



VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL
FACULTEIT VAN DE GENEESKUNDE EN FARMACIE

Vakgroep Medische Sociologie

Rapport AGORA

Miriam Beck

In opdracht van:
Federale Diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele
Aangelegenheden

Promotor: Prof. Dr. F. Louckx

Oktober 2001

INLEIDING

0. Inleiding.

Met de gegevens uit de gezondheidsenquête van 1997 is het, voor de eerste keer in België, mogelijk om op een grootschalige en representatieve manier de gezondheid van de Belgen, hun gezondheidsnoden, hun medische consumptiepatronen en de mogelijke ongelijkheden in gezondheid en de toegang tot gezondheidsdiensten te schatten.

De Vakgroep Medische Sociologie van de Vrije Universiteit Brussel analyseerde, in opdracht van de Federale Diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele Aangelegenheden, de sociale gezondheidsverschillen in België. Deze veelomvattende opdracht werd langs meerdere invalshoeken benaderd. Het voorliggende rapport is de neerslag van een deelaspect van deze onderzoeksopdracht, namelijk de analyse van de gezondheidsenquête van 1997 op de aanwezigheid van sociaal-economische gezondheidsverschillen, in de meest ruime zin, in de Belgische bevolking.

0.1. De onderzoeksopzet.

Met dit onderzoek is het de bedoeling de sociale ongelijkheden inzake ziekte en gezondheid via vier invalshoeken in kaart te brengen. De sociaal-economische gezondheidsverschillen worden getoetst door vier categorieën van indicatoren. Een eerste categorie omvat de gezondheidsbeleving (subjectieve gezondheid) en de gezondheidstoestand, met onder andere de aanwezigheid van chronische aandoeningen, lichamelijke beperkingen, handicaps, de mentale gezondheid, ... De tweede categorie indicatoren zijn deze over het gebruik van de gezondheidsdiensten. Er worden eveneens verschillen naar indicatoren van leefstijl, gezondheidsattitudes en preventief gedrag geanalyseerd. Tot slot vermeldt dit rapport nog analyseresultaten voor variabelen die te maken hebben met de financiële drempels in de toegang tot medische zorgen (met onder meer uitstel van medische consumptie omwille van financiële redenen, de subjectieve beoordeling van de eigen betalingen voor gezondheidszorgen en de absolute en relatieve uitgaven aan gezondheidszorgen). De analyses voor de laatste categorie van indicatoren hebben als doel een beeld te geven van de mate waarin er onbeantwoorde gezondheidsnoden bestaan (bijvoorbeeld door uit- of afstelgedrag), in welke mate het gewicht van de gezondheidskosten binnen het totale budget verschilt tussen bevolkingscategorieën, of er concurrentie tussen gezondheidsuitgaven en andere basisnoden kan bestaan en of de ziekteverzekering aan een afbrokkeling van het herverdelend effect onderhevig is. Voor de hierboven opgesomde categorieën van indicatoren wordt nagegaan in welke mate en op welke manier er verbanden bestaan met sociaal-demografische kenmerken, sociaal-economische statusgegevens en de mate van integratie in sociale netwerken.

0.2. Een woordje over de gezondheidsenquête.¹

De eerste grootschalige gezondheidsenquête in België probeert een weergave te zijn van hoe mensen hun gezondheid ervaren, in welke mate ze gebruik maken van gezondheidsvoorzieningen en hoe ze zelf zorg dragen voor hun gezondheid door hun leefstijl en door gebruik te maken van preventieve diensten. De enquête werd uitgevoerd in overeenstemming met de Europese richtlijnen over de verzameling van gezondheidsinformatie.

De informatie uit deze enquête heeft twee fundamentele kenmerken. Ten eerste gaat het om informatie over de gezondheid zoals die wordt ervaren door de respondenten zelf - er worden dan ook gegevens verzameld die niet kunnen worden aangereikt door de gezondheidsdiensten. Ten tweede is de gegevensverzameling horizontaal, dit betekent dat gegevens over eenzelfde persoon op hetzelfde ogenblik verzameld worden, op die manier is het mogelijk de samenhang tussen verschillende antwoorden (variabelen) van de respondent na te gaan.

¹ De inhoud van deze paragraaf is gebaseerd op : Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid Louis Pasteur, Gezondheidsenquête België 1997. Manual 1, 1998, p. 2 - 7.

Alle geselecteerde respondenten kregen een mondelinge en een schriftelijke vragenlijst. Het hoofd van elk huishouden moest daarnaast nog een vragenlijst met informatie over het huishouden invullen. In de vragenlijsten is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van gestandaardiseerde instrumenten, zoals die zijn voorgesteld door de WGO-werkgroep voor ‘harmonisatie van methoden en instrumenten in gezondheidsenquêtes’.

De doelpopulatie voor de enquête waren alle in het Belgisch nationaal register ingeschreven personen. Enkel personen die in collectieve gemeenschappen leven werden niet in aanmerking genomen. Het Wetenschappelijk Instituut Pasteur, dat de enquête coördineerde, stelde zich tot doel minstens 3.000 personen uit het Brussels gewest en telkens 3.500 personen uit het Vlaams en het Waals gewest te interviewen. Uiteindelijk werden meer dan 10.000 personen geïnterviewd (doordat in onze analyses enkel personen van 18 jaar en ouder werden toegelaten, is de steekproef voor deze analyses beperkt tot maximaal 8.647 personen).

De methode om de steekproef te selecteren gebeurde in verschillende stappen. Ten eerste gebeurde er een stratificatie op het niveau van de provincies. Het aantal personen dat bevestigd werd in elke provincie is afhankelijk van het aantal inwoners. Vervolgens werden er ‘primaire steekproef-eenheden’ gekozen binnen elke provincie. De primaire steekproef-eenheden zijn gemeenten, deze gemeenten werden geordend volgens het aantal inwoners en kregen een gewicht, proportioneel aan het aantal inwoners.² Telkens een stad of een gemeente werd gekozen dienden er 50 personen te worden bevestigd (grotere gemeenten/steden werden meermaals gekozen). De derde stap was de selectie van de huishoudens (of ‘secundaire steekproef-eenheden’). Alle huishoudens van een gemeente werden hiërarchisch geordend volgens de statistische sector, de grootte van het huishouden en de leeftijd van de referentiepersoon binnen het huishouden. Zodoende werden er clusters van vier op elkaar lijkende huishoudens gekozen op basis van de systematische steekproef methodologie. Van de vier huishoudens werd er één bij toeval gekozen, de anderen dienden als reserve. De laatste stap was de selectie van de ‘tertiaire steekproef-eenheden’ - of de te bevestiggen individuen. Per huishouden werden maximaal vier personen bevestigd, de referentiepersoon en diens partner werden steeds bevestigd.

Onder bepaalde omstandigheden was het mogelijk dat de te bevestiggen persoon niet zelf werd geïnterviewd; dit was steeds het geval bij personen van jonger dan 15 jaar, personen die te ziek waren op het moment van het interview of voor personen met cognitieve beperkingen. Doch, de ‘proxy-bevestigingen’ om andere redenen dan de leeftijd waren zeldzaam.

Omdat de gezondheidsenquête een erg complex steekproefontwerp hanteert, dient er, om de totale Belgische bevolking zo perfect mogelijk te benaderen, een wegingsfactor te worden gebruikt. In deze wegingsfactor wordt rekening gehouden met de grootte en de samenstelling van het huishouden waartoe de persoon behoort, met de leeftijds- en geslachtsverdeling op provinciaal niveau en met de verdeling van de huishoudens volgens de huishoudgrootte en de leeftijd van de referentiepersoon per provincie. Ook seizoenseffecten, verbonden aan het tijdstip van het interview, werden in deze wegingsfactor in rekening gebracht.

0.3. De opbouw van het rapport.

Dit rapport bestaat uit twee grote delen. In een eerste, ‘univariaat gedeelte’, wordt een groot aantal uitkomstvariabelen geconfronteerd met een min of meer vaste set van verklarende variabelen en controlevariabelen. Het tweede deel gaat wat dieper in op een aantal uitkomstvariabelen die op basis van de analyses in deel 1 als bijzonder kunnen worden beschouwd. In deel twee wordt voor deze uitkomstvariabelen een categorisch path-model opgesteld. Zodoende kan er een vollediger beeld worden gevormd van de directe en indirecte effecten van de belangrijkste verklarende

² Niet alle gemeenten van elke provincie werden gekozen: er werd ook tussen de gemeenten een steekproef getrokken. Dit gebeurde echter op een dergelijke manier dat er per provincie zowel kleine(re) als grote gemeenten gekozen zijn. In het Brussels gewest werden wel alle gemeenten gekozen.

variabelen op de uitkomstvariabele en van de onderlinge verwevenheid tussen de verklarende variabelen.

In het eerste deel wordt gestart met de bespreking van de verschillen in de subjectieve gezondheid. Vervolgens worden nog andere indicatoren voor de gezondheidstoestand behandeld: namelijk de chronische aandoeningen, kortdurende functiebeperkingen, langdurige functiebeperkingen, gezondheidsklachten, dentale gezondheid, obesitas, mentale gezondheid en sociale gezondheid. In het tweede hoofdstuk van deel 1 worden verschillen in het gebruik van medische diensten en in de medische consumptie besproken, met achtereenvolgens: de contacten met de huisarts, de specialist en de tandarts, de opnames in het ziekenhuis, het gebruik van geneesmiddelen en de toepassing van vaccinaties. Het derde hoofdstuk onderzoekt variaties in de leefstijl en het preventief gedrag. Er zijn analyses gebeurd voor het rookgedrag, overmatig alcoholgebruik, de fysieke activiteit, de voedingsgewoonten en het preventief gedrag. In een vierde en laatste hoofdstuk wordt de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg geanalyseerd, met analyseresultaten over betalingsproblemen, de ongelijke uitgaven voor gezondheidszorgkosten, onbeantwoorde gezondheidsnoden en de afbrokkeling van het herverdelend effect van de ziekteverzekering.

In deel twee wordt door middel van categorische path-modellen dieper ingegaan op een negental afhankelijke indicatoren. Het gaat hier dan om de subjectieve gezondheid, het hebben van gezondheidsklachten, de mentale gezondheid, de sociale gezondheid, het rookgedrag, het aantal momenten met zwaar drankgebruik, de fysieke activiteit, de voedingsgewoonten en moeilijkheden om de gezondheidszorgkosten te betalen.

De verklarende variabelen waaraan de bovenstaande uitkomstvariabelen getoetst worden variëren in beide delen van het rapport.

In deel één worden de verschillen naar het equivalent inkomen, het opleidingsniveau en de beroepscategorie steeds vermeld. Indien dit significante verschillen oplevert, worden er eveneens resultaten naar de huiseigendom, het arbeidsregime, het huishoudtype, de activiteitsstatus en de mate van betrokkenheid in sociale netwerken weergegeven. Er worden steeds resultaten voor de totale populatie en voor mannen en vrouwen afzonderlijk weergegeven. De analyses van deel 1 worden gecontroleerd voor de leeftijdsstructuur van de bevolking en voor de drie SES-indicatoren (equivalent inkomen, opleidingsniveau en beroepscategorie), waar nodig wordt ook een controle voor de gezondheidsstatus uitgevoerd.

Voor de analyses in deel 2 wordt gebruikt gemaakt van een gereduceerd aantal verklarende variabelen. Het gaat hier om de leeftijd, het geslacht, het equivalent inkomen, het opleidingsniveau, het beroep, het huishoudtype en de activiteitsstatus. Deze variabelen zijn gecontroleerd voor elkaars onderlinge invloeden.

0.4. De methodologie.

Voor de analyses in het eerste en het tweede deel worden verschillende statistische methoden gebruikt. In deel 1 wordt gebruik gemaakt van MCA-analyse (Meervoudige Classificatie-Analyse of Multiple Classification Analysis). Deze techniek combineert twee voordelen. Enerzijds kunnen de resultaten gecontroleerd worden voor leeftijd, sociaal-economische status en gezondheidsstatus. Anderzijds kan de weergave van de resultaten aan de hand van eenvoudig interpreteerbare percentages gebeuren. In deel 2 wordt een categorische path-analyse met behulp van het statistische programma 'IEM' uitgevoerd. Met deze techniek kan de samenhang tussen de - meestal categorische - afhankelijke en onafhankelijke variabelen worden onderzocht. Door middel van indirecte effecten kunnen eveneens een aantal bijzondere sub-groepen gelokaliseerd worden.

Meervoudige classificatie-analyse is een multivariate techniek die toelaat om causale verbanden te leggen tussen een parametrische afhankelijke variabele en meerdere niet-parametrische en/of

parametrische onafhankelijke variabelen. MCA is analoog aan meervoudige regressie-analyse met dummy-variabelen. Er wordt een variantie-analyse uitgevoerd die test of de voorspelde scores significant afwijken van toevalsfluctuaties. Daarenboven berekent MCA voor elke categorie van de factoren (onafhankelijke variabelen) het gemiddelde en de afwijking tegenover het globale gemiddelde van de populatie. Deze gemiddelden worden weergegeven voor en na controle voor de andere onafhankelijke variabelen in het model. Het bestuderen van deze gemiddelden voor en na controle laat toe de aard van het verband te duiden.

De techniek geeft eveneens een idee van de kracht van de onderzochte verbanden. De kracht van de verbanden wordt aangegeven door de correlatieratio eta (voor controle) en de partiële correlatieratio bèta (na controle) (zie voorbeeld).

Om het geheel overzichtelijk te houden worden in dit rapport enkel de resultaten na controle voor de andere onafhankelijke variabelen weergegeven.

Voorbeeldtabel:

Subjectieve gezondheid.				
		Alg.	Mannen	Vrouwen
Huis eigendom.	Eigenaar.	21	18	23
	Niet Eigenaar.	26	22	30
	Beta	.058	.044 [#]	.072
Type huishouden.	Alleenstaand.	27	24	32
	Alleenstaand met kinderen.	30	19	33
	Koppel.	24	19	29
	Koppel met kinderen.	20	17	23
	Complex huishouden.	21	20	21
	Beta	.069	.052 [#]	.097
activiteitsstatus	Ziekte of handicap.	80	78	84
	Gepensioeneerd.	26	26	26
	Actief of tijdelijk niet actief.	18	15	24
	Werkloos.	26	20	32
	Huisman of vrouw.	23	39	21
	Beta	.275	.320	.251

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd
Niet significant op 0.01 niveau.

Percentage per categorie

Partiële correlatieratio bèta.

Significantieniveau

Doordat in deel 2 zowel de verklarende als de uitkomstvariabelen zonder uitzondering van nominaal of ordinaal meetniveau zijn, zijn de analysemogelijkheden met deze variabelen eerder beperkt. Het uitvoeren van een path-analyse met deze categorische variabelen is dan ook niet voor de hand liggend. Er werd gekozen om het programma IEM³ te gebruiken⁴, dit programma bezit toepassingen om een path-analyse met categorische variabelen uit te voeren. Door middel van een 'iteratief proces' zoekt het programma de beste 'fit' voor een bepaald model. Voor de eenvoudige hiërarchische loglineaire verbanden wordt gebruik gemaakt van het 'iterative proportional fitting (IPF)'-algoritme. Niet-hiërarchische loglineaire verbanden worden geschat door middel van het 'uni-dimensional Newton algorithm'.

De verbanden tussen de verschillende categorieën van de variabelen worden weergegeven doormiddel van β -coëfficiënten. Deze β -coëfficiënten kunnen geïnterpreteerd worden als kansverhoudingen tegenover de verdeling binnen de totale populatie (of het globale gemiddelde). De onderzochte modellen worden niet enkel cijfermatig weergegeven, van elk onderzocht model is eveneens een grafische voorstelling gemaakt.

³ IEM betekent: 'log-linear and event history analysis with missing data using de EM algorithm'.

⁴ Vermunt, J., IEM: A general program for the analysis of categorical data. User manual. Tilburg University, Tilburg, 1997.

Voorbeeldtabel:

Leeftijd./ Inkom.	-30000	30001-40000	40001-60000	+ 60000
18-24	0,23	-0,21	0,12	-0,14
25-44	-0,23	-0,23	0,25	0,26
45-64	-0,22	-0,09	0,05	0,26
65-74	0,13	0,27	-0,25	-0,15
75+	-0,13	0,26	-0,17	-0,23

β - coëfficiënten
Som is gelijk aan nul

0.5. Operationalisering van de onafhankelijke variabelen.

De verschillende indicatoren van gezondheidstoestand, gebruik van gezondheidsdiensten, attitudes, leefstijl of toegankelijkheid van de gezondheidszorg (afhankelijke variabelen) worden steeds aan een min of meer vaste set van sociaal-demografische variabelen getoetst. De sociaal-demografische variabelen bevatten indicatoren met betrekking tot de sociaal-economische status, demografische kenmerken en andere huishoudenskenmerken.

In het eerste deel van dit rapport wordt een breed scala aan uitkomstvariabelen besproken. Er zijn 8.647 personen betrokken bij de analyses in deel 1.

De vaste verklarende variabelen in dit deel van het rapport kunnen in drie blokken worden ingedeeld. Er worden constant twee controlevariabelen gebruikt: leeftijd en geslacht. Elke analyse van een verband van een bepaalde onafhankelijke variabele met een afhankelijke indicator wordt gecontroleerd voor leeftijd. De resultaten worden steeds weergegeven in een 'overall-kolom' en vervolgens in een kolom voor mannen en vrouwen⁵. Waar nodig worden deze twee controlevariabelen aangevuld met een controle voor de gezondheidstoestand. Dit gebeurt door middel van de variabele voor subjectieve gezondheid. Naar onze mening geeft deze variabele - ondanks zijn subjectief karakter - het meest complete beeld van iemands gezondheidstoestand. De controlevariabelen worden steeds onderaan elke tabel vermeld.

De eigenlijke analysevariabelen bestaan uit een vaste cluster van drie indicatoren die in elke analyse worden gebruikt en een vijftal indicatoren, die naargelang de significantie van hun verklarende kracht al dan niet worden besproken. Het equivalent inkomen, opleidingsniveau en beroepsgroep - de drie SES-componenten - vormen de kern van drie variabelen die steeds besproken worden. De drie SES-indicatoren worden ook steeds voor elkaar gecontroleerd. Werkregime, huiseigendom, huishoudtype, activiteitsstatus en de mate van betrokkenheid in sociale netwerken worden naargelang hun significantie in de analyse gebruikt. Bij de analyse van deze variabelen wordt naast de leeftijdscontrole steeds een controle voor de drie SES-maten uitgevoerd.

In het tweede deel van het rapport wordt het aantal verklarende variabelen, zowel als het aantal uitkomstvariabelen, beperkt. De verklarende variabelen die in deze modellen worden gebruikt zijn de volgende: geslacht, leeftijd, equivalent inkomen, opleidingsniveau, beroepsgroep, huishoudtype, activiteitsstatus en de mate van sociale betrokkenheid. Variabelen die geen significante bijdrage leveren tot het model worden uit de analyse weggelaten. Voor een aantal van de verklarende variabelen uit deel 2 wordt het aantal categorieën gereduceerd - t.o.v. het eerste gedeelte, dit om een te grote complexiteit te vermijden. In totaal zijn er 7.112 respondenten betrokken in de analyses van deel 2. Het lager aantal respondenten dat in de analyses van deel 2 is opgenomen, is te wijten aan een andere behandeling van de missing values: een missing value bij één van de verklarende

⁵ Tenzij wanneer het om een afhankelijke indicator gaat die enkel bevraagd werd bij één van beide geslachten.

variabelen uit het tweede deel wordt ‘listwise’⁶ uitgesloten uit de analyses. In het eerste deel is dit niet het geval.

Hieronder worden de controlevariabelen en de verschillende onafhankelijke variabelen beschreven.

0.5.1 De controlevariabelen.

- Leeftijd.

De meeste van de geanalyseerde afhankelijke variabelen variëren sterk naargelang de leeftijd van de respondenten. Daarenboven zijn ook een aantal van de onafhankelijke sociaal-demografische variabelen, die in de analyse werden opgenomen, ‘scheef’ verdeeld naargelang leeftijd (bv. de variabele ‘onderwijsniveau’). Het is dan ook essentieel de variabele ‘leeftijd’ als controlevariabele te gebruiken in de meeste analyses.

In de vragenlijsten werd leeftijd als een open vraag geformuleerd. Voor de analyses in dit rapport worden leeftijdsintervallen gebruikt. In het eerste deel wordt met een leeftijdsvariabele in zeven categorieën gewerkt, in het tweede deel gaat het om een vereenvoudigde variabele in vijf categorieën. Enkel personen van 18 jaar of ouder worden in dit rapport besproken.

Tabel 0.1 geeft een beeld van de leeftijdsvariabele die in deel 1 als controlevariabele gebruikt wordt. De eerste leeftijdsgroep bestrijkt zes jaar, namelijk de groep van 18 tot en met 24 jaar. Vervolgens wordt met tienjarige leeftijdsintervallen gewerkt. De oudste leeftijdscategorie heeft een open bovengrens: alle respondenten van 75 jaar of ouder worden hierin verzameld.

Tabel 0.1: Leeftijd in zeven leeftijdsintervallen: frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	18 – 24	952	11,2	11,2
	25 – 34	1680	19,8	19,8
	35 – 44	1636	19,3	19,3
	45 – 54	1311	15,5	15,5
	55 – 64	1106	13,1	13,1
	65 – 74	1092	12,9	12,9
	75 +	694	8,2	8,2
	TOTAAL	8471	100	100

In tabel 0.2 wordt de vereenvoudigde leeftijdsvariabele uit deel 2 weergegeven. De leeftijdsgroepen ‘25 - 34’ en ‘35 - 44’ alsook de leeftijdsgroepen ‘45 - 54’ en ‘55 - 64’ zijn hier samengevoegd. Ook deze vereenvoudiging is doorgevoerd om de complexiteit van de modellen in deel twee te verminderen.

Tabel 0.2: Leeftijd in vijf leeftijdsintervallen: frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	18 – 24	683	9,6	9,6
	25 – 44	2869	40,3	40,3
	45 – 64	2097	29,5	29,5
	65 – 74	929	13,1	13,1
	75+	534	7,5	7,5
	TOTAAL	7112	100	100

⁶ Dit betekent dat een ‘case’ die op één van de variabelen uit de analyse een ‘missing value’ heeft onbruikbaar is voor het hele analysemodel en bijgevolg wordt weggelaten uit alle berekende verbanden in dat model. De ‘case’ wordt over de hele lijn ‘missing’.

- Geslacht.

Naast de algemene analyseresultaten worden in het eerste deel steeds resultaten voor de beide geslachten afzonderlijk weergegeven. Er worden vaak duidelijke verschillen tussen mannen en vrouwen vastgesteld voor een bepaalde relatie, soms kunnen verschillen op elkaar inwerken zodat ze elkaar opheffen. Het niet weergeven van specifieke cijfers voor de afzonderlijke geslachten kan dan ook in een aantal gevallen belangrijke resultaten verbergen. (Tabel 0.3)

Tabel 0.3: Geslacht: frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Man	4103	48,4	48,4
	Vrouw	4368	51,6	51,6
TOTAAL		8471	100	100

In deel 2 wordt het geslacht als een verklarende variabele in het model opgenomen. Onderstaande tabel (tabel 0.4) geeft de frequentieverdeling weer.

Tabel 0.4: Geslacht: frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Man	3458	48,6	48,6
	Vrouw	3654	51,4	51,4
TOTAAL		7112	100	100

- Subjectieve gezondheid.

Bij een groot aantal van de variabelen die in de hoofdstukken ‘gebruik van gezondheidsdiensten’ en ‘toegankelijkheid van de gezondheidszorg’ besproken worden, zijn twee tegengestelde processen aanwezig. Enerzijds zijn bepaalde groepen meer ziek dan andere, hierdoor zullen deze groepen verplicht zijn meer gebruik te maken van een aantal gezondheidsdiensten, wat dan kan leiden tot meer problemen op het gebied van de toegankelijkheid. Anderzijds hebben dezelfde groepen vaak minder middelen dan anderen om gebruik te maken van gezondheidsdiensten. Door het op elkaar inwerken van deze twee processen wordt het moeilijk een duidelijk beeld te krijgen van het zuiver effect van een bepaalde sociaal-demografische positie op een bepaalde bestudeerde indicator. Wat betreft het gebruik van gezondheidsdiensten worden de verschillen vaak onderschat, omdat de morbiditeitsgraad en de materiële condities elkaar tegenwerken. Door controle voor één van deze twee processen - in dit geval ‘gezondheidstoestand’, kunnen de zuivere effecten ten gevolge van materiële condities onderkend worden. Als controlevariabele voor de gezondheidstoestand werd voor de variabele ‘subjectieve gezondheid’ gekozen, dit omdat deze indicator ons inziens het meest algemene beeld geeft van iemands gezondheidsbeleving.

Tabel 0.5. Subjectieve gezondheid: frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Goed tot zeer goed	6243	72,2	77,6
	Redelijk tot zeer slecht	1807	20,9	22,4
SUB TOTAAL		8050	93,1	100
Missing	Geen geldige informatie	597	6,9	
TOTAAL		8647	100	

In het tweede gedeelte van de analyses wordt de variabele ‘subjectieve gezondheid’ enkel als een gewone uitkomstvariabele opgenomen.

0.5.2. De onafhankelijke analysevariabelen.

- Inkomen

Een belangrijke indicator voor de sociaal-economische status is het inkomen. Het gaat hier om die variabele van de drie componenten van de sociaal-economische status die de meest rechtstreekse indicator vormt van zuiver materiële verschillen. (Opleiding en beroepsgroep hebben slechts onrechtstreeks te maken met iemands materiële positie, daarenboven zitten in deze indicatoren ook componenten als kennis of prestige.)

De informatie over het inkomen heeft betrekking op het huishoudensniveau; alle leden van een zelfde huishouden, hebben een zelfde inkomen in de dataset. In dit rapport werd geopteerd om met het equivalent inkomen te werken. Dit betekent dat alle inkomsten van een huishouden worden samengeteld (het gaat hier om de netto lonen of wedden uit gepresteerde arbeid, sociale uitkeringen of andere vervangingsinkomens en bijkomende inkomens - zoals opbrengsten uit vastgoed, intresten, ...). Vervolgens wordt dit totale beschikbare huishoudinkomen gewogen op basis van het aantal leden binnen dat huishouden. Een eerste volwassene binnen het huishouden krijgt de waarde '1'. Voor elke bijkomende volwassene binnen een huishouden wordt de waarde '0,5' toegekend. Elk kind binnen een huishouden krijgt de waarde '0,3'. Het inkomen van een huishouden met een vader, moeder en drie kinderen wordt dus aan de coëfficiënt '2,4'⁷ gewogen.

In het eerste deel van het rapport wordt de indicator voor het equivalent inkomen opgedeeld in vijf categorieën. Tabel 0.6 geeft de frequentieverdeling weer.

Tabel 0.6: Equivalent inkomen: frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	< 20.000	489	5,7	5,9
	20 000 - 30 000	1683	19,5	20,4
	30 000 - 40 000	1906	22,0	23,1
	40 000 - 60 000	2997	34,7	36,4
	>60 000	1160	13,4	14,1
	SUB TOTAAL	8234	95,2	100
Missing	Geen geldige informatie	413	4,8	
	TOTAAL	8647	100	

De indicator voor het equivalent inkomen wordt in het tweede deel wat vereenvoudigd: de laagste twee inkomensgroepen worden samengevoegd. Zodoende blijven er nog vier inkomenscategorieën over: '< 30 000', '30 001- 40 000', '40 001- 60 000' en '60 000 <'. Tabel 0.7 geeft deze verdeling weer.

Tabel 0.7: Equivalent inkomen: frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	< 30 000	1916	26,9	26,9
	30 001 - 40 000	1756	24,7	24,7
	40 001 - 60 000	2437	34,3	34,3
	60 000 <	1003	14,1	14,1
	SUB TOTAAL	7112	100	100
Missing	Geen geldige informatie	0	0	
	TOTAAL	7112	100	

⁷ $2,4 = 1 + 0,5 + (3 * 0,3)$.

- Opleidingsniveau.

Het opleidingsniveau wordt - in tegenstelling met het equivalent inkomen en de beroepscategorie - in deze analyses als een individuele variabele behandeld. Met andere woorden: iedereen die zijn/haar opleiding beëindigde voor het afnemen van de enquête komt in de opleidingscategorie terecht die correspondeert met zijn/haar einddiploma. De 18-plussers die hun opleiding nog niet beëindigden worden in een restcategorie geplaatst. Deze restcategorie wordt niet vermeld bij de beschrijving van verschillen naar opleiding. De respondenten die tot deze categorie behoren worden wel meegerekend in de andere analyses, zodat ze wel meetellen bij de bespreking van verschillen naar andere verklarende variabelen.⁸

Het opleidingsniveau wordt door de WHO beschouwd als een zeer bruikbare variabele om mensen met een verschillende gezondheidstoestand te differentiëren. Het effect van opleiding laat zich op twee manieren opmerken; enerzijds rechtstreeks - hoger opgeleiden hebben meestal meer kennis over de effecten van bepaalde gedragingen en attitudes op hun gezondheid, anderzijds is er ook een onrechtstreeks effect - hoger opgeleiden komen vlugger in die maatschappelijke posities die een voor hun gezondheid interessanter inkomensniveau en levensstijl bieden.⁹

In het eerste deel van het rapport wordt niet steeds dezelfde indeling van de opleidingscategorieën gebruikt. Meestal wordt er een 'algemenere' variabele gebruikt die de respondenten indeelt naar het 'afstudeerniveau'. Deze variabele - weergegeven in tabel 8 - komt het best overeen met de indicator die vaak in buitenlands onderzoek gebruikt wordt, namelijk: een indicator voor de duur van de opleiding. Het gaat hier om het moment waarop men de school verliet en tot welk echelon van de opleidingshiërarchie men op dat moment was doorgestoten en de toegang die hierdoor meestal gegeven wordt tot de daarmee verbonden materiële positie.

Tabel 0.8: Opleiding naar afstudeerniveau: frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Geen/Lager onderwijs	1589	18,4	19,7
	Lager secundair	1737	20,1	21,6
	Hoger secundair	2515	29,1	31,2
	HOKT	1276	14,8	15,8
	HOLT/HUO	938	10,8	11,6
	SUB TOTAAL	8054	93,1	100
Missing	Geen geldige informatie	3	,0	
	Fout interviewer	21	,2	
	Niet van toepassing	511	5,9	
	Weet niet	13	,1	
	Geen antwoord	44	,5	
TOTAAL		8647	100	

De bovenstaande opleidingsvariabele maakt echter geen kwalitatief onderscheid binnen het secundair onderwijs; de aard van de studies waarin het diploma of getuigschrift werd behaald is niet in rekening gebracht. In relatie met een aantal variabelen - vooral attitudes en leefstijl - zorgt de variabele naar opleidingsniveau echter voor een te grote simplificering van de werkelijkheid. Het maakt in bepaalde gevallen namelijk wel degelijk een verschil uit of men deze of gene opleiding heeft gevolgd in het secundair onderwijs. Om in die gevallen een genuanceerder beeld te geven wordt met de variabele die beschreven wordt in tabel 0.9 gewerkt. In deze gevallen speelt het rechtstreeks effect van de opleiding wellicht een duidelijkere rol, namelijk via de kennisverschillen - op het gebied van de algemene vorming - die verbonden zijn aan het behaalde opleidingsniveau.

⁸ Deze restcategorie verschilt dus in belangrijke mate van een categorie 'missing value'. Personen die als 'missing' worden gedefinieerd, worden volledig uit het model weggelaten. De personen uit de restcategorie worden enkel genegeerd bij het bespreken van de verschillen tussen de opleidingsniveaus.

⁹ Manual 4, p.220.

Tabel 0.9: Opleiding naar afstudeerniveau en studievorm: frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Geen/Lager onderwijs	1589	18,4	19,7
	Lager BSO	696	8,0	8,6
	Lager TSO	492	5,7	6,1
	Lager ASO	550	6,4	6,8
	Hoger BSO	672	7,8	8,3
	Hoger TSO	1059	12,2	13,1
	Hoger ASO	784	9,1	9,7
	HOKT	1276	14,8	15,8
	HOLT/HUO	938	10,8	11,6
	SUB TOTAAL		8054	93,1
Missing	Geen geldige informatie	3	,0	
	Fout interviewer	21	,2	
	Niet van toepassing	511	5,9	
	Weet niet	13	,1	
	Geen antwoord	44	,5	
TOTAAL		8647	100	

In het tweede deel wordt slechts één opleidingsvariabele gehanteerd. Het gaat hier om een variabele in vier categorieën, met als laagste niveau ‘geen/lager onderwijs’ en als hoogste niveau ‘hoger onderwijs’. In vergelijking met de meest algemene variabele uit het eerste deel, zijn in dit geval ook de beide categorieën voor hoger onderwijs samengevoegd. De restcategorie blijft apart vermeld (tabel 0.10).

Tabel 0.10: Opleiding naar afstudeerniveau, frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Geen/Lager onderwijs	1425	20,0	20,0
	Lager secundair	1482	20,8	20,8
	Hoger secundair	1962	27,6	27,6
	Hoger onderwijs	1903	26,8	26,8
	Rest	340	4,8	4,8
TOTAAL		7112	100	100

- Beroep.

De indicator voor de beroepscategorie waartoe een respondent behoort, hangt samen met de twee andere sociaal-economische indicatoren die hierboven werden besproken. Het opleidingsniveau dat iemand behaalde heeft meestal een invloed op diens latere beroep en een bepaalde beroepsgroep geeft veelal aanleiding tot een zekere verloning. Toch is er sprake van een eigen invloed van de beroepscategorie waartoe men behoort, ongeacht de aan opleiding en inkomensniveau gerelateerde invloed. De beroepssituatie hangt onder meer samen met een differentiële blootstelling aan een fysiek gevaarlijke of psychisch stressvolle werkomgeving, met de mate van intrinsieke en extrinsieke beloning, jobzekerheid, de persoonlijke controle op de werkomgeving en de differentiële toegang tot medische voorzieningen.¹⁰

Het beroep is, net als het equivalent inkomen, gemeten op het niveau van het huishouden; het hoogste beroep binnen het huishouden geldt voor elk lid van dat huishouden. In de bevraging werden de beroepen nominaal opgenomen. Deze beroepen zijn ingedeeld in negen beroepscategorieën¹¹ op basis van de NIS91- en ISCO88-codes. Twee concepten liggen aan de basis van de

¹⁰ Manual 4, p.221.

¹¹ De negen categorieën zijn de volgende; ‘legislators, senior officials and managers’(1), ‘professionals’(2), ‘technicians and associate professionals’(3), ‘clerks’(4), ‘service workers and shop and market sales workers’(5), ‘skilled agricultural and fishery workers’(6), ‘craft and related trades workers’(7), ‘plant and machine operators and assemblers’(8) en ‘elementary occupations’(9).

indeling van deze categorieën, namelijk het soort beroep (aard, inhoud, de sector) en de kwalificaties nodig om het beroep uit te oefenen.¹²

Op hun beurt werden deze negen categorieën gereduceerd tot zes ordinale categorieën¹³ (tabel 0.11) om een compactere variabele te creëren met een grotere bruikbaarheid in de analyses. Deze indeling is gebaseerd op de Angelsaksische beroepscategorieën¹⁴ met telkens drie manuele en drie niet-manuele categorieën.¹⁵ De onderstaande tabel geeft een overzicht van de beroepvariabele in deel 1.

Tabel 0.11: Beroep in zes categorieën: frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	I (Vrije beroepen)	1793	20,7	21,4
	II (Leidinggevende en technische beroepen)	2264	26,2	27,1
	IIIN (Geschoolde niet-handenarbeid)	2017	23,3	24,1
	IIIM (Geschoolde handenarbeid)	1122	13,0	13,4
	IV (Ten dele geschoolde arbeid)	771	8,9	9,2
	V (Ongeschoolde arbeid)	401	4,6	4,8
	SUB TOTAAL	8368	96,8	100
Missing	Geen geldige informatie	279	3,2	
	TOTAAL	8647	100	

In het tweede deel van het rapport wordt een variabele gebruikt die gebaseerd is op de bovenstaande variabele. Omdat ook voor het beroep een vereenvoudiging nodig was, werd de zesledige variabele gereduceerd tot een dichotome maat: niet-manuele en manuele beroepen (tabel 0.12).

Tabel 0.12: Beroep in twee categorieën. frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Niet-manueel	5202	73,1	73,1
	Manueel	1910	26,9	26,9
	TOTAAL	7112	100	100

- Huiseigendom.

De hoedanigheid waarin iemand een woning betreft - al dan niet als eigenaar - is een goede samenvattende maat voor de complexe sociaal-economische positie waarin iemand zich bevindt. Ook na controle voor de SES-indicatoren (equivalent inkomen, opleidingsniveau en beroepscategorie) blijft deze variabele vaak een significante verklarende kracht behouden. In die gevallen waar de bijdrage significant blijft, wordt de variabele 'huiseigendom' dan ook apart besproken.

Oorspronkelijk werd deze variabele in de vragenlijst met drie mogelijke categorieën gepresenteerd, namelijk 'eigenaar of mede-eigenaar', 'huurder' of 'niet-betalende bewoner'¹⁶. Voor de analyses werd een hercodering in twee categorieën uitgevoerd. De niet-betalende bewoners werden

¹² Manual 4, p.221 en 222.

¹³ De hercoderingen gebeurden als volgt; categorie I (2), categorie II (1) en (3), categorie IIIN (4) en (5), categorie IIIM (7), categorie IV (6) en (8) en categorie V (9).

¹⁴ Acheson, D., Independent inquiry into inequalities in health, The Stationery office, London, 1998 (1999), p.11.

¹⁵ Ondanks de mogelijke tegenwerping dat de opdeling van beroepscategorieën in manuele en niet-manuele groepen een verouderde benadering is, is er nog voldoende empirisch bewijs (ook in dit rapport) dat deze opdeling nog steeds relevant is.

¹⁶ Met de niet-betalende bewoners worden geen personen die ten laste zijn, of directe familieleden (kinderen met een eigen inkomen, ouders van de eigenaar) die inwonen bedoeld. Het gaat hier enkel om personen die om welke reden dan ook niet betalen om een woning te betrekken.

opgenomen in de categorie voor huurders. (tabel 0.13) Deze variabele wordt enkel onder deel 1 besproken.

Tabel 0.13: Huiseigendom: frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Eigenaar	6190	71,6	71,8
	Niet-eigenaar	2434	28,2	28,2
	SUB TOTAAL	8624	99,7	100
Missing	Fout interviewer	17	,2	
	Geen antwoord	6	,1	
	TOTAAL	8647	100	

- Arbeidsregime.

Vanuit de veronderstelling dat een atypisch arbeidsregime nadelige gevolgen voor de gezondheid kan teweegbrengen (onregelmatige leefstijl, tijdsgebrek, ...), wordt de variabele ‘arbeidsregime’ voor de actieve bevolking in loondienst geïntroduceerd¹⁷. Alle atypische categorieën (nachtwerk, weekendwerk, roterend ploegenstelsel, onregelmatige tijdstippen) werden samengevoegd en geplaatst tegenover deze categorieën die enkel tijdens de ‘traditionele’ uren werken. (tabel 0.14) Ook deze variabele wordt enkel in deel 1 gebruikt.

Tabel 0.14: Werkregime: frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Exclusief dagwerk	3097	35,8	78,9
	Atypische regimes	826	9,6	21,1
	SUB TOTAAL	3923	45,4	100
Missing	Geen geldige informatie	3	,0	
	Fout interviewer	22	,2	
	Niet van toepassing	4695	54,3	
	Weet niet	1	,0	
	Geen antwoord	3	,0	
	TOTAAL	8647	100	

- Huishoudtype.

Op basis van de specifieke vragen naar de samenstelling van de huishoudens is een variabele geconstrueerd die een onderscheid maakt naar het aantal volwassen leden binnen een huishouden en de al dan niet aanwezigheid van kinderen. De huishoudens werden op basis hiervan opgedeeld in vijf categorieën. Omzichtigheid is geboden bij de interpretatie van deze categorieën; de samenstelling ervan kan immers vrij heterogeen zijn. Zo kan een ‘alleenstaande’ zowel een persoon zijn die nooit met iemand heeft samengewoond, noch kinderen heeft gehad, als een verweduwd persoon wiens kinderen niet meer thuis wonen. Controle voor leeftijd is dan ook noodzakelijk voor een goede interpretatie van deze variabele. (tabel 0.15). Complexe huishoudens zijn die huishoudens die niet beantwoorden aan de structuur van de andere categorieën van huishoudens in deze variabele. Het kan hier onder meer gaan om opnieuw samengestelde huishoudens, waar één van de leden van een koppel niet de vader/moeder is van alle kinderen, of om huishoudens waar andere personen dan de ouder(s) en kinderen inwonen (bijvoorbeeld waar een grootouder inwoont).

¹⁷ Hier wordt dus een sub-groep van de gehele populatie bestudeerd, namelijk de bevolking die actief is op de arbeidsmarkt.

Tabel 0.15: Huishoudtype: frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Alleenstaand	1073	12,4	12,4
	Alleenstaand met kinderen	286	3,3	3,3
	Koppel	2239	25,9	25,9
	Koppel met kinderen	2836	32,8	32,8
	Complex huishouden	2213	25,6	25,6
	TOTAAL	8647	100	100

Het huishoudtype wordt wel behouden in de analyses van het tweede deel. Deze variabele wordt in deel 2 wel gehercodeerd tot een dichotome indicator. De categorieën 'alleenstaand' en 'alleenstaand met kinderen' zijn samengevoegd, alsook de categorieën 'koppel', 'koppel met kinderen' en 'complex huishouden'. De onderstaande tabel geeft de frequentieverdeling voor deze tweeledige indicator weer (tabel 0.16).

Tabel 0.16: Huishoudtype: frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Alleenstaand	1528	21,5	21,5
	Koppel/complex	5584	78,5	78,5
	TOTAAL	7112	100	100

- *Activiteitsstatus.*

De variabele 'activiteitsstatus' geeft aan welke respondenten op het moment van de enquête actief waren en, indien niet, waarom ze niet actief waren op dat moment. Personen die actief waren of slechts op tijdelijke basis inactief waren (bijvoorbeeld door een korte ziekte) zijn samengevoegd. Erkende zieken en gehandicapten, gepensioneerden, werklozen en huismannen en -vrouwen worden apart vermeld. (tabel 0.17).

Tabel 0.17: Activiteitsstatus: frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Ziekte of handicap	325	3,8	3,8
	Gepensioneerd	1513	17,5	17,5
	Actief of tijdelijk niet-actief	4660	53,9	54,0
	Werkloos	650	7,5	7,5
	Huisman of -vrouw	952	11,0	11,0
	NVT (ten laste)	525	6,1	6,1
	SUB TOTAAL	8625	99,7	100
Missing	Fout interviewer	5	,1	
	Weet niet.	5	,1	
	Geen antwoord	12	,1	
	TOTAAL	8647	100	

In het tweede deel wordt voor deze variabele dezelfde indeling gehandhaafd. De respondenten uit de categorie 'niet van toepassing' worden nu echter als 'missing' gedefinieerd (tabel 0.18).

Tabel 0.18: Activiteitsstatus: frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Ziekte of handicap	248	3,5	3,5
	Gepensioneerd	2108	29,6	29,6
	Actief of tijdelijk niet-actief	3514	49,4	49,4
	Werkloos	525	7,4	7,4
	Huisman of -vrouw	717	10,1	10,1
	TOTAAL	7112	100,0	100,0

- De mate van integratie in sociale netwerken.

De indicator voor de mate van integratie in het sociaal netwerk is een samengestelde indicator bestaande uit twee variabelen. Op deze manier probeert deze indicator uitdrukking te geven aan de kwantiteit en de functionele inhoud van deze relaties. Concreet zijn de variabelen 'Hebt u gewoonlijk contact met verwanten, kinderen, vrienden, kennissen,...' en 'Zou u op burens, vrienden, familie kunnen rekenen, als u onverwachts hulp nodig zou hebben?' samengebracht tot één indicator.

Respondenten met weinig sociale contacten en die daarenboven aangeven dat ze denken niet op hulp te kunnen rekenen bij problemen komen in de categorie 'laag' terecht. Diegenen die op één van beide variabelen hoog scoren en op de andere laag, worden in de categorie 'middelmatic' ondergebracht. De sterk geïntegreerden zijn die personen die op beide deelvariabelen een hoge score behalen.

Er dient toch op gewezen dat het, zeker voor de variabele over het al dan niet hulp mogen verwachten, om een subjectieve inschatting gaat. De inschatting van de kans om hulp te krijgen en welke hulp als bevredigend wordt ervaren is afhankelijk van persoon tot persoon. Mogelijk zijn er hier ook verschillen tussen de verschillende sociale categorieën. (tabel 0.19)

Tabel 0.19: Mate van sociale betrokkenheid in twee categorieën, frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Laag	247	2,9	3,0
	Middelmatic	1358	15,7	16,3
	Hoog	6719	77,7	80,7
	SUB TOTAAL	8324	96,3	100
Missing	System	323	3,7	
TOTAAL		8647	100	

In het tweede deel wordt de bovenstaande indicator gereduceerd tot een dichotome maat. Uit de analyses blijkt dat zowel de middelmatic als de laag betrokkenen zich onderscheiden van diegenen die zichzelf 'hoog betrokken' noemen. De categorieën 'laag' en 'middelmatic' werden bijgevolg gegroepeerd tot één categorie. (tabel 0.20).

Tabel 0.20: Mate van sociale betrokkenheid in twee categorieën, frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Laag/middelmatic	1402	19,7	19,7
	Hoog	5710	80,3	80,3
TOTAAL		7112	100	100

DEEL 1

UNIVARIAAT DEEL

1. Univariaat deel

1.1 Subjectieve gezondheid.

De maat voor subjectieve gezondheid is zowel een zeer algemene, als een zeer persoonlijke maat. Hiermee wordt gepeild naar het welbevinden in het algemeen. Geen enkele set van mogelijke klachten op zowel fysiek, psychologisch en sociaal vlak kan het hele spectrum van de algemene gezondheidstoestand beter in kaart brengen dan een vraag naar de subjectieve gezondheidstoestand van een persoon. De persoon in kwestie is meestal het best geplaatst om zijn/haar eigen gezondheid te evalueren.¹⁸

Het nadeel is dan weer dat 'gezond zijn' bij iedereen een andere invulling krijgt. Bepaalde groepen hanteren een striktere definitie over gezond zijn dan andere en sommige klachten blijken minder in rekening te worden gebracht dan andere. Zo zouden chronische klachten vaak wat onderschat worden in een vraag naar de subjectieve gezondheidstoestand.¹⁹

In de gezondheidsenquête werd het subjectieve gezondheidsgevoel als volgt bevraagd: 'Hoe is uw algemene gezondheidstoestand? (zeer goed, goed, redelijk, slecht en zeer slecht)'. De vijf antwoordmogelijkheden werden samengebracht tot een dichotome variabelen met de categorieën 'zeer goed tot goed' en 'redelijk tot zeer slecht'. Tabel 1.1 geeft de frequentieverdeling van deze dichotome variabele²⁰ - die in de verdere analyses werd gebruikt - weer.

Tabel 1.1: Subjectieve gezondheid: frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Goed tot zeer goed	6243	72,2	77,6
	Redelijk tot zeer slecht	1807	20,9	22,4
	SUB TOTAAL	8050	93,1	100,0
Missing	Geen geldige informatie	597	6,9	
	TOTAAL	8647	100,0	

De percentages in de onderstaande tabellen geven het aantal personen met een redelijke tot zeer slechte subjectieve gezondheid weer. Van alle respondenten die een geldig antwoord gaven heeft 22% een minder goede subjectieve gezondheid.

De laagste inkomensgroep scoort (tabel 1.2), met 29%, duidelijk boven het gemiddelde voor wat betreft het aantal personen met een minder goede subjectieve gezondheid. Dat is twee keer zoveel als de hoogste inkomenscategorie. Mannen scoren over de hele lijn beter dan vrouwen. Opleidingsniveau zorgt in grote lijnen voor een zelfde gradiënt, het zijn vooral personen met geen of slechts lager onderwijs die zich minder gezond voelen. In deze laagste groep komt het verschil tussen de beide geslachten duidelijk tot uiting. Voor wat de beroepsgroepen betreft is het gradiënt wat minder consistent - door de controle voor andere variabelen zijn de verschillen grotendeels uitgevlakt - enkel de twee laagste beroepscategorieën doen het duidelijk slechter dan de rest. Uit de correlatieratio 'beta' kan worden opgemaakt dat de beroepsgroep het minste verklarende kracht heeft van de SES-variabelen. De variabele 'opleidingsniveau' komt naar voren als de sterkste van de drie indicatoren voor sociaal-economische status.

Over het algemeen hebben vrouwen een slechtere subjectieve gezondheidstoestand dan mannen.

¹⁸ Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid Louis Pasteur, Gezondheidsenquête België 1997. Manual 2., 1998, p. 73.

¹⁹ Idem.

²⁰ De variabele voor subjectieve gezondheid wordt niet alleen in deze paragraaf als afhankelijke variabele geanalyseerd, maar wordt verder eveneens gebruikt als onafhankelijke controlevariabele voor 'gezondheidstoestand'.

Tabel 1.2: Slechte subjectieve gezondheid naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en professionele categorie.

		Subjectieve gezondheid(in percenten).		
		Alg.	Mannen	Vrouwen
Equivalent inkomen.	< 20 000	29	25	32
	20 000 – 30 000	27	24	30
	30 001 – 40 000	24	21	26
	40 001 – 60 000	20	17	24
	> 60 000	15	13	18
Bèta		.097	.097	.093
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs	35	30	39
	Lager secundair	26	22	29
	Hoger secundair	18	15	20
	HOKT	18	15	20
	HOLT/HUO	16	14	19
Bèta		.160	.144	.177
Professionele categorieën.	I	22	20	24
	II	19	16	22
	IIIN	23	18	27
	IIIM	23	20	26
	IV	27	25	30
	V	27	23	32
Bèta		.059	.065	.063

→ Variabelen gecontroleerd voor elkaar en voor leeftijd.

Eigenaars van een woning (tabel 1.3) geven in mindere mate een slecht subjectief gezondheidgevoel aan dan niet-eigenaars. Alleenstaanden en zeker alleenstaanden met kinderen doen het slechter dan de andere vormen van huishoudens, hier valt ook een duidelijk verschil tussen mannen en vrouwen op. Koppels met kinderen komen er het best uit.

Dat erkende zieken en gehandicapten het erg slecht doen hoeft niet te verbazen. Opvallend is hier wel het duidelijke contrast tussen actieven en werklozen. Een duidelijk teken dat een werkloosheidssituatie samenhangt met een gevoel van lichamelijk onbehagen. Werkloze vrouwen hebben nog vaker een slechte subjectieve gezondheid dan werkloze mannen, het gaat hier toch om een verschil van 12%. Voor wat betreft de categorie huismannen/vrouwen valt het omgekeerde op; hier doen de mannen het heel wat slechter dan de vrouwen - volledigheidshalve dient hier echter vermeld dat de categorie huismannen een vrij beperkte groep is.

Tabel 1.3: Subjectieve gezondheid in percenten naar huiseigendom, huishoudtype en activiteitsstatus.

		Subjectieve gezondheid.		
		Alg.	Mannen	Vrouwen
Huiseigendom.	Eigenaar	21	18	23
	Niet-Eigenaar	26	22	30
Bèta		.058	.044 [#]	.072
Type huishouden.	Alleenstaand	27	24	32
	Alleenstaand met kinderen	30	19	33
	Koppel	24	19	29
	Koppel met kinderen	20	17	23
	Complex huishouden	21	20	21
Bèta		.069	.052 [#]	.097
activiteitsstatus	Ziekte of handicap	80	78	84
	Gepensioneerd	26	26	26
	Actief of tijdelijk niet-actief	18	15	24
	Werkloos	26	20	32
	Huisman of -vrouw	23	39	21
Bèta		.275	.320	.251

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd.

Niet significant op 0.01 –niveau.

Tabel 1.4 geeft een beeld van de relatie tussen de mate van betrokkenheid in sociale netwerken (deze samengestelde maat drukt de betrokkenheid zowel op kwantitatief als kwalitaief vlak uit) en het subjectieve gezondheidsgevoel. De mate van betrokkenheid veroorzaakt wel degelijk significante verschillen, na controle voor leeftijdsverschillen en de drie SES-componenten blijken personen met weinig sociale netwerken bijna twee maal zo veel een slechte subjectieve gezondheid te rapporteren dan personen die een sterk sociaal netwerk rond zich hebben. Ook hier is er - ondanks de duidelijke verschillen - geen interactie tussen de onafhankelijke variabele en de controlevariabele 'geslacht'.

Tabel 1.4: Subjectieve gezondheid in percenten naar betrokkenheid in sociale netwerken.

		Subjectieve gezondheid.		
		Alg.	Mannen	Vrouwen
Betrokkenheid in sociale relaties.	Laag	38	34	44
	Gemiddeld	26	23	28
	Hoog	21	17	24
Bèta		.079	.098	.071

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd en de SES-componenten.

1.2 Gezondheidstoestand.

1.2.1 Chronische aandoeningen.

1.2.1.1. Eén of meerdere langdurige ziekten, aandoeningen of handicaps.

Chronische aandoeningen zorgen voor een belangrijk aandeel van de gezondheidsproblemen, daarenboven hebben ze, voor de patiënt in kwestie, een belangrijke invloed op de algemene gezondheid en het algemeen functioneren in de samenleving. Het aandeel van deze chronische aandoeningen in de totale gezondheidsproblemen neemt de laatste decennia toe. In de huidige fase van de demografische evolutie is er een vergrijzing van de maatschappij. De epidemiologische transitie, die daarmee samenhangt, is gekenmerkt door een verschuiving naar chronische ziekten en

aandoeningen die een sterke invloed hebben op het functioneren en het subjectieve gezondheidsgevoel.²¹

De onder deze paragraaf beschreven indicator voor chronische gezondheid is algemeen van aard. In de gezondheidsenquête werd aan de respondenten gevraagd of ze last hebben van één of meerdere langdurige ziekten, aandoeningen of handicaps. Dit levert de hieronder beschreven dichotome variabele op. Minder dan drie kwart van de respondenten heeft geen enkele chronische klacht. (tabel 1.5)

Tabel 1.5: Frequentieverdeling één of meerdere langdurige ziekten, aandoeningen of handicaps.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Neen	6183	71,5	71,6
	Ja	2454	28,4	28,4
	SUB TOTAAL	8637	99,9	100
Missing		10	0,1	
	TOTAAL	8647	100	

Onderhavige indicator voor chronische aandoeningen is eveneens een subjectieve maat. Er wordt niet gepeild naar concrete kwalen die als chronische aandoeningen kunnen omschreven worden, het gaat enkel over die aandoeningen die de respondent zelf als dusdanig aanziet. De zelfrapportering in zulke algemene termen zorgt voor een onderschatting in vergelijking met de medische dossiers. Dit geldt in de eerste plaats voor minder bekende chronische aandoeningen, aandoeningen met minder duidelijke criteria of met een fluctuerend verloop en moeilijk bespreekbare kwalen.²²

Tabel 1.6 geeft de zelfgerapporteerde prevalentie van langdurige ziekten, aandoeningen en handicaps weer, naargelang de drie sociaal-economische indicatoren. De correlatieratio beta toont aan dat zowel voor de overall percentages als voor de beide geslachten afzonderlijk de variabele onderwijsniveau de sterkste verklarende kracht bezit.

Voor wat betreft het equivalent inkomen liggen de categorieën dicht bij elkaar; er is pas een lichte breuk te merken tussen de laagste drie en de hoogste twee inkomencategorieën. Mannen scoren licht beter dan vrouwen, doch de verschillen zijn niet fundamenteel.

²¹ Manual 2, p. 82.

²² Manual 2, p. 83.

Tabel 1.6: Eén of meerdere langdurige ziekten, aandoeningen of handicaps naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en professionele categorie.

		Eén of meerdere langdurige ziekten, aandoeningen of handicaps (in percenten).		
		Alg.	Mannen	Vrouwen
Equivalent inkomen	< 20 000	28	28	29
	20 000 – 30 000	32	33	30
	30 001 – 40 000	31	28	34
	40 001 – 60 000	26	25	27
	> 60 000	25	22	27
Bèta		,062	,075	,060 [#]
Opleidingsniveau	Geen/lager onderwijs	38	36	40
	Lager secundair	32	31	34
	Hoger secundair	24	24	24
	HOKT	24	20	28
	HOLT/HUO	22	23	21
Bèta		,125	,116	,143
Professionele categorieën	I	28	27	28
	II	27	25	28
	IIIN	29	25	33
	IIIM	28	29	28
	IV	31	33	30
V	30	30	29	
Bèta		,029 [°]	,054 [#]	,044 [°]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd en elkaar.

Niet significant op het 0,01-niveau.

* Niet significant op het 0,05-niveau.

° Niet significant op het 0,1-niveau

De categorieën ‘geen of lager onderwijs’ en ‘lager secundair onderwijs’ doen het consistent slechter dan de overige diplomaniveaus. Vanaf hoger secundair onderwijs zijn de verschillen niet meer zo groot en is het gradiënt in elk geval niet meer rechtlijnig te interpreteren. De man/vrouw-verschillen zijn het duidelijkst voor de groep met het laagste onderwijsniveau.

In relatie met deze afhankelijke variabele zijn de verschillen naar beroepscategorieën over het algemeen niet significant. Niet enkel de correlatieratio bèta geeft hiervan een illustratie, ook het gebrek aan een duidelijk gradiënt geeft dit aan. De twee hoogste categorieën doen het steeds wat beter dan de twee laagste.

Individen die in een niet-typische arbeidsvorm actief zijn (tabel 1.7) hebben minder chronische aandoeningen volgens deze indicator dan personen die uitsluitend overdag werken. Vooral voor de mannen lijkt dit op te gaan, voor vrouwen is deze relatie niet significant (ondermeer door de relatief kleine groep vrouwen in atypische arbeidsregimes). Hier kan de assumptie worden gemaakt dat het voor atypische werknemers nog veel moeilijker is om hun job uit te oefenen wanneer ze een chronische aandoening hebben, vandaar de betere score van de atypische werknemers.

Tabel 1.7: Eén of meerdere langdurige ziekten, aandoeningen of handicaps naar werkregime, huishoudtype en activiteitsstatus.

Eén of meerdere langdurige ziekten, aandoeningen of handicaps (in percenten).		Alg.	Mannen	Vrouwen
Werkregime	Exclusief dagwerk	19	20	17
	Atypische arbeidsregimes	15	13	20
Bèta		,037 [#]	,071 [#]	,031 [°]
Type huishouden	Alleenstaand	35	33	37
	Alleenstaand met kinderen	32	25	34
	Koppel	29	28	30
	Koppel met kinderen	25	24	26
	Complex huishouden	29	28	30
Bèta		,069	,063 [#]	,075
Activiteitsstatus	Gepensioneerd	31	24	36
	Actief of tijdelijk niet-actief	24	24	24
	Werkloos	36	36	36
	Huisman of -vrouw	29	35	29
Bèta		,089	,088	,109

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroepscategorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

Onder de alleenstaanden en de alleenstaanden met kinderen zijn er meer personen met een langdurige ziekte, aandoening of handicap dan bij de rest van de populatie. Dit geldt nog meer voor alleenstaande vrouwen (met kinderen) dan voor de mannen. Koppels met kinderen doen het het best.

Na controle lijkt de activiteitsstatus nog steeds een relatief sterke voorspeller te zijn met betrekking tot deze variabele voor chronische aandoeningen.²³ Opvallend is de negatieve afwijking van de werklozen, het contrast met de actieve beroepsbevolking is erg duidelijk. Gepensioneerden komen over het algemeen op de tweede (slechtste) plaats, gevolgd door huisvrouwen en -mannen (nogmaals: ‘huismannen’ is een in aantal zeer beperkte categorie, het is dan ook moeilijk hier een uitspraak over te doen).

Tabel 1.8: Eén of meer langdurige ziekten, aandoeningen of handicaps naar mate van betrokkenheid in sociale netwerken.

Eén of meerdere langdurige ziekten, aandoeningen of handicaps (in percenten).		Alg.	Mannen	Vrouwen
Betrokkenheid in sociale relaties	Gemiddeld	34	37	29
	Hoog	29	29	30
		28	26	29
Bèta		,026 [*]	,050 [#]	,005 [°]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd equivalent inkomen, opleiding en beroepscategorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

* Niet significant op 0,05 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

Tabel 1.8 toont de relatie met de mate van integratie in sociale netwerken. Enkel voor mannen behaalt deze relatie een aanvaardbaar significantieniveau.

²³ **Opmerking:** de categorie ‘zieken en gehandicapten’ werd hier uit de analyse gelaten; het betrekken van deze categorie in een analyse van chronische aandoeningen zou een tautologisch effect hebben.

1.2.1.2. Matige tot ernstige belemmering ten gevolge van een chronische toestand.

De respondenten die aangaven aan één of andere chronische ziekte, aandoening of handicap te lijden werden in de gezondheidsenquête gevraagd of ze ten gevolge van deze toestand belemmerd zijn in hun dagelijkse activiteiten. De populatie van de hieronder besproken variabele vormt aldus min of meer een subgroep van de bovenstaande variabele. Het gaat hier dus ook om een subjectieve maat, die algemeen van aard is (er wordt niet naar specifieke situaties waarin de belemmering tot uiting komt gevraagd).

40% (tabel 1.9) van diegenen die aan een chronische ziekte, aandoening of handicap lijden, voelt zich hierdoor ook matig tot ernstig belemmerd in zijn/haar bezigheden.

Tabel 1.9: Frequentieverdeling matige tot ernstige belemmeringen ten gevolge van een chronische toestand.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Neen	1447	16,7	60
	Ja	964	11,2	40
SUB TOTAAL		2411	27,9	100
Missing		6236	72,1	
	TOTAAL	8647	100,0	

De helft van de respondenten (tabel 1.10) met een equivalent inkomen van minder dan 20 000 BEF is matig tot ernstig beperkt in zijn/haar bezigheden ten gevolge van de chronische condities waaraan men lijdt. Naarmate het equivalent inkomen toeneemt zijn minder mensen met chronische problemen gehinderd in hun activiteiten, een echte breuk ontstaat vanaf de inkomenscategorie 40 001 - 60 000 BEF. Het verschil tussen de laagste en de tweede hoogste inkomenscategorieën bedraagt 16%. Zowel voor de algemene populatie als voor de twee geslachten afzonderlijk doet de categorie 30 001 - 40 000 het weer slechter dan de voorgaande categorie. Mannen ervaren minder belemmeringen ten gevolge van een chronische condities dan vrouwen, enkel voor de laagste categorie van het equivalent inkomen geldt dit niet. Voor het overige gelden ongeveer dezelfde verhoudingen als voor de gehele populatie.

Tabel 1.10: Matige tot ernstige belemmeringen ten gevolge van een chronische toestand naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en professionele categorie (in percenten).

		Matige tot ernstige belemmeringen ten gevolge van een chronische toestand		
		Alg.	Mannen	Vrouwen
Equivalent inkomen	< 20 000	48	52	45
	20 000 – 30 000	41	40	43
	30 001 – 40 000	47	42	50
	40 001 – 60 000	32	31	33
	> 60 000	33	31	34
Bèta		,137	,130 [#]	,146
Opleidingsniveau	Geen/lager onderwijs	51	49	51
	Lager secundair	41	34	47
	Hoger secundair	36	35	37
	HOKT	26	30	26
	HOLT/HUO	25	26	27
Bèta		,198	,166	,218
Professionele categorieën	I	40	36	42
	II	37	32	40
	IIIN	39	44	37
	IIIM	37	33	43
	IV	46	40	52
V	47	48	46	
Bèta		,068 [*]	,112 [#]	,090 [°]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd en elkaar.

Niet significant op het 0,01 –niveau.

* Niet significant op het 0,05 –niveau.

° Niet significant op het 0,1 –niveau.

Het onderwijsniveau vertoont een nog duidelijker gradiënt. Personen zonder diploma of met enkel lager onderwijs achter de rug doen het met voorsprong slechter dan de rest van de populatie. Vervolgens worden er twee clusters waargenomen; (voor mannen liggen de waarden wat gelijkmatiger verspreid) lager en hoger secundair onderwijsniveau liggen wat samen en de beide types van hoger onderwijs ook. Wanneer het laagste diplomaniveau vergeleken wordt met de hoogste twee diplomaniveaus, dan blijkt dat laatstgenoemden nagenoeg in half zoveel gevallen belemmerd worden dan het laagste diplomaniveau. Tussen de beide geslachten zijn de verschillen te vergelijken met die voor het equivalent inkomen; vooral in de laagste twee categorieën ervaren vrouwen meer belemmeringen dan mannen.

De variabele ‘professionele categorieën’ vertoont minder verschillen dan de twee andere variabelen; de verklarende kracht van deze variabele wordt een stuk afgevlakt na controle voor inkomen en opleidingsniveau. Toch zorgt de zuivere invloed van de beroepscategorie waartoe men behoort nog voor een zichtbaar gradueel verband, met de laagste score voor de beroepsgroepen ‘II’ en ‘IIIM’ en de hoogste voor beroepsgroep V. Er is vooral een breuk tussen de laagste twee manuele groepen en de andere beroepscategorieën.

Het opleidingsniveau heeft, afgaande op de correlatieratio Bèta, de grootste verklarende kracht van de drie SES-factoren. De variabele voor beroepscategorieën behoudt, wanneer de significantiegrens van 0,05 gehanteerd wordt, nog net zijn significantie. Equivalent inkomen en opleidingsniveau hebben binnen de vrouwelijke subpopulatie de grootste verklarende kracht, voor wat de professionele categorieën betreft ligt dit omgekeerd, doch het gebrek aan significantie maakt een uitspraak hierover onmogelijk.

Tabel 1.11: Matige tot ernstige belemmeringen ten gevolge van een chronische toestand naar werkregime en huiseigendom (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Werkregime.	Exclusief dagwerk	21	23	19
	Atypische arbeidsregimes	29	25	33
	Bèta	,070*	,014°	,150#
Huiseigendom.	Eigenaar	38	36	40
	Niet-eigenaar	44	41	46
	Bèta	,050#	,044°	,053*

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Niet significant op het 0,01 –niveau.

* Niet significant op het 0,05 –niveau.

° Niet significant op het 0,1 –niveau.

Atypische werknemers zijn vaker belemmerd in hun activiteiten ten gevolge van een chronische ziekte, aandoening of handicap dan personen die enkel in het klassieke dagritme werken (tabel 1.11). Op basis van de 0,05-significantiegrens kan deze variabele enkel voor vrouwen geïnterpreteerd worden, de gegevens voor vrouwen afzonderlijk bevestigen echter de algemene trend. Hypothetisch kan worden aangenomen dat deze grotere gewaarwording van belemmeringen te maken heeft met de aard van de atypische arbeid, deze arbeidsvormen vereisen vaak een grotere flexibiliteit en intensiteit.

Eigenaars van een woning hebben ook na controle voor leeftijd en de drie SES-componenten minder vaak matige tot ernstige belemmeringen in hun dagelijkse bezigheden. Het verschil met niet-eigenaars bedraagt zes percent.

Tabel 1.12: Matige tot ernstige belemmeringen ten gevolge van een chronische toestand naar mate van betrokkenheid in sociale netwerken (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Betrokkenheid in sociale relaties.	Laag	37	27	59
	Gemiddeld	49	40	57
	Hoog	36	35	36
	Bèta	,107	,062°	,170

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

° Niet significant op het 0,1 –niveau.

In relatie met de mate van betrokkenheid in sociale netwerken (tabel 1.12) worden weinig consistente verschillen opgemerkt. Dit ondanks de significantie van de analyseresultaten. Enkel de categorie van individuen die zichzelf slechts ‘middelmatig’ betrokken voelen in hun sociale netwerk scoort duidelijk boven het gemiddelde (40%) van de totale populatie van chronisch zieken. De subgroep van de mannen is niet significant, deze groep beïnvloedt echter de resultaten voor de gehele populatie. De vrouwelijke deelpopulatie - waarvan de waarden wel significant zijn - toont wel een zeker verband; de categorie met hoge betrokkenheid in sociale netwerken (36%) zet zich af tegen de twee andere categorieën (57 en 59%).

1.2.2. Kortdurende functiebeperkingen.

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen kortdurende en langdurige beperkingen. Deze paragraaf bespreekt de kortdurende beperkingen. Kortdurende beperkingen verwijzen naar een tijdelijke belemmering in de dagelijkse activiteiten van een persoon. Deze bespreking maakt een onderscheid in twee gradaties van kortdurende beperkingen, namelijk: het aantal dagen met beperkingen en het aantal beddagen. In onderhavige paragraaf worden enkel de kortdurende beperkingen tengevolge van lichamelijke condities besproken.²⁴

²⁴ Manual 2, p.95.

1.2.2.1. Aantal dagen met beperkingen ten gevolge van lichamelijke condities.

In de gezondheidsenquête werd aan de respondenten gevraagd of ze gedurende de voorbije veertien dagen één of meerdere activiteiten die ze normaal thuis, op het werk of tijdens de vrije tijd uitvoeren niet hebben kunnen verrichten. Vervolgens werd gevraagd gedurende hoeveel dagen ze deze activiteiten niet hebben kunnen verrichten.

Er wordt dus een referentieperiode van veertien dagen gehanteerd. Twee weken wordt beschouwd als de maximale periode waarvoor men zich minder belangrijke gebeurtenissen - zoals kortstondige beperkingen in het uitvoeren van dagelijkse taken - kan herinneren²⁵. De variabele die besproken wordt refereert echter naar het gemiddeld aantal dagen per jaar. Het aantal dagen per jaar met kortstondige beperkingen is aldus een schatting, op basis van het aantal dagen binnen een periode van twee weken, die geëxtrapoleerd wordt naar een jaar. Door deze omzettingsprocedure wordt een variabele bekomen met vijftien op dezelfde afstand van elkaar liggende categorieën. Hierdoor wordt deze variabele in de analyse als een parametrische variabele gebruikt. In de onderstaande analyse worden de gemiddelden voor de verschillende categorieën met elkaar vergeleken. De totale populatie heeft gemiddeld gedurende 18,23 dagen per jaar last van kortdurende lichamelijke beperkingen.

Tabel 1.13 geeft de relatie weer tussen de sociaal-economische positie waartoe men behoort en het gemiddeld aantal dagen met beperkingen ten gevolge van lichamelijke condities. De relatie met het equivalent inkomen is niet erg rechtlijnig. Over het algemeen worden hier weinig significante resultaten bekomen; enkel de mannelijke subgroep is significant. De categorieën 20 000 - 30 000 en 30 001 - 40 000 scoren binnen de mannelijke sub-groep slechter dan de andere. De hoogste inkomenscategorieën wijken hiervan in de positieve zin af. Voor de gehele populatie en voor de mannen doet de categorie '20 000' het beter dan de volgende categorieën. Vrouwen hebben over het algemeen meer te kampen met kortdurende beperkingen dan mannen.

Het opleidingsniveau is de best verklarende variabele binnen dit model. Deze variabele vertoont ook het scherpste gradiënt. Personen met geen of enkel een diploma lager onderwijs hebben duidelijk gemiddeld meer beperkingen ten gevolge van lichamelijke condities dan de rest van de populatie. Vooral de mannen die tot de net vernoemde categorie behoren doen het slecht - wie tot deze categorie behoort heeft gemiddeld 41 dagen per jaar kortstondige beperkingen met betrekking tot zijn dagelijkse activiteiten. Vrouwen in de laagste opleidingscategorie doen het gemiddeld beter dan mannen, voor wat de andere opleidingscategorieën betreft kan het omgekeerde worden waargenomen. Hoger opgeleiden hebben gemiddeld minder dagen met kortstondige lichamelijke beperkingen, toch ligt de breuk vooral na de categorie 'geen diploma/enkel lager onderwijs'. De 'range' tussen de hoogste en de laagste onderwijscategorie is het grootst voor de mannelijke populatie (32 dagen). In de gehele populatie bedraagt die range 24 dagen en voor de vrouwen 13 dagen.

De variabele 'professionele categorie' is nog net significant op het 0,05-niveau. Bij de vrouwelijke populatie is er geen sprake meer van enige significantie van de resultaten. Het gemiddeld aantal dagen met kortstondige beperkingen neemt over het algemeen toe van de categorie I (professionelen) tot en met de categorie IIIM (geschoolde manuele arbeiders). Daarna is er opnieuw een afname van het gemiddeld aantal dagen met kortstondige beperkingen. Hypothetisch kan hier gesteld worden dat de lage score voor de categorieën IV en V te maken heeft met de kenmerken van de jobs die in deze categorieën voorkomen (vooral jobs die vrij intensieve lichamelijke arbeid vereisen) - wie in deze categorieën veel last heeft van lichamelijke beperkingen kan zijn/haar werk niet blijven uitoefenen. Mannen doen het lichtjes beter dan vrouwen, maar door het gebrek aan significantie van de resultaten voor de vrouwelijke subgroep kunnen hier geen duidelijke interpretaties mee gedaan worden.

²⁵ Manual 2, p.95.

Tabel 1.13: Gemiddeld aantal dagen met beperkingen ten gevolge van lichamelijke condities naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en beroeps categorieën (in procenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Equivalent inkomen.	< 20 000	18	11	24
	20 000 – 30 000	21	26	18
	30 001 – 40 000	21	22	21
	40 001 – 60 000	17	13	22
	> 60 000	15	17	12
	Bèta	,035*	,073	,048*
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs	35	41	29
	Lager secundair	19	16	21
	Hoger secundair	16	15	17
	HOKT	15	7	21
	HOLT/HUO	11	9	16
	Bèta	,119	,157	,107
Professionele categorieën.	I	18	16	20
	II	19	20	18
	IIIN	20	17	23
	IIIM	21	23	20
	IV	16	19	13
	V	8	1	16
	Bèta	,039 [#]	,067 [#]	,037 [°]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd en elkaar.

Niet significant op het 0,01 –niveau.

* Niet significant op het 0,05 –niveau.

° Niet significant op het 0,1 –niveau.

Vrouwen die tewerkgesteld zijn in een atypische arbeidsvorm (tabel 1.14) hebben gemiddeld 27 dagen per jaar te kampen met een kortstondige lichamelijke beperking. In de totale populatie is iemand die in een atypisch werkregime actief is gemiddeld 19 dagen per jaar gehinderd door kortstondige beperkingen. Voor de mannelijke subcategorie is er geen verschil tussen personen die enkel in het reguliere dag-regime werken en atypische werknemers. Respondenten die enkel overdag werken behalen een score die gelijk is aan het populatiegemiddelde voor wat betreft kortstondige lichamelijke beperkingen. Enkel de resultaten voor vrouwen zijn significant op basis van de 0,05-significantiegrens.

Werkenden hebben (op gepensioneerd na) gemiddeld de meeste dagen met kortstondige beperkingen, in vergelijking met werklozen en huismannen en -vrouwen. Blijkbaar komen de gevolgen van lichamelijke problemen het meest tot uiting bij mensen die in het reguliere arbeidscircuit actief zijn, de lage scores voor werklozen en huismannen/-vrouwen zijn in elk geval opmerkelijk in vergelijking met de resultaten in de vorige en nog volgende analyses. Gepensioneerde vrouwen zijn gemiddeld veel meer dagen per jaar beperkt in hun dagelijkse functioneren, dan mannen uit dezelfde categorie. De resultaten voor mannen zijn echter niet significant.

Tabel 1.14: Gemiddeld aantal dagen met beperkingen ten gevolge van lichamelijke condities naar werkregime en activiteitsstatus (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Werkregime.	Exclusief dagwerk	15	15	14
	Atypische arbeidsregimes	19	15	27
Bèta		,032 [#]	0 ^o	,073 [#]
Activiteitsstatus	Gepensioneerd	23	15	29
	Actief of tijdelijk niet-actief	17	16	17
	Werkloos	13	10	16
	Huisman of -vrouw	10	3	13
Bèta		,057	,033 ^o	,077 [#]

→ Variabelen gecontroleerd naar leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Niet significant op het 0,01 –niveau.

* Niet significant op het 0,05 –niveau.

° Niet significant op het 0,1 –niveau.

Ondanks het duidelijke gebrek aan significantie²⁶ van de onderstaande resultaten (tabel 1.15) kan er toch een duidelijke breuk worden waargenomen tussen de categorie ‘lage betrokkenheid in sociale netwerken’ en de beide andere categorieën. Dit in elk geval voor de vrouwelijke populatie terwijl de categorieën ‘hoge’ en ‘gemiddelde’ betrokkenheid in sociale netwerken dicht bij het populatiegemiddelde scores (18,2 dagen), hebben personen die zich slechts weinig betrokken voelen in het sociale netwerk gemiddeld 26 dagen per jaar last van kortstondige lichamelijke beperkingen. Voor de vrouwelijke deelpopulatie loopt dit op tot gemiddeld 43 dagen per jaar.

Tabel 1.15: Gemiddeld aantal dagen met beperkingen ten gevolge van lichamelijke condities naar betrokkenheid in sociale netwerken (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Betrokkenheid in sociale relaties.	Laag	26	16	43
	Gemiddeld	19	17	20
	Hoog	17	17	17
Bèta		,023 ^o	,003 ^o	,053 [#]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Niet significant op het 0,01 –niveau.

° Niet significant op het 0,1 –niveau.

1.2.2.2. Aantal bedlegerige dagen ten gevolge van lichamelijke condities.

In de gezondheidsenquête volgt de variabele ‘gemiddeld aantal bedlegerige dagen per jaar ten gevolge van lichamelijke condities’ op de hierboven besproken variabele. De respondenten werd namelijk gevraagd aan te geven hoeveel van de dagen waarin ze last hadden van kortstondige belemmeringen in hun dagdagelijkse activiteiten, ze in bed hebben doorgebracht.

Ook hier wordt gewerkt met een referentieperiode van twee weken, die vervolgens veralgemeend wordt tot een jaar om zodoende het gemiddeld aantal bedlegerige dagen per jaar te bekomen. Het gemiddelde voor de gehele populatie bedraagt in dit geval 4,24 dagen per jaar.

De relatie tussen het equivalent inkomen en het gemiddeld aantal bedlegerige dagen lijdt aan een gebrek aan significantie (tabel 1.16). Enkel de resultaten voor de vrouwelijke deelpopulatie voldoen aan de 0,05-significantiegrens, hier valt dan ook de sterkste gradiënt op. De laagste inkomenscategorie moet gemiddeld 11 dagen per jaar het bed houden, terwijl dit voor vrouwen met een equivalent inkomen van meer dan 60 000 BEF gemiddeld nog geen vier dagen zijn. De grote breuk ligt echter reeds na de laagste inkomenscategorie, de categorie ‘30 001 - 40 000’ springt over

²⁶ Dit gebrek aan significantie kan worden toegewezen aan de omvang van de categorieën; de categorie ‘lage betrokkenheid in sociale netwerken’ bevat in vergelijking met de andere een relatief klein aantal respondenten. Hierdoor is het belang van de afwijking in deze categorie niet zo groot.

het algemeen wat uit de band. Vergelijkt men de mannelijke met de vrouwelijke subgroep, dan zijn het weerom de vrouwen die wat meer dagen bedlegerig zijn (dit geldt vooral voor de lagere inkomensgroepen).

Tabel 1.16: Gemiddeld aantal bedlegerige dagen ten gevolge van lichamelijke condities naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en beroeps categorieën (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Equivalent inkomen.	< 20 000	5,78	,24	10,25
	20 000 – 30 000	4,29	4,62	3,97
	30 001 – 40 000	5,75	3,28	8,03
	40 001 – 60 000	3,46	2,57	4,61
	> 60 000	4,16	5,48	3,33
Bèta		,030°	,047*	,061#
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs	10,94	6,63	14,96
	Lager secundair	3,83	2,67	4,75
	Hoger secundair	3,10	3,79	2,34
	HOKT	2,51	1,51	3,06
	HOLT/HUO	2,32	1,86	3,53
Bèta		,105	,072#	,136
Professionele categorieën.	I	3,97	2,17	5,72
	II	5,31	3,26	7,12
	IIIN	6,09	4,91	8,38
	IIIM	3,17	5,99	0
	IV	2,28	2,71	1,85
	V	0	0	,55
Bèta		,051#	,060#	,084

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd en elkaar.

Niet significant op het 0,01-niveau.

* Niet significant op het 0,05-niveau.

° Niet significant op het 0,1-niveau.

De variabele ‘opleidingsniveau’ heeft ook in dit geval weer de sterkste verklarende kracht (correlatieratio bèta overall = ,105). Weer is het de laagste categorie (geen diploma/enkel lager onderwijs) die sterk afwijkt van de rest van de populatie; zowel mannen als vrouwen scoren boven het gemiddelde. Respectievelijk gemiddeld 6,63 en bijna 15 bedlegerige dagen per jaar. Een dalende lijn zet zich door tot hoger secundair onderwijs/hoger onderwijs van het korte type. Vrouwen doen het vooral slechter in de laagste twee categorieën.

Na controle voor de twee overige SES-componenten (in de eerste plaats opleiding) geeft de variabele ‘professionele categorie’ een wat complexer beeld. De daling van het gemiddeld aantal bedlegerige dagen naarmate de beroeps categorie hoger is gaat enkel op binnen de niet-manuele groepen (voor controle ging dit eveneens op voor de manuele categorieën - er was dus een rechte lijn verband). Binnen de manuele categorieën kan een daling van het aantal beddagen naarmate de beroepsgroep verlaagd worden waargenomen en ook in vergelijking met de niet-manuele categorieën doen de manuele het min of meer beter. Deze vaststelling geldt voor de beide geslachtsgroepen (alhoewel bij de vrouwen de onderlinge verhouding tussen de manuele categorieën niet eenduidig is). Vrouwen doen het slechter dan mannen in de niet-manuele beroepsgroepen, voor de manuele groepen geldt het omgekeerde. Dit verschil kan te maken hebben met de manier waarop ‘manuele arbeid’ voor beide geslachten anders is ingevuld. Voor de algemene breuk tussen de manuele en niet-manuele groepen kan een hypothetische verklaring gezocht worden in een verschillende perceptie/definitie van wat ziekte is en van het moment waarop men niet meer in staat is om nog uit bed te komen. De betere resultaten van de manuele groepen (vooral IV en V) vielen trouwens ook al op in de vorige paragraaf. Het gemiddeld aantal dagen met kortstondige belemmering van de dagelijkse activiteiten was daar eveneens lager voor de categorieën IV en V.

Tabel 1.17: Gemiddeld aantal bedlegerige dagen ten gevolge van lichamelijke condities naar werkregime en activiteitsstatus (in procenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Werkregime.	Exclusief dagwerk	2,24	1,87	2,75
	Atypische arbeidsregimes	5,41	6,01	4,17
	Bèta	,060	,079	,027°
Activiteitsstatus	Gepensioneerd	6,68	3,71	8,48
	Actief of tijdelijk niet-actief	3,39	3,18	3,84
	Werkloos	1,22	,95	2,25
	Huisman of -vrouw	6,18	0	6,88
Bèta		,052 [#]	,034°	,062°

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

Personen in een niet-typisch arbeidsregime (tabel 1.17) hebben meer bedlegerige dagen dan overdag werkenden. Zowel voor de algemene populatie, als voor de mannelijke subgroep zitten dagwerkers onder het populatiegemiddelde en atypische werknemers erboven. Het verschil is hier veel duidelijker dan voor het gemiddeld aantal dagen met kortstondige belemmeringen in de dagelijkse activiteiten. Bij de vrouwelijke subgroep zijn de verschillen echter niet significant. Vrouwelijke gepensioneerden dienen gemiddeld het meeste aantal dagen (8,5) in bed te blijven ten gevolge van een lichamelijke condities, maar ook huisvrouwen scoren slecht met gemiddeld bijna zeven beddagen. Er is een duidelijk verschil tussen niet-actieve mannen en vrouwen. Het gebrek aan significantie plaatst wel enige reserves bij deze vaststellingen, enkel de ‘overall-resultaten’ voldoen aan de 0,05-significantiegrens. Opmerkelijk, tot slot, is het verschil tussen huisvrouwen/-mannen en werklozen; de categorie werklozen ligt behoorlijk onder het gemiddelde, terwijl huismannen en -vrouwen met gemiddeld zes beddagen boven het gemiddelde liggen.²⁷

Het enigszins beperkte aantal personen dat zichzelf weinig betrokken voelt in zijn/haar sociale netwerk, heeft gemiddeld meer bedlegerige dagen dan de rest van de populatie (tabel 1.18). Deze vaststelling kan vooral voor de vrouwen gemaakt worden. Vrouwen met een lage betrokkenheid komen maar liefst aan bijna 24 beddagen. Een afwijking van het globale gemiddelde en van de mannelijke score voor dezelfde categorie met 19 dagen. Respondenten met een gemiddelde of hoge betrokkenheid in sociale netwerken liggen vrij dicht bij elkaar voor wat betreft het gemiddelde aantal bedlegerige dagen.

Tabel 1.18: Gemiddeld aantal bedlegerige dagen ten gevolge van lichamelijke condities naar betrokkenheid in sociale netwerken (in procenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Betrokkenheid in sociale relaties.	Laag	11,26	4,45	23,57
	Gemiddeld	4,23	3,20	5,46
	Hoog	3,11	3,02	3,19
Bèta		,055	,012°	,108

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

° Niet significant op het 0,1 –niveau.

²⁷ Omwille van het kleine aantal respondenten werd de categorie ‘personen ten laste’ uit deze analyse geweerd. Dit om de beïnvloeding van de significantieresultaten en de verklarende kracht van het model door een kleine, extreme groep te vermijden.

1.2.3. Langdurige lichamelijke beperkingen.

1.2.3.1. SF-36-score: Lichamelijk functioneren.

De lichamelijke functioneringsscore is de weerslag van een tiendelige vragenbatterij die aan de respondenten werd voorgelegd. Het gaat hier om een deel van de SF-36-score²⁸, namelijk het gedeelte over het lichamelijk functioneren. De vragenlijst is op een graduele manier geordend; volgens de moeilijkheidsgraad van de taken. De moeilijkste fysieke taken zijn voorop geplaatst (forse inspanningen, zoals hardlopen, tillen van zware voorwerpen, een veeleisende sport beoefenen), de meest elementaire achteraan (een bad of een douche nemen of zich aankleden). Door sommatie, rekening houdend met de moeilijkheidsgraad van de taken, wordt een score bekomen die de fysieke capaciteiten van de respondent aangeeft.²⁹ De lichamelijke functioneringsscore voor de gehele steekproefpopulatie bedraagt 89,37 op honderd.

Tabel 1.19: Lichamelijke functioneringsscore naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en beroeps categorieën.

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Equivalent inkomen.	< 20 000	88,47	92,20	85,22
	20 000 – 30 000	88,74	91,56	86,14
	30 001 – 40 000	89,06	92,50	85,83
	40 001 – 60 000	89,89	92,05	87,52
	> 60 000	91,08	93,24	89,08
Bèta		,038 [#]	,029 [°]	,049 [#]
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs	82,05	85,21	79,17
	Lager secundair	88,31	91,13	85,63
	Hoger secundair	91,98	94,63	89,23
	HOKT	91,85	94,93	89,38
	HOLT/HUO	92,93	94,16	91,02
Bèta		,188	,198	,183
Professionele categorieën.	I	88,79	92,10	85,66
	II	90,06	92,53	87,60
	IIIN	89,53	92,51	86,73
	IIIM	90,24	91,79	88,47
	IV	89,68	92,39	86,70
	V	88,38	91,16	85,45
Bèta		,027 [°]	,020 [°]	,040 [°]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd en elkaar.

Niet significant op het 0,01 –niveau.

° Niet significant op het 0,1 –niveau.

Een toename in het equivalent inkomen doet de gemiddelde score voor het lichamelijk functioneren licht toenemen (tabel 1.19). Mannen scoren voor alle inkomenscategorieën boven het globale gemiddelde (89,37), vrouwen eronder. De resultaten voor mannen voldoen echter niet aan de significantie-vereisten. Na controle voor opleiding, leeftijd en beroeps categorieën is de gradiënt tussen de verschillende inkomensgroepen over het algemeen niet zo groot meer.

Opleidingsniveau speelt een eerder belangrijke rol (zeker de belangrijkste van de SES-componenten) in het verklaren van verschillen op het gebied van het lichamelijk functioneren. Na controle voor voornoemde variabelen behoudt de variabele opleidingsniveau een correlatieratio van 0,188. De belangrijkste breuk ligt weer tussen geen diploma/lager onderwijs en de rest. Deze categorie ligt zowel voor mannen als vrouwen stevig onder het gemiddelde. Het verschil tussen de hoogste en de laagste categorie bedraagt zowel voor de totale populatie als voor de mannen en de vrouwen afzonderlijk een tiental punten op de score.

²⁸ Voor meer uitleg over de SF-36-score; zie manual 2, p.87 e.v.

²⁹ Voor de verschillende items, zie mondelinge vragenlijst p.10.

Controle voor de variabele opleidingsniveau heeft er voor gezorgd dat veel verklarende kracht werd weggenomen bij de andere twee SES-componenten. Waar voor het equivalent inkomen nog enigszins significante resultaten bekomen werden, is dit voor de variabele 'professionele categorieën' niet het geval. Geen enkel van de resultaten kan voldoen aan de 0,1-significantiegrens, het is dan ook zinloos deze te bespreken. Enkel de gender-verschillen blijven zichtbaar.

Tabel 1.20: Lichamelijke functioneringsscore naar werkregime, huiseigendom, huishoudtype en activiteitsstatus.

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Werkregime.	Exclusief dagwerk	96,16	96,93	95,22
	Atypische arbeidsregimes	94,93	95,34	93,68
	Bèta	,044 [#]	,063 [#]	,049 [*]
Huiseigendom.	Eigenaar	90,03	92,56	87,51
	Niet-eigenaar	88,34	91,42	85,27
	Bèta	,036	,029 [#]	,044 [#]
Type huishouden.	Alleenstaand	87,32	90,74	84,04
	Alleenstaand met kinderen	86,27	91,99	84,12
	Koppel	89,72	92,41	86,87
	Koppel met kinderen	90,65	93,22	88,05
	Complex huishouden	89,39	91,45	87,27
	Bèta	,055	,049 [#]	,057 [#]
Activiteitsstatus	Gepensioneerd	87,92	94,20	81,83
	Actief of tijdelijk niet-actief	91,03	93,06	88,39
	Werkloos	90,10	91,80	88,49
	Huisman of -vrouw	90	89,03	89,51
	Bèta	,059 [#]	,044 [°]	,121

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

* Niet significant op 0,05 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

Respondenten die enkel overdag werken hebben gemiddeld een betere lichamelijke functioneringsscore dan atypische werknemers (tabel 1.20). De scores liggen echter voor beide categorieën hoger dan het globale gemiddelde. Het gaat hier namelijk reeds bij voorbaat om een subgroep - in de variabele 'werkregime' zijn enkel personen opgenomen die op het moment dat ze werden ondervraagd actief waren op de arbeidsmarkt (actieven hebben een lichamelijke functioneringsscore boven het gemiddelde).

Eigenaars doen het lichtjes beter dan niet-eigenaars, voor beide geslachten.

Koppels en zeker koppels met kinderen hebben de hoogste lichamelijke functioneringsscore, dit ook voor beide geslachten. Complexe huishoudens (alle in deze variabele niet expliciet vernoemde soorten huishoudens) leunen hier vrij dicht bij aan. Alleenstaanden met kinderen doen het het slechtst, voor vrouwen lijkt 'het alleenstaande zijn' - zeker wanneer er dan nog kind(eren) zijn - meer repercussies te hebben op dit aspect van de gezondheid dan voor mannen.

De variabele activiteitsstatus geeft weinig significante verschillen. Bij de vrouwelijke populatie lijkt er wel enige relevantie te zijn, doch dat is dan vooral te wijten aan de lage score van gepensioneerde vrouwen. De verklaring ligt voor de hand; doordat vrouwen ouder worden zijn er meer vrouwen op hoogbejaarde leeftijd, deze groep doet het erg slecht wat de lichamelijke functioneringsscore betreft (57,28 op 100).

Tabel 1.21: Lichamelijke functioneringsscore naar betrokkenheid in sociale netwerken.

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Betrokkenheid in sociale relaties.	Laag	87,37	92,71	78,03
	Gemiddeld	88,87	90,72	86,96
	Hoog	90,46	92,95	88,02
Bèta		,038	,049 [#]	,064

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Niet significant op het 0,01-niveau.

In relatie met betrokkenheid in sociale netwerken lijkt er enkel een gradiënt te bestaan bij de vrouwelijke deelpopulatie (tabel 1.21). Voor mannen geven de analysesresultaten geen eenduidig beeld. Vrouwen die zichzelf weinig betrokken voelen in het sociale netwerk halen slechts 77,5 punten op de lichamelijke functioneringsscore (populatiegemiddelde 89,81). Gemiddeld en hoog betrokken vrouwen scoren dicht bij het totale populatiegemiddelde. De verschillen blijven ook in de totale populatie behouden (de gradiënt is echter bijna volledig op rekening van de vrouwen te schrijven).

1.2.4. Gezondheidsklachten.

Met ‘gezondheidsklachten’ worden in deze paragraaf die klachten bedoeld waarvoor niet per se beroep wordt gedaan op een gezondheidswerker. In dit gedeelte van de gezondheidsenquête werd aldus gepeild naar een aantal ruim omschreven, doch specifieke lichamelijke gezondheidsklachten. De volgende groepen van klachten komen aan bod: maagklachten, vermoeidheids- en nerveuze klachten, klachten met betrekking tot de borst- en hartstreek, klachten van het bewegingsapparaat, allergische klachten, klachten over de (bovenste) luchtwegen en hoofdpijn^{30 31}. Deze soorten klachten zijn dan ook opgenomen in de onderstaande gemiddelde score (VOEG-23).

1.2.4.1. Gemiddeld aantal gezondheidsklachten.

De gezondheidsklachten die bevestigd worden in de gezondheidsenquête zijn gebaseerd op de Nederlandse ‘VOEG-vragenlijst’. De gezondheidsenquête maakt gebruik van 23 verschillende items. Deze 23 items werden gesommeerd in een samengestelde variabele, als indicator voor het aantal gezondheidsklachten per respondent.³² Dit aantal klachten slaat niet op een specifieke periode, de periode waarbinnen deze klachten zouden voorkomen is vaag geformuleerd, in de zin van ‘hebt u weleens last van’, of slaan op de actuele situatie. De totale steekproefpopulatie heeft gemiddeld last van iets meer dan vijf (5,65) gezondheidsklachten.

Ondanks de op het eerste gezicht kleine verschillen (tabel 1.22) worden er voor twee van de drie SES-componenten significante resultaten bekomen en zijn de gradiënten eveneens erg rechtlijnig. Personen uit de laagste inkomensgroep (6,27) hebben gemiddeld meer dan één gezondheidsklacht meer dan diegenen uit de hoogste inkomensgroep (5,07). Dit geldt zowel voor vrouwen als voor mannen, de vrouwen doen het over de ganse lijn ongeveer één eenheid slechter. Tot en met de categorie ‘30 001 - 40 000’ blijft men boven het gemiddelde scoren (voor de totale populatie). Het opleidingsniveau - weer de sterkste variabele van de drie - toont een zelfde verval. De ‘range’ tussen de laagste en de hoogste categorie is hier echter groter. Mannen uit de categorie ‘geen/lager onderwijs’ hebben gemiddeld last van 6 op de 23 opgesomde gezondheidsklachten, voor vrouwen zijn dat 7 klachten. Respondenten met een licentiaatdiploma scoren hier 4,49 voor mannen en 5,44 voor vrouwen.

³⁰ Een overzicht van de verschillende specifieke klachten die bevestigd werden, wordt gegeven in de individuele schriftelijke vragenlijst van de gezondheidsenquête p.3.

³¹ Manual 2, p.98 en 99.

³² Manual 2, p.98 en 99.

Tabel 1.22: Gemiddeld aantal gezondheidsklachten naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en professionele categorieën.

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Equivalent inkomen.	< 20 000	6,27	5,84	6,64
	20 000 – 30 000	6,11	5,45	6,66
	30 001 – 40 000	5,84	5,19	6,44
	40 001 – 60 000	5,40	4,63	6,31
	> 60 000	5,07	4,63	5,53
Bèta		,081	,090	,072 [#]
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs	6,55	6,03	7,04
	Lager secundair	5,99	5,27	6,77
	Hoger secundair	5,45	4,68	6,28
	HOKT	5,08	4,26	5,63
	HOLT/HUO	4,88	4,49	5,44
Bèta		,117	,132	,112
Professionele categorieën.	I	5,70	5,05	6,36
	II	5,82	5,09	6,54
	IIIN	5,66	4,98	6,23
	IIIM	5,31	4,73	6,06
	IV	5,32	4,84	5,85
	V	5,84	4,73	7,07
Bèta		,040 [*]	,026 [°]	,053 [*]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd en elkaar.

Niet significant op het 0,01 –niveau.

* Niet significant op het 0,05 –niveau.

° Niet significant op het 0,1 –niveau.

De beroepscategorieën zijn weerom niet significant. Dit gebrek aan significantie is te wijten aan de introductie van de leeftijdsvariabele en de beide andere SES-componenten (in de eerste plaats ‘onderwijsniveau’) in het model. Zonder controle voor de andere variabelen uit het model kan worden vastgesteld dat het gemiddeld aantal gezondheidsklachten toeneemt naarmate de beroepscategorie lager is op deze ordinale schaal.

Tabel 1.23: Gemiddeld aantal gezondheidsklachten naar huiseigendom, huishoudtype en activiteitsstatus.

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Huiseigendom.	Eigenaar	5,34	4,71	5,96
	Niet-eigenaar	6,43	5,63	7,27
Bèta		,105	,094	,121
Type huishouden.	Alleenstaand	6,72	5,38	7,17
	Alleenstaand met kinderen	7,00	5,32	7,10
	Koppel	5,65	5,08	6,32
	Koppel met kinderen	5,50	4,76	6,21
	Complex huishouden	5,40	4,91	5,92
Bèta		,067	,047 [*]	,082
Activiteitsstatus	Gepensioneerd	5,46	4,48	6,30
	Actief of tijdelijk niet-actief	5,27	4,74	6,11
	Werkloos	6,83	5,85	7,55
	Huisman of -vrouw	5,65	5,92	5,62
Bèta		,094	,080	,105

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroepscategorieën.

* Niet significant op 0,05 –niveau.

‘Huiseigendom’ blijkt een relatief sterke verklarende kracht te bezitten (correlatieratio = ,105), ook na controle voor leeftijd en de drie SES-componenten (tabel 1.23). Eigenaars doen het een volle

eenheid beter dan niet-eigenaars. Vooral vrouwen die geen eigen woonst hebben scoren relatief slecht, zij hebben gemiddeld last van meer dan 7 klachten uit het lijstje van 23. Alleenstaanden hebben gemiddeld meer gezondheidsklachten dan koppels of complexe huishoudtypes. Alleenstaande vrouwen doen het het minst goed (7,17), mannen met een partner en kinderen hebben gemiddeld het minste aantal gezondheidsklachten (4,76). De resultaten voor mannen zijn echter niet significant volgens de 0,05 significantiegrens. Wanneer er onderscheid wordt gemaakt naargelang de activiteitsstatus, dan valt op dat werklozen gemiddeld het grootste aantal gezondheidsklachten hebben. Zonder gender-onderscheid te maken hebben werklozen bijna 7 op 23 klachten, terwijl de rest van de steekproef tussen de 5 en de 6 klachten op 23 blijft hangen. Voor werkloze vrouwen ligt het gemiddelde nog wat hoger (7,55). Ook deze variabele behoudt een vrij aanzienlijke verklarende kracht na controle.

Tabel 1.24: Gemiddeld aantal gezondheidsklachten naar betrokkenheid in sociale relaties.

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Betrokkenheid in sociale relaties.	Laag	7,40	6,29	9,43
	Gemiddeld	6,25	5,59	6,95
	Hoog	5,45	4,76	6,12
Bèta		,091	,093	,112

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Voor wat betreft de betrokkenheid in sociale netwerken, komt eveneens een zelfde soort verband naar boven als in de voorgaande paragrafen (tabel 1.24). Die personen die zichzelf een lage mate van betrokkenheid toedichten hebben gemiddeld duidelijk wat meer gezondheidsklachten dan de rest (7,43). Ook de categorie ‘gemiddeld’ scoort boven het populatiegemiddelde. Opmerkelijk is het zeer hoge gemiddeld aantal klachten bij laag betrokken vrouwen. Het gaat hier om een vrij kleine groep in de steekproef, doch een groep die in een precare gezondheidssituatie lijkt te liggen; deze groep heeft gemiddeld meer dan 9 van de 23 opgenoemde gezondheidsproblemen.

1.2.4.2. SF-36-score voor lichamelijke pijn.

Om de mate van lichamelijke pijn uit te drukken wordt beroep gedaan op dat specifieke facet van de SF-36-score. Het gaat hier om een samengestelde variabele op basis van twee vragen uit de gezondheidsenquête. Een eerste vraag betreft de hoeveelheid lichamelijke pijn die tijdens de laatste vier weken werd doorgemaakt, deze variabele bevat zes ordinale antwoordcategorieën (van geen tot heel ernstig). De tweede vraag peilt naar de mate waarin lichamelijke pijn de respondent gedurende de voorbije weken van zijn/haar normale werk heeft gehouden. Deze laatste variabele heeft vijf ordinale antwoordcategorieën (van helemaal niet tot zeer veel).³³

Beide ordinale variabelen worden in de samengestelde SF-36-score voor lichamelijke pijn omgezet tot een parametrische variabele met als maximum 100 (volledig pijnloos) en minimum 0 (op beide oorspronkelijke variabelen de slechtste score). Het gemiddelde voor de totale steekproefpopulatie bedraagt 76,68 op 100.

De SF-36-score voor lichamelijke pijn toont merkelijke verschillen tussen de hoogste en de laagste equivalent inkomenscategorieën (tabel 1.25). Het verschil tussen personen uit een huishouden van de laagste inkomensgroep en de hoogste bedraagt bijna 8 honderdsten. Tot en met een equivalent inkomen van 30 001 - 40 000 BEF wordt er onder het populatiegemiddelde gescoord (76,68). Ook met betrekking tot de lichamelijke pijn-score doen vrouwen het slechter dan mannen, de slechtere resultaten van vrouwen zijn opmerkelijker in de lagere SES-groepen, dan in de hoogste sociaal-economische categorieën.

Het onderwijsniveau heeft, in relatie met de score voor lichamelijke pijn, een iets grotere verklarende kracht dan het equivalent inkomen. De variabele ‘onderwijsniveau’ toont ook een

³³ Voor de juiste antwoordcategorieën; zie individuele schriftelijke vragenlijst p.4.

consistent gradiënt. Individuen met als hoogste diploma lager onderwijs of minder behalen een lichamelijke pijn-score van 72,71 op honderd, wie uit de hoogst geschoolde huishoudens komt bereikt 79,98 punten. Geen enkele categorie van de vrouwelijke deelpopulatie komt boven het totale populatiegemiddelde uit; de combinatie ‘vrouw zijn’ en tot de laagste opleidingscategorie behoren leidt tot het laagste resultaat (69,30 punten).

De variabele voor professionele categorieën lijdt nogmaals aan een gebrek van significantie. Dit gebrek aan significantie is weerom te wijten aan de controle voor leeftijd en de andere SES-componenten, voor controle deden de hoogste beroepsklassen het een stuk beter dan de lagere.

Tabel 1.25: SF-36 –score voor lichamelijke pijn naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en professionele categorieën.

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Equivalent inkomen.	< 20 000	73,11	75,24	71,23
	20 000 – 30 000	73,88	76,69	71,26
	30 001 – 40 000	75,19	77,01	73,53
	40 001 – 60 000	77,82	81,24	73,91
	> 60 000	80,41	81,90	79,03
Bèta		,093	,100	,095
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs	72,71	76,09	69,30
	Lager secundair	75,39	77,74	73,03
	Hoger secundair	77,55	80,35	74,67
	HOKT	76,74	79,21	75,10
	HOLT/HUO	79,98	82,03	76,42
Bèta		,097	,086 [#]	,107
Professionele categorieën.	I	76,93	80,31	73,46
	II	76,30	79,78	72,78
	IIIN	76,19	79,47	73,16
	IIIM	76,65	77,66	75,51
	IV	78,26	78,95	77,57
	V	74,81	75,21	73,36
Bèta		,028 [°]	,045 [°]	,057 [*]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd en elkaar.

Niet significant op het 0,01 –niveau.

* Niet significant op het 0,05 –niveau.

° Niet significant op het 0,1 –niveau.

Atypische werknemers (tabel 1.26) worden minder gehinderd door lichamelijke pijn (82,03) dan de rest van de populatie, deze betere score is nagenoeg volledig op rekening van de mannelijke atypische werknemers te schrijven. De resultaten voor vrouwen zijn niet significant.

Eigenaars van een woning hebben gemiddeld een betere SF-36-score voor lichamelijke pijn dan niet-eigenaars, hier is het verschil in grote mate toe te wijzen aan het aandeel van de vrouwen. Vrouwelijke niet-eigenaars doen het 4 honderdsten slechter dan vrouwelijke eigenaars en 5 honderdsten slechter dan de totale populatie. De analysesresultaten voor mannen zijn niet significant. Alleenstaanden en alleenstaanden met kinderen hebben een slechtere lichamelijke pijn-score dan de rest van de populatie (resp. 74,42 en 73,61). De andere categorieën liggen dicht bij het populatiegemiddelde. Ook hier zijn de resultaten voor de totale populatie in de eerste plaats toe te wijzen aan de ongelijkheden binnen de vrouwelijke deelpopulatie (de subgroep ‘mannen’ is niet significant). Alleenstaande vrouwen (70,28) en alleenstaande vrouwen met kinderen (70,99) hebben gemiddeld een vrij slechte lichamelijke pijn-score.

De variabele activiteitsstatus toont meer complexe verhoudingen. Gepensioneerden - en dan gaat het hier duidelijk om de gepensioneerde mannen (85,42) - doen het nog het best. Gepensioneerde vrouwen doen het ook vrij goed in hun subgroep (75,44), maar de verschillen met de rest zijn minder groot. Mannen die actief zijn op de arbeidsmarkt behalen 79,68 op honderd, maar ook werkloze mannen hebben een vrij goede fysieke pijn-score (77,10). Beide groepen doen het binnen de vrouwelijke subgroep minder goed, hier scoren de huisvrouwen het beste (75,82) en werkloze

vrouwen doen het eerder slecht (70,65). De punten voor op de arbeidsmarkt actieve vrouwen (74,54) liggen dicht bij de resultaten voor huisvrouwen en gepensioneerden.

Tabel 1.26: SF-36-score voor lichamelijke pijn naar werkregime, huiseigendom, huishoudtype en activiteitsstatus.

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Werkregime.	Exclusief dagwerk	79,70	81,39	77,47
	Atypische arbeidsregimes	82,03	83,80	78,64
	Bèta	,044 [#]	,048 [#]	,020 [°]
Huiseigendom.	Eigenaar	77,14	79,50	74,78
	Niet-eigenaar	75,02	78,69	71,24
	Bèta	,038	,015 [°]	,064
Type huishouden.	Alleenstaand	74,42	78,68	70,28
	Alleenstaand met kinderen	73,61	80,14	70,99
	Koppel	76,69	78,33	75,05
	Koppel met kinderen	77,22	80,24	74,09
	Complex huishouden	76,95	79,19	74,47
	Bèta	,041 [#]	,033 [°]	,062 [#]
Activiteitsstatus	Gepensioneerd	79,86	85,42	75,44
	Actief of tijdelijk niet-actief	77,67	79,68	74,54
	Werkloos	73,59	77,10	70,65
	Huisman of -vrouw	76,07	71,12	75,82
Bèta	,067	,113	,057 [#]	

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

Tabel 1.27, tenslotte, bevestigt nogmaals de slechte gezondheidstoestand van die personen die zich slecht geïntegreerd voelen binnen het sociale netwerk. ‘Overall’ ligt de laag geïntegreerde groep (67,98) 10 honderdsten onder het gemiddelde. Vooral de laag geïntegreerde vrouwen - nogmaals; het gaat hier om een erg kleine groep - bereiken een eerder precare toestand (58,14). Laag geïntegreerde mannen blijven dicht bij het gemiddelde (73,72), maar wijken toch ook een zestal honderdsten af van de twee andere categorieën.

Tabel 1.27: SF36 –score voor lichamelijke pijn naar betrokkenheid in sociale netwerken.

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Betrokkenheid in sociale relaties.	Laag	67,98	73,72	58,14
	Gemiddeld	76,80	79,79	73,48
	Hoog	76,88	79,55	74,28
Bèta	,061	,048 [#]	,091	

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

1.2.5. Dentale gezondheid.

Volgens de wereldgezondheidsorganisatie is tandcariës één van de belangrijkste gezondheidsproblemen. Tandcariës is daarenboven een belangrijke oorzaak van andere soorten van morbiditeit. Bijna 98% van de bevolking krijgt voor het 18de levensjaar te maken met tandcariës. Een belangrijke oorzaak van deze tandproblemen zijn de (westerse) voedingsgewoonten.³⁴

Voor België bestaan er nagenoeg geen gegevens over de mond- en tandgezondheid van de bevolking. Ook in de gezondheidsenquête is het moeilijk om directe en objectieve informatie te

³⁴ Manual 2, p.107.

verzamelen over de toestand van het gebit of het tandvlees. Door de specifieke aard van de gezondheidsenquête - namelijk een interview-enquête - blijft men beperkt tot het stellen van vragen die onrechtstreeks te maken hebben met het voorkomen van cariës en paradontopathieën.³⁵

In dit rapport wordt slechts één indicator voor de tand- en mondgezondheid besproken. Deze indicator vormt een beeld van het aantal personen dat niet meer over een eigen gebit beschikt. Het (nog) hebben van een eigen gebit wordt hier vrij strikt geïnterpreteerd; wie nog minstens één tand heeft wordt nog bij de personen met een gebit gerekend. De minder 'extreme' indicator die peilt naar het al dan niet hebben van een gehele of gedeeltelijke tandprothese zorgt voor een moeilijk oplosbaar probleem. Deze indicator groepeerd namelijk twee soorten informatie; de gehele of gedeeltelijke afwezigheid van het gebit en de aanschaf van een kunstgebit of tandprothese als gevolg hiervan.³⁶ Beide soorten informatie kunnen op elkaar inwerken. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat een bepaalde bevolkingsgroep meer kans heeft om een slecht gebit te krijgen, maar minder geneigd is om dit te laten verzorgen en eventueel een prothese te laten plaatsen. Het omgekeerde is eveneens mogelijk. Bijgevolg is het onmogelijk de reden voor het hebben van een prothese te achterhalen; de grotere kans van een bepaalde bevolkingsgroep op het hebben van een tandprothese kan dus zowel een positieve eigenschap - te wijten aan een vluggere interventie - als een negatieve eigenschap - te wijten aan een slechtere mondgezondheid - zijn. De controle-instrumenten die deze enquête ter beschikking stelt lijken ons te weinig verfijnd om aan dit euvel te verhelpen.

1.2.5.1. Geen tanden meer.

In de totale populatie zijn er 11% mensen die al hun tanden kwijt zijn. Binnen de mannelijke sub-groep bedraagt dit 10%. Vrouwen hebben dus een grotere kans om geen tanden meer te hebben (13%).

Tabel 1.28.: Geen tanden meer, frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Neen	7463	86,3	88,6
	Ja	963	11,1	11,4
	SUB TOTAAL	8425	97,4	100
Missing		221	2,6	
	TOTAAL	8647	100,0	

Het equivalent inkomen heeft geen significante invloed op de kans om geen tanden meer te hebben. Zeker binnen de vrouwelijke sub-groep zijn de verschillen onbeduidend. Strikt genomen kunnen er voor mannen wel significante verschillen worden waargenomen (volgens het 0,05-niveau). De laagste inkomensgroep blijkt hier een kleinere kans te hebben om geen tanden meer te hebben. Een consistente interpretatie van deze cijfers is echter moeilijk.

De enige variabele die voor duidelijke variatie zorgt is het opleidingsniveau. Het zijn in de eerste plaats de respondenten uit de laagste opleidingscategorie die een beduidend grotere kans hebben (20 à 22%). Vervolgens neemt de kans om geen tanden meer te hebben lichtjes af naarmate het opleidingsniveau hoger wordt.

Voor wat de beroepsgroepen betreft is een eenduidige interpretatie eveneens onmogelijk. Binnen de vrouwelijke sub-groep lijken de categorieën 'IIN' en 'V' een wat hogere kans te hebben dan de andere groepen. (tabel 1.29)

³⁵ Manual 2, p.107.

³⁶ Manual 2, p.107

Tabel 1.29: Geen echte tanden meer, naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en professionele categorieën (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Equivalent inkomen.	< 20 000	8	3	12
	20 000 – 30 000	12	10	13
	30 001 – 40 000	11	9	13
	40 001 – 60 000	12	11	13
	> 60 000	11	10	12
Bèta		,30*	,057 [#]	,015 [°]
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs	21	22	20
	Lager secundair	11	9	13
	Hoger secundair	9	8	10
	HOKT	7	5	9
	HOLT/HUO	7	5	10
Bèta		,154	,196	,119
Professionele categorieën.	I	11	8	12
	II	10	10	10
	IIIN	13	10	15
	IIIM	11	9	12
	IV	13	12	14
	V	13	10	17
Bèta		,039 [#]	,032 [°]	,059 [#]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd en elkaar.

Niet significant op het 0,01 –niveau.

* Niet significant op het 0,05 –niveau.

° Niet significant op het 0,1 –niveau.

1.2.6. Obesitas.

Als maat voor obesitas wordt gebruik gemaakt van de ‘body mass index’ (of BMI), een algemeen aanvaarde maat voor het uitdrukken van de relatieve lichaamsmassa. De BMI-index wordt berekend door het gewicht (in kg) te delen door de lengte (in m) in het kwadraat³⁷. Wanneer de index het getal 30 overschrijdt is er sprake van obesitas. Deze maat is gemakkelijk af te leiden uit de gegevens over lengte en gewicht van de respondenten in de gezondheidsenquête.³⁸ In een eerste paragraaf wordt de verdeling van obesitas over de volwassen populatie (18+) geanalyseerd, vervolgens wordt de subgroep ‘kinderen’ nader bekeken (1-17).

1.2.6.1. Obesitas bij 18-plussers.

Tabel 1.30 toont de frequentieverdeling van het voorkomen van obesitas in de steekproefpopulatie van de gezondheidsenquête. 10,8% van de populatie heeft op basis van de zelfgerapporteerde lengte en het gewicht een BMI van hoger dan 30 en aldus obesitas.

Tabel 1.30: Obesitas bij 18-plussers, frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Neen	7567	87,5	89,2
	Ja	918	10,6	10,8
SUB TOTAAL		8485	98,1	100,0
Missing		162	1,9	
	TOTAAL	8647	100,0	

³⁷ gewicht (kg)/(lengte (m))².

³⁸ Manual 2, p.102.

De tabel 1.31 geeft de relatie tussen de drie SES-componenten en het voorkomen van obesitas weer. Dit na onderlinge controle tussen de componenten en controle voor leeftijd. Het equivalent inkomen onthult enkel significante verschillen voor de vrouwelijke subpopulatie. Gemiddeld 16% van de vrouwen uit een huishouden met een equivalent inkomen van minder dan 20 000 BEF lijden aan obesitas. Dat is vrijwel tien percent meer dan de vrouwen uit de hoogste inkomenscategorie en zes percent meer dan het totale populatiegemiddelde voor vrouwen en mannen samen. Het aantal respondenten met obesitas is nagenoeg gelijk voor mannen en voor vrouwen.

Het opleidingsniveau is voor de hele populatie significant. In deze bespreking wordt voor de eerste maal gebruik gemaakt van de bredere variabele voor opleidingsniveau. Deze variabele is zowel gedifferentieerd naar niveau als naar studietype in het secundair onderwijs. Uit de analyseresultaten blijkt dat de verschillen tussen de studietypes groter zijn dan de verschillen tussen lager en hoger secundair onderwijs. Eenzelfde gegeven zal ook opduiken in de bespreking van leefstijl en attitude-variabelen. Blijkbaar zijn de inhoudelijke verschillen en de eigenschappen van de personen in de verschillende studietypen verantwoordelijk voor verschillen met betrekking tot attitude-gerelateerde items. Respondenten met 'geen/lager onderwijs' als hoogste diplom niveau, steken alweer boven de andere categorieën uit; zij scoren met 17% het slechtste. Vervolgens wordt de volgende volgorde tussen de studietypes gevolgd: beroeps (slechtste), over technisch tot algemeen vormend onderwijs (beste). De verschillen tussen lager en hoger secundair onderwijs zijn miniem. Beide categorieën voor hoger onderwijs blijven de rangorde volgen en doen het zodus het beste (resp. 8 en 6%).

Voor mannen bezit de variabele 'professionele categorieën' enige significantie. Twee van de manuele beroepsgroepen (IIIM en V) lijken het wat beter te doen dan de rest van de populatie. De niet-manuele categorieën liggen allen boven het gemiddelde van de totale steekproef. Bij de vrouwen is het omgekeerd; hier scoren de manuele beroepsgroepen boven het populatiegemiddelde (maar deze resultaten zijn niet significant).

Tabel 1.31: Obesitas naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en professionele categorieën (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Equivalent inkomen.	< 20 000	12	7	16
	20 000 – 30 000	12	11	12
	30 001 – 40 000	10	10	10
	40 001 – 60 000	11	11	11
	> 60 000	9	12	6
Bèta		,027°	,032°	,067 [#]
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs	17	17	17
	Lager beroeps	13	14	12
	Lager technisch	9	12	4
	Lager alg. vorm.	8	8	9
	Hoger beroeps	14	15	13
	Hoger technisch	11	12	11
	Hoger alg. vorm.	9	9	8
	HOKT	8	9	8
	HOLT/HUO	6	5	6
Bèta		,124	,125	,127
Professionele categorieën.	I	11	12	9
	II	11	11	10
	IIIN	11	12	10
	IIIM	10	7	13
	IV	12	12	11
	V	10	8	13
Bèta		,017°	,061 [#]	,039°

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd en elkaar.

[#] Niet significant op het 0,01 –niveau.

° Niet significant op het 0,1 –niveau.

Overdag werkende vrouwen (tabel 1.32) lijden significant minder (6%) aan obesitas dan de rest van de populatie (11%) en vrouwen in atypische werksituaties (10%). Hetzelfde geldt voor mannen, doch hier is het verschil minder groot en bijgevolg ook niet significant.

Actieven of tijdelijk niet-actieven scoren één percent boven het gemiddelde, gepensioneerden doen het vijf percent beter. Dit laatste is hoofdzakelijk het gevolg van de gepensioneerde mannen, waar slechts 4% aan de criteria voor obesitas voldoet; dit na controle voor de effecten van leeftijd en de drie SES-componenten (voor controle doen de gepensioneerden het het minst goed). Het leeftijdseffect speelt hier zeker een rol; dit blijkt uit de analyseresultaten. Daarenboven neemt het gewicht, naarmate men ouder wordt, los van elk pathologisch gegeven met gemiddeld 5% toe tot de leeftijd van 65 jaar ³⁹. Op de arbeidsmarkt actieve respondenten doen het, tenslotte, slechter dan werklozen en huismannen/-vrouwen.

Tabel 1.32: Obesitas naar werkregime en activiteitsstatus (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Werkregime.	Exclusief dagwerk	8	10	6
	Atypische arbeidsregimes	12	12	10
Bèta		,048 [#]	,032 [°]	,063 [#]
Activiteitsstatus	Gepensioneerd	6	4	9
	Actief of tijdelijk niet-actief	12	13	11
	Werkloos	11	11	12
	Huisman of -vrouw	11	3	11
Bèta		,072 [#]	,115 [#]	,034 [°]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

1.2.6.2. Obesitas bij jonger dan 18-jarigen.

De minder dan 18-jarigen (tabel 1.33) vormen een subgroep van 2.022 respondenten, of 18,7% van de totale steekproef. Van deze groep kan er 5,5% (of 110 personen) als zwaarlijvig omschreven worden. Er dient hier opgemerkt dat een aantal van de voorheen gebruikte variabelen in dit geval niet bruikbaar zijn. Voor het opleidingsniveau, het werkregime, de activiteitsstatus, huiseigendom en de mate van integratie in sociale netwerken zijn geen of onvolledige gegevens beschikbaar voor deze subgroep. Het gebrek aan gegevens voor het opleidingsniveau wordt opgevangen door gebruik te maken van het hoogste opleidingsniveau binnen het huishouden waaruit de respondent afkomstig is. De andere indicatoren, waarvoor geen informatie voorhanden is, werden niet in de analyse betrokken.

Met betrekking tot het equivalent inkomen van het huishouden en de beroeps categorie waartoe het huishouden behoort, alsmede het type huishouden zijn wel voldoende gegevens beschikbaar (tabel 1.34). Doch, de variabele voor equivalent inkomen is totaal niet significant en wordt dan ook niet besproken.

De enige bruikbare variabelen van de SES-componenten zijn de variabelen voor de beroepsgroep en het opleidingsniveau waartoe het huishouden van de respondent behoort.

³⁹ manual 2, p.102.

Tabel 1.33: Obesitas bij jonger dan 18-jarigen, frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Neen	1912	17,7	94,5
	Ja	110	1,0	5,5
SUB TOTAAL		2022	18,7	100,0
Missing		8764	81,3	
	TOTAAL	10786	100,0	

De drie niet-manuele categorieën in de indicator voor het beroepsniveau doen het merklijk beter dan de manuele. Ze hebben ook allemaal gemiddelde waarden die onder het populatiegemiddelde liggen (5,5%); meisjes uit een huishouden dat tot beroepsgroep 'II' behoort scoren het best (2,62%). De waarden voor categorie IIIM liggen nog een beetje in de buurt van de voorgaande. Categorieën IV en V zijn - zeker voor jongens - met een duidelijk verschil slechter dan de rest. In de subgroep van de meisjes ligt de breuk nog duidelijker op de grens tussen manueel en niet-manueel. Jongens uit categorie IV hebben de grootste kans op obesitas; hier is 16% zwaarlijvig.

Jonger dan 18-jarigen uit een huishouden (diplomaniveau is hier op het niveau van het huishouden gemeten) dat tot een lagere opleidingscategorie behoort hebben op basis van deze gegevens meer kans om obesitas te hebben dan diegenen uit hoger geschoolde huishoudens. De laagste opleidingscategorie behaalt een score van om en bij de 30%. Aan deze hoge score dient niet zo'n groot belang te worden gehecht daar de categorie 'geen diploma' een erg klein aantal respondenten telt. De aandacht dient eerder op de volgende opleidingscategorieën te worden gericht; in deze groepen is wel een representatief aantal respondenten aanwezig. Ook hier blijft een opleidingsgebonden gradiënt aanwezig. Binnen de groep van de mannelijke jongeren is het in de eerste plaats de categorie 'lager onderwijs' (10%) die slechter scoort dan de hoger geschoolde groepen (4 à 6%). Bij vrouwen liggen de percentages van de hoogste opleidingsgroepen dicht bij elkaar (4 à 5%), meisjes die tot de categorie 'lager secundair onderwijs' (9%) of 'lager onderwijs' (16%) behoren, hebben meer kans om obesitas te hebben.

Kinderen die niet tot een huishouden met twee partners behoren, blijken eveneens vaker zwaarlijvig te zijn. De verhoudingen liggen echter vrij ingewikkeld; jongens uit een huishouden met slechts één ouder doen het met veel verschil (11%) slechter dan diegenen uit een traditioneel huishouden of een huishouden met een complexe samenstelling. Het 'overall' slechtere resultaat voor complexe huishoudens wordt grotendeels ingegeven door de niet-significante resultaten voor meisjes uit een Complex huishouden Voor jongens lijkt deze huishoudens-variabele een sterke verklarende kracht te bezitten ($B\grave{e}ta = ,129$).

Tenslotte dient nog vermeld te worden dat ook hier de geslachtsverschillen zonder differentiatie naar andere kenmerken miniem zijn. 5,8% van de jongens hebben obesitas, bij de meisjes is dat 5,1%.

Tabel 1.34: Obesitas bij jonger dan 18-jarigen naar equivalent inkomen, beroeps categorieën en huishoudtype (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Equivalent inkomen.	< 20 000	9	7	11
	20 000 – 30 000	6	8	4
	30 001 – 40 000	4	4	5
	40 001 – 60 000	5	5	5
	> 60 000	5	8	2
Bèta		,047°	,080°	,084°
Professionele categorieën.	I	3	3	4
	II	4	5	3
	IIIN	5	5	4
	IIIM	8	7	8
	IV	11	16	8
	V	12	11	12
Bèta		,121	,145	,122 [#]
Opleidingsniveau.	Geen diploma	29	31	28
	Lager onderwijs	13	10	16
	Lager secundair	3	6	9
	Hoger secundair	4	4	4
	Hoger onderwijs	5	6	5
Bèta		,144	,114 [#]	,197
Type huishouden.	Alleenstaand met kinderen	9	11	5
	Koppel met kinderen	4	4	4
	Complex huishouden	7	5	10
Bèta		,082 [#]	,129	,072°

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen en professionele categorieën.

Niet significant op het 0,01-niveau.

° Niet significant op het 0,1-niveau.

1.2.7. Mentale gezondheid.

Ongeveer 15% van de bevolking zou lijden aan niet ernstige vormen van psychische ongezondheid. Een kleiner percentage lijdt aan meer ernstige, diagnoseerbare, vormen van psychische problemen. Deze psychische problemen zijn niet direct een oorzaak van sterfte - met uitzondering van zelfmoord. Maar, ze leiden wel tot menselijk lijden, een laag sociaal bewustzijn en beperkingen in het normale maatschappelijke en sociale functioneren.⁴⁰

Om de mentale gezondheidsverschillen in kaart te brengen in dit rapport, wordt gebruik gemaakt van een indicator die een afgeleide is van een theoretisch concept in de 'General Health Questionnaire' (GHQ). Dit concept gaat er van uit dat ziekte een breuk is met de gewone toestand en dat mentale ongezondheid, bij gevolg, zich uit in bepaalde periodes van het leven. Er wordt door middel van verschillende respons-items gepeild naar symptomen die men meer of minder dan gewoonlijk ervaart in de laatste twee weken. De gezondheidsenquête gebruikt drie dimensies uit deze GHQ-indicatoren voor mentale gezondheid, namelijk; angst en slapeloosheid, sociaal disfunctioneren en depressieve stemming. De respondenten kunnen antwoorden in vier categorieën: van 'beter dan gewoonlijk' tot 'veel slechter dan gewoonlijk'.⁴¹

De antwoorden op de verschillende items werden gedichotomiseerd⁴² volgens de categorieën (veel) slechter/beter of hetzelfde. De scores voor de in totaal 12 items worden vervolgens gesommeerd, zodat er een algemene maat voor de evolutie in de mentale gezondheid ontstaat.

Er dient dan ook de aandacht op te worden gevestigd dat deze indicator enkel de evolutie in mentale gezondheid weergeeft. Er wordt hier niet rechtstreeks een uitspraak gedaan over wie psychisch ongezond of gezond is. Dat is ook de verklaring waarom het aantal respondenten in de categorie

⁴⁰ Manual 2, p.108.

⁴¹ Manual 2, p.109 en 110.

⁴² Voor de juiste werkwijze; zie manual 2, p.110 en 111.

‘slechter’ met 31% (tabel 1.35) ruimschoots het geschatte aantal personen met psychische gezondheidsproblemen (15%) overstijgt. Niet alle individuen die hun mentale gezondheid zien achteruit gaan hebben daarom mentale gezondheidsproblemen.

Tabel 1.35: Mentale gezondheid, frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Gewoon/beter	5740	66,4	68,9
	(Veel) slechter	2593	30,0	31,1
	SUB TOTAAL	8333	96,4	100,0
Missing		314	3,6	
	TOTAAL	8647	100	

Op de laagste inkomenscategorie na, loopt de gradiënt vrij consistent voor wat betreft het equivalent inkomen (tabel 1.36): de lagere inkomenscategorieën merken vaker een verslechtering in hun mentale gezondheid dan de hogere inkomensgroepen. De categorie ‘20 000 - 30 000’ doet het het minst goed (35%), de hoogste inkomensgroep het best (28%). Vrouwen zien hun mentale gezondheid gemiddeld vaker verslechteren in vergelijking met mannen. Voor de onderwijs-variabele zijn de verschillen nog wat sterker, deze variabele heeft ook de hoogste correlatieratio (alg.= 0,085). De kloof ligt weer tussen geen of lager onderwijs en de rest van de onderwijscategorieën. In de mannelijke subgroep klaagt 32% van de laagste opleidingscategorie over een slechtere mentale gezondheid dan gewoonlijk, dezelfde categorie haalt in de vrouwelijke deelpopulatie 43%. Na ‘hoger secundair onderwijs’ stagneert het dalende effect, of neemt het aantal mensen met een slechtere mentale gezondheid dan gewoonlijk terug een weinig toe. (alg. Hoger Sec. = 27%, HOLT/HUO = 31%).

De indicator voor de professionele categorieën voldoet met moeite aan de significantie-vereisten. Enkel de resultaten voor vrouwen zijn duidelijk significant. Vrouwen uit de beroepscategorieën IIIM en IV voelen zich minder vaak mentaal minder gezond dan gewoonlijk in vergelijking met de andere beroepsgroepen. Er zit echter weinig lijn in deze variabele.

Tabel 1.36: (Veel) slechtere mentale gezondheid dan gewoonlijk naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en professionele categorie (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Equivalent inkomen.	< 20 000	33	30	36
	20 000 – 30 000	35	30	39
	30 001 – 40 000	33	27	38
	40 001 – 60 000	28	24	34
	> 60 000	28	28	28
Bèta		,057	,058[#]	,069[#]
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs	37	32	43
	Lager secundair	31	28	34
	Hoger secundair	27	23	32
	HOKT	28	21	32
	HOLT/HUO	31	28	36
Bèta		,085	,089	,088
Professionele categorieën.	I	32	29	35
	II	32	26	39
	IIIN	32	26	37
	IIIM	27	25	30
	IV	27	28	27
	V	30	24	37
Bèta		,045[#]	,036[°]	,077

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd en elkaar.

Niet significant op het 0,01-niveau.

* Niet significant op het 0,05-niveau.

° Niet significant op het 0,1-niveau.

Atypische werknemers voelen zich minder dikwijls mentaal ongezonder dan voorheen (tabel 1.37) in vergelijking met personen die enkel overdag werken. Dit verschil manifesteert zich het best in de vrouwelijke subgroep (atyp. = 27%, dagw. = 35%). Bij de mannen ligt het verschil in dezelfde lijn, doch het is erg klein en niet significant.

Eigenaars voelen zich mentaal beter dan niet-eigenaars. Dit geldt voor beide geslachten. 29% van de eigenaars in de totale populatie rapporteert een slechtere mentale gezondheid dan gewoonlijk, voor de niet-eigenaars is dit 35%.

Alleenstaanden met kinderen doen het dan weer het minst goed wanneer er een onderscheid wordt gemaakt naar het huishoudtype. Dit is volledig op rekening van de alleenstaande vrouwen te schrijven; 44% van deze groep ziet haar mentale gezondheid er op achteruit gaan. Deze categorie wordt gevolgd door de alleenstaanden zonder kinderen, ook deze groep ligt zowel voor mannen als voor vrouwen boven het populatiegemiddelde. Koppels zonder kinderen zien hun mentale toestand het minst in de slechte richting evolueren (alg. = 29%), de koppels met kinderen en de complexe huishoudens liggen hier dicht bij.

Wanneer er een onderscheid naar activiteitsstatus gemaakt wordt, dan zijn het de werklozen die het minst goed scoren; 40% van de mannelijke en 42% van de vrouwelijke werklozen ziet zijn/haar mentale gezondheid erop achteruit gaan. Zeker voor mannen is dit, in vergelijking met de andere categorieën, een slecht resultaat. Huismannen zitten op hetzelfde niveau als dat van de werklozen, huisvrouwen doen het veel beter, slechts 28% van hen ziet de mentale toestand achteruit gaan - het beste resultaat van de gehele vrouwelijke populatie. Gepensioneerden en actieven behalen in de gehele populatie ongeveer hetzelfde niveau, gepensioneerde mannen doen het echter een stuk beter dan de actieve mannen. Bij de gepensioneerde mannen hebben gemiddeld 20 op 100 personen een mentale gezondheid die er slechter dan gewoonlijk aan toe is, dat is het beste resultaat.

Tabel 1.37: (Veel) slechtere mentale gezondheid dan gewoonlijk naar werkregime, huiseigendom, type huishouden en activiteitsstatus (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Werkregime.	Exclusief dagwerk	30	26	35
	Atypische arbeidsregimes	25	25	27
	Bèta	,040 [#]	,012 [°]	,071 [#]
Huiseigendom.	Eigenaar	29	25	33
	Niet-eigenaar	35	30	39
	Bèta	,052	,051	,058
Type huishouden.	Alleenstaand	36	34	38
	Alleenstaand met kinderen	36	13	44
	Koppel	29	25	32
	Koppel met kinderen	31	27	36
	Complex huishouden	30	25	35
	Bèta	,051	,071	,056 [#]
Activiteitsstatus	Gepensioneerd	28	20	34
	Actief of tijdelijk niet-actief	29	26	35
	Werkloos	41	40	42
	Huisman of -vrouw	29	41	28
	Bèta	,075	,111	,081

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

Het verband tussen de evolutie in de mentale gezondheid en de mate van betrokkenheid in sociale netwerken heeft de grootste verklarende kracht ($R = 145$ (alg.)) (tabel 1.38). Meer dan de helft van de mannen die zich slechts laag betrokken voelt in zijn sociale netwerk, heeft ook problemen met zijn mentale gezondheid. Vrouwen uit deze categorie doen nog slechter, hier klaagt maar liefst 72%

over de mentale gezondheid. Wie zichzelf in hoge mate betrokken voelt, haalt het beste resultaat (alg. = 28%). Er is dus een duidelijk verband tussen de mate van maatschappelijke integratie en het niveau van de mentale gezondheid.

Tabel 1.38: (Veel) slechtere mentale gezondheid dan gewoonlijk naar betrokkenheid in sociale netwerken (in procenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Betrokkenheid in sociale relaties.	Laag	60	52	72
	Gemiddeld	40	34	46
	Hoog	28	23	32
Bèta		,145	,149	,154

1.2.8. Sociale gezondheid.

De WHO heeft haar definitie van het begrip gezondheid uitgebreid met de dimensie ‘sociale gezondheid’. Op deze manier wordt de sociale gezondheid door de WHO op één lijn geplaatst met lichamelijke en mentale gezondheid, toch is de integratie van de sociale dimensie in het gezondheidsbegrip nog controversieel. Eenduidigheid over wat met het begrip juist bedoeld wordt en hoe het geïndiceerd kan worden bestaat evenmin. In elk geval, het begrip ‘sociale gezondheid’ verwijst naar de kwaliteit van de interactie tussen het individu en zijn/haar sociale omgeving. Sociale interactie zou een positieve invloed hebben op de gezondheid omdat sociale interactie tegemoet komt aan de menselijke basisbehoeften aan affectie, sociale contacten en veiligheid. Verder kan sociale interactie stressreducerend werken door interpersoonlijke spanningen en conflicten te verminderen en het kan individuen beschermen tegen de gevolgen van stress.⁴³

In deze analyse worden twee indicatoren voor de sociale gezondheid besproken. Een eerste indicator zal mogelijke verschillen in de appreciatie van de sociale contacten rapporteren. De tweede indicator legt de band met het maatschappelijk functioneren. Het gaat hier om een stuk van de SF-36-score, namelijk de vraag in welke mate de lichamelijke gezondheid of emotionele problemen een normale omgang met anderen verstoort.

1.2.8.1. Appreciatie van sociale relaties.

Dit item is gebaseerd op de vraag ‘hoe vindt u uw sociale contacten?’ uit de gezondheidsenquête. De respondenten konden antwoorden in vier categorieën van ‘zeer bevredigend’ tot ‘echt onbevredigend’. Deze vier mogelijkheden werden samengevoegd in een dichotome variabele; ‘zeer bevredigend’ en ‘vrij bevredigend’ vormen samen de categorie ‘high’, ‘vrij onbevredigend’ en ‘echt onbevredigend’ vormen samen ‘low’. Bijna 94% (tabel 1.39) van de respondenten beoordeeld zijn/haar eigen sociale relaties als goed of Hoog 94% percent van de respondenten die hun relaties hoog inschatten lijkt een onrealistisch hoog percentage. Er moet hier echter benadrukt worden dat deze vraag refereert aan een eigen perceptie en dat de kwaliteit van iemands sociaal leven zeer persoonsgebonden beoordeeld wordt. Een alleenstaande met een zeer beperkte kennissenkring kan zijn sociale contacten bij wijze van spreken even bevredigend vinden als een koppel met een uitgebreid sociaal-cultureel leven. Waarschijnlijk zou een dergelijk item, wanneer het gemeten wordt met een objectief criterium - als dat al zou kunnen - een veel hoger aantal niet-bevredigende relaties onthullen.

In de onderstaande analyse wordt de mate van betrokkenheid in sociale netwerken niet besproken; de onderlinge verbondenheid van deze onafhankelijke indicator met de afhankelijke zou aanleiding kunnen geven tot een tautologie.

⁴³ Manual 2, p.113.

Tabel 1.39: Appreciatie van sociale contacten, frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Low	504	5,8	6,0
	High	7827	90,5	94,0
	SUB TOTAAL	8331	96,3	100,0
Missing		316	3,7	
	TOTAAL	8647	100	

Tabel 1.40 geeft met betrekking tot het equivalent inkomen vrij beperkte verschillen weer. Personen die tot een huishouden uit de laagste inkomensgroep behoren schatten hun sociale relaties voor 91% hoog in, 95% van de personen die tot de hoogste equivalent inkomenscategorie behoren vinden hun sociale contacten bevredigend. Over het algemeen zijn er weinig verschillen tussen de mannelijke en de vrouwelijke deelpopulatie.

Het aantal individuen met bevredigende sociale contacten loopt op naarmate het opleidingsniveau verhoogt, dit in elk geval toch voor de mannen. Enkel de hoogste opleidingscategorie doet het terug slechter - zelfs tot op het niveau van de laagste categorie. Staan hoger opgeleiden wat kritischer ten overstaan van de kwaliteit van hun sociale leven? Voor wat de vrouwelijke subgroep betreft zijn er blijkbaar geen verschillen naargelang het opleidingsniveau, de resultaten van de analyse zijn dan ook niet significant.

De professionele status van het huishouden geeft een genuanceerd beeld. De laagste beroepscategorie (V = ongeschoolde manuele arbeiders of basisberoepen) doet het over de hele lijn heel wat slechter dan de rest van de beroepsgroepen. Mannelijke manuele werknemers uit klasse IIIM zijn het vaakst tevreden over hun sociale contacten (98%); de mannen uit categorie IV zijn in 94 gevallen op honderd tevreden. De manuele categorieën scoren bij de mannen dus op gelijke hoogte, of zelfs iets beter dan de niet-manuele categorieën. De vrouwelijke deelpopulatie toont een omgekeerd beeld; hier is het duidelijk dat de manuele groepen lichtjes slechter scoren dan de niet-manuele groepen.

Tabel 1.40: Appreciatie van sociale contacten als hoog naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en beroepscategorieën. (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Equivalent inkomen.	< 20 000	91	92	90
	20 000 – 30 000	92	90	93
	30 001 – 40 000	94	93	94
	40 001 – 60 000	96	96	95
	> 60 000	95	95	94
	Bèta	,067	,091	,053 [#]
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs	93	91	94
	Lager secundair	94	94	94
	Hoger secundair	94	95	93
	HOKT	96	97	95
	HOLT/HUO	92	91	94
	Bèta	,052 [#]	,089	,048 [°]
Professionele categorieën.	I	94	94	95
	II	94	93	94
	IIIN	94	94	95
	IIIM	97	98	95
	IV	92	94	91
	V	87	88	86
	Bèta	,078	,092	,092

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd en elkaar.

[#] Niet significant op het 0,01-niveau.

^{*} Niet significant op het 0,05-niveau.

[°] Niet significant op het 0,1-niveau.

Het huishoudtype waartoe men behoort (tabel 1.41) is als indicator voor de appreciatie van de sociale contacten enkel relevant met betrekking tot de mannelijke respondenten (de resultaten voor vrouwen zijn niet significant). Voor mannen heeft de indicator huishoudtype een sterke verklarende kracht ($R= 0,110$). Het is vooral de categorie ‘alleenstaande mannen’ die sterk afwijkt naar beneden toe: slechts 87% is tevreden over zijn sociale contacten. Alleenstaande vrouwen wijken niet af van de rest van de populatie. Alleenstaande mannen met kinderen zijn dan weer in grote mate tevreden (dit is echter een zeer kleine groep). De andere categorieën scoren - ook voor mannen - op eenzelfde niveau en vrij dicht bij het populatiegemiddelde.

Ook met betrekking tot de activiteitsstatus zijn de verschillen voor mannen sprekender dan voor vrouwen. Het is eveneens een eerder precaire groep - namelijk de werklozen - die verantwoordelijk is voor de grotere afwijkingen in de mannelijke deelpopulatie: slechts 87% van de werkloze mannen is tevreden over zijn sociale contacten. Gepensioneerde mannen (92%) doen het iets slechter dan mannen die actief zijn op de arbeidsmarkt (96%). Werkloze vrouwen (91%) doen het ook wat slechter dan de rest van de populatie, maar de verschillen zijn voor vrouwen toch minder groot.

Op basis van deze resultaten kan gesteld worden dat mannen meer hinder dan vrouwen ondervinden voor hun sociaal leven wanneer ze tot een sociaal minder voordelige groep behoren.

Tabel 1.41: Appreciatie van sociale contacten als hoog naar huishoudtype en activiteitsstatus (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Type huishouden.	Alleenstaand	90	87	93
	Alleenstaand met kinderen	95	98	93
	Koppel	95	94	94
	Koppel met kinderen	94	94	94
	Complex huishouden	95	96	95
Bèta		,063	,110	,024 ^o
Activiteitsstatus	Gepensioneerd	94	92	94
	Actief of tijdelijk niet-actief	96	96	95
	Werkloos	89	87	91
	Huisman of -vrouw	93	98	93
Bèta		,081	,112	,063 [#]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

^o Niet significant op 0,1 –niveau.

1.2.8.2. SF-36-score voor invloed van lichamelijke en mentale gezondheid op sociale contacten.

Deze SF-36-score voor sociale contacten is gebaseerd op een dubbele vraagstelling. Eén vraag peilt naar de mate waarin de lichamelijke gezondheid of emotionele problemen een normale omgang met familie, vrienden of burens hinderen⁴⁴. Een tweede vraag betreft de frequentie waarin lichamelijke of emotionele problemen de normale omgang met anderen hebben gehinderd⁴⁵. Deze beide items uit de gezondheidsenquête worden samengevoegd tot de SF-36-score voor sociale contacten die hier zal besproken worden⁴⁶. De SF-36-score varieert tussen 0 en 100. Een lage score wijst erop dat sociale contacten extreem en frequent worden gehinderd door lichamelijke of emotionele gezondheidsproblemen. Bij een hoge score worden de sociale contacten niet of nauwelijks gehinderd door voornoemde problemen.

Het populatiegemiddelde bedraagt 82,5 punten op 100, voor de mannelijke subgroep is dit 85, voor de vrouwen 80.

⁴⁴ Zie schriftelijke vragenlijst p.4.

⁴⁵ Zie schriftelijke vragenlijst p.15.

⁴⁶ voor de juiste samenvoeg –procedure; zie manual 2, p.114.

Het equivalent inkomen (tabel 1.42) is de sterkste verklarende indicator van de drie SES-componenten (R - alg. = ,116). Individuen uit de laagste inkomenscategorïe scoren 79,63 punten op honderd, wie tot de hoogste inkomenscategorïe behoort behaalt gemiddeld 86,83. Dit is een range van meer dan 7 honderdsten. Bij de vrouwelijke populatie is deze range tussen de beste en de slechtste categorïe groter dan bij de mannen. Er is een duidelijke breuk tussen de allerhoogste inkomenscategorïe (bij mannen ook de tweede hoogste) en de rest van de populatie.

Ook in relatie met het onderwijsniveau kent de score een graduele verbetering naarmate het onderwijsniveau verhoogt. Vrouwen blijven - ook ondanks een hoger opleidingsniveau - slechter scoren dan mannen.

Het verband met de beroepsklasse waartoe het huishouden behoort is niet significant voor de mannelijke subgroep. Toch wijkt de mannelijke subgroep niet echt af van het beeld dat duidelijker naar voor komt bij de vrouwen; de manuele categorïeën 'IIIM' en 'IV' behalen een hogere score dan de rest van de populatie. Categorïe 'V' keert terug naar het niveau van de niet-manuele groepen.

Een opmerkelijk verschil in vergelijking met de variabele voor de mate van appreciatie van de sociale contacten is dat met betrekking tot de SF-36-score wel genderverschillen opduiken. Voor de mate van appreciatie behaalden mannen en vrouwen ongeveer dezelfde gemiddelden. Dit kan een illustratie zijn van het subjectieve karakter van de in de voorgaande paragraaf besproken variabele.

Tabel 1.42: SF-36-score voor invloed van lichamelijke en mentale gezondheid op sociale contacten naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en beroeps-categorïeën.

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Equivalent inkomen.	< 20 000	79,63	81,96	77,59
	20 000 – 30 000	78,83	80,80	77,10
	30 001 – 40 000	81,31	83,22	79,57
	40 001 – 60 000	83,94	87,32	80,02
	> 60 000	86,38	87,64	85,13
Bèta		,116	,133	,106
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs	78,75	81,36	76,23
	Lager secundair	81,78	84,68	78,78
	Hoger secundair	83,77	86,21	81,17
	HOKT	83,55	86,76	81,32
	HOLT/HUO	84,06	85,54	81,65
Bèta		,087	,087	,090 [#]
Professionele categorïeën.	I	81,43	84,21	78,72
	II	82,18	85,22	79,13
	IIIN	81,91	83,91	80,07
	IIIM	84,73	86,94	82,01
	IV	84,27	85,79	82,58
	V	81,67	85,68	77,36
Bèta		,053 [#]	,050 [°]	,062 [#]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd en elkaar.

Niet significant op het 0,01-niveau.

° Niet significant op het 0,1-niveau.

Huiseigendom heeft, na controle voor leeftijd en SES, enkel een significante relatie met de SF-36-score bij de vrouwelijke groep (tabel 1.43). Vrouwen die geen eigen woning bezitten doen het meer dan 4 honderdsten slechter (76,85) op de SF-36-score voor sociale contacten dan eigenaars. Bij de mannen levert dit onderscheid geen significante verschillen op.

Alleenstaanden (80,24) en vooral alleenstaanden met kinderen (78,25) behalen een minder goede score in vergelijking met de andere categorïeën en het populatiegemiddelde. Ook hier zijn de verschillen bij vrouwen manifester en is de relatie in de mannelijke subgroep niet significant volgens het 0,05 significantie-niveau.

Werklozen hebben over het algemeen de laagste score - het resultaat voor huismannen (wat een extreem kleine groep is) niet te na gesproken. Over het algemeen halen werklozen 80,77 punten op 100. Werkloze vrouwen doen het het minst goed in deze categorie (78,44). Gepensioneerde vrouwen bereiken hetzelfde niveau als de werkloze vrouwen (78,95); gepensioneerde mannen scoren op het niveau van de op de arbeidsmarkt actieve mannen (86,27). Het gemiddelde voor huisvrouwen, tot slot, (82,14) is beter dan dat van op de arbeidsmarkt werkende vrouwen (81,05).

Tabel 1.43: SF-36-score voor invloed van lichamelijke en mentale gezondheid op sociale contacten naar huiseigendom, huishoudtype en activiteitsstatus.

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Huiseigendom.	Eigenaar	83,13	85,25	81,03
	Niet-eigenaar	80,68	84,38	76,85
Bèta		,050	,019°	,083
Type huishouden.	Alleenstaand	80,24	82,91	77,31
	Alleenstaand met kinderen	78,25	80,77	76,88
	Koppel	83,23	84,91	81,43
	Koppel met kinderen	82,49	85,62	79,40
	Complex huishouden	83,19	85,50	80,73
Bèta		,055	,048*	,064#
Activiteitsstatus	Gepensionerd	82,01	86,22	78,95
	Actief of tijdelijk niet-actief	84,34	86,27	81,05
	Werkloos	80,77	83,58	78,44
	Huisman of -vrouw	81,46	68,99	82,14
Bèta		,065	,095	,057#

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

* Niet significant op 0,05 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

1.2.9. Samenvatting.

Respondenten met een hogere sociaal-economische status (equivalent inkomen, opleidingsniveau en beroeps categorie) hebben over het algemeen een betere gezondheidstoestand dan sociaal-economisch lager gesitueerden. De eersten hebben een betere subjectieve gezondheid, hebben minder kans op chronische aandoeningen en op belemmeringen ten gevolge van die chronische aandoeningen. Ook korte en langdurige functiebeperkingen komen minder voor bij de sociaal-economisch beter geplaatste categorieën. Daarenboven hebben zij minder gezondheidsklachten, een betere gebitstoestand en minder kans op obesitas. Tenslotte hebben ze over het algemeen een betere mentale en sociale gezondheidstoestand. De houders van een ‘HOLT/HUO-diploma’ hebben een iets slechtere sociale gezondheid dan diegenen met een diploma ‘hoger onderwijs van het korte type’.

De sociaal-economische verschillen zijn het grootst voor de subjectieve gezondheid, de chronische gezondheidsproblemen, de lichamelijke functioneringsscore en het gemiddeld aantal gezondheidsklachten. Het opleidingsniveau geeft aanleiding tot de grootste verschillen. In het geval van de variabele ‘obesitas’ speelt het onderwijstype dat gevolgd werd in het secundair onderwijs een duidelijke rol (de algemeen vormende richtingen doen het veel beter).

De sterkte van de variabele ‘beroeps categorie’ wordt uitgehold na controle voor het equivalent inkomen en het opleidingsniveau.

Mannen hebben bijna steeds een betere gezondheidstoestand dan vrouwen. Voor wat de variabele ‘zwaarlijvigheid’ betreft, zijn er weinig verschillen. De gender-verschillen op het gebied van de sociale gezondheid zijn afhankelijk van de verklarende variabele die geanalyseerd wordt; zo hebben

werkloze mannen een slechtere sociale gezondheid dan werkloze vrouwen. Voor de actieven is het net omgekeerd.

De verschillen naargelang het werkregime zijn genuanceerd. Werknemers in een atypisch werkregime hebben meer langdurige lichamelijke beperkingen, een minder goede lichamelijke functioneringsscore, een hogere lichamelijke pijnscore en een grotere kans op een slechte mentale gezondheid. Werknemers in een klassiek arbeidsregime scoren slechter dan atypische werknemers op het gebied van chronische beperkingen, kortdurende beperkingen en obesitas.

Eigenaars van een woning hebben een kleinere kans op chronische belemmeringen, kortdurende lichamelijke beperkingen en een slechte mentale gezondheid. Daarenboven heeft deze groep een kleiner gemiddeld aantal gezondheidsklachten en een betere lichamelijke pijn- en sociale functioneringsscore. Toch hebben de eigenaars van een woning een slechtere subjectieve gezondheid dan de niet-eigenaars. Dit is een illustratie van het feit dat ‘gezond zijn’ voor verschillende groepen een verschillende inhoud heeft.

Mensen die alleenstaand zijn hebben over de hele lijn een slechtere gezondheidstoestand dan mensen met een partner. Wie kinderen heeft (zowel koppels als alleenstaanden), heeft een grotere kans op een slechtere mentale gezondheid.

Wanneer gedifferentieerd wordt naar de activiteitsstatus, blijkt dat twee groepen duidelijk tegenover elkaar komen te staan: werkenden en werklozen. Werklozen hebben over het algemeen een slechtere gezondheidstoestand dan de rest van de populatie. Op drie variabelen scoren ze beter: ze hebben minder last van belemmeringen ten gevolge van een chronische toestand en hebben minder kans op kortdurende of langdurige functiebeperkingen. Personen die actief zijn op de arbeidsmarkt hebben de grootste kans om weinig gezondheidsproblemen te hebben en zich gezond te voelen.

Personen die actief zijn op de arbeidsmarkt hebben de grootste kans om weinig gezondheidsproblemen te hebben en zich gezond te voelen.

1.3 Gebruik van gezondheidsdiensten en geneesmiddelenconsumptie.

1.3.1. Diensten van de huisarts.

In België bestaat reeds sinds 1979 een ‘huisartsenpeilnetwerk’, een informatienetwerk waarbij een aantal morbiditeitgegevens uit de huisartsenpraktijk worden geregistreerd. Zo’n netwerk is zonder twijfel objectiever dan de informatie die vergaard wordt in een gezondheidsenquête. Maar in de gezondheidsenquête wordt de informatie over het aantal contacten met de huisarts en de redenen voor die contacten bekomen vanuit het standpunt van de patiënt. Informatieverzameling vanuit dit standpunt kan andere perspectieven openen. De betrouwbaarheid van de informatie is echter kleiner, in de eerste plaats omdat respondenten zich hun contacten met de arts niet steeds goed herinneren, maar ook omwille van het vertrouwelijk karakter van de informatie. Hierdoor worden een aantal contacten niet of verkeerdelijk vermeld.⁴⁷

De resultaten van de onderstaande analyses worden, net zoals in het voorgaande hoofdstuk, gecontroleerd voor leeftijd en de verschillende SES-componenten, daarenboven worden deze analyses ook gecontroleerd voor ‘gezondheidsstatus’. Het is hier niet meer de bedoeling verschillen in ziekteprevalentie te meten, maar de verschillen in medische consumptie. Daarom wordt door middel van controle de ziekteprevalentie in de verschillende categorieën gelijk gehouden. Als controlevariabele voor de gezondheidsstatus wordt de variabele voor subjectieve gezondheid gebruikt, die reeds in het eerste hoofdstuk besproken werd.

⁴⁷ Manual 4, p.189.

1.3.1.1. Aantal contacten met de huisarts.

In de volgende analyse worden de verschillen tussen bevolkingscategorieën in het gemiddeld aantal huisartsbezoeken besproken. Het gaat dan niet enkel om de personen die één of meerdere malen naar de huisarts gingen, ook de groep van respondenten die de huisarts niet bezocht binnen de referentieperiode is in dit gemiddelde verrekend. In eerste instantie worden de verschillen gemeten zonder een controle uit te voeren voor eventuele verschillen in de gezondheidstoestand van de personen uit de verschillende categorieën. Nadien worden dezelfde analyses weergegeven, maar dan met controle voor eventuele gezondheidsverschillen.

- Zonder controle voor de gezondheidsstatus.

De variabele die als enige voor echt significante verschillen zorgt is het opleidingsniveau.

In relatie met het equivalent inkomen wordt geen eenduidig verband gevonden. De middengroepen lijken - in de eerste plaats binnen de vrouwelijke sub-groep - een iets hoger gemiddelde te hebben dan de uiterste inkomenscategorieën. De inkomensgroep '30 001 - 40 000' behaalt het hoogste gemiddelde (0,88), de laagste inkomensgroep heeft hier ook het laagste gemiddelde (0,72).

Wanneer het opleidingsniveau in beschouwing wordt genomen, dan is het in de eerste plaats de laagste opleidingscategorie die het hoogste gemiddelde behaalt. Hier is het juist de middengroep 'hoger secundair', die het laagste gemiddelde heeft (dit zowel bij mannen als bij vrouwen).

Voor wat de variabele 'professionele categorieën' betreft, zijn er enkel binnen de totale populatie significante verschillen. Respondenten uit de categorie 'IV' hebben gemiddeld het grootste aantal huisartscontacten (0,92). Personen uit de hoogste beroepsgroep hebben gemiddeld het minste huisartscontacten (0,73). (tabel 1.44)

Tabel 1.44: Gemiddeld aantal huisartscontacten, naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en professionele categorieën:

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Equivalent inkomen.	< 20 000	,72	,57	,86
	20 000 – 30 000	,81	,65	,95
	30 001 – 40 000	,88	,65	1,10
	40 001 – 60 000	,76	,61	,93
	> 60 000	,75	,63	,88
Bèta		,037 [#]	,018 [°]	,049 [*]
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs	1	,81	1,17
	Lager secundair	,83	,62	1,05
	Hoger secundair	,69	,56	,82
	HOKT	,87	,70	,99
	HOLT/HUO	,73	,58	,95
Bèta		,095	,102	,093
Professionele categorieën.	I	,73	,56	,88
	II	,76	,59	,92
	IIIN	,87	,67	1,04
	IIIM	,78	,64	,96
	IV	,92	,76	1,10
V	,76	,61	,93	
Bèta		,044 [#]	,050 [°]	,043 [°]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd en elkaar.

Niet significant op 0,01 –niveau.

* Niet significant op 0,05 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

Naast de sociaal-economische indicatoren is er nog één variabele die aanleiding geeft tot significante verschillen in de frequentie van het huisartsbezoek, namelijk; het huishoudtype. De resultaten zijn enkel significant voor de vrouwen in de populatie. Alleenstaande vrouwen gaan

gemiddeld vaker naar de huisarts dan vrouwen met een partner. Vrouwen met kinderen blijken gemiddeld minder vaak naar de huisarts te gaan dan vrouwen zonder kinderen. (tabel 1.45)

Tabel 1.45.: Gemiddeld aantal huisartscontacten, naar arbeidsregime, huiseigendom en huishoudtype.

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Type huishouden.	Alleenstaand	,91	,65	1,17
	Alleenstaand met kinderen	,93	,56	1,05
	Koppel	,81	,70	,92
	Koppel met kinderen	,73	,57	,88
	Complex huishouden	,80	,61	1,00
Bèta		,042 [#]	,047 [°]	,055 [#]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

* Niet significant op 0,05 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

- Met controle voor de gezondheidsstatus.

Wanneer dezelfde analyses worden uitgevoerd met een controle voor de gezondheidsstatus, dan veranderen de gradiënten toch enigszins. Voor wat het equivalent inkomen betreft blijven de resultaten weinig significant. Enkel bij vrouwen zijn er wat verschillen; de vrouwen uit de middengroepen gaan gemiddeld het vaakst naar de huisarts, de vrouwen uit de laagste twee inkomenscategorieën gaan gemiddeld het minst.

Zonder controle voor de gezondheidsstatus gaan lager geschoolden gemiddeld vaker naar de huisarts. Als er wel een controle wordt gedaan, dan behaalt de laagste opleidingscategorie een hoger gemiddelde dan de twee daaropvolgende categorieën. Bij vrouwen scoren de hoogste opleidingsgroepen dan terug op het niveau van de laagste, binnen de sub-groep van de mannen blijft het gemiddelde van deze groepen lager dan in vergelijking met de laagste opleidingscategorie. Dit geldt in de eerste plaats voor mannen.

De variabele ‘professionele categorieën’ vertoont geen significante verschillen, er vallen daarenboven weinig afwijkingen op in vergelijking met de ongecontroleerde waarden. (tabel 1.46)

De variabele ‘huishoudtype’ geeft na controle voor de gezondheidsstatus geen aanleiding meer tot significante verschillen.

Tabel 1.46.: Gemiddeld aantal huisartscontacten, naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en professionele categorieën.

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Equivalent inkomen.	< 20 000	,67	,54	,79
	20 000 – 30 000	,75	,60	,88
	30 001 – 40 000	,85	,64	1,05
	40 001 – 60 000	,79	,64	,94
	> 60 000	,82	,66	,97
Bèta		,033*	,024°	,045*
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs	,91	,80	1,02
	Lager secundair	,78	,59	,97
	Hoger secundair	,72	,59	,86
	HOKT	,91	,73	1,04
	HOLT/HUO	,77	,60	1,02
Bèta		,070	,095	,056*
Professionele categorieën.	I	,72	,56	,88
	II	,77	,64	,89
	IIIN	,86	,66	1,04
	IIIM	,80	,64	,99
	IV	,86	,68	1,05
	V	,77	,63	,92
Bèta		,037*	,034°	,045°

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, subjectieve gezondheid en elkaar.

Niet significant op 0,01 –niveau.

* Niet significant op 0,05 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

1.3.1.2. Vaste huisarts.

Deze vraag met betrekking tot het hebben van een vaste huisarts werd toegevoegd in het licht van de ontwikkelingen rond het centraal medisch dossier en de discussie rond de toenemende coördinerende rol van de huisarts binnen het systeem van de gezondheidszorg.⁴⁸ In de gezondheidsenquête werd aan de respondenten gevraagd of ze een vaste huisarts hebben; de antwoordcategorieën 'ja' en 'neen' worden in de analyse gebruikt, de categorie 'weet niet' wordt als missing value gedefinieerd.

Uit tabel 1.47 mag blijken dat 7% van de totale populatie geen vaste huisarts heeft, dus 93% van de bevolking gaat consequent naar dezelfde huisarts (grand mean = 93).

Tabel 1.47: Vaste huisarts, frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Neen	592	6,8	6,9
	Ja	8026	92,8	93,1
SUB TOTAAL		8618	99,7	100,0
Missing		28	,3	
	TOTAAL	8647	100,0	

Vrouwen hebben iets vaker een vaste huisarts dan mannen (92%, respectievelijk 94%). Uit de analysesresultaten voor het equivalent inkomen in tabel 1.48 blijkt dat ook de richting van de relatie voor beide geslachten wat verschilt. De laagste twee inkomenscategorieën doen het zowel in de vrouwelijke als in de mannelijke populatie minder goed dan de rest (alg.: 89 en 90 percent). De inkomenscategorie '30 001 - 40 000' bezit het hoogste aantal personen met een vaste huisarts; voor mannen bedraagt dit 95% en voor vrouwen 97%. Bij de vrouwelijke respondenten blijft dit aantal ook in de nog hogere inkomensgroepen op eenzelfde niveau. Voor wat betreft de mannelijke

⁴⁸ Manual 4, p.190.

populatie is er opnieuw een afname bij de inkomensgroepen van hoger dan 40 000 BEF. In de categorie '> 60 000' heeft 92% een vaste huisarts.

Eenzelfde afname in de hoogste categorieën valt ook op met betrekking tot de variabele opleidingsniveau. Het aantal personen met een vaste huisarts blijft stabiel (of neemt lichtjes toe) tot het niveau 'hoger secundair'. Nadien valt zowel voor mannen als vrouwen een daling op, die zich nog sterker doorzet bij de respondenten waarbij een licentiaatsdiploma het hoogste opleidingsniveau is. De categorie 'HOLT/HUO' bezit dus het kleinste aantal respondenten met een vaste huisarts (alg. = 88%).

De beroepsvariabele geeft in grote lijnen dezelfde verhoudingen als het equivalent inkomen te zien. Ook hier scoort de laagste beroepscategorie relatief laag (alg. = 90%), de categorieën IV tot IIIN liggen ongeveer op eenzelfde niveau, waarna er weer een daling optreedt in de hoogste twee categorieën (resp. 93% (II) en 91% (I)). In de mannelijke subgroep doet de categorie V het beduidend slechter (86%) dan in de subgroep van de vrouwen.

De richting van het verband dat zowel voor het equivalent inkomen als de beroepscategorieën tot uiting komt zou kunnen verklaard worden door twee specifieke invloeden met eenzelfde effect. In de laagste sociaal-economische groepen kunnen de materiële condities dermate slecht zijn dat men in die mate bespaart op medische zorgen, dat er geen sprake is van een regelmatig patroon met betrekking tot het bezoeken van een zelfde huisarts. Dit zou ook het gebrek aan afwijking van de laagste groepen in de opleidingsvariabele verklaren: opleiding is niet rechtstreeks verbonden met de materiële positie. De afwijking van de hogere sociaal-economische strata kan dan weer te maken hebben met een kritische houding tegenover medische zorgverleners, waardoor men niet gedurende een lange periode dezelfde huisarts blijft bezoeken.

Tabel 1.49 toont aan dat niet-eigenaars over het algemeen 5% minder vaak een vaste huisarts hebben dan eigenaars. Dit verschil is hoofdzakelijk te wijten aan de mannelijke deelpopulatie; 94% van de eigenaars heeft hier een vaste huisarts, terwijl dat voor de niet-eigenaars 88% bedraagt. De verschillen zijn voor de vrouwen wat minder groot; er is slechts 2% verschil tussen beide categorieën.

Alleenstaande mannen hebben minder een vaste huisarts dan mannen die tot een koppel behoren (80 vs 90%). Het hebben van kinderen heeft eveneens een positieve invloed op het hebben van een vaste huisarts. 97% van de mannen uit een koppel met kinderen heeft een vaste huisarts. Alleenstaande vrouwen (93%) scoren op hetzelfde niveau als vrouwen die een partner hebben (92%). De aanwezigheid van kinderen is ook bij vrouwen verantwoordelijk voor een toename van het aantal respondenten met een vaste huisarts. Over het algemeen lijkt de variabele voor het huishoudtype relatief sterk verbonden te zijn met het al dan niet hebben van een vaste huisarts; voor mannen bedraagt de correlatieratio 0,196.

Tabel 1.48: Vaste huisarts naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en professionele categorieën (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Equivalent inkomen.	< 20 000	89	87	90
	20 000 – 30 000	90	88	91
	30 001 – 40 000	96	95	97
	40 001 – 60 000	95	94	96
	> 60 000	94	92	96
Bèta		,098	,105	,101
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs	94	93	95
	Lager secundair	94	93	95
	Hoger secundair	96	94	97
	HOKT	93	91	94
	HOLT/HUO	88	88	89
Bèta		,088	,082	,096
Professionele categorieën.	I	91	90	93
	II	93	92	93
	IIIN	95	94	96
	IIIM	97	97	98
	IV	96	93	99
	V	90	86	93
Bèta		,089	,096	,097

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, subjectieve gezondheid en elkaar.

De activiteitsstatus vertoont een veel minder significante band met de mate waarin de populatie op een vaste huisarts beroep doet. Enkel voor mannen kunnen er significante verschillen opgemerkt worden. Een opvallende vaststelling is dat zieken en gehandicapten (88%) minder vaak een vaste huisarts hebben dan gemiddeld in de volledige mannelijke populatie (92%). Ook werklozen behalen een score van 88%. Actieven en gepensioneerd komen dicht bij het populatiegemiddelde. Binnen de groep van de vrouwelijke respondenten zijn er geen significante verschillen waar te nemen, zieke, gehandicapte (97%) en werkloze (93%) vrouwen bereiken hetzelfde niveau als het populatiegemiddelde van de vrouwen (94%).

Tabel 1.49: Vaste huisarts naar huiseigendom, huishoudtype en activiteitsstatus (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Huiseigendom.	Eigenaar	95	94	95
	Niet-eigenaar	90	88	93
Bèta		,082	,113	,044 [#]
Type huishouden.	Alleenstaand	87	80	93
	Alleenstaand met kinderen	96	92	96
	Koppel	91	90	92
	Koppel met kinderen	97	97	96
	Complex huishouden	96	95	96
Bèta		,142	,196	,088
Activiteitsstatus	Ziek/gehandicapt	92	88	97
	Gepensioneerd	94	92	94
	Actief of tijdelijk niet-actief	94	93	95
	Werkloos	91	88	93
	Huisman of -vrouw	95	91	96
Bèta		,041 [#]	,064 [#]	,036 [°]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, subjectieve gezondheid, equivalent inkomen, opleiding en beroepscategorieën.

[#] Niet significant op 0,01 –niveau.

[°] Niet significant op 0,1 –niveau.

De mate van betrokkenheid in sociale netwerken (tabel 1.50) voldoet eveneens enkel voor de mannelijke subgroep aan de significantievereisten (0,05-significantiegrens). Echter, zowel voor mannen als vrouwen tekent zich een gelijkaardig gradiënt af, de verschillen onder de mannen zijn wel groter. De categorie ‘laag betrokkenen’ doet het over het algemeen slechter (88%). Diegenen die zich in hoge mate betrokken voelen in het sociale netwerk scoren in beide deelpopulaties boven het populatiegemiddelde (alg = 94%).

Tabel 1.50: Vaste huisarts naar mate van betrokkenheid in sociale netwerken (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Betrokkenheid in sociale relaties.	Laag	88	88	89
	Gemiddeld	93	90	95
	Hoog	94	93	95
Bèta		,046	,056 [#]	,039 [*]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, subjectieve gezondheid, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

* Niet significant op 0,05 –niveau.

1.3.2. Diensten van de specialist.

1.3.2.1. Contact met de specialist tijdens de laatste twee maanden.

In België, waar de tweede lijn onmiddellijk toegankelijk is voor de patiënt, vormen contacten met een specialist een belangrijk deel van de medische consumptie. De vragen in verband met specialistische contacten slaan op contacten in het ziekenhuis; in een privé-kabinet, raadplegingen op de dienst spoedgevallen en telefonische contacten.⁴⁹

Onderstaande analyse is gebaseerd op de volgende enquêtevraag: ‘Hebt u de afgelopen twee maanden contact gehad met een specialist?’ Tabel 1.51 geeft de frequentieverdeling weer: 21,3% van de respondenten heeft in de laatste twee maanden voor het interview een specialist gecontacteerd in verband met een gezondheidsprobleem. Bij mannen bedraagt het populatiegemiddelde 16,2% en bij vrouwen 26,2%.

Ook in deze analyses wordt de bijkomende controlevariabele ‘gezondheidsstatus’ gebruikt.

Tabel 1.51: Contact met de specialist tijdens de laatste twee maanden, frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Neen	6757	78,1	78,7
	Ja	1826	21,1	21,3
SUB TOTAAL		8583	99,3	100,0
Missing		64	0,7	
	TOTAAL	8647	100,0	

Na controle voor leeftijd, de andere sociaal-economische determinanten en, vooral, gezondheidsstatus, valt een duidelijk patroon van meer consumptie in de richting van de hogere sociaal-economische categorieën op (tabel 1.52). De significantiegraad van de verschillende variabelen is over het algemeen niet erg hoog.

Wanneer de 0,05-significantiegrens gehanteerd wordt, dan zijn met betrekking tot het equivalent inkomen van het huishouden, enkel de resultaten voor de vrouwen interpreteerbaar. In laatstgenoemde subgroep groeit de hoeveelheid personen die contact hadden met een specialist, naarmate de inkomenscategorie waartoe het huishouden behoort hoger is. Vrouwen uit een huishouden met een equivalent inkomen van minder dan 20 000 BEF behalen 23%, terwijl 33% van de vrouwen uit de hoogste inkomenscategorie binnen de referentieperiode een specialist raadpleegden. Ondanks de niet significante resultaten voor de mannelijke subgroep, behouden de

⁴⁹ Manual 4, p.196.

resultaten voor de totale populatie een gelijkaardig gradiënt, doch enkel de hoogste twee categorieën wijken af (-20 000 = 20%, + 60 000 = 25%).

Respondenten met een hoger dan secundair diploma gaan vaker naar de specialist. Weer geldt dit eigenlijk vooral voor de vrouwen. De resultaten voor mannen voldoen niet aan de 0,05-significantiegrens. Vrouwen met als hoogste diploma 'hoger secundair onderwijs' gaan het minst naar de specialist (23% is tijdens de laatste twee maanden geweest), vrouwen die tot de categorie 'HOLT/HUO' behoren gaan het vaakst (35%).

De variabele voor het beroepsniveau toont de duidelijkste verschillen ($R = ,061$). Er valt een breuk op tussen de manuele en de niet-manuele beroepen (wat toch een ondersteuning is voor de relevantie en de actualiteit van een dergelijke opdeling). Het aantal respondenten dat een specialist bezocht ligt tussen 21 en 23% in de niet-manuele categorieën, in de manuele categorieën varieert dit percentage tussen 16 en 18%. Opnieuw zijn de verschillen grotendeels terug te voeren tot de vrouwelijke populatie, doch de breuk manueel/niet-manueel lijkt een algemene trend (zij het minder uitgesproken bij mannen). Vrouwen uit de laagste twee beroepsgroepen gaan weer terug meer naar de specialist dan vrouwen uit de voorgaande categorie (23 à 26% versus 19%). Voor mannen geldt dit niet.

Tabel 1.52: Contact met de specialist tijdens de laatste twee maanden naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en professionele categorieën (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Equivalent inkomen.	< 20 000	20	18	23
	20 000 – 30 000	20	14	24
	30 001 – 40 000	20	15	25
	40 001 – 60 000	21	16	26
	> 60 000	25	17	33
Bèta		,039*	,031°	,061#
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs	21	15	26
	Lager secundair	21	19	24
	Hoger secundair	19	14	23
	HOKT	25	16	31
	HOLT/HUO	23	16	35
Bèta		,061	,053*	,093
Professionele categorieën.	I	21	17	26
	II	23	17	29
	IIIN	23	16	28
	IIIM	16	14	19
	IV	18	12	26
	V	17	12	23
Bèta		,061	,051°	,070#

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, subjectieve gezondheid en elkaar.

Niet significant op 0,01 –niveau.

* Niet significant op 0,05 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

Niet-eigenaars blijken lichtjes meer beroep te doen op specialistische medische diensten dan eigenaars (tabel 1.53). De relaties voldoen echter in geen enkel geval aan de 0,05-significantienorm. Alleenstaande vrouwen (29%) gaan wat vaker naar een specialist dan de rest van de vrouwelijke populatie, voor alleenstaande vrouwen met kinderen (35%) geldt dit nog meer. Mannen uit een complex huishouden (13%) komen duidelijk minder dan de rest van de mannelijke respondenten in contact met een specialist.

Tabel 1.53: Contact met de specialist tijdens de laatste twee maanden naar huiseigendom, huishoudtype en activiteitsstatus (in procenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Huiseigendom.	Eigenaar	20	15	26
	Niet-eigenaar	22	17	28
Bèta		,021*	,030*	,018°
Type huishouden.	Alleenstaand	23	18	29
	Alleenstaand met kinderen	30	13	35
	Koppel	22	18	27
	Koppel met kinderen	20	15	24
	Complex huishouden	19	13	25
Bèta		,055	,051 [#]	,057*

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, subjectieve gezondheid, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

De mate van betrokkenheid in het sociale netwerk (tabel 1.54) staat enkel bij de mannen in relatie met het al dan niet beroep doen op de diensten van een specialist. Mannen die zichzelf slechts laag betrokken voelen in hun sociale omgeving doen veel minder beroep op een specialist (8%). Deze groep (zowel de laag geïntegreerden in het algemeen, als de mannelijke laag geïntegreerden) blijkt medisch in een eerder precare situatie te verkeren. Uit het vorige hoofdstuk mocht reeds blijken dat deze categorie voor de meerderheid van de indicatoren duidelijk over een slechtere gezondheid beschikt. Daarenboven blijkt nu ook de medische consumptie van deze respondenten op een lager peil te staan; ze gaan minder naar de huisarts, hebben minder vaak een vaste huisarts en doen ook minder vaak een beroep op de medische zorgen van een specialist.

Het significantieniveau van deze relaties is echter erg laag (R alg. = ,027).

Tabel 1.54: Contact met de specialist tijdens de laatste twee maanden naar mate van betrokkenheid in sociale netwerken (in procenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Betrokkenheid in sociale relaties.	Laag	15	8	26
	Gemiddeld	20	17	25
	Hoog	21	16	26
Bèta		,027*	,044 [#]	,009°

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, subjectieve gezondheid, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

* Niet significant op 0,05 –niveau.

1.3.3. Diensten van de tandarts.

1.3.3.1. Laatste contact met de tandarts minder of meer dan een jaar geleden.

Over het algemeen wordt er in ons land relatief weinig belang gehecht aan de dentale gezondheid. De reden waarom het gebruik van tandheelkundige zorgen niet groot is, is dan ook eerder te wijten aan een gebrek aan aandacht voor dentale gezondheid dan aan een goede tandhygiëne. Uit een studie van de UCL blijkt dat jongeren en gezonde mensen meer gebruik maken van tandheelkundige zorgen dan ouderen en mensen met gezondheidsproblemen.⁵⁰

In dit deel over het gebruik van tandartsvoorzieningen wordt gewerkt met een variabele die aangeeft of de respondent al dan niet binnen het jaar voorafgaand aan de gezondheidsenquête naar de tandarts is geweest. Deze contacten met de tandarts omvatten zowel de curatieve als de preventieve component (men kan er trouwens van uit gaan dat er een omgekeerd evenredig verband bestaat tussen het gebruik van preventieve zorgen en zware behandelingen⁵¹). De hypothese bij het gebruik van deze variabele is dat personen uit de hogere sociaal-economische strata ten eerste meer

⁵⁰ Manual 4, p.200.

⁵¹ Manual 4, p. 200.

preventief gedrag vertonen en ten tweede sneller op mogelijke problemen anticiperen door naar de tandarts te gaan, waardoor ze bijgevolg vaker binnen het jaar een tandarts zouden bezoeken.

De onderstaande tabel (tabel 1.55) verdeelt de populatie in respondenten die binnen het jaar voor de gezondheidsenquête naar de tandarts gingen en respondenten voor wie het op dat moment al langer geleden was. In de oorspronkelijke variabele was er eveneens een categorie met respondenten die nog nooit naar de tandarts gingen (vooral jongeren). Deze - beperkte - groep werd samengevoegd met diegenen die al langer dan een jaar niet meer bij de tandarts waren geweest.

Van de totale populatie ging 49% binnen het jaar voor de enquête nog naar de tandarts. Mannen lijken minder regelmatig een tandarts te bezoeken (46% binnen het jaar) en vrouwen wat meer (51%).

De resultaten in de analyse zijn gecontroleerd voor leeftijd, de SES-componenten en de variabele voor gezondheidsstatus (subjectieve gezondheid). Om de relatie met het opleidingsniveau duidelijk te maken werd de meer gedetailleerde classificatie van opleidingsniveaus gebruikt. De verschillende studietypes binnen het secundair onderwijs zorgden voor niet verwaarloosbare verschillen; waarschijnlijk heeft de band van deze variabele met leefstijl en attitudes daar een hand in.

Tabel 1.55: Laatste contact met de tandarts, frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Langer dan een jaar of nog nooit	4168	48,2	51,1
	Binnen het jaar	3994	46,2	48,9
	SUB TOTAAL	8161	94,4	100
Missing		485	5,6	
	TOTAAL	8647	100	

De categorie '≤ 20 000' vormt een uitzondering op het gradiënt binnen de variabele voor het equivalent inkomen - die vooral belangrijk blijkt voor de vrouwelijke populatie (tabel 1.56). Personen uit de laagste inkomenscategorie (alg. = 45%) gaan vaker naar de tandarts dan de categorieën daar net boven (ze hebben waarschijnlijk meer dentale problemen), eigenlijk geldt dit enkel voor de vrouwelijke deelgroep. Bij de vrouwen is er vanaf de categorie 20 000 - 30 000 (42%) een consistente gradiënt tot en met de hoogste inkomenscategorie (59%). Dus, de vrouwen uit een huishouden met een hoog equivalent inkomen zijn vaker binnen het jaar naar de tandarts geweest dan diegene die tot een lagere inkomensgroep behoren. De mannelijke populatie kent opnieuw een afname na de categorie 30 001 - 40 000. Een hypothetische verklaring hiervoor is dat er onder mannen meer variatie tussen de verschillende inkomensgroepen bestaat naargelang tandgezondheid⁵².

⁵² De controlevariabele 'subjectieve gezondheid' meet waarschijnlijk in zeer beperkte mate de dentale gezondheid.

Tabel 1.57: Laatste contact met de tandarts binnen het jaar naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en professionele categorieën (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Equivalent inkomen.	< 20 000	45	38	52
	20 000 - 30 000	43	44	42
	30 001 - 40 000	51	51	51
	40 001 - 60 000	51	48	55
	> 60 000	51	44	59
Bèta		,069	,068 [#]	,111
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs	37	33	41
	Lager BSO	41	42	41
	Lager TSO	42	39	46
	Lager ASO	50	50	51
	Hoger BSO	45	37	55
	Hoger TSO	52	49	54
	Hoger ASO	57	52	61
	HOKT	55	51	58
	HOLT/HUO	59	60	58
Bèta		,150	,176	,144
Professionele categorieën.	I	52	50	54
	II	49	47	51
	IIIN	50	46	53
	IIIM	49	46	51
	IV	45	41	49
	V	46	47	45
Bèta		,041 [*]	,048 [°]	,039 [°]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, subjectieve gezondheid en elkaar.

° Niet significant op 0,1-niveau.

Het opleidingsniveau is met betrekking tot deze relatie een erg sterke variabele ($R_{alg.} = 0,150$). De band met de leefstijl-factor werd reeds aangehaald. Personen zonder diploma of met enkel een diploma lager onderwijs scoren over het algemeen het minst goed (37% ging binnen het jaar), dit uit zich vooral bij de mannelijke respondenten. Binnen het secundaire onderwijsniveau is er zowel variatie tussen lager en hoger secundair onderwijs, als tussen de drie verschillende studietypes. Huishoudens waar hoger secundair onderwijs het hoogste studieniveau is komen er beter uit dan huishoudens met lager secundair onderwijs. Algemeen vormend onderwijs doet het ook beter dan beroepsonderwijs - TSO ligt hiertussen. Een persoon die tot de categorie 'lager beroepsonderwijs' behoort gaat in 41% van de gevallen binnen het jaar naar een tandarts, iemand die tot de categorie 'hoger ASO' behoort doet dit in 57% van de gevallen. Mensen met een licentiaatsdiploma doen het nog wat beter ($alg. = 59%$). Ook in relatie met het opleidingsniveau doen vrouwen het heel wat beter dan mannen.

De variabele 'professionele categorie' voldoet nooit aan het 0,05-significantieniveau, waardoor de resultaten van de analyse geen interpreteerbare verschillen vertonen. Voor controle voor de andere variabelen in het model zijn er wel verschillen naargelang de beroeps categorie van het huishouden waartoe men behoort; de hogere beroepsklassen gaan dan vaker binnen het jaar naar de tandarts dan de lagere.

Tabel 1.58: Laatste contact met de tandarts binnen het jaar naar huiseigendom, huishoudtype en activiteitsstatus (in procenten)

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Huiseigendom.	Eigenaar	51	48	54
	Niet-eigenaar	44	43	46
Bèta		,060	,046 [#]	,070
Type huishouden.	Alleenstaand	46	44	48
	Alleenstaand met kinderen	49	56	48
	Koppel	45	45	46
	Koppel met kinderen	52	49	54
	Complex huishouden	51	45	56
Bèta		,059	,044 [°]	,082
Activiteitsstatus	Ziek/gehandicapt	37	35	42
	Gepensioneerd	45	44	46
	Actief of tijdelijk niet-actief	49	47	52
	Werkloos	47	45	47
	Huisman of -vrouw	58	61	59
Bèta		,082	,060 [#]	,093

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, subjectieve gezondheid, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

Personen die geen eigen woning bezitten (44%) zijn ook na controle voor de SES-indicatoren, leeftijd en subjectieve gezondheid minder vaak binnen het jaar naar de tandarts geweest dan eigenaars van een woning (51%) (tabel 1.58). De verschillen tussen de beide categorieën van de onafhankelijke variabele komen duidelijker tot uiting binnen de vrouwelijke dan binnen de mannelijke subgroep.

De relatie tussen een regelmatig tandartsbezoek en het type huishouden waartoe men behoort is enkel relevant voor de vrouwen. Vrouwen met een partner en kind(eren) zijn vaker binnen het jaar naar de tandarts geweest (54% tov populatiegemiddelde voor vrouwen 51%), ook vrouwen uit complexe huishoudens scoren hoger dan het gemiddelde (56%). De andere categorieën scoren lager dan het gemiddelde voor vrouwen. Vrouwen met enkel een partner hebben de laagste score (46%). Zieken en gehandicapten gaan het minst op regelmatige basis naar de tandarts (alg. 37%), huismannen en -vrouwen bereiken de hoogste score (alg. 58%). Ongeveer de helft van de actieve bevolking is binnen het jaar voor de enquête naar de tandarts geweest, gepensioneerden (45%) en werklozen (47%) doen het wat minder goed. Deze vaststellingen ondersteunen de stelling dat de consumptie van tandheelkundige zorgen hoger is bij jongere mensen en personen in goede gezondheid⁵³. Deze vaststellingen kunnen hier nog aan toevoegen dat ook sociaal-economisch beter gepositioneerden (hoger inkomen en opleiding, actieven op de arbeidsmarkt, huiseigenaars) meer gebruik maken van tandheelkundige zorgen.

1.3.4. Opnames in het ziekenhuis.

De opnames in een ziekenhuis kunnen een indicatie geven voor het aantal ernstige gezondheidsproblemen in een samenleving. Heden ten dage is echter, door een verbetering in een aantal behandelingsmethoden en de begeleiding van zieken, de aard van de institutionele zorg veranderd. De hospitalisatie heeft met andere woorden haar rol als predictor van het aantal ernstige aandoeningen wat verloren. Toch blijft het ziekenhuis elementair voor het leveren van vooral acute gezondheidszorgverlening en neemt het een belangrijk aandeel van de gezondheidsuitgaven voor haar rekening.⁵⁴

⁵³ Manual 4, p.200.

⁵⁴ Manual 4, p.202.

In de gezondheidsenquête wordt een referentieperiode van 12 maanden gehanteerd met betrekking tot de opnames in het ziekenhuis. Hospitalisatie ten gevolge van een bevalling wordt niet meegerekend, daghospitalisatie wel.⁵⁵

1.3.4.1. Ziekenhuisopname in het jaar voorafgaand aan de enquête?

Tabel 1.59: Opname in het ziekenhuis, frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Neen	7468	86,4	87,2
	Ja	1098	12,7	12,8
SUB TOTAAL		8566	99,1	100
Missing		81	0,9	
	TOTAAL	8647	100	

Uit de bovenstaande tabel kan worden opgemaakt dat 12,8% van de totale populatie in het jaar voorafgaand aan de enquête werd opgenomen in het ziekenhuis (tabel 1.59). Binnen de sub-groep van de mannen werd 11% van de respondenten in het ziekenhuis opgenomen, bij de vrouwen is dit 14,5%.

- Zonder controle voor de gezondheidsstatus.

Naargelang het equivalent inkomen vertonen enkel de analyseresultaten voor vrouwen significante verschillen. Vrouwen uit de hoogste inkomensgroep hebben een grotere kans om in het ziekenhuis te zijn opgenomen dan de andere inkomensgroepen. Deze andere groepen vertonen weinig onderlinge verschillen.

Personen met een lager opleidingsniveau - zowel mannen als vrouwen - hebben een grotere kans om in het ziekenhuis te zijn opgenomen dan hoger geschoolden. Binnen de totale populatie heeft de categorie 'geen/lager onderwijs' de hoogste score (19%) en de categorie 'HOLT/HUO' de laagste (9%).

Voor wat betreft de professionele categorieën, zijn er enkel significante verschillen waar te nemen binnen de sub-groep van de vrouwen. Vrouwen uit de groep 'IIIN' hebben de hoogste score (18%), vrouwen uit de hoogste beroepsgroep hebben de laagste score (11%). (tabel 1.60)

⁵⁵ Manual 4,p.202.

Tabel 1.60: Opname in het ziekenhuis, naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en professionele categorieën (in procenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Equivalent inkomen.	< 20 000	10	6	14
	20 000 – 30 000	14	13	14
	30 001 – 40 000	12	10	13
	40 001 – 60 000	12	12	13
	> 60 000	16	10	22
Bèta		,41 [#]	,049 [*]	,081
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs	19	15	22
	Lager secundair	14	14	15
	Hoger secundair	12	11	12
	HOKT	10	5	13
	HOLT/HUO	9	9	9
Bèta		,106	,117	,114
Professionele categorieën.	I	12	13	11
	II	13	11	15
	IIIN	15	11	18
	IIIM	12	10	14
	IV	10	8	12
Bèta		,043 [#]	,050 [°]	,070 [#]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd en elkaar.

Niet significant op 0,01 –niveau.

* Niet significant op 0,05 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

Eigenaars van een woning hebben minder kans om in het ziekenhuis te zijn opgenomen in vergelijking met niet-eigenaars van een woning (tabel 1.61). Ook hier zijn enkel bij vrouwen de verschillen echt significant.

Alleenstaande vrouwen met kinderen hebben duidelijk een grotere kans om gehospitaliseerd te zijn binnen de referentieperiode dan vrouwen uit de andere huishoudenscategorieën. Koppels scoren heel wat lager, maar ook de alleenstaande vrouwen zonder kinderen hebben een veel kleinere kans. De verschillen binnen de mannelijke sub-groep zijn niet-significant.

Het resultaat voor gepensioneerde mannen (2%) wijkt af van de cijfers van de mannen uit andere categorieën en van de resultaten voor gepensioneerde vrouwen (17%). Voornoemde groep heeft het minste kans om in het ziekenhuis te zijn opgenomen. Werkloze mannen (14%) doen het lichtjes slechter dan werkende mannen (12%), maar het verschil tussen actieven en werklozen is heel wat groter tussen werkende (12%) en werkloze vrouwen (17%).

Tabel 1.61: Opname in het ziekenhuis naar huiseigendom, huishoudtype en activiteitsstatus (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Huiseigendom.	Eigenaar	12	10	14
	Niet-eigenaar	15	13	17
Bèta		,036 [#]	,031 [*]	,039 [#]
Type huishouden.	Alleenstaand	12	12	14
	Alleenstaand met kinderen	22	19	23
	Koppel	13	11	15
	Koppel met kinderen	11	10	12
	Complex huishouden	14	11	17
Bèta		,061	,036 [°]	,077
Activiteitsstatus	Gepensioneerd	11	2	17
	Actief of tijdelijk niet-actief	12	12	12
	Werkloos	16	14	17
	Huisman of -vrouw	14	23	15
	Bèta		,036 [#]	,138

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

* Niet significant op 0,05 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

Vrouwen die zich minder goed betrokken voelen bij hun sociale netwerk hebben een grotere kans om tijdens het jaar voorafgaand aan het interview te zijn opgenomen in een ziekenhuis (tabel 1.62). Tussen de categorieën ‘gemiddeld’ en ‘hoog’ zijn minder grote verschillen. Ook hier zijn de verschillen enkel bij vrouwen significant.

Tabel 1.62: Opname in het ziekenhuis, naar mate van betrokkenheid in sociale netwerken (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Betrokkenheid in sociale relaties.	Laag	17	13	24
	Gemiddeld	13	12	15
	Hoog	12	10	13
Bèta		,030 [#]	,021 [°]	,052 [#]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

- Met controle voor de gezondheidsstatus.

Wanneer de analyseresultaten gecontroleerd worden voor verschillen in de gezondheidsstatus van de verschillende deelgroepen, dan zorgt dit vooral in relatie met het opleidingsniveau voor verschillen (tabel 1.63). Na controle hebben lager opgeleiden een iets kleinere kans om in het ziekenhuis te worden opgenomen dan voor controle voor de gezondheidsstatus (tabel 1.60). Bij de hoogst opgeleiden is het dan weer omgekeerd. Daar neemt de kans (heel lichtjes) toe na controle. Met andere woorden: de gezondheidsverschillen tussen hoger en lager opgeleiden versterken het grotere gebruik van de diensten van een ziekenhuis door lager geschoolden nog. De controle voor de gezondheidsstatus maakt de verschillen dus kleiner, het verband wordt echter niet omgedraaid. Het verschil in het ziekenhuisgebruik tussen eigenaars van een woning en niet-eigenaars neemt eveneens lichtjes af na controle voor de gezondheidsstatus (tabel 1.64 tov tabel 1.61). Een stuk van de grotere kans van niet-eigenaars om te worden opgenomen in een hospitaal is dus te wijten aan verschillen in de gezondheidstoestand.

Voor wat betreft het huishoudtype, blijven de verhoudingen grotendeels onveranderd. De groep van de alleenstaande ouders (vrouwen) met kinderen vertoont de grootste afwijking.

Tabel 1.63: Opname in het ziekenhuis naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en professionele categorieën (percenten)

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Equivalent inkomen.	< 20 000	10	6	14
	20 000 – 30 000	13	12	13
	30 001 – 40 000	11	10	12
	40 001 – 60 000	12	11	12
	> 60 000	16	10	22
Bèta		,052 [#]	,046 [*]	,099
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs	15	13	17
	Lager secundair	14	13	15
	Hoger secundair	12	12	13
	HOKT	10	7	13
	HOLT/HUO	10	10	10
Bèta		,070 [#]	,092 [#]	,065 [*]
Professionele categorieën.	I	12	13	10
	II	12	11	14
	IIIN	14	11	16
	IIIM	13	10	15
	IV	10	8	13
	V	9	7	11
Bèta		,036 [*]	,045 [°]	,063 [#]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, subjectieve gezondheid en elkaar.

Niet significant op 0,01 –niveau.

* Niet significant op 0,05 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

Tabel 1.64: Opname in het ziekenhuis naar huiseigendom en huishoudtype (in percenten)

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Huiseigendom.	Eigenaar	12	10	13
	Niet-eigenaar	14	12	16
Bèta		,034 [#]	,024 [°]	,044 [#]
Type huishouden.	Alleenstaand	12	11	13
	Alleenstaand met kinderen	21	19	22
	Koppel	12	11	14
	Koppel met kinderen	11	10	12
	Complex huishouden	13	10	15
Bèta		,052 [#]	,034 [°]	,066 [#]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, subjectieve gezondheid, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

1.3.5 Gebruik van geneesmiddelen.⁵⁶

De consumptie van geneesmiddelen zorgt voor een belangrijk aandeel in de totale medische consumptie en in de gezondheidsuitgaven. Het veelvuldig (over)consumeren van geneesmiddelen zorgt echter voor een aantal problemen zowel met betrekking tot de betaalbaarheid van de ziekteverzekering, als voor nieuwe gezondheidsproblemen.⁵⁷

Andere bronnen verzamelen reeds heel wat informatie over de geneesmiddelenconsumptie in ons land. Denk hierbij maar aan de verkoopscijfers van de farmaceutische industrie, allerhande gegevens van het RIZIV, of aan 'Pharmanet', een monitoringsysteem voor het voorschrijfgedrag van artsen in de ambulante sector. Niettegenstaande bovenstaande gegevensbronnen

⁵⁶ **Belangrijk:** De beschikbare informatie slaat dus zowel op voorgeschreven als niet voorgeschreven geneesmiddelen. Het gebruik van de anticonceptiepil wordt echter nergens in deze paragraaf meegerekend.

⁵⁷ Manual 4, p.204.

beleidsrelevante informatie opleveren, heeft de gezondheidsenquête een belangrijk voordeel in verband met het in kaart brengen van de consumptie van geneesmiddelen. De gezondheidsenquête heeft het mogelijk gemaakt geïntegreerde informatie te verzamelen over alle ingenomen geneesmiddelen (al dan niet terugbetaald of voorgeschreven) in functie van een groot aantal variabelen zoals gezondheidstoestand, leefstijl, socio-economische klasse en dergelijke. Het nadeel is dan weer de validiteit; het is moeilijk om in een interview-survey objectieve en precieze informatie te bekomen over de soort en de hoeveelheid geneesmiddelen die mensen innemen en de redenen waarom.⁵⁸

1.3.5.1. Aantal verschillende types medicijnen die de laatste twee weken gebruikt werden.

Om deze variabele aan te maken werd de som gemaakt van alle types⁵⁹ van voorgeschreven en/of niet-voorgeschreven geneesmiddelen die een respondent genomen heeft in de referentieperiode van twee weken voorafgaand aan de afname van de gezondheidsenquête. Een belangrijk mankement van deze vraagstelling in de gezondheidsenquête is dat enkel geneesmiddelen van een verschillend type met elkaar gesommeerd worden. Respondenten die meerdere malen een kwantiteit van eenzelfde geneesmiddel binnen de referentieperiode gebruikt hebben, zullen toch slechts één geneesmiddel gebruikt hebben in deze variabele van de gezondheidsenquête. Dit kan voor een onderschatting van de totale consumptiecijfers zorgen.

In de onderstaande analyses wordt het gemiddeld gebruik van verschillende types geneesmiddelen vergeleken tussen de categorieën van de onafhankelijke indicatoren. Het populatiegemiddelde bedraagt 1,31. Mannen gebruiken minder verschillende types geneesmiddelen dan vrouwen: de mannelijke subgroep gebruikt gemiddeld 1,05 eenheden, terwijl de vrouwen het met 1,58 eenheden doen.

De resultaten in de onderstaande analyses zijn gecontroleerd voor de drie SES-componenten, de factor leeftijd en de gezondheidsstatus (op die manier worden enkel consumptieverschillen gemeten en geen verschillen in de gezondheidstoestand).

Na controle vertoont het equivalent inkomen een lichte gradiënt in die zin dat de hogere inkomenscategorieën meer verschillende medicijnen consumeren dan de lagere (tabel 1.65). Voor controle voor de andere variabelen in het model (beide andere SES-variabelen, leeftijd en gezondheidsstatus) valt het omgekeerde op; dan zijn het de lagere inkomenscategorieën die meer verschillende geneesmiddelen consumeren. De inkomenscategorie ‘- 20 000’ behaalt een gemiddelde van 1,19, de categorie ‘+ 60 000’ bereikt een gemiddelde van 1,39. De consumptieverschillen zijn iets groter voor mannen dan voor vrouwen (zie ook de significantieniveaus). Voor vrouwen zijn de verschillen niet significant volgens de 0,1-norm.

⁵⁸ Manual 4, p.204.

⁵⁹ Voor een opsomming van de verschillende types geneesmiddelen die in de gezondheidsenquête bevraagd werden kan verwezen worden naar de mondelinge individuele vragenlijst pp. 26 en 28.

Tabel 1.65: Gemiddeld aantal medicijnen van verschillende types gebruikt tijdens de laatste twee weken naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en professionele categorieën.

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Equivalent inkomen.	< 20 000	1,19	,94	1,45
	20 000 – 30 000	1,18	,91	1,46
	30 001 – 40 000	1,28	1,02	1,52
	40 001 – 60 000	1,31	1,10	1,58
	> 60 000	1,39	1,12	1,66
Bèta		,045 [#]	,061 [#]	,041 [°]
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs	1,20	1,05	1,36
	Lager secundair	1,33	,94	1,70
	Hoger secundair	1,24	1,02	1,45
	HOKT	1,39	1,02	1,67
	HOLT/HUO	1,35	1,15	1,67
Bèta		,044 [#]	,048 [°]	,082
Professionele categorieën.	I	1,18	,91	1,42
	II	1,32	1,06	1,58
	IIIN	1,37	1,07	1,67
	IIIM	1,21	1,02	1,45
	IV	1,21	1,09	1,36
V	1,41	1,07	1,74	
Bèta		,052	,044 [°]	,071

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, subjectieve gezondheid en elkaar.

Niet significant op 0,01 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

Ook met betrekking tot het onderwijsniveau vallen dezelfde verschillen op. Respondenten met als hoogste diplom niveau lager onderwijs behalen een subgroep-gemiddelde van 1,20, individuen met als hoogste diploma hoger onderwijs van het korte type hebben een gemiddelde van 1,39. In dit geval zijn het de vrouwen waarbij een grotere invloed van het diplom niveau kan opgemerkt worden; de range tussen het hoogste en het laagste percentage bedraagt bij de mannen 0,21, bij de vrouwen is dit 0,34.

Binnen de beroepsvariabele bestaat wel variatie tussen de verschillende categorieën, doch er kan geen lineair verband tussen de categorieën worden waargenomen. Categorie ‘V’ heeft de hoogste score (1,41), categorie ‘I’ de laagste (1,18), maar de fluctuaties daartussen zijn relatief groot. De resultaten voor mannen zijn niet significant, voor de vrouwelijke subgroep is de verklarende kracht groter ($R = 0,71$).

Over het algemeen kan gesteld worden dat respondenten met een hogere sociaal-economische status - in een populatie met een gelijk verdeeld subjectief gezondheidsgevoel - een hoger gebruik van geneesmiddelen hebben dan respondenten met een lagere sociaal-economische status.

Tabel 1.66: Gemiddeld aantal medicijnen van verschillende types gebruikt tijdens de laatste twee weken naar arbeidsregime, huiseigendom en huishoudtype.

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Arbeidsregime	Exclusief dagwerk	1	,85	1,20
	Atypische arbeid	,90	,79	1,10
	Bèta	,035 [#]	,021 [°]	,029 [°]
Huiseigendom.	Eigenaar	1,25	,89	1,52
	Niet-eigenaar	1,36	1,13	1,60
	Bèta	,031 [#]	,046 [#]	,022 [°]
Type huishouden.	Alleenstaand	1,53	1,13	1,93
	Alleenstaand met kinderen	1,35	,89	1,52
	Koppel	1,27	1,04	1,50
	Koppel met kinderen	1,24	1,04	1,43
	Complex huishouden	1,24	,93	1,57
	Bèta	,059	,045 [*]	,089

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, subjectieve gezondheid, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

* Niet significant op 0,05 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

Ondanks de beperkte significantie van de variabele ‘arbeidsregime’ (tabel 1.66), vertoont deze indicator een duidelijke lijn. Personen die een vorm van atypische arbeid beoefenen consumeren gemiddeld wat minder geneesmiddelen dan personen die in een dagregime actief zijn. Voor wat de gehele populatie betreft bedraagt dit verschil gemiddeld 1 (dagwerk) tov 0,90 (atypische arbeid).

Niet-eigenaars consumeren zowel in de mannelijke als in de vrouwelijke deelgroep meer geneesmiddelen dan eigenaars en dan het respectievelijke populatiegemiddelde. Het verschil is groter voor mannen dan voor vrouwen met betrekking tot deze variabele.

De relatie tussen het gebruik van verschillende types geneesmiddelen en het huishouden waartoe de respondent behoort is enkel significant (significantieniveau 0,05) in de vrouwelijke subgroep. Alleenstaanden (en dit geldt ook voor de mannen) verbruiken duidelijk gemiddeld de meeste verschillende types geneesmiddelen (1,93 voor vrouwen). Koppels en vooral koppels met kinderen bereiken het laagste gemiddelde (resp. 1,50 en 1,43 voor vrouwen). Alleenstaande vrouwen met kinderen (1,52) sluiten dicht aan bij de resultaten voor koppels en koppels met kinderen dan bij de resultaten voor alleenstaande vrouwen.

Tabel 1.67: Gemiddeld aantal medicijnen van verschillende types gebruikt tijdens de laatste twee weken naar mate van betrokkenheid in sociale netwerken.

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Betrokkenheid in sociale relaties.	Laag	1,40	1,09	1,90
	Gemiddeld	1,35	1,07	1,66
	Hoog	1,27	1,01	1,51
Bèta		,024 [*]	,020 [°]	,047 [#]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, subjectieve gezondheid, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

* Niet significant op 0,05 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

Tabel 1.67 toont de relatie tussen het gemiddelde gebruik van verschillende types geneesmiddelen en de mate van betrokkenheid in het sociale netwerk. Ook hier zijn de verschillen voornamelijk op naam te schrijven van de vrouwen in de steekproef (de cijfers voor mannen komen niet aan het 0,1-significantieniveau). Individuen die zichzelf in lage mate betrokken voelen met het sociale netwerk consumeren gemiddeld de meeste verschillende types medicijnen (alg = 1,40), vooral bij de vrouwen is er een verschil met de rest van de populatie (1,90). De relatie vertoont een lineair

gradiënt; de hoog geïntegreerden verbruiken aldus gemiddeld het kleinste aantal verschillende medicijnen.

1.3.5.2. Gebruik van voorgeschreven medicijnen tijdens de laatste twee weken.

Tabel 1.68 toont de frequentieverdeling van de variabele die peilt naar de proportie van de populatie die tijdens de twee weken voorafgaand aan de enquête een voorgeschreven geneesmiddel nam.⁶⁰ 44,7% van de totale populatie heeft tijdens de twee weken durende referentieperiode een door een arts (huisarts of specialist) voorgeschreven geneesmiddel gebruikt.

Voor de mannelijke deelpopulatie ligt het percentage respondenten dat een voorgeschreven geneesmiddel nam lager dan voor de gehele populatie (37%), bij de vrouwen ligt het percentage hoger (52%).

Tabel 1.68: Gebruik van voorgeschreven medicijnen tijdens de laatste twee weken, frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Neen	4762	55,1	55,3
	Ja	3842	44,4	44,7
SUB TOTAAL		8604	99,5	100,0
Missing		43	0,5	
	TOTAAL	8647	100	

Over het algemeen worden er voor deze indicator van geneesmiddelgebruik weinig significante verschillen bekomen. Geen enkele van de drie SES-indicatoren voldoet in het algemeen aan de 0,1-significantienorm (tabel 1.69), wat betekent dat er nagenoeg geen verschillen zijn naargelang de sociaal-economische status van de respondent.

Wat meer personen uit een huishouden met een hoger equivalent inkomen lijken voorgeschreven medicijnen te gebruiken (€ 20 000 = 40%/+ 60 000 = 46%). Deze gradiënt manifesteert zich duidelijker bij vrouwen, de laagste inkomensgroep telt 47% gebruikers van voorgeschreven geneesmiddelen, de hoogste inkomensgroep 55%.

Wanneer gedifferentieerd wordt naargelang de opleidingscategorie, is - nog steeds met een gebrek aan significantie - een omgekeerd gradiënt in vergelijking met het equivalent inkomen waar te nemen. Hoger geschoolden - en weer vooral de vrouwen - lijken iets minder voorgeschreven geneesmiddelen te consumeren (alg = 45% vs. 41%).

Voor wat de beroepscategorieën betreft loopt de, opnieuw niet significante, gradiënt van de hogere beroepsklassen, die een hoger gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen vertonen ('I' alg.= 45%), naar de lagere beroepsgroepen, die een lager verbruik van voorgeschreven geneesmiddelen hebben ('IV' alg. = 41%). Ook in dit geval heeft de vrouwelijke sub-populatie iets meer verklarende kracht met betrekking tot deze verschillen.

⁶⁰ Voor de preciese lijst; zie de mondelinge individuele vragenlijst, p.26.

Tabel 1.69: Gebruik van voorgeschreven medicijnen tijdens de laatste twee weken naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en beroeps categorieën (in procenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Equivalent inkomen.	< 20 000	40	33	47
	20 000 – 30 000	42	31	51
	30 001 – 40 000	45	40	50
	40 001 – 60 000	44	37	53
	> 60 000	46	36	55
	Bèta	,031°	,062 [#]	,040°
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs.	45	37	54
	Lager secundair	46	35	56
	Hoger secundair	44	38	50
	HOKT	44	34	51
	HOLT/HUO	41	37	48
	Bèta	,041 [*]	,030°	,063 [#]
Professionele categorieën.	I	45	37	52
	II	45	37	53
	IIIN	45	37	52
	IIIM	41	36	48
	IV	41	34	48
	V	42	32	52
Bèta	,033°	,026°	,035°	

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, subjectieve gezondheid en elkaar.

Niet significant op 0,01 –niveau.

* Niet significant op 0,05 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

De andere indicatoren die traditioneel besproken worden in dit rapport vertonen evenmin veel significante verschillen. Tabel 1.70 geeft de analyseresultaten weer van die indicator die nog enigszins bespreekbare verschillen tussen hun categorieën weergeven.

Werknemers die enkel in een regulier dagregime werken gebruiken meer voorgeschreven geneesmiddelen dan diegenen die betrokken zijn in de één of andere vorm van atypische arbeid (34% vs 29%). Enkel voor de gehele populatie zijn de verschillen significant volgens de 0,05-norm. (R = 0,46)

Het huishoudtype waartoe men behoort geeft bij de vrouwelijke sub-populatie aanleiding tot duidelijke, doch moeilijk interpreteerbare verschillen. Het komt er op neer dat meer alleenstaande vrouwen met kinderen en vrouwen die tot een complex huishouden behoren in grotere mate voorgeschreven geneesmiddelen gebruikten binnen de referentieperiode (56%). Vrouwen met een partner en kinderen hebben de kleinste kans om voorgeschreven geneesmiddelen gebruikt te hebben (48%). Bij mannen kunnen geen significante verschillen waargenomen worden.

Personen die actief zijn op de arbeidsmarkt nemen in mindere mate voorgeschreven geneesmiddelen (41%) dan de andere groepen uit de totale populatie. Onder de huismannen en -vrouwen bevindt zich het hoogste aantal gebruikers van voorgeschreven geneesmiddelen (50%). De verhoudingen liggen anders wanneer enkel naar de vrouwen wordt gekeken. In de vrouwelijke deelpopulatie scoren huisvrouwen op hetzelfde niveau als werkende vrouwen (50%). Werkloze vrouwen scoren het hoogst (58%).

Uit deze paragraaf mag geconcludeerd worden dat het verbruik van voorgeschreven medicijnen niet veel verschilt naargelang de sociaal-economische positie die men bekleedt. De verschillen situeren zich eerder tussen de beide geslachten (mannen 37%, vrouwen 52%) en tussen de leeftijdscategorieën (25-34-jarigen 29%, 75-plussers 77%). De vergelijking van deze resultaten met de resultaten uit de volgende paragraaf (niet-voorgeschreven medicijnen) legt interessante verschillen bloot.

Tabel 1.70: Gebruik van voorgeschreven medicijnen tijdens de laatste twee weken naar arbeidsregime, huishoudtype en activiteitsstatus (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Arbeidsregime	Exclusief dagwerk	34	30	40
	Atypische arbeid	29	27	35
Bèta		,046 [#]	,033 [°]	,039 [°]
Type huishouden	Alleenstaand	45	38	52
	Alleenstaand met kinderen	49	32	56
	Koppel	44	39	50
	Koppel met kinderen	41	35	48
	Complex huishouden	46	36	56
Bèta		,041 [#]	,037 [°]	,063 [#]
Activiteitsstatus	Gepensioneerd	47	34	55
	Actief of tijdelijk niet-actief	41	36	50
	Werkloos	46	32	58
	Huisman of -vrouw	50	46	50
Bèta		,068	,034 [°]	,056 [#]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, subjectieve gezondheid, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

1.3.5.3. Gebruik van niet-voorgeschreven medicijnen tijdens de laatste twee weken.

Bij de enquête van het gebruik van niet-voorgeschreven geneesmiddelen werd eveneens een referentieperiode van twee weken gehanteerd⁶¹. Van de totale populatie heeft 34% binnen die referentieperiode één of meerdere niet-voorgeschreven geneesmiddelen gebruikt (tabel 1.71). Het mannelijke gedeelte van de populatie telt slechts 29% gebruikers van niet-voorgeschreven geneesmiddelen, terwijl 39% van de vrouwen niet-voorgeschreven medicijnen gebruikte binnen de referentieperiode.

Tabel 1.71: Gebruik van niet-voorgeschreven medicijnen tijdens de laatste twee weken, frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Neen	5644	66,3	65,8
	Ja	2937	34,0	34,2
SUB TOTAAL		8581	99,2	100,0
Missing		66	0,8	
	TOTAAL	8647	100	

Onmiddellijk valt op dat er met betrekking tot deze indicator veel meer verschillen zijn naargelang de sociaal-economische positie waartoe men behoort (in vergelijking met de resultaten voor voorgeschreven medicijnen).

Van diegenen die tot een huishouden met een equivalent inkomen van minder dan 20 000 BEF behoren, heeft 28% niet-voorgeschreven geneesmiddelen genomen (tabel 1.72). In de hoogste categorie van het equivalent inkomen is dit aantal opgelopen tot 41%. Meer vrouwen consumeren niet-voorgeschreven geneesmiddelen dan mannen, maar de verschillen tussen de hoogste en de laagste inkomens zijn in verhouding even groot voor de beide geslachten.

De verschillen naargelang het opleidingsniveau komen het best tot uiting wanneer de variabele wordt gebruikt waarin binnen het secundair onderwijs een onderscheid wordt gemaakt naargelang het studietype. De onderlinge variatie tussen de studietypes is groter dan de variatie tussen hoger en

⁶¹ Voor de lijst van geneesmiddelen, zie mondelinge individuele vragenlijst p.28.

lager secundair onderwijs. Een meer algemene vorming staat aldus in verband met een hoger gebruik van niet-voorgescreven geneesmiddelen. Respondenten zonder diploma, een diploma lager onderwijs of lager beroepsonderwijs als hoogste studieniveau hebben 30% kans om binnen de referentieperiode een niet-voorgescreven medicijn gebruikt te hebben. Voor licentiaten bedraagt dit 42%. De algemeen vormende studierichtingen binnen het secundair onderwijs (LASO = 41%, HASO = 38%) benaderen de waarden die voor hoger onderwijs gelden, terwijl het niveau 'hoger beroepsonderwijs' (28%) dichterbij de laagste diplomaniveaus aanleunt. Deze verschillen lijken iets meer uitgesproken voor mannen dan voor vrouwen, dit is vooral te wijten aan de lagere scores voor de categorieën 'lager beroeps' (23%), 'hoger beroeps' (21%) en 'hoger onderwijs van het korte type' (27%). Het opleidingsniveau heeft de grootste verklarende kracht van de SES-variabelen ($R = 0,096$).

Minder duidelijke verschillen worden bekomen na differentiatie voor de hoogste beroepsgroep binnen het huishouden. De verschillen voor de mannelijke subgroep zijn niet significant. Vrouwen uit de categorieën 'II' en 'IIN' nemen het meest niet-voorgescreven geneesmiddelen (resp. 43 en 42%), vrouwen uit de categorieën 'IIIM' en 'IV' het minst (resp. 35 en 36%). De hoogste beroeps categorie scoort wat lager dan de twee andere niet-manuele groepen (vrouwen = 37%), de laagste beroepsgroep scoort wat hoger dan de beide andere manuele groepen (vrouwen = 40%).

De sociaal-economische positie waartoe een respondent behoort heeft dus wel degelijk een invloed op de consumptie van geneesmiddelen. Deze consumptie verschillen lijken echter enkel duidelijk tot uiting te komen met betrekking tot de niet-voorgescreven medicijnen. Noch voorschrijfgedrag van de arts, noch de opvolging door de patiënt van die voorschriften verschillen naargelang de sociaal-economische positie. Maar, sociaal-economisch hoger gepositioneerde respondenten gaan vaker over tot zelfmedicatie. De materiële en de kennisvoorsprong van deze groepen zal hierin ongetwijfeld een rol spelen.

Tabel 1.72: Gebruik van niet-voorgescreven medicijnen tijdens de laatste twee weken naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en professionele categorieën (in procenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Equivalent inkomen.	< 20 000	28	20	35
	20 000 – 30 000	31	25	36
	30 001 – 40 000	37	33	40
	40 001 – 60 000	34	30	39
	> 60 000	41	35	49
Bèta		,074	,081	,079
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs	30	29	32
	Lager BSO	29	23	34
	Lager TSO	36	31	43
	Lager ASO	41	37	44
	Hoger BSO	28	21	34
	Hoger TSO	35	27	45
	Hoger ASO	38	32	43
	HOKT	38	27	45
	HOLT/HUO	42	42	42
Bèta		,096	,129	,107
Professionele categorieën.	I	32	27	37
	II	37	31	43
	IIN	37	31	42
	IIIM	33	31	35
	IV	33	30	36
	V	36	33	40
Bèta		,047 [#]	,039 [°]	,064 [#]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, subjectieve gezondheid en elkaar.

[#] Niet significant op 0,01 –niveau.

[°] Niet significant op 0,1 –niveau.

Ook voor de andere onafhankelijke variabelen uit het model zijn de verschillen groter (tabel 1.73). De resultaten voor de variabele ‘werkregime’ liggen in dezelfde lijn als deze voor de voorgeschreven medicatie; minder atypische werknemers verbruiken niet-voorgeschreven medicatie (33%) in vergelijking met overdag werkenden (37%).

Eigenaars van een woning consumeren minder niet-voorgeschreven geneesmiddelen dan niet-eigenaars (alg 34% vs 37%). Dit gegeven is enkel significant voor het mannelijke deel van de populatie.

Alleenstaanden zijn de grootste verbruikers van niet-voorgeschreven geneesmiddelen; 40% van de alleenstaanden en de alleenstaanden met kinderen gebruikte binnen de referentieperiode één of meerdere niet-voorgeschreven medicijnen. Complexe huishoudens (30%), koppels met kinderen (37%) en koppels zonder kinderen (34%) tellen minder respondenten die een niet-voorgeschreven geneesmiddel gebruikten. Deze verhoudingen blijven voor de beide geslachten nagenoeg gelijk, enkel alleenstaande mannen met kinderen scoren lager, maar het gaat hier dan ook om een in aantal bijzonder beperkte subgroep. Ook voor wat de voorgeschreven geneesmiddelen betreft, zijn er iets meer gebruikers onder de alleenstaanden.

Bij de werklozen (38%) en de huisvrouwen of -mannen (41%) zijn er het meeste gebruikers van niet-voorgeschreven medicijnen. Gepensioneerden gebruiken het minst niet-voorgeschreven medicatie (30%), dit terwijl deze groep eerder hoog scoort voor de voorgeschreven geneesmiddelen. Voor zowel mannen als vrouwen vertonen de verschillen tussen de categorieën een zelfde volgorde, doch de verschillen zijn in de mannelijke populatie beduidend groter. In de groep van de vrouwen wordt niet eens het 0,1-significantieniveau gehaald.

Tabel 1.73: Gebruik van niet-voorgeschreven medicijnen tijdens de laatste twee weken naar werkregime, huiseigendom, huishoudtype en activiteitsstatus (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Werkregime.	Exclusief dagwerk	37	32	44
	Atypische arbeid	33	29	42
	Bèta	,033*	,028°	,017°
Huiseigendom.	Eigenaar	34	29	39
	Niet-eigenaar	37	34	41
	Bèta	,029#	,051#	,011°
Type huishouden.	Alleenstaand	40	34	46
	Alleenstaand met kinderen	40	25	44
	Koppel	34	30	38
	Koppel met kinderen	37	32	42
	Complex huishouden	30	26	36
	Bèta	,068	,060#	,069#
Activiteitsstatus	Gepensioneerd	30	20	36
	Actief of tijdelijk niet-actief	34	32	39
	Werkloos	38	31	43
	Huisman of -vrouw	41	46	42
	Bèta	,066	,106#	,046°

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, subjectieve gezondheid, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

* Niet significant op 0,05 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

Bij de bespreking van het gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen bereikte de relatie tussen de mate van betrokkenheid in sociale netwerken en voornoemde variabele geen aanvaardbaar significantieniveau (tabel 1.74). Desondanks consumeren ‘laag betrokkenen’ minder voorgeschreven geneesmiddelen dan de andere categorieën. In relatie met de consumptie van

niet-voorgeschreven medicatie valt een omgekeerd verband op, dat daarenboven een veel sterkere verklarende kracht heeft ($R = 0,040$ en voldoet aan de 0,05-significantiegrens). Personen met een lagere betrokkenheid in het sociale netwerk doen meer aan zelfmedicatie (40%) in vergelijking met hoger (36%) en gemiddeld betrokkenen (31%). Bij vrouwen ligt het percentage van de laag betrokkenen in het sociale netwerk die aan zelfmedicatie doen het hoogst (52%).

Tabel 1.74: Gebruik van niet-voorgeschreven medicijnen tijdens de laatste twee weken naar mate van betrokkenheid in sociale netwerken (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Betrokkenheid in sociale relaties.	Laag	40	35	52
	Gemiddeld	31	26	37
	Hoog	36	31	40
Bèta		,040 [#]	,043 [#]	,043 [#]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, subjectieve gezondheid, equivalent inkomen, opleiding en beroepscategorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

1.3.6. Vaccinatie.

Het is belangrijk bij vaccinatie een onderscheid te maken tussen vaccinatie bij kinderen en bij volwassenen. Kinderen doorlopen tijdens hun eerste tien tot vijftien levensjaren een hele reeks vaccinatieschema's. Voor volwassenen is het slechts voor een aantal vaccinaties belangrijk dat deze op geregelde tijdstippen terugkeren. Daar er niet voldoende kinderen in de steekproef van de gezondheidsenquête zitten, wordt hier enkel rekening gehouden met de vaccinaties voor volwassenen. Concreet wordt hieronder informatie besproken over drie vaccinaties; twee die door volwassenen regelmatig vernieuwd dienen te worden, namelijk griep (jaarlijks) en tetanus (tien-jaarlijks) en één eenmalige inenting voor adolescente vrouwen, rubella.⁶²

1.3.6.1. Griepvaccinatie tijdens de laatste twaalf maanden.

Griep of influenza wordt door de ontwerpers van de gezondheidsenquête als volgt gedefinieerd: '...een seizoensgebonden infectieziekte die behoort tot de respiratoire aandoeningen en veroorzaakt wordt door het influenzavirus. Optredende symptomen zijn koorts, koude rillingen, spierpijn, een pijnlijke keel en droge hoest, moeheid en zwakte, en een verstopte neus ... Typerend voor het influenzavirus zijn de jaarlijkse genetische veranderingen en het onregelmatig opduiken van nieuwe subtypen. Daardoor biedt de immuniteit die tegen de griep wordt opgebouwd gedurende het ene jaar gewoonlijk geen bescherming tegen het virus van het daaropvolgend jaar en kan men steeds opnieuw griep krijgen'.⁶³

Griep is in principe geen ernstige aandoening, maar het is wel een belangrijke oorzaak van absentisme. Complicaties kunnen voor bepaalde bevolkingsgroepen wel gevaarlijk zijn (o.a. ouderen en mensen met cardiovasculaire problemen). Vaccinatie is aangewezen, zeker bij risicogroepen, omdat het de kans op het krijgen van het virus en de ernst ervan kan verminderen.⁶⁴

In deze bespreking kijken we naar de variabele die peilt naar de al dan niet vaccinatie tegen griep binnen de twaalf maanden voorafgaand aan het interview (dit in plaats van de variabele 'ooit een vaccinatie tegen de griep gehad'). Deze keuze is gestoeld op de wetenschap dat het virus constant aan modificatie onderhevig is, waardoor een ouder vaccin nutteloos is. Daar risicogroepen - ouderen en mensen met gezondheidsproblemen - meer nood hebben aan een inenting en ook frequenter worden ingeënt, wordt er voor elke analyse een controle voor de leeftijdsverdeling en de verdeling van de gezondheidstoestand gedaan. Dit niettegenstaande het feit dat de laatste controle op het eerste gezicht overbodig kan lijken.

⁶² Manual 3, p.141.

⁶³ Manual 3, p.143.

⁶⁴ Manual 3, p.144.

Het griepvaccin werd in de twaalf maanden voor de afname van de gezondheidsenquête toegediend aan 14% van de totale populatie (tabel 1.75). Het percentage gevaccineerden ligt voor de beide geslachten ongeveer even hoog.

Tabel 1.75: Griepvaccinatie tijdens de laatste twaalf maanden, frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Neen	7354	85	85,7
	Ja	1332	14,2	14,3
SUB TOTAAL		8586	99,3	100
Missing		61	0,7	
	TOTAAL	8647	100	

Geen enkele van de in deze analyse betrokken variabelen geeft een grote gradiënt weer. De vaccinatiegraad voor het influenzavirus varieert niet erg veel naargelang de sociaal-economische of sociaal-demografische positie van de respondent. Niettegenstaande dat er weinig variatie is ligt de vaccinatiegraad voor influenza over het algemeen aan de lage kant.

De hoogste inkomenscategorie heeft een wat hogere vaccinatiegraad dan de rest van de bevolking (tabel 1.76). De laagste inkomenscategorie scoort iets beter dan de twee volgende. Voor vrouwen zijn de verschillen niet significant (volgens het 0,1-niveau), de verschillen voor mannen zijn wat groter.

Ook voor de variabele opleidingsniveau zijn de verschillen, na controle, niet erg groot. Hier komt echter een andere relatie naar boven; mannen met een lager onderwijsniveau hebben een lichtjes hogere vaccinatiegraad (geen/lager onderwijs = 18%, HOKT = 10%). De hoogste opleidingscategorie doet het dan weer even goed als de laagste (18%). Deze verhoudingen gelden enkel in de mannelijke sub-groep, de resultaten voor vrouwen zijn weerom niet-significant verschillend.

De beroepsvariabele lijkt over het algemeen de sterkste relatie te hebben met de vaccinatiegraad ($R = 0,55$). Toch zit er weinig lijn in de verschillen. Categorie 'II' en 'IV' bezitten de hoogste vaccinatiegraad (16%), categorie 'V' de laagste (10%). In beide gender-groepen wijken de verschillen weinig af van deze vaststelling voor

Tabel 1.76: Griepvaccinatie tijdens de laatste twaalf maanden naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en professionele categorieën (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Equivalent inkomen.	< 20 000	14	15	12
	20 000 – 30 000	12	12	12
	30 001 – 40 000	13	12	14
	40 001 – 60 000	14	15	14
	> 60 000	17	17	17
	Bèta	,046 [#]	,053 [#]	,045 [°]
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs	15	18	12
	Lager secundair	15	16	15
	Hoger secundair	13	12	14
	HOKT	13	10	15
	HOLT/HUO	17	18	15
	Bèta	,053 [#]	,092	,042 [°]
Professionele categorieën.	I	12	13	12
	II	16	17	16
	IIIN	13	14	12
	IIIM	13	11	15
	IV	16	15	17
	V	10	9	12
	Bèta	,055	,065 [#]	,057 [#]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, subjectieve gezondheid en elkaar.

Niet significant op 0,01 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

Atypische werknemers (10%) hebben een wat hogere vaccinatiegraad voor het influenzavirus dan werknemers die enkel tijdens de reguliere werkuren werken (8%) (tabel 1.77). Doch noch voor de gehele populatie, noch voor één van beide subgroepen wordt een aanvaardbaar significantieniveau bereikt (allen boven de 0,05-norm).

De verschillen tussen eigenaars en niet-eigenaars van een woning bereiken wel een aanvaardbaar significantieniveau (0,05), dat is althans toch het geval voor de mannelijke sub-groep. Over het algemeen is 15% van de eigenaars gevaccineerd tegen griep, terwijl dit voor niet-eigenaars 12% bedraagt.

Respondenten die actief zijn op de arbeidsmarkt hebben de hoogste vaccinatiegraad (alg. 15%). Werklozen doen het het minst goed (alg. 10%), zeker voor wat betreft de mannelijke werklozen (7%). Er bestaan echter verschillen tussen mannen en vrouwen; gepensioneerde mannen (16%) scoren beter dan gepensioneerde vrouwen (9%) en werkloze vrouwen hebben een hogere vaccinatiegraad (14%) dan de hoger reeds vernoemde werkloze mannen.

Tabel 1.77: Griepvaccinatie tijdens de laatste twaalf maanden naar werkregime, huiseigendom en activiteitsstatus (in procenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Werkregime.	Exclusief dagwerk	8	9	6
	Atypische arbeid	10	11	9
	Bèta	,029*	,021°	,040°
Huiseigendom.	Eigenaar	15	15	14
	Niet-eigenaar	12	12	13
	Bèta	,030#	,043#	,016°
	Gepensioneerd	12	16	9
	Actief of tijdelijk niet-actief	15	14	16
	Werkloos	10	7	14
	Huisman of -vrouw	13	6	15
Bèta	,048#	,067#	,070#	

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, subjectieve gezondheid, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

* Niet significant op 0,05 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

1.3.6.2. Tetanus-vaccinatie

Tetanus is een ernstige ziekte die ontstaat door infectie van een wonde. Niet zozeer de grootte van de wonde is bepalend voor het ontstaan van de tetanus-infectie, maar wel of er in de wonde een anaëroob milieu is. De infectie leidt tot spierkrampen en spierversijving. Het aantal personen dat aan de tetanus-infectie overlijdt ligt vrij hoog (25 à 75%), het overlijden gebeurt meestal door een pneumonie. De tetanus-vaccinatie maakt deel uit van het basisvaccinatieschema voor kinderen, daarna zou iedereen om de tien jaar een herhalingsinenting tegen tetanus moeten krijgen.⁶⁵

Onderstaande analyse geeft de verschillen weer in de vaccinatiegraad voor tetanus voor de steeds terugkerende sociaal-economische en sociaal-demografische determinanten. In eerste instantie wordt de algemene vaccinatiegraad besproken (al dan niet een inenting tegen de tetanus-infectie). Daarna wordt de sub-populatie van de gevaccineerden gedifferentieerd naar het al dan niet hebben van een vaccinatiekaart. Het hebben van een vaccinatiekaart is een indicator voor het belang dat gehecht wordt aan de inenting⁶⁶. In deze analyses wordt geen controle voor de gezondheidsstatus uitgevoerd.

Vaccinatie tijdens de voorbije tien jaar.

Tabel 1.78 geeft de vaccinatiegraad voor tetanus weer in de hele steekproef van de gezondheidsenquête. 66% van de totale populatie heeft binnen de tien jaar voorafgaand aan de enquête een vaccin tegen tetanus gekregen. Het gaat hier wel degelijk zowel om de respondenten die hierover een precieze vaccinatiekaart bijhouden, als om diegenen die dat niet doen en derhalve er enkel zelf van overtuigd zijn dat hun vaccinatie nog geldig is. De vaccinatiegraad is hoger bij mannen (75%) dan bij vrouwen (58%).

Tabel 1.78: Tetanus-vaccinatie tijdens de voorbije tien jaar. frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Neen	2741	31,7	33,5
	Ja	5448	63	66,5
	SUB TOTAAL	8189	94,7	100
Missing		458	5,3	
	TOTAAL	8647	100	

⁶⁵ Manual 3, p.142.

⁶⁶ Manual 3, p.142.

Tussen de laagste categorie van het equivalent inkomen en de andere inkomenscategorieën is er een breuk (tabel 1.79). Een respondent die tot een huishouden behoort met een equivalent inkomen van minder dan 20 000 BEF heeft 61% kans dat hij/zij een vaccin tegen tetanus heeft. De andere groepen situeren zich tussen 66 en 68%. De verschillen voor vrouwen zijn groter dan binnen de mannelijke sub-populatie. Deze vaststelling geldt voor alle variabelen die in deze analyse betrokken worden. De range tussen de laagste en de hoogste scores voor mannen bedraagt 4%, voor de vrouwen loopt deze range op tot 10%.

Het opleidingsniveau is weer de sterkst verklarende variabele van de drie SES-indicatoren (alg. $R = 0,091$). De verhouding tussen de verschillende opleidingscategorieën vertoont een gradiënt in het voordeel van de hogere opleidingen. Personen met als hoogste diplomaneiveau 'lager onderwijs' behalen een vaccinatiegraad van 59%, voor personen uit de categorie 'HOLT/HUO' is dit 72%. Het verschil in de mannelijke populatie is niet significant volgens het 0,1-niveau, dus de hierboven besproken gradiënt is praktisch volledig te wijten aan de verschillen binnen de vrouwelijke populatie. Terwijl de vaccinatiegraad voor vrouwen uit de hoogst geschoolde huishoudens dicht bij die van de mannen uit dezelfde categorie komt (69 vs 75%), is dit voor de vrouwen uit de laagst geschoolde huishoudens geenszins het geval (46 vs 71%).

De verdeling naar professionele categorieën vertoont - zeker voor mannen - een omgekeerd beeld. Hier zijn het de manuele beroepen die een hogere vaccinatiegraad bereiken dan de niet-manuele. Dit op het eerste zicht tegengesteld verband lijkt verklaard te kunnen worden door het feit dat het juist deze beroepsgroepen zijn die vaker in situaties terecht komen die een potentiële tetanus-infectie kunnen veroorzaken. Het onderscheid is met betrekking tot deze indicator groter in de mannelijke dan in de vrouwelijke subgroep.

Het werkregime waarin men actief is lijkt dan weer enkel voor vrouwen belangrijk in verband met de vaccinatiegraad voor tetanus (tabel 1.80). Binnen de mannelijke actieve bevolking is die vaccinatiegraad sowieso vrij hoog (meer dan 80%). Vrouwen die in het klassieke arbeidsregime werken hebben daarentegen een lagere vaccinatiegraad (67%) dan vrouwen die actief zijn in één of andere atypische arbeidsvorm (82%). Deze vrouwen zitten op hetzelfde niveau als hun mannelijke collega's.

De variabele 'huiseigendom' toont eveneens enkel relevante verschillen binnen de vrouwelijke deelgroep. Vrouwen die eigenaar zijn van een woonst zijn voor 57% gevaccineerd tegen tetanus, niet-eigenaars halen een vaccinatiegraad van 61%.

Tabel 1.79: Tetanus-vaccinatie tijdens de voorbije tien jaar naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en professionele categorieën (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Equivalent inkomen.	< 20 000	61	72	52
	20 000 – 30 000	66	76	57
	30 001 – 40 000	68	75	62
	40 001 – 60 000	67	75	57
	> 60 000	66	73	57
Bèta		,034 [#]	,025 [°]	,054 [#]
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs	59	71	46
	Lager secundair	66	76	55
	Hoger secundair	67	75	59
	HOKT	69	75	64
	HOLT/HUO	72	75	69
Bèta		,091	,056 [°]	,144 [#]
Professionele categorieën.	I	64	71	57
	II	66	74	59
	IIIN	65	77	55
	IIIM	71	80	60
	IV	66	73	57
V	74	79	70	
Bèta		,060	,071 [#]	,062 [#]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd en elkaar.

Niet significant op 0,01 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

Ook het huishoudtype is enkel relevant bij vrouwen. Alleenstaande vrouwen (zonder kinderen) zijn vaker ge vaccineerd dan de rest van de vrouwelijke populatie.

De activiteitsstatus van de respondent heeft zowel voor de vrouwelijke als de mannelijke populatie een sterke verklarende kracht (alg. R = 0,164). Individuen die op de arbeidsmarkt actief zijn (71%) bereiken een hogere vaccinatiegraad dan de rest van de categorieën. De andere groepen scoren onder het populatiegemiddelde: huismannen en -vrouwen (50%) en zieken of gehandicapten (54%) doen het hier het minst goed. Enkel voor gepensioneerden zijn binnen deze lijn nog geslachtsverschillen te merken: gepensioneerde mannen scoren bij de kopgroep op gebied van de vaccinatiegraad voor tetanus (71%), gepensioneerde vrouwen doen het samen met zieken of gehandicapten het minst goed van de gehele vrouwelijke populatie (49%).

Tabel 1.80: Tetanus-vaccinatie tijdens de voorbije tien jaar naar werkregime, huiseigendom, huishoudtype en activiteitsstatus (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Werkregime.	Exclusief dagwerk	75	81	67
	Atypische arbeid	82	82	82
	Bèta	,070	,006°	,122
Huiseigendom.	Eigenaar	66	75	57
	Niet-eigenaar	68	74	61
	Bèta	,016°	,015°	,043#
Type huishouden.	Alleenstaand	69	73	66
	Alleenstaand met kinderen	64	75	61
	Koppel	66	74	57
	Koppel met kinderen	66	75	57
	Complex huishouden	67	77	56
	Bèta	,025°	,033°	,061#
activiteitsstatus	Ziek/gehandicapt	54	59	49
	Gepensioneerd	58	71	49
	Actief of tijdelijk niet-actief	71	76	62
	Werkloos	62	68	57
	Huisman of -vrouw	50	59	52
	Bèta	,164	,101	,117

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroepscategorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

Bezit van een vaccinatiekaart.

Het bezit van een vaccinatiekaart is volgens de ontwerpers van de gezondheidsenquête⁶⁷ een graadmeter voor het belang dat aan de vaccinaties wordt gehecht. In onderstaande analyse wordt de deelpopulatie die beweert binnen de tien jaar voorafgaand aan de enquête een vaccinatie tegen tetanus te hebben ondergaan, verdeeld naar diegenen die een kaart hebben en diegenen die er geen hebben. Het gaat hier dus om de analyse van een sub-groep en niet meer om de gehele populatie: vandaar een totale (valide) frequentie van 5.445 personen. Van de respondenten met een inenting heeft 66,7% ook een vaccinatiekaart (tabel 1.81).

Omwille van de erg beperkte verschillen die uit de onderstaande analyses blijken, worden enkel de drie vaste sociaal-economische determinanten besproken. De andere onafhankelijke variabelen vertonen geen relevante of interpreteerbare verschillen (wat duidt op een vrij homogene verspreiding van de vaccinatiekaart over deze groepen). De verschillen in het hebben van een vaccinatiekaart tussen mannen en vrouwen zijn - in tegenstelling tot de verschillen in vaccinatiegraad - niet erg groot (mannen 67%, vrouwen 66,3% met kaart).

Tabel 1.81: Bezit van een vaccinatiekaart, frequentieverdeling.

		N	Percent	Valid percent
Valid.	Neen	1814	21	33,3
	Ja	3631	42	66,7
	SUB TOTAAL	5445	63	100
Missing		3201	37	
	TOTAAL	8647	100	

⁶⁷ Manual 3, p.142.

Ook voor wat de SES-componenten betreft lijkt de verdeling van de vaccinatietaart over de populatie vrij homogeen te zijn (tabel 1.82). Wanneer niet gedifferentieerd wordt naar één van beide geslachten zijn enkel de verschillen voor opleiding en de beroepen-variabele significant genoeg.

Het equivalent huishoudensinkomen onthult nooit significante verschillen wanneer de 0,05-norm gehanteerd wordt. De cijfers voor de gehele populatie tonen een zeer bescheiden stijging naarmate het equivalent inkomen toeneemt, doch dit blijkt een onzekere vaststelling wanneer de resultaten voor de mannelijke bevolking afzonderlijk worden bekeken.

Met betrekking tot het opleidingsniveau zijn de resultaten wel significant volgens de 0,05-norm. Hier valt wel een gradiënt in het voordeel van de hoogste opleidingscategorieën op; de categorie 'geen/lager onderwijs' telt 66% respondenten met een vaccinatietaart, in de categorie 'HOLT/HUO' is dit 70%. Deze gradiënt in het voordeel van de hogere opleidingscategorieën is volledig te wijten aan de verhoudingen binnen de mannelijke sub-groep.

De verdeling naar professionele categorieën geeft een moeilijker beeld. Binnen de vrouwelijke sub-populatie is er een lichte breuk tussen manuele en niet-manuele beroepsgroepen. De niet-manuele groepen hebben een wat hogere frequentie van gevaccineerden met een vaccinatietaart. Binnen de mannelijke deelgroep kan deze stelling niet gehandhaafd worden en zijn de verschillen in geen geval lineair te noemen (hoogste ('IIIN') = 72%, laagste ('I') = 61%).

Tabel 1.82: Bezit vaneen vaccinatietaart naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en professionele categorieën (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Equivalent inkomen.	< 20 000	67	73	59
	20 000 – 30 000	67	68	66
	30 001 – 40 000	67	67	68
	40 001 – 60 000	66	65	68
	> 60 000	70	71	67
Bèta		,025°	,055*	,043°
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs	66	62	74
	Lager secundair	66	65	68
	Hoger secundair	65	66	63
	HOKT	67	71	63
	HOLT/HUO	70	72	68
Bèta		,065	,098#	,084#
Professionele categorieën.	I	64	61	68
	II	70	69	70
	IIIN	69	72	66
	IIIM	66	67	66
	IV	60	65	53
	V	69	70	66
Bèta		,064	,084#	,098#

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd en elkaar.

Niet significant op 0,01 –niveau.

* Niet significant op 0,05 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

1.3.6.3. Rubella-vaccinatie.

Rubella is een ziekte die meestal sub-klinisch verloopt. De ziekte wordt gekenmerkt door huiduitslag, conjunctivale prikkeling, gezwollen lymfeklieren en koorts. Het belangrijkste kwalijke gevolg treedt echter op bij zwangere vrouwen. De primaire rubella-infectie kan leiden tot spontane abortus, doodgeboorte of geboorte van een kind met aangeboren afwijkingen (o.a. gehoorstoornissen, hart- en vaatafwijkingen, mentale retardatie en oogaandoeningen), ook indien de infectie sub-klinisch of atypisch verloopt. Na het doormaken van de rubella-infectie is de immuniteit levenslang. De duur van de immuniteit na vaccinatie staat ter discussie.⁶⁸

⁶⁸ Manual 3, p.146.

Er bestaan twee strategieën ter bestrijding van het rubellavirus. Een eerste bestaat uit het systematisch nenten van niet-immune vrouwen op vruchtbare leeftijd (selectieve methode). De tweede methode streeft naar de immunisatie van alle kinderen (universele methode). In Europa vindt de universele methode tegenwoordig ingang. In België maakt rubella (samen met bof en mazelen) deel uit van het basis vaccinatie-schema op vijftien maanden. Sinds 1993 worden deze vaccinaties hernieuwd op de leeftijd van 11 à 12 jaar ⁶⁹.

Onderstaande bespreking handelt enkel over de vrouwelijke populatie tussen 15 en 55 jaar. Deze keuze is te verantwoorden omwille van twee redenen; ten eerste is de gehele populatie nog niet gevaccineerd volgens de universele methode (hierdoor zouden oudere mannen sowieso uit de boot vallen), ten tweede heeft rubella potentieel de meest ernstige implicaties voor de groep van vruchtbare vrouwen.

Tabel 1.83 toont de frequentieverdeling voor de gehele populatie van vruchtbare vrouwen. 68% van deze groep heeft een vaccinatie tegen de rubella-infectie ontvangen.

Tabel 1.83: Rubella-vaccinatie, frequentieverdeling.

		N	Percent	Valid percent
Valid.	Neen	823	9,5	31,8
	Ja	1768	20,4	68,2
	SUB TOTAAL	2591	30	100
Missing		6056	70	
	TOTAAL	8647	100	

Alle drie de sociaal-economische indicatoren behalen een voldoende significantieniveau (0,05) in relatie met de vaccinatiegraad voor rubella, dit ondanks de vrij beperkte sub-populatie (2 591 personen) in de analyse (tabel 1.84).

De laagste inkomenscategorie van het equivalent huishoudensinkomen behaalt een veel lagere vaccinatiegraad (57%) dan de rest van de populatie. Er ligt een echte breuk tussen eerstgenoemde categorie en de rest, de range tussen de vier andere categorieën bedraagt 7%. Respondenten die tot een huishouden behoren met een equivalent inkomen tussen 40 001 en 60 000 BEF hebben de hoogste vaccinatiegraad (72%).

Het opleidingsniveau heeft een gelijkaardige verdeling; ook hier staat de laagste opleidingscategorie los van de rest van de populatie. Vrouwen met als hoogste diploma lager onderwijs of minder komen aan een vaccinatiegraad van 58%. Vrouwen behorende tot de categorie 'lager secundair onderwijs' scoren het tweede slechtste met 66%. Respondenten met een 'HOLT/HUO'-diploma doen het het beste met 74% gevaccineerden tegen rubella.

De krachtigste variabele van dit model is de variabele voor de professionele categorie ($R = 0,147$) waartoe het huishouden behoort. Deze variabele geeft echter een tegengesteld beeld. Het zijn hier juist de vrouwen uit de manuele beroepsgroepen die de hoogste vaccinatiegraad bezitten (IIIM = 86%). De niet-manuele groepen scoren allen tussen 64 en 66%. Hier dient wel aan toe gevoegd dat het aantal respondenten binnen de manuele categorieën van deze sub-groep eerder gering is (nog geen vierde van de gehele populatie van de sub-groep). De kans dat hier een toevallige fluctuatie wordt gemeten is dus niet denkbeeldig.

⁶⁹ Manual 3, p.146.

Tabel 1.84: Rubella-vaccinatie naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en professionele categorieën (in percenten).

		Vrouwen
Equivalent inkomen.	< 20 000	57
	20 000 – 30 000	65
	30 001 – 40 000	69
	40 001 – 60 000	72
	> 60 000	66
Bèta		,084 [#]
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs	58
	Lager secundair	66
	Hoger secundair	68
	HOKT	70
	HOLT/HUO	74
Bèta		,087 [#]
Professionele categorieën.	I	64
	II	66
	IIIN	66
	IIIM	86
	IV	76
	V	79
Bèta		,147

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd en elkaar.

Niet significant op 0,01 –niveau.

Binnen de variabele voor activiteitsstatus bestaan eveneens significante verschillen (tabel 1.85). Deze verschillen zijn in belangrijke mate toe te schrijven aan de ondermaatse score van de gepensioneerden (36%). Het belang dat gehecht wordt aan de vaccinatie tegen rubella nam pas toe nadat deze generatie de volwassen leeftijd had bereikt. De verschillen tussen de leeftijdscategorieën ondersteunen deze hypothese (controle voor leeftijd maakt niet alle verschil goed). Daarenboven bevat de categorie ‘gepensioneerden’ binnen een populatie van maximaal 55-jarigen een zeer beperkt aantal respondenten, wat aanleiding kan geven tot toevalsfluctuaties. De verschillen tussen de andere categorieën zijn gering te noemen. Enkel zieken en gehandicapten behalen een wat hogere vaccinatiegraad (76%).

Tabel 1.85: Rubella -vaccinatie naar activiteitsstatus (in percenten).

		Vrouwen
Activiteitsstatus	Ziek/Gehandicapt	76
	Gepensioneerd	36
	Actief of tijdelijk niet-actief	68
	Werkloos	71
	Huisman of -vrouw	65
Bèta		,092 [#]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroepscategorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

1.3.7. Samenvatting.

De sociaal-economische status leidt tot weinig verschillen met betrekking tot het gebruik van de diensten van de huisarts. De middengroepen (zowel qua inkomen als qua opleidingsniveau) hebben het vaakst een vaste huisarts. Zowel contacten met een specialist als met een tandarts hebben meer plaats bij de hogere sociaal-economische statusgroepen. De kans om te worden opgenomen in een ziekenhuis is vrij gelijkmatig verdeeld over de SES-categorieën. Enkel het opleidingsniveau zorgt voor een licht dalende gradiënt in de richting van de hogere opleidingscategorieën. Er is eveneens weinig verschil tussen de groepen met betrekking tot het gemiddeld aantal verschillende

geneesmiddelen dat werd gebruikt. Ook voor het gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen is dat het geval. Het gebruik van niet-voorgeschreven geneesmiddelen is wel onderhevig aan een sociaal-economisch gradiënt: de hogere SES-groepen consumeren meer. Daarnaast hebben hogere SES-groepen een betere bescherming door vaccinatie; ze zijn ook nauwkeuriger op dat gebied (een grotere kans om een vaccinatiekaart bij tetanus-vaccinatie te bezitten). Over het algemeen kan echter besloten worden dat er niet echt grote verschillen zijn naargelang de sociaal-economische positie met betrekking tot het gebruik van medische diensten en de medische consumptie. Alleen het tandartsbezoek geeft aanleiding tot relatief grote sociaal-economische verschillen: de hoger gesitueerde groepen gaan vaker naar de tandarts.

In dit hoofdstuk is het eveneens de variabele 'opleiding' die aanleiding geeft tot de grootste verschillen. Zeker voor het tandartsbezoek, het gebruik van niet-voorgeschreven geneesmiddelen en de vaccinatie is het onderwijstype voor diegenen met een secundair eindexamen van belang.

Vrouwen maken meer gebruik van de medische diensten dan mannen. Daarenboven hebben ze ook een hogere consumptie van geneesmiddelen en hebben ze meer kans om ingeënt te zijn tegen griep. Mannen hebben een grotere kans om een tetanus-vaccinatie te hebben.

Werknemers die in een atypisch arbeidsregime werken hebben vrijwel een gelijkaardige medische consumptie als mensen die enkel overdag werken. Atypische werknemers hebben wel een grotere kans om ingeënt te zijn tegen tetanus. Dit heeft waarschijnlijk te maken met de aard van de beroepen waarvoor atypische arbeidsuren vereist zijn.

Personen met een eigen woning hebben meer kans om een vaste huisarts te hebben en naar de tandarts te gaan. Eigenaars hebben wel een lagere consumptie van geneesmiddelen en hebben minder kans om hun vaccinaties (griep en tetanus) te hebben ontvangen.

Alleenstaanden (zonder kinderen) hebben minder vaak een vaste huisarts, hebben minder kans om naar de tandarts te zijn geweest en gebruiken gemiddeld minder verschillende soorten geneesmiddelen (in vergelijking met koppels). Alleenstaande vrouwen met kinderen hebben - in vergelijking met de totale (vrouwelijke) populatie - meer kans om naar de specialist te gaan. Daarenboven hebben ze ook meer kans om binnen de referentieperiode voorgeschreven en niet-voorgeschreven geneesmiddelen te hebben gebruikt. Personen met een partner doen het voor de meeste variabelen beter.

Personen die actief zijn op de arbeidsmarkt komen eveneens vaak beter uit de analyses. Wanneer de populatie wordt geanalyseerd aan de hand van de activiteitsstatus, dan komt de groep van de werklozen er opnieuw als slechtste uit. Zo heeft deze groep minder kans om een vaste huisarts te hebben, gebruiken ze meer voorgeschreven geneesmiddelen en hebben ze een kleinere kans om een vaccinatie tegen griep te hebben. Werklozen hebben wel een grotere kans om ingeënt te zijn tegen tetanus.

Wie zich beter betrokken voelt bij zijn/haar sociale omgeving heeft een grotere kans om van de diensten van de huisarts, de specialist en de tandarts gebruik te hebben gemaakt. Diegenen die zichzelf in hoge mate betrokken voelen bij hun sociaal netwerk hebben een grotere kans om voorgeschreven geneesmiddelen te gebruiken. Niet-voorgeschreven geneesmiddelen worden dan weer vaker door de minder sociaal betrokken personen gebruikt.

1.4. Leefstijl en preventie.

1.4.1. Rookgedrag.

Deze paragraaf beschrijft variaties in de consumptie van tabaksproducten tussen verschillende sociaal-economische en sociaal-demografische groepen in de Belgische bevolking. Roken is als

risicogedrag een belangrijke oorzaak van longkanker, ischaemisch hartlijden, chronische bronchitis en emfyseem. Daarenboven heeft roken tijdens de zwangerschap een negatieve invloed op het geboortegewicht en verhoogt ook passief roken de kans op longkanker en andere ziekten van de ademhalingswegen. De schadelijke effecten van roken hebben een duidelijk dosis-effect verband, het roken van sigaretten (het product dat door de meerderheid van de rokers wordt gebruikt) blijkt schadelijker dan het roken van sigaren of een pijp⁷⁰.

De overheid bevindt zich in een dubbelzinnige positie in de strijd tegen de tabaksverslaving. Enerzijds zijn er belangrijke sociale en economische kosten op lange termijn verbonden aan de tabaksverslaving binnen de bevolking, anderzijds zorgen de grote fiscale inkomsten en de aanzienlijke commerciële belangen die verbonden zijn aan de tabaksconsumptie er voor dat de strijd tegen tabak nooit voluit is gegaan⁷¹.

In de gezondheidsenquête werden door zelfrapportering kwantitatieve gegevens over het rookgedrag van de Belgische bevolking verzameld. Dit rapport gaat achtereenvolgens in op de verdeling van het aantal rokers binnen de populatie, de verdeling van diegenen die nog nooit gerookt hebben en de verdeling van het aantal zware rokers binnen de bevolking (meer dan 20 sigaretten per dag).

1.4.1.1. Verdeling van het aantal rokers binnen de populatie.

Binnen de steekproefpopulatie van 18 jaar en ouder is 31,2% roker (tabel 1.86). Deze cijfers zijn gebaseerd op de eenvoudige vraag 'Rookt u?'. De mannelijke populatie telt nog steeds meer rokers (37,9%), dan de vrouwelijke deelgroep (24,3%).

Tabel 1.86: Rokers, frequentieverdeling.

		N	Percent	Valid percent
Valid.	Niet rokers	5652	65,4	68,8
	Rokers	2557	29,6	31,2
	SUB TOTAAL	8209	94,9	100
Missing		438	5,1	
	TOTAAL	8647	100	

Tabel 1.87 toont de verdeling van het aantal rokers volgens de drie sociaal-economische indicatoren die tijdens de rapportering worden gebruikt. Over het algemeen kunnen er vrij sterke verschillen tussen de categorieën van de indicatoren (dit geldt ook voor de twee volgende tabellen) waargenomen worden.

Het equivalent inkomen zorgt voor een gradiënt, in die zin dat de hogere inkomenscategorieën minder rokers tellen dan de lagere categorieën. Het is vooral de hoogste categorie die afwijkt van de andere groepen (die dicht bij het populatiegemiddelde - 31% - scoren). Individuen uit een huishouden met een equivalent inkomen van lager dan 30 000 BEF per maand hebben 33% kans om roker te zijn. Onder de respondenten uit een huishouden met een equivalent inkomen hoger dan 60 000 BEF per maand bevinden zich 24% rokers. De range tussen de hoogste en de laagste score bedraagt dus 9%. Het is hoofdzakelijk binnen de vrouwelijke sub-groep dat de hoogste categorie duidelijk verschilt van de andere. Bij mannen gaat de gradiënt iets geleidelijker - terwijl de range niet erg verschilt van vrouwen. Het is binnen de vrouwelijke populatie eveneens in de eerste plaats de hoogste inkomensgroep die duidelijk afwijkt van de rest van de populatie (17%). De vaststelling dat lagere inkomensgroepen juist meer tabaksproducten consumeren is niet enkel negatief voor de gezondheid van deze groepen, het zijn ook deze groepen die wegens hun minder goede materiële situatie verhoudingsgewijs het grootste deel van hun financiële middelen in de aankoop van

⁷⁰ Manual 3, p.124.

⁷¹ Manual 3, p.124.

tabaksproducten stoppen. Wat potentieel tot besparingen met betrekking tot (andere) essentiële goederen en diensten kan leiden.

Tabel 1.87: Rokers naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en professionele categorieën (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Equivalent inkomen.	< 20 000	33	40	27
	20 000 – 30 000	33	39	27
	30 001 – 40 000	32	39	25
	40 001 – 60 000	31	38	23
	> 60 000	24	32	17
Bèta		,059	,052*	,074#
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs	36	45	28
	Lager secundair	37	45	30
	Hoger secundair	30	36	24
	HOKT	24	33	17
	HOLT/HUO	25	29	17
Bèta		,112	,124	,111
Professionele categorieën.	I	30	36	25
	II	33	41	24
	IIIN	30	34	26
	IIIM	27	34	18
	IV	30	40	20
V	41	51	31	
Bèta		,058	,085	,072#

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd en elkaar.

Niet significant op 0,01 –niveau.

* Niet significant op 0,05 –niveau.

Het opleidingsniveau van de respondent heeft de belangrijkste band met diens consumptie van tabaksproducten ($R = .112$). Het is echter vooral het scholingsniveau - en niet zozeer het type opleiding - dat genoten werd waarvan de invloed uitgaat.

Van de respondenten die tot de categorie ‘geen/lager onderwijs’ en ‘lager secundair onderwijs’ behoren is 36 à 37% roker. De mannelijke populatie binnen deze categorieën bereikt een score van 45%. Het gradiënt neemt vervolgens zowel bij mannen als vrouwen verder af, zodat er zich onder de respondenten met een hogeschool- of universitair diploma het minste rokers bevinden (alg. 24 à 25%).

De professionele categorie geeft - ondanks de significante verschillen - een minder duidelijk beeld. Binnen de niet-manuele groepen wordt een weinig meer gerookt dan binnen de manuele categorie ‘IIIM’. Deze trend zet zich echter niet door met betrekking tot de categorie ‘V’. Deze categorie bezit zowel bij mannen (51%) als bij vrouwen (31%) het hoogste aantal rokers. In de mannelijke subgroep halen de categorieën ‘IIIN’ en ‘IIIM’ de laagste score (34%); bij de vrouwen vindt men het kleinste aantal rokers binnen de categorieën ‘IIIM’ (18%) en ‘IV’ (20%).

Tabel 1.88: Rokers naar arbeidsregime, huiseigendom, huishoudtype en activiteitsstatus (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Werkregime.	Exclusief dagwerk	31	35	25
	Atypische arbeid	39	44	32
	Bèta	,071	,072	,060 [#]
Huiseigendom.	Eigenaar	27	35	19
	Niet-eigenaar	40	45	36
	Bèta	,127	,092	,178
Type huishouden.	Alleenstaand	42	49	33
	Alleenstaand met kinderen	45	60	39
	Koppel	32	39	26
	Koppel met kinderen	26	34	18
	Complex huishouden	29	35	22
	Bèta	,116	,111	,142
Activiteitsstatus	Ziek/gehandicapt	47	49	47
	Gepensioneerd	33	39	26
	Actief of tijdelijk niet-actief	30	35	22
	Werkloos	40	54	29
	Huisman of -vrouw	21	42	20
	Bèta	,116	,112	,118

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

Mensen die in een atypisch arbeidsregime (39%) actief zijn, zijn vaker rokers dan actieven die binnen de klassieke kantooruren (31%) werken (tabel 1.88). Voor mannen is dit verschil groter dan voor vrouwen.

Ook respondenten zonder eigen woning (40%) hebben een grotere kans om roker te zijn dan eigenaars of mede-eigenaars (27%) van een woning. Zeker binnen de vrouwelijke subgroep worden erg grote verschillen waargenomen ($R = 0,178$), range = 17%): 19% van de vrouwen die tot een huishouden behoren dat een eigen woning bezit rookt; binnen de huishoudens die een woning huren rookt 36% van de vrouwen.

Alleenstaanden roken meer dan koppels. 42% van de alleenstaanden zonder kinderen rookt. Bij de alleenstaanden met kinderen ligt dit percentage nog hoger (45%). Voor koppels geldt het omgekeerde. Waar het hebben van kinderen binnen de groep van de alleenstaanden voor een hoger percentage rokers zorgt, zijn het, binnen de groep van respondenten met een partner, diegenen met kinderen (26%) die minder roken dan diegenen zonder kinderen (32%). Respondenten die tot een complex huishouden behoren bekleden een tussenpositie (29%). Binnen de vrouwelijke subgroep zijn de onderlinge verschillen tussen de categorieën nog manifester dan bij mannen (uitgedrukt in correlatieratio's).

De activiteitsstatus van de respondent vertoont eveneens een significant verband ($R = 116$) met het rookgedrag. Zieken en gehandicapten scoren over het algemeen vrij hoog (47% rokers). De groep van de werklozen is, naargelang het geslacht, verschillend gesitueerd. Binnen de mannelijke subgroep telt de categorie werklozen het hoogste aantal rokers van de gehele populatie (54%), binnen de vrouwelijke sub-groep scoren de werklozen dicht bij de rest van de populatie (29%). Huisvrouwen behalen de beste resultaten (20% rokers). Voor mannen is de categorie 'huismannen' niet erg relevant (klein aantal respondenten).

Tabel 1.89: Rokers naar betrokkenheid in sociale netwerken (in procenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Betrokkenheid in sociale relaties.	Laag	39	50	18
	Gemiddeld	32	39	24
	Hoog	30	37	24
Bèta		,033 [#]	,054 [#]	,020 [°]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

[#] Niet significant op 0,01 –niveau.

[°] Niet significant op 0,1 –niveau.

Het verband met de mate van betrokkenheid in sociale netwerken is niet zo sterk in vergelijking met de voorgaande indicatoren. Enkel de analyseresultaten voor mannen vertonen significante verschillen (tabel 1.89). Uit de cijfers voor de mannelijke populatie blijkt dat de respondenten die zichzelf eerder slecht betrokken voelen in hun sociale netwerk vaker roken dan zij die hun sociale relaties hoog waarderen. 50% van de mannen uit de categorie ‘laag’ is roker Binnen de categorie ‘hoog’ is dit 37%. De resultaten van de vrouwelijke populatie zijn niet-significant, toch wijken de cijfers niet af van wat voor de mannelijke populatie werd vastgesteld.

1.4.1.2. Verdeling van het aantal personen dat nog nooit rookte binnen de populatie.

De indicator voor personen die nog nooit gerookt hebben is gebaseerd op een combinatie van twee items uit de gezondheidsenquête; het gaat om die mensen die op de vraag ‘Rookt u?’ negatief antwoordden en op een volgende vraag ‘Hebt u vroeger ooit gerookt?’ eveneens negatief antwoordden.

Van de totale steekproefpopulatie (beide geslachten samen) heeft 45% nog nooit gerookt (tabel 1.90). Bij mannen is het aantal respondenten dat nog nooit rookte lager (34%) dan bij vrouwen (57%).

Tabel 1.90: Populatie die nog nooit rookte, frequentieverdeling.

		N	Percent	Valid percent
Valid.	Ooit gerookt	4475	51,8	54,5
	Nooit gerookt	3732	43,2	45,5
	SUB TOTAAL	8208	94,9	100
Missing		439	5,1	
	TOTAAL	8647	100	

Voor wat betreft het equivalent inkomen neemt het aantal personen dat nog nooit rookte toe naarmate het inkomen van het huishouden waartoe men behoort toeneemt (tabel 1.91). Enkel binnen de mannelijke deelgroep zijn er significante verschillen waar te nemen, doch de resultaten voor de vrouwen liggen ongeveer in dezelfde lijn. 31% van de mannen uit de laagste inkomengroep heeft nog nooit gerookt; voor de twee volgende inkomensgroepen (tussen 20 000 en 40 000 BEF) bedraagt dit aantal eveneens 31%. In de hoogste inkomenscategorieën zit het grootste percentage mannelijke respondenten dat nog nooit rookte (37%).

Met uitzondering van de categorie ‘geen/lager onderwijs’ is er ook wanneer gedifferentieerd wordt naar het opleidingsniveau een gradiënt waar te nemen die stijgt van een lager naar een hoger onderwijsniveau. Binnen de totale populatie doen personen uit een huishouden met lager secundair onderwijs als hoogste diplomiveau het het minst goed (41% die nog nooit rookten). Individuen uit een huishouden met een diploma hoger onderwijs behalen de beste score (48%). Enkel de categorie ‘geen /lager onderwijs’ wijkt - zoals reeds aangehaald - van deze trend af: in die groep bevinden zich 46% respondenten die nog nooit rookten (gehele populatie). Het onderwijsniveau geeft bij mannen aanleiding tot grotere verschillen dan bij vrouwen. De correlatieratio bedraagt voor de mannelijke populatie 0,118, bij vrouwen 0,076. Met betrekking tot de professionele categorie waartoe iemands huishouden behoort valt weer hetzelfde op als bij de indicator voor

rokers en niet-rokers. De manuele categorie 'IIIM' heeft een wat hoger percentage personen die nog nooit rookten dan de niet-manuele categorieën. Toch kan er niet gesteld worden dat de manuele beroepsgroepen over het algemeen beter scoren dan de niet-manuele, want de categorie 'V' telt het laagste aantal individuen dat nog nooit rookte van de gehele populatie (alg. 38%).

Tabel 1.91: Populatie die nog nooit rookte naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en professionele categorieën (in procenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Equivalent inkomen.	< 20 000	45	31	56
	20 000 – 30 000	44	31	56
	30 001 – 40 000	43	31	55
	40 001 – 60 000	47	37	58
	> 60 000	48	37	59
Bèta		,043 [#]	,064 [#]	,034 [°]
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs	46	31	61
	Lager secundair	41	28	52
	Hoger secundair	44	32	57
	HOKT	48	41	55
	HOLT/HUO	48	43	61
Bèta		,069	,118	,076
Professionele categorieën.	I	49	37	59
	II	43	31	56
	IIIN	44	34	54
	IIIM	50	39	64
	IV	46	33	60
	V	38	26	48
Bèta		,063	,071	,074

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd en elkaar.

Niet significant op 0,01 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

De verdeling naargelang het werkregime (tabel 1.92) vertoont weinig significante verschillen. Werknemers die in een atypisch arbeidsregime actief zijn behalen echter over de ganse lijn een wat lagere score (alg. 40%), dan werknemers die exclusief overdag werken (45%).

Het al dan niet bezitten van een woning is opnieuw vooral belangrijk bij het vrouwelijke gedeelte van de populatie. De verschillen liggen voor de gehele steekproef wel in dezelfde lijn. Minder niet-eigenaars (alg. 38%) dan eigenaars (alg. 48%) hebben nog nooit gerookt.

De gelijkenissen met de verhoudingen voor de vorige afhankelijke indicator - al dan niet rokers - houden ook stand met betrekking tot het huishoudtype. Binnen de groep van de alleenstaanden treft men minder personen aan die nog nooit rookten, dan binnen de groep van respondenten die tot een koppel of complex huishouden behoren. Alleenstaanden met kinderen doen het het minst goed in de vrouwelijke subgroep. Koppels met kinderen tellen wat meer respondenten die nog nooit rookten, dan koppels zonder kinderen. Bij vrouwen scoort de groep individuen die tot een complex huishouden hoort het hoogst.

Zieken en gehandicapten (alg. 31%) en werklozen (38%) tellen minder personen die nog nooit rookten in vergelijking met actieven (44%), huisvrouwen en -mannen (68%) en gepensioneerden (40%). De werklozen doen het weer in de eerste plaats slechter bij de mannelijke deelgroep (23%). De mannelijke gepensioneerden (28%) doen het slechter dan hun vrouwelijke tegenhangers (57%). Dit hoeft niet te verwonderen; het aantal rokers is bij vrouwen pas in een latere generatie gestegen. Huisvrouwen behalen het beste resultaat van de gehele populatie (64%).

Tabel 1.92: Populatie die nog nooit rookte naar arbeidsregime, huiseigendom, huishoudtype en activiteitsstatus (in procenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Werkregime.	Exclusief dagwerk	45	40	52
	Atypische arbeid	40	37	47
	Bèta	,044 [#]	,030 [°]	,039 [°]
Huiseigendom.	Eigenaar	48	36	62
	Niet-eigenaar	38	30	46
	Bèta	,096	,053	,143
Type huishouden.	Alleenstaand	38	31	45
	Alleenstaand met kinderen	26	16	33
	Koppel	46	33	58
	Koppel met kinderen	47	35	59
	Complex huishouden	49	36	65
	Bèta	,094	,060 [#]	,160
activiteitsstatus	Ziek/gehandicapt	31	28	39
	Gepensioneerd	40	28	57
	Actief of tijdelijk niet-actief	44	36	56
	Werkloos	38	23	50
	Huisman of -vrouw	68	47	64
	Bèta	,170	,096	,105

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

Tabel 1.93 geeft de verschillen aan naar de mate waarin een persoon zich opgenomen voelt in het sociale netwerk. Individuen met een laag betrokkenheidsgevoel (36%) hebben minder kans om nog nooit gerookt te hebben dan diegenen die zich matig (gemiddeld) (43%) of in hoge mate (46%) betrokken voelen. Enkel de mannelijke subgroep bereikt een voldoende significantie-niveau (0,05).

Tabel 1.93: Populatie die nog nooit rookte naar mate van betrokkenheid in sociale netwerken (in procenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Betrokkenheid in sociale relaties.	Laag	36	25	55
	Gemiddeld	43	33	54
	Hoog	46	35	58
Bèta		,042	,043 [#]	,026 [°]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

1.4.1.3. Verdeling van het aantal zware rokers (meer dan 20 sigaretten per dag) binnen de populatie.

Daar de gevolgen van roken een duidelijk dosis-effect verband vertonen hebben de zware rokers het grootste risico op gezondheidsproblemen ten gevolge van hun verslaving. Als criterium om de categorie van de zware rokers te identificeren werd het gebruik van 20 of meer sigaretten per dag gehanteerd. Op de totale populatie van de gezondheidsenquête zijn er 11% zware rokers volgens dit criterium (tabel 1.94). Binnen de mannelijke populatie kan 14% van de respondenten een zware roker genoemd worden, vrouwen doen het hier, met 8% zware rokers, beter dan mannen.

Tabel 1.94: Zware rokers, frequentieverdeling.

		N	Percent	Valid percent
Valid.	Geen en matige rokers	7294	84,4	88,9
	Zware rokers	914	10,6	10,6
	SUB TOTAAL	8208	94,9	100
Missing		439	5,1	
	TOTAAL	8647	100	

Enkel voor vrouwen kan er een significante daling van het aantal zware rokers worden waargenomen naarmate het equivalent inkomen van het huishouden toeneemt (tabel 1.95). Van de mannen uit een huishouden met een equivalent inkomen van minder dan 20 000 BEF per maand is 17% een zware roker, bij de mannen uit een huishouden dat in de hoogste inkomenscategorie valt is 11% een zware roker (bij deze interpretatie dient wel rekening te worden gehouden met het gebrek aan significantie). De verschillen binnen de vrouwelijke deelgroep lopen in dezelfde richting (van 9 tot 6%), enkel de laagste inkomensgroep past hier niet in het rijtje (5%).

Het opleidingsniveau vertoont een vrij sterke (de sterkste van de drie SES-componenten) verklarende kracht in relatie met deze afhankelijke variabele ($R_{alg.} = 0,169$). De hoge correlatieratio verraadt een sterk gradiënt tussen de opleidingscategorieën: de lagere kwalificatieniveaus tellen duidelijk veel meer zware rokers dan de respondenten met de hoogste diplomaneaus. 19% van de individuen met als hoogste diploma lager onderwijs of minder zijn zware rokers. Daartegenover is slechts 6% van de personen met een diploma hoger onderwijs een zware roker. Er lijkt vooral een breuk tussen 'lager secundair' en 'hoger secundair' onderwijs te liggen. Dit laatste geldt in de eerste plaats voor de mannelijke populatie. Over het algemeen liggen de cijfers voor mannen verder uit elkaar dan voor vrouwen: de range tussen de hoogste en de laagst scorende categorie bedraagt 15% bij de mannen en 12% bij de vrouwen.

De resultaten bij de verdeling naar professionele categorieën geven een beeld dat vergelijkbaar is met dat van het aantal rokers en het aantal personen dat nog nooit rookte. De manuele categorieën 'IV' en vooral 'IIIM' behalen in grote lijnen een zelfde niveau - en voor mannen een lichtjes beter resultaat - als de niet-manuele groepen. Bij vrouwen wijkt de categorie 'IV' wel in negatieve zin af (11%). Toch kan niet gesteld worden dat de manuele groepen minder zware rokers tellen, dit ten gevolge van de resultaten voor categorie 'V'. Categorie 'V' doet het meestal slechter dan de rest van de populatie (alg. 16% t.o.v. gemiddeld 11%). Wel zijn er binnen de categorieën 'IV' en 'V' slechts kleine verschillen tussen mannen en vrouwen.

Tabel 1.95: Zware rokers naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en professionele categorieën (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Equivalent inkomen.	< 20 000	11	17	5
	20 000 – 30 000	12	16	9
	30 001 – 40 000	11	12	9
	40 001 – 60 000	11	14	7
	> 60 000	9	11	6
Bèta		,035*	,045°	,055#
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs	19	23	14
	Lager secundair	16	20	11
	Hoger secundair	9	9	7
	HOKT	6	8	4
	HOLT/HUO	6	8	2
Bèta		,169	,190	,146
Professionele categorieën.	I	10	13	6
	II	14	18	9
	IIIN	9	11	7
	IIIM	8	11	4
	IV	10	10	11
	V	16	18	16
Bèta		,075	,091	,095

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd en elkaar.

Niet significant op 0,01 –niveau.

* Niet significant op 0.05 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

Werknemers die enkel tijdens de reguliere kantooruren werken (10%) hebben minder kans om een zware roker te zijn dan werknemers die in één of ander atypisch werkverband actief zijn (14%) (tabel 1.96). De verschillen zijn enkel significant met betrekking tot de mannelijke subgroep; bij mannen is 12% van de werknemers die overdag werken en 18% van de atypische werknemers een zware roker.

16% van de niet-eigenaars uit de steekproef hebben een zware tabaksverslaving. Binnen de groep van de eigenaars van een woning kan slechts 9% een zware roker genoemd worden. In dit geval is het verschil tussen beide categorieën groter voor vrouwen dan voor mannen.

Weer doen alleenstaanden - en zeker alleenstaande vrouwen - met of zonder kinderen het slechter dan de rest van de populatie. In de totale steekproef is 15% van de alleenstaanden zonder kinderen een zware roker en 20% van de alleenstaanden met kinderen (gem. =11%). Deze verschillen zijn in grote mate te wijten aan de afwijking van de alleenstaande vrouwen ten overstaan van de rest van de vrouwelijke populatie. De categorieën van vrouwen met een partner en vrouwen die tot een complex huishouden behoren tellen nooit meer dan 7% zware rokers. Alleenstaande vrouwen en alleenstaande vrouwen met kinderen tellen respectievelijk 13% en 22% zware rokers.

Ook met betrekking tot het aantal zware rokers scoren zieken en gehandicapten (25%) en werklozen (20%) hoger dan het populatiegemiddelde. Huisvrouwen en -mannen tellen het kleinste aantal zware rokers in hun rangen (5%). Binnen de vrouwelijke populatie zijn het vooral de zieken en gehandicapten (29%) waarbij een veel hoger aantal zware rokers voorkomt (het vrouwelijke gemiddelde is 8%). De categorie van de werklozen (28%) is de groep met het hoogste aantal zware rokers binnen de mannelijke populatie. Opvallend is nog dat minder zieke of gehandicapte mannen een zware tabaksverslaving hebben in vergelijking met dezelfde categorie binnen de vrouwelijke subgroep.

Tabel 1.96: Zware rokers naar werkregime, huiseigendom, huishoudtype en activiteitsstatus(in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Werkregime.	Exclusief dagwerk	10	12	8
	Atypische arbeid	14	18	10
	Bèta	,063	,079	,039°
Huiseigendom.	Eigenaar	9	12	6
	Niet-eigenaar	16	18	14
	Bèta	,099	,071	,142
Type huishouden.	Alleenstaand	15	18	13
	Alleenstaand met kinderen	20	10	22
	Koppel	11	14	7
	Koppel met kinderen	8	11	5
	Complex huishouden	11	14	7
	Bèta	,086	,058 [#]	,151
Activiteitsstatus	Ziek/gehandicapt	25	21	29
	Gepensioneerd	11	12	9
	Actief of tijdelijk niet-actief	10	12	7
	Werkloos	20	28	13
	Huisman of -vrouw	5	22	4
	Bèta	,133	,127	,171

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

De cijfers in tabel 1.97 tonen aan dat mannen met een lage satisfactie (24%) over hun betrokkenheid in het sociale netwerk vaker een zware tabaksverslaving hebben dan de mannen uit de beide andere groepen (13 à 14%). De verschillen voor de vrouwelijke deelgroep voldoen niet aan de 0,1-significantievereisten.

Tabel 1.97: Zware rokers naar betrokkenheid in sociale netwerken (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Betrokkenheid in sociale relaties.	Laag	18	24	7
	Gemiddeld	12	14	9
	Hoog	10	13	8
Bèta		,042	,062	,023°

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

1.4.2. Overmatig alcoholgebruik.

Alcoholgebruik is één van de risicogedragingen met betrekking tot de gezondheid die steeds op heel wat onderzoeksmatige aandacht kon rekenen. Overmatig alcoholverbruik leidt tot sociale, psychologische en fysieke gezondheidsproblemen. De alcoholgerelateerde gezondheidsproblemen worden weleens in twee grote categorieën ingedeeld. In eerste instantie zijn er een aantal problemen die te maken hebben met alcoholintoxicatie. Het gaat hier dan onder meer om pancreatitis, acute gastritis, tijdelijk geheugenverlies, ongevallen en absenteïsme op het werk,... ; in tweede instantie zijn er ook gevolgen van chronisch alcoholverbruik. Deze consequenties omvatten onder meer seksuele impotentie, levercirrose, verscheidene kankers, maar ook een aantal sociale problemen, zoals relatieproblemen en problemen op het werk.⁷²

⁷² Manual 3, p.129.

Survey-informatie heeft als indicator voor het alcoholgebruik (naast andere indicatoren zoals verkoopscijfers van alcoholhoudende dranken, verkeersongevallen ten gevolge van alcohol, alcoholcontroles) het grote voordeel dat er meer precieze informatie kan bekomen worden over aard, plaats, moment en hoeveelheid van het alcoholgebruik. Daarnaast kan door middel van deze methode het verband worden onderzocht tussen het alcoholgebruik en het demografisch en sociaal-economische profiel van de gebruikers en niet-gebruikers. Een belangrijk nadeel van de survey-methode is dat, ten gevolge van de gevoeligheid van het onderwerp (zeker met betrekking tot buitensporig gebruik), er vaak een onderrapportering voorkomt. Daarenboven is het moeilijk erg jonge groepen (in dit rapport wordt een ondergrens van 18 jaar gehanteerd) en zeer problematische alcoholgebruikers te benaderen met dit onderwerp⁷³.

Er bestaat weinig eensgezindheid over welk niveau van alcoholgebruik veilig of schadelijk is. Het is moeilijk de grenzen van de toelaatbaarheid te definiëren. Daarenboven is er wetenschappelijke bewijsvoering die aan een laag gebruik van sommige alcoholische producten een positieve invloed op een aantal gezondheidsaspecten toedicht⁷⁴. Gegeven deze problematische afbakening van de limieten opteerden wij ervoor enkel de verschillen met betrekking tot overmatig alcoholgebruik te analyseren. Als indicator hiervoor worden de zogenaamde ‘momenten van zwaar drankgebruik’ gebruikt. In de gezondheidsenquête wordt een moment van zwaar drankgebruik gedefinieerd als de consumptie van meer dan zes eenheden per dag.

De volgende indicatoren voor overmatig alcoholgebruik worden in de onderstaande paragrafen besproken: het al dan niet hebben van een moment van zwaar drankgebruik tijdens de laatste zes maanden en het aantal personen dat, binnen de subgroep van de diegenen die een moment van zwaar drankgebruik aangeven, meer dan één maal per week een moment van zwaar drankgebruik heeft.

1.4.2.1. Het aantal personen met een zwaar drinkmoment tijdens de laatste zes maanden.

De frequentieverdeling in tabel 1.98 is gebaseerd op de volgende vraag uit de gezondheidsenquête: “Heeft u de voorbije zes maanden ooit op één dag 6 of meer glazen alcoholische drank gedronken?”. Het kan hierbij gaan om zes eenheden van verschillende soorten. Op deze manier heeft 32% van de totale bevolking minstens één moment van zwaar drankgebruik gehad tijdens de laatste zes maanden. Binnen de mannelijke populatie heeft 48% van de respondenten minstens één maal overmatig drank gebruikt. Vrouwen doen dat minder: slechts 15% rapporteert overmatig drankgebruik tijdens het voorbije half jaar.

Tabel 1.98: Momenten van zwaar drankgebruik, frequentieverdeling.

		N	Percent	Valid percent
Valid.	Geen	5681	65,7	68,4
	Minstens één	2623	30,3	31,6
	SUB TOTAAL	8304	96	100
Missing		343	4	
	TOTAAL	8647	100	

Respondenten uit een huishouden met een wat hoger equivalent inkomen zijn meer geneigd om tot overmatig drankgebruik over te gaan dan diegenen uit de minder gegoede huishoudens (tabel 1.99). 28% van de individuen uit een huishouden met een equivalent inkomen van minder dan 20 000 BEF heeft eens veel gedronken, de hoogste inkomensgroep, ‘+ 60 000 BEF’, behaalt 38%. De verschillen tussen de inkomensgroepen manifesteren zich duidelijker in de mannelijke subgroep (hier is er een range van 15%, tegenover 6% bij de vrouwen). Voor vrouwen is het verband ook niet

⁷³ Manual 3, p.129 en 130.

⁷⁴ Manual 3, p.129.

helemaal rechtlijnig; de hoogste inkomensgroep scoort ook hier wel het hoogst (20%), maar alle andere categorieën liggen erg dicht bij elkaar (ca. 15%) (de verschillen zijn ook niet significant). Het opleidingsniveau is in deze bespreking uitgesplitst naargelang het studietype in het secundair onderwijs. Er zijn dan ook wat verschillen tussen deze opleidingstypes met betrekking tot de consumptie van alcohol. Mannen met als hoogste diploma lager technisch, hoger technisch of algemeen vormend onderwijs, of hoger onderwijs van het korte type hebben de hoogste frequentie van overmatig drankgebruik. Bij de vrouwen lijkt de piek zich eerder te situeren op het niveau van lager technisch of algemeen vormend secundair onderwijs en hoger beroeps secundair onderwijs. Ook vrouwen met een diploma hoger onderwijs van het korte type scoren hoger. Het hoogste beroepsniveau binnen het huishouden blijkt geen aanleiding te geven tot veel significante verschillen. Enkel binnen de vrouwelijke subgroep wordt er voldoende significantie aangetroffen; hier behalen de niet-manuele categorieën hogere percentages in vergelijking met de manuele groepen.

Tabel 1.99: Momenten van zwaar drankgebruik naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en professionele categorieën (in procenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Equivalent inkomen.	< 20 000	28	41	15
	20 000 – 30 000	29	46	14
	30 001 – 40 000	30	46	15
	40 001 – 60 000	33	48	15
	> 60 000	38	56	20
Bèta		,069	,072 [#]	,047 [°]
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs	28	43	13
	Lager BSO	28	46	11
	Lager TSO	45	57	19
	Lager ASO	31	45	19
	Hoger BSO	29	48	15
	Hoger TSO	34	51	10
	Hoger ASO	32	52	14
	HOKT	32	51	19
	HOLT/HUO	33	45	14
Bèta		,084	,086	,107
Professionele categorieën.	I	33	50	16
	II	33	48	18
	IIIN	31	47	16
	IIIM	31	46	12
	IV	30	48	10
	V	34	53	14
Bèta		,028 [°]	,031 [°]	,067 [#]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd en elkaar.

Niet significant op 0,01 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

Een wat hoger aantal personen zonder kinderen rapporteert een moment van overmatig drankgebruik (alg. alleenstaand 37%, koppel 34%), dit in vergelijking met de personen die kinderen ten laste hebben (tabel 1.100). Wanneer gedifferentieerd wordt naar geslacht, dan blijft deze algemene vaststelling stand houden binnen de mannelijke subgroep, binnen de vrouwelijke subgroep wijkt de situatie wat af. Alleenstaande vrouwen met kinderen bereiken het hoogste percentage van de gehele vrouwelijke populatie (21%).

Zieken of gehandicapten scoren een stuk lager dan de rest wanneer de populatie verdeeld wordt volgens haar activiteitsstatus (alg. 20%). Ook de huisvrouwen/-mannen hebben een lagere score (alg. 12%). Binnen de mannelijke populatie scoren werklozen (55%) hoger dan actieven en gepensioneerden (48%). Werkloze vrouwen wijken weinig af van actieve vrouwen. Binnen de vrouwelijke subgroep behalen de gepensioneerden wel een lager percentage (12%).

Tabel 1.100: Momenten van zwaar drankgebruik naar huishoudtype en activiteitsstatus (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Type huishouden.	Alleenstaand	37	54	20
	Alleenstaand met kinderen	28	60	21
	Koppel	34	50	17
	Koppel met kinderen	29	46	13
	Complex huishouden	30	46	13
Bèta		,062	,058 [#]	,075
Activiteitsstatus	Ziek/gehandicapt	20	34	14
	Gepensioneerd	27	48	12
	Actief of tijdelijk niet-actief	37	48	17
	Werkloos	34	55	19
	Huisman of -vrouw	12	59	10
Bèta		,171	,072	,091

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Niet significant op 0,01 -niveau.

1.4.2.2. Eén of meer momenten van zwaar drankgebruik per week.

De analyse van de relatie tussen de indicator voor wekelijks overmatig drankgebruik en de sociaal-economische en demografische statusvariabelen slaat enkel op een subgroep van de totale populatie. Het gaat meer bepaald om die groep respondenten die binnen de zes maanden voorafgaand aan de gezondheidsenquête een moment van overmatig drankgebruik (zes eenheden of meer) meemaakte. Het gaat hier om 2.603 respondenten. De volgende analyseresultaten moeten dus geïnterpreteerd worden als geldende binnen de subgroep van de respondenten die binnen de referentieperiode minstens één maal tot overmatig drankgebruik overgingen.

Binnen de vernoemde subgroep gaat 30% van de respondenten minsten éénmaal per week over tot het drinken van meer dan zes eenheden alcoholhoudende drank per dag (tabel 1.101). Binnen de mannelijke deelpopulatie ligt het aantal personen dat minstens éénmaal per week tot overmatig drankgebruik overgaat hoger: namelijk 33%, tegenover 19% voor vrouwen.

Tabel 1.101: Eén of meer momenten van zwaar drankgebruik per week, frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Minder dan wekelijks	1831	21,2	70,3
	Wekelijks of meer	772	8,9	29,7
	SUB TOTAAL	2603	30,1	100
Missing		6044	69,9	
	TOTAAL	8647	100	

Binnen de subgroep van personen die tijdens de referentieperiode voor de enquête tot overmatig drankgebruik overging, bestaat er een merkbare gradiënt tussen de sociaal-economische statusposities. Over het algemeen zijn het de lagere statusposities die een hogere score behalen.

38% van de mannen uit de laagste inkomenscategorie hebben - binnen de voornoemde subgroep - minstens één maal per week zwaar gedronken. Mannen en vrouwen uit de laagste inkomensgroep situeren zich op dezelfde hoogte. Vrouwen uit de middelste en hoogste inkomensgroepen behalen een duidelijk lagere score dan de mannen (tabel 1.102). Globaal behaalt de hoogste inkomensgroep een score van 22%.

Voor wat betreft het opleidingsniveau valt een gelijkaardig beeld op, de analyseresultaten van de vrouwen bereiken echter geen voldoende significantie-niveau. Het hoogste percentage (voor mannen en vrouwen samen) bedraagt 47%, namelijk personen met ten hoogste een diploma lager beroepsonderwijs. De categorie 'HOKT' behaalt met 25% het laagste percentage. De resultaten

voor de mannen (binnen de subgroep) vertonen eveneens een hoge score voor de categorie 'lager BSO'.

Tabel 1.102: Eén of meer momenten van zwaar drankgebruik per week naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en professionele categorieën (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Equivalent inkomen.	< 20 000	38	39	40
	20 000 – 30 000	36	40	23
	30 001 – 40 000	37	43	23
	40 001 – 60 000	26	29	14
	> 60 000	22	24	14
Bèta		,137	,147	,171 [#]
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs	37	38	32
	Lager BSO	47	51	25
	Lager TSO	35	36	27
	Lager ASO	27	35	15
	Hoger BSO	32	39	16
	Hoger TSO	29	30	19
	Hoger ASO	26	26	24
	HOKT	25	31	13
	HOLT/HUO	26	29	15
Bèta		,139	,137	,150 ^o
Professionele categorieën.	I	28	30	20
	II	32	34	24
	IIIN	27	31	17
	IIIM	30	35	6
	IV	37	41	9
	V	28	33	8
Bèta		,058 ^o	,063 ^o	,138 [*]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd en elkaar.

Niet significant op 0,01 –niveau.

* Niet significant op 0,05 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

De indicator voor de beroepscategorie waartoe de respondent behoort is nergens voldoende significant. Met de nodige reserves kan worden opgemerkt dat mannen uit de laagste drie beroepsgroepen een hoger percentage bereiken dan mannen uit de hoger gerangschikte categorieën. Bij vrouwen is het omgekeerd. Er zijn duidelijke verschillen, doch deze zijn niet significant (wegens het zeer kleine aantal vrouwen in de manuele categorieën).

Nog steeds binnen de voornoemde subgroep, hebben meer vrouwen die geen eigen woning bezitten wekelijks een moment van overmatig drankgebruik (28%), dan vrouwen die wel een woonst bezitten (15%). (tabel 1.103). De verschillen voor mannen zijn niet groot - en niet-significant - toch is de richting van het verband dezelfde als voor de vrouwelijke deelgroep.

Met betrekking tot het huishoudtype zijn de verschillen voor vrouwen dan weer niet significant. Alleenstaande mannen scoren het hoogst binnen deze subgroep (43 à 44%). Mannen met een partner of uit een complex huishouden hebben allen een kans van ongeveer 30% om tot de groep van de wekelijks overmatige drinkers te behoren.

Tabel 1.103: Eén of meerdere momenten van zwaar drankgebruik per week naar huiseigendom en huishoudtype (in procenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Huiseigendom.	Eigenaar	28	32	15
	Niet-eigenaar	33	35	28
Bèta		,046 [#]	,022 [°]	,146
Type huishouden.	Alleenstaand	39	44	21
	Alleenstaand met kinderen	29	43	18
	Koppel	27	30	18
	Koppel met kinderen	28	32	16
	Complex huishouden	31	32	25
Bèta		,085 [#]	,096 [#]	,079 [°]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroepscategorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

Wordt er gedifferentieerd naar de mate van sociale betrokkenheid (tabel 1.104), dan zijn de verschillen voor de mannelijke deelgroep, niet significant volgens het 0,05-significantieniveau. Enkel voor vrouwen en gecombineerd levert deze analyse wel een significant verband op. Binnen de groep van diegenen die wel eens een overmatige hoeveelheid alcohol gebruiken, zijn het zij die zich gemiddeld en goed betrokken voelen die het meeste kans maken om wekelijks over de schreef te gaan (29 à 34%). De categorie ‘laag betrokken’ scoort in dit geval 20%. Vrouwen die zich sterk betrokken voelen in hun sociale omgeving scoren dan weer lager (17%), wat een afwijking is van het algemene beeld.

Tabel 1.104: Eén of meerdere momenten van zwaar drankgebruik per week naar betrokkenheid in sociale netwerken (in procenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Betrokkenheid in sociale relaties.	Laag	20	20	22
	Gemiddeld	34	35	31
	Hoog	29	33	17
Bèta		,050 [#]	,056 [*]	,111 [#]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

* Niet significant op 0,05 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

1.4.3. Fysieke activiteit.

Het is wetenschappelijk aangetoond dat fysieke activiteit een substantiële positieve invloed heeft op de gezondheidstoestand. Fysieke activiteit is verantwoordelijk voor het verminderen van de mortaliteit en morbiditeit ten gevolge van allerhande oorzaken. In het bijzonder heeft fysieke activiteit een positieve invloed op de mortaliteit ten gevolge van cardio-vasculaire oorzaken, zorgt het voor preventie tegen en de vermindering van hypertensie en zorgt het voor een vermindering van de kans op colonkanker en diabetes. Fysieke activiteit vermindert daarenboven de kans op depressie en geeft aanleiding tot een verbetering van het algeheel lichamelijk en mentaal welbevinden. Adolescenten die lichamelijk actief zijn verminderen hun latere kans op osteoporose.⁷⁵

Een concept met betrekking tot fysieke activiteit moet breed genoeg gedefinieerd worden, opdat alle mogelijke fysieke inspanningen (niet alleen echte sport-inspanningen) in rekening zouden kunnen worden gebracht. In de gezondheidsenquête wordt elke beweging van het lichaam die veroorzaakt wordt door spiersamentrekkingen en die verantwoordelijk is voor een verhoging van het

⁷⁵ Manual 3, p.135.

energieverbruik beschouwd als een fysieke activiteit. De algemene aanbeveling komt erop neer dat een individu elke dag minstens een half uur lichamelijke activiteit moet hebben.⁷⁶

In de onderstaande analyse van de verschillen binnen de populatie in verband met de fysieke activiteit wordt een indicator besproken voor de ‘population at risk’. ‘At risk’ zijn deze personen die tijdens hun vrije tijd hoofdzakelijk zittende activiteiten verrichten (zoals lezen of TV-kijken). Daarnaast is er nog een indicator voor de wekelijkse frequentie van de lichamelijke activiteiten. Afgaande op de aanbeveling tot dagelijkse fysieke activiteit, wordt de populatie verdeeld in diegenen die drie dagen per week of meer lichamelijke beweging hebben en diegenen waarbij dit niet het geval is.

1.4.3.1. Population at risk.

Respondenten die op de vraag ‘Hoe kunt u het best uw vrijetijdsbesteding in de loop van het voorbije jaar omschrijven’ antwoordden met ‘hoofdzakelijk lezen, TV-kijken of andere zittende activiteiten’, vormen de populatie at risk. Hiermee worden diegenen bedoeld die omwille van hun gebrek aan fysieke activiteit een groter risico lopen op allerlei aandoeningen.

Binnen de totale steekproef van de gezondheidsenquête kan 34% van de populatie beschouwd worden als personen die hoofdzakelijk zittende activiteiten hebben in hun vrije tijd, oftewel population at risk is (tabel 1.105). Mannen doen het met betrekking tot deze indicator wat beter dan vrouwen: de mannelijke populatie at risk bedraagt 29%, in vergelijking met 38% binnen de vrouwelijke sub-groep.

Tabel 1.105: Population at risk, frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Niet at risk	5268	60,9	66,3
	At risk	2677	31	33,7
	SUB TOTAAL	7945	91,9	100
Missing		702	8,1	
	TOTAAL	8647	100	

Het equivalent inkomen van het huishouden (tabel 1.106) is niet echt verantwoordelijk voor grote variaties in het aantal individuen met hoofdzakelijk zittende activiteiten ($R. \text{ alg.} = 0,035$). De groep met de hoogste kans om ‘at risk’ te zijn is de laagste categorie van het equivalent inkomen (36%). De categorie met het laagste cijfer is de hoogste inkomenscategorie (31%). Doch, tussen de beide uitersten ligt zeker geen rechtlijnig verband. De resultaten van de middengroep ‘30 001 - 40 000’ staan op het niveau van de laagste inkomensgroep, terwijl de inkomenscategorie ‘20 000 - 30 000’ eenzelfde resultaat haalt als de hoogste inkomenscategorie (31%). Eenzelfde volgorde blijft ongeveer van kracht wanneer gedifferentieerd wordt tussen mannen en vrouwen.

Het opleidingsniveau is met voorsprong de sterkst verklarende variabele van de drie SES-componenten ($R. \text{ alg.} = 0,208$). Het aantal personen at risk neemt af naarmate het opleidingsniveau hoger wordt. Mensen met als hoogste diploma geen of lager onderwijs hebben 50% kans om at risk te zijn. Personen met een universitair diploma of een diploma hoger onderwijs van het lange type maken slechts 21% kans. Ook binnen de studietypes van het secundair onderwijs zijn er verschillen waar te nemen; respondenten met als hoogste opleidingsniveau ‘beroepsonderwijs’ oefenen vaker zittende vrijetijdsactiviteiten uit dan respondenten die tot de categorieën ‘technisch’ of ‘algemeen vormend onderwijs’ behoren. De verschillen tussen technisch en algemeen vormend onderwijs zijn over het algemeen minder groot. Daarnaast zijn er eveneens verschillen tussen de categorieën die tot het lager secundair onderwijs behoren en die van het hoger secundair onderwijs (de laatste scoren over het algemeen lager - dus beter). Ondanks het feit dat

⁷⁶ Manual 3, p.135.

meer mannen fysiek actief zijn - in vergelijking met vrouwen - blijven de verschillen tussen de onderwijsniveaus bij mannen en vrouwen van eenzelfde grote-orde.

De professionele status van de respondenten vertoont weinig significante en niet eenduidig interpreteerbare verschillen. Het enige wat met zekerheid kan gesteld worden is dat de laagste beroepsgroep (ongeschoolde manuele arbeiders) volgens de criteria uit de gezondheidsenquête een duidelijk grotere populatie at risk heeft dan de andere categorieën. Toch is ook hier voorzichtigheid geboden: het gaat hier juist om die beroepen waar vaak nog heel wat fysieke arbeid komt bij kijken. Met andere woorden, het gebrek aan fysieke activiteit tijdens de vrije tijd zou wel eens voor een groot aantal van deze respondenten kunnen gecompenseerd worden door fysieke inspanningen op het werk.

Tabel 1.106: Population at risk naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en professionele categorieën (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Equivalent inkomen.	< 20 000	36	32	40
	20 000 – 30 000	31	25	36
	30 001 – 40 000	35	29	41
	40 001 – 60 000	33	30	36
	> 60 000	31	26	37
Bèta		,035 [#]	,046 [°]	,040 [°]
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs	50	44	54
	Lager BSO	44	44	45
	Lager TSO	31	26	44
	Lager ASO	35	37	36
	Hoger BSO	33	26	39
	Hoger TSO	28	25	33
	Hoger ASO	28	22	33
	HOKT	25	18	30
	HOLT/HUO	21	20	22
Bèta		,208	,227	,204
Professionele categorieën.	I	33	29	37
	II	33	31	36
	IIIN	31	26	35
	IIIM	33	25	42
	IV	34	30	38
	V	40	33	48
Bèta		,039 [#]	,054 [*]	,068 [#]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd en elkaar.

Niet significant op 0,01 –niveau.

* Niet significant op 0,05 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

Tabel 1.107 toont aan dat werknemers in een atypisch arbeidsregime (alg. 33%) vaker hun vrije tijd doorbrengen met zittende activiteiten dan werknemers die tijdens de reguliere werkuren werken (alg. 25%). Dit geldt zowel voor de mannen als voor de vrouwen binnen deze populatie.

Ook personen die geen eigen woonst bezitten (alg. 39%) behoren vaker tot de categorie ‘population at risk’ dan de respondenten die een eigen woning hebben (31%).

Alleenstaanden zonder kinderen (alg. 35%) behalen een slechter resultaat dan koppels en alleenstaanden met kinderen. Opvallend is dat alleenstaanden met kinderen dan weer minstens op het niveau scoren van de koppels met of zonder kinderen; 36% van de alleenstaande vrouwen met kinderen beoefent weinig of geen fysieke activiteiten, binnen de groep van de alleenstaande mannen met kinderen gaat het om 16% (het betreft hier wel een erg kleine populatie). Verder scoren ook leden van complexe huishoudens boven het gemiddelde, dit voor beide geslachten.

Een variabele met een sterke verklarende kracht is de indicator voor activiteitsstatus. Deze grote verklarende kracht (R alg. = 0,137) is in de eerste plaats te wijten aan de sterke afwijking van de categorie ‘ziek of gehandicapt’ (alg. 64%) ten opzichte van de rest van de populatie (gem.= 33%).

Zelfs rekening houdende met de mindere mogelijkheden op het vlak van sport en recreatieve bewegingsactiviteiten voor deze groep, lijkt dit nog een erg hoge score te zijn. Binnen de mannelijke populatie zijn het de gepensioneerde mannen die het beste resultaat halen (19%); werklozen (35%) en huismannen (33%) doen het wat slechter dan mannen die actief zijn op de arbeidsmarkt (29%). In de deelpopulatie van de vrouwen behalen huisvrouwen de beste score (31%); werklozen (37%) doen het lichtjes beter dan gepensioneerde en buitenhuis werkende vrouwen - die op gelijke hoogte scoren (39%).

Tabel 1.107: Population at risk naar werkregime, huiseigendom, huishoudtype en activiteitsstatus (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Werkregime.	Exclusief dagwerk	25	21	30
	Atypische arbeid	33	30	38
	Bèta	,075	,088	,063 [#]
Huiseigendom.	Eigenaar	31	27	35
	Niet-eigenaar	39	33	44
	Bèta	,076	,064	,084
Type huishouden.	Alleenstaand	35	30	40
	Alleenstaand met kinderen	32	16	36
	Koppel	30	26	36
	Koppel met kinderen	31	26	34
	Complex huishouden	38	33	44
	Bèta	,069	,072	,080
activiteitsstatus	Ziek/gehandicapt	64	59	69
	Gepensioneerd	29	19	39
	Actief of tijdelijk niet-actief	33	29	39
	Werkloos	37	35	37
	Huisman of -vrouw	30	33	31
	Bèta	,137	,173	,141

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

De mate van betrokkenheid in het sociale netwerk vertoont in relatie met de indicator voor de populatie at risk significante, doch niet rechtlijnige resultaten (tabel 1.108). Enkel de verschillen voor vrouwen zijn niet significant. Binnen de mannelijke deelgroep behalen de respondenten die zich in hoge mate betrokken voelen in hun sociale netwerk het laagste percentage (26%); de middelmatig betrokkenen doen het echter slechter (38%) dan diegenen die hun betrokkenheid in het sociale netwerk laag evalueren (29%).

Tabel 1.108: Population at risk naar betrokkenheid in sociale netwerken (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Betrokkenheid in sociale relaties.	Laag	36	29	46
	Gemiddeld	38	38	37
	Hoog	31	26	37
Bèta		,054	,107	,026 ^o

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

^o Niet significant op 0,1 –niveau.

1.4.3.2. Fysieke activiteit op minstens drie dagen per week.

In de gezondheidsenquête werd de respondenten gevraagd naar het aantal dagen per week dat ze tijdens hun vrije tijd fysieke beweging hebben (in die mate dat er transpiratie optreedt tijdens die activiteit). Onderhavige indicator werd vervolgens gedefinieerd rond het breukpunt van drie dagen en meer, of minder dan drie dagen per week met fysieke activiteit.

Iets meer dan een tiende van de totale populatie (11%) heeft drie of meer dagen per week lichamelijke beweging tijdens de vrije tijd (tabel 1.109). Een vrij laag percentage in vergelijking met het dagelijkse halfuurtje beweging dat over het algemeen wordt aangeraden. Dit algemene cijfer verbergt een aanzienlijk verschil tussen de beide geslachten: mannen komen eerder tot regelmatige fysieke beweging (17%); binnen de vrouwelijke populatie ligt het gemiddelde erg laag, namelijk 6% van de vrouwen heeft ten minste drie maal per week lichamelijke beweging (binnen de vrije tijd).

Tabel 1.109: Fysieke activiteit op minstens drie dagen per week, frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Minder dan 3d/w	6889	79,7	88,7
	3 d/w of meer	874	10,1	11,3
	SUB TOTAAL	7763	89,8	100
Missing		884	10,2	
	TOTAAL	8647	100	

De relatie tussen de sociaal-economische positie en de mate waarin de bevolking tot regelmatige fysieke activiteit komt, is het sterkst met betrekking tot het opleidingsniveau (R alg. = 0,112). De variabele voor het equivalent inkomen van het huishouden vertoont de minst significante verschillen (R alg. = 0,039). Gebaseerd op de analyseresultaten in tabel 1.110 kan enkel met zekerheid gesteld worden dat mannen uit huishoudens die tot de hoogste inkomenscategorie behoren eerder geregeld fysieke activiteiten hebben dan de rest van de (mannelijke) populatie (21% tov een populatiegemiddelde van 11% en een gemiddelde voor de mannelijke populatie van 17%). Voor het overige is er ook binnen de mannelijke sub-groep geen consistent verband te merken. Binnen de laagste drie inkomenscategorieën kan een stijging van het aantal personen dat geregeld lichamelijke activiteiten verricht worden waargenomen (in de richting van de hogere inkomens). Maar, de inkomenscategorie 40 001 - 60 000 zorgt voor een terugval. In de vrouwelijke sub-groep is er eveneens een terugval vanaf de categorie '40 001 - 60 000'.

Het opleidingsniveau zorgt wel voor duidelijke verschillen: van de respondenten met als hoogste studieniveau 'lager BSO' is slechts 6% regelmatig lichamenlijk actief, voor de categorie 'hoger TSO' bedraagt dit 16%. Er is een breukpunt tussen de categorieën 'lager TSO' en 'lager ASO'. Vrijwel alle opleidingscategorieën hoger dan lager TSO behalen gelijkaardige resultaten voor het aantal personen dat geregeld fysieke activiteiten uitoefent (er is slechts 5% variatie tussen deze categorieën). Binnen de mannelijke populatie is de richting van het verband gelijkaardig aan het zonet geschetste beeld voor de totale steekproef. Bij vrouwen is er enkel een verhoging van de lichamelijke activiteit te merken onder de hoogst geschoolden; tot en met het niveau 'hoger TSO' is het percentage nooit hoger dan 6%. Vrouwen uit een huishouden dat tot de categorieën 'hoger ASO' of 'HOKT' behoort behalen een score van 7 à 8%; vrouwen uit de hoogste opleidingscategorieën tellen 13% geregeld actieven.

Tabel 1.110: Fysieke activiteit op minstens drie dagen per week naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en professionele categorieën (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Equivalent inkomen.	< 20 000	9	14	4
	20 000 – 30 000	10	17	4
	30 001 – 40 000	12	18	7
	40 001 – 60 000	11	16	6
	> 60 000	13	21	5
Bèta		,039 [#]	,050 [*]	,047 [*]
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs	7	9	4
	Lager BSO	6	7	4
	Lager TSO	8	10	2
	Lager ASO	11	19	5
	Hoger BSO	14	26	6
	Hoger TSO	16	25	4
	Hoger ASO	13	20	8
	HOKT	12	21	7
	HOLT/HUO	15	17	13
Bèta		,112	,175	,116
Professionele categorieën.	I	11	17	4
	II	8	12	5
	IIIN	12	20	7
	IIIM	16	25	7
	IV	10	14	7
	V	14	21	6
Bèta		,081	,115	,048 [°]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd en elkaar.

Niet significant op 0,01 –niveau.

* Niet significant op 0,05 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

Ondanks de duidelijke verschillen tussen de categorieën kan er met betrekking tot het beroepsniveau geen rechtlijnig verband worden vastgesteld. De middencategorieën (IIIN en IIIM) blijken het goed te doen, maar ook de categorie ‘V’ scoort gelijk aan of boven het gemiddelde. Categorie ‘II’ doet het steeds slechter dan het totale populatiegemiddelde of de gemiddelden voor de mannelijke en de vrouwelijke deelpopulaties.

Atypische werknemers (tabel 1.111) hebben een grotere kans om regelmatig fysieke activiteiten te verrichten dan werknemers die overdag werken (17%). Dit geldt zowel voor mannen als voor vrouwen. Het bovenstaande lijkt in contradictie met de analyseresultaten voor de indicator ‘population at risk’ (atypische arbeiders zijn vaker at risk dan overdag werkenden). Dit betekent met andere woorden dat de atypische werknemers vaker hoofdzakelijk zittende activiteiten uitoefenen, maar dat ze, als ze tijdens hun vrije tijd lichamelijke activiteiten beoefenen, eerder geneigd zijn dit op regelmatige basis te doen.

Voor de variabele huiseigendom valt eveneens een omgekeerd verband op in vergelijking met de indicator ‘population at risk’; met betrekking tot de regelmatige fysieke activiteit valt op dat niet-eigenaars een hoger percentage behalen dan eigenaars. Deze verschillen zijn vrijwel uitsluitend toe te schrijven aan het aandeel van de mannelijke deelpopulatie.

Tabel 1.111: Fysieke activiteit op minstens drie dagen per week naar werkregime, huiseigendom, huishoudtype en activiteitsstatus (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Werkregime.	Exclusief dagwerk	13	19	7
	Atypische arbeid	17	22	8
	Bèta	,048 [#]	,040 [*]	,019 [°]
Huiseigendom.	Eigenaar	10	16	5
	Niet-eigenaar	13	20	6
	Bèta	,040	,052 [#]	,022 [°]
Type huishouden.	Alleenstaand	12	17	7
	Alleenstaand met kinderen	10	32	4
	Koppel	16	21	1
	Koppel met kinderen	8	15	2
	Complex huishouden	11	16	5
	Bèta	,094	,079	,130
Activiteitsstatus	Ziek/gehandicapt	5	9	3
	Gepensioneerd	11	18	5
	Actief of tijdelijk niet-actief	12	16	5
	Werkloos	11	21	5
	Huisman of -vrouw	8	41	6
	Bèta	,052 [#]	,090	,021 [°]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

* Niet significant op 0,05 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

Mensen zonder kinderen verrichten vaker regelmatig fysieke activiteiten dan mensen met kinderen. Er is dus een invloed van het al dan niet hebben van kinderen op de regelmatige fysieke activiteit. Bij vrouwen zijn de verschillen - niettegenstaande ze in grote lijnen hetzelfde zijn - sterker dan bij mannen.

Met betrekking tot de activiteitsstatus kunnen er enkel significante verschillen worden vastgesteld in de mannelijke deelgroep. Zieken en gehandicapten (mannen = 9%) doen het ook voor deze indicator veel slechter dan het gemiddelde (mannen = 17%). Werkloze mannen (21%) doen het beter dan gepensioneerde (18%) of mannen die actief zijn op de arbeidsmarkt (16%). Dit staat in contrast met de gegevens voor de indicator ‘population at risk’: in relatie met die variabele doen werkloze mannen het toch een stuk slechter dan werkenden en gepensioneerden.

Tabel 1.112: Fysieke activiteit op minstens drie dagen per week naar betrokkenheid in sociale netwerken (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Betrokkenheid in sociale relaties.	Laag	7	8	7
	Gemiddeld	10	15	5
	Hoog	12	18	6
	Bèta	,028 [*]	,060	,018 [°]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

* Niet significant op 0,05 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

Tabel 1.112 toont de relatie tussen geregelde fysieke activiteit tijdens de vrije tijd en de mate van betrokkenheid in het sociale netwerk. Over het algemeen gaat het hier om minder significante verschillen; de verschillen binnen de vrouwelijke subgroep zijn weer miniem (en niet significant volgens de 0,1-norm). Mannen die zich niet erg betrokken voelen bij hun sociale leefwereld, doen minder op regelmatige basis fysieke activiteiten. De resultaten van de middencategorie leunen aan bij die voor de respondenten die zich goed opgenomen voelen in hun sociale netwerk.

1.4.4. Voedingsgewoonten.

De voedingsgewoonten vormen één van die aspecten van de leefstijl die een belangrijke invloed hebben op de algemene gezondheidstoestand en het algemene welbevinden. De negatieve gevolgen van verkeerde voedingspatronen komen onder meer tot uiting via obesitas en een hogere prevalentie van een aantal lichamelijke aandoeningen, zoals bepaalde kankers, osteoporose of fysieke zwakheid. Een graadmeter voor de kwaliteit van de voedingsgewoonten dient rekening te houden met drie dimensies: de kwaliteit van de gebruikte voeding, de kwantiteit van gebruikte voedingsmiddelen (en dan zeker die voedingsmiddelen die een potentieel negatieve of uitgesproken positieve invloed hebben bij (overmatig) gebruik) en de manier waarop er gegeten wordt - zeg maar de regelmaat en het evenwichtige van het eetpatroon.⁷⁷

De variabelen die gebruikt worden binnen deze analyse van de voedingsgewoonten proberen zo goed mogelijk een weerspiegeling te vormen van deze drie dimensies. Volgende indicatoren zullen achtereenvolgens besproken worden: twee items die in de eerste plaats betrekking hebben op de regelmatigheid en het evenwichte van het voedingspatroon (namelijk de wekelijkse frequentie van het ontbijten en de wekelijkse frequentie van het eten van een warme maaltijd met groenten); vervolgens worden nog een vijftal indicatoren met betrekking tot de kwaliteit en de frequentie van de geconsumeerde voeding besproken. Het gaat hier met name over de frequentie van het eten van verse groenten en fruit, de soort melkproducten (vol vs mager) die overwegend gebruikt wordt, het gebruik van overwegend wit of bruin brood, het vetgebruik en de consumptie van gesuikerde dranken. Deze variabelen met betrekking tot de kwaliteit van de voeding zijn in de eerste plaats een indicator voor de mate van gebruik van vezelrijke (of -arme) voeding, verzadigde of onverzadigde vetten en suikers.

1.4.4.1. Gebruik van het ontbijt.

Tabel 1.113 toont de frequentieverdeling voor het gebruik van een ontbijt. De oorspronkelijke variabele werd dichotoom gemaakt. Er werd gedifferentieerd tussen de respondenten die twee dagen of minder per week een ontbijt nemen en zij die drie of meer dan drie dagen per week ontbijten.

17,8% van de totale steekproef verwaarloost zijn/haar ontbijt: ze komen niet aan drie ontbijten per week. Mannen doen het in dit geval met 20,7% nog wat slechter dan het steekproefgemiddelde, wat betekent dat minder vrouwen hun ontbijt verwaarlozen (14,8%).

Tabel 1.113: Gebruik van het ontbijt minder of meer dan twee keer per week, frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Meer dan 2 keer per week	7025	82,4	82,2
	2 keer per week of minder	1516	17,5	17,8
	SUB TOTAAL	8541	98,8	100
Missing		106	1,2	
	TOTAAL	8647	100	

De verschillen naargelang het equivalent inkomen tonen geen eenduidig beeld (tabel 1.114). Respondenten uit de huishoudens die tot de laagste inkomenscategorie behoren lijken het meest geneigd hun ontbijt te verwaarlozen: 23% van deze categorie doet dit (binnen de totale populatie). Het aantal personen dat zijn/haar ontbijt verwaarloost daalt vervolgens tot en met de middenste inkomensgroep. Vervolgens is er terug een lichte stijging te merken: bij mannen binnen de hoogste twee inkomensgroepen, bij vrouwen enkel binnen de hoogste inkomenscategorie. Waarschijnlijk

⁷⁷ Manual 3, p.152.

speelt de tijdsfactor bij dit item een belangrijke rol (en niet alleen bij de echt hoge verdiemers). In de totale populatie bezit de categorie '30 001 - 40 000' het minste aantal respondenten dat slechts twee maal of minder per week ontbijt (16%). De verschillen naargelang het inkomensniveau zijn bij mannen groter dan bij vrouwen.

Grotere verschillen ($R_{alg.} = 0,102$) vallen op na differentiatie voor het onderwijsniveau. Hier zijn de verschillen ook rechtlijner: respondenten uit huishoudens met het laagste opleidingsniveau scoren het slechtst (22%); respondenten die tot het hoogste opleidingsniveau behoren het best (12%). De onderlinge verschillen zijn iets sterker bij vrouwen dan bij mannen.

De professionele status van het huishouden waartoe men behoort zorgt voor de minst significante verschillen. Binnen de vrouwelijke subgroep zijn de verschillen in het geheel niet significant volgens het 0,05-significantieniveau (enkel categorie 'V' doet het met 22% heel wat slechter dan de rest). Ook bij de mannen steekt deze laagste beroepsgroep er in negatieve zin bovenuit (28%). Er is echter geen trend in de richting van de lagere beroepsgroepen te achterhalen.

Tabel 1.114: Gebruik van het ontbijt twee keer per week of minder naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en professionele categorieën (in procenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Equivalent inkomen.	< 20 000	23	26	20
	20 000 – 30 000	20	25	15
	30 001 – 40 000	16	18	15
	40 001 – 60 000	17	20	13
	> 60 000	18	20	16
Bèta		,047 [#]	,065 [#]	,050 [#]
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs	22	26	18
	Lager secundair	20	24	17
	Hoger secundair	16	21	16
	HOKT	14	20	9
	HOLT/HUO	12	14	8
	Bèta	,102	,116	,103
Professionele categorieën.	I	17	21	14
	II	17	21	13
	IIIN	18	22	15
	IIIM	20	22	17
	IV	15	15	15
	V	25	28	22
Bèta		,052	,060 [#]	,056 [*]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, subjectieve gezondheid en elkaar.

Niet significant op 0,01 –niveau.

* Niet significant op 0,05 –niveau.

Mannelijke werknemers in een atypisch werkverband (27%) (tabel 1.115) zullen eerder hun ontbijt verwaarlozen dan andere (mannelijke) werknemers. Mannelijke en vrouwelijke werknemers die reguliere arbeidsuren volgen behalen ongeveer een zelfde score 17 à 18%. Waar een atypisch arbeidsregime bij mannen leidt tot een hoger aantal personen dat niet of zelden ontbijt, is dit met betrekking tot de vrouwelijke atypische werknemers niet het geval.

Het al dan niet eigenaar zijn van een woning lijkt na controle voor leeftijd en de drie sociaal-economische indicatoren toch belang te hebben. Meer niet-eigenaars dan eigenaars verwaarlozen hun ontbijt (alg. 25% vs 15%). De verschillen zijn even groot bij mannen als bij vrouwen.

Alleenstaanden verwaarlozen over het algemeen meer hun ontbijt dan koppels of leden van een complex huishouden. Alleenstaanden met kinderen (en dan gaat het hier in de grote meerderheid van de gevallen over vrouwen) behalen de slechtste score (alg. 29%). Koppels met kinderen en complexe huishoudens bezitten het laagste aantal respondenten dat het ontbijt verwaarloost (alg. 15 à 14%). Binnen de vrouwelijke populatie zijn de verschillen heel wat sterker in vergelijking met de mannen (let op de hoge score van de alleenstaande vrouwen met kinderen - 34%). Nochtans zijn er op het gebied van de richting van het verband weinig afwijkingen waar te nemen. Enkel vrouwen

uit een complex huishouden (10%) behalen een nog betere score dan vrouwen met een partner en kinderen; in de mannelijke subgroep scoren beide groepen op gelijke hoogte.

Tabel 1.115: Gebruik van het ontbijt twee keer of minder per week naar werkregime, huiseigendom, huishoudtype en activiteitsstatus (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Werkregime.	Exclusief dagwerk	18	18	17
	Atypische arbeid	24	27	17
	Bèta	,057	,096	,007°
Huiseigendom.	Eigenaar	15	18	12
	Niet-eigenaar	25	28	22
	Bèta	,117	,106	,132
Type huishouden.	Alleenstaand	25	28	22
	Alleenstaand met kinderen	29	19	34
	Koppel	20	24	26
	Koppel met kinderen	15	18	13
	Complex huishouden	14	18	10
	Bèta	,108	,093	,160
Activiteitsstatus	Ziek/gehandicapt	23	30	16
	Gepensioneerd	16	21	12
	Actief of tijdelijk niet-actief	17	18	16
	Werkloos	31	44	20
	Huisman of -vrouw	12	19	11
	Bèta	,113	,174	,082#

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, subjectieve gezondheid, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

Zowel bij mannen als bij vrouwen is het de groep van de werklozen die het hoogste percentage respondenten telt dat zijn/haar ontbijt verwaarloost (alg. = 31%). Het is opmerkelijk dat juist deze groep - die normaal gesproken over meer tijd beschikt - slechter scoort dan de anderen, waaronder ook de categorie 'actieven' (alg. = 17%). Huismannen en -vrouwen vormen de categorie waarbinnen het ontbijt door het kleinste aantal mensen wordt overgeslagen (alg. = 12%). Binnen de groep van de mannen heeft de activiteitstatus waartoe men behoort een groter belang voor het al dan niet regelmatig ontbijten dan bij vrouwen. Er dient nog opgemerkt dat gepensioneerde mannen het een stuk slechter doen dan gepensioneerde vrouwen (resp. 21% en 12%). Voor werklozen geldt hetzelfde: waar werkloze mannen erg slecht scoren (44%), doen de werkloze vrouwen (20%) het maar nipt slechter dan werkende of zieke of gehandicapte vrouwen (16%).

Diegenen die zich het minst betrokken voelen bij hun sociale omgeving lijken ook in de grootste mate het ontbijt over te slaan (tabel 1.116) . Wanneer de analyseresultaten worden opgedeeld naar geslacht, blijkt dat het beeld bij de mannen wat genuanceerder is: hier doet de middengroep het het slechtst. Personen die zich in hoge mate opgenomen voelen in het sociale netwerk scoren in elk geval beter dan de rest.

Tabel 1.116: Gebruik van het ontbijt twee keer of minder per week naar betrokkenheid in sociale netwerken (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Betrokkenheid in sociale relaties.	Laag	26	23	32
	Gemiddeld	22	27	16
	Hoog	17	20	14
	Bèta	,060	,068	,072

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, subjectieve gezondheid, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

1.4.4.2. Gebruik van een warme maaltijd met groenten.

Dit item met betrekking tot de voedingsgewoonten is gebaseerd op de open vraag 'Hoeveel dagen per week eet u een warme maaltijd met groenten?'. Deze vraag werd omgevormd tot een dichotome indicator voor personen die regelmatig een dag zonder warme maaltijd hebben. In de analyse worden de verschillen binnen de groep van respondenten die niet meer dan vijf keer per week een warme maaltijd met groenten hebben besproken. De 'warme maaltijd met groenten' dient begrepen te worden als een operationalisering van het concept 'evenwichtige maaltijd'.

Uit tabel 1.117 kan worden opgemaakt dat 14% van de totale populatie minstens twee dagen per week de warme maaltijd met groenten overslaat. Mannen en vrouwen scoren op dit gebied nagenoeg even hoog; 15% van de mannen slaat regelmatig de warme maaltijd over, de vrouwelijke respondenten doen dit iets minder (13%).

Tabel 1.117: Gebruik van warme maaltijd met groenten, frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Meer dan 5 keer per week	7325	84,7	85,7
	5 keer per week of minder	1225	14,2	14,3
SUB TOTAAL		8550	98,2	100
Missing		97	1,8	
	TOTAAL	8647	100	

Zeer grote verschillen naargelang de sociaal-economische variabelen kunnen niet worden waargenomen. Voor wat het equivalent inkomen betreft worden er enkel binnen de mannelijke sub-populatie significante verschillen waargenomen (tabel 1.118). De gradiënt is echter niet erg rechtlijnig. Mannen die tot een huishouden uit de laagste inkomenscategorie behoren zijn het minst geneigd om op regelmatige basis de warme maaltijd over te slaan (8%). De mannen uit de hoogste inkomensgroep doen dit het meest (21%). De middengroepen vertonen geen rechtlijnige - en bovendien weinig verschillende - percentages. Er mag aldus - met enige omzichtigheid - besloten worden dat de betere verdieners al eens vaker de warme maaltijd overslaan. Ook met betrekking tot het ontbijt scoorde de groep van de betere verdieners wat hoger dan de middengroep. Dit is een teken dat een groter aantal personen - en vooral mannen - uit een huishouden met een hoger inkomen (in elk geval boven 40 000 BEF equivalent inkomen) onregelmatige voedingsgewoonten heeft.

Een verdeling volgens het scholingsniveau leidt tot enigszins tegengestelde resultaten voor mannen en vrouwen. Mannen uit een huishouden met een lager scholingsniveau zijn vaker geneigd de warme maaltijd over te slaan (geen/lager onderwijs = 17%), dan mannen uit een huishouden met een hoog scholingsniveau (HOLT/HUO = 10%). De cijfers voor de vrouwen liggen wat dichter bij elkaar, op de laatste categorie na. Deze wijkt duidelijk af van de rest van de vrouwelijk populatie. 19% van de vrouwen uit een huishouden met een 'HOLT/HUO-diploma' slaat minstens twee maal per week de warme maaltijd met groenten over (tov gem. 13%).

De verschillen na differentiatie voor de professionele groep waartoe het huishouden van een respondent behoort zijn het minst duidelijk. Eigenlijk is er enkel duidelijkheid over de beroepscategorie 'V': deze doet het zowel voor mannen als voor vrouwen slechter dan de rest.

Tabel 1.118: Gebruik van warme maaltijd met groenten vijf keer of minder per week naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en professionele categorieën (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Equivalent inkomen.	< 20 000	10	8	11
	20 000 – 30 000	15	16	14
	30 001 – 40 000	12	13	11
	40 001 – 60 000	14	14	13
	> 60 000	18	21	14
Bèta		,056	,082	,034°
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs	14	17	12
	Lager secundair	14	17	12
	Hoger secundair	13	15	10
	HOKT	14	15	14
	HOLT/HUO	14	10	19
Bèta		,028°	,061*	,077#
Professionele categorieën.	I	12	15	9
	II	13	15	11
	IIIN	15	13	16
	IIIM	15	16	13
	IV	15	16	12
Bèta		,047#	,050#	,083

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd en elkaar.

Niet significant op 0,01 –niveau.

* Niet significant op 0,05 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

De regelmatigheid van het werkpatroon vertoont een duidelijk verband met de regelmatigheid van de voedingsgewoonten. Er werden hoger reeds verschillen aangetoond met betrekking tot het regelmatig gebruik van het ontbijt. Dezelfde verschillen duiken op in verband met het regelmatig gebruik van een warme maaltijd met groenten (tabel 1.119). 21% van de mannen in een atypisch arbeidsregime eet minstens twee dagen per week geen warme maaltijd, binnen de vrouwelijke subgroep is dit 23%; dit kan men vergelijken met 16% (zowel voor mannen als vrouwen) van de personen die tijdens reguliere kantooruren werken.

Ook een groter aantal mensen zonder een eigen woning slaat wel eens een warme maaltijd over. Hier werden eveneens gelijkaardige resultaten in verband met het ontbijt bekomen.

Het huishoudtype waartoe men behoort zorgt voor de grootste verschillen van het gehele model (R alg. = 0,169). Dit is vooral te wijten aan de afwijkende waarden van de groep alleenstaanden zonder kinderen (en binnen de mannelijke subgroep ook de alleenstaanden met kinderen - 26%). Alleenstaanden zonder kinderen hebben veel vaker onregelmatige voedingsgewoonten (ook met betrekking tot het ontbijt); 30% van de alleenstaande mannen en 25% van de alleenstaande vrouwen eet minstens twee dagen per week geen warme maaltijd met groenten. Het best scoren de respondenten uit complexe huishoudens (alg. 9%). Koppels met kinderen (alg. 11%) doen het hier beter dan koppels zonder kinderen (alg. 17%).

De variabele 'activiteitsstatus' vertoont weinig onderscheid tussen de respondenten. Zieken of gehandicapten, actieven op de arbeidsmarkt en werklozen scoren op dezelfde hoogte (alg. 14 à 15%). Gepensioneerden (alg. 12%) en huisvrouwen en -mannen (alg. 10%) doen het wat beter dan het gemiddelde (14%).

Tabel 1.119: Gebruik van warme maaltijd met groenten vijf keer of minder per week naar werkregime, huiseigendom, huishoudtype en activiteitsstatus (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Werkregime.	Exclusief dagwerk	16	15	16
	Atypische arbeid	22	21	23
	Bèta	,070	,065 [#]	,075 [#]
Huiseigendom.	Eigenaar	12	13	11
	Niet-eigenaar	19	21	17
	Bèta	,090	,095	,083
Type huishouden.	Alleenstaand	27	30	25
	Alleenstaand met kinderen	16	26	13
	Koppel	17	19	15
	Koppel met kinderen	11	12	10
	Complex huishouden	9	9	9
	Bèta	,169	,185	,150
Activiteitsstatus	Ziek/gehandicapt	14	16	12
	Gepensioneerd	12	13	11
	Actief of tijdelijk niet-actief	15	15	15
	Werkloos	14	19	11
	Huisman of -vrouw	10	14	10
	Bèta	,048 [#]	,040 [°]	,063 [*]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

De mate van betrokkenheid in het sociale netwerk, tenslotte, zorgt enkel binnen de mannelijke deelgroep voor een significante variatie (tabel 1.120). Mannen die zich minder opgenomen voelen in hun sociale netwerk scoren ook met betrekking tot de warme maaltijd slechter dan dezen die zich sterk betrokken voelen bij hun sociaal netwerk (22% versus 14%).

Tabel 1.120: Gebruik van warme maaltijd met groenten vijf keer of minder per week naar betrokkenheid in sociale netwerken (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Betrokkenheid in sociale relaties.	Laag	19	22	13
	Gemiddeld	17	19	15
	Hoog	13	14	12
	Bèta	,046	,065	,026 [°]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

1.4.4.3. Consumptie van afgeroomde melkproducten.

De variabele met betrekking tot de vaakst gebruikte soort melkproducten is een indicator voor het vetgehalte in de voeding. Afgeroomde melkproducten hebben een lager vetgehalte dan volle melkproducten, waardoor de afgeroomde producten als gezonder worden beschouwd. Zowel halfvolle als magere melk en melkproducten vallen onder de categorie van de afgeroomde melkproducten.

Het grootste gedeelte van de steekproefpopulatie gebruikt afgeroomde melkproducten (75%) (tabel 1.121). Meer vrouwen (77%) dan mannen (72%) verbruiken afgeroomde melkproducten.

Deze variabele zegt echter niets over het gebruik van melkproducten in het algemeen; er kunnen dan ook geen uitspraken gedaan worden over categorieën die al dan niet meer melk verbruiken dan anderen. Het gaat hier enkel om de soort melk die gebruikt worden en de potentiële risico's voor de gezondheid die daarmee samenhangen.

Tabel 1.121: Consumptie van melkproducten, frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Meestal volle melkproducten.	2154	24,9	25,4
	Meestal afgeroomde melkproducten.	6317	73,1	74,6
	SUB TOTAAL	8471	98	100
Missing		176	2	
	TOTAAL	8647	100	

Het verbruik van afgeroomde melkproducten is in de hele populatie ingeburgerd, toch zijn er onder de sociaal-economisch beter gepositioneerden over het algemeen meer gebruikers van afgeroomde melkproducten.

Tussen de laagste categorie van het equivalent inkomen en de andere inkomenscategorieën is er een duidelijke kloof (tabel 1.122). Van de individuen uit een huishouden met een equivalent inkomen van minder dan 20 000 BEF is 64% overwegend gebruiker van afgeroomde melkproducten. Binnen de op één na laagste inkomensgroep is 73% overwegend gebruiker van afgeroomde melkproducten; vervolgens neemt dit aantal stapsgewijs toe: de hoogste inkomenscategorie (+ 60 000 BEF) behaalt het hoogste percentage (79%). Vrouwen gebruiken in hogere mate afgeroomde producten; vooral bij de hogere inkomensgroepen is het verschil met de mannen aanzienlijk (+ 60 000 BEF (M) = 74% (V) = 85%).

De verschillen naargelang het opleidingsniveau zijn minder duidelijk. De laagste diplomaneiveaus behalen een lager percentage voor het aantal gebruikers van afgeroomde melkproducten dan de hogere. De enige uitzondering hierop vormen de mannen met een 'HOLT/HUO-diploma' (68%): zij scoren bijna terug op hetzelfde niveau als de categorie 'geen/lager onderwijs'. Vrouwen met een hogeschool- (of universitair) diploma blijven één van de best presterende groepen (80% en 83%). Binnen het secundaire onderwijsniveau is er eveneens heel wat variatie. Individuen met als hoogste diploma beroepsonderwijs doen het op het niveau van het hoger secundair onderwijs slechter dan individuen die tot de categorieën 'technisch onderwijs' of 'algemeen vormend onderwijs' behoren. Op het niveau van het lager secundair onderwijs liggen de cijfers erg dicht bij elkaar.

De professionele categorie van het huishouden geeft evenmin aanleiding tot rechtlijnig interpreteerbare verschillen. De niet-manuele categorieën samen lijken het wat beter te doen dan de manuele groepen. Toch is nuancering hier geboden: categorie 'IV' doet het zowel bij mannen als bij vrouwen beter dan de omringende categorieën en scoort dan ook op het niveau van de niet-manuele groepen. Binnen de vrouwelijke steekproefpopulatie komt ook de categorie 'V' in de buurt van de eerste drie categorieën; enkel categorie 'IIM' wijkt hier naar beneden toe af.

Tabel 1.122: Consumptie van afgeroomde melkproducten naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en professionele categorieën (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Equivalent inkomen.	< 20 000	64	61	66
	20 000 – 30 000	73	71	75
	30 001 – 40 000	74	72	76
	40 001 – 60 000	77	74	79
	> 60 000	79	74	85
Bèta		,077	,067 [#]	,097
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs	71	67	75
	Lager BSO	74	71	78
	Lager TSO	73	69	81
	Lager ASO	77	81	75
	Hoger BSO	70	74	67
	Hoger TSO	81	77	85
	Hoger ASO	75	78	73
	HOKT	78	75	80
	HOLT/HUO	74	68	83
Bèta		,078	,097	,127
Professionele categorieën.	I	78	78	79
	II	74	72	75
	IIIN	75	70	80
	IIIM	71	69	74
	IV	77	75	80
	V	70	61	78
Bèta		,058	,092	,054 [#]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd en elkaar.

Niet significant op 0,01 –niveau.

Voor wat de variabelen ‘werkregime’ en ‘huiseigendom’ betreft worden weer gelijkaardige resultaten als in de vorige analyses bekomen (tabel 1.123). Atypische werknemers (71%) en niet-eigenaars (71%) doen het een stukje slechter dan de andere respondenten uit hun respectievelijke populatie (78% en 77%). In beide gevallen zijn ook de verschillen tussen de categorieën bij vrouwen lichtjes groter dan bij mannen.

Alleenstaanden zijn vaker geneigd overwegend volle melkproducten te consumeren dan koppels en leden van een complex huishouden. Mannen die tot een complex huishouden behoren (69%) doen het wat slechter dan alleenstaande mannen (71%) en mannen met kinderen doen het iets beter dan de rest (78 en 75%). Het percentage voor alleenstaande vrouwen ligt een viertal percenten (71%) onder het gemiddelde (75%), maar alleenstaande vrouwen met kinderen doen het het slechtst: 65% van de respondenten die tot die categorie behoren gebruikt hoofdzakelijk afgeroomde melkproducten.

Tabel 1.123: Consumptie van afgeroomde melkproducten naar werkregime, huiseigendom en huishoudtype (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Werkregime.	Exclusief dagwerk	78	75	82
	Atypische arbeid	71	70	76
	Bèta	,059	,047 [#]	,059 [#]
Huiseigendom.	Eigenaar	77	74	79
	Niet-eigenaar	71	69	73
	Bèta	,057	,051 [#]	,072
Type huishouden.	Alleenstaand	71	71	71
	Alleenstaand met kinderen	69	78	65
	Koppel	77	72	82
	Koppel met kinderen	76	75	78
	Complex huishouden	74	69	79
	Bèta	,051	,058 [#]	,102

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

De mate van betrokkenheid in het sociale netwerk blijkt eveneens significant - althans voor vrouwen - in verband te staan met het soort melkproducten dat overwegend gebruikt wordt (tabel 1.124). De cijfers voor diegenen die zich slechts laag betrokken voelen (alg. = 66%) wijken in negatieve zin af van beide andere categorieën. Voor de gemiddeld en hoog betrokkenen liggen de percentages dicht bij elkaar (75 à 77%).

Tabel 1.124: Consumptie van afgeroomde melkproducten naar betrokkenheid in sociale netwerken (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Betrokkenheid in sociale relaties.	Laag	66	67	67
	Gemiddeld	77	73	82
	Hoog	75	73	77
Bèta		,041 [#]	,026 [°]	,060

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

1.4.4.4. Consumptie van vers fruit en groenten: twee porties of meer per dag.

De variabele voor het voldoende gebruik van verse groenten en fruit is één van de indicatoren voor de kwaliteit van de gebruikte voeding (gekoppeld aan de frequentie van het gebruik van die voeding). In de gezondheidsenquête werd de respondenten gevraagd hoe vaak ze verse groenten en fruit eten⁷⁸. Het gebruik van twee of meer porties verse groenten en fruit wordt beschouwd als een gezonde voedingsgewoonte. Dit item is in de eerste plaats een indicator voor een vezel- en vitaminerijke voeding.

Bijna de helft van de respondenten uit de volledige steekproef eet per dag twee of meer porties groenten of fruit (48,3%) (tabel 1.125). In het mannelijke steekproefgedeelte zijn er minder personen die voldoende groenten en fruit eten (44,9%) dan binnen de vrouwelijke populatie (53,6%). Het verschil tussen de beide geslachten is over het algemeen groter dan het verschil tussen de verschillende categorieën van de sociaal-economische en -demografische variabelen.

⁷⁸ Voor de precieze antwoordcategorieën, zie mondelinge individuele vragenlijst, p. 41.

Tabel 1.125: Consumptie van vers fruit en groenten frequentieverdeling (in percenten).

		N	Percent	Valid percent
Valid.	Minder dan 2 porties/dag	4428	51,2	51,7
	2 of meer porties/dag	4129	47,8	48,3
	SUB TOTAAL	8557	99	100
Missing		90	1	
	TOTAAL	8647	100	

De verschillen naargelang het equivalent inkomen voldoen nergens aan de 0,1-significantienorm. De verschillen binnen de vrouwelijke subgroep benaderen nog het dichtst deze limiet (tabel 1.126). Hier valt een lichte verhoging op van het aantal personen dat voldoende groenten en fruit eet naargelang ze tot een hoger inkomensniveau behoren. Op de gehele populatie eet 48% van de personen met een equivalent inkomen van minder dan 20 000 BEF voldoende verse groenten en fruit; binnen de categorie '+ 60 000 BEF' geldt dit voor 50% van de respondenten.

Personen met als hoogste diplomaniveau lager onderwijs of minder hebben de kleinste kans om voldoende groenten en fruit te eten (45%). Deze score neemt toe tot en met de categorie 'HOKT', die het met 53% het beste doet. Mensen die tot de hoogste opleidingscategorie behoren behalen terug een slechter resultaat (47%). De verhoudingen tussen de categorieën zijn nagenoeg dezelfde voor mannen en vrouwen; de verschillen zijn echter groter binnen de vrouwelijke populatie.

Het beroepsniveau van het huishouden waartoe men behoort zorgt voor de grootste verschillen en aldus voor de sterkste verklarende kracht ($R_{alg.} = 0,068$). De categorieën 'I' en 'IIIM' behalen de beste resultaten (respectievelijk 51% en 54% binnen de totale steekproef). Categorie 'V' telt - bij beide geslachten - het kleinste aantal personen dat voldoende groenten en fruit eet ($alg. = 39%$).

Tabel 1.126: Consumptie van twee porties of meer vers fruit en groenten per dag naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en professionele categorieën (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Equivalent inkomen.	< 20 000	48	42	53
	20 000 – 30 000	47	43	51
	30 001 – 40 000	48	43	53
	40 001 – 60 000	48	42	54
	> 60 000	50	42	59
	Bèta	,021°	,003°	,046°
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs	45	41	49
	Lager secundair	48	42	54
	Hoger secundair	49	42	56
	HOKT	53	46	58
	HOLT/HUO	47	45	53
	Bèta	,052[#]	,038°	,063[#]
Professionele categorieën.	I	51	44	58
	II	45	39	51
	IIIN	47	42	52
	IIIM	54	48	60
	IV	49	46	53
	V	39	33	46
Bèta	,068	,072	,074	

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd en elkaar.

[#] Niet significant op 0,01 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

Werknemers die in een atypisch werkverband actief zijn doen het ook met betrekking tot deze indicator voor de kwaliteit van de voeding minder goed dan de andere werknemers (resp. 41% vs 45%) (tabel 1.127).

Hetzelfde geldt voor individuen die geen eigen woning bezitten ten opzichte van eigenaars van een woning. Binnen de gehele populatie eet 43% van de niet-eigenaars twee of meer porties groenten of fruit per dag, eigenaars bereiken een score van 50%.

Het hebben van kinderen en het hebben van een partner lijkt positief te zijn met betrekking tot de consumptie van groenten en fruit. De combinatie van de twee - koppels met kinderen - zorgt voor de op één na beste score: 49% (net op het steekproefgemiddelde). Mensen die tot een complex huishouden behoren doen het nog beter: hier consumeert 55% van de respondenten voldoende groenten en fruit. Voor mannen zijn de verschillen groter dan voor vrouwen, wat in de eerste plaats te wijten is aan de erg lage score van de alleenstaande mannen (32%). De positieve invloed van de aanwezigheid van kinderen in het huishouden geldt op één plaats niet: meer alleenstaande vrouwen (46%), dan alleenstaande vrouwen met kinderen (43%) eten voldoende groenten en fruit.

De activiteitsstatus waartoe men behoort blijkt in relatie met de consumptie van groenten en fruit enkel binnen de mannelijke populatie aanleiding te geven tot significante verschillen (voor vrouwen wordt de 0,1-significantiegrens overschreden). Vooral werkloze mannen (huismannen zijn een te kleine categorie om zinvolle uitspraken over te doen) hebben een erg afwijkende score in negatieve zin (28%). Gepensioneerden hebben het hoogste percentage (mannen = 54%). Gelijkaardige verhoudingen - maar dan veel minder uitgesproken - gelden ook voor de vrouwen.

Tabel 1.127: Consumptie van twee porties of meer vers fruit en groenten per dag naar werkregime, huiseigendom, huishoudtype en activiteitsstatus (in procenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Werkregime.	Exclusief dagwerk	45	41	51
	Atypische arbeid	41	38	47
	Bèta	,036 [#]	,030 [°]	,027 [°]
Huiseigendom.	Eigenaar	50	45	55
	Niet-eigenaar	43	37	49
	Bèta	,066	,073	,056
Type huishouden.	Alleenstaand	39	32	46
	Alleenstaand met kinderen	44	48	43
	Koppel	45	40	51
	Koppel met kinderen	49	41	56
	Complex huishouden	55	51	59
	Bèta	,098	,120	,094
Activiteitsstatus	Ziek/gehandicapt	48	41	54
	Gepensioneerd	56	54	56
	Actief of tijdelijk niet-actief	46	42	53
	Werkloos	41	28	50
	Huisman of -vrouw	56	30	58
	Bèta	,098	,128	,048 [°]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

Opmerkelijk zijn de sterke verschillen waartoe de maat voor betrokkenheid in sociale netwerken aanleiding geeft. De range tussen de hoogst en de laagst scorende categorie bedraagt 17% (tabel 1.128). Mensen die zichzelf slechts laag betrokken voelen in hun sociale omgeving eten blijkbaar in mindere mate groenten en fruit (32%); de groep van de hoog betrokkenen scoort dicht bij het populatiegemiddelde (49%). Deze verschillen zijn vooral uitgesproken binnen de mannelijke deelgroep. Er dient gezegd dat de vernoemde verschillen zijn bekomen na controle voor leeftijd en de drie sociaal-economische indicatoren. Zodoende kan er geen sprake zijn van effecten ten gevolge van een scheve verdeling van sociaal-economisch zwakkeren binnen de categorieën 'laag' en 'middelmatic' geïntegreerden. Wel dient vermeld dat het in het geval van de groep laag betrokkenen om een vrij kleine populatie gaat (222 personen). Een hypothese voor de uitgesproken

slechtere score op de meeste variabelen in deze analyse is dat de groep van de laag betrokkenen op een groot aantal kenmerken in een eerder precare positie verkeert.

Tabel 1.128: Consumptie van twee of meer porties vers fruit en groenten per dag naar betrokkenheid in sociale netwerken (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Betrokkenheid in sociale relaties.	Laag	32	28	40
	Gemiddeld	44	36	52
	Hoog	49	44	54
Bèta		,069	,084	,044 [#]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

* Niet significant op 0,05 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

1.4.4.5. Consumptie van bruin brood.

Naast de indicator voor de consumptie van vers fruit en groenten is deze variabele met betrekking tot de keuze van het soort brood dat hoofdzakelijk wordt gegeten in de eerste plaats een indicator voor de aanwezigheid van vezels in de voeding. 52% van de totale populatie eet hoofdzakelijk vezelrijk bruin brood (tabel 1.129). Mannen eten in mindere mate bruin brood (49%), dan vrouwen (55%).

Tabel 1.129: Consumptie van brood, frequentieverdeling.

		N	Percent	Valid percent
Valid.	Meestal wit brood	4073	47,1	48,3
	Meestal bruin brood	4360	50,4	51,7
	SUB TOTAAL	8433	97,5	100
Missing		214	2,5	
	TOTAAL	8647	100	

Op basis van de onderstaande analysesresultaten blijken er over het algemeen duidelijke sociaal-economische verschillen te bestaan in de voorkeur voor bruin of wit brood (tabel 1.130).

Het aantal consumenten van bruin brood loopt gestaag op naarmate het equivalent inkomen van de respondent toeneemt. Van de individuen uit een huishouden dat tot de laagste inkomenscategorie behoort verbruikt 38% hoofdzakelijk bruin brood. Respondenten uit de hoogste inkomensgroep behalen een score van 61%. Enkel de categorie '20 000 – 30 000' wijkt af van deze lijn (53%). Het verband met het niveau van het equivalent inkomen is duidelijker binnen de mannelijke deelpopulatie ($R = 0,125$) dan bij de vrouwen ($R = 0,083$). De range tussen de categorieën met de laagste en met de hoogste consumptie van bruin brood bedraagt voor mannen 29% (voor vrouwen slechts 16%).

Voor wat betreft het hoogste onderwijsniveau binnen het huishouden is er eveneens een stijging in de richting van de hogere scholingsniveaus. Binnen het secundair onderwijs is er een breuk tussen het beroeps- en technisch onderwijs enerzijds en het algemeen vormend onderwijs anderzijds. Dit geldt zowel voor het lager als het hoger secundair onderwijs. Bij vrouwen zijn de verschillen manifester dan bij mannen. Mannen met een hogeschool- of universiteitsdiploma scoren op hetzelfde niveau als mannen met een algemeen vormend secundair diploma. Binnen de groep van de vrouwen met een hoger diploma neemt het aantal verbruikers van bruin brood nog toe (max. 67% 'HOLT/HUO').

Tussen de niet-manuele en de manuele beroepsgroepen ligt er een breuk van een kleine tien percent; respondenten uit de niet-manuele beroepsgroepen zullen eerder hoofdzakelijk bruin brood gebruiken. Bij mannen scoort de categorie 'I' het best (53%) en categorie 'V' het slechtst (41%). Binnen de vrouwelijke subgroep gaat het respectievelijk om de categorieën 'IIN' (60%) en 'IIIM' (46%). De verschillen tussen de categorieën zijn voor vrouwen wat groter dan voor mannen.

Tabel 1.130: Consumptie van bruin brood naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en professionele categorieën (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Equivalent inkomen.	< 20 000	38	32	44
	20 000 – 30 000	53	49	57
	30 001 – 40 000	49	47	51
	40 001 – 60 000	53	49	57
	> 60 000	61	61	60
Bèta		,099	,125	,083
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs	46	42	50
	Lager BSO	49	50	48
	Lager TSO	48	46	52
	Lager ASO	53	48	56
	Hoger BSO	49	47	50
	Hoger TSO	47	46	50
	Hoger ASO	58	55	61
	HOKT	60	56	63
	HOLT/HUO	58	52	67
Bèta		,110	,100	,129
Professionele categorieën.	I	55	53	56
	II	53	49	57
	IIIN	56	52	60
	IIIM	46	45	46
	IV	49	46	51
	V	46	41	50
Bèta		,075	,066 [#]	,091

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd en elkaar.

Niet significant op 0,01 –niveau.

De verschillen naargelang het arbeidsregime zijn nauwelijks significant. Binnen de vrouwelijke populatie worden zelfs geen significante verschillen opgetekend (0,1-niveau) (tabel 1.131). Atypische werknemers (alg. = 51%) zijn minder geneigd bruin brood te consumeren dan werknemers die tijdens de reguliere kantooruren actief zijn (alg. = 55%).

Ook respondenten zonder een eigen woning verbruiken in mindere mate bruin brood dan eigenaars van een woning. Voor deze indicator hebben de verschillen tussen de categorieën een hoger significantieniveau.

Het onderscheid naargelang het huishoudtype voldoet binnen de mannelijke subgroep niet aan de 0,1-significantienorm. Bij vrouwen zijn de verschillen duidelijker. Vooral alleenstaande vrouwen met kinderen scoren weer slechter dan de totale vrouwelijke populatie (46%). Vrouwen die tot een koppel (al dan niet met kinderen) of een complex huishoudtype behoren scoren tussen 54% en 58%. Alleenstaande vrouwen eten het vaakst hoofdzakelijk bruin brood (61%).

De variabele 'activiteitsstatus' bezit dan weer enkel relevantie in de mannelijke subgroep. De laagste percentages binnen deze groep zijn voor werklozen (38%) en huismannen (37%). Ziekten of gehandicapten tellen eveneens minder regelmatige consumenten van bruin brood (43%) in vergelijking met het gemiddelde (49%) of met de gepensioneerden (53%) of werkenden (50%).

Tabel 1.131: Consumptie van bruin brood naar werkregime, huiseigendom, huishoudtype en activiteitsstatus (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Werkregime.	Exclusief dagwerk	55	51	61
	Atypische arbeid	51	46	59
	Bèta	,034 [#]	,042 [*]	,015 [°]
Huiseigendom.	Eigenaar	54	51	57
	Niet-eigenaar	49	45	52
	Bèta	,047	,051 [#]	,044 [#]
Type huishouden.	Alleenstaand	54	48	61
	Alleenstaand met kinderen	47	49	46
	Koppel	55	52	58
	Koppel met kinderen	50	47	54
	Complex huishouden	52	50	55
	Bèta	,044 [#]	,043 [°]	,063 [#]
Activiteitsstatus	Ziek/gehandicapt	49	43	58
	Gepensioneerd	54	53	54
	Actief of tijdelijk niet-actief	53	50	59
	Werkloos	46	38	53
	Huisman of -vrouw	53	37	53
	Bèta	,042 [#]	,077	,056 [°]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

* Niet significant op 0,05 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

1.4.4.6. Gebruik van vetten.

Uit de bevraging in de gezondheidsenquête kan zowel een verdeling naargelang het vetgehalte van de gebruikte vetten als naargelang het gebruik van verzadigde of onverzadigde vetten gemaakt worden. Wij opteren er voor de verschillende keuzemogelijkheden uit de enquête te groeperen naar de eigenschap ‘verzadigd’ of ‘onverzadigd’. De categorie van de onverzadigde - gezondere - vetten wordt nog uitgebreid met die respondenten die aangeven geen vet te gebruiken. Onderhavige dichotome variabele ‘overwegend gebruik van verzadigde/onverzadigde vetten’ is gebaseerd op vier items in de gezondheidsenquête, met name de items ‘gebruik van vet op brood’, ‘gebruik van vet om te braden’, ‘gebruik van vet om te frituren’ en ‘gebruik van vet op rauwe groenten’. Respondenten die in geen enkel of slechts één van deze vier gevallen verzadigde vetten gebruiken worden beschouwd als gezonde eters op het vlak van vetgebruik.

Een kleine meerderheid van de respondenten (54,8%) gebruikt hoofdzakelijk onverzadigde vetten of helemaal geen vetten (tabel 1.132). Tussen mannen en vrouwen zijn er nauwelijks verschillen: 54,2% van de mannen gebruikt onverzadigde of geen vetten, voor vrouwen is dit 55,3%.

Tabel 1.132: Gebruik van vetten, frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Hoofdzakelijk verzadigde vetten	3175	36,7	45,2
	Hoofdzakelijk onverzadigde of geen vetten	3844	44,5	54,8
	SUB TOTAAL	7019	81,2	100
Missing		1628	18,8	
	TOTAAL	8647	100	

Het gezondere vetgebruik neemt toe naarmate het equivalent inkomen stijgt (tabel 1.133). Individuen uit een huishouden met een equivalent inkomen van minder dan 20 000 BEF per maand zijn voor 41% gebruikers van onverzadigde vetten of helemaal geen vetten. De daaropvolgende categorie '20 000 - 30 000' scoort vrij hoog - net als bij de consumptie van bruin brood, maar deze groep is een uitzondering in de rij. De hoogste inkomenscategorie telt de meeste respondenten met een gezonder vetgebruik (59%). De gender-verschillen in combinatie met het inkomensniveau zijn nagenoeg onbestaande en beperken zich enkel tot een aantal kleine fluctuaties tussen de middencategorieën.

Het onderwijsniveau waartoe men behoort vertoont minder duidelijke verschillen op het gebied van vetgebruik. De categorie 'geen/lager onderwijs' (alg. = 59%) wijkt in positieve zin af van de andere 'lagere' onderwijscategorieën. Binnen het secundair onderwijs vallen enige verschillen naargelang het onderwijstype op. Zowel voor het hoger als voor het lager secundair onderwijs doen diegenen uit een huishouden waar beroepsonderwijs het hoogste diploma is, het iets minder goed dan diegenen die tot de categorieën technisch of algemeen vormend onderwijs behoren. Personen met een diploma 'hoger onderwijs van het korte type' hebben het meeste kans om geen of onverzadigde vetten te gebruiken. De correlatiecoëfficiënt is voor de mannelijke subgroep ($R = 0,101$) groter dan voor de vrouwelijke subgroep ($R = 0,088$). Dit heeft vooral te maken met de sterker afwijkende waarden (tov het subgroep-gemiddelde (54%)) van de categorieën 'lager ASO' (48%), 'hoger BSO' (44%) en 'HOLT/HUO' (48%). De sterke afwijking - in de negatieve zin - van het hoogste diplomaniveau ten opzichte van de categorie 'hoger onderwijs van het korte type' is over het algemeen opvallend.

Het beroepstype leidt opnieuw tot weinig eenduidige resultaten op respondent-niveau. Voor mannen liggen de categorieën wat verder uit elkaar dan voor vrouwen. Binnen de mannelijke deelpopulatie scoren de categorieën 'IV' en 'V' (47%) lager dan de rest van de populatie (gem. = 54%). Bij vrouwen is deze breuk tussen de laagste twee beroepsniveaus en de rest niet aanwezig.

Tabel 1.133: Hoofdzakelijk gebruik van geen of onverzadigde vetten naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en professionele categorieën (in procenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Equivalent inkomen.	< 20 000	41	41	41
	20 000 – 30 000	58	56	59
	30 001 – 40 000	50	48	52
	40 001 – 60 000	57	57	56
	> 60 000	59	59	60
Bèta		,094	,099	,091
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs	59	58	60
	Lager BSO	53	54	52
	Lager TSO	55	57	49
	Lager ASO	54	48	60
	Hoger BSO	50	44	55
	Hoger TSO	54	55	53
	Hoger ASO	53	59	48
	HOKT	61	61	60
	HOLT/HUO	50	48	53
Bèta		,075	,101	,088 [#]
Professionele categorieën.	I	57	56	58
	II	50	50	50
	IIIN	61	62	59
	IIIM	56	56	56
	IV	49	47	52
	V	51	47	56
Bèta		,086	,103	,072 [#]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd en elkaar.

Niet significant op 0,01 –niveau.

De verschillen tussen de beide categorieën van de variabele ‘huiseigendom’ zijn niet significant binnen de mannelijke deelgroep (vgl. de 0,1-norm) (tabel 1.134). Toch vertonen de resultaten voor beide geslachten een zelfde beeld, namelijk een hoger aantal respondenten zonder eigen woning (alg. = 58%) gebruikt geen vetten of hoofdzakelijk onverzadigde vetten in vergelijking met de eigenaars van een woning (alg. = 54%).

Ook met betrekking tot de variabele ‘activiteitsstatus’ worden uitsluitend significante verschillen gevonden voor de vrouwelijke subgroep. Op de arbeidsmarkt actieve vrouwen (60%) en werkloze vrouwen (59%) behalen de hoogste percentages. Huisvrouwen (49%) en gepensioneerden (48%) scoren het laagst. De categorie zieken en gehandicapten vormt een tussengroep (51%).

Tabel 1.134: Hoofdzakelijk gebruik van geen of onverzadigde vetten naar huiseigendom en activiteitsstatus (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Huiseigendom.	Eigenaar	54	53	54
	Niet-eigenaar	58	56	59
Bèta		,037 [#]	,026 [°]	,043 [#]
Activiteitsstatus	Ziek/gehandicapt	55	58	51
	Gepensioneerd	50	52	48
	Actief of tijdelijk niet-actief	57	54	60
	Werkloos	57	56	59
	Huisman of -vrouw	51	55	49
Bèta		,058 [*]	,024 [°]	,113 [#]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

* Niet significant op 0,05 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

1.4.4.7. Gebruik van gesuikerde dranken.

In de indicator voor het gebruik van gesuikerde dranken worden die respondenten die zo goed als dagelijks gesuikerde dranken gebruiken afgezet tegen diegenen die niet meer dan wekelijks - of minder - gesuikerde dranken consumeren. Slechts 35% van de totale steekproefpopulatie drinkt niet op dagelijkse basis gesuikerde dranken. Mannen scoren met 32% slechter dan de totale populatie, vrouwen doen het beter (38%) (tabel 1.135).

Tabel 1.135: Gebruik van gesuikerde dranken, frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	(Bijna) elke dag	3061	35,4	65,1
	Wekelijks of minder	1640	19	34,9
	SUB TOTAAL	4701	54,4	100
Missing		3945	45,6	
	TOTAAL	8647	100	

De verschillen tussen de categorieën van het onderwijsniveau zijn vrij groot en bezitten dan ook zeer hoge correlatieratio's (alg. = 0,180) (tabel 1.136). Deze duidelijke gradiënt is enkel aanwezig voor de indicator van het opleidingsniveau. Het equivalent inkomen van het huishouden waartoe men behoort geeft nagenoeg geen aanleiding tot variaties in het gebruik van gesuikerde dranken; het significantieniveau van deze variabele voldoet niet aan de 0,05-norm. De gradiënten hebben ook geen duidelijke richting.

Respondenten die tot de groep van de hoger opgeleiden behoren gebruiken vaker op minder dan dagelijkse basis gesuikerde dranken in vergelijking met diegenen die tot een lagere opleidingscategorie behoren. Binnen de categorie ‘geen/lager onderwijs’ gebruikt 21% van de populatie ten hoogste op wekelijkse basis gesuikerde dranken. Dit percentage loopt op tot 48% binnen de gehele steekproefpopulatie. Tussen de studietypes van het hoger secundair onderwijs

vallen duidelijke verschillen op. Personen die tot de categorie ‘hoger BSO’ behoren zijn over het algemeen frequentere drinkers van gesuikerde dranken dan dezen die tot de categorieën ‘hoger TSO’ en ‘hoger ASO’ behoren. In de mannelijke subgroep doet de categorie ‘hoger ASO’ het nog een stuk beter dan de categorie voor hoger technisch onderwijs. De correlatieratio (als indicator voor de grootte van de verschillen) is voor de onderwijs-variabele groter bij mannen dan bij vrouwen.

Tabel 1.136: Wekelijks of minder dan wekelijks gebruik van gesuikerde dranken naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en professionele categorieën (in procenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Equivalent inkomen.	< 20 000	34	35	34
	20 000 – 30 000	35	32	39
	30 001 – 40 000	31	29	34
	40 001 – 60 000	36	34	38
	> 60 000	38	32	45
Bèta		,045*	,040°	,072*
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs	21	18	27
	Lager BSO	31	24	40
	Lager TSO	28	25	34
	Lager ASO	30	23	37
	Hoger BSO	26	28	24
	Hoger TSO	38	35	44
	Hoger ASO	40	42	37
	HOKT	43	38	46
	HOLT/HUO	48	46	52
Bèta		,180	,193	,176
Professionele categorieën.	I	38	34	42
	II	34	32	38
	IIIN	38	35	41
	IIIM	32	30	35
	IV	30	27	33
	V	28	24	30
Bèta		,065#	,067*	,071°

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd en elkaar.

Niet significant op 0,01 –niveau.

* Niet significant op 0,05 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

Ook de verdeling van de populatie naar beroepsgroepen leidt tot weinig significante verschillen; enkel de beroepsgroepen ‘IV’ en ‘V’ blijken het wat minder goed te doen dan de andere categorieën en het populatiegemiddelde. Deze bevinding geldt voor beide gender-groepen.

Tabel 1.137 toont de analysesresultaten voor de variabelen ‘huiseigendom’ en ‘activiteitsstatus’ in verband met het gebruik van gesuikerde dranken. Hieruit blijkt dat eigenaars van een woning wat zuiniger zijn in het consumeren van gesuikerde dranken dan niet-eigenaars. De verschillen binnen de mannelijke deelgroep voldoen echter niet aan het 0,1-significantieniveau.

Bij differentiatie naar activiteitsstatus valt de afwijking van de gepensioneerden ten opzichte van de rest op. In vergelijking met de rest van de populatie zijn gepensioneerden zuiniger met gesuikerde dranken, dit zowel bij mannen als bij vrouwen. Binnen de gender-groepen zijn de verschillen nogal gelijkaardig, behalve voor wat betreft de categorie ‘ziek/gehandicapt’. Zieke of gehandicapte mannen scoren heel wat slechter (19%) dan vrouwen uit dezelfde categorie (44%) - dit in vergelijking met hun eigen populatiegemiddelden.

Tabel 1.137: Wekelijks of minder dan wekelijks gebruik van gesuikerde dranken naar huiseigendom en activiteitsstatus (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Huiseigendom.	Eigenaar	36	33	41
	Niet-eigenaar	33	31	35
Bèta		,032 [#]	,016 [°]	,054 [#]
Activiteitsstatus	Ziek/gehandicapt	33	19	44
	Gepensioneerd	50	46	52
	Actief of tijdelijk niet-actief	34	32	38
	Werkloos	32	32	32
	Huisman of -vrouw	36	21	37
Bèta		,098 [#]	,103 [#]	,103 [#]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroepscategorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

1.4.5. Preventief gedrag.

De preventie-module in de gezondheidsenquête omvat vier deelgebieden; deze deelgebieden worden ook in dit onderzoeksrapport behandeld. Twee items hebben te maken met de bestrijding van hart- en vaatziekten: de controle voor en het voorkomen van hypertensie en een te hoog cholesterol-niveau. Twee andere items houden verband met twee frequent voorkomende kankers bij vrouwen: borstkanker en baarmoederhalskanker.

1.4.5.1. Hypertensie.

Hart- en vaatziekten hebben een aanzienlijk effect op de volksgezondheid bij volwassenen en bejaarden. In de naoorlogse periode werden hart- en vaatziekten de belangrijkste oorzaken van overlijden bij mannen en vrouwen. Daarenboven zijn ze een oorzaak van veel functiebeperkingen en invaliditeit, ook binnen de nog economisch actieve bevolkingsgroep. Eén van de belangrijkste determinanten voor de ontwikkeling van hart- en vaatziekten is de arteriële bloeddruk.⁷⁹

Voor de controle van de bloeddruk (als opsporing van hypertensie) bestaan geen eenduidige richtlijnen. De richtlijnen variëren van een regelmatige controle van alle personen ouder dan drie jaar, tot een systematische screening van de belangrijkste risicogroepen. In elk geval kan tot 90% van de bevolking gecontroleerd worden op een verhoogde bloeddruk door eenvoudige controle bij een huisartsbezoek. Op deze manier zouden individuen uit alle sociale lagen van de bevolking kunnen bereikt worden⁸⁰.

In onderhavige paragraaf over hypertensie wordt eerst een indicator voor de ‘dekking’ van de bevolking in verband met de bloeddrukcontrole besproken. Vervolgens worden verschillen in het voorkomen van verhoogde bloeddruk bekeken.

- **Controle van de bloeddruk.**

75,8% van de alle respondenten die in de analyse werden opgenomen, heeft zijn/haar bloeddruk in het jaar voorafgaand aan de enquête laten controleren (tabel 1.138) binnen de mannelijke deelgroep heeft 70,1% zijn bloeddruk laten controleren, bij de vrouwen liet 81,4% van de populatie de bloeddruk nakijken.

⁷⁹ Manual 3, p.175.

⁸⁰ Manual 3, p.175.

Tabel 1.138: Bloeddruk binnen het jaar gecontroleerd, frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Langer dan een jaar geleden	1958	22,6	24,2
	Minder dan een jaar geleden	6136	71	75,8
SUB TOTAAL		8094	93,6	100
Missing		552	6,4	
	TOTAAL	8647	100	

Respondenten uit een huishouden met een lager equivalent inkomen hebben een minder grote kans dat ze hun bloeddruk hebben laten controleren (tabel 1.139). De laagste twee inkomensgroepen wijken af van de hoogste drie inkomensgroepen (laagste alg. = 69% in de categorie '< 20 000', hoogste alg. = 79% in de categorie '30 001- 40 000').

Het opleidingsniveau geeft in dit verband geen aanleiding tot heel significante verschillen. Enkel de waarden voor de totale populatie voldoen aan de 0,05-significantienorm. De laagste en de hoogste opleidingscategorie hebben het laagste percentage gecontroleerden (74%), de opleidingscategorie 'HOKT' telt proportioneel het hoogste aantal gecontroleerden (80%).

Met betrekking tot de beroeps categorieën kan één duidelijke vaststelling gedaan worden; de categorie 'V' telt een stuk minder gecontroleerden ten overstaan van de andere beroepsgroepen (alg = 69%). Verder kan, met enige voorzichtigheid, gesteld worden dat de beide middengroepen ('IIIN' en 'IIIM') het hoogste percentage gecontroleerden (alg = 79%) hebben.

Tabel 1.139: Bloeddruk binnen het jaar gecontroleerd naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en professionele categorieën (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Equivalent inkomen.	< 20 000	69	63	75
	20 000 – 30 000	72	65	78
	30 001 – 40 000	79	73	83
	40 001 – 60 000	77	71	84
	> 60 000	77	72	83
Bèta		,067	,072 [#]	,073 [#]
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs	74	68	81
	Lager secundair	76	72	81
	Hoger secundair	76	70	83
	HOKT	80	73	84
	HOLT/HUO	74	67	83
Bèta		,050 [#]	,049 [°]	,062 [*]
Professionele categorieën.	I	74	67	83
	II	74	69	80
	IIIN	79	73	84
	IIIM	79	73	85
	IV	77	74	79
	V	69	63	74
Bèta		,064	,071 [#]	,068 [#]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, subjectieve gezondheid en elkaar.

Niet significant op 0,01 –niveau.

* Niet significant op 0,05 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

Eigenaars van een woning hebben een grotere kans dat hun bloeddruk binnen het jaar gecontroleerd wordt dan niet-eigenaars (tabel 1.140). Deze analyseresultaten zijn echter enkel significant bij mannen (72 vs 67%).

Ook in relatie met de variabele 'activiteitsstatus' worden er enkel binnen de mannelijke subgroep verschillen gevonden die voldoen aan de 0,05-significantienorm. Mannen die actief zijn op de

arbeidsmarkt hebben een hogere ‘controle-ratio’ dan alle andere categorieën (74%). Gepensioneerde mannen (59%) en huismannen (57%) doen het het minst goed.

Tabel 1.140: Bloeddruk binnen het jaar gecontroleerd naar huiseigendom en activiteitsstatus (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Huiseigendom.	Eigenaar	77	72	82
	Niet-eigenaar	74	67	81
Bèta		,036 [#]	,048 [#]	,019 [°]
Activiteitsstatus	Gepensionerd	70	59	80
	Actief of tijdelijk niet-actief	79	74	85
	Werkloos	74	61	82
	Huisman of -vrouw	75	57	78
Bèta		,080 [#]	,148	,073 [*]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, subjectieve gezondheid, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

* Niet significant op 0,05 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

- Prevalentie van een verhoogde bloeddruk.

Deze indicator is gebaseerd op de vraag: “Heeft men u ooit, bij de controle van uw bloeddruk, gezegd dat u een verhoogde bloeddruk had?”. Er wordt dus geen rekening gehouden met een bepaalde referentieperiode; iedereen die ooit last had van een verhoogde bloeddruk komt in de ‘ja-categorie’ terecht.

Binnen de ganse populatie heeft 28% van de respondenten ooit (of nog steeds) last van een verhoogde bloeddruk (gehad) (tabel 1.141). In de mannelijke deelgroep bedraagt dit percentage 26%, bij vrouwen 29%.

Tabel 1.141: Ooit verhoogde bloeddruk, frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Neen	5424	62,7	72,4
	Ja	2063	23,9	27,6
SUB TOTAAL		7487	86,6	100
Missing		1160	13,4	
	TOTAAL	8647	100	

Enkel de verschillen binnen de vrouwelijke subpopulatie zijn significant bij de analyse van de relatie tussen het equivalent inkomen en het aantal personen met een verhoogde bloeddruk (tabel 1.142). In deze vrouwelijke sub-groep valt een lichte afname van het aantal personen met een verhoogde bloeddruk waar te nemen naarmate het equivalent inkomen toeneemt. Individuen die tot de categorie ‘20 000 - 30 000’ behoren hebben de grootste kans op een verhoogde bloeddruk (33%). Zij die tot de hoogste inkomensgroep behoren (+ 60 000 BEF/maand) doen het met 24% het best.

De verschillen naargelang het opleidingsniveau zijn dan weer enkel significant voor de mannen. Op één uitschieter na vinden we hier eveneens een neerwaarts gradiënt van de lagere naar de hogere opleidingsniveaus. 29% van de mannen met ten hoogste een diploma lager onderwijs had weleens last van een verhoogde bloeddruk, mannen met een ‘HOLT/HUO-diploma’ scoren het laagst (23%). Een uitschieter binnen deze rij is de categorie ‘HOKT’: deze groep bezit het hoogste aantal mannen met een verhoogde bloeddruk, namelijk 33%. Ondanks de niet-significante resultaten van de verschillen onder de vrouwen, volgt de gradiënt ook hier dezelfde richting (de onderlinge verschillen tussen de categorieën zijn enkel kleiner).

Wat betreft de verschillen tussen de beroeps categorieën kan ervan uitgegaan worden dat de niet-manuele categorieën gemiddeld wat beter scoren dan de manuele beroepsgroepen. De slechtere

score van de manuele groepen is dan vooral te wijten aan categorie 'IV': deze groep doet het zowel bij mannen (33%) als bij vrouwen (34%) het slechtst. Bij vrouwen doet ook de groep van de ongeschoolde arbeiders (V) het slechter dan de andere categorieën (31%).

Tabel 1.142: Ooit verhoogde bloeddruk naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en professionele categorieën (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Equivalent inkomen.	< 20 000	28	24	30
	20 000 – 30 000	29	25	33
	30 001 – 40 000	28	27	28
	40 001 – 60 000	27	26	28
	> 60 000	26	26	24
Bèta		,025°	,020°	,059 [#]
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs	30	29	31
	Lager secundair	29	26	31
	Hoger secundair	27	24	29
	HOKT	28	33	26
	HOLT/HUO	23	23	25
Bèta		,049 [#]	,078 [#]	054°
Professionele categorieën.	I	27	25	29
	II	27	28	26
	IIIN	27	24	30
	IIIM	26	24	29
	IV	34	33	34
	V	28	24	31
Bèta		,044 [#]	,064 [#]	,054 [#]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd en elkaar.

Niet significant op 0,01 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

Het type huishouden waartoe men hoort bezit enkel relevantie voor de vrouwen in de steekproef (tabel 1.143). De mannelijke populatie vertoont hier geen significante verschillen (volgens de 0,1-significantienorm). Alleenstaande vrouwen met kinderen bereiken de hoogste percentages voor een verhoogde bloeddruk (35%). Vrouwen deel uitmakend van een koppel zonder kinderen hebben de kleinste kans om ooit een verhoogde bloeddruk te hebben gehad (23%); als er binnen dat koppel ook kinderen zijn, dan neemt de kans toe (33%).

Een zeer performante indicator is de variabele 'activiteitsstatus'; beide geslachten moeten hier evenwel afzonderlijk besproken worden. Mannen die actief zijn op de arbeidsmarkt scoren met voorsprong het best (24%); werklozen en gepensioneerden behalen beiden om en bij de 30%. Het aantal zieke of gehandicapte mannen met een verhoogde bloeddruk bedraagt 40%; de erg kleine categorie van de huismannen heeft het slechtste resultaat (57%). Binnen de vrouwelijke deelgroep doen de huisvrouwen het juist het best (23%), ook zieke of gehandicapte vrouwen (25%) scoren nog beter dan vrouwen die actief zijn op de arbeidsmarkt (29%). Gepensioneerden (35%) en werklozen (36%) zitten ook in deze subgroep dicht bij elkaar - de werklozen behalen het hoogste percentage binnen de vrouwelijke sub-populatie.

Tabel 1.143: Ooit verhoogde bloeddruk naar huishoudtype en activiteitsstatus (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Type huishouden.	Alleenstaand	29	28	29
	Alleenstaand met kinderen	32	25	35
	Koppel	24	26	23
	Koppel met kinderen	29	26	33
	Complex huishouden	28	26	29
Bèta		,046 [#]	,015 [°]	,087
Activiteitsstatus	Ziek/gehandicapt	32	40	25
	Gepensioneerd	32	31	35
	Actief of tijdelijk niet-actief	26	24	29
	Werkloos	33	30	36
	Huisman of -vrouw	27	57	23
Bèta		,060 [#]	,115	,096

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

1.4.5.2. Cholesterol.

Er bestaat een epidemiologisch verband tussen verhoogde serum cholesterol en een verhoogd risico op toekomstige hartproblemen. Het serum cholesterol kan (ook preventief) verlaagd worden door een verminderde inname van verzadigde vetzuren en een verhoging van de verhouding polyonverzadigde vetzuren/verzadigde vetzuren in het dieet. Een verhoogd serum cholesterol kan eveneens bestreden worden door inname van geneesmiddelen. Experts beschouwen een serum cholesterolgehalte van meer dan 6,5 mmol/l. als een limiet; eenmaal die limiet overschreden wordt medisch advies nodig geacht.⁸¹

De onderstaande analyse geeft een beeld van de populatieverschillen in de controle van het cholesterolniveau en in het voorkomen van een te hoog cholesterolniveau.

- Controle van het cholesterolniveau.

Op de vraag of men ooit hun cholesterolniveau getest heeft, antwoordt 61% van de respondenten uit de totale steekproef positief (tabel 1.144). 59% van de mannen liet ooit zijn cholesterolniveau controleren; binnen de vrouwelijke deelgroep antwoordt 63% positief.

Tabel 1.144: Controle van het cholesterolniveau, frequentieverdeling.

		N	Percent	Valid percent
Valid.	Neen	3028	35	39,2
	Ja	4702	54	60,8
SUB TOTAAL		7730	89,4	100
Missing		917	10,6	
	TOTAAL	8647	100	

Personen uit huishoudens die tot een hogere categorie van het equivalent inkomen behoren hebben meer kans om ooit hun cholesterolniveau te hebben laten testen (tabel 1.145). In de totale populatie heeft 53% van de personen uit de laagste inkomenscategorie zijn/haar cholesterolniveau al eens laten testen. De achtereenvolgende inkomensgroepen scoren trapsgewijs hoger. De hoogste inkomensgroep behaalt ook het hoogste percentage (65%). Voor mannen en vrouwen afzonderlijk

⁸¹ Manual 3, p. 177.

zijn de verhoudingen vergelijkbaar met de hierboven uiteengezette verschillen binnen de gehele populatie (alleen scores vrouwen over het algemeen wat hoger dan mannen).

Een gelijkaardig beeld vinden we voor het onderwijsniveau; er is vooral bij mannen een stijging van het aantal gescreende personen naarmate het onderwijsniveau hoger ligt. De categorie 'geen/lager onderwijs' doet het samen met de categorie 'lager BSO' het slechtst (mannen 49%); de categorie 'HOLT/HUO' bereikt het hoogste percentage (66%), maar de categorie 'lager ASO' doet het bijna even goed en de categorieën 'hoger ASO' en 'HOKT' komen erg dicht in de buurt (63%) - dit alles binnen de mannelijke subgroep. Tussen de categorieën van het secundair onderwijs bestaat in het algemeen weer een verschil: het beroepsonderwijs en het technisch onderwijs doen het systematisch slechter dan algemeen vormend onderwijs. Deze verschillen tussen de onderwijstypes onderling zijn groter dan de verschillen tussen het lager en het hoger secundair onderwijs.

Een differentiatie naar de beroeps categorie binnen het huishouden vertoont de minst grote verschillen ($R_{alg} = 0,037$). Twee vaststellingen kunnen hier worden gedaan: de laagste beroeps categorie, 'V', behaalt nagenoeg steeds de laagste 'screeningsgraad' voor het cholesterolniveau ($alg = 56\%$) en de categorie 'IV' (laag geschoolde manuele arbeiders) doet het het beste ($alg. = 63\%$).

Tabel 1.145: Cholesterolniveau reeds ooit gecontroleerd naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en professionele categorieën (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Equivalent inkomen.	< 20 000	53	50	55
	20 000 – 30 000	58	55	61
	30 001 – 40 000	61	57	65
	40 001 – 60 000	62	62	63
	> 60 000	65	61	71
Bèta		,060	,070	,076
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs	55	49	62
	Lager BSO	55	49	60
	Lager TSO	59	58	62
	Lager ASO	64	64	66
	Hoger BSO	61	57	64
	Hoger TSO	61	64	57
	Hoger ASO	64	63	65
	HOKT	67	63	68
	HOLT/HUO	67	66	66
Bèta		,091	,132	,067*
Professionele categorieën.	I	60	56	64
	II	61	60	60
	IIIN	63	61	65
	IIIM	62	59	65
	IV	63	62	65
	V	56	50	61
Bèta		,037*	,060#	,041°

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, subjectieve gezondheid en elkaar.

Niet significant op 0,01 –niveau.

* Niet significant op 0,05 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

Uit tabel 1.146 kan worden opgemaakt dat werknemers die in een atypisch arbeidsverband actief zijn een wat hogere 'screeningsratio' hebben dan werknemers die exclusief overdag werken. Deze verhouding geldt voor mannen en voor vrouwen, maar het verschil voor vrouwen is dermate klein dat het zijn significantie verliest.

De verhoudingen tussen de verschillende huishoudtypes lopen niet erg veel uit elkaar. In de gehele populatie doen koppels met kinderen (58%) en leden van complexe huishoudens (60%) het wat slechter dan de andere respondenten. Alleenstaande mannen met kinderen hebben de laagste

‘screeningsratio’ (52%), maar vormen een in aantal wel erg beperkte groep. Bij de vrouwen telt de categorie ‘alleenstaand’ (al dan niet met kinderen) het grootste aantal gescreende personen en de categorie ‘koppels met kinderen’ het kleinste aantal.

Tabel 1.146: Cholesterolniveau reeds ooit gecontroleerd naar werkregime en huishoudtype (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Werkregime.	Exclusief dagwerk	56	55	57
	Atypische arbeid	60	61	60
Bèta		,036 [#]	,053 [#]	,021 [°]
Type huishouden.	Alleenstaand	65	60	70
	Alleenstaand met kinderen	66	52	70
	Koppel	64	63	64
	Koppel met kinderen	58	56	61
	Complex huishouden	60	59	62
Bèta		,055	,061 [#]	,069 [#]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, subjectieve gezondheid, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

Vrij duidelijke verschillen worden ook bekomen wanneer de populatie opgedeeld wordt naar de variabele ‘betrokkenheid in sociale netwerken’ (tabel 1.147). De categorie personen die zich slechts laag betrokken voelt in zijn/haar sociale leefomgeving heeft een veel lagere ‘screeningsratio’ dan beide andere groepen (46%). Voor de categorieën ‘gemiddeld’ en ‘hoog’ is dit 62%.

Tabel 1.147: Cholesterolniveau reeds ooit gecontroleerd naar betrokkenheid in sociale netwerken (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Betrokkenheid in sociale relaties.	Laag	46	44	49
	Gemiddeld	62	60	64
	Hoog	62	60	64
Bèta		,057	,063	,042 [#]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, subjectieve gezondheid, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

- Prevalentie van te hoog cholesterolniveau.

Binnen de groep van mensen waarbij het cholesterolniveau werd getest kreeg 34% te horen dat zijn/haar cholesterolniveau te hoog was (tabel 1.148). Mannen lijden wat vaker aan een te hoog cholesterolniveau (37%), dan vrouwen (31%).

Tabel 1.148: Ooit verhoogd cholesterolniveau, frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Neen	3004	34,7	66,1
	Ja	1542	17,8	33,9
SUB TOTAAL		4546	52,6	100
Missing		4101	47,4	
	TOTAAL	8647	100	

De verschillen in tabel 1.149 zijn over het algemeen erg klein en in meerdere gevallen helemaal niet significant; dit in tegenstelling tot het sociaal-economisch onderscheid voor de ‘screeningsratio’ voor het cholesterolniveau.

Noch de indicator voor het equivalent inkomen, noch die voor het scholingsniveau (voor de mannelijke of vrouwelijke subgroepen afzonderlijk) vertonen significante sociaal-economische

verschillen. Ook de indicator voor het hoogste beroep binnen het huishouden balanceert op de rand van de 0,05-significantienorm. Eigenlijk wijkt enkel het percentage van de categorie 'V' duidelijk af van de rest; deze beroepscategorie telt de grootste proportie personen met een te hoog cholesterolniveau (alg = 45%).

Tabel 1.149: Ooit verhoogd cholesterolniveau naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en professionele categorie (in procenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Equivalent inkomen.	< 20 000	35	40	32
	20 000 – 30 000	31	31	32
	30 001 – 40 000	35	38	32
	40 001 – 60 000	35	40	30
	> 60 000	36	41	31
Bèta		,036°	,073*	,018°
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs	38	43	34
	Lager secundair	34	38	31
	Hoger secundair	33	37	30
	HOKT	33	40	29
	HOLT/HUO	31	31	30
Bèta		,060#	,079*	,061°
Professionele categorieën.	I	36	39	33
	II	34	37	31
	IIIN	32	38	27
	IIIM	34	32	34
	IV	36	44	28
	V	45	51	40
Bèta		,054#	,074*	,070*

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd en elkaar.

Niet significant op 0,01 –niveau.

* Niet significant op 0,05 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

De drie bijkomende variabelen - werkregime, huishoudtype en activiteitsstatus - hebben een iets grotere verklarende kracht (tabel 1.150).

Werknemers die enkel overdag werken doen het wat slechter dan werknemers in een atypisch arbeidsregime (alg = 32% tov 27%). Bij mannen is dit verschil het grootst en significant volgens de 0,05-norm (40% tov 31%).

Het huishoudtype van de respondent geeft eveneens enkel bij mannen aanleiding tot significante verschillen. Alleenstaanden met kinderen hebben het minste kans op een te hoog cholesterolniveau (25%); diegenen die deel uitmaken van een koppel zonder kinderen hebben de grootste kans (39%). Bij de activiteitscategorieën zijn het de gepensioneerden en de huisvrouwen/-mannen die de laagste percentages laten aflezen (31%). Zieken of gehandicapten doen het het minst goed (42%). Het onderscheid tussen de categorieën is niet meer significant op het 0,1-niveau wanneer beide geslachten afzonderlijk worden bekeken.

Tabel 1.150: Ooit verhoogd cholesterolniveau naar werkregime, huishoudtype en activiteitsstatus (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Werkregime.	Exclusief dagwerk	32	40	24
	Atypische arbeid	27	31	19
Bèta		,044*	,077#	,043°
Type huishouden	Alleenstaand	33	34	32
	Alleenstaand met kinderen	25	33	26
	Koppel	39	43	34
	Koppel met kinderen	31	35	27
	Complex huishouden	35	37	33
Bèta		,072	,077#	,066°
Activiteitsstatus		42	46	42
	Gepensioneerd	31	35	31
	Actief of tijdelijk niet-actief	36	38	30
	Werkloos	36	43	32
	Huisman of -vrouw	31	14	32
Bèta		,063#	,066°	,051°

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

* Niet significant op 0,05 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

Op basis van de analysesresultaten blijkt dat er enkel sociaal-economische verschillen bestaan voor de controle van het cholesterolniveau. Het effectief voorkomen van een te hoog cholesterolniveau is veel minder gebonden aan de sociaal-economische positie waartoe men behoort. Natuurlijk heeft de lagere screeningsgraad in de lagere sociaal-economische categorieën een effect op de gezondheid; het geeft deze groepen immers minder kans om een te hoog cholesterolniveau vast te stellen en om als gevolg daarvan de nodige maatregelen te nemen.

1.4.5.3. Borstkankerpreventie.

Borstkanker is bij vrouwen de meest voorkomende kanker. Borstkanker is verantwoordelijk voor 15 tot 35% van alle kankers in Europa. De jaarlijkse incidentie voor borstkanker in België bedraagt 96,11 op 100.000 vrouwen (cijfers van 1992). 8% van de vrouwelijke bevolking ontwikkelt voor de leeftijd van 75 jaar borstkanker. Het bruto sterftecijfer voor borstkanker in België bedraagt 45,6 op 100.000 vrouwen (cijfers 1992). Het is momenteel onmogelijk om op grote schaal algemeen geldende maatregelen ter voorkoming van borstkanker voor te stellen (primaire preventie). Daarom vormt de secundaire preventie de belangrijkste schakel in de strijd tegen borstkanker. Het is uiterst belangrijk dat deze kanker door middel van screening in een vroeg stadium ontdekt wordt (zelfonderzoek, palpatie door de huisarts of mammografie).⁸²

Tot halfweg de jaren '80 werd vooral de nadruk gelegd op het zelfonderzoek van de borsten en op palpatie door de huisarts. Vanaf het einde van de jaren '80 begon de mammografische screening een steeds belangrijker plaats in te nemen. In internationale studies werd aangetoond dat een tweejaarlijkse mammografie bij vrouwen tussen 50 en 70 jaar tot een belangrijke reductie van de mortaliteit kan leiden.⁸³

In deze analyse werd ervoor gekozen om twee screeningsmethoden te bespreken in relatie tot de sociaal-economische en demografische verschillen onder de vrouwen. In een eerste paragraaf worden verschillen in het zelfonderzoek bekeken; in de tweede paragraaf wordt ingegaan op de verschillen met betrekking tot het preventief mammografisch onderzoek.

⁸² Manual 3, p.179.

⁸³ Manual 3, p.179.

- Preventief zelfonderzoek van de borsten.

De indicator voor preventieve zelfcontrole die hieronder besproken wordt is gebaseerd op twee vragen uit de gezondheidsenquête. Het gaat hier om die vrouwen die bevestigend antwoordden op de vraag of ze ooit zelf hun borsten onderzochten en die daarenboven beweerden deze controle maximaal één maand geleden uitgevoerd te hebben. 30% van de vrouwen die op deze vragen een geldig antwoord gaven, hebben binnen de maand voorafgaand aan het interview een zelfonderzoek van de borsten gedaan (tabel 1.151).

Tabel 1.151: Preventief zelfonderzoek van de borst minder dan een maand geleden, frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Neen	2810	32,5	69,8
	Ja	1214	14	30,2
	SUB TOTAAL	4024	46,5	100
Missing		4623	53,5	
	TOTAAL	8647	100	

Tabel 1.152 toont de verschillen aan in het zelfonderzoek naargelang de sociaal-economische positie van de vrouw.

Vrouwen uit de laagste inkomensgroep bereiken een score van 30%; in de op één na hoogste inkomenscategorie doen proportioneel de meeste vrouwen aan zelfonderzoek (33%). De hoogste inkomensgroep doet het dan weer het minst goed van de gehele populatie (26%). Er dient echter benadrukt te worden dat de verschillen tussen de categorieën van deze variabele niet voldoen aan het 0,05-significantieniveau.

De variabele 'opleidingsniveau' zorgt voor een complex beeld; de secundaire onderwijstypes 'BSO' en 'TSO' (zowel lager als hoger secundair) doen het beter dan het laagste diplomaniveau; hoger en lager algemeen vormend secundair onderwijs doen het dan weer het slechtst van al (laagste is 25% = lager ASO). Ook de hoogste diplomaniveaus doen het minder goed (zelfs minder goed dan het laagste diplomaniveau). Deze categorieën behalen een score van 29% (HOKT) en 28% (HOLT/HUO).

Binnen de professionele categorieën vallen evenmin rechtlijnige verschillen op te merken. Vrouwen uit een huishouden dat tot de niet-manuele beroepscategorieën behoort behalen minstens 31% (hoogste 33% = 'I'). Binnen de manuele beroepsgroepen is er één categorie ('IV') die nog hoger scoort (34%). De andere manuele groepen tellen proportioneel een stuk minder vrouwen die recent een zelfonderzoek deden; voor de categorie 'IIIM' is dit 23% van de vrouwen, voor categorie 'V' 19%.

Uit de resultaten voor de indicatoren 'equivalent inkomen' en 'opleidingsniveau' kan men besluiten dat de vrouwen met de hoogste sociaal-economische status wat minder zelf een borstonderzoek doen dan de vrouwen die zich daar sociaal-economisch net onder situeren. Men kan zich de vraag stellen in welke mate de meest welstellende en de hoogste geschoolde vrouwen een vorm van vervangingsgedrag vertonen (door hun kankerpreventie eerder toe te vertrouwen aan de arts).

Tabel 1.152: Preventief zelfonderzoek van de borsten minder dan een maand geleden naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en professionele categorieën (in percenten).

		Vrouwen.
Equivalent inkomen.	< 20 000	30
	20 000 – 30 000	31
	30 001 – 40 000	29
	40 001 – 60 000	33
	> 60 000	26
Bèta		,051*
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs.	29
	Lager BSO	36
	Lager TSO	36
	Lager ASO	25
	Hoger BSO	35
	Hoger TSO	38
	Hoger ASO	26
	HOKT	29
	HOLT/HUO	28
Bèta		,098
Professionele categorieën.	I	33
	II	31
	IIIN	32
	IIIM	23
	IV	34
	V	19
Bèta		,091

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd en elkaar.

* Niet significant op 0,05 –niveau.

Tabel 1.153: Preventief onderzoek van de borsten minder dan een maand geleden naar werkregime, huiseigendom en huishoudtype (in percenten).

		Vrouwen.
Werkregime.	Exclusief dagwerk	29
	Atypische arbeid	39
Bèta		,087
Huiseigendom.	Eigenaar	29
	Niet-eigenaar	34
Bèta		,050#
Type huishouden	Alleenstaand	32
	Alleenstaand met kinderen	34
	Koppel	33
	Koppel met kinderen	30
	Complex huishouden	26
Bèta		,057#

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroepscategorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

Vrouwen die actief zijn op de arbeidsmarkt en in een atypisch arbeidsregime werken behalen een score van 39% op deze indicator (tabel 1.153). Dat is 10% meer dan actieve vrouwen die tijdens de reguliere kantooruren werken (29%) - dit is nog steeds even veel als het gemiddelde van de totale populatie.

Niet-eigenaars van een woning tellen een grotere proportie vrouwen die een preventief zelfonderzoek uitvoerden (34%), dan eigenaars of mede-eigenaars van een woning (29%).

Het huishoudtype waartoe een vrouw behoort vertoont geen duidelijk verband met de mate waarin zelfonderzoek wordt verricht. Alleenstaande vrouwen met kinderen doen het vaakst op regelmatige

basis aan zelfonderzoek (34%). Vrouwen die deel uitmaken van een complex huishouden behalen de laagste score (26%).

Tabel 1.154: Preventief onderzoek van de borsten minder dan een maand geleden naar betrokkenheid in sociale netwerken (in procenten).

Betrokkenheid in sociale relaties.	Laag	20
	Gemiddeld	29
	Hoog	31
Bèta		,036*

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

* Niet significant op 0,05 –niveau.

De - weliswaar erg kleine - groep van vrouwen die zich weinig betrokken voelt bij de sociale omgeving, doet proportioneel minder zelfonderzoek van de borsten (tabel 1.154). Deze groep bereikt een percentage van 20%; de categorieën ‘gemiddeld’ en ‘hoog’ behalen respectievelijk 29% en 31%.

- Preventieve mammografie tijdens de laatste twee jaar.

Een tweejaarlijkse mammografische screening wordt als standaard voor een goed preventief gedrag beschouwd. Zeker bij vrouwen ouder dan 45 à 50 jaar is deze vorm van screening een waardevol instrument ter bestrijding van de mortaliteit ten gevolge van borstkanker. Daar het in deze analyse de bedoeling is het preventief gedrag in kaart te brengen, werd de vraag naar een tweejaarlijkse mammografische screening nog gepreciseerd. De onderstaande tabel 1.155 laat enkel die vrouwen die op basis van zuiver preventieve redenen een mammografie ondergingen toe in de ‘ja’ -categorie. Vrouwen die ten gevolge van een ‘abnormaliteit’ - door zichzelf of door een arts vastgesteld - een mammografie lieten doen worden niet toegelaten in de ‘ja’-categorie. Over het algemeen onderging 18% van de geanalyseerde populatie tijdens de voorbije twee jaar een preventieve mammografie.

Tabel 1.155: Preventieve mammografie tijdens de laatste twee jaar, frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Neen	3319	38,4	82,3
	Ja	715	8,3	17,7
	SUB TOTAAL	4034	46,7	100
Missing		4612	53,3	
	TOTAAL	8647	100	

De mate waarin vrouwen uit verschillende sociaal-economische posities een preventieve mammografie hebben ondergaan geeft geen aanleiding tot grote verschillen. Hieronder worden enkel de analyseresultaten van de drie sociaal-economische componenten weergegeven (tabel 1.156). De verbanden met de indicatoren voor het werkregime, de huiseigendom, het huishoudtype, de activiteitsstatus en de mate van betrokkenheid in sociale netwerken geven geen aanleiding tot significante verschillen. Er mag dan ook van uitgegaan worden dat het behoren tot deze of gene categorie van de vernoemde variabelen geen invloed heeft op de kans om tot een preventieve mammografie over te gaan.

De percentages van de categorieën voor de SES-componenten wijken evenmin veel van elkaar af. Enkel de laagste categorieën uit de rangorde behalen een lagere screeningsgraad - deze vaststelling geldt voor de drie indicatoren.

Vrouwen uit huishoudens die tot de laagste twee inkomensgroepen behoren behalen een screeningsgraad van 15 à 16%; de score voor de andere inkomensgroepen ligt rond de 20%.

Een zelfde beeld valt op bij de variabele ‘onderwijsniveau’; 15% van de vrouwen die tot de categorieën ‘geen/lager onderwijs’ of ‘lager TSO’ behoren liet een preventieve mammografie nemen. Vrouwen met als hoogste onderwijsniveau beroepsonderwijs scores hoger (lager BSO 18%, hoger BSO 24%).

De manuele beroepsgroepen 'IV' en 'V' en de niet-manuele groep 'IIIN' liggen met betrekking tot deze screeningsgraad ongeveer op gelijke hoogte (met de laagste percentages); deze groepen scoren allen rond 15 à 16%. De hoogst gerangschikte beroepsgroepen behalen ook de hoogste score (I = 22%, II = 19%). Het percentage van de laagst gerangschikte niet manuele groep (IIIN) leunt dichterbij de waarden van de manuele categorieën (15%).

Tabel 1.156: Preventieve mammografie tijdens de laatste twee jaar naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en professionele categorieën (in procenten).

		Vrouwen.
Equivalent inkomen.	< 20 000	15
	20 000 – 30 000	16
	30 001 – 40 000	20
	40 001 – 60 000	18
	> 60 000	20
Bèta		,042°
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs	15
	Lager BSO	18
	Lager TSO	15
	Lager ASO	18
	Hoger BSO	24
	Hoger TSO	18
	Hoger ASO	19
	HOKT	20
	HOLT/HUO	17
Bèta		,066*
Professionele categorieën.	I	22
	II	19
	IIIN	15
	IIIM	18
	IV	15
	V	16
Bèta		,067#

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd en elkaar.

Niet significant op 0,01 –niveau.

* Niet significant op 0,05 –niveau.

° Niet significant op 0,1 –niveau.

1.4.5.4. Baarmoederhalskanker-preventie.

Baarmoederhalskanker is de derde meest voorkomende kanker bij vrouwen in België, de incidentie is 15,4 op 100.000 vrouwen per jaar. Secundaire preventie kan echter heel effectief zijn in de bestrijding van de sterfte ten gevolge van baarmoederhalskanker. Deze vorm van kanker kan vroegtijdig ontdekt worden door middel van een uitstrijkje. Vrouwen die tijdens de laatste drie tot vijf jaar een uitstrijkje lieten nemen kunnen vanuit preventief standpunt beschouwd worden als 'veilig'. Om redenen van kost-effectiviteit is het niet aangewezen screeningstests frequenter uit te voeren.⁸⁴

Tabel 1.157 geeft het aantal vrouwen van 15 jaar of ouder weer dat in het interview positief of negatief antwoordde op de vraag of ze tijdens de laatste drie jaren een opsporingsonderzoek ondergingen. 59% van deze populatie beantwoordt deze vraag bevestigend.

⁸⁴ Manual 3, p. 182.

Tabel 1.157: Uitstrijkje van de baarmoederhals tijdens de laatste drie jaar, frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Neen	1639	19	40,9
	Ja	2368	27,4	59,1
SUB TOTAAL		4007	46,3	100
Missing		4640	53,7	
TOTAAL		8647	100	

Het opleidingsniveau is de component van de sociaal-economische status met de meeste verklarende kracht ($R = 0,143$) (tabel 1.158).

Vrouwen uit een huishouden met een lager equivalent inkomen ondergaan duidelijk minder binnen de ‘veilige’ termijn een baarmoederhalskanker-screening (42%). De proportie vrouwen die wel een screening ondergaat neemt stapsgewijs toe naarmate het equivalent inkomen stijgt. 64% van de vrouwen uit de inkomenscategorie ‘+ 60 000’ heeft een uitstrijkje gehad tijdens de drie jaren voorafgaand aan de enquête.

Een gelijkaardig verband treedt op in relatie met het opleidingsniveau van het huishouden waartoe de vrouwen behoren. Iemand uit de categorie ‘geen/lager onderwijs’ bereikt een score van 55%.

Vrouwen met een hogeschool-diploma (of hoger) bereiken een screeningsratio van 67%.

Tussen de niet-manuele en de manuele beroepen ligt een behoorlijke kloof. De niet-manuele beroepen (beroepsgroepen ‘I’ tot en met ‘IIIN’) scoren het hoogst; de percentages liggen voor alle drie tussen 61 en 63%. De beroepsgroep ‘IIIM’ bereikt een screeningsratio van 56%; deze ratio neemt nog verder af, tot 50% in de categorieën ‘IV’ en ‘V’.

Een kleiner aantal vrouwen zonder een eigen woning (tabel 1.159) is binnen de ‘veilige’ termijn gescreend op baarmoederhalskanker (55%) in vergelijking met de vrouwen die wel eigenaar of mede-eigenaar zijn van een woning.

Het huishoudtype waartoe men behoort geeft aanleiding tot vrij sterke verschillen. Er zit daarenboven een duidelijke systematiek in deze verhoudingen. Vrouwen zonder kinderen doen het slechter dan vrouwen met kinderen; alleenstaande vrouwen hebben de laagste score (48%); vrouwen uit een koppel of uit een complex huishouden de tweede laagste (56%). Vrouwen met kinderen doen het beter (zowel voor alleenstaande vrouwen met kinderen, als koppels met kinderen 68%) in vergelijking met de rest van de populatie. Deze verhoudingen zijn gecontroleerd voor een eventueel scheve leeftijdsverdeling binnen de categorieën van deze variabele.

De activiteitsstatus geeft in mindere mate aanleiding tot verschillen in de screening. Actieven op de arbeidsmarkt, werklozen en huisvrouwen hebben dezelfde screeningsgraad (64%). Enkel zieken of gehandicapten (54%) en gepensioneerden (55%) scoren duidelijk lager.

Tabel 1.158: Uitstrijkje van de baarmoederhals tijdens de laatste drie jaar naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en professionele categorieën (in procenten).

		Vrouwen.
Equivalent inkomen.	< 20 000	42
	20 000 – 30 000	57
	30 001 – 40 000	60
	40 001 – 60 000	62
	> 60 000	64
Bèta		,099
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs	55
	Lager secundair	59
	Hoger secundair	62
	HOKT	67
	HOLT/HUO	67
Bèta		,143
Professionele categorieën.	I	63
	II	61
	IIIN	62
	IIIM	56
	IV	50
Bèta		,087

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd en elkaar.

Tabel 1.159: Uitstrijkje van de baarmoederhals tijdens de laatste drie jaar naar huiseigendom, huishoudtype en activiteitsstatus (in procenten).

		Vrouwen.
Huiseigendom.	Eigenaar	62
	Niet-eigenaar	55
Bèta		,061
Type huishouden	Alleenstaand	48
	Alleenstaand met kinderen	68
	Koppel	56
	Koppel met kinderen	68
	Complex huishouden	56
Bèta		,148
Activiteitsstatus	Ziek/gehandicapt	54
	Gepensioneerd	55
	Actief of tijdelijk niet-actief	64
	Werkloos	64
	Huisman of -vrouw	64
Bèta		,080 [#]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroepscategorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

De vrouwen die zich laag betrokken voelen in hun sociaal netwerk doen het met betrekking tot de screeningsgraad voor baarmoederhalskanker minder goed dan de rest van de populatie. Voornoemde categorie telt 48% gescreende personen; de beide andere categorieën 59 tot 60 percent (tabel 1.159). Het populatiegemiddelde bedraagt 59%.

Tabel 1.159: Uitstrijkie van de baarmoederhals tijdens de laatste drie jaar naar betrokkenheid in sociale netwerken (in percenten).

Betrokkenheid in sociale relaties.	Laag	48
	Gemiddeld	59
	Hoog	60
	Bèta	,034*

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroepscategorieën.

* Niet significant op 0,05 –niveau.

1.4.6. Samenvatting.

Binnen de groepen met een hoge SES bevinden zich minder rokers, minder zware rokers en meer mensen die nog nooit in hun leven rookten. Wel treft men binnen deze groepen meer personen aan die wel eens zwaar drankgebruik hadden tijdens de laatste zes maanden voorafgaand aan de enquête. Het aantal personen⁸⁵ met wekelijkse momenten van zwaar drankgebruik ligt dan weer lager bij de hoge SES-categorieën. Respondenten met een hoog onderwijsniveau hebben een grotere kans om (voldoende) fysieke activiteit te hebben dan lager geschoolden. Met betrekking tot de regelmatigheid van het voedingspatroon is er eveneens een sociaal-economische gradiënt. Voor de variabele ‘opleidingsniveau’ is deze gradiënt lineair. Voor het equivalent inkomen is dit niet het geval: de allerhoogste inkomens hebben minder kans op een regelmatig voedingspatroon. De hogere sociaal-economische groepen hebben meer kans op een gezonder vet- en vezelgebruik en drinken minder frequent gesuikerde dranken. Er zijn significante verschillen naargelang de sociaal-economische categorieën met betrekking tot de controle van de bloeddruk en het cholesterolniveau (vooral mbt het cholesterolniveau). Het voorkomen van een te hoge bloeddruk of een te hoog cholesterolniveau lijkt voor minder variatie te zorgen.

Dus: er zijn vooral verschillen in de controle van en niet zozeer in het voorkomen van een te hoge bloeddruk of te hoog cholesterolniveau. Maar deze lagere graad van controle binnen de lagere SES-categorieën kan ook zijn effect op de gezondheid hebben. Het geeft deze groepen minder kans om een te hoog cholesterol- of bloeddruk niveau vast te stellen en, als gevolg daarvan, maatregelen te nemen.

Ook de cijfers voor borstkankerpreventie vertonen geen spectaculaire verschillen. Voor de allerhoogste SES-groepen kan wel een merkwaardige vaststelling worden gedaan: minder vrouwen binnen deze groepen doen (in vergelijking met de totale populatie) aan zelfonderzoek van de borsten. Wel hebben deze vrouwen meer kans om een mammografie te hebben laten doen. Men zou kunnen vermoeden dat hier een zekere vorm van vervangingsgedrag optreedt: vrouwen uit de hoogste sociaal-economische groepen doen eerder beroep op de professionele hulp van een arts dan dat ze zelf een preventief onderzoek van de borsten uitvoeren. Het preventief onderzoek voor baarmoederhalskanker vertoont wel een eenduidig stijgende gradiënt in de richting van de hogere sociaal-economische categorieën.

Ook hier is de sterkste variabele weer het opleidingsniveau. Voor de mensen met een einddiploma van het secundair onderwijs speelt het gevolgde onderwijstype een rol met betrekking tot de variabelen ‘fysieke activiteit’, het gebruik van vetten, vezels en gesuikerde dranken, de controle van het cholesterolniveau en het preventief zelfonderzoek van de borsten. Respondenten met een algemeen vormend diploma scoren beter dan, respectievelijk, diegenen met een ‘TSO-diploma’ en een ‘BSO-diploma’.

De leefstijl en het preventief gedrag van mannen is slechter dan dat van vrouwen. Mannen hebben meer kans om rokers en (overmatige) alcoholgebruikers te zijn. Ze hebben minder kans om onverzadigde vetten en vezels te eten en hebben meer kans om veel gesuikerde dranken te drinken. Daarenboven hebben ze ook iets meer kans om onregelmatige eetgewoonten te hebben (zeker met betrekking tot het ontbijt). Mannen zijn eveneens minder vaak geneigd om hun bloeddruk of

⁸⁵ Het gaat hier om het aantal personen binnen de sub-groep van de mensen die tijdens de laatste zes maanden voor het afnemen van de enquête een moment van zwaar drankgebruik rapporteerden.

cholesterolniveau te laten meten. Ze hebben ook een grotere kans op een te hoog cholesterolniveau. Vrouwen scoren op het gebied van attitudes en preventie slechts in één geval minder goed dan mannen, met name voor de factor 'fysieke activiteit'. De kans dat vrouwen minder fysieke activiteiten verrichten in hun vrije tijd is heel wat groter dan voor mannen. Het aantal vrouwen dat voldoet aan de aanbevolen hoeveelheid fysieke activiteit is miniem te noemen (6%). Vrouwen hebben ook een hogere kans om al ooit eens last te hebben gehad van een verhoogde bloeddruk.

Werknemers in een atypisch arbeidsregime scoren significant slechter op het gebied van het rookgedrag. Binnen deze groep zijn er proportioneel meer rokers en zware rokers. Het aantal personen dat nog nooit rookte is er dan weer lager (in vergelijking met werknemers met 'klassieke' werkuren). Binnen deze groep zijn er proportioneel wel meer mensen die de aanbevolen hoeveelheid fysieke activiteit bereiken dan binnen de groep van de werknemers met reguliere werkuren. Voor wat de voedingsgewoonten betreft, is er bij de atypische werknemers vooral een probleem met de regelmaat van de voeding. Ook voor het gebruik van vetten en vezels zijn er slechtere resultaten (in vergelijking met de andere werknemers), maar deze verschillen zijn minder uitgesproken. Atypische werknemers hebben, tenslotte, ook meer kans op een te hoog cholesterolniveau.

Personen die een eigen woning bezitten hebben over het algemeen betere gezondheidsattitudes en een beter preventief gedrag. De meest in het oog springende variabelen zijn de volgende: eigenaars van een woning hebben een kleinere kans om (zware) rokers te zijn en tellen in hun rangen meer personen die nog nooit gerookt hebben. Meer eigenaars dan niet-eigenaars hebben wel eens een moment van zwaar drankgebruik gehad, maar niet-eigenaars (binnen de sub-groep van de mensen met wel eens een moment van zwaar drankgebruik) hebben wel een grotere kans om wekelijks momenten met zwaar drankgebruik te hebben. Daarenboven hebben eigenaars betere voedingsgewoonten, dit zowel kwalitatief (in verband met vetten, vezels en gesuikerde dranken) als op het gebied van de regelmatigheid van het voedingspatroon. Vrouwen met een eigen woning hebben een grotere kans om regelmatig een zelfonderzoek van de borsten te doen en bereiken een betere score op het gebied van de baarmoederhalskankerpreventie.

Alle categorieën van alleenstaanden hebben een grotere kans om te roken. Binnen deze categorieën zijn er in vergelijking met de totale populatie ook minder personen die nog nooit rookten. Mannelijke alleenstaanden hebben een grotere kans om wekelijks of meer dan wekelijks een moment van zwaar drankgebruik te hebben. Daarenboven ligt ook het cholesterolniveau vaker te hoog. Alleenstaanden zonder kinderen zijn vaker 'at risk'. Alleenstaande vrouwen zonder kinderen vertonen minder vaak een goed preventief gedrag ter voorkoming van baarmoederhalskanker. Binnen de groep van de alleenstaande vrouwen met kinderen treft men het grootste aantal zware rokers van de gehele populatie aan.

Ook op het gebied van de voedingsgewoonten doen alleenstaande vrouwen het minder goed. Voor wat de regelmaat van de voeding betreft is het in de eerste plaats het ontbijt dat door de vernoemde groep wordt overgeslagen (zowel in vergelijking met andere vrouwen als in vergelijking met de totale populatie). De groep van de alleenstaande vrouwen heeft eveneens meer kans op slechte voedingsgewoonten wanneer er wordt gekeken naar de kwaliteit van de voeding: ze hebben meer kans om weinig vezels en om overwegend verzadigde vetten te eten (dit ook zowel in vergelijking met andere vrouwen als met de gehele populatie).

Tot slot hebben alleenstaande vrouwen met kinderen meer kans op een verhoogde bloeddruk, in vergelijking met samenwonende of gehuwde vrouwen. Voor de respondenten met kinderen wordt een kleinere kans op (sporadisch) overmatig drankgebruik waargenomen. Maar de groep van respondenten met kinderen heeft dan weer minder kans om aan de aanbevolen hoeveelheid fysieke activiteit te komen.

Wanneer de respondenten worden opgedeeld naar hun activiteitsstatus, wordt het weer duidelijk dat werklozen en zieken of gehandicapten het slechter doen en werkenden beter. Zieken of

gehandicapten en werklozen tellen meer rokers in hun rangen dan de rest van de populatie. Binnen de groep van de werklozen zijn er ook meer zware rokers, minder mensen die nog nooit rookten en proportioneel meer mensen met regelmatige (minstens één keer per week) momenten van overmatig drankgebruik (zowel bij mannen als bij vrouwen). Werklozen hebben daarenboven een grotere kans om 'at risk' te zijn op het vlak van de fysieke activiteit. De proportie werklozen die de aanbevolen hoeveelheid fysieke activiteit heeft, wijkt dan weer niet erg af van de rest van de populatie. Zieken of gehandicapten en werklozen hebben een grotere kans op een te hoog cholesterolniveau. Werklozen hebben daarnaast ook een grotere kans om ooit een te hoge bloeddruk te hebben gehad. De groep van de op de arbeidsmarkt actieve personen komt er ook hier bijna zonder uitzondering als 'de betere' groep uit. Gepensioneerden en huisvrouwen/-mannen bekleden een tussenpositie.

Personen met een lage maatschappelijke betrokkenheid doen het enkel slechter met betrekking tot de voedingsgewoonten en het cholesterolniveau.

1.5. Ongelijkheid in gezondheid. Sociaal-economische verschillen in de toegankelijkheid van de gezondheidszorg.

De Belgische gezondheidszorg is gebaseerd op een aantal basisprincipes. Het gaat hier o.a. om 'de vrije keuze van geneesheer door de patiënten', 'de therapeutische vrijheid voor de praktiserende geneesheren' en 'de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor iedereen'. Toch waarborgen deze principes in de praktijk geen feitelijke gelijkheid in de toegankelijkheid van de gezondheidszorg.⁸⁶

Meerdere oorzaken kunnen aan de basis liggen van deze verschillen in toegankelijkheid. In dit rapport wordt het verband tussen de toegankelijkheid van de gezondheidszorg en de differentiële sociaal-economische en sociaal-demografische posities besproken. Niet alleen de oorzaken van de toegankelijkheidsproblemen variëren, ook de toegankelijkheid van de gezondheidszorg op zich kent meerdere dimensies. Zo kan er onder meer sprake zijn van toegankelijkheid in geografische en culturele termen, of in termen van tijd (zijn bepaalde diensten voor bepaalde mensen toegankelijk, rekening houdende met de openingsuren van die diensten). In deze analyse wordt echter enkel ingegaan op de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg.⁸⁷

In de vorige hoofdstukken van dit rapport werden consequent de verschillen tussen mannen en vrouwen voor elke variabele in aparte kolommen weergegeven. Deze gescheiden weergave wordt in dit hoofdstuk opgegeven, enkel de 'overall-resultaten' worden vermeld. De reden hiervoor is dat de vragen over betaalbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg in dat gedeelte van de vragenlijst zitten waar de referentiepersoon van het huishouden de informatie voor het gehele huishouden moest opgeven. De antwoorden van de referentiepersoon werden vervolgens toegewezen aan ieder individu dat tot dat huishouden behoort. Hierdoor is het onmogelijk om voor de grote meerderheid van de huishoudens in de enquête - namelijk de koppels - een onderscheid tussen mannen en vrouwen te maken, want ze hebben allen dezelfde gegevens toegewezen gekregen. De weergave van de man/vrouw-verschillen is enkel relevant met betrekking tot de groep van de alleenstaanden. Het huishoudtype is dan ook de enige variabele waarvoor nog gedifferentieerd wordt naar geslacht.

In de analysemodellen wordt geen controle voor de gezondheidstoestand uitgevoerd. De minder goede gezondheidstoestand van personen met een lagere sociaal-economische status is in dit rapport reeds uitvoerig aangetoond. Doch dit gegeven is ons inziens een stuk van de werkelijkheid en heeft daadwerkelijk ook een invloed op de te dragen financiële last. Een controle voor de gezondheidstoestand zou dan ook eerder een vertekend, dan een juist beeld van de verschillen schetsen.

⁸⁶ Manual 4, p. 214.

⁸⁷ Manual 4, p. 218.

1.5.1. Subjectieve beoordeling van de eigen betaling voor gezondheidszorgen.

1.5.1.1. Mening over de eigen bijdragen voor gezondheidszorgen : moeilijkheden om te betalen.

Dit gedeelte van het rapport brengt de verdeling in kaart van het aantal mensen dat de uitgaven voor gezondheidszorg moeilijk of onmogelijk vindt. Het gaat hier dus om een subjectieve afweging van de respondent over hoe de gezondheidskosten (van zijn/haar huishouden) zich verhouden ten opzichte van het totale budget van het huishouden. Deze vraag uit de gezondheidsenquête werd herleid tot een dichotomie, met aan de ene kant de personen die vinden dat hun gezondheidskosten gemakkelijk in het budget passen en aan de andere kant diegenen die van mening zijn dat hun gezondheidskosten moeilijk of helemaal niet in het budget passen. 32% (wat toch een derde van de populatie is) van de respondenten uit de gezondheidsenquête ondervindt in min of meerdere mate moeilijkheden met de betaling van de gezondheidskosten van het huishouden (tabel 1.160).

Tabel 1.160 : Moeilijkheden om gezondheidszorgen te betalen, frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Neen	5883	62,3	67,8
	Ja	2555	29,6	32,2
	SUB TOTAAL	7939	91,8	100
Missing		708	8,2	
	TOTAAL	8647	100	

Het zal wel niet verbazen dat de verschillen in het aantal personen voor wie de gezondheidskosten te hoog liggen het grootst zijn bij differentiatie naar equivalent inkomen. Er wordt hier een correlatieratio van 0,338 bereikt (tabel 1.161). In de laagste inkomensgroep heeft 70% van de respondenten het moeilijk om de gezondheidskosten van het huishouden te betalen. Het percentage respondenten met betalingsmoeilijkheden neemt stapsgewijs af naarmate ze tot een hogere inkomensgroep behoren; de hoogste inkomensgroep telt 11% mensen met moeilijkheden. De grootste breukpunten liggen tussen de categorieën '- 20 000' en '20 000 - 30 000' (van 70% naar 47%) en tussen '30 001 - 40 000' en '40 001 - 60 000' (van 40% naar 21%).

Na controle voor de verdeling van het equivalent inkomen binnen de categorieën van de variabelen 'opleidingsniveau' en 'professionele categorie', worden de verschillen tussen de categorieën van deze variabelen minder significant.

Binnen de indicator voor het opleidingsniveau is het in de eerste plaats de laagste onderwijscategorie die een afwijkende score vertoont: 39% van de mensen uit deze groep ondervindt betalingsmoeilijkheden. Tussen de andere opleidingsgroepen is er minder verschil; het percentage mensen met betalingsmoeilijkheden varieert tussen 33 en 29 percent. Enkel personen die tot de categorie 'HOLT/HUO' behoren onderscheiden zich in positieve zin, hier zijn 26% mensen met betalingsmoeilijkheden.

De beroeps categorieën 'I' en 'II' doen het (respectievelijk met 27 en 28%) beter dan de andere beroepsgroepen, enkel categorie 'IV' komt nog in de buurt (31%). Categorie 'IIIN' telt 35 en categorie 'IIIM' 36 percent mensen die menen dat hun eigen bijdrage moeilijk te betalen is. De groep met de slechtste score is de laagste beroepsgroep (40%).

Tabel 1.161 : Moeilijkheden om gezondheidszorgen te betalen naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en professionele categorieën (in percenten).

		Alg.
Equivalent inkomen.	< 20 000	70
	20 000 – 30 000	47
	30 001 – 40 000	40
	40 001 – 60 000	21
	> 60 000	11
Bèta		,338
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs	39
	Lager secundair	33
	Hoger secundair	29
	HOKT	30
	HOLT/HUO	26
Bèta		,087
Professionele categorieën.	I	27
	II	28
	IIIN	35
	IIIM	36
	IV	31
	V	40
Bèta		,089

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd en elkaar.

Personen zonder eigen woning hebben het op basis van deze gegevens vaker moeilijk om hun gezondheidskosten binnen het budget te laten passen dan eigenaars van een woning (tabel 1.162). Binnen de gehele populatie heeft 30% van de eigenaars en 37% van de niet-eigenaars betalingsmoeilijkheden.

Niet onverwacht behaalt de groep van de zieken of gehandicapten de slechtste score; in deze groep heeft 54% van de respondenten betalingsmoeilijkheden. Dit slechte resultaat is een illustratie van het verband tussen een langdurige ziekte of een handicap en financiële moeilijkheden. Werklozen en gepensioneerden (alg. = 39%) doen het slechter dan thuiswerkenden (alg. = 33%). De op de arbeidsmarkt actieven komen er duidelijk het best uit (alg. = 27%).

De groep van de alleenstaanden met kinderen bekleedt de slechtste plaats wanneer gedifferentieerd wordt naar het type huishouden van de respondent (alg. = 44%) (tabel 1.163). Dit geldt zowel voor de vrouwelijke als de mannelijke populatie. Alleenstaande mannen zonder kinderen hebben blijkbaar niet zo vaak betalingsproblemen; met 27% doen ze het beter dan mannen uit koppels (al dan niet met kinderen). Alleenstaande vrouwen zonder kinderen, daarentegen, scoren een stuk hoger. Met 42% personen met betalingsmoeilijkheden scoort deze groep vrij dicht bij de categorie 'alleenstaande vrouwen met kinderen'. Respondenten uit complexe huishoudens doen het over het algemeen het best (alg. = 29%).

Tabel 1.162 : Moeilijkheden om gezondheidszorgen te betalen naar huiseigendom en activiteitsstatus (in percenten).

		Alg.
Huiseigendom.	Eigenaar	30
	Niet-eigenaar	37
		Bèta
		,067
Activiteitsstatus	Ziek/gehandicapt	54
	Gepensioneerd	39
	Actief of tijdelijk niet-actief	27
	Werkloos	39
	Huisman of -vrouw	33
		Bèta
		,144

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Tabel 1.163: Moeilijkheden om gezondheidszorgen te betalen naar huishoudtype (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Type huishouden.	Alleenstaand	34	27	42
	Alleenstaand met kinderen	44	43	46
	Koppel	33		
	Koppel met kinderen	31		
	Complex huishouden	29		
		Bèta	,061	,073
				,080

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

De mate van sociale betrokkenheid geeft geen aanleiding tot frappante gradiënten (tabel 1.164). Respondenten die zichzelf slechts middelmatig, of laag betrokken voelen in hun sociaal netwerk behalen een licht hoger percentage. Vernoemde groepen tellen 34 tot 37% mensen die van mening zijn dat hun uitgaven voor gezondheidszorg moeilijk in hun budget passen; binnen de groep van de hoog geïntegreerden bedraagt dit 30%.

Tabel 1.164 : Moeilijkheden om gezondheidszorgen te betalen naar betrokkenheid in sociale netwerken (in percenten).

		Alg.
Betrokkenheid in sociale relaties.	Laag	37
	Gemiddeld	34
	Hoog	30
		Bèta
		,042

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Niet significant op 0,01 -niveau.

1.5.2. Sociaal ongelijke uitgaven voor gezondheidszorgkosten.

Onderstaande indicatoren schetsen een beeld van de differentiële uitgavenpatronen voor gezondheidszorg naargelang de sociaal-economische of -demografische positie. Twee indicatoren worden gebruikt: een maat voor de absolute uitgaven aan gezondheidszorgen van een huishouden en een relatieve maat, die deze uitgaven relateert aan het beschikbare inkomen van het huishouden. De absolute maat is een sommatie van de antwoorden op twee vragen uit de gezondheidsenquête. Achtereenvolgens werd bevraagd hoeveel het huishouden van de referentiepersoon - tijdens de maand voorafgaand aan het interview - heeft uitgegeven aan gezondheidsverstrekkers, geneesmiddelen en de verblijfskosten voor opname in verzorgingsinstellingen. Het totaal hiervan vormt de variabele 'totale (absolute) maandelijkse gezondheidskosten', waarvan hieronder gemiddelden per subgroep worden weergegeven.

Voor het berekenen van de relatieve maat werden de maandelijkse absolute uitgaven voor gezondheidsverstrekkers, geneesmiddelen en verblijfskosten voor opname in verzorgings-

instellingen gedeeld door het beschikbaar inkomen en vervolgens opgeteld. Ook huishoudens die geen uitgaven voor gezondheidskosten hadden tijdens de referentieperiode worden in het gemiddelde meegerekend.⁸⁸

Een tweetal opmerkingen dienen bij de interpretatie van onderstaande analyseresultaten in acht te worden genomen.

Ten eerste: de lezer dient te weten dat er noch met betrekking tot de indicator voor de absolute uitgaven, noch met betrekking tot de relatieve maat een weging naar het aantal personen in het huishouden gebeurde. Indien er tussen bepaalde subgroepen een variatie naar de grootte van het huishouden bestaat, is hierdoor een vertekening mogelijk.

Ten tweede: de beide indicatoren in deze paragraaf houden geen rekening met eventuele terugbetalingen van gezondheidskosten. Het gaat hier om de totale uitgaven van een huishouden aan gezondheidsverstrekkers en geneesmiddelen binnen de termijn van een maand. Voor de geneesmiddelen kan deze werkwijze niet voor een overschatting van de gezondheidskosten zorgen: men betaalt in het geval van voorgeschreven en terugbetaalbare medicijnen immers niet de volledige prijs, enkel het remgeld. Met betrekking tot prestaties van medische zorgverstrekkers is er wel een overschatting mogelijk. Hier is het gebruikelijk dat de patiënt eerst de volledige kost betaalt en vervolgens een gedeelte terugkrijgt via de ziekteverzekering.

1.5.2.1. De gemiddelde (absolute) totale maandelijksse gezondheidskosten.

Voor geen enkele sociaal-economische indicator worden erg grote verschillen in de absolute uitgaven voor gezondheidskosten tussen de categorieën vastgesteld (tabel 1.165).

Individen uit huishoudens met een lager equivalent inkomen geven gemiddeld in absolute termen wat minder uit. De groep met de laagste gemiddelde uitgaven (3893 BEF/maand) is de laagste inkomenscategorie. De hoogste gemiddelde uitgave aan gezondheidskosten komt op rekening van de hoogste inkomensgroep. Het populatiegemiddelde bedraagt 4493 BEF/maand. Dit betekent dat de drie hoogste inkomensgroepen boven het gemiddelde scoren. Er is dus sprake van een licht hogere consumptie, in absolute termen, naarmate het inkomen toeneemt. De verschillen zijn echter niet significant. Nogmaals, deze cijfers zijn niet gecontroleerd voor gezondheidsverschillen tussen de categorieën. Een controle voor gezondheidsverschillen doet de gradiënt toenemen.

Een eerste blik op de verdeling volgens het opleidingsniveau brengt een omgekeerd gradiënt aan het licht: lager gekwalificeerden lijken hier gemiddeld een hoger bedrag uit te geven. Deze verschillen zijn echter niet significant (volgens de 0,1-norm).

De niet-manuele beroepsgroepen geven gemiddeld een hoger bedrag uit aan gezondheidskosten (max. = 5323 BEF/maand); alle niet-manuele beroepsgroepen scoren boven, of dicht bij het totale populatiegemiddelde (4493 BEF/maand). De categorieën 'IIIM' tot 'V' geven gemiddeld minder uit (allen onder het populatiegemiddelde). Personen uit categorie 'IIIM' hebben de laagste gemiddelde uitgaven. Doch, ook deze verschillen beantwoorden niet aan de 0,1-significantienorm.

⁸⁸ Manual 4, p.215.

Tabel 1.165 : Gemiddelde totale maandelijksse gezondheidskosten naar equivalent inkomen opleidingsniveau en professionele categorieën.

		Alg.
Equivalent inkomen.	< 20 000	3893
	20 000 – 30 000	3821
	30 001 – 40 000	4547
	40 001 – 60 000	4619
	> 60 000	4769
Bèta		,033°
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs	4843
	Lager secundair	4716
	Hoger secundair	4379
	HOKT	4000
	HOLT/HUO	3932
Bèta		,032°
Professionele categorieën.	I	5323
	II	4562
	IIIN	4402
	IIIM	3407
	IV	3957
	V	3795
Bèta		,033°

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd en elkaar.

Niet significant op 0,01 –niveau.

* Niet significant op 0,05 –niveau.

° Niet significant op 0,01 –niveau.

Atypische werknemers geven gemiddeld significant meer uit aan gezondheidszorgen dan werknemers die exclusief overdag werken (tabel 1.166).

Dat zieken of gehandicapten veel geld uitgeven aan gezondheidszorgen hoeft niet te verbazen (gem. 7385 BEF/maand). Maar, ook werklozen (gem. 4881 BEF/maand) en huisvrouwen en -mannen (gem. 4578 BEF/maand) geven gemiddeld meer uit dan het populatiegemiddelde. Het gemiddelde van de gepensioneerden (gem. 4499 BEF/maand) ligt erg dicht bij het populatiegemiddelde (4493 BEF/maand). Enkel respondenten die actief zijn op de arbeidsmarkt scoren onder het populatiegemiddelde (gem. 4118 BEF/maand).

Tabel 1.166 : Gemiddelde totale maandelijksse gezondheidskosten naar huiseigendom en activiteitsstatus.

		Alg.
Arbeidsregime.	Exclusief dagwerk	3705
	A-typische arbeid	4839
Bèta		,055#
Activiteitsstatus	Ziek/gehandicapt	7385
	Gepensioneerd	4499
	Actief of tijdelijk niet-actief	4118
	Werkloos	4884
	Huisman of -vrouw	4578
Bèta		,062

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, subjectieve gezondheid, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

Niet significant op 0,01 –niveau.

De groep van de alleenstaanden zonder kinderen geeft over de hele lijn (zowel bij mannen als bij vrouwen) gemiddeld het minst uit aan gezondheidszorgen; het gaat hier - binnen de totale populatie - om gemiddeld 2106 BEF/maand (tabel 1.167). Aan de bovenzijde van de uitgavenhiërarchie situeren zich de complexe huishoudens. Hier wordt - binnen de totale populatie - gemiddeld 5269 BEF/maand aan gezondheidszorgen gependend. Het grootste verschil tussen de geslachten valt op binnen de categorie van de alleenstaanden met kinderen. De kleine groep van mannen die hun

kinderen alleen opvoeden geeft gemiddeld minder uit aan gezondheidszorgen (gem. 2762 BEF/maand) dan de vrouwen uit dezelfde categorie. Alleenstaande vrouwen met kinderen (gem. 5293 BEF/maand) hebben een gemiddelde uitgave die toch wel een stuk hoger is dan de gemiddelde uitgaven van koppels.

Tabel 1.167 : Gemiddelde totale maandelijkse gezondheidskosten naar huishoudtype.

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Type huishouden.	Alleenstaand	2106	1498	2709
	Alleenstaand met kinderen	5024	2762	5293
	Koppel	4446		
	Koppel met kinderen	4594		
	Complex huishouden	5269		
Bèta		,089	,110	,077

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroepscategorieën.

1.5.2.2 Het gemiddelde relatieve aandeel in het inkomen van de maandelijkse uitgaven voor gezondheidsverstrekkers en geneesmiddelen.

De gemiddelde relatieve uitgaven voor gezondheidszorg dienen geïnterpreteerd te worden als het procentueel aandeel van de uitgaven voor gezondheidszorg binnen het totale inkomen.

Meteen valt op dat de lichte gradiënt in de richting van de hogere sociaal-economische posities, die werd vastgesteld voor de absolute indicator, wordt omgebogen in een vrij duidelijke gradiënt in de richting van de lagere sociaal-economische posities.

Zeker in relatie met de indicator voor het equivalent inkomen zijn er grote verschillen merkbaar (tabel 1.168). Het aandeel van de gezondheidskosten in het totale inkomen ligt voor de laagste inkomensgroep (15,6%) meer dan tien percent hoger dan voor de hoogste inkomensgroep (4,38%). Het aandeel van de uitgaven voor gezondheidszorg bedraagt voor de totale populatie gemiddeld 7,84% van het beschikbare inkomen. De hoogste twee inkomensgroepen hebben een gemiddelde relatieve uitgave die onder het populatiegemiddelde ligt. De gemiddelde relatieve uitgaven van de middelste inkomenscategorie (7,5%) liggen erg dicht bij het populatiegemiddelde.

Na controle voor de inkomensvariabele worden de verschillen tussen de categorieën van de variabelen 'opleidingsniveau' en 'beroepscategorie' sterk gereduceerd. Toch behouden ze hun significantie. Het gemiddelde relatieve aandeel neemt stapsgewijs af in de richting van de respondenten uit hogere opleidingscategorieën. Respondenten zonder diploma, of met enkel een diploma lager onderwijs spenderen gemiddeld 7,55% van hun totale inkomen aan gezondheidskosten. Personen met een 'HOKT'-diploma geven gemiddeld relatief het minste uit (6,34%).

Voor de niet-manuele beroepsgroepen ligt het aandeel van de gezondheidskosten binnen het totale beschikbare inkomen tussen 7,83 en 7,33 percent. De groep met de hoogste score is categorie 'I'. Bij de manuele beroepsgroepen varieert het aandeel tussen 6,92 en 5,22 percent; de laagste score wordt behaald door categorie 'IIIM'. Het beroepsniveau is de enige van de drie sociaal-economische indicatoren waarbij ook de relatieve kosten hoger liggen bij de sociaal-economisch beter geplaatste groepen.

Tabel 1.168: Gemiddelde relatieve aandeel van gezondheidskosten in het inkomen naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en professionele categorieën.

		Alg.
Equivalent inkomen.	< 20 000	15,6
	20 000 – 30 000	8,43
	30 001 – 40 000	7,5
	40 001 – 60 000	5,48
	> 60 000	4,38
Bèta		,105
Opleidingsniveau.	Geen/lager onderwijs	7,55
	Lager secundair	7,54
	Hoger secundair	6,56
	HOKT	6,34
	HOLT/HUO	6,49
Bèta		,031
Professionele categorieën.	I	7,83
	II	6,85
	IIIN	7,33
	IIIM	5,22
	IV	6,51
	V	6,92
Bèta		,048 [#]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, subjectieve gezondheid en elkaar.
 # Niet significant op 0,01 –niveau.

De verschillen tussen de percentages voor de variabele ‘arbeidsregime’ voldoen net niet aan het 0,05-significantieniveau (tabel 1.169). Atypische werknemers spenderen gemiddeld een iets groter aandeel van hun beschikbaar inkomen aan gezondheidszorg dan werknemers die tijdens de klassieke werkuren actief zijn.

De gezondheidsuitgaven liggen bij zieken of gehandicapten ook in relatieve termen veel hoger (13,47%) in vergelijking met de rest van de populatie. De andere categorieën scoren in relatieve termen ongeveer op gelijke hoogte. Het aandeel binnen het inkomen is het laagst (6,39%) voor huisvrouwen en -mannen.

Met betrekking tot het huishoudtype zijn de man/vrouw-verschillen voor alleenstaanden het opvallendst. Alleenstaande mannen - ook alleenstaande mannen met kinderen - geven gemiddeld een kleiner aandeel van hun inkomen uit aan gezondheidszorg, in vergelijking met koppels en alleenstaande vrouwen. Het aandeel van de kosten voor gezondheidszorgen binnen het totale inkomen ligt bij alleenstaande vrouwen ongeveer op hetzelfde niveau als bij koppels. Alleenstaande vrouwen met kinderen (10,1%) spenderen gemiddeld een groter aandeel van hun inkomen aan gezondheidszorg dan koppels met kinderen (alg. = 6,46%). Complexe huishoudens (alg. = 6,14%) geven gemiddeld in relatieve termen minder uit aan gezondheidszorgen dan de totale populatie (populatiegemiddelde = 7,84%).

Tabel 1.169 : Gemiddelde relatieve aandeel van gezondheidskosten in het inkomen naar arbeidsregime en activiteitsstatus (in percent).

		Alg.	
Arbeidsregime.	Exclusief dagwerk	4,86	
	Atypische arbeid	5,97	
	Bèta		,041 [#]
Activiteitsstatus	Ziek/gehandicapt.	13,47	
	Gepensioneerd	6,57	
	Actief of tijdelijk niet-actief	6,63	
	Werkloos	7,41	
	Huisman of -vrouw	6,39	
	Bèta		,08

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, subjectieve gezondheid, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

* Niet significant op 0,05 -niveau.

Tabel 1.170 : Gemiddelde relatieve aandeel van gezondheidskosten in het inkomen naar huishoudtype (in percenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Type huishouden.	Alleenstaand	5,98	4,45	7,58
	Alleenstaand met kinderen	9,42	4,48	10,1
	Koppel	8,37		
	Koppel met kinderen	6,46		
	Complex huishouden	6,14		
	Bèta	,062	,069 [#]	,065 [#]

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

1.5.3. Onbeantwoorde gezondheidsnoden : uitstel van zorgen.

In de gezondheidsenquête is de vraag naar uitstel of afstel van gezondheidszorgen als volgt geformuleerd: “Hebt u omwille van financiële redenen (bijvoorbeeld omdat de terugbetaling te laag was) het laatste jaar, ..., voor uzelf of voor de leden van uw huishouden, moeten afzien van het gebruik van gezondheidsdiensten en -voorzieningen, of hebt u het gebruik ervan moeten uitstellen?”⁸⁹. Negentien percent van de respondenten beantwoordt deze vraag positief (tabel 1.171).

Tabel 1.171 : Uitstel/afstel van het gebruik van gezondheidszorgen omwille van financiële beperkingen, frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Neen	7809	90,3	91,3
	Ja	744	8,6	8,7
	SUB TOTAAL	8554	98,9	100
Missing		93	1,1	
	TOTAAL	8647	100	

Ook met betrekking tot deze toegankelijkheidsvariabele is het equivalent inkomen een erg sterke verklarende indicator ($R = 0,218$) (tabel 1.172). Meer dan een kwart (28%) van de respondenten uit de laagste inkomensgroep heeft tijdens het jaar voorafgaand aan het interview minstens één keer geneeskundige zorgen moeten uitstellen of afstellen. Binnen de twee middengroepen (20 000 - 30 000 en 30 001- 40 000) bedraagt dit percentage nog steeds 10 tot 12 percent. Binnen de hoogste twee inkomensgroepen moet slechts 4% van de respondenten omwille van financiële redenen geneeskundige zorgen uitstellen of afstellen.

Lager opgeleiden stellen geneeskundige zorgen percentsgewijs vaker uit of af, dan hoger opgeleiden. 11% van de personen uit de laagste opleidingsgroep moest binnen het huishouden

⁸⁹ Schriftelijke vragenlijst voor het huishouden, p. 6.

medische zorgen uitstellen of afstellen. Binnen de groep van de respondenten met een 'HOLT/HUO -diploma' moest slechts 6% dit doen.

Twee beroepscategorieën wijken af van de rest: een groter aantal mensen uit de beroepscategorieën 'IIN' (11%) en 'V' (14%) moeten hun medische zorgen uit- of afstellen. De andere beroepsgroepen scoren tussen 6 en 8 procent.

Tabel 1.172 : Uitstel/afstel van het gebruik van gezondheidszorgen omwille van financiële beperkingen naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en professionele categorieën (in procenten).

		Alg.
Equivalent inkomen.	< 20 000	28
	20 000 – 30 000	12
	30 001 – 40 000	10
	40 001 – 60 000	4
	> 60 000	4
Bèta		,218
Geen/lager onderwijs	Geen/lager onderwijs	11
	Lager secundair	9
	Hoger secundair	7
	HOKT	7
	HOLT/HUO	6
Bèta		,067
Professionele categorieën.	I	8
	II	7
	IIN	11
	IIIM	6
	IV	6
	V	14
Bèta		,080

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd en elkaar.

Individen zonder eigen woning (12%) vertonen in grotere mate af- en uitstelgedrag dan eigenaars of mede-eigenaars (7%) van een woning (tabel 1.173).

Zieken of gehandicapten doen het wanneer de populatie wordt opgesplitst naar de activiteitsstatus weer het slechtst. Dit is nogmaals een indicatie voor de moeilijke financiële situatie waarin een aantal langdurig zieken verkeren. 21% van de mensen uit deze groep moest tijdens het jaar dat aan de enquête voorafging minstens één keer geneeskundige zorgen uitstellen of afstellen. Werklozen (14%) en gepensioneerden (12%) scoren eveneens relatief Hoog Mensen die op de arbeidsmarkt actief zijn komen er het beste uit (5%).

Tabel 1.173 : Uitstel/afstel van gebruik van gezondheidszorgen omwille van financiële beperkingen naar huiseigendom en activiteitsstatus (in procenten).

		Alg.
Huiseigendom.	Eigenaar	7
	Niet-eigenaar	12
Bèta		,091
Activiteitsstatus	Ziek/gehandicapt	21
	Gepensioneerd	12
	Actief of tijdelijk niet-actief	5
	Werkloos	14
	Huisman of -vrouw	9
Bèta		,143

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroepscategorieën.

In relatie tot het huishoudtype waartoe de respondent behoort zorgt de indicator voor uitstel of afstel van gezondheidszorgen enkel voor belangrijke verschillen binnen de categorieën van alleenstaanden (tabel 1.174). Koppels en complexe huishoudens behalen hier nagenoeg overal een score tussen zeven en acht percent. Het zijn vooral de alleenstaande vrouwen die sterk afwijkende scores vertonen. 14% van de alleenstaande vrouwen zonder en 21% van de alleenstaande vrouwen met kinderen moet weleens geneeskundige zorgen uitstellen of afstellen. Alleenstaande mannen zonder kinderen behalen een percentage (9%) dat veel dichterbij het populatiegemiddelde en de waarden voor koppels en complexe huishoudens ligt. Deze vaststellingen zijn een illustratie voor de kwetsbare sociaal-economische situatie van alleenstaande vrouwen en vooral alleenstaande vrouwen met kinderen.

Tabel 1.174 : Uitstel/afstel van gebruik van gezondheidszorgen omwille van financiële beperkingen naar huishoudtype.

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Type huishouden.	Alleenstaand	11	9	14
	Alleenstaand met kinderen	18	*	21
	Koppel	7		
	Koppel met kinderen	7		
	Complex huishouden	8		
Bèta		,074	,036°	,117

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

° Niet significant op 0,1-niveau.

Tabel 1.175, tenslotte, toont aan dat mensen die zich laag (16%) of slechts gemiddeld (11%) betrokken voelen in hun sociale netwerk vaker uitstelgedrag vertonen dan diegenen die zich sterk betrokken voelen (7%).

Tabel 1.175 : Uitstel/afstel van gebruik van gezondheidszorgen omwille van financiële beperkingen naar integratie in sociale netwerken.

		Alg.
Betrokkenheid in sociale relaties.	Laag	16
	Gemiddeld	11
	Hoog	7
Bèta		,067

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, subjectieve gezondheid, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

1.5.4. Afbrokkeling van het herverdelend effect van de ziekteverzekering.

Opeenvolgende besparingsmaatregelen van de overheid hebben er in de voorbije jaren voor gezorgd dat een steeds groter deel van de kosten voor gezondheidszorg door de patiënten zelf werd gedragen. Een aantal beleidsmaatregelen - zoals de franchise-regeling en de uitbreiding van de WIGW⁹⁰ -regeling - trachten deze tendens af te blokken.

In onderstaande analyse wordt, met behulp van de - zonder enige twijfel beperkte - indicator 'stopzetten van het gebruik van bepaalde geneesmiddelen omwille van een vermindering van de terugbetaling', nagegaan in welke mate de afbrokkeling van solidaire ziekteverzekering een feit is. Er kan gesproken worden van een afbrokkeling wanneer de in sociaal-economisch opzicht minder goed gepositioneerden vaker een behandeling met geneesmiddelen moeten stopzetten dan de sociaal beter gesitueerde groepen.

⁹⁰ Weduwen, Invaliden, Gepensioneerden en Wezen.

1.5.4.1. (Gedeeltelijke) stopzetting van het gebruik van geneesmiddelen omwille van een vermindering van de terugbetaling.

Uit tabel 1.176 kan worden opgemaakt dat 5% van de respondenten bevestigend antwoordde op de vraag 'Hebt u, of hebben leden van uw huishouden, het gebruik van bepaalde geneesmiddelen of een deel ervan moeten stopzetten omdat de terugbetaling verminderd is?'.

Tabel 1.176: Stopzetting van het gebruik van geneesmiddelen omwille van een vermindering van de terugbetaling, frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Neen	8072	93,4	95,2
	Ja	411	4,8	4,8
SUB TOTAAL		8483	98,1	100
Missing		164	1,9	
	TOTAAL	8647	100	

De sterkste verklarende variabele van de SES-indicatoren is die voor het equivalent inkomen ($R = 0,163$) (tabel 1.177). De indicator voor het opleidingsniveau vertoont geen significant verband in relatie met deze afhankelijke indicator.

De laagste inkomensgroep telt het hoogste aantal mensen (12%) dat een behandeling met geneesmiddelen voor zichzelf of voor een lid van het huishouden moest stopzetten omwille van een vermindering van de terugbetaling. De inkomenscategorieën tussen 20 000 en 40 000 BEF bekleden een tussenpositie; binnen deze subgroepen dient 7 à 8 percent de behandeling stop te zetten. Respondenten uit de hoogste inkomensgroepen hebben een minieme kans om hun behandeling met geneesmiddelen te moeten stopzetten omwille van een verhoogde eigen bijdrage.

De indicator voor de beroepsgroepen geeft traditioneel aanleiding tot een minder consistent beeld; de categorieën 'I' tot en met 'IIN' liggen dicht in elkaars buurt (ze behalen 5 à 6%). Hoger gekwalificeerde en gekwalificeerde manuele arbeiders ('IIIM' en 'IV') behalen een lagere score dan de rest van de populatie (2%). De laatste groep uit de beroepshierarchie ('V') doet het heel wat slechter dan de andere groepen; in deze categorie moest 9% van de respondenten een behandeling met een geneesmiddel stoppen omwille van een vermindering van de terugbetaling.

Tabel 1.177: Stopzetting van het gebruik van geneesmiddelen omwille van een vermindering van terugbetaling naar equivalent inkomen, opleidingsniveau en professionele categorieën (in percenten).

		Alg.
Equivalent inkomen.	< 20 000	12
	20 000 – 30 000	7
	30 001 – 40 000	8
	40 001 – 60 000	2
	> 60 000	1
Bèta		,163
Geen/lager onderwijs	Geen/lager onderwijs	5
	Lager secundair	5
	Hoger secundair	4
	HOKT	5
	HOLT/HUO	4
Bèta		,018°
Professionele categorieën.	I	5
	II	5
	IIIN	6
	IIIM	2
	IV	2
V	9	
Bèta		,083

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd en elkaar.

°Niet significant op 0,1 –niveau.

De gegevens in tabel 1.178 tonen aan dat de respondenten zonder eigen woning (6%) in iets grotere mate een behandeling dienden stop te zetten dan eigenaars of mede-eigenaars (4%). Deze verschillen balanceren echter op de rand van een aanvaardbare significantiegrens (0,05).

Wanneer gedifferentieerd wordt naar de variabele voor activiteitsstatus zijn het vooral de zieken en werklozen die een sterk afwijkende score vertonen (17%). Het geeft te denken dat 17% van deze groep door een vermindering van de terugbetaling zijn/haar ziekte of handicap niet ten volle kan laten behandelen. Binnen de groep van de werklozen moest 9% van de respondenten zijn/haar behandeling met een bepaald geneesmiddel stopzetten, wat de op één na slechtste score is. Ook de gepensioneerden (6%) en de huisvrouwen en -mannen (4%) doen het slechter dan de actieven op de arbeidsmarkt, die met 3% het laagste percentage laten aflezen.

De variabele ‘huishoudtype’ vertoont vooral binnen de vrouwelijke deelgroep afwijkende resultaten voor een aantal categorieën (tabel 1.179). Het percentage voor de alleenstaande mannen (5%) wijkt slechts licht af van het percentage voor mannen die tot een koppel behoren (3 à 4%). Binnen de vrouwelijke subgroep moeten veel meer alleenstaanden hun behandeling met een geneesmiddel stopzetten. Bij de alleenstaande vrouwen zonder kinderen gaat het om 7%; de alleenstaande vrouwen met kinderen doen het nog slechter: in deze groep moest 10% de behandeling met een geneesmiddel stopzetten omwille van een verminderde terugbetaling.

Tabel 1.178: Stopzetting van het gebruik van geneesmiddelen omwille van een vermindering van de terugbetaling naar huiseigendom en activiteitsstatus (in procenten).

		Alg.
Huiseigendom.	Eigenaar	4
	Niet-eigenaar	6
Bèta		,028 [#]
Activiteitsstatus	Ziek/gehandicapt	17
	Gepensioneerd	6
	Actief of tijdelijk niet-actief	3
	Werkloos	9
	Huisman of -vrouw	4
Bèta		,140

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, subjectieve gezondheid, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.
Niet significant op 0,01 –niveau.

Tabel 1.179: Stopzetting van het gebruik van geneesmiddelen omwille van een vermindering van de terugbetaling naar huishoudtype (in procenten).

		Alg.	Mannen	Vrouwen
Type huishouden.	Alleenstaand	6	5	7
	Alleenstaand met kinderen	9	2	10
	Koppel	5		
	Koppel met kinderen	3		
	Complex huishouden	6		
Bèta		,066	,063 [#]	,082

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.
Niet significant op 0,01 –niveau.

Tabel 1.180 geeft een beeld van de relatie tussen de mate van sociale betrokkenheid en de proportie personen binnen de populatie die het gebruik van een geneesmiddel stopzette omwille van een vermindering van de terugbetaling. Respondenten die zich slechts laag betrokken voelen (15%) - en in mindere mate diegenen die zich gemiddeld betrokken voelen (7%) - hebben een grotere kans om een behandeling met een geneesmiddel te moeten stopzetten. Bij respondenten die zich sterk betrokken voelen in hun sociaal netwerk is dit voor 4% het geval.

Tabel 1.180: Stopzetting van het gebruik van geneesmiddelen omwille van een vermindering van de terugbetaling naar betrokkenheid in sociale netwerken (in procenten).

		Alg.
Betrokkenheid in sociale relaties.	Laag	15
	Gemiddeld	7
	Hoog	4
Bèta		,093

→ Variabelen gecontroleerd voor leeftijd, subjectieve gezondheid, equivalent inkomen, opleiding en beroeps categorieën.

1.5.5. Samenvatting.

In relatie met de variabelen voor de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de gezondheidszorg zorgen de verschillen in sociaal-economische status voor belangrijke gradiënten. Personen met een hoge SES hebben een kleinere kans dat ze hun gezondheidszorgkosten moeilijk kunnen betalen. Deze groep heeft (lichtjes) hogere absolute uitgaven voor gezondheidszorg dan de lagere sociaal-economische categorieën. Maar de lagere sociaal-economische groepen hebben dan weer hogere relatieve uitgaven (in verhouding tot het totaal beschikbaar inkomen) voor gezondheidszorg. Sociaal-economisch beter geplaatste groepen maken eveneens minder kans om gezondheidszorgen omwille van financiële redenen te moeten uitstellen of afstellen. Binnen de groep met een hoge SES

zijn er proportioneel minder mensen die de behandeling met een geneesmiddel moeten stopzetten omwille van een vermindering van de terugbetaling voor dat geneesmiddel. In dit hoofdstuk is het equivalent inkomen de sterkste verklarende variabele van de sociaal-economische indicatoren. De inkomensverschillen kunnen soms aanleiding geven tot aanzienlijke verschillen in de uitkomstvariabele. Zo zegt 70% van de laagste inkomensgroep moeilijkheden te hebben met het betalen van de kosten voor gezondheidszorg. Binnen de hoogste inkomenscategorie is dit slechts 11%. De variabelen 'opleiding' en 'beroep' behouden (in de meeste gevallen) hun significantie, maar hun verklarende kracht wordt toch grotendeels uitgehold door het effect van het equivalent inkomen. Waar in de vorige hoofdstukken de meer 'immateriële' variabele 'opleidingsniveau' het belangrijkste was, is het in het hoofdstuk over de toegankelijkheid en betaalbaarheid in de eerste plaats de materiële positie (het inkomen) die aanleiding geeft tot ongelijkheden. Opvallend binnen de variabele 'beroepscategorieën' - een variabele met vrij weinig variatie - is de consistent afwijkende score voor de laagste beroepsgroep ('V' - ongeschoolde handarbeiders). Deze categorie heeft duidelijk heel wat problemen op het gebied van de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg.

Verder blijkt nog dat atypische werknemers zowel meer absolute als relatieve uitgaven voor geneesmiddelen hebben dan werknemers met reguliere werkuren.

Eigenaars van een eigen woning hebben minder kans om betalingsmoeilijkheden te hebben, om gezondheidszorgen te moeten uitstellen of afstellen, of om de behandeling met bepaalde geneesmiddelen te moeten stopzetten omwille van een vermindering van de terugbetaling voor dat geneesmiddel.

Wanneer de populatie wordt verdeeld naar geslacht en huishoudtype, dan blijkt dat in de eerste plaats de groep van de alleenstaande vrouwen, en zeker de alleenstaande vrouwen met kinderen, een grotere kans op moeilijkheden hebben. Deze groep heeft een grotere kans op moeilijkheden om de gezondheidszorg te betalen. Daarenboven zullen meer mensen binnen deze groep noodzakelijke gezondheidszorgen uitstellen of afstellen, of de behandeling met een geneesmiddel stopzetten. De beschikbare materiële middelen van deze groep spelen hierbij ongetwijfeld een rol. Maar de uitgaven voor gezondheidszorg (absoluut en relatief) zijn gemiddeld ook hoger voor alleenstaande vrouwen met kinderen.

Gepensioneerden, werklozen en zieken of gehandicapten hebben een grotere kans om betalingsmoeilijkheden te ondervinden dan de rest van de populatie (actieven en huismannen/-vrouwen). Werklozen en zieken of gehandicapten zijn ook eerder geneigd om uitstel- /afstelgedrag te vertonen of om de behandeling met te duur geworden geneesmiddelen stop te zetten. Ziekten of gehandicapten hebben daarenboven hogere uitgaven (absoluut en relatief) voor gezondheidszorg. Mensen die actief zijn op de arbeidsmarkt komen er met betrekking tot al deze variabelen het beste uit.

Personen die zich minder goed betrokken voelen bij hun sociaal netwerk hebben een grotere kans op betalingsmoeilijkheden, om zorgen uit of af te stellen en om de behandeling met geneesmiddelen, waarvan de terugbetaling is afgenomen, stop te zetten.

DEEL 2

DE SAMENHANG TUSSEN DE VARIABELEN: EEN AANTAL MODELLEN

2. De samenhang tussen de variabelen: een aantal modellen.

De verschillende sociaal-economische en sociaal-demografische verklarende variabelen, die in deel 1 van dit rapport gebruikt werden, zijn ook onderling vaak met elkaar verweven. Er is niet enkel sprake van een rechtstreeks verband tussen een bepaalde verklarende variabele en een bepaalde uitkomstvariabele, dezelfde verklarende variabele kan eveneens onrechtstreeks, via andere verklarende variabelen, een invloed uitoefenen op een uitkomstvariabele. Deze indirecte invloed kan het rechtstreekse verband zowel versterken als verzwakken. Om een nog genuanceerder beeld te geven van de sociaal-economische en de sociaal-demografische ongelijkheden in gezondheid worden in dit deel van het onderzoeksrapport de sterkste verklarende variabelen in een pad-model geconfronteerd met enkele zeer algemene indicatoren voor de gezondheid, het preventief gedrag en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Het is de bedoeling op deze manier een duidelijk beeld te geven van de sociaal-economische en -demografische krachten die inwerken op de gezondheidstoestand en de attitudes met betrekking tot gezondheid.

De verklarende variabelen ‘geslacht’, ‘leeftijd’, ‘equivalent inkomen’, ‘opleiding’, ‘beroep’, ‘huishoudtype’, ‘activiteitsstatus’ en ‘betrokkenheid in sociale netwerken’ worden steeds in de modellen getest. Wanneer één van deze variabelen geen significante bijdrage levert aan de verklaring van de verschillen voor een bepaalde uitkomstvariabele wordt desbetreffende variabele uit het model weggelaten en dus ook niet gerapporteerd. De uitkomstvariabelen voor de gezondheidstoestand zijn ‘subjectieve gezondheid’, ‘gezondheidsklachten’, ‘mentale gezondheid’ en ‘sociale gezondheid’. Met betrekking tot de gezondheidsattitudes worden modellen opgesteld voor de variabelen ‘rokers’, ‘momenten van zwaar drankgebruik’, ‘fysieke activiteit’ en ‘voedingsgewoonten’. Tot slot wordt nog een model over verschillen in de toegankelijkheid van de gezondheidszorg besproken, namelijk; ‘moeilijkheden om de gezondheidskosten te betalen’.

2.1. De methode.

Doordat zowel de verklarende als uitkomstvariabelen zonder uitzondering van nominaal of ordinaal meetniveau zijn, zijn de analysemogelijkheden met deze variabelen eerder beperkt. Het uitvoeren van een pad-analyse met deze categorische variabelen is dan ook niet voor de hand liggend. Er werd geopteerd om de toepassingen voor pad-analyse met categorische variabelen in het programma IEM⁹¹ te gebruiken.⁹² Door middel van een ‘iteratief proces’ zoekt het programma de beste ‘fit’ voor een bepaald model’. Voor de eenvoudige hiërarchische loglineaire verbanden wordt gebruik gemaakt van het ‘iterative proportional fitting (IPF)’-algoritme. Niet-hiërarchische loglineaire verbanden worden geschat door middel van het ‘uni dimensional Newton algorithm’.

Bij de constructie van een model wordt steeds gestart vanuit de meest eenvoudige figuratie. Stapsgewijs worden nieuwe verbanden geïntroduceerd en geëvalueerd. De beslissing om een verband al dan niet te vrijwaren in het model hangt in de eerste plaats af van de significantiegraad van het verband zelf⁹³, daarnaast wordt ook de bijdrage van een bepaald verband aan de fit van het totale model in beschouwing genomen. Een bijgevoegd verband dat aan beide of één van beide criteria niet voldoet wordt uit het model geschrapt.

Toch zijn niet alle onvermelde verbanden weggelaten omwille van hun gebrek aan significantie of toegevoegde verklarende kracht aan het model. A priori werd een bepaalde causale structuur vooropgesteld die het testen van een aantal relaties overbodig maakt. De variabelen ‘leeftijd’ en ‘geslacht’ gaan in dit model steeds logisch vooraf aan alle andere variabelen. Er wordt dus enkel

⁹¹ IEM betekent: ‘log-linear and event history analysis with missing data using de EM algorithm.’

⁹² Vermunt, J., Idem.

⁹³ Onderlinge verbanden die de significantiegrens van 0,05 overschrijden worden uit het model geweerd.

bekeken in welke mate deze variabelen de andere verklarende en uitkomstvariabelen beïnvloeden. De variabelen ‘leeftijd’ en ‘geslacht’ worden in deze modellen dus hiërarchisch boven de andere indicatoren geplaatst. Daar het in dit onderzoek expliciet gaat over sociaal-economische gezondheidsverschillen worden de SES-indicatoren (equivalent inkomen, opleidingsniveau en beroeps categorieën) op een volgend niveau geplaatst. Deze variabelen gaan in de onderzochte modellen hiërarchisch vooraf aan de indicatoren voor het huishoudtype, de activiteitsstatus en de sociale betrokkenheid. Dit betekent niet dat er geen mogelijk verband is in de omgekeerde richting, het is bijvoorbeeld vrijwel zeker dat de activiteitsstatus een invloed heeft op het equivalent inkomen. Doch, het is in dit opzet enkel de bedoeling na te gaan wat, naast het rechtstreekse verband, het onrechtstreekse verband (doorheen de indicatoren voor activiteitsstatus, huishoudtype en sociale betrokkenheid) van de SES-indicatoren is.

Daarnaast werd ervoor gekozen het model te beperken tot de conditionele hoofdeffecten (tweede orde interacties). Dit betekent niet dat er geen significante derde- en vierde- orde-interacties zouden kunnen zijn.⁹⁴

De verbanden tussen de verschillende categorieën van de variabelen worden weergegeven doormiddel van β -coëfficiënten. Deze β -coëfficiënten kunnen geïnterpreteerd worden als kansverhoudingen tegenover de verdeling binnen de totale populatie (of het globale gemiddelde). De onderzochte modellen worden niet enkel cijfermatig weergegeven, van elk onderzocht model is eveneens een grafische voorstelling gemaakt. Hierin worden alle verklarende variabelen (dus alle variabelen waaruit een pijl vertrekt) door middel van een ellips met daarbinnen de naamvermelding van de variabele in kwestie voorgesteld. De uitkomstvariabele wordt eveneens steeds door middel van een ellips voorgesteld. In het laatste hoofdstuk komt er een latente dimensie voor in het model; deze wordt door een rechthoek voorgesteld. Elk onderzocht en significant bevonden verband wordt weergegeven met een pijl. Een pijl duidt op een causale structuur; de variabele waaruit de pijl vertrekt kan hiërarchisch voor de variabele waarin de pijl toekomt geplaatst worden.

2.2. De onderlinge verhoudingen tussen onafhankelijke veranderlijken.

Leeftijd.

De variabele ‘leeftijd’ vertoont een positief verband met de variabele ‘inkomen’. Dit positief verband is niet helemaal rechtlijnig omdat de oudsten een kleine terugval op het gebied van hun inkomen krijgen. Zeker bij de 65-plussers zijn er weer wat minder individuen die tot de hoogste inkomensgroep behoren. 65-plussers hebben vooral meer kans om tot de middengroep van het equivalent inkomen te behoren. Jongeren hebben meer kans om in de laagste inkomensgroepen te zitten.

In relatie met het opleidingsniveau vertoont de leeftijd van de respondenten dan weer een in grote lijnen negatief verband. Jongere respondenten maken duidelijk heel wat meer kans om een diploma van het hoger onderwijs te bezitten in vergelijking met een diploma ‘lager middelbaar’ of minder. Ouderen (deze trend wordt het meest duidelijk bij de 55 plussers) hebben dan weer een hogere kans om minder dan een diploma ‘hoger secundair’ te bezitten.⁹⁵

De oudere leeftijdsgroepen hebben een grotere kans om tot de manuele beroeps categorieën te behoren. De ouder dan 65-jarigen onderscheiden zich op dat gebied duidelijk van de rest van de populatie. 25 tot 44-jarigen hebben dan weer de grootste kans om een niet-manueel beroep uit te oefenen.

⁹⁴ Elk pad –model wordt grafisch weergegeven; hier worden doormiddel van pijlen de verbanden en de richting van die verbanden aangeduid.

⁹⁵ In de volgende analyses zal ook een categorie ‘schoolgaand’ opduiken. Deze categorie mag als een restcategorie beschouwd worden; ten eerste is zeker in relatie met de leeftijdsvariabele het verband erg voorspelbaar en ten tweede kan zulke categorie bezwaarlijk een homogene groep genoemd worden; in deze groep kan bij wijze van spreken zowel een 22-jarige zitten die reeds drie maal bise in het secundair onderwijs, als een 21-jarige laatstejaarsstudent aan de universiteit.

Het mag duidelijk zijn dat het in de eerste plaats de 75-plussers zijn die een grotere kans hebben om alleenstaand te zijn. Zij worden op een andere manier met dit probleem geconfronteerd dan de jongere alleenstaanden; waar de jongeren door een scheiding alleenstaand worden of nog nooit een partner hadden, is het bij de 65-plussers een gevolg van sterfte. Personen tussen 45 en 64 jaar hebben een wat grotere kans om alleenstaand te zijn dan de jongere generaties (in deze leeftijdsgroep zal het 'alleenstaande worden' nog meer met scheiding als met sterfte te maken hebben).

De werkloosheid neemt af met de leeftijd. De groep van de 25 tot 44-jarigen heeft de grootste kans om actief te zijn op de arbeidsmarkt. Zieken of gehandicapten komen het meest voor binnen de leeftijdscategorie 25-44. Dit kan in eerste instantie verbazing wekken, maar binnen de oudere leeftijdsgroepen vallen veel rechthebbenden niet in deze categorie maar wel in de categorie 'gepensioneerd'. Huismannen en -vrouwen komen het vaakst voor binnen de leeftijdscategorie 25 tot 44 en het minst binnen de jongste leeftijdsgroep en de leeftijdsgroepen van de 45 tot 64 en de 65 tot 74-jarigen.

Mensen van middelbare leeftijd (45 - 64) hebben de grootste kans om hun sociale betrokkenheid als laag tot matig te beoordelen. De verschillen zijn echter niet erg groot.

Geslacht.

Het geslacht geeft weinig aanleiding tot inkomensverschillen. De oorzaak van deze vaststelling ligt voor een groot stuk in de manier waarop het inkomen in rekening gebracht wordt; het gaat hier om een equivalent huishoudensinkomen, dus, alle personen uit een zelfde huishouden krijgen een zelfde inkomen toegewezen. Daarenboven zit de partner van elke man en vrouw met partner ook in deze steekproef, hierdoor kunnen enkel de alleenstaanden aanleiding geven tot inkomensverschillen tussen mannen en vrouwen. Volgens de resultaten van deze analyse hebben mannen lichtjes meer kans om tot de hoogste twee inkomensgroepen te behoren in vergelijking met vrouwen.

Voor wat het opleidingsniveau betreft zijn er geen grote verschillen tussen de geslachten waar te nemen. Mannen hebben een iets grotere kans om tot de hoogste opleidingsgroepen te behoren, terwijl vrouwen dan weer meer kans hebben tot de laagste opleidingscategorie te behoren.

De invloeden van het geslacht op het huishoudtype en de betrokkenheid in sociale netwerken is eerder gering te noemen. Mannen hebben wat minder kans om alleenstaand te zijn dan vrouwen (vrouwen leven ook gemiddeld langer dan mannen) en vrouwen hebben minder kans om zich matig of slecht betrokken te voelen in hun sociale netwerk.

Vrouwen zijn enkel oververtegenwoordigd in de categorie van de huisvrouwen en -mannen. In de andere groepen zijn de vrouwen in de minderheid. De grootste oververtegenwoordiging van mannen is te vinden binnen de groep van de actieven, ook onder de zieken of gehandicapten zijn heel wat meer mannen te vinden.

Inkomen

Respondenten uit de laagste inkomensgroep hebben de grootste kans om alleenstaand te zijn. Het verschil met de volgende inkomensgroep, '30 001 - 40 000' is niet erg groot. Binnen de hoogste inkomenscategorie zijn dan weer iets meer alleenstaanden dan binnen de categorie '40 001 - 60 000'.

Binnen de laagste inkomensgroep zijn meer werklozen, zieken of gehandicapten en huismannen en -vrouwen, dan mensen op niet-actieve leeftijd en actieven. De mensen die actief zijn op de arbeidsmarkt zijn dan weer het best vertegenwoordigd binnen de hoogste twee inkomensgroepen. Personen op niet-actieve leeftijd worden het meest aangetroffen binnen de categorie '40 001 - 60 000'.

Wie een hoger inkomen heeft blijkt ook meer kans te hebben om zich goed te voelen in zijn/haar sociale netwerk. De laagste inkomens hebben de grootste kans om zich slechts laag of gemiddeld

betrokken te voelen in hun sociale netwerk. De inkomensgroep '40 001 - 60 000' heeft de kleinste kans om zich laag of gemiddeld betrokken te voelen.

Opleiding.

Volgens de onderstaande analyseresultaten hebben lager opgeleiden minder kans om alleenstaand te zijn dan hoger opgeleiden. De verschillen zijn niet erg groot, enkel individuen met een hoger diploma hebben een aanzienlijk grotere kans om alleenstaand te zijn in vergelijking met de populatie in het algemeen.

Lager opgeleiden hebben dan weer wel een grotere kans om zich laag of gemiddeld betrokken te voelen bij hun sociale omgeving.

Zieken of gehandicapten vindt men het meest in de categorie 'geen/lager onderwijs'. Het aantal actieven per categorie neemt toe naarmate het opleidingsniveau toeneemt; in de categorie 'hoger onderwijs' zitten er het meeste. Huismannen en -vrouwen hebben een grotere kans dat ze tot één van de laagste twee opleidingsgroepen behoren. Werklozen komen het meest voor in de categorie 'hoger secundair onderwijs'.

Beroep.

Binnen de niet-manuele beroepscategorieën treft men over het algemeen minder alleenstaanden, werklozen of zieken of gehandicapten aan. Mensen uit niet-manuele beroepscategorieën hebben dan weer meer kans om zich laag of gemiddeld geïntegreerd te voelen in vergelijking met mensen uit manuele beroepsgroepen.

2.3. Gezondheidstoestand.

2.3.1. Subjectieve gezondheid.

Het model. (Fig. 2.1)

Figuur 2.1 stelt het geheel van de onderzochte en significant bevonden verbanden voor van de voornoemde set van verklarende variabelen in relatie met de indicator voor subjectieve gezondheid. Nogmaals, hier werden enkel conditionele hoofdeffecten getest. De SES-indicator voor de beroepscategorieën werd uit het model weggelaten. Na introductie in het model levert de indicator voor de professionele categorieën geen significante bijdrage aan de verklaring van de verschillen in subjectieve gezondheid. Daarenboven levert de variabele voor de beroepscategorieën in relatie met de andere erg kleine indirecte effecten op.

De L^2 -maat is een indicator voor de fit van het model. Deze indicator behaalt de waarde 8 401,99 met een probabiliteitsniveau van 1. Over het algemeen wordt aanvaard dat een probabiliteits-maatstaf die de waarde 0,05 overschrijdt een indicator is dat een model de data goed 'fit'.

Een maat voor de kracht van de verbanden tussen de verschillende indicatoren is de R^2 -waarde die een idee geeft van de mate waarin de pseudo-variantie van de verklarende variabelen de pseudo-variantie⁹⁶ van de uitkomstvariabele(n) verklaart. De invloed van het geslacht en de leeftijd op het opleidingsniveau en het equivalent inkomen is zeer gering te noemen; 1% van de pseudo variantie van het opleidingsniveau en het equivalent inkomen samen worden verklaard door de pseudo varianties van de variabelen 'geslacht' en 'leeftijd'. De invloed van 'leeftijd', 'geslacht', 'opleidingsniveau' en 'equivalent inkomen' op de variabelen 'huishoudtype', 'activiteitsstatus' en

⁹⁶ Er wordt hier over een pseudo-variantie gesproken omdat deze analyses enkel met categorische variabelen gebeurden. Het gaat hier bijgevolg om een benadering van de variantie, zodoende is het niet mogelijk om over een echte variantie te spreken.

‘betrokkenheid in sociale netwerken’ is groter. 25% van de pseudo-variantie wordt hier verklaard door de variabelen die in dit model voorafgaan aan ‘huishoudtype’, ‘betrokkenheid in sociale netwerken’ en ‘activiteitsstatus’.

De pseudo-varianties van alle verklarende variabelen samen hebben wel een behoorlijke invloed op de pseudo-variantie van de indicator voor subjectieve gezondheid; een kleine 18% van de pseudo-variantie van subjectieve gezondheid wordt door de in het model opgenomen verklarende variabelen bepaald.

Leeftijd.

Jongere leeftijdsgroepen hebben een hoge kans op een goede subjectieve gezondheid dan oudere leeftijdsgroepen. De afname van de kans op een goede subjectieve gezondheid volgens leeftijd is volledig lineair. Mensen tussen 18 en 24 jaar maken de grootste kans om een betere subjectieve gezondheid te hebben dan het gemiddelde van de totale populatie, zij behalen een bèta-waarde van 0,42. De groep van de ouder dan 75-jarigen heeft een bèta-waarde van -0,42.

De factor leeftijd heeft niet alleen een directe invloed op de kans om een goede subjectieve gezondheid te hebben. Deze variabele laat ook zijn invloed gelden via andere variabelen die in het model zijn opgenomen. Het indirect effect van leeftijd via een andere variabele kan het direct effect van de factor leeftijd zowel versterken als verzwakken.

(1) Leeftijd → subjectieve gezondheid.

Leeftijd/subj.h.	Goed	Slecht
18-24	0,42	-0,42
25-44	0,25	-0,25
45-64	-0,02	0,02
65-74	-0,23	0,23
75+	-0,42	0,42

De indirecte effecten⁹⁷ van de factor leeftijd langsheen de variabelen ‘equivalent inkomen’, ‘opleiding’, ‘beroep’, ‘huishoudtype’ en ‘activiteitsstatus’ zijn over het algemeen eerder gering, op een enkele uitzondering - meestal in een extreme categorie - na. Er zit echter meestal wel een zekere lijn in de bijdrage van indirecte effecten aan het totale effect van de leeftijd.

Het effect op de subjectieve gezondheid doorheen het inkomen is tegengesteld aan het directe effect van de jongste leeftijdscategorie voor wat de laagste en de hoogste inkomenscategorieën betreft. 25 tot 44 jarigen hebben een hogere kans dan gemiddeld om een goede subjectieve gezondheid te hebben, hier zijn de indirecte effecten niet tegengesteld. Het indirect effect van leeftijd via het inkomen is voor de groep van de 45 tot 64 jarigen volledig tegengesteld aan het directe effect voor deze groep. Binnen de laagste en de hoogste inkomensgroep voelt de jongste leeftijdsgroep zich ongezonder dan de mensen uit deze categorieën binnen de twee volgende leeftijdsgroepen. (tabel 1 in bijlage)

Binnen de groep van de jongeren (18 - 24 jaar) versterken enkel de laaggeschoolde jongeren het effect van leeftijd op subjectieve gezondheid. De hoger geschoolde jongeren zorgen voor licht tegengestelde effecten. Binnen de volgende leeftijdsgroep geven de inkomenscategorieën geen aanleiding tot afwijkingen van het directe effect van de leeftijd. In de middengroep van de 45 - 64-jarigen zijn het de hooggeschoolden die een tegengesteld indirect effect hebben. Bij de ouderen gaat het indirect effect (bijna) overal in dezelfde lijn als het directe effect, maar de versterking van het directe effect is het grootst bij de lager geschoolde ouderen. (tabel 2 in bijlage)

⁹⁷ De indirecte effecten van een variabele kunnen bekomen worden door het effect van die variabele en de tussenliggende variabelen te vermenigvuldigen met het effect van de tussenliggende variabelen op de uitkomstvariabele.

Het indirect effect van leeftijd doorheen het huishoudtype is, bij de groep van de 45 tot 64-jarigen, tegengesteld aan het direct effect van leeftijd op de subjectieve gezondheid. Voor de andere leeftijdscategorieën werkt het effect van leeftijd via het huishoudtype in dezelfde richting als het direct effect. (tabel 3 in bijlage)

In relatie met de mate van betrokkenheid in sociale netwerken is enkel binnen de groep van de 25 - 44-jarigen het indirect effect tegengesteld aan het direct effect van de leeftijd. Er dient nogmaals op te worden gewezen dat de indirecte effecten - enkele uitzonderingen niet te na gesproken - nergens erg groot zijn, het directe effect wordt nooit opgeheven door een indirect effect. (tabel 4 in bijlage)

De indirecte effecten doorheen de indicator voor de activiteitsstatus zijn niet overal gelijklopend aan de directe effecten. De indirecte effecten zijn tegengesteld voor jongeren op niet actieve leeftijd en jongeren die huisvrouw/-man zijn; hetzelfde geldt voor de leeftijdscategorie 25 - 44 jaar, maar hier is ook het effect voor zieken of gehandicapten tegengesteld. Binnen de groep van de 45 tot 65-jarigen zijn de indirecte effecten van actieven en mensen die niet meer actief zijn tegengesteld. Bij de ouderen geldt dit voor zieken of gehandicapten en mensen op niet-actieve leeftijd (bij 75-plussers ook voor huismannen en -vrouwen). Oudere werklozen hebben een grotere kans om zich subjectief ongezonder te voelen dan jongere werklozen. Opvallend is dat mensen die boven hun pensioenleeftijd nog actief zijn ook meer kans hebben om zich ongezond te voelen. (tabel 5 in bijlage)

Geslacht.

De resultaten uit het eerste deel van dit rapport worden bevestigd voor wat betreft het gender-verschil in subjectieve gezondheid. Mannen hebben meer kans om zichzelf gezond te voelen dan vrouwen ($\beta = 0,09$).

De indirecte effecten van de variabele 'geslacht' via de andere verklarende variabelen in het model zijn eerder klein. Het directe effect van de factor geslacht wordt nergens fundamenteel omgekeerd; het grootste indirecte effect dat kan worden waargenomen heeft een β -waarde van 0,0217. Het equivalent inkomen geeft geen aanleiding tot tegengestelde indirecte effecten. Langsheen het opleidingsniveau valt er enkel een tegengesteld indirect effect waar te nemen voor respondenten met een diploma 'lager secundair onderwijs'. (tabellen 6 en 7 in bijlage)

Het indirecte effect van geslacht via het huishoudtype versterkt het directe effect van geslacht op de subjectieve gezondheid nog. Dat geldt niet voor het indirecte effect doorheen de variabele voor betrokkenheid in sociale netwerken; hier is het indirecte effect (het gaat om een heel klein effect - $\beta = |0,008|$) tegengesteld aan het directe effect. (tabellen 8 en 9 in bijlage)

Zieke of gehandicapte mannen en huismannen voelen zich ongezonder dan zieke of gehandicapte vrouwen en huisvrouwen. De andere indirecte effecten langsheen de activiteitsstatus zijn gelijklopend aan de directe effecten van het geslacht. (tabel 10 in bijlage)

Inkomen.

Het inkomen is ook voor een stuk bepalend of individuen zich al dan niet gezond voelen. Dit verband zorgt toch voor vrij aanzienlijke β -waarden. Het hoogste inkomensniveau doet het beslist beter dan de andere inkomensgroepen, er is een positief verband van 0,20 tussen deze inkomenscategorie en de variabele voor subjectieve gezondheid. De kleinste kans om zich gezond te voelen valt te beurt aan de inkomensklasse ' - 30 000' ($\beta = -0,16$).

(14) Inkomen → subjectieve gezondheid.

Inkomen/subj.h.	Goed	Slecht
- 30 000	-0,16	0,16
30 000 – 40 000	-0,06	0,06
40 001 – 60 000	0,01	-0,01
+ 60 000	0,20	-0,20

Voor alle inkomenscategorieën zijn de indirecte effecten doorheen het huishoudtype gelijklopend aan de directe effecten van het equivalent inkomen.

De invloed van het equivalent inkomen doorheen de variabele voor sociale betrokkenheid is enkel bij de inkomensgroep '30 001 - 40 000' tegengesteld aan het direct effect. (tabel 11 en 12 in bijlage) Ook hier zijn de verschillen eerder klein, de directe effecten worden nergens met meer dan 2% versterkt of verzwakt.

Opleiding.

Tussen de variabelen 'opleiding' en 'subjectieve gezondheid' worden de verbanden die in deel 1 ontdekt werden eveneens bevestigd. Hoe hoger iemands opleidingsniveau, hoe minder kans deze persoon heeft om zich ongezond te voelen. Vooral de laagste opleidingscategorie vertoont een duidelijk negatief verband met het hebben van een goede subjectieve gezondheid (bèta -0,31), vervolgens buigt dit om tot een positief verband van 0,14 tussen de categorie 'hoger' en de categorie 'goede subjectieve gezondheid'.

(15) Opleiding → subjectieve gezondheid.

Opl./subj. h.	Goed	Slecht
Gn/lager	-0,31	0,31
Lager SO	-0,13	0,13
Hoger SO	0,03	-0,03
Hoger	0,14	-0,14
Schoolgaand	0,27	-0,27

De indirecte effecten van opleiding via de variabele voor het huishoudtype zijn op één opleidingscategorie na - hoger secundair onderwijs - allemaal licht tegengesteld aan de directe verbanden. De beide laagste opleidingscategorieën vertonen hier een klein positief effect, terwijl het directe effect negatief is (met een goede subjectieve gezondheid). Bij de hoogste opleidingsgroep is het indirecte effect dan weer negatief, terwijl het directe effect positief is. (tabel 13 in bijlage)

De indirecte effecten van de variabele 'opleiding' doorheen de indicator voor sociale betrokkenheid zijn iets groter. Hier zijn minder tegengestelde verbanden. Het positieve directe verband tussen 'Hoger SO' en een goede subjectieve gezondheid wordt wel opgeheven door het negatieve verband via de sociale betrokkenheid (0,01 versus -0,0104). (tabel 14 in bijlage)

Beroep.

Er is geen significant direct verband tussen de uitkomstvariabele 'subjectieve gezondheid' en variabele voor het beroep.

Ook de indirecte effecten zijn niet erg groot. Doorheen het huishoudtype is de indirecte rol van het de beroepsgroep volledig te verwaarlozen (tabel 15 in bijlage).

In relatie met de activiteitsstatus zijn er iets sterkere verbanden. Personen die ziek of gehandicapt zijn en een manueel beroep uitoefenen hebben een grotere kans op een slechte subjectieve gezondheid (bèta = -0,16) dan diegenen met een niet-manueel beroep. Hetzelfde (maar dan in mindere mate) geldt ook voor personen op niet-actieve leeftijd en actieven. Bij werklozen en huismannen en vrouwen is de invloed van de beroepsgroep licht omgekeerd (bèta = 0,01) (tabel 16 in bijlage).

Huishoudtype en betrokkenheid in sociale relaties.

Het effect van het feit of een respondent alleenstaand is of tot een koppel behoort is vrij gering in verband met de indicator voor subjectieve gezondheid. Alleenstaanden hebben wat minder kans om een goede subjectieve gezondheid te hebben dan mensen uit een koppel of een complex huishouden. De verschillen tussen de categorieën van sociale betrokkenheid en de subjectieve gezondheid zijn wat duidelijker. Individuen die de kwaliteit en kwantiteit van hun sociale relaties als laag of gemiddeld aanzien hebben een minder grote kans om zich gezond te voelen in vergelijking met individuen die zich in hoge mate sociaal betrokken voelen ($\beta = |0,13|$).

(18) Huishoudtype → subjectieve gezondheid.

Huish./Subj. h.	Goed	Redel./slecht
Alleenstaand	-.05	.05
Koppel/complex	.05	-.05

(20) Sociale betrokkenheid → subjectieve gezondheid.

Soc. betrh./subj.h.	Goed.	Redel./slecht
Laag/gemiddeld	-.13	.13
Hoog	.13	-.13

Activiteitsstatus.

Het hoeft natuurlijk niet te verbazen dat zieken en gehandicapten die van een uitkering leven zich minder gezond voelen (-1,15). Alle andere categorieën zijn positief geassocieerd met de categorie 'goede subjectieve gezondheid'. Respondenten die actief zijn op de arbeidsmarkt hebben de grootste kans om in goede subjectieve gezondheid te zijn, mensen op niet-actieve leeftijd en werklozen scoren het minst goed binnen deze overige vier categorieën.

(19) Activiteitsstatus → subjectieve gezondheid.

Activit. stat./subj. h.	Goed	Redel./slecht
Ziek/gehandicapt	-1,15	1,15
Op niet act lft.	.20	-.20
Actief	.40	-.40
Werkloos	.22	-.22
Huisman/-vrouw	.34	-.34

Samenvatting.

Jongeren hebben een betere subjectieve gezondheid dan ouderen. De indirecte effecten van de leeftijd via andere variabelen zijn vrij gering. Binnen enkele subgroepen zijn wel opvallende waarnemingen te maken. De jongere leeftijdsgroepen binnen de laagste en de hoogste inkomenscategorieën voelen zich ongezonder dan de ouderen. Binnen de groep van de hooggeschoolden vertoont de leeftijd een positief indirect verband met de maat voor subjectieve gezondheid. Binnen de laagste opleidingscategorie wordt het direct effect van leeftijd het meest versterkt door het indirect effect. Oudere werklozen voelen zich ongezonder dan jongere werklozen en personen die boven hun pensioenleeftijd nog actief zijn op de arbeidsmarkt hebben een grotere kans om zich ongezond te voelen.

Met betrekking tot de gender-verschillen worden de resultaten uit deel 1 bevestigd: vrouwen voelen zich ongezonder. De indirecte effecten zijn ook hier eerder gering. Opvallend is toch dat zieke of gehandicapte mannen en huismannen een grotere kans hebben om zich ongezond te voelen dan vrouwen uit dezelfde categorieën.

Ook het verband tussen het equivalent inkomen en de subjectieve gezondheid, dat in het eerste gedeelte werd aangetoond, wordt hier bevestigd, hetzelfde geldt met betrekking tot het opleidingsniveau; lage verdieners en lager opgeleiden maken meer kans om zich ongezond te voelen.

Het effect van het huishoudtype is gering: alleenstaanden hebben wat meer kans om zich ongezond te voelen.

Wie zich goed betrokken voelt bij zijn/haar sociale omgeving heeft minder kans op een slechte subjectieve gezondheid. Personen die actief zijn op de arbeidsmarkt hebben eveneens een kleinere kans om zich ongezond te voelen. Voor mensen op niet-actieve leeftijd en werklozen geldt het omgekeerde.

Bijlage:

Tabel 1: (3 → 14) Leeftijd → inkomen → subjectieve gezondheid.

Ink./Lft.	18-24	25-44	45-64	65-74	75+
- 30000	-0,0368	0,0448	0,0352	-0,0208	-0,0208
30000 - 40000	0,0126	0,0138	0,0054	-0,0162	-0,0156
40001 - 60000	0,0012	0,0025	0,0005	-0,0025	-0,0017
+ 60000	-0,028	0,052	0,052	-0,03	-0,046

Tabel 2: (5 → 15) Leeftijd → opleiding → subjectieve gezondheid.

Opl./Lft.	18-24	25-44	45-64	65-74	75+
Geen/LO	0,6045	0,2356	-0,1457	-0,3596	-0,3348
LSO	0,13	0,0169	-0,0507	-0,0507	-0,0468
HSO	-0,0072	0,0051	0,0063	0,0027	-0,0072
HOGER	-0,0938	0,07	0,0476	-0,0112	-0,0126
Rest	1,0422	0,0594	-0,3807	-0,4212	-0,2997

Tabel 3: (2 → 18) Leeftijd → huishoudtype → subjectieve gezondheid.

HH type./Lft.	18-24	25-44	45-64	65-74	75+
Alleenstaand	0,0145	0,011	0,009	-0,004	-0,0305
Koppel/compl.	0,0145	0,011	0,009	-0,004	-0,0305

Tabel 4: (4 → 20) Leeftijd → sociale betrokkenheid → subjectieve gezondheid.

Soc.betrh./Lft.	18-24	25-44	45-64	65-74	75+
Laag/ gem..	0,0182	-0,0013	-0,0117	-0,001	-0,0005
Hoog	0,0182	-0,0013	-0,0117	-0,001	-0,0005

Tabel 5: (8 → 19) Leeftijd → Activiteitsstatus → Subjectieve gezondheid.

Act./Lft.	18-24	25-44	45-64	65-74	75+
Ziek/geh.	0,3828	-0,7308	-0,5684	0,4524	0,464
Nt act lft	-0,364	-0,7	0,032	0,424	0,608
Act.	0,664	0,872	0,192	-0,636	-1,092
Werkl.	0,1166	0,0968	-0,2134		
Huisvr/-m	-0,0204	-0,0204	-0,0612	-0,0374	0,0442

Tabellen 6 en 7:

(10 → 14) Geslacht → inkomen → subj. gezondheid. (9 → 15) Geslacht → opleiding → subj. gezondheid.

Ink./geslacht	Man	Vrouw	Opl./geslacht	Man	Vrouw
- 30000	0,0096	-0,0096	Geen/ LO	0,0217	-0,0217
30000 - 40000	0,0024	-0,0024	LSO	-0,0013	0,0013
40001 - 60000	0,0004	-0,0004	HSO	0,0018	-0,0018
+ 60000	0,012	-0,012	HOGER	0,0042	-0,0042
			Rest	0,0081	-0,0081

Tabellen 8 en 9:

(6 → 18) Geslacht → huishoudt. → subj. gezondheid. (7 → 20) Geslacht → soc. betrh. → subj. gezondheid.

HH type./gesl.	Man	Vrouw	Soc.betrh./lft.	Man	Vrouw
Alleenstaand	0,0045	-0,0045	Laag/gem.	-0,008	0,008
Koppel/compl.	0,0045	-0,0045	Hoog	-0,008	0,008

Tabel 10: (11 → 19) Geslacht → Activiteitsstatus → Subjectieve gezondheid.

Act./gesl.	Man	Vrouw
Ziek/geh.	-0,348	0,348
Nt act lft	0,048	-0,048
Act.	0,208	-0,208
Werkl.	0,0396	-0,0396
Huisvr/-m	-0,4216	0,4216

Tabel 11: (12 → 18) Inkomen → huishoudtype → subjectieve gezondheid.

HH type./Ink.	-30000	30001-40000	40001-60000	+60000
Alleenstaand	-0,005	-0,0045	0,006	0,0035
Koppel/compl.	-0,005	-0,0045	0,006	0,0035

Tabel 12: (17 → 20) Inkomen → sociale betrokkenheid → subjectieve gezondheid.

Soc. betrh./Ink.	-30000	30001-40000	40001-60000	+60000
Laag/gem.	-0,013	0,0013	0,0091	0,0026
Hoog	-0,013	0,0013	0,0091	0,0026

Tabel 13: (16 → 18) Opleiding → huishoudtype → subjectieve gezondheid.

HH type./Opl.	Geen/LO	LSO	HSO	HOGER	Rest
Alleenstaand	0,007	0,0025	0,001	-0,008	-0,003
Koppel/compl.	0,007	0,0025	0,001	-0,008	-0,003

Tabel 14: (13 → 20) Opleiding → sociale betrokkenheid → subjectieve gezondheid.

Soc. betrh./Opl.	Geen/LO	LSO	HSO	HOGER	Rest
Laag/gem.	-0,0143	-0,0156	-0,0104	0,0065	0,0338
Hoog	-0,0143	-0,0156	-0,0104	0,0065	0,0338

Tabel 15: (23 → 19) Beroep → Huishoudtype → Subjectieve gezondheid.

HH type./Ber.	Man	Niet -man.
Alleenstaand	0,01	-0,01
Koppel/compl.	0,01	-0,01

Tabel 16: (22 → 19) Beroep → Activiteitsstatus → Subjectieve gezondheid.

Act./gesl..	Man	Niet -man
Ziek/geh.	0,16	-0,16
Nt act lft	0,02	-0,02
Act..	0,04	-0,04
Werkl.	-0,01	0,01
Huisvr/-m	-0,01	0,01

2.3.2. Gezondheidsklachten.

Het model. (Fig. 2.2)

Als indicator voor de verschillen in gezondheidsklachten wordt in dit model een dichotome indicator gebruikt die een onderscheid maakt tussen het aantal personen dat al dan niet gezondheidsklachten had op het moment van de enquêtering. Zoals uit de onderstaande tabel blijkt had 11,2% van de respondenten geen enkele gezondheidsklacht op het moment van het interview.

Gezondheidsklachten, frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Geen klachten	796	11,2	11,2
	Eén of meerdere klachten	6316	88,8	88,8
	SUB TOTAAL	7112	100,0	100
Missing				
	TOTAAL	7112	100,0	100

Alle variabelen die in dit model getoetst werden zorgen voor significante verschillen en worden dus besproken. De variabelen 'leeftijd', 'equivalent inkomen' en 'opleiding' hebben wel geen significant rechtstreeks effect op de uitkomstvariabele. Ze hebben echter wel een invloed op de uitkomstvariabele door de indirecte invloed die ervan uitgaat langsheen andere variabelen in het model.

De L^2 -maat bedraagt 7991,51 met een probabiliteitsniveau van '1'. Het model 'fit' de data dus goed. De kracht van de verbanden wordt uitgedrukt door de R^2 -waarden die een idee geven van de mate waarin de pseudo-variantie(s) van de verklarende maten de pseudo-variantie(s) van de uitkomstvariabele(n) verklaren. Alle verklarende variabelen die een significant verband met de uitkomstvariabele vertonen, verklaren samen iets minder dan 4% van de pseudo-variantie van de indicator voor gezondheidsklachten. Dit is een vrij geringe bijdrage aan de verklaring van verschillen in deze variabele.

Leeftijd.

Het niet-significante rechtstreekse verband tussen de factor leeftijd en het al dan niet voorkomen van gezondheidsklachten toont aan dat er geen duidelijk verschil is, naargelang de leeftijd, in het aantal mensen zonder gezondheidsklachten. Dit betekent niet dat personen met een hogere leeftijd niet meer kans hebben om meerdere gezondheidsklachten te hebben. Er wordt hier enkel een uitspraak gedaan over die groep die zich volledig gezond voelt ten overstaan van alle individuen die één of meerdere gezondheidsklachten hebben. Met andere woorden, er wordt geen onderscheid gemaakt tussen personen met slechts één gezondheidsklacht en personen met meer dan één gezondheidsklacht.

‘Leeftijd’ wordt als verklarende variabele gebruikt voor vier indicatoren met een significante directe invloed op de indicator voor gezondheidsklachten, namelijk ‘beroepscategorie’, ‘huishoudtype’, ‘activiteitsstatus’ en ‘sociale betrokkenheid’.

Doorheen de variabele voor professionele status heeft de leeftijd een gering negatief effect op de uitkomstvariabele; individuen die tot een jongere leeftijdscategorie behoren hebben minder kans om in categorie ‘1’ (respondenten zonder gezondheidsklachten) van de uitkomstvariabele te belanden. De bèta-waarden zijn echter nooit hoger dan $|0,013|$. (tabel 1 in bijlage)

Het indirect effect van de factor leeftijd doorheen het huishoudtype waartoe men behoort is even gering, maar wel tegengesteld aan het indirect effect doorheen de beroepscategorieën. (tabel 2 in bijlage)

De indirecte effecten doorheen de variabele ‘activiteitsstatus’ zijn heel wat groter. In het oog springt dat jongere actieven heel wat minder vaak één of meerdere gezondheidsklachten hebben dan oudere actieven. Hetzelfde geldt voor de werklozen. Binnen de groep van de huismannen of -vrouwen is het dan weer omgekeerd; hier hebben de jongeren minder vaak geen enkele gezondheidsklacht. (Tabel 3 in bijlage)

Het effect van de leeftijd doorheen de maat voor sociale betrokkenheid is dan weer verwaarloosbaar. De jongste leeftijdsgroep heeft de hoogste kans om geen enkele gezondheidsklacht te hebben, de groep van de 45 tot 64-ers doet het het minst goed. (tabel 4 in bijlage).

Geslacht.

Uit de relatie tussen het geslacht en het al dan niet voorkomen van een gezondheidsklacht komt een inmiddels klassieke vaststelling naar boven; mannen hebben meer kans om geen enkele gezondheidsklacht te hebben dan vrouwen. Met andere woorden; mannen voelen zich niet enkel gezonder dan vrouwen (cfr. Subjectieve gezondheid) ze hebben ook vaker geen gezondheidsklachten.

(9) Geslacht → Gezondheidsklachten.

Gesl./Gez. kl.	Geen	1 of meer
Man	0,17	-0,17
Vrouw	-0,17	0,17

De indirecte bijdrage van het geslacht doorheen andere significant bijdragende variabelen is over het algemeen te verwaarlozen. Enkel het indirecte effect via de variabele ‘activiteitsstatus’ is beduidend; binnen de groepen ‘niet op actieve leeftijd’, ‘actief op de arbeidsmarkt’ en ‘werkloos’ wordt het directe effect van het geslacht versterkt, binnen de groepen ‘ziek of gehandicapt’ en ‘huisvrouw of -man’ wordt het directe effect omgedraaid. Dus mannen zijn hier ongezonder. (tabellen 5,6,7 en 8 in bijlage).

Equivalent inkomen.

Het equivalent inkomen biedt geen directe significante verklaring voor de verschillen in personen zonder gezondheidsklachten en diegenen met één of meerdere gezondheidsklachten. Een vrij sterke indirecte invloed van het inkomen op de uitkomstvariabele wordt opnieuw bekomen doorheen de indicator voor de activiteitsstatus. Deze indirecte verbanden zijn niet eenduidig; binnen de groepen van de zieken of gehandicapten, de personen op niet-actieve leeftijd en de actieven op de arbeidsmarkt, zijn het diegenen met een lager inkomen die minder vaak geen enkele gezondheidsklacht hebben. Bij werklozen en huismannen of -vrouwen is het omgekeerd. Men dient hier wel enige voorzichtigheid aan de dag te leggen; de groep van de werklozen en huismannen of -vrouwen met een hoog inkomen is erg klein. Doorheen de variabelen ‘huishoudtype’ en ‘sociale

betrokkenheid' vertoont het inkomen slechts kleine indirecte verbanden met de afhankelijke variabele; de lagere inkomens hebben, volgens deze indirecte effecten, consistent minder kans om geen enkele gezondheidsklacht te hebben. (tabellen 9, 10 en 11 in bijlage)

Opleiding.

Ook de variabele 'opleiding' vertoont geen significant direct verband in relatie met deze uitkomstvariabele. In dit geval is het eveneens de indicator 'activiteitsstatus' die aanleiding geeft tot de grootste indirecte effecten. Over het algemeen kan gesteld worden dat - tot welke activiteitsgroep men ook behoort - personen met een lager diploma een kleinere kans hebben om geen enkele gezondheidsklacht te hebben in vergelijking met personen met een hoger diploma. Alleen voor huisvrouwen of -mannen is dit omgekeerd. De variabele 'huishoudtype' geeft eveneens aanleiding tot een licht omgekeerd indirect verband. Doorheen de mate van sociale betrokkenheid is er dan weer een licht positieve indirecte associatie. (tabellen 12, 13 en 14 in bijlage)

Beroep.

Het beroep is de enige van de sociaal-economische indicatoren die een significant direct verband met de afhankelijke variabele vertoont. Respondenten die tot de niet-manuele beroepsgroepen behoren hebben iets minder vaak geen enkele gezondheidsklacht in vergelijking met individuen die deel uit maken van een manuele beroepsgroep ($\beta = 0,06$).

(22) Beroep → Gezondheidsklachten.

Ber./Gez. kl.	Geen kl.	Wel
Niet-manueel	-0,06	0,06
Manueel	0,06	-0,06

De indirecte effecten van de beroepsgroep waartoe men behoort zijn weer eerder klein. Enkel binnen de subgroep van de zieken of gehandicapten wordt een heel duidelijk omgekeerd effect waargenomen ($\beta = |0,12|$). (tabellen 15, 16 en 17 in bijlage).

Huishoudtype, activiteitsstatus en sociale betrokkenheid.

Alleenstaanden hebben lichtjes minder kans om geen enkele gezondheidsklacht te hebben dan koppels of leden van een Complex huishouden

Het mag duidelijk zijn dat de erkende zieken of gehandicapten in grotere mate een gezondheidsklacht ervaren dan de andere groepen uit de indicator voor de activiteitsstatus. Huismannen of -vrouwen en personen die actief zijn op de arbeidsmarkt hebben de grootste kans om geen enkele gezondheidsklacht te ervaren.

Respondenten met een lage sociale betrokkenheid, tot slot, hebben een kleinere kans om geen enkele gezondheidsklacht te hebben.

(23) Huishoudtype → Gezondheidsklachten.

Huish./Gez. kl.	Geen	Wel
Alleenstaand	-0,05	0,05
Koppel/complex	0,05	-0,05

(24) Activiteitsstatus → Gezondheidsklachten.

Activit. stat./Gez. kl.	Geen	Wel
Ziek/gehandicapt	-0,91	0,91
Op niet act lft.	0,10	-0,10
Actief	0,29	-0,29
Werkloos	0,22	-0,22
Huisman/-vrouw	0,31	-0,31

(25) Sociale betrokkenheid → Gezondheidsklachten.

Soc. betrh./Gez. kl.	Geen.	Wel
Laag/gemiddeld	-0,14	0,14
Hoog	0,14	-0,14

Samenvatting.

De variabele 'activiteitsstatus' vertoont in relatie met de uitkomstvariabele 'gezondheidsklachten' de grootste verschillen. Zieken of gehandicapten doen het natuurlijk het minst goed, mensen die actief zijn op de arbeidsmarkt en huisvrouwen en -mannen doen het relatief het beste. De indicatoren voor leeftijd, inkomen en opleiding vertonen geen significante rechtstreekse verbanden met de afhankelijke variabele. Het directe effect van 'geslacht', 'beroeps categorie' en 'huishoudtype' op de uitkomstvariabele is eerder gering te noemen; mannen, manuele arbeiders en leden van een koppel of een complex huishouden hebben een grotere kans om geen enkele gezondheidsklacht te hebben in vergelijking met hun respectievelijke tegenpolen. De indirecte effecten van de variabelen doorheen indicatoren met een significant rechtstreeks effect zijn eerder gering. Enkel doorheen de variabele 'activiteitsstatus' kunnen vrij grote en soms tegengestelde indirecte effect gegenereerd worden.

Bijlage:

Tabel 1: (4 → 18) Leeftijd → Beroep → Gezondheidsklachten.

Ber./lft.	18-24	25-44	45-64	65-74	75+
N MAN	-0,0012	-0,0126	-0,0018	0,0096	0,006
MAN	-0,0012	-0,0126	-0,0018	0,0096	0,006

Tabel 2: (2 → 19) Leeftijd → Huishoudtype → Gezondheidsklachten.

HH type/lft.	18-24	25-44	45-64	65-74	75+
Alleenstaand	0,015	0,0105	0,009	-0,004	-0,0305
Koppel/compl.	0,015	0,0105	0,009	-0,004	-0,0305

Tabel 3: (3 → 20) Leeftijd → Activiteitsstatus → Gezondheidsklachten.

Act./lft.	18-24	25-44	45-64	65-74	75+
Ziek/geh.	0,3913	-0,546	-0,4095	0,2912	0,273
Nt act lft	-0,192	-0,359	0,01	0,224	0,317
Act.	0,464	0,6148	0,1218	-0,4321	-0,7685
Werkl.	0,1298	0,088	-0,22	***	***
Huisvr/-m	-0,0403	-0,0403	-0,0806	0,0031	0,0682

Tabel 4: (1 → 21) Leeftijd → Sociale betrokkenheid → Gezondheidsklachten.

Soc. betrh./lft.	18-24	25-44	45-64	65-74	75+
Laag/gem.	0,0182	-0,0014	-0,0126	-0,001	-0,001
Hoog	0,0182	-0,0014	-0,0028	-0,001	-0,001

Tabel 5: (5 → 18) Geslacht → Beroep → Gezondheidsklachten.

Ber./gesl.	Man	Vrouw
N MAN	0,0018	-0,0018
MAN	0,0018	-0,0018

Tabel 6: (6 → 19) Geslacht → huishoudtype → Gezondheidsklachten.

HH type/gesl.	Man	Vrouw
Alleenstaand	0,004	-0,004
Koppel/compl.	0,004	-0,004

Tabel 7: (7 → 20) Geslacht → Activiteitsstatus → Gezondheidsklachten.

Act./gesl.	Man	Vrouw
Ziek/geh.	-0,2639	0,2639
Nt act lft	0,023	-0,023
Act.	0,1508	-0,1508
Werkl.	0,0352	-0,0352
Huisvr/m	-0,3751	0,3751

Tabel 8: (8 → 21) Geslacht → Sociale betrokkenheid → Gezondheidsklachten.

Soc. betrh./gesl.	Man	Vrouw
Laag/gem.	-0,0084	0,0084
Hoog	-0,0084	0,0084

Tabel 9: (10 → 19) Inkomen → Huishoudtype → Gezondheidsklachten.

HH type/ink.	-30000	30001-40000	40001-60000	+60000
Alleenstaand	-0,005	-0,0045	0,006	0,0035
Koppel/compl.	-0,005	-0,0045	0,006	0,0035

Tabel 10: (11 → 20) Inkomen → Activiteitstatus → Gezondheidsklachten.

Act./ink.	-30000	30001-40000	40001-60000	+60000
Ziek/geh.	-0,2093	-0,1183	0,0182	0,3094
Nt act lft	-0,024	0,003	0,012	0,008
Act.	-0,2668	-0,1073	0,116	0,2581
Werkl.	0,1386	0,044	-0,0462	-0,1364
Huisvr- m	0,093	0,0031	-0,093	-0,0031

Tabel 11: (12 → 21) Inkomen → Sociale betrokkenheid → Gezondheidstoestand.

Soc. betrh./ink.	-30000	30001-40000	40001-60000	+60000
Laag/gem.	-0,0154	0,0014	0,0084	0,0042
Hoog	-0,0154	0,0014	0,0084	0,0042

Tabel 12: (13 → 19) Opleiding → Huishoudtype → Gezondheidsklachten.

HH type/opl.	Geen/LO	LSO	HSO	HOGER	Rest
Alleenstaand	0,0075	0,0025	0,001	-0,0085	-0,003
Koppel/compl.	0,0075	0,0025	0,001	-0,0085	-0,003

Tabel 13: (14 → 20) Opleiding → Activiteitsstatus → Gezondheidsklachten.

Act./opl..	Geen/LO	LSO	HSO	HOGER	Rest
Ziek/geh.	-0,3731	-0,1183	0,1365	0,3458	***
Nt act lft	-0,073	-0,078	-0,082	-0,07	0,303
Act.	0,1798	0,2726	0,377	0,4872	-1,3195
Werkl.	-0,0044	0,0066	0,0198	-0,0198	
Huisvr/-m	0,031	0,0217	-0,0124	-0,0403	***

Tabel 14: (15 → 21) Opleiding → Sociale betrokkenheid → Gezondheidsklachten.

Soc. bet./opl.	Geen/LO	LSO	HSO	HOGER	Rest
Laag/gem.	-0,0154	-0,0168	-0,0112	0,007	0,0378
Hoog	-0,0154	-0,0168	-0,0112	0,007	0,0378

Tabel 15: (16 → 19) Beroep → Huishoudtype → Gezondheidstoestand.

HH type/ber.	N MAN	MAN
Alleenstaand	0,004	-0,004
Koppel/compl.	0,004	-0,004

Tabel 16: (14 → 20) Beroep → Activiteitsstatus → Gezondheidstoestand.

Act./ber.	N MAN	MAN
Ziek/geh.	0,1274	-0,1274
Nt act lft	0,011	-0,011
Act.	0,0232	-0,0232
Werkl.	-0,0088	0,0088
Huisvr/-m	-0,0031	0,0031

2.3.3. Mentale gezondheid.

Het model. (Fig. 2.3)

Als indicator voor de mentale gezondheid wordt dezelfde dichotome variabele gebruikt als deze uit in het eerste deel van dit rapport.

Er dient dan ook de aandacht op te worden gevestigd dat deze indicator enkel de evolutie in mentale gezondheid weergeeft; er wordt niet rechtstreeks een uitspraak gedaan over wie psychisch ongezond of gezond is. Dat is ook de verklaring waarom het aantal respondenten in de categorie 'slechter' met 32% ruimschoots het geschatte aantal personen met psychische gezondheidsproblemen (15%) overstijgt. Niet alle individuen die hun mentale gezondheid zien achteruitgaan hebben daarom mentale gezondheidsproblemen.

Mentale gezondheid, frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Gewoon/beter	4821	68	68
	(Veel) slechter	2265	32	32
	SUB TOTAAL	7086	100	100
Missing		0	0	
	TOTAAL	7086	100	

Op één na leveren alle variabelen die in deze modellen worden getoetst een significante bijdrage aan de verklaring van verschillen in mentale gezondheid. Enkel de indicator voor het equivalent inkomen blijkt niet significant te zijn in relatie met mentale gezondheid. Er zijn wel indirecte invloeden.

De L^2 -waarde - als indicator voor de 'fit' van het model - bedraagt 8 727,54 met een probabilliteitsniveau van '1'. Doch, ook in dit model wordt een relatief klein percentage van de pseudo-variantie van de uitkomstvariabele verklaard door de pseudo-varianties van de onafhankelijke variabelen (3,83%).

Leeftijd.

De leeftijd heeft slechts een beperkte directe invloed op de verschillen in mentale gezondheid. Blijkbaar scoort de groep van de 45 tot 64-jarigen hier het best ($\beta = 0,07$). Ook de 65 - 74-jarigen hebben een hoger dan gemiddelde kans om zich mentaal goed te voelen. De andere leeftijdsgroepen doen het lichtjes slechter, maar liggen vrij dicht bij elkaar.

(1) Leeftijd → Mentale gezondheid.

Leeftijd/ment. gez.	Goed	slechter
18-24	-0,04	0,04
25-44	-0,03	0,03
45-64	0,07	-0,07
65-74	0,04	-0,04
75+	-0,04	0,04

Het indirecte effect van de factor leeftijd doorheen de meeste andere verklarende variabelen is vrij gering. Dit geldt zowel voor de indirecte effecten doorheen de variabelen 'opleiding', 'beroep', 'sociale betrokkenheid' als 'huishoudtype'; de indirecte effecten zijn wel al eens tegengesteld aan de directe effecten van de leeftijd, maar nergens wordt het directe effect omgekeerd, of zelfs substantieel tegengesproken. (tabellen 1,2,3 en 4 in bijlage)

Alleen doorheen de indicator 'activiteitsstatus' kunnen enkele interessante vaststellingen worden gedaan. De indirecte effecten van de leeftijd doorheen de activiteitsstatus-variabele zijn over het algemeen groter dan de directe effecten van de leeftijd. De verschillen in de kans op het hebben van een goede mentale gezondheid wanneer men tot deze of gene groep van de activiteitsstatus-variabele behoort is met andere woorden sterk leeftijdsgebonden. Opmerkelijk is onder meer dat jongere leeftijdsgroepen (zeg maar tot 45-jarige leeftijd) die niet werken minder kans hebben om zich mentaal gezond te voelen in vergelijking met de oudere leeftijdsgroepen die niet actief zijn op de arbeidsmarkt. Het omgekeerde geldt dan weer voor dat deel van de bevolking dat wel actief is op de arbeidsmarkt; de 65-plussers die toch nog werken⁹⁸ hebben minder kans op een goede mentale gezondheid dan de werkenden die jonger zijn dan 65 jaar. (tabel 5 in bijlage)

Geslacht.

Omtrent de invloed van het geslacht op de mentale gezondheid worden de conclusies uit het eerste gedeelte van dit rapport bevestigd door deze path-analyse. Mannen hebben meer kans op een goede mentale gezondheid dan vrouwen ($\beta = 0,12$)

(12) Geslacht → Mentale gezondheid.

Gesl./ment. gez.	Goed	slechter
Man	0,12	-0,12
Vrouw	-0,12	0,12

Het indirecte effect van het geslacht doorheen de variabelen 'opleidingsniveau', 'beroepscategorie' en 'huishoudtype' bevestigt het directe effect van geslacht. Het indirecte effect via de indicator voor sociale betrokkenheid is licht tegengesteld. (tabellen 6,7,8 en 9)

⁹⁸ De volledigheid gebiedt hieraan toe te voegen dat het om een vrij beperkte groep gaat; wellicht vooral zelfstandigen.

De maatschappelijke rol die een man bekleedt heeft blijkbaar een invloed op zijn mentale gezondheid. Mannen hebben over het algemeen een betere mentale gezondheid dan vrouwen, maar mannen die ziek of gehandicapt, werkloos, of huisman zijn hebben een slechtere mentale gezondheid dan vrouwen die dezelfde maatschappelijke rol bekleden. Voor respondenten op niet-actieve leeftijd, of respondenten die actief zijn op de arbeidsmarkt liggen de verhoudingen omgekeerd. (tabel 10 in bijlage)

Inkomen.

Het equivalent inkomen speelt een erg marginale rol in dit model. Eerst en vooral is er geen significant rechtstreeks verband tussen het inkomen en de mentale gezondheid. Daarnaast zijn ook de onrechtstreekse aandelen in de verklaring van verschillen in mentale gezondheid nergens groot. Het indirecte aandeel van de factor inkomen in de verklaring van verschillen in de mentale gezondheid is echter steeds eenduidig te interpreteren. De lagere inkomens hebben meestal een kleinere kans op een goede mentale gezondheid. (tabellen 11, 12 en 13 in bijlage)

Opleiding.

Hoger geschoolden hebben een grotere kans om in goede mentale gezondheid te verkeren in vergelijking met lager geschoolden. De categorie ‘hoger secundair onderwijs’ doet het het beste ($\beta = 0,10$). Personen die geen of lager onderwijs als hoogste scholingsniveau hebben, hebben de minste kans om een goede mentale gezondheid te hebben ($\beta = -0,01$).

(18) Opleiding → mentale gezondheid.

Opl./ment. gez.	Goed.	Slechter
Gn/lager.	-0,01	0,01
Lager SO	0,04	-0,04
Hoger SO	0,10	-0,10
Hoger	0,07	-0,07
Schoolgaand	-0,20	0,20

De indirecte effecten van de opleiding doorheen het huis houdtype en de indicator voor de mate van sociale betrokkenheid zijn eerder te verwaarlozen. Ook de effecten doorheen de indicator ‘activiteitsstatus’ zorgen niet voor grote verrassingen. Binnen de groep van de zieken of gehandicapten lijkt een lager opleidingsniveau de kans op een slechte mentale gezondheid te versterken. Actieven met een hoger diploma hebben een grotere kans om een goede mentale gezondheid te bezitten in vergelijking met actieven met een lager diplomaniveau; voor huismannen en -vrouwen geldt het omgekeerde. (tabellen 14,15 en 16 in bijlage)

Beroep.

Respondenten behorende tot een niet-manuele beroepsgroep hebben een lichtjes kleinere kans ($\beta = -0,05$) om zich mentaal goed te voelen.

(22) Beroep → Mentale gezondheid.

Ber./ment. gez.	Goed.	Slechter
Niet-manueel	-0,05	0,05
Manueel	0,05	-0,05

De indicator voor de beroepscategorie heeft enkel een significante invloed op de variabelen ‘huishoudtype’ en ‘activiteitsstatus’; de andere variabele die in dit model hiërarchisch achter de variabele ‘beroep’ werd geplaatst (namelijk ‘sociale betrokkenheid’) ondervindt geen significante

invloed van het beroep. Voor de relatie met deze indicator hoeft dan ook geen indirect effect berekend te worden. De indirecte invloed doorheen het huishoudtype is tegengesteld aan het directe effect van het beroep. Voor de relatie doorheen de activiteitsstatus kan dezelfde vaststelling worden gemaakt. Ook hier dient er aan toegevoegd te worden dat de indirecte effecten erg klein zijn. Enkel binnen de groep van de zieken of gehandicapten wordt het directe effect van de variabele beroep nagenoeg gecompenseerd door de indirecte invloed. (tabellen 17 en 18 in bijlage)

Huishoudtype, activiteitsstatus en sociale betrokkenheid.

Alleenstaanden voelen zich mentaal ongezonder dan personen die deel uit maken van een koppel of een complex huishoudtype ($\beta = -0,07$ voor alleenstaanden). Respondenten met een lage of gemiddelde sociale betrokkenheid hebben eveneens een kleinere kans om zich mentaal goed te voelen ($\beta = -0,18$) in vergelijking met diegenen die een goede sociale betrokkenheid hebben.

De groep met de grootste kans om zich mentaal goed te voelen - wanneer gedifferentieerd wordt naargelang de activiteitsstatus - zijn diegenen die niet op actieve leeftijd zijn ($\beta = 0,22$). Ook huisvrouwen en -mannen doen het vrij goed; de actieven bekleeden een tussenpositie, werklozen ($\beta = -0,12$) en zieken of gehandicapten ($\beta = -0,34$) hebben de kleinste kans om zich mentaal gezond te voelen.

(23) Huishoudtype → Mentale gezondheid.

Huish./ment. gez.	Goed	Slechter
Alleenstaand	-0,07	0,07
Koppel/complex	0,07	-0,07

(24) Activiteitsstatus → Mentale gezondheid.

Activit. stat./ment. g.	Goed	Slechter
Ziek/gehandicapt	-0,34	0,34
Op niet act. lft.	0,22	-0,22
Actief	0,08	-0,08
Werkloos	-0,12	0,12
Huisman/-vrouw	0,16	-0,16

(24) Sociale betrokkenheid → Mentale gezondheid.

Soc. betrh./ment. gez.	Goed	Slechter
Laag/gemiddeld	-0,18	0,18
Hoog	0,18	-0,18

Samenvatting.

Van de acht variabelen die steeds in elk model worden getoetst, heeft enkel het equivalent inkomen geen significante directe invloed op de uitkomstvariabele mentale gezondheid. De indicatoren die aanleiding geven tot de grootste differentiatie naargelang de mentale gezondheid zijn de mate van sociale betrokkenheid, de activiteitsstatus en het geslacht. De strikte sociaal-economische maten (inkomen, opleiding en beroep) spelen een minder grote rol. Doch de indirecte effecten van de variabelen leeftijd en geslacht en de sociaal-economische variabelen kunnen soms opmerkelijke nuances blootleggen. Zo blijkt ondermeer dat jongere mensen die niet werken vaker een slechte mentale gezondheid hebben dan oudere mensen die niet werken. Voor de werkenden geldt precies het omgekeerde. Een gelijkaardige vaststelling werd ook in relatie met het geslacht gemaakt; mannen hebben over het algemeen een betere mentale gezondheid dan vrouwen, maar, mannen die

niet gaan werken hebben een slechtere mentale gezondheid in vergelijking met vrouwen die niet werken.

Bijlage.

Tabel 1: (5 → 18) Leeftijd → Opleiding → Mentale gezondheid.

Opl./lft.	18-24	25-44	45-64	65-74	75+
Geen/ LO	0,02	0,0075	-0,0048	-0,0118	-0,0109
LSO	-0,0392	-0,0052	0,0152	0,016	0,0136
HSG	-0,022	0,017	0,02	0,006	-0,021
HOGER	-0,0469	0,035	0,0238	-0,0049	-0,0077
Rest	-0,776	-0,042	0,282	0,314	0,222

Tabel 2: (6 → 22) Leeftijd → Beroep → Mentale gezondheid.

Ber./lft.	18-24	25-44	45-64	65-74	75+
N MAN	-0,0015	-0,0105	-0,0015	0,008	0,005
MAN	-0,0015	-0,0105	-0,0015	0,008	0,005

Tabel 3: (2 → 23) Leeftijd → Huishoudtype → Mentale gezondheid.

HH type/lft.	18-24	25-44	45-64	65-74	75+
Alleenstaand	0,0217	0,0154	0,0126	-0,0063	-0,0434
Koppel/compl.	0,0217	0,0154	0,0126	-0,0063	-0,0434

Tabel 4: (4 → 25) Leeftijd → Sociale betrokkenheid → Mentale gezondheid.

Soc. bet rh./lft.	18-24	25-44	45-64	65-74	75+
Laag/gem.	0,0252	-0,0018	-0,0144	-0,0014	-0,0014
Hoog	0,0252	-0,0018	-0,0036	-0,0014	-0,0014

Tabel 5: (3 → 24) Leeftijd → Activiteitsstatus → Mentale gezondheid.

Act./lft.	18-24	25-44	45-64	65-74	75+
Ziek/geh.	0,1224	-0,2312	-0,1768	0,153	0,1292
Nt act lft	-0,4092	-0,7766	0,0352	0,473	0,6754
Act.	0,1328	0,1744	0,0384	-0,1264	-0,2192
Werkl.	-0,0708	-0,048	0,12	***	***
Huisvr/-m	-0,0112	-0,0112	-0,032	-0,0112	0,016

Tabel 6: (9 → 18) Geslacht → Opleiding → Mentale gezondheid.

Opl./geslacht	Man	Vrouw
Geen/LO	0,0006	-0,0006
LSO	0,0004	-0,0004
HSG	0,005	-0,005
HOGER	0,0021	-0,0021
Rest	-0,006	0,006

Tabel 7: (11 → 22) Geslacht → Beroep → Mentale gezondheid.

Ber./gesl.	Man	Vrouw
N MAN	0,0015	-0,0015
MAN	0,0015	-0,0015

Tabel 8: (7 → 23) Geslacht → Huishoudtype → Mentale gezondheid.

HH type/gesl.	Man	Vrouw
Alleenstaand	0,0056	-0,0056
Koppel/compl.	0,0056	-0,0056

Tabel 9: (10 → 25) Geslacht → Sociale betrokkenheid → Mentale gezondheid.

Soc. betrh./gesl	Man	Vrouw
Laag/gem.	-0,0108	0,0108
Hoog	-0,0108	0,0108

Tabel 10: (8 → 24) Geslacht → Activiteitsstatus → Mentale gezondheid.

Act./gesl.	Man	Vrouw
Ziek/geh	-0,0918	0,0918
Nt act lft	0,0528	-0,0528
Act.	0,0424	-0,0424
Werkl.	-0,0192	0,0192
Huisvr/-m	-0,192	0,192

Tabel 11: (13 → 23) Inkomen → Huishoudtype → Mentale gezondheid.

HH type./ink	- 30000	30001-40000	40001-60000	+60000
Alleenstaand	-0,007	-0,0063	0,0084	0,0049
Koppel/compl.	-0,007	-0,0063	0,0084	0,0049

Tabel 12: (14 → 24) Inkomen → Activiteitsstatus → Mentale gezondheid.

Act./ink.	- 30000	30001-40000	40001-60000	+60000
Ziek/geh	-0,0748	-0,0442	0,0034	0,1156
Nt act lft	-0,0506	-0,0088	0,0264	0,0176
Act.	-0,0736	-0,0296	0,032	0,0712
Werkl.	-0,0756	-0,024	0,0252	0,0744
Huisvr/-m	0,0496	0,0016	-0,048	-0,0016

Tabel 13: (15 → 25) Inkomen → Sociale betrokkenheid → Mentale gezondheid.

Soc. betr./ink.	- 30000	30001-40000	40001-60000	+60000
Laag/gem.	-0,0126	0,0036	0,009	0,0018
Hoog	-0,0126	0,0036	0,009	0,0018

Tabel 14: (16 → 23) Opleiding → Huishoudtype → Mentale gezondheid.

HH type/opl.	Geen/LO	LSO	HSO	HOGER	Rest
Alleenstaand	0,0105	0,0035	0,0014	-0,0119	-0,0042
Koppel/compl.	0,0105	0,0035	0,0014	-0,0119	-0,0042

Tabel 15: (18 → 24) Opleiding → Activiteitsstatus → Mentale gezondheid.

Act./opl.	Geen/LO	LSO	HSO	HOGER	Rest
Ziek/geh.	-0,1394	-0,0408	0,0578	0,1224	***
Nt act lft	-0,209	-0,22	-0,2244	-0,2024	0,858
Act.	0,032	0,0592	0,088	0,1168	-0,296
Werkl.	0,0024	-0,0036	-0,0108	0,012	***
Huisvr/-m	0,016	0,0112	-0,0048	-0,0208	***

Tabel 16: (19 → 25) Opleiding → Sociale betrokkenheid → Mentale gezondheid.

Soc. betr./opl.	Geen/LO	LSO	HSO	HOGER	Rest
Laag/gem	-0,0216	-0,027	-0,0216	-0,0018	0,072
Hoog	-0,0216	-0,027	-0,0216	-0,0018	0,072

Tabel 17: (20 → 23) Beroep → Huishoudtype → Mentale gezondheid.

HH type/ber.	N MAN	MAN
Alleenstaand	0,0056	-0,0056
Koppel/compl.	0,0056	-0,0056

Tabel 18: (21 → 24) Beroep → Activiteitsstatus → Mentale gezondheid.

Act./ber.	N MAN	MAN
Ziek/geh.	0,0442	-0,0442
Nt act lft	0,022	-0,022
Act.	0,0064	-0,0064
Werkl.	0,0048	-0,0048
Huisvr/-m	-0,0016	0,0016

2.3.4. Sociale gezondheid.

Het model. (Fig. 2.4)

Ook in dit model wordt dezelfde subjectieve maat voor sociale gezondheid gebruikt als in deel I. Het gaat hier om een dichotome variabele over de 'appreciatie van de sociale relaties'. Respondenten die tot de categorie 'laag' horen (6%) hebben een beperkte appreciatie voor hun sociale relaties; de respondenten uit de categorie 'hoog' (94%) zijn tevreden over hun sociale relaties.

Appreciatie van sociale contacten. frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Low	504	5,8	6,0
	High	7827	90,5	94,0
	SUB TOTAAL	8331	96,3	100,0
Missing		316	3,7	
	TOTAAL	8647	100	

De variabele 'betrokkenheid in sociale netwerken' wordt uit dit model weggelaten, dit om een cirkelredenering te vermijden - het zou niet meer dan logisch zijn mocht deze variabele een grote invloed hebben op de uitkomstvariabele, beide zijn grotendeels op dezelfde data gebaseerd. Verder zijn er een aantal niet significante verbanden tussen de variabelen die in het model getoetst werden en de uitkomstvariabele: 'leeftijd', 'geslacht', 'inkomen', 'opleiding' en 'beroep' bieden geen significante bijdrage aan de verklaring van verschillen op het gebied van de sociale gezondheid. De bijdragen van deze variabelen langs indirecte weg worden wel vermeld. Enkel de directe invloeden van de variabelen 'huishoudtype' en 'activiteitsstatus' kunnen dus besproken worden. Het model laat een L^2 -waarde van 16 098,81 met een probabiliteitsniveau van 0,14 optekenen. Het model biedt aldus nog net een voldoende 'fit' met de data. Alle verklarende variabelen met een significante invloed op de uitkomstvariabele samen verklaren 2,93% van de pseudo-variantie van die uitkomstvariabele.

Leeftijd.

De indirecte invloed van de leeftijd op het huishoudtype kan in die zin geïnterpreteerd worden dat jongeren een betere sociale gezondheid hebben dan ouderen. Voorzichtigheid is hier echter geboden; het gaat hier om een indirecte invloed doorheen een andere variabele, over de directe invloed van de leeftijd op de sociale gezondheid is hierbij niets gezegd. (tabellen 1 in bijlage)

De relatie tussen de leeftijd en de activiteitsstatus legt weer een aantal verschillen binnen de categorieën van de activiteitsstatus bloot naargelang de leeftijd die men heeft. Binnen de groep van de zieken of gehandicapten is het de jongste leeftijdsgroep, samen met de oudste twee leeftijdsgroepen die een kleinere kans hebben op een slechte sociale gezondheid. Binnen de groep van de actieven, hebben diegenen die nog na de wettelijke pensioenleeftijd blijven werken een grotere kans dat ze hun sociale relaties als slecht appreciëren. Werklozen van ouder dan 45 jaar hebben een kleinere kans om een slechte sociale gezondheid te hebben in vergelijking met jongere werklozen (25 - 44 jaar). In de groep van de huismannen en -vrouwen kunnen geen duidelijke verschillen worden waargenomen. (tabel 2 in bijlage)

Geslacht.

Uit het indirect effect van geslacht doorheen het huishoudtype kan worden opgemaakt dat mannen een iets kleinere kans hebben op een slechte sociale gezondheid dan vrouwen. (tabel 3 in bijlage)

In relatie met de activiteitsstatus duikt een beeld op dat vergelijkbaar is met wat reeds in de vorige paragraaf - mentale gezondheid - werd vastgesteld. Mannen op actieve leeftijd die niet gaan werken hebben een slechtere sociale gezondheid dan vrouwen op actieve leeftijd die niet gaan werken. Binnen de subgroepen van de personen op niet-actieve leeftijd en de werkenden is het beeld omgekeerd; hier doen de vrouwen het minder goed. (tabel 4 in bijlage)

Inkomen, opleiding en beroep.

Wanneer het indirecte effect van het equivalent inkomen doorheen de variabele 'huishoudtype' bekeken wordt, kan besloten worden dat de hogere inkomens een kleinere kans hebben om de sociale gezondheid als slecht te appreciëren. Het inkomensniveau '40 001 - 60 000' heeft hiertoe de kleinste kans. Respondenten met een equivalent inkomen van minder dan 30 000 BEF hebben volgens dit indirecte effect de grootste kans op een slechte subjectieve gezondheid.

Het indirecte effect doorheen de variabele 'activiteitsstatus' bevestigt de bovenstaande vaststelling. Enkel de categorie van de huisvrouwen en -mannen wijkt hiervan af. (tabellen 5 en 6 in bijlage)

De indirecte invloed van de factor 'opleiding' is niet zo eenduidig. Uit het indirecte effect via de variabele voor het huishoudtype valt op dat de lagere opleidingscategorieën een iets kleinere kans hebben om zich sociaal ongezond te voelen dan de hogere opleidingsniveaus. Dit wordt gedeeltelijk tegengesproken door het indirecte effect langsheen de activiteitsstatus. Zieken en gehandicapten met een lager diploma hebben een grotere kans op een slechte sociale gezondheid dan hoger gediplomeerden. Hetzelfde geldt voor individuen die actief zijn op de arbeidsmarkt. De categorieën 'op niet-actieve leeftijd' en 'werkloos' zorgen niet voor eenduidige verbanden. De indirecte invloed op huisvrouwen en -mannen is verwaarloosbaar. (tabellen 7 en 8 in bijlage)

Tot slot kan zowel uit het onrechtstreeks effect van het beroep op het huishoudtype als van het beroep op de activiteitsstatus worden opgemaakt dat respondenten die tot een niet-manuele beroepsgroep behoren een iets kleinere kans op een slechte sociale gezondheid hebben. (tabellen 9 en 10 in bijlage)

Huishoudtype en activiteitsstatus.

De enige variabelen met een significant direct effect op de uitkomstvariabele 'sociale gezondheid' zijn de indicatoren voor het huishoudtype en de activiteitsstatus. Alleenstaanden hebben een grotere kans om hun sociale relaties als slecht te interpreteren ($\beta = 0,12$) in vergelijking met koppels of complexe huishoudens.

(13) Huishoudtype → Sociale gezondheid.

Huish./soc. gez.	laag	Hoog
Alleenstaand	0,12	-0,12
Koppel/complex	-0,12	0,12

Zieken of gehandicapten ($\beta = 0,34$) en werklozen ($\beta = 0,11$) hebben een grotere kans om sociaal ongezond te zijn in vergelijking met actieven ($\beta = -0,23$) en respondenten op niet-actieve leeftijd ($\beta = -0,22$). De groep van de huisvrouwen en -mannen scoort hier dicht bij het globale gemiddelde.

(12) Activiteitsstatus → Sociale gezondheid.

Activit.stat./soc. g.	laag	Hoog
Ziek/gehandicapt	0,34	-0,34
Op niet act lft.	-0,22	0,22
Actief	-0,23	0,23
Werkloos	0,11	-0,11
Huisman/vrouw	-0,01	0,01

Samenvatting.

De enige twee significante directe verbanden liggen tussen het huishoudtype en de sociale gezondheid en tussen de activiteitsstatus en de sociale gezondheid. Binnen de indicator van het huishoudtype voelen de alleenstaanden zich sociaal ongezonder. Bij differentiatie volgens de activiteitsstatus zijn het in de eerste plaats de zieken of gehandicapten en de werklozen die zich vaker sociaal minder gezond voelen.

Een aantal andere markante vaststellingen zijn dat jongere werklozen meer kans hebben om sociaal ongezond te zijn dan oudere werklozen. De maatschappelijke rol die een man vervult blijkt ook op de sociale gezondheid een invloed te hebben: mannen op actieve leeftijd die niet werken hebben een grotere kans om zich sociaal ongezond te voelen dan vrouwen die in een zelfde situatie verkeren. Uit de onrechtstreekse effecten tussen de inkomens en beroepsvariabelen met een derde indicator kunnen indicaties worden gevonden dat een hoger inkomen en een niet-manueel beroep de kans op een slechte sociale gezondheid verminderen. De variabele 'opleidingsniveau' gaf geen eenduidig beeld te kennen. Tot slot dient er nogmaals op gewezen te worden dat de indirecte effecten vaak erg klein zijn en dus op toevalligheid kunnen berusten.

Bijlage.

Tabel 1: (1 → 13) Leeftijd → Huishoudtype → Sociale gezondheid.

HH type/lft.	18-24	25-44	45-64	65-74	75+
Alleenstaand	-0,036	-0,0252	-0,0216	0,0108	0,0732
Koppel/compl.	-0,036	-0,0252	-0,0216	0,0108	0,0732

Tabel 2: (2 → 12) Leeftijd → Activiteitsstatus → Sociale gezondheid.

Act./lft.	18-24	25-44	45-64	65-74	75+
Ziek/geh.	-0,1224	0,2312	0,1768	-0,1564	-0,1326
Nt act lft	0,4092	0,7766	-0,0352	-0,473	-0,6776
Act.	-0,3795	-0,4991	-0,1104	0,3611	0,6302
Werkl.	0,0649	0,044	-0,11	***	***
Huisvr/-m	0,0006	0,0006	0,0019	0,0008	-0,001

Tabel 3: (5 → 13) Geslacht → Huishoudtype → Sociale gezondheid.

HH type/gesl.	Man	Vrouw
Alleenstaand	-0,0096	0,0096
Koppel/compl.	-0,0096	0,0096

Tabel 4: (15 → 12) Geslacht → Activiteitsstatus → Sociale gezondheid.

Act./gesl.	Man	Vrouw
Ziek/geh.	0,0986	-0,0986
Nt act lft	-0,0506	0,0506
Act.	-0,1196	0,1196
Werkl.	0,0176	-0,0176
Huisvr/-m	0,012	-0,012

Tabel 5: (4 → 13) Inkomen → Huishoudtype → Sociale gezondheid.

HH type/ink.	- 30000	30001-40000	40001-60000	+60000
Alleenstaand	0,012	0,0108	-0,0144	-0,0084
Koppel/compl.	0,012	0,0108	-0,0144	-0,0084

Tabel 6: (7 → 12) Inkomen → Activiteitsstatus → Sociale gezondheid.

Act./ink.	- 30000	30001-40000	40001-60000	+60000
Ziek/geh.	0,0816	0,0408	-0,0068	-0,1156
Nt act lft	0,055	-0,0088	-0,0242	-0,022
Act.	0,2116	0,0851	-0,092	-0,2047
Werkl.	0,0693	0,022	-0,0231	-0,0693
Huisvr/-m	-0,0031	-0,0001	0,0029	0,0002

Tabel 7: (8 → 13) Opleiding → Huishoudtype → Sociale gezondheid.

HH type/opl.	Geen/LO	LSO	HSO	HOGER	Rest
Alleenstaand	-0,018	-0,006	-0,0024	0,0192	0,0072
Koppel/compl.	-0,018	-0,006	-0,0024	0,0192	0,0072

Tabel 8: (9 → 12) Opleiding → Activiteitsstatus → Sociale gezondheid.

Act./opl.	Geen/LO	LSO	HSO	HOGER	Rest
Ziek/geh.	0,1428	0,0442	-0,0578	-0,1292	***
Nt act lft	0,209	0,22	0,2244	0,2024	-0,8558
Act.	-0,0897	-0,1679	-0,2507	-0,3381	0,8487
Werkl.	-0,0022	0,0022	0,0099	-0,0099	***
Huisvr/-m	-0,001	-0,0006	0,0004	0,0012	***

Tabel 9: (10 → 13) Beroep → Huishoudtype → Sociale gezondheid.

HH type/ber.	N MAN	MAN
Alleenstaand	-0,0096	0,0096
Koppel/compl.	-0,0096	0,0096

Tabel 10: (11 → 12) Beroep → Activiteitsstatus → Sociale gezondheid.

Act./ber.	N MAN	MAN
Ziek/geh.	-0,0442	0,0442
Nt act lft	-0,022	0,022
Act.	-0,0207	0,0207
Werkl.	-0,0044	0,0044
Huisvr/-m	0,0001	-0,0001

2.4. Leefstijl en preventie.

2.4.1. Rookgedrag.

Het model. (Fig. 2.5)

De uitkomstvariabele in dit model is eveneens rechtstreeks overgenomen uit het eerste gedeelte van dit rapport. Het gaat hier om de dichotome variabele die een onderscheid maakt tussen niet-rokers en rokers. In de totale steekproef die in deze analyse gebruikt wordt komen 70,2% niet-rokers en 29,8% rokers voor.

Rokers, frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Niet rokers	4877	68,6	70,2
	Rokers	2075	29,2	29,8
	SUB TOTAAL	6952	97,8	100
Missing		160	2,2	
	TOTAAL	7112	100	

Na toetsing van de verschillende verklarende variabelen in dit model blijkt enkel de beroeps-variabele een niet significante directe invloed te hebben op de uitkomstvariabele. Daarenboven is ook de invloed van de beroepsgroep waartoe men behoort op de maat voor sociale betrokkenheid niet significant. Tussen deze indicatoren kan dus geen indirect effect berekend worden.

Het volledige model heeft een L^2 -waarde van 8 625,15 met een probabliteitsniveau van '1'. De onafhankelijke variabelen verklaren 7,24% van de pseudo-variantie van de uitkomstvariabele.

Leeftijd.

Oudere respondenten hebben beduidend meer kans om niet te roken dan jongere respondenten. Binnen de groep van de 75-plussers treft men proportioneel het kleinste aantal rokers aan (bèta = 0,55). Personen tussen 25 en 44 jaar tellen proportioneel het kleinste aantal niet-rokers (bèta = -0,30).

(1) Leeftijd → Roken.

Leeftijd/roken	Niet	Wel
18-24	-0,25	0,25
25-44	-0,30	0,30
45-64	-0,19	0,19
65-74	0,19	-0,19
75+	0,55	-0,55

De indirecte effecten van de leeftijd op het roken doorheen de variabele 'equivalent inkomen' zijn te verwaarlozen. Nergens worden de directe effecten duidelijk tegengesproken of versterkt. (tabel 1 in bijlage)

In relatie met de variabele ‘opleidingsniveau’ zijn de indirecte effecten over het algemeen licht tegengesteld aan de directe effecten van de factor leeftijd. Een merkwaardige vaststelling is dat er in de categorie ‘geen/lager onderwijs’ minder jongeren roken dan ouderen, vooral de jongste leeftijdsgroep scoort hier vrij goed. Binnen de categorie ‘hoger onderwijs’ valt in zekere zin het omgekeerde op: 18 tot 24-jarigen met een diploma hoger onderwijs hebben meer kans om roker te zijn dan de andere leeftijdsgroepen uit deze subcategorie. (tabel 2 in bijlage)

Het indirecte effect doorheen de variabele ‘huishoudtype’ is lichtjes tegengesteld aan het directe effect van de factor leeftijd. (tabel 3 in bijlage)

De indirecte effecten van leeftijd via de activiteitsstatus zijn vrij groot binnen de subgroep van de mensen op niet-actieve leeftijd. Deze aanzienlijke indirecte relaties werken in dezelfde richting als de directe relaties. Jongeren op niet actieve leeftijd (studenten) hebben veel minder kans om niet te roken dan ouderen op niet-actieve leeftijd (gepensioneerden). Binnen de groep van de werklozen wordt het directe effect eveneens versterkt. Bij de zieken of gehandicapten hebben de 25 tot 64-jarigen een grotere kans om roker te zijn. (tabel 4 in bijlage)

Het indirecte effect van de leeftijd langsheen de variabele voor sociale betrokkenheid is eerder onbeduidend. (tabel 5 in bijlage)

Geslacht.

In deze analyse wordt nogmaals aangetoond dat mannen over het algemeen vaker roker zijn dan vrouwen ($\beta = 0,15$).

(2) Geslacht → Roken.

Gesl./roken	Niet	Wel
Man	-0,15	0,15
Vrouw	0,15	-0,15

De indirecte invloeden van het geslacht op het rookgedrag doorheen de variabelen ‘inkomen’, ‘opleiding’, ‘huishouden’ en ‘sociale betrokkenheid’ zijn uiterst gering. (tabellen 6, 7, 8 en 9 in bijlage).

Voor zieken of gehandicapten, werklozen en huisvrouwen en -mannen versterken de indirecte effecten de directe effecten van het geslacht. De indirecte effecten voor de mensen op niet-actieve leeftijd en de actieven zijn tegengesteld aan de rechtstreekse effecten van het geslacht. (tabel 10 in bijlage).

Inkomen.

Het equivalent inkomen lijkt geen echt grote invloed op het rookgedrag te hebben. De kansen om al dan niet-roker te zijn liggen voor de laagste drie inkomensgroepen nogal dicht bij elkaar. Personen uit deze inkomensgroepen hebben echter allen een hogere kans om te roken in vergelijking met de respondenten uit de hoogste inkomensgroep.

(3) Inkomen → Roken.

Inkomen/roken	Niet	Wel
- 30 000	-0,03	0,03
30 000 – 40 000	-0,04	0,04
40 001 – 60 000	-0,03	0,03
+ 60 000	0,10	-0,10

Het indirecte effect van het equivalent inkomen op het rookgedrag zowel langsheen de variabele ‘huishoudtype’ als ‘sociale betrokkenheid’ is eerder gering, daarenboven wordt in grote mate het rechtstreekse effect bevestigd (tabellen 11 en 12 in bijlage).

Voor wat de relatie via de activiteitsstatus betreft kan grotendeels hetzelfde worden vastgesteld, de indirecte effecten zijn enkel wat groter. Het effect van het inkomen lijkt vooral binnen de subgroep van de werklozen van belang te zijn, werklozen uit de laagste categorie van het equivalent inkomen hebben een grotere kans om roker te zijn dan de andere werklozen (en werklozen hebben sowieso een grotere kans dan de rest van de populatie) (tabel 13 in bijlage).

Opleiding.

Het opleidingsniveau lijkt aanleiding te geven tot wat grotere verschillen in het rookgedrag (in vergelijking met het equivalent inkomen). Respondenten met een diploma van het lager secundair onderwijs hebben de grootste kans om rokers te zijn ($\beta = 0,10$). Respondenten met een diploma van het hoger onderwijs maken het minste kans ($\beta = -0,16$).

(4) Opleiding → Roken.

Opl./roken	Niet.	Wel
Gn/lager	-0,05	0,05
Lager SO	-0,10	0,10
Hoger SO	-0,02	0,02
Hoger	0,16	-0,16
Schoolgaand	0,01	-0,01

De indirecte effecten doorheen de variabelen 'huishoudtype' en 'sociale betrokkenheid' zijn opnieuw weer vrij gering, ook de onrechtstreekse effecten van de opleiding via de activiteitsstatus zijn eerder aan de kleine kant. Het onrechtstreekse effect via het huishoudtype is tegengesteld aan het rechtstreekse effect van de opleiding. Het indirecte effect doorheen de indicator voor sociale betrokkenheid werkt eerder versterkend. In relatie met de activiteitsstatus wordt geen eenduidig beeld bekomen (tabellen 14, 15 en 16 in bijlage).

Beroep.

De indicator voor de beroepsgroepen is de enige zonder een significante rechtstreekse relatie met het rookgedrag. Ook onrechtstreeks (via 'huishoudtype' en 'activiteitsstatus') zijn de verbanden bijzonder zwak. Individuen uit de niet-manuele beroepsgroepen lijken een lichtjes grotere kans te hebben om niet te roken (tabellen 17 en 18 in bijlage).

Huishoudtype, activiteitsstatus en sociale betrokkenheid.

Alleenstaanden hebben een grotere kans om rokers te zijn ($\beta = 0,14$) dan mensen die deel uit maken van een koppel of een complex huishouden. Hetzelfde geldt voor personen die zich slechts laag of gemiddeld betrokken voelen met hun sociale omgeving, zij het dat de verschillen hier minder groot zijn ($\beta = 0,04$).

Zieken of gehandicapten ($\beta = 0,18$) en werklozen ($\beta = 0,16$) hebben een grotere kans om rokers te zijn dan mensen met een andere activiteitsstatus. Huisvrouwen en -mannen maken het minste kans om te roken ($\beta = -0,19$), ook personen op niet-actieve leeftijd doen het goed. De kansen van werkende personen liggen dicht bij het globale gemiddelde.

(5) Huishoudtype → Roken.

Huish./roken	Niet	Wel
Alleenstaand	-0,14	0,14
Koppel/complex	0,14	-0,14

(6) Activiteitsstatus → Roken.

Activit.stat./roken	Niet	Wel
Ziek/gehandicapt	-0,18	0,18
Op niet act lft.	0,15	-0,15
Actief	0,01	-0,01
Werkloos	-0,16	0,16
Huisman/-vrouw	0,19	-0,19

(7) Sociale betrokkenheid → Roken.

Soc. betrh./roken	Niet.	Wel
Laag/gemiddeld	-0,04	0,04
Hoog	0,04	-0,04

Samenvatting.

De variabele 'leeftijd' blijkt de sterkste verschillen te genereren van alle variabelen in het model. Hoe ouder men is, hoe minder kans men heeft om roker te zijn. Nog opvallend is dat jongeren zonder diploma of met enkel een diploma lager onderwijs minder roken dan de ouderen uit dezelfde categorie. Jongeren met een hoger diploma roken dan weer vaker dan mensen uit oudere leeftijdsgroepen met hetzelfde opleidingsniveau. Binnen de groep van de personen op niet-actieve leeftijd hebben de studenten (jongeren) meer kans om te roken dan de gepensioneerden (ouderen). Jonge werklozen hebben meer kans om roker te zijn dan oudere werklozen.

Mannen hebben over het algemeen een grotere kans om roker te zijn dan vrouwen. Alleen bij werkenden en mensen op niet-actieve leeftijd is de invloed van het geslacht omgekeerd. Hoe hoger iemands inkomen, hoe minder kans die persoon heeft om roker te zijn. Frappant is de invloed van het inkomen op het rookgedrag binnen de groep van de werklozen; binnen de groep van de werklozen uit de laagste inkomenscategorie komen meer rokers voor dan binnen de rest van de (werkloze) populatie.

De invloed van het opleidingsniveau op het rookgedrag is sterker dan de invloed van het inkomen. Mensen met een hoger opleidingsniveau maken minder kans om te roken. Alleenstaanden, zieken of gehandicapten en werklozen, tot slot, maken meer kans om te roken in vergelijking met de gehele populatie.

Bijlage.

Tabel 1: (3 → 13) Leeftijd → Inkomen → Roken.

Ink./lft.	18-24	25-44	45-64	65-74	75+
- 30000	-0,0066	0,0087	0,0069	-0,0045	-0,0042
30000- 40000	0,008	0,0096	0,0028	-0,0116	-0,0092
40001- 60000	-0,0036	-0,0072	-0,0012	0,0072	0,0045
+ 60000	-0,014	0,029	0,026	-0,02	-0,021

Tabel 2: (6 → 18) Leeftijd → Opleiding → Roken.

Opl./lft.	18-24	25-44	45-64	65-74	75+
Geen/LO	0,1005	0,0385	-0,027	-0,058	-0,0535
LSO	0,1	0,015	-0,043	-0,038	-0,034
HSO	0,00046	-0,0034	-0,0052	-0,001	0,005
HOGER	-0,1088	0,08	0,0656	-0,0176	-0,0208
Rest	0,0393	0,0025	-0,0165	-0,0149	-0,0104

Tabel 3: (2 → 23) Leeftijd → Huishoudtype → Roken.

HH type/lft.	18-24	25-44	45-64	65-74	75+
Alleenstaand	0,042	0,0308	0,0252	-0,0126	-0,0868
Koppel/compl.	0,042	0,0308	0,0252	-0,0126	-0,0868

Tabel 4: (5 → 24) Leeftijd → Activiteitsstatus → Roken.

Act./lft.	18-24	25-44	45-64	65-74	75+
Ziek/geh.	0,0648	-0,1224	-0,0882	0,0756	0,072
Nt act lft	-0,2865	-0,534	0,03	0,3255	0,465
Act.	0,0167	0,0219	0,0048	-0,0161	-0,0274
Werkl.	-0,096	-0,0656	0,1616	***	***
Huisvr/-m	-0,0057	-0,0057	-0,038	-0,0171	0,0152

Tabel 5: (4 → 25) Leeftijd → Sociale betrokkenheid → Roken.

Soc. betrh./lft.	18-24	25-44	45-64	65-74	75+
Laag/gem.	0,0056	-0,0004	-0,0036	-0,0042	-0,0028
Hoog	0,0056	-0,0004	-0,0036	-0,0042	-0,0028

Tabel 6: (7 → 13) Geslacht → Inkomen → Roken.

Ink./geslacht	Man	Vrouw
- 30000	0,0015	-0,0015
30000- 40000	0,002	-0,002
40001- 60000	-0,0009	0,0009
+ 60000	0,007	-0,007

Tabel 7: (8 → 18) Geslacht → Opleiding → Roken.

Opl./geslacht	Man	Vrouw
Geen/LO	0,003	-0,003
LSO	-0,001	0,001
HSG	-0,001	0,001
HOGER	0,0048	-0,0048
Rest	0,0003	-0,0003

Tabel 8: (9 → 23) Geslacht → Huishoudtype → Roken.

HH type/gesl.	Man	Vrouw
Alleenstaand	0,0126	-0,0126
Koppel/compl.	0,0126	-0,0126

Tabel 9: (12 → 25) Geslacht → Sociale betrokkenheid → Roken.

Soc. bet rh./ges.	Man	Vrouw
Laag/gem.	-0,002	0,002
Hoog	-0,002	0,002

Tabel 10: (10 → 24) Geslacht → Activiteitsstatus → Roken.

Act./gesl.	Man	Vrouw
Ziek/geh.	-0,0522	0,0522
Nt act lft	0,0345	-0,0345
Act.	0,0052	-0,0052
Werkl.	-0,0272	0,0272
Huisvr/-m	-0,2299	0,2299

Tabel 11: (14 → 23) Inkomen → Huishoudtype → Roken.

HH type/ink	- 30000	30001-40000	40001-60000	+60000
Alleenstaand	-0,014	-0,0126	0,0168	0,0112
Koppel/compl.	-0,014	-0,0126	0,0168	0,0112

Tabel 12: (16 → 25) Inkomen → sociale betrokkenheid → Roken.

Soc. betr./ink.	- 30000	30001-40000	40001-60000	+60000
Laag/gem.	-0,0044	0,0004	0,0028	0,0012
Hoog	-0,0044	0,0004	0,0028	0,0012

Tabel 13: (15 → 24) Inkomen → Activiteitsstatus → Roken.

Act./ink.	- 30000	30001-40000	40001-60000	+60000
Ziek/geh.	-0,0414	-0,0216	0,0054	0,0576
Nt act lft	-0,0375	0,0075	0,021	0,009
Act.	-0,0092	-0,0037	0,004	0,0089
Werkl.	-0,1024	-0,0336	0,04	0,0976
Huisvr/-m	0,057	-0,0019	-0,0513	-0,0038

Tabel 14: (17 → 23) Opleiding → Huishoudtype → Roken.

HH type/opl.	Geen/LO	LSO	HSO	HOGER	Rest
Alleenstaand	0,0196	0,007	0,0028	-0,0224	-0,007
Koppel/compl.	0,0196	0,007	0,0028	-0,0224	-0,007

Tabel 15: (20 → 25) Opleiding → Sociale betrokkenheid → Roken.

Soc. betr./opl.	Geen/LO	LSO	HSO	HOGER	Rest
Laag/gem	-0,0044	-0,0052	-0,0036	0,0016	0,0116
Hoog	-0,0044	-0,0052	-0,0036	0,0016	0,0116

Tabel 16: (19 → 24) Opleiding → Activiteitsstatus → Roken.

Act./opl.	Geen/LO	LSO	HSO	HOGER	Rest
Ziek/geh.	-0,0738	-0,0252	0,0306	0,0684	***
Nt act lft	-0,155	-0,159	-0,165	-0,1515	0,63
Act.	0,0049	0,008	0,0117	0,0153	-0,04
Werkl.	0,0016	0,0016	-0,0144	0,0128	***
Huisvr/-m	0,0171	0,0133	-0,0076	-0,0247	***

Tabel 17: (21 → 23) Beroep → Huishoudtype → Roken.

HH type/ber.	N MAN	MAN
Alleenstaand	0,0112	-0,0112
Koppel/compl.	0,0112	-0,0112

Tabel 18: (22 → 24) Beroep → Activiteitsstatus → Roken.

Act./ber.	N MAN	MAN
Ziek/geh.	0,0234	-0,0234
Nt act lft	0,0165	-0,0165
Act.	0,0008	-0,0008
Werkl.	0,008	-0,008
Huisvr/-m	-0,0019	0,0019

2.4.2. Zwaar drankgebruik.

Het model. (Fig. 2.6)

De uitkomstvariabele in dit model maakt een onderscheid tussen de personen die minder dan één moment van zwaar drankgebruik per week hebben en diegenen die meer dan één moment van zwaar drankgebruik per week hebben. Zwaar drankgebruik wordt hier gedefinieerd als de consumptie van meer dan zes eenheden per dag. 90,3% van de respondenten geeft geen zwaar drankgebruik aan.

Eén of meer momenten van zwaar drankgebruik per week, frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Minder dan wekelijks	6339	90,3	90,3
	Wekelijks of meer	681	9,7	9,7
	SUB TOTAAL	7020	100	
Missing	TOTAAL	7020	100	100

Niet alle variabelen die in het model getoetst werden hebben een significante directe band met de variabele voor het drankgebruik. Er kunnen enkel significante pijlen worden getrokken tussen leeftijd, geslacht, opleiding en huishoudtype en de indicator voor zwaar drankgebruik.

Dit model heeft een L^2 -waarde van 7 969,77 met een probabiliteitsniveau van '1'. De verklarende variabelen dekken bijna 10% (9,98%) van de pseudo-variantie van de indicator voor zwaar drankgebruik.

Leeftijd.

De factor leeftijd heeft een vrij behoorlijke invloed op het al dan niet voorkomen van meer dan wekelijkse momenten met zwaar drankgebruik. De jongere generaties zijn meer geneigd om meerdere malen per week een grotere hoeveelheid alcoholische drank te gebruiken; de kansen van de 18 tot 64-jarigen liggen dicht bij elkaar ($\beta = 0,22$ à $0,23$). Mensen van ouder dan 65 jaar zijn minder geneigd tot meerdere momenten met zwaar drankgebruik per week ($75+ \beta = -0,42$).

(1) Leeftijd → Zwaar drankgebruik.

Leeftijd/drankg.	minder	Meer
18-24	-0,22	0,22
25-44	-0,23	0,23
45-64	-0,23	0,23
65-74	0,25	-0,25
75+	0,42	-0,42

De indirecte effecten van de leeftijd doorheen het opleidingsniveau zijn tegengesteld aan de directe effecten. De jongste leeftijdscategorieën blijken hier meer kans op geen overmatig drankgebruik te vertonen dan de oudere leeftijdscategorieën. De grootte van de indirecte effecten is daarenboven vrij behoorlijk. Dit tegengestelde effect is vooral uitgesproken binnen de lagere opleidingscategorieën. Bij de hoger opgeleiden hebben de leeftijdsgroepen '25 - 44' en '45 - 64' een grotere kans dan de andere leeftijdsgroepen om slechts minder dan wekelijks overmatig drankgebruik te hebben. (tabel 1 in bijlage).

Doorheen het huishoudtype kan eveneens een indirect effect worden vastgesteld dat tegengesteld is aan het directe effect. Deze onrechtstreeks effecten zijn echter veel geringer. (tabel 2 in bijlage)

Geslacht.

Mannen hebben heel wat meer kans om zwaar drankgebruik te vertonen dan vrouwen ($\beta = 0,42$). Deze vaststelling werd reeds in het vorige onderzoeksgedeelte gedaan.

(2) Geslacht → Zwaar drankgebruik.

Gesl./drankg.	minder	Meer
Man	-0,42	0,42
Vrouw	0,42	-0,42

De indirecte invloeden van geslacht op het drankgebruik - via de indicatoren 'opleiding' en 'huishoudtype' zijn vrij gering. Meestal zijn ze ook tegengesteld aan het directe effect van geslacht op de variabele voor zwaar drankgebruik. Enkel de indirecte effecten voor personen met een diploma lager secundair en hoger secundair onderwijs bevestigen de directe trend (tabellen 3 en 4 in bijlage).

Opleiding.

Mensen met een diploma 'hoger onderwijs' hebben een grotere kans om minder zwaar drankgebruik te hebben ($\beta = 0,08$). Personen met een diploma 'lager secundair onderwijs' hebben de grootste kans op meerdere momenten van zwaar drankgebruik per week ($\beta = 0,14$).

(3) Opleiding → Zwaar drankgebruik.

Opl./drankg.	minder.	Meer
Gn/lager	-0,06	0,06
Lager SO	-0,14	0,14
Hoger SO	-0,06	0,06
Hoger	0,08	-0,08
Schoolgaand	0,18	-0,18

Ook de indirecte effecten van opleiding (doorheen het huishoudtype) zijn vrij miniem en eerder tegengesteld aan het directe effect. (tabel 5 in bijlage).

Inkomen en Beroep.

Deze sociaal-economische indicatoren vertonen geen significant rechtstreeks verband met de indicator voor zwaar drankgebruik. Enkel het onrechtstreekse effect, via het huishoudtype, kan gerapporteerd worden. Uit deze onrechtstreekse effecten blijkt dat de lagere inkomens minder kans hebben om geen overmatig drankgebruik te vertonen en dat de niet-manuele beroepsgroepen een grotere kans maken om geen overmatig drankgebruik te vertonen in vergelijking met de manuele beroepsgroepen. (tabellen 6 en 7 in bijlage).

Huishoudtype.

De onderstaande tabel toont aan dat alleenstaanden meer kans maken om tot overmatig drankgebruik over te gaan dan mensen uit een koppel of een complex huishouden Ook dat mag op basis van de resultaten uit deel I niet verbazen.

(4) Huishoudtype → Zwaar drankgebruik.

Huish./drankg.	Minder	Meer
Alleenstaand	-0,13	0,13
Koppel/complex	0,13	-0,13

Samenvatting.

Overmatig drankgebruik wordt hier gedefinieerd als ‘het meerdere dagen per week consumeren van meer dan zes eenheden per dag’. De kans op zulk overmatig drankgebruik neemt af na de leeftijd van 65 jaar. De variabele leeftijd is samen met het geslacht (mannen maken meer kans op overmatig drankgebruik) de sterkste predictor in het model. Ook de indicator voor het huishoudtype heeft een vrij duidelijk verband met de maat voor overmatig drankgebruik; alleenstaanden maken een grotere kans op overmatig drankgebruik. Het opleidingsniveau geeft geen aanleiding tot zeer grote verschillen. Lager opgeleide personen maken meer kans op overmatig drankgebruik. De indirecte effecten die berekend werden zijn zeer gering.

Bijlage:

Tabel 1: (3 → 9) Leeftijd → Opleiding → Drankgebruik.

Opl./lft.	18-24	25-44	45-64	65-74	75+
Geen/LO	0,1194	0,0462	-0,0282	-0,0708	-0,066
LSO	0,14	0,0168	-0,0532	-0,056	-0,0476
HSO	0,0132	-0,0108	-0,012	-0,0042	0,0138
HOGER	-0,0536	0,0408	0,0272	-0,0064	-0,0088
Rest	0,6984	0,0342	-0,252	-0,2808	-0,1998

Tabel 2: (2 → 11) Leeftijd → Huishoudtype → Drankgebruik.

HH type/lft.	18-24	25-44	45-64	65-74	75+
Alleenstaand	0,039	0,0286	0,0234	-0,0104	-0,0793
Koppel/compl.	0,039	0,0286	0,0234	-0,0104	-0,0793

Tabel 3: (5 → 9) Geslacht → Opleiding → Drankgebruik.

Opl./geslacht	Man	Vrouw
Geen/LO	0,0036	-0,0036
LSO	-0,0014	0,0014
HSO	-0,003	0,003
HOGER	0,0024	-0,0024
Rest	0,0054	-0,0054

Tabel 4: (4 → 11) Geslacht → Huishoudtype → Drankgebruik.

HH type/gesl.	Man	Vrouw
Alleenstaand	0,0104	-0,0104
Koppel/compl.	0,0104	-0,0104

Tabel 5: (8 → 11) Opleiding → Huishoudtype → Drankgebruik.

HH type/opl.	Geen/LO	LSO	HSO	HOGER	Rest
Alleenstaand	0,0182	0,0065	0,0026	-0,0208	-0,0065
Koppel/compl.	0,0182	0,0065	0,0026	-0,0208	-0,0065

Tabel 6: (7 → 11) Inkomen → Huishoudtype → Drankgebruik.

HH type/ink.	-30000	30001-40000	40001-60000	+60000
Alleenstaand	-0,013	-0,0117	0,0156	0,0091
Koppel/compl.	-0,013	-0,0117	0,0156	0,0091

Tabel 7: (10 → 11) Beroep → Huishoudtype → Drankgebruik.

HH type/ber.	N MAN	MAN
Alleenstaand	0,0104	-0,0104
Koppel/compl.	0,0104	-0,0104

2.4.3. Fysieke activiteit.

Het model. (Fig. 2.7)

Als maat voor de fysieke activiteit werd een maat gekozen die de populatie onderverdeeld in diegenen die minstens drie maal per week fysieke activiteiten doen en zij die minder dan drie maal per week fysiek actief zijn. Ook deze variabele werd reeds in het eerste gedeelte van dit rapport gebruikt als afhankelijke. 88,5% van de totale populatie is minder dan drie maal per week fysiek actief.

Fysieke activiteit op minstens drie dagen per week, frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Minder dan 3d/w	6889	79,7	88,5
	3 d/w of meer	874	10,1	11,5
	SUB TOTAAL	7763	89,8	100
Missing		884	10,2	
	TOTAAL	8647	100	

Van de acht verklarende variabelen vertonen er vijf een significante rechtstreekse band met de indicator voor fysieke activiteit. Het gaat hier om de variabelen 'leeftijd', 'geslacht', 'opleidingsniveau', 'activiteitsstatus' en 'sociale betrokkenheid'. Samen verklaren deze variabelen 10,57% van de pseudo-variantie van de maat voor fysieke activiteit. Het volledige model 'fit' de data goed, met een L^2 -waarde van 12 392,33 en een probabiliteitsniveau van '1'.

Leeftijd.

Het hoeft niet te verbazen dat de jongste generatie (18 - 24 jaar) het meeste kans heeft om voldoende fysiek actief te zijn ($\beta = 0,62$). De kans dat respondenten minstens drie maal per week fysiek actief zijn neemt tragsgewijs af met de leeftijd. 75-plussers hebben de kleinste kans om minstens drie maal per week fysiek actief te zijn ($\beta = -0,62$).

(1) Leeftijd → fysiek activiteit.

Leeftijd/fys. act.	Niet	Wel
18-24	-0,62	0,62
25-44	-0,21	0,21
45-64	-0,01	0,01
65-74	0,22	-0,22
75+	0,62	-0,62

De indirecte invloed van leeftijd op de fysieke activiteit doorheen het opleidingsniveau is over het algemeen vrij sterk. Binnen de laagste twee opleidingsgroepen wordt de directe invloed van leeftijd zonder uitzondering versterkt door de indirecte invloed via het opleidingsniveau. De cijfers zijn te interpreteren als de kans om niet voldoende aan sport te doen. De twee volgende opleidingscategorieën vertonen een verschuiving; voor de leeftijdsgroep '25 - 44' is het indirecte effect nog steeds gelijklopend met het directe effect, maar, de leeftijdsgroepen '18 - 24' en '45 - 64' hebben een tegengesteld effect. dit betekent dat jongeren met een hoger diplomiveau een grotere kans

hebben om onvoldoende fysieke activiteit te hebben wanneer dit wordt vergeleken met hun ‘diplomagenoten’ uit andere leeftijdsgroepen. De groep van de 45 - 64-jarigen met een hoger diploma komt in de buurt van de leeftijdscategorie 25 - 44 jaar. (tabel 1 in bijlage).

In relatie met de activiteitsstatus lopen de indirecte effecten voor actieven en werklozen gelijk met de directe effecten voor leeftijd. Jongere werklozen en jongere actieven hebben lichtjes minder kans om niet voldoende actief te zijn in vergelijking met de ouderen uit deze subgroepen. Zieken of gehandicapten tussen 25 en 64 jaar hebben een grotere kans om onvoldoende fysiek actief te zijn in vergelijking met zieken of gehandicapten van een andere leeftijd. De effecten voor de categorie ‘op niet-actieve’ leeftijd zijn tegengesteld aan de rechtstreekse effecten. (tabel 2 in bijlage).

Geslacht.

Vrouwen hebben een grotere kans om niet voldoende actief te zijn. Er worden bèta-waarden van 0,31 opgetekend.

(2) Geslacht → Fysieke activiteit.

Gesl./fys. act.	Niet	Wel
Man	-0,31	0,31
Vrouw	0,31	-0,31

Mannen die niet op actieve leeftijd zijn, gaan werken, of werkloos zijn hebben een kleinere kans om niet voldoende fysiek actief te zijn dan vrouwen. Zieke of gehandicapte mannen en huismannen doen het dan weer minder goed dan vrouwen. De onrechtstreekse effecten voor deze groepen zijn dan ook tegengesteld aan de rechtstreekse effecten van de factor ‘geslacht’. (tabel 3 in bijlage).

Het indirecte effect langsheen de variabele voor sociale betrokkenheid is eerder gering (tabel 4 in bijlage).

Opleiding.

De indicator ‘opleiding’ is de enige van de drie sociaal-economische maten met een significante rechtstreekse invloed op de maat voor fysieke activiteit. Het zijn in de eerste plaats mensen zonder diploma of met ‘lager onderwijs’ als hoogste onderwijsniveau die meer kans maken om onvoldoende fysieke activiteit te hebben. (bèta = 0,27). Respondenten met een hoger dan secundair diploma hebben de minste kans om niet voldoende actief te zijn (bèta = -0,17).

(3) Opleiding → Fysieke activiteit.

Opl./fys. act.	Niet	Wel
Gn/lager	0,27	-0,27
Lager SO	0,08	-0,08
Hoger SO	-0,09	0,09
Hoger	-0,17	0,17
Schoolgaand	-0,08	0,08

Voor zieken of gehandicapten en mensen op niet-actieve leeftijd zijn de indirecte effecten gelijklopend met de directe effecten voor het opleidingsniveau. Binnen deze subgroepen zijn de onrechtstreekse effecten ook vrij groot. In de andere sub-categorieën van de activiteitsstatus geven de indirecte effecten geen eenduidig beeld, ze zijn ook minder groot. (tabel 5 in bijlage).

Het onrechtstreekse effect langsheen de maat voor sociale betrokkenheid is eveneens in grote mate gelijklopend aan het rechtstreekse effect; enkel in de categorie ‘hoger secundair onderwijs’ is er een kleine tegenstelling. (tabel 6 in bijlage).

Inkomen en beroep.

Het indirecte effect van het equivalent inkomen doorheen de activiteitsstatus geeft een indicatie dat de hogere inkomensgroepen minder kans hebben om onvoldoende fysiek actief te zijn dan de lagere inkomensgroepen. Dit geldt niet voor de categorieën ‘werkloos’ en ‘huismannen en -vrouwen’. Hier is het verband tegengesteld. (tabel 7 in bijlage).

De invloed langsheen de indicator voor sociale betrokkenheid is zeer klein. (tabel 8 in bijlage).

De variabele ‘beroepscategorie’ speelt net als de inkomensvariabele geen significante rechtstreekse rol. Daarenboven is het verband tussen ‘beroep’ en ‘sociale betrokkenheid’ ook niet significant. Uit het indirecte verband langsheen de variabele ‘activiteitsstatus’ kan - met alle omzichtigheid - worden afgeleid dat de niet-manuele beroepsgroepen iets minder kans maken om onvoldoende fysiek actief te zijn. Enkel binnen de sub-categorie van de werklozen doet de manuele beroepsgroep het beter. (tabel 9 in bijlage).

Activiteitsstatus en sociale betrokkenheid.

De waarden voor de groepen ‘op niet-actieve leeftijd’, ‘werkloos’ en ‘huisman/-vrouw’ liggen vrij dicht bij elkaar. Zij hebben meer kans om voldoende fysieke activiteit te hebben dan de andere groepen ($\beta = 0,20$ à $0,15$). De personen die actief zijn op de arbeidsmarkt bekleden een tussenpositie; hun kansverhouding ligt dicht bij het globale gemiddelde.

(4) Activiteitsstatus → fysieke activiteit.

Activit.stat./fys. act.	Niet	Wel
Ziek/gehandicapt	0,56	-0,056
Op niet act lft.	-0,18	0,18
Actief	-0,04	0,04
Werkloos	-0,20	0,20
Huisman/-vrouw	-0,15	0,15

Individen die zichzelf eerder laag betrokken voelen met hun sociale omgeving hebben een grotere kans om niet voldoende fysieke activiteit te hebben ($\beta = 0,10$).

(5) Sociale betrokkenheid → Fysieke activiteit.

Soc. betrh./fys. act.	Niet	Wel
Laag/gemiddeld	0,1	-0,1
Hoog	-0,1	0,1

Samenvatting.

Hoe hoger de leeftijd, hoe kleiner de kans dat men in voldoende mate fysiek actief is. De jongste leeftijdsgroep binnen de subgroep van de hoger gediplomeerden vormt hierop een uitzondering; deze groep is in mindere mate fysiek actief dan ouderen met een zelfde diplomaniveau.

Mannen zijn duidelijk vaker voldoende actief in vergelijking met vrouwen. Ook mensen met een hoger opleidingsniveau hebben een grotere kans om voldoende fysieke activiteit in hun leven te hebben. Mensen op niet-actieve leeftijd, werklozen en huismannen en -vrouwen hebben een grotere kans om minstens drie dagen per week fysieke inspanningen te leveren dan werkenden en zieken of gehandicapten.

Wie zichzelf minder goed betrokken voelt bij zijn/haar sociale omgeving heeft ook een grotere kans om niet voldoende fysieke activiteiten te doen.

Bijlage:

Tabel 1: (3 → 9) Leeftijd → Opleiding → Fysieke activiteit.

Opl./lft.	18-24	25-44	45-64	65-74	75+
Geen/LO	-0,5454	-0,2079	0,1755	0,3024	0,2754
LSO	-0,0816	-0,0112	0,044	0,028	0,0208
HSO	0,0234	-0,0144	-0,0324	0,0018	0,0225
HOGER	0,1241	-0,085	-0,0833	0,0204	0,0255
Rest	-0,3224	-0,0192	0,164	0,1064	0,0704

Tabel 2: (2 → 13) Leeftijd → Activiteitsstatus → Fysieke activiteit.

Act./lft.	18-24	25-44	45-64	65-74	75+
Ziek/geh.	-0,1792	0,3416	0,2744	-0,2128	-0,224
Nt act lft	0,4068	0,6156	-0,0468	-0,4086	-0,567
Act.	-0,072	-0,0868	-0,0188	0,0688	0,1088
Werkl.	-0,144	-0,07	0,214	***	***
Huisvr/-m	0,0015	0,0015	0,0315	0,0105	-0,009

Tabel 3: (4 → 13) Geslacht → Activiteitsstatus → Fysieke activiteit.

Act./gesl.	Man	Vrouw
Ziek/geh.	0,1568	-0,1568
Nt act lft	-0,0432	0,0432
Act.	-0,0208	0,0208
Werkl.	-0,036	0,036
Huisvr/-m	0,1845	-0,1845

Tabel 4: (5 → 14) Geslacht → Sociale betrokkenheid → Fysieke activiteit.

Soc. betrh./ges.	Man	Vrouw
Laag/gem.	0,006	-0,006
Hoog	0,006	-0,006

Tabel 5: (10 → 13) Opleiding → activiteitsstatus → Fysieke activiteit.

Act./opl.	Geen/LO	LSO	HSO	HOGER	Rest
Ziek/geh.	0,2632	0,0728	-0,0728	-0,2632	***
Nt act lft	0,1836	0,1836	0,1872	0,1602	-0,7146
Act.	-0,018	-0,0304	-0,0432	-0,0604	0,152
Werkl.	0,002	-0,006	-0,012	0,016	***
Huisvr/-m	-0,009	-0,0105	0,003	0,0165	***

Tabel 6: (11 → 14) Opleiding → sociale betrokkenheid → Fysieke activiteit.

Soc. betr./opl.	Geen/LO	LSO	HSO	HOGER	Rest
Laag/gem.	0,013	0,015	0,009	-0,003	-0,034
Hoog	0,013	0,015	0,009	-0,003	-0,034

Tabel 7: (7 → 13) Inkomen → Activiteitsstatus → Fysieke activiteit.

Act./ink.	- 30000	30001-40000	40001-60000	+60000
Ziek/geh.	0,112	0,0672	-0,028	-0,1512
Nt act lft	0,0432	-0,009	-0,0234	-0,0108
Act.	0,038	0,0152	-0,0168	-0,0364
Werkl.	-0,126	-0,03	0,042	0,114
Huisvr/-m	-0,054	-0,0075	0,042	0,0195

Tabel 8: (8 → 14) Inkomen → Sociale betrokkenheid → Fysieke activiteit.

Soc.betr/ink.	-30000	30001-40000	40001-60000	+60000
Laag/gem.	0,009	-0,001	-0,008	0,001
Hoog	0,009	-0,001	-0,008	0,001

Tabel 9: (12 → 13) Beroep → Activiteitsstatus → Fysieke activiteit.

Act./Ber.	N MAN	MAN
Ziek/geh.	-0,0728	0,0728
Nt act lft	-0,018	0,018
Act.	-0,0036	0,0036
Werkl.	0,012	-0,012
Huisvr/-m	-0,0015	0,0015

2.4.4. Voedingsgewoonten.

Het model. (Fig. 2.8)

De indicator voor gezonde voedingsgewoonten is eigenlijk een indicator voor een gezond vet- en vezels-gebruik. Er werd een samenstelling gemaakt van vier variabelen. Het gebruik van volle of halfvolle melkproducten en het gebruik van geen/onverzadigde vetten of verzadigde vetten zijn de indicatoren voor het vet-gebruik. De consumptie van bruin of wit brood en de consumptie van minder dan twee of twee/meer dan twee porties groenten en fruit per dag zijn de indicatoren voor het vezelgebruik. Personen met geen of één gezonde voedingsgewoonte vallen in de categorie ‘laag aantal gezonde voedingsgewoonten’. Respondenten die twee gezonde voedingsgewoonten hebben komen in de categorie ‘matig aantal gezonde voedingsgewoonten’ en de respondenten met drie of vier gezonde voedingsgewoonten komen in de categorie ‘hoog aantal gezonde voedingsgewoonten’.

Gezonde voedingsgewoonten; frequentieverdeling.

		N	Percent.	Valid percent.
Valid.	Laag	1593	28,2	28,2
	Matig	1767	31,3	31,3
	Hoog	2292	40,6	40,6
	SUB TOTAAL	5652	100	100
Missing				
	TOTAAL		100	

De variabelen ‘activiteitsstatus’ en ‘sociale betrokkenheid’ hebben geen significante rechtstreekse relatie met de indicator voor de voedingsgewoonten. De andere verklarende variabelen in het model dragen in geringe mate bij tot de pseudo-variantiedekking van de uitkomstvariabele (1,70%). Toch lijken er geen problemen te zijn met de ‘fit’ van dit model: $L^2 = 21\ 930,73$ met probabiliteitsniveau ‘1’.

Leeftijd.

Uit de rechtstreekse verbanden tussen de leeftijd en de variabele voor gezonde voedingsgewoonten kan worden opgemaakt dat de jongere generaties meer kans hebben om ongezonder te eten (op het gebied van vet- en vezelgebruik). De uiterste categorieën van de uitkomstvariabele geven een duidelijk beeld; jongeren scoren hoog binnen de categorie ‘geen - één gezonde voedingsgewoonte’, ouderen (vooral de groep van de 65 - 74-jarigen.) doen het goed in de categorie ‘drie tot vier gezonde voedingsgewoonten’. De middengroep, ‘twee gezonde voedingsgewoonten’, vertoont geen eenduidig beeld.

(1) Leeftijd → Voedingsgewoonten.

Leeftijd/gez. v.	Laag	Matig	Hoog
18-24	0,19	-0,02	-0,17
25-44	0,19	0,01	-0,19
45-64	-0,11	0,06	0,06
65-74	-0,13	-0,04	0,17
75+	-0,14	0,01	0,13

De jongste respondenten uit de middelste inkomenscategorieën hebben een indirect effect dat tegengesteld is aan het directe effect voor hun leeftijdsgroep. Voor de groep van de 25 tot 44-jarigen zijn de indirecte effecten eveneens volledig tegengesteld. Hetzelfde geldt voor de oudste twee leeftijdsgroepen - zonder onderscheid naar de inkomenscategorie waartoe x behoren. (tabel 1 in bijlage). De indirecte effecten langsheen de variabele 'inkomen' zijn over het algemeen niet erg groot.

Voor wat de indirecte verbanden langsheen de opleidingsvariabele betreft, zijn er vrij sterke indirecte effecten te vinden binnen de laagste opleidingsgroep. Deze effecten zijn daarenboven tegengesteld aan het rechtstreekse effect van leeftijd; personen met ten hoogste een diploma 'lager onderwijs' hebben hier minder kans om ongezond te eten als ze jonger zijn. In de groep 'hoger onderwijs' worden de rechtstreekse effecten dan weer bevestigd; jongere hoger gediplomeerden hebben meer kans om ongezond te eten dan hoger gediplomeerden uit middelbare leeftijdsgroepen. (tabel 2 in bijlage)

De indirecte relaties doorheen de beroepsvariabele zijn lichtjes tegengesteld aan het rechtstreekse effect, maar qua grootte te verwaarlozen. (tabel 3 in bijlage) Hetzelfde geldt voor de onrechtstreekse verbanden doorheen de variabele 'huishoudtype'. (tabel 4 in bijlage).

Geslacht.

Mannen maken een grotere kans dan vrouwen om een laag aantal gezonde voedingsgewoonten te hebben. Ook hier contrasteren de uiterste categorieën van de uitkomstvariabele met elkaar ($\beta = |0,12|$).

(2) Geslacht → Voedingsgewoonten.

Gesl./gez. v.	Laag	Matig	Hoog
Man	0,12	0,01	-0,12
Vrouw	-0,12	-0,01	0,12

De indirecte effecten doorheen het inkomen, de beroepscategorieën en de variabele 'huishoudtype' zijn zeer laag. Voor wat het beroep betreft zijn de indirecte effecten van de factor geslacht gelijklopend met de directe effecten, voor wat de variabelen 'inkomen' en 'huishoudtype' betreft zijn ze omgekeerd. (tabellen 5, 6 en 7 in bijlage).

Inkomen.

Onderstaande tabel toont aan dat lagere inkomens een grotere kans hebben op weinig gezonde voedingsgewoonten. De laagste inkomens hebben de grootste kans op ongezonde voedingsgewoonten ($\beta = 0,13$). Het hoogste inkomensniveau heeft dan weer de grootste kans om gezonde voedingsgewoonten te hebben ($\beta = 0,11$).

(3) Inkomen → Voedingsgewoonten.

Inkomen/gez. v.	Laag	Matig	Hoog
- 30 000	0,13	-0,01	-0,12
30 000 – 40 000	0,03	-0,01	-0,03
40 001 – 60 000	-0,02	-0,02	0,04
+ 60 000	-0,13	0,03	0,11

De indirecte effecten doorheen het huishoudtype zijn gelijklopend, maar verwaarloosbaar. (tabel 8 in bijlage).

Opleiding.

De verschillen naar opleidingsniveau liggen in dezelfde grootte-orde als de verschillen naar inkomen, ook de richting is gelijklopend. Respondenten met een lager opleidingsniveau hebben een grotere kans om weinig gezonde voedingsgewoonten aan de dag te leggen. Het omgekeerde geldt voor personen met een hoger opleidingsniveau. Zeker de categorie ‘hoger onderwijs’ onderscheidt zich van de rest.

(4) Opleiding → Voedingsgewoonten.

Opl./gez. v.	Laag	Matig	Hoog
Gn/lager	0,11	0,04	-0,14
Lager SO	0,09	-0,03	-0,06
Hoger SO	0,02	0,02	-0,03
Hoger	-0,15	-0,01	0,16
Schoolgaand	-0,06	-0,01	0,08

De invloed van het opleidingsniveau doorheen de factor ‘huishoudtype’ is gering (maar wel tegengesteld aan de rechtstreekse invloed). (tabel 9 in bijlage).

Beroep.

Het beroep heeft slechts een beperkte invloed op de voedingsgewoonten; respondenten uit niet-manuele beroepsgroepen lijken een iets gezonder voedingspatroon te hebben (wat het gebruik van vetten en vezels betreft).

(5) Beroep → Voedingsgewoonten.

Ber./gez. v.	Laag	Matig	Hoog
Niet-manueel	-0,06	0,02	0,05
Manueel	0,06	-0,02	-0,05

De indirecte invloed doorheen het huishoudtype is weerom klein en gelijklopend met de directe invloed van het beroep. (tabel 10 in bijlage).

Huishoudtype.

Alleenstaanden hebben een wat grotere kans om minder gezonde voedingsgewoonten te hebben dan personen uit een koppel of een complex huishouden ($\beta = 0,05$).

(6) Huishoudtype → Voedingsgewoonten.

Huish./gez. v.	Laag	Matig	Hoog
Alleenstaand	0,05	0,02	-0,07
Koppel/complex	-0,05	-0,02	0,07

Samenvatting.

Samenvattend voor deze paragraaf kan gesteld worden dat jongeren meer kans hebben om weinig gezonde voedingsgewoonten te hebben in vergelijking met ouderen. Het onrechtstreekse effect langsheen het inkomen is hieraan licht tegengesteld. Jongeren uit de laagste opleidingscategorie hebben gezondere voedingsgewoonten dan de oudere generatie uit deze opleidingscategorie. Voor de hoger gediplomeerden is dit net omgekeerd.

Mannen doen het op het gebied van de voedingsgewoonten slechter dan vrouwen.

De variabelen 'equivalent inkomen' en 'opleidingsniveau' hebben ongeveer een gelijke invloed op de uitkomstvariabele; de hoogste categorieën hebben de grootse kans op gezonde voedingsgewoonten. De niet-manuele beroepsgroepen hebben iets meer kans op gezonde voedingsgewoonten dan de manuele groepen. Alleenstaanden, tot slot, hebben een grotere kans op een laag aantal gezonde voedingsgewoonten.

Bijlage:

Tabel : (3 → 11) Leeftijd → Inkomen → Voedingsgewoonten.

Ink./lft. L	18-24	25-44	45-64	65-74	75+
- 30000	0,0208	-0,0351	-0,0273	0,0208	0,0221
30000- 40000	-0,0063	-0,0072	-0,0018	0,0087	0,0063
40001- 60000	-0,0024	-0,0052	-0,0004	0,005	0,003
+ 60000	0,0091	-0,0325	-0,0325	0,026	0,0286
Ink./lft. M	18-24	25-44	45-64	65-74	75+
- 30000	-0,0016	0,0027	0,0021	-0,0016	-0,0017
30000- 40000	0,0021	0,0024	0,0006	-0,0029	-0,0021
40001- 60000	-0,0024	-0,0052	-0,0004	0,005	0,003
+ 60000	-0,0021	0,0075	0,0075	-0,006	-0,0066
Ink./lft. H	18-24	25-44	45-64	65-74	75+
- 30000	-0,0192	0,0324	0,0252	-0,0192	-0,0204
30000- 40000	0,0063	0,0072	0,0018	-0,0087	-0,0063
40001- 60000	0,0048	0,0104	0,0008	0,01	-0,006
+ 60000	-0,0077	0,0275	0,0275	-0,022	-0,0242

Tabel 2: (4 → 13) Leeftijd → Opleiding → Voedingsgewoonten.

Opl./lft. L	18-24	25-44	45-64	65-74	75+
Geen/LO	-0,2222	-0,0803	0,0726	0,1243	0,1045
LSO	-0,0873	-0,0126	0,0477	0,0315	0,0216
HSO	-0,0046	0,003	0,0066	-0,0002	-0,0046
HOGER	0,1095	-0,075	-0,075	0,0255	0,015
Rest	-0,237	-0,0138	0,1218	0,0774	0,051
Opl./lft. M	18-24	25-44	45-64	65-74	75+
Geen/LO	-0,0808	-0,0292	0,0264	0,0452	0,038
LSO	0,0291	0,0042	-0,0159	-0,0105	-0,0072
HSO	-0,0046	0,003	0,0066	-0,0002	-0,0046
HOGER	0,0073	-0,005	-0,005	0,0017	0,001
Rest	-0,0395	-0,0023	0,0203	0,0129	0,0085
Opl./lft. H	18-24	25-44	45-64	65-74	75+
Geen/LO	0,2828	0,1022	-0,0924	-0,1582	-0,133
LSO	0,0582	0,0084	-0,0318	-0,021	-0,0144
HSO	0,0069	-0,0045	-0,0099	0,0003	0,0069
HOGER	-0,1168	0,08	0,08	-0,0272	-0,016
Rest	0,316	0,0184	-0,1624	-0,1032	-0,068

Tabel 3: (5 → 15) Leeftijd → Beroep → Voedingsgewoonten.

Ber./lft.L	18-24	25-44	45-64	65-74	75+
N MAN	-0,0024	-0,0132	-0,0006	0,0108	0,0054
MAN	-0,0024	-0,0132	-0,0006	0,0108	0,0054
Ber./lft.M	18-24	25-44	45-64	65-74	75+
N MAN	0,0008	0,0044	0,0002	-0,0036	-0,0018
MAN	0,0008	0,0044	0,0002	-0,0036	-0,0018
Ber./lft.H	18-24	25-44	45-64	65-74	75+
N MAN	0,002	0,011	0,0005	-0,009	-0,0045
MAN	0,002	0,011	0,0005	-0,009	-0,0045

Tabel 4: (2 → 16) Leeftijd → Huishoudtype → Voedingsgewoonten.

HH type/lft. L	18-24	25-44	45-64	65-74	75+
Alleenstaand	-0,017	-0,0105	-0,0075	0,0055	0,029
Koppel/compl.	-0,017	-0,0105	-0,0075	0,0055	0,029
HH type/lft. M	18-24	25-44	45-64	65-74	75+
Alleenstaand	-0,0068	-0,0042	-0,003	0,0022	0,0116
Koppel/compl.	-0,0068	-0,0042	-0,003	0,0022	0,0116
HH type/lft. H	18-24	25-44	45-64	65-74	75+
Alleenstaand	0,0238	0,0147	0,0105	-0,0077	-0,0406
Koppel/compl.	0,0238	0,0147	0,0105	-0,0077	-0,0406

Tabel 5: (6 → 11) Geslacht → Inkomen → Voedingsgewoonten.

Ink./geslacht L	Man	Vrouw
- 30000	-0,0091	0,0091
30000- 40000	-0,0012	0,0012
40001- 60000	-0,0008	0,0008
+ 60000	-0,0091	0,0091
Ink./geslacht M	Man	Vrouw
- 30000	0,0007	-0,0007
30000- 40000	0,0004	-0,0004
40001- 60000	-0,0008	0,0008
+ 60000	0,0021	-0,0021
Ink./geslacht H	Man	Vrouw
-30000	0,0084	-0,0084
30000- 40000	0,0012	-0,0012
40001- 60000	0,0016	-0,0016
+ 60000	0,0077	-0,0077

Tabel 6: (8 → 15) Beroep → Geslacht → Voedingsgewoonten.

Ber./gesl. L	Man	Vrouw
N MAN	0,0018	-0,0018
MAN	0,0018	-0,0018
Ber. gesl. M	Man	Vrouw
N MAN	-0,0006	0,0006
MAN	-0,0006	0,0006
Ber./gesl. H	Man	Vrouw
N MAN	-0,0015	0,0015
MAN	-0,0015	0,0015

Tabel 7: (7 → 16) Gelacht → Huishoudtype → Voedingsgewoonten.

HH type/gesl.L	Man	Vrouw
Alleenstaand	-0,0045	0,0045
Koppel/compl.	-0,0045	0,0045
HH type/gesl.M	Man	Vrouw
Alleenstaand	-0,0018	0,0018
Koppel/compl.	-0,0018	0,0018
HH type/gesl.H	Man	Vrouw
Alleenstaand	0,0063	-0,0063
Koppel/compl.	0,0063	-0,0063

Tabel 8: (10 → 16) Inkomen → Huishoudtype → Voedingsgewoonten.

HH type/ink.L	-30000	30001-40000	40001-60000	+60000
Alleenstaand	0,0055	0,0035	-0,0065	-0,0025
Koppel/compl.	0,0055	0,0035	-0,0065	-0,0025
HH type/ink.M	-30000	30001-40000	40001-60000	+60000
Alleenstaand	0,0022	0,0014	-0,0026	-0,001
Koppel/compl.	0,0022	0,0014	-0,0026	-0,001
HH type/ink.H	-30000	30001-40000	40001-60000	+60000
Alleenstaand	-0,0077	-0,0049	0,0091	0,0035
Koppel/compl.	-0,0077	-0,0049	0,0091	0,0035

Tabel 9: (12 → 16) Opleiding → Huishoudtype → Voedingsgewoonten.

HH type/opl.L	Geen/LO	LSO	HSO	HOGER	Rest
Alleenstaand	-0,0085	-0,0035	0,0005	0,0085	0,0035
Koppel/compl.	-0,0085	-0,0035	0,0005	0,0085	0,0035
HH type/opl.M	Geen LO	LSO	HSO	HOGER	Rest
Alleenstaand	-0,0034	-0,0014	0,0002	0,0034	0,0014
Koppel/compl.	-0,0034	-0,0014	0,0002	0,0034	0,0014
HH type/opl.H	Geen/LO	LSO	HSO	HOGER	Rest
Alleenstaand	0,0119	0,0049	-0,0007	-0,0119	-0,0049
Koppel/compl.	0,0119	0,0049	-0,0007	-0,0119	-0,0049

Tabel 10: (14 → 16) Beroep → Huishoudtype → Voedingsgewoonten.

HH type/ber.L	N MAN	MAN
Alleenstaand	-0,004	0,004
Koppel/compl.	-0,004	0,004
HH type/ber.M	N MAN	MAN
Alleenstaand	-0,0016	0,0016
Koppel/compl.	-0,0016	0,0016
HH type/ber.H	N MAN	MAN
Alleenstaand	0,0056	-0,0056
Koppel/compl.	0,0056	-0,0056

2.5. Toegankelijkheid: Moeilijkheden om gezondheidsnoden te betalen.

Het model. (Fig. 2.9)

Als uitkomstvariabele in dit model wordt dezelfde variabele gebruikt als in het hoofdstuk over toegankelijkheid in het eerste deel van dit rapport. Het gaat over de dichotome indicator 'moeilijkheden om de gezondheidskosten te betalen'. Ongeveer een derde van de respondenten ondervindt moeilijkheden om zijn/haar gezondheidszorgen te betalen.

Het model zelf verschilt enigszins van de voorgaande modellen. Van de steeds terugkerende onafhankelijke indicatoren uit de voorgaande hoofdstukken worden er hier slechts vier behouden. Het gaat om de indicatoren; 'equivalent inkomen', 'opleiding', 'huishoudtype' en 'activiteitsstatus'.

In dit model worden daarnaast vier indicatoren voor de medische consumptie⁹⁹ geïntroduceerd. Deze indicatoren komen hiërarchisch achter de voornoemde basisindicatoren. Er wordt dan ook in eerste instantie onderzocht wat de invloed is van het inkomen, het opleidingsniveau, het huishoudtype en de activiteitsstatus op deze vier consumptie-maten. De vier indicatoren voor de medische consumptie leiden dan op hun beurt tot een latente dimensie voor medische consumptie in het algemeen. Op het einde van de hiërarchische structuur wordt de uitkomstvariabele ‘moeilijkheden om gezondheidszorgen te betalen’ geplaatst. Hierop wordt dus de invloed van de latente dimensie voor medische consumptie en van de variabelen ‘equivalent inkomen’, ‘opleidingsniveau’, ‘huishoudtype’ en ‘activiteitsstatus’ getoetst.

Het model heeft een L^2 -waarde van 5 481,77 met een probabiliteitsniveau van ‘1’ als indicator voor de ‘fit’ van het model. De invloed van de vier sociaal-economische en -demografische maten op de indicatoren voor medische consumptie is gering; er wordt minder dan één percent van de pseudo-variantie verklaard. De indicatoren voor medische consumptie verklaren wel 31,69% van de pseudo-variantie van de latente dimensie. De latente dimensie en de vier sociaal-economische en -demografische maten verklaren 22,63% van de pseudo-variantie van de uitkomstvariabele ‘moeilijkheden om gezondheidszorgen te betalen’. Met dit model wordt - in vergelijking met de reële situatie - 12,5% van de individuen in de verkeerde categorie van de uitkomstvariabele geplaatst. Door de informatie uit het model worden 24,6% van de respondenten meer in de juiste categorie van de uitkomstvariabele geplaatst dan wanneer een toevallige verdeling van de respondenten had plaats gehad.

Inkomen.

Tussen het inkomen en de frequentie van het contact met de huisarts blijkt in dit model geen significant verband te bestaan. Respondenten met een lager inkomen hebben iets minder kans om naar de huisarts te gaan in vergelijking met hogere verdiemers ($-30\ 000$ bèta = $-0,07/+60\ 000$ bèta = $0,10$). Deze vaststelling deden we ook in het eerste deel van dit rapport.

(2) Inkomen → Specialist.

Inkomen/spec.	Niet	wel.
- 30 000	0,07	-0,07
30 001 – 40 000	0,02	-0,02
40 001 – 60 000	0,01	-0,01
+ 60 000	-0,10	0,10

Respondenten met een hoger inkomen gebruiken meer geneesmiddelen (voorgeschreven en niet-voorgeschreven samen) dan respondenten met een lager inkomen. Vooral de twee uiterste inkomenscategorieën vormen een sterk contrast.

(3) Inkomen → Geneesmiddelen.

Inkomen/med.	Niet	Wel
- 30 000	0,11	-0,11
30 001 – 40 000	0,01	-0,01
40 001 – 60 000	0,01	-0,01
+ 60 000	-0,12	0,12

⁹⁹ Het gaat om de volgende indicatoren voor medische consumptie: ‘aantal huisartscontacten’ (in drie categorieën: ‘0-1’, ‘2-5’, ‘meer dan 5’), ‘contacten met een specialist’ (‘neen’, ‘ja’), ‘opnames in het ziekenhuis’ (‘neen’, ‘ja’), ‘gebruik van geneesmiddelen’ (‘neen’, ‘ja’). Voor de bezoeken aan de huisarts en de specialist bedraagt de referentieperiode 2 maanden. Voor opnames in een ziekenhuis een jaar en voor het gebruik van geneesmiddelen 2 weken.

De sterke invloed van het equivalent inkomen op de variabele ‘moeilijkheden om gezondheidszorgen te betalen’ wordt in dit model bevestigd. Het inkomen behoudt de grootste verklarende kracht van alle geteste variabelen (groter dan de kracht van de latente dimensie voor medische consumptie). De laagste inkomenscategorie heeft een kans van -0,66 om geen betalingsmoeilijkheden te hebben, bij de hoogste inkomensgroep bedraagt deze kans 0,84.

(1) Inkomen → Betalingsmoeilijkheden.

Inkomen/moeilh.	Neen	Ja
- 30 000	-0,66	0,66
30 001 – 40 000	-0,31	0,31
40 001 – 60 000	0,13	-0,13
+ 60 000	0,84	-0,84

Opleiding.

Lager opgeleiden hebben een hogere kans dat ze de huisarts bezoeken. Vooral in de categorie ‘meer dan vijf huisartscontacten’ hebben de lager opgeleiden een groter aandeel; dit neemt af naarmate het opleidingsniveau stijgt. De categorie van de respondenten die geen of slechts één huisartscontact hadden vertoont een omgekeerd beeld.

(4) Opleiding → Huisarts.

Opl./gp	0-1	2-5	5+.
Gn/lager	-0,39	-0,15	0,54
Lager SO	-0,33	0,01	0,33
Hoger SO	-0,15	-0,03	0,18
Hoger	-0,02	0,08	-0,06
Schoolgaand	0,89	0,09	-0,99

Hoger geschoolden maken meer kans om binnen de referentieperiode van twee maanden een specialist bezocht te hebben ($\beta = 0,16$). De andere (relevante) opleidingsgroepen wijken niet erg veel van elkaar af. Enkel de restcategorie ‘schoolgaand’ vertoont een duidelijke afwijking in de richting van minder gebruik; een verklaring hiervoor ligt wellicht in de overwegend jonge leeftijd van deze mensen, toch is dit een zeer heterogene groep waar beter geen interpretaties over gedaan worden.

(6) Opleiding → Specialist.

Opl./spec.	Niet	Wel
Gn/lager	-0,01	0,01
Lager SO	-0,03	0,03
Hoger SO	-0,01	0,01
Hoger	-0,16	0,16
Schoolgaand	0,22	-0,22

Lager opgeleiden hebben dan weer wel meer kans om tijdens het jaar voorafgaand aan de enquête in het ziekenhuis te zijn opgenomen. De categorie ‘geen/lager onderwijs’ behaalt een β -waarde van 0,19, voor de houders van een hoger diploma bedraagt die β -waarde 0,05.

(7) Opleiding → Ziekenhuis.

Opl./hosp.	Niet	Wel
Gn/lager	-0,19	0,19
Lager SO	-0,11	0,11
Hoger SO	-0,13	0,13
Hoger	-0,05	0,05
Schoolgaand	0,49	-0,49

De relatie tussen opleiding en het gebruik van medicatie loopt niet in dezelfde richting als de relatie tussen het equivalent inkomen en het gebruik van medicatie. De laagste opleidingsgroepen hebben meer kans om binnen de referentieperiode van twee weken geneesmiddelen gebruikt te hebben dan de hoger opgeleiden.

(8) Opleiding → Geneesmiddelen.

Opl./med.	Niet	Wel
Gn/lager	-0,21	0,21
Lager SO	-0,22	0,22
Hoger SO	-0,07	0,07
Hoger	-0,16	0,16
Schoolgaand	0,67	-0,67

Lager opgeleiden hebben meer kans om betalingsmoeilijkheden te ondervinden dan hoger opgeleiden. Dit verband verloopt trapsgewijs; de groep 'geen/lager onderwijs' heeft een bèta-waarde van 0,13, de hoogst opgeleiden behalen een bèta-waarde van -0,18. Zoals reeds uit het eerste deel van dit rapport bleek, werken het inkomen en het opleidingsniveau in dezelfde richting op de variabele voor betalingsmoeilijkheden in, doch de invloed van het inkomen is groter dan die van het opleidingsniveau.

(5) Opleiding → Betalingsmoeilijkheden.

Opl./moeilh.	Neen	Ja
Gn/lager	-0,13	0,13
Lager SO	-0,04	0,04
Hoger SO	0,06	-0,06
Hoger	0,18	-0,18
Schoolgaand	-0,07	0,07

Huishoudtype.

Alleenstaanden hebben meer kans om veelvuldig naar de huisarts te zijn geweest tijdens de referentieperiode ($\beta = 0,13$). Personen uit koppels of complexe huishoudens en alleenstaanden hebben nagenoeg evenveel kans om tot de middencategorie te behoren.

(9) Huishoudtype → Huisarts.

Hh./gp	0-1	2-5	5+.
Alleenstaand	-0,14	0,01	0,13
Koppel/complex	0,14	-0,01	-0,13

Ook contacten met een specialist komen frequenter voor bij alleenstaanden ($\beta = 0,05$).

(10) Huishoudtype → Specialist.

Huish./spec.	Niet	Wel
Alleenstaand	-0,05	0,05
Koppel/complex	0,05	-0,05

De kans dat alleenstaanden tijdens het jaar voorafgaand aan de enquête in een ziekenhuis werden opgenomen is eveneens groter dan bij mensen uit een koppel of een complex huishouden ($\beta = 0,09$).

(11) Huishoudtype → Ziekenhuis.

Huish./hosp.	Niet	Wel
Alleenstaand	-0,09	0,09
Koppel/complex	0,09	-0,09

Tussen het gebruik van geneesmiddelen binnen de referentieperiode en het huishoudtype bestaat geen significant verband. Er kan toch besloten worden dat de medische consumptie van alleenstaanden hoger ligt dan die van mensen uit een koppel of een complex huishouden.

Ook tussen het huishoudtype en het hebben van betalingsmoeilijkheden kan geen significante relatie gevonden worden.

Activiteitsstatus.

Zieken of gehandicapten hebben meer kans om veelvuldig naar de huisarts te gaan in vergelijking met de andere categorieën van deze variabele. Mensen op niet-actieve leeftijd bekleden de tweede plaats met betrekking tot veelvuldige huisartscontacten. Actieven hebben hiertoe nog iets minder kans dan werklozen. Opvallend is dat werklozen heel wat meer kans hebben om niet tot slechts één keer naar de huisarts te zijn geweest. Men kan zich, gezien de gemiddeld slechtere gezondheid van werklozen, de vraag stellen of werklozen meer dan de andere categorieën uitstelgedrag vertonen.

(12) Activiteitsstatus → Huisarts.

Activit.stat./gp	0-1	2-5	5+
Ziek/gehandicapt	-0,62	-0,08	0,71
Op niet act lft.	-0,34	0,08	0,25
Actief	0,36	0,08	-0,44
Werkloos	0,52	-0,22	-0,30
Huisman/-vrouw	0,07	0,15	-0,22

Zieken of gehandicapten scoren ook hoger op het gebruik van de diensten van een specialist ($\beta = 0,42$). Actieven hebben blijkbaar een kleinere kans om naar een specialist te gaan ($\beta = -0,27$) dan werklozen ($\beta = -0,09$) en huisvrouwen en -mannen ($\beta = -0,06$).

(13) Activiteitsstatus → Specialist.

Activit.stat./spec.	Niet	Wel
Ziek/gehandicapt	-0,42	0,42
Op niet act lft.	-0,01	0,01
Actief	0,27	-0,27
Werkloos	0,09	-0,09
Huisman/-vrouw	0,06	-0,06

Met betrekking tot de opname in een ziekenhuis valt een gelijkaardig beeld op. Zieken en gehandicapten ($\beta = 0,41$) en mensen op niet-actieve leeftijd (veelal gepensioneerden) ($\beta = 0,07$) hebben een grotere kans om in een ziekenhuis te worden opgenomen dan de andere categorieën. De kans dat werklozen of huismannen en -vrouwen worden opgenomen is groter dan bij actieven.

(14) Activiteitsstatus → Ziekenhuis.

Activit.stat./hosp.	Niet	Wel
Ziek/gehandicapt	-0,41	0,41
Op niet act lft.	-0,07	0,07
Actief	0,25	-0,25
Werkloos	0,16	-0,16
Huisman/-vrouw	0,08	-0,08

Ook voor het geneesmiddelengebruik blijven de zieken en gehandicapten er torenhoog bovenuit steken (bèta 0,71). De andere verhoudingen blijven eveneens behouden; mensen op niet actieve leeftijd komen op de tweede plaats en actieven consumeren minder dan werklozen en huismannen en -vrouwen.

(15) Activiteitsstatus → Geneesmiddelen.

Activit.stat./med.	Niet	Wel
Ziek/gehandicapt	-0,71	0,71
Op niet act lft.	-0,22	0,22
Actief	0,45	-0,45
Werkloos	0,38	-0,38
Huisman/ vrouw.	0,10	-0,10

De groep van de zieken of gehandicapten blijkt voor wat betreft de kans op betalingsmoeilijkheden de meest kwetsbare groep te zijn (bèta = 0,33). Werklozen hebben het eveneens moeilijker dan de andere categorieën van deze variabele (bèta 0,11). De categorieën ‘actief’, ‘niet op actieve leeftijd’ en ‘huisman/-vrouw’ scoren ongeveer op hetzelfde niveau (bèta -0,16 à -0,14).

(16) Activiteitsstatus → Betalingsmoeilijkheden.

Activit.stat./moeilh.	Neen	Ja
Ziek/gehandicapt	-0,33	0,33
Op niet act lft.	0,14	-0,14
Actief	0,14	-0,14
Werkloos	-0,11	0,11
Huisman/-vrouw	0,16	-0,16

Medische consumptie.

De verhouding tussen de vier manifeste variabelen voor medische consumptie en de overkoepelende latente dimensie voor medische consumptie is steeds dezelfde. Respondenten die niet naar de specialist gingen, geen geneesmiddelen consumeerden, niet werden opgenomen in het ziekenhuis of geen of slechts weinig bezoeken aan de huisarts brachten hebben een grotere kans om in de categorie ‘laag’ van de latente dimensie voor medische consumptie terecht te komen. Het gebruik van geneesmiddelen en de huisartsbezoeken geven aanleiding tot de grootste verschillen. De indicator voor het bezoek aan een specialist zorgt voor de kleinste variatie binnen de latente dimensie.

Deze latente dimensie, die de belangrijkste ‘consumptieposten’ uit de gezondheidsenquête verzamelt, maakt het mogelijk een maat te hebben voor het totaal van de medische dienstverlening aan een persoon. Personen die hoog scoren op de latente dimensie hebben van meerdere van deze diensten of goederen gebruik gemaakt en hebben bijgevolg ook een grotere kans op een hoge medische consumptie. De latente dimensie houdt echter geen rekening - op de huisarts na - met de frequentie van het gebruik van de diensten of van de consumptie. Dit kan aanleiding geven tot een bias.

(17) Huisarts → Medische consumptie.

Gp/lat	Laag	Hoog
0-1	0,39	-0,39
2-5	0,26	-0,26
5+	-0,65	0,65

(18) Specialist → Medische consumptie.

Spec/lat	Laag	Hoog
Nee	0,20	-0,20
Ja	-0,20	0,20

(19) Ziekenhuis → Medische consumptie.

Hosp/lat	Laag	Hoog
Nee	0,35	-0,35
Ja	-0,35	0,35

(20) Geneesmiddelen → Medische consumptie..

Med/lat	Laag	Hoog
Nee	0,64	-0,64
Ja	-0,64	0,64

De invloed van de latente dimensie op de variabele ‘betalingsmoeilijkheden’.

Respondenten met een hoge medische consumptie hebben uiteraard meer kans om betalingsmoeilijkheden te ondervinden dan mensen met een lage medische consumptie. Er dient evenwel ook naar de relaties met de sociaal-economische en -demografische variabelen te worden gekeken. Zo wordt onder meer vastgesteld dat respondenten met een lagere SES (zie deel 1) geen significant lagere medische consumptie hebben dan personen met een hogere SES. Voor mensen uit een lagere SES-groep is een hogere medische consumptie echter een veel groter probleem dan voor de hogere SES-groepen. Binnen de eerstgenoemde groep zal een hoge medische consumptie in meer gevallen tot betalingsmoeilijkheden leiden. Het voorgaande blijkt uit de indirecte effecten van het equivalent inkomen op de variabele ‘betalingsmoeilijkheden’ doorheen de latente dimensie voor medische consumptie (tabel 1 in bijlage). De indirecte effecten van het inkomen hebben over het algemeen een versterkende invloed op het directe effect van het inkomen op de variabele ‘betalingsmoeilijkheden’. Enkel voor de hoogste inkomensgroep kan een klein tegengesteld indirect effect worden waargenomen. De directe invloed van de variabele ‘activiteitsstatus’ op de indicator voor ‘betalingsmoeilijkheden’ wordt eveneens versterkt door de indirecte effecten langs de latente dimensie voor medische consumptie. Huismannen en -vrouwen en actieven hebben ook via de indirecte effecten de grootste kans om géén betalingsmoeilijkheden te ondervinden. Werklozen hebben - afgaand op het indirecte effect - het meeste kans om betalingsmoeilijkheden te hebben. Ziekten of gehandicapten versterken hun direct effect eveneens lichtjes (ook zij hebben dus een grotere kans op betalingsmoeilijkheden) (tabel 2 in bijlage).

(21) Medische consumptie → Betalingsmoeilijkheden.

Lat/moeilh.	Neen	Ja
Laag	0,48	-0,48
Hoog	-0,48	0,48

Samenvatting.

Respondenten met een hoog inkomen zijn eerder geneigd naar een specialist te gaan in geval van gezondheidsklachten dan mensen met een lager inkomen. Die lagere inkomensgroepen worden dan weer vaker opgenomen in een ziekenhuis. Het inkomensniveau is zeer duidelijk verbonden met de kans op betalingsmoeilijkheden.

Lager opgeleiden hebben meer kans om in het ziekenhuis te worden opgenomen, (frequent) naar de huisarts te gaan en geneesmiddelen te consumeren. De diensten van een specialist worden dan weer meer door hoger opgeleiden gebruikt. Er is eveneens een verband tussen het opleidingsniveau en de kans op betalingsmoeilijkheden, zij het niet zo sterk als bij het equivalent inkomen.

Alleenstaanden hebben over het algemeen een hogere medische consumptie dan personen uit een koppel of een complex huishouden. Dit geldt eveneens voor gepensioneerden en mensen op niet-actieve leeftijd (werklozen en huismannen en -vrouwen consumeren ook meer dan actieven). Het zijn in de eerste plaats de zieken of gehandicapten en de werklozen die betalingsmoeilijkheden ondervinden.

De vier componenten van medische consumptie (bezoek aan de huisarts, specialist of ziekenhuis en geneesmiddelengebruik) vormen samen een latente dimensie van medische consumptie. Deze latente dimensie hangt duidelijk samen met de indicator voor betalingsmoeilijkheden: respondenten met een hoge medische consumptie hebben een grotere kans op betalingsmoeilijkheden voor hun gezondheidszorg. Doorheen deze latente dimensie wordt de grotere kans op betalingsmoeilijkheden van personen met een laag inkomen, zieken of gehandicapten en werklozen nog versterkt. Met andere woorden, wanneer men een hogere medische consumptie heeft, dan heeft men meer kans op betalingmoeilijkheden als men tot één van de voornoemde groepen behoort.

Bijlage.

(1) Inkomen → Latente dimensie → Betalingsmoeilijkheden.

Lat./Ink.	- 30000	30001-40000	40001-60000	+60000
Laag	-0,01	-0,06	0,16	-0,09
Hoog	-0,01	-0,06	0,16	-0,09

(2) Activiteitsstatus → Latente dimensie → Betalingsmoeilijkheden.

Lat./Act. status	Ziek/gehand.	Nt-act lft.	Actief	Werkloos	Huism./-vr.
Laag	-0,01	0,12	0,17	-0,54	0,26
Hoog	-0,01	0,12	0,17	-0,54	0,26

AFSLUITENDE CONCLUSIE

3. Afsluitende conclusie

3.1. Samenvatting.

3.1.1. Gezondheidstoestand.

Respondenten met een hogere sociaal-economische status (equivalent inkomen, opleidingsniveau en beroepscategorie) hebben over het algemeen een betere gezondheidstoestand dan sociaal-economisch lager gesitueerden. De eersten hebben een betere subjectieve gezondheid, hebben minder kans op chronische aandoeningen en op belemmeringen ten gevolge van die chronische aandoeningen. Ook korte en langdurige functiebeperkingen komen minder voor bij de sociaal-economisch beter geplaatste categorieën. Daarenboven hebben zij minder gezondheidsklachten, een betere gebitstoestand en minder kans op obesitas. Tenslotte hebben ze over het algemeen een betere mentale en sociale gezondheidstoestand.

De sociaal-economische verschillen zijn het grootst voor de subjectieve gezondheid, de chronische gezondheidsproblemen, de lichamelijke functioneringsscore en het gemiddeld aantal gezondheidsklachten. Het opleidingsniveau geeft aanleiding tot de grootste verschillen.

Met betrekking tot de indicator voor de subjectieve gezondheid kan hier nog aan toegevoegd worden dat het effect van de leeftijd op de subjectieve gezondheid (ouderen hebben een grotere kans om zich minder goed te voelen dan jongeren) het sterkst tot uiting komt binnen de groep van de lager opgeleiden. Hooggeschoolden hebben, wanneer ze wat ouder zijn, een kleinere kans om zich ongezond te voelen. Personen die boven hun pensioenleeftijd nog actief zijn op de arbeidsmarkt hebben een grotere kans om zich ongezond te voelen dan diegenen die gepensioneerd zijn.

De sterkte van de variabele ‘beroepscategorie’ wordt vaak uitgehold na controle voor het equivalent inkomen en het opleidingsniveau.

Mannen hebben bijna steeds een betere gezondheidstoestand dan vrouwen. De gender-verschillen op het gebied van de sociale gezondheid zijn afhankelijk van de verklarende variabele die geanalyseerd wordt; zo hebben werkloze mannen een slechtere sociale gezondheid dan werkloze vrouwen. Voor de actieven is het net omgekeerd.

Mensen die alleenstaand zijn hebben over de hele lijn een slechtere gezondheidstoestand dan mensen met een partner. Wie kinderen heeft (zowel koppels als alleenstaanden), heeft een grotere kans op een slechtere mentale gezondheid.

Wanneer gedifferentieerd wordt naar de activiteitsstatus, blijkt dat twee groepen duidelijk tegenover elkaar komen te staan: werkenden en werklozen. Werklozen hebben over het algemeen een slechtere gezondheidstoestand dan de rest van de populatie. Personen die actief zijn op de arbeidsmarkt hebben de grootste kans om weinig gezondheidsproblemen te hebben en zich gezond te voelen.

Jonge mensen die niet gaan werken hebben een grotere kans op een slechte mentale gezondheid dan ouderen die niet actief zijn op de arbeidsmarkt. Hetzelfde wordt ook vastgesteld bij de sociale gezondheid. Voor de werkenden is het omgekeerd; jongeren hebben een grotere kans om zich mentaal goed te voelen in vergelijking met oudere werkenden.

Waar over het algemeen wordt vastgesteld dat mannen een betere mentale gezondheid hebben dan vrouwen, is het binnen de groep van de niet-actieven omgekeerd: niet-actieve mannen hebben meer kans op een slechtere mentale en sociale gezondheid dan niet-actieve vrouwen. De aanwezigheid op de arbeidsmarkt blijkt voor mannen een invloed te hebben op hun sociale en mentale gezondheid; het niet actief zijn op de arbeidsmarkt lijkt bij mannen vaker mentale en sociale gevolgen te hebben dan bij vrouwen.

3.1.2. Gebruik van diensten en medische consumptie.

De sociaal-economische status leidt tot weinig verschillen met betrekking tot het gebruik van de diensten van de huisarts. De middengroepen (zowel qua inkomen als qua opleidingsniveau) hebben het vaakst een vaste huisarts. Zowel contacten met een specialist als met een tandarts hebben meer plaats bij de hogere sociaal-economische statusgroepen. De kans om te worden opgenomen in een ziekenhuis is vrij gelijkmatig verdeeld over de SES-categorieën. Enkel het opleidingsniveau zorgt voor een licht dalende gradiënt in de richting van de hogere opleidingscategorieën. Er is eveneens weinig verschil tussen de groepen met betrekking tot het gemiddeld aantal verschillende geneesmiddelen dat werd gebruikt. Ook voor het gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen is dat het geval. Het gebruik van niet-voorgeschreven geneesmiddelen is wel onderhevig aan een sociaal-economisch gradiënt: de hogere SES-groepen consumeren meer. Daarnaast hebben hogere SES-groepen een betere bescherming door vaccinatie. Over het algemeen kan echter besloten worden dat er niet echt grote verschillen zijn naargelang de sociaal-economische positie met betrekking tot het gebruik van medische diensten en de medische consumptie. Alleen het tandartsbezoek geeft aanleiding tot relatief grote sociaal-economische verschillen: de hoger gesitueerde groepen gaan vaker naar de tandarts.

In dit hoofdstuk is het eveneens de variabele ‘opleiding’ die aanleiding geeft tot de grootste verschillen.

Vrouwen maken meer gebruik van medische diensten dan mannen. Daarenboven hebben ze ook een hogere consumptie van geneesmiddelen en hebben ze meer kans om ingeënt te zijn tegen griep. Mannen hebben een grotere kans om een tetanus-vaccinatie te hebben.

Alleenstaanden (zonder kinderen) hebben minder vaak een vaste huisarts, hebben minder kans om naar de tandarts te zijn geweest en gebruiken gemiddeld minder verschillende soorten geneesmiddelen (in vergelijking met koppels). Alleenstaande vrouwen met kinderen hebben - in vergelijking met de totale (vrouwelijke) populatie - meer kans om naar de specialist te gaan. Daarenboven hebben ze ook meer kans om binnen de referentieperiode voorgeschreven en niet-voorgeschreven geneesmiddelen te hebben gebruikt.

Wanneer de populatie wordt geanalyseerd aan de hand van de activiteitsstatus, dan komt de groep van de werklozen er opnieuw als slechtste uit.

Wie zich beter betrokken voelt bij zijn/haar sociale omgeving heeft een grotere kans om van de diensten van de huisarts, de specialist en de tandarts gebruik te hebben gemaakt. Diegenen die zichzelf in hoge mate betrokken voelen bij hun sociaal netwerk hebben een grotere kans om voorgeschreven geneesmiddelen te gebruiken. Niet-voorgeschreven geneesmiddelen worden dan weer vaker door de minder sociaal betrokken personen gebruikt.

3.1.3. Leefstijl en preventie.

Binnen de groepen met een hoge SES bevinden zich minder rokers, minder zware rokers en meer mensen die nog nooit in hun leven rookten. Wel treft men binnen deze groepen meer personen aan die wel eens zwaar drankgebruik hadden tijdens de laatste zes maanden voorafgaand aan de enquête. Het aantal personen¹⁰⁰ met wekelijkse momenten van zwaar drankgebruik ligt dan weer lager bij de hoge SES-categorieën. Respondenten met een hoog onderwijsniveau hebben een grotere kans dan lager geschoolden om (voldoende) fysieke activiteit te hebben. Met betrekking tot de regelmatigheid van het voedingspatroon is er eveneens een sociaal-economische gradiënt. Voor de variabele ‘opleidingsniveau’ is deze gradiënt lineair. Voor het equivalent inkomen is dit niet het

¹⁰⁰ Het gaat hier om het aantal personen binnen de subgroep van de mensen die tijdens de laatste zes maanden voor het afnemen van de enquête een moment van zwaar drankgebruik rapporteerden.

geval: de allerhoogste inkomens hebben minder kans op een regelmatig voedingspatroon. De hogere sociaal-economische groepen hebben meer kans op een gezonder vet- en vezelgebruik en drinken minder frequent gesuikerde dranken. Er zijn significante verschillen naargelang de sociaal-economische categorieën met betrekking tot de controle van de bloeddruk en het cholesterolniveau (vooral mbt het cholesterolniveau). Het voorkomen van een te hoge bloeddruk of een te hoog cholesterolniveau lijkt voor minder variatie te zorgen.

Dus: er zijn vooral verschillen in de controle van en niet zozeer in het vóórkomen van een te hoge bloeddruk of te hoog cholesterolniveau. Maar deze lagere graad van controle binnen de lagere SES-categorieën kan ook een effect op de gezondheid hebben. Het geeft deze groepen minder kans om een te hoog cholesterol- of bloeddrukniveau vast te stellen en, als gevolg daarvan, maatregelen te nemen.

Ook de cijfers voor borstkankerpreventie vertonen geen spectaculaire verschillen. Voor de allerhoogste SES-groepen kan wel een merkwaardige vaststelling worden gedaan: minder vrouwen binnen deze groepen doen (in vergelijking met de totale populatie) aan zelfonderzoek van de borsten. Wel hebben deze vrouwen meer kans om een mammografie te hebben laten doen. Men zou kunnen vermoeden dat hier een zekere vorm van vervangingsgedrag optreedt: vrouwen uit de hoogste sociaal-economische groepen doen eerder beroep op de professionele hulp van een arts dan dat ze zelf een preventief onderzoek van de borsten uitvoeren. Het preventief onderzoek voor baarmoederhalskanker vertoont wel een eenduidig stijgende gradiënt in de richting van de hogere sociaal-economische categorieën.

Opvallend is nog dat jongeren zonder diploma of met enkel een diploma 'lager onderwijs' minder roken dan de ouderen uit dezelfde categorie. Jongeren met een hoger diploma roken dan weer vaker dan mensen uit oudere leeftijdsgroepen met hetzelfde opleidingsniveau. Met betrekking tot de fysieke activiteit en de voedingsgewoonten scoren jonge hooggeschoolden eveneens slechter dan oudere hooggeschoolden: de jongeren binnen deze subgroep zijn minder vaak fysiek actief en hebben ook een grotere kans op weinig gezonde voedingsgewoonten. Nog voor de voedingsgewoonten valt binnen de laagste opleidingscategorie het omgekeerde op: hier doen de jongeren het beter dan de ouderen.

Bij de indicatoren over leefstijl en preventief gedrag is het onderwijsniveau opnieuw de sterkste predictor.

De leefstijl en het preventief gedrag van mannen is slechter dan dat van vrouwen. Mannen hebben meer kans om rokers en (overmatige) alcoholgebruikers te zijn. Ze hebben minder kans om onverzadigde vetten en vezels te eten en hebben meer kans om veel gesuikerde dranken te drinken. Daarenboven hebben ze ook iets meer kans om onregelmatige eetgewoonten te hebben. Mannen zijn eveneens minder vaak geneigd om hun bloeddruk of cholesterolniveau te laten meten. Ze hebben ook een grotere kans op een te hoog cholesterolniveau. Vrouwen scoren op het gebied van attitudes en preventie slechts in één geval minder goed dan mannen, met name voor de factor 'fysieke activiteit'. De kans dat vrouwen minder fysieke activiteiten verrichten in hun vrije tijd is heel wat groter dan voor mannen. Het aantal vrouwen dat voldoet aan de aanbevolen hoeveelheid fysieke activiteit is miniem te noemen (6%). Vrouwen hebben ook een hogere kans om al ooit eens last te hebben gehad van een verhoogde bloeddruk.

Alle categorieën van alleenstaanden hebben een grotere kans om te roken. Binnen deze categorieën zijn er in vergelijking met de totale populatie ook minder personen die nog nooit rookten. Mannelijke alleenstaanden hebben een grotere kans om wekelijks of meer dan wekelijks een moment van zwaar drankgebruik te hebben. Daarenboven ligt ook het cholesterolniveau vaker te hoog. Alleenstaanden zonder kinderen zijn vaker 'at risk'. Alleenstaande vrouwen zonder kinderen vertonen minder vaak een preventief gedrag ter voorkoming van baarmoederhalskanker. Binnen de groep van de alleenstaande vrouwen met kinderen treft men het grootste aantal zware rokers van de gehele populatie aan.

Ook op het gebied van de voedingsgewoonten doen alleenstaande vrouwen het minder goed. Voor wat de regelmaat van de voeding betreft is het in de eerste plaats het ontbijt dat door de vernoemde groep wordt overgeslagen (zowel in vergelijking met andere vrouwen als in vergelijking met de totale populatie). De groep van de alleenstaande vrouwen heeft eveneens meer kans op slechte voedingsgewoonten wanneer er wordt gekeken naar de kwaliteit van de voeding: ze hebben meer kans om weinig vezels en om overwegend verzadigde vetten te eten (dit ook zowel in vergelijking met andere vrouwen als met de gehele populatie).

Tot slot hebben alleenstaande vrouwen met kinderen meer kans op een verhoogde bloeddruk, in vergelijking met samenwonende of gehuwde vrouwen.

Wanneer de respondenten worden opgedeeld naar hun activiteitsstatus, wordt het weer duidelijk dat werklozen en zieken of gehandicapten slechter scoren dan werkenden. Zieken of gehandicapten en werklozen tellen meer rokers in hun rangen dan de rest van de populatie. Binnen de groep van de werklozen zijn er ook meer zware rokers, minder mensen die nog nooit rookten en proportioneel meer mensen met regelmatige (minstens één keer per week) momenten van overmatig drankgebruik (zowel bij mannen als bij vrouwen). Werklozen hebben daarenboven een grotere kans om 'at risk' te zijn op het vlak van de fysieke activiteit. Zieken of gehandicapten en werklozen hebben een grotere kans op een te hoog cholesterolniveau. Werklozen hebben daarnaast ook een grotere kans om ooit een te hoge bloeddruk te hebben gehad. De groep van de op de arbeidsmarkt actieve personen komt er ook hier bijna zonder uitzondering als 'de betere' groep uit.

Binnen de totale populatie hebben mannen een grotere kans om te roken dan vrouwen. De invloed van het geslacht wordt echter omgedraaid binnen de groep van de personen die actief zijn op de arbeidsmarkt. In de categorie van de werklozen hebben jonge werklozen een grotere kans om te roken dan oudere werklozen. Hetzelfde geldt voor de werklozen uit de laagste inkomenscategorie: zij hebben een grotere kans om te roken dan diegenen uit hogere inkomenscategorieën.

Personen met een lage maatschappelijke betrokkenheid doen het enkel slechter met betrekking tot de voedingsgewoonten en het cholesterolniveau (in vergelijking met diegenen met een hoge maatschappelijke betrokkenheid).

3.1.4. Betaalbaarheid en toegankelijkheid.

In relatie met de variabelen voor de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de gezondheidszorg zorgen de verschillen in sociaal-economische status voor belangrijke gradiënten. Personen met een hoge SES hebben een kleinere kans dat ze hun gezondheidszorgkosten moeilijk kunnen betalen. Deze groep heeft (lichtjes) hogere absolute uitgaven voor gezondheidszorg dan de lagere sociaal-economische categorieën. Maar de lagere sociaal-economische groepen hebben dan weer hogere relatieve uitgaven (in verhouding tot het totale beschikbaar inkomen) voor gezondheidszorg. Sociaal-economisch beter geplaatste groepen maken eveneens minder kans om gezondheidszorgen omwille van financiële redenen te moeten uitstellen of afstellen. Binnen de groep met een hoge SES zijn er proportioneel minder mensen die de behandeling met een geneesmiddel moeten stopzetten omwille van een vermindering van de terugbetaling voor dat geneesmiddel. In dit hoofdstuk is het equivalent inkomen de sterkste verklarende variabele van de sociaal-economische indicatoren. De inkomensverschillen kunnen soms aanleiding geven tot aanzienlijke verschillen in de uitkomstvariabele. De variabelen 'opleiding' en 'beroep' behouden (in de meeste gevallen) hun significantie, maar hun verklarende kracht wordt toch grotendeels uitgehold door het effect van het equivalent inkomen. Waar in de vorige hoofdstukken de meer 'immateriële' variabele 'opleidingsniveau' het belangrijkste was, is het in het hoofdstuk over de toegankelijkheid en betaalbaarheid in de eerste plaats de materiële positie (het inkomen) die aanleiding geeft tot ongelijkheden. Opvallend binnen de variabele 'beroepscategorieën' - een variabele met vrij weinig variatie - is de consistent afwijkende score voor de laagste beroepsgroep ('V' - ongeschoolde hand-

arbeiders). Deze categorie heeft duidelijk heel wat problemen op het gebied van de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg.

Wanneer de populatie wordt opgedeeld naar geslacht en huishoudtype, dan blijkt dat in de eerste plaats de groep van de alleenstaande vrouwen, en zeker de alleenstaande vrouwen met kinderen, een grotere kans op moeilijkheden heeft om de gezondheidszorg te betalen. Daarenboven zullen meer mensen binnen deze groep noodzakelijke gezondheidszorgen uitstellen of afstellen, of de behandeling met een geneesmiddel stopzetten. De beschikbare materiële middelen van deze groep spelen hierbij ongetwijfeld een rol. Maar de uitgaven voor gezondheidszorg (absoluut en relatief) zijn gemiddeld ook hoger voor alleenstaande vrouwen met kinderen.

Gepensioneerden, werklozen en zieken of gehandicapten hebben een grotere kans om betalingsmoeilijkheden te ondervinden dan de rest van de populatie (actieven en huismannen/-vrouwen). Werklozen en zieken of gehandicapten zijn ook eerder geneigd om uitstel/afstelgedrag te vertonen of om de behandeling met te duur geworden geneesmiddelen stop te zetten. Zieken of gehandicapten hebben daarenboven vanzelfsprekend hogere uitgaven (absoluut en relatief) voor gezondheidszorg. Mensen die actief zijn op de arbeidsmarkt komen er met betrekking tot al deze variabelen het beste uit.

Er is een duidelijk verband tussen de medische consumptie en de kans op betalingsmoeilijkheden. Wanneer vier componenten van medische consumptie (bezoek aan de huisarts, specialist of ziekenhuis en geneesmiddelengebruik) worden samengevoegd tot één indicator voor de medische consumptie, dan blijkt dat respondenten met een hoge medische consumptie een grotere kans hebben op betalingsmoeilijkheden voor hun gezondheidszorg. Deze logische vaststelling heeft bijkomende nadelige implicaties voor de sociaal-economisch zwakkeren: binnen de groep van de personen met een hoge medische consumptie zijn het namelijk de lage verdiemers, de zieken of gehandicapten en de werklozen die het meeste kans maken op betalingsmoeilijkheden.

Personen die zich minder goed betrokken voelen bij hun sociaal netwerk hebben een grotere kans op betalingsmoeilijkheden, om zorgen uit of af te stellen en om de behandeling met geneesmiddelen, waarvan de terugbetaling is afgenomen, stop te zetten.

3.2. Besluit.

Personen met een hoger inkomen of een hoger opleidingsniveau hebben een grotere kans op een betere subjectieve gezondheid, gezondheidstoestand en mentale gezondheid. Daarenboven leven ze gezonder en hebben ze minder kans op moeilijkheden om eventuele gezondheidszorgkosten te betalen. Het opleidingsniveau heeft over het algemeen een grotere invloed op de gezondheids-, medische consumptie- en leefstijlvariabelen dan het inkomen. Enkel in het geval van de verschillen in de toegankelijkheid van de gezondheidszorg is het inkomen belangrijker als verklaring.

Vrouwen hebben een slechtere gezondheid dan mannen, alhoewel ze over het algemeen gezonder leven.

Alleenstaanden hebben een grotere kans op een slechtere gezondheid en slechtere leefgewoonten. Ze hebben vaker toegankelijkheidsproblemen in vergelijking met personen met een partner. Mensen die actief zijn op de arbeidsmarkt komen beter uit de studie; werklozen hebben als maatschappelijke categorie over de hele lijn meer moeilijkheden.

De oplossingen voor deze ongelijkheden zijn tegelijkertijd voor de hand liggend en moeilijk uitvoerbaar. De resultaten tonen immers ook in de Belgische context de duidelijke verwevenheid tussen de sociaal-economische positie en de ongelijkheid in gezondheid, attitudes, leefstijl, gebruik van diensten en toegankelijkheid. Een gelijkere verdeling van de materiële middelen en de kennis in

het kader van een globale sociale politiek is dan ook de enige echt fundamentele remedie om deze ongelijkheden tegen te gaan, of althans de gevolgen van de ongelijkheden in gezondheid te verzachten.

Naast deze fundamentele vaststelling is het ook mogelijk een aantal groepen af te bakenen die, op basis van onze resultaten, in de meest precaire situatie verkeren en beleidsmatig meer aandacht verdienen. Het gaat hier meer bepaald om:

- De groep van de alleenstaande vrouwen en zeker de alleenstaande vrouwen met kinderen. Deze groep heeft een grotere kans op een slechte gezondheidstoestand, op minder gezonde leefgewoonten en op toegankelijkheidsproblemen.
- Werklozen hebben meer kans op een slechte gezondheidstoestand (fysiek, mentaal en sociaal). Werkloze mannen hebben daarenboven een grotere kans op minder gezonde leefgewoonten. De toegankelijkheidsproblemen zijn dan weer groot voor alle werklozen.
- Tenslotte is er de groep van de zieken en de gehandicapten. Er werd vastgesteld dat deze groep vaker moeilijkheden heeft om de (noodzakelijke) gezondheidszorgkosten te betalen. Dat lijkt logisch, maar het geeft wel te denken: als deze groep betalingsmoeilijkheden kent, neemt de kans op uitstel of afstel van noodzakelijke medische zorgen ook toe, wat dan weer mogelijk een negatieve invloed heeft op hun gezondheidssituatie.

Deze korte opsomming is gebaseerd op de duidelijk te lokaliseren categorieën uit onze analyses. Door de beperkingen van een survey-onderzoek (ook al gaat het hier om een degelijke en zeer aanzienlijke steekproef) is het gevaarlijk deze lijst als volledig te beschouwen. Zo is het bijvoorbeeld niet mogelijk om op grond van dit onderzoek zinvolle uitspraken te doen over allerlei categorieën van allochtonen. Daarenboven leert de ervaring dat de meest precaire sociale categorieën meestal door de mazen van een survey glippen. Denken we maar aan niet gedomicilieerde personen, mensen zonder papieren, geïnterneerden, ... en aan het feit dat personen die in armoede leven in veel mindere mate geneigd zijn aan surveys deel te nemen.

Tot slot dient de lezer er zich van bewust te zijn dat de bovenstaande conclusies gebaseerd zijn op een survey die in 1997 werd uitgevoerd. Er bestaat een kans dat deze conclusies niet meer volledig corresponderen met de actuele situatie. Men kan zich de vraag stellen of er binnen bepaalde categorieën een evolutie is opgetreden en welke gevolgen deze heeft gehad voor die categorieën. Hoe is het aantal alleenstaanden en hun karakteristieken geëvolueerd? Wat hebben verschuivingen in de groep van de werklozen teweeggebracht? Men kan zich tevens de vraag stellen welke invloed de economische heropflakking op het vlak van de gezondheidsverschillen heeft. Zijn de ongelijkheden tussen de groepen verminderd, of is de economische heropleving slechts ten goede gekomen aan bepaalde sociaal-economische categorieën? De gezondheidsenquête van 2001 - en zeker de vergelijking van dit nieuwe materiaal met het huidige - zal hierop ongetwijfeld interessante antwoorden kunnen geven.