

# MENTALE GEZONDHEID VAN PERSONEN DIE DRUGS GEBRUIKEN TIJDENS DE COVID-19 PANDEMIE IN BELGIË

Resultaten van de online COVID-19-drugsenquête  
en COVID-19-gezondheidsenquête  
in 2020-2021

-

Helena Bruggeman • Jérôme Antoine • Lies Gremeaux •  
Els Plettinckx • Luk Van Baelen

# WIE WE ZIJN

---

SCIENSANO telt meer dan 700 medewerkers die zich elke dag opnieuw inzetten voor ons motto: levenslang gezond. Zoals uit onze naam blijkt, vormen wetenschap en gezondheid de kern van ons bestaan. De kracht van Sciensano ligt in de holistische en multidisciplinaire benadering van gezondheid. Onze aandacht gaat daarbij uit naar het nauwe en onlosmakelijke verband tussen de gezondheid van mensen en die van dieren, en hun omgeving (het “One health” concept). Daarom combineren we meerdere invalshoeken in ons onderzoek om op een unieke manier bij te dragen aan ieders gezondheid.

Sciensano kan hiervoor verder bouwen op de meer dan 100 jaar wetenschappelijke expertise van het voormalige Centrum voor Onderzoek in Diergeneeskunde en Agrochemie (CODA) en het vroegere Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV).

**Sciensano**

Epidemiologie en volksgezondheid – Levensstijl en chronische ziekten

Augustus 2021 • Brussel • België

**Helena Bruggeman**

**Lies Gremeaux**

**Jérôme Antoine**

**Els Plettinckx**

**Luk Van Baelen**

Contactinformatie: • [bmccda@sciensano.be](mailto:bmccda@sciensano.be)

Gelieve naar deze publicatie te refereren als: J. Antoine, H. Bruggeman, L. Gremeaux, E. Plettinckx, L. Van Baelen. Mentale gezondheid van personen die drugs gebruiken tijdens de covid-19 pandemie in België. Resultaten van de online COVID-19-drugsenquête en COVID-19-gezondheidsenquête in 2020-2021. Sciensano: Brussel, België; Depotnummer: D/2021/14.440/66. Beschikbaar op: [www.sciensano.be](http://www.sciensano.be)



# INHOUDSTAFEL

<b>SAMENVATTING</b> .....	<b>6</b>
<b>DRUGGEBRUIK EN MENTALE GEZONDHEID TIJDENS DE COVID-19 PANDEMIE</b> .....	<b>7</b>
<b>1. Inleiding</b> .....	<b>7</b>
<b>2. Methodologie</b> .....	<b>8</b>
2.1. DE BEVRA GINGEN .....	8
2.2. RECRUTERING EN INCLUSIECRITERIA .....	9
2.3. GEBRUIKTE SCHALEN VOOR HET METEN VAN MENTALE GEZONDHEID .....	9
2.4. ANALYSE VAN DE GEGEVENS .....	10
<b>3. Resultaten</b> .....	<b>12</b>
3.1. PROFIEL VAN DE RESPONDENTEN .....	12
3.1.1. PWUD versus Algemene bevolking .....	12
3.1.2. Gebruik van cannabis versus stimulerende middelen .....	13
3.2. MENTALE GEZONDHEID .....	14
3.2.1. PWUD versus Algemene bevolking .....	14
3.2.2. Gebruik van cannabis versus stimulerende middelen .....	16
3.3. RISICOFACTOREN VOOR GEGENERALISEERDE ANGSTSTOORNIS EN DEPRESSIEVE STEMMINGSSTOORNISSEN BIJ DE VERSCHILLENDE GROEPEN .....	17
3.3.1. Algemene bevolking .....	17
3.3.2. Gebruikers van cannabis .....	18
3.3.3. Gebruikers stimulerende middelen .....	19
<b>4. Discussie</b> .....	<b>20</b>
<b>REFERENTIES</b> .....	<b>27</b>
<b>BIJLAGEN</b> .....	<b>32</b>

# SAMENVATTING

---

Het doel van deze studie is na te gaan hoe de mentale gezondheid van personen die drugs gebruiken (PWUD, People Who Use Drugs), evolueerde tijdens de COVID-19-crisis over 3 verschillende periodes (april 2020, november 2020 en maart 2021). Bijkomend bekijken we of deze evolutie anders verliep dan bij de algemene bevolking. Hiervoor werd er een beroep gedaan op enerzijds de resultaten van de COVID-19-drugsenquête (PWUD) en de COVID-19-gezondheidsenquête (algemene bevolking), beide uitgevoerd door Sciensano.

De resultaten van de volgende schalen werden gebruikt als indicatoren van de mentale gezondheid: GAD-7 (angst), PHQ-9 (depressie) en de eenzaamheidsschaal van De Jong Gierveld.

Uit de resultaten blijkt dat de COVID-19-crisis, zowel binnen de algemene bevolking als binnen de specifieke doelgroep PWUD, een sterke impact heeft op de mentale gezondheid. Bovendien blijkt de stijging in angst en depressie doorheen de tijd sterker bij PWUD.

- In **april 2020** (aan het begin van de COVID-19-crisis) was er geen significant verschil in de prevalentie van angst en depressie tussen de algemene bevolking en de groep van mensen die drugs gebruiken.
- Na 6 maanden (**oktober-november 2020**) was de kans op het vertonen van symptomen van angst 60% groter voor de groep PWUD in vergelijking met de algemene bevolking. De kans op het vertonen van symptomen van een depressie was dubbel zo groot voor de personen die drugs gebruiken in vergelijking met de algemene bevolking.
- Ook in **maart 2021** was de kans op symptomen van angst en depressie significant groter (respectievelijk 39% en 45%) in de groep PWUD in vergelijking met de algemene bevolking.

De mensen die binnen beide populaties het meest kwetsbaar zijn voor angst- en depressiestoornissen en waarbij extra aandacht aangewezen is, zijn vrouwen en diegenen die geen betaalde job hebben. Ook laagopgeleiden en alleenwonenden (in de algemene bevolking en de groep van enkel cannabisgebruikers) en mensen die studeren (in de algemene populatie en de gebruikers van stimulerende middelen) vormen een risicogroep. Tot slot hebben jongeren een verhoogd risico op het hebben van zowel symptomen van angst als depressie binnen de algemene bevolking, en een verhoogd risico op het vertonen van symptomen van depressie bij PWUD.

# DRUGGEBRUIK EN MENTALE GEZONDHEID TIJDENS DE COVID-19 PANDEMIE

## 1. Introductie

In België werden er op 13 maart 2020 strenge maatregelen ingevoerd door het Overlegcomité om de verspreiding van het coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) tegen te gaan. De COVID-19-pandemie heeft naast een directe en indirecte impact op de fysieke gezondheid, ook gevolgen voor de geestelijke gezondheid. De strenge maatregelen en de daaruit volgende beperkingen op het sociaal en professioneel leven vragen van elk individu veel doorzettingsvermogen, wilskracht en weerbaarheid:

- Zij die besmet geraken door het COVID-19-virus en ernstige symptomen ontwikkelen, worden geconfronteerd met de onzekerheid die heerst rond de ziekte met als gevolg een grotere kans op een hoger niveau van stress en/of angst (1);
- Zij die in de gezondheids- en sociale zorgsector werken, krijgen daarbovenop ook te maken met aanslepende hoge werkdruk, een sfeer van grotere bedreigingen en mogelijk de psychologische impact van het gedwongen worden om moeilijke keuzes te maken in tegenspraak met ethische waarden (2);
- Sommige personen zijn meer kwetsbaar voor de psychosociale gevolgen van de pandemie (3). Voor eerdere pandemieën zoals SARS-CoV (2002-2003), tonen studies reeds aan dat mensen met een diagnose van middelenmisbruik tot de meest kwetsbare groepen behoren voor de ontwikkeling van mentale gezondheidsproblemen (1, 6). Dit werd ook al snel bevestigd voor de COVID-19-pandemie (3). De comorbiditeit tussen druggebruik en geestelijke gezondheidsproblemen is goed gekend en onderzocht, vooral inzake angst en depressies (4,5).

De vraag rijst of de gevolgen van de beperkende maatregelen van deze COVID-19-pandemie ook de mentale gezondheid van de bredere groep van personen die drugs gebruiken (PWUD, People Who Use Drugs) disproportioneel treffen. Hierover is tot dusver weinig literatuur beschikbaar. De COVID-19-maatregelen gaan ongetwijfeld gepaard met een verandering in levensstijl. Deze periode van uitzonderlijke onzekerheid, de beperking in bewegingsvrijheid en mogelijke stress, eenzaamheid of verveling kunnen van invloed zijn op het patroon en de frequentie van het gebruik van drugs beïnvloeden. Ook het plotse en complete wegvallen van het uitgangseven speelt onmiskenbaar een essentiële rol voor deze doelgroep en kan dus een grote impact hebben op het consumptiegedrag, maar ook op het mentale welzijn van PWUD (7, 8, 9). Uit eerdere analyses van de resultaten van de COVID-19-drugsenquêtes bleek dat het gebruik van cannabis tijdens de 1<sup>e</sup> lockdown toenam ten opzichte van de situatie vóór de lockdown en keerde zes maanden na het begin van de 1<sup>e</sup> lockdown terug naar een situatie die vergelijkbaar was met die aan het begin van het jaar. Voor cocaïne en amfetamine in poedervorm daarentegen daalden de gebruikte hoeveelheden aanzienlijk tijdens de 1<sup>e</sup> lockdown, maar zes maanden later waren ze groter dan vóór de 1<sup>e</sup> lockdown. Deze stijging bleef zich licht voortzetten tot de periode van maart 2021. Het gebruik van ecstasypillen daalde sterk tijdens de 1<sup>e</sup> lockdown en bleef relatief laag later in het jaar, wanneer de crisis aanhield. (48)

Met dit onderzoek willen we de impact van de COVID-19-crisis op de mentale gezondheid van PWUD in België nagaan. Meer specifiek bekijken we hoe de prevalentie van symptomen van angst en depressie evolueerde over verschillende tijdstippen tijdens de COVID-19-pandemie. Daarnaast gaan we in deze studie na of een grotere impact van de maatregelen van de COVID-19-pandemie kan gevonden worden op angst, depressie en eenzaamheid onder PWUD in vergelijking met de algemene bevolking.

## 2. Methodologie

### 2.1. DE BEVRAGINGEN

De eerste persoon met COVID-19 werd in België vastgesteld op 4 februari 2020 (10). Op 11 maart 2020 verklaart de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) COVID-19 tot een wereldwijde pandemie (11). Twee dagen later, op 13 maart, begon de 1<sup>e</sup> lockdown in België. Vanaf 13 maart werden geleidelijk maatregelen ingevoerd zoals hygiënemaatregelen, een afstandsregel van 1,5 m, beperking van lichamelijk contact, sluiting van winkels, scholen en landsgrenzen, uitstel van niet-urgente medische consultaties, aanmoediging van telewerk en sluiting van bedrijven waar telewerken niet mogelijk was en waar de afstandsregel niet kon worden gehandhaafd (12).

Sciensano voerde een eerste bevraging bij PWUD (**COVID-19-drugsenquête**) uit tussen 3 en 16 april 2020 om de impact van de maatregelen op druggebruik en de drugmarkt te beoordelen. In april 2020 werd ook de eerste bevraging over COVID-19 bij de algemene bevolking georganiseerd door Sciensano (**COVID-19-gezondheidsenquête**). Nadien werden diverse vervolgedities georganiseerd.

Gezien de sociale context werden deze bevragingen online georganiseerd. Binnen de bevragingen van de COVID-19-drugsenquête werd gefocust op het druggebruik en de situatie van de drugmarkt voor verschillende types drugs: alcohol, cannabis, cocaïne, amfetamines, methamfetamine, ecstasy/MDMA, ketamine, LSD, GHB en heroïne. Voor bepaalde drugs werden specifieke vragen gesteld over de frequentie en de hoeveelheid van gebruik, de aangekochte hoeveelheid en de prijs, en de manier waarop men de drugs verwerft.

Anderzijds werden ook meer algemene vragen gesteld over het socio-demografische profiel, de mentale gezondheid, de fysieke gezondheid, gezondheidsgerelateerd gedrag (drugs- en COVID-19 gerelateerd), de bereidheid de maatregelen te volgen en de bereidheid tot vaccinatie (13).

Deze algemene vragen werden ook gesteld in de COVID-19-gezondheidsenquête en waren identiek. Hierdoor is een vergelijking tussen beide doelgroepen mogelijk.

In dit rapport wordt specifiek de aandacht gevestigd op de mentale gezondheid van de respondenten. Hiervoor worden de resultaten van beide enquêtes, over verschillende tijdstippen, geanalyseerd. Daarom worden enkel de bevragingen van beide enquêtes met vergelijkbare afnameperiodes opgenomen in dit rapport (tabel 1).

De afnameperiodes van beide enquêtes overlappen elkaar in periode 1 en 3. De afname van de COVID-19-gezondheidsenquête periode 2, komt voor de afname van de COVID-19-drugsenquête periode 2.

**Tabel 1: Momenten van afname (periode 1 t.e.m. 3) van de COVID-19-drugsenquête en de COVID-19-gezondheidsenquête – Aantal respondenten**

	COVID-19-drugsenquête	COVID-19-gezondheidsenquête
Periode 1	3-16 april 2020 (N=3509)	2-9 april 2020 (N=49335)
Periode 2	21 oktober – 6 november 2020 (N=2354)	24 september-2 oktober 2020 (N=30845)
Periode 3	15-28 maart 2021 (N=1726)	18 – 25 maart 2021 (N=20410)



## 2.2. RECRUTERING EN INCLUSIECRITERIA

De gebruikte methode van steekproeftrekking is voor beide enquêtes (zowel bij PWUD als de algemene populatie) een **convenience sampling**. De respondenten werden via advertenties op sociale media en via contacten met lokale hulpverlening en organisaties gevraagd om deel te nemen aan de online bevestigingen.

Het afnemen van online gezondheidsenquêtes heeft enkele belangrijke voordelen, zoals de eenvoud in het opzetten van dit type onderzoek en de beperkte kosten (14). Bovendien garanderen online enquêtes meer anonimiteit, wat belangrijk is bij delicate onderwerpen (zoals illegaal druggebruik) en moeilijk bereikbare populaties, zoals PWUD. Een recent uitgevoerde studie in het Europese nachtleven toonde aan dat men met online sampling een goede algemene representativiteit van de resultaten bekomt in vergelijking met offline sampling. (15)

De **criteria voor deelname** aan de COVID-19-drugsenquête in de verschillende periodes van het onderzoek zijn: 18 jaar of ouder zijn, in België wonen, in 2020 illegale drugs hebben gebruikt en toestemming geven voor deelname aan de online bevestiging. Alcoholgebruik is niet opgenomen als een van de deelnamecriteria.

Bij de COVID-19-gezondheidsenquête gelden dezelfde criteria voor deelname, enkel wordt het al dan niet gebruik van illegale drugs niet opgenomen als in- of exclusiecriteria.

Beide vragenlijsten werden ontwikkeld in Limesurvey en waren beschikbaar in 4 talen (Nederlands, Frans, Engels en Duits). Deze online enquêtes werden goedgekeurd door het ethisch comité van UZ Gent<sup>1</sup>.

## 2.3. GEBRUIKTE SCHALEN VOOR HET METEN VAN MENTALE GEZONDHEID

Wat betreft de mentale gezondheid worden zowel in de COVID-19-drugsenquête als in de COVID-19-gezondheidsenquête onderstaande schalen gehanteerd binnen de verschillende bevestigingen.

De **prevalentie van depressieve stoornissen** (waaronder major depressieve stoornis en andere vormen van depressie) wordt nagegaan aan de hand een verkorte versie van de Patient Health Questionnaire, **PHQ-9**, waarbij de DSM-IV criteria voor depressie worden nagevraagd (bv. "In de afgelopen 2 weken, had u weinig interesse of plezier in activiteiten?"). De vragenlijst scoort de negen DSM-criteria op een 4-puntenschaal van 0 (niet aanwezig) tot 3 (bijna elke dag aanwezig). Totaalscores tussen 1 en 5 of hoger dan 4, in combinatie met een score hoger dan 1 scoort op de items: a) weinig interesse of plezier in activiteiten en b) zich neerslachtig, depressief of wanhopig voelen, indiceert de aanwezigheid van een depressieve stoornis. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat deze schaal over een betrouwbare specificiteit, sensitiviteit en interne consistentie beschikt. (16)

De Generalized Anxiety Disorder (**GAD-7**) vragenlijst werd gebruikt om de **prevalentie van gegeneraliseerde angststoornissen** na te gaan. Klachten passend bij een gegeneraliseerde angststoornis en de ernst hiervan worden gemeten. Dit instrument bevat 7 vragen gebaseerd op enkele van de DSM-V criteria voor gegeneraliseerde angststoornissen (bv. "In de afgelopen 2 weken, hebt u zich zenuwachtig, angstig of gespannen gevoeld?"). De vragenlijst scoort de vragen op een 4-puntenschaal van 0 (helemaal niet aanwezig) tot 3 (bijna elke dag aanwezig). Totaalscores hoger dan 9 indiceren de aanwezigheid van een gegeneraliseerde angststoornis. Net zoals bij de PHQ-9, toont onderzoek aan dat de specificiteit, sensitiviteit en interne consistentie van deze schaal groter is dan 0.8. (17)

---

<sup>1</sup> Nummer van goedkeuring COVID-19 drugsenquête: BC-07558 (periode 1 en 2) en BC-07558 2018/0783 (periode 3)  
Nummer van goedkeuring COVID-19 gezondheidsenquête: BC-07544 (periode 1, 2 en 3)

Er werd tot slot ook gepeild naar **eenzaamheid** aan de hand van de verkorte **eenzaamheidsschaal van De Jong Gierveld**. Deze schaal werd echter wel enkel opgenomen in de laatste bevraging (periode 3). Dit instrument bevat zes stellingen en respondenten moesten aangeven in hoeverre deze op hen van toepassing waren (bv. "Er zijn voldoende mensen met wie ik me nauw verbonden voel"). De items worden gescoord op een 5 puntenschaal (1="Ja!", 2="Ja", 3="Min of meer", 4="Nee", 5="Nee!"). Totalscores hoger dan 5 indiceren de aanwezigheid van ernstige eenzaamheid. Ook deze schaal kan in grootschalige bevragingen worden ingezet als een betrouwbaar en valide meetinstrument voor emotionele en sociale eenzaamheid, alsook voor eenzaamheid in het algemeen. (18)

## 2.4. ANALYSE VAN DE GEGEVENS

We starten in onderstaande resultaten met een beschrijving van de respondenten: PWUD enerzijds en de algemene populatie anderzijds. Aangezien er een grote diversiteit bestaat binnen PWUD, hebben we niet alleen de hele groep van PWUD onderzocht, maar ook de verzamelde gegevens bij PWUD opgedeeld volgens profielen:

- Profiel 1 werd gedefinieerd als gebruikers van cannabis. Dit zijn personen die aangeven de laatste maand of het laatste jaar **enkel cannabis** gebruikt te hebben (eventueel in combinatie met alcohol);
- Profiel 2 werd gedefinieerd als gebruikers van stimulerende middelen (cocaïne/ecstasy/amfetamine/crack/methamfetamine). Dit zijn personen die aangeven de laatste maand of het laatste jaar **cocaïne, amfetamines, methamfetamine of ecstasy/MDMA** gebruikt te hebben (eventueel in combinatie met alcohol en/of cannabis);
- Profiel 3 werd gedefinieerd als personen die drugs gebruiken maar niet tot profiel 1 of 2 behoren. De personen die niet tot profiel 1 of 2 behoren, vormen een restgroep. Zij gebruiken bijvoorbeeld LSD, ketamine, niet voorgeschreven medicatie of lachgas. De vraag naar het gebruik van deze laatste twee producten werd enkel gesteld in periode 3.

Binnen dit rapport beperken we ons tot de beschrijving van **gebruikers van cannabis enerzijds en gebruikers van stimulerende middelen anderzijds** (profiel 1 en 2). In periode 1 behoorden 1223 respondenten tot profiel 3 (35.6%), 743 in periode 2 (31.9%) en 773 in periode 3 (45.4%).

Om de impact van de COVID-19-maatregelen op de mentale gezondheid objectief te kunnen vergelijken tussen PWUD en de algemene populatie, is het natuurlijk van belang dat deze twee groepen minstens op de kenmerken geslacht, leeftijd en regio vergelijkbaar zijn. Zo werd aan elke PWUD, een persoon uit de algemene populatie gekoppeld met dezelfde kenmerken. Deze methode wordt matching genoemd. Verder werden enkel respondenten gematcht die zowel de GAD-7 en PHQ-9 vragen beantwoord hebben.

In de eerste periode konden 1631 respondenten die deelnamen aan de COVID-19-drugsenquête gematcht worden aan een respondent van de COVID-19-gezondheidsenquête, 1291 respondenten in periode 2 en 1067 respondenten in periode 3. Aangezien elke respondent van de COVID-19-drugsenquête exact gematcht werd aan één respondent van de COVID-19-gezondheidsenquête, resulteerde dit in een totaal van 7978 respondenten.

Volgende delen van de onderstaande resultaten hebben betrekking op de gematchte data: 3.1.1.2 Beschrijving selectie van gegevens en 3.2.1.2 Vergelijking tussen beide groepen.

Om te bekijken of er een statistisch significant onevenwicht is in deelname van bepaalde groepen (bijvoorbeeld mannen t.o.v. vrouwen) werd binnen deze studie de Chi-kwadraat en t-toets uitgevoerd. Deze toetsen resulteren telkens in een t- of Chi<sup>2</sup>-waarde en een p-waarde. Een p-waarde kleiner dan 0.05, betekent dat er sprake is van een statistisch significant verschil tussen beide groepen.

Om de verschillen doorheen de tijd en tussen de groepen te vergelijken voor de verschillende uitkomstvariabelen (symptomen van gegeneraliseerde angststoornis, symptomen van depressieve stemmingsstoornis en eenzaamheid), zullen we relatieve risico's (RR) rapporteren. Een relatief risico geeft de kans weer op het hebben van bijvoorbeeld symptomen van een gegeneraliseerde angststoornis in de ene groep (bijvoorbeeld in periode 1) in vergelijking met de kans op het hebben van symptomen van een gegeneraliseerde angststoornis in de andere groep (bijvoorbeeld periode 3). Een relatief risico van 1 betekent dat er geen verschil is tussen de kans op symptomen van een gegeneraliseerde angststoornis tussen beide groepen.

Daarnaast worden (multivariate) logistische regressies uitgevoerd op de variabelen die mogelijk een invloed hebben op de uitkomstvariabelen (zoals bijvoorbeeld enkele socio-demografische variabelen). Deze resultaten worden besproken in termen van Odds Ratio's (OR), de maat voor de verhouding van het relatieve risico. Wanneer het 95% betrouwbaarheidsinterval van de OR 1 bevat, betekent dit dat er geen verschil is tussen de twee groepen (bijvoorbeeld de kans op symptomen van gegeneraliseerde angststoornissen voor periode 1 en periode 2), de verhouding van de kans bij beide groepen is dan gelijk. De OR worden, net als de relatieve risico's (RR), gerapporteerd samen met het 95% betrouwbaarheidsinterval (BI). Aangezien RR en OR sterk van elkaar kunnen verschillen bij een hogere prevalentie van de uitkomst (>10%), is het belangrijk op te merken dat beide niet met elkaar vergeleken kunnen worden.

De statistische analyses werden uitgevoerd in SAS, software versie 9.4 (SAS Institute Inc., Cary, NC).

## 3. Resultaten

### 3.1. PROFIEL VAN DE RESPONDENTEN

#### 3.1.1. PWUD versus Algemene bevolking

##### 3.1.1.1. Beschrijving globale gegevens

De verdeling over geslacht, leeftijd en regio van de respondenten van de COVID-19-drugsenquête is vrij gelijklopend in de drie periodes. Dit geldt ook voor de respondenten in de COVID-19-gezondheidsenquête zoals blijkt uit tabel 2 in de bijlagen.

Binnen de COVID-19-drugsenquête blijkt meer dan driekwart van de respondenten afkomstig uit Vlaanderen. In de laatste bevragsperiode (maart 2021) is het aandeel van de respondenten uit het Brussels hoofdstedelijk gewest licht gestegen tot 11%, wat niet significant verschilt van de tweede bevragsperiode<sup>2</sup>. Het aandeel van respondenten uit Vlaanderen is ook het grootst in de COVID-19-gezondheidsenquête, hoewel het aantal respondenten uit Wallonië hier hoger ligt (ongeveer één vierde).

Binnen de COVID-19-drugsenquête is het aandeel mannen groter over de verschillende waves in vergelijking met het aandeel vrouwen (respectievelijk 78% t.o.v. 22% in periode 1<sup>3</sup>). In de andere twee periodes is er echter wel een iets hoger percentage vrouwen bereikt (28.5%).

In de COVID-19-gezondheidsenquête is een omgekeerde trend merkbaar, namelijk dat er significant meer vrouwen deelnemen (68.2% t.o.v. 31.8% in periode 1<sup>4</sup>).

Ook wat betreft de leeftijdsverdeling is er een verschil tussen de COVID-19-drugsenquête en de COVID-19-gezondheidsenquête. In de COVID-19-drugsenquête zijn de meeste respondenten jonger dan 25 jaar (54.6% in periode 1). De leeftijdsverdeling verschuift echter wel over de periodes heen: in de derde bevragsperiode (maart 2021) werd een gemiddelde leeftijd bereikt van 31.2 (SD=9.8) in vergelijking met 26.7 (SD= 8.3) tijdens de eerste bevraging (april 2020)<sup>5</sup>. In de COVID-19-gezondheidsenquête zien we dat de gemiddelde leeftijd veel hoger ligt (45.7, SD=14.3 in de eerste periode), maar ook sterk stijgt over de drie periodes (53.2, SD=14.1 in de laatste periode)<sup>6</sup>.

Omwille van deze ongelijke verdeling tussen de COVID-19-drugsenquête en COVID-19-gezondheidsenquête wat betreft bovenstaande kenmerken, werd voor de vergelijkende analyses tussen de algemene populatie en PWUD gebruik gemaakt van een gematchte dataset. Zoals in de methodologie (2.4) werd beschreven, werd aan elke PWUD, een persoon uit de algemene populatie gekoppeld met dezelfde kenmerken.

##### 3.1.1.2. Beschrijving selectie van gegevens

Na matching van de data van de COVID-19-drugsenquête en de COVID-19-gezondheidsenquête op basis van geslacht, leeftijd en regio zien we dat de profielen van de respondenten gelijkaardig zijn over de verschillende periodes (tabel 3 in de bijlagen). Dit zijn voornamelijk mannen (72.3% in periode 1, 62.8% in periode 2 en 63.5% in periode 3), uit het Vlaams gewest (78.5% in periode 1, 78.7% in periode 2 en 77.9% in periode 3) en jonger dan 35 jaar (75.4%, 74.5% en 62.9%). De gemiddelde leeftijd evolueert van 29.2 jaar in periode 1 naar 33.5 jaar in periode 3.

---

<sup>2</sup>  $\chi^2= 1.27, p=0.26$

<sup>3</sup>  $\chi^2=1067.76, p<.0001$

<sup>4</sup>  $\chi^2=6500, p<.0001$

<sup>5</sup>  $t= -16.92, p<.0001$

<sup>6</sup>  $t= -62.85, p<.0001$

Respondenten van de algemene populatie zijn na matching over het algemeen hoger opgeleid dan PWUD: 64.1% had een diploma hoger onderwijs tegenover 40.6% (periode 1)<sup>7</sup>. Ook zien we dat het aandeel hoogopgeleiden stijgt over de periodes: bij PWUD van 40.6% in periode 1 tot 50.8% in periode 3<sup>8</sup>. Ook deze verschuiving kan te maken hebben met de stijging in de gemiddelde leeftijd. Dezelfde trend zien we voor de proportie respondenten met een betaalde job, de omgekeerde trend voor de proportie studenten.

Tijdens de eerste bevraging van de COVID-19-drugsenquête geeft de meerderheid van de respondenten aan bij hun ouders, familie of vrienden te wonen (44.4%), t.o.v. 25.2% in de laatste periode (maart 2021)<sup>9</sup>. In deze laatste bevraging geven de meeste respondenten aan alleen te wonen, zonder kinderen (28.3%). Dit aandeel ligt nog steeds hoger dan in de algemene bevolking (14.6%), waar het aandeel van koppels met (27.7%) en zonder kinderen (26.1%) hoger ligt.

Wat betreft de substanties die in de maand voorafgaand aan de COVID-19-drugsenquête werden gebruikt, wordt cannabis het meest gebruikt (bv. 70.9% periode 3) gevolgd door cocaïne (26,1% periode 3). Ecstasy en amfetamines worden in de laatste periode (maart 2021) door respectievelijk 15% en 9.3% van de respondenten gebruikt.

### 3.1.2. Gebruik van cannabis versus stimulerende middelen

Naast de verdeling van kenmerken binnen de populatie van mensen die drugs gebruiken (PWUD), zien we in tabel 4 de verdeling van de kenmerken van de verschillende profielen, namelijk van de mensen die cannabisgebruiken (profiel 1) en van de mensen die stimulerende substanties gebruiken (profiel 2). Hierbij zien we dat zowel het aandeel mannen het grootst is bij zowel profiel 1 (bijvoorbeeld 81,1% en 76,4% in periode 1)<sup>10</sup> als profiel 2<sup>11</sup>.

Bij de gebruikers van cannabis zien we dat de gemiddelde leeftijd significant lager ligt in vergelijking met de gemiddelde leeftijd van gebruikers van stimulerende middelen (bijvoorbeeld 26.9, SD 9.1 t.o.v. 28.2, SD 8.1 in periode 1)<sup>12</sup>. Voor beide profielen zien we een sterke afname over de periodes voor de jongste leeftijdsgroep (van 56% tot 33,3% voor profiel 1<sup>13</sup>; van 44,7% tot 18% voor profiel 2<sup>14</sup>).

Ook zien we dat vooral de cannabisgebruikers (profiel 1) samenwonen met ouders/vrienden/... (bv. 53,6% t.o.v. 45,9% in periode 1)<sup>15</sup>, wat ook verklaard kan worden door dat meer jonge mensen zich in dit profiel bevinden. Ook hierbij is er een sterke afname van personen die samen wonen met ouders/vrienden/... doorheen de tijd zowel voor profiel 1<sup>16</sup> als voor profiel 2<sup>17</sup>.

Zowel cannabisgebruikers (profiel 1) als gebruikers van stimulerende middelen (profiel 2) die aangeven cannabis te gebruiken, geven aan dit vooral "dagelijks" te gebruiken (bv. 51.2% en 51.5% in periode 1). Stimulerende middelen worden vaak minder dan eens per week gebruikt. Alcohol wordt meer aangegeven dagelijks gebruikt te worden in profiel 2 vergeleken met profiel 1 (bv. 3.9% t.o.v. 9.4% periode 3)<sup>18</sup>.

---

<sup>7</sup>  $\chi^2=177.9$ ,  $p<.0001$

<sup>8</sup>  $\chi^2=26.9$ ,  $p<.0001$

<sup>9</sup>  $\chi^2=637.2$ ,  $p<.0001$

<sup>10</sup>  $\chi^2= 468.2$ ,  $p<.0001$

<sup>11</sup>  $\chi^2=275.8$ ,  $p<.0001$

<sup>12</sup>  $t= -3.39$ ,  $p=0.001$

<sup>13</sup>  $\chi^2=211.9$ ,  $p<.0001$

<sup>14</sup>  $\chi^2=159.9$ ,  $p<.0001$

<sup>15</sup>  $\chi^2=32.4$ ,  $p<.0001$

<sup>16</sup>  $\chi^2=239,9$ ,  $p<.0001$

<sup>17</sup>  $\chi^2=142$ ,  $p<.0001$

<sup>18</sup>  $\chi^2= 4.7872$ ,  $p=0.028$

## 3.2. MENTALE GEZONDHEID

### 3.2.1. PWUD versus Algemene bevolking

#### 3.2.1.1. Evolutie doorheen de tijd

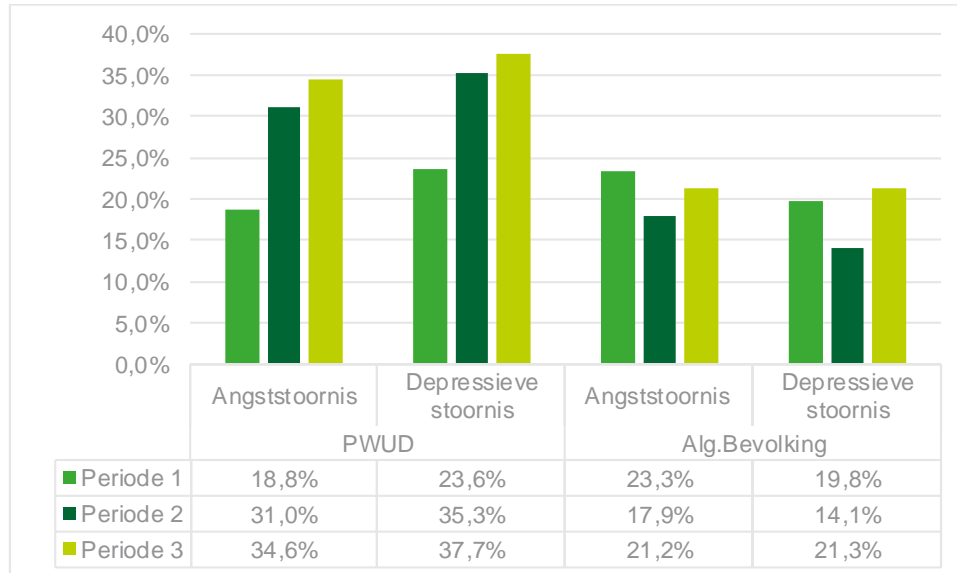
Figuur 1 toont de resultaten van de evolutie van symptomen van gegeneraliseerde angst en depressieve stemmingsstoornissen (van april 2020 tot maart 2021) binnen zowel de PWUD als de algemene bevolking.

**Bij PWUD** is er een stijging te merken doorheen de tijd, voor zowel angst (van 18.8% tot 34.6%) als depressie (van 23.6% tot 37.7%).

Het verschil in risico op het vertonen van angst is significant (tabel 5) tussen april 2020 (periode 1) en november 2020 (periode 2) ( $RR=1.65$ ,  $95\%BI$  1.48-1.84,  $p<.0001$ ) en tussen april 2020 (periode 1) en maart 2021 (periode 3) ( $RR=1.84$ ,  $95\%BI$  1.65-2.06,  $p<.0001$ ). In november 2020 (periode 2) is de kans op symptomen van angst 65% groter en in maart 2021 (periode 3) is de kans 84% groter op symptomen van angst in vergelijking met april 2020 (periode 1). Ook de stijging in de prevalentie van angstsymptomen is significant tussen november 2020 en maart 2021 ( $RR=1.12$ ,  $95\%BI$  1.01-1.23,  $p=0.03$ ).

Ook voor depressie zien we voor de PWUD een stijging in risico doorheen de tijd (figuur 1). Tabel 5 toont bijvoorbeeld aan dat de kans op depressie 60% groter is in maart 2021 (periode 3) in vergelijking met periode 1 ( $RR=1.60$ ,  $95\%BI$  1.44-1.77,  $p<.0001$ ). In november 2020 (periode 2) stijgt het risico met 49% in vergelijking met periode 1 ( $RR= 1.49$ ,  $95\%BI$  1.35-1.65,  $p<0.0001$ ). Het verschil tussen periode 2 en periode 3 is daarentegen, net zoals bij angst, niet significant ( $RR=1.07$ ,  $95\%BI$  0.97-1.17,  $p=0.17$ ).

**Figuur 1. Evolutie symptomen angst en depressie PWUD (COVID-19-drugsenquête) en Algemene populatie (COVID-19-gezondheidsenquête) doorheen de 3 periodes van bevraging**



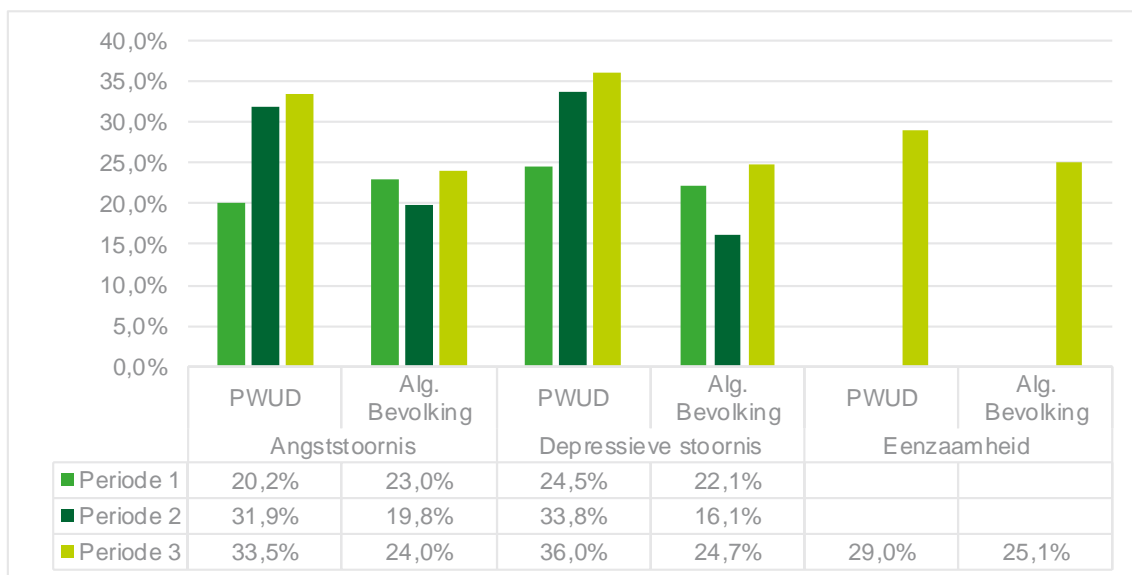
Voor PWUD is er dus een stijgende trend te merken van het aantal angst- en depressieve stemmingsstoornissen van het begin van de lockdown (april 2020) tot maart 2021.

Voor de **algemene bevolking** zien we daarentegen een significante daling in oktober 2020 (periode 2) in vergelijking met april 2020 (periode 1) van zowel symptomen van angst (RR=0.64, 95%BI 0.62-0.66, p<.0001) als van symptomen van depressie (RR= 0.71, 95%BI 0.71-0.71, p<.0001) waarna er weer een stijging is (van 18% voor angst en van 51% voor depressie). Voor angst is het risico op symptomen nog steeds significant lager in vergelijking met de eerste periode van april 2020 (RR=0.90, 95%BI 0.90-0.91, p<.0001). De prevalentie van depressie ligt daarentegen het hoogst in periode 3 (43% meer kans op het vertonen van depressie in periode 3 vergeleken met de eerste periode) (RR=1.43, 95%BI 1.15-1.77, p=0.0015).

### 3.2.1.2. Vergelijking tussen beide groepen

Om een vergelijking te kunnen maken tussen de prevalentie van symptomen van angst, depressie en eenzaamheid tussen de PWUD en de algemene bevolking, maken we gebruik van de gematchte dataset (figuur 2 en tabel 6 uit de bijlagen).

**Figuur 2. Evolutie symptomen van angst, depressie en eenzaamheid (PWUD - algemene bevolking) doorheen de 3 periodes**



Wanneer we het risico op **angst** vergelijken tussen beide groepen, zien we in de eerste periode slechts een klein, maar significant verschil (20.2% PWUD t.o.v. 23% algemene populatie) (RR=0.87, 95%BI 0.77-1.00, p=0.05). Het risico op symptomen van angst is met andere woorden 13% kleiner bij PWUD.

Het verschil in risico tussen beide groepen komt vooral naar voor in november 2020 tijdens de tweede periode (RR=1.61, 95%BI 1.40-1.84), waarbij het risico op symptomen van angst nu 61% groter is bij PWUD in vergelijking met de algemene bevolking.

Wat betreft het verschil in risico op symptomen van **depressie** tussen beide groepen, zien we geen significant verschil in april 2020 (periode 1) (RR=1.11, 95%BI 0.98-1.26, p=0.11).

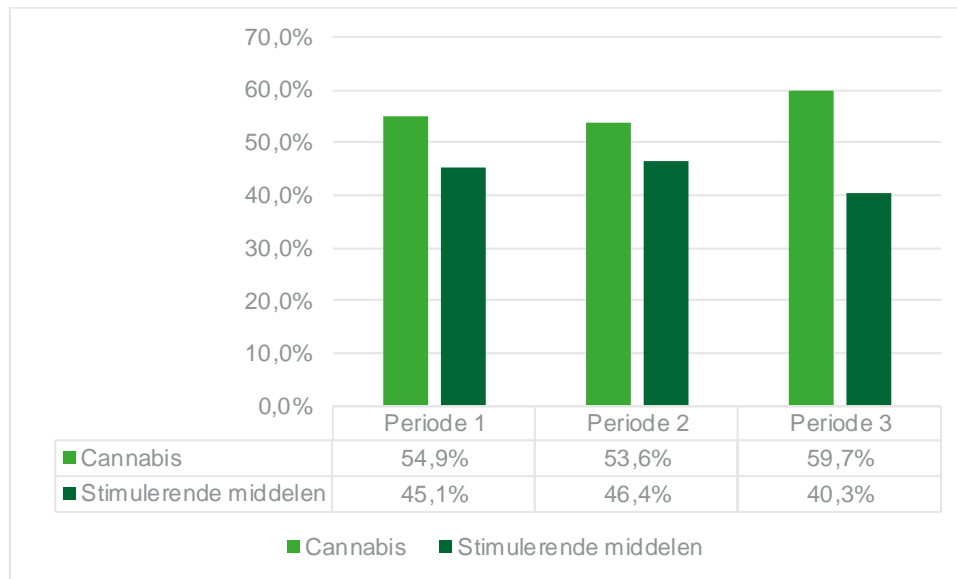
Net zoals bij angststoornissen, is er wel een significant verschil in het risico op depressie vanaf november 2020 (24.5% PWUD t.o.v. 22.1% algemene populatie). In november 2020 is de kans op depressie meer dan het dubbele (RR= 2.10, 95%BI 1.81-2.43, p<.0001) in vergelijking met de algemene populatie. Deze verschillen in risico tussen PWUD en de algemene bevolking komen nog steeds naar voor tijdens de derde periode, hoewel verschillen in risico weer lager liggen in vergelijking met de tweede periode (RR=1.45, 95%BI 1.30-1.66, p <0.0001).

Naast dit verschil in aanwezigheid van symptomen van angst en depressie, zien we dat 29% van PWUD aangeeft ernstig **eenzaam** te zijn, in vergelijking met 25.1% van de algemene populatie. Het risico op 'ernstige eenzaamheid' ligt 16% hoger voor PWUD in vergeleken met de algemene populatie (RR=1.16, 95%BI 1.01-1.33, p=0.04).

### 3.2.2. Gebruik van cannabis versus stimulerende middelen

Naast het onderscheid tussen de algemene bevolking en PWUD, hebben we voor PWUD een onderscheid gemaakt tussen gebruikers van cannabis (profiel 1) en gebruikers van stimulerende middelen (profiel 2). Figuur 3 toont de verdeling van beide profielen over de 3 periodes van bevraging (COVID-19-drugsenquête).

**Figuur 3. Verdeling gebruikers cannabis versus stimulerende middelen – PWUD – 2020-2021**



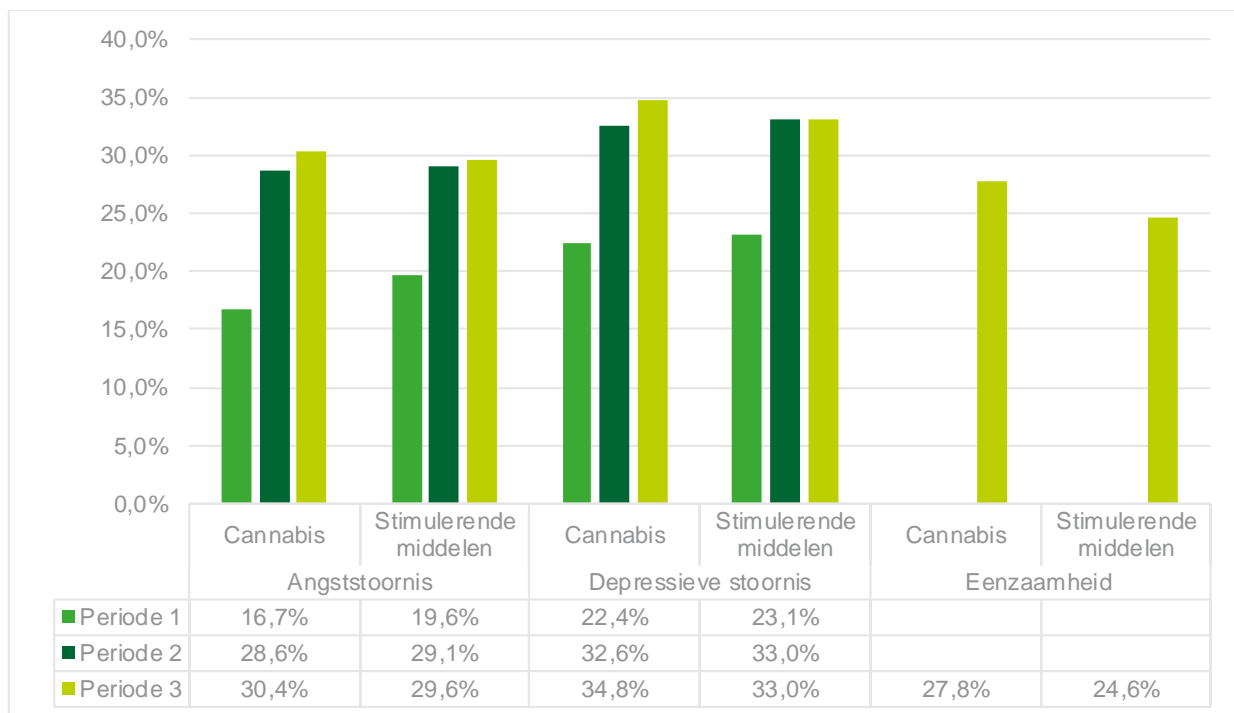
Wat betreft **angst** (figuur 4 en tabel 5 uit de bijlagen), zien we een significante stijging tussen periode 1 en periode 2 voor zowel de gebruikers van cannabis (RR= 1.71, 95%BI 1.41-2.08, <0.0001) als voor de gebruikers van stimulerende producten (RR=1.48, 95%BI 1.21-1.82, p=0.0001). Tussen periode 2 en 3 is er geen significante stijging of daling op te merken voor beide profielen druggebruikers.

Ook voor de symptomen van **depressie**, zien we een gelijkaardig patroon doorheen de tijd voor beide profielen druggebruikers. Bij de cannabisgebruikers (profiel 1) is er een stijging in prevalentie van periode 1 naar periode 2 (RR=1.46, 95%BI 1.23-1.73, p<.0001) maar geen significante stijging of daling tussen de tweede en de derde periode (RR=1.07, 95%BI 0.90-1.26, p=0.45). Ditzelfde patroon zien we ook weer terugkomen voor de gebruikers van stimulerende middelen.

Verder zien we dat 27.8% van de gebruikers van cannabis en 24.6% van de gebruikers van stimulerende middelen zich 'ernstig eenzaam' voelen, wat niet significant van elkaar verschilt (RR=1.13, 95%BI 0.88-1.44).



**Figuur 4. Evolutie symptomen van angst, depressie en eenzaamheid PWUD (cannabis vs. stimulerende middelen) doorheen de 3 periodes**



### 3.3. RISICOFACTOREN VOOR GEGENERALISEERDE ANGSTSTOORNIS EN DEPRESSIEVE STEMMINGSSTOORNISSEN BIJ DE VERSCHILLENDE GROEPEN

In deze studie werden specifieke unieke risico- en beschermende factoren geïdentificeerd die verbonden zijn aan het hebben van symptomen van een gegeneraliseerde angststoornis en depressieve stemmingsstoornissen.

Deze risicofactoren worden in wat volgt bekeken voor de drie verschillende doelgroepen, namelijk de algemene populatie, de cannabisgebruikers (profiel 1) en de gebruikers van stimulerende middelen (profiel 2).

#### 3.3.1. Algemene bevolking

Tabel 7 toont de volgende risicofactoren op symptomen van angst en depressie voor de respondenten van de COVID-19-gezondheidsenquête (algemene bevolking):

- **Geslacht:** vrouwen vertonen meer kans dan mannen op symptomen van zowel angst (23.7% t.o.v. 17.7%) (OR=1.48, 95%BI 1.47-1.48) als depressie (19.5% t.o.v. 17.2%) (OR=1.18, 95%BI 1.17-1.18), hoewel dit verschil in risico minder groot is voor de symptomen van depressie.
- **Leeftijd:** de jongste leeftijdscategorie (18-29 jaar) vertoont het hoogste risico op zowel symptomen van angst als depressie in vergelijking met de andere leeftijdscategorieën. Dit verschil in risico is nog sterker voor depressie, waarbij bijvoorbeeld 28.8% van de 18-29-jarigen symptomen van depressie vertonen tegenover 20.3% van de 30-49-jarigen (OR=1.58, 95%BI 1.57-1.58).
- **Regio:** respondenten die in het Brussels hoofdstedelijk gewest of het Waalse gewest wonen, vertonen een verhoogde kans op het vertonen van symptomen van zowel angst als depressie. Zo vertonen bijvoorbeeld 17.8% van personen uit het Vlaamse gewest symptomen van angst in vergelijking met 25.5% van de personen uit het Waalse gewest (OR=1.53, 95%BI 1.52-1.53) en 22.6% van de personen uit het Brussels hoofdstedelijk gewest (OR= 1.23, 95%BI 1.23-1.23).

- **Werk:** personen die studeren, vertonen een verhoogd risico voor zowel angst als depressie in vergelijking met personen die betaald werk hebben (29.7% t.o.v. 21.4% voor angst en 29.8% t.o.v. 17.8% voor depressie). Ook personen die geen betaalde job hebben, vertonen meer kans op symptomen van angst (OR=1.44, 95%BI 1.44-1.45) en depressie (OR=1.60, 95%BI 1.59 - 1.60) in vergelijking met personen met een betaalde job.
- **Opleiding:** personen die laagopgeleid zijn (max. secundair diploma) vertonen een lager risico op het hebben van symptomen van angst (OR=0.70, 95%BI 0.70-0.70), maar een hoger risico op symptomen van depressie (OR=1.54, 95%BI 1.54-1.54).
- **Huishoudtype:** koppels zonder kinderen vertonen minder kans op symptomen van angst (OR=0.87, 95% BI 0.87-0.87) en depressie (OR=0.91, 95%BI 0.90-0.91) in vergelijking met ouders met kinderen. Ook personen die samen wonen met ouder(s), familie, vrienden en/of kennissen, vertonen een lager risico op het vertonen van zowel angst als depressie. Alleenstaande ouders vertonen daarentegen een nog hoger risico op zowel angst als depressie in vergelijking met ouders met kinderen. Voor depressie is de risicofactor van alleenwonend en alleenstaande ouders nog sterker dan voor angst.
- **Periode:** de evolutie in tijd is op zich ook een risicofactor voor het vertonen van zowel symptomen van angst als depressie.

### 3.3.2. Gebruikers van cannabis

Tabel 8 en 9 tonen de volgende risicofactoren op symptomen van een gegeneraliseerde angststoornis en depressieve stemmingsstoornis specifiek voor de respondenten die aangeven cannabis te gebruiken (ev. in combinatie met alcohol):

- **Geslacht:** vrouwen vertonen een hoger risico op zowel symptomen van angst (39.4% versus 19.2%) (OR= 2.60, 95%BI 2.03-3.33) als symptomen van depressie (43.0% versus 24.2%) (OR= 2.22, 95%BI 1.74-2.85).
- **Leeftijd:** jongeren (tot en met 24 jaar) hebben een verhoogd risico op het vertonen van symptomen depressie (33.8% t.o.v. 24.9%) (OR=1.48, 95%BI 1.07-2.04) in vergelijking met mensen ouder dan 24 jaar. Er is daarentegen geen verschil in risico voor het vertonen van symptomen van angst (OR=1.00, 95%BI 0.72- 1.39).
- **Regio:** respondenten van het Brussels hoofdstedelijk gewest vertonen een verhoogd risico op het vertonen van symptomen van depressie in vergelijking met respondenten uit het Vlaamse gewest (35.3% t.o.v. 27.7%) (OR=1.50, 95% BI 1.06-2.14). Dit verschil in risico tussen regio's geldt niet voor symptomen van angst.
- **Werk:** personen zonder betaalde job hebben meer kans (33.3%) op symptomen van angst in vergelijking met personen met een betaalde job (22.4%) (OR= 1.80, 95% BI 1.27-2.55). Op vlak van depressie zien we geen significant verschil in risico tussen mensen met een betaalde of zonder betaalde job. Verder heeft het al dan niet studeren geen statistisch significant effect op het vertonen van symptomen van angst of depressie.
- **Opleiding:** laagopgeleiden (max. diploma secundair onderwijs) vertonen een hoger risico op het vertonen van symptomen van een depressie in vergelijking met hoogopgeleiden (30.3% t.o.v. 26.8%) (OR= 1.48, 95%BI 1.07-2.04). Dit geldt niet voor het risico op symptomen van angst.
- **Huishoudtype:** personen die aangeven alleen te wonen, vertonen een verhoogd risico op symptomen van angst in vergelijking met bijvoorbeeld koppels met kinderen (30.5% t.o.v. 19.7%) (OR=1.58, 95%BI 1.05-2.37). Alleen wonen is bovendien ook een risicofactor op het vertonen van symptomen van een depressie.
- **Periode:** de evolutie in tijd is op zich ook een risicofactor voor het vertonen van zowel symptomen van angst als depressie.

### 3.3.3. Gebruikers stimulerende middelen

Tabel 8 en 9 tonen de volgende risicofactoren op symptomen van angst en depressie, specifiek voor de respondenten die aangeven stimulerende middelen te gebruiken (eventueel in combinatie met cannabis/alcohol):

- **Geslacht:** in vergelijking met mannen, vertonen vrouwen een hoger risico op symptomen van enerzijds angst (37.3% versus 19.9%) (OR= 2.24, 95%BI 1.72-2.90) en anderzijds depressie (37.1% versus 25.3%) (OR= 1.70, 95%BI 1.30-2.21).
- **Werk:** personen zonder betaalde job hebben meer kans (35.6%) op symptomen van een angst in vergelijking met personen met een betaalde job (22.7%) (OR= 1.73 95% BI 1.13-2.66). Ook vormt het hebben van een betaalde job een beschermingsfactor voor symptomen van een depressie (42.6% versus 24.2%) (OR=2.00, 95%BI 1.30-3.07).
- Net zoals het niet hebben van een betaalde job, vormt studeren een risicofactor op enerzijds symptomen van angst (30% versus 22.7%) (OR=1.48, 95%BI 1.04-2.12) en anderzijds op symptomen van depressie (42.7% t.o.v. 24.2%) (OR=1.96, 95%BI 1.36-2.83).
- **Periode:** de evolutie in tijd gaat gepaard met een hoger risico op symptomen van angst en depressie.

## 4. Discussie

De groeiende literatuur over COVID-19 heeft al aangetoond dat pandemieën en bijhorende beperkende maatregelen een diepgaand effect kunnen hebben op alle aspecten van de samenleving, inclusief de mentale gezondheid (19,20). Zoals we weten van voorgaande rampen en ziekte-uitbraken, zijn de meeste mensen wel voldoende veerkrachtig om niet over te gaan tot het ontwikkelen van een psychopathologie. Toch is het zo dat sommige groepen zoals mensen met een medische of psychiatrische voorgeschiedenis – waaronder ook personen met een verslavingsproblematiek – meer kwetsbaar blijken voor de ontwikkeling van mentale gezondheidsproblemen dan anderen (1).

### Mentale gezondheid algemene bevolking

De schalen, gebruikt in deze studie, voor angst en depressie (GAD-7 en PHQ-9) werden reeds bevestigd in de Belgische Health Interview survey (HIS) 2018, een cross-sectionele epidemiologische studie. Hieruit bleek dat 9.5% van de bevolking symptomen vertoonde van gegeneraliseerde angststoornissen en 11% symptomen van depressieve stemmingsstoornissen (24).

Vanaf de start van de COVID-19-crisis (april 2020), werd een sterke stijging gezien in deze cijfers binnen de algemene bevolking. 23.3% van de bevolking vertoonde symptomen van angst en 19.8% symptomen van depressie. Deze stijging, in vergelijking met de periode voor de COVID-19-crisis, was enigszins te verwachten gezien de indringendheid waarmee men met een collectieve noodsituatie geconfronteerd werd. Er was minder mogelijkheid tot sociale interacties, meer onzekerheid op professioneel vlak, en een grote onzekerheid over enige vorm van perspectieven rond versoepelingen. Bovendien werd deze stijging bevestigd in andere studies (25). Zo werd in de U.K. een prevalentie van angststoornissen van 18.9% teruggevonden in 2018-2019 die steeg tot 27.3% in april 2020 (26). In een COVID-19-studie in Duitsland bleken de prevalenties van angst (van 6.0% tot 16.8%) en depressie (van 9.6% tot 14.3%) gestegen te zijn tussen maart en mei 2020 (27).

Binnen onze studie in november 2020 (periode 2) werd vervolgens een significante daling in de proportie van symptomen van angst en depressie vastgesteld, tot 16.1% en 19.8% respectievelijk. Dit is mogelijk te verklaren door het feit dat dit een periode was waarbij meer sociaal contact opnieuw werd toegestaan, alvorens de maatregelen opnieuw verstrengd zouden worden op 2 november.

Zoals te verwachten werd er in maart 2021 (periode 3), bij aanhoudende verstrengde maatregelen, weer een significante stijging gezien van zowel gegeneraliseerde angst als van symptomen van depressieve stemmingsstoornissen. Vooral symptomen van depressie bleven stijgen doorheen de tijd, terwijl het niveau van angst in de derde periode wel nog steeds lager lag dan tijdens het begin van de COVID-19-crisis.

Deze evolutie in de mentale gezondheid naargelang de evolutie van de maatregelen, zien we ook in andere Belgische onderzoeken terugkomen.

De 'Grote Coronabevraging', een online bevraging (sinds 17 maart 2020 met ondertussen 39 herhalingen) uitgevoerd door Universiteit Antwerpen, volgden mensen uit de algemene Belgische bevolking op. Hieruit bleek ook dat een verslechtering van de geestelijke gezondheid vaak optreedt voordat maatregelen worden genomen, anticiperend op en waarschijnlijk als gevolg van veranderende waargenomen risico's en de media-aandacht voor de nakende veranderingen (28). Dit onderstreept het belang aan heldere, transparante, intern afgestemde en waarheidsgetrouwe communicatie. Tegenstrijdige berichtgeving en discussies over genomen beleidsbeslissingen, of alvast de perceptie die hierover ontstaat, versterken gevoelens van onrust binnen de samenleving. Het is daarom cruciaal om eensgezind en solide te communiceren. (54)

In de 'Corona en ik' studie, uitgevoerd door UCLouvain en de Universiteit Antwerpen, werd de mentale gezondheid gemeten over 4 tijdstippen heen binnen dezelfde participanten. Ook hier zien we dezelfde trend terugkeren, namelijk dat voor een deel van de bevolking de mentale gezondheid verbetert tussen april en juni 2020, gevolgd door een daling van mentale gezondheidsscores van juni tot november 2020 (29,30).

## Mentale gezondheid bij mensen die drugs gebruiken

Naast de impact van de COVID-19-crisis en bijhorende maatregelen op de mentale gezondheid van de algemene populatie, hebben we ons binnen deze studie gefocust op PWUD.

De comorbiditeit van middelenmisbruik en psychiatrische morbiditeit is reeds uitvoerig onderzocht, maar de meeste van deze onderzoeken focussen op personen met verslavingsproblematieken, mensen in behandeling voor verslavingsproblematieken of zij die ooit in behandeling geweest zijn (6). Deze studies rapporteerden prevalenties van gegeneraliseerde angststoornissen van 12% tot 80% en van depressieve stemmingsstoornissen van 17.0% tot 55.8%, afhankelijk van het studiedesign en kenmerken van de respondenten (21).

Slechts enkele studies onderzochten de relatie tussen druggebruik en mentale gezondheidsuitkomsten zoals gegeneraliseerde angst en depressiestoornissen bij een bredere groep van mensen die drugs gebruiken. Tijdens de COVID-19-crisis is het belangrijk geworden om hier ook aandacht voor te tonen: het ongeziene plotse en complete wegvallen van het uitgangseven speelt een essentiële rol voor deze doelgroep en kan dus een grote impact hebben op de mentale gezondheid. In de UK werd bijvoorbeeld een nationale bevraging rond 'psychiatrische morbiditeit' uitgevoerd waarbij een prevalentie van 7.3% voor gegeneraliseerde angst en 7.1% voor depressieve stoornissen werden gerapporteerd in de populatie van mensen die drugs gebruiken. Deze studie werd echter wel uitgevoerd in 2017 en maakte gebruik van andere schalen dan de GAD-7 en PHQ-9 (22).

Uit onze studie, kunnen we concluderen dat de COVID-19-crisis en de bijhorende maatregelen een sterke impact heeft op het mentaal welzijn van PWUD. Er werd een sterke stijging opgemerkt van zowel angst als depressie in november 2020 vergeleken met april 2020. Voor angststoornissen blijft dit niveau licht maar significant doorstijgen tot maart 2021. Voor depressie blijft het hoge niveau vrijwel behouden in maart 2021. Hoewel elk deel van de bevolking geleden heeft onder de beperkende maatregelen, is de levensstijl van mensen die drugs gebruiken, vaak onverenigbaar met de opgelegde beperkende maatregelen. Zoals eerder vermeld zien we dat de blijvende beperkingen wat betreft sociale contacten, het uitgangseven en het uitblijven van ontspanningsmogelijkheden mogelijks een sterke impact hebben op het mentaal welzijn van PWUD. Nog meer dan voordien werd duidelijk dat jongeren, waaronder veel mensen die drugs gebruiken op niet-afhankelijke wijze in recreatieve settings, nood hebben aan sociale contacten, nieuwe ervaringen en een nachtleven waarbij uitgaan een essentiële rol speelt (7).

Natuurlijk is het zo dat de groep van PWUD zeer breed is en dat we binnen deze groep diverse profielen kunnen onderscheiden. Gebruikers verschillen bijvoorbeeld in welke middelen ze gebruiken, op welk moment gebruikt wordt en de redenen voor gebruik. Daarom hebben we binnen deze studie verder gefocust op twee profielen die beide ook sterk vertegenwoordigd zijn: mensen die uitsluitend cannabis gebruiken en mensen die gebruik maken van stimulerende middelen. Het effect van cannabis wordt door gebruikers meestal ervaren als ontspannend, rustgevend en/of geestverruimend, en wordt zeer vaak gebruikt in zowel privésettings als in het uitgaansleven. Stimulerende middelen worden door gebruikers vaker gebruikt in de sociale context zoals bijvoorbeeld in het uitgaansleven, of om persoonlijke prestaties te verbeteren. Gebruikers voelen zich helder, vol zelfvertrouwen en actief. (48) Uit voorgaande analyses van de COVID-19-drugsenquête (49) bleek dat het patroon van gebruik verschillend evolueerde voor gebruikers van cannabis en stimulerende producten doorheen de COVID-19-pandemie. Op basis van bovenstaande informatie verwachtten we dat de impact van de COVID-19-crisis dan ook verschillend is voor beide groepen.

Uit de resultaten van deze studie blijkt dat, tegen onze verwachtingen in, zowel diegenen die enkel cannabis gebruiken, als diegenen die stimulerende middelen gebruiken, een gelijkaardige stijging in angst en depressie vertonen. Het is zo dat de stijging in angst het sterkst is voor de groep die enkel cannabis gebruikt. Zo zien we bijvoorbeeld dat binnen de groep, de kans op het vertonen van symptomen van gegeneraliseerde angst 85% groter is in maart 2021 (periode 3) in vergelijking met het begin van de lockdown (periode 1). Eerder onderzoek wees uit dat mensen die cannabis gebruiken meer dysfunctionele copingstrategieën hanteren om met stresserende gebeurtenissen om te gaan (50), wat een mogelijke verklaring zou kunnen bieden voor de sterkere stijging in angst. Dit lijkt een plausibele verklaring maar de vraag blijft hier natuurlijk in welke mate deze gegeneraliseerde angst geïnduceerd is door de specifieke angst voor het COVID-virus of een gevolg is van inperkende maatregelen of andere. Dit zou nog verder onderzocht kunnen worden.

### **Vergelijking mentale gezondheid bij mensen die drugs gebruiken versus de algemene bevolking doorheen de verschillende onderzochte periodes**

Om de vergelijking te maken in de evolutie van de mentale gezondheid tussen de algemene bevolking en mensen die drugs gebruiken, werden de resultaten van de COVID-19-drugsenquête gematcht met de resultaten van de COVID-19-gezondheidsenquête in drie vergelijkbare periodes.

Hierbij toonden de resultaten aan dat er aan het begin van de COVID-19-crisis (april 2020) geen significant verschil was in de aanwezigheid van symptomen van angst en depressie tussen de algemene populatie en de doelgroep van mensen die drugs gebruiken. Naarmate de crisis voortduurde, zien we echter wel een verschillende impact op de mentale gezondheid voor beide groepen. Na 6 maanden (oktober-november 2020) was het risico op symptomen van angst 61% groter voor mensen die drugs gebruiken, in vergelijking met de algemene bevolking en dubbel zo groot voor depressieve symptomen. Ook in maart 2021 (periode 3) blijft het risico op het vertonen van symptomen van angst en depressie significant hoger voor mensen die drugs gebruiken in vergelijking met de algemene bevolking. In lijn van deze bevindingen, werd ook aangetoond dat de kans op 'ernstige eenzaamheid' in periode 3 16% hoger ligt voor PWUD in vergelijking met de algemene populatie.

Het is wel belangrijk op te merken dat de tweede afnameperiode licht verschilde bij de 2 groepen: bij de algemene populatie voor de verstrengde maatregelen van 2 november plaatsvonden (24 september-2 oktober), terwijl de COVID-19-drugsenquête zowel de periode voor als na de nieuwe maatregelen omvat (21 oktober- 6 november). De verwachte impact hiervan schatten we minimaal. Bovendien blijft het risico op het vertonen van symptomen van angst en depressie significant hoger voor mensen die drugs gebruiken in maart 2021 in vergelijking met de algemene populatie (gelijke afnameperiode). Een mogelijke verklaring voor dit verschil in risico zou kunnen zijn dat er een sterkere verandering is in de levensstijl van mensen die drugs gebruiken in recreatieve settings, aangezien het uitgangsevenen en dus bepaalde sociale contacten wegvallen.

Met andere woorden, we kunnen hieruit afleiden dat de COVID-19-crisis en de bijkomende restricties een grotere impact hebben op de mentale gezondheid van mensen die drugs gebruiken, vergeleken met de algemene bevolking.

### **Kwetsbare groepen**

Voorgaand onderzoek toont aan dat individuele verschillen in gezondheidsuitkomsten afhangen van bepaalde unieke risicofactoren, inclusief de contextuele eigenschappen van de gebeurtenis, de fysieke afstand waarop iemand blootgesteld wordt aan de gebeurtenis, de duur van de nasleep, geslacht, leeftijd op ogenblik van de gebeurtenis, etniciteit, socio-economische status, voorgaande mentale gezondheid, verlies van een geliefde, de verstoring van het sociale leven. Sociale relaties kunnen verbeteren in tijden van collectieve crisis, vooral in iemands eigen familie, maar de meerderheid van onderzoek benadrukt het 'vervagen' van persoonlijke relaties en gemeenschapszin (31, 32, 33).

Uit de literatuur blijkt tevens dat de risicofactoren een cumulatieve en multiplicatieve impact hebben op het risico om bepaalde psychische problemen te ontwikkelen (34, 35, 36). Het risico op het vertonen van symptomen van gegeneraliseerde angststoornissen en depressieve stemmingsstoornissen neemt dus met andere woorden toe met het aantal risicofactoren.

Ook binnen deze studie konden we voor zowel de algemene bevolking als voor mensen die drugs gebruiken, enkele kenmerken identificeren die als risico- of beschermende factoren beschouwd kunnen worden.

Zo is het risico op symptomen van zowel angst als depressie voor zowel de algemene populatie als bij PWUD het grootst bij **vrouwen**. Dit werd ook eerder in andere studies binnen de algemene populatie aangetoond (37-42). Hier blijft de vraag in welke mate de hogere prevalentie van psychische problemen bij vrouwen het gevolg is van een onderrapportering door mannen.

Verschillende hypothesen zijn voorgesteld om deze verhoogde kwetsbaarheid bij vrouwen te verklaren, waaronder biologische factoren zoals fysiologische reactiviteit en hormonen. (58)

Andere studies tonen aan dat psychosociale factoren, zoals genderrollen, betere voorspellers zijn dan biologische factoren om het verschil in angst (59, 60) en depressie (61) bij mannen en vrouwen te verklaren. Genderrollen worden gedefinieerd door de vrouwelijke en mannelijke kenmerken die de samenleving aan mannen en vrouwen toeschrijft. Genderrollen zijn dynamisch en worden gevormd door levenservaringen. (62) Eerder onderzoek toonde bijvoorbeeld ook aan dat mannelijkheidstrekken negatief geassocieerd waren met depressieve en angstsymptomen bij volwassenen in de algemene bevolking. (63)

Daarnaast is het **niet hebben van betaald werk** een risicofactor op het vertonen van symptomen van angst en depressie (43-45). De financiële onzekerheid die hierbij gepaard gaat, zou hier een rol kunnen spelen. Naast financiële onzekerheid zou het ontbreken van een dagstructuur ook een mogelijke verklaring kunnen zijn. Het hebben van een dagstructuur is namelijk enorm belangrijk voor de psychische gezondheid (47). Het gebrek aan structuur in combinatie met het wegvallen van sociale contacten, kan zorgen voor een toename van gedragsproblematieken, angst, depressie en eetproblemen. Een gebrek aan duidelijke dagstructuur heeft vaak ook gevolgen voor het slaapritme. Mensen zijn vaak overdag minder energiek, gaan meer piekeren, wat er weer voor zorgt dat ze nog minder goed slapen. Zo kunnen mensen in een vicieuze cirkel terechtkomen, waarbij de ene klacht de andere versterkt. Bovendien kan middelengebruik een toevlucht zijn voor deze mensen.

We kunnen dus stellen dat voor mensen die hun job verliezen of geen betaalde job hebben, het vasthouden van de dagstructuur belangrijk is. We pleiten dat mensen, ook in situaties waar men erg plots zonder job komt te staan, vanuit het beleid beter ondersteund wordt bij het vinden van nieuwe dagstructuur. Dit kan bijvoorbeeld door cursussen of vrijwilligerswerk aan te reiken, zo lang een nieuwe job ontbreekt. Deze resultaten bevestigen dan ook het belang om te investeren in (om)scholing van werknemers en programma's die de kans om werk te vinden vergroten. Werk blijkt meer dan ooit een belangrijke factor in de preventie van mentale- en andere gezondheidsproblemen.

Echter ook bij de mensen die betaald werk hebben, kan er een groot verschil zijn tussen de mensen die hun werk zouden kunnen verliezen - wat in tijden van crisis sterk aanwezig is - en zij die een absolute werkzekerheid hebben. Uit voorgaand onderzoek bleek dat arbeidsonzekerheid en inkomensverlies voor arbeiders leiden tot psychische problemen.(23)

Verder zien we dat '**alleen wonen**' een risicofactor vormt voor zowel symptomen van angst als depressie bij de algemene bevolking en in de groep van enkel-cannabisgebruikers. Dit ligt in lijn van onze verwachtingen, aangezien het hebben van sociale contacten een beschermende factor kan bieden voor het risico op de ontwikkeling van symptomen van angst en depressie. (13)

Hierbij kunnen we het belang onderstrepen na te denken over hoe we de samenhang en verbondenheid, zoals meer contact met huis- en buurtgenoten, kunnen bevorderen. Het is daarbij ook belangrijk te investeren in een laagdrempelig aanbod van ondersteuning op gebied van mentale gezondheid en extra aandacht te hebben voor de groep van alleenwonenden die cannabis gebruiken. Het gaat hier om illegale middelen, wat de open communicatie zeker niet bevordert. Er moet dus hard ingezet worden om initiatieven (zoals bijvoorbeeld de druglijn) meer zichtbaar te maken waarbij veiligheid gegarandeerd wordt voor PWUD, zoals door het stimuleren van campagnes. Daarnaast kan er ook ingezet worden op weerbaarheidstrainingen op scholen en op initiatieven om de drempels te verlagen om met dichte contacten (ouders, burens, community, psychologen) te gaan praten wanneer het al eens iets minder gaat.

Initiatieven die mensen wapenen om zichzelf psychologisch te versterken en aan zelfzorg te doen, zijn dus cruciaal. Daarbij kan gedacht worden aan online hulp en eerste psychologische hulp door professionals in de buurt en eerste lijn die mensen zelf kunnen opzoeken wanneer ze dit nodig achten. (51, 52) Het feit dat vanaf 1 september 2021 de eerste sessies bij de psycholoog terugbetaald zullen worden, is hierbij een belangrijke stap. Echter, tijdens de crisis waren de wachtlijsten voor psychologen zeer groot, wat een serieuze drempel vormt en zeker als aandachtspunt meegenomen moet worden.

Verder valt op dat koppels zonder kinderen een significant lager risico vertonen op zowel symptomen van angst als depressie in vergelijking met koppels met kinderen, zowel binnen de algemene bevolking als bij mensen die drugs gebruiken. Dit hoger risico voor **ouders met kinderen** wordt ook bevestigd in ander onderzoek. (46)

Als onderdeel van de maatregelen om verspreiding van het coronavirus te voorkomen, zijn kinderopvang, basisscholen, middelbare scholen en vervolgonderwijs gedurende de COVID-19-crisis meerdere perioden (gedeeltelijk) gesloten geweest. De impact van de sluiting was groot, zowel voor scholen – die afstandsonderwijs en noodopvang moesten organiseren – als voor de ouders en kinderen. Werk en gezin is onder normale omstandigheden al een combinatie die veel van ouders vraagt. De volledige opvang van kinderen en het thuisonderwijs dat hier bovenop kwam, maakt deze combinatie extra uitdagend. Zo gaan werk- en gezinstaken door elkaar lopen, en hebben sommige ouders hierdoor het gevoel hun kinderen tekort te doen. Ook het werk lijdt onder de combinatiestress. Ouders kunnen zich op hun thuiswerkplek minder goed concentreren en zijn minder productief.

Bovendien zijn de mogelijkheden tot sociaal contact door de COVID-19-maatregelen beperkt en valt steun uit de dagelijkse leefomgeving (bijvoorbeeld opvang kinderen door grootouders), gedeeltelijk weg. (55) Sociale steun en een goede stress-regulatie zijn beschermende factoren tegen de impact van stress op het gezin tijdens COVID-19. Hoe meer sociale steun en hoe beter ouders samen met stress omgaan, hoe beter de band tussen ouders en kinderen beschermd is tegen stress. (56)

De doelgroep van ouders is een groep die tijdens de COVID-19-crisis heel weinig steuninitiatieven ter beschikking had. Het is dus van belang de noodzaak te onderstrepen van een focus van het beleid op gezin gerichte interventies en economische middelen tijdens noodsituaties met als doel mentale gezondheidsproblemen te voorkomen binnen deze kwetsbare doelgroep.

De **jongere leeftijdscategorie (18-29 jarigen)** vormt enkel een risicogroep op het vertonen van symptomen van angst en depressie binnen de algemene bevolking, wat ook in voorgaand onderzoek bevestigd werd. (43) Verder vormen de **laagopgeleiden** enkel een risicofactor in de algemene bevolking en bij de enkel-cannabisgebruikers, terwijl het **'studeren'** als risicofactor voor affectieve stoornissen naar voren komt bij de algemene populatie en gebruikers van stimulerende middelen. Combinaties van het verlies van structuur in de dag door lessen die wegvallen, de aanwezige prestatiedruk, de uitval van ontspanningsmogelijkheden en financiële afhankelijkheid kunnen hiervoor mogelijke verklaringen bieden. Het nachtleven en het bijhorende escapisme spelen namelijk een belangrijke rol in het leven van studenten.



In het algemeen kunnen we besluiten dat **meer aandacht moet worden besteed aan de mentale gezondheid**, ook reeds voordat een crisis zoals de COVID-19-pandemie uitbreekt. De eerste reactie op de crisis was gericht op schadebeperking en het redden van levens. Toen de eerste beperkende maatregelen werden ingevoerd, werd er onvoldoende gefocust op de impact op de mentale gezondheid van de mensen, hoewel de UN wel reeds een oproep hadden gedaan om hiermee rekening te houden (64). Veel diensten binnen de geestelijke gezondheidszorg moesten sluiten of waren genoodzaakt hun reactiecapaciteit te beperken. Er bestaat weinig twijfel over dat laagdrempelige psychologische diensten verder moeten worden versterkt en verbeterd om in tijden van crisis beschikbaar te blijven. (54) Vooral voor moeilijk te bereiken bevolkingsgroepen zoals PWUD, moeten dergelijke diensten te allen tijde toegankelijk blijven. Het is hierbij ook aangewezen om in te zetten op de bestendinging en versterking van veerkracht om met deze uitzonderlijke situatie om te gaan, vooral in de subpopulaties die reeds kwetsbaar zijn voor mentale gezondheidsproblemen, zoals ook mensen die niet-afhankelijk drugs gebruiken bijvoorbeeld in recreatieve setting. Hoewel niemand klaar was voor een crisis zoals de COVID-19-pandemie, was de impact van de crisis veel groter voor PWUD. Het versterken van de veerkracht speelt een belangrijke rol in de reductie van stress en bijhorende gezondheidsklachten. (51, 52)

Verder is het ook belangrijk voldoende aandacht te besteden aan financiële ondersteuning bij jobverlies, stimulatie in het vinden van nieuwe jobs, zicht houden op kwetsbare groepen, en die extra ondersteunen. Het hebben van een betaalde job verhoogt sterk de kans op een goede mentale gezondheid. Dit geldt voor de algemene populatie, maar nog des te meer voor risicogroepen zoals druggebruikers. Het gaat hier om personen die in het algemeen drugs gebruiken, dus zowel personen met als zonder verslavingsproblematiek, of personen in- en buiten behandeling.

## **Beperkingen en mogelijkheden**

- De resultaten van deze studie zijn gebaseerd op zelfrapportage. Hoewel de GAD-7 en PHQ-9 internationaal gevalideerde schalen zijn, kunnen deze verschillen van het oordeel van klinici wanneer ze de respondent in de praktijk zouden zien. Deze schalen kunnen dus enkel een indicatie bieden van de aanwezigheid van angst en depressie.
- In periode 2 was er wegens praktische redenen een verschil in afnameperiode tussen de bevraging van de PWUD en algemene populatie. Dit kon een invloed hebben op de resultaten in deze tweede periode, aangezien de verstrengde maatregelen aangekondigd werden tijdens de laatste dagen van het lopende onderzoek bij de groep PWUD. De continue veranderingen in toepassing van maatregelen waren echter niet te voorzien.
- Een sterkte van deze studie is dat er verschillende bevragingen gedaan werden doorheen de COVID-19-pandemie. Hierdoor kon de evolutie in tijd in de mentale gezondheid opgevolgd worden. Uiteraard is het wel zo dat idealiter dezelfde mensen over de verschillende periodes gevolgd moeten worden (longitudinale studie) om de directe impact van de COVID-19-crisis en bijkomende maatregelen na te gaan. In het huidige studiedesign was het enkel mogelijk de prevalentie van affectieve stoornissen op populatieniveau na te gaan aan het begin van de COVID-19-crisis; 6 maanden later en 11 maanden later, en deze resultaten te vergelijken met deze van de algemene bevolking. Aangezien we hier een significante stijging doorheen de tijd en een significant verschil met de algemene populatie konden weerhouden, is het dus interessant dit vervolgens diepgaander te onderzoeken met een longitudinaal studiedesign. Op basis van de huidige resultaten kunnen we niet uitsluiten dat voor sommige PWUD de symptomen van angst en depressie daalden sinds het begin van de pandemie en het zou interessant zijn de factoren die deze daling zouden kunnen verklaren, na te gaan.

- Bovendien bevat deze studie alle personen die het laatste jaar ten minste één keer drugs gebruikt hebben. We kunnen de respondenten met een verslavingsproblematiek dus niet uitsluiten uit deze studie en dat bemoeilijkt vaak de interpretatie van de resultaten. Enkel in de eerste bevraging (periode 1) werd gevraagd naar een behandelingsverleden van respondenten met een verslavingsproblematiek: 7.5% was ooit in behandeling voor SUD, terwijl 3.0% in behandeling was aan het begin van de crisis. Aangezien deze vraag niet in de verdere bevragingsperiodes gesteld was, konden we deze respondenten niet uitsluiten voor de analyses. Hoe dan ook is er geen reden om te veronderstellen dat hun aandeel in de totale steekproef van die aard was de sterke stijging in affectieve stoornissen tussen de drie periodes te verklaren.
- Een belangrijke contextuele beperking van de huidige studie is dat het niet duidelijk is of en hoe de verandering in prevalentie van affectieve stoornissen het druggebruik bij de respondenten beïnvloedt. Het zou bijvoorbeeld kunnen zijn dat de stijging in angst- en depressiestoornissen het druggebruik beïnvloedde of dat het druggebruik een manier is om te kunnen omgaan met stijgende gevoelens van angst en depressie. Verder onderzoek dient te focussen op de verandering in druggebruik volgens de evolutie in symptomen van angst en depressieve stemmingsstoornissen.
- Dit onderzoek bespreekt enkel de impact van de COVID-19-crisis op het mentale welzijn tussen april 2020 en maart 2021. De effecten van een crisis op mentaal welzijn kan ook op langere termijn doorwerken. Een verderzetting van het monitoringssysteem van het mentaal welzijn binnen deze doelpopulaties is dus aangewezen.
- Tot slot is het belangrijk op te merken dat, hoewel er in deze studie vaak sprake is van de "algemene bevolking", deze term de lading niet geheel dekt, omdat we hier geen gegevens hebben van kinderen en jongeren tot 18 jaar. Zij vormen uiteraard ook een belangrijk deel van de "algemene bevolking".

# REFERENTIES

1. Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2020). *Mental Health and the Covid-19 Pandemic*. *New England Journal of Medicine*, 383(6), 510–512. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017>
2. Hotopf, M., Bullmore, E., O'Connor, R. C., & Holmes, E. A. (2020). The scope of mental health research during the COVID-19 pandemic and its aftermath. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 217(4), 540–542. PubMed. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.125>
3. ECDC. (2020). *Medically-and-socially-vulnerable-populations-COVID-19.pdf*. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Medically-and-socially-vulnerable-populations-COVID-19.pdf>. Accessed: 15/01/2021.
4. National Institute on Drug Abuse. (2020). *Common Comorbidities with Substance Use Disorders Research Report*. <https://www.drugabuse.gov/download/1155/common-comorbidities-substance-use-disorders-research-report.pdf?v=5d6a5983e0e9353d46d01767fb20354b>. Accessed: 15/01/2021.
5. Rush, B., Urbanoski, K., Bassani, D., Castel, S., Wild, T. C., Strike, C., Kimberley, D., & Somers, J. (2008). *Prevalence of Co-Occurring Substance Use and other Mental Disorders in the Canadian Population*. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(12), 800–809. <https://doi.org/10.1177/070674370805301206>
6. Lubman, D. I., Allen, N. B., Rogers, N., Cementon, E., & Bonomo, Y. (2007). *The impact of co-occurring mood and anxiety disorders among substance-abusing youth*. *Journal of Affective Disorders*, 103(1), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.01.011>
7. Mey, A., Plummer, D., Anoopkumar-Dukie, S., & Domberelli, A. (2018). *What's the attraction? Social connectedness as a driver of recreational drug use*. *Journal of Substance Use*, 23(3), 327–334. <https://doi.org/10.1080/14659891.2017.1409816>
8. EMCDDA. *Impact of COVID-19 on patterns of drug use and drug-related harms in Europe*. EMCDDA; 2020. (EMCDDA trendspotter briefing).
9. EMCDDA, Europol. *EU Drug Markets: Impact of COVID-19*. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.
10. Sciensano. COVID-19 - *Epidemiologische situatie op 14 maart 2020* [Internet]. 2020. Available from: [https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19\\_Daily%20report\\_20200314%20-%20NL.pdf](https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Daily%20report_20200314%20-%20NL.pdf)
11. WHO. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) - *Situation Report –51* [Internet]. 2020 Nov. Available from: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57\\_10](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10)
12. Sciensano. COVID-19 – *Wekelijks epidemiologisch bulletin van 26 juni 2020* [Internet]. 2020. Available from: [https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19\\_Weekly%20report\\_20200626%20-%20NL\\_0.pdf](https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Weekly%20report_20200626%20-%20NL_0.pdf)

13. Havenaar, J. M., Cwikel, J., & Bromet, E. J. (Eds.). (2002). *Toxic turmoil: psychological and societal consequences of ecological disasters*. Springer Science & Business Media.
14. Braekman, E., Charafeddine, R., Demarest, S., Drieskens, S., Tafforeau, J., Van der Heyden, J., & Van Hal, G. (2019). *Is the European Health Interview Survey online yet? Response and net sample composition of a web-based data collection*. *European journal of public health*.
15. Waldron J, Grabski M, Freeman TP, Mokrysz C, Hindocha C, Measham F, et al. *How do online and offline sampling compare in a multinational study of drug use and nightlife behaviour?* *International Journal of Drug Policy*. 2020 Aug;82:102812.
16. Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). *The PHQ-9*. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
17. Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). *A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7*. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
18. De Jong Gierveld, J., & Van Tilburg, T. (2008). *De ingekorte schaal voor algemene, emotionele en sociale eenzaamheid*. *Tijdschrift voor gerontologie en geriatricie*, 39(1), 4-15.
19. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, et al. *Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science*. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(6):547–60. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1).
20. Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence*. *The lancet*, 395(10227), 912-920.
21. EMCDDA. (2015). *Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe*. Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2810/532790>. Accessed: 15/01/2021.
22. Farrell, M., Howes, S., Bebbington, P., Brugha, T., Jenkins, R., Lewis, G., Marsden, J., Taylor, C., & Meltzer, H. (2001). *Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity: Results of a national household survey*. *The British Journal of Psychiatry*, 179(5), 432–437. <https://doi.org/10.1192/bjp.179.5.432>
23. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence*. *Lancet*. 2020;395(10227):912–20. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).
24. Sciensano. *Geestelijke gezondheid – Gezondheidsenquête 2018* [Internet]. 2020. Available from: <https://www.sciensano.be/en/biblio/gezondheidsenquête-2018-geestelijke-gezondheid>
25. Sciensano. (2020a). *Derde COVID-19 gezondheidsenquête: eerste resultaten*. Sciensano. <https://doi.org/10.25608/5ZDX-TD23> Accessed: 15/01/2021.
26. Pierce, M., Hope, H., Ford, T., Hatch, S., Hotopf, M., John, A., Kontopantelis, E., Webb, R., Wessely, S., McManus, S., & Abel, K. M. (2020). *Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a*

*longitudinal probability sample survey of the UK population*. The Lancet Psychiatry, 7(10), 883–892.  
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30308-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30308-4)

27. Bäuerle, A., Teufel, M., Musche, V., Weismüller, B., Kohler, H., Hetkamp, M., Dörrie, N., Schweda, A., & Skoda, E.-M. (2020). *Increased generalized anxiety, depression and distress during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in Germany*. Journal of Public Health, 42(4), 672–678.  
<https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa106>
28. Beutels, P., Pepermans, K. (2020). *Mentale welzijn in tijden van COVID-19: ups en downs van een bevolking onder druk*. Available from <https://blog.uantwerpen.be/corona/mentaal-welzijn/>
29. L'équipe de recherche du Pr. Vincent Lorent, Institut de Recherche Santé et Société (IRSS), UCLouvain et du Pr. Kris Van den Broeck, Université d'Anvers. *Evaluation de l'état de santé mentale et santé sociale de la population belge pendant la période du confinement: résultats de la vague 1 et 2*.  
[https://cdn.uclouvain.be/groups/cms-editors-irss/irss-sophie/rapport\\_covidetmoi\\_vague1et2.pdf](https://cdn.uclouvain.be/groups/cms-editors-irss/irss-sophie/rapport_covidetmoi_vague1et2.pdf)
30. Lorant, V., Smith, P., Seeber, K., Van den Broeck, K., Pablo, N. *La détresse psychologique de la population générale pendant la crise sanitaire liée à la COVID-19 : résultats de mars à novembre 2020*.  
[https://cdn.uclouvain.be/groups/cms-editors-irss/irss-sophie/alaa/autres/Vague4\\_rapport\\_FR.pdf](https://cdn.uclouvain.be/groups/cms-editors-irss/irss-sophie/alaa/autres/Vague4_rapport_FR.pdf)
31. Bonanno, G. A., Brewin, C. R., Kaniasty, K., & Greca, A. M. L. (2010). *Weighing the costs of disaster: Consequences, risks, and resilience in individuals, families, and communities*. Psychological science in the public interest, 11(1), 1-49.
32. Norris, F., Friedman, M., Watson, P., Byrne, C., Diaz, E., & Kaniasty, K. (2002). *60,000 Disaster victims speak: part I, an empirical review of the empirical literature, 1981–2001*. Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 65, 207–239.
33. Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). *Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis*. Psychological bulletin, 129(1), 52.
34. Carmassi, C., Foghi, C., Dell'Oste, V., Cordone, A., Bertelloni, C. A., Bui, E., & Dell'Osso, L. (2020). *PTSD symptoms in healthcare workers facing the three coronavirus outbreaks: What can we expect after the COVID-19 pandemic*. Psychiatry research, 113312.
35. Chevance, A., Gourion, D., Hoertel, N., Llorca, P. M., Thomas, P., Bocher, R.,... & Gaillard, R. (2020). *Ensuring mental health care during the SARS-CoV-2 epidemic in France: A narrative review*. L'encephale, 46(3), 193-201.
36. Hossain, M. M., Tasnim, S., Sultana, A., Faizah, F., Mazumder, H., Zou, L.,... & Ma, P. (2020). *Epidemiology of mental health problems in COVID-19: a review*. F1000Research, 9.
37. Khademian F, Delavari S, Koohjani Z, et al. *An investigation of depression, anxiety, and stress and its relating factors during COVID-19 pandemic in Iran*. BMC Public Health. 2021;21:275. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10329-3>.
38. Spoorthy MS, Pratapa SK, Mahant S. *Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic– a review*. Asian J Psychiatry. 2020;51:102–19.

39. Solomou I, Constantinidou F. *Prevalence and predictors of anxiety and depression symptoms during the COVID-19 pandemic and compliance with precautionary measures: age and sex matter*. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(14):4924. <https://doi.org/10.3390/ijerph17144924>.
40. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. *Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China*. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(5):1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>.
41. Islam MS, Ferdous MZ, Potenza MN. *Panic and generalized anxiety during the COVID-19 pandemic among Bangladeshi people: an online pilot survey early in the outbreak*. *J Affect Disord*. 2020;276:30–7. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.049>.
42. Lee CM, Cadigan JM, Rhew IC. *Increases in loneliness among young adults during the COVID-19 pandemic and association with increases in mental health problems*. *J Adolesc Health*. 2020;67(5):714–7. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.08.009>.
43. Altemus, M., Sarvaiya, N., & Epperson, C. N. (2014). *Sex differences in anxiety and depression clinical perspectives*. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 35(3), 320–330. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2014.05.004>
- Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2020). *Mental Health and the Covid-19 Pandemic*. *New England Journal of Medicine*, 383(6), 510–512. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017>
44. Every-Palmer, S., Jenkins, M., Gendall, P., Hoek, J., Beaglehole, B., Bell, C., Williman, J., Rapsey, C., & Stanley, J. (2020). *Psychological distress, anxiety, family violence, suicidality, and wellbeing in New Zealand during the COVID-19 lockdown: A cross-sectional study*. *PLOS ONE*, 15(11), e0241658. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241658>
45. Van Droogenbroeck, F., Spruyt, B., & Keppens, G. (2018). *Gender differences in mental health problems among adolescents and the role of social support: results from the Belgian health interview surveys 2008 and 2013*. *BMC Psychiatry*, 18(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1591-4>
46. Panchal, N., Kamal, R., Orgera, K., Cox, C., Garfield, R., Hamel, L., & Chidambaram, P. (2020). *The implications of COVID-19 for mental health and substance use*. Kaiser family foundation, 21.
47. Van Miltenburg, C., van Laar, M., van Beek, R. (2020). *De impact van COVID-19 en de coronamaatregelen op alcohol-, tabak- en drugsgebruik onder uitgaanders*, Trimbos-instituut. <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/product/af1813-de-impact-van-covid-19-en-de-coronamaatregelen-op-alcohol-tabak-en-drugsgebruik-onder-uitgaanders>
48. GGZ Standaarden. *Richtlijn Drugs (niet-opioïden) Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines (2018)*. Available from: [https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project\\_63c1e898-b095-4171-a595-25280d68f500\\_stoornissen-in-het-gebruik-van-cannabis-cocaine-amfetamine-ecstasy-ghb-en-benzodiazepines\\_authorized-at\\_26-02-2018.pdf](https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_63c1e898-b095-4171-a595-25280d68f500_stoornissen-in-het-gebruik-van-cannabis-cocaine-amfetamine-ecstasy-ghb-en-benzodiazepines_authorized-at_26-02-2018.pdf)
49. Sciensano (2021) Dashboard. Middelengebruik. <https://datastudio.google.com/reporting/f0ab8a9c-5b22-429b-84b8-eade53e3e46b/page/6joAC?s=kQE--E8hCRM>

50. Hassan, M., Mishra, D., Mahto, J., & Kumar, R. (2013). *Comparative study of coping skills among alcohol users, cannabis users and non-patient group*. Indian Journal of Health and Wellbeing, 4(4), 830.
51. Ninette van Hasselt, Derek de Beurs, Laura Shields. *Mentaal gezond de coronacrisis door: zeven adviezen*, Trimbos-instituut. <https://www.trimbos.nl/kennis/corona/mentaal-gezond-door-de-crisis>
52. Cowling BJ, Ip DK, Lam WW, Liao Q, Ng DM, Wu JT, et al. *Community psychological and behavioral responses through the first wave of the 2009 influenza A (H1N1) pandemic in Hong Kong*. Int J Infect Dis 2010;202(6):867-76.
53. HGR Nederland - Hoge Gezondheidsraad Nederland. *Gevolgen van rampen voor de gezondheid op middellange en lange termijn*. HGR 2006/18.
54. Hoge Gezondheidsraad. *De "Belgian mental health monitor COVID-19", een methode om de overheidsrespons op de impact van COVID-19 op de mentale gezondheid van de Belgische bevolking op te volgen*. HGR NR 9640 juli 2021.
55. Kesselring, M., & van Spanje-Hennes, A. (2021). *De impact van (de maatregelen tegen) COVID-19 op het gezinsleven*.
56. Kluwer, E. *Relatie-en gezinsproblematiek, zorgmijding en preventie tijdens en na COVID-19*.
57. Kesselring, M. & Van Spanje-Hennes, A. (2020). *Dezelfde storm, niet hetzelfde schuitje. De impact van COVID-19 op gezinnen*. Pedagogiek in Praktijk, 118, 18-21.
58. McLean, C. P., & Anderson, E. R. (2009). *Brave men and timid women? A review of the gender differences in fear and anxiety*. Clinical Psychology Review, 29(6), 496–505. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.05.003>
59. Bekker, M. H., & van Mens-Verhulst, J. (2007). *Anxiety disorders: Sex differences in prevalence, degree, and background, but gender-neutral treatment*. Gender Medicine, 4, S178–S193. [https://doi.org/10.1016/s1550-8579\(07\)80057-x](https://doi.org/10.1016/s1550-8579(07)80057-x)
60. Carter, R., Silverman, W. K., & Jaccard, J. (2011). *Sex variations in youth anxiety symptoms: Effects of pubertal development and gender role orientation*. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 40(5), 730–741. <https://doi.org/10.1080/15374416.2011.597082>
61. Lengua, L. J., & Stormshak, E. A. (2000). *Gender, gender roles, and personality: Gender differences in the prediction of coping and psychological symptoms*. Sex Roles, 43(11-12), 787–820.
62. Bem, S. L. (1981a). *Gender schema theory: A cognitive account of sex typing*. Psychological Review, 88(4), 354–364. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.88.4.354>
63. Arcand, M., Juster, R. P., Lupien, S. J., & Marin, M. F. (2020). *Gender roles in relation to symptoms of anxiety and depression among students and workers*. Anxiety, Stress, & Coping, 33(6), 661-674.
64. UN SG. (2020). *Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health (13 May 2020)* Available from: <https://reliefweb.int/report/world/policy-brief-covid-19-and-need-action-mental-health-13-may-2020>

# BIJLAGEN

Tabel 2 | Beschrijvende statistieken van PWUD en de algemene populatie in 2020-2021 (ongematchte data)

		PWUD						Algemene populatie					
		Periode 1		Periode 2		Periode 3		Periode 1		Periode 2		Periode 3	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Geslacht</b>	Man	2,661	78.0%	1,651	71.5%	1202	71.5%	15,691	31.8%	11,264	36.5%	7,268	35.6%
	Vrouw	752	22.0%	659	28.5%	479	28.5%	33,644	68.2%	19,581	63.5%	13,142	64.4%
<b>Regio</b>	Vlaams Gew est	2,520	77.3%	1,811	81.0%	1266	78%	31,796	64.5%	21,126	68.5%	13349	65.4%
	Brussels hoofdstedelijk Gew est	337	10.3%	222	9.9%	179	11%	4,872	9.9%	2,881	9.3%	2025	9.9%
	Waalse Gew est	401	12.3%	203	9.1%	186	11%	12,667	25.7%	6,838	22.2%	5036	24.7%
<b>Leeftijd</b>	18-24	1,905	54.6%	1,068	45.7%	536	31.8%	2,807	5.7%	705	2.3%	355	1.7%
	25-34	627	18.0%	490	21.0%	617	36.5%	9,704	19.7%	3,809	12.4%	1996	9.8%
	35-44	358	10.3%	323	13.8%	361	21.4%	11,967	24.3%	6,397	20.4%	3661	17.9%
	45-54	285	8.2%	202	8.6%	132	7.8%	10,442	21.2%	6,762	21.9%	4237	20.8%
	55-64	168	4.8%	119	5.1%	34	2%	8,872	18.0%	7,303	23.7%	4985	24.4%
	65+	147	4.2%	135	5.8%	9	0.5%	5,543	11.2%	5,969	19.4%	5176	25.4%
<b>Type huishouden</b>	Alleenw onend, zonder kinderen	654	19%	532	23%	431	25.4%	7142	14.6%	5489	17.9%	3890	19.1%
	Koppel, zonder kind(eren)	502	7.4%	401	17.4%	318	18.8%	13934	28.5%	10601	34.5%	7522	37%
	Koppel, met kind(eren)	255	3.9%	201	8.7%	218	12.9%	19320	39.5%	10902	35.5%	6588	32.4%
	Alleenw onend, met kind(eren)	59	1.7%	65	2.8%	66	3.9%	3029	6.2%	1739	5.7%	1143	5.6%
	Samen met ouder(s), familie, vrienden of kennissen	1829	54%	1029	44.5%	599	35.4%	4975	9.8%	1660	5.4%	986	4.8%



	Ander	99	2.9%	82	3.5%	61	3.6%	684	1.4%	340	1.1%	202	1%
<b>Werkstatus</b>	Betaalde job	2119	65.6%	1533	69.1%	1182	72.5%	35390	63.3%	19942	69.7%	12623	66.1%
	Werkloos (niet tijdelijk onderbroken)	183	5.7%	135	6.2%	81	5%	1011	8.2%	610	2.1%	382	2%
	Invaliditeit	44	1.4%	36	1.6%	40	2.5%	940	7.3%	762	2.7%	477	2.5%
	Studeren	794	24.8%	450	20.5%	274	17%	1723	23.9%	478	1.7%	284	1.5%
	Pensioen	6	0.2%	10	0.5%	7	0.4%	4558	51.4%	5854	20.5%	4792	25.1%
	Huishoudelijk werk	13	0.4%	9	0.4%	10	0.6%	767	5%	626	2.2%	356	1.9%
	Ander	62	1.9%	38	1.7%	32	2%	573	4%	322	1.1%	194	1%
<b>Opleidingsgraad</b>	Secundair diploma of lager	2200	65.2%	1330	58%	912	54.4%	13465	28.2%	7801	26%	5069	25.5%
	Hoger onderwijs	1172	34.8%	965	42%	765	45.6%	34228	71.8%	22183	74%	14825	74.5%
<b>Symptomen van gegeneraliseerde angststoornis</b>	Ja	418	18.8%	552	31%	487	34.6%	9828	23.3%	4203	17.9%	3120	21.2%
	Nee	1805	81.2%	1229	69%	1407	65.4%	32759	76.7%	24273	82.1%	15597	78.8%
<b>Symptomen van depressieve stemmingsstoornis</b>	Ja	490	23.6%	609	35.3%	518	37.7%	7054	19.8%	3117	14.1%	2871	21.3%
	Nee	1586	76.4%	1117	64.7%	857	62.3%	34779	80.2%	24963	85.9%	15812	78.7%
<b>Eenzaamheid</b>	Niet					306	22.2%					4460	20.8%
	Gemiddeld					676	48.8%					9302	50.5%
	Ernstig					402	29%					4818	28.7%

Tabel 3. Beschrijvende statistieken van PWUD en respondenten van de algemene populatie in 2020-2021 (gematchte data op basis van periode, geslacht, leeftijd en regio)

		PWUD						Algemene populatie					
		Periode 1		Periode 2		Periode 3		Periode 1		Periode 2		Periode 3	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Geslacht</b>	Man	1179	72.3%	811	62.8%	677	63.5%	1179	72.3%	811	62.8%	677	63.5
	Vrouw	452	27.7%	480	37.2%	390	36.5%	452	27.7%	480	37.2%	390	36.5
<b>Regio</b>	Vlaams gew est	1281	78.5%	1016	78.7%	831	77.9%	1281	78.5%	1016	78.7%	831	77.9%
	Brussels hoofdstedelijk gew est	155	9.5%	118	9.1%	98	9.2%	155	9.5%	118	9.1%	98	9.2%
	Waals gew est	195	12%	157	12.2%	138	12.9%	195	12%	157	12.2%	138	12.9%
<b>Leeftijd</b>	18-24	659	40.4%	385	29.8%	241	22.6%	659	40.4%	385	29.8%	241	22.6%
	25-34	571	35%	577	44.7%	430	40.3%	571	35%	577	44.7%	430	40.3%
	35-44	286	17.5%	231	17.9%	281	26.4%	286	17.5%	231	17.9%	281	26.4%
	45-54	97	6%	71	5.5%	86	8.1%	97	6%	71	5.5%	86	8.1%
	55-64	15	0.9%	22	1.7 %	24	2.3%	15	0.9%	22	1.7 %	24	2.3%
	65+	3	%	5	0.4%	5	0.5%	3	%	5	0.4%	5	0.5%
<b>Gem leeftijd ± standaard deviatie</b>		29.2 ± 8.2		30.5 ± 9.0		33.5 ± 9.5		29.2 ± 8.2		30.5 ± 9.0		33.5 ± 9.5	
<b>Type huishouden</b>	Alleenw onend, zonder kinderen	338	20.8%	341	26.5%	300	28.3%	182	11.2%	169	13.1%	155	14.6%
	Koppel, zonder kind(eren)	314	19.4%	268	20.8%	243	22.9%	295	18.1%	310	24.1%	278	26.1%
	Koppel, met kind(eren)	169	10.4%	147	11.4%	171	16.1%	338	20.7%	297	23.1%	295	27.7%
	Alleenw onend, met kind(eren)	36	2.2%	43	3.3%	49	4.6%	25	1.5%	11	0.8%	25	2.4%
	Samen met ouder(s), familie, vrienden of kennissen	720	44.4%	447	34.8%	268	25.2%	773	47.4%	488	37.9%	300	28.2%

	Ander	45	2.8%	40	3.1%	31	2.9%	18	1.1%	13	1%	12	1.1%
<b>Werkstatus</b>	Betaalde job	1094	69.7%	938	75.3%	803	77.6%	1054	68.1%	941	74.3%	838	79.4%
	Werkloos (niet tijdelijk onderbroken)	92	5.9%	84	6.8%	58	5.6%	32	2.1%	51	4%	29	2.8%
	Invaliditeit	26	1.7%	22	1.8%	33	3.2%	15	1%	13	1%	17	1.6%
	Studeren	315	20%	168	13.6%	108	10.5%	421	27.2%	243	19.2%	150	14.3%
	Pensioen	4	0.24%	8	0.6%	6	0.6%	4	0.3%	4	0.3%	8	0.8%
	Huishoudelijk werk	8	0.5%	4	0.3%	6	0.6%	4	0.3%	4	0.3%	3	0.3%
	Ander	31	2%	19	1.5%	20	1.9%	18	1.1%	10	0.8%	9	0.9%
<b>Opleidingsgraad</b>	Secundair diploma of lager	958	59.4%	634	49.4%	519	49.2%	577	35.9%	280	22%	259	24.7%
	Hoger onderw ijs	656	40.6%	650	50.6%	537	50.8%	1030	64.1%	994	78%	791	75.3%
<b>Symptomen van gegeneraliseerde angststoornis</b>	Ja	329	20.2%	412	31.9%	357	33.5%	376	23%	256	19.8%	256	24%
	Nee	1302	79.8%	879	68.1%	710	66.5%	1255	77%	1035	80.2%	811	76%
<b>Symptomen van depressieve stemmingsstoornis</b>	Ja	399	24.5%	436	33.8%	384	36%	360	21.1%	208	16.1%	264	24.7%
	Nee	1232	75.5%	855	66.2%	683	64%	1271	77.9%	1083	83.9%	803	75.3%
<b>Eenzaamheid</b>	Niet					218	20.6%					271	25.5%
	Gemiddeld					535	50.4%					527	49.5%
	Ernstig					308	29%					267	25.1%

Tabel 4. Beschrijvende statistieken van PWUD: cannabisgebruikers (profiel 1) en gebruikers van stimulerende middelen (profiel 2) in 2020-2021 (ongematchte data)

		Profiel 1						Profiel 2					
		Periode 1		Periode 2		Periode 3		Periode 1		Periode 2		Periode 3	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Geslacht</b>	Man	982	81.1	625	74.1	407	74.1	755	76.4	480	65.7	241	64.6
	Vrouw	229	18.9	218	25.9	142	25.9	233	25.6	251	34.3	132	35.4
<b>Regio</b>	Vlaams gew est	804	72.7	604	75.4	404	75.2	760	80.8	601	85.6	307	84.8
	Brussels hoofdstedelijk gew est	188	17	115	14.4	75	14	91	9.7	44	6.3	25	6.9
	Waals gew est	114	10.3	82	10.2	58	10.8	90	9.6	57	8.1	30	8.3
<b>Leeftijd</b>	18-24	677	56	425	50.4	183	33.3	445	44.7	224	33.4	67	18
	25-34	304	25.2	243	28.8	183	33.3	327	32.9	314	42.9	166	44.5
	35-44	157	13	109	12.9	114	20.7	183	18.4	139	19	95	22.5
	45-54	50	4.1	42	5	52	9.4	34	3.4	27	3.7	35	9.4
	55-64	16	1.3	20	2.4	15	2.7	6	0.6	7	0.9	7	1.9
	65+	4	0.3	5	0.6	3	0.5	0	0	0	0	3	0.8
<b>Gem leeftijd ± standaarddeviatie</b>		26.9±9.1		28±10		31.4±10.4		28.2±8.1		29.4±8.2		33.2±9.3	
<b>Type huishouden</b>	Alleenw onend, zonder kinderen	204	17.1	166	19.7	129	23.4	214	21.7	185	25.4	102	27.5
	Koppel, zonder kind(eren)	172	14.4	140	16.6	94	17	172	17.5	153	21	82	22.1
	Koppel, met kind(eren)	123	10.3	106	12.6	94	17	102	10.4	71	9.7	67	18
	Alleenw onend, met kind(eren)	24	2	15	1.8	16	2.	25	2.5	33	4.5	22	5.9
	Samen met ouder(s), familie, vrienden of kennissen	640	53.6	388	46.1	203	36.8	452	45.9	267	36.7	86	23.2
	Ander	31	2.6	26	3.1	15	2.7	19	1.9	19	2.6	12	3.2
<b>Werkstatus</b>	Betaalde job	744	66%	512	65.2%	374	70%	672	70.4	555	77.1	289	81.2
	Werkloos (niet tijdelijk onderbroken)	53		50		17		44		34		16	

	Invaliditeit	17	16	12	11	7	6						
	Studeren	285	184	107	202	104	34						
	Pensioen	4	6	4	0	1	1						
	Huishoudelijk werk	6	4	4	2	1	0						
	Ander	15	10	13	21	17	9						
<b>Opleidingsgraad</b>	Secundair diploma of lager	794	66.8	529	63.2	307	55.8	592	60.3	363	49.9	170	46.2
	Hoger onderwijs	394	33.2	308	36.8	243	44.2	390	39.7	364	50.1	198	53.8
<b>Frequentie gebruik cannabis</b>	Dagelijks	508	51.2	312	44.1	179	40.3	293	51.5	181	40	75	35.4
	Bijna dagelijks	208	21	148	20.9	99	22.3	90	15.8	79	17.5	37	17.4
	Niet dagelijks maar meer dan eens per week	113	11.4	109	15.4	55	12.4	62	10.9	73	16.1	36	17
	Eens per week	56	5.6	53	7.5	44	9.9	45	7.9	38	8.4	20	9.4
	Minder dan eens per week (bv. één of twee keer)	107	10.8	86	12.1	67	15.1	79	13.9	81	17.9	44	20.7
<b>Frequentie gebruik cocaine</b>	Dagelijks							7	2.8	1	0.4	1	0.7
	Bijna dagelijks							11	4.4	5	2	4	3
	Niet dagelijks maar meer dan eens per week							47	19	33	13.4	23	17.2
	Eens per week							46	18.5	52	21.1	24	17.9
	Minder dan eens per week (bv. één of twee keer)							137	55.2	156	63.2	82	61.2
<b>Frequentie gebruik xtc</b>	Dagelijks							0	0	1	0.9	0	0
	Bijna dagelijks							0	0	0	0	0	0
	Niet dagelijks maar meer dan eens per week							1	0.9	1	0.9	0	0
	Eens per week							15	13.6	6	4.1	2	2.8

	Minder dan eens per week (bv. één of twee keer)							94	85.4	138	94.5	138	97.2
<b>Frequentie gebruik amfetamine</b>	Dagelijks							9	15	6	10.3	3	9.7
	Bijna dagelijks							11	18.3	12	20.7	7	22.6
	Niet dagelijks maar meer dan eens per week							11	18.3	10	17.2	7	22.6
	Eens per week							4	6.7	9	15.5	3	9.7
	Minder dan eens per week (bv. één of twee keer)							25	29	21	36.2	11	35.5
<b>Frequentie gebruik alcohol</b>	Dagelijks	54	6.3	35	5.5	16	3.9	90	10.2	50	7.8	31	9.4
	Bijna dagelijks	120	13.9	101	15.8	55	13.2	203	23	138	21.5	61	18.5
	Niet dagelijks maar meer dan eens per week	238	27.7	169	30.7	132	31.8	264	30.1	224	34.9	123	37.3
	Eens per week	193	22.4	142	22.3	100	24.1	150	17	143	22.3	69	20.9
	Minder dan eens per week (bv. één of twee keer)	255	29.6	164	25.7	112	27	173	19.6	87	15.6	46	13.9
<b>Symptomen van gegeneraliseerde angststoornis</b>	Ja	143	16.7	190	28.6	144	30.4	125	19.6	166	29.1	93	29.6
	Nee	715	83.3	475	71.4	477	69.6	521	80.4	404	70.9	221	70.4
<b>Symptomen van depressieve stemmingsstoornis</b>	Ja	177	22.4	209	32.6	161	34.8	137	23.1	185	33	101	33
	Nee	613	77.6	432	67.4	302	65.2	455	76.9	376	67	205	67
<b>Eenzaamheid</b>	Niet					102	21.9%					76	24.6
	Gemiddeld					233	50.2%					157	50.8
	Ernstig					129	27.8%					76	24.6

Tabel 5. Relatieve prevalentie van gegeneraliseerde angststoornissen en depressieve stemmingsstoornissen voor PWUD (+profiel 1 en profiel 2) en respondenten van de algemene populatie, voor de drie periodes van de 2020-2021 (Relatief risico (RR), 95 % betrouwbaarheidsinterval (BI) en p-waarde) (ongematchte data).

		Gegeneraliseerde angststoornis			Depressieve stemmingsstoornis		
		RR	95%BI	p-waarde	RR	95%BI	p-waarde
<b>PWUD</b>	Periode 2 vs periode 1	1.65	1.48-1.84	<.0001	1.49	1.35-1.65	<.0001
	Periode 3 vs periode 1	1.84	1.65-2.06	<.0001	1.60	1.44-1.77	<.0001
	Periode 3 vs periode 2	1.12	1.01-1.23	0.03	1.07	0.97-1.17	0.17
<b>Algemene populatie</b>	Periode 2 vs periode 1	0.64	0.62-0.66	<.0001	0.71	0.71-0.71	<.0001
	Periode 3 vs periode 1	0.90	0.90-0.91	<.0001	1.43	1.15-1.77	0.0015
	Periode 3 vs periode 2	1.18	1.18-1.18	<.0001	1.51	1.51-1.51	<.0001
<b>Profiel 1</b>	Periode 2 vs periode 1	1.71	1.41-2.08	<.0001	1.46	1.23-1.73	<.0001
	Periode 3 vs periode 1	1.82	1.49-2.23	<.0001	1.55	1.30-1.86	<.0001
	Periode 3 vs periode 2	1.07	0.89-1.28	0.51	1.07	0.9-1.26	0.45
<b>Profiel 2</b>	Periode 2 vs periode 1	1.48	1.21-1.82	0.0001	1.42	1.18-1.72	0.0002
	Periode 3 vs periode 1	1.51	1.20-1.90	0.0006	1.43	1.15-1.77	0.001
	Periode 3 vs periode 2	1.02	0.82-1.26	0.88	1.00	0.82-1.22	0.99

**Tabel 6. Relatieve prevalentie van gegeneraliseerde angststoornissen, depressieve stemmingsstoornissen en eenzaamheid voor PWUD en respondenten van de algemene populatie, voor de drie periodes van 2020-2021 (Relatief risico (RR), 95 % betrouwbaarheidsinterval (BI) en p-waarde) – Op basis van gematchte data**

		Gegeneraliseerde angststoornis			Depressieve stemmingsstoornis			Eenzaamheid		
		RR	95% BI	p-waarde	RR	95% BI	p-waarde	RR	95% BI	p-waarde
<b>Periode 1</b>	Algemene populatie (ref.)	ref.			ref.					
	PWUD	0.87	0.77-1.00	0.05	1.11	0.98-1.26	0.11			
<b>Periode 2</b>	Algemene populatie (ref.)	ref.			ref.					
	PWUD	1.61	1.40-1.84	<0.0001	2.10	1.81-2.43	<0.0001			
<b>Periode 3</b>	Algemene populatie (ref.)	ref.			ref.			ref.		
	PWUD	1.39	1.22-1.60	<0.0001	1.45	1.30-1.66	<0.0001	1.16	1.01-1.33	0.04



Tabel 7. Risicofactoren voor algemene populatie op symptomen gegeneraliseerde angststoornissen en depressieve stemmingsstoornissen - logistische regressie, univariabel en multivariabel – voor de drie perioden samen 2020-2021- COVID-19 online survey in Belgium (frequentie, percentage, odds ratios en 95 % Betrouwbaarheidsintervallen) (ongematchte data)

		Gegeneraliseerde angststoornissen				Depressieve stemmingsstoornissen			
		N	%	Univariabel OR(95%BI)	Multivariabel OR(95%BI)	N	%	Univariabel OR(95%BI)	Multivariabel OR(95%BI)
<b>Geslacht</b>	Man (ref.)	29959	17.7	1	1	29567	17.2	1	1
	Vrouw	57903	23.7	1.45(1.34-1.57)	1.48 (1.47-1.48)	57170	19.5	1.17 (1.07- 1.28)	1.18 (1.17 1.18)
<b>Leeftijd</b>	18-29	8561	29.4	1.24(1.08-1.43)	1.34 (1.33-1.35)	8415	28.8	1.59 (1.37- 1.84)	1.58 (1.57- 1.58)
	30-49 (ref.)	36459	25.1	1	1	35866	20.3	1	1
	50-64	28218	17.4	0.63(0.59-0.68)	0.57 (0.57-0.57)	27917	15.6	0.73 (0.67- 0.78)	0.62 (0.62- 0.62)
	65+	14624	11.2	0.38(0.34-0.41)	0.254 (0.25-0.26)	14539	10.5	0.46 (0.42- 0.51)	0.28 (0.28- 0.28)
<b>Regio</b>	Vlaams gew est (ref.)	58028	17.8	1	1	57260	15.5	1	1
	Brussels hoofdstedelijk gew est	8527	22.6	1.22 (1.15- 1.29)	1.23 (1.23-1.23)	8424	21.9	1.31 (1.23- 1.39)	1.40 (1.40- 1.41)
	Waals gew est	21307	25.5	1.64 ( 1.58-1.70)	1.53 (1.52-1.53)	21053	22.5	1.56 (1.50- 1.63)	1.50 (1.50-1.51)
<b>Werkstatus</b>	Betaald (ref.)	61061	21.4	1	1	60229	17.8	1	1
	Onbetaald	22610	17	0.75 ( 0.70- 0.81)	1.44 (1.44-1.45)	22387	16.1	0.89 (0.82- 0.96)	1.60 (1.59 1.60)
	Student	2137	29.7	1.55 (1.23- 1.93)	1.04 (1.04-1.05)	2094	29.8	1.96 (1.55- 2.48)	1.09 (1.08- 1.09)
<b>Opleiding</b>	Hoog opgeleid (ref.)	18211	15.6	1	1	64853	18	1	1
	Laag opgeleid	27775	20.4	1.38(1.27-1.50)	0.70(0.70-0.70)	11596	22.1	1.39 (1.27- 1.51)	1.54 (1.54- 1.54)
<b>Huishoudtype</b>	Samen met ouder(s), familie, vrienden en/of kennissen	6289	27.5	1.30 (1.11- 1.51)	0.83 (0.83-0.84)	6196	27.1	1.80 (1.53- 2.12)	0.98 (0.98- 0.99)
	Alleenw onend	14539	19.9	0.85 (0.77- 0.93)	1.07 (1.07-1.07)	14407	21.2	1.30 (1.18- 1.44)	1.48 (1.47 1.48)
	Koppel met kind(eren) (ref.)	32349	22.6	1	1	31815	17.1	1	1
	Koppel zonder kind(eren)	28283	15.6	0.63 (0.58- 0.69)	0.87 (0.87-0.87)	28000	13	0.73 (0.66- 0.80)	0.91 (0.90- 0.91)
	Alleenstaande ouder	5158	26.6	1.23 (1.10- 1.38)	1.17 (1.17-1.18)	5110	23.4	1.48 (1.31- 1.68)	1.44 (1.43- 1.44)

<b>Periode</b>	Periode 1 (ref.)	41876	23.3	1	1	41158	19.8	1	1
	Periode 2	27727	17.9	0.72 (0.66- 0.78)	0.70 (0.70-0.71)	27354	14.1	0.66 (0.61- 0.72)	0.64 (0.64 0.65)
	Periode 3	16752	21.2	0.88 (0.80- 0.97)	0.90 (0.89-0.90)	18225	21.3	1.09 (0.98- 1.21)	1.11 (1.11 1.12)
<b>Area under ROC-curve</b>					64.8				64.7

Tabel 8. Risicofactoren voor symptomen van gegeneraliseerde angststoornissen - logistische regressie, univariabel en multivariabel voor PWUD - cannabisgebruikers (profiel 1) en gebruikers van stimulerende middelen (profiel 2) – voor de 3 periodes samen in 2020-2021- (frequentie, percentage, odds ratios en 95 % Betrouwbaarheidsintervallen) (ongematchte data)

	PWUD				Profiel 1				Profiel 2			
	N	%	Univariabel OR(95%BI)	Multivariabel OR(95%BI)	N	%	Univariabel OR(95%BI)	Multivariabel OR(95%BI)	N	%	Univariabel OR(95%BI)	Multivariabel OR(95%BI)
<b>Geslacht</b>												
Man (ref.)	3907	21.7	1	1	982	19.2	1	1	1043	19.9	1	1
Vrouw	1463	40.5	2.46(2.16-2.78)	2.34(2.03-2.69)	421	39.4	2.73(2.12-3.51)	2.60(2.03-3.33)	467	37.3	2.38(1.87-3.04)	2.24(1.72-2.90)
<b>Leeftijd</b>												
18-24	2372	27.6	1.06(0.94-1.20)		453	29.6	1.39(1.08-1.78)	1.00(0.72-1.39)	515	24.7	1	
>24 (ref.)	3023	26.4	1		950	23.3	1	1	1003	25.5	0.96(0.75-1.22)	
<b>Regio</b>												
Vlaams gewest (ref.)	4061	25.9	1	1	1398	23.7			1223	24.4	1	
Brussels hoofdstedelijk gewest	547	30.5	1.25(1.03-1.53)	1.13(0.92-1.40)	199	26.1	1.14(0.81-1.60)		131	28.2	1.22(0.81-1.82)	
Waals gewest	567	30.9	1.30(1.05-1.54)	1.35(1.10-1.66)	299	25.7	1.12(0.84-1.49)		113	29.2	1.27(0.93-1.95)	
<b>Werkstatus</b>												
Betaald (ref.)	3532	23.9	1	1	962	22.4	1	1	1110	22.7	1	1
Onbetaald	517	38.9	2.03(1.67-2.46)	1.89(1.54-2.32)	162	33.3	1.73(1.20-2.48)	1.80(1.27-2.55)	227	35.6	1.88(1.26-2.82)	1.73(1.13-2.66)
Student	1136	27.7	1.34(1.16-1.56)	1.40(1.18-1.67)	212	31.6	1.60(1.15-2.21)	1.24(0.90-1.71)	247	30	1.46(1.07-1.98)	1.48(1.04-2.12)
<b>Opleiding</b>												
Hoog opgeleid (ref.)	714	24.1	1		628	23.6	1		714	24.1	1	
Laag opgeleid	791	26	1.08(0.96-1.23)		761	26.8	1.03(0.83-1.27)		791	26	1.11(0.88-1.40)	

Huishoudtype

<b>Samen met ouder(s), familie, vrienden en/of kennissen</b>	2426	26.4	1.25(1.00-1.56)	1.17(0.91-1.51)	477	27	1.22(0.87-1.72)	1.19(0.77-1.85)	550	25.8	1.34(0.89-2.01)	1.22(0.77-1.92)
<b>Alleenwonend</b>	1178	31.5	1.60(1.26-2.04)	1.43(1.11-1.85)	321	30.5	1.77(1.22-2.57)	1.58(1.05-2.37)	369	25.5	1.31(0.85-2.02)	1.21(0.76-1.92)
<b>Koppel met kind(eren) (ref.)</b>	530	22.3	1	1	243	19.7	1	1	179	20.7	1	1
<b>Koppel zonder kind(eren)</b>	938	23.8	1.09(0.84-1.40)	0.98(0.75-1.29)	281	19.6	0.93(0.62-1.40)	0.81(0.52-1.26)	317	24.3	1.23(0.79-1.92)	1.20(0.75-1.91)
<b>Alleenstaande ouder</b>	139	34.5	1.84(1.23-2.76)	1.28(0.82-1.99)	36	30.6	1.65(0.79-3.46)	1.38(0.62-3.05)	62	33.9	1.97(1.04-3.73)	1.41(0.71-2.81)
<b>Periode</b>												
<b>Periode 1 (ref.)</b>	2223	18.8	1		591	19.3	1	1	2223	18.8	1	1
<b>Periode 2</b>	1781	31	1.76(1.67-2.24)	1.86(1.59-2.18)	461	29.9	2.00(1.56-2.56)	1.88 (1.44-2.46)	1781	31	1.68 (1.29-2.20)	1.52(1.14-2.02)
<b>Periode 3</b>	1407	34.6	2.29(1.96-2.66)	2.17(1.84-2.57)	351	29.3	2.18(1.67-2.85)	2.04 (1.53-2.73)	1407	34.6	1.72 (1.26-2.35)	1.45(1.03-2.04)
<b>Hosmer and Lemeshow Goodness-of-Fit Test</b>				Chi-kwad: 6.69 p= 0.57								Chi-kwad: 8.39 p= 0.14
<b>Area under ROC-curve</b>				65.8 (AIC= 5372.154)				66.7 (AIC=1862.335)				62.8 (AIC= 1591.372)

Tabel 9. Risicofactoren voor symptomen van depressieve stemmingsstoornissen - logistische regressie, univariabel en multivariabel voor PWUD - cannabisgebruikers (profiel 1) en gebruikers van stimulerende middelen (profiel 2) – voor de 3 periodes samen 2020-2021- (frequentie, percentage, odds ratios en 95 % Betrouwbaarheidsintervallen) (ongematchte data)

	PWUD				Profiel 1				Profiel 2			
	N	%	Univariabel OR(95%BI)	Multivariabel OR(95%BI)	N	%	Univariabel OR(95%BI)	Multivariabel OR(95%BI)	N	%	Univariabel OR(95%BI)	Multivariabel OR(95%BI)
<b>Geslacht</b>												
Man (ref.)	3722	26.9	1	1	1430	24.2	1	1	994	25.3	1	1
Vrouw	1416	42.2	1.99(1.75-2.26)	1.90 (1.70-2.26)	453	43	2.37(1.90-2.96)	2.22(1.74-2.85)	455	37.1	1.74(1.37-2.21)	1.70(1.30-2.21)
<b>Leeftijd</b>												
18-24	2230	36.1	1.48(1.32-1.67)	1.37 (1.15- 1.64)	856	33.8	1.54(1.26-1.88)	1.48(1.07-2.04)	486	36.2	1.67(1.32-2.11)	1.20(0.85-1.68)
>24 (ref.)	2932	27.6	1	1	1033	24.9	1	1	970	25.4	1	1
<b>Regio</b>												
Vlaams gewest (ref.)	3890	30.3	1	1	1325	27.7	1	1	1176	28.6	1	
Brussels hoofdstedelijk gewest	526	36.3	1.31(1.08-1.59)	1.40 (1.14- 1.72)	187	35.3	1.42(1.03-1.97)	1.50(1.06-2.14)	129	34.9	1.34(0.91-1.97)	
Waals gewest	543	34.6	1.21(1.01-1.47)	1.23(1.00-1.51)	287	32.1	1.23(0.94-1.62)	1.33(0.99-1.79)	106	28.3	0.99(0.63-1.53)	
<b>Werkstatus</b>												
Betaald (ref.)	3388	27.1	1	1	1185	25.2	1	1	1067	24.2	1	1
Onbetaald	495	43.6	2.08(1.71-2.52)	1.83 (1.48- 2.25)	179	37.4	1.77(1.27-2.47)	1.42(0.99-2.04)	115	42.6	2.33(1.57-3.46)	2.00(1.30-3.07)
Student	1078	37.2	1.59(1.38-1.84)	1.25 (1.04- 1.49)	425	34.3	1.55(1.22-1.97)	1.10(0.81-1.49)	234	42.7	2.34(1.74-3.14)	1.96(1.36-2.83)
<b>Opleiding</b>												
Hoog opgeleid (ref.)	690	26.1	0.80(0.71-0.91)	1	750	26.8	1	1	690	26.1	1	1
Laag opgeleid	755	31.5	1	1.26 (1.10- 1.45)	1123	30.3	1.19(0.96-1.46)	1.48(1.07-2.04)	755	31.5	1.30(1.04-1.64)	1.27(0.98-1.64)

**Huishoudtype**

<b>Samen met ouder(s), familie, vrienden en/of kennissen</b>	2295	33.8	1.96(1.56-2.46)	1.47 (1.12- 1.94)	849	31.7	1.99(1.41-2.80)	1.50(0.96-2.34)	527	34	2.10(1.38-3.19)	1.36(0.84-2.19)
<b>Alleenwonend</b>	1130	34.3	2.00(1.57(2.56)	1.73 (1.33-2.25)	377	33.9	2.20(1.51-3.21)	1.96(1.29-2.97)	351	28.8	1.65(1.06-2.57)	1.44(0.90-2.30)
<b>Koppel met kind(eren) (ref.)</b>	517	20.7	1	1	259	18.9	1	1	173	19.6	1	1
<b>Koppel zonder kind(eren)</b>	906	26.3	1.36(1.05-1.77)	1.21 (0.91- 1.59)	308	22.4	1.24(0.82-1.87)	1.06(0.68-1.65)	305	25.9	1.43(0.91-2.25)	1.36(0.84-2.19)
<b>Alleenstaande ouder</b>	138	34.1	1.98(1.31-2.99)	1.43 (0.91- 2.24)	40	32.5	2.06(0.99-4.29)	1.79(0.79-4.02)	62	25.8	1.42(0.72-2.82)	0.95(0.46-2.00)
<b>Periode</b>												
<b>Periode 1 (ref.)</b>	2076	23.6	1	1	790	22.4	1	1	592	23.1	1	1
<b>Periode 2</b>	1726	35.3	1.76(1.53-2.03)	1.70 (1.46- 1.99)	641	32.6	1.67(1.32-2.12)	1.52(1.17-1.98)	561	33	1.63(1.26-2.12)	1.62(1.22-2.14)
<b>Periode 3</b>	1375	37.7	1.96(1.68-2.27)	2.02 (1.71- 2.38)	463	34.8	1.85(1.43-2.38)	1.86(1.41-2.47)	306	33	1.64(1.20-2.22)	1.76(1.25-2.48)
<b>Area under ROC- curve</b>				65.1				65.2				64.6

## CONTACT

Contact • [bmccda@sciensano.be](mailto:bmccda@sciensano.be)

### MEER INFORMATIE

—

Bezoek onze website  
[www.sciensano.be](http://www.sciensano.be)  
of contacteer ons op  
[info@sciensano.be](mailto:info@sciensano.be)

Sciensano • Juliette Wytsmanstraat 14 • Brussel • België • T + 32 2 642 51 11 • T presse + 32 2 642 54 20 •  
[info@sciensano.be](mailto:info@sciensano.be) • [www.sciensano.be](http://www.sciensano.be)

Verantwoordelijke uitgever: Christian Léonard, Algemeen directeur • Juliette Wytsmanstraat 14 • Brussel • België