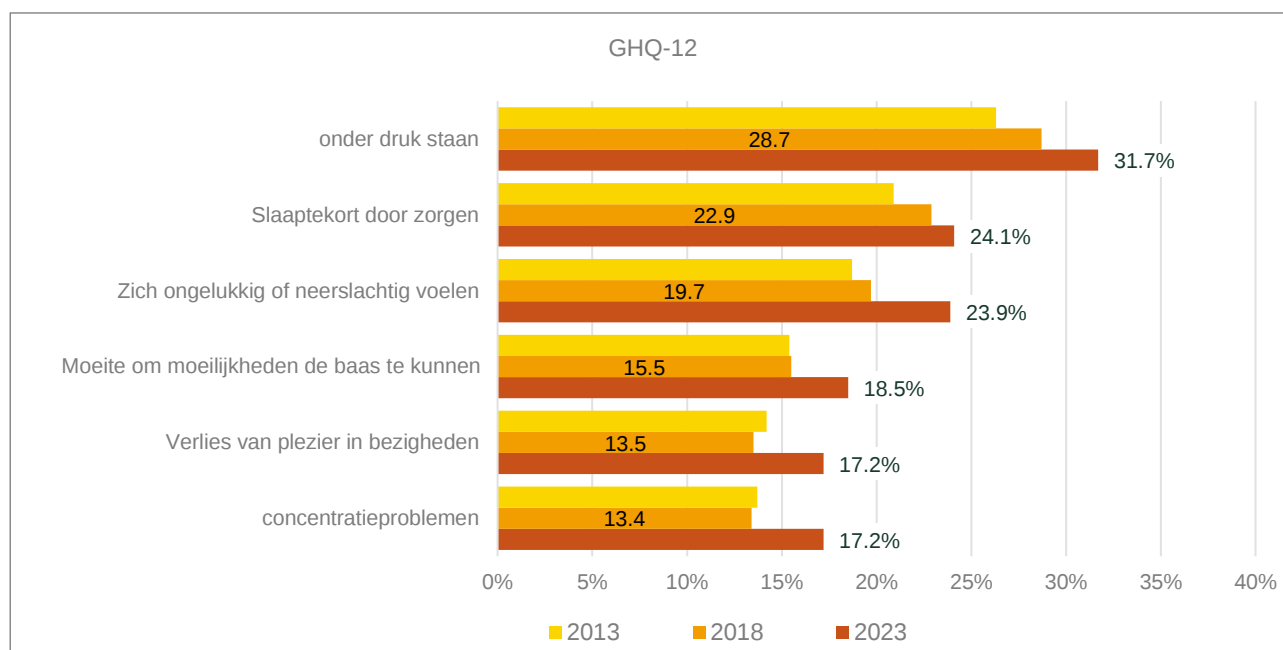
Mentaal welbevinden lijkt niet gerelateerd te zijn aan het opleidingsniveau: de gemiddelde score varieert weinig (tussen 2,0 en 2,1) en ook de categorische indicatoren voor onwelbevinden vertonen geen significante verschillen.

Deze resultaten worden bevestigd op regionaal niveau: in de vergelijkende analyses per opleidingsniveau, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht, wordt geen significant verband waargenomen (n.s.).

4.5. Bijkomende analyses

Figuur 16 toont de meest voorkomende symptomen op de GHQ-12-schaal in 2023-24, in vergelijking met 2013 en 2018. Het gevoel voortdurend onder druk te staan, is het meest voorkomende symptoom (31,7% in 2023-24 > 28,7% in 2018). Daarna volgen slaapttekort door zorgen (24,1% > 22,9%), zich ongelukkig of neerslachtig voelen (23,9% > 19,7%), moeite om moeilijkheden de baas te kunnen (18,5% > 15,5%), concentratieproblemen (17,2% > 13,4%) en ten slotte het verlies van plezier in bezigheden (17,2% > 13,5%).

Figuur 16 • Verdeling van de bevolking van 15 jaar en ouder volgens de meest gerapporteerde symptomen van de GHQ-12, volgens jaar, Gezondheidsenquête 2023-2024, België



De prevalentie van deze zes symptomen is dus sinds 2013-2018 toegenomen, met de sterkste stijging voor zich ongelukkig of neerslachtig voelen (+4,2 procentpunten). Deze specifieke combinatie van symptomen lijkt erop te wijzen dat de bevolking meer moeite heeft om met de uitdagingen van het leven om te gaan, mogelijk in verband met een toenemende probleemlast en/of beperktere persoonlijke, sociale en economische middelen om daarmee om te gaan.

5. Optimisme

Optimisme heeft betrekking op de positieve verwachtingen die men heeft ten aanzien van zijn of haar persoonlijke toekomst. Het verwijst naar het vermogen om de toekomst positief tegemoet te zien, hoop te blijven koesteren ondanks moeilijkheden en te geloven in de mogelijkheid van positieve veranderingen. Het hangt af van tal van factoren, zoals zelfrespect, het sociale ondersteuningsnetwerk, de levensomstandigheden en de omgeving. Optimisme wordt vaak geassocieerd met een grotere veerkracht, een grotere motivatie om dingen aan te pakken, een grotere levenstevredenheid en een betere algemene gezondheid (12).

Vraag

De gezondheidsenquête heeft het optimisme in 2018 en in 2023-2024 beoordeeld door een 13^{de} item toe te voegen aan de items van de "General Health Questionnaire" (GHQ-12), zonder dat dit item werd meegenomen in de berekening van de score voor welbevinden (gebaseerd op de voorgaande 12 items). Het item over optimisme luidt als volgt:

WB.13: Was u optimistisch over uw toekomst? En de antwoordmogelijkheden:

1. Meer dan gewoonlijk; 2. Evenveel als gewoonlijk; 3. Wat minder dan gewoonlijk; 4. Veel minder dan gewoonlijk.

Indicator

- **WB_4** deelt de score die aan het antwoord is toegekend (1 tot 4) in tweeën bij de drempel 2/3 om het percentage personen van 15 jaar en ouder weer te geven dat optimistisch is over hun toekomst (1-2) – versus – degenen die dat minder zijn (3-4).

5.1. Prevalentie

De meerderheid van de bevolking van 15 jaar en ouder blijft optimistisch over hun toekomst (78,2%), waarvan 11,4% aangeeft "meer" optimistisch te zijn dan gewoonlijk. Daarentegen voelt 21,8% zich minder optimistisch, waarvan 4,2% "veel minder" dan gewoonlijk (Figuur 17).

5.1.1. Regionale verschillen

In Vlaanderen en Brussel is het percentage mensen dat optimistisch is over hun toekomst (respectievelijk 79,8% en 80,4%) hoger dan in Wallonië (74,3%; $p=0,002$ en $p=0,02$). Er zijn ook relatief meer Brusselaars die aangeven 'meer' optimistisch te zijn dan gewoonlijk (17,4%) dan inwoners van de twee andere gewesten (10,7% en 10,9%; $p<0,02$) (figuur 17).

5.2. Evolutie

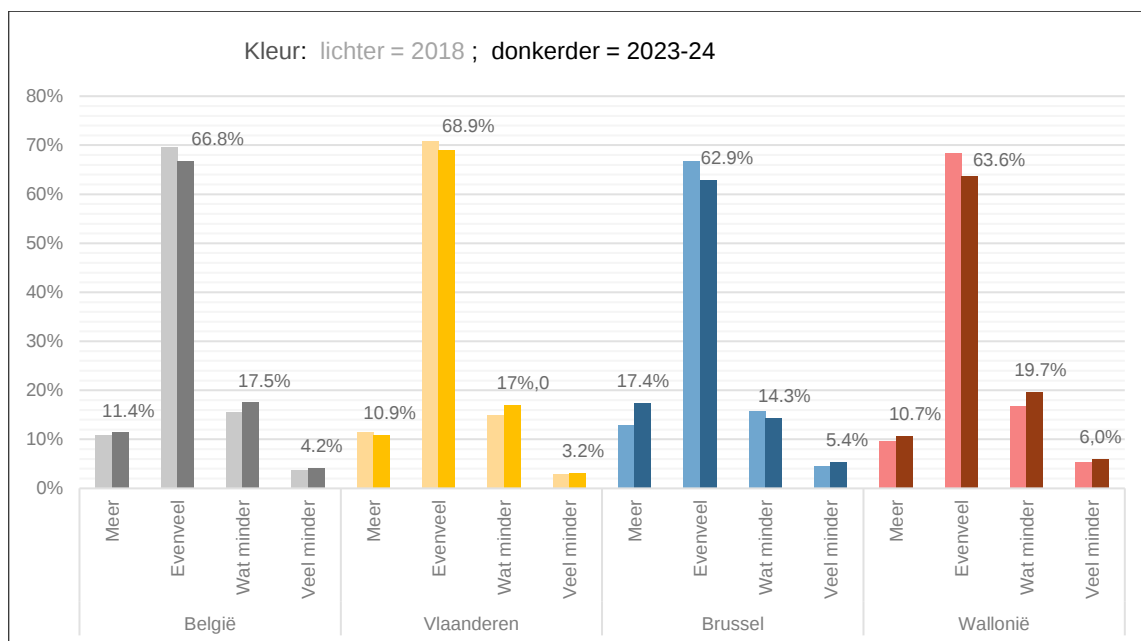
Het percentage mensen dat zich optimistisch toont over hun toekomst is licht gedaald, van 80,6% in 2018 tot 78,2% in 2023-24 ($p=0,01$). Van deze personen is het percentage dat "meer" optimistisch is dan gewoonlijk stabiel gebleven (10,9% van de bevolking in 2018 en 11,4% in 2023-24, n.s.).

5.2.1. Regionale verschillen

Tussen 2018 en 2023-24 is het optimisme over de toekomst licht gedaald in Vlaanderen (82,2% > 79,8%; $p=0,05$) en Wallonië (77,9% > 74,3%; $p=0,06$), terwijl het in Brussel stabiel bleef (79,8% - 80,4%, n.s.).

Het percentage Brusselaars dat "meer" optimistisch dan gewoonlijk was, steeg daarentegen van 13,0% naar 17,4% ($p=0,03$).

Figuur 17 • Verdeling (%) van de bevolking van 15 jaar en ouder naar mate van optimisme over hun persoonlijke toekomst, volgens jaar, in België en volgens regio, Gezondheidsenquête 2023-2024, België



5.3. Demografische verschillen

Proportioneel gezien zijn er meer mannen dan vrouwen die zich optimistisch tonen over hun toekomst (81,2% > 75,3%), een verschil dat significant blijft na correctie voor leeftijd ($p < 0,001$).

Het percentage optimisten neemt geleidelijk af naarmate de leeftijd stijgt, van 83,8% bij de 15-24-jarigen tot 75,2% bij de 45-54-jarigen ($p = 0,006$). Het optimisme neemt vervolgens toe bij 65-74-jarigen (79,8%), om daarna weer af te nemen bij 75-plussers (72,2%; $p < 0,001$). De leeftijd heeft vooral invloed op het percentage mensen dat "meer" optimistisch is dan gewoonlijk: 23,8% van de jongeren is dat, tegenover 3,3% van de ouderen ($p < 0,001$) (Figuur 18).

5.3.1. Regionale verschillen

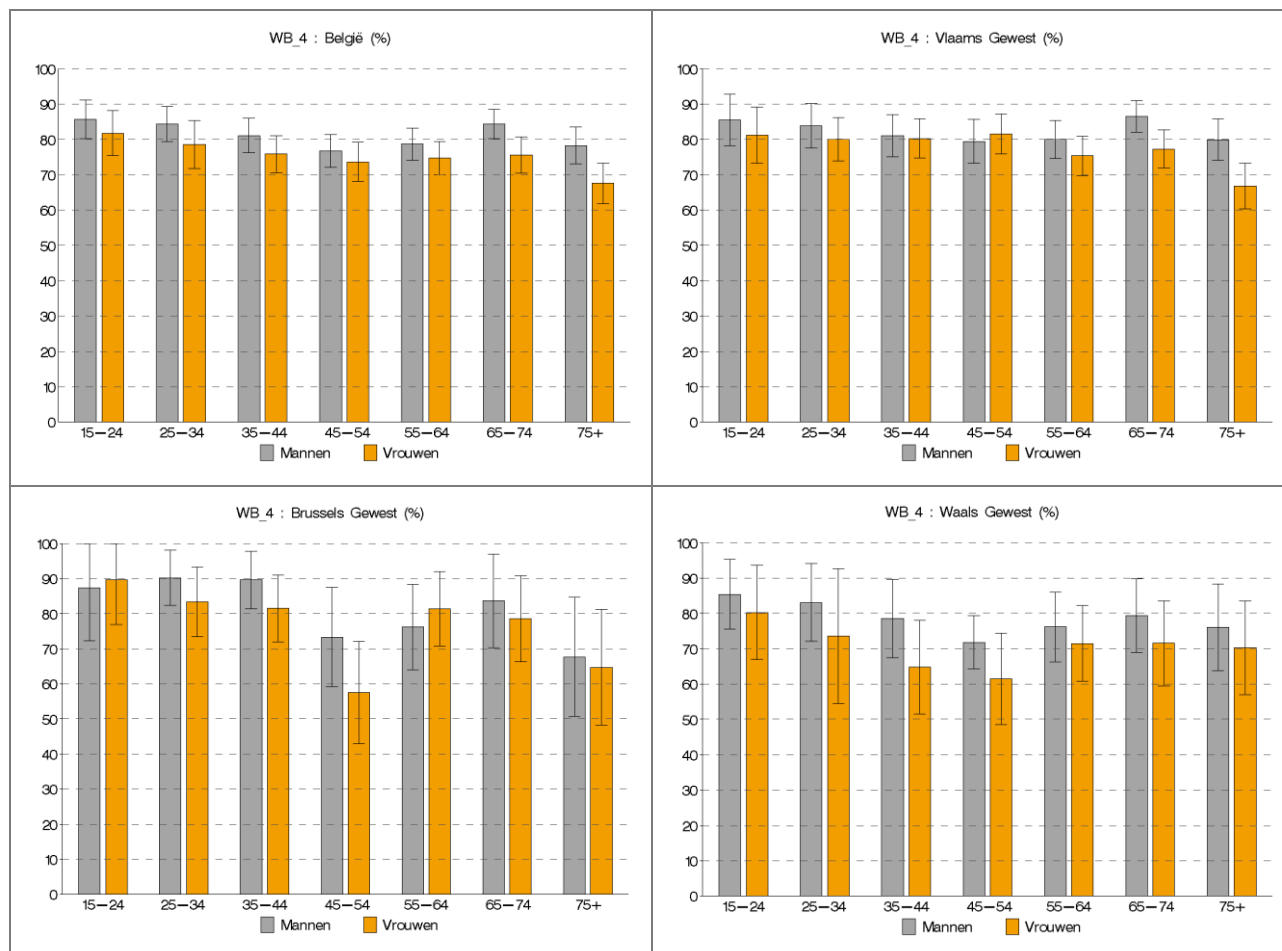
Optimisme over de toekomst komt over het algemeen vaker voor bij mannen dan bij vrouwen in alle regio's, hoewel het verschil in Brussel niet meer significant is na correctie voor leeftijd.

In het Vlaams Gewest is het percentage optimistische mannen tussen 15 en 74 jaar stabiel (n.s.) en daalt het pas onder de 80% bij de 45-54-jarigen (79,5%, n.s.). Het percentage optimistische vrouwen in het Gewest schommelt rond 80% tussen 15 en 54 jaar, daalt tussen 55 en 74 jaar (75,4% en 77,3%, n.s.) en neemt significant af vanaf 75 jaar (66,8%; $p = 0,02$) (Figuur 18).

In het Brussels Gewest zijn bijna negen op de tien jonge vrouwen tussen 15 en 24 jaar optimistisch (89,7%). Mannen blijven langer optimistisch, tussen 87,3% en 90,3% tussen 25 en 44 jaar (Figuur 18). Het percentage optimisten is minder hoog tussen 45 en 54 jaar (73,3% van de mannen en 57,5% van de vrouwen) en vanaf 75 jaar (respectievelijk 67,7% en 64,7%).

In het Waals Gewest daalt het percentage mensen dat optimistisch is over hun toekomst geleidelijk van 15-24 jaar tot 45-54 jaar, zowel bij mannen (85,4% > 71,8%) als bij vrouwen (80,3% > 61,6%), om vervolgens weer te stijgen tot ongeveer 71% van de vrouwen van 55 jaar en ouder en 76,2%-79,5% van de mannen (Figuur 18).

Figuur 18 • Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat aangeeft optimistisch te zijn over hun toekomst, volgens leeftijd en geslacht, en volgens regio, Gezondheidsenquête 2023-2024, België



5.4. Socio-economische verschillen

Personen met een diploma hoger onderwijs geven vaker aan optimistisch te zijn over hun toekomst (79,8%) dan personen met een diploma secundair onderwijs (76,3%) of zonder diploma secundair onderwijs (76,7%). Deze verschillen verdwijnen echter na correctie voor leeftijd en geslacht ($p=0,053$ en n.s, respectievelijk).

Daarentegen voelen afgestudeerden van het hoger onderwijs zich relatief minder vaak "veel minder" optimistisch dan gewoonlijk (3,1%) dan personen met een diploma secundair onderwijs (6,4%; $p=0,005$) of zonder diploma secundair onderwijs (5,1%; $p=0,008$).

5.4.1. Regionale verschillen

In het Vlaams Gewest verschilt het percentage mensen dat zich 'veel minder' optimistisch voelt significant tussen de hoogst opgeleiden (2,4%) en de laagst opgeleiden (5,6%), zelfs na correctie voor leeftijd en geslacht ($p=0,006$).

In Brussel varieert het percentage mensen dat zich 'veel minder' optimistisch voelt ook naargelang het opleidingsniveau: 3,4% bij de hoogst opgeleiden tegenover 9,9% bij de middelbaar opgeleiden ($p=0,007$). Paradoxaal genoeg komt het feit dat men 'meer' optimistisch is dan gewoonlijk vaker voor bij personen met een diploma secundair onderwijs (23,8%) en zonder diploma secundair onderwijs (19,4%) dan bij personen met een diploma hoger onderwijs (13,9%), maar deze verschillen zijn niet significant na correctie voor leeftijd en geslacht.

In het Waals Gewest is het percentage mensen dat aangeeft 'meer' optimistisch te zijn hoger bij mensen met een diploma secundair onderwijs (14,8%) dan bij mensen zonder diploma secundair onderwijs (9,3%) of mensen met een diploma hoger onderwijs (8,7%), maar ook hier zijn deze verschillen niet significant na correctie voor leeftijd en geslacht.

Kortom, het opleidingsniveau heeft vooral invloed op het percentage mensen dat zich "veel minder" optimistisch voelt over hun toekomst, terwijl het algemene optimisme en het feit dat men "meer" optimistisch is, na correctie niet significant verschillen.

5.5. Bijkomende analyses

Er zijn aanvullende analyses uitgevoerd op basis van het gezinsinkomen voor de totale Belgische bevolking, om na te gaan of er een meer systematisch verband bestond met optimisme.

De aanvullende analyses op basis van het inkomen van de huishoudens laten significante verschillen zien in het waargenomen optimisme over de toekomst. Na correctie voor leeftijd en geslacht is het percentage mensen dat aangeeft 'optimistischer dan gewoonlijk te zijn, significant hoger in de laagste inkomenskwintielen (16,8%) dan in de hoogste kwintielen (8,8% en 10,5% in respectievelijk het 4^{de} en 5^{de} kwintiel; $p < 0,001$ en $p = 0,004$). Het percentage mensen dat aangeeft "veel minder optimistisch dan gewoonlijk" te zijn, is echter ook significant hoger in de drie laagste inkomenskwintielen (tussen 4,7% en 5,7%) dan in het hoogste inkomenskwintiel (2,6%).

Deze resultaten suggereren dat mensen met een hoger inkomen een grotere stabiliteit in hun optimisme vertonen en minder geneigd zijn om zowel een sterke stijging als een sterke daling te melden. Daarentegen lijken huishoudens met een laag inkomen meer gepolariseerd, met een groter percentage dat een toename van het optimisme meldt, maar ook meer uitgesproken pessimisme.

CONCLUSIE DEEL 1

De resultaten met betrekking tot de indicatoren voor subjectief welzijn laten een gemengd beeld zien:

- Aan de positieve kant zegt ongeveer twee derde van de bevolking redelijk tevreden te zijn met hun leven en een kwart zeer tevreden. Zes op de tien mensen hebben een goede mentale gezondheid en acht op de tien zijn optimistisch over hun toekomst.
- Aan de andere kant verdienen de volgende negatieve punten aandacht: slechts de helft van de bevolking vindt dat ze goed slaapt en slechts één op de negen mensen heeft een optimaal vitaliteitsniveau. Bovendien zegt bijna één op de tien mensen (zeer) ontevreden te zijn over hun leven, vertoont één op de vijf ernstige psychische nood ("distress") en is een even groot deel pessimistisch over de toekomst.

Evolutie:

- Met uitzondering van een lichte stijging van de gemiddelde levenstevredenheid sinds 2018, verslechteren de indicatoren voor subjectief welzijn. Het gemiddelde niveau van welbevinden daalt, terwijl matige en ernstige psychische distress een steeds groter deel van de bevolking treffen. De burgers lijken ook meer uitgeput, zoals blijkt uit de daling van de gemiddelde vitaliteit en het afnemende aantal mensen met een optimaal vitaliteitsniveau in 2023-24. Ten slotte neemt ook het optimisme over de toekomst tussen 2018 en 2023-24 licht af.

Belangrijke verschillen:

- In vergelijking met mannen geven vrouwen aan gemiddeld minder tevreden te zijn met hun leven, minder vitaliteit te hebben ondanks een vergelijkbare slaapkwaliteit, een lager niveau van psychisch welbevinden te hebben en minder optimistisch te zijn over hun toekomst.
- De indicatoren voor levenstevredenheid, vitaliteit, slaapkwaliteit, psychisch welbevinden en optimisme zijn over het algemeen minder gunstig bij mensen in de actieve leeftijd, met name tussen 25 en 54 jaar. De meest positieve schattingen worden waargenomen in de leeftijdsgroep van 65-74 jaar.
- De levenstevredenheid, de slaapkwaliteit en de vitaliteit variëren naargelang de sociaaleconomische omgeving, met minder gunstige resultaten in huishoudens met een lager opleidingsniveau en een lager inkomen.
- Er blijven regionale verschillen bestaan: Vlaanderen scoort het best op alle indicatoren voor subjectief welzijn, terwijl Wallonië, en in mindere mate Brussel, minder goed scoren.

Regionale aandachtspunten:

- In Vlaanderen hebben vitaliteit en ernstige psychische distress tussen 2018 en 2023-24 een bijzonder ongunstige evolutie doorgemaakt.
- In Brussel zijn deze indicatoren tussen 2018 en 2023-24 niet veel veranderd, maar de situatie was al eerder ongunstig.
- In Wallonië is het gebrek aan vitaliteit al lang een aandachtspunt, terwijl slechte slaapkwaliteit een nieuw aspect is waarmee rekening moet worden gehouden. Ernstige psychische distress en pessimisme over de toekomst zijn daarentegen sterk toegenomen sinds 2018.

OVERZICHTSTABELLEN

Tabel 1 • Evolutie van de indicatoren voor subjectief welzijn in België, Gezondheidsenquête 2023-2024

	2001	2004	2008	2013	2018	2023 2024
Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ...:						
zeer tevreden is met zijn/haar leven					21,7	24,0
weinig tevreden is met zijn/haar leven					12,3	10,9
een goede slaapkwaliteit heeft						51,4
een optimaal vitaliteitsniveau heeft		18,3	18,1	15,6	14,3	11,7
matige psychische distress ervaart (GHQ 2-3)	11,7	11,9	12,0	13,9	15,3	15,7
ernstige psychische distress ervaart (GHQ 4+)	13,2	12,7	14,0	17,9	17,7	21,9
optimistischer is over zijn/haar toekomst					10,9	11,4
(veel) minder optimistisch is over zijn/haar toekomst					19,4	21,7
Gemiddelde onder de bevolking van 15 jaar en ouder						
Levenstevredenheid (10 = het meest tevreden)					7,4	7,5
Slaapkwaliteit (10 = het beste)						6,3
Vitaliteit (100 = het hoogste)		62,6	62,4	61,1	60,1	58,2
Score voor welbevinden (12 = het slechtste)	1,3	1,3	1,3	1,7	1,7	2,0

Tabel 2 • Evolutie van de indicatoren voor subjectief welzijn in Vlaanderen, Gezondheidsenquête 2023-2024

	2001	2004	2008	2013	2018	2023 2024
Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ...:						
zeer tevreden is met zijn/haar leven					24,7	25,9
weinig tevreden is met zijn/haar leven					9,0	8,7
een goede slaapkwaliteit heeft						55,5
een optimaal vitaliteitsniveau heeft		25,2	22,9	19,1	17,0	13,9
matige psychische distress ervaart (GHQ 2-3)	10,6	9,7	10,8	13,3	14,8	14,8
ernstige psychische distress ervaart (GHQ 4+)	11,5	11,2	12,7	16,0	15,0	20,3
optimistischer is over zijn/haar toekomst					11,4	10,9
(veel) minder optimistisch is over zijn/haar toekomst					17,8	20,2
Gemiddelde onder de bevolking van 15 jaar en ouder						
Levenstevredenheid (10 = het meest tevreden)					7,6	7,6
Slaapkwaliteit (10 = het beste)						6,5
Vitaliteit (100 = het hoogste)		67,4	66,2	64,6	63,4	58,2
Score voor welbevinden (12 = het slechtste)	1,1	1,1	1,2	1,5	1,5	1,9

Tabel 3 • Evolutie van de indicatoren voor subjectief welzijn in Brussel, Gezondheidsenquête 2023-2024

	2001	2004	2008	2013	2018	2023 2024
Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ...:						
zeer tevreden is met zijn/haar leven					17,1	20,3
weinig tevreden is met zijn/haar leven					18,4	15,0
een goede slaapkwaliteit heeft						49,2
een optimaal vitaliteitsniveau heeft		8,8	9,0	9,6	9,9	9,5
matige psychische distress ervaart (GHQ 2-3)	13,8	14,8	15,0	14,9	17,4	18,1
ernstige psychische distress ervaart (GHQ 4+)	16,8	15,9	19,3	24,9	21,6	23,9
optimistischer is over zijn/haar toekomst					13,0	17,4
(veel) minder optimistisch is over zijn/haar toekomst					20,2	19,7
Gemiddelde onder de bevolking van 15 jaar en ouder:						
Levenstevredenheid (10 = het meest tevreden)					7,0	7,2
Slaapkwaliteit (10 = het beste)						6,1
Vitaliteit (100 = het hoogste)		56,1	54,6	55,0	55,7	54,3
Score voor welbevinden (12 = het slechtste)	1,6	1,6	1,8	2,2	2,1	2,3

Tabel 4 • Evolutie van de indicatoren voor subjectief welzijn in Wallonië, Gezondheidsenquête 2023-2024

	2001	2004	2008	2013	2018	2023 2024
Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ...:						
zeer tevreden is met zijn/haar leven					17,6	21,1
weinig tevreden is met zijn/haar leven					16,5	14,4
een goede slaapkwaliteit heeft						43,1
een optimaal vitaliteitsniveau heeft		7,8	10,5	9,5	10,2	9,5
matige psychische distress ervaart (GHQ 2-3)	13,0	15,1	13,6	15,0	15,5	16,9
ernstige psychische distress ervaart (GHQ 4+)	15,2	14,6	15,1	19,9	21,6	24,7
optimistischer is over zijn/haar toekomst					9,6	10,7
(veel) minder optimistisch is over zijn/haar toekomst					22,0	25,7
Gemiddelde onder de bevolking van 15 jaar en ouder						
Levenstevredenheid (10 = het meest tevreden)					7,1	7,3
Slaapkwaliteit (10 = het beste)						5,8
Vitaliteit (100 = het hoogste)		55,5	56,6	55,2	55,1	52,8
Score voor welbevinden (12 = het slechtste)	1,5	1,5	1,5	1,8	2,0	2,2

TWEEDE DEEL

PSYCHISCHE STOORNISSEN

RESULTATEN

De psychische stoornissen die in de gezondheidsenquête 2023-2024 aan bod komen, betreffen de meest voorkomende aandoeningen bij de niet-geïstitutionaliseerde bevolking, namelijk angst- en depressieve stoornissen. De gezondheidsenquête omvat bovendien eetstoornissen en stoornissen in het lichaamsbeeld, alsook suïcidale gedachten en suïcidepogingen.

De instrumenten die worden gebruikt om deze stoornissen te beoordelen, zijn zelf in te vullen vragenlijsten op basis van kenmerkende symptomen. Aan de hand daarvan kan worden ingeschat hoe groot de kans is dat iemand een bepaalde stoornis heeft, afhankelijk van de aanwezigheid en de intensiteit van de gerapporteerde symptomen. Deze instrumenten zijn internationaal gevalideerd en worden op grote schaal gebruikt, maar zijn niet bedoeld om een "diagnose" in strikte zin te stellen, wat een taak blijft van klinici. Ze definiëren veeleer drempels om waarschijnlijke pathologische gevallen te identificeren. Om de presentatie van de resultaten te vergemakkelijken, worden de termen 'angststoornissen', 'depressieve stoornissen' en 'eetstoornissen' gebruikt, verwijzend naar de definitie van gevallen volgens deze screeningsvragenlijsten, maar het gaat om mogelijke stoornissen die niet klinisch zijn bevestigd.

1. Angststoornissen

Angst en vrees zijn normale reacties op situaties die als bedreigend worden ervaren. De intensiteit ervan varieert naargelang de individuele geschiedenis en ervaringen van elk individu. Angst wordt echter als pathologisch beschouwd wanneer ze moeilijk te beheersen is, zich op een buitensporige of aanhoudende manier manifesteert en verder gaat dan de 'verwachte' reactie op een reële of verwachte situatie. Angststoornissen gaan vaak gepaard met somatische symptomen (hartkloppingen, spierspanning, onrust, enz.) en cognitieve symptomen (piekergedrag, overweldigende zorgen, concentratieproblemen). Deze symptomen verstoren het dagelijks leven, zowel op sociaal als op professioneel vlak, en leiden tot psychisch lijden en een verslechtering van de levenskwaliteit.

Vragen

De angststoornis die in de enquête wordt beschouwd, komt overeen met de 'gegeneraliseerde angststoornis' (of 'gegeneraliseerde angst'). Deze wordt gemeten aan de hand van de Generalized Anxiety Disorder scale met 7 items (GAD-7) (13).

AD.01 In de <u>afgelopen 2 weken</u> , hebt u last gehad van de volgende problemen?				
<i>Eén kruisje per lijn</i>	Nee, helemaal niet	Ja, enkele dagen	Ja, meer dan de helft van de dagen	Ja, bijna elke dag
01. U zenuwachtig, angstig of gespannen voelen	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
02. Niet in staat zijn om te stoppen met piekeren of om controle te krijgen over het piekeren	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
03. U te veel zorgen maken over verschillende dingen	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
04. Moeite om u te ontspannen	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
05. Zo rusteloos zijn dat het moeilijk is om stil te zitten	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
06. Snel geïrriteerd of prikkelbaar zijn	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
07. U bevreesd voelen alsof er iets afschuwelijks zou kunnen gebeuren	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

Indicatoren

Op basis van deze schaal worden twee indicatoren opgesteld: de prevalentie van de gegeneraliseerde angststoornis (AD_1) en een classificatie van de ernst van de angst (AD_2).

- **AD_1:** Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een gegeneraliseerde angststoornis (drempelwaarde van 10 of meer op de GAD-7). De indicator wordt berekend door de scores van elk item op te tellen op basis van een antwoordschaal die is teruggebracht tot waarden [0-3], waarbij 0 = "helemaal niet" en 3 = "bijna elke dag" betekent. De totale score tussen 0 en 21 wordt gedichotomiseerd op de drempelwaarde van 10+ voor de definitie van een geval.
- **AD_2:** Verdeling (%) van de bevolking van 15 jaar en ouder naar ernst van de gegeneraliseerde angststoornis (criteria van de GAD-7). Op basis van de totale score (zie hierboven) worden vier ernstcategorieën gecreëerd: geen angst (0-4); lichte angst (5-9); matige angst (10-14); ernstige angst (15-21).

Dit rapport beschrijft voornamelijk de prevalentie-indicator; lezers die geïnteresseerd zijn in de ernst-indicator vinden de informatie in de tabellen: [Resultaten van de gezondheidsenquête 2023-2024 | sciensano.be](#).

1.1. Prevalentie

In 2023-24 vertoont 12,8% van de bevolking van 15 jaar en ouder een gegeneraliseerde angststoornis, waarvan een derde – ofwel 4,2% van de bevolking – lijdt aan ernstige angst.

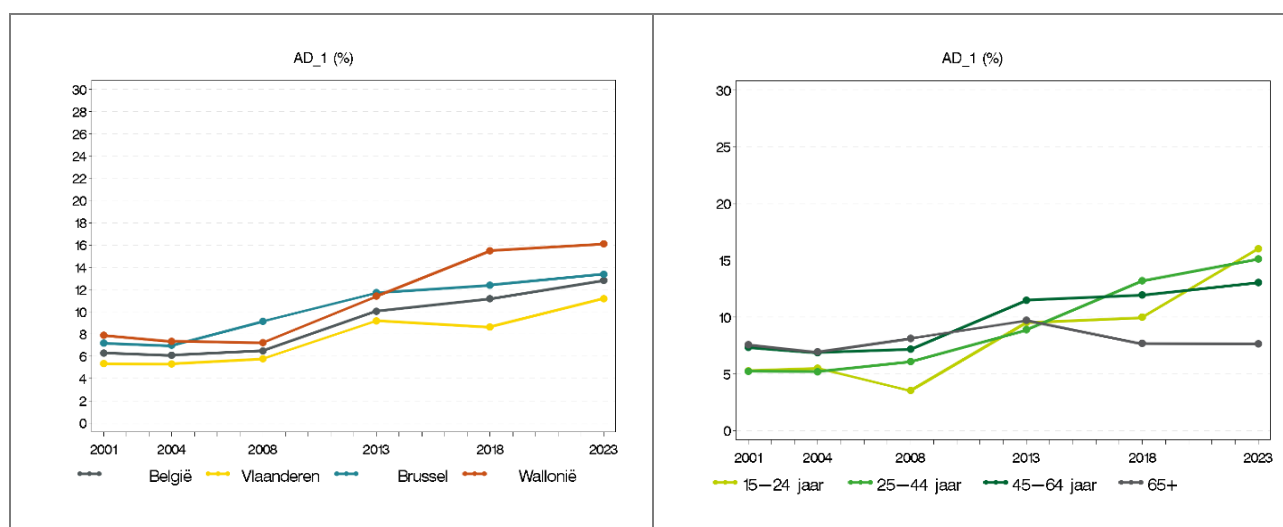
1.1.1. Regionale verschillen

De prevalentie van angststoornissen is hoger in het Waals Gewest (16,1%) dan in het Brussels Gewest (13,4%; n.s.), en deze is hoger dan in het Vlaams Gewest (11,2%; n.s.). Het verschil tussen het Vlaams en het Waals Gewest is significant na correctie voor leeftijd en geslacht ($p=0,002$).

1.2. Evolutie

Het percentage mensen met angststoornissen is in 2023-24 (12,8%) significant hoger dan voordien: 10,1% in 2013 en 11,2% in 2018 ($p=0,03$; $p<0,001$). Het is twee keer zo hoog als tussen 2001 en 2008 (6,1% tot 6,5%; $p<0,001$) (Figuur 19:1).

Figuur 19 • Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een gegeneraliseerde angststoornis, 1) volgens regio en jaar, en 2°) volgens leeftijd en jaar, Gezondheidsenquête 2023-2024, België



De prevalentie van angststoornissen is het sterkst gestegen onder jongeren van 15 tot 24 jaar (van 3,5% in 2008 tot 16,0% in 2023-24) en volwassenen van 25 tot 44 jaar (van 5,5% in 2008 tot 14,0% in 2023-24), terwijl deze bij 65-plussers veel minder fluctueert in de tijd (rond 7-8% sinds 2008) (Figuur 19:2).

1.2.1. Regionale verschillen

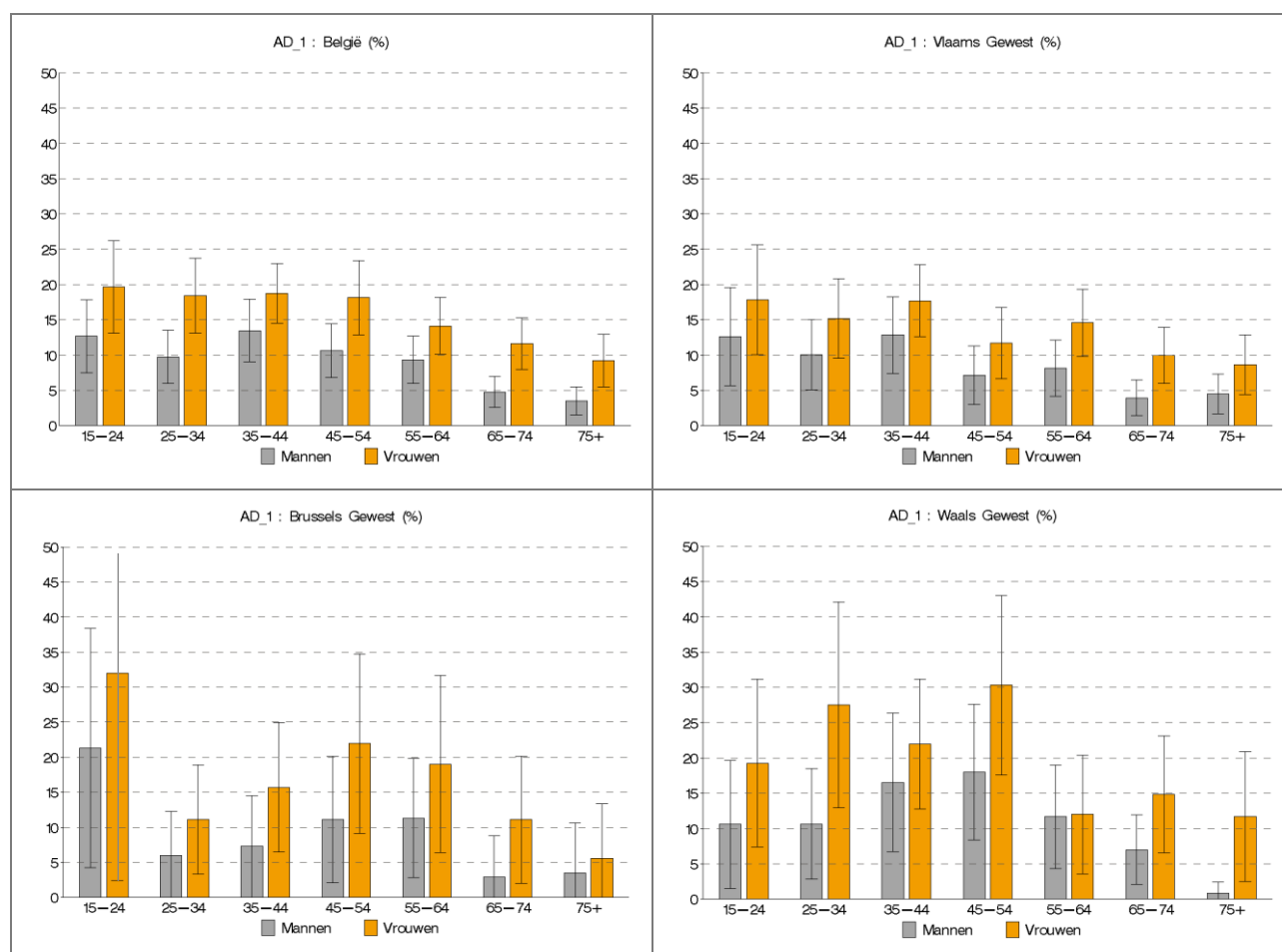
Angststoornissen zijn vooral toegenomen in het Vlaamse Gewest, van 8,6% in 2018 tot 11,2% in 2023-24 ($p=0,006$). In het Brussels Gewest en het Waals Gewest bedraagt de stijging tussen 2018 en 2023-24 maximaal één procentpunt (n.s.). In het Waals Gewest vond de toename van de prevalentie eerder plaats, namelijk tussen 2008 en 2018 (Figuur 19:1).

1.3. Demografische verschillen

Vrouwen lijden vaker aan een angststoornis dan mannen (15,9% > 9,6%) ($p<0,001$).

Ook leeftijd heeft een invloed op angst, en dit in het voordeel van ouderen. Zo daalt de prevalentie van angststoornissen vanaf 65 jaar (8,4% bij 65-74-jarigen en 6,7% bij 75-plussers) in vergelijking met de leeftijdsgroepen tussen 15 en 54 jaar (ongeveer 14 tot 16%) (Figuur 20).

Figuur 20 • Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een gegeneraliseerde angststoornis, volgens leeftijd en geslacht, en volgens regio, Gezondheidsenquête 2023-2024, België



1.3.1. Regionale verschillen

De verdeling van angststoornissen volgens leeftijd en geslacht in Vlaanderen is vergelijkbaar met wat op nationaal niveau wordt waargenomen.

In Brussel zou ongeveer één op de vier jongeren (26,7% van de 15- tot 24-jarigen) aan angststoornissen lijden, maar gezien de kleine steekproefomvang kan een dergelijke schatting niet met zekerheid worden gemaakt.

In Wallonië vertonen vrouwen tussen 15 en 54 jaar en mannen tussen 35 en 54 jaar hogere angstpercentages dan mensen uit dezelfde leeftijds- en geslachtsgroepen in de twee andere gewesten van het land.

1.4. Socio-economische verschillen

Er wordt een sociale gradiënt waargenomen in de prevalentie van angststoornissen. Zo lijdt 11,0% van de personen met een diploma hoger onderwijs aan angst, 14,3% van de personen met een diploma secundair onderwijs en 16,3% van de personen zonder deze kwalificaties. Er is ook een sociale gradiënt waarneembaar in de ernst van de angststoornissen.

1.4.1. Regionale verschillen

De sociale gradiënt die op nationaal niveau wordt waargenomen, bestaat ook binnen het Vlaamse Gewest.

In Brussel vertonen personen met een diploma secundair onderwijs het vaakst angstsymptomen (23,5%), een opvallend verschil met personen met een diploma hoger onderwijs (8,9%).

In Wallonië vervagen de verschillen per opleidingsniveau voor angststoornissen. Bovendien is de prevalentie van angst bij afgestudeerden van het hoger onderwijs hoger in Wallonië (15,0%) dan in de twee andere gewesten van het land (ongeveer 9%).

2. Depressieve stoornissen

Er bestaan verschillende soorten depressieve stoornissen, die zich onderscheiden door hun ernst, duur en evolutie, en die verder gaan dan de 'normale' en tijdelijke reactie op gebeurtenissen in het leven. Ze worden allemaal gekenmerkt door een toestand van verdriet en moedeloosheid, en door een verlies van het vermogen om plezier of interesse te voelen. Ze gaan vaak gepaard met cognitieve (piekergedrag, schuldgevoelens) en fysieke symptomen (vermoeidheid, eetstoornissen) die het dagelijkse, sociale en professionele leven van de getroffen persoon verstoren.

Een zogenaamde 'majeure'² depressieve stoornis (of 'klinische depressie') is een episode van ten minste twee opeenvolgende weken, gekenmerkt door een aanzienlijke verandering in het functioneren, met een sombere stemming en/of een duidelijk verlies van interesse, in combinatie met verschillende signalen zoals een afname van energie, een verminderd zelfbeeld, slaapstoornissen, gewichtsveranderingen of zelfs gedachten aan de dood. Ze onderscheidt zich van 'dysthymie' (of persisterende depressieve stoornis), die eerder chronisch verloopt en waarvan de symptomen over het algemeen minder intens zijn.

Vragen

De Patient Health Questionnaire (PHQ-9) (14) wordt gebruikt om de aanwezigheid van depressieve stoornissen te beoordelen.

AD.01 In de <u>afgelopen 2 weken</u> , hebt u last gehad van de volgende problemen?				
Eén kruisje per lijn	Nee, helemaal niet	Ja, enkele dagen	Ja, meer dan de helft van de dagen	Ja, bijna elke dag
08. Weinig interesse of plezier hebben in activiteiten	☐	☐	☐	☐
09. U neerslachtig, depressief of wanhopig voelen	☐	☐	☐	☐
10. Moeilijk inslapen, moeilijk doorslapen of te veel slapen	☐	☐	☐	☐
11. U moe voelen of weinig energie hebben	☐	☐	☐	☐
12. Gebrek aan eetlust, of het tegenovergestelde, te veel eten	☐	☐	☐	☐
13. Een lage dunk over uzelf hebben, het gevoel hebben dat u gefaald hebt of niet voldoet aan uw eigen verwachtingen of die van uw naasten	☐	☐	☐	☐
14. Problemen om u te concentreren, bijvoorbeeld om de krant te lezen of om tv te kijken	☐	☐	☐	☐
15. Zo traag bewegen of zo langzaam spreken dat andere mensen dit opgemerkt kunnen hebben, of het tegenovergestelde, zo zenuwachtig of rusteloos zijn dat u veel meer bewoog dan gebruikelijk	☐	☐	☐	☐
16. Denken dat u beter af zou zijn als u niet meer zou leven of er aan denken om uzelf op een bepaalde manier pijn te doen	☐	☐	☐	☐

² De term majeure depressieve stoornis is een vrije vertaling van het Franse 'dépression majeure'. In de Nederlandstalige DSM-5 wordt er gesproken van een depressieve stoornis zonder de toevoeging majeure. Om echter het onderscheid tussen de verschillende indicatoren duidelijk te maken, kiezen we ervoor om het woord majeure te behouden.

Indicatoren

Op basis van de vragen van de PHQ-9 worden vier indicatoren berekend. Deze worden niet allemaal in detail gerapporteerd, maar maken deel uit van de HISIA-database, die toegankelijk is voor online analyses.

- AD_3** Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een majeure depressieve stoornis. De definitie van het geval is gebaseerd op een algoritme waarin vijf van de eerste acht symptomen (AD.01.08 tot AD.01.15) ten minste "meer dan de helft van de tijd" (≥ 3) aanwezig moeten zijn, waarvan verplicht een van de eerste twee items (08 of 09 ≥ 3). Gedachten aan de dood (item 16) worden in aanmerking genomen vanaf "meerdere dagen" (AD.01.16 ≥ 2).
- AD_4** Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met andere soorten depressieve stoornissen. De casusdefinitie vereist dat twee tot vier symptomen "meer dan de helft van de tijd" (≥ 3) aanwezig zijn, waaronder verplicht een van de eerste twee (08 of 09). Item 16 (doodsgedachten) wordt in aanmerking genomen zodra het "meerdere dagen" aanwezig is (AD.01.16 ≥ 2).
- AD_5** Verdeling (%) van de bevolking van 15 jaar en ouder naar ernst van de depressieve symptomen. De indicator wordt berekend door de scores van de items op te tellen op basis van een antwoordschaal waarvan de oorspronkelijke waarden [1-4] vooraf zijn teruggebracht tot waarden [0-3]. De totale score varieert dus tussen 0 en 27. De ernst wordt bepaald door de totale score in categorieën in te delen: geen depressie [0-4]; milde depressie [5-9]; matige depressie [10-14]; matig ernstige depressie [15-19]; en ernstige depressie [20-27].
- AD_6** Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een depressieve stoornis. De indicator omvat een majeure depressieve stoornis en andere vormen van depressieve stoornissen: hij is positief als een van de twee indicatoren AD_3 en/of AD_4 positief is.

2.1. Prevalentie

Ongeveer één op de acht personen (12,7%) van 15 jaar en ouder lijdt in 2023-24 aan een depressieve stoornis. Een majeure depressieve stoornis alleen al treft 6,8% van de bevolking, iets meer dan de helft van de geregistreerde gevallen van alle depressieve stoornissen. Wat de ernst van de symptomen betreft, zou 4,9% van de bevolking een matig ernstig of ernstig depressief beeld vertonen.

2.1.1. Regionale verschillen

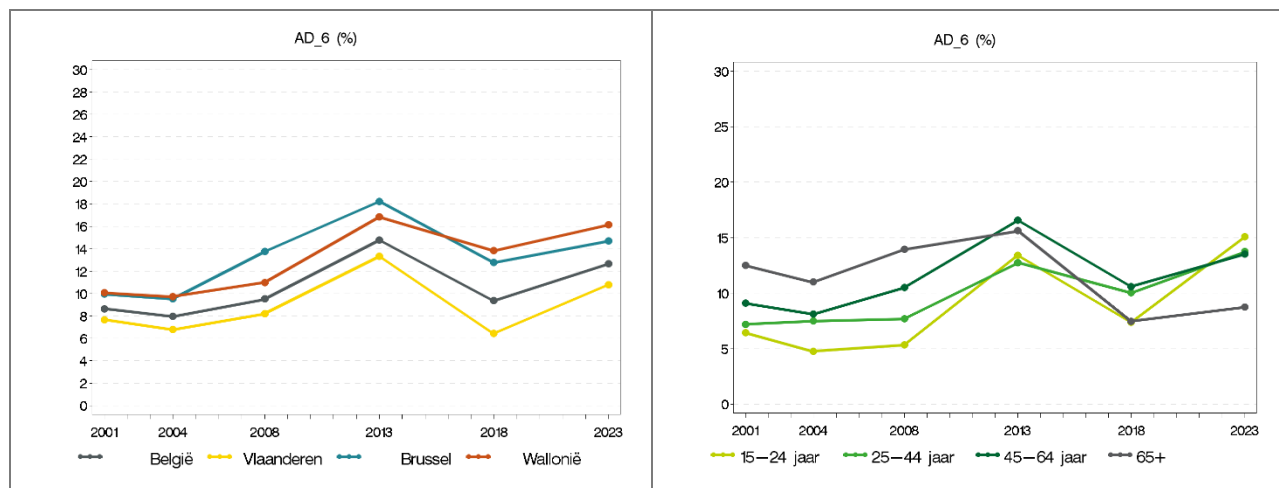
Depressieve stoornissen komen minder vaak voor in het Vlaams Gewest (10,8%) dan in het Brussels Gewest (14,7%; $p=0,056$) en het Waals Gewest (16,1%; $p=0,001$). Hetzelfde geldt voor een majeure depressieve stoornis, waarvan de prevalentie 5,6% bedraagt in het Vlaams Gewest, 8,0% in het Brussels Gewest (n.s.) en 9,1% in het Waals Gewest ($p=0,004$).

2.2. Evolutie

De prevalentie van depressieve stoornissen in 2023-24 (12,7%) is significant gestegen ten opzichte van 2018 (9,4%; $p<0,001$), maar bereikt niet het uitzonderlijke hoogtepunt van 2013 (14,8%; $p=0,03$) (Figuur 21:1). Majeure depressieve stoornis werd voor het eerst geëvalueerd in 2018; het percentage lag toen op 4,8%. Dit percentage bedraagt nu 6,8%, een significant verschil, zelfs na correctie ($p<0,001$).

Depressieve stoornissen kennen de sterkste groei bij jongeren van 15 tot 24 jaar, zowel in de afgelopen twintig jaar (6,4% in 2001) als sinds de laatste enquête (7,4% in 2018) (Figuur 21:2). In 2023-24 lijdten meer dan twee keer zoveel jongeren aan depressieve stoornissen (15,1% van de 15-24-jarigen) als voordien, met uitzondering van 2013 (13,4%).

Figuur 21 • Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een depressieve stoornis, 1°) volgens regio en jaar, en 2°) volgens leeftijd en jaar, Gezondheidsenquête 2023-2024, België



2.2.1. Regionale verschillen

Figuur 21:1 toont aan dat de prevalentie van depressieve stoornissen in vergelijking met 2018 in alle gewesten is toegenomen. Het verschil tussen de twee enquêtejaren is echter alleen significant in het Vlaams Gewest (6,4% in 2018 tegenover 10,8% in 2023-24; $p < 0,001$) na correctie voor leeftijd en geslacht.

In Brussel is het percentage mensen met depressieve stoornissen tussen 2018 (12,8%) en 2023-24 (14,7%) gestegen, maar het verschil is niet significant na correctie voor leeftijd en geslacht. Hetzelfde geldt voor Wallonië, waar de prevalentie van depressieve stoornissen is gestegen van 13,8% in 2018 tot 16,1% (n.s.).

2.3. Demografische verschillen

Vrouwen lijden vaker aan depressieve stoornissen dan mannen (respectievelijk 14,2% en 11,0%; $p = 0,005$). Figuur 22 geeft op nationaal niveau aan dat de verdeling van depressieve stoornissen volgens geslacht het meest gedifferentieerd is aan het uiteinde van de leeftijdscurve, namelijk bij 65-plussers. Wat de prevalentie van majeure depressieve stoornis betreft, is het verschil tussen vrouwen (7,8%) en mannen (5,7%) ook significant na correctie voor leeftijd ($p = 0,01$).

Zonder onderscheid naar geslacht is de prevalentie van depressieve stoornissen het hoogst bij 15- tot 24-jarigen (15,1%), maar het verschil met volwassenen van middelbare leeftijd is niet significant (12,2% tot 14,9% tussen 25 en 64 jaar). Daarentegen hebben personen van 65-74 jaar significant minder vaak (7,9%) last van depressieve stoornissen dan personen van 15 tot 64 jaar ($p = 0,01$ tot $p < 0,001$). Majeure depressieve stoornis treft 8,7% van de 15- tot 24-jarigen, tegenover ongeveer 4% van de 65-plussers ($p \approx 0,04$).

2.3.1. Regionale verschillen

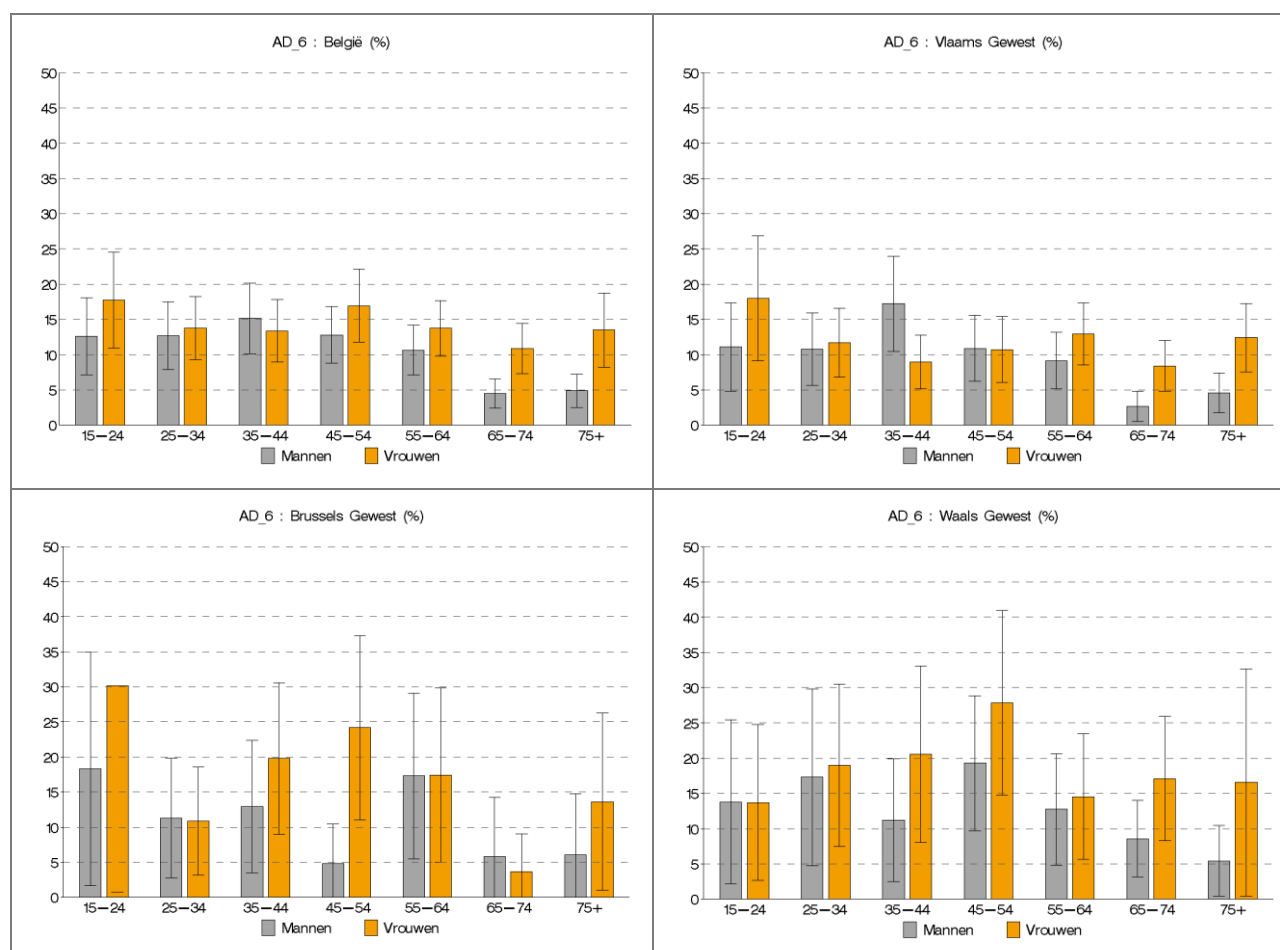
De verdeling volgens leeftijd en geslacht varieert van regio tot regio (Figuur 22). In Vlaanderen en Brussel is het verschil tussen mannen en vrouwen voor depressieve stoornissen niet significant (respectievelijk 9,9%-11,6% en 11,6%-17,6%) na correctie. Opgemerkt moet worden dat de betrouwbaarheidsintervallen rond de schattingen in Brussel groot zijn, wat verklaart waarom het verschil niet statistisch significant is. In Wallonië vertonen vrouwen vaker een depressieve stoornis (18,7%) dan mannen (13,3%; $p = 0,04$).

Wat majeure depressieve stoornis betreft, wordt er geen significant verschil tussen mannen en vrouwen vastgesteld in Vlaanderen (4,7%-6,4%, n.s.) en Wallonië (8,0%-10,0%, n.s.) na correctie voor leeftijd. In

Brussel lijden daarentegen significant meer vrouwen dan mannen aan een majeure depressieve stoornis (10,9% > 4,9%; $p=0,03$).

Zonder onderscheid naar geslacht komen depressieve stoornissen in Vlaanderen het meest voor bij jongeren (14,4% van de 15-24-jarigen) en het minst bij 65- tot 74-jarigen (5,7%), een significant verschil ($p<0,001$). Dit is ook het geval in Brussel (24,3% van de 15-24-jarigen tegenover 4,6% van de 65-74-jarigen; $p=0,006$). Bijna een op de drie jonge meisjes zou depressief zijn in Brussel, maar de schatting is onzeker vanwege de kleine steekproef. In Wallonië komen depressieve stoornissen significant vaker voor bij mensen van middelbare leeftijd (23,8% van de 45-54-jarigen) dan bij mensen van 65-74 jaar (13,4%; $p=0,03$).

Figuur 22 • Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een depressieve stoornis, volgens leeftijd en geslacht, en volgens regio, Gezondheidsenquête 2023-2024, België



2.4. Socio-economische verschillen

Er is een duidelijk sociaaleconomisch verschil in de verspreiding van depressieve stoornissen: de frequentie neemt af naarmate het opleidingsniveau stijgt ($p<0,001$). De prevalentie bedraagt 18,5% bij de laagst opgeleiden en daalt tot 15,2% bij de middelbaar opgeleiden ($p=0,01$) en tot bijna de helft bij de hoger opgeleiden, namelijk 9,5% ($p<0,001$). Majeure depressieve stoornis komt vaker voor bij personen uit de twee laagste opleidingsniveaus (9,4% van de personen zonder diploma secundair onderwijs en 8,8% van de personen met een diploma secundair onderwijs, n.s.) dan bij personen met een diploma hoger onderwijs (4,8%; $p<0,001$).

2.4.1. Regionale verschillen

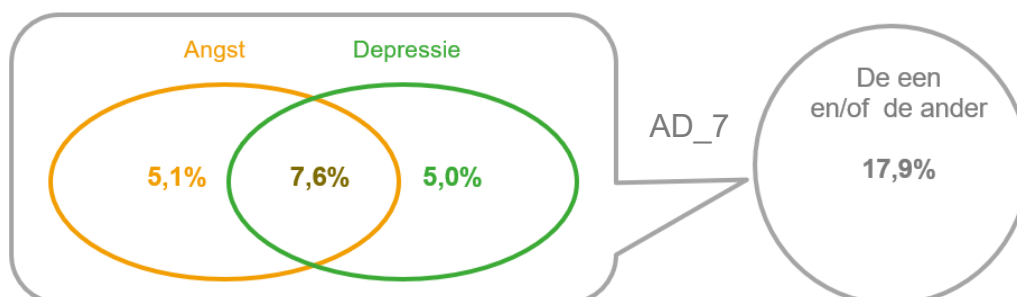
De gradiënt in de verdeling van depressieve stoornissen is ook duidelijk aanwezig in het Vlaams Gewest, waar de prevalentie afneemt naarmate het opleidingsniveau stijgt: 15,1% > 12,6% ($p=0,02$) > 8,7% ($p=0,004$). Hoewel minder "geleidelijk", bestaan er in het Brussels Gewest ongelijkheden in de frequentie van depressieve stoornissen tussen personen met een diploma secundair onderwijs en personen met een diploma hoger onderwijs (respectievelijk 26,3% en 8,7%; $p<0,001$). In het Waals Gewest zien we een geleidelijke trend in de frequentie van depressieve stoornissen per opleidingsniveau: respectievelijk 23,7% > 18,3% (n.s.) > 11,8% ($p=0,02$), van het laagste naar het hoogste opleidingsniveau.

2.5. Comorbiditeit angst – depressie

Comorbiditeit van angst en depressie komt vaak voor en is goed gedocumenteerd (15). Het gelijktijdig voorkomen van beide aandoeningen verergert de ernst van de symptomen, verlengt de duur van de episodes en verhoogt het risico op complicaties, waaronder suïcidepogingen.

De indicator AD_7 geeft het percentage personen van 15 jaar en ouder weer dat lijdt aan een angst en/of depressieve stoornis, terwijl de indicator AD_8 vier categorieën voorstelt die voortkomen uit de kruising tussen de indicatoren voor angst (AD_1, aanwezigheid of afwezigheid) en depressieve stoornis (AD_6, aanwezigheid of afwezigheid).

Figuur 23 • Weergave van het percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met alleen een angststoornis, alleen een depressieve stoornis en een combinatie van beide, Gezondheidsenquête 2023-2024, België



Prevalentie

Uit de kruising van de indicatoren blijkt dat 82,1% van de bevolking geen last heeft van angst en depressie, 5,1% een angststoornis zonder depressie heeft, 5,0% een depressieve stoornis zonder angst heeft en 7,6% beide stoornissen heeft. Hieruit volgt dat 17,9% van de bevolking door ten minste één van deze stoornissen wordt getroffen. Dat is bijna twee keer zoveel als in 2004 (9,7%; $p<0,001$). Het is ook een significante stijging ten opzichte van 2018 (14,4%; $p<0,001$).

Demografische verschillen

Een op de vijf vrouwen (20,6%) en een op de zeven mannen (15,0%) lijdt aan ten minste één van deze psychische stoornissen. Het gelijktijdig voorkomen van angst en depressie komt ook vaker voor bij vrouwen (9,6%) dan bij mannen (5,6%). Het komt ook vaker voor bij mensen tussen 45 en 54 jaar (10,1%) dan bij jongeren (ongeveer 8,0% tussen 15 en 44 jaar) en ouderen (4,5% tot 7,5% vanaf 55 jaar).

Bijna een op de vier jongeren (23,1%) heeft ten minste één van deze twee stoornissen, een percentage dat geleidelijk afneemt naarmate men ouder wordt, maar toch hoog blijft tot de leeftijd van 55-64 jaar (16,6%).

Socio-economische verschillen

Er is een sociale gradiënt waarneembaar wat betreft de aanwezigheid van een van beide stoornissen. Een stoornis komt vaker voor bij mensen zonder diploma secundair onderwijs (23,0%) dan bij mensen met een diploma secundair onderwijs (20,3%) of hoger onderwijs (15,1%). Deze gradiënt is ook zichtbaar in de verdeling van angst- en depressieve comorbiditeit. Deze komt vaker voor bij personen zonder diploma secundair onderwijs (12,0%) en daalt tot 5,5% bij personen met een diploma hoger onderwijs.

3. Eetstoornissen

Eetstoornissen omvatten een reeks aandoeningen die worden gekenmerkt door aanhoudende verstoringen van het eetgedrag en een overmatige preoccupatie met gewicht of lichaamsbeeld. De bekendste vormen zijn anorexia nervosa, boulimia nervosa en eetbuistoornis. Deze stoornissen komen het vaakst voor in de adolescentie of het begin van de volwassenheid en treffen vaker vrouwen. Ze gaan vaak gepaard met andere psychische stoornissen, zoals angst en depressie, en verhogen het risico op suïcidaal gedrag.

Vragen

De vragen over eetstoornissen zijn aangepast aan de hand van de 5-itemvragenlijst "SCOFF" (16), die wordt gebruikt voor het opsporen van anorexia nervosa en boulimia. Deze vragen komen overeen met de vragen EB.01 tot EB.05 in onderstaande tabel. Vraag EB.06 komt overeen met het eerste filteritem van de "BEDS-7" (17), een screeninginstrument voor eetbuistoornis. Deze vraag is voor het eerst toegevoegd aan de gezondheidsenquête 2023-2024.

Eén kruisje per lijn		Ja	Nee
EB.01	Bent u recent meer dan 6 kilo afgevallen in 3 maanden tijd?	1 ☐	2 ☐
EB.02	Bent u bang dat u geen controle meer hebt over de hoeveelheid die u eet?	1 ☐	2 ☐
EB.03	Wekt u wel eens braken op omdat u zich met een "volle" maag niet goed voelt?	1 ☐	2 ☐
EB.04	Vindt u dat voedsel uw leven overheerst?	1 ☐	2 ☐
EB.05	Zeggen anderen dat u te mager bent, terwijl uzelf denkt te dik te zijn?	1 ☐	2 ☐
EB.06	Hebt u periodes gehad van overmatig eten (d.w.z. aanzienlijk meer eten dan wat de meeste mensen in een vergelijkbare periode zouden eten)?	1 ☐	2 ☐

Indicatoren

- De indicator **EB_1** komt overeen met het percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een eetstoornis van het type anorexia/boulimia (A/B), geschat op basis van de SCOFF. Een persoon wordt geacht deze stoornis te hebben wanneer ten minste twee items van de vragenlijst positief zijn (EB.01 tot EB.05).
- De indicator **EB06_1** meet het percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat periodes van eetbuien rapporteert, zoals beschreven in vraag EB06.

Er moet worden benadrukt dat deze indicatoren geen diagnose vormen en dat ze kunnen leiden tot een overschatting van de werkelijke prevalentie van deze stoornissen.

3.1. Prevalentie

In 2023-24 heeft 7,8% van de bevolking van 15 jaar en ouder een eetstoornis van het type A/B, terwijl 9,7% aangeeft periodes van eetbuien te hebben.

Eetstoornissen van het type A/B komen vaker voor in het Brussels Gewest (9,3%) en het Waals Gewest (11,4%; n.s.) dan in het Vlaams Gewest (6,0%; respectievelijk $p=0,04$ en $p<0,001$).

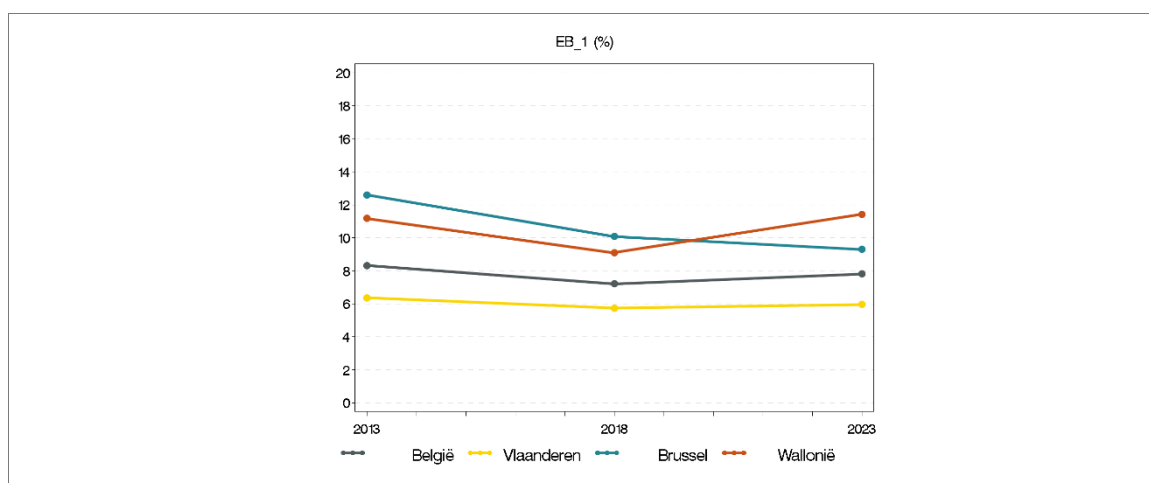
Eetbuistoornis wordt vaker gemeld in Vlaanderen (10,6%) en Brussel (9,3%; n.s.) dan in Wallonië (7,9%). Alleen het verschil tussen Wallonië en Vlaanderen is significant na correctie voor leeftijd en geslacht ($p=0,001$).

3.2. Evolutie

Op Belgisch niveau verschilt de prevalentie van een eetstoornis type A/B niet significant van het ene enquêtejaar tot het andere (Figuur 24).

Dit resultaat wordt ook waargenomen in Vlaanderen. De nationale stabiliteit verbergt echter kleine regionale verschillen voor Brussel, waar de trend de afgelopen tien jaar dalend is (van 12,6% in 2013 tot 9,3% in 2023-24; $p=0,06$), en voor Wallonië, waar de prevalentie ten opzichte van 2018 weer lijkt te stijgen (van 9,1% naar 11,4% in 2023-24), maar niet significant is.

Figuur 24 • Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een eetstoornis van het type anorexia/boulimia, volgens regio en jaar, Gezondheidsenquête 2023-2024, België



3.3. Demografische verschillen

Vrouwen vertonen vaker tekenen van een eetstoornis van het type A/B dan mannen (respectievelijk 9,9% en 5,7%) en dit verschil is significant.

Deze eetstoornissen komen vooral voor bij jongeren (13,2% van de 15- tot 24-jarigen). Het percentage getroffen personen neemt geleidelijk af naarmate de leeftijd stijgt, tot ongeveer 3% van de personen van 65 jaar en ouder. Deze verdeling volgens leeftijd wordt vooral waargenomen bij vrouwen (Figuur 25). Het verschil tussen mannen en vrouwen met betrekking tot eetstoornissen van het type A/B is dus groter bij jongeren en neemt geleidelijk af naarmate de leeftijd stijgt.

Daarentegen melden mannen relatief bijna even vaak als vrouwen periodes van eetbuien (9,4% < 10,0%; n.s.). Periodes van eetbuien komen ook weer meer voor bij jongeren van 15-24 jaar (15,8% van hen), een percentage dat afneemt naarmate de leeftijd toeneemt (5,2% of minder vanaf 65 jaar).

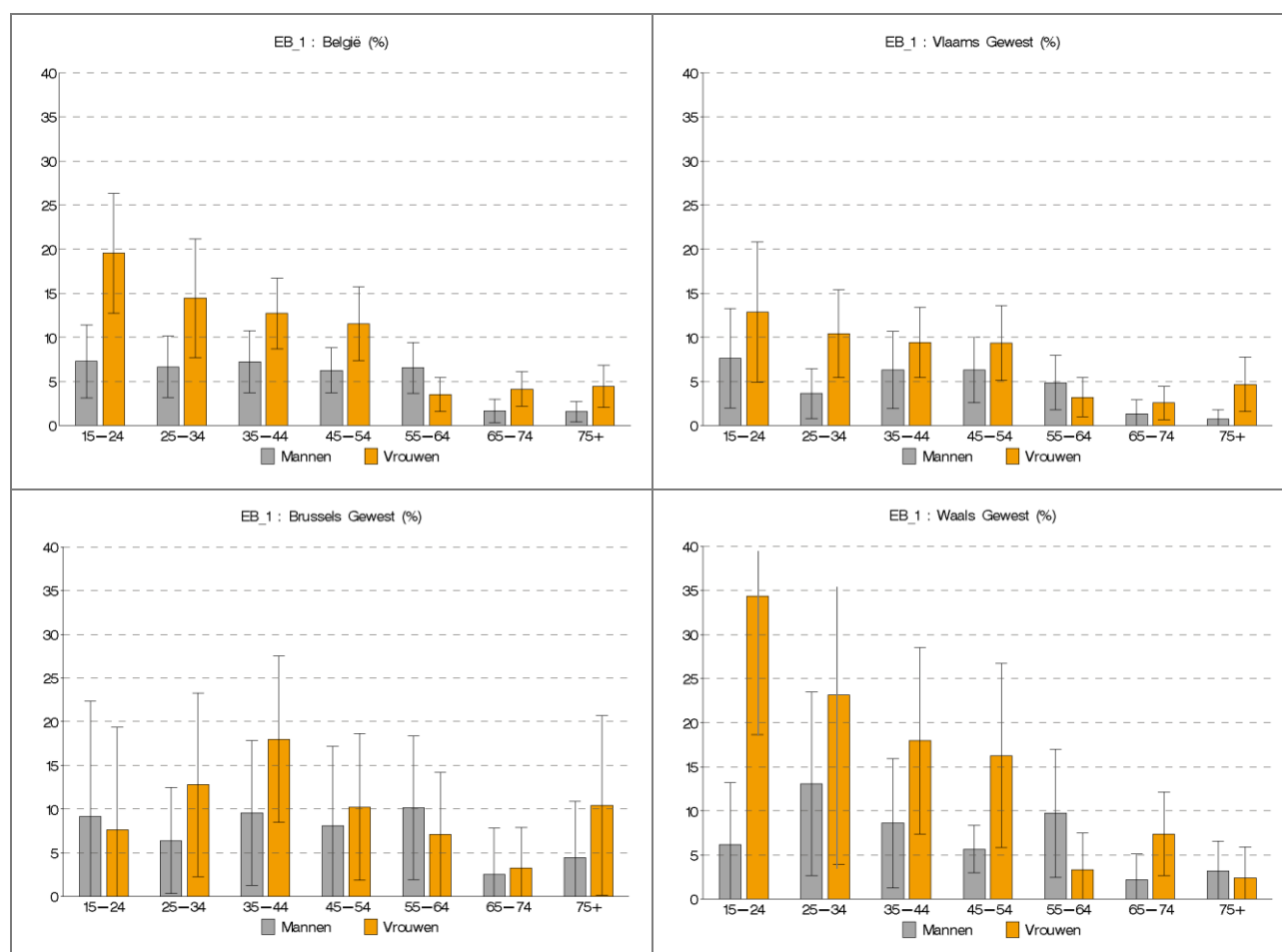
3.3.1. Regionale verschillen

Het verschil in de prevalentie van eetstoornissen van het type A/B tussen mannen en vrouwen wordt in elke regio van het land waargenomen, maar is niet statistisch significant in het Brussels Gewest (7,7% – versus – 10,8%; n.s.). De leeftijdsgradiënt is aanwezig in het Vlaams Gewest en het Waals Gewest, maar de verdeling is meer atypisch in het Brussels Gewest, waar de prevalentie van deze eetstoornis piekt op 14,0% bij 35-44-jarigen en vervolgens daalt tot 2,2% bij 65-74-jarigen, met opnieuw een toename bij 75-plussers (7,9%).

In Wallonië komen eetstoornissen van het type A/B vooral veel voor bij jongeren: 19,7% van de 15-24-jarigen en 18,2% van de 25-34-jarigen heeft er last van, wat twee keer zoveel is als in Brussel bijvoorbeeld. Figuur 25 laat zien dat vooral jonge vrouwen de cijfers omhoog stuwten, aangezien meer dan een derde van de vrouwen tussen 15 en 24 jaar en bijna een kwart van de vrouwen tussen 25 en 34 jaar aan deze stoornissen lijdt. Hoewel de onzekerheidsmarges groot zijn, moet dit een aandachtspunt zijn voor eerstelijnszorgverleners en preventieve gezondheidsmaatregelen in de regio.

In Vlaanderen komt een eetbuistoornis vaker voor bij jongeren van 15-24 jaar, van wie 18,7% eraan lijdt, en bij 25-34-jarigen (16,3%).

Figuur 25 • Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een eetstoornis van het type anorexia/boulimia, volgens geslacht, leeftijd en regio, Gezondheidsenquête 2023-2024, België



3.4. Socio-economische verschillen

Eetstoornissen van het type A/B komen over het algemeen iets vaker voor bij personen met een diploma secundair onderwijs, zowel op nationaal als op regionaal niveau. De verschillen zijn echter niet significant. Hetzelfde geldt voor eetbuistoornis.

3.5. Comorbiditeit eetstoornissen - angst/depressie

Personen met eetstoornissen van het type A/B lijden vaker aan een angst- en/of depressieve stoornis (47,6%) dan personen zonder eetstoornis (15,4%; $p < 0,001$).

4. Suïcidale gedachten

Suïcidale gedachten houden vaak verband met depressie, waarvan de symptomen het ontstaan ervan bevorderen, en met andere psychische aandoeningen zoals angst, middelenmisbruik, eetstoornissen of persoonlijkheidsstoornissen. Suïcidale gedachten zijn terugkerende gedachten aan de dood of de wens om er een einde aan te maken, die kunnen variëren van een eenvoudig verlangen om te verdwijnen tot het concreet plannen van een daad. Ze komen meestal naar voren wanneer de persoon zich overweldigd voelt door moeilijkheden of lijden die hem of haar onoverkomelijk lijken. Ze gaan vaak gepaard met gevoelens van wanhoop, zinloosheid of sociaal isolement en zijn een uiting van “onwelbevinden” dat essentieel is om te herkennen.

Vragen

De twee vragen over suïcidale gedachten zijn geïnspireerd op de vragenlijst van de WHO (SUPRE-MISS Community Survey) (18) en staan in de schriftelijke vragenlijst voor personen van 15 jaar en ouder:

SU.01	Hebt u er ooit ernstig aan gedacht om een einde aan uw leven te maken?
1	☐ Ja
2	☐ Nee
SU.02	Hebt u de <u>afgelopen 12 maanden</u> dergelijke gedachten gehad?
1	☐ Ja
2	☐ Nee

Indicatoren

Twee indicatoren hebben betrekking op suïcidale gedachten bij personen van 15 jaar en ouder, naargelang deze gedachten zich tijdens het leven (**SU01_1**) of tijdens de afgelopen 12 maanden (**SU01_2**) hebben voorgedaan.

4.1. Prevalentie

In 2023-24 heeft 13,4% van de bevolking van 15 jaar en ouder ooit in hun leven serieus aan zelfdoding gedacht, en bij 5,5% zijn deze gedachten in de afgelopen 12 maanden opgekomen ("recente gedachten").

4.1.1. Regionale verschillen

In Vlaanderen zegt 12,0% van de bevolking en in Brussel 12,5% ooit suïcidale gedachten te hebben gehad. Gedachten die in de afgelopen 12 maanden zijn opgekomen, worden echter minder vaak gemeld in Vlaanderen (4,0%) dan in Brussel (6,3%), een verschil dat niet significant is na correctie voor leeftijd en geslacht ($p=0,07$).

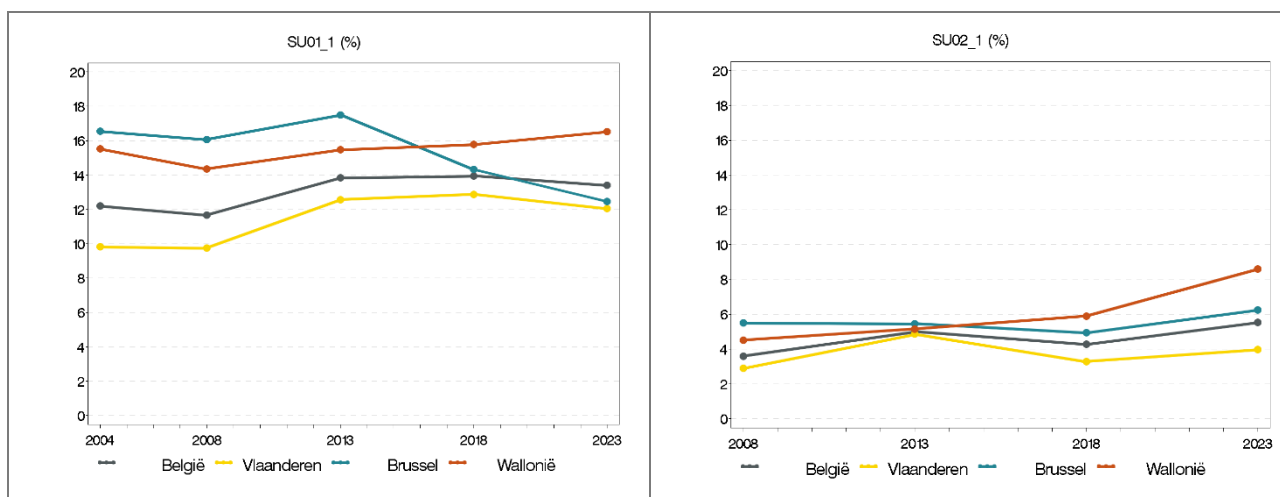
In Wallonië is het percentage mensen dat ooit aan zelfdoding heeft gedacht hoger (16,5%) dan in de andere gewesten ($p<0,03$). Het percentage mensen dat in de afgelopen 12 maanden suïcidale gedachten heeft gehad, is in Wallonië (8,6%) significant hoger dan in Vlaanderen (4,0%; $p<0,001$) na correctie.

4.2. Evolutie

Het relatieve aantal mensen dat ooit in hun leven aan zelfdoding heeft gedacht, blijft op nationaal niveau al tien jaar vrij stabiel (13,8% in 2013; 13,9% in 2018; en 13,4% in 2023-24; n.s.), maar het blijft hoger dan in 2004 en 2008 (rond 12%; $p=0,02$) (Figuur 26:1).

Recente suïcidale gedachten (afgelopen 12 maanden) komen vaker voor in 2023-24 (5,5%) dan in 2018 (4,3%; $p=0,02$) en in 2008 (3,6%; $p<0,001$) (Figuur 26:2).

Figuur 26 • Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat 1) ooit in hun leven en 2) in de afgelopen 12 maanden suïcidale gedachten heeft gehad, volgens regio en jaar, Gezondheidsenquête 2023-2024, België



4.2.1. Regionale verschillen

Het percentage personen dat ooit suïcidale gedachten heeft gehad (Figuur 26:1) is de afgelopen tien jaar relatief stabiel gebleven in Vlaanderen (tussen 12,0% en 12,9% van 2013 tot 2023-24, n.s.) en Wallonië (van 15,5% tot 16,5%, n.s.). In Brussel zien we een daling van het relatieve aantal mensen dat ooit suïcidale gedachten heeft gehad: van 17,5% in 2013 tot 12,5% in 2023-24 ($p=0,015$). Het verschil met 2018 (14,3%) is niet statistisch significant na correctie voor leeftijd en geslacht.

In Vlaanderen is de prevalentie van recente suïcidale gedachten (Figuur 26:2) gestegen van 3,3% in 2018 tot 4,0% in 2023-24, zonder significant verschil na correctie voor leeftijd en geslacht. In Brussel is deze in dezelfde periode gestegen van 4,9% naar 6,3%, ook hier zonder significant verschil. In Wallonië is sinds 2008 een significante toename van de prevalentie waarneembaar, hoewel een directe vergelijking tussen 2018 (5,9%) en 2023-24 (8,6%) slechts een trend naar significantie laat zien ($p=0,06$).

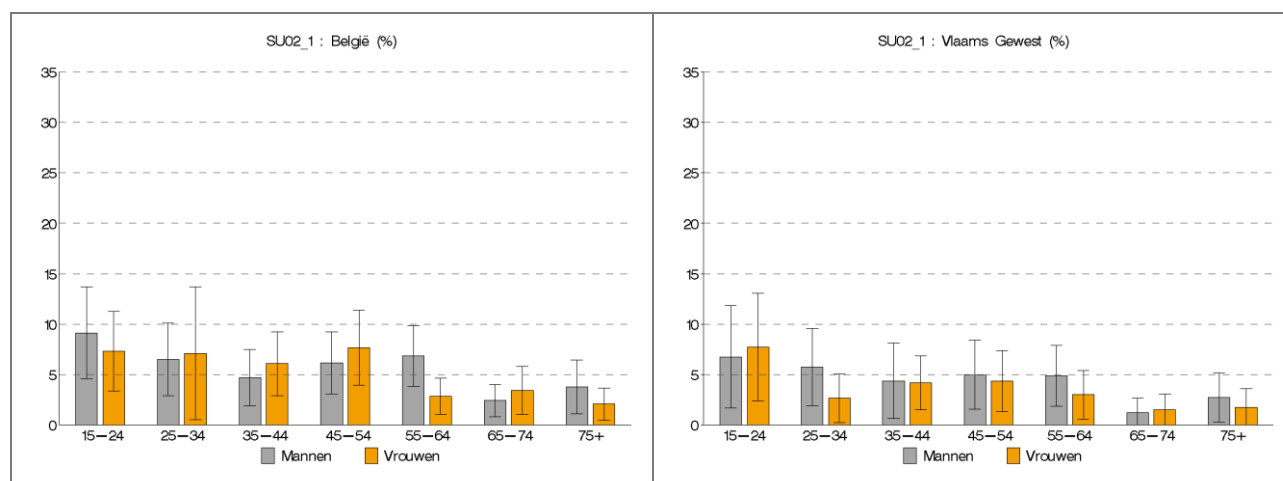
4.3. Demografische verschillen

Er is weinig verschil tussen het percentage vrouwen en mannen dat ooit in hun leven aan zelfdoding heeft gedacht (respectievelijk 13,9% en 12,9%; n.s.). Recente gedachten komen even vaak voor bij vrouwen (5,3%) als bij mannen (5,8%; n.s.).

Recente suïcidale gedachten komen vaker voor bij jongeren van 15 tot 24 jaar (8,3%) en minder vaak bij ouderen (2,8% van de 75-plussers). Het verschil is statistisch significant tussen jongeren en leeftijdsgroepen vanaf 55-64 jaar (4,8%; $p=0,04$) en ouder.

Figuur 27:1 toont de verdeling van personen met recente suïcidale gedachten volgens leeftijd en geslacht. Vrouwen tussen 15 en 54 jaar hebben vaker suïcidale gedachten (ongeveer 6% tot 7,5% van hen) dan vrouwen van 55 jaar en ouder (ongeveer 2% tot 3%). Bij mannen gaven 15- tot 24-jarigen vaker aan recent aan zelfdoding te hebben gedacht (9,1%).

Figuur 27 • Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met suïcidale gedachten in de afgelopen 12 maanden, volgens leeftijd en geslacht, 1) in België en 2) in Vlaanderen, Gezondheidsenquête 2023-2024, België



4.3.1. Regionale verschillen

In Vlaanderen melden mannen iets vaker suïcidale gedachten in de afgelopen 12 maanden (4,5%) dan vrouwen (3,5%; n.s.) (Figuur 27:2).

Recente suïcidale gedachten worden vaker gemeld bij jongeren van 15 tot 24 jaar (7,2%), zowel bij mannen als vrouwen. Na deze leeftijd komen dergelijke gedachten minder vaak voor (ongeveer of minder dan 5% van de personen per leeftijdsgroep).

Voor Brussel en Wallonië zijn de regionale subgroepen, onderverdeeld volgens geslacht en leeftijdsgroep, te klein om betrouwbare schattingen te kunnen maken met betrekking tot recente suïcidale gedachten. Ze zouden dus weinig representatief zijn.

4.4. Socio-economische verschillen

Er worden sociale ongelijkheden waargenomen wat betreft het voorkomen van suïcidale gedachten in de afgelopen 12 maanden. Hoogopgeleiden hebben minder vaak dergelijke gedachten (3,8%) dan mensen zonder diploma secundair onderwijs (7,0%; $p<0,001$) of met diploma secundair onderwijs (7,8%; $p<0,001$).

Er is ook een economische gradiënt waarneembaar. Personen met het hoogste inkomen hebben minder vaak suïcidale gedachten (2,3% in het 5^{de} kwintiel, dat van de hoogste inkomens) dan personen in alle lagere

inkomenscategorieën (tussen 4,5% en 9,4%), en deze verschillen zijn allemaal significant. Personen met de laagste inkomens denken significant vaker aan zelfdoding (9,4% in het 2^{de} kwintiel) dan personen in andere inkomenscategorieën (tussen 2,3% en 5,9%).

4.4.1. Regionale verschillen

In Vlaanderen is het voorkomen van suïcidale gedachten in de afgelopen 12 maanden omgekeerd evenredig aan het opleidingsniveau, maar het verschil in prevalentie is vooral merkbaar tussen personen met een diploma hoger onderwijs (3,2%) en personen zonder diploma hoger onderwijs (4,8%; $p=0,05$ en 5,6%; $p=0,003$). In Brussel wijzen de cijfers ook op deze kloof (4,9% tegenover 7,2% en 8,6%), maar het significantieniveau wordt niet bereikt. In Wallonië is het verschil in prevalentie significant tussen personen met een diploma secundair onderwijs (13,8%) en personen met een diploma hoger onderwijs (5,1%; $p=0,001$).

5. Suïcidepogingen

Suïcidepogingen zijn een kritiekere fase dan suïcidale gedachten, omdat ze een concrete, voorbedachte of impulsieve daad zijn om een einde aan het leven te maken. Deze pogingen vinden meestal plaats in een context van intense psychische nood ("distress") of een acute crisis. In tegenstelling tot suïcidale gedachten brengen ze een reëel gevaar met zich mee en vormen ze een van de belangrijkste risicofactoren voor een toekomstige zelfdoding. Onderzoek hiernaar is dan ook essentieel om de preventie- en begeleidingsstrategieën voor mensen in nood te versterken.

Vragen

De twee vragen over suïcidepogingen zijn geïnspireerd op de vragenlijst van de WHO ("SUPRE-MISS Community Survey") (18) en zijn opgenomen in de schriftelijke vragenlijst voor personen van 15 jaar en ouder:

SU.03	Hebt u ooit een zelfmoordpoging ondernomen?
1	☐ Ja
2	☐ Nee
SU.04	Hebt u de <u>afgelopen 12 maanden</u> een zelfmoordpoging ondernomen?
1	☐ Ja
2	☐ Nee

Indicatoren

Twee indicatoren hebben betrekking op suïcidepogingen, naargelang deze zich in de loop van het leven (SU03_1) of in de loop van de afgelopen 12 maanden (SU04_1) hebben voorgedaan. Deze twee indicatoren zullen zoveel mogelijk worden gepresenteerd in overeenstemming met de klassieke structuur van dit rapport, behalve in het geval van te kleine aantallen.

5.1. Prevalentie

In België heeft 4,5% van de bevolking van 15 jaar en ouder in de loop van zijn leven een suïcidepoging ondernomen en 0,6% (zes op de duizend mensen) heeft dat in de 12 maanden voorafgaand aan de enquête geprobeerd.

Geëxtrapoleerd naar de totale bevolking van België van 15 jaar en ouder in 2023-2024 komt dit neer op ongeveer 58.800 personen die in de 12 maanden voorafgaand aan de enquête een suïcidepoging hebben

ondernomen, wat neerkomt op ongeveer 160 pogingen per dag, een duizelingwekkend aantal. Als we dit cijfer vergelijken met het aantal sterfgevallen door zelfdoding in België in 2022 (laatste beschikbare statistieken), namelijk 1.751 zelfdodingen onder de bevolking van 15 jaar en ouder (wat neerkomt op bijna 5 zelfdodingen per dag), is de verhouding ongeveer [33:1], met andere woorden 33 pogingen voor één zelfdoding. Dat is meer dan in 2018 [10:1] en 2013 [18:1].

5.1.1. Regionale verschillen

Het percentage mensen dat ooit een poging tot zelfdoding heeft gedaan, is hoger in het Waals Gewest (6,4%) dan in het Vlaams Gewest (3,7%; $p=0,009$) en het Brussels Gewest (3,0%; $p=0,005$). Wat recente pogingen betreft, worden deze vaker gemeld door personen die in het Vlaams Gewest wonen (0,7%) dan door personen in het Waals Gewest (0,4%), maar dit verschil is niet langer significant na correctie voor leeftijd en geslacht.

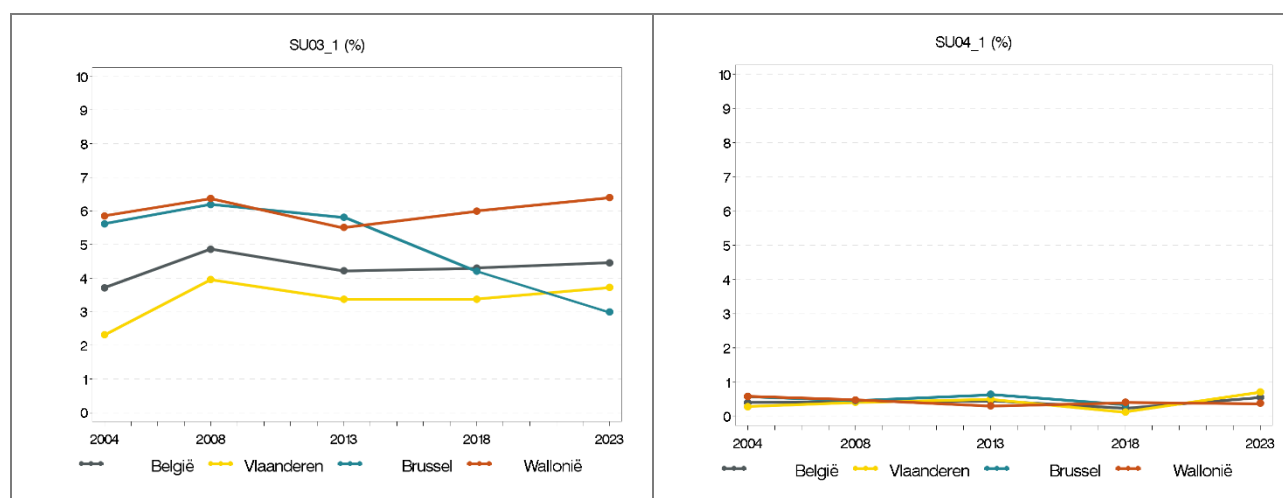
In het Brussels Gewest werden geen recente suïcidepogingen gemeld. Dit ontbreken van waarnemingen is waarschijnlijk het gevolg van de combinatie van de kleine omvang van de Brusselse steekproef en de 'lage' frequentie van het gedrag (minder dan één procent), en niet zozeer van een daadwerkelijk ontbreken van gevallen.

5.2. Evolutie

Het deel van de bevolking dat ooit een suïcidepoging heeft ondernomen, is in de loop van de tijd relatief stabiel gebleven (Figuur 28:1) en schommelt tussen 3,7% (in 2004) en maximaal 4,9% (in 2008), afhankelijk van het enquêtejaar (n.s.).

Het aantal recente pogingen (Figuur 28:2) bedroeg tot 2013 niet meer dan 0,5%, daalde tot 0,2% in 2018, maar steeg weer tot 0,6% in 2023-24. Dit is het hoogste cijfer sinds de eerste metingen in het onderzoek. Deze stijging van de prevalentie is significant na correctie voor leeftijd en geslacht ($p=0,01$). De verschillen met de jaren 2004 tot 2013 zijn dat niet.

Figuur 28 • Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat 1) ooit en 2) in de afgelopen 12 maanden een suïcidepoging heeft ondernomen, volgens regio en jaar, Gezondheidsenquête 2023-2024, België



5.2.1. Regionale verschillen

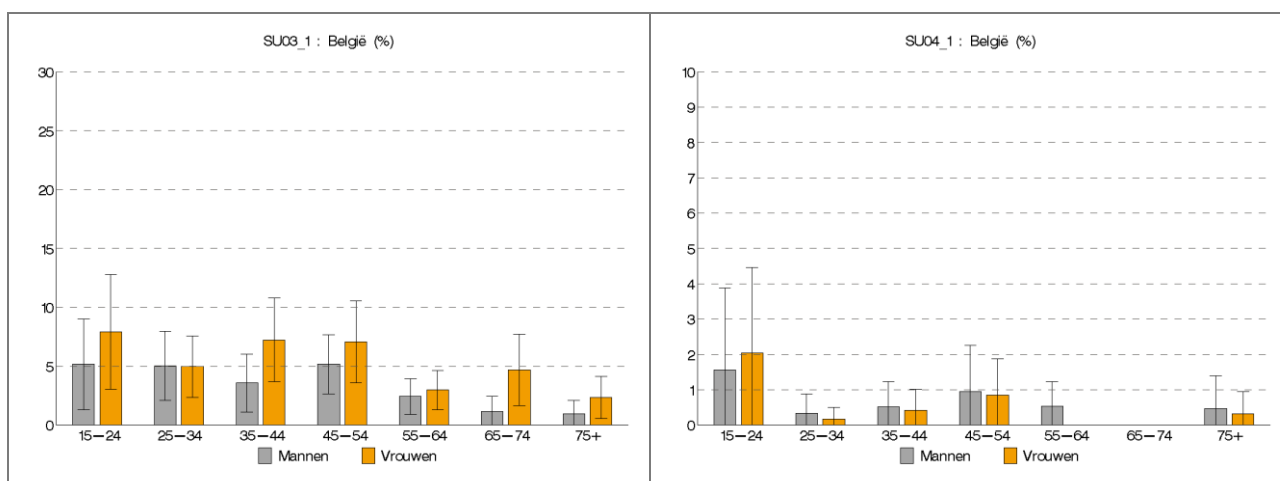
In het Vlaams Gewest is het percentage personen dat in het afgelopen jaar een suïcidepoging heeft ondernomen (0,7%) significant gestegen ten opzichte van de enquête van 2018 (0,1%; $p<0,001$). De resultaten zijn stabiel in het Waals Gewest (0,4% in 2018 en 2023-24; n.s.). In het Brussels Gewest werden geen recente suïcidepogingen gemeld.

5.3. Demografische verschillen

Het is al lang bekend dat suïcidepogingen en sterfgevallen door zelfdoding verschillende patronen vertonen naargelang het geslacht en de leeftijd. Zo lopen vrouwen een groter risico op suïcidepogingen, terwijl mannen een groter risico lopen op sterfte door zelfdoding. Ook neemt het risico op sterfte toe met de leeftijd, terwijl de frequentie van suïcidepogingen eerder afneemt. Met andere woorden, suïcidepogingen zijn vaker dodelijk bij mannen en ouderen.

Eerdere onderzoeken hebben aangetoond dat de prevalentie van suïcidepogingen tijdens het leven hoger was bij vrouwen dan bij mannen, en de resultaten van 2023-24 bevestigen dit (Figuur 29:1), aangezien 5,3% van de vrouwen en 3,5% van de mannen ooit een suïcidepoging heeft gedaan, een significant verschil na correctie ($p=0,01$). Daarentegen melden evenveel mannen als vrouwen een suïcidepoging in de 12 maanden voorafgaand aan de enquête (0,6% en 0,5%, n.s.) (Figuur 29:2).

Figuur 29 • Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat 1) ooit en 2) in de afgelopen 12 maanden een suïcidepoging heeft ondernomen, volgens leeftijd en geslacht, Gezondheidsenquête 2023-2024, België



Recente suïcidepogingen (Figuur 29:2) komen vaker voor bij jongeren (1,8% van de 15-24-jarigen) en volwassenen van middelbare leeftijd (0,9% van de 45-54-jarigen), dezelfde leeftijdsgroepen met een verhoogd risico als in 2018.

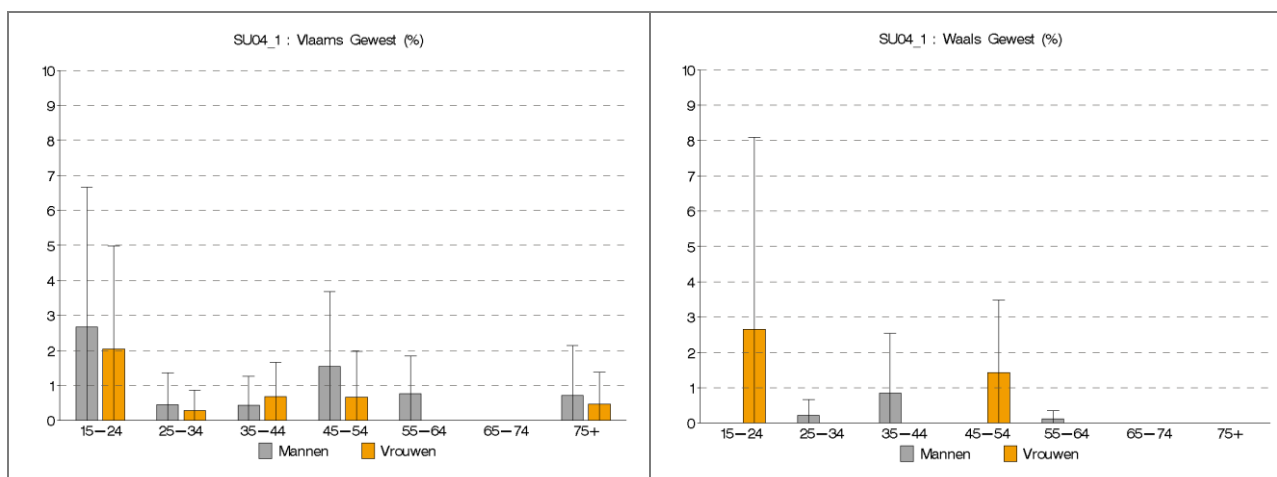
5.3.1. Regionale verschillen

In Vlaanderen geven evenveel mannen (3,7%) als vrouwen (3,7%; n.s.) aan ooit een suïcidepoging te hebben ondernomen, terwijl in Wallonië het verschil tussen mannen en vrouwen zeer groot is: 3,4% van de mannen en 9,2% van de vrouwen heeft ooit een suïcidepoging gedaan ($p=0,001$).

Het is moeilijk om uitspraken te doen over de cijfers per leeftijd en geslacht voor vroegere en recente suïcidepogingen op regionaal niveau vanwege de kleine omvang van de substeekproeven en de grote onzekerheidsmarges. Er wordt echter een hoge prevalentie van recente suïcidepogingen waargenomen bij jongeren tussen 15 en 24 jaar in Vlaanderen (2,4%) en Wallonië (1,3%) (Figuur 30:1 en :2), een prevalentie die nog nooit eerder is bereikt. Figuur 30:2 geeft aan dat in Wallonië vooral jonge vrouwen tussen 15 en 24 jaar deze stap hebben gezet. Ook personen tussen 45 en 54 jaar lopen een verhoogd risico op recente pogingen, met 1,1% in Vlaanderen en 0,7% in Wallonië, wat een bevestiging is van een trend die al in 2018 voor deze groep werd waargenomen.

Hoewel de schattingen niet erg nauwkeurig zijn (grote onzekerheidsmarges), komen ze overeen met de resultaten van 2018 en kunnen ze professionals in het veld en beleidsmakers helpen om preventie- en ondersteuningsmaatregelen specifiek op deze leeftijdsgroepen te richten.

Figuur 30 • Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat in de afgelopen 12 maanden een suïcidepoging heeft ondernomen, volgens leeftijd en geslacht, 1) in Vlaanderen en 2) in Wallonië, Gezondheidsenquête 2023-2024, België



5.4. Socio-economische verschillen

Mensen die al eens een suïcidepoging hebben ondernomen, zijn sterker vertegenwoordigd in de groep personen met een lager opleidingsniveau (5,2% en 6,4% onder degenen met en zonder diploma secundair onderwijs) dan in de groep personen met een diploma hoger onderwijs (3,5%) (respectievelijk $p=0,02$ en $p<0,001$ na correctie voor leeftijd en geslacht).

Wat recente pogingen betreft, is de trend dezelfde, maar het verschil is alleen significant tussen personen met een diploma secundair onderwijs (1,0% heeft recent een poging gedaan) en personen met een diploma hoger onderwijs (0,3%; $p=0,006$).

5.5. Verband met psychische stoornissen

Tabel 5 Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat in de afgelopen 12 maanden suïcidale gedachten heeft gehad of pogingen heeft ondernomen, volgens de aanwezigheid van psychische stoornissen, Gezondheidsenquête 2023-2024, België

	Suïcidale gedachten	Suïcidepogingen
Geen angst of depressie	1,8	0,2
Alleen angst	12,5	2,8
Alleen depressie	21,9	0,9
Angst en depressie	29,3	2,5
Eetstoornis type anorexia/boulimia (vs. geen eetstoornis van dit type)	20,3% (vs. 4,3%)	4,0% (vs. 0,2%)
Eetbuistoornis (vs. zonder)	11,2% (vs. 4,8%)	1,5% (vs. 0,4%)

Hoewel de tijdsreferenties voor angst- en depressieve symptomen ("in de afgelopen twee weken") en voor suïcidaal gedrag ("in de afgelopen 12 maanden") verschillend zijn, tonen de resultaten een sterk verband aan tussen elk van de stoornissen, en a fortiori hun combinatie, met suïcidale gedachten en pogingen (Tabel 5).

Deze resultaten bevestigen de verwachtingen: de afwezigheid van angst- en depressieve stoornissen gaat gepaard met een lagere frequentie van suïcidale gedachten of pogingen. Bovendien komen suïcidale gedachten vaker voor bij mensen met een depressieve stoornis dan bij mensen met een angststoornis, en komen ze nog vaker voor bij mensen met een comorbide angst-depressieve stoornis.

Suïcidepogingen worden vaker gemeld bij mensen met een angststoornis, alleen of in combinatie met een depressie, dan bij mensen met alleen een depressieve stoornis.

Eetstoornissen van het type anorexia/boulimia en een eetbuistoornis worden ook in verband gebracht met een grotere kans op suïcidale gedachten en pogingen.

6. Gebruik van psychotrope geneesmiddelen

Dit hoofdstuk behandelt twee specifieke soorten psychotrope geneesmiddelen, namelijk slaap- en kalmeermiddelen en antidepressiva. In het vervolg van dit hoofdstuk verwijst het begrip "psychotrope middelen" uitsluitend naar deze twee subtypes. Het gebruik van andere geneesmiddelen wordt behandeld in een afzonderlijk rapport, dat beschikbaar is op de website van de enquête in de rubriek "Gezondheidsdiensten".

Het gebruik van psychotrope geneesmiddelen is een belangrijke indicator voor de geestelijke gezondheid van de bevolking. Slaap- en kalmeermiddelen en antidepressiva worden vaak voorgeschreven om slaapstoornissen, angststoornissen of depressies te verlichten. Het gebruik ervan weerspiegelt zowel de prevalentie van deze stoornissen als het beroep op geestelijke gezondheidszorg. Deze middelen spelen een essentiële rol bij de behandeling van bepaalde psychische stoornissen, maar het gebruik ervan kan ook wijzen op een ongelijke toegang tot andere vormen van ondersteuning. De analyse van het gebruik ervan draagt bij tot een beter begrip van de behoeften op het gebied van preventie en zorg.

In 2023-24 werden de vragen over het gebruik van deze geneesmiddelen opgenomen in de zelf in te vullen schriftelijke vragenlijst, wat niet het geval was in eerdere enquêtes, waar ze mondeling door de enquêteur werden gesteld. Deze verandering kan van invloed zijn op de manier waarop deze vragen worden beantwoord, dus voorzichtigheid is geboden bij de interpretatie van de trends.

Vragen

DR.01 Hebt u de afgelopen 2 weken slaap- of kalmeermiddelen gebruikt die voor u voorgeschreven waren door een arts?

- 1 ☐ Ja
2 ☐ Nee

DR.02 Hebt u de afgelopen 2 weken antidepressiva gebruikt die voor u voorgeschreven waren door een arts?

- 1 ☐ Ja
2 ☐ Nee

Indicatoren

Uit deze vragen zijn vier indicatoren afgeleid, die verwijzen naar het percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat in de afgelopen twee weken aan de volgende voorwaarden heeft voldaan:

- MH_1: gebruik van slaap- of kalmeermiddelen op doktersvoorschrift
- MH_2: gebruik van antidepressiva op doktersvoorschrift
- MH_3: gebruik van ten minste één van deze twee geneesmiddelen op doktersvoorschrift
- MH_4: gebruik van beide geneesmiddelen op doktersvoorschrift

Het gecombineerd gebruik van psychotrope geneesmiddelen brengt risico's met zich mee door mogelijke interacties tussen de middelen. Hun combinatie, die soms medisch gerechtvaardigd is, moet door een arts worden gecontroleerd en in de tijd worden beperkt.

6.1. Prevalentie

Op nationaal niveau heeft 16,4% van de bevolking van 15 jaar en ouder ten minste één type psychotrope geneesmiddelen gebruikt op voorschrift in de twee weken voorafgaand aan de enquête van 2023-24. Het gebruik van **slaap- of kalmeermiddelen** komt vaker voor (12,4%) dan het gebruik van **antidepressiva** (9,1%). In totaal gebruikt 5,1% van de bevolking beide soorten geneesmiddelen.

6.1.1. Regionale verschillen

Het gebruik van psychotrope middelen (slaap- en kalmeermiddelen en/of antidepressiva) is hoger in het Waals Gewest (19,1%) dan in het Vlaams Gewest (15,3%; $p=0,008$) en het Brussels Gewest (14,9%; n.s.).

Meer specifiek is het gebruik van **slaap- en kalmeermiddelen** hoger in Wallonië (14,6%) dan in Vlaanderen (11,6%; $p=0,01$) en Brussel (10,9%; n.s.). Ook in Wallonië vinden we de meeste mensen die **antidepressiva** gebruiken (10,7%, tegenover 8,5% in de twee andere gewesten), maar de verschillen zijn niet significant na correctie voor leeftijd en geslacht.

6.2. Evolutie

Over het algemeen schommelt het gebruik van psychotrope geneesmiddelen (slaap- en kalmeermiddelen en/of antidepressiva) onder de bevolking van 15 jaar en ouder tussen 15,2% (2004) en 16,4% (2023-24) in de afgelopen 20 jaar, en het verschil tussen de jaren is niet significant na correctie.

Het gebruik van **slaap- en kalmeermiddelen** daalt licht, van 14,3% in 2008 tot 12,4% in 2023-24 ($p<0,001$), maar de cijfers voor 2023-24 zijn gelijk aan die van de laatste enquête (12,3% in 2018; n.s.). Het gebruik van **antidepressiva** is in 2023-24 aanzienlijk toegenomen tot 9,1% van de bevolking, wat significant hoger is dan de percentages van alle voorgaande enquêtejaren (van 4,9% tot 7,6%).

Het gebruik van zowel slaap- en kalmeermiddelen als antidepressiva neemt langzaam toe, van 4,0% in 2004 tot 5,1% in 2023-24, ofwel één procentpunt in twintig jaar.

6.2.1. Regionale verschillen

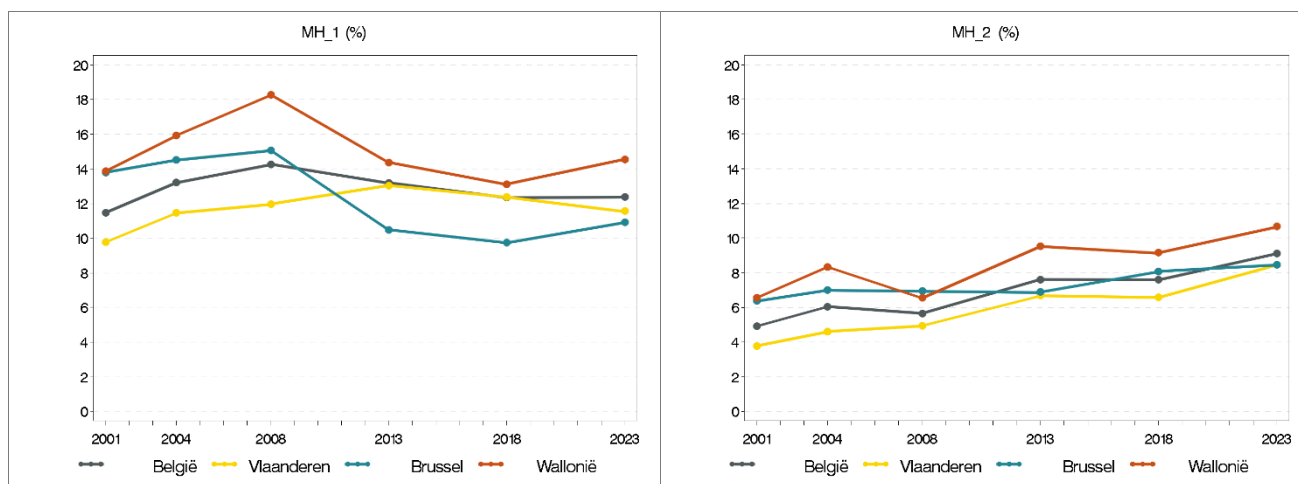
Het gebruik van **slaap- en kalmeermiddelen** is in de drie gewesten van het land significant gedaald, zelfs na correctie voor leeftijd en geslacht.

In Vlaanderen is het percentage mensen dat in 2023-24 **antidepressiva** gebruikt nog nooit zo hoog geweest (8,5%; significant verschillend van andere jaren, gaande van 3,8% tot 6,7%).

In Brussel neemt het gebruik van antidepressiva geleidelijk toe tussen 2001 (6,4%) en 2023-2024 (8,5%), en het verschil tussen deze twee jaren is significant ($p=0,05$).

In Wallonië gebruikt ongeveer één op de tien mensen (10,7%) **antidepressiva**, maar het verschil met de cijfers van de afgelopen tien jaar (9,2% - 9,5%) is niet significant.

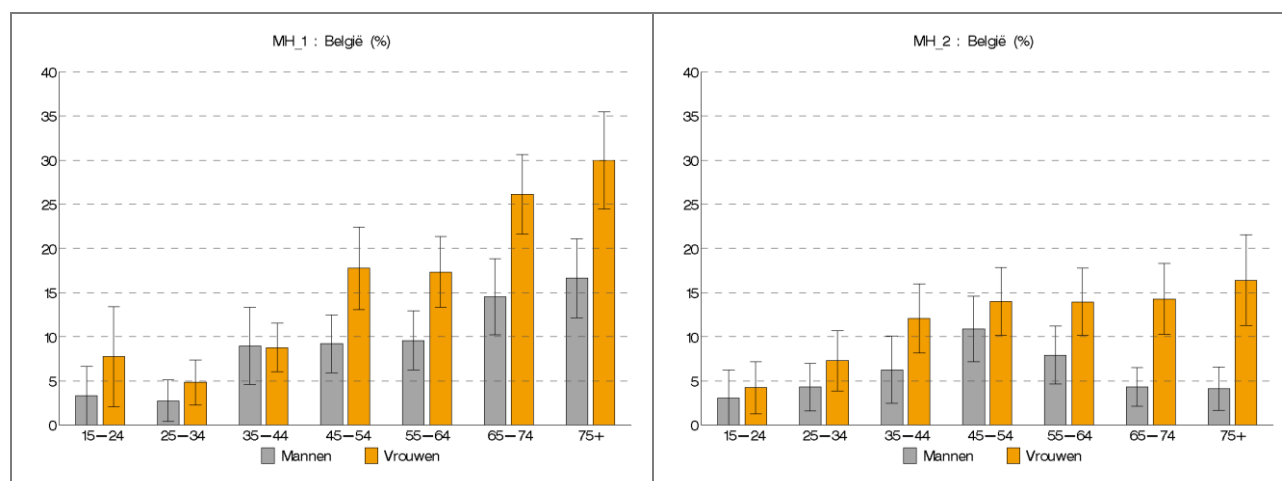
Figuur 31 • Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat slaap- en kalmeermiddelen (MH_1) of antidepressiva (MH_2) op voorschrift gebruikt, volgens regio en jaar, Gezondheidsenquête 2023-2024, België



6.3. Demografische verschillen

Vrouwen gebruiken significant vaker psychotrope geneesmiddelen dan mannen (21,1% tegenover 11,4%; $p<0,001$), zowel **slaap- en kalmeermiddelen** (15,7% tegenover 8,9%) als **antidepressiva** (11,9% tegenover 6,1%) (Figuur 32).

Figuur 32 • Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat slaap- en kalmeermiddelen (MH_1) of antidepressiva (MH_2) op voorschrift gebruikt, volgens geslacht en leeftijd, Gezondheidsenquête 2023-2024, België



Het gebruik van **slaap- en kalmeermiddelen** neemt toe met de leeftijd, zowel bij vrouwen als bij mannen. In totaal heeft 5,5% van de jongeren tussen 15 en 24 jaar in de twee weken voorafgaand aan de enquête een slaap- of kalmeermiddel gebruikt, terwijl dit percentage oploopt tot 24,2% bij 75-plussers (Figuur 32).

Ongeacht het geslacht neemt het gebruik van **antidepressiva** toe met de leeftijd tussen de groep van 15-24 jaar (3,6%) en die van 45-54 jaar (12,5%). Vanaf deze leeftijdsgroep stabiliseert het percentage vrouwen dat antidepressiva gebruikt, met een lichte stijging bij oudere vrouwen. Bij mannen daarentegen daalt het percentage dat antidepressiva gebruikt per leeftijdsgroep vanaf de leeftijd van 55 jaar (Figuur 32).

In 2023-24 gebruikt 6,6% van de vrouwen en 3,6% van de mannen **zowel** slaap- en kalmeermiddelen als antidepressiva. Tussen 15 en 34 jaar gebruikt 2,0 tot 2,6% beide soorten geneesmiddelen; dit is twee keer zoveel tussen 35 en 44 jaar (4,8%) en drie keer zoveel na 45-54 jaar (tussen 6,2% en 7,2%). Het gecombineerd gebruik van psychotrope middelen is echter gevaarlijk, omdat hun synergie het risico op bijwerkingen, cognitieve stoornissen, ongevallen en verslaving kan verhogen.

6.3.1. Regionale verschillen

Er zijn geen grote verschillen tussen de drie regio's wat betreft de verdeling, volgens geslacht en leeftijd, van personen die slaap- en kalmeermiddelen gebruiken of antidepressiva gebruiken.

In Vlaanderen evolueert het **gecombineerd gebruik** van psychotrope middelen in stappen. Het komt minder vaak voor bij jongeren van 15 tot 34 jaar (ongeveer 2%) en neemt toe vanaf 35-44 jaar (4,4%) tot 7,4% bij mensen van 75 jaar en ouder.

In Brussel komt het gecombineerd gebruik bij jongeren minder vaak voor: <1% tussen 15 en 34 jaar. De hoogste percentages worden genoteerd bij 55-64-jarigen (8,2%) en 75-plussers (8,3%).

In Wallonië is het percentage personen dat beide geneesmiddelen gebruikt al hoger bij 25-34-jarigen (5,2%) en bereikt het een piek bij 45-54-jarigen (10,5%). Personen van 75 jaar en ouder (3,9%) gebruiken deze geneesmiddelen hier minder vaak in combinatie dan personen van dezelfde leeftijd in de twee andere regio's (7,4%-8,3%).

6.3.2. Evolutie per leeftijdsgroep

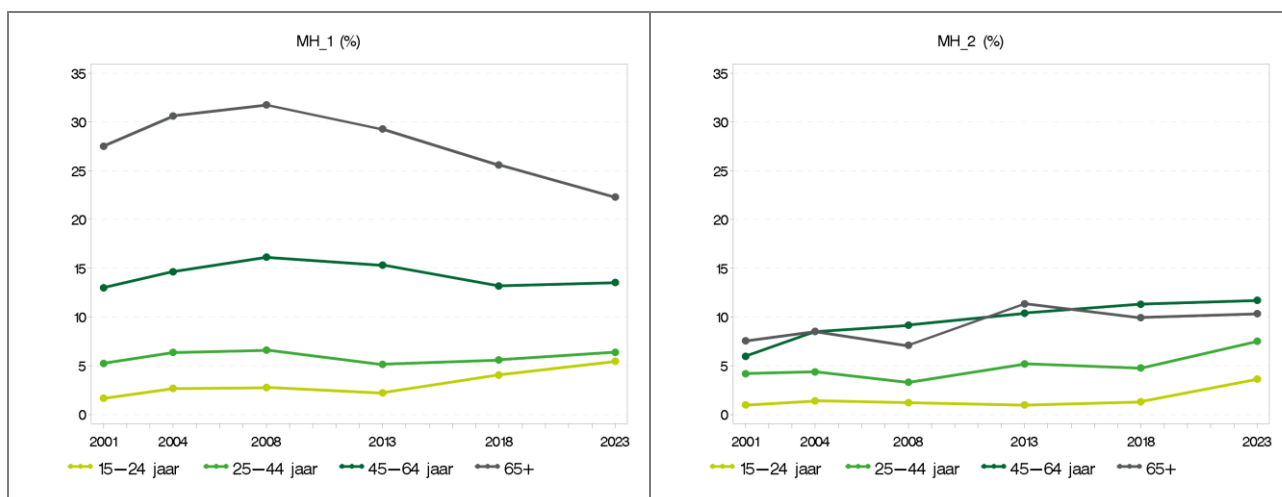
Het is belangrijk om het gebruik van **slaap- en kalmeermiddelen** in de loop van de tijd per leeftijdsgroep te volgen, omdat het gebruik ervan gepaard gaat met een verhoogd risico op vallen, verwarring en verslaving, vooral bij ouderen. Aangezien **antidepressiva** niet zonder bijwerkingen en leeftijdsgebonden risico's zijn, is het ook nuttig om de evoluties in het gebruik ervan per leeftijdsgroep te bestuderen.

Figuur 33:1 laat een gestage daling zien in het gebruik van **slaap- en kalmeermiddelen** in de groep van 65-plussers tussen 2008 (31,7%) en 2023-24 (22,3%; $p < 0,001$); deze groep blijft echter nog steeds de grootste gebruiker. Bovendien is het zorgwekkend dat het gebruik van slaap- en kalmeermiddelen onder jongeren van 15 tot 24 jaar tussen 2013 (2,2%), 2018 (4,1%) en 2023-24 (5,5%) (n.s.) toeneemt.

Wat **antidepressiva** betreft (Figuur 33:2), neemt het gebruik ervan voor het eerst toe bij jongeren (van 1,3% in 2018 tot 3,6% in 2023-24; $p = 0,01$) alsook bij volwassenen van 25 tot 44 jaar (van 4,8% tot 7,5%; $p = 0,02$). De frequentie is over het algemeen hoger bij 45-plussers, maar is sinds de laatste enquête relatief stabiel gebleven (n.s.): 11,3% tot 11,7% tussen 2018 en 2023-24 in de groep van 45-64 jaar en 9,9% tot 10,3% in de groep van 65-plussers.

Het **gecombineerd gebruik** van psychotrope geneesmiddelen is tussen 2004 en 2018 relatief stabiel gebleven per leeftijdsgroep. Daarna zien we een stijgende trend in het gecombineerd gebruik onder jongeren van 15 tot 24 jaar (van 0,5% in 2018 tot 2,0% in 2023-24; $p = 0,03$) en onder volwassenen van 25 tot 44 jaar (2,3% tot 3,7%; $p = 0,04$). Het is dus aangewezen om in de toekomst waakzaam te blijven voor het gecombineerd gebruik van psychotrope geneesmiddelen in deze leeftijdsgroepen.

Figuur 33 • Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat slaap- en kalmeermiddelen (MH_1) of antidepressiva (MH_2) op voorschrift gebruikt, volgens leeftijd en jaar, Gezondheidsenquête 2023-2024, België



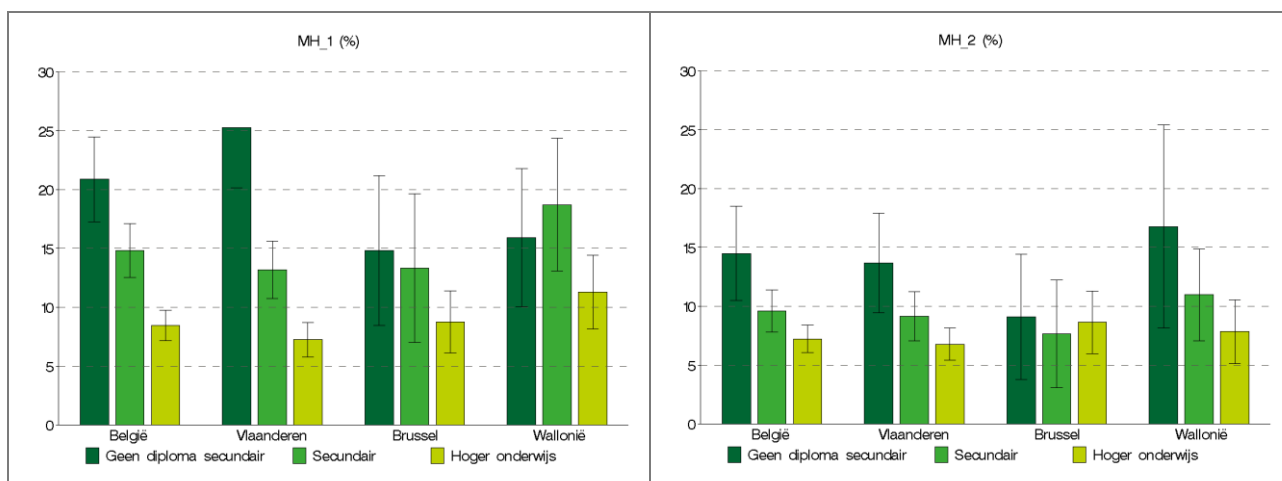
6.4. Socio-economische verschillen

Er is een significante sociale gradiënt waarneembaar in het gebruik van **slaap- en kalmeermiddelen**: 8,5% van de personen met een diploma hoger onderwijs gebruikt ze, 14,8% ($p < 0,001$) van de personen met een diploma secundair onderwijs en 20,9% ($p < 0,001$) van degenen zonder diploma secundair.

De gradiënt bestaat ook, maar in mindere mate, voor het gebruik van **antidepressiva**: het percentage daalt naarmate het opleidingsniveau stijgt, namelijk: 14,5% $\rightarrow$ 9,6% ($p = 0,03$) $\rightarrow$ 7,2% ($p = 0,02$).

Het gecombineerd gebruik is ook omgekeerd evenredig aan het opleidingsniveau: 3,0% bij afgestudeerden in het hoger onderwijs, een verdubbeling bij afgestudeerden in het secundair onderwijs (6,5%; $p < 0,001$) en een verdrievoudiging bij degenen die deze diploma's niet hebben (9,6%; $p < 0,001$).

Figuur 34 • Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat slaap- en kalmeermiddelen (MH_1) of antidepressiva (MH_2) op voorschrift gebruikt, volgens opleidingsniveau en regio, Gezondheidsenquête 2023-2024, België



6.4.1. Regionale verschillen

Voor **slaap- en kalmeermiddelen** (Figuur 34:1) is er in Vlaanderen een groot verschil tussen de drie opleidingsniveaus, gaande van 7,2% bij mensen met een diploma hoger onderwijs tot 25,3% bij degenen zonder diploma secundair onderwijs ($p < 0,001$). In Brussel is deze sociale gradiënt minder uitgesproken, gaande van 8,8% tot 14,8% ($p = 0,03$). In Wallonië vervaagt dit verschil: het zijn de mensen met een diploma secundair onderwijs die het meest consumeren (18,7% tegenover 11,3% bij mensen met een diploma hoger onderwijs; $p = 0,007$).

Voor **antidepressiva** (Figuur 34:2) ligt het percentage gebruikers in Vlaanderen en Wallonië dubbel zo hoog in de groep met het laagste opleidingsniveau (13,7%; $p = 0,001$ en 16,8%; $p = 0,02$) als in de groep met het hoogste opleidingsniveau (respectievelijk 6,8% en 7,9%). In Brussel is er geen significant verschil tussen de opleidingsniveaus wat het gebruik van antidepressiva betreft.

De sociale gradiënt is aanwezig met betrekking tot het **gecombineerd gebruik** van psychotrope middelen in elk van de drie gewesten van het land.

6.5. Verband met psychische stoornissen

De volgende analyses leggen een verband tussen het gebruik van psychotrope geneesmiddelen en de aanwezigheid van een psychische stoornis, zoals beoordeeld in de gezondheidsenquête.

6.5.1. Slaap- en kalmeermiddelen en psychische stoornissen

De resultaten tonen een duidelijk verband aan tussen het gebruik van **slaap- en kalmeermiddelen** en psychische stoornissen. Zo gebruikt 9,2% van de mensen zonder angst- of depressiestoornissen slaap- en kalmeermiddelen, 16,5% van de mensen met alleen een angststoornis, 19,6% van de mensen met alleen een depressieve stoornis en 35,7% van de mensen met een comorbide angst-depressieve stoornis (Figuur 35).

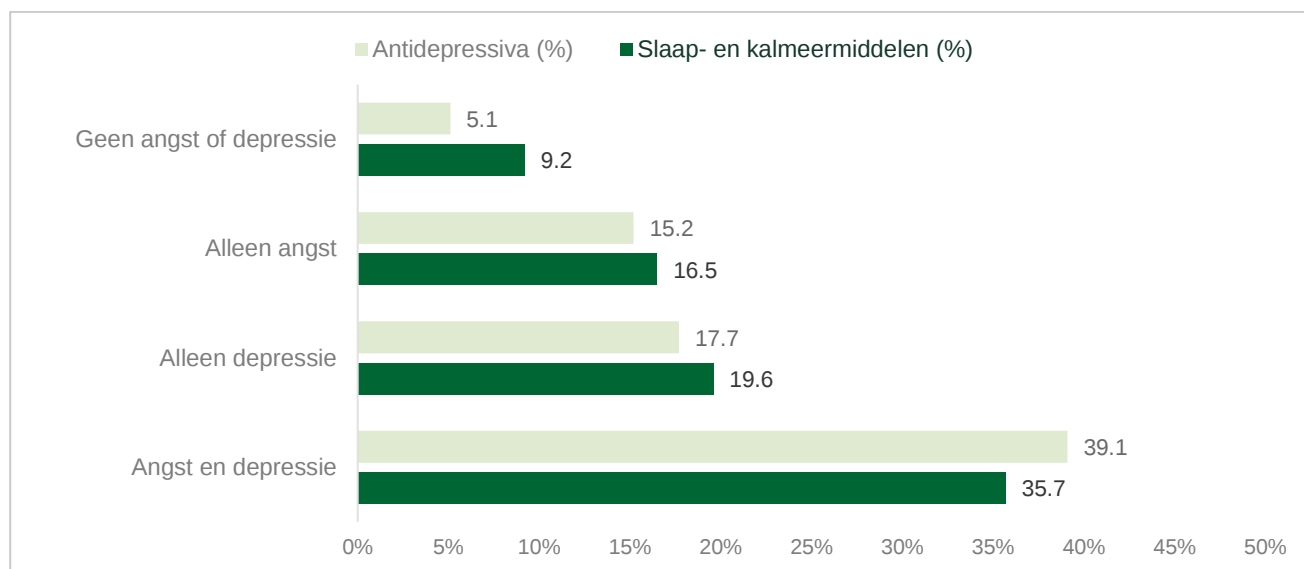
Na correctie voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau hebben personen met alleen angst of alleen depressie een twee tot drie keer hogere kans om slaap- of kalmeermiddelen te gebruiken ($p < 0,001$), terwijl personen die zowel aan angst als aan depressie lijden een ongeveer zes keer hogere kans hebben ($OR = 6,3$; $p < 0,001$).

Bovendien blijkt het gebruik van slaap- en kalmeermiddelen, wanneer gecontroleerd wordt voor dezelfde sociaal-demografische kenmerken en voor de aanwezigheid van angst- en depressieve stoornissen, ook geassocieerd te zijn met de aanwezigheid van eetstoornissen ($OR = 1,7$; $p = 0,001$).

Ten slotte gebruiken personen die in de afgelopen 12 maanden suïcidale gedachten hebben gehad of een suïcidepoging hebben ondernomen, proportioneel vaker voorgeschreven slaap- en kalmeermiddelen (suïcidale gedachten: 30,6% vs. 11,1%; $p = 0,001$; suïcidepoging: 45,5% vs. 11,9%; $p = 0,02$), verschillen die significant blijven na correctie voor sociaal-demografische factoren en voor angst en depressie.

Over het algemeen wijzen deze resultaten op een gebruik van slaap- en kalmeermiddelen dat in overeenstemming is met een klinische indicatie. De sterke associatie tussen het gebruik van slaap- en kalmeermiddelen, de comorbiditeit van angst en depressie en suïcidaal gedrag wijst echter op een aanzienlijke psychische kwetsbaarheid bij deze personen. Het benadrukt de noodzaak van een zorgvuldige medische opvolging en een toezicht op de voorschriften, bij gebrek aan opvolging door een specialist in de geestelijke gezondheid.

Figuur 35 • Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat slaap- en kalmeermiddelen (MH_1) of antidepressiva (MH_2) op voorschrift gebruikt, volgens de aanwezigheid van psychische stoornissen, Gezondheidsenquête 2023-2024, België



6.5.2. Antidepressiva en psychische stoornissen

Soortgelijke analyses zijn uitgevoerd voor het gebruik van antidepressiva. Zo geeft 5,1% van de personen zonder angst- of depressieve stoornissen aan antidepressiva te gebruiken, tegenover 15,2% van de personen met alleen een angststoornis, 17,7% van de personen met alleen een depressieve stoornis en 39,1% van de personen met een comorbiditeit van angst en depressie (Figuur 35).

Na correctie voor sociodemografische factoren is de kans op antidepressivagebruik ongeveer drie keer zo groot bij personen met een angststoornis ($OR = 3,7$; $p < 0,001$), vier keer zo groot bij personen met een depressieve stoornis ($OR = 4,3$; $p < 0,001$) en twaalf keer zo groot bij personen met zowel angst- als depressieve stoornissen ($OR = 12,1$; $p < 0,001$) in vergelijking met personen zonder deze stoornissen.

Eetstoornissen worden ook in verband gebracht met het gebruik van antidepressiva: 14,9% van de mensen met deze stoornissen gebruikt ze, tegenover 8,0% van de mensen zonder deze stoornissen. Wanneer echter wordt gecontroleerd voor sociaal-demografische factoren en voor angst- en depressieve stoornissen, is dit verband niet langer significant, wat erop wijst dat het waargenomen effect voornamelijk te wijten is aan de aanwezigheid van deze angst- en/of depressieve stoornissen.

Het gebruik van antidepressiva is aanzienlijk hoger bij mensen met suïcidale gedachten (31,2%) of die in de afgelopen 12 maanden een suïcidepoging hebben ondernomen (54,1%), in vergelijking met mensen die deze gedachten niet hebben gehad of geen poging hebben ondernomen (ongeveer 8%). Na correctie voor sociaal-demografische factoren en voor angst en depressie, blijven de verbanden tussen het gebruik van antidepressiva en suïcidale gedachten ($OR = 2,8$; $p < 0,001$) of suïcidepogingen ($OR = 6,8$; $p = 0,004$) significant.

Het gebruik van antidepressiva is dus vooral geconcentreerd bij mensen met angst- of depressieve stoornissen of suïcidaal gedrag, wat een passend gebruik in overeenstemming met de klinische behoeften weerspiegelt. Voor mensen met een complexe psychopathologie wordt echter aanbevolen om een gerichte opvolging te garanderen, waarbij een behandeling met geneesmiddelen wordt gecombineerd met psychotherapeutische begeleiding.

7. Professionele begeleiding

De gezondheidsenquête van 2023-2024 behandelt het thema van het zoeken van professionele hulp voor behoeften op het gebied van geestelijke gezondheid aan de hand van twee vragen:

Vragen

AD.03

Hebt u ooit professionele hulp gezocht omwille van geestelijke, psychische of emotionele gezondheidsproblemen?

☐ ¹ Ja, in de afgelopen 12 maanden

☐ ² Ja, maar meer dan 12 maanden geleden

☐ ³ Nee, nooit

⇒ Ga naar SU.01 op pagina 10

AD.04

Op welk soort professionele hulp deed u een beroep voor deze geestelijke, psychische of emotionele gezondheidsproblemen?

Meerdere antwoorden mogelijk

☐ ¹ Online hulp of telefonische gespecialiseerde hulp (Teleonthaal, zelfmoordlijn...)

☐ ² Huisarts

☐ ³ Psychiater

☐ ⁴ Psycholoog of psychotherapeut

☐ ⁵ Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)

☐ ⁶ Ambulant hulpverleningscentrum

☐ ⁷ Residentieel hulpverleningscentrum

☐ ⁸ Psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis

☐ ⁹ Andere gezondheidswerker, specificeer: _____

☐ ¹⁰ Andere gezondheidszorginstelling, specificeer: _____

Indicatoren

De indicator AD03_1 geeft een algemeen overzicht van het percentage van de bevolking dat ooit professionele hulp heeft gezocht voor geestelijke gezondheidsproblemen, met drie categorieën: “nooit”, “meer dan 12 maanden geleden” (of in het verleden) en “in de afgelopen 12 maanden” (of recent). De indicator omvat dus de gehele bevolking van 15 jaar en ouder, zonder verwijzing naar eerdere vragen die dienen om angst-, depressie- of eetstoornissen op te sporen.

7.1. Prevalentie

In totaal geeft 33,0% van de bevolking aan ooit professionele hulp te hebben gezocht voor problemen in verband met de geestelijke gezondheid; 14,1% deed dit in de afgelopen 12 maanden (“recent”) en 18,9% eerder, d.w.z. vóór deze periode (“in het verleden”).

7.1.1. Regionale verschillen

De verdeling in Vlaanderen is vergelijkbaar met die op nationaal niveau. Brussel en Wallonië onderscheiden zich echter wat betreft het recent beroep doen op professionele hulp: het percentage is hoger in Brussel (19,1%) en lager in Wallonië (12,4%).

7.2. Demografische verschillen

Vrouwen hebben vaker professionele hulp gezocht voor problemen in verband met de geestelijke gezondheid dan mannen, zowel in het verleden (22,6% tegenover 15,1%; $p < 0,001$) als in de afgelopen 12 maanden (16,8% tegenover 11,1%; $p < 0,001$).

Ouderen hebben het vaakst nooit professionele hulp voor hun geestelijke gezondheid gezocht: dit geldt voor 79,7% van de 65-74-jarigen en 89,2% van de 75-plussers. Omgekeerd komt het zoeken naar professionele hulp (zowel in het verleden als recent) het meest voor bij personen van 25 tot 54 jaar, met percentages die variëren van 40,3% tot 44,0% naargelang de leeftijdsgroep. Ten slotte geeft 34,8% van de jongsten (15-24 jaar) aan professionele hulp te hebben gezocht voor problemen in verband met geestelijke gezondheid: 19,4% in het verleden en 15,4% in de afgelopen 12 maanden.

7.2.1. Regionale verschillen

In het Waals Gewest wordt het minst vaak professionele hulp gezocht: 77,9% van de mannen en 62,8% van de vrouwen heeft er nog nooit naar gezocht, tegenover 68,5% van de mannen en 57,9% van de vrouwen in het Brussels Gewest. In het Brussels Gewest is het verschil tussen mannen en vrouwen wat betreft recent beroep op professionele hulp (respectievelijk 18,1% en 20,0%; n.s.) het minst uitgesproken van het hele land.

In het Vlaams Gewest melden personen tussen 35 en 44 jaar (47,3%) het vaakst professionele hulp te hebben gezocht, voornamelijk in het verleden (27,2%). Het recente beroep betreft vooral personen tussen 15 en 44 jaar (van 19,0% tot 21,3%) en neemt vervolgens af met de leeftijd.

In het Brussels Gewest hebben vooral personen tussen 25 en 44 jaar recent hulp gezocht (ongeveer 25%), terwijl 16,8% van de jongeren tussen 15 en 24 jaar aangeeft in de afgelopen 12 maanden hulp te hebben gezocht.

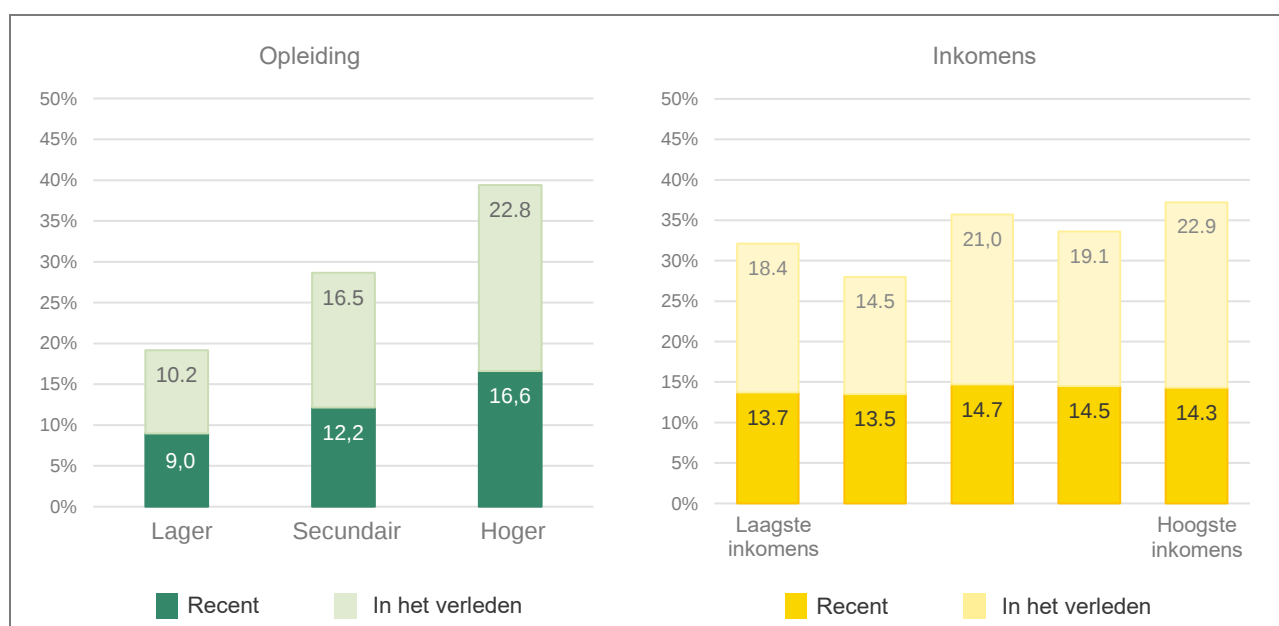
In het Waals Gewest zijn de mensen die het vaakst in het verleden of recent hulp hebben gezocht degenen tussen 45 en 54 jaar (43,5%), wat een hogere leeftijd is dan in de twee andere gewesten. Van de jongeren tussen 15 en 24 jaar geeft slechts 8,9% aan professionele hulp te hebben gezocht voor psychische problemen.

7.3. Socio-economische verschillen

Er is een duidelijk sociale gradiënt waarneembaar in het zoeken van professionele hulp bij psychische problemen. Amper 19,2% van de personen zonder diploma secundair onderwijs heeft ooit hulp gezocht, tegenover 28,7% van de personen met een diploma secundair onderwijs en 39,5% ($p < 0,001$) van de personen met een diploma hoger onderwijs. Deze gradiënt is zichtbaar zowel voor hulp in het verleden als voor meer recent (Figuur 35).

De verschillen volgens inkomensniveau lijken daarentegen genuanceerder. Het percentage mensen dat in het verleden professionele hulp heeft gezocht is lager in de twee laagste inkomenscategorïeën (14,5% en 18,4%) dan in de hogere inkomenscategorïeën (19,1% tot 22,9%), zonder dat er een duidelijke gradiënt ontstaat en zonder dat er een significant verschil is. Het is echter opmerkelijk dat er geen verschil wordt waargenomen tussen de inkomensgroepen wat betreft recente hulp, dat slechts varieert van 13,7% bij mensen met de laagste inkomens tot 14,3% bij mensen met de hoogste inkomens.

Figuur 36 • Verdeling (%) van de bevolking van 15 jaar en ouder dat professionele hulp heeft gezocht voor geestelijke gezondheidsproblemen, recent of in het verleden, volgens 1) opleidingsniveau en 2) inkomensniveau, Gezondheidsenquête 2023-2024, België



Samengevat kan worden gesteld dat het gebruik van professionele hulp op het gebied van geestelijke gezondheid nog steeds sociaal gedifferentieerd is, maar dat het, althans in de meest recente periode, meer verband lijkt te houden met het opleidingsniveau dan met de economische middelen. Dit zou kunnen betekenen dat de financiële toegankelijkheid van zorg is verbeterd of dat de nog steeds bestaande ongelijkheden eerder te maken hebben met sociaal-culturele en cognitieve aspecten, zoals gezondheidsvaardigheden, de perceptie van psychische stoornissen of het stigma dat aan het vragen om hulp kleeft. Hoe dan ook, als deze bevindingen worden bevestigd, onderstrepen ze het belang van het verbeteren van de financiële toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg en van het ondersteunen van voorlichtings- en educatiecampagnes op het gebied van geestelijke gezondheid om een eerlijker gebruik van hulpdiensten te bevorderen.

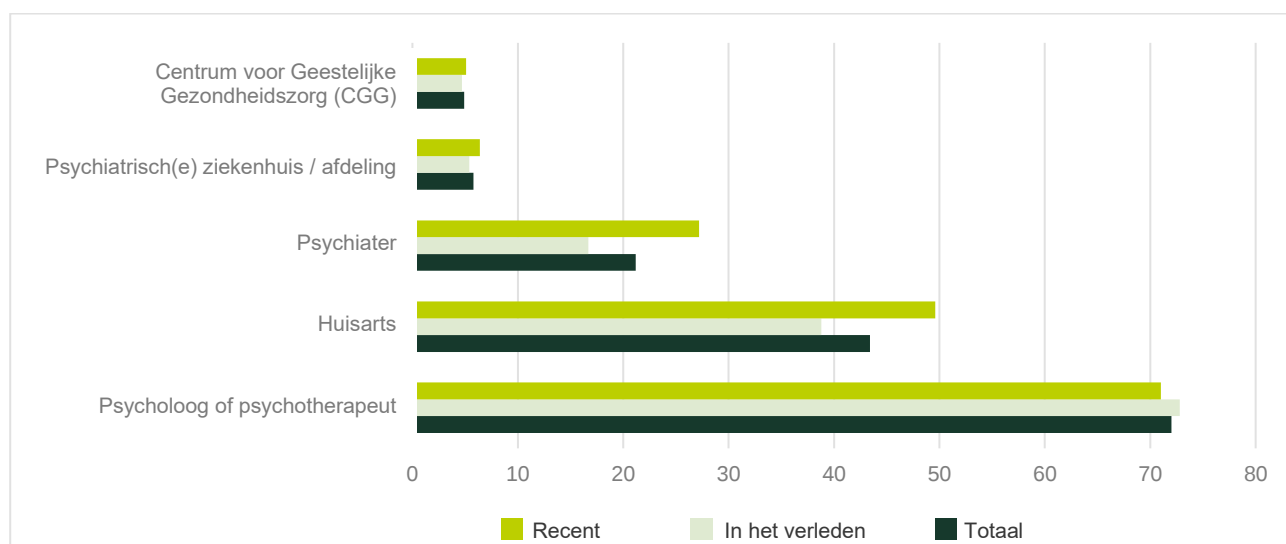
7.4. Ingeschakelde professionele hulp

De volgende analyses hebben betrekking op het type professionele hulp dat wordt ingeschakeld voor geestelijke gezondheidsproblemen, op basis van vraag AD.04 van de enquête. Ze omvatten de vijf categorieën van dienstverleners die het vaakst worden genoemd door personen die hebben aangegeven professionele hulp te hebben gezocht. Er wordt een onderscheid gemaakt naar gelang van de periode waarin de persoon professionele hulp heeft gezocht.

Het is belangrijk op te merken dat meerdere antwoorden konden gegeven worden op vraag AD.04: eenzelfde persoon kon dus meerdere zorgverleners of diensten vermelden op wie hij of zij tijdens zijn of haar zorgtraject een beroep heeft gedaan. Bovendien is het onderscheid tussen “recent” (in de afgelopen 12 maanden) en “in het verleden” gebaseerd op een achteraf gemaakte indeling op basis van vraag AD.03, en niet op een directe vermelding door de respondent van het tijdstip waarop hij of zij elke zorgverlener heeft geraadpleegd. Ondanks deze beperking kunnen uit de analyse algemene trends worden afgeleid over de evolutie van de toegang tot geestelijke gezondheidszorg.

Figuur 37 toont de verdeling volgens type professionele hulp waarop beroep wordt gedaan in verband met geestelijke gezondheid. De overgrote meerderheid van de betrokken personen (72, 0%) wendde zich tot een psycholoog of psychotherapeut, zowel in het verleden als in de afgelopen 12 maanden. De huisarts is een belangrijke hulpbron voor 43,4% van de mensen die ondersteuning zoeken, met een iets hoger percentage voor een recent beroep (49,6%) dan voor een beroep in het verleden (38,8%).

Figuur 37 • Percentage van de personen van 15 jaar en ouder dat beroep heeft gedaan op professionele hulp voor geestelijke gezondheidsproblemen, volgens type van professionele hulp en volgens periode, Gezondheidsenquête 2023-2024, België



De psychiater komt op de derde plaats (21,2%) en blijkt ook vaker te zijn ingeschakeld in de afgelopen 12 maanden (27,2%) dan in het verleden (16,7%). Ten slotte heeft ongeveer 5% zich tot een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) gewend, en een vergelijkbaar percentage (ongeveer 5%) is behandeld in een psychiatrisch ziekenhuis of een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis. Deze percentages blijven stabiel, ongeacht de beschouwde periode.

CONCLUSIE DEEL 2

Algemene prevalentie en evolutie

De resultaten van de gezondheidsenquête 2023-2024 wijzen op een hoge prevalentie en, voor verschillende indicatoren, een toename van psychische stoornissen in België. Bijna één op de zes personen (17,9%) van 15 jaar en ouder heeft een angststoornis, een depressieve stoornis of beide, wat een aanzienlijke stijging is ten opzichte van 2018 (14,4%).

Angststoornissen komen voor bij 12,8% van de bevolking en depressieve stoornissen bij 12,7%, terwijl een majeure depressieve stoornis 6,8% treft. Deze percentages behoren tot de hoogste sinds het begin van de monitoring in 2001. De prevalentie van eetstoornissen van het type anorexia/boulimia blijft de afgelopen tien jaar rond de 8% schommelen. Daarnaast heeft 5,5% van de bevolking recent suïcidale gedachten gehad en hebben zes op de duizend mensen het afgelopen jaar een suïcidepoging ondernomen; beide cijfers zijn gestegen.

Ten slotte heeft 14,1% van de personen van 15 jaar en ouder een beroep gedaan op een zorgprofessional voor een probleem in verband met hun geestelijke gezondheid. Het gebruik van psychotrope geneesmiddelen blijft hoog - maar lijkt vaak klinisch gerechtvaardigd - met 12,4% die slaap- en kalmeermiddelen gebruikt en 9,1% die antidepressiva gebruikt.

Al deze indicatoren wijzen op een aanzienlijke en toenemende last van psychische stoornissen onder de bevolking van 15 jaar en ouder, een zorgwekkende trend op het gebied van de volksgezondheid, maar die ook gevolgen heeft voor andere domeinen van het sociale en economische leven.

Verschillen volgens geslacht, leeftijd, sociaaleconomische status en regio

Uit de analyses komen duidelijke verschillen naar voren op basis van de demografische kenmerken en sociale status van burgers. Vrouwen hebben vaker last van angst-, depressieve en eetstoornissen, terwijl mannen vergelijkbare percentages rapporteren als vrouwen met betrekking tot suïcidale gedachten en recente suïcidepogingen.

Jongeren van 15 tot 24 jaar vormen een bijzondere risicogroep: bijna een op de vier jongeren heeft een angst- en/of depressieve stoornis en zij melden ook het vaakst eetstoornissen (anorexia/boulimia en eetbuistoornis) en suïcidale gedachten en pogingen. In verband hiermee zien we ook een stijgende trend in het gebruik van slaap- en kalmeermiddelen en antidepressiva bij jongeren en jongvolwassenen, wat gedeeltelijk een tekort aan zorgaanbod zou kunnen weerspiegelen terwijl de vraag naar zorg toeneemt.

De sociale ongelijkheden zijn groot en blijven bestaan, met een systematisch hogere prevalentie van psychische stoornissen bij mensen met een laag opleidingsniveau of inkomen. Geografisch gezien vertoont het Waals Gewest de hoogste percentages voor de meeste geestelijke gezondheidsindicatoren, gevolgd door het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Het Vlaams Gewest vertoont waarden die onder het nationale gemiddelde liggen, hoewel ook daar de trends stijgend zijn.

Uitdagingen voor preventie op het gebied van geestelijke gezondheid

Deze resultaten onderstrepen het belang van een versterking van het beleid voor preventie en bevordering van de geestelijke gezondheid, waarbij prioriteit wordt gegeven aan jongeren en sociaal benadeelde groepen. De consolidatie van het aanbod van eerstelijns psychologische zorg, de sensibilisering en versterking van de geestelijke gezondheidsvaardigheden, de verbetering van de financiële en geografische toegankelijkheid van de diensten, en de integratie van benaderingen van geestelijke gezondheid in het onderwijs en de beroepswereld zijn essentiële actielijnen.

De hoge frequentie van comorbiditeit tussen angst, depressie en eetstoornissen, en het verband daarvan met suïcidale gedachten en pogingen, pleiten voor een multidisciplinaire en gecoördineerde aanpak van de gezondheidszorg, waarbij psychologische en somatische diensten en sociale voorzieningen worden

geïntegreerd. Ten slotte mag de schijnbare stabiliteit van bepaalde algemene indicatoren niet verhullen dat er bij bepaalde kwetsbaardere subgroepen een toename wordt waargenomen, noch dat psychische stoornissen een steeds grotere last vormen voor de volksgezondheid in België.

OVERZICHTSTABELLEN

Tabel 6 • Evolutie van psychische stoornissen (%) in België, Gezondheidsenquête 2023-2024

	2004	2008	2013	2018	2023 2024
Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat...:					
een gegeneraliseerde angststoornis heeft	6,1	6,5	10,1	11,2	12,8
een depressieve stoornis heeft	8,0	9,5	14,8	9,4	12,7
een majeure depressieve stoornis heeft	-	-	-	4,8	6,8
een angststoornis of depressieve stoornis of beide heeft	9,7	11,2	16,2	14,4	17,9
een eetstoornis (anorexia/boulimia) heeft	-	-	8,3	7,2	7,8
periodes van eetbuien heeft	-	-	-	-	9,7
al suïcidale gedachten heeft gehad	12,2	11,7	13,8	13,9	13,4
suïcidale gedachten heeft gehad in de afgelopen 12 maanden	-	3,6	5,0	4,3	5,5
al eens een suïcidepoging heeft ondernomen	3,7	4,9	4,2	4,3	4,5
een suïcidepoging in de afgelopen 12 maanden heeft ondernomen	0,4	0,4	0,5	0,2	0,6
slaap- en kalmeermiddelen gebruikt	13,2	14,3	13,2	12,3	12,4
antidepressiva gebruikt	6,0	5,7	7,6	7,6	9,1
professionele hulp heeft gezocht (< 12 maanden)	-	-	-	-	14,1

Tabel 7 • Evolutie van psychische stoornissen (%) in het Vlaams Gewest, Gezondheidsenquête 2023-2024

	2004	2008	2013	2018	2023 2024
Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat...:					
een gegeneraliseerde angststoornis heeft	5,3	5,8	9,2	8,6	11,2
een depressieve stoornis heeft	6,8	8,2	13,3	6,4	10,8
een majeure depressieve stoornis heeft	-	-	-	3,2	5,6
een angststoornis of depressieve stoornis of beide heeft	8,4	9,6	14,8	11,0	15,5
een eetstoornis (anorexia/boulimia) heeft	-	-	6,4	5,7	6,0
periodes van eetbuien heeft	-	-	-	-	10,6
al suïcidale gedachten heeft gehad	9,8	9,8	12,6	12,9	12,0
suïcidale gedachten heeft gehad in de afgelopen 12 maanden	-	2,9	4,9	3,3	4,0
al eens een suïcidepoging heeft ondernomen	2,3	4,0	3,4	3,4	3,7
een suïcidepoging in de afgelopen 12 maanden heeft ondernomen	0,3	0,4	0,5	0,1	0,7
slaap- en kalmeermiddelen gebruikt	11,5	12,0	13,0	12,4	11,6
antidepressiva gebruikt	4,6	4,9	6,7	6,6	8,5
professionele hulp heeft gezocht (< 12 maanden)	-	-	-	-	14,2

Tabel 8 • Evolutie van psychische stoornissen (%) in het Brussels Gewest, Gezondheidsenquête 2023-2024

	2004	2008	2013	2018	2023 2024
Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat...:					
een gegeneraliseerde angststoornis heeft	7,0	9,1	11,7	12,4	13,4
een depressieve stoornis heeft	9,5	13,8	18,2	12,8	14,7
een majeure depressieve stoornis heeft	-	-	-	6,2	8,0
een angststoornis of depressieve stoornis of beide heeft	11,5	15,8	19,8	17,3	18,7
een eetstoornis (anorexia/boulimia) heeft	-	-	12,6	10,1	9,3
periodes van eetbuien heeft	-	-	-	-	9,3
al suïcidale gedachten heeft gehad	16,6	16,1	17,5	14,3	12,5
suïcidale gedachten heeft gehad in de afgelopen 12 maanden	-	5,5	5,5	4,9	6,3
al eens een suïcidepoging heeft ondernomen	5,6	6,2	5,8	4,2	3,0
een suïcidepoging in de afgelopen 12 maanden heeft ondernomen	0,6	0,5	0,6	0,3	0,0
slaap- en kalmeermiddelen gebruikt	14,5	15,1	10,5	9,7	10,9
antidepressiva gebruikt	7,0	7,0	6,9	8,1	8,5
professionele hulp heeft gezocht (< 12 maanden)	-	-	-	-	19,1

Tabel 9 • Evolutie van psychische stoornissen (%) in het Waals Gewest, Gezondheidsenquête 2023-2024

	2004	2008	2013	2018	2023 2024
Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ...:					
een gegeneraliseerde angststoornis heeft	7,3	7,2	11,4	15,5	16,1
een depressieve stoornis heeft	9,7	11,0	16,8	13,8	16,1
een majeure depressieve stoornis heeft	-	-	-	7,4	9,1
een angststoornis of depressieve stoornis of beide heeft	11,6	13,0	18,3	19,8	22,8
een eetstoornis (anorexia/boulimia) heeft	-	-	11,2	9,1	11,4
periodes van eetbuien heeft	-	-	-	-	7,9
al suïcidale gedachten heeft gehad	15,5	14,4	15,5	15,8	16,5
suïcidale gedachten heeft gehad in de afgelopen 12 maanden	-	4,5	5,1	5,9	8,6
al eens een suïcidepoging heeft ondernomen	5,9	6,4	5,5	6,0	6,4
een suïcidepoging in de afgelopen 12 maanden heeft ondernomen	0,6	0,5	0,3	0,4	0,4
slaap- en kalmeermiddelen gebruikt	15,9	18,3	14,4	13,1	14,6
antidepressiva gebruikt	8,3	6,6	9,5	9,2	10,7
professionele hulp heeft gezocht (< 12 maanden)	-	-	-	-	12,4

REFERENTIES

1. World Health Organization. Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements for ICD-11 Mental, Behavioural and Neurodevelopmental Disorders. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2024.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5-TR. American Psychiatric Association Publishing; 2022. Available from: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425787>
3. World Health Organization. World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2022.
4. Sciensano. Coronavirus Covid-19. Situation épidémiologique. Série “rapports enquêtes de santé publique”. Enquête 1 (Avril 2020) à 10 (Avril 2022). Available from: <https://covid-19.sciensano.be/fr/covid-19-situation-epidemiologique>
5. Doré I, Caron J. Santé mentale : concepts, mesures et déterminants. Santé Mentale Au Québec. 2017;42(1):125–45.
6. OECD [Internet]. OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being. Available from: https://www.oecd.org/en/publications/oecd-guidelines-on-measuring-subjective-well-being_9789264191655-en.html
7. Ramar K, Malhotra RK, Carden KA, Martin JL, Abbasi -Feinberg Fariha, Aurora RN, et al. Sleep is essential to health: an American Academy of Sleep Medicine position statement. J Clin Sleep Med. 2021;17(10):2115–9.
8. Scott AJ, Webb TL, Martyn-St James M, Rowse G, Weich S. Improving sleep quality leads to better mental health: A meta-analysis of randomised controlled trials. Sleep Med Rev. 2021 Dec;60:101556.
9. Snyder E, Cai B, DeMuro C, Morrison MF, Ball W. A New Single-Item Sleep Quality Scale: Results of Psychometric Evaluation in Patients With Chronic Primary Insomnia and Depression. J Clin Sleep Med. 14(11):1849–57.
10. Goldberg DP, Williams P (1988). A User's Guide to the General Health Questionnaire. Windsor nferNelson - References - Scientific Research Publishing. Available from: <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=189650>
11. Koeter MWJ, Ormel J. General Health Questionnaire: Nederlandse bewerking. Handleiding. 1991;Lisse: Swets&Zeitlinger.
12. Carver CS, Scheier MF, Segerstrom SC. Optimism. Clin Psychol Rev. 2010 Nov;30(7):879–89.
13. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. Arch Intern Med. 2006 May 22;166(10):1092.
14. PubMed Central Link [Internet]. [cited 2024 Feb 29]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1495268/>
15. Groen RN, Ryan O, Wigman JTW, Riese H, Penninx BWJH, Giltay EJ, et al. Comorbidity between depression and anxiety: assessing the role of bridge mental states in dynamic psychological networks. BMC Med. 2020 Sep 29;18(1):308.
16. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. 1999 Dec 4 [cited 2025 Oct 5]; Available from: <https://www.bmj.com/content/319/7223/1467>
17. Herman BK, Deal LS, DiBenedetti DB, Nelson L, Fehnel SE, Brown TM. Development of the 7-Item Binge-Eating Disorder Screener (BEDS-7). Prim Care Companion CNS Disord. 2016;18(2).
18. WHO SUPRE-MISS Protocol [Internet]. [cited 2025 Oct 3]. Available from: <https://www.guichetdusavoir.org/upload/mediatheque/document/post-2-1089379434.pdf>

CONTACT

Lydia Gisle • T+32 2 642 57 53 • Lydia.Gisle@sciensano.be

OVER SCIENSANO

Sciensano is een openbaar en onafhankelijk wetenschappelijk instituut, dat zich inzet voor de gezondheid van mens en dier en hun omgeving.

We doen wetenschappelijk onderzoek en surveillance, en ondersteunen de overheid en verschillende agentschappen en organisaties met expertise, adviezen en diensten op vlak van gezondheid.

Sciensano hecht veel belang aan het One Health-principe, dat benadrukt dat de gezondheid van mens, dier en hun omgeving onderling verbonden zijn. Daarom is ons onderzoek interdisciplinair en integreert het verschillende invalshoeken.

Met meer dan duizend medewerkers en 120 jaar aan wetenschappelijke expertise, is Sciensano een gerenommeerd wetenschapsinstituut, dat deel uitmaakt van verschillende internationale wetenschappelijke netwerken.

MEER INFO

Gezondheidsenquête:

www.gezondheidsenquête.be • HIS@sciensano.be

Sciensano :

Sciensano.be • info@sciensano.be

Juliette Wytsmanstraat 14 • Brussel • België • T + 32 2 642 51 11