

SUBJECTIEVE GEZONDHEID

Gezondheidsenquête 2023-2024

STEFAAN DEMAREST • PIERRE SMITH

Sciensano

Epidemiologie en volksgezondheid • Gezondheidsinformatie

Gezondheidsenquêtes

April 2025 • Brussel • België

—

SUBJECTIEVE GEZONDHEID

GEZONDHEIDSENQUÊTE 2023 - 2024

—

Stefaan Demarest

•

Pierre Smith

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

Gelieve te citeren als:

S. Demarest, P. Smith. Gezondheidsenquête 2023-2024: Subjectieve gezondheid. Brussel, België: Sciensano; 2025. Rapportnummer: D/2025.14.440/34. Beschikbaar op: www.gezondheidenquete.be

DANKWOORD

We willen graag bedanken:

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

OPDRACHTGEVERS

Deze gezondheidsenquête wordt uitgevoerd op vraag van:



IN SAMENWERKING MET



INHOUDSOPGAVE

SAMENVATTING.....	2
AFKORTINGEN	3
INLEIDING	4
RESULTATEN	5
1. Slechte subjectieve gezondheid.....	5
1.1. Prevalentie voor België.....	5
1.2. Evolutie.....	5
1.3. Demografische verschillen	6
1.4. Socio-economische verschillen	7
OVERZICHTSTABELLEN	9
CONCLUSIE	10
REFERENTIES	12

SAMENVATTING

- 22,2% van de bevolking schat de eigen gezondheid als 'slecht' in.
- Het percentage vrouwen dat een slechte gezondheid aangeeft is significant hoger (24,7%) dan bij mannen (19,5%).
- Subjectieve gezondheid is gerelateerd met leeftijd: het percentage personen dat aangeeft in een slechte subjectieve gezondheid te verkeren stijgt van 8,1% bij de jongste leeftijdsgroep tot 35,1% bij diegenen van 75 jaar en ouder.
- Subjectieve gezondheid hangt tevens samen met het opleidingsniveau: de laagstopgeleiden melden het hoogste percentage slechte subjectieve gezondheid ((39,7%), de hoogstopgeleiden het laagste percentage (14,5%)
- Het percentage personen dat een slechte gezondheid rapporteert is in België vrij stabiel gebleven.

AFKORTINGEN

SRH	Self-rated Health (subjectieve gezondheid)
EHIS	European Health Interview Survey (Europese Gezondheidsenquête)
EU-SILC	EU-Statistics on income and living conditions (EU-enquête naar inkomens en levensomstandigheden)
ESS	European Social Survey (Europese Sociale Studie)
MEHM	Minimal European Health Module (Minimale Europese Gezondheidsmodule)
WGO	Wereldgezondheidsorganisatie
SHARE	Survey of Health, Aging and Retirement in Europe

INLEIDING

De notie 'subjectieve gezondheid' verwijst naar de perceptie en inschatting die mensen hebben over hun eigen algemene gezondheid en welzijn. In tegenstelling met 'objectieve gezondheid' die is gebaseerd op meetbare factoren zoals medische diagnoses, laboratorium testen en klinisch onderzoek, wordt subjectieve gezondheid beïnvloed door persoonlijke ervaringen, overtuigingen, emoties en vergelijkingen met de gezondheid van anderen. Conceptueel is de notie 'subjectieve gezondheid' nog niet, of nog niet volledig, uitgeklaard. Wel is men het erover eens dat het gaat om een globale maatstaf die zowel fysieke, geestelijk als sociale gezondheid omvat. Hoewel subjectieve gezondheid dus niet samenvalt met objectieve gezondheid, toont heel wat onderzoek aan dat beiden gerelateerd zijn (1). Zo kon worden aangetoond dat de (subjectieve) inschatting een betrouwbare predictor is voor de incidentie van chronische aandoeningen en functionele beperkingen (2), het gebruik van gezondheidsdiensten (3) en van mortaliteit (4).

Voor het inschatten van subjectieve gezondheid wordt veelal gebruik gemaakt van een eenvoudig instrument (Self-Rated Health vraag of SRH) waarbij een individu zelf de eigen gezondheid in algemene termen beoordeelt op basis van een schaal gaande van 'zeer goed' tot 'zeer slecht'. Toepassing van een dergelijk instrument toont een significante samenhang aan van subjectieve gezondheid met fysieke aandoeningen maar ook met enkele levensstijl-, socio-economische en psychosociale factoren. Zo kunnen zwaar roken, onregelmatige lichaamsbeweging en overgewicht worden geassocieerd met matige of slechte gezondheidsbeoordelingen. Stress, een laag zelfbeeld en een lage sociaaleconomische status zijn dan weer negatief geassocieerd met een zeer goede of uitstekende subjectieve gezondheid (5). Er kan tevens een samenhang worden vastgesteld tussen subjectieve gezondheid en de motivatie van mensen om voor een gezondheid bevorderend levensstijl te kiezen en om een actief aan de samenleving deel te nemen (6). Sociale verschillen in subjectieve gezondheid zoals verschillen tussen opleidings- of inkomensgroepen geven dan ook aanwijzingen voor het bestaan van ongelijkheden in gezondheid, die op hun beurt gereflecteerd worden in een sociaal ongelijke verdeling van ziekten, gezondheidsklachten, gezondheidsrisico's en verschillen in zorgnood.

Een vraag naar subjectieve gezondheid vormt, naast een vraag naar chronische morbiditeit en een vraag naar beperkingen in activiteiten de zgn. Minimum European Health Module (MEHM) en dient toegevoegd te worden tot alle sociale surveys die op Europees niveau worden georganiseerd. Tot dusver is ze onderdeel van de Europese Gezondheidsenquête (EHIS), de EU - Enquête naar inkomsten en levensomstandigheden (EU-SILC) en de Europese Sociale Studie (ESS). De MEHM was tevens onderdeel van de Algemene socio-economische enquête 2001, de laatste Census die in België werd georganiseerd.

Hoewel door het toevoegen van de vraag naar subjectieve gezondheid in EHIS en EU-SILC beoogd wordt vergelijkingen tussen de EU lidstaten hieromtrent mogelijk te maken, geeft onderzoek aan dat resultaten rond subjectieve gezondheid danig beïnvloed worden door o.a. culturele verschillen (7) Zo kon, bijvoorbeeld, worden aangetoond dat inwoners van Noord-Europa lager scoorden voor subjectieve gezondheid dan inwoners van Zuid-Europa ondanks een betere objectieve gezondheidstoestand (8) Gebaseerd op data van het SHARE-project (Survey of Health, Aging and Retirement in Europe), werd bovendien aangetoond dat summiere verschillen in de vraagstelling vergelijkingen tussen landen bemoeilijken (9).

Niettemin kan een gezondheidsenquête niet omheen de vraag hoe mensen hun eigen gezondheid beoordelen. Dit eigen oordeel wordt zonder twijfel beïnvloed door de indruk of de opvatting van andere personen, maar uiteindelijk gaat het om het individu dat zelf een standpunt inneemt. In één van de gezondheidsdoelstellingen van de WGO wordt vooropgesteld dat iedereen de mogelijkheid moet hebben om zijn eigen gezondheidspotentieel te ontwikkelen. De subjectieve inschatting van de eigen gezondheid wordt in deze context als een goede indicator beschouwd en dit zowel op individueel niveau als op niveau van de bevolking.

RESULTATEN

1. Slechte subjectieve gezondheid

De vraag met betrekking tot subjectieve gezondheid is gebaseerd op de vraag opgenomen in de vragenlijst van o.a. de Europese gezondheidsenquête (EHIS). De vraag luidt als volgt: "Hoe is uw gezondheidstoestand in het algemeen?", met als antwoordcategorieën "zeer goed", "goed", "Gaaf wel (redelijk)", "Slecht" en "Zeef slecht". Deze vraag werd opgenomen in de schriftelijke vragenlijst van de Gezondheidsenquête. Ze is dus uitsluitend gericht op respondenten van 15 jaar en ouder. Het is nuttig om eraan te herinneren dat, indien de bevraging werd doorgevoerd via een proxy, de schriftelijke vragenlijst niet ingevuld diende te worden. In dergelijk geval hebben we dan ook geen antwoorden op de vraag naar subjectieve gezondheid.

'Traditioneel' worden de antwoordcategorieën op de vraag naar subjectieve gezondheid opgedeeld in twee groepen: "Zeef goed" en "Goed" vormt de categorie "Goed", "Gaaf wel (redelijk)", "Slecht" en "Zeef slecht" de categorie "Slecht". Op basis hiervan kan de indicator "Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een slechte gezondheidstoestand" (SH01_2) worden aangemaakt.

1.1. PREVALENTIE VOOR BELGIË

In België, schat 22,2% van de bevolking de eigen gezondheid als slecht in (17,1% als "Gaaf wel (redelijk)", 4,2% als "Slecht", 0,8% als "Zeef slecht"). Dit betekent dat meer dan drie op vier inwoners (78.8%) van oordeel is in goede gezondheid te vertoeven (53,4% stelt in "Goede gezondheid" te zijn, 24,5% zelfs in "Zeef goede gezondheid").

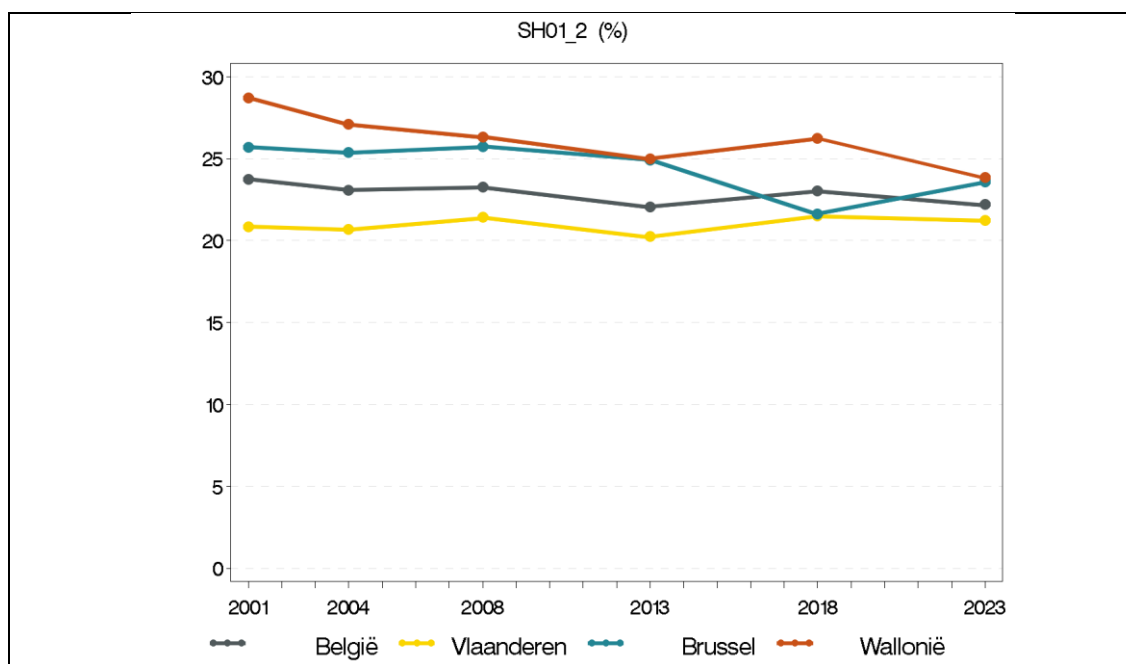
Regionale verschillen

Het Vlaams Gewest telt het laagste percentage personen dat aangeeft in slechte gezondheid te zijn (21,2%), in het Brussels Gewest gaat het om 23,6%, in het Waals Gewest om 23,8%. Na correctie voor leeftijd en geslacht zijn de verschillen in percentages tussen de gewesten echter niet significant.

1.2. EVOLUTIE

De indicator 'slechte subjectieve gezondheid' is relatief stabiel doorheen de tijd althans als de ruwe resultaten beschouwd worden. Indien de resultaten voor leeftijd en geslacht gecorrigeerd worden (dit is als er rekening gehouden wordt met veranderingen in de samenstelling van de bevolking in termen van leeftijds- en geslachtsstructuur) kan een - weliswaar zeer beperkte - daling van het percentage personen die aangeven in een slechte (subjectieve) gezondheid worden vastgesteld.

Figuur 1 | Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat een slechte gezondheid aangeeft, volgens gewest en jaar, Gezondheidsenquête 2023-2024, België



Regionale verschillen

De trend in de tijd verschilt van gewest tot gewest. In het Vlaams Gewest is de trend vergelijkbaar met die voor België als geheel. In het Brussels Gewest was het aandeel mensen dat een slechte gezondheid rapporteerde stabiel tussen 2001 en 2013, gevolgd door een lichte daling in 2013 en vervolgens een lichte stijging in 2023, om terug te keren naar een percentage dat vergelijkbaar is met dat in 2013 en eerder. In het Waals Gewest is het aandeel mensen dat een slechte gezondheid rapporteert in 2023 weliswaar hoger dan in de andere twee gewesten, maar is dit percentage sinds 2018 licht gedaald, waardoor de verschillen tussen de gewesten kleiner worden.

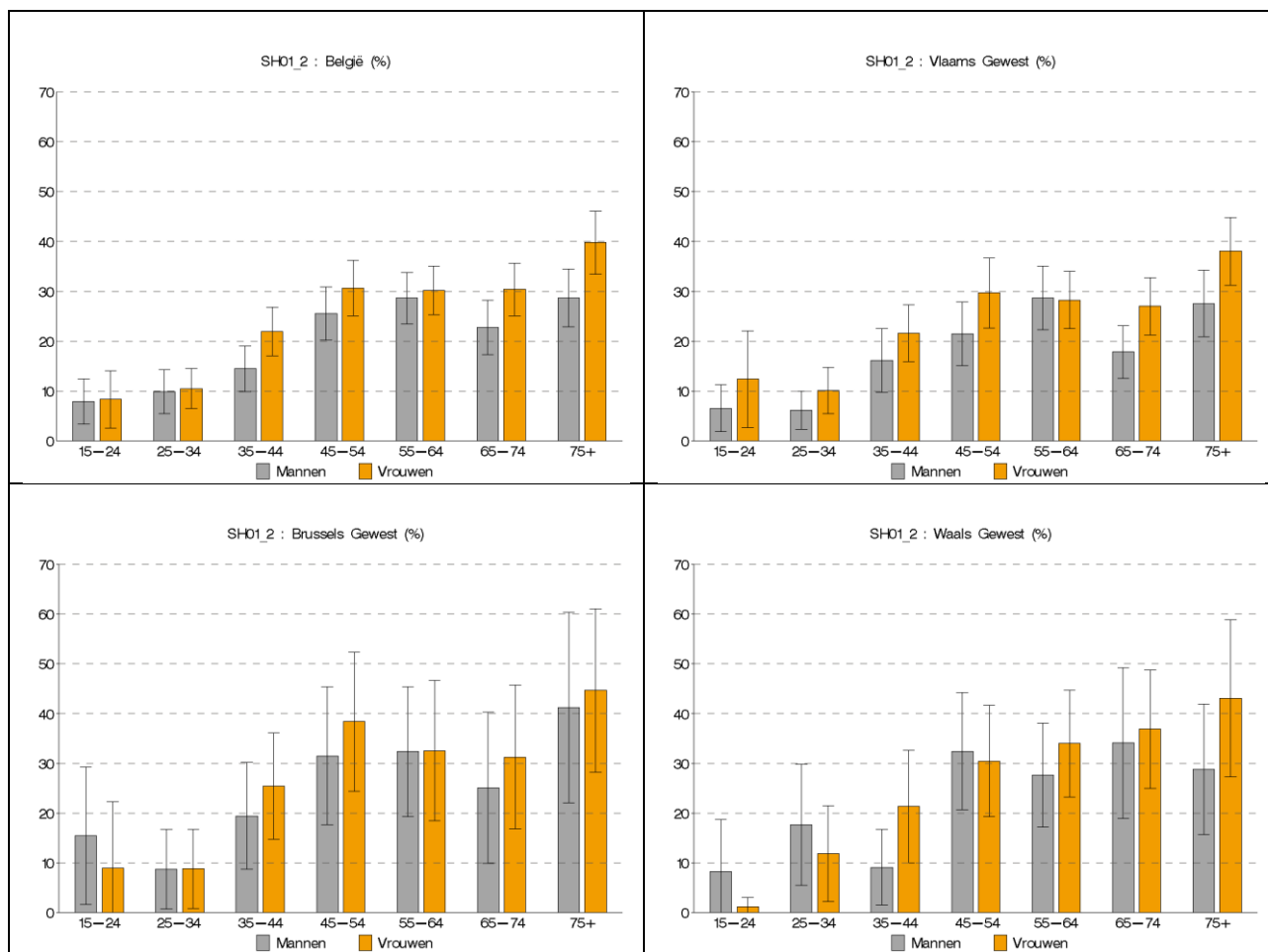
1.3. DEMOGRAFISCHE VERSCHILLEN

Het percentage vrouwen dat een slechte gezondheid aangeeft is hoger (24,7%) dan bij mannen (19,5%). Dit verschil is significant na correctie voor leeftijd.

De subjectieve gezondheid varieert duidelijk met de leeftijd. Niettegenstaande 8,1% van de 15-24-jarigen aangeeft in slechte gezondheid te zijn, neemt dit percentage geleidelijk toe met de leeftijd: 18,2% bij de 35-44-jarigen en 26,8% bij de 65-74-jarigen. Van de mensen van 75 jaar en ouder is 35,1% van mening dat ze in slechte gezondheid verkeren.

Figuur 2 geeft de verdeling volgens leeftijd en geslacht weer. Stratificatie naar geslacht toont aan dat de geslachtsverschillen eerder nadelig zijn voor vrouwen in de leeftijdsgroep van 45-54 jaar en vanaf de leeftijd van 75 jaar.

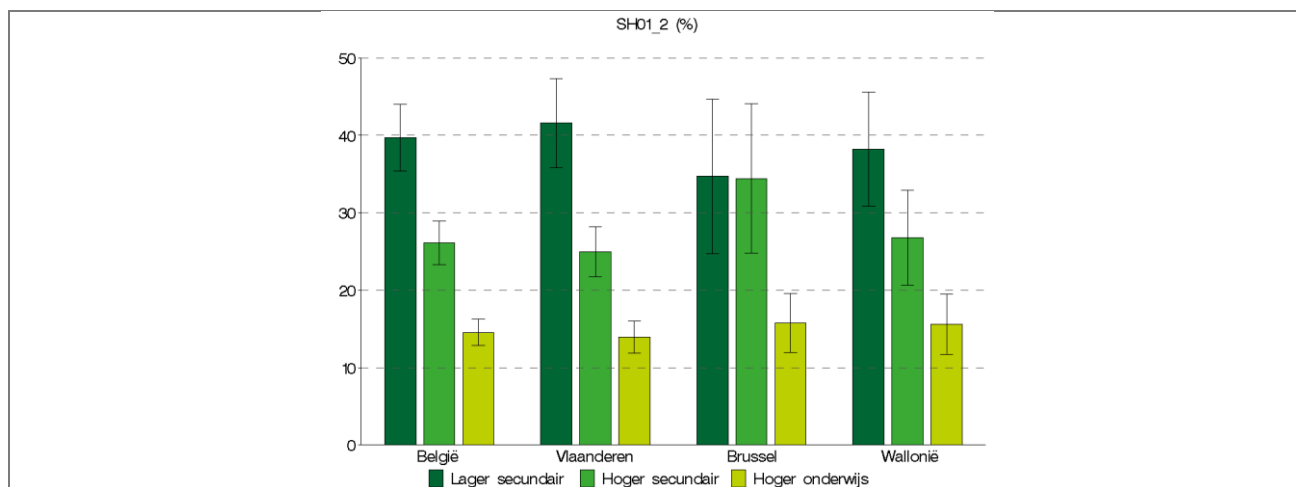
Figuur 2 | Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat een slechte gezondheid aangeeft, volgens geslacht, leeftijd en gewest, Gezondheidsenquête 2023-2024, België



1.4. SOCIO-ECONOMISCHE VERSCHILLEN

De subjectieve gezondheid varieert volgens de socio-economische status van het individu (met opleidingsniveau als proxy voor socio-economische status). Bij laagopgeleiden is het percentage personen dat een slechte subjectieve gezondheid melden het hoogst (39,7%). Dit percentage daalt tot 14,5% bij de hoogstopgeleiden. Deze verschillen blijven significant na correctie voor leeftijd en geslacht.

Figuur 2 | Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat een slechte gezondheid aangeeft, volgens opleidingsniveau, Gezondheidsenquête 2023-2024, België



OVERZICHTSTABELLEN

Tabel 1 | Evolutie van de subjectieve gezondheid in België 2001-2024

	2001	2004	2008	2013	2018	2023-2024
Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder ...						
met een slechte (zeer slechte tot redelijke) subjectieve gezondheid)	23,8	23,1	23,2	22,1	23,0	22,2
met een goede (tot zeer goede) subjectieve gezondheid	76,2	76,9	76,8	77,9	77,0	77,8

Tabel 2 | Evolutie van de subjectieve gezondheid in het Vlaams Gewest 2001-2024

	2001	2004	2008	2013	2018	2023-2024
Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder ...						
met een slechte (zeer slechte tot redelijke) subjectieve gezondheid)	20,8	20,7	21,4	20,2	21,5	21,2
met een goede (tot zeer goede) subjectieve gezondheid	79,2	79,3	78,6	79,8	78,5	78,8

Tabel 3 | Evolutie van de subjectieve gezondheid in het Brussels Gewest 2001-2024

	2001	2004	2008	2013	2018	2023-2024
Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder ...						
met een slechte (zeer slechte tot redelijke) subjectieve gezondheid)	25,7	25,4	25,7	24,9	21,6	23,6
met een goede (tot zeer goede) subjectieve gezondheid	74,3	74,6	74,3	75,1	78,4	76,4

Tabel 4 | Evolutie van de subjectieve gezondheid in het Waals Gewest 2001-2024

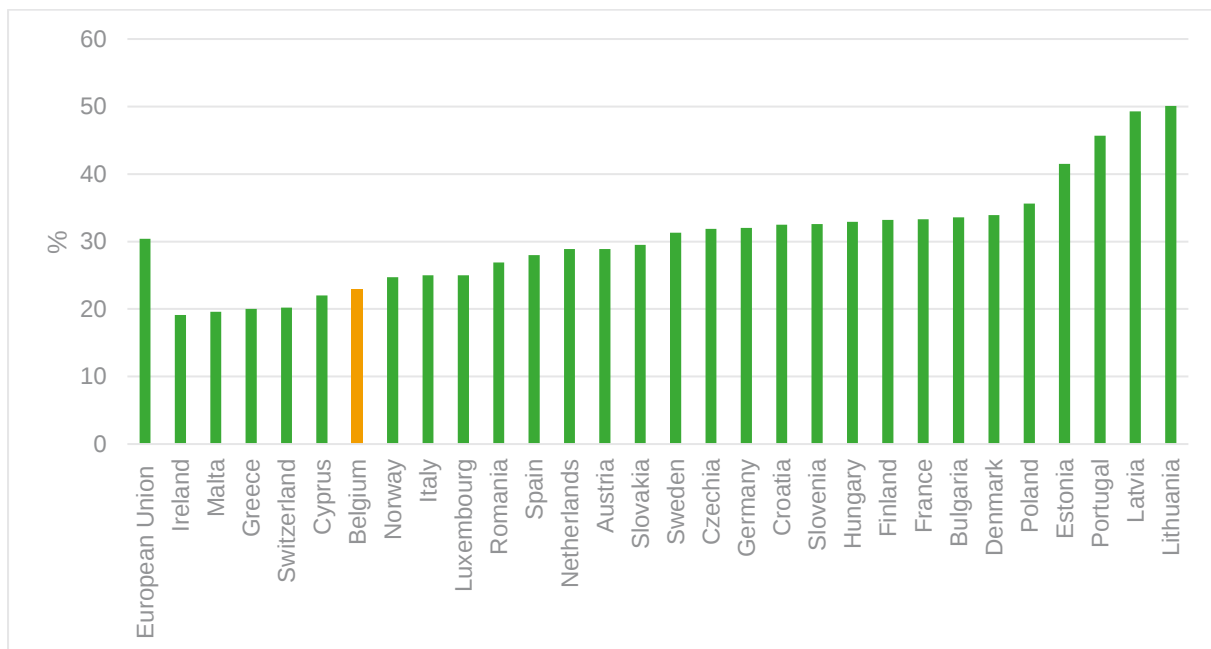
	2001	2004	2008	2013	2018	2023-2024
Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder ...						
met een slechte (zeer slechte tot redelijke) subjectieve gezondheid)	28,7	27,1	26,3	25,0	26,2	23,8
met een goede (tot zeer goede) subjectieve gezondheid	71,3	72,9	73,7	75,0	73,8	76,2

CONCLUSIE

Subjectieve gezondheid is een multidimensionaal concept dat domeinen omvat die verband houden met de fysieke, de geestelijke en de sociale gezondheid. Een groot aantal studies heeft aangetoond dat er een nauw verband is tussen het subjectief gezondheidsniveau door een individu gerapporteerd en het risico op sterfte, morbiditeit en het gebruik van gezondheidszorgen.

22,2% van de bevolking (van 15 jaar en ouder) beoordeelt hun gezondheidstoestand als slecht. Hierdoor situeert België zich *onder* het Europees percentage (30,4% in 2023, op basis van de gegevens van de EU-SILC-enquête, resultaat van toepassing op de niet-geïnstitutionaliseerde leeftijdsgroep 16+).

Figuur 3 | Percentage van de (niet geïnstitutionaliseerde) bevolking van 16 jaar en ouder dat een slechte gezondheid aangeeft, volgens EU lidstaat, 2023



Bron: Eigen berekeningen op basis van Eurostat data - Self-perceived health [hlth_silc_02\$defaultview]

Het percentage mensen dat de eigen gezondheid als slecht beoordeelt is de afgelopen twintig jaar quasi onveranderd gebleven; in 2001 ging het om 23,8% van de bevolking om – met wat schommelingen – tot het huidige percentage te komen. Belangrijk te melden is dat de voorbije COVID-19 pandemie geen blijvende sporen heeft nagelaten voor wat de subjectieve gezondheid betreft.

Wat evengoed onveranderd is gebleven, is het hoger percentage vrouwen dat de eigen gezondheid als slecht beoordeeld (24,7% versus 19,5% bij de mannen). Hogere percentages voor vrouwen worden in alle leeftijdsgroepen teruggevonden maar zijn het meest expliciet in de oudere leeftijdsgroepen (d.i. vanaf de leeftijd van 65 jaar) en kan één van de aanwijzingen zijn van de ‘genderparadox’; vrouwen ervaren tijdens hun leven meer medische aandoeningen en beperkingen, maar langer leven – mogelijk erwijs in slechte gezondheid - dan mannen (10).

In regel stijgt het percentage personen in slechte subjectieve gezondheid met de leeftijd, met een ‘knik’ bij de mannen in de leeftijdsgroep van 65 tot 74 jaar (met uitzondering van het Waals Gewest). De daling van het percentage personen in slechte subjectieve gezondheid in deze leeftijdsgroep kan te maken hebben met de uitstap uit het beroepsleven (11).

Talrijke studies hebben deze sociaaleconomische gradiënt in subjectieve gezondheid aangetoond. Dit fenomeen kan worden verklaard door een aantal onderling afhankelijke factoren, waaronder sociaaleconomische omstandigheden, gezondheidsvaardigheden, toegang tot gezondheidszorg, beroepsrisico's en leefgewoonten. Onderwijs speelt een cruciale rol in de ontwikkeling van gezondheidskennis, -attitudes en -gedrag. Een hoger opleidingsniveau wordt in verband gebracht met een betere gezondheidsvaardigheden, waardoor mensen gezondheidsinformatie beter kunnen raadplegen, begrijpen en toepassen (12). Het opleidingsniveau is ook van grote invloed op de werkgelegenheidskansen en het inkomensniveau, waarbij mensen met een hoger opleidingsniveau ook meer kans hebben op een stabiele, goed betaalde baan die voordelen biedt op het gebied van gezondheid en welzijn (13).

Subjectieve gezondheid is een instrument dat rekening houdt met verschillende aspecten van gezondheid (fysieke, geestelijke en sociale gezondheid). Het analyseren van de subjectieve gezondheid laat dus toe de ontwikkeling van de algemene gezondheidstoestand van de bevolking te bestuderen en het gezondheidsbeleid te evalueren. Het feit dat, zeker gezien de vergrijzing van de bevolking, de subjectieve gezondheidsindicator de laatste twintig jaar relatief stabiel is gebleven in België, is dan ook een vrij goed teken.

REFERENTIES

1. Wu S, Wang R, Zhao Y, Ma X, Wu M, Yan X, et al. The relationship between self-rated health and objective health status: A population-based study. *BMC Public Health* [Internet]. 2013 [cited 2025 Mar 10];13(1). Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?scp=84875897166&partnerID=8YFLogxK>
2. K. Latham,, C. W. Peek. Self-Rated Health and Morbidity Onset Among Late Midlife U.S. Adults. *J Gerontol Ser B*. 2013;68(1):107–16.
3. van der Linde RM, Mavaddat N, Luben R, Brayne C, Simmons RK, Khaw KT, et al. Self-rated health and cardiovascular disease incidence: results from a longitudinal population-based cohort in Norfolk, UK. *PLOS ONE*. 8(6).
4. Berger N, Van der Heyden J, Van Oyen H. The global activity limitation indicator and self-rated health: two complementary predictors of mortality. *Arch Public Health*. 2015;73(25).
5. Shields M, Shooshtari S. Determinants of self-perceived health. *Health Rep*. 2001 Dec;13(1):35–52.
6. Bredahl T, Singhammer J. The Influence of Self-rated Health on the Development of Change in the Level of Physical Activity for Participants in Prescribed Exercise. *Sport Sci Rev XX*.
7. Jylhä M, Guralnik JM, Ferrucci L, Jokela J, Heikkinen E. Is self-rated health comparable across cultures and genders? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 1998 May;53(3):S144-152.
8. Subramanian SV, Huijts T, Avendano M. Self-reported health assessments in the 2002 World Health Survey: how do they correlate with education? *Bull World Health Organ*. 2010 Feb;88(2):131–8.
9. Jürges H, Avendano M, Mackenbach JP. Are different measures of self-rated health comparable? An assessment in five European countries. *Eur J Epidemiol*. 2008;23(12):773–81.
10. Ryou I, Cho Y, Yoon HJ, Park M. Gender differences in the effect of self-rated health (SRH) on all-cause mortality and specific causes of mortality among individuals aged 50 years and older. *PloS One*. 2019;14(12):e0225732.
11. Pino-Domínguez L, Navarro-Gil P, González-Vélez AE, Prieto-Flores ME, Ayala A, Rojo-Pérez F, et al. Self-perceived health status, gender, and work status. *J Women Aging*. 2016;28(5):386–94.
12. Kickbush I, Wait S, Maag D. Navigating health. The role of health literacy. *Alliance for Health and the Future*; 2005 p. 22.
13. Cutler D, Lleras-Muney A. Education and Health: Evaluating Theories and Evidence [Internet]. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research; 2006 Jul [cited 2025 Mar 26] p. w12352. Report No.: w12352. Available from: <http://www.nber.org/papers/w12352.pdf>

CONTACT

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

MEER INFO

Bezoek onze website
www.gezondheidsenquête.be

of contacteer ons op
HIS@sciensano.be

Sciensano • Juliette Wytsmanstraat 14 • Brussel • België • T + 32 2 642 51 11 • T pers + 32 2 642 54 20 • info@sciensano.be • www.sciensano.be

Verantwoordelijke uitgever: Christian Léonard, Algemeen directeur • Juliette Wytsmanstraat 14 • Brussel • België • D/2025 14.140/34