

SOCIALE GEZONDHEID

Gezondheidsenquête 2023-2024

Oktober 2025

KIRSTEN A. VERHAEGEN • ELISE BRAEKMAN • LYDIA GISLE

DANKWOORD

We willen graag bedanken:

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

Opdrachtgevers:



In samenwerking met:



Gelieve te citeren als:

Verhaegen K A, Braekman E, Gisle L. Gezondheidsenquête 2023-2024: Sociale Gezondheid. Brussel, België: Sciensano; 2025. Rapportnummer: D/2025.14.440/121. Beschikbaar op: www.gezondheidsenquête.be

SAMENVATTING

Deze module focust op sociale gezondheid, een belangrijke pijler van gezondheid naast fysieke en geestelijke gezondheid. Dit wordt in kaart gebracht aan de hand van vier indicatoren in de Gezondheidsenquête; de frequentie van sociaal contact, tevredenheid over sociale relaties, waargenomen sociale steun en eenzaamheid. Het is de eerste keer dat eenzaamheid opgenomen is in de Gezondheidsenquête.

De resultaten met betrekking tot de sociale gezondheid van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder kunnen als volgt worden samengevat:

- Sociale gezondheidsproblemen komen relatief vaak voor. Ongeveer 1 op 8 personen heeft minder dan wekelijks sociaal contact. Ongeveer 1 op 6 geeft lage sociale steun aan, en ongeveer 1 op 10 is ontevreden met zijn sociale contacten. De helft van de bevolking ervaart matig-tot-ernstige eenzaamheid. Bij meer dan 1 op de 10 personen gaat het om ernstige eenzaamheid. Sociale eenzaamheid komt voor bij ongeveer 4 op 10 personen, terwijl ongeveer 1 op 5 zich emotioneel eenzaam voelt.
- Er is tegenover de vorige metingen geen verandering vastgesteld op vlak van frequentie van sociaal contact of sociale steun. Ontevredenheid met sociale contacten is frequenter geworden ten opzichte van 2018, maar ligt niet hoger dan in 2013.
- Mannen geven vaker aan dat ze minder dan wekelijks sociaal contact hebben dan vrouwen. Vrouwen ervaren dan weer vaker ernstige eenzaamheid en emotionele eenzaamheid dan mannen.
- Minder dan wekelijks sociaal contact komt minder vaak voor bij jongeren (15 tot 24 jaar) dan bij gelijk welke andere leeftijdsgroep. Tegelijk ervaren jongeren wel meer eenzaamheid.
- Personen met een lager opleidingsniveau scoren minder goed op alle sociale gezondheidsindicatoren.
- Alleenwonenden scoren ook minder goed op alle sociale gezondheidsindicatoren.
- In Vlaanderen liggen de cijfers voor ontevredenheid met sociale contacten, lage sociale steun en eenzaamheid lager dan in Brussel en Wallonië.

INHOUDSOPGAVE

1. Tevredenheid met sociale contacten.....	9
1.1. Prevalentie	9
1.1.1. Regionale verschillen	9
1.2. Evolutie	9
1.2.1. Regionale verschillen	9
1.3. Demografische verschillen	10
1.4. Socio-economische verschillen	10
1.4.1. Regionale verschillen	10
1.5. Bijkomende analyses.....	11
2. Frequentie van sociale contacten	11
2.1. Prevalentie	12
2.2. Evolutie	12
2.3. Demografische verschillen	12
2.4. Socio-economische verschillen	12
2.4.1. Regionale verschillen	13
2.5. Bijkomende analyses.....	13
3. Waargenomen sociale steun	13
3.1. Prevalentie	Error! Bookmark not defined.
3.2. Evolutie	14
3.3. Demografische verschillen	15
3.4. Socio-economische verschillen	15
3.4.1. Regionale verschillen	15
3.5. Bijkomende analyses.....	15
4. Eenzaamheid	16
4.1. Prevalentie	16
4.1.1. Regionale verschillen	16
4.2. Demografische verschillen	16
4.2.1. Regionale verschillen	18
4.3. Socio-economische verschillen	18
4.3.1. Regionale verschillen	18
4.4. Bijkomende analyses.....	19
4.4.1. Regionale verschillen	20
4.4.2. Socio-demografische verschillen.....	20

Afkortingen

OSSS-3	Oslo Social Support Scale (3-item version)
DJG-6	De Jong-Gierveld Loneliness Short Scale (6-item version)

Opmerking

In de tekst wordt de mannelijke vorm gebruikt om het lezen te vergemakkelijken. Dit is niet bedoeld om te discrimineren of te stigmatiseren. De term "Brusselaars" verwijst bijvoorbeeld naar personen die in Brussel wonen, ongeacht hun genderidentiteit.

INLEIDING

Sociale gezondheid is een term die gebruikt wordt voor twee verschillende – hoewel gerelateerde – concepten. Enerzijds kan het verwijzen naar de gezondheid van de samenleving, en hoe leden van die samenleving behandeld worden en met elkaar interageren. Een samenleving is “gezond” wanneer er voor iedereen gelijke kansen zijn en iedereen gelijke toegang heeft tot goederen en diensten die noodzakelijk zijn voor het optimaal functioneren als burger (1). Om gezondheid in deze termen te meten kan nagegaan worden op welke wijze rijkdom verdeeld is en in welke mate burgers toegang hebben tot diensten, besluitvormingsprocessen etc. Anderzijds kan sociale gezondheid ook verwijzen naar de mogelijkheden tot en de kwaliteit en de beleving van sociaal contact van een individu. Deze individuele invalshoek op sociale gezondheid is de focus van deze module.

Sociale gezondheid wordt in de recente literatuur ook vaak benoemd als “sociale connectie”. Dit is, net zoals de term “sociale gezondheid”, een verzamelterm voor verschillende gerelateerde concepten die elk een ander aspect van sociale gezondheid beschrijven. Een recent conceptueel kader voor sociale connectie werd voorgesteld door Holt-Lunstad (2) en werd ondertussen reeds in verschillende studies gebruikt om duidelijkheid te scheppen in een veld waarin veel gerelateerde, maar toch verschillende concepten bestudeerd worden. Concreet kunnen we sociale gezondheid of sociale connectie beschouwen als een overkoepelend concept dat bestaat uit drie componenten.

Ten eerste kan sociale gezondheid beschreven worden in termen van de structuur van een sociaal netwerk. Daarbij kan het netwerk van sociale contacten van een individu beschreven worden in termen van het aantal sociale contacten, de frequentie waarmee het individu met dat sociaal netwerk in contact gaat, de diversiteit van contacten etc. Het gaat dus om een kwantitatieve invalshoek. Wanneer iemand een klein sociaal netwerk heeft en/of weinig contact heeft met dit netwerk, spreken we van sociale isolatie.

Ten tweede kan sociale gezondheid beschreven worden in termen van de functies die het sociaal netwerk voor het individu vervult. De menselijke nood aan sociaal contact is gegrond in een aantal noden, zoals de nood aan emotionele ondersteuning, praktische ondersteuning of het gevoel te hebben dat men erbij hoort. De functionele component verwijst naar hoe goed het sociaal netwerk van een individu deze noden kan vervullen. Het gaat hier dus meer om de werking van het sociaal netwerk dan om de structurele staat. We kunnen binnen deze functionele component enkele veelvoorkomende concepten onderscheiden. Sociale steun verwijst naar de mate waarin een individu kan rekenen op het sociaal netwerk in geval van problemen of bezorgdheden, hetzij emotioneel, hetzij praktisch (3). Hierbij kunnen we een onderscheid maken tussen ontvangen sociale steun (d.w.z. in welke mate sociale contacten effectief steun bieden bij problemen) en waargenomen sociale steun (d.w.z. in welke mate het individu het gevoel heeft dat sociale contacten steun bieden of zouden bieden) (4). Sociale tevredenheid is een meer algemeen, subjectief concept dat uitdrukt hoe bevredigend men het sociaal netwerk in het algemeen vindt. Tot slot wordt functionele sociale gezondheid ook vaak gemeten aan de hand van eenzaamheid. Dit kan gedefinieerd worden als de subjectieve, negatieve evaluatie van het sociaal netwerk als tekortschietend in vergelijking met de sociale noden die een individu ervaart (5). Het kan gaan om een gevoel zich alleen te voelen, emotionele intimiteit te missen of een wens om meer of kwalitatiever sociaal contact te hebben. Soms wordt hierin nog een verder onderscheid gemaakt tussen sociale eenzaamheid, wat verwijst naar een tekort in het bredere sociaal netwerk (bv. in aantal of frequentie van sociale contacten), en emotionele eenzaamheid, wat verwijst naar het gemis van emotionele intimiteit in sociale contacten (6).

Ten derde heeft sociale gezondheid ook een kwalitatieve component, die de kwaliteit van sociale contacten beschrijft. Hieronder vallen concepten zoals de kwaliteit van en tevredenheid met partnerrelaties en vriendschappen, maar ook aanwijzingen voor sociale contacten met lage kwaliteit, zoals discriminatie, stigmatisering, pesten en huishoudelijk geweld (2). De kwalitatieve component beschrijft samen met de

structurele en functionele componenten van sociale gezondheid, hoe het gesteld is met het sociaal leven van een individu.

Sociale gezondheid is geen geïsoleerd aspect van gezondheid. Onderzoek heeft reeds veelvuldig aangetoond dat sociale gezondheid gelinkt is aan fysieke en geestelijke gezondheid (7). Zo verhoogt een slechte sociale gezondheid het risico op overlijden (8). Dat geldt zowel voor overlijden door alle oorzaken, als door specifieke doodsoorzaken zoals hart- en vaatziekten en kanker (7). Overzichtsstudies hebben verschillende risicofactoren voor sterfte onderzocht en hebben vastgesteld dat een slechte sociale gezondheid zelfs een risico kan vormen dat vergelijkbaar is met gekende risicofactoren zoals roken (8). Er bestaan verschillende ideeën over mogelijke mechanismes die samen dit verband tussen sociale en fysieke gezondheid verklaren. Enkele waarschijnlijke mechanismes zijn de biologische effecten van een verhoogd stressniveau en een negatieve invloed van sociale gezondheidsproblemen op gezondheidsgedrag zoals beweging of roken (7). Sociale gezondheid is ook verbonden aan geestelijke gezondheid. Zo werd er reeds aangetoond dat eenzaamheid de kans op gevoelens van angst en depressie kan verhogen (7). Ook hebben studies aangetoond dat een slechte sociale gezondheid gelinkt is aan een hoger risico op zelfdoding (9).

Dit verband tussen sociale gezondheid en fysieke en geestelijke gezondheid bestaat in twee richtingen (7). Zowel fysieke als geestelijke gezondheidsaandoeningen kunnen de sociale gezondheid negatief beïnvloeden, bijvoorbeeld wanneer het sociaal netwerk van een individu verkleint bij ziekte of invaliditeit, of wanneer men zich door anderen niet gesteund of begrepen voelt in geval van fysieke of geestelijke gezondheidsklachten.

Omwille van dit wederkerig verband tussen sociale gezondheid en fysieke en geestelijke gezondheid, is het belangrijk om sociale gezondheid ook op te nemen in de evaluatie van de gezondheidstoestand van de bevolking. In deze module van de Gezondheidsenquête werd er gefocust op structurele en functionele sociale gezondheid. Op vlak van kwalitatieve sociale gezondheid wordt op dit moment enkel interpersoonlijk geweld gemeten in de Gezondheidsenquête. Dit wordt in een apart rapport besproken (10). Structurele sociale gezondheid werd gemeten aan de hand van de frequentie van sociale contacten. Functionele sociale gezondheid werd gemeten aan de hand van sociale tevredenheid, waargenomen sociale steun en eenzaamheid.

METHODEN-SAMENVATTING

De volledige methodologie van de Gezondheidsenquête 2023-2024 is beschikbaar op:

www.gezondheidsenquête.be

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

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

De enquête werd uitgevoerd in een selectie van gemeenten en steden. In elke gemeente werden huishoudens uitgenodigd om deel te nemen. Als het huishouden uit vier personen of minder bestond, werden alle leden opgenomen; bij grotere huishoudens werden tot vier personen geselecteerd, waaronder de referentiepersoon en diens partner. Huishoudens die weigerden deel te nemen, werden vervangen door gelijkaardige huishoudens.

Elke deelnemer gaf schriftelijk geïnformeerde toestemming, in overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG).

Structuur van de enquête

De vragenlijst bestaat uit drie delen:

1. Huishoudvragenlijst: mondeling interview over de samenstelling van het huishouden, inkomsten, gezondheidsuitgaven, kenmerken van de woning, enz.
2. Individuele vragenlijst: mondeling interview over chronische aandoeningen, beperkingen, zorggebruik, enz.
3. Schriftelijke vragenlijst (≥15 jaar): vertrouwelijke onderwerpen zoals geestelijke gezondheid, alcoholgebruik, gokverslaving, enz.

Gegevensverzameling

Vanwege uitzonderlijke omstandigheden, met name een ernstig tekort aan enquêteurs werd de gegevensverzameling die gepland was voor het hele jaar 2023 verlengd tot 31 december 2024. In totaal werden 15.951 huishoudens uitgenodigd waarvan 3.709 effectief deelnamen. Dit resulteerde in totaal in 7.001 individuele deelnemers aan de enquête.

Weging en representativiteit

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

RESULTATEN

De resultatentabellen (bruto en gestandaardiseerde cijfers) voor de indicatoren met betrekking tot sociale gezondheid in België en de gewesten zijn beschikbaar op onze website via de link: www.gezondheidsenquête.be. Het is ook mogelijk om zelf gepersonaliseerde resultatentabellen aan te maken met behulp van de online tool “HISIA” via het onderdeel “Health and society / Social health”: [HISIA | sciensano.be](http://HISIA.sciensano.be).

Wanneer in de tekst wordt gesproken over “significant verschillend”, betekent dit dat er een statistische test uitgevoerd is waarbij werd gecorrigeerd voor leeftijd en/of geslacht.

1. Tevredenheid met sociale contacten

De algemene tevredenheid met sociale contacten werd bevraagd aan de hand van de volgende vraag:

SO.01 Hoe vindt u uw sociale contacten?

- Zeer bevredigend
- Vrij bevredigend
- Vrij onbevredigend
- Zeer onbevredigend

Op basis hiervan werd de indicator SO_1 opgesteld door de antwoorden “zeer” en “vrij” (on)bevredigend samen te nemen. Deze indicator toont het percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ontevreden is met zijn sociale contacten. Dit geeft dus de algemene tevredenheid van sociale contacten weer, en niet de tevredenheid over het aantal of de inhoud van sociale contacten.

1.1. Prevalentie

In de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder geeft ongeveer 1 op de 10 personen (9,9%) aan ontevreden te zijn met zijn sociale contacten.

1.1.1. Regionale verschillen

In Vlaanderen geeft 9,3% aan ontevreden te zijn met sociale contacten. In Wallonië is dit 10,7% en in Brussel 11,5%. Na correctie voor leeftijd en geslacht, blijkt het verschil tussen de gewesten niet significant.

1.2. Evolutie

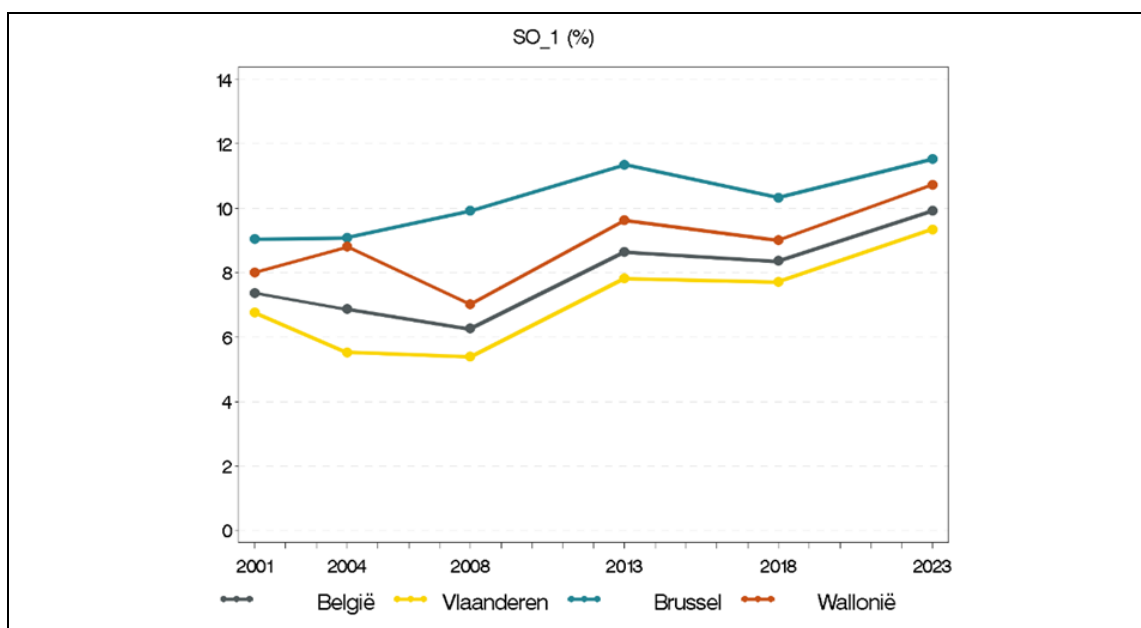
Hoewel het percentage dat niet tevreden is met zijn sociale contacten in 2023-2024 (9,9%) significant hoger was dan in 2018 (8,4%), is dit percentage niet significant hoger dan in 2013 (8,6%). Het verschil tussen 2023-2024 en 2013 was wel bijna significant. Toekomstige metingen zullen moeten aanwijzen of er een stijgende trend is ingezet op vlak van ontevredenheid met sociale contacten.

1.2.1. Regionale verschillen

Er zijn voor deze evolutie ook geen significante regionale verschillen. Ondanks een schijnbare stijging in Vlaanderen tussen 2023-2024 (9,3%) en de vorige meting (7,7%), is het percentage ontevredenheid met sociale contacten in 2023-2024 niet significant hoger dan in 2013 (7,8%) en 2018 (7,7%). Dit percentage is wel nog steeds significant hoger dan in de jaren 2000 (6,8% in 2001). Ook in Brussel en Wallonië is de

ontevredenheid met sociale contacten niet toegenomen in 2023-2024 vergeleken met de vorige metingen in 2013 en 2018.

Figuur 1 • Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ontevreden is met zijn sociale contacten , volgens jaar en gewest, Gezondheidsenquête 2023-2024, België



1.3. Demografische verschillen

De percentages ontevredenheid met sociale contacten verschillen niet tussen mannen (9,8%) en vrouwen (10,1%), ook niet wanneer we naar de gewesten apart kijken.

Er zijn wel enkele leeftijdsverschillen. Ontevredenheid met sociale contacten komt het minst vaak voor bij 15- tot 24-jarigen (7,1%) en 75-plussers (5,9%). De leeftijdsgroepen tussen 25 en 64 jaar hebben significant hogere ontevredenheid met sociale contacten dan de 15- tot 24-jarigen en de 75-plussers. De ontevredenheid met sociale contacten tussen 25 en 64 jaar schommelt rond 11 à 12 procent (25-34: 11,0%, 35-44: 12,0%, 45-54: 11,8%, 55-64: 10,8%).

Regionale leeftijdsverschillen kunnen voor deze indicator niet op een betrouwbare manier geïnterpreteerd worden omwille van kleine deelsteekproeven wanneer we de gewesten opdelen in leeftijdsgroepen.

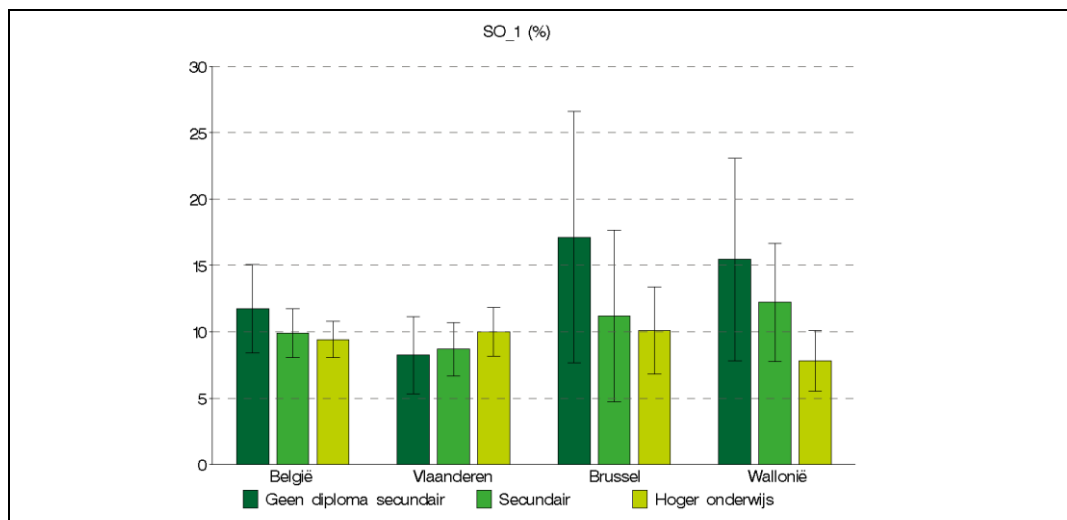
1.4. Socio-economische verschillen

Het percentage ontevredenheid met sociale contacten is lager bij zij die een diploma hoger onderwijs hebben (9,4%), vergeleken met zij die geen diploma secundair onderwijs hebben (11,7%). Verder zijn er geen verschillen volgens opleiding.

1.4.1. Regionale verschillen

In Vlaanderen zijn er geen verschillen tussen opleidingsniveaus op vlak van ontevredenheid met sociale contacten. Ook in Brussel zijn er geen significante verschillen in ontevredenheid met sociale contacten tussen personen met verschillende opleidingsniveaus. In Wallonië zien we dit verschil tussen het hoogste en laagste opleidingsniveau wel terug, zoals in de totale Belgische bevolking.

Figuur 2 • Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ontevreden is met zijn sociale contacten , volgens opleiding en gewest, Gezondheidsenquête 2023-2024, België



1.5. Bijkomende analyses

Gezien het hoge aantal alleenwonenden in België (36%, volgens Statbel (11)) en eerdere bevindingen in wetenschappelijke onderzoek dat alleen wonen een risicofactor vormt voor sociale gezondheidsproblemen zoals eenzaamheid (12,13), werden ook de verschillen tussen alleenwonenden en niet-alleenwonenden op vlak van sociale gezondheid bekeken. Deze bijkomende analyse werd uitgevoerd voor iedere sociale gezondheidsindicator.

Daarbij zien we dat ontevredenheid met sociale contacten vaker voorkomt bij alleenwonenden (13,1%) dan bij niet-alleenwonenden (9,1%). Bij alleenwonenden in Vlaanderen (11,0%) ligt dit lager dan bij alleenwonenden in Wallonië (16,4%). Er is geen significant verschil tussen alleenwonende mannen en vrouwen op vlak van ontevredenheid met sociale contacten. Alleenwonenden zonder diploma secundair onderwijs vertonen vaker ontevredenheid met sociale contacten (14,7%) dan alleenwonenden met een diploma secundair onderwijs als hoogste diploma (11,0%). Verder zijn er geen verschillen in functie van opleidingsniveau.

2. Frequentie van sociale contacten

De frequentie van sociale contacten werd bevraagd aan de hand van de volgende vraag:

SO.02 Hoe vaak hebt u doorgaans contact met verwanten, kinderen, vrienden, kennissen...?

- Ten minste 1 keer per week
- Ten minste 1 keer per maand
- Ten minste 3 of 4 keer per jaar
- Ten minste 1 keer per jaar
- Helemaal niet

Op basis hiervan werd de indicator SO_2 opgesteld. Deze toont het percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat minder dan wekelijks sociaal contact heeft.

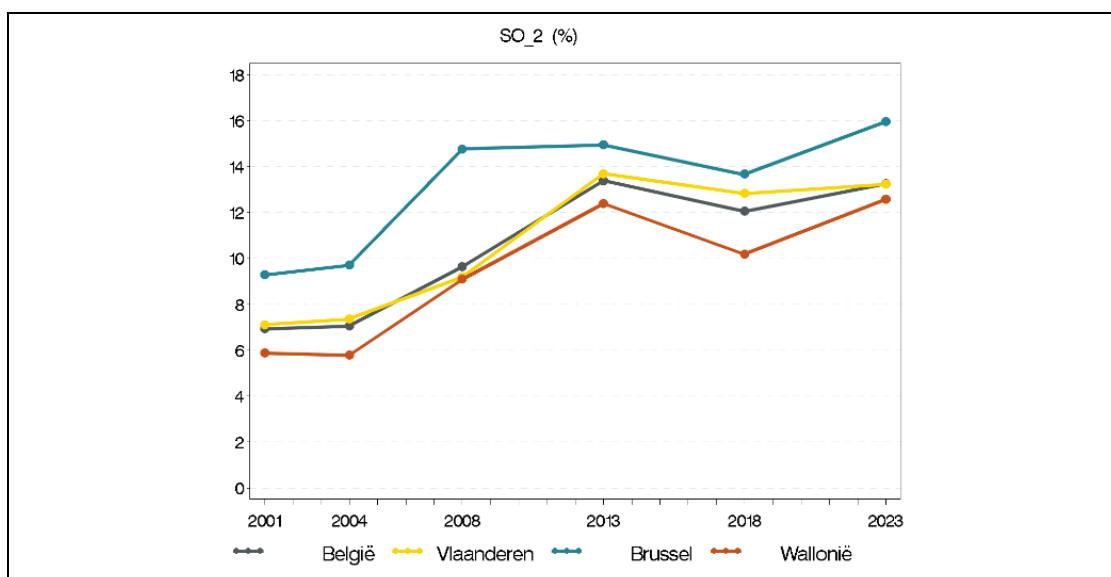
2.1. Prevalentie

In 2023-2024 gaf 1 op 8 personen (13,3%) aan minder dan wekelijks sociaal contact te hebben. Hierin zijn er geen verschillen tussen de gewesten.

2.2. Evolutie

Het percentage dat minder dan wekelijks sociale contacten heeft, is ongeveer gelijk gebleven ten opzichte van 2018 (12,1%) en 2013 (13,4%). De stijging in infrequent sociaal contact die gezien werd tussen 2004 en 2013 lijkt dus gestagneerd te zijn. Dit is gelijkaardig voor alle drie de gewesten.

Figuur 3 • Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat minder dan wekelijks sociaal contact heeft, volgens jaar en gewest, Gezondheidsenquête 2023-2024, België



2.3. Demografische verschillen

Het percentage dat minder dan wekelijks sociale contacten heeft, verschilt tussen mannen en vrouwen. Ongeveer 1 op 8 vrouwen (12,0%) heeft minder dan wekelijks sociaal contact, terwijl het bij mannen om ongeveer 1 op 7 (14,6%) gaat. Er zijn geen significante verschillen tussen de gewesten.

Het percentage dat minder dan wekelijks sociale contacten heeft, ligt significant lager in de leeftijdsgroep van 15 tot 24-jarigen (7,0%) dan in alle andere leeftijdsgroepen (12,2% tot 15,6%). Regionale leeftijdsverschillen kunnen voor deze indicator niet op een betrouwbare manier geïnterpreteerd worden omwille van kleine deelsteekproeven wanneer we de gewesten opdelen in leeftijdsgroepen.

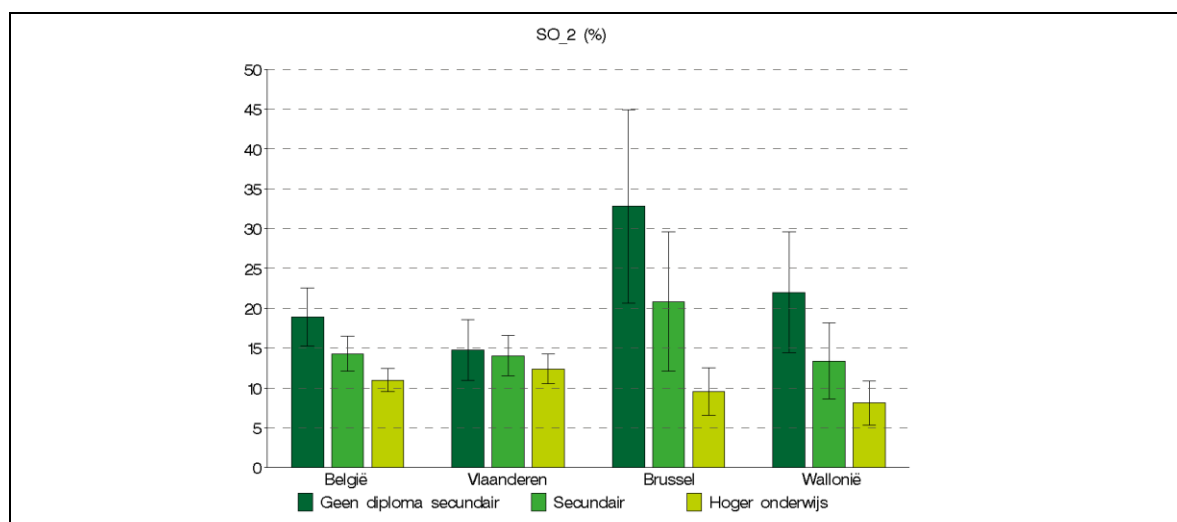
2.4. Socio-economische verschillen

Het percentage dat minder dan wekelijks sociale contacten heeft, ligt het hoogst bij personen zonder diploma secundair onderwijs (18,9%), gevolgd door personen met hoogstens een diploma secundair onderwijs (14,3%), en personen met een diploma hoger onderwijs (11,0%). Anders gezegd, neemt het percentage weinig frequent contact dus af wanneer het opleidingsniveau toeneemt.

2.4.1. Regionale verschillen

Deze verschillen tussen opleidingsniveaus zijn niet aanwezig in Vlaanderen. In Brussel zien we deze verschillen wel terug, al verschillen de twee laagste niveaus daar niet van elkaar. Ook in Wallonië zien we significant lagere percentages weinig frequent sociaal contact bij hogeropgeleiden in vergelijking met personen zonder hoger diploma. Ook hier zien we echter enkel een significant verschil tussen de twee laagste opleidingsniveaus en het hoogste niveau, maar niet tussen de twee laagste onderling.

Figuur 4 • Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat minder dan wekelijks sociaal contact heeft, volgens opleiding en gewest, Gezondheidsenquête 2023-2024, België



2.5. Bijkomende analyses

Minder dan wekelijks sociaal contact komt vaker voor bij personen die alleen wonen (16,0%) dan bij personen die niet alleen wonen (12,5%). Dit cijfer ligt lager bij alleenwonenden in Vlaanderen (13,2%) in vergelijking met Brussel (18,5%) en Wallonië (20,2%). Alleenwonende mannen (19,0%) geven vaker aan dat ze minder dan wekelijks sociaal contact hebben dan alleenwonende vrouwen (13,2%). Bij alleenwonenden zonder diploma ligt het percentage weinig frequent contact hoger (21,2%) dan bij alleenwonenden met een diploma hoger onderwijs (11,5%). Het percentage bij alleenwonenden met een diploma secundair onderwijs ligt tussenin (15,5%) en verschilt niet significant van de andere opleidingsniveaus.

3. Waargenomen sociale steun

Waargenomen sociale steun werd bevraagd aan de hand van drie vragen die samen de Oslo Short Scale for Social Support (OSSS-3) vormen (3). Dit is een gevalideerd instrument voor het meten van waargenomen sociale steun en bestaat uit de volgende drie vragen:

SO.03 Hoeveel personen staan u zo dichtbij dat u op hen kunt rekenen indien u met zware problemen geconfronteerd wordt?

- Geen enkele
- 1 of 2
- 3 tot 5
- 6 of meer

SO.04 In welke mate hebben mensen aandacht en interesse voor wat u doet?

- Veel
- Matig
- Dit weet ik niet zeker
- Weinig
- Helemaal niet

SO.05 Hoe gemakkelijk is het om praktische hulp van burens te krijgen als dit nodig zou zijn?

- Zeer gemakkelijk
- Gemakkelijk
- Het is wellicht mogelijk
- Moeilijk
- Zeer moeilijk

Op basis van deze vragen en volgens de handleiding van de OSSS-3 werd de indicator SO_4 opgesteld. Daarbij worden aan de verschillende antwoorden scores toegekend, die over de drie vragen heen worden opgeteld tot een totaalscore van maximum 14, waarbij een hogere score overeenkomt met hogere waargenomen sociale steun. Volgens de scoringsrichtlijnen van de OSSS-3 wordt er van lage sociale steun gesproken bij een totaalscore van 8 of minder. Deze indicator SO_4 toont het percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat lage waargenomen sociale steun heeft.

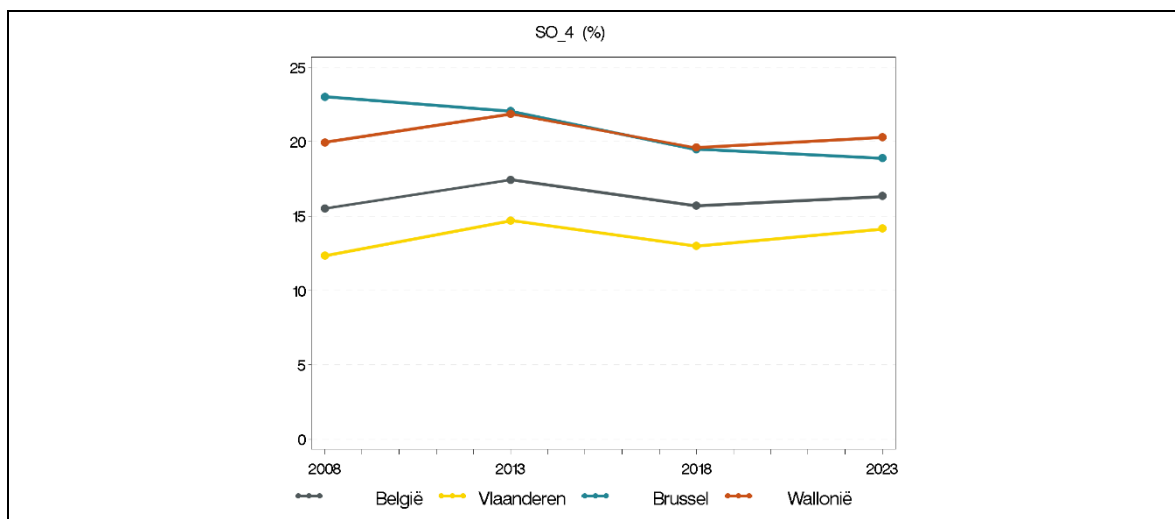
3.1. Prevalentie

Bijna 1 op 6 (16,3%) rapporteert lage sociale steun. Dit cijfer ligt hoger in Brussel (18,9%) en Wallonië (20,3%) dan in Vlaanderen (14,2%). Er is geen significant verschil tussen Wallonië en Brussel.

3.2. Evolutie

Er zijn in de totale Belgische bevolking (15+) geen significante verschillen tussen sociale steun in 2023-2024 en voorgaande metingen. Dit geldt ook voor de aparte gewesten.

Figuur 5 • Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat lage sociale steun ervaart, volgens jaar en gewest, Gezondheidsenquête 2023-2024, België



3.3. Demografische verschillen

Op vlak van waargenomen sociale steun zijn er geen verschillen tussen mannen (15,6%) en vrouwen (17,0%), of tussen verschillende leeftijdsgroepen. Dit geldt ook voor de aparte gewesten. Regionale leeftijdsverschillen kunnen niet op een betrouwbare manier geïnterpreteerd worden omwille van kleine deelsteekproeven wanneer we de gewesten opdelen in leeftijdsgroepen.

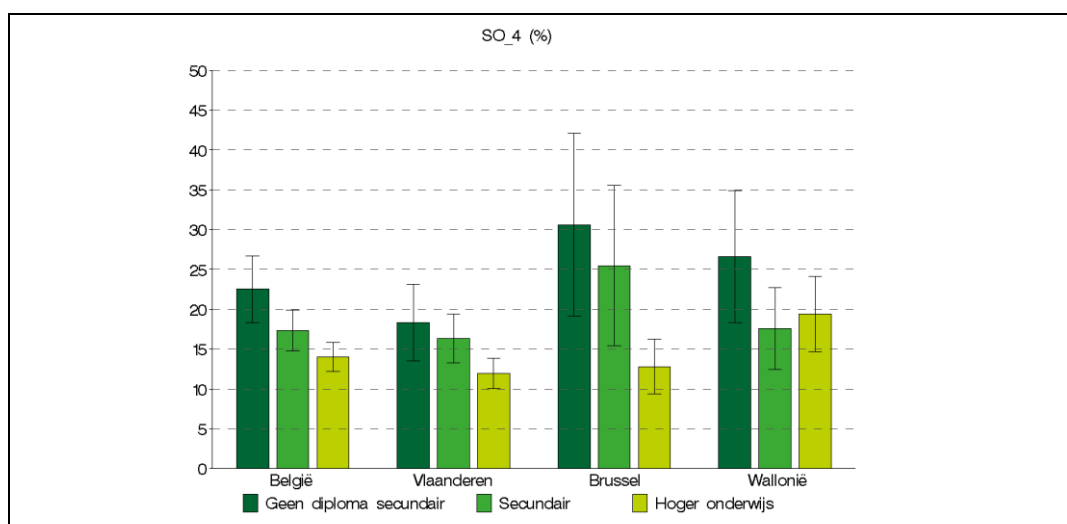
3.4. Socio-economische verschillen

Het percentage lage sociale steun ligt significant hoger bij mensen zonder diploma secundair onderwijs (22,5%) in vergelijking met mensen die een secundair diploma (17,3%) of een hoger diploma hebben (14,0%). Het percentage lage sociale steun ligt ook hoger bij mensen met een diploma secundair onderwijs als hoogste diploma in vergelijking met mensen met een diploma hoger onderwijs. Het percentage lage sociale steun neemt dus af met toenemend opleidingsniveau.

3.4.1. Regionale verschillen

In Vlaanderen is er enkel een significant verschil tussen het laagste en het hoogste opleidingsniveau, waarbij het percentage lage sociale steun significant hoger is voor mensen zonder diploma secundair onderwijs (18,4%) dan voor mensen met een diploma hoger onderwijs (11,9%). Hetzelfde geldt in Brussel (30,6% vs. 12,8%). In Wallonië is er enkel een significant verschil tussen zij die geen secundair diploma hebben (26,6%) en zij die enkel een diploma secundair onderwijs hebben (17,6%).

Figuur 6 • Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat lage sociale steun ervaart, volgens opleiding en gewest, Gezondheidsenquête 2023-2024, België



3.5. Bijkomende analyses

Lage sociale steun komt vaker voor bij alleenwonenden (19,2%) dan bij niet-alleenwonenden (15,6%). Dit is beduidend vaker het geval bij alleenwonenden in Wallonië (27,1%) dan bij alleenwonenden in Vlaanderen (15,1%) en Brussel (18,2%). Er zijn geen verschillen tussen alleenwonende mannen en vrouwen, of tussen alleenwonenden met verschillende opleidingsniveaus.

4. Eenzaamheid

Eenzaamheid werd bevraagd aan de hand van de De Jong-Gierveld Short Scale for Loneliness (DJG-6) (6). Dit is een gevalideerd instrument voor het meten van eenzaamheid en bestaat uit zes uitspraken waarbij de respondent aangeeft in welke mate deze uitspraken van toepassing zijn voor zichzelf (Ja – Min of meer – Nee). Het gaat om de volgende uitspraken:

- Ik ervaar leegte om me heen.
- Er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van narigheid kan terugvallen.
- Ik heb veel mensen op wie ik volledig kan vertrouwen.
- Er zijn voldoende mensen met wie ik me nauw verbonden voel.
- Ik mis mensen om me heen.
- Vaak voel ik me in de steek gelaten.

Aan de hand van een totaalscore (waarbij een hogere score overeenkomt met sterkere eenzaamheid) op basis van deze bovenstaande uitspraken en volgens de handleiding van de DJG-6 werden er verschillende indicatoren voor eenzaamheid opgesteld, die hier samen besproken worden. We bekijken zowel matig-tot-ernstige eenzaamheid (totaalscore van 2 of meer op 6) als ernstige eenzaamheid apart (totaalscore van 5 of 6 op 6). Bovendien staat de DJG-6 ook toe om een onderscheid te maken tussen sociale eenzaamheid en emotionele eenzaamheid. Daarbij kan een individu zowel sociale eenzaamheid als emotionele eenzaamheid ervaren, of slechts één van beide of geen. Deze vier eenzaamheidsindicatoren geven telkens weer wat het percentage van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder is dat te maken heeft met deze vorm van eenzaamheid.

4.1. Prevalentie

Ongeveer de helft van de bevolking (48,3%) ervaart matige tot ernstige eenzaamheid. Ernstige eenzaamheid komt voor bij meer dan 1 op 10 personen (11,6%). Sociale eenzaamheid komt voor bij ongeveer 4 op de 10 personen (38,6%), terwijl ongeveer 1 op 5 zich emotioneel eenzaam voelt (19,5%).

4.1.1. Regionale verschillen

De prevalentie matig-tot-ernstige eenzaamheid ligt significant hoger in Brussel (54,6%) en Wallonië (53,2%) dan in Vlaanderen (45,2%). Er is geen significant verschil tussen Brussel en Wallonië. De prevalentie ernstige eenzaamheid is echter even hoog in de verschillende gewesten. In Vlaanderen gaat het om 11,6%, in Brussel om 12,5% en in Wallonië om 11,3%.

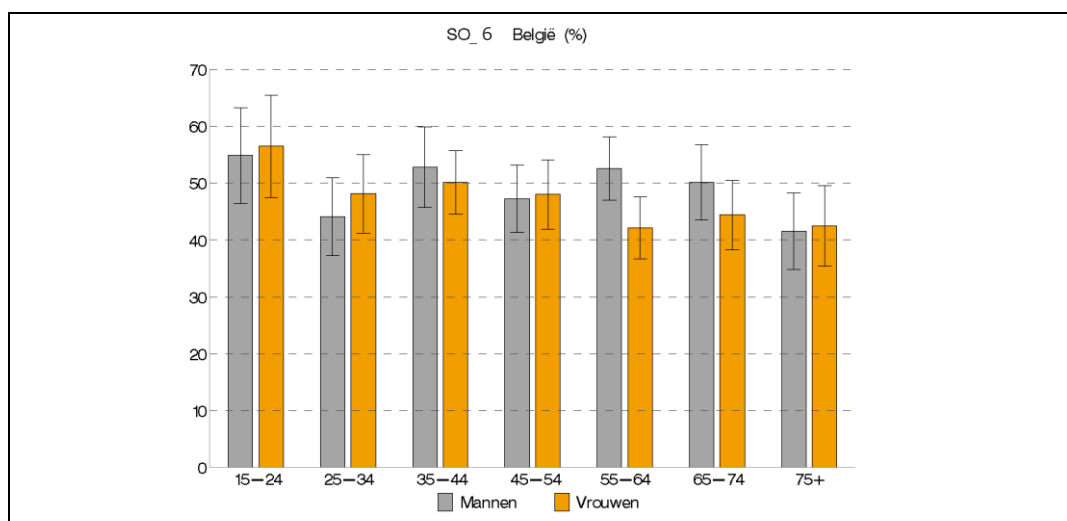
Op vlak van het type eenzaamheid is er een regionaal verschil in sociale eenzaamheid, maar niet in emotionele eenzaamheid. Het percentage sociale eenzaamheid ligt hoger in Brussel (45,8%) en Wallonië (43,9%) dan in Vlaanderen (35,2%). Brussel en Wallonië verschillen onderling niet.

4.2. Demografische verschillen

Op vlak van matig-tot-ernstige eenzaamheid is er geen verschil tussen mannen (49,3%) en vrouwen (47,3%). Echter, wanneer we enkel naar ernstige eenzaamheid kijken, zien we een hogere prevalentie bij vrouwen (13,4%) dan bij mannen (9,7%). Emotionele eenzaamheid ligt hoger bij vrouwen (21,7%) dan bij mannen (17,2%). Op vlak van sociale eenzaamheid verschillen mannen (40,1%) en vrouwen (37,1%) niet significant.

Globaal gezien is er een dalende prevalentie eenzaamheid met stijgende leeftijd. Figuur 7 toont dat matig-tot-ernstige eenzaamheid het vaakst voorkomt bij 15- tot 24-jarigen, bij meer dan 1 op 2 (55,6%). Die prevalentie is significant lager dan bij 24- tot 34-jarigen (46,1%) en bij 45- tot 74-jarigen (45-54: 47,6%, 55-64: 47,4%, 65-74: 47,2%). De prevalentie bij 35- tot 44-jarigen ligt daartussen, op 51,5 procent. Dat is niet verschillend genoeg van de 15- tot 24-jarigen om statistisch significant te zijn. Verder zien we de laagste prevalentie matige-tot-ernstige eenzaamheid bij de 75-plussers (42,0%). Zij verschillen significant van de twee leeftijdsgroepen met de hoogste prevalentie, namelijk de 15- tot 24-jarigen en de 35- tot 44-jarigen.

Figuur 7 • Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat matig tot ernstig eenzaam is, volgens leeftijd en geslacht, Gezondheidsenquête 2023-2024, België

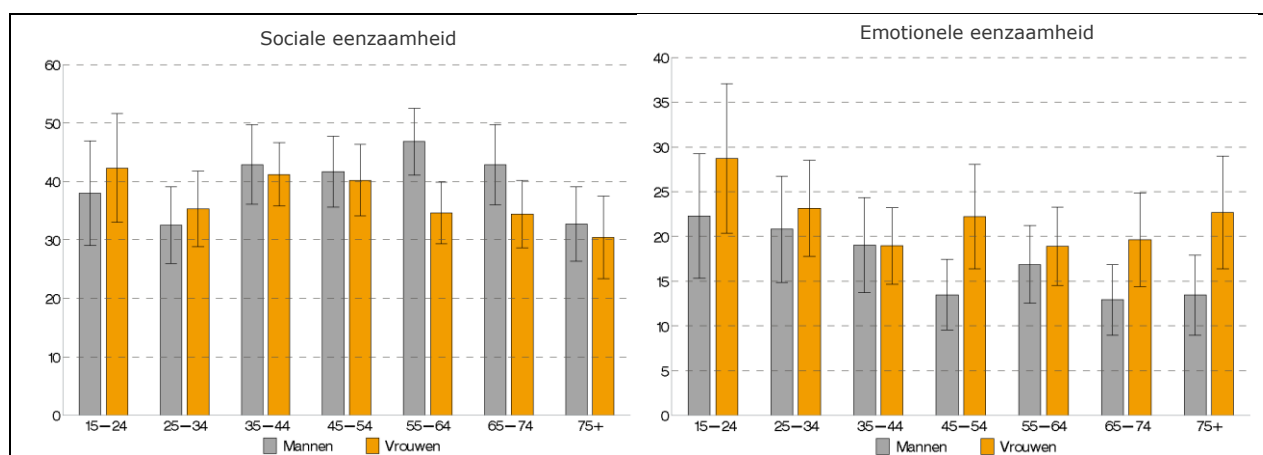


Wanneer we enkel naar ernstige eenzaamheid kijken, tekent zich een gelijkaardig patroon af van dalende eenzaamheid met toenemende leeftijd, waarbij de prevalentie het hoogst ligt bij de 15- tot 24-jarigen (13,4%) en het laagst bij de 75-plussers (9,9%). Deze leeftijdsverschillen voor ernstige eenzaamheid zijn echter niet statistisch significant.

De opsplitsing tussen sociale en emotionele eenzaamheid geeft wat nuance aan de leeftijdsverschillen, zoals te zien is in Figuur 8. Sociale eenzaamheid ligt het hoogst bij de 35- tot 64-jarigen (35-44: 42,1%, 45-54: 41,0%, 55-64: 40,6%) en het laagst bij de 25- tot 34-jarigen (34,0%) en de 75-plussers (31,4%). De prevalentie van de 15- tot 24-jarigen (40,1%) en de 65- tot 74-jarigen (38,5%) bevindt zich daartussen. Enkel het verschil tussen de hoogste prevalenties (35 tot 64 jaar) en de laagste prevalenties (25 tot 34 jaar en 75 jaar of ouder) is statistisch significant.

Emotionele eenzaamheid vertoont andere leeftijdsverschillen, die opnieuw de verhoogde prevalentie bij 15- tot 24-jarigen onderstrepen. Onder de 15- tot 24-jarigen rapporteert 25,5% emotionele eenzaamheid. De emotionele eenzaamheid van 25- tot 34-jarigen ligt wat lager (22,0%), maar deze verschilt niet significant van de 15- tot 24-jarigen. De prevalentie bij personen van 35 jaar of ouder ligt nog lager (35-44: 19,0%, 45-54: 17,8%, 55-64: 17,9%, 65-74: 16,4%, 75+: 18,7%). Dit verschilt wel significant van de prevalentie van de 15- tot 24-jarigen.

Figuur 8 • Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat sociaal eenzaam (links) en emotioneel eenzaam (rechts) is, volgens leeftijd en geslacht, Gezondheidsenquête 2023-2024, België



4.2.1. Regionale verschillen

Net zoals in de Belgische bevolking, zijn er in de afzonderlijke gewesten geen verschillen tussen mannen en vrouwen op vlak van matig-tot-ernstige eenzaamheid of sociale eenzaamheid. Het significant hogere percentage ernstige eenzaamheid bij vrouwen komt voor in Vlaanderen en Wallonië, maar niet in Brussel. Het geslachtsverschil in emotionele eenzaamheid zien we wel terug in alle gewesten.

Regionale leeftijdsverschillen kunnen niet op een betrouwbare manier geïnterpreteerd worden omwille van kleine deelsteekproeven wanneer we de gewesten opdelen in leeftijdsgroepen.

4.3. Socio-economische verschillen

Er is een algemeen patroon op vlak van eenzaamheid in functie van opleidingsniveau, waarbij de prevalentie eenzaamheid in het algemeen het hoogst ligt bij personen met het laagste opleidingsniveau en afneemt naargelang men een hoger opleidingsniveau heeft. De matig-tot-ernstige eenzaamheid ligt het hoogst bij personen zonder diploma secundair onderwijs (58,8%). Deze prevalentie ligt significant lager bij personen wiens hoogste diploma een diploma secundair onderwijs is (52,3%), en nog lager bij personen met een diploma hoger onderwijs (43,2%). Ook ernstige eenzaamheid, sociale eenzaamheid en emotionele eenzaamheid nemen af met toenemend opleidingsniveau.

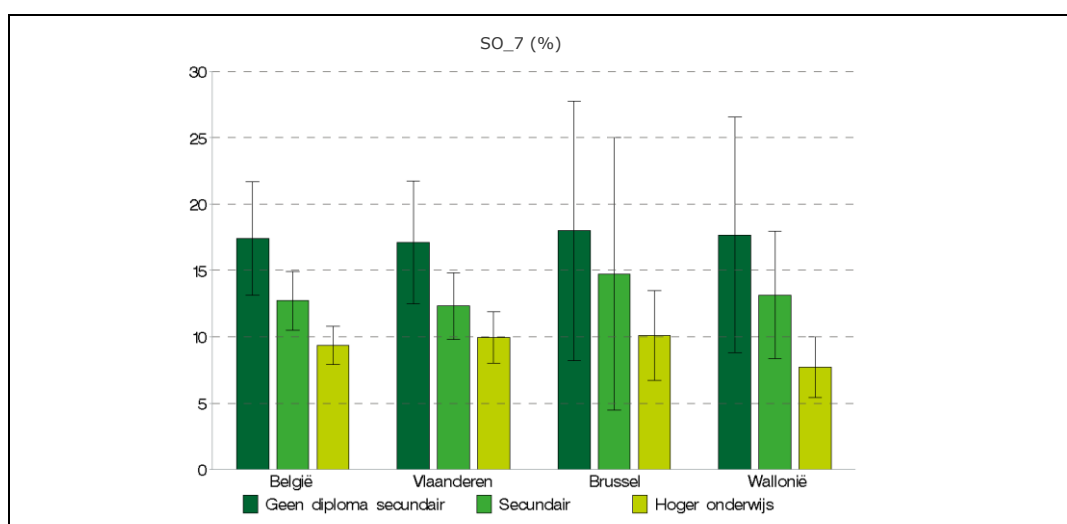
4.3.1. Regionale verschillen

In Vlaanderen zien we grotendeels dezelfde verschillen op vlak van opleidingsniveau als in de totale Belgische bevolking. Voor matig-tot-ernstige eenzaamheid, sociale eenzaamheid en emotionele eenzaamheid liggen de resultaten volledig in lijn met die van de Belgische bevolking. Voor ernstige eenzaamheid is het patroon in lijn met de algemene resultaten, waarbij ernstige eenzaamheid vaker voorkomt bij personen zonder diploma secundair onderwijs (17,1%) dan bij personen met een diploma secundair onderwijs als hoogste diploma (12,3%) of personen met een hoger diploma (9,9%). Het verschil tussen personen met een secundair diploma en personen met een hoger diploma is niet significant, in tegenstelling tot de verschillen in de totale Belgische bevolking (15+).

In Brussel tekent hetzelfde patroon zich af, zij het wel in minder uitgesproken mate. Daar zien we ook dat hoger opgeleiden (46,6%) een lagere prevalentie matig-tot-ernstige eenzaamheid hebben dan personen zonder hoger diploma (geen secundair: 66,9%, secundair: 66,3%), maar is er geen significant verschil tussen de twee laagste opleidingsniveaus (in tegenstelling tot in Vlaanderen en de algemene Belgische bevolking). Op vlak van ernstige eenzaamheid zijn in Brussel geen verschillen in functie van opleidingsniveau. Voor sociale eenzaamheid is er in Brussel enkel een verschil in sociale eenzaamheid tussen het hoogste en het laagste opleidingsniveau, waarbij sociale eenzaamheid vaker voorkomt bij personen zonder diploma secundair onderwijs (58,9%) dan bij personen met een diploma hoger onderwijs (38,3%). Voor emotionele eenzaamheid zijn er geen significante verschillen.

Ook in Wallonië is het algemene patroon van dalende eenzaamheid bij toenemend opleidingsniveau aanwezig, maar, net zoals in Brussel, minder uitgesproken dan op Belgisch niveau. Personen met een diploma hoger onderwijs (46,6%) hebben een lagere prevalentie matig-tot-ernstige eenzaamheid dan personen zonder hoger diploma (geen secundair: 62,2%, secundair: 58,2%), maar tussen de twee laagste opleidingsniveaus is er geen verschil (in tegenstelling tot Vlaanderen en de algemene Belgische bevolking). Dit is ook het geval bij ernstige eenzaamheid en sociale eenzaamheid. Voor emotionele eenzaamheid zijn er, net zoals in Brussel, in Wallonië echter geen significante verschillen tussen opleidingsniveaus.

Figuur 9 • Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig eenzaam is, volgens opleiding en gewest, Gezondheidsenquête 2023-2024, België



4.4. Bijkomende analyses

Matig-tot-ernstige eenzaamheid komt vaker voor bij alleenwonenden (54,1%) dan bij niet-alleenwonenden (46,8%). We zien hetzelfde verschil terug wanneer we enkel naar ernstige eenzaamheid kijken. Ernstige eenzaamheid komt voor bij meer dan 1 op 6 alleenwonenden (17,7%). Bij niet-alleenwonenden gaat het om 1 op 10 (10,0%). Wanneer we naar het verschil tussen sociale en emotionele eenzaamheid kijken, zien we dat alleenwonenden meer emotionele eenzaamheid ervaren (28,9%) dan niet-alleenwonenden (17,1%), maar dat er geen significant verschil is voor sociale eenzaamheid (alleenwonend: 41,3%, niet-alleenwonend: 37,9%).

4.4.1. Regionale verschillen

In Brussel ligt de matig-tot-ernstige eenzaamheid bij alleenwonenden lager dan in Wallonië. Verder zijn er geen regionale verschillen in matig-tot-ernstige eenzaamheid bij alleenwonenden. Hetzelfde geldt voor ernstige eenzaamheid. In Vlaanderen ervaren alleenwonenden minder vaak sociale eenzaamheid in vergelijking met alleenwonenden in Wallonië. Verder zijn er geen regionale verschillen op vlak van sociale eenzaamheid. Op vlak van emotionele eenzaamheid zijn er geen enkele regionale verschillen.

4.4.2. Socio-demografische verschillen

Op vlak van zowel matig-tot-ernstige eenzaamheid als ernstige eenzaamheid zijn er geen verschillen tussen alleenwonende mannen en vrouwen. Sociale eenzaamheid komt wel vaker voor bij alleenwonende mannen (47,0%) dan bij alleenwonende vrouwen (36,0%). Ook voor emotionele eenzaamheid zien we geen verschillen.

Alleenwonenden zonder diploma secundair onderwijs ervaren vaker matig-tot-ernstige eenzaamheid (56,0%) dan alleenwonenden met diploma hoger onderwijs (50,5%). Alleenwonenden zonder diploma secundair onderwijs (22,6%) ervaren vaker ernstige eenzaamheid dan alleenwonenden met een diploma secundair onderwijs (14,9%) en alleenwonenden met een diploma hoger onderwijs (15,9%). Hetzelfde geldt voor sociale eenzaamheid (geen secundair diploma: 45,7%, secundair diploma: 39,7%, hoger diploma: 38,9%). Voor emotionele eenzaamheid is er enkel een verschil tussen het laagste (32,8%) en hoogste opleidingsniveau (25,7%), zoals bij matig-tot-ernstige eenzaamheid.

BESPREKING

In deze module van de Gezondheidsenquête werd sociale gezondheid bestudeerd. Meer specifiek werd er gekeken naar tevredenheid met sociale contacten, frequentie van sociaal contact, waargenomen steun en eenzaamheid in de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder.

Hoe is het gesteld met de sociale gezondheid van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder?

Sociale gezondheidsproblemen komen bij 1 op 10, tot wel 1 op 2 personen voor, afhankelijk van de indicator. Ongeveer 1 op de 8 personen heeft minder dan wekelijks sociaal contact. Meer dan de helft van de bevolking ervaart matig-tot-ernstige eenzaamheid. Ernstige eenzaamheid en ontevredenheid met sociale contacten komen beide voor bij 1 op de 10 personen. Ongeveer 1 op 6 personen geeft lage sociale steun aan. Deze cijfers wijzen op een duidelijke uitdaging voor de gezondheid in België, zeker gezien de gekende verbanden tussen sociale gezondheid en fysieke en geestelijke gezondheid. Er is tegenover de vorige metingen ook geen duidelijke verandering vastgesteld. Het percentage ontevredenheid met sociale contacten is gestegen tegenover 2018, maar ligt nog niet hoger dan in 2013. Het percentage personen dat minder dan wekelijks sociale contacten heeft, lijkt na een stijging in de jaren 2000 te stagneren. Waargenomen sociale steun blijft stabiel. Een verbetering blijft voorlopig dus uit voor iedere indicator (die in de vorige metingen opgenomen was).

Vergeleken met studies in andere landen, zijn de geobserveerde percentages gelijkaardig. In deze studies wordt vooral gekeken naar eenzaamheid. In Nederland werd in de Gezondheidsmonitor van 2024 ook vastgesteld dat ongeveer 1 op 10 kampt met ernstige eenzaamheid, gemeten met dezelfde schaal als in deze Gezondheidsenquête (14). Vergelijkbare percentages werden ook gevonden in een overzichtsstudie die verschillende landen binnen en buiten Europa vergeleken heeft (15).

In welke groepen van de bevolking zijn er meer sociale gezondheidsproblemen?

Er zijn enkele sociale gezondheidsverschillen tussen **mannen en vrouwen** vastgesteld. Weinig frequent sociaal contact (i.e., minder dan wekelijks) komt vaker voor bij mannen dan bij vrouwen. Dit ligt in lijn met bevindingen van ander voorgaand onderzoek (16) en met de resultaten van de vorige Gezondheidsenquête in 2018. Ernstige eenzaamheid en emotionele eenzaamheid komen dan weer iets vaker voor bij vrouwen. Ook dit werd reeds eerder geobserveerd in voorgaand onderzoek (6).

Qua **leeftijd** vallen er een aantal zaken op. Ten eerste vertonen de **25- tot 64-jarigen** het vaakst ontevredenheid met sociale contacten en komt sociale eenzaamheid ook het vaakst voor bij 35- tot 64-jarigen. Ten tweede zijn er ook enkele opvallende resultaten bij **jongeren (15 tot 24 jaar)**. Het percentage dat minder dan wekelijks sociaal contact heeft, ligt lager in deze leeftijdsgroep dan in alle andere leeftijdsgroepen, zoals in de vorige meting in 2018 ook al het geval was. Dat is niet onverwacht, aangezien de school- en hobbycontext maakt dat jongeren vaker in contact komen met anderen. Bovendien speelt frequent sociaal contact met leeftijdsgenoten een sleutelrol in de ontwikkeling van adolescenten en jongvolwassenen. Deze groep heeft ook een relatief laag percentage ontevredenheid met sociale contacten. Echter, ondanks de lagere percentages minder dan wekelijks sociaal contact en ontevredenheid met sociale contacten, vertonen de jongeren beduidend hogere matig-tot-ernstige eenzaamheid in vergelijking met andere leeftijdsgroepen. Ook emotionele eenzaamheid ligt het hoogst bij adolescenten en jongvolwassenen (15 tot 24 jaar en 25 tot 34 jaar). Dit illustreert dat het mogelijk is om op bepaalde sociale gezondheidsvlakken goed te scoren en toch te worstelen op andere vlakken. Ieder aspect van sociale gezondheid heeft zijn belang. De bevindingen voor de 15- tot 24-jarigen liggen ook in lijn met eerder onderzoek (17, 18). Ten derde zien we geen hogere percentages bij **ouderen** in vergelijking met jongere volwassenen, terwijl in eerder onderzoek wel een toename van sociale gezondheidsproblemen gevonden werd op oudere leeftijd (19). Verschillende onderzoekers hebben er echter al op gewezen dat leeftijd mogelijk meer indirect gelinkt is met sociale gezondheid, en dat andere factoren

zoals levensomstandigheden een grotere invloed hebben (12,19). Bovendien kan er in enquêtes een vertekend beeld zijn, doordat meer gezonde, actieve ouderen meer geneigd kunnen zijn om deel te nemen aan een bevraging (“healthy volunteer bias”).

Er werden ook duidelijke socio-economische verschillen vastgesteld. Er is een consistent positief verband gevonden tussen sociale gezondheid en **opleidingsniveau**. Sociale gezondheidsproblemen komen het vaakst voor bij personen zonder diploma secundair onderwijs en nemen af met stijgend opleidingsniveau. Dit is consistent met de bestaande literatuur over de associatie tussen sociale gezondheid en opleidingsniveau (13,20).

Naast deze socio-demografische verschillen, zijn er ook een aantal verschillen tussen de **gewesten** in België. Ten eerste zien we lagere percentages lage sociale steun, matig-tot-ernstige eenzaamheid en sociale eenzaamheid in Vlaanderen, in vergelijking met Brussel en Wallonië. In 2018 lag het percentage lage sociale steun ook al lager in Vlaanderen dan in Wallonië. De verschillen tussen opleidingsniveaus zijn in Vlaanderen ook minder uitgesproken dan in Brussel en Wallonië. Zo zijn er voor tevredenheid met sociale contacten en frequentie van sociaal contact geen verschillen tussen opleidingsniveaus in Vlaanderen, waar dat wel het geval is in Brussel en/of Wallonië.

Tot slot zien we dat ook de samenstelling van het huishouden een rol kan spelen in sociale gezondheidsproblemen. Ontevredenheid met sociale contacten, lage sociale steun, weinig frequent sociaal contact en eenzaamheid komen vaker voor bij **alleenwonenden**, in vergelijking met personen die niet alleen wonen.

Welke conclusies kunnen we trekken uit de sociale gezondheidscijfers van deze Gezondheidsenquête?

Er kan geconcludeerd worden dat sociale gezondheidsproblemen in 2023-2024 bij de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder nog steeds **behoorlijk prevalent** zijn. Hierin zijn **geen verbeteringen** vastgesteld tegenover vorige metingen. De cijfers voor eenzaamheid tonen een **aanwezig** maatschappelijk probleem aan, dat verdere opvolging in toekomstige metingen vraagt. De resultaten bij **jongeren** (15 tot 24 jaar) en bij **25- tot 64-jarigen** en wijzen ook op specifieke uitdagingen in deze leeftijdsgroepen. De verschillen tussen **opleidingsniveaus** en de cijfers bij **alleenwonenden** wijzen op een persisterende sociale ongelijkheid die ook de nodige aandacht vergt.

Welke aanbevelingen bestaan er voor sociale gezondheid?

Hoewel concrete aanbevelingen en richtlijnen voor sociale gezondheid nog volop in ontwikkeling zijn, zijn er al wel enkele voorstellen gedaan op basis van onderzoek naar de impact van sociale gezondheidsproblemen (21). Daarbij zijn dit de voornaamste aanbevelingen:

- Een gezond sociaal netwerk is voldoende groot in **aantal** contacten. Zo een **4 tot 6 dichte contacten** is een goed richtcijfer, waarbij 6 contacten ideaal is. Dit kan gaan om een partner, familieleden, vrienden of andere dichte contacten.
- Ook de frequentie van sociaal contact is belangrijk. Idealiter hebben we **minstens dagelijks een vorm van** sociaal contact. Dat wil dus niet zeggen dat contacten met specifieke personen per se dagelijks moeten plaatsvinden.
- Sociale contacten zijn best ook **voldoende afwisselend**, zowel qua **soort** sociaal contact (familie, vrienden, partner,...) als qua **diepgang** (nauw vs. oppervlakkig). Deze aanbeveling kan vergeleken worden met aanbevelingen rond voeding: een gezond sociaal patroon is een gevarieerd patroon.
- Sociaal contact is gezond in **verschillende contexten**. Het werkt bevorderend op zowel stressvolle als niet-stressvolle momenten en zowel binnen als buiten de thuisomgeving.
- **Persoonlijke contacten** (“face-to-face”) genieten de voorkeur boven online contacten. Hoewel online contacten hun waarde kunnen hebben, wordt er toch aangeraden om het aandeel sociale contacten dat **online** plaatsvindt **te beperken** en vooral in te zetten op persoonlijke contacten. Dit kan gezien

worden zoals de aanbevelingen rond voedingssupplementen die niet gelden ter vervanging van gezonde voeding, maar eerder ter aanvulling.

- Sociale contacten met **lage kwaliteit**, zoals contacten waarbij conflict op de voorgrond staat, worden best **vermeden**.

Tot slot heeft een recent opgestarte commissie van de **Wereldgezondheidsorganisatie** rond sociale connectie ook enkele oplossingen voorgesteld om sociale gezondheidsproblemen aan te pakken. Daarbij benadrukt de commissie dat het belangrijk is om niet enkel te focussen op het **individuele, relationele** niveau, maar ook te kijken naar oplossingen op het niveau van **beleid** en **gemeenschappen** (22). Zo moedigt de commissie lidstaten aan om een gericht **beleid rond sociale gezondheid** te ontwikkelen, zoals al bestaat in acht lidstaten, maar nog niet in België. Dat beleid kan inzetten op het versterken van kennis rond sociale gezondheid (bijvoorbeeld door geld vrij te maken voor onderzoek), het aanmoedigen van samenwerking tussen overheden, organisaties en bedrijven rond sociale gezondheid of het reduceren van stigma rond sociale gezondheidsproblemen via bewustmakingscampagnes. De commissie van de Wereldgezondheidsorganisatie haalt daarbij ook aan dat het belangrijk is om niet enkel aandacht te besteden aan eenzaamheid, maar ook aan andere aspecten van sociale gezondheid. Op **gemeenschapsniveau** is het belangrijk dat de sociale infrastructuur versterkt wordt. Dat houdt bijvoorbeeld in dat er voldoende geïnvesteerd wordt in publieke ruimtes en de inclusieve toegang ertoe, en in sociale programma's en evenementen in gemeenschapscentra (bv. sport, ontspanning en vrijwilligerswerk).

OVERZICHTABELLEN

Tabel 1 • Evolutie van sociale gezondheid in België, Gezondheidsenquête 2023-2024

	2001	2004	2008	2013	2018	2023 2024
Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat...						
• ontevreden is met zijn sociale contacten	7,4	6,9	6,3	8,6	8,4	9,9
• minder dan wekelijks sociaal contact heeft	6,9	7,1	9,6	13,4	12,1	13,3
• lage sociale steun ervaart	-	-	15,5	17,4	15,7	16,3
• matig tot ernstig eenzaam is	-	-	-	-	-	48,3
• ernstig eenzaam is	-	-	-	-	-	11,6
• sociaal eenzaam is	-	-	-	-	-	38,6
• emotioneel eenzaam is	-	-	-	-	-	19,5

Tabel 2 • Evolutie van sociale gezondheid in het Vlaams Gewest, Gezondheidsenquête 2023-2024

	2001	2004	2008	2013	2018	2023 2024
Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat...						
• ontevreden is met zijn sociale contacten	6,8	5,5	5,4	7,8	7,7	9,4
• minder dan wekelijks sociaal contact heeft	7,1	7,4	9,2	13,7	12,8	13,2
• lage sociale steun ervaart	-	-	12,3	14,7	13,0	14,2
• matig tot ernstig eenzaam is	-	-	-	-	-	45,2
• ernstig eenzaam is	-	-	-	-	-	11,6
• sociaal eenzaam is	-	-	-	-	-	35,2
• emotioneel eenzaam is	-	-	-	-	-	19,7

Tabel 3 • Evolutie van sociale gezondheid in het Brussels Gewest, Gezondheidsenquête 2023-2024

	2001	2004	2008	2013	2018	2023 2024
Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat...						
• ontevreden is met zijn sociale contacten	9,0	9,1	9,9	11,4	10,3	11,5
• minder dan wekelijks sociaal contact heeft	9,3	9,7	14,8	14,9	13,7	16,0
• lage sociale steun ervaart	-	-	23,0	22,0	19,5	18,9
• matig tot ernstig eenzaam is	-	-	-	-	-	54,6
• ernstig eenzaam is	-	-	-	-	-	12,5
• sociaal eenzaam is	-	-	-	-	-	45,8
• emotioneel eenzaam is	-	-	-	-	-	21,2

Tabel 4 • Evolutie van sociale gezondheid in het Waals Gewest, Gezondheidsenquête 2023-2024

	2001	2004	2008	2013	2018	2023 2024
Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat...						
• ontevreden is met zijn sociale contacten	8,0	8,8	7,0	9,6	9,0	10,7
• minder dan wekelijks sociaal contact heeft	5,9	5,8	9,1	12,4	10,2	12,6
• lage sociale steun ervaart	-	-	20,0	21,9	19,6	20,3
• matig tot ernstig eenzaam is	-	-	-	-	-	53,2
• ernstig eenzaam is	-	-	-	-	-	11,3
• sociaal eenzaam is	-	-	-	-	-	43,9
• emotioneel eenzaam is	-	-	-	-	-	18,6

REFERENTIES

1. Russell RD. Social health: an attempt to clarify this dimension of well being. *Int J Health Educ*. 1973;16(2):74–84.
2. Holt-Lunstad J. Social Connection as a Public Health Issue: The Evidence and a Systemic Framework for Prioritizing the “Social” in Social Determinants of Health. *Annu Rev Public Health*. 2022 Apr 5;43(1):193–213.
3. Kocalevent RD. Social support in the general population: standardization of the Oslo social support scale (OSSS-3). *BMC Psychol*. 2018;6(31).
4. Nurullah AS. RECEIVED AND PROVIDED SOCIAL SUPPORT: A REVIEW OF CURRENT EVIDENCE AND FUTURE DIRECTIONS. *Am J Health Stud*. 2012;27(3):173–88.
5. de Jong-Gierveld J, van Tilburg TG, Dykstra PA. Loneliness and Social Isolation. In: *The Cambridge Handbook of Personal Relationships*. Cambridge University Press; 2006. p. 485–500.
6. De Jong Gierveld J, Van Tilburg T. The De Jong Gierveld short scales for emotional and social loneliness: tested on data from 7 countries in the UN generations and gender surveys. *Eur J Ageing*. 2010 Jun 1;7(2):121–30.
7. Holt-Lunstad J. Social connection as a critical factor for mental and physical health: evidence, trends, challenges, and future implications. *World Psychiatry*. 2024;23(3):312–32.
8. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLOS Med*. 2010 Jul 27;7(7):e1000316.
9. Holt-Lunstad J. Loneliness and Social Isolation as Risk Factors: The Power of Social Connection in Prevention. *Am J Lifestyle Med*. 2021 Sep 1;15(5):567–73.
10. Drieskens S, Janssens M, Boone C. Gezondheidsenquête 2023-2024: Geweld. Brussels, Belgium: Sciensano; 2025.
11. Statbel. België telde 36% eenpersoonshuishoudens op 1 januari 2025 [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 17]. Available from: <https://statbel.fgov.be/nl/nieuws/belgie-telde-36-eenpersoonshuishoudens-op-1-januari-2025>
12. Barjaková M, Garnero A, d'Hombres B. Risk factors for loneliness: A literature review. *Soc Sci Med*. 2023 Oct;334:116163.
13. Hutten E, Jongen EMM, Hajema K, Ruiters RAC, Hamers F, Bos AER. Risk factors of loneliness across the life span. *J Soc Pers Relatsh*. 2022 May;39(5):1482–507.
14. Centraal Bureau voor de Statistiek. Centraal Bureau voor de Statistiek. [cited 2025 Jul 10]. Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2024. Available from: <https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/onderzoeksomschrijvingen/korte-onderzoeksomschrijvingen/gezondheidsmonitor-volwassenen-en-ouderen-2024>
15. Surkalim DL, Luo M, Eres R, Gebel K, Buskirk J van, Bauman A, et al. The prevalence of loneliness across 113 countries: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2022 Feb 9;376:e067068.
16. Shin H, Park C. Gender differences in social networks and physical and mental health: are social relationships more health protective in women than in men? *Front Psychol*. 2023 Dec 27;14:1216032.
17. Beutel ME, Klein EM, Brähler E, Reiner I, Jünger C, Michal M, et al. Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC Psychiatry*. 2017 Mar 20;17(1):97.

18. Shvestul B, Han J, Germine L, Dodell-Feder D. Risk factors for loneliness: The high relative importance of age versus other factors. Santana GL, editor. PLOS ONE. 2020 Feb 11;15(2):e0229087.
19. Mund M, Freuding MM, Möbius K, Horn N, Neyer FJ. The Stability and Change of Loneliness Across the Life Span: A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Personal Soc Psychol Rev.*
20. Beller J. Social Inequalities in Loneliness: Disentangling the Contributions of Education, Income, and Occupation. *Sage Open* [Internet]. 2024 Jul [cited 2025 Jul 10];14(3). Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/21582440241281408>
21. Holt-Lunstad J. National Health Guidelines for Social Connection: What Is the Evidence in Support and What Might the Guidelines Say? *Policy Insights Behav Brain Sci.* 2023 Mar 1;10(1):41–50.
22. World Health Organization. From loneliness to social connection - charting a path to healthier societies: report of the WHO Commission on Social Connection. Geneva; 2025.

CONTACT

Kirsten Verhaegen • T+32 2 642 56 90 • kirsten.verhaegen@sciensano.be

OVER SCIENSANO

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

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

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

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

MEER INFO

Gezondheidsenquête:

www.gezondheidsenquête.be • HIS@sciensano.be

Sciensano :

Sciensano.be • info@sciensano.be

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