

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

KANS Cijferrapport
Beschrijvende analyse van de gegevens
uit de eerste bevraging

**Socio-demografisch profiel, zorggebruik, zorgtevredenheid,
gezondheid, welzijn en sociale contacten**
van maatschappelijk kwetsbare welzijnszorggebruikers

Annelien Poppe
Ann DeSmet
Evelyn Verlinde
Prof. dr. Koen Hermans
Prof. dr. Sara Willems
Prof. dr. Chantal Van Audenhove
Prof. dr. Jan De Maeseneer



Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Kapucijnenvoer 39 – B-3000 Leuven
Tel 0032 16 33 70 70 – Fax 0032 16 33 69 22
E-mail: swvg@med.kuleuven.be
Website: <http://www.steunpuntwvg.be>

Publicatie nr. 2012/21

SWVG-Rapport nr. 30

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: KANS Cijfer rapport: Beschrijvende analyse van de eerste bevraging: Socio-demografisch profiel, zorggebruik, zorgtevredenheid, gezondheid, welzijn en sociale contacten van maatschappelijk kwetsbare welzijnszorggebruikers.

Promotor: Prof. dr. Chantal Van Audenhove¹ en Prof. dr. Jan De Maeseneer²

Co-promotor: Prof. dr. Koen Hermans¹ en Prof. dr. Sara Willems²

Onderzoekers: Annelien Poppe², Ann DeSmet¹, Evelyn Verlinde²

Administratieve ondersteuning: Lut Van Hoof, Manuela Schröder

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.



Promotoren en Partners van het Steunpunt

KU Leuven

Prof. dr. Chantal Van Audenhove (Promotor-Coördinator), Lucas en ACHG

Prof. dr. Karel Hoppenbrouwers, Dienst Jeugdgezondheidszorg

Prof. dr. Johan Put, Instituut voor Sociaal recht

Prof. dr. Anja Declercq, Lucas

UGent

Prof. dr. Lea Maes, Vakgroep maatschappelijke gezondheidkunde

Prof. dr. Jan De Maeseneer, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg

Prof. dr. Ilse De Bourdeaudhuij, Vakgroep Bewegings- en sportwetenschappen

Prof. dr. Ann Buysse, Vakgroep Experimenteel-klinische en gezondheidspsychologie

VUBrussel

Prof. dr. Johan Vanderfaeillie, Vakgroep Klinische en Levenslooppsychologie

KHKempen

Dr. Guido Cuyvers, Vlaams onderzoeks- en kenniscentrum derde leeftijd

¹ LUCAS, KU Leuven

² Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent

Rapport 30

KANS Cijferrapport: Socio-demografisch profiel, zorggebruik, zorgtevredenheid, gezondheid en sociale contacten van maatschappelijk kwetsbare welzijnszorggebruikers.

Onderzoekers: Annelien Poppe², Ann DeSmet¹, Evelyn Verlinde²
Co-promotoren: Prof. dr. Koen Hermans¹, Prof. dr. Sara Willems²,
Promotoren: Prof. dr. Chantal Van Audenhove¹, Prof. dr. Jan De Maeseneer²

¹ LUCAS, KU Leuven

² Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, UGent

Samenvatting

KANS (Kwetsbaarheid Aanpakken in de Samenleving) is een longitudinaal onderzoek naar het zorggebruik, de zorgtrajecten en zorgtevredenheid van welzijnszorggebruikers die gevoelens van psychisch onwelbevinden en/of financiële kwetsbaarheid ervaren. De KANS-studie kadert binnen het meerjarenprogramma van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. In dit rapport wordt aan de hand van beschrijvende gegevens verslag uitgebracht van het socio-demografisch profiel van de respondenten, gezondheid en welzijn, sociale contacten, kennis en gebruik van zorgvoorzieningen, aanmeldingsklachten en doorverwijzing, gepercipieerde kwaliteit van zorg, stigma en ervaren baat. De respondentengroep bestaat uit 700 gebruikers van eerstelijns welzijnszorg in acht regio's in Vlaanderen.

De 700 welzijnszorggebruikers werden geïnccludeerd door de welzijnszorgvoorzieningen in de acht regio's en bevraagd door middel van een face to face enquête. De steekproef kan onderverdeeld worden in drie subgroepen (modules), naargelang de vorm van kwetsbaarheid die de respondent ervaart:

- Module 1: Personen met financiële kwetsbaarheid (n=228)
- Module 2: Personen met gevoelens van psychisch onwelbevinden (n=94)
- Module 3: Personen met financiële kwetsbaarheid EN gevoelens van psychisch onwelbevinden (n=378)

De steekproef telt ongeveer evenveel mannen als vrouwen. De proportie personen die niet in België geboren werden ligt relatief laag (15%) en de meeste respondenten zijn werkloos (71,1%). 397 personen doen op het moment van bevraging beroep op het OCMW, 159 maken gebruik van het CAW en nog eens 124 personen ontvangen begeleiding van het ICAW.

Dit rapport omvat een beschrijvende analyse van gegevens met betrekking tot (welzijns)zorggebruik en aanverwante thema's, die de basis vormt voor de longitudinale opvolging van de steekproef.

Inhoudsopgave

VOORWOORD	11
Hoofdstuk 1 Steekproeftrekking, participatiegraad en beschrijving van de steekproef	13
Hoofdstuk 2 Het socio-demografisch profiel van de respondenten	17
1 Demografische kenmerken	17
2 Socio-economische kenmerken	18
2.1 Opleidingsniveau	18
2.2 Tewerkstelling en beroep	19
2.3 Inkomenssituatie	21
2.3.1 Maandelijks inkomen	21
2.3.2 Subjectieve inkomensdeprivatie	22
2.4 Huisvesting	24
Hoofdstuk 3 Fysieke gezondheid en welzijn	27
1 Fysieke gezondheid	27
2 Welzijn	29
2.1 Veerkracht	29
2.2 Mentale gezondheid	30
2.2.1 Indicatie van psychisch onwelbevinden	30
2.2.2 Ernst van het psychisch onwelbevinden	31
2.2.3 Psychiatrische problematiek	32
2.2.4 Copingvaardigheden	35
Hoofdstuk 4 Sociale contacten en sociaal kapitaal	39
1 Gevoelens van eenzaamheid	39
2 Appreciatie van sociale contacten	40
3 Sociale steun	41
4 Diversiteit van het sociale netwerk	42
5 Vertrouwen	43

Hoofdstuk 5 Kennis van voorzieningen	45
1 Bekendheid OCMW	45
1.1 Niet OCMW-gebruikers	45
1.2 OCMW-gebruikers	46
2 Bekendheid CAW	46
2.1 Niet CAW-gebruikers	46
2.2 CAW-gebruikers	47
3 Bekendheid ICAW	47
3.1 Niet ICAW-gebruikers	47
3.2 ICAW-gebruikers	48
4 Bekendheid van meer specifieke vormen van maatschappelijke dienstverlening	48
5 Conclusie	49
Hoofdstuk 6 Zorggebruik	51
1 Welzijnszorgvoorzieningen	51
1.1 Zorggebruik van de huidige gebruikers van het OCMW	52
1.1.1 Huidig zorggebruik	52
1.1.2 Vroeger zorggebruik	53
1.2 Zorggebruik van de huidige gebruikers van het CAW	54
1.2.1 Huidig zorggebruik	54
1.2.2 Vroeger zorggebruik	55
1.3 Zorggebruik van de huidige gebruikers van het ICAW	56
1.3.1 Huidig zorggebruik	56
1.3.2 Vroeger zorggebruik	57
1.4 Conclusie	58
2 Gezondheidszorg	58
2.1 Consultaties bij de huisarts	59
2.2 Uitstel van gezondheidszorg	60
2.2.1 Huisarts	60
2.2.2 Arts-specialist	61
2.3 Financieel aspect van gezondheidszorg	62

Hoofdstuk 7 Aanmeldingsklachten en doorverwijzing	63
1 Aanmeldingsklachten	63
1.1 OCMW	63
1.2 CAW	65
1.3 ICAW	66
1.4 Conclusie	67
2 Doorverwijzing	68
Hoofdstuk 8 Kwaliteit van zorg	71
1 Welzijnszorg	71
1.1 Kwaliteit van zorg in het OCMW	72
1.2 Kwaliteit van zorg in het CAW	72
1.3 Kwaliteit van zorg in het ICAW	73
1.4 Verschillen naar vormen van kwetsbaarheid	74
1.5 Conclusie	74
2 Huisartsenzorg	74
Hoofdstuk 9 Stigma	77
1 OCMW	77
2 CAW	78
3 ICAW	80
4 Conclusie	81
Hoofdstuk 10 Ervaren baat	83
1 Algemeen besluit	84
1.1 Socio-economisch en gezondheidsprofiel	84
1.2 Zorggebruik	85
1.3 Gebruikers met financiële kwetsbaarheid	86
1.4 Gebruikers met psychisch onwelbevinden	86
2 Beleids- en praktijkaanbevelingen	87
Referenties	89

Lijst tabellen

Tabel 1	Screeningscriteria voor psychisch onwelbevinden (Whooley, 1997) en financiële kwetsbaarheid.	13
Tabel 2	Participatiegraad, per regio	14
Tabel 3	Demografische kenmerken - geslacht, leeftijd en geboorteland	17
Tabel 4	Demografische kenmerken – burgerlijke staat en gezinssamenstelling	18
Tabel 5	Opleidingsniveau	18
Tabel 6	Tewerkstelling en beroep	19
Tabel 7	Inkomen	21
Tabel 8	Subjectieve inkomensdeprivatie	23
Tabel 9	Sparen	24
Tabel 10	Huisvesting	25
Tabel 11	Fysieke gezondheid	28
Tabel 12	Veerkracht	30
Tabel 13	Beck Depression Inventory	32
Tabel 14	Beck Depression Inventory bij module 2 en 3 welzijnszorggebruikers	32
Tabel 15	De scores op de 10 subschalen van de BSI voor de steekproef vergeleken met de normen van een klinische patiëntenpopulatie	34
Tabel 16	De scores op de BSI subschalen vergeleken met de normen van een klinische patiëntenpopulatie voor welzijnszorggebruikers in module 2 en 3	34
Tabel 17	Drie vormen van coping	36
Tabel 18	De gemiddelde waarden op de subschalen van copingvaardigheden bij welzijnszorggebruikers met psychisch onwelbevinden	36
Tabel 19	Copingvaardigheden bij welzijnszorggebruikers met psychisch onwelbevinden, vergeleken met normscores van werkende volwassenen	36
Tabel 20	Copingvaardigheden van welzijnszorggebruikers in module 2 en 3, vergeleken met normscores van werkende volwassenen	37
Tabel 21	Gevoelens van eenzaamheid	39
Tabel 22	Appreciatie van sociale contacten	40
Tabel 23	Sociale steun	41
Tabel 24	Netwerkdiversiteit	42
Tabel 25	Vertrouwen	43
Tabel 26	Bekendheid OCMW bij niet-gebruikers	45
Tabel 27	Bekendheid OCMW bij gebruikers	46
Tabel 28	Bekendheid CAW bij niet-gebruikers	46
Tabel 29	Bekendheid CAW bij gebruikers	47
Tabel 30	Bekendheid ICAW bij niet-gebruikers	47
Tabel 31	Bekendheid ICAW bij gebruikers	48
Tabel 32	Bekendheid meer specifieke vormen van maatschappelijke dienstverlening	49
Tabel 33	Huidig zorggebruik OCMW-gebruikers	52
Tabel 34	Vroeger zorggebruik OCMW-gebruikers	53

Tabel 35	Huidig zorggebruik CAW-gebruikers	54
Tabel 36	Vroeger zorggebruik CAW-gebruikers	55
Tabel 37	Huidig zorggebruik ICAW-gebruikers	56
Tabel 38	Vroeger zorggebruik ICAW-gebruikers	57
Tabel 39	Contacten met huisarts	59
Tabel 40	Uitstel huisartsenzorg	60
Tabel 41	Uitstel medische ingreep of bezoek aan arts-specialist	61
Tabel 42	Financieel aspect van gezondheidszorg	62
Tabel 43	Aanmeldingsklachten OCMW	64
Tabel 44	Aanmeldingsklachten CAW	65
Tabel 45	Aanmeldingsklachten ICAW	66
Tabel 46	Doorverwijzende instantie naar het OCMW	68
Tabel 47	Doorverwijzende instantie naar het CAW	69
Tabel 48	Doorverwijzende instantie naar het ICAW	70
Tabel 49	Kwaliteit van zorg in het OCMW	72
Tabel 50	Kwaliteit van zorg in het CAW	72
Tabel 51	Kwaliteit van zorg in het ICAW	73
Tabel 52	Kwaliteit huisartsenzorg	75
Tabel 53	Stigma OCMW	77
Tabel 54	Stigma CAW	78
Tabel 55	Stigma ICAW	80
Tabel 56	Ervaren baat	83

Lijst figuren

Figuur 1	Verdeling van de steekproef	15
Figuur 2	Aanmeldingsklachten OCMW, gegroepeerd en opgesplitst naargelang vorm van kwetsbaarheid	64
Figuur 3	Aanmeldingsklachten CAW, gegroepeerd en opgesplitst naargelang vorm van kwetsbaarheid	66
Figuur 4	Aanmeldingsklachten ICAW, gegroepeerd en opgesplitst naargelang vorm van kwetsbaarheid	67

VOORWOORD

KANS (Kwetsbaarheid Aanpakken iN de Samenleving) kadert binnen het meerjarenprogramma van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (SWVG) en wordt gerealiseerd door een team van onderzoekers in een interdisciplinair samenwerkingsverband tussen de Katholieke Universiteit Leuven en de Universiteit Gent. Het is onderdeel van het SWVG-programma 'Kencijfers en monitoring – Volwassenen' en heeft als voornaamste doelstelling kencijfers over zorggebruik en zorgtrajecten van maatschappelijk kwetsbare volwassenen te verzamelen en hun evolutie op te volgen.

Concreet richt KANS zich op het zorggebruik, de zorgtrajecten en zorgtevredenheid van welzijnszorggebruikers die psychisch onwelbevinden en/of financiële kwetsbaarheid ervaren.

Hiertoe werd een longitudinaal onderzoek opgezet waarbij, aan de hand van face to face enquêtes, gegevens verzameld worden over verschillende aspecten van zorg en aanverwante thema's zoals gezondheidstoestand, stress- en steunbronnen, veerkracht, sociaal kapitaal, etc. De respondentengroep wordt twee keer bevroegd over dezelfde thema's, met een intervalperiode van één à twee jaar. De vier centrale onderzoeksvragen binnen het KANS-onderzoek zijn:

1. Wat is het sociaal-demografisch en psychosociaal profiel van personen met psychisch onwelbevinden en/of financiële kwetsbaarheid die zich aanmelden in het CAW, OCMW of ICAW³?
2. Welke welzijnsvoorzieningen kent de doelgroep en met welke vragen doen ze hierop een beroep ?
3. Welke factoren hebben een invloed op het verloop van het zorgtraject (instroom, doorstroom en uitstroom) ?
4. Wat is de impact van de hulpverlening op de problemen van beide doelgroepen? Hoe ervaren zij de kwaliteit van de zorg?

Voor een uitgebreide beschrijving van de theoretische achtergronden, het onderzoekopzet, de operationalisering van de variabelen en de steekproeftrekking verwijzen we naar het betreffende onderzoeksrapport (Willems et al., 2011).

Het doel van dit cijferrapport is om een algemeen overzicht te bieden van de resultaten van de eerste bevraging van het KANS-onderzoek. Het rapport bestaat uit 10 hoofdstukken. Het eerste hoofdstuk beschrijft de steekproef(trekking) en participatiegraad. De volgende hoofdstukken behandelen elk een onderzoeksthema: socio-demografisch profiel van de respondenten, fysieke gezondheid en welzijn, sociale contacten, kennis van zorgvoorzieningen, zorggebruik, aanmeldingsklachten en doorverwijzing, kwaliteit van zorg, stigma en ervaren baat van de zorgverlening. Waar mogelijk worden de cijfers opgesplitst naargelang de vorm van kwetsbaarheid van de

³ De ICAW zijn de Ingebouwde Centra voor Algemeen Welzijnswerk van de mutualiteiten (de Diensten Maatschappelijk Werk), die nu aangestuurd worden vanuit het Woonzorgdecreet

respondenten (financieel, psychologisch of beide). Naast het cijferrapport zijn er tevens een aantal SWVG Feiten & Cijfers beschikbaar, waarin specifiekere onderwerpen meer in detail worden uitgewerkt.

Op moment van publicatie van dit rapport werden volgende Feiten & Cijfers reeds gepubliceerd:

- Depressieve klachten en suïcidaliteit in de (I)CAW en OCMW: onderzoek naar de ernst en de relatie tot armoede (SWVG Feiten & Cijfers 2010-1)
- Het hulpaanbod voor mensen met depressieve klachten in (I)CAW en OCMW: beantwoordt het aanbod aan de vraag? (SWVG Feiten & Cijfers 2010-2)
- Beschrijving van de KANS steekproef: representativiteit, demografische en socio-economische kenmerken, gezondheidstoestand en zorggebruik (SWVG Feiten & Cijfers 2011-9)

Volgende Feiten & Cijfers zijn in voorbereiding:

- Kennis van zorgvoorzieningen bij welzijnszorggebruikers in de eerste lijn
- Op bezoek bij de huisarts. Gerapporteerd gebruik en gepercipieerde kwaliteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg bij financieel kwetsbare welzijnszorggebruikers
- Steunbronnen bij psychisch onwelbevinden van welzijnszorggebruikers in de eerste lijn

Opmerking

Graag wijzen we er op dat de ICAW vandaag niet meer bestaan, wat wel het geval was op het moment van de bevraging. Deze diensten zijn nu werkzaam onder de naam Diensten Maatschappelijk Werk van het ziekenfonds en vallen onder het woonzorgdecreet. Het is belangrijk om deze opmerking in het achterhoofd te houden bij het lezen van dit rapport waarin, om verwarring te vermijden, wel steeds gesproken zal worden over ICAW.

Hoofdstuk 1

Steekproeftrekking, participatiegraad en beschrijving van de steekproef

De steekproeftrekking binnen het KANS-onderzoek gebeurde in drie fasen.

In de eerste fase werden, vertrekkend van de regio-omschrijving die Kind & Gezin voor haar consultatiebureaus hanteert, acht regio's geselecteerd. Bij de selectie werd rekening gehouden met diversiteit (sociaal-economisch), graad van stedelijkheid en provinciale spreiding. Een uitgebreide toelichting bij de regioselectie is beschikbaar in de nota „De selectie van de SWVG onderzoeksregio's" (werknoot 05, 2008/07 - <http://www.steunpuntwvg.be/swvg/nl/Publicaties.html>).

In een tweede fase werden alle OCMW's, CAW's en ICAW's in de betrokken regio's aangeschreven en uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. 49 voorzieningen waren bereid om te participeren. Deze voorzieningen screenden in een eerste periode (september - oktober 2008) hun bestaande cliënteel op basis van vier inclusiecriteria:

- Het Nederlands voldoende beheersen
- In 1 van de 8 geselecteerde regio's verblijven
- Tussen 18 en 65 jaar zijn
- Aanwezigheid van financiële kwetsbaarheid en/of psychisch onwelbevinden (zie tabel 1)

Tabel 1 Screeningscriteria voor psychisch onwelbevinden (Whooley, 1997) en financiële kwetsbaarheid.

	Enkel psychisch onwelbevinden	Zowel psychisch onwelbevinden als financieel kwetsbaar	Zowel op minstens 1 van de vragen over psychisch onwelbevinden 'ja' antwoorden als op minstens 1 van de vragen over 'financiële kwetsbaarheid' 'ja' antwoorden
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Heeft u gedurende de voorbije maand vaak last gehad van neerslachtigheid, een depressief of hopeloos gevoel? 	Op minstens 1 van beide 'ja' antwoorden om beschouwd te worden als een persoon die psychisch onwelbevinden ervaart		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Heeft u gedurende de laatste maand minder plezier of interesse in wat u doet? 			
Financiële kwetsbaarheid			
	Enkel financieel kwetsbaar		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Geniet u een verhoogde tegemoetkoming in het kader van de ziekteverzekering? 	Op minstens 1 van deze 'ja' antwoorden om beschouwd te worden als een persoon die zich in een financieel kwetsbare positie bevindt		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Werd u het OMNIO-statuut toegekend in het kader van de ziekteverzekering? 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Is uw bruto belastbaar gezinsinkomen lager dan 13.543,71 euro verhoogd met 2.507,30 euro per gezinslid ander dan de aanvrager? Hierbij is een gezinslid iedereen die officieel of hetzelfde adres woont 			

In de periode november 2008 - augustus 2009 werden ook de nieuwe cliënten gescreend. Na deze twee inclusieperioden werd een aanvullende inclusieprocedure opgestart, via de grootste mutualiteiten (CM) in de acht regio's. De mutualiteiten schreven alle personen met een OMNIO-statuuat aan om ze uit te nodigen deel te nemen aan het KANS-onderzoek. De OCMW, (I)CAW en mutualiteiten uit de 8 regio's includeerden samen 1293 zorggebruikers.

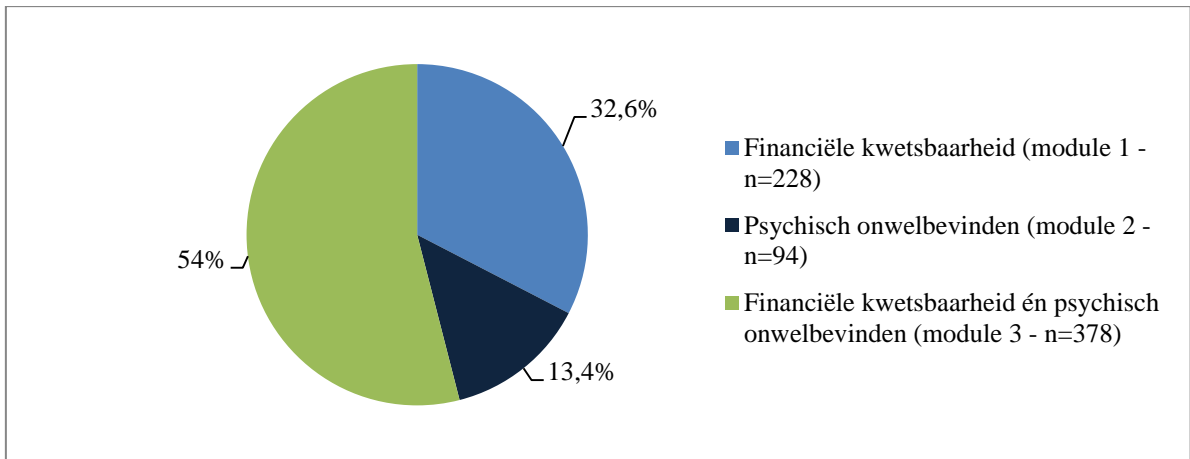
Voor een uitgebreide beschrijving van de inclusiecriteria, selectieprocedures en steekproeftrekking verwijzen we naar het eerder verschenen theoretisch onderzoeksrapport (Willems, et al., 2011).

Voor de dataverzameling werden studenten uit de meewerkende hogescholen ingeschakeld. In de derde fase namen ze contact op met de geïnccludeerde zorggebruikers om een afspraak te maken voor het afnemen van de vragenlijst. De uitval tussen het moment van inclusie en de bevraging bedraagt 45,9% (n=593). Deze personen waren niet langer bereid om mee te werken of waren niet contacteerbaar. De participatiegraad voor alle regio's samen bedraagt dus 54,1%, wat inhoudt dat 700 personen effectief werden bevraged. Onderstaande tabel biedt een overzicht van het aantal geïnccludeerden en bevrageden en de participatiegraad per regio.

Tabel 2 Participatiegraad, per regio

	Aantal geïnccludeerden	Aantal bevrageden	Participatiegraad (%)
Antwerpen	192	127	66,1
Geel	153	76	49,7
Genk	161	112	69,6
Tielt-Winge	100	35	35,0
Gent	274	151	55,1
Oudenaarde	82	50	61,0
Ieper	162	84	51,9
Oostende	169	65	38,5
Totaal	1293	700	54,1

De deelnemers aan het KANS-onderzoek zijn gebruikers van de diensten van het OCMW, CAW en/of ICAW en leven in een situatie van financiële kwetsbaarheid en/of ervaren gevoelens van psychisch onwelbevinden. Figuur 1 geeft de verdeling van de steekproef weer. Opvallend is de grote overlap tussen financiële kwetsbaarheid en psychisch onwelbevinden. Meer dan de helft (54,0%) van de bevragede respondenten beantwoordde op het moment van inclusie zowel aan het criterium voor financiële kwetsbaarheid als aan het criterium voor psychisch onwelbevinden.



Figuur 1 Verdeling van de steekproef

Hoofdstuk 2

Het socio-demografisch profiel van de respondenten

1 Demografische kenmerken

Ongeveer de helft van de KANS-respondenten zijn mannen. De gemiddelde leeftijd is 43 jaar en de leeftijdscategorie 45 tot 54 jarigen is het best vertegenwoordigd binnen de steekproef. Ten gevolge van het inclusie criterium 'de Nederlandse taal voldoende beheersen', is het aantal respondenten dat niet in België geboren werd relatief laag.

Tabel 3 Demografische kenmerken - geslacht, leeftijd en geboorteland

	Totale groep respondenten		Personen met financiële kwetsbaarheid		Personen met psychisch onwelbevinden		Personen met financiële kwetsbaarheid én psychisch onwelbevinden	
	N	(valid %)	N	(valid %)	N	(valid %)	N	(valid %)
Geslacht								
Man	323	(46,1)	111	(48,7)	44	(46,8)	168	(44,4)
Vrouw	377	(53,9)	117	(51,3)	50	(53,2)	210	(55,6)
Leeftijd								
18-24	58	(8,4)	24	(10,5)	9	(9,8)	25	(6,7)
25-34	120	(17,4)	34	(15,0)	22	(23,9)	64	(17,4)
35-44	161	(23,4)	40	(17,5)	24	(26,1)	97	(26,4)
45-54	227	(33,0)	85	(37,3)	25	(27,2)	117	(31,8)
55+	122	(17,8)	45	(19,7)	12	(13,0)	65	(17,7)
Missing	12		0		2		10	
Geboorteland								
België	580	(85,0)	188	(82,8)	87	(95,6)	305	(83,8)
Ander land	102	(15,0)	39	(17,2)	4	(4,4)	59	(16,2)
Missing	18		1		3		14	

Het merendeel van de respondenten (78,1%) is ongehuwd of gescheiden. Minder dan één op vijf is gehuwd of wettelijk samenwonend. Wat betreft gezinssamenstelling valt het hoge aantal alleenwonenden op, en dan vooral in de groep met financiële kwetsbaarheid.

Tabel 4 Demografische kenmerken – burgerlijke staat en gezinssamenstelling

	Totale groep respondenten	Personen met financiële kwetsbaarheid	Personen met psychisch onwelbevinden	Personen met financiële kwetsbaarheid én psychisch onwelbevinden
	(n=700) N (valid %)	(n=228) N (valid %)	(n=94) N (valid %)	(n=378) N (valid %)
Burgerlijke staat				
Ongehuwd	298 (43,6)	103 (45,8)	32 (35,1)	163 (44,4)
Gehuwd of wettelijk samenwonend	128 (18,7)	43 (19,1)	37 (40,7)	48 (13,1)
Weduwe/weduwenaar	21 (3,1)	6 (2,7)	4 (4,4)	11 (3,0)
Gescheiden	236 (34,6)	73 (32,4)	18 (19,8)	145 (39,5)
<i>Missing</i>	17	3	3	11
Gezinssamenstelling				
Alleenwonend	335 (49,9)	116 (51,8)	27 (30,0)	192 (53,8)
Huishouden van 2 personen	140 (20,9)	44 (19,6)	18 (20,0)	78 (21,8)
Huishouden van 3 personen	102 (15,2)	30 (13,4)	22 (24,4)	50 (14,0)
Huishouden van 4 of meer personen	94 (14,0)	34 (15,2)	23 (25,6)	37 (10,4)
<i>Missing</i>	29	4	4	21

2 Socio-economische kenmerken

2.1 Opleidingsniveau

Het opleidingsniveau van de respondenten is laag. Bijna de helft (47,0%) heeft geen diploma hoger secundair onderwijs en amper 12,8% heeft een diploma hoger onderwijs.

Tabel 5 Opleidingsniveau

	Totale groep respondenten	Personen met financiële kwetsbaarheid	Personen met psychisch onwelbevinden	Personen met financiële kwetsbaarheid én psychisch onwelbevinden
	(n=700) N (valid %)	(n=228) N (valid %)	(n=94) N (valid %)	(n=378) N (valid %)
Opleidingsniveau				
Geen diploma of lager onderwijs	116 (18,8)	34 (16,0)	10 (16,1)	72 (21,2)
Lager secundair	174 (28,2)	54 (25,3)	19 (30,6)	101 (29,6)
Hoger secundair	247 (40,2)	93 (43,7)	27 (43,6)	127 (37,2)
Hoger onderwijs	79 (12,8)	32 (15,0)	6 (9,7)	41 (12,0)
<i>Missing</i>	84	15	32	37

2.2 Tewerkstelling en beroep

Ongeveer drie vierden (71,1%) heeft geen betaald werk op het moment van bevraging. Het aandeel werklozen is groter binnen de groep van respondenten die zich in een situatie van financiële kwetsbaarheid bevinden, en het grootst bij hen die met beide problematieken geconfronteerd worden. In 40,1% van de gevallen is de werkloosheid te wijten aan ziekte of invaliditeit. De werkenden beoefenen vnl. ongeschoolde arbeid (35,6%), een dienstverlenende of verkoopfunctie (17,3%), of zijn werkzaam als fabrieks-, montage- of machinearbeider (16,7%). Tabel 6 toont tevens aan dat 9% van de werklozen nog nooit een betaalde job heeft gehad. Zij die voorheen wel arbeid verrichtten, deden dit voornamelijk als ongeschoold personeel of fabrieks-, montage of machinearbeider.

Tabel 6 Tewerkstelling en beroep

	Totale groep respondenten		Personen met financiële kwetsbaarheid		Personen met psychisch onwelbevinden		Personen met financiële kwetsbaarheid én psychisch onwelbevinden	
	(n=700)		(n=228)		(n=94)		(n=378)	
	N	(valid %)	N	(valid %)	N	(valid %)	N	(valid %)
Tewerkstelling								
Geen betaald werk	479	(71,1)	158	(69,9)	35	(39,3)	286	(79,7)
Betaald werk, tijdelijk onderbroken	33	(4,9)	6	(2,7)	13	(14,6)	14	(3,9)
Betaald werk	162	(24,0)	62	(27,4)	41	(46,1)	59	(16,4)
Missing	26		2		5		19	
Indien betaald werk	195		68		54		73	
Beroep								
Bedrijfsleiders en hoger kaderpersoneel	1	(0,6)	0	(0,0)	0	(0,0)	1	(1,4)
Intellectuele en wetenschappelijke beroepen	5	(2,9)	1	(1,6)	4	(10,3)	0	(0,0)
Ondergeschikt personeel in intellectuele en wetenschappelijke beroepen	3	(1,7)	2	(3,2)	0	(0,0)	1	(1,4)
Bedienden	16	(9,2)	8	(12,7)	4	(10,3)	4	(5,6)
Dienstverlenend personeel en verkoopspersoneel	31	(17,3)	17	(27,0)	7	(17,9)	7	(9,7)
Geschoolde landbouwers, tuinbouwers, vissers	7	(4,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	7	(9,7)
Ambachtlieden en ambachtelijke arbeiders	13	(7,5)	4	(6,3)	5	(12,8)	4	(5,6)
Fabrieksarbeiders, machine- en montagearbeiders	29	(16,7)	5	(7,9)	12	(30,8)	12	(16,7)

Hoofdstuk 2

Ongeschoold personeel	62	(35,6)	25	(39,7)	5	(12,8)	32	(44,4)
Andere	7	(4,0)	1	(1,6)	2	(5,1)	4	(5,6)
<i>Missing</i>	21		5		15		1	
Indien geen betaald werk	479		158		35		286	
Situatie								
(pre)pensioen	11	(2,5)	4	(2,8)	2	(5,9)	5	(1,9)
Ziekte of invaliditeit	177	(40,1)	47	(32,4)	13	(38,2)	117	(44,7)
Werkloosheid	131	(29,7)	50	(34,5)	12	(35,3)	69	(26,3)
Student	9	(2,0)	3	(2,1)	0	(0,0)	6	(2,3)
Doe het huishouden, zonder uitkering	10	(2,3)	2	(1,4)	2	(5,9)	6	(2,3)
Leefloon	88	(20,0)	31	(21,4)	3	(8,8)	54	(20,6)
Ander	15	(3,4)	8	(5,5)	2	(5,8)	5	(1,9)
<i>Missing</i>	38		13		1		24	
Ooit betaald werk gehad								
Ja	433	(91,0)	139	(88,5)	30	(85,7)	264	(93,0)
Nee	43	(9,0)	18	(11,5)	5	(14,3)	20	(7,0)
<i>Missing</i>	3		1		0		2	
Indien ooit betaald werk gehad:	433		139		30		264	
Laatste hoofdberoep								
Bedrijfsleiders en hoger kaderpersoneel	5	(1,3)	1	(0,8)	1	(4,8)	3	(1,3)
Intellectuele en wetenschappelijke beroepen	18	(4,8)	6	(4,7)	0	(0,0)	12	(5,3)
Ondergeschikt personeel in intellectuele en wetenschappelijke beroepen	9	(2,4)	3	(2,4)	1	(4,8)	5	(2,2)
Bedienden	53	(14,1)	20	(15,7)	2	(9,5)	31	(13,6)
Dienstverlenend personeel en verkoops personeel	63	(16,8)	20	(15,7)	4	(19,0)	39	(17,1)
Geschoolde landbouwers, tuinbouwers, vissers	5	(1,3)	3	(2,4)	0	(0,0)	2	(0,9)
Ambachtslieden en ambachtelijke arbeiders	47	(12,5)	16	(12,6)	4	(19,0)	27	(11,8)
Fabrieksarbeiders, machine- en montagearbeiders	76	(20,2)	27	(21,3)	5	(23,8)	44	(19,3)
Ongeschoold personeel	78	(20,7)	24	(18,9)	3	(14,3)	51	(22,4)
Andere	22	(5,9)	7	(5,5)	1	(4,8)	14	(6,1)
<i>Missing</i>	57		12		9		36	

2.3 Inkomenssituatie

2.3.1 Maandelijks inkomen

De vragen die rechtstreeks peilen naar het inkomen werden enkel voorgelegd aan de respondenten die zich in een situatie van financiële kwetsbaarheid bevinden. Bij meer dan de helft is het maandelijks totaal beschikbaar huishoudinkomen lager of gelijk aan 1000 euro. Het gestandaardiseerd maandelijks beschikbaar huishoudinkomen⁴ laat toe om te berekenen of het inkomen onder de Europese armoedegrens valt. Deze grens bedraagt voor een alleenstaande op dit moment 899 euro. 12,3% geeft aan elke maand rond te moeten komen met een inkomen per hoofd lager of gelijk aan 500 euro. 40 % van de respondenten heeft een gestandaardiseerd inkomen beneden 750 euro.

Tabel 7 Inkomen

	Totale groep respondenten met financiële kwetsbaarheid (n=606) N (valid %)		Personen met financiële kwetsbaarheid (n=228) N (valid %)		Personen met financiële kwetsbaarheid én psychisch onwelbevinden (n=378) N (valid %)	
Maandelijks totaal beschikbaar huishoudinkomen						
0-750 EURO	121	(22,0)	41	(19,3)	80	23,7)
751-1000 EURO	194	(35,3)	71	(33,5)	123	(36,4)
1001-1250 EURO	116	(21,1)	40	(18,9)	76	(22,5)
1251-1500 EURO	58	(10,5)	21	(9,9)	37	(10,9)
+ 1500 EURO	61	(11,1)	39	(18,4)	22	(6,5)
<i>Missing</i>	56		16		40	
Gestandaardiseerd maandelijks huishoudinkomen	537					
0-250 EURO	23	(4,3)	9	(4,3)	14	(4,3)
251-500 EURO	43	(8,0)	12	(5,7)	31	(9,5)
501-750 EURO	152	(28,3)	60	(28,7)	92	(28,0)
751-1000 EURO	198	(36,9)	74	(35,4)	124	(37,8)
+ 1000 EURO	121	(22,5)	54	(25,8)	67	(20,4)
<i>Missing</i>	69		19		50	

⁴ Voor de berekening van het gestandaardiseerd inkomen werd een gewicht toegekend van 1 voor het eerste huishoudlid, 0,5 voor elk ander gezinslid van 14 jaar en ouder en 0,3 voor elk kind jonger dan 14 jaar, conform met de berekeningswijze die het Centrum voor Sociaal Beleid hanteert.

Huishoudinkomen en inkomen per capita zijn absolute maten, die een eerste indicatie geven van de financiële situatie binnen een gezin. Deze inkomensmaten kennen echter enkele beperkingen. Maandelijkse lasten zoals huishuur, afbetaling van leningen, elektriciteit, water, etc. worden hierin niet verrekend. Een combinatie van de afbetaling van een lening en een hoge huurkost kan er bijvoorbeeld voor zorgen dat er van een relatief hoog inkomen netto niet veel meer overblijft om van te leven, of vice versa. Deze relatieve inkomensmaten zeggen bovendien weinig over de subjectieve inkomensbeleving, die bepaald wordt door meer dan enkel financiële aspecten.

2.3.2 Subjectieve inkomensdeprivatie

De subjectieve inkomensdeprivatie (vb. 'In welke mate kan u met uw inkomen rondkomen') biedt een meer genuanceerd beeld dan absolute maten. Een subjectieve benadering brengt de dagelijks ervaren realiteit van sociale uitsluiting en armoede beter in beeld (Cheli & Lemmi, 1995).

De resultaten tonen aan dat een relatief laag inkomen niet noodzakelijk een armoedetoestand impliceert. Wanneer enkel gekeken wordt naar de groep van respondenten die zich in een situatie van financiële kwetsbaarheid bevinden, komt ongeveer 70% moeilijk (gaande van eerder moeilijk tot zeer moeilijk) rond met het inkomen. De anderen geven dus, ondanks een inkomen lager dan de OMNIO-grens, aan weinig of geen moeilijkheden te ervaren om de maand rond te komen.

Ook binnen de groep met enkel gevoelens van psychisch onwelbevinden is het aantal respondenten dat aangeeft moeilijk rond te komen met het inkomen hoog (63,8%). Dit is enigszins verrassend, aangezien deze personen over een inkomen beschikken dat hoger ligt dan de grenzen die het OMNIO-statuuut hanteert.

De resultaten betreffende de mogelijkheid om tegemoet te komen aan een onverwachte grote uitgave wijzen op een erg lage mate van financiële veerkracht binnen de respondentengroep. 70,0% kan met eigen middelen geen onverwachte uitgave van 750 euro betalen. Daarbovenop komt dat de meesten geen beroep kunnen doen op derden om aan zo'n onverwachte uitgave tegemoet te komen.

Tabel 8 Subjectieve inkomensdeprivatie

	Totale groep respondenten		Personen met financiële kwetsbaarheid		Personen met psychisch onwelbevinden		Personen met financiële kwetsbaarheid én psychisch onwelbevinden	
	(n=700)		(n=228)		(n=94)		(n=378)	
	N	(valid %)	N	(valid %)	N	(valid %)	N	(valid %)
In welke mate kan u met uw inkomen rondkomen								
Zeer moeilijk	161	(23,6)	40	(17,9)	11	(12,1)	110	(30,0)
Moeilijk	174	(25,4)	51	(22,8)	15	(16,5)	107	(29,2)
Eerder moeilijk	141	(20,7)	50	(22,3)	32	(35,2)	59	(16,1)
Eerder makkelijk	98	(14,4)	44	(19,6)	15	(16,5)	39	(10,6)
Makkelijk	86	(12,6)	28	(12,5)	16	(17,5)	42	(11,4)
Zeer makkelijk	23	(3,4)	11	(4,9)	2	(2,2)	10	(2,7)
<i>Missing</i>	18		4		3		11	
Kan huishouden tegemoet komen aan een onver-wachte uitgave van 750 EURO								
❖ Met eigen middelen								
Ja	201	(30,0)	86	(38,9)	27	(30,3)	88	(24,4)
Nee	469	(70,0)	135	(61,1)	62	(69,7)	272	(75,6)
<i>Missing</i>	30		7		5		18	
❖ Via een lening bij de bank								
Ja	145	(23,6)	61	(31,0)	32	(38,1)	52	(15,6)
Nee	469	(76,4)	136	(69,0)	52	(61,9)	281	(84,4)
<i>Missing</i>	86		31		10		45	
❖ Met behulp van familie								
Ja	242	(37,1)	98	(46,2)	34	(39,1)	110	(31,1)
Nee	411	(62,9)	114	(53,8)	53	(60,9)	244	(68,9)
<i>Missing</i>	47		16		7		24	
❖ Met behulp van vrienden, burens, collega's								
Ja	139	(21,8)	61	(29,5)	23	(27,4)	55	(15,9)
Nee	498	(78,2)	146	(70,5)	61	(72,6)	291	(84,1)
<i>Missing</i>	63		21		10		32	
Betalingsachterstand								
Ja	248	(36,7)	54	(24,5)	38	(41,8)	156	(42,7)
Nee	428	(63,3)	166	(75,5)	53	(58,2)	209	(57,3)
<i>Missing</i>	24		8		3		13	

De vraag die peilt naar de mogelijkheid om te sparen (tabel 9) werd enkel voorgelegd aan respondenten met financiële kwetsbaarheid. Twee op drie geeft aan (bijna) nooit te kunnen sparen.

Tabel 9 Sparen

	Totale groep respondenten met financiële kwetsbaarheid		Personen met financiële kwetsbaarheid		Personen met financiële kwetsbaarheid én psychisch onwelbevinden	
	N	(valid %)	N	(valid %)	N	(valid %)
Houdt u op het einde van de maand geld over om te sparen	582					
Nooit	280	(48,1)	82	(37,3)	198	(54,7)
Bijna nooit	90	(15,5)	43	(19,5)	47	(13,0)
Soms	108	(18,6)	48	(21,8)	60	(16,6)
Vaak	45	(7,7)	20	(9,1)	25	(6,9)
Altijd	59	(10,1)	27	(12,3)	32	(8,8)
<i>Missing</i>	24		8		16	

2.4 Huisvesting

Heylen et al. (2007) concluderen op basis van de Woonsurvey 2005 dat het al dan niet hebben van een eigen woning sterk samenhangt met het inkomen. Wanneer we het woningbezit vergelijken met dat in het Vlaams Gewest wordt duidelijk dat het aantal eigenaars onder de financieel kwetsbare welzijnszorggebruikers⁵ zeer laag is (11,9% t.o.v. 65,6%). Iets minder dan 85% is huurder van zijn woning. Binnen de groep huurders is het aandeel sociale woningen en private woningen gelijk. Bijna de helft (46,2%) beschikt bovendien niet over een kwalitatief goede woonplaats en leeft in een huis met ernstige tekortkomingen, zoals schimmelplekken, onveilige verwarming of elektriciteit, structurele gebreken aan het dak, etc.

⁵ Personen met enkel gevoelens van psychisch onwelbevinden werden niet bevroegd over het thema huisvesting.

Tabel 10 Huisvesting

	Totale groep respondenten met financiële kwetsbaarheid (n=606) N (valid %)		Personen met financiële kwetsbaarheid (n=228) N (valid %)		Personen met financiële kwetsbaarheid én psychisch onwelbevinden (n=378) N (valid %)	
Eigenaar of huurder woning						
Gratis bewoner	21	(3,7)	8	(3,7)	13	(3,6)
Huurder van een sociale woning	243	(42,4)	79	(36,4)	164	(46,1)
Huurder van een private woning	241	(42,0)	99	(45,6)	142	(39,9)
Eigenaar	68	(11,9)	31	(14,3)	37	(10,4)
<i>Missing</i>	33		11		22	
Vertoont woning ernstige tekortkomingen						
Helemaal niet	312	(53,8)	132	(60,6)	180	(49,7)
Een beetje	113	(19,5)	37	(17,0)	76	(21,0)
Nogal	62	(10,7)	20	(9,2)	42	(11,6)
Tamelijk erg	54	(9,3)	15	(6,9)	39	(10,8)
Heel erg	39	(6,7)	14	(6,4)	25	(6,9)
<i>Missing</i>	26		10		16	

Hoofdstuk 3

Fysieke gezondheid en welzijn

1 Fysieke gezondheid

Hoewel de gezondheid van de algemene populatie erop vooruit gaat, tonen verschillende Europese studies aan dat de relatieve ongelijkheid in mortaliteit is toegenomen. Er is sprake van een gradiënt in mortaliteit over de verschillende sociale klassen (Willems, 2005).

Vergelijking van onderstaande cijfers met die van de Gezondheidsenquête 2008 leert dat de maatschappelijk kwetsbare KANS-respondenten een slechtere gezondheid rapporteren dan de algemene populatie in het Vlaams Gewest. Meer dan de helft (53,9%) beschrijft zijn algemene gezondheidstoestand als matig tot zeer slecht, ten opzichte van 15,8% van de 15 tot 64-jarigen in het Vlaams Gewest (Gezondheidsenquête 2008).

58,1% van de respondenten lijdt aan minstens één langdurige ziekte of aandoening. Een vierde lijdt aan meer dan één langdurige aandoening. Aandoeningen van het bewegingsstelsel of de luchtwegen worden het meest frequent gerapporteerd. De helft van zij die aan een chronische aandoening lijden wordt daardoor voortdurend belemmerd in dagelijkse bezigheden.

Naast chronische aandoeningen is ook lichamelijke pijn een belangrijke indicator van de gezondheidstoestand. Vier op vijf geeft aan de afgelopen vier weken pijn te hebben gehad, gaande van heel lichte (13,7%) tot ernstige of zeer ernstige pijn (24,2%). Voornamelijk zij die lijden aan een chronische aandoening ervaren (ernstige) pijn.

Tabel 11 Fysieke gezondheid

	Totale groep respondenten		Personen met financiële kwetsbaarheid		Personen met psychisch onwelbevinden		Personen met financiële kwetsbaarheid én psychisch onwelbevinden	
	(n=700)		(n=228)		(n=94)		(n=378)	
	N	(valid %)	N	(valid %)	N	(valid %)	N	(valid %)
Subjectieve gezondheidstoestand								
Zeer slecht	23	(3,3)	2	(0,9)	2	(2,1)	19	(5,0)
Slecht	112	(16,0)	22	(9,6)	10	(10,6)	80	(21,2)
Redelijk	242	(34,6)	67	(29,4)	34	(36,2)	141	(37,3)
Goed	252	(36,0)	107	(46,9)	39	(41,5)	106	(28,0)
Zeer goed	71	(10,1)	30	(13,2)	9	(9,6)	32	(8,5)
Langdurige aandoeningen								
Ja	396	(58,1)	118	(51,8)	30	(38,5)	248	(66,0)
Nee	286	(41,9)	110	(48,2)	48	(61,5)	128	(34,0)
Missing	18		0		16		2	
Belemmerd door langdurige ziekte in dagelijkse bezigheden	396		118		30		248	
Niet of zelden	55	(13,9)	19	(16,1)	6	(20,0)	30	(12,1)
Af en toe	146	(37,0)	52	(44,9)	9	(30,0)	85	(34,4)
Voortdurend	194	(49,1)	47	(39,8)	15	(50,0)	132	(53,4)
Missing	1		0		0		1	
Bedlegerig wegens langdurige ziekte	396		118		30		248	
Niet of zelden	307	(78,3)	99	(84,6)	25	(86,2)	183	(74,4)
Af en toe	72	(18,4)	14	(12,0)	4	(13,8)	54	(22,0)
Voortdurend	13	(3,6)	4	(2,4)	0	(0,0)	9	(3,7)
Missing	4		1		1		2	
Kleine klachten in de afgelopen 4 weken								
Helemaal niet	172	(24,9)	80	(35,6)	17	(18,1)	75	(20,1)
Een beetje	195	(28,2)	62	(27,6)	40	(42,6)	93	(24,9)
Nogal	115	(16,6)	25	(11,1)	17	(18,1)	73	(19,6)
Tamelijk veel	140	(20,2)	45	(20,0)	13	(13,8)	82	(22,0)
Zeer veel	70	(10,1)	13	(5,8)	7	(7,4)	50	(13,4)
Missing	8		3		0		5	
Pijn in de afgelopen 4 weken								
Geen	139	(20,1)	65	(28,6)	17	(18,1)	57	(15,4)
Heel licht	95	(13,7)	36	(15,9)	16	(17,0)	43	(11,6)
Licht	97	(14,0)	31	(13,7)	13	(13,8)	53	(14,3)
Nogal	194	(28,0)	50	(22,0)	30	(31,9)	114	(30,7)
Ernstig	118	(17,1)	31	(13,7)	15	(16,0)	72	(19,4)
Heel ernstig	49	(7,1)	14	(6,2)	3	(3,2)	32	(8,6)
Missing	8		1		0		7	

2 Welzijn

2.1 Veerkracht

Veerkracht werd door Rutter (1987) gedefinieerd als een buffer die mensen beschermt tegen het optreden van geestelijke gezondheidsproblemen. Personen met een grotere veerkracht worden omschreven als mensen met een hoge zelfwaardering, zelfvertrouwen, probleemoplossende vaardigheden en interpersoonlijke relaties waar men voldoening uit haalt. Mensen met een hogere veerkracht hebben ook een lagere kans op ziekte (Portzky's et al., 2010; Fresco, Williams, Nugent, 2006; Wagnild & Young, 1993; Wagnild, 2003).

De veerkrachtschaal die hier gebruikt wordt is geïnspireerd op de Resilience Scale-14 (Wagnild, 2009) en ontwikkeld door het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie. De veerkrachtschaal bestaat uit de 14 volgende vragen, waarbij de gemiddelden op deze vragen worden samen genomen om tot een totaalscore te komen:

- Ik heb het gevoel veel aan te kunnen
- Ook in moeilijke tijden blijf ik geïnteresseerd in dingen
- Ik pak mijn problemen aan
- Mijn geloof in mezelf helpt mij moeilijke momenten te doorstaan
- Op een of andere manier red ik me wel
- Onverwachte problemen brengen mij van de kaart
- Ik kan op mezelf rekenen
- Ik ben trots op wat ik heb bereikt in mijn leven
- Onverwachte gebeurtenissen schrikken me af
- Ik heb vertrouwen in mezelf
- Ook in moeilijke tijden kan ik iets vinden om mee te lachen
- Mijn leven is zinvol
- Ik heb genoeg energie om zaken te doen die ik wil doen
- Mijn problemen zie ik als een uitdaging

Veerkracht werd bevraagd in de volledige steekproef, dus bij personen met financiële kwetsbaarheid en/of psychisch onwelbevinden.

Meer dan zeven van de tien welzijnszorggebruikers zijn het er eerder of helemaal mee eens dat ze zich op de één of andere manier wel redden (81,9%), dat ze hun problemen aanpakken (77,7%) en op zichzelf kunnen rekenen (73,7%). De laagste scores stellen we vast bij 'mijn problemen zie ik als een uitdaging' (43,6%) en 'onverwachte gebeurtenissen schrikken me af' (45,4%).

In 2006 voerde het ViGEZ in het kader van Fit in Je Hoofd (www.fitinjehoofd.be) een studie uit naar veerkracht bij de Vlaamse bevolking. We gebruiken deze cijfers als referentiebasis voor de algemene bevolking in Vlaanderen. Een score van meer dan 3,80 (gemeten op een schaal van 1 tot 5) werd in deze studie beschouwd als een goede veerkracht.

Tabel 12 Veerkracht

	Steekproef Vlaamse bevolking (n=308)	Welzijnszorggebruikers (n=687)*
Goede veerkracht	61%	49,1%
Verminderde veerkracht	39%	50,9%

**Voor 13 respondenten (missing) kon geen veerkrachtscore berekend worden*

Welzijnszorggebruikers hebben een significant lagere veerkracht dan de algemene Vlaamse bevolking (two sample t-test, $t(993) = 3,476$, $p < 0,001$).

2.2 Mentale gezondheid

Recent onderzoek heeft aangetoond dat het gebruik van zorg voor emotionele of geestelijke gezondheidsproblemen niet evenwaardig in de bevolking is verdeeld, maar een weerspiegeling is van sociale en culturele factoren (Dhringra et al., 2010). In navolging van de WHO wijzen Thornicroft & Thansella (2009) op de vicieuze cirkel tussen armoede en mentale stoornissen. Enerzijds kan het optreden van mentale stoornissen leiden tot een verlies aan economische productie die op zijn beurt bijdraagt tot een verslechtering van de financiële situatie en tot armoede. Anderzijds wijzen ze erop dat de cumulatieve impact van armoede zelf duurzame effecten kan hebben op het fysieke, mentale en sociale functioneren van een persoon.

Depressie en psychische aandoeningen komen vaker voor bij personen die in slechte omstandigheden leven en/of met relatieve deprivatie geconfronteerd worden (Levecque, 2007). Butterworth et al. (2009) tonen immers aan dat vooral het zich moeten onttrekken van materiële zaken en sociale activiteiten omwille van financiële problemen samenhangt met depressie. Een lage sociaal-economische positie zou vooral zorgen voor het in stand houden van een depressie eerder dan het veroorzaken ervan (Lorant et al., 2003; Melchior et al., 2010). Ook het hebben van schulden is een belangrijke risicofactor voor mentale stoornissen (Beddington et al., 2008).

Achtereenvolgens bespreken we de indicatie van psychisch onwelbevinden, de ernst van het psychisch onwelbevinden dat als signaal van een klinische depressie kan opgevat worden, en de mate en ernst van andere vormen van psychopathologie.

2.2.1 Indicatie van psychisch onwelbevinden

In eerste instantie werden deelnemers aan de studie onder meer geselecteerd op basis van de mate waarin ze psychisch onwelbevinden ervaren. Hiervoor werd gebruik

gemaakt van de Whooley set van twee indicatoren, die een hoge sensitiviteit aantoont om klinische depressie te detecteren, maar slechts met een matige specificiteit (Whooley et al., 1997). Algemeen wordt aangenomen dat deze vormen van tests het optreden van psychisch onwelbevinden detecteren, maar geen uitsluitel kunnen geven over het optreden van een klinische depressie.

De twee indicatoren van Whooley zijn:

- Heeft u gedurende de voorbije maand vaak last gehad van neerslachtigheid, een depressief of hopeloos gevoel?
- Heeft u gedurende de laatste maand minder plezier of interesse in wat u doet?

Van de welzijnszorggebruikers die ofwel financiële kwetsbaarheid of psychisch onwelbevinden ervaren, ervaren 228 gebruikers (32,6%) enkel financiële moeilijkheden. Zij worden beschouwd als financieel kwetsbaar, maar voelen zich niet neerslachtig, depressief, hopeloos of futloos. Een kleine minderheid van 94 gebruikers in onze steekproef (13,6%) heeft wel te kampen met gevoelens van psychisch onwelbevinden, maar wordt niet beschouwd als financieel kwetsbaar volgens de eerder gegeven definitie (zie Hoofdstuk 1). De meerderheid van de gebruikers, namelijk 378 personen (54,0%), is echter zowel financieel als psychisch kwetsbaar: zij hebben een laag inkomen of verhoogde tegemoetkoming en voelen zich neerslachtig, depressief, futloos of hopeloos.

2.2.2 Ernst van het psychisch onwelbevinden

Psychisch onwelbevinden hoeft niet onmiddellijk op een psychische aandoening te wijzen die klinische aandacht vergt. Het kan het gevolg zijn van een rouwreactie, na een ingrijpende levensgebeurtenis of tijdelijk van aard zijn. Psychosociale interventies in een eerstelijnszorg volstaan hier meestal om het psychisch onwelbevinden te verminderen. In sommige gevallen is echter toch gespecialiseerde hulp nodig. Dit is zo als er sprake is van depressieve symptomen die kunnen wijzen op een klinische vorm van majeure depressie.

Om de personen op te sporen die mogelijks met een klinische vorm van depressie kampen, wordt de Beck Depression Inventory gebruikt. Vanaf matige tot ernstige depressieve scores kan men spreken van een indicatie van klinische depressie, die best verder opgevolgd wordt in een gespecialiseerde setting.

De symptomen waarmee welzijnszorggebruikers met psychisch onwelbevinden in onze studie het vaakst kampen, zijn vermoeidheid (74,2% wordt sneller moe dan vroeger), slaapproblemen (72,1% kan minder goed slapen dan voorheen), minder plezier beleven dan vroeger (68,8%), minder energie hebben om het werk goed uit te voeren (63,9%), sneller geërgerd geraken dan vroeger (61,6%) en meer moeite hebben met het nemen van beslissingen dan voorheen (61,3%).

De antwoorden op de symptomen worden samengerekend tot een score op de Beck Depression Inventory (zie tabel 13). De scores worden ingedeeld in categorieën van minimaal tot ernstig (Nolen & Dingemans, 2004).

Tabel 13 Beck Depression Inventory

	Personen met psychisch onwelbevinden (n=472)	
	N	(valid %)
Minimaal (BDI score van 0-13)	204	(44,2)
Mild (BDI score van 14-19)	94	(20,3)
Matig (BDI score van 20-28)	79	(17,1)
Ernstig (BDI score van 29-63)	85	(18,4)
<i>Missing</i>	10	

Een derde van de respondenten met psychisch onwelbevinden (35,5 %) hebben een matige tot ernstige vorm van depressiviteit. Voor hen kan gespecialiseerde hulpverlening aangewezen zijn.

Tabel 14 Beck Depression Inventory bij module 2 en 3 welzijnszorggebruikers

	Personen met enkel psychisch onwelbevinden (n=94)		Personen met psychisch onwelbevinden en financiële kwetsbaarheid (n=378)	
	N	(valid %)	N	(valid %)
Minimaal (BDI score van 0-13)	41	(44,6)	163	(44,1)
Mild (BDI score van 14-19)	25	(27,2)	69	(18,6)
Matig (BDI score van 20-28)	12	(13,0)	67	(18,1)
Ernstig (BDI score van 29-63)	14	(15,2)	71	(19,2)
<i>Missing</i>	2		8	

Opm. Deze vragen werden niet gesteld bij mensen die geen psychisch onwelbevinden ervaren. Er zijn daarom geen resultaten voor module 1.

Er zijn geen significante verschillen naar de ernst van depressieve symptomen bij de welzijnszorggebruikers die enkel psychisch onwelbevinden ervaren en zij die daarbovenop ook financiële problemen ervaren.

2.2.3 Psychiatrische problematiek

Hoewel majeure depressie een zeer belangrijke en één van de vaakst voorkomende vormen van psychische aandoeningen is, treden ook andere mentale stoornissen vaker op bij mensen die kwetsbaar zijn in de samenleving (Sundquist & Ahlen, 2006; Bruffaerts, Bonneweyn & Demyttenaere, 2009).

Een breed scala van psychische klachten wordt gemeten aan de hand van de Brief Symptom Inventory (BSI), die een indicatie van de ernst van de psychopathologie geeft. De BSI bestaat uit verschillende schalen:

- Somatische klachten (in de overzichtstabel weergegeven als SOM)
- Problemen in cognitieve functies (COG)
- Interpersoonlijke sensitiviteit (INT)
- Depressie (DEP)
- Angst (ANG)
- Hostiliteit (HOS)
- Fobische angst (FOB)
- Paranoïde ideatie (PAR)
- Psychoticisme (PSY)

De scores op de BSI werden vergeleken met de normscores van poliklinische patiëntenpopulaties om een indicatie te geven van het aantal mensen in onze doelgroep voor wie gespecialiseerde interventies aangewezen kunnen zijn (de Beurs, 2009).

Meer dan acht van de tien welzijnszorggebruikers met psychisch onwelbevinden voelen zich tenminste een beetje zenuwachtig (85,1%), snel geërgerd aan iets (83,6%) en hebben het gevoel dat mensen niet te vertrouwen zijn (83,0%).

Ongeveer een derde van de welzijnszorggebruikers die psychisch onwelbevinden ervaren, voelt zich tamelijk tot heel veel zenuwachtig (36,5%), heeft het gevoel dat mensen niet te vertrouwen zijn (34,4%), voelt zich somber (30,8%), gespannen en opgefokt (29,6%), eenzaam (29,6%), heeft het gevoel dat anderen misbruik maken van hen (29,5%), ergert zich snel aan iets (29,4%) en is gauw geraakt of gekwetst (29,1%).

Het minst vaak komen gevoelens van hostiliteit voor: 4% heeft tamelijk tot heel veel de aandrang om iemand pijn te doen, 6,2% krijgt tamelijk tot heel veel snel ruzie en 6,4% heeft tamelijk tot heel veel de aandrang om dingen stuk te gooien of slaan.

Deze vragen vormen samen negen subschalen, die worden samengevoegd tot één totaalscore (TOT). In onderstaande tabel worden de scores op de subschalen en totaalscore vergeleken met de normen van een klinische patiëntenpopulatie.

Tabel 15 De scores op de 10 subschalen van de BSI voor de steekproef vergeleken met de normen van een klinische patiëntenpopulatie

	SOM n=472 N (valid %)	COG n=472 N (valid %)	INT n=472 N (valid %)	DEP n=472 N (valid %)	ANG n=472 N (valid %)	HOS n=472 N (valid %)	FOB n=472 N (valid %)	PAR n=472 N (valid %)	PSY n=470 N (valid %)	TOT n=471 N (valid %)
Beneden gemiddeld tot zeer laag	135 (28,7)	196 (43,6)	175 (37,2)	205 (43,5)	175 (37,2)	125 (26,6)	188 (39,9)	68 (14,4)	193 (41,1)	178 (37,8)
Gemiddeld	81 (17,2)	77 (17,1)	107 (22,7)	90 (19,1)	103 (21,9)	109 (23,2)	83 (17,6)	74 (15,7)	87 (18,5)	99 (21,0)
Boven gemiddeld tot zeer hoog	255 (54,1)	177 (39,3)	189 (40,1)	176 (37,4)	193 (41,0)	236 (50,2)	200 (42,5)	329 (69,9)	190 (40,4)	194 (41,2)
<i>Missing</i>	<i>1</i>	<i>22</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>1</i>

Ongeveer vier van de tien respondenten scoren boven het gemiddelde op de totale BSI score. Het aantal respondenten met bovengemiddelde scores ligt het hoogste voor paranoia gevoelens (69,9%), somatische klachten (54,1%) en hostiliteit (50,2%). Gevoelens van hostiliteit komen weliswaar in de steekproef niet zo vaak voor, maar toch komen ze in sterkere mate voor dan kan verwacht worden op basis van de bevolkingsnormen.

Tabel 16 De scores op de BSI subschalen vergeleken met de normen van een klinische patiëntenpopulatie voor welzijnszorggebruikers in module 2 en 3

	Personen met enkel psychisch onwelbevinden (module 2) (n=94) N (valid %)	Personen met psychisch onwelbevinden en financiële kwetsbaarheid (module 3) (n=378) N (valid %)
SOM	N=93	N=378
Beneden gemiddeld*	34 (36,6)	101 (26,7)
Gemiddeld	17 (18,3)	64 (16,9)
Boven gemiddeld**	42 (45,2)	213 (56,3)
COG	N=92	N=358
Beneden gemiddeld*	42 (45,7)	154 (43,0)
Gemiddeld	20 (21,7)	57 (15,9)
Boven gemiddeld**	30 (32,6)	147 (41,1)
INT	N=93	N=378
Beneden gemiddeld*	33 (35,5)	142 (37,6)
Gemiddeld	18 (19,4)	89 (23,5)
Boven gemiddeld**	42 (45,2)	147 (38,9)
DEP	N=93	N=378
Beneden gemiddeld*	48 (51,6)	157 (41,5)
Gemiddeld	18 (19,4)	72 (19,0)
Boven gemiddeld**	27 (29,0)	149 (39,4)

ANG	N=93	N=378
Beneden gemiddeld*	38 (40,9)	137 (36,2)
Gemiddeld	24 (25,8)	79 (20,9)
Boven gemiddeld**	31 (33,3)	162 (42,9)
HOS	N=93	N=377
Beneden gemiddeld*	25 (26,9)	100 (26,5)
Gemiddeld	25 (26,9)	84 (22,3)
Boven gemiddeld**	43 (46,2)	193 (51,2)
FOB	N=93	N=378
Beneden gemiddeld*	39 (41,9)	149 (39,4)
Gemiddeld	20 (21,5)	63 (16,7)
Boven gemiddeld**	34 (36,6)	166 (43,9)
PAR	N=93	N=378
Beneden gemiddeld*	15 (16,1)	53 (14,0)
Gemiddeld	15 (16,1)	59 (15,6)
Boven gemiddeld**	63 (67,7)	266 (70,4)
PSY	N=93	N=377
Beneden gemiddeld*	51 (54,8)	142 (37,7)
Gemiddeld	10 (10,8)	77 (20,4)
Boven gemiddeld**	32 (34,4)	158 (41,9)
TOT	n=93	N=378
Beneden gemiddeld*	36 (38,7)	142 (37,6)
Gemiddeld	26 (28,0)	73 (19,3)
Boven gemiddeld**	31 (33,3)	163 (43,1)

*beneden gemiddeld tot zeer laag

**boven gemiddeld tot zeer hoog

Opm. Deze vragen werden niet gesteld bij mensen die geen psychisch onwelbevinden ervaren. Er zijn daarom geen resultaten voor module 1.

Er zijn geen significante verschillen in de totale score van psychopathologie tussen de welzijnszorggebruikers met enkel psychisch onwelbevinden en diegenen die daarnaast ook financiële kwetsbaarheid ervaren. Welzijnszorggebruikers die met psychisch onwelbevinden en financiële kwetsbaarheid te kampen hebben, hebben wel een hogere mate van psychoticisme ($\chi^2 (2) = 10,165, p < 0,001$). Psychoticisme wordt gekenmerkt door gevoelens zoals gestraft te worden, zich met niemand verbonden te voelen, dat anderen je gedachten kunnen beïnvloeden en het gevoel te hebben dat er psychisch wat mankeert.

2.2.4 Copingvaardigheden

“Coping” is een benaming voor de manieren waarop mensen omgaan met stressvolle gebeurtenissen. Het ‘stress en coping’ paradigma stelt dat de impact van stressoren kan gemedieerd worden door deze copingvaardigheden en sociale steun, om zo in goede gezondheid te blijven (Billings & Moos, 1984). Van copingvaardigheden werd o.a. aangetoond dat zij zowel helpen beschermen tegen het optreden van een eerste depressie (Wang & Patten, 2002) als tegen het herval (Conradi, de Jonge & Ormel, 2008).

De Coping Inventory for Stressful Situations onderscheidt drie vormen van copingstrategieën: taakgerichte coping, emotiegerichte en vermijdingsgerichte coping.

Tabel 17 Drie vormen van coping

Vorm van coping	Beschrijving
Taakgerichte coping	Doelbewuste, taakgeoriënteerde pogingen, gericht op het oplossen van een probleem, het cognitief herstructureren van het probleem of het veranderen van de situatie.
Emotiegerichte coping	Emotionele reacties die als doel hebben stress te reduceren (maar niet noodzakelijkerwijze succesvol zijn). Emotionele reacties zijn bijvoorbeeld: zichzelf verwijten maken, boos worden, gespannen raken of fantaseren over hoe de situatie zou kunnen uitpakken
Vermijdingsgerichte coping	Activiteiten die gericht zijn op het vermijden van een stressvolle situatie door bijvoorbeeld afleiding te zoeken of gezelschap te zoeken

Uit: de Ridder & van Heck (2004)

De antwoorden van deze vragen worden opgeteld tot een score per subschaal. De gemiddelde waarden per subschaal worden in onderstaande tabel weergegeven.

Tabel 18 De gemiddelde waarden op de subschalen van copingvaardigheden bij welzijnszorggebruikers met psychisch onwelbevinden

	Gemiddelde waarde op subschaal (SD)	
	N	(valid %)
Taakgerichte coping	52,66	(12,14)
Emotiegerichte coping	42,76	(12,64)
Vermijdingsgerichte coping	45,31	(13,03)
Afleiding zoeken	21,46	(6,94)
Gezelschap zoeken	15,50	(5,30)

De antwoorden op de subschalen worden vergeleken met normscores voor Nederlandse werkende volwassenen (de Ridder & van Heck, 2004).

Tabel 19 Copingvaardigheden bij welzijnszorggebruikers met psychisch onwelbevinden, vergeleken met normscores van werkende volwassenen

	Taakgerichte coping (n=472) N (valid %)	Emotie-gerichte coping (n=472) N (valid %)	Vermijdings-gerichte coping (n=472) N (valid %)	Afleiding zoeken (n=472) N (valid %)	Gezelschap zoeken (n=472) N (valid %)
Beneden gemiddeld tot zeer laag	299 (66,0)	134 (29,2)	197 (44,3)	158 (35,5)	218 (48,0)
Gemiddeld	61 (13,5)	59 (12,9)	57 (12,8)	73 (16,4)	62 (13,7)
Boven gemiddeld tot zeer hoog	93 (20,5)	266 (58,0)	191 (42,9)	214 (48,1)	174 (38,3)
<i>Missing</i>	19	13	27	27	18

Zesenzestig procent van de respondenten met psychisch onwelbevinden gebruikt minder dan gemiddeld taakgerichte copingvaardigheden, terwijl 58,0% meer dan gemiddeld emotiegerichte coping gebruikt. De respondenten die psychisch onwelbevinden ervaren, gebruiken beduidend minder taakgerichte copingvaardigheden dan de algemene bevolking, terwijl ze beduidend meer emotiegerichte copingvaardigheden gebruiken dan de algemene bevolking. Het gebruik van taakgerichte copingvaardigheden zou net beschermend werken tegen het optreden van een depressie, terwijl emotiegerichte vaardigheden het omgekeerde effect hebben en het risico op een depressie verhogen (Christensen & Kessing, 2005).

Tabel 20 Copingvaardigheden van welzijnszorggebruikers in module 2 en 3, vergeleken met normscores van werkende volwassenen

	Personen met enkel psychisch onwelbevinden (module 2)		Personen met psychisch onwelbevinden en financiële kwetsbaarheid (module 3)	
	(n=94) N	(valid %)	(n=378) N	(valid %)
Taakgerichte coping	N=92		N=361	
Beneden gemiddeld*	68	(73,9)	231	(64,0)
Gemiddeld	14	(15,2)	47	(13,0)
Boven gemiddeld**	10	(10,9)	83	(23,0)
Emotiegerichte coping	N=92		N=367	
Beneden gemiddeld*	29	(31,5)	105	(28,6)
Gemiddeld	14	(15,2)	45	(12,3)
Boven gemiddeld**	49	(53,3)	217	(59,1)
Vermijdingsgerichte coping	N=91		N=354	
Beneden gemiddeld*	41	(45,1)	156	(44,1)
Gemiddeld	13	(14,3)	44	(12,4)
Boven gemiddeld**	37	(40,7)	154	(43,5)
Afleiding zoeken	N=91		N=354	
Beneden gemiddeld*	36	(39,6)	122	(34,5)
Gemiddeld	14	(15,4)	59	(16,7)
Boven gemiddeld**	41	(45,1)	173	(48,9)
Gezelschap zoeken	N=90		N=364	
Beneden gemiddeld*	41	(45,6)	177	(48,6)
Gemiddeld	11	(12,2)	51	(14,0)
Boven gemiddeld**	38	(42,2)	136	(37,4)

* beneden gemiddeld tot zeer laag

** boven gemiddeld tot zeer hoog

Opm. Deze vragen werden niet gesteld bij personen die geen psychisch onwelbevinden ervaren. Er zijn daarom geen resultaten voor module 1.

Er is een significant verschil tussen de welzijnszorggebruikers die enkel psychisch onwelbevinden ervaren en de gebruikers die zowel psychisch onwelbevinden als financiële kwetsbaarheid ervaren in het gebruik van taakgerichte copingstrategieën: personen die enkel psychische problemen ervaren gebruiken significant minder taakgerichte coping dan personen die psychische en financiële problemen ervaren ($\chi^2(2) = 6,605, p < 0,05$).

Hoofdstuk 4

Sociale contacten en sociaal kapitaal

Dit hoofdstuk bespreekt de aanwezigheid van sociale contacten en andere elementen van sociaal kapitaal bij de respondenten. Sociaal kapitaal omvat twee essentiële componenten. Enerzijds is er de structurele component, waarmee men iemands sociaal netwerk, sociale relaties en de verbinding met anderen bedoelt. Anderzijds is er ook een cognitieve component, die vooral doelt op vertrouwen, normen, etc. Beide componenten komen hieronder aan bod.

Naar aanleiding van de toenemende onderzoeks aandacht voor de relatie tussen armoede en sociaal kapitaal, werd ervoor gekozen om elementen van sociaal kapitaal uitgebreider te bevragen bij personen met financiële kwetsbaarheid.

Gevoelens van eenzaamheid, subjectieve perceptie van sociale contacten en sociale steun werden bevraagd bij de volledige respondentengroep. De vragen die peilen naar netwerkdiversiteit en vertrouwen werden enkel voorgelegd aan de financieel kwetsbare respondenten.

1 Gevoelens van eenzaamheid

Eenzaamheid is een subjectief gegeven. Het ontbreken van sociale contacten impliceert niet noodzakelijk dat iemand zich eenzaam voelt. Eenzaamheid wordt verondersteld op te treden wanneer er een discrepantie is tussen de relaties zoals iemand ze heeft en de relaties zoals iemand ze zich wenst (Gordon, 1976).

Een vierde van de respondenten (26,8%) ervaart vaak tot voortdurend gevoelens van eenzaamheid, 34,4% geeft aan zich af en toe eenzaam te voelen.

Tabel 21 Gevoelens van eenzaamheid

	Totale groep respondenten (n=700) N (valid %)	Personen met financiële kwetsbaarheid (n=228) N (valid %)	Personen met psychisch onwelbevinden (n=94) N (valid %)	Personen met financiële kwetsbaarheid én psychisch onwelbevinden (n=378) N (valid %)
Gevoelens van eenzaamheid				
Nooit	141 (20,3)	60 (26,4)	19 (20,2)	62 (16,6)
Bijna nooit	128 (18,4)	60 (26,4)	17 (18,1)	51 (13,7)
Af en toe	239 (34,4)	75 (33,1)	32 (34,0)	132 (35,4)
Vaak	89 (12,8)	18 (7,9)	7 (7,4)	64 (17,2)
Heel vaak	64 (9,2)	6 (2,7)	12 (12,8)	46 (12,3)
Voortdurend	33 (4,8)	8 (3,5)	7 (7,4)	18 (4,8)
Missing	6	1	0	5

2 Appreciatie van sociale contacten

De appreciatie van de sociale contacten peilt naar de kwaliteit van de sociale contacten, in plaats van naar de kwantiteit, zoals vb. netwerkdiversiteit, dat later aan bod komt, doet.

Het percentage respondenten dat aangeeft zijn/haar sociale contacten vrij tot zeer onbevredigend te vinden is hoog (17,4%), zeker in vergelijking met de Gezondheidsenquête 2008, waar slechts 5,0% van de 15-64 jarigen in het Vlaams Gewest ontevreden is over zijn sociale contacten.

Tabel 22 Appreciatie van sociale contacten

	Totale groep respondenten (n=700) N (valid %)	Personen met financiële kwetsbaarheid (n=228) N (valid %)	Personen met psychisch onwelbevinden (n=94) N (valid %)	Personen met financiële kwetsbaarheid én psychisch onwelbevinden (n=378) N (valid %)
Appreciatie sociale contacten				
Zeer bevredigend	194 (28,0)	71 (31,1)	27 (29,3)	96 (25,8)
Vrij bevredigend	377 (54,5)	130 (57,0)	43 (46,7)	204 (54,8)
Vrij onbevredigend	82 (11,8)	20 (8,8)	15 (16,3)	47 (12,6)
Zeer onbevredigend	39 (5,6)	7 (3,1)	7 (7,6)	25 (6,7)
Missing	8	0	2	6

3 Sociale steun

Meer dan vier op vijf geeft aan sociale ondersteuning van een goede kwaliteit te ondervinden. Toch is het aandeel personen dat een gebrekkige sociale steun ondervindt opvallend groter dan bij de algemene populatie (15,8% t.o.v. 6,5% van de Vlamingen in de Gezondheidsenquête 2004⁶).

Tabel 23 Sociale steun

	Totale groep respondenten (n=700) N (valid %)	Personen met financiële kwetsbaarheid (n=228) N (valid %)	Personen met psychisch onwelbevinden (n=94) N (valid%)	Personen met financiële kwetsbaarheid én psychisch onwelbevinden (n=378) N (valid %)
Weinig steun uit de omgeving	99 (15,8)	25 (12,4)	10 (11,2)	64 (19,0)
Sociale ondersteuning van een goede kwaliteit	528 (84,2)	176 (87,6)	79 (88,8)	273 (81,0)
<i>Missing</i>	73	27	5	41

Er laten zich verschillen optekenen naargelang de soort van ondersteuning. De scores met betrekking tot affectieve steun zijn over het algemeen relatief laag. Zo geeft 27,3% aan dat er zelden of nooit iemand is die hen liefde en affectie geeft, 38,7% heeft zelden of nooit iemand die hen knuffelt wanneer ze daar nood aan hebben. Daarnaast ontvangt een relatief grote groep (26,1%) ook weinig of geen praktische ondersteuning. Het gaat dan om iemand ter beschikking hebben om te helpen met het dagelijkse werk als je ziek bent, iemand die je helpt om het bed te houden, etc. Emotionele en informatieve ondersteuning en positieve interactie scores beter.

⁶ KANS gebruikt de "Medical Outcome Study Social Support Survey" (MOS) om de kwaliteit van sociale steun in kaart te brengen. Gezondheidsenquête 2004 is de laatste waarin ook de MOS gehanteerd wordt.

4 Diversiteit van het sociale netwerk

Om de diversiteit van het sociale netwerk in kaart te brengen werd nagegaan in hoeveel verschillende sociale relaties de respondent een actieve sociale rol vervult. De voorwaarde die gesteld wordt om van een sociale rol te spreken is minstens één maal per 14 dagen contact hebben met minstens één persoon binnen de gepresenteerde sociale relaties, nl. buurt, vrienden, vrijwilligerswerk, religie, job, kinderen, ouders, schoonouders, andere verenigingen, etc.

Tabel 24 Netwerkdiversiteit

	Totale groep respondenten met financiële kwetsbaarheid (n=606)		Personen met financiële kwetsbaarheid (n=228)		Personen met financiële kwetsbaarheid én psychisch onwelbevinden (n=378)	
	N	(valid %)	N	(valid %)	N	(valid %)
Netwerkdiversiteit						
Laag	248	(41,8)	78	(35,3)	170	(45,6)
Gemiddeld	257	(43,2)	100	(45,2)	157	(42,1)
Hoog	89	(15,0)	43	(19,5)	46	(12,3)
<i>Missing</i>	12		7		5	

Een lage netwerkdiversiteit wijst erop dat iemand een sociale rol vervult in nul tot drie verschillende sociale relaties, een gemiddelde netwerkdiversiteit staat voor vier à vijf verschillende sociale relaties. Personen met een hoge netwerkdiversiteit vervullen een sociale rol binnen 6 of meer verschillende sociale relaties (Cohen, 1997).

Vier op de tien respondenten vervult een actieve sociale rol binnen drie of minder verschillende sociale relaties. Het percentage personen dat een sociale rol opneemt in zes of meer sociale relaties ligt met 15,0% eerder laag.

5 Vertrouwen

De respondenten hebben een relatief laag vertrouwen in andere mensen. Net geen 15% geeft aan niemand te vertrouwen. Hulpverleners kunnen op een groter vertrouwen rekenen.

Tabel 25 Vertrouwen

	Totale groep respondenten met financiële kwetsbaarheid		Personen met financiële kwetsbaarheid		Personen met financiële kwetsbaarheid én psychisch onwelbevinden	
	N	(valid %)	N	(valid %)	N	(valid %)
Vertrouwen						
❖ In andere mensen						
Alle mensen	5	(0,9)	2	(0,9)	3	(0,8)
De meeste mensen	137	(23,4)	59	(27,4)	78	(21,1)
Enkele mensen	357	(61,1)	133	(61,9)	224	(60,7)
Niemand	85	(14,6)	21	(9,8)	64	(17,3)
<i>Missing</i>	22		13		9	
❖ Huisartsen						
Volledig	277	(47,8)	104	(48,6)	173	(47,4)
Eerder wel	240	(41,5)	89	(41,6)	151	(41,4)
Eerder niet	46	(7,9)	16	(7,5)	30	(8,2)
Helemaal niet	16	(2,8)	5	(2,3)	11	(3,0)
<i>Missing</i>	27		14		13	
❖ Ziekenfondsen						
Volledig	222	(39,4)	92	(44,4)	130	(36,5)
Eerder wel	263	(46,7)	98	(47,3)	165	(43,6)
Eerder niet	59	(10,5)	13	(6,3)	46	(12,9)
Helemaal niet	19	(3,4)	4	(1,9)	15	(4,2)
<i>Missing</i>	43		21		22	
❖ Welzijnswerkers						
Volledig	205	(36,2)	72	(34,4)	133	(37,2)
Eerder wel	265	(46,7)	109	(52,2)	156	(43,6)
Eerder niet	65	(11,5)	19	(9,1)	46	(12,8)
Helemaal niet	32	(5,6)	9	(4,3)	23	(6,4)
<i>Missing</i>	39		19		20	

Hoofdstuk 5

Kennis van voorzieningen

Bekendheid met zorgvoorzieningen is een belangrijke voorwaarde voor het gebruik ervan. Om de bekendheid van het OCMW, CAW en ICAW in kaart te brengen werd aan de respondenten gevraagd in welke mate ze vertrouwd zijn met deze drie zorgvoorzieningen.

In wat volgt wordt onderscheid gemaakt in kennis over de voorziening tussen personen die gebruik maken van de voorziening en personen die er geen gebruik van maken. Op die manier wordt enerzijds duidelijk of er personen zijn die gebruik maken van een voorziening zonder zich daar bewust van te zijn en anderzijds de mate waarin voorzieningen bekend zijn bij niet-gebruikers.

Gebruik wordt gemeten aan de hand van het inclusiekanaal – inclusie via een voorziening impliceert het gebruik ervan op het moment van inclusie - en de antwoorden op het huidige zorggebruik. Op die manier worden ook de respondenten die geïncludeerd werden via een bepaalde voorziening, maar er zich mogelijk niet bewust van zijn dat ze van die voorziening gebruik maken, geselecteerd als gebruikers.

Ten slotte wordt ingegaan op het bekend zijn met het huidige aanbod van andere zorg- en dienstverlening.

1 Bekendheid OCMW

1.1 Niet OCMW-gebruikers

Respondenten worden slechts als niet-gebruiker van het OCMW geclassificeerd indien ze niet geïncludeerd werden via een OCMW, noch aangeven gebruik te maken van het OCMW op het moment van bevraging. Aangezien 43 personen geen geldig antwoord gaven op de vragen over huidige zorggebruik, en er bijgevolg geen uitsluitel is of deze personen al dan niet gebruik maken van OCMW, worden deze hier niet opgenomen.

Tabel 26 Bekendheid OCMW bij niet-gebruikers

	Respondenten die geen gebruik maken van het OCMW (n=229)	
	N	(valid %)
OCMW		
Nooit van gehoord	4	(1,8)
Al van gehoord maar ken het niet echt	33	(14,6)
Ken het	189	(83,6)
<i>Missing</i>	3	

De bekendheid van het OCMW is groot. Nagenoeg iedereen heeft ten minste al van het OCMW gehoord, 83,6% geeft aan de voorziening ook echt te kennen.

1.2 OCMW-gebruikers

Zowel personen die geïncludeerd werden via een OCMW als personen die aangeven op het moment van bevraging gebruik te maken van het OCMW worden hier gecategoriseerd als OCMW-gebruikers.

Tabel 27 Bekendheid OCMW bij gebruikers

	Respondenten die gebruik maken van het OCMW (n=452)	
	N	(valid %)
OCMW		
Nooit van gehoord	1	(0,2)
Al van gehoord maar ken het niet echt	7	(1,6)
Ken het	438	(98,2)
<i>Missing</i>	6	

Bovenstaande tabel toont aan dat er nauwelijks discrepantie bestaat tussen gebruik en bekendheid van de voorziening bij het OCMW. Amper één OCMW-gebruiker geeft aan nog nooit van het OCMW gehoord te hebben.

2 Bekendheid CAW

2.1 Niet CAW-gebruikers

Respondenten worden slechts als niet-gebruiker van het CAW geclassificeerd indien ze niet geïncludeerd werden via een CAW, noch aangeven gebruik te maken van het CAW op het moment van bevraging. Ook hier worden de 43 respondenten die niet geldig antwoordden op de vraag omtrent huidig zorggebruik niet opgenomen.

Tabel 28 Bekendheid CAW bij niet-gebruikers

	Respondenten die geen gebruik maken van het CAW (n=466)	
	N	(valid %)
CAW	460	
Nooit van gehoord	208	(45,2)
Al van gehoord maar ken het niet echt	119	(25,9)
Ken het	133	(28,9)
<i>Missing</i>	6	

De bekendheid van het CAW bij niet-gebruikers is eerder laag. Bijna de helft (45,2%) geeft aan nog nooit van het CAW gehoord te hebben.

2.2 CAW-gebruikers

De selectie van CAW-gebruikers gebeurde in overeenstemming met de wijze waarop de OCMW-gebruikers geselecteerd werden.

Tabel 29 Bekendheid CAW bij gebruikers

	Respondenten die gebruik maken van het CAW (n=197)	
	N	(valid %)
CAW		
Nooit van gehoord	11	(5,6)
Al van gehoord maar ken het niet echt	9	(4,5)
Ken het	176	(89,9)
<i>Missing</i>	1	

Negen op tien van de CAW-gebruikers kent het CAW. De overige tien procent geeft aan nog nooit van het CAW gehoord te hebben of heeft er wel al van gehoord maar kent het niet echt. Deze respondenten doen met andere woorden beroep op (een dienst van) het CAW, zonder zich daar (volledig) bewust van te zijn.

3 Bekendheid ICAW

3.1 Niet ICAW-gebruikers

De selectie van niet ICAW-gebruikers gebeurde op dezelfde wijze als bij de niet OCMW en niet CAW gebruikers. De bekendheid van ICAW bij personen die er geen gebruik van maken is relatief laag. Het ICAW is bekend bij slechts 40,7% van de niet-gebruikers.

Tabel 30 Bekendheid ICAW bij niet-gebruikers

	Respondenten die geen gebruik maken van het ICAW (n=422)	
	N	(valid %)
ICAW		
Nooit van gehoord	175	(41,9)
Al van gehoord maar ken het niet echt	73	(17,5)
Ken het	170	(40,7)
<i>Missing</i>	4	

3.2 ICAW-gebruikers

Personen die geïncludeerd werden via de mutualiteiten of het ICAW en/of aangeven op het moment van bevraging gebruik te maken van de diensten van een ICAW worden opgenomen als ICAW-gebruiker.

Tabel 31 Bekendheid ICAW bij gebruikers

	Respondenten die gebruik maken van het ICAW (n=248)	
	N	(valid %)
ICAW	244	
Nooit van gehoord	60	(24,6)
Al van gehoord maar ken het niet echt	20	(8,2)
Ken het	164	(67,2)
<i>Missing</i>	4	

Er is sprake van een relatief grote discrepantie tussen gebruik en bekendheid bij het ICAW. Een op vier zegt nog nooit van het ICAW gehoord te hebben, dit terwijl deze personen wel beroep doen op de zorg- en/of dienstverlening die het ICAW aanbiedt.

4 Bekendheid van meer specifieke vormen van maatschappelijke dienstverlening

In tabel 31 wordt de mate van bekendheid van enkele meer specifieke vormen van maatschappelijke dienstverlening weergegeven. Om de bevraginglast voor de respondenten te beperken werd ervoor gekozen om niet alle specifieke voorzieningen aan elke respondent voor te leggen. De bekendheid van Sociale Dienst van het Comité van de Bijzondere Jeugdzorg, Centrum voor Leerlingenbegeleiding (CLB), Vereniging waar armen het woord nemen, Opvoedingswinkel en Dienstencentrum (van het OCMW) kwam bijgevolg enkel aan bod in de vragenlijst die afgenomen werd bij de personen in een financieel kwetsbare situatie (n=606). We benadrukken dat deze voorzieningen zich richten op een breder publiek dan enkel personen in een financieel kwetsbare situatie.

Bij de personen met psychisch onwelbevinden (n=472) werd gepeild naar de kennis over het bestaan en de werking van voorzieningen die zich specifiek richten op de aanpak van psychische problemen. De voorzieningen die aan bod kwamen zijn: Psychiatrisch ziekenhuis, Psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis (PAAZ), Dagactiviteitencentrum, Privépsychotherapeut, Centrum Geestelijke Gezondheidszorg en zelfhulpgroep.

De bekendheid van gezinshulp/thuishulp werd bij elke respondent bevroegd.

Tabel 32 Bekendheid meer specifieke vormen van maatschappelijke dienstverlening

	Ken het	Al van gehoord maar ken het niet echt	Nog nooit van gehoord	<i>Missing</i>
	N (valid %)	N (valid %)	N (valid %)	
Gezins hulp/thuishulp (n=700)	417 (60,8)	179 (26,1)	90 (13,1)	14
Dienstencentrum van het OCMW (n= 606)	354 (60,8)	122 (21,0)	106 (18,2)	24
Opvoedingswinkel (n=606)	92 (16,0)	75 (13,0)	408 (71,0)	31
Vereniging waar armen het woord nemen (n= 606)	98 (17,0)	90 (15,6)	389 (67,4)	29
CLB (n=606)	302 (52,0)	108 (18,6)	171 (29,4)	25
Sociale Dienst van het Comité van de Bijzondere Jeugdzorg (n=606)	202 (34,8)	168 (29,0)	210 (36,0)	26
Psychiatrisch ziekenhuis (n=472)	272 (59,1)	112 (24,3)	76 (16,5)	12
PAAZ (n=472)	253 (55,4)	106 (23,2)	98 (21,4)	15
Dagactiviteitencentrum (n=472)	171 (37,3)	107 (23,3)	181 (39,4)	13
Privépsychotherapeut (n=472)	160 (34,8)	111 (24,1)	189 (41,1)	12
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (n=472)	211 (46,0)	101 (22,0)	147 (32,0)	13
Zelfhulpgroep (n=472)	152 (33,0)	135 (29,3)	173 (37,6)	12

Opvoedingswinkel en Vereniging waar armen het woord nemen zijn gekend bij minder dan 20% van de financieel kwetsbare zorggebruikers. Daarnaast is ook de bekendheid van Sociale Dienst van het Comité van de Bijzondere Jeugdzorg laag. Dienstencentrum en CLB scoren beter. Bij beide voorzieningen geeft meer dan de helft van de personen met financiële kwetsbaarheid aan ze te kennen.

Meer dan de helft van de zorggebruikers die gevoelens van psychisch onwelbevinden ervaren is niet op de hoogte van het bestaan en/of de werking van het dagactiviteitencentrum, een privépsychotherapeut, een zelfhulpgroep en het CGG. Het aantal mensen dat nog nooit van deze voorzieningen gehoord heeft situeert zich tussen de 32,0% (CGG) en 41,1% (privépsychotherapeut). Het psychiatrisch ziekenhuis en PAAZ genieten een iets grotere bekendheid.

5 Conclusie

OCMW geniet de grootste bekendheid, ook bij niet-gebruikers. CAW en ICAW zijn in mindere mate bekend bij niet-gebruikers, respectievelijk 45,2% en 41,9% geeft aan nog nooit van deze voorzieningen gehoord te hebben. De resultaten tonen bovendien aan dat het gebruik van een voorziening niet noodzakelijk impliceert dat de voorziening ook gekend is door de gebruiker. Voornamelijk het ICAW, waar slechts 67,2% van de gebruikers aangeeft het ICAW te kennen, kampt met dit probleem. Ook bij CAW blijkt 10,1% van de gebruikers er zich niet van bewust te zijn dat ze beroep doen op de dienstverlening van een CAW.

Bij de meer specifieke vormen van maatschappelijke dienstverlening laten voornamelijk de opvoedingswinkel, Vereniging waar armen het woord nemen, Sociale Dienst van het Comité Bijzondere Jeugdzorg, privépsychotherapeut, dagactiviteitencentrum en zelfhulpgroep een lage mate van bekendheid optekenen.

Hoofdstuk 6

Zorggebruik

Dit hoofdstuk behandelt het zorggebruik van de respondenten. In deel één komt het gebruik van (eerstelijns) welzijnsvoorzieningen aan bod. In het tweede deel van dit hoofdstuk wordt het gezondheidszorggebruik geanalyseerd.

1 Welzijnszorgvoorzieningen

Het in kaart brengen van het zorggebruik en de zorgtrajecten die personen met financiële kwetsbaarheid en/of psychisch onwelbevinden doorlopen, staat centraal binnen het KANS-onderzoek. In de eerste bevraging werd aan de respondenten gevraagd van welke voorzieningen ze in het verleden gebruik maakten, en van welke voorzieningen ze op het moment van bevraging gebruik maken. Achtereenvolgens wordt het zorggebruik van de huidige gebruikers van het OCMW, het zorggebruik van de huidige CAW-gebruikers en het zorggebruik van de huidige gebruikers van het ICAW besproken. De gebruikers omvatten hier enkel de personen die positief antwoordden op de vraag naar gebruik van de voorziening op het moment van bevraging. Inclusiekanaal wordt niet in rekening gebracht.

1.1 Zorggebruik van de huidige gebruikers van het OCMW

1.1.1 Huidig zorggebruik

397 personen geven op het moment van bevraging aan gebruik te maken van het OCMW. De proportie respondenten die de dienstverlening van het OCMW gelijktijdig combineert met die van minstens één andere zorgvoorziening is eerder groot (56,7%). Het gaat voornamelijk om zorggebruikers die beroep doen op twee voorzieningen (35,3%) of drie voorzieningen (13,9%). Een klein aandeel (7,6%) maakt gelijktijdig gebruik van meer dan drie voorzieningen. Gebruik van het OCMW wordt het vaakst gecombineerd met CAW en/of ICAW, gevolgd door gezins- of thuishulp en het dienstencentrum van het OCMW.

Tabel 33 Huidig zorggebruik OCMW-gebruikers

	Huidige gebruikers van het OCMW (n=397)	
	N	(valid %)
Maakt gebruik van geen enkele andere voorziening	172	(43,3)
Combineert OCMW met ...	225	(56,7)
CAW	62	(15,6)
ICAW	76	(19,1)
Sociale Dienst van het Comité van de Bijzondere Jeugdzorg*	15	(4,3)
Centrum voor Leerlingenbegeleiding*	30	(8,6)
Gezinshulp of thuishulp	49	(12,3)
Vereniging waar armen het woord nemen*	7	(2,0)
Opvoedingswinkel*	8	(2,3)
Dienstencentrum (van het OCMW)*	39	(11,2)
Zelfhulpgroep	4	(1,0)
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	25	(6,3)
Privépsychotherapeut	16	(4,0)
Psychotherapeutisch centrum*	5	(1,4)
Psychiatrisch ziekenhuis	13	(3,3)
Dagactiviteitencentrum	15	(3,8)

* Deze voorzieningen werden enkel bevraged bij de respondenten die zich in een situatie van financiële kwetsbaarheid bevinden. De percentages hebben dus enkel betrekking op de financieel kwetsbare OCMW gebruikers (n= 353 – nvalid=349).

1.1.2 Vroeger zorggebruik

De meerderheid van de respondenten (86,6%) die op het moment van bevraging gebruik maken van een OCMW deed in het verleden reeds beroep op minstens één andere voorziening. Bij één op vier gaat het om slechts één andere voorziening, 19,6% maakte gebruik van twee andere voorzieningen en 13,1% van drie voorzieningen. Negenentwintig procent deed in het verleden reeds beroep op meer dan drie voorzieningen, ander dan het OCMW.

Vroeger gebruik van ICAW, CLB en dienstencentrum van het OCMW wordt het meest frequent gerapporteerd door de OCMW-gebruikers.

Tabel 34 Vroeger zorggebruik OCMW-gebruikers

	Huidige gebruikers van het OCMW (n=397)	
	N	(valid %)
Geen	53	(13,4)
Maakte vroeger gebruik van		
CAW	95	(23,9)
ICAW	129	(32,5)
Sociale Dienst van het Comité van de Bijzondere Jeugdzorg*	79	(22,6)
Centrum voor Leerlingenbegeleiding*	133	(38,1)
Gezinshulp of thuishulp	109	(27,5)
Vereniging waar armen het woord nemen*	19	(5,4)
Opvoedingswinkel*	26	(7,4)
Dienstencentrum (van het OCMW)*	110	(31,5)
Zelfhulpgroep	39	(9,8)
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	91	(22,9)
Privépsychotherapeut	51	(12,8)
Psychotherapeutisch centrum*	29	(8,3)
Psychiatrisch ziekenhuis	77	(19,4)
Dagactiviteitencentrum	43	(10,8)

* Deze voorzieningen werden enkel bevroegd bij de respondenten die zich in een situatie van financiële kwetsbaarheid bevinden. De percentages hebben dus enkel betrekking op de financieel kwetsbare OCMW gebruikers (n= 353 - nvalid=349).

1.2 Zorggebruik van de huidige gebruikers van het CAW

1.2.1 Huidig zorggebruik

159 respondenten doen op het moment van bevraging beroep op de dienstverlening van een CAW. Een op drie doet enkel beroep op het CAW, 39,6% doet bijkomend beroep op één andere voorziening en 27,7% combineert de hulpverlening van CAW met die van twee of meer andere voorzieningen. De CAW-gebruikers doen voornamelijk bijkomend beroep op OCMW (39,0%) en ICAW (16,4%).

Tabel 35 Huidig zorggebruik CAW-gebruikers

	Huidige gebruikers van het CAW (n=159)	
	N	(valid %)
Maakt gebruik van geen enkele andere voorziening	52	(32,7)
Combineert CAW met ...	107	(67,3)
OCMW	62	(39,0)
ICAW	26	(16,4)
Sociale Dienst van het Comité van de Bijzondere Jeugdzorg*	10	(8,2)
Centrum voor Leerlingenbegeleiding*	10	(8,2)
Gezinshulp of thuishulp	16	(10,1)
Vereniging waar armen het woord nemen*	5	(4,1)
Opvoedingswinkel*	2	(1,6)
Dienstencentrum (van het OCMW)*	8	(6,6)
Zelfhulpgroep	9	(5,7)
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	11	(6,9)
Privépsychotherapeut	10	(6,3)
Psychotherapeutisch centrum*	5	(4,1)
Psychiatrisch ziekenhuis	10	(6,3)
Dagactiviteitencentrum	8	(5,0)

* Deze voorzieningen werden enkel bevraagd bij de respondenten die zich in een situatie van financiële kwetsbaarheid bevinden. De percentages hebben dus enkel betrekking op de financieel kwetsbare CAW gebruikers (n= 125 - nvalid=122).

1.2.2 Vroeger zorggebruik

Nagenoeg elke respondent die op het moment van bevraging beroep doet op een CAW maakte in het verleden reeds gebruik van de maatschappelijke hulp- en dienstverlening van minstens één andere voorziening. Één op tien maakte reeds gebruik van één andere voorziening, 18,2% van twee andere voorzieningen en eveneens 18,2% van drie andere voorzieningen. Net niet de helft (47,8%) deed in het verleden reeds beroep op vier of meer verschillende zorgvoorzieningen, ander dan het CAW.

De CAW-gebruikers rapporteren voornamelijk gebruik van OCMW, ICAW, CLB en CGG

Tabel 36 Vroeger zorggebruik CAW-gebruikers

	Huidige gebruikers van het CAW (n=159)	
	N	(valid %)
Geen	6	(3,8)
Maakte vroeger gebruik van		
OCMW	129	(81,1)
ICAW	74	(46,5)
Sociale Dienst van het Comité van de Bijzondere Jeugdzorg*	35	(28,7)
Centrum voor Leerlingenbegeleiding*	47	(38,5)
Gezinshulp of thuishulp	43	(27,0)
Vereniging waar armen het woord nemen*	14	(11,5)
Opvoedingswinkel*	5	(4,1)
Dienstencentrum (van het OCMW)*	40	(32,8)
Zelfhulpgroep	33	(20,8)
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	61	(38,4)
Privépsychotherapeut	30	(18,9)
Psychotherapeutisch centrum*	23	(18,9)
Psychiatrisch ziekenhuis	48	(30,2)
Dagactiviteitencentrum	33	(20,8)

* Deze voorzieningen werden enkel bevraagd bij de respondenten die zich in een situatie van financiële kwetsbaarheid bevinden. De percentages hebben bijgevolg enkel betrekking op de financieel kwetsbare CAW gebruikers (n= 125 - nvalid=122).

1.3 Zorggebruik van de huidige gebruikers van het ICAW

1.3.1 Huidig zorggebruik

124 respondenten doen op het moment van bevraging beroep op de diensten van een ICAW. Acht op tien combineert de dienstverlening van ICAW gelijktijdig met die van minstens één andere voorziening. Bij de meesten gaat het om één (37,1%) of twee (25,6%) bijkomende zorgvoorziening(en). Een kleinere groep (16,9%) combineert ICAW met drie of meer andere voorzieningen. Voornamelijk de combinatie ICAW en OCMW wordt vaak gerapporteerd, 61,3% van de ICAW gebruikers maakt tegelijk ook gebruik van de diensten van een OCMW.

Tabel 37 Huidig zorggebruik ICAW-gebruikers

	Huidige gebruikers van het ICAW (n=124)	
	N	(valid %)
Maakt gebruik van geen enkele andere voorziening	24	(19,4)
Combineert ICAW	100	(80,6)
met ...		
OCMW	76	(61,3)
CAW	26	(21,0)
Sociale Dienst van het Comité van de Bijzondere Jeugdzorg*	3	(2,9)
Centrum voor Leerlingenbegeleiding*	12	(11,5)
Gezinshulp of thuishulp	20	(16,1)
Vereniging waar armen het woord nemen*	3	(2,9)
Opvoedingswinkel*	2	(1,9)
Dienstencentrum (van het OCMW)*	16	(15,4)
Zelfhulpgroep	5	(4)
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	11	(8,9)
Privépsychotherapeut	7	(5,6)
Psychotherapeutisch centrum*	4	(3,8)
Psychiatrisch ziekenhuis	6	(4,8)
Dagactiviteitencentrum	4	(3,2)

* Deze voorzieningen werden enkel bevraagd bij de respondenten die zich in een situatie van financiële kwetsbaarheid bevinden. De percentages hebben bijgevolg enkel betrekking op de financieel kwetsbare ICAW gebruikers (n= 106 – nvalid=104).

1.3.2 Vroeger zorggebruik

De cijfers in onderstaande tabel tonen aan dat nagenoeg elke ICAW-gebruiker (96,0%) binnen de KANS-steekproef in het verleden reeds hulp ontving van andere voorzieningen. Telkens 21,0% maakte in het verleden gebruik van de dienstverlening van respectievelijk één en twee andere voorzieningen, 16,1% deed reeds beroep op drie andere voorzieningen. Een groot aandeel van de ICAW gebruikers (37,9%) geeft aan in het verleden reeds gebruik gemaakt te hebben van minstens vier verschillende maatschappelijke dienst- en hulpverleningsinstanties, ander dan het ICAW.

Voornamelijk gebruik van (dienstencentrum van het) OCMW, CLB en gezins- en thuishulp wordt frequent gerapporteerd.

Tabel 38 Vroeger zorggebruik ICAW-gebruikers

	Huidige gebruikers van het ICAW (n=124)	
	N	(valid %)
Geen	5	(4,0)
Maakte vroeger gebruik van		
OCMW	98	(79,0)
CAW	31	(25,0)
Sociale Dienst van het Comité van de Bijzondere Jeugdzorg*	16	(15,4)
Centrum voor Leerlingenbegeleiding*	39	(37,5)
Gezinshulp of thuishulp	45	(36,3)
Vereniging waar armen het woord nemen*	8	(7,7)
Opvoedingswinkel*	5	(4,8)
Dienstencentrum (van het OCMW)*	37	(35,6)
Zelfhulpgroep	18	(14,5)
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	26	(21,0)
Privépsychotherapeut	16	(12,9)
Psychotherapeutisch centrum*	16	(15,4)
Psychiatrisch ziekenhuis	19	(15,3)
Dagactiviteitencentrum	14	(11,3)

* Deze voorzieningen werden enkel bevraagd bij de respondenten die zich in een situatie van financiële kwetsbaarheid bevinden. De percentages hebben dus enkel betrekking op de financieel kwetsbare ICAW gebruikers (n= 106 - nvalid=104).

1.4 Conclusie

Bovenstaande resultaten tonen aan dat de respondenten vaak gelijktijdig beroep doen op verschillende voorzieningen. Voornamelijk het gebruik van ICAW en CAW wordt frequent aangevuld met de dienstverlening van andere instanties. Dit zien we in mindere mate bij OCMW, waar 43,3% van de gebruikers uitsluitend beroep doet op het OCMW, terwijl het bij CAW en ICAW om respectievelijk 32,7% en 19,4% gaat.

Nagenoeg alle CAW- en ICAW-gebruikers (96,2% en 96%) maakten bovendien in het verleden reeds gebruik van minstens één andere voorziening. Bij OCMW-gebruikers ligt dit percentage iets lager (86,6%). Voornamelijk de drie grote eerstelijns welzijnszorgvoorzieningen (OCMW, CAW en ICAW) worden gecombineerd.

2 Gezondheidszorg

Het ontvangen van een kwalitatief goede zorg bij gezondheidsproblemen is niet voor iedereen vanzelfsprekend. Personen uit lagere sociale klassen worden vaak geconfronteerd met (financiële) barrières, die er bijvoorbeeld voor zorgen dat gezondheidszorg uitgesteld wordt of zelfs helemaal niet plaatsvindt. Het KANS-onderzoek neemt enkele belangrijke elementen van de kwaliteit en toegankelijkheid van gezondheidszorg op in de vragenlijst. Er werd voor gekozen om deze thema's uitsluitend bij de financieel kwetsbare personen te bevragen.

2.1 Consultaties bij de huisarts

De huisarts is de belangrijkste gezondheidszorgverlener op de eerste lijn. Hij fungeert als aanspreekpunt en vervult een cruciale functie, onder meer met betrekking tot doorverwijzing naar meer gespecialiseerde zorg en het detecteren van ernstige (gezondheids)problemen.

De meerderheid (65,2%) deed het afgelopen jaar beroep op één huisarts, één op tien bezocht in het afgelopen jaar drie of meer verschillende huisartsen (wachtdiensten niet meegerekend).

Met een gemiddelde van 3,19 ligt het aantal huisartsbezoeken in de voorbije twee maanden relatief hoog. Twee op tien ging in de afgelopen twee maanden meer dan één keer per twee weken naar de huisarts.

Tabel 39 Contacten met huisarts

	Totale groep respondenten met financiële kwetsbaarheid		Personen met enkel financiële kwetsbaarheid		Personen met financiële kwetsbaarheid én psychisch onwelbevinden	
	N	(valid %)	N	(valid %)	N	(valid %)
Aantal bezochte huisartsen in het afgelopen jaar (wachtdiensten niet meegerekend)						
0	36	(6,9)	15	(7,4)	21	(6,5)
1	341	(65,2)	127	(62,9)	214	(66,7)
2	93	(17,8)	43	(21,3)	50	(15,6)
3	26	(5,0)	9	(4,5)	17	(5,3)
4	13	(2,5)	4	(2,0)	9	(2,8)
5 of meer	14	(2,6)	4	(2,0)	10	(3,1)
<i>Missing</i>	83		26		57	
Indien het afgelopen jaar een huisarts geconsulteerd:	487		187		300	
❖ Aantal contacten met een huisarts in de afgelopen 2 maanden						
0	76	(16,2)	41	(22,8)	35	(12,3)
1	79	(16,9)	35	(19,4)	44	(15,3)
2	96	(20,5)	37	(20,6)	59	(20,5)
3	55	(11,8)	17	(9,4)	38	(13,3)
4	65	(13,9)	25	(13,9)	40	(13,9)
5	32	(6,8)	11	(6,1)	21	(7,3)
6	14	(3,0)	4	(2,2)	10	(3,5)
7	4	(0,9)	0	(0,0)	4	(1,4)
8	24	(5,1)	4	(2,2)	20	(6,9)
9 of meer	23	(4,9)	6	(3,5)	17	(5,6)
<i>Missing</i>	19		7		12	

2.2 Uitstel van gezondheidszorg

2.2.1 Huisarts

Gezondheidszorg blijkt, ondanks de vele reeds geleverde inspanningen, nog steeds niet voor iedereen even toegankelijk. Een derde geeft aan minstens één maal een bezoek aan de huisarts dat wel nodig was te hebben uitgesteld in het afgelopen jaar. De voornaamste reden die hiervoor opgegeven wordt is van financiële aard.

Tabel 40 Uitstel huisartsenzorg

	Totale groep respondenten met financiële kwetsbaarheid (n=606) N (valid %)	Personen met enkel financiële kwetsbaarheid (n=228) N (valid %)	Personen met financiële kwetsbaarheid én psychisch onwelbevinden (n=378) N (valid %)
Uitstel nodig huisartsbezoek in het afgelopen jaar			
Nee	322 (67,9)	136 (74,3)	186 (63,9)
Ja	152 (32,1)	47 (25,7)	105 (36,1)
<i>Missing</i>	132	45	87
❖ Reden voor uitstel	152	45	87
Financiële redenen	65 (42,8)	16 (34,0)	49 (46,7)
Kon er niet geraken	19 (12,5)	5 (10,6)	14 (13,3)
Beschik niet over gepast vervoer	7 (4,6)	2 (4,3)	5 (4,8)
Stond op een wachtlijst	4 (2,6)	3 (6,4)	1 (1,0)
Niet verzekerd	2 (1,3)	1 (2,1)	1 (1,0)
Bang van dokters	6 (3,9)	1 (2,1)	5 (4,8)
Praktische redenen	21 (13,8)	8 (17,0)	13 (12,4)
Wist niet waar naartoe	2 (1,3)	1 (2,1)	1 (1,0)
Kon me niet goed uitdrukken	8 (5,3)	0 (0,0)	8 (7,6)
Dacht dat hij/zij niet kon helpen	16 (10,5)	5 (10,6)	11 (10,5)
Beschaamd om te gaan	15 (9,9)	1 (2,1)	14 (13,3)
Andere	25 (16,4)	11 (23,4)	14 (13,3)

2.2.2 Arts-specialist

Één op vier heeft in het afgelopen jaar een bezoek aan de arts-specialist of een medische ingreep uitgesteld. Ook hier vormen financiële barrières met voorsprong de belangrijkste reden voor het uitstel van gezondheidszorg.

Tabel 41 Uitstel medische ingreep of bezoek aan arts-specialist

	Totale groep respondenten met financiële kwetsbaarheid (n=606) N (valid %)	Personen met enkel financiële kwetsbaarheid (n=228) N (valid %)	Personen met financiële kwetsbaarheid én psychisch onwelbevinden (n=378) N (valid %)
Uitstel bezoek arts-specialist of medische ingreep in het afgelopen jaar			
Nee	400 (75,0)	166 (82,2)	234 (70,7)
Ja	133 (25,0)	36 (17,8)	97 (29,3)
Missing	74	26	47
❖ Reden voor uitstel	133	36	97
Financiële redenen	57 (42,9)	14 (38,9)	43 (44,3)
Kon er niet geraken	12 (9,0)	3 (8,3)	9 (9,3)
Beschik niet over gepast vervoer	6 (4,5)	3 (8,3)	3 (3,1)
Stond op een wachtlijst	7 (5,3)	2 (5,6)	5 (5,2)
Niet verzekerd	1 (0,8)	0 (0,0)	1 (1,0)
Bang van dokters	9 (6,8)	2 (5,6)	7 (7,2)
Praktische redenen	11 (8,3)	1 (2,8)	10 (10,3)
Wist niet waar naartoe	4 (3,0)	2 (5,6)	2 (2,1)
Kon me niet goed uitdrukken	3 (2,2)	0 (0,0)	3 (3,1)
Dacht dat hij/zij niet kon helpen	8 (6,0)	1 (2,8)	7 (7,2)
Beschaamd om te gaan	12 (9,0)	0 (0,0)	12 (12,4)
Andere	30 (22,6)	12 (33,3)	18 (18,6)

2.3 Financieel aspect van gezondheidszorg

De slechte zelf gerapporteerde gezondheid en de hoge prevalentie van langdurige aandoeningen die de populatie van financieel kwetsbare zorggebruikers kenmerkt, zijn onlosmakelijk verbonden met kosten voor artsenbezoek, medicatie, etc. De aanwezigheid van (ernstige) gezondheidsproblemen impliceert dat een deel van het beschikbare inkomen noodgedwongen besteed wordt aan kosten voor gezondheidszorg.

Het zijn voornamelijk de respondenten die zowel financieel als psychologisch kwetsbaar zijn, die aangeven dat gezondheidszorgkosten financieel zwaar doorwegen.

Bijna de helft van de respondenten beschikt niet over een hospitalisatieverzekering, wat alarmerend is, zeker in een populatie met een hoge prevalentie van chronische aandoeningen en een slechte subjectieve gezondheid. De kosten van een eventuele ziekenhuisopname lopen zonder hospitalisatieverzekering snel op, en leggen nog meer druk op het gezinsinkomen van personen die sowieso al financieel kwetsbaar zijn.

Tabel 42 Financieel aspect van gezondheidszorg

	Totale groep respondenten met financiële kwetsbaarheid (n=606) N (valid %)	Personen met enkel financiële kwetsbaarheid (n=228) N (valid %)	Personen met financiële kwetsbaarheid én psychisch onwelbevinden (n=378) N (valid %)
Mate waarin kosten voor gezondheidszorg wegen op de financiële situatie van het huishouden			
Helemaal niet	209 (36,5)	97 (45,8)	112 (31,1)
Enigszins	184 (32,2)	66 (31,1)	118(32,8)
In sterke mate	179 (31,3)	49 (23,1)	130 (36,1)
<i>Missing</i>	34	16	18
Afgelopen jaar moment waarop uzelf of ander gezinslid geneesmiddelen nodig had, maar die niet kon betalen			
Nee	405 (75,7)	167 (81,9)	238 (71,9)
Ja	130 (24,3)	37 (18,1)	93 (28,1)
<i>Missing</i>	71	24	47
Hospitalisatieverzekering			
Ja	288 (54,9)	122 (61,3)	166 (50,9)
Nee	237 (45,1)	77 (38,7)	160 (49,1)
<i>Missing</i>	81	29	52

Hoofdstuk 7

Aanmeldingsklachten en doorverwijzing

In wat volgt worden twee aspecten van de instroom in eerstelijns welzijnszorgvoorzieningen besproken. Allereerst wordt ingegaan op de initiële klachten waarmee de respondenten aanklopten bij OCMW en (I)CAW. Vervolgens komt doorverwijzing aan bod, waarbij gekeken wordt of personen al dan niet doorverwezen werden naar de welzijnszorg, en indien ja, door wie.

1 Aanmeldingsklachten

Onder aanmeldingsklacht wordt de aanleiding voor het eerste contact met een zorgvoorziening verstaan. Het is het probleem of de moeilijkheid die iemand aangezet heeft om hulp te zoeken. Het kan gaan om één probleem, maar ook om een combinatie van meerdere problemen die zich op hetzelfde moment voordoen. Zorgvragers kunnen zich dus aanmelden met meer dan één klacht, wat tot gevolg heeft dat de som van de prevalentie percentages van de verschillende klachten in onderstaande tabellen groter is dan 100%.

Hierna worden per voorziening de percentages van de afzonderlijke aanmeldingsklachten weergegeven, waarna de aanmeldingsklachten gegroepeerd worden om te kijken of er verschillen aanwezig zijn in prevalentie, naargelang de respondent financieel kwetsbaar, psychologisch kwetsbaar, of beide is.

1.1 OCMW

Personen die op het moment van bevraging gebruik maken van de diensten van het OCMW doen dit voornamelijk omwille van financiële en administratieve problemen. De voornaamste aanmeldingsklacht bij de OCMW's is gebrek aan geld of geen inkomen (58,3%), gevolgd door schulden (25,9%) en het aanvragen of in orde brengen van een inkomensvervangende uitkering (24,5%).

Daarnaast zijn ook moeilijkheden met het betalen van facturen (23,9%) en het vinden van huisvesting (14,5%) klachten waarvoor frequent hulp of ondersteuning gevraagd wordt van het OCMW.

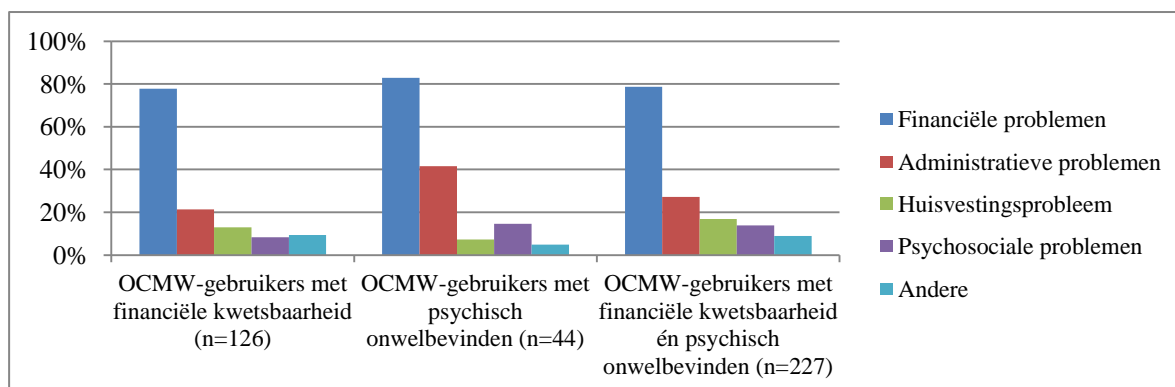
De meesten (61,3%) meldden zich aan met één probleem, 22,2% met twee problemen en 16,5% klopte aan bij het OCMW met 3 of meer verschillende klachten.

Tabel 43 Aanmeldingsklachten OCMW

	OCMW-gebruikers (n=397)	
	N	(valid %)
❖ Financiële problemen		
Gebrek aan geld of geen inkomen*	196	(58,3)
Betalen van facturen dokter of ziekenhuis	34	(9,7)
Betalen van andere facturen	50	(14,2)
Schulden	91	(25,9)
❖ Administratieve problemen		
In orde brengen inkomensvervangende uitkering	86	(24,5)
In orde brengen ziekteverzekering	27	(7,7)
❖ Huisvestingsprobleem		
Vinden van huisvesting	51	(14,5)
❖ Psychosociale problemen		
Advies of begeleiding bij de opvoeding van de kinderen	8	(2,3)
Moeilijkheden in de relatie met partner	20	(5,7)
Moeilijkheden in de relatie met anderen	4	(1,1)
Verslaving	8	(2,3)
Psychisch probleem	10	(2,8)
❖ Ander	30	(8,5)
Missing	46	

* Werd niet bevraagd bij de respondenten uit module 2 (enkel psychisch onwelbevinden) die verkozen de enquête schriftelijk in te vullen. Dit percentage werd bijgevolg berekend op 336 in plaats van 351 personen.

Ongeacht de vorm van kwetsbaarheid, doen de respondenten het vaakst beroep op het OCMW voor financiële problemen. Administratieve problemen zijn telkens de tweede vaakst genoemde aanmeldingsklacht.



Figuur 2 Aanmeldingsklachten OCMW, gegroepeerd en opgesplitst naargelang vorm van kwetsbaarheid

1.2 CAW

Bij het CAW zijn de aanmeldingsklachten meer divers dan bij OCMW. De voornaamste klacht waarmee respondenten zich aanmelden is een huisvestingsprobleem (46,7%). Daarnaast zijn ook schulden (17,5%) en gebrek aan geld of geen inkomen (21,6%) vaak vermelde aanmeldingsklachten.

Het CAW wordt, vaker dan het OCMW geraadpleegd omwille van relationele problemen (21,2%) en psychische problemen (16,1%).

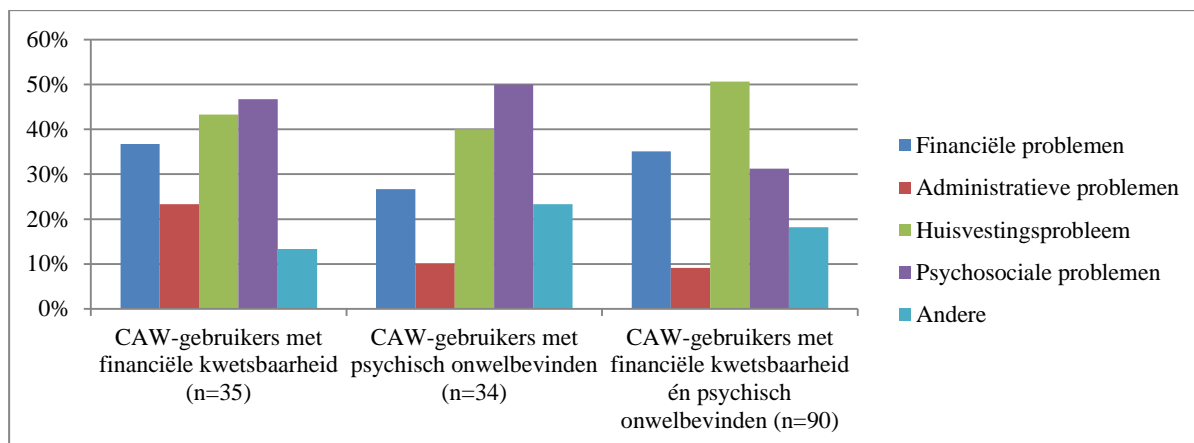
De meerderheid van de CAW-gebruikers (57,7%) meldde zich aan bij het CAW met één klacht, 22,6% met twee klachten en 19,7% met drie of meer klachten.

Tabel 44 Aanmeldingsklachten CAW

	CAW-gebruikers (n=159)	
	N	(valid %)
❖ Financiële problemen		
Gebrek aan geld of geen inkomen*	25	(21,6)
Betalen van facturen dokter of ziekenhuis	9	(6,6)
Betalen van andere facturen	16	(11,7)
Schulden	24	(17,5)
❖ Administratieve problemen		
In orde brengen inkomensvervangende uitkering	11	(8,0)
In orde brengen ziekteverzekering	9	(6,6)
❖ Huisvestingsprobleem		
Vinden van huisvesting	64	(46,7)
❖ Psychosociale problemen		
Advies of begeleiding bij de opvoeding van de kinderen	12	(8,8)
Moeilijkheden in de relatie met partner	20	(14,6)
Moeilijkheden in de relatie met anderen	9	(6,6)
Verslaving	11	(8,0)
Psychisch probleem	22	(16,1)
❖ Ander	25	(18,1)
<i>Missing</i>	22	

* *Werd niet bevraagd bij de respondenten uit module 2 (enkel psychisch onwelbevinden) die verkozen de enquête schriftelijk in te vullen. Dit percentage werd bijgevolg berekend op 116 in plaats van 137 personen*

De prevalentie van de verschillende soorten aanmeldingsklachten verschilt binnen de KANS-steekproef niet significant naargelang de vorm van kwetsbaarheid van de CAW-cliënten.



Figuur 3 Aanmeldingsklachten CAW, gegroepeerd en opgesplitst naargelang vorm van kwetsbaarheid

1.3 ICAW

ICAW-gebruikers melden zich voornamelijk aan voor hulp of raad bij problemen in verband met het financiële aspect van hun gezondheidszorggebruik. Bij meer dan de helft is (ten minste één van) de aanmeldingsklacht(en) gerelateerd aan gezondheidszorggebruik. Specifieker consulteert 46,0% van de respondenten het ICAW om hun ziekteverzekering of bijdrage voor de mutualiteit in orde te brengen, 22,2% omdat ze problemen ondervinden bij het betalen van medische facturen.

Daarnaast consulteren respondenten de diensten van het ICAW vaak om een inkomensvervangende uitkering in orde te brengen (23,8%).

Drie op vier (74,6%) meldde zich aan met één probleem, 9,5% met twee en 15,9% klopte aan bij het ICAW met drie of meer verschillende problemen.

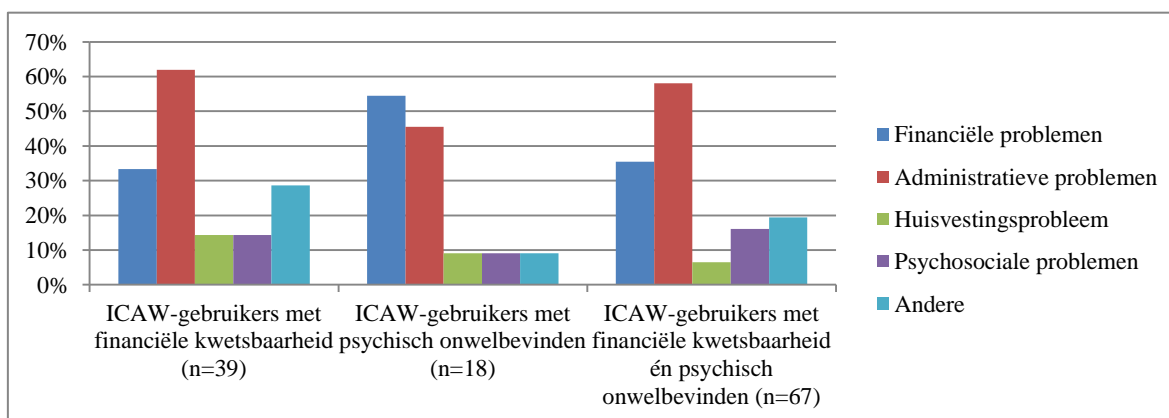
Tabel 45 Aanmeldingsklachten ICAW

	ICAW-gebruikers (n=124)	
	N	(valid %)
❖ Financiële problemen		
Gebrek aan geld of geen inkomen*	8	(13,6)
Betalen van facturen dokter of ziekenhuis	14	(22,2)
Betalen van andere facturen	4	(6,3)
Schulden	3	(4,8)
❖ Administratieve problemen		
In orde brengen inkomensvervangende uitkering	15	(23,8)
In orde brengen ziekteverzekering	29	(46,0)
❖ Huisvestingsprobleem		
Vinden van huisvesting	6	(9,5)

❖ Psychosociale problemen		
Advies of begeleiding bij de opvoeding van de kinderen	2	(3,2)
Moelijkheden in de relatie met partner	2	(3,2)
Moelijkheden in de relatie met anderen	0	(0,0)
Verslaving	2	(3,2)
Psychisch probleem	4	(6,3)
❖ Ander	13	(20,6)
Missing	61	

* Werd niet bevroegd bij de respondenten uit module 2 (enkel psychisch onwelbevinden) die verkozen de enquête schriftelijk in te vullen. Dit percentage werd bijgevolg berekend op 59 in plaats van 63 personen

Administratieve en financiële problemen worden vaakst vermeld als aanmeldingsklacht bij het ICAW, ongeacht de vorm van kwetsbaarheid van de ICAW-gebruikers.



Figuur 4 Aanmeldingsklachten ICAW, gegroepeerd en opgesplitst naargelang vorm van kwetsbaarheid

1.4 Conclusie

Bij zowel OCMW, CAW als ICAW wordt vaak aangeklopt met financiële problemen. Vooral bij het OCMW is het aantal aanmeldingsklachten van financiële aard hoog, in vergelijking met de prevalentie van andere aanmeldingsklachten.

De aanmeldingsklachten bij het CAW zijn diverser. CAW worden binnen onze steekproef ongeveer in gelijke mate geconfronteerd met financiële aanmeldingsklachten, klachten in verband met huisvesting en psychosociale problemen.

Bij het ICAW vallen vooral het hoge aantal aanmeldingsklachten die gerelateerd zijn aan het financiële aspect van het gezondheidszorggebruik op

2 Doorverwijzing

Onderstaande tabellen geven een overzicht van de doorverwijzende instanties naar de verschillende welzijnszorgvoorzieningen.

Van de huidige gebruikers van de OCMW voorzieningen zijn er 98 mensen (26,2%) die door niemand werden doorverwezen naar het OCMW.

Tabel 46 Doorverwijzende instantie naar het OCMW

	OCMW-gebruikers (n=397)	
	N	(valid %)
Niemand	98	(26,2)
CAW	14	(3,7)
ICAW	9	(2,4)
Comité Bijzondere Jeugdzorg (CBJ)	3	(0,8)
Centrum voor Leerlingenbegeleiding (CLB)	1	(0,3)
Gezinshulp	2	(0,5)
Vereniging waar armen het woord nemen	1	(0,3)
Opvoedingswinkel	2	(0,5)
Dienstencentrum van het OCMW	13	(3,5)
Huisarts	7	(1,9)
Psycholoog of psychiater	4	(1,1)
Andere arts	27	(7,2)
Andere instantie	53	(14,2)
Nog anders	124	(33,2)
<i>Missing</i>	23	

Slechts een zeer kleine groep gebruikers wordt naar het OCMW doorverwezen via de officiële kanalen die in de vragenlijst vermeld stonden. Iets minder dan 4% kwam via de interne diensten van het OCMW, en werd doorverwezen door het dienstencentrum. De huisarts stond in voor minder dan 2% van de doorverwijzingen naar het OCMW.

Van de huidige gebruikers van de CAW voorzieningen zijn er 31 mensen (21,5%) die door niemand werden doorverwezen naar het CAW.

Tabel 47 Doorverwijzende instantie naar het CAW

	CAW-gebruikers (n=159)	
	N	(valid %)
Niemand	31	(21,5)
OCMW	13	(10,5)
ICAW	3	(2,4)
Comité Bijzondere Jeugdzorg (CBJ)	0	(0,0)
Centrum voor Leerlingenbegeleiding (CLB)	1	(0,8)
Gezinshulp	1	(0,8)
Vereniging waar armen het woord nemen	0	(0,0)
Opvoedingswinkel	1	(0,8)
Dienstencentrum van het OCMW	1	(0,8)
Huisarts	7	(4,9)
Psycholoog of psychiater	4	(2,8)
Andere arts	30	(20,8)
Andere instantie	39	(27,1)
Nog anders	23	(18,5)
<i>Missing</i>	35	

Ook naar het CAW wordt relatief weinig doorverwezen vanuit de voorzieningen die in de vragenlijst waren opgenomen. Iets meer dan 10% van de CAW gebruikers werd doorverwezen door een andere welzijnszorgvoorziening op de eerste lijn (10,5% door het OCMW en 2,4% door het ICAW). Ongeveer 5% van de gebruikers werd door de huisarts doorverwezen naar het CAW.

Achttien gebruikers van het ICAW werden door niemand doorverwezen naar deze voorziening (25,0%).

Tabel 48 Doorverwijzende instantie naar het ICAW

	ICAW-gebruikers (n=124)	
	N	(valid %)
Niemand	18	(25,0)
OCMW	4	(5,8)
CAW	2	(2,9)
Comité Bijzondere Jeugdzorg (CBJ)	0	(0,0)
Centrum voor Leerlingenbegeleiding (CLB)	0	(0,0)
Gezinshulp	1	(1,4)
Vereniging waar armen het woord nemen	0	(0,0)
Opvoedingswinkel	0	(0,0)
Dienstencentrum van het OCMW	2	(2,9)
Huisarts	3	(4,2)
Psycholoog of psychiater	0	(0,0)
Andere arts	5	(6,9)
Andere instantie	7	(9,7)
Nog anders	17	(24,6)
<i>Missing</i>	55	

Het ICAW ontvangt zeer weinig doorverwijzingen. De andere welzijnszorgvoorzieningen op de eerste lijn zijn de grootste doorverwijzers, samen goed voor 8,7% van de aanmeldingen.

Hoofdstuk 8

Kwaliteit van zorg

Dit hoofdstuk bespreekt de ervaren kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de gebruiker. Het eerste deel zoomt in op de kwaliteit van de welzijnsvoorzieningen. Het tweede deel behandelt de huisartsenzorg.

1 Welzijnszorg

In verschillende studies in de eerstelijnszorg werden een negental kernaspecten gedefinieerd als kwaliteitsindicatoren voor de dienstverlening. Hiertoe behoren het krijgen van informatie, betrokkenheid in beslissingen, tijd hebben om te praten, goede toegankelijkheid en bereikbaarheid, op dezelfde hulpverlener beroep kunnen doen, ondersteunende houding van het personeel, goede samenwerking of doorverwijzing naar andere instanties (Jung et al, 2000; Coppen & Verhaak, 2007). De perceptie door gebruikers van de aanwezigheid van deze kernaspecten zal wellicht in positieve zin bijdragen tot hun motivatie om van deze dienstverlening gebruik te maken indien zij die nodig hebben en vice versa.

Het bieden van een positieve ervaring met de eerstelijnszorg is daarom van cruciaal belang voor de toegankelijkheid van de specialistische hulpverlening waar nodig. De perceptie van de gebruikers van de aanwezigheid van de kernaspecten en hun indruk over het belang van deze kernaspecten beschouwen we in deze studie als een belangrijke kwaliteitsindicator voor de eerstelijnszorg.

De realisatie van de kernaspecten van kwaliteit van zorg werden bevraagd op een 5-puntenschaal, gaande van 'nooit' tot 'altijd waar'. Ook het belang van deze aspecten werd op een 5-puntenschaal bevraagd, gaande van 'helemaal niet belangrijk' tot 'zeer belangrijk'. We rapporteren hier de aantallen en percentages van de respondenten die elk aspect als zeer belangrijk en altijd vervuld ervaren. Een groot verschil tussen beide cijfers geeft aan dat er een groep gebruikers is die zijn noden aan kwaliteit in de zorg niet vervuld ziet.

1.1 Kwaliteit van zorg in het OCMW

Tabel 49 Kwaliteit van zorg in het OCMW

OCMW (n=397)	Zeer belangrijk		Altijd waar	
	N	(valid %)	N	(valid %)
Is voor mij makkelijk bereikbaar	209	(54,4)	245	(63,6)
<i>Missing</i>	13		12	
Neemt voldoende tijd om met mij te spreken	259	(68,2)	221	<u>(58,0)</u>
<i>Missing</i>	17		16	
Kan steeds beroep doen op dezelfde hulpverlener	256	(67,5)	259	(68,0)
<i>Missing</i>	18		16	
Houdt rekening met mijn mening bij belangrijke beslissingen	243	(63,8)	187	<u>(49,1)</u>
<i>Missing</i>	16		16	
Iedereen wordt gelijk behandeld	236	(64,1)	130	<u>(36,0)</u>
<i>Missing</i>	29		36	
Informeert mij goed over de stappen in de hulpverlening	245	(64,0)	207	(54,3)
<i>Missing</i>	14		16	
Behandelt mij met respect	298	(77,8)	288	(75,2)
<i>Missing</i>	14		14	
Werkt goed samen met andere instanties, als dat nodig is	227	(60,2)	195	(52,1)
<i>Missing</i>	20		23	
Komt de gemaakte afspraken na	268	(70,2)	255	(66,8)
<i>Missing</i>	15		15	

Opm: Verschillen van 10% of meer tussen belang en realisatie staan onderlijnd als grote discrepanties

De aspecten die de gebruiker in het OCMW als het belangrijkste beschouwt, worden ook in goede mate vervuld: met respect behandeld worden (75,2%) en dat afspraken worden nagekomen (66,8%). De grootste discrepantie tussen wens en waarheid volgens de gebruiker zien we op het vlak van een gelijke behandeling voor iedereen (voor 36,0% van de gebruikers is dit altijd voldaan) en dat er rekening wordt gehouden met de mening van de gebruiker bij belangrijke beslissingen (49,1% vindt dat dit altijd waar is).

1.2 Kwaliteit van zorg in het CAW

Tabel 50 Kwaliteit van zorg in het CAW

CAW (n=159)	Zeer belangrijk		Altijd waar	
	N	(valid %)	N	(valid %)
Is voor mij makkelijk bereikbaar	97	(66,4)	92	(63,0)
<i>Missing</i>	13		13	
Neemt voldoende tijd om met mij te spreken	104	(70,3)	101	(68,2)
<i>Missing</i>	11		11	
Kan steeds beroep doen op dezelfde hulpverlener	102	(68,9)	89	(60,1)
<i>Missing</i>	11		11	
Houdt rekening met mijn mening bij belangrijke beslissingen	101	(68,2)	78	<u>(52,7)</u>
<i>Missing</i>	11		11	

Iedereen wordt gelijk behandeld	100	(69,4)	75	<u>(53,2)</u>
<i>Missing</i>	15		18	
Informeert mij goed over de stappen in de hulpverlening	102	(69,4)	93	(63,3)
<i>Missing</i>	12		12	
Behandelt mij met respect	121	(81,8)	112	(75,7)
<i>Missing</i>	11		11	
Werkt goed samen met andere instanties, als dat nodig is	95	(65,5)	92	(63,4)
<i>Missing</i>	14		14	
Komt de gemaakte afspraken na	108	(73,5)	93	(63,7)
<i>Missing</i>	12		13	

Opm: Verschillen van 10% of meer tussen belang en realisatie staan onderlijnd als grote discrepanties

Ook voor de CAW gebruiker is het belangrijkste kwaliteitsaspect goed vervuld: behandeld worden met respect (75,7%). Dat de gemaakte afspraken worden nagekomen, vinden de CAW gebruikers zeer belangrijk, maar de dienstverlening beantwoordt hier in mindere mate ook aan (63,7%). Dat er voldoende tijd wordt genomen is dan weer een goed vervulde verwachting (68,2% van de gebruikers vindt dit altijd waar). Ook hier vinden de gebruikers dat niet iedereen voldoende op dezelfde manier wordt behandeld. Er wordt ook onvoldoende rekening gehouden met de mening van de gebruiker.

1.3 Kwaliteit van zorg in het ICAW

Tabel 51 Kwaliteit van zorg in het ICAW

ICAW (n=124)	Zeer belangrijk N (valid %)	Altijd waar N (valid %)
Is voor mij makkelijk bereikbaar	50 (65,8)	40 <u>(51,9)</u>
<i>Missing</i>	47	48
Neemt voldoende tijd om met mij te spreken	53 (70,7)	42 <u>(55,3)</u>
<i>Missing</i>	48	49
Kan steeds beroep doen op dezelfde hulpverlener	42 (56,0)	26 <u>(34,2)</u>
<i>Missing</i>	48	49
Houdt rekening met mijn mening bij belangrijke beslissingen	40 (55,6)	31 <u>(42,5)</u>
<i>Missing</i>	51	52
Iedereen wordt gelijk behandeld	48 (63,2)	31 <u>(41,9)</u>
<i>Missing</i>	50	48
Informeert mij goed over de stappen in de hulpverlening	50 (68,5)	39 <u>(53,4)</u>
<i>Missing</i>	51	51
Behandelt mij met respect	58 (77,3)	55 (73,3)
<i>Missing</i>	49	49
Werkt goed samen met andere instanties, als dat nodig is	44 (61,1)	34 <u>(47,2)</u>
<i>Missing</i>	52	52
Komt de gemaakte afspraken na	55 (74,3)	45 <u>(60,8)</u>
<i>Missing</i>	50	50

Opm: Verschillen van 10% of meer tussen belang en realisatie staan onderlijnd als grote discrepanties

Dezelfde resultaten voor het behandeld worden met respect vinden we terug voor de ICAW gebruiker: dit is het belangrijkste kwaliteitsaspect en ook het best vervulde (73,3%). Er is echter een grote discrepantie op verscheidene dienstverlenings-

aspecten: dat de gemaakte afspraken worden nagekomen, dat er voldoende tijd wordt uitgetrokken om met de gebruiker te spreken, dat iedereen gelijk wordt behandeld, goed geïnformeerd worden over de stappen in de hulpverlening, dat er rekening gehouden wordt met de mening van de gebruiker bij belangrijke beslissingen, dat er goed wordt samengewerkt met andere instanties en dat ze steeds beroep kunnen doen op dezelfde hulpverlener, zijn allen thema's die beduidend lagere scores op realisatie behalen dan op belang.

1.4 Verschillen naar vormen van kwetsbaarheid

Als een zorggebruiker een hogere score geeft aan belang dan aan realisatie van een kwaliteitsaspect beschouwen we dit als een onvervulde nood in de dienstverlening. We berekenen per persoon het verschil tussen belangscore en de realisatiescore. De gemiddelden ('M') van deze verschillcores bij de zorggebruikers geeft de grootte van onvervulde nood aan bij de zorggebruikers.

Alleen in het OCMW zijn er significante verschillen tussen de groepen gebruikers (module 1, 2 of 3) in hun ervaring met de dienstverlening. Gebruikers die zowel psychische als financiële kwetsbaarheid ervaren, hebben een hogere onvervulde nood aan gelijke behandeling voor iedereen in het OCMW (M:1,28, SD: 1,48) dan gebruikers die enkel psychische (M: 0,72, SD: 1,15) of enkel financiële kwetsbaarheid ervaren (M:0,85, SD:1,23). Ook voor de bereikbaarheid van de OCMW diensten is dit zo, maar de onvervulde nood ligt hier algemeen veel lager.

1.5 Conclusie

De welzijnszorggebruikers hechten er het meeste waarde aan dat ze met respect worden behandeld in de voorziening. Dit is een kwaliteitsaspect dat grotendeels vervuld is. Minder goed vervulde maar toch zeer belangrijke elementen in de kwaliteit van zorg zijn de gelijke behandeling van iedereen en dat er rekening gehouden wordt met de mening van anderen. In het CAW en ICAW bestaan voor de volledige steekproef ook op andere vlakken nog onvervulde noden.

2 Huisartsenzorg

De vragen die peilen naar gepercipieerde kwaliteit van huisartsenzorg werden enkel voorgelegd aan de financieel kwetsbare respondenten, en enkel indien ze het afgelopen jaar minstens één keer de huisarts consulteerden.

Om verbeterpunten te identificeren worden belang en realisatie tegen elkaar afgewogen. De grootste discrepanties tussen belang en realisatie (verschilpercentage van 25% of hoger⁷) kunnen teruggevonden worden bij volgende aspecten:

- Binnen de 15 minuten na afgesproken tijd geholpen worden
- Huisarts legt dingen op een begrijpelijke manier uit
- Huisarts biedt hulp aan bij het voorkomen van ziekten of het verbeteren van mijn gezondheid
- Huisarts is bereid te praten over fouten of over zaken die niet goed zijn gegaan

Tabel 52 Kwaliteit huisartsenzorg

	Totale groep respondenten met financiële kwetsbaarheid die het afgelopen jaar beroep deed op de huisarts (n=487) N (valid %)			
	Belang			Realisatie
	Belangrijk	Zeer belangrijk	Totaal Belangrijk	Altijd waar
Huisarts overdag binnen de minuut aan de telefoon krijgen <i>Missing</i>	200 (45,0) 43	76 (17,1) 43	276 (62,1) 43	157 (40,3) 97
Binnen de 15 minuten na afgesproken tijd geholpen worden <i>Missing</i>	207 (45,8) 35	80 (17,7) 35	287 (63,5) 35	135 (33,1) 79
Huisarts beschikbaar op tijdstippen die voor mij gunstig zijn <i>Missing</i>	240 (51,3) 19	84 (17,9) 19	324 (69,2) 19	225 (49,6) 33
Mensen in de wachtkamer kunnen niet horen/zien wat er in de spreek- of onderzoekskamer gebeurt <i>Missing</i>	132 (28,4) 22	299 (64,3) 22	431 (92,7) 22	416 (92,0) 35
Arts behandelt mij met respect <i>Missing</i>	166 (35,3) 17	297 (63,2) 17	463 (98,5) 17	407 (87,0) 19
Huisarts toont belangstelling voor mijn persoonlijke situatie <i>Missing</i>	229 (49,1) 21	183 (39,3) 21	412 (88,4) 21	318 (69,6) 30
Huisarts legt dingen op een begrijpelijk manier uit <i>Missing</i>	224 (47,7) 17	230 (48,9) 17	454 (96,6) 17	326 (70,0) 21

⁷ Aangezien zowel 'belangrijk' als 'zeer belangrijk' in rekening worden gebracht ligt het vereiste percentage om over een discrepantie te spreken hier hoger dan bij de kwaliteit van de welzijnszorg, waar enkel 'zeer belangrijk' in rekening gebracht wordt.

Hoofdstuk 8

Huisarts heeft aandacht voor mogelijke emotionele problemen die te maken hebben met mijn gezondheid	236 (51,1)	170 (36,8)	406 (87,9)	282 (64,7)
<i>Missing</i>	25	25	25	51
Huisarts biedt hulp aan bij het voorkomen van ziekten of het verbeteren van mijn gezondheid	246 (52,9)	158 (34,0)	404 (86,9)	238 (52,9)
<i>Missing</i>	22	22	22	37
Huisarts is bereid te praten over fouten of over zaken die niet goed zijn gegaan	219 (49,7)	141 (32,0)	360 (81,7)	169 (47,2)
<i>Missing</i>	46	46	46	129
Huisarts is een belangrijke bron van steun bij moeilijkheden of problemen die niet noodzakelijk met mijn gezondheid te maken hebben	194 (42,3)	105 (22,9)	299 (65,2)	176 (41,6)
<i>Missing</i>	28	28	28	64

Hoofdstuk 9

Stigma

Dat een persoon in gedachten gereduceerd wordt van een volwaardig persoon, tot een aangetast en minderwaardig iemand (Goffman, 1986). Deze definitie van stigma is één van de vaakst geciteerde binnen het onderzoek rond stigmatisering. Onderzoekers onderscheiden publiek stigma en zelfstigma. Publiek stigma treedt op wanneer grote sociale groepen stereotypen gaan onderschrijven aan bepaalde groepen van mensen, bijvoorbeeld OCMW-gebruikers of mensen met een psychische problematiek. Wanneer de zelfwaarde van mensen daalt doordat ze dit publiek stigma internaliseren, spreken we van zelfstigma (Corrigan, Kerr, & Knudsen, 2005).

Om inzicht te verwerven in zelfstigma werd aan de zorggebruikers gevraagd of, en in welke mate ze bepaalde gevoelens ervaren, ten gevolge van het beroep doen op een zorgvoorziening. De vragen die gebruikt werden zijn afkomstig uit het doctoraat van Dr. Mieke Verhaeghe: Stigma, een wereld van verschil? Een sociologische studie naar stigma-ervaringen in de geestelijke gezondheidszorg.

1 OCMW

Ongeveer één op vier OCMW-gebruikers ervaart gevoelens van stigmatisering ten gevolge van hun zorggebruik. Voornamelijk minderwaardigheidsgevoelens en schaamte worden frequent gerapporteerd (ongeveer 30% van alle OCMW-gebruikers).

Tabel 53 Stigma OCMW

	OCMW-gebruikers (n=397)	
	N	(valid %)
Doordat ik naar het OCMW ga...		
❖ Ben ik me minderwaardig gaan voelen		
Helemaal eens	47	(12,4)
Eerder eens	63	(16,6)
Noch eens, noch oneens	34	(8,9)
Eerder oneens	51	(13,4)
Helemaal oneens	185	(48,7)
Missing	17	
❖ Ben ik me soms nutteloos gaan voelen		
Helemaal eens	24	(6,3)
Eerder eens	47	(12,4)
Noch eens, noch oneens	41	(10,8)
Eerder oneens	63	(16,7)
Helemaal oneens	203	(53,7)
Missing	19	

❖ Ben ik me minder bekwaam gaan voelen		
Helemaal eens	23	(6,0)
Eerder eens	50	(13,2)
Noch eens, noch oneens	35	(9,2)
Eerder oneens	61	(16,0)
Helemaal oneens	212	(55,6)
<i>Missing</i>	16	
❖ Ben ik gaan twijfelen aan mezelf		
Helemaal eens	23	(6,1)
Eerder eens	49	(12,9)
Noch eens, noch oneens	35	(9,2)
Eerder oneens	61	(16,1)
Helemaal oneens	212	(55,8)
<i>Missing</i>	17	
❖ Schaam ik me hier soms voor		
Helemaal eens	57	(15,0)
Eerder eens	51	(13,4)
Noch eens, noch oneens	31	(8,2)
Eerder oneens	46	(12,1)
Helemaal oneens	195	(51,3)
<i>Missing</i>	17	

2 CAW

Ook binnen het CAW ondervindt een aantal gebruikers negatieve gevoelens ten gevolge van het beroep doen op de voorziening. Het aandeel dat stigmatisering ervaart ligt lager dan bij het OCMW. Het beginnen twijfelen aan zichzelf en schaamtegevoelens worden het meest frequent genoemd (respectievelijk 17,5% en 15,5%).

Tabel 54 Stigma CAW

	CAW-gebruikers (n=159)	
	N	(valid %)
Doordat ik naar het CAW ga...		
❖ Ben ik me minderwaardig gaan voelen		
Helemaal eens	5	(3,4)
Eerder eens	6	(4,1)
Noch eens, noch oneens	16	(10,8)
Eerder oneens	28	(18,9)
Helemaal oneens	93	(62,8)
<i>Missing</i>	11	

❖ Ben ik me soms nutteloos gaan voelen		
Helemaal eens	2	(1,3)
Eerder eens	11	(7,4)
Noch eens, noch oneens	13	(8,8)
Eerder oneens	22	(14,9)
Helemaal oneens	100	(67,6)
<i>Missing</i>	11	
❖ Ben ik me minder bekwaam gaan voelen		
Helemaal eens	1	(0,7)
Eerder eens	10	(6,8)
Noch eens, noch oneens	16	(10,8)
Eerder oneens	22	(14,9)
Helemaal oneens	99	(66,9)
<i>Missing</i>	11	
❖ Ben ik gaan twifelen aan mezelf		
Helemaal eens	5	(3,4)
Eerder eens	21	(14,1)
Noch eens, noch oneens	14	(9,3)
Eerder oneens	21	(14,1)
Helemaal oneens	88	(59,1)
<i>Missing</i>	10	
❖ Schaam ik me hier soms voor		
Helemaal eens	5	(3,4)
Eerder eens	18	(12,1)
Noch eens, noch oneens	16	(10,8)
Eerder oneens	17	(11,5)
Helemaal oneens	92	(62,2)
<i>Missing</i>	11	

3 ICAW

De proportie die negatieve gevoelens ondervindt ten gevolge van het beroep doen op het ICAW schommelt tussen de 10% en 20%. Het gevoel zich minder bekwaam te zijn gaan voelen wordt door 17,3% gerapporteerd, en is het meest frequent aangehaalde negatieve gevoel.

Tabel 55 Stigma ICAW

	ICAW-gebruikers (n=124)	
	N	(valid %)
Doordat ik naar het ICAW ga...		
❖ Ben ik me minderwaardig gaan voelen		
Helemaal eens	3	(4,0)
Eerder eens	5	(6,7)
Noch eens, noch oneens	6	(8,0)
Eerder oneens	12	(16,0)
Helemaal oneens	49	(65,3)
Missing	49	
❖ Ben ik me soms nutteloos gaan voelen		
Helemaal eens	5	(6,7)
Eerder eens	5	(6,7)
Noch eens, noch oneens	4	(5,3)
Eerder oneens	11	(14,6)
Helemaal oneens	50	(66,7)
Missing	49	
❖ Ben ik me minder bekwaam gaan voelen		
Helemaal eens	6	(8,0)
Eerder eens	7	(9,3)
Noch eens, noch oneens	2	(2,7)
Eerder oneens	11	(14,7)
Helemaal oneens	49	(65,3)
Missing	49	
❖ Ben ik gaan twifelen aan mezelf		
Helemaal eens	5	(6,7)
Eerder eens	5	(6,7)
Noch eens, noch oneens	6	(8,0)
Eerder oneens	10	(13,3)
Helemaal oneens	49	(65,3)
Missing	49	

❖ Schaam ik me hier soms voor		
Helemaal eens	5	(6,7)
Eerder eens	4	(5,3)
Noch eens, noch oneens	4	(5,3)
Eerder oneens	7	(9,4)
Helemaal oneens	55	(73,3)
<i>Missing</i>	49	

4 Conclusie

Het beroep doen op eerstelijns welzijnsvoorzieningen leidt bij ongeveer een vierde van de OCMW gebruikers tot minderwaardige gevoelens. CAW- en ICAW-gebruikers rapporteren deze negatieve gevoelens in mindere mate.

Hoofdstuk 10

Ervaren baat

Om in kaart te brengen in welke mate zorggebruikers de ontvangen begeleiding als waardevol en efficiënt percipiëren, werd aan elke zorggebruiker gevraagd om aan te geven of hij of zij het gevoel heeft dat de begeleiding en hulp die ze krijgen helpt om hun problemen op te lossen. In onderstaande tabel wordt een onderscheid gemaakt tussen de ervaren baat van OCMW, CAW en ICAW begeleiding.

De overgrote meerderheid van de respondenten beoordeelt de begeleiding die ze ontvangen als waardevol. Dit geldt zowel voor OCMW, CAW als ICAW.

Tabel 56 Ervaren baat

	Totale groep respondenten	Personen met financiële kwetsbaarheid	Personen met psychisch onwelbevinden	Personen met financiële kwetsbaarheid en psychisch onwelbevinden
	N (valid %)	N (valid %)	N (valid %)	N (valid %)
❖ OCMW-begeleiding	397	126	44	227
Helpt niet	30 (9,5)	7 (6,3)	2 (4,8)	21 (10,4)
Helpt misschien	41 (11,6)	7 (6,4)	3 (7,3)	31 (15,3)
Helpt wel	282 (79,9)	96 (87,3)	36 (87,8)	150 (74,3)
<i>Missing</i>	44	16	3	25
❖ CAW-begeleiding	159	35	34	90
Helpt niet	11 (7,8)	0 (0,0)	1 (3,0)	10 (12,8)
Helpt misschien	9 (6,3)	2 (6,2)	3 (9,4)	4 (5,1)
Helpt wel	122 (85,9)	30 (93,8)	28 (87,6)	64 (82,1)
<i>Missing</i>	17	3	2	12
❖ ICAW-begeleiding	124	39	18	67
Helpt niet	5 (6,7)	3 (12,0)	0 (0,0)	2 (5,3)
Helpt misschien	11 (14,9)	5 (20,0)	3 (27,3)	3 (7,9)
Helpt wel	58 (78,4)	17 (68,0)	8 (72,7)	33 (86,9)
<i>Missing</i>	50	14	7	29

1 Algemeen besluit

Het doel van dit cijferrapport is om een overzicht te bieden van de belangrijkste resultaten van de eerste bevraging van het KANS-onderzoek. KANS bestudeert de zorgtrajecten van gebruikers van eerstelijns welzijnsvoorzieningen (OCMW, CAW, ICAW), die geïncludeerd zijn op basis van twee screeningscriteria : (1) financiële kwetsbaarheid en (2) psychisch onwelbevinden. Deze gebruikers zijn gerekruteerd in 8 regio's in Vlaanderen die geselecteerd zijn op basis van hun socio-economische situatie, graad van stedelijkheid en provinciale spreiding. 49 voorzieningen uit deze regio's hebben meegewerkt om de screening uit te voeren. Deze OCMW, CAW en mutualiteiten uit de 8 regio's includeerden samen 1293 zorggebruikers. Vervolgens hebben studenten uit de medewerkende hogescholen deze gebruikers bevroegd. De uitval tussen het moment van inclusie en de bevraging bedraagt 45,9% (n=593). In totaal zijn dus 700 personen bevroegd. Dit cijferrapport bespreekt de volgende onderzoeksthema's: het socio-demografisch profiel van de respondenten, fysieke gezondheid en welzijn, sociale contacten, kennis van zorgvoorzieningen, zorggebruik, aanmeldingsklachten en doorverwijzing, kwaliteit van zorg, stigma en ervaren baat van de zorgverlening. Naast het cijferrapport zijn er tevens een aantal SWVG Feiten & Cijfers beschikbaar, waarin specifiekere onderwerpen meer in detail uitgewerkt worden.

De bevraging van KANS bestaat uit een gemeenschappelijk gedeelte dat bij de twee doelgroepen is afgenomen. Per module worden een aantal thema's verder uitgediept die gelinkt zijn aan financiële kwetsbaarheid en psychisch onwelbevinden. We bespreken achtereenvolgens de conclusies voor de gehele steekproef met betrekking tot hun socio-economisch en gezondheidsprofiel en hun zorggebruik om vervolgens per module een aantal specifieke thema's uit te diepen.

1.1 Socio-economisch en gezondheidsprofiel

Een eerste belangrijke vaststelling is de grote overlap tussen financiële kwetsbaarheid en psychisch onwelbevinden. Meer dan de helft (54,0%) van de bevroegde respondenten beantwoordt op het moment van inclusie zowel aan het criterium voor financiële kwetsbaarheid als aan het criterium voor psychisch onwelbevinden. 47,0% van de bevroegden heeft maximaal een diploma lager secundair onderwijs en drie vierden heeft op het moment van de bevraging geen betaald werk. 70,0% van de bevroegden kan moeilijk rondkomen met hun inkomen. 58,1% van de respondenten lijdt aan minstens één langdurige ziekte of aandoening. Dit is bijna vier keer zo veel als in de algemene bevolking. Een vierde lijdt bovendien aan meerdere langdurige aandoeningen. Qua veerkracht scoren beide doelgroepen significant slechter dan de Vlaamse bevolking.

1.2 Zorggebruik

397 personen geven op het moment van bevraging aan gebruik te maken van het OCMW. De proportie OCMW-cliënten die de begeleiding van het OCMW gelijktijdig combineert met die van minstens één andere zorgvoorziening is eerder groot (56,7%). Het gaat voornamelijk om zorggebruikers die beroep doen op twee voorzieningen (35,3%) of drie voorzieningen (13,9%). Een klein aandeel (7,6%) maakt gelijktijdig gebruik van meer dan drie voorzieningen. Het gebruik van het OCMW wordt het vaakst gecombineerd met CAW en/of ICAW, gevolgd door gezins- of thuishulp en het dienstencentrum van het OCMW. De respondenten doen het vaakst beroep op het OCMW voor financiële problemen. Bij het CAW zijn de aanmeldingsklachten meer divers dan bij OCMW. De voornaamste is een huisvestingsprobleem (46,7%). Daarnaast zijn ook schulden (17,5%) en gebrek aan geld of geen inkomen (21,6%) vaak vermelde aanmeldingsklachten. De aspecten die de gebruiker in het OCMW als het belangrijkste beschouwt, worden ook in aanzienlijke mate vervuld: met respect behandeld worden en afspraken worden nagekomen. De grootste discrepantie tussen wens en waarheid volgens de gebruiker zien we op het vlak van een gelijke behandeling voor iedereen (voor 36,0% van de gebruikers is dit altijd voldaan) en dat er rekening wordt gehouden met de mening van de gebruiker bij belangrijke beslissingen (49,1% vindt dat dit altijd waar is).

159 respondenten doen op het moment van bevraging beroep op de dienstverlening van een CAW. Een op drie doet enkel beroep op het CAW, 39,6% doet beroep op één andere voorziening en 27,7% combineert de hulpverlening van CAW met die van twee of meer andere voorzieningen. De CAW-gebruikers doen voornamelijk bijkomend beroep op OCMW (39,0%) en ICAW (16,4%). Ook voor de CAW gebruiker is het belangrijkste kwaliteitsaspect goed vervuld: behandeld worden met respect (75,7%). Dat de gemaakte afspraken worden nagekomen, vinden de CAW gebruikers zeer belangrijk, maar de dienstverlening beantwoordt hier in mindere mate ook aan (altijd waar bij 63,7%). Dat er voldoende tijd wordt genomen is dan weer een goed vervulde verwachting (68,2% van de gebruikers vindt dit altijd waar). Ook hier vinden de gebruikers dat niet iedereen voldoende op dezelfde manier wordt behandeld. Er wordt ook onvoldoende rekening gehouden met de mening van de gebruiker

De overgrote meerderheid van de respondenten is van mening dat de begeleiding die ze ontvangen hen helpt. Dit geldt zowel voor OCMW, CAW als ICAW. Ongeveer één op vier OCMW-gebruikers ervaart wel gevoelens van stigmatisering ten gevolge van hun zorggebruik.

Ook binnen het CAW ondervindt een aantal gebruikers negatieve gevoelens ten gevolge van het beroep doen op de voorziening. Het aandeel dat stigmatisering ervaart ligt wel lager dan bij het OCMW. Het beginnen twijfelen aan zichzelf en schaamtegevoelens worden het meest frequent genoemd (respectievelijk 17,5% en 15,5%). De proportie die negatieve gevoelens ondervindt ten gevolge van het beroep doen op het ICAW schommelt tussen de 10% en 20%. Het gevoel zich minder bekwaam te zijn gaan voelen wordt door 17,3% gerapporteerd.

1.3 Gebruikers met financiële kwetsbaarheid

Voor de groep met financiële kwetsbaarheid beschikken we over exacte inkomensgegevens. 12,3% geeft aan elke maand rond te moeten komen met een gestandaardiseerd huishoudinkomen lager of gelijk aan 500 euro. 40,6% van de respondenten heeft een gestandaardiseerd inkomen beneden 750 euro. Bijna de helft (46,2%) leeft in een huis met ernstige tekortkomingen, zoals schimmellekken, onveilige verwarming of elektriciteit, structurele gebreken aan het dak etc.

Het vertrouwen in de medemens is eerder laag, terwijl hulpverleners en huisartsen wel op een groot vertrouwen kunnen rekenen. Meer dan 80% van de financieel kwetsbare welzijnszorggebruikers ervaart sociale ondersteuning van een goede kwaliteit. De grootste lacunes met betrekking tot sociale steun vinden we terug bij affectieve en praktische ondersteuning.

Met een gemiddelde van 3,19 ligt het aantal huisartsbezoeken in de voorbije twee maanden relatief hoog. Twee op tien ging in de afgelopen twee maanden meer dan één keer per twee weken naar de huisarts. De kwaliteitsaspecten van huisartsenzorg die de patiënt als het belangrijkste beschouwt, worden ook het best vervuld. Het gaat om: mensen in de wachtkamer horen niet wat er in de onderzoekskamer gebeurt en de huisarts behandelt mij met respect. Een derde geeft aan minstens één maal een bezoek aan de huisarts dat wel nodig was te hebben uitgesteld in het afgelopen jaar. De voornaamste reden hiervoor is van financiële aard. Bovendien heeft één op vier in het afgelopen jaar een bezoek aan de arts-specialist of een medische ingreep uitgesteld, vooral ten gevolge van financiële barrières. Bijna de helft van de respondenten beschikt niet over een hospitalisatieverzekering.

1.4 Gebruikers met psychisch onwelbevinden

Een derde van de respondenten met psychisch onwelbevinden (35,5%) blijkt op basis van de Beck Depression Inventory een matige tot ernstige vorm van depressiviteit te hebben. Voor hen kan gespecialiseerde hulpverlening aangewezen zijn. Ongeveer vier van de tien respondenten scoren boven het gemiddelde op de totale BSI score. Het aantal respondenten met bovengemiddelde scores ligt het hoogste voor paranoïde gevoelens (69,9%), somatische klachten (54,1%) en hostiliteit (50,2%). 67,4% van de respondenten in de steekproef heeft psychisch onwelbevinden. De belangrijkste symptomen zijn vermoeidheid (74,2%), slaapproblemen (72,1%), minder plezier beleven dan vroeger (68,8%), minder energie hebben om het werk goed uit te voeren (63,9%), sneller geërgerd geraken dan vroeger (61,6%) en meer moeite hebben met het nemen van beslissingen dan voorheen (61,3%). De respondenten die psychisch onwelbevinden ervaren, gebruiken beduidend minder taakgerichte copingvaardigheden dan de algemene bevolking, terwijl ze beduidend meer emotiegerichte copingvaardigheden gebruiken dan de algemene bevolking.

2 Beleids- en praktijkaanbevelingen

Het KANS-onderzoek brengt maatschappelijk kwetsbare zorggebruikers in beeld die op verschillende levensdomeinen significant slechter scoren dan de Vlaamse bevolking. Zij maken op dit moment wel gebruik van eerstelijns welzijnsdiensten, waardoor hun kwetsbaarheid ten gronde kan aangepakt worden. Dit vraagt wel om een integrale en geïntegreerde aanpak. Integraal betekent dat er op verschillende levensdomeinen wordt ingespeeld (inkomen, gezondheid, huisvesting, werk, sociale contacten). Zo'n integrale aanpak is enkel mogelijk mits de samenwerking van verschillende welzijns- en gezondheidsdiensten en bij uitbreiding ook de sectoren huisvesting, werk en buurtwerk.

Dit onderzoek toont aan dat samenwerking tussen de welzijns- en gezondheidssector op het lokale niveau moet aangemoedigd worden. Via de opmaak en de samenwerking in het kader van het lokaal sociaal beleidsplan kunnen hier heel wat mogelijkheden benut worden. De Vlaamse overheid kan via het Kaderdecreet Lokaal Sociaal beleid en via de eerstelijnsgezondheidsconferentie positieve prikkels geven om die samenwerking te versterken. Eén model van integratie tussen gezondheid en welzijn opleggen heeft weinig zin, omdat dan voorbijgegaan wordt aan de specifieke lokale omstandigheden en de lokale context. Binnen het kader van de uitvoering van de conclusies van de eerstelijnsgezondheidszorg is het aan te bevelen om aan de integrale en geïntegreerde aanpak van maatschappelijk kwetsbare groepen prioriteit te geven.

Het uitstelgedrag in de gezondheidszorg moet ook onder de beleidsaandacht blijven. Er zijn een aantal beleidsinstrumenten voorhanden om dit aan te pakken (bv. derdebetalersregeling), maar de vraag stelt zich of deze inspanningen niet versterkt moeten worden. Het garanderen van de betaalbaarheid van de gezondheidszorg is een blijvende uitdaging.

De gebruiker is globaal genomen tevreden over de kwaliteit van het zorgaanbod. Ook is een meerderheid ervan overtuigd dat de hulp helpt. Toch mogen we niet blind blijven voor de stigmatiserende effecten die samenhangen met beroep doen op het OCMW. De Vlaamse overheid wenste in 2004 het imago van het OCMW op te poetsen door de oprichting van de Sociale Huizen. De vraag stelt zich of er geen beeldvormingcampagnes nodig zijn rond het OCMW/Sociaal Huis, zoals we die ook kennen binnen de geestelijke gezondheidszorg. Met betrekking tot het aanbod valt ook op dat de naambekendheid van het CAW en ICAW (Diensten Maatschappelijk Werk van het ziekenfonds) beperkt blijft. Zowel door de sector zelf als door de subsidiërende overheid dient hieraan gewerkt te worden.

Wat betreft de werking van de welzijnsvoorzieningen brengt het onderzoek de volgende aspecten onder de aandacht. Binnen het OCMW moet in ieder geval bewaakt worden dat maatschappelijk werkers over voldoende tijd beschikken om op een kwaliteitsvolle manier hulp te verlenen. De sterke stijging van het aantal leefloongerechtigden gedurende de laatste drie jaar bemoeilijkt dit waarschijnlijk bijkomend. Het screenen van psychisch onwelbevinden kan een onderdeel vormen van de omslag naar een meer integrale benadering door de welzijns- en gezondheidssector. Daarnaast kan ingezet worden op expertiseopbouw hierover binnen de eerstelijns. Ook moeten de OCMW, CAW en Diensten Maatschappelijk Werk

cliënten inspraak geven in het zorgtraject. Met betrekking tot psychisch onwelbevinden moeten de welzijnsvoorzieningen aangemoedigd worden om taakgerichte vaardigheden te trainen of om hiervoor een samenwerking op te zetten met meer gespecialiseerde diensten.

Referenties

- Beddington, J., Cooper, C., Field, J., Goswami, U., Huppert, FA, & Jenkins, R. (2008). The mental wealth of nations. *Nature*, 455, 1057-1060.
- Billings, A.G. & Moos, R.H. (1984). Coping, Stress, and Social Resources Among Adults With Unipolar Depression. *Journal of Personality and Social Psychology* Vol. 46, No. 4, 877-891
- Bruffaerts, R., Bonnewyn, A. & Demyttenaere, K. (2009). The individual and societal effects of non-psychotic serious mental disorders on earnings in Belgium. *European Psychiatry*, 24, 207-213
- Butterworth, P., Rodgers, B. & Windsor, TD. (2009). Financial hardship, socio-economic position and depression. Results from the Path through Life survey. *Social Science and Medicine*, 69, 229-237
- Cheli, B. & Lemmi, A. (1995). "Totally" Fuzzy and Relative Approach to the Multidimensional Analysis of Poverty. *Economic Notes*, 24(1), 115-134.
- Christensen, M.V. & Kessing, L.V. (2005). Clinical use of coping in affective disorder, a critical review of the literature. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1:20
- Cohen S., Doyle, W.J., Skoner, D.P., Rabin, B.S. & Gwaltey, J.M. (1997). Social ties and Susceptibility to the common cold. *Journal of the American Medical Association*, 277, 1940-1944.
- Conradi, H.J., de Jonge, P. & Ormel, J. (2008). Prediction of the three-year course of recurrent depression in primary care patients: different risk factors for different outcomes. *Journal of Affective Disorders*, 105, 267-271.
- Coppen, R., Verhaak, P.F.M. (2007). Indicatoren in de eerstelijns GGZ. Een voorstudie naar de Informatievoorziening in de eerstelijns GGZ voor zorggebruikers en verzekeraars. Nivel, 2007
- Corrigan, P.W, Kerr, A. & Knudsen, L. (2005). On the stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology*, 11(3), 179-190.
- De Beurs, E. (2009). Brief Symptom Inventory. Handleiding Addendum. PITS BV, Leiden
- Demarest, S., Hesse, E., Drieskens, S., Van der Heyden, J., Gisle, L. & Tafforeau, J. (2010). *Gezondheidsenquête België 2008. Sociale Gezondheid*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.
- De Ridder, D.T.D. & Van Heck, G.L. (2004). Coping Inventory for Stressful Situations. CISS Handleiding, Nederlandse versie. Swets Test Publishers.

- Dhringra, S.S., Zack, M., Strine, T., Pearson, W.S. & Balluz, L. (2010). Determining prevalence and correlates of psychiatric treatment with Andersen's Behavioral model of Health services use. *Psychiatric Services*, 61, 5, 524-528
- Fresco, D.M., William, N.L. & Nugent, N.R. (2006). Flexibility and Negative Affect: Examining the Associations of Explanatory Flexibility and Coping Flexibility to Each Other and to Depression and Anxiety. *Cogn Ther Res* (2006) 30:201-210, DOI 10.1007/s10608-006-9019-8
- Goffman, E. (1986). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity* Touchstone, New York.
- Gordon, S. (1976). *Lonely in America. A portrait of Americans--young, old, married, single, in groups and alone.* New York: Simon and Schuster.
- Heylen, K., Le Roy, M., Vandekerckhove, B. & Winters, S. (2007). *Wonen in Vlaanderen. De resultaten van de Woonenquête 2005 en Uitwendige Woningsschouwing 2005.* Brussel: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Departement Ruimtelijke Ordening, Woonbeleid en Onroerend Erfgoed.
- Jung, H.P., Wensing, M., de Wilt, A. & Grol, R. (2000). Comparison of patient's preferences and evaluations regarding aspects of general practice care. *Family Practice*, 17(3).
- Levecque, K. (2007). *Exclusion in kind and mind: een sociologisch onderzoek naar het verband tussen armoede en depressie vanuit een multidimensioneel armoedeperspectief.* Doctoraatsdissertatie Universiteit Antwerpen.
- Lorant, V., Deliege, D., Eaton, W. et al (2003). Socioeconomic inequalities in depression : a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157, 98-112.
- Melchior, M., Chastang, JF., Leclerc, A., Riber, C., & Rouillon, F. (2010). Low socioeconomic position and depression persistence: longitudinal results from the GAZEL cohort study. *Psychiatry research*, 177, 92-96.
- Nolen, W.A. & Dingemans, P.M.A.J. (2004). Meetinstrumenten bij stemmingsstoornissen. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 46, 10, 681-686
- Portzky, M., Wagnild, G., De Bacquer, D. and Audenaert, K. (2010), Psychometric evaluation of the Dutch Resilience Scale RS-nl on 3265 healthy participants: a confirmation of the association between age and resilience found with the Swedish version. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24: 86-92. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00841.x
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316-331.
- Sundquist, K. & Ahlen, H. (2006). Neighbourhood income and mental health: a multilevel follow-up study of psychiatric hospital admissions among 4.5 million women and men. *Health & Place*, 12, 594-602
- Thornicroft, G. & Tansella, M. (2009). *Better Mental Health Care.* CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS

- Verhaeghe, M. (2008). Stigma, een wereld van verschil? Een sociologische studie naar stigma-ervaringen in de geestelijke gezondheidszorg. Doctoraatsproefschrift, Vakgroep Sociologie, Universiteit Gent.
- Wagnild, GM. & Young, HM. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1: 165-178
- Wagnild, G. (2003). Resilience and successful aging: comparison among low and high income older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, vol 29, issue 12, pg 42-49
- Wang, J.L. & Patten, S.B. (2002). The moderating effects of coping strategies on major depression in the general population. *Can J Psychiatry*, 47, 2, 167-173
- Whooley, MA., Avins, AL., Miranda, J., & Browner, WS. (1997). Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *Journal of General Internal Medicine*, 12(7), 439-445.
- Willems, S. (2005). The socio-economic gradient in health: a never-ending story? A descriptive and explorative study in Belgium. Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg. Universiteit Gent.
- Willems, S., DeSmet, A., Poppe, A., Hermans, K., Verlinde, E., Van Audenhove, C. & De Maeseneer, J. (2011). *KANS. Theoretische achtergronden en onderzoeksopzet*. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Publicaties van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Feiten & Cijfers

(te downloaden van <http://www.steunpuntwvg.be/swvg/nl/Publicaties.html>)

SWVG Feiten & Cijfers 27	Kennis over zorgvoorzieningen bij welzijnszorggebruikers in de eerste lijn
SWVG Feiten & Cijfers 26	Kennis van het aanbod van formele ondersteuning bij adolescenten met een handicap en hun ouders
SWVG Feiten & Cijfers 25	Alcohol voor, tijdens en na de zwangerschap en in de periode van de borstvoeding
SWVG Feiten & Cijfers 24	MP3-spelers, een bedreiging voor het gehoor van jongeren?
SWVG Feiten & Cijfers 23	De door adolescenten met een handicap en hun ouders gerapporteerde ondersteuningsnoden en de relatie met situationele factoren
SWVG Feiten & Cijfers 22	Lokale kenmerken kunnen een invloed hebben op het effect van een interventie op voeding en beweging voor 3 tot 9-jarigen
SWVG Feiten & Cijfers 21	Psychosociaal functioneren van 12-jarige jongens en meisjes met rekenproblemen in Vlaanderen
SWVG Feiten & Cijfers 20	Op zoek naar het unieke in elk kind. Temperament bij jongens en meisjes van 6 en 12 jaar met en zonder psychopathologie
SWVG Feiten & Cijfers 19	Mantelzorg, vanzelfsprekend !? Over zorg-ervaringen en noden van mantelzorgers van kwetsbare ouders
SWVG Feiten & Cijfers 18	Hoeveel kosten rapporteren ouders in verband met de ondersteuning van hun adolescent met een handicap?

SWVG Feiten & Cijfers 17	Met de mantel der liefde? Over de kwaliteit van de relatie tussen kwetsbare ouderen en mantelzorgers
SWVG Feiten & Cijfers 16	Opzettelijke zelfverwonding bij adolescenten in een ecologisch perspectief
SWVG Feiten & Cijfers 15	Zorggebruik, -behoefte en -tevredenheid bij kwetsbare ouderen
SWVG Feiten & Cijfers 14	Een goede oude dag?
SWVG Feiten & Cijfers 13	Een educatieve interventie op voeding en beweging in kinderdagverblijven kan de ontwikkeling van overgewicht voorkomen
SWVG Feiten & Cijfers 12	Determinanten van levenskwaliteit van adolescenten met een handicap en hun ouders
SWVG Feiten & Cijfers 11	Hoe beleven ouders het ouderschap en wat zijn hun eerste vragen?
SWVG Feiten & Cijfers 10	Kwaliteit van leven van adolescenten met een handicap en hun familieleden
SWVG Feiten & Cijfers 9	Menstruatiepatroon en menstruele klachten bij 12-jarigen in Vlaanderen
SWVG Feiten & Cijfers 8	Beschrijving van de KANS steekproef: representativiteit, demografische en socio-economische kenmerken, gezondheidstoestand en zorggebruik
SWVG Feiten & Cijfers 7	Als mama rookt, rookt de baby mee
SWVG Feiten & Cijfers 6	Een wereld van verschil. Zien baby's aantallen?
SWVG Feiten & Cijfers 5	Kleine kinderen, kleine zorgen? Ondersteuningsbehoeften van ouders met zuigelingen in relatie tot ouder-, kind- en gezinskenmerken
SWVG Feiten & Cijfers 4	Depressieve klachten bij kwetsbare ouderen die thuiszorg gebruiken

SWVG Feiten & Cijfers 3	Preventie van spina bifida en andere neuralebuisdefecten door foliumzuursuppletie tijdens de zwangerschap
SWVG Feiten & Cijfers 2	Het hulpaanbod voor mensen met depressieve klachten in (I)CAW en OCMW: beantwoordt het aanbod aan de vraag?
SWVG Feiten & Cijfers 1	Depressieve klachten en suïcidaliteit in de (I)CAW en OCMW: onderzoek naar de ernst en de relatie tot armoede

Rapporten

(te downloaden van <http://www.steunpuntwvg.be/swvg/nl/Publicaties.html>)

Rapport 29 2012/20	STICORDI en het recht op redelijke aanpassingen bij leerstoornissen in het secundair onderwijs
Rapport 28 2012/19	Sociaal-demografisch profiel, gezondheid en voedingspatroon tijdens het eerste levensjaar van de Vlaamse geboortecohorte JOnG!
Rapport 27 2012/18	Sociaal-demografisch profiel en gezondheid van 6- en 12-jarige jongeren (cohorten JOnG!) in Vlaanderen
Rapport 26 2011/17	Het POP-project Preventie van overgewicht bij jonge kinderen - Evaluatie en ontwikkeling van een interventie rond voeding en beweging via de kinderdagverblijven
Rapport 25 2011/16	Peuters en de eerste stapjes in rekenland alleen en aan de hand van mama
Rapport 24 2011/15	JOnG! - opvoedings- en gezinsvariabelen bij de Vlaamse geboortecohorte 0-jarigen
Rapport 23 2011/14	Samenwerking in ketens en netwerken: praktijkervaringen uit de zorg- en welzijnssector
Rapport 22 2011/12	Overheidsinstrumentarium in de zorgsector
Rapport 21 2011/11	VRAAG. Theoretische achtergronden en onderzoeksopzet

Rapport 20	2011/09	Blauwdruk voor geharmoniseerde begrippen en procedures in de zorg
Rapport 19	2011/08	Ontwikkeling van indicatoren in het kader van doelstelling 12 'Zorg' van het Pact 2020
Rapport 18	2011/07	Zorgintensiteit-/zorgzwaartebepaling bij minderjarigen in de intersectorale toegangspoort NRTJ: zoektocht naar een instrumentarium
Rapport 17	2011/06	Sociaal-demografisch profiel, perinatale gezondheid en gezondheid tijdens de eerste levensweken van de Vlaamse geboortecohorte JOnG!
Rapport 16	2011/05	KANS - Theoretische achtergronden en onderzoeks-opzet
Rapport 15	2011/04	De Vlaamse Ouderen Zorg Studie: methodologisch rapport
Rapport 14	2011/03	De dienstencheque in Vlaanderen. Tot uw dienst of ten dienste van de zorg?
Rapport 13	2011/02	Evaluatie van de huidige screening van adoptieouders uitgevoerd door Diensten voor maatschappelijk onderzoek van de CAW's in het kader van de geschiktheidprocedure voor interlandelijke adoptie gevoerd voor de jeugdrechtbank
Rapport 12	2011/01	EFeKT - Evalueren van eEffecten en Kernprocessen van preventieve meThodieken, ontwikkeld binnen de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen
Rapport 11	2010/02	JOnG! Theoretische achtergronden, onderzoeksopzet en verloop van het eerste meetmoment
Rapport 09	2009/06	Onderzoek naar verklarende factoren voor de verschillen in suïcidecijfers in Vlaanderen in vergelijking met Europese landen
Rapport 08	2009/05	Indicatoren als basis voor een zelfevaluatie- en auditinstrument van CGG
Rapport 07	2009/04	Het gebruik van opvang voor kinderen jonger dan 3 jaar in het Vlaamse gewest
Rapport 06	2009/03	Vraagverheldering in de preventieve gezinsonder-steuning van Kind & Gezin: Een onderzoek naar de validering van de IJsbrekermethodiek

Rapport 05	2009/02	Effectevaluatie Spreekuur volgens de methodiek van Triple P en vergelijking met het huidige Spreekuur Opvoedingsondersteuning
Rapport 04	2009/01	Personen met een verstandelijke handicap onderhevig aan een interneringsmaatregel
Rapport 03	2008/08	Evaluatie Time-outprojecten - Bijzondere jeugdbijstand
Rapport 02	2008/06	De prioriteiten op het vlak van welzijn en gezondheid: visies van betrokkenen in 8 regio's
Rapport 01	2008/03	Toekomstig ziekenhuislandschap in Vlaanderen

Werknota's

(te downloaden van <http://www.steunpuntwvg.be/swvg/nl/Publicaties.html>)

Werknota 12	2011/13	De netwerken hulp- en dienstverlening aan gedetineerden vanuit een netwerkmanagement-perspectief
Werknota 11	2011/10	POP – Instrumentarium voor het uitwerken van een proces evaluatie binnen het POP-project
Werknota 10	2010/04	De netwerken van Integrale Jeugdhulp geanalyseerd vanuit een keten- en netwerkmanagementperspectief - Een casestudie
Werknota 09	2010/11	Private zorgvoorzieningen voor residentiële ouderen-zorg in Europees perspectief
Werknota 08	2009/11	Zorg op de Europese markt
Werknota 07	2009/10	Beleidsruimte van de overheid in de zorgsector
Werknota 06	2009/09	Overheidsinstrumentarium in de zorgsector – onderzoekskader
Werknota 05	2008/07	De selectie van de SWVG-onderzoeksregio's
Werknota 02	2008/02	Begrippen en effecten van marktwerking: een literatuurverkenning
Werknota 01	2008/01	Ontwikkelingen betreffende de Europese Dienstenrichtlijn en de zorgsector"

Boeken

(te bestellen via <http://www.acco.be/uitgeverij/nl>)

Boek 2	2010/01	Modelontwikkeling voor de economische evaluatie van welzijns- en gezondheidsprojecten en projectplannen (ISBN:9789033480706)
Boek 1	2009/08	Deugdelijk bestuur in de non-profit welzijns- en gezondheidssector (ISBN:9789033477980)