

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

KANS
Theoretische achtergronden en onderzoeksopzet

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



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. 2011 05
SWVG-Rapport 16
Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Titel rapport: KANS. Theoretische achtergronden en onderzoeksopzet.

Promotoren: Prof. Dr. Jan De Maeseneer en Prof. Dr. Chantal Van Audenhove
Co-promotoren: Dr. Koen Hermans en Dr. Sara Willems
Onderzoekers: Ann DeSmet, Annelien Poppe en Evelyn Verlinde

Administratieve ondersteuning: Lut Van Hoof, Sabine Vanden Bossche, Lieve Van Cauwenberghe
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

K.U.Leuven

Prof. Dr. Chantal Van Audenhove (Promotor-Coördinator), Lucas en ACHG
Prof. Dr. Karel Hoppenbrouwers, 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 eerstelijns gezondheidszorg
Prof. Dr. Ilse De Bourdeaudhuij, Vakgroep Bewegings- en sportwetenschappen
Prof. Dr. Ann Buysse, Vakgroep Experimenteel-klinische en gezondheidspsychologie

VUBrussel

Prof. Dr. Johan Vanderfaeillie, Vakgroep Orthopsychologie

KHKempen

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

Inhoud

INLEIDING	7
HOOFDSTUK 1 Situering van het KANS-onderzoek	9
1. KANS: een onderzoek naar zorggebruik, trajecten en –tevredenheid van kwetsbare volwassenen	9
2. Definitie van de onderzoekspopulatie	9
3. Beleidsrelevantie van het onderzoek	10
4. Wetenschappelijk relevantie	11
HOOFDSTUK 2 Literatuurstudie	15
1. Financiële kwetsbaarheid	15
2. Psychisch onwelbevinden en geestelijke gezondheid	18
2.1. Geestelijke gezondheid als continuüm of als categorie	18
2.2. Psychisch onwelbevinden	19
2.3. Depressieve klachten	20
3. De relatie tussen financiële kwetsbaarheid en psychisch onwelbevinden	21
3.1. Cross-sectioneel onderzoek naar de relatie tussen financiële kwetsbaarheid en psychisch onwelbevinden	21
3.2. Longitudinaal onderzoek: sociale causatie en/of sociale selectie?	22
3.3. Elkaar versterkende processen	22
4. Het zorggebruik van beide groepen	24
4.1. Algemene vaststellingen over gezondheidszorggebruik	24
4.2. Gebruik van OCMW	25
4.3. Gebruik van CAW	26
4.4. Gebruik van ICAW	27
4.5. Gebruik van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)	27
5. Relatie tussen gezondheid en plaats	30
HOOFDSTUK 3 De onderzoeksopzet van KANS	33
1. Conceptueel model en onderzoeksvragen	33
2. Studiedesign	38
3. Regioselectie	38

4. Selectie van de respondenten	38
4.1. Algemene selectiecriteria	38
4.2. Specifieke selectiecriteria	39
4.3. Gegevensbronnen	41
5. Onderzoeksprocedures	42
5.1. Inclusieprocedure	42
5.2. Toestemming	43
5.3. Vragenlijsten	44
5.4. Interviewers	44
5.5. Afnameprocedure	45
5.6. Koppeling met externe databanken	45
5.7. Ethische commissie	46
HOOFDSTUK 4 Operationalisering en instrumenten	47
1. Identificatiegegevens	47
1.1. ID – nummer	47
2. Fysieke en psychische gezondheidstoestand	48
2.1. Fysieke gezondheidstoestand	48
2.1.1. Subjectieve gezondheidstoestand	48
2.1.2. Chronische aandoeningen	48
2.1.3. Kleine en kortdurende klachten	49
2.1.4. Lichamelijke pijn	49
2.2. Psychische gezondheidstoestand	50
2.2.1. Psychisch (on)welbevinden	50
2.2.2. Beïnvloedende factoren	52
3. Inkomenssituatie	54
3.1. Maandelijks inkomen	54
3.2. Maandelijkse gezinsuitgaven	55
3.3. Inkomensdeprivatie	55
4. Huisvesting	56
5. Sociaal kapitaal	57
5.1. Sociale netwerken	58
5.2. Lidmaatschap van groepen	58
5.3. Vertrouwen	58
5.4. Sociale steun	59
5.5. Percepties over de buurt	60
5.5.1. Sociale cohesie in de buurt	60

5.5.2.	Gevoelens van onveiligheid	60
5.5.3.	Motivatie om te verhuizen	60
6.	Zorggebruik	61
6.1.	Zorgtrajecten	61
6.1.1.	Welzijnszorgtraject	62
6.1.2.	Gezondheidszorggebruik	63
7.	Persoonlijke gegevens	64
7.1.	Individu	64
7.2.	Gegevens van de partner	65
7.3.	Huishouden	65
HOOFDSTUK 5 Beschrijving van de steekproef en non-respons		67
1.	Representativiteit en veralgemeenbaarheid	67
1.1.	Afbakening van Vlaanderen naar 8 regio's	67
1.1.1.	Eerste selectiefase	68
1.1.2.	Tweede selectiefase	69
1.2.	8 regio's → 49 participerende voorzieningen	69
1.3.	Participerende voorzieningen → onderzoekspopulatie	71
1.3.1.	Theoretische inschatting van de onderzoekspopulatie	73
1.4.	Onderzoekspopulatie → Inclusies	76
1.5.	Inclusies → steekproef	77
2.	Beschrijving van de steekproef	78
2.1.	Inclusie door welzijnsvoorzieningen	79
2.2.	Inclusie door mutualiteiten	81
BESLUIT		83
Referenties		85

INLEIDING

KANS kadert binnen het meerjarenprogramma van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (SWVG). Het steunpunt werd opgericht voor de periode 2007-2011 door toenmalig Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Inge Vervotte en is een consortium van onderzoekscentra van de Katholieke Universiteit Leuven, de Universiteit Gent, de Vrije Universiteit Brussel en de Katholieke Hogeschool Kempen. Het steunpunt heeft tot opdracht de minister (intussen Jo Vandeurzen) met wetenschappelijk onderzoek te ondersteunen bij het voeren van een slagkrachtig, vernieuwend, efficiënt en integraal beleid rond welzijn, gezondheid en gezin.

KANS 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 volwassenen te verzamelen en hun evolutie op te volgen. Concreet richt KANS zich op het zorggebruik, de zorgtrajecten en zorgtevredenheid van een specifieke doelgroep. Deze doelgroep bestaat uit welzijnszorggebruikers die psychisch onwelbevinden en/of financiële kwetsbaarheid ervaren. Hiertoe wordt een longitudinaal onderzoek opgezet waarbij gegevens verzameld worden over verschillende aspecten van zorg en aanverwante thema's zoals gezondheidstoestand, stress- en steunbronnen, sociaal kapitaal, etc. Het longitudinaal onderzoek wordt uitgevoerd in acht Vlaamse regio's. Er wordt bovendien naar gestreefd de verzamelde gegevens te koppelen aan informatie uit bestaande databanken. Daarnaast worden ook verdiepende onderzoeken opgezet, die het mogelijk maken om te focussen op specifieke subgroepen en onderzoeksthema's.

KANS is een grootschalig onderzoek en bovendien uniek in Vlaanderen, waar geen longitudinaal onderzoek voorhanden is met betrekking tot zorggebruik en zorgtevredenheid. Dit introductierapport heeft als doelstelling het KANS-onderzoek te kaderen binnen de wetenschappelijke en (inter)nationale literatuur en transparantie te verschaffen in de onderzoeksopzet, de onderzoeksmethoden, de gehanteerde instrumenten en de steekproef.

Het eerste hoofdstuk behandelt de opzet van het onderzoek, de doelstellingen, onderzoekspopulatie en beleidsondersteunende taak van KANS. In het tweede hoofdstuk wordt KANS gekaderd binnen de literatuur waarop het onderzoek gebaseerd is. Het derde hoofdstuk schetst de onderzoeksmethoden. In het vierde hoofdstuk wordt dieper ingegaan op de gehanteerde instrumenten. In het vijfde en laatste hoofdstuk wordt de respons van de eerste bevraging in kaart gebracht.

HOOFDSTUK 1

Situering van het KANS-onderzoek

KANS verwijst naar 'Kwetsbaarheid Aanpakken in de Samenleving' en heeft als doel zorgtrajecten van twee specifieke doelgroepen van volwassen zorggebruikers te bestuderen: personen met psychisch onwelbevinden en personen in een financieel kwetsbare positie. Deze twee groepen staan niet noodzakelijk los van elkaar. Ze worden geïncludeerd via drie specifieke eerstelijns welzijnsdiensten: de OCMW, de CAW en de ICAW¹. Deze diensten worden geselecteerd in de acht SWVG-onderzoeksregio's². De KANS-studie identificeert de determinanten van zorgtrajecten, heeft oog voor het gebruik van welzijns- en gezondheidszorg en bevraagt de ervaren baat en tevredenheid vanuit het gebruikersperspectief.

1 KANS: een onderzoek naar zorggebruik, trajecten en –tevredenheid van kwetsbare volwassenen

Om inzicht te verwerven in het zorgtraject dat mensen met een armoederisico en/of met psychisch onwelbevinden doorlopen, wordt een longitudinaal onderzoek opzet gehanteerd. KANS bestudeert in eerste instantie de instroom in de zorg. Wat is het voortraject van de zorggebruikers en wat zijn de determinanten van zorggebruik? Met welke aanmeldingsproblematiek komen cliënten in de eerstelijns welzijnszorgdiensten terecht? Wat is hun sociaaldemografisch profiel? Wat is hun psychosociaal profiel (aanmeldingsklachten, ernst van de psychische problematiek, copingstrategieën, veerkracht, sociale steun ...)? Zijn bepaalde bevolkingsgroepen onder- of oververtegenwoordigd?

Door de doelgroep longitudinaal op te volgen, komen ook verwijspatronen en de uitstroom in beeld.

Het conceptueel model en de specifieke onderzoeksvragen waarop het KANS-onderzoek een antwoord wil formuleren komen later aan bod (zie hoofdstuk 3).

2 Definitie van de onderzoekspopulatie

KANS onderzoekt de zorgtrajecten van mensen met een financiële kwetsbaarheid en/of met psychisch onwelbevinden. Financiële kwetsbaarheid wordt in dit onderzoek gedefinieerd als het beschikken over een inkomen dat recht geeft op een verhoogde tegemoetkoming in de gezondheidszorg of op het OMNIO-statuuut. Deze inkomensgrens ligt boven de Europese armoedegrens. Daarom spreekt dit project ook van financiële kwetsbaarheid en niet van armoede. Door ook de groep net boven de

¹ De ICAW zijn de Ingebouwde Centra voor Algemeen Welzijnswerk van de mutualiteiten (de Diensten Maatschappelijk Werk), die nu aangestuurd worden vanuit het Woonzorgdecreet.

² Voor een uitvoerige beschrijving van deze regio's verwijzen we naar Hermans et al. (2008)

armoedegrens mee te nemen, worden interessante vergelijkingen tussen personen onder de armoedegrens en personen at risk mogelijk.

'Psychisch onwelbevinden' wordt in het onderzoek gedefinieerd vanuit een sociaal-maatschappelijke invalshoek en niet vanuit een medisch perspectief. Daarbij ligt de focus op diegenen die zich in de eerste lijn aanmelden met vage psychische klachten, gevoelens van onwelbevinden, depressiviteit, hopeloosheid ... Deze klachten zijn veelal verankerd binnen een psychosociale problematiek, zoals armoede, relationele problemen, verlieservaringen ... Financiële kwetsbaarheid en psychisch onwelbevinden kunnen zich ook samen voordoen. De literatuurstudie gaat hierop dieper in. Hoe de inclusie van de doelgroep is verlopen, wordt beschreven in hoofdstuk 3.

Het is belangrijk om te benadrukken dat KANS een specifieke groep van welzijnszorggebruikers bevraagt, namelijk gebruikers van OCMW, CAW en/of ICAW in de betrokken regio's, die financiële kwetsbaarheid en/of psychisch onwelbevinden ervaren. De respondenten vormen geen representatieve steekproef van alle Vlaamse gebruikers van de drie voorzieningen, aangezien ze geselecteerd werden op specifieke problemen en in welbepaalde regio's, die niet representatief zijn voor Vlaanderen. De studie laat wel toe uitspraken te doen over de groep van zorggebruikers die één of beide problematieken kent. Hoofdstuk 5 wijst erop dat de kans op financiële kwetsbaarheid bij OCMW-gebruikers erg hoog is. Voor de CAW-gebruikers kan dit niet gesteld worden, omdat de CAW in hun Tellus-systeem het inkomen slechts in beperkte mate registreren. Met betrekking tot psychisch onwelbevinden zijn er geen populatiegegevens voor de OCMW, doordat zij geen uniform registratiesysteem hanteren. Voor de CAW zijn er wel gegevens over de problematieken op het onthaal en de begeleiding. Hoofdstuk 5 gaat dieper in op deze cijfers.

3 Beleidsrelevantie van het onderzoek

Dit onderzoek creëert unieke kansen, aangezien er in Vlaanderen weinig onderzoek naar zorgtrajecten van gebruikers van eerstelijns welzijnsvoorzieningen voorhanden is. Het KANS-onderzoek biedt inzicht in drie onderdelen van zorgtrajecten: de instroom, de doorstroom en de uitstroom. Dit is essentiële informatie voor beleidsverantwoordelijken, aangezien de eerstelijns welzijnsdiensten een belangrijke toegangspoort vormen voor het hele welzijns- en gezondheidszorgsysteem.

Een tweede meerwaarde van deze studie is het verwerven van inzicht in welzijns- en gezondheidszorggebruik. Bestaande registraties laten dit onvoldoende toe, omdat gegevens over gezondheidszorggebruik enerzijds en welzijnsgebruik anderzijds nauwelijks gelinkt kunnen worden. Door de surveygegevens verzameld in het KANS-onderzoek te koppelen aan de IMA-databank (databank van het Intermutualistisch Agentschap) kan een totaalbeeld verkregen worden van het zorggebruik van deze personen. Het is de eerste keer dat dergelijke gegevens beschikbaar zullen zijn in Vlaanderen.

Ten derde kiest dit onderzoek voor twee doelgroepen die onvoldoende onderzocht werden in eerder onderzoek. Het traditionele armoedeonderzoek kent twee varianten. Ofwel focust het vooral op personen onder de Europese armoedegrens en vergelijkt

het hun leefsituatie met personen boven die grens. Ofwel maakt het vooral gebruik van kwalitatieve onderzoeksmethoden (bv. Hermans et al., 2004). KANS wijkt hiervan af door ook de groepen net boven de armoedegrens te includeren en door te vertrekken van de gebruikers van drie eerstelijns welzijnsvoorzieningen. Daarnaast is ook de insteek van psychisch onwelbevinden in de eerstelijns welzijnszorg binnen armoedeonderzoek vernieuwend.

Het KANS-onderzoek brengt, ten vierde, het gebruikersperspectief in beeld, door te peilen naar de kwaliteit van de zorg en de effectiviteit of ervaren baat vanuit het perspectief van de gebruiker. Dit sluit aan bij buitenlandse trends om kwaliteit vanuit het perspectief van de gebruiker als een van de toetsstenen van de effectiviteit van overheidsbeleid³ te beschouwen.

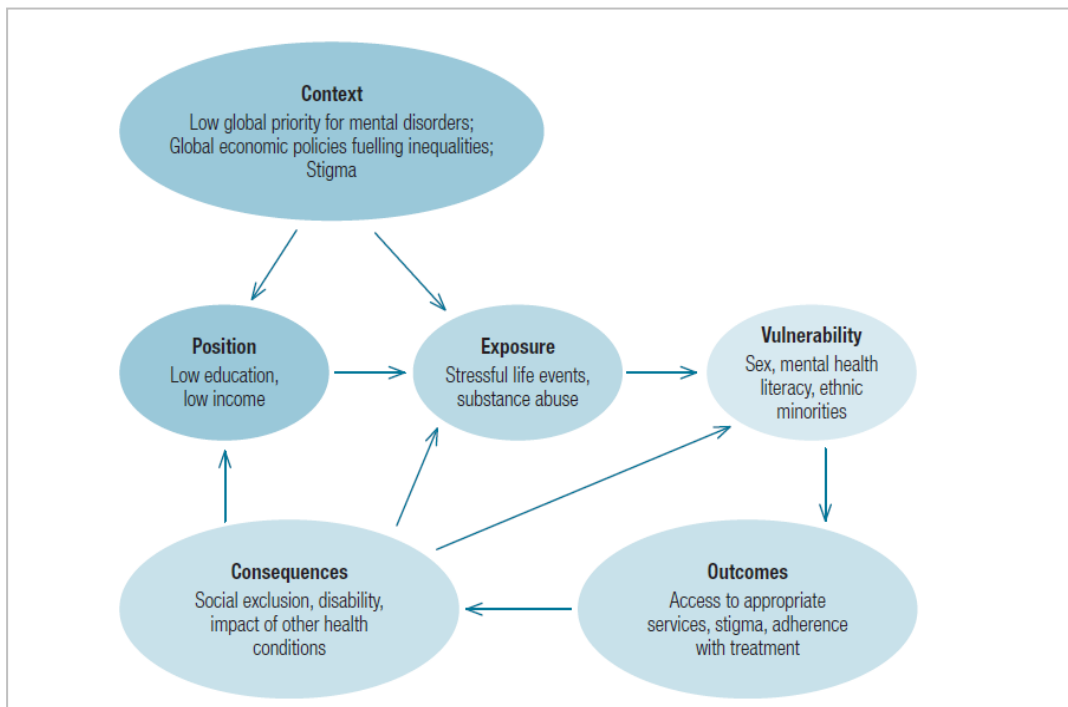
4 Wetenschappelijk relevantie

Onderzoek toont aan 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). Het bestuderen van zowel individuele als contextuele determinanten van het zorggebruik en gezondheidsgedrag bij kansarme personen is in internationale wetenschappelijke literatuur echter vrij nieuw. Vele studies wijzen op een verhoogd risico op een slechte gezondheid en psychisch onwelbevinden voor personen in armoede. Welke mechanismen hiertoe bijdragen, zowel op micro als macroniveau, zijn echter minder onderzocht. Studies naar determinanten richten zich voornamelijk op individuele kenmerken en minder op contextuele factoren (Davidson et al., 2004).

Het kader dat door de WHO in 2010 werd beschreven om geestelijke gezondheid te bestuderen (zie fig. 1), wijst enerzijds op de link tussen armoede, lage scholingsgraad en geestelijke gezondheidszorg. Anderzijds benadrukt het eerder eenzijdig contextuele kenmerken, terwijl de eigen sterktes van de persoon buiten beschouwing blijven. Nochtans kunnen sociale en contextuele determinanten van geestelijke gezondheid niet los gezien worden van de wetenschappelijke evidentie dat sterktes van een persoon er kunnen voor zorgen dat ze geen negatieve gezondheidseffecten ervaren ondanks moeilijke omstandigheden. Net deze combinatie van psychologische en sociaalwetenschappelijke inzichten vormt een wetenschappelijke meerwaarde van het KANS-onderzoek.

³ We denken in de eerste plaats aan de Consumer Quality Index die voor verschillende sectoren in Nederland ontwikkeld is.

Figuur 1: Kader om geestelijke gezondheid te bestuderen



Bron: Patel et al., 2010

De wetenschappelijke waarde van het KANS-onderzoek vloeit verder voort uit de aandacht voor het belang van eerstelijns voorzieningen, de multidisciplinaire aanpak, het longitudinale karakter van KANS en uit het nauw aansluiten bij het perspectief van de doelgroep.

Er is relatief gezien weinig nationaal en internationaal onderzoek voorhanden naar het gebruik van eerstelijns welzijnsvoorzieningen. Jensen (2008) wijst op de grote verschillen qua welzijnsvoorzieningen die hij vat onder de term 'social care'. In de eerste plaats zijn dit soort voorzieningen sterk lokaal en nationaal gekleurd. Ze zijn dus heel wat moeilijker internationaal vergelijkbaar dan bijvoorbeeld de gezondheidszorg. Tijdens de afgelopen jaren is er op Europees niveau meer aandacht voor wat 'social services of general interest' wordt genoemd, maar dit heeft nog niet geleid tot een meer heldere definitie van wat hieronder valt.

De multidisciplinaire aanpak heeft voor een zeer ruime, valide operationalisering gezorgd van alle kernbegrippen. Zo is het begrip armoede via verschillende indicatoren gemeten, die zowel subjectieve als objectieve maten omvatten. Een recente review van 115 studies die de relatie tussen armoede en mentale gezondheid nagingen (Lund et al., 2010), wees op de noodzaak aan zulke brede definiëring omdat niet alle maten van armoede op dezelfde onderliggende processen duiden.

Ook gezondheid werd ruim gedefinieerd aan de hand van zowel lichamelijke gezondheid, psychisch onwelbevinden en symptomen van psychopathologie. Lichamelijke en geestelijke gezondheid beïnvloeden elkaar, maar worden in internationale studies vaak nog afzonderlijk beschouwd. Zo vormt het hebben van een slechte fysieke gezondheid een verhoogd risico op het ervaren van psychisch onwelbevinden (Gadalla, 2009) en ook omgekeerd zorgt psychisch lijden voor een slechtere algemene gezondheid (Carroll et al., 2004). De relatie tussen beide vormen

van gezondheid wordt vaak cross-sectioneel onderzocht, wat niet toelaat de richting van het verband duidelijk te stellen.

Het longitudinale karakter laat toe een aantal inzichten uit cross-sectionele studies te valideren. Zo biedt het de mogelijkheid een toetsing in te bouwen van de sociale schokthesis, chroniciteitstheorie of de 'scar thesis' van armoede. Deze theorieën stellen de vraag of armoede een acute levensgebeurtenis is of een blijvende kwetsbaarheid teweegbrengt (Levecque, 2008).

Overigens biedt het KANS-onderzoek een vernieuwende blik op hoe de rol van eerstelijns zorg kan ingevuld worden voor een achtergestelde groep in de samenleving. Internationale literatuur beschrijft de cruciale rol van eerstelijns zorg als niet alleen het opmerken van psychische problemen, maar ook als het bieden van een eerste behandeling. Deze behandeling wordt vaak in eerste lijn geboden omdat gespecialiseerde gezondheidszorg voor deze doelgroep minder toegankelijk zou zijn (Araya et al., 2003). Eerstelijns zorg wordt echter meestal gelijkgesteld met de huisarts. En dit terwijl ook de toegang tot een huisarts voor mensen in financiële moeilijkheden niet altijd gegarandeerd is (Broyles et al., 2000). Het verruimen van eerstelijns gezondheidszorg tot sociale diensten en het bestuderen van de mogelijke aanvulling tussen beide zorgverleners om een zo omvattend mogelijke zorg te bieden, brengt een nieuw perspectief in de onderzoekstraditie van 'health services research'.

Ten slotte sluit het KANS-onderzoek aan bij een recente trend in wetenschappelijke literatuur om meer vraaggestuurde zorg te onderzoeken. Een zorg die aansluit bij de noden en wensen van de gebruiker zou o.a. diens kwaliteit van leven bevorderen.

HOOFDSTUK 2

Literatuurstudie

Het KANS-onderzoek focust op personen die financieel kwetsbaar zijn en/of psychisch onwelbevinden kennen. Deze literatuurstudie start met een kort overzicht van de situatie van personen in een financieel kwetsbare positie en/of met psychisch onwelbevinden. Vervolgens staat deze paragraaf stil bij de relatie tussen beide kenmerken. Ten slotte komt het bestaande onderzoek naar het zorggebruik van de doelgroep aan bod.

1 Financiële kwetsbaarheid

Er zijn verschillende types van armoededefinities en armoedegrenzen. Grofweg wordt een onderscheid gemaakt tussen financiële en ruimere definities van armoede. Financiële definities vertrekken van een financiële armoedegrens en beschouwen iedereen wiens inkomen onder deze grens valt als arm. Een voorbeeld hiervan is de Europese armoedegrens. Ruimere definities kijken niet alleen naar de financiële situatie van mensen, maar ook naar de vormen van uitsluiting op verschillende levensdomeinen. Typisch is dat armoede zich uitstrekt over meerdere levensdomeinen en ervoor zorgt dat er een kloof ontstaat tussen de leefpatronen van armen en de algemeen aanvaarde leefpatronen van de samenleving. Armoede heeft volgens deze definitie dus niet alleen betrekking op de financiële situatie, maar heeft ook te maken met een gering profijt van sociale goederen, zoals arbeid, onderwijs, wonen, gezondheid, rechtsbedeling, collectieve voorzieningen en cultuur (Vranken et al., 2007).

Europa hanteert een financiële definitie en beschouwt mensen die 60% minder dan het mediaaninkomen verdienen als arm. Deze Europese armoedegrens houdt bovendien rekening met de gezinssamenstelling en de leeftijd van de kinderen. Voor België komt dit neer op 14.7% mensen in armoede. Dit wil zeggen dat meer dan 1,5 miljoen landgenoten het moeten stellen met een loon lager dan 899 euro per maand voor een alleenstaande en 1.888 euro per maand voor een huishouden bestaande uit twee volwassenen en twee kinderen (EU-SILC, 2008). In Vlaanderen leeft 10.1% van de bevolking in armoede. Dit percentage ligt iets hoger bij Vlaamse vrouwen (11.1%) dan bij mannen (9.2%).

Maar wat zijn nu de socio-economische kenmerken van personen in armoede op basis van de EU-grens? Tewerkgesteld zijn biedt een goede bescherming tegen armoede. In Vlaanderen hebben werkenden een armoederisico van 3.2%. Bij werklozen in Vlaanderen loopt het armoederisico op tot 19%.

Ook leven in een gezin met een lage werkintensiteit vergroot het risico, te meer als er kinderen zijn. Naar type huishouden hebben alleenstaanden (15.7%) en alleenstaande ouders (22.3%) in Vlaanderen een hoger armoederisico. Ook opleiding blijkt sterk samen te hangen met armoede. Cijfers voor België tonen dat laag opgeleiden (22.3%

armen) een veel hoger risico op armoede lopen dan de hoog opgeleiden (6.5% armen). Cijfers voor het armoederisico bij laag- en hoog opgeleiden in Vlaanderen zijn niet beschikbaar. Het risico op armoede in Vlaanderen is bij huurders (19.1%) ook aanzienlijk hoger dan bij eigenaars (7.7%) (EU-SILC, 2009).

Doordat mensen in armoede minder geld hebben om te besteden, kunnen ze moeilijker participeren aan de samenleving. Ze gaan minder op reis en besteden minder tijd aan vrije tijd en cultuur (Pickery & Pauwels, 2007). Ze participeren ook minder in de politiek en maken minder gebruik van het internet. Ze zijn minder betrokken in het verenigingsleven, verplaatsen zich minder vaak en hebben minder vervoermiddelen ter beschikking. Ze zijn minder vaak aan het werk en volgen vier keer minder bijkomende opleidingen dan de hoger opgeleiden (NAPincl, 2006).

Gegevens over de relatie tussen gezondheid en armoede tonen een aanzienlijke sociale ongelijkheid aan. Veertien procent van diegenen die in Vlaanderen onder de armoedegrens leven beoordeelt zijn gezondheid als slecht tot zeer slecht. Bij de groep boven de armoedegrens is dit 7.8% (De Boyser, 2007; De Boyser & Leveque, 2007). Verklaringen hiervoor zijn gedeeltelijk toe te schrijven aan verschillen in leefstijl, zoals meer roken en minder sporten en ongezondere voedingsgewoonten (bv. minder groenten en fruit eten). Ten tweede zijn mensen in armoede vaker depressief, hebben ze vaker zelfmoordgedachten en ondernemen ze meer frequent een zelfmoordpoging. Ten derde is het slechter gesteld met de sociale gezondheid van mensen in armoede. Zij zijn meer ontevreden over hun sociale relaties, en putten bovendien minder sociale ondersteuning uit deze relaties.

Lange tijd dacht men dat armoede een statisch fenomeen is. Tot het midden van de jaren negentig werd er in Europa vooral gebruik gemaakt van cross-sectionele data om armoede in kaart te brengen. Het nadeel van deze benadering is dat achter deze cijfers complexe processen en bewegingen in en uit armoede schuilgaan. Wanneer men bijvoorbeeld terugvindt dat 10% van de bevolking zowel op punt A als op punt B (20 jaar later) in armoede leeft, kan dit op twee zaken wijzen. Het kan enerzijds betekenen dat 10% van de bevolking langdurig arm is en dus dat armoede in een bepaalde laag van de bevolking gesitueerd kan worden. Dit is het concentratieperspectief. Anderzijds kan het betekenen dat die groep jaarlijks uit andere personen bestaat en dat dus veel meer personen tijdelijk met armoede geconfronteerd worden ('het dynamisch perspectief').

Om de mobiliteit in en uit armoede aan te tonen, is longitudinaal onderzoek nodig. Soortgelijk onderzoek toont aan dat veel mensen 'te maken krijgen' met armoede en dat veel armoede voorbijgaand is. Fouarge en Layte (2005) analyseerden de Belgische armoedecijfers van 1994-1998. Deze analyse toont het bestaan van armoedemobiliteit duidelijk aan. Gedurende deze vier jaar kende 63.9% van de Belgen geen enkele periode van armoede. Bijna een zesde van de Belgen (13.4%) kende een eenmalige periode van armoede en 10.8% kende meerdere korte armoedeperiodes. Voor 11.9% Belgen was de armoede aanhoudend. Dewilde en Levecque (2002) analyseerden de Belgische Panelstudie van Belgische Huishoudens voor de periode 1993-1997. Volgens de 60%-armoedelijijn wordt maar liefst 23% van de bevolking gedurende deze periode geconfronteerd met inkomensarmoede. De helft van deze groep wordt slechts voor een korte periode met armoede geconfronteerd (maximaal één jaar). Zij slagen er dus in om op korte tijd uit te stromen. Wie daar niet meteen in slaagt, krijgt het steeds

moeilijker om uit armoede te komen. Wat betreft de kenmerken van langdurig armen gaat het vooral om huishoudens met een niet-werkend gezinshoofd, laaggeschoolden en eenoudergezinnen (Dewilde, 2003). Dewilde (2003) bouwt hierop verder in haar doctoraat en beschrijft de armoedeprevalentie en –persistentie in België. Ze werkt met drie armoedegrenzen: 50%, 60% en 70% van het mediaaninkomen. Wat betreft prevalentie wordt in België zo'n 12 à 13% in een periode van vijf jaar geconfronteerd met inkomensarmoede, gemeten als 50% van het mediaaninkomen. Voor de 60%-grens is dit 23% en voor 70% is dit maar liefst 34%. Op vlak van de armoedepersistentie is ongeveer 1% van de panelleden gedurende de ganse observatieperiode arm op basis van de 50%-grens, op basis van de 70%-grens is dit het geval voor maar liefst 8 à 9%.

Maar wat veroorzaakt nu deze in- en uitstroom? Voor de instroom in armoede blijkt vooral een stukgelopen relatie en/of een gezinshoofd dat inactief wordt op de arbeidsmarkt (bv. door werkloosheid of arbeidsongeschiktheid) zeer risicovol. Mensen met een beperking en alleenstaande gezinnen hebben dan weer meer kans op een langdurige periode van armoede (Muffels, Fouarge, & Dekker, 2000). Hefbomen om uit de armoede te geraken zijn de omgekeerde gebeurtenissen: een nieuwe relatie en het (her)opnemen van een actieve rol op de arbeidsmarkt (Levecque, 2008).

Het KANS-onderzoek hanteert een hogere inkomensgrens en beschouwt iemand als financieel kwetsbaar als die persoon recht heeft op een voorkeursregeling binnen de ziekteverzekering. Hieronder vallen onder andere de verhoogde tegemoetkoming in kader van de ziekteverzekering en het OMNIO-statuut. Dit statuut geeft onder andere recht op een lager remgeld, een systeem van betalende derde en een lager plafondbedrag voor de maximumfactuur. In het verleden hadden enkel de volgende groepen recht op een verhoogde tegemoetkoming:

- de gepensioneerden, weduwen en weduwnaars, wezen, invaliden;
- langdurige werklozen ouder dan 50 jaar;
- ambtenaren die meer dan een jaar in disponibiliteit zijn wegens ziekte;
- personen met een handicap;
- inwoners van België ouder dan 65 jaar;
- religieuzen vanaf de pensioenleeftijd;
- kinderen met verhoogde kinderbijslag wegens handicap;
- personen met een van volgende uitkeringen: leefloon, gewaarborgd inkomen voor bejaarden, inkomensgarantie voor ouderen (IGO), inkomensvervangende tegemoetkoming/integratietegemoetkoming voor personen met een handicap en tegemoetkoming hulp aan bejaarden.

Met de invoering van het OMNIO-statuut in 2007 komt een bijkomende groep in aanmerking, namelijk personen met een bruto belastbaar jaarinkomen lager dan 14.778,26 euro, te verhogen met 2.735,85 euro per persoon ten laste⁴. In dit geval wordt het OMNIO-statuut toegekend aan alle leden van dat gezin. In Vlaanderen hadden op 1 januari 2010 751.667 personen een voorkeursregeling in de

⁴ Bedragen op 1 september 2010.

ziekteverzekering. Hiervan hadden 88.187 een OMNIO-statuut. Het statuut wordt echter (nog) niet automatisch toegekend. Onbekendheid van de maatregel en de veelheid aan administratie zorgen ervoor dat momenteel slechts een deel van de rechthebbenden het statuut hebben. Eveneens is het verschil tussen bruto- en netto-inkomen moeilijk te berekenen omwille van uiteenlopende belastingregels. Dit project kiest, net als de overheid bij de voorkeursregeling, voor een ruime bepaling van de groep van financieel kwetsbaren. Zo komt ook de situatie in beeld van diegenen die zich (misschien tijdelijk) net boven de EU-grens bevinden.

2 Psychisch onwelbevinden en geestelijke gezondheid

Volgens de Gezondheidsenquête van 2008 voelt 25% van de Belgen zich niet goed in zijn vel (Van der Heyden et al., 2010). Dit psychisch onwelbevinden kan velerlei oorsprongen hebben: somatische klachten, depressie, angst ...

Psychisch onwelbevinden duidt op een emotioneel lijden gekenmerkt door depressieve of angstige symptomen, dat een impact heeft op de mate waarin een individu zich in een situatie kan handhaven (Mirowsky & Ross, 2003). Het wordt gemeten aan de hand van het aantal en de ernst van symptomen die personen vertonen (Kessler, 2002). Psychisch onwelbevinden vertoont een hoge samenhang met zowel geestelijke gezondheid in positieve zin als met vormen van psychopathologie en wordt daarom vaak als een indicator hiervan beschouwd (Talala et al., 2008).

2.1 Geestelijke gezondheid als continuüm of als categorie

Verscheidene theorieën hebben de relatie tussen psychisch onwelbevinden, positieve geestelijke gezondheid en mentale stoornissen in kaart trachten te brengen.

Het 'modal perspective' dat nauw aansluit bij het hanteren van de DSM IV-classificatie, beschouwt geestelijke gezondheid als de afwezigheid van een mentale stoornis. Geestelijke gezondheid en mentale stoornissen worden als elkaars tegenpolen op een continuüm beschouwd. Deze theorie vindt bevestiging in de vaststelling dat niet-klinische vormen van bijvoorbeeld depressie (de zogenaamde mineure depressie) in sterke mate een risicofactor zijn voor het ontwikkelen van een majeure depressie en hiervoor als voorloper worden beschouwd (Cuypers et al., 2004). Psychisch onwelbevinden komt in deze theorie weinig ter sprake.

Het perspectief van Mirowsky en Ross ziet een continuüm tussen onwelbevinden en geestelijke gezondheid. Mentale stoornissen zijn dan eerder kunstmatige drempels die op dit continuüm worden geplaatst. Geestelijke gezondheid is net als bij het modale perspectief de afwezigheid van onwelbevinden.

Bij Horwitz en Wakefield (2007) worden mentale aandoeningen niet op een continuüm gezien met gezondheid. Zij maken een strikt onderscheid tussen mentale stoornissen en 'normale' vormen van onwelbevinden. Verschillen tussen onwelbevinden en een mentale stoornis zouden volgens deze theorie moeten gezocht worden in de mate

waarin de symptomen van korte duur zijn en in verhouding staan tot de gebeurtenis die personen doormaken.

Volgens de positieve psychologie is het ontbreken van een mentale stoornis een noodzakelijke maar onvoldoende voorwaarde om van geestelijke gezondheid of welbevinden te spreken. Geestelijke gezondheid wordt hierin gekenmerkt door zes dimensies: zelfaanvaarding, positieve relaties met anderen, persoonlijke groei, het hebben van een levensdoel, controle over de omgeving en autonomie (Keyes, 2002). Geestelijke gezondheid en mentale stoornissen worden daarom afzonderlijk bestudeerd en niet als onderdeel van een continuüm gezien.

In een toetsing van deze theorieën sluit de beschikbare wetenschappelijke evidentie het nauwst aan bij de positieve psychologie en de visie van Horwitz en Wakefield: geestelijke gezondheid en mentale stoornissen zijn afzonderlijke concepten die niet op een continuüm liggen, maar wel sterk gerelateerd zijn. Dit geldt ook voor psychisch onwelbevinden (Payton, 2009).

2.2 Psychisch onwelbevinden

Psychisch onwelbevinden is een centraal concept omdat het zowel met mentale gezondheid als met mentale stoornissen zeer sterk verband houdt. Dit verband is sterker dan de relatie tussen mentale stoornis en mentale gezondheid. De afwezigheid van een mentale stoornis is noch een noodzakelijke, noch een voldoende voorwaarde voor mentale gezondheid (Payton, 2009). Ook de assumptie dat het ontbreken van psychisch onwelbevinden impliceert dat de persoon over een goede mentale gezondheid beschikt is incorrect (Payton, 2009).

Psychisch onwelbevinden houdt wel een hoge risicofactor in voor psychopathologie, maar beiden staan niet automatisch in het verlengde van elkaar (Payton, 2009).

Het verwarren van beide concepten zou kunnen leiden tot het onterecht toekennen van een diagnose van mentale stoornis op basis van een aantal symptomen. Een diagnose van een mentale stoornis kan enkel tot stand komen door ook rekening te houden met de sociale context en niet enkel door het aantal symptomen op te tellen (Horwitz & Wakefield, 2007).

Dat psychisch onwelbevinden geen rechtstreekse voorloper is van een depressie betekent volgens sommigen dat interventies hiervoor overbodig zijn, aangezien mensen met psychisch onwelbevinden spontaan zouden herstellen (Verhaak, 2011). Aangezien psychisch onwelbevinden niet impliceert dat er ook sprake is van een stoornis, is farmacologische behandeling niet zomaar geïndiceerd. Nochtans zijn de emotionele noden bij mensen met psychisch onwelbevinden hoog. Bij milde tot matige vormen van onwelbevinden worden dan ook het vaakst zelfhulpstrategieën gebruikt (Jorm et al., 2004).

Als een van de sterkst gerelateerde begrippen biedt het bestuderen van psychisch onwelbevinden zowel inzicht in wat geestelijke gezondheid kan bevorderen als in wat het risico op mentale stoornissen zoals depressie kan verkleinen. Vandaar werkt KANS met het concept psychisch onwelbevinden.

2.3 Depressieve klachten

Uit de Gezondheidsenquête blijkt dat 9% van de Belgen depressieve symptomen⁵ en 6% een ernstige depressie⁶ had in het jaar voorafgaand aan de bevraging. Wanneer mensen enkele jaren opgevolgd worden, dan blijken deze aantallen nog op te lopen. In de Europese ESEMeD-studie (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) gaf 27.6% van de Belgische respondenten aan ooit minstens één mentale stoornis te hebben gehad (Bruffaerts et al., 2004a).

Sommige mensen zijn meer vatbaar voor een depressie dan andere. Volgens het biopsychosociaal model van Schotte (2003), ontstaat een depressie door een samenspel van biologische, psychologische en sociaaleconomische factoren. Depressie komt dubbel zo vaak voor bij vrouwen als bij mannen en ook vaker bij laag opgeleiden. Depressie komt ook vaker voor na een stressvolle levensgebeurtenis (Kendler et al., 1999) of als gevolg van een ernstige ziekte zoals kanker, diabetes of dementie (Bayingana et al., 2002). Ook werkloosheid is een belangrijke risicofactor. Het vergroot niet enkel de financiële zorgen, maar ook het sociale contact en de sociale identiteit vallen weg. In Vlaanderen komt een recente depressieve stoornis voor bij 3% van personen met een betaalde baan, terwijl 18% van personen zonder betaalde baan in het afgelopen jaar een depressie doormaakte (Bayingana et al., 2006). Een partner hebben beschermt dan weer tegen depressie.

Een depressie heeft ernstige gevolgen. Ten eerste heeft het een weerslag op het leven van de persoon zelf. Zelfmoord is een veelvoorkomend gevolg. Men schat dat 45 tot 70% van de personen die zelfmoord plegen depressief zou zijn en dat 15% van de overlijdens bij depressieve patiënten aan zelfmoord toe te schrijven valt (Bayingana et al., 2002). Daarnaast brengt depressie ook economische kosten met zich mee. Er zijn bijvoorbeeld de directe kosten voor de maatschappij zoals bijdragen in de uitgaven van antidepressiva of in kosten voor huisartsen en ziekenhuizen.

Longitudinaal onderzoek toont aan dat een depressieve periode vaak niet op zichzelf staat. Een systematische review van longitudinale studies beschrijft recidivepercentages van 30 tot 40% (van Weel-Baumgarten et al., 2001). De ESEMeD studie schat dat bij 34% van de Belgen met een stemmingsstoornis er sprake is van een chronisch karakter of terugval (Bruffaerts et al., 2004a). De Belgische studie van Lorant et al. (2007) vindt een percentage dat nog iets hoger ligt. De studie volgde gedurende zeven jaar 11.909 Belgen op. In zeven jaar tijd maakte 17.3% van hen (n=2064) een depressieve episode door. Voor iets meer dan de helft van deze groep (n=1208) was deze episode eenmalig. Dit wil zeggen dat de andere helft door meer dan één depressieve episode ging.

In de Vlaamse Huisartsenpeilpraktijken werden 758 patiënten met een nieuwe episode van depressie opgevolgd. Vier van de 10 patiënten met een depressie bleken na een half jaar niet meer depressief te zijn. Voor 34% nam de depressie slechts een lichte

⁵ De Gezondheidsenquête meet depressieve problemen met een subschaal van de SCL-90-R vragenlijst.

⁶ De Gezondheidsenquête meet een ernstige depressie door te vragen of de respondent het afgelopen jaar een ernstige depressie doormaakte. Er wordt dus geen klinische diagnose gesteld.

vorm aan, terwijl die bij 26% na 6 maanden nog matig tot ernstig was. De cijfers uit de Huisartsenpeilpraktijken zijn afkomstig van een doorlopende registratie van gezondheidsproblemen bij patiënten van 94 Vlaamse huisartsen (Boffin, Declercq & van Casteren, 2010).

3 De relatie tussen financiële kwetsbaarheid en psychisch onwelbevinden

Onderzoekers verdiepen zich al jaren in het verband tussen sociaaleconomische positie en risico op depressie. Een sociaaleconomische positie (SEP) wordt vaak geoperationaliseerd als het opleidingsniveau, de arbeidsmarktpositie en het huishoudinkomen. Deze drie indicatoren vertonen een significante relatie met depressie (Levecque, 2008). Deze paragraaf maakt een onderscheid tussen studies die het verband cross-sectioneel en longitudinaal bekijken.

3.1 Cross-sectioneel onderzoek naar de relatie tussen financiële kwetsbaarheid en psychisch onwelbevinden

Cross-sectionele studies onderzoeken het verband tussen de sociaaleconomische positie en het risico op depressie op een bepaald moment in de tijd. Twee sterke verbanden tekenen zich af: depressie komt meer voor bij werklozen en bij invaliden.

Veel studies wijzen op opleiding als beschermende factor: hoog opgeleiden hebben minder kans op depressies (Levecque, 2008). Een eerste verklarende factor hiervoor kan het soort job zijn. Laag opgeleiden voeren immers het vaakst jobs uit waarbij het risico op het ontwikkelen van een depressie het grootst is: jobs met weinig verdiensten, weinig jobzekerheid en weinig zelfsturing (Vranken, 2009), met slechtere psychosociale en fysieke werkcondities (Van der Heyden et al., 2010) en jobs waarin ze weinig leiding kunnen geven en controle uitoefenen over het eigen werk en dat van anderen (Link et al., 1993). Personen met een lage opleiding hebben ook minder het gevoel controle te hebben over hun eigen leven. Nochtans moedigt een hogere gepercipieerde controle over het eigen leven mensen aan om actief problemen aan te pakken en vermindert het de kans op een depressie (Ross & Mirowsky, 1989).

Een tweede verklarende factor is het lager inkomen van laag opgeleiden, aangezien ook een laag huishoudinkomen de kans op een depressie verhoogt. Butterworth et al. (2009) tonen aan dat vooral het zich moeten onttrekken van materiële zaken en sociale activiteiten omwille van financiële problemen samenhangt met depressie.

Een lage SEP zou volgens onderzoek 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 problemen (Beddington et al., 2008). Het is echter onduidelijk hoe de relatie tussen schulden en mentale problemen kan verklaard worden. Longitudinaal onderzoek is nodig om de richting van dit verband na te gaan (Fitch et al., 2009).

Mensen met een laag inkomen hebben ook een beperkter of minder actief sociaal netwerk, wat op zijn beurt de kans op depressie verhoogt (Vranken, 2009; Van der

Heyden et al., 2010). In de afgelopen decennia werd sociaal kapitaal regelmatig als verklarende factor voor het hebben van mentale problemen vermeld. Dit komt in het verdere verloop van dit hoofdstuk aan bod.

3.2 Longitudinaal onderzoek: sociale causatie en/of sociale selectie?

Om de richting van de relatie tussen armoede en het risico op depressie te bepalen, is longitudinaal onderzoek noodzakelijk. In dit type van onderzoek staat de volgende vraag centraal: leidt armoede tot depressie (sociale causatie), of is het eerder andersom en hebben depressieve mensen meer kans om in armoede terecht te komen (sociale selectie)? De bestaande wetenschappelijke evidentie onderschrijft beide hypothesen, al leggen de meeste onderzoekers de nadruk op sociale causatie (Levecque, 2008).

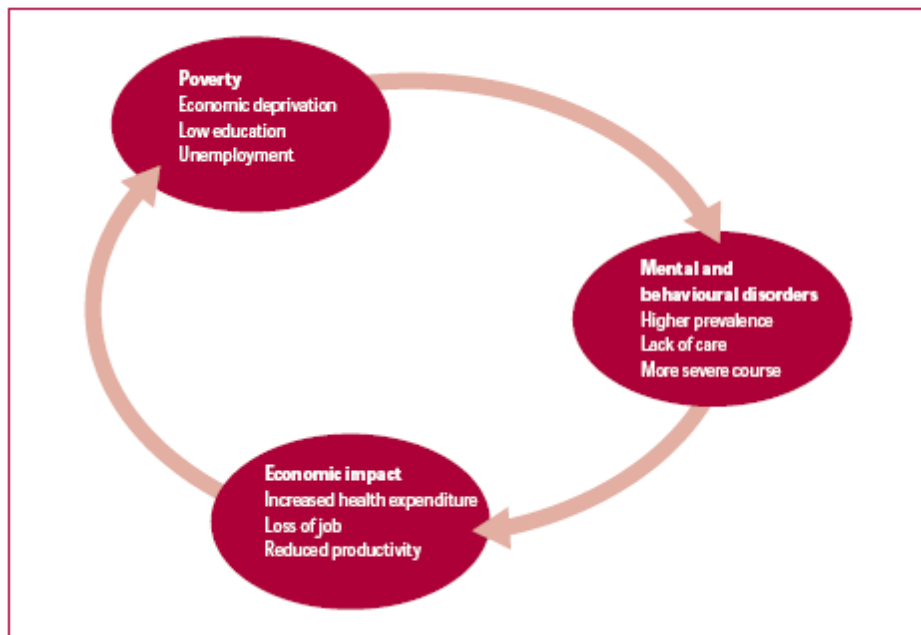
Longitudinaal onderzoek toont aan dat financiële moeilijkheden zorgen voor een toename van depressieve symptomen en een verhoogde kans op een majeure depressie (Lorant et al., 2007). Ander longitudinaal onderzoek toont aan hoe het verlies van een job of het hebben van een ongewenste job (ongewild deeltijds, of zeer laag loon) tot depressie kan leiden. Hoe de sociale causatie exact verloopt en welke de determinanten zijn is nog niet helemaal duidelijk. Wel blijkt het hebben van een partner een belangrijke buffer (Lorant et al., 2007) en remt dit de negatieve gevolgen van jobverlies (Dooley et al., 2000).

Enkele studies bevestigen ook de sociale selectie. Zo toont onderzoek van Dooley (2000) aan dat de respondenten met een adequate job én depressieve symptomen meer kans hebben om zonder job te zitten bij een volgende bevraging. Dit verband vinden ze echter enkel terug bij mensen met een lage opleiding. Een chronische psychische problematiek verlaagt niet enkel het inkomen (bv. jobverlies, arbeidsongeschiktheid) maar vergroot tevens de uitgaven (bv. psychiatrische opname, gebruik van psychofarmaca) (Zimmerman & Katon, 2005). Mogelijk zijn mensen met een lage opleiding kwetsbaarder voor deze financiële gevolgen of weten ze minder hoe ze met de depressieve klachten moeten omgaan.

3.3 Elkaar versterkende processen

In navolging van de WHO (2001) 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 dat 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.

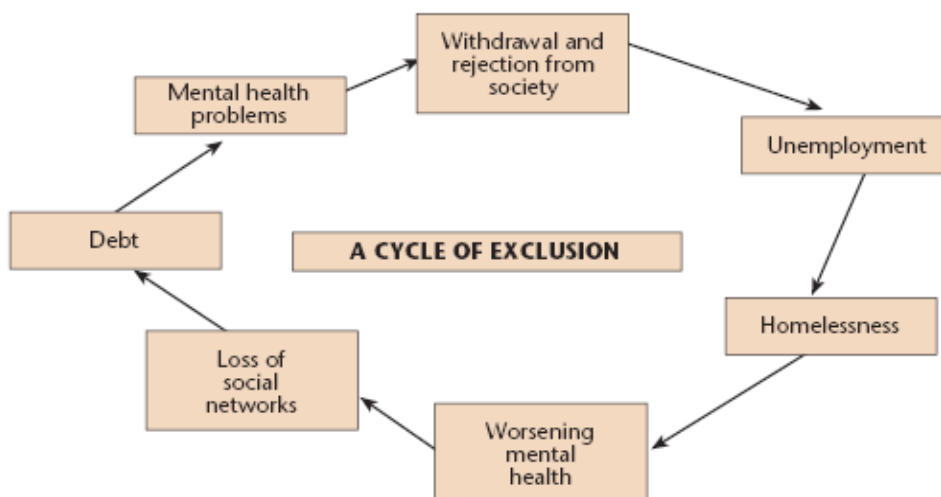
Figuur 2: De vicieuze cirkel tussen armoede en mentale stoornissen



Bron: WHO (2001)

De Britse Sociale Exclusion Unit (2004) wees eveneens op de relatie tussen financiële kwetsbaarheid, mentale stoornissen en armoede. Bovendien benadrukt dit onderzoekscentrum ook de noodzaak aan aandacht voor de schulden en sociale netwerken.

Figuur 3: Exclusiecirkel



Bron: SEE (2004) in: Thornicroft & Thansella (2009)

Armoede en psychisch onwelbevinden zijn dus twee maatschappelijke problemen die elkaar kunnen versterken, zeker wanneer er sprake is van mentale stoornissen.

4 Het zorggebruik van beide groepen

Dit deel gaat dieper in op zorggebruik. Centraal staat de vraag van welke zorg de doelgroep gebruik maakt en of ze drempels ervaren in dit zorggebruik. Verschillende factoren bepalen het hulpzoekgedrag. Deze paragraaf start met een aantal algemene vaststellingen over zorggebruik en richt zich achtereenvolgens op de gebruikers van de OCMW, de CAW en de geestelijke gezondheidszorg.

4.1 Algemene vaststellingen over gezondheidszorggebruik

Uit een overzicht van Williams, Wilkinson en Arreghini (1990) blijken de volgende kenmerken samen te hangen met een sterker hulpzoekgedrag bij psychische problemen⁷:

- Algemeen: vrouwelijk geslacht
- Leeftijd: 25-44 jaar voor vrouwen, 45-64 jaar voor mannen
- Gezondheidsstatus en sociale rolfactoren voor mannen
- Psychologische factoren bij vrouwen
- Gescheiden zijn
- Ongehuwd zijn
- Werkloos zijn
- Hogere sociale klasse

Er zijn ook enkele socio-demografische kenmerken die samenhangen met een verminderd hulpzoekgedrag:

- Vrouwen op middelbare leeftijd en personen ouder dan 30 met een laag inkomen
- Lagere sociale klasse
- Weduwnaars
- Etniciteit (Afro- en Latijns-Amerikanen in Amerikaans onderzoek)

Niet enkel het hulpzoekgedrag hangt samen met sociale, demografische en economische kenmerken, maar ook de kans op een diagnose en een verwijzing. Die kans zou bij mannen en ouderen lager zijn. Gehuwd zijn verhoogt de kans op een diagnose en een verwijzing bij vrouwen, bij mannen is er een omgekeerd effect (Williams, Wilkinson & Arreghini, 1990; Williams et al., 1999).

De resultaten van de Gezondheidsenquête (Drieskens et al., 2010) tonen een ongelijk gebruik van de Belgische gezondheidszorg aan. Zo is er een groot verschil in functie van opleiding. Mensen met een lager opleidingsniveau hebben meer contacten met de huisarts. Van deze contacten is, in vergelijking met de hoger opgeleiden, een groter percentage huisbezoeken en/of op initiatief van de huisarts. Ze kloppen ook meer aan bij spoeddiensten en thuisverpleging. Voor preventieve gezondheidszorg blijken opleiding en andere socio-economische kenmerken minder een rol te spelen (Corijn, 2009). Enkel van preventieve gezondheidscontroles zoals screening van borst- of baarmoederhalskanker maken lager opgeleiden minder gebruik. Hoger opgeleiden

⁷ De ernst van de bestudeerde psychische problematiek is in de verschillende studies van de review gelijkaardig.

doen dan weer sneller een beroep op specialisten, alternatieve geneeswijzen en groepspraktijken.

Ook al worden er inspanningen geleverd om de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te bevorderen (bijvoorbeeld door de invoer van het OMNIO-statuu), toch blijken er voor mensen in armoede nog steeds drempels te bestaan. Zo besteden mensen in armoede 35% minder aan gezondheid (geneesmiddelen, artsenbezoek ...) dan gezinnen die leven boven de armoedegrens (Huishoudbudgetonderzoek FOD Economie, 2007). Bovendien geeft 14% van de Belgische huishoudens aan het afgelopen jaar medische zorgen te hebben moeten uitstellen om financiële redenen (Demarest et al., 2010).

De drempels tot gezondheidszorg kunnen zowel van financiële, administratieve als van sociaalculturele aard zijn (Vanroelen, Smeets & Louckx, 2004). Ten eerste zijn er de financiële drempels. Zorg en medicatie zijn duur. Zeker in het geval van zware en/of langdurige ziekte kunnen deze kosten hoog oplopen. Zelfs al worden kosten terugbetaald door de ziekteverzekering, toch moet een patiënt meestal de medische kosten kunnen voorschieten. Ten tweede zorgen administratieve drempels en complexiteit van procedures ervoor dat de zorg minder laagdrempelig is. Ten derde zijn er ook sociaalculturele drempels. Enerzijds zijn er drempels aan de aanbodzijde. Zo kan de toenemende professionalisering van de gezondheidszorg en het medisch jargon kwetsbare mensen afschrikken. Daarnaast zijn er ook sociaalculturele drempels aan de vraagzijde. Zo zijn keuzes die personen in een precaire financiële situatie maken niet altijd vrije keuzes. Ze zijn vaak eerder gericht op 'overleven' in het hier en nu. Er is kennis en voldoende weerbaarheid nodig om in de gezondheidszorg en ziekteverzekering goede beslissingen te nemen. Zij die niet of niet volledig verzekerd zijn en plots werkloos worden en/of een ernstige aandoening krijgen, zijn kwetsbaar. Zonder hospitalisatieverzekering kan een plotse ziekenhuisopname een serieuze hap uit een beperkt budget zijn. Vooral als medische kosten plots en/of hoog zijn of als ze meerdere leden van een gezin treffen. Vroegere ervaringen met de hulpverlening kan ook wantrouwen met zich meebrengen, bijvoorbeeld bij kinderen met een instellingsverleden. De drempels kunnen ook van praktische aard zijn, zoals geen familie of vrienden hebben die voor de kinderen kunnen zorgen of verplaatsingsmoeilijkheden.

Sannen (2003) onderzocht aan de hand van diepte-interviews bij Vlaamse kansarmen en etnisch-culturele minderheden hun ervaringen met drempels van welzijnsvoorzieningen. Zij maakt een onderscheid tussen institutionele drempels in de organisatie van het welzijnsbeleid, drempels die het gevolg zijn van kenmerken van de vraagzijde (gebrek aan kennis, niet vertrouwd zijn met hulpverlening ...) en relationele drempels die ontstaan tijdens de interactie met de hulpverlening.

4.2 Gebruik van OCMW

De OCMW's hanteren op dit moment geen uniform registratiesysteem⁸. Zij moeten wel een beperkt aantal gegevens communiceren naar de Kruispuntbank Sociale Zekerheid,

⁸ Een uitzondering hierop is wel de uniforme registratie die gebeurt in het kader van schuldhulpverlening.

maar die hebben vooral betrekking op de socio-demografische kenmerken van leefloongerechtigden. Hierdoor zijn er relatief weinig gegevens beschikbaar om een meer diepgaand profiel te schetsen van de OCMW-gebruiker. Bovendien beschikken de lokale overheden over de nodige autonomie om eigen vormen van sociale dienstverlening te ontwikkelen, bovenop hun wettelijke opdrachten. Dit bemoeilijkt het verkrijgen van een uniform beeld. Deze paragraaf doet daarom enkel een beroep op bestaand kwalitatief en kwantitatief onderzoek naar OCMW-gebruikers.

Ook al kunnen mensen bij het OCMW terecht voor een veelheid aan hulp, toch kloppen mensen er voornamelijk aan met financiële problemen (Hermans et al., 2004; Driessens et al., 2007). Ze gaan er ook langs voor concrete administratieve vragen, maar minder voor psychosociale thema's, werk of huisvesting (Driessens, 2006). De meeste Vlaamse OCMW-cliënten zijn tevreden over de fysieke bereikbaarheid en de openingsuren van hun OCMW. Desondanks zijn er enkele cliënten die door de beperkte opvang buiten kantooruren soms het gevoel hebben dat ze bij een crisissituatie aan hun lot worden overgelaten (Driessens et al., 2007). De psychische bereikbaarheid van het OCMW ligt heel wat moeilijker. Naar het OCMW gaan is voor veel mensen nog steeds heel stigmatiserend. Dit kan mensen weerhouden de eerste stap te zetten of gebruik te blijven maken van de hulp. 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).

De laatste jaren werd veel moeite gedaan om de drempel van het OCMW te verlagen (bv. oprichting van het Sociaal Huis). Toch blijven veel mensen het OCMW zien als een laatste vangnet. Zowel jongeren als volwassenen komen er pas aankloppen als ze alle andere mogelijke paden hebben bewandeld (Hermans et al., 2004). De cliënten die er de eerste keer aankloppen moeten vaak hun trots opzijzetten en geven aan het gevoel te hebben dat ze hebben gefaald (Driessens & Van Regenmortel, 2006).

De beperkte kwantitatieve studies die verschenen over de tevredenheid van Vlamingen met de hulp van het OCMW vertellen een genuanceerd positief verhaal. Zo toont een tevredenheidmeting in Limburg met welke aspecten OCMW-gebruikers al dan niet tevreden zijn. Hieruit bleek 75% van de cliënten algemeen tevreden met zijn OCMW en 79% met zijn specifieke hulpverlener. Wat de algemene werking betreft, waren de cliënten het minst tevreden met betrekking tot de stelling 'dat iedereen op een gelijkwaardige, eerlijke manier wordt behandeld' (Snyers & Engelen, 2004).

4.3 Gebruik van CAW

In 2008 meldden ongeveer 100.000 Vlamingen zich aan op het onthaal van het CAW. Deze mensen vroegen voornamelijk hulp voor relationele problemen (26%), materiële/financiële problemen (22%), psychische/persoonlijke problemen (23%) en administratieve/juridische problemen (22%).

Hiernaast kregen 38.000 Vlamingen op het CAW ambulante of residentiële begeleiding. Er is sprake van een begeleiding wanneer het CAW en de gebruiker tot een overeenkomst komen over de doelen en de vorm van de begeleiding, die hun vertaling krijgen in een hulpverleningsplan. CAW-cliënten kregen vooral begeleiding voor problemen van psychische/persoonlijke (32%) en relationele (27%) aard (CAW Monitor, 2009). Bijna de helft van de cliënten kreeg begeleiding voor één specifiek probleem. Een aanzienlijk aandeel van de begeleidingen betreft echter twee (37%) of drie problematieken (15%) (De Groof, Daems & Hermans, 2008). Voor deze begeleidingen heeft de helft van de cliënten één tot vijf contacten met hun begeleider. 21% heeft zes tot tien contacten en 13% heeft 21 tot 100 contacten. Voor de meerderheid gaat het dus om kortdurende hulpverlening.

Van de cliënten in begeleiding is 20% niet van Belgische afkomst. De meerderheid van de allochtonen (72%) komt van buiten Europa (De Groof et al., 2008). Uit de registratiegegevens van CAW blijkt dat een groot deel van het CAW-cliënteel in een financieel kwetsbare positie verkeert. Van de cliënten in begeleiding heeft slechts 32% een inkomen uit arbeid; 31% een inkomen uit de sociale zekerheid; 9% een inkomen via het OCMW en 12% geen inkomen (CAW Monitor, 2009).

4.4 Gebruik van ICAW

De Diensten Maatschappelijk Werk van de Mutualiteiten worden niet langer aangestuurd op basis van het Decreet op het Algemeen Welzijnswerk, maar vanuit het Woonzorgdecreet. Dit decreet legt aan de diensten op bijzondere aandacht te besteden aan de meest kwetsbare gebruikers. De meest kwetsbaren zijn personen die een combinatie van de volgende kenmerken bezitten: een beperkte zelfredzaamheid; aangewezen op hulpmiddelen of hulp van derden voor het stellen van dagelijkse activiteiten; een beperkt inkomen en geen sociaal netwerk. Er is weinig onderzoek voorhanden met betrekking tot het profiel van gebruikers van deze diensten.

4.5 Gebruik van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)

Over het zorggebruik van Belgen met psychische problemen is relatief weinig bekend, met uitzondering van enkele resultaten uit de Europese ESEMeD studie. Hieruit blijkt dat mensen met een psychische problematiek slechts in beperkte mate professionele hulp zoeken. Van de ondervraagde Belgen met een psychische problematiek zocht slechts 25.7% professionele hulp gedurende het jaar voorafgaand aan de bevraging. Hiermee scoort ons land gemiddeld. Het aantal ligt lager dan in Groot-Brittannië (69%) maar hoger dan in Canada (13%) en de Verenigde Staten (21%).

Het GGZ-gebruik is in ons land niet goed ingeburgerd. Zo zou 24% van de Belgen bij ernstige psychische problemen zeker geen contact opnemen met een professionele hulpverlener. Met dit cijfer scoort België opvallend hoger dan andere Europese landen zoals Nederland (14%), Duitsland (10%) en Spanje (6%) (ten Have et al., 2010). De ernst van de depressie beïnvloedt het hulpzoekgedrag. Van diegenen met een lichte depressie zoekt 61% geen hulp. Zij die wel zorg ontvangen krijgen dit in de eerste lijn

(23.4%) en in de tweede lijn (15.8%). Bij een matige tot ernstige depressie ontvangt 39.7% zorg in de eerste lijn en 40.9% in de tweede lijn. Toch ontvangt een deel van de mensen geen hulp. Bij mensen met een ernstige depressie is dit zelfs 19.4%.

Belgen zijn ook vrij sceptisch over de effectiviteit van professionele hulp. De meerderheid van de Belgen beschouwt professionele hulp bij psychische problemen slechter dan of gelijkwaardig aan geen hulp (34%) of ietwat beter (39%) (ten Have et al., 2010).

Inkomen blijkt wel een invloed te hebben op het hulpzoekgedrag voor psychische problemen. Mensen met een hoog inkomen zouden sneller hulp zoeken, voelen zich meer op hun gemak bij het praten over persoonlijke problemen en zouden zich minder schamen als hun vrienden te weten komen dat ze een beroep doen op professionele hulp. Het opleidingsniveau en het al dan niet hebben van betaald werk hangen dan weer niet samen met hulpzoekgedrag.

Ook ervaringen met de GGZ spelen een rol. Mensen met een stemmingsstoornis en mensen die ooit een beroep deden op professionele hulp, zeggen vaker hulp te zoeken en zijn meer op hun gemak bij het spreken over persoonlijke problemen. Maar ze zijn niet beiden even overtuigd van de effectiviteit van deze hulp. Van wie momenteel met een stemmingsstoornis kampt vindt 19% dat professionele hulp erger of gelijk is aan geen hulp. Bij mensen met vroegere ervaringen met professionele zorg vindt 30% dat deze hulp erger dan of gelijk is aan geen hulp (ten Have et al., 2010).

Om tevreden te zijn over de ontvangen hulp, is het belangrijk dat deze hulp overeenstemt met de verwachtingen van de cliënt. Als deze twee onaanvaardbaar verschillen, heeft dit nadelige gevolgen voor het beloop van de therapie (Vervaeke, Bleyen & Vertommen, 1997). Onderzoek wees uit dat vier domeinen belangrijk zijn bij de preventie van herval: (1) ondersteuning in sociale relaties en praktische hulp, (2) behandeling en opvolgen van het verloop van de ziekte, (3) informatie en inzicht, (4) zorgcoördinatie en continuïteit (Van Humbeeck et al., 1999).

Tabel 1. Hulpzoekgedrag voor emotionele problemen bij de algemene populatie en bij mensen die de afgelopen 12 maanden een stemmingsstoornis hadden. Cijfers voor Europa (Alonso et al., 2004) en België (Bruffaerts et al., 2004b) in %.

		Totaal	Enkel huisarts	Enkel Psycholoog	Enkel Psychiater	Huisarts+ psychiater	Andere
Europa	Populatie	6.4	36.6	17	18.8	20.6	7.1
	Stemmingsstoornis	36.5	34.6	10.5	21.4	30.9	2.6
België	Populatie	9.0	41.4	18.4	12.8	25.9	1.4
	Stemmingsstoornis	43.2	35.6	5.8	11.2	49.7	1.0

Tabel 1 toont aan welke professionele hulpverlener Europeanen en Belgen opzoeken bij emotionele problemen. De tabel geeft de cijfers weer voor de algemene populatie en voor mensen die kampen met een stemmingsstoornis.

Belgen met een stemmingsstoornis raadplegen vooral de huisarts, al dan niet in combinatie met een psychiater. Toch kwam uit een Belgische studie GADIS II

(Anseau et al., 2008) naar voor dat een depressie door de huisarts niet altijd wordt herkend. In de studie gingen 380 geselecteerde huisartsen de mentale gezondheid van hun patiënten na door middel van een mini neuropsychiatrisch interview (MINI). Uit de resultaten bleek dat 11% van de respondenten kampt met een majeure depressie. Bij een groot deel van de patiënten met depressieve symptomen worden deze door de huisarts niet herkend. Toch doen Belgen bij emotionele problemen snel een beroep op hun huisarts. Op basis van Vlaamse cijfers stellen we vast dat 97% van de Vlamingen tevreden is over de kwaliteit van het werk van huisartsen en 98% vindt hen gemakkelijk bereikbaar. De mening van de respondenten hangt weinig of niet samen met achtergrondkenmerken van de bevroegde zoals leeftijd en geslacht. Lager opgeleiden hebben af en toe een meer negatieve mening dan hoger opgeleiden (Smets, 2009).

Een consultatie bij de psycholoog is bij de Belgen met een stemmingsstoornis minder populair. Nog geen 6% van de Belgen met een stemmingsstoornis raadpleegde voor emotionele problemen enkel een psycholoog. Hiermee scoort België opmerkelijk lager dan Nederland. Bij onze noorderburen volgde 22% van diegenen met depressieve klachten psychotherapie (Verhaak, 2008). Dit gebruik wordt in Nederland gestimuleerd door terugbetaling van een behandeling bij de psycholoog. Dit is in ons land niet het geval. Vlamingen kunnen in geval van psychische problemen terecht bij zowel privépsychologen als bij de Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG). Van de depressieve personen die zich bij CGG aanmelden is de gemiddelde leeftijd 37 jaar, is 70% vrouwelijk en heeft het merendeel complexe chronische depressieve klachten. De helft van de patiënten wordt ernaar verwezen vanuit de gezondheidszorg, 20% meldt zich aan op eigen initiatief en 13% op initiatief van zijn omgeving (Everaert, 2007). Financieel of sociaal zwakkere personen kunnen al jaren tegen een verminderd tarief of gratis terecht bij het CGG. Volgens recente cijfers van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid op basis van het Elektronische Patiënten Dossier (EPD) verkeerde 14% van de cliënten 'bijna zeker' en 45% 'vermoedelijk' in een financieel of sociaal kwetsbare positie. 17% van hun cliënteel heeft recht op het OMNIO-statuut (gegevens van 65% van het cliëntenbestand)⁹.

Wat betreft Belgen die voor een stemmingsstoornis professionele hulp zochten, kreeg 46% een puur medicamenteuze behandeling; 9.5% kreeg enkel psychologische hulp; 33.5% ontving zowel medicatie als een psychologische behandeling en 11.2% kreeg geen behandeling (Bruffaerts et al., 2004b). Nederlands onderzoek toont aan dat de huisarts bij een eerste contact met een patiënt met een depressie of angststoornis in de helft van de gevallen een geneesmiddel voorschrijft. In een verder contact gebeurt dit in meer dan 80% van de gevallen. De onderzoekers beschrijven tevens dat huisartsen de zorg bij een psychisch of sociaal probleem ook vooral zelf opnemen. Slechts in 6% van de eerste contacten met een patiënt met een depressie verwijst de huisarts door naar gespecialiseerde hulpverlening (Verhaak, 2008).

⁹ Cijfers via <http://www.zorg-en-gezondheid.be/>

5 Relatie tussen gezondheid en plaats

Macintyre, Maciver & Sooman (1993) concludeerden begin jaren '90 dat er nood is aan het bestuderen van kenmerken van lokale sociale en fysieke omgevingen en de mogelijke invloed daarvan op gezondheid. Ze baseren hun conclusie op een review van verschillende artikels en menen dat een grotere focus op plaats(kenmerken) kan bijdragen tot het verbeteren van de publieke gezondheid. Sinds begin jaren '90 raakt het belang van plaats voor gezondheid dan ook steeds meer ingeburgerd (Poland, Lehoux, Holmes en Andrews, 2004). Studies in verschillende landen hebben aangetoond dat woonplaats geassocieerd kan worden met gezondheid en dat gezondheidsverschillen tussen buurten niet geheel verklaard kunnen worden door individuele (deprivatie) kenmerken van de bewoners (Bernard, Charafedine, Frohlich, Daniel, Kestens en Potvin, 2007).

Vanuit de praktijk worden plaatskenmerken in rekening gebracht, en ook bij academici en onderzoekers heerst er steeds meer eensgezindheid over het belang van plaatskenmerken bij het verklaren van gezondheidsverschillen en verschillen in zorggebruik tussen regio's (Poland et al., 2004).

Macintyre et al. (2002) wijzen op het belang van onder andere de materiële infrastructuur en het collectief sociaal functioneren voor de relatie tussen regio en gezondheid. Ze sommen vijf factoren op waarvan verwacht kan worden dat ze de gezondheid in een regio beïnvloeden.

1. Fysieke kenmerken van de buurt, die gedeeld worden door alle bewoners (bv. luchtkwaliteit)
2. Beschikbaarheid van een gezonde omgeving thuis, op het werk en in de vrije tijd
3. Diensten die aangeboden worden, publiek of privaat, om mensen te ondersteunen in hun dagelijkse leven (bv. onderwijs, transport, gezondheidsdiensten, etc.)
4. Sociaalculturele kenmerken van de buurt (waarden en normen, mate van buurtintegratie, criminaliteit, etc.)
5. De reputatie van een regio. De reputatie beïnvloedt niet enkel de infrastructuur, maar ook het zelfvertrouwen en de moraal van de bewoners

Bernard et al. (2007) ontwikkelen een denkkader, waarmee ze verder bouwen op de bevindingen van Macintyre et al. (2002). Ze karakteriseren buurten als entiteiten, bestaande uit een sociale en een fysieke omgeving. Binnen elke omgeving zijn er domeinen, met bijbehorende regels die de toegankelijkheid tot gezondheidsbevorderende middelen beïnvloeden. De regels hebben betrekking op nabijheid, recht, prijs en informele wederkerigheid.

Ze benaderen buurten vanuit een dynamisch perspectief, waarbij ze menen dat er een wederzijdse relatie bestaat tussen de samenstelling van de bewoners en de kenmerken van de buurt.

Ook binnen KANS willen we nagaan of er sprake is van een verband tussen plaatskenmerken enerzijds, en gezondheid en zorggebruik anderzijds. Het in kaart

brengen van de relatie tussen gezondheid en plaats was één van de uitgangspunten bij de selectie van de onderzoeksregio's, die in hoofdstuk 5 verder toegelicht wordt.

HOOFDSTUK 3

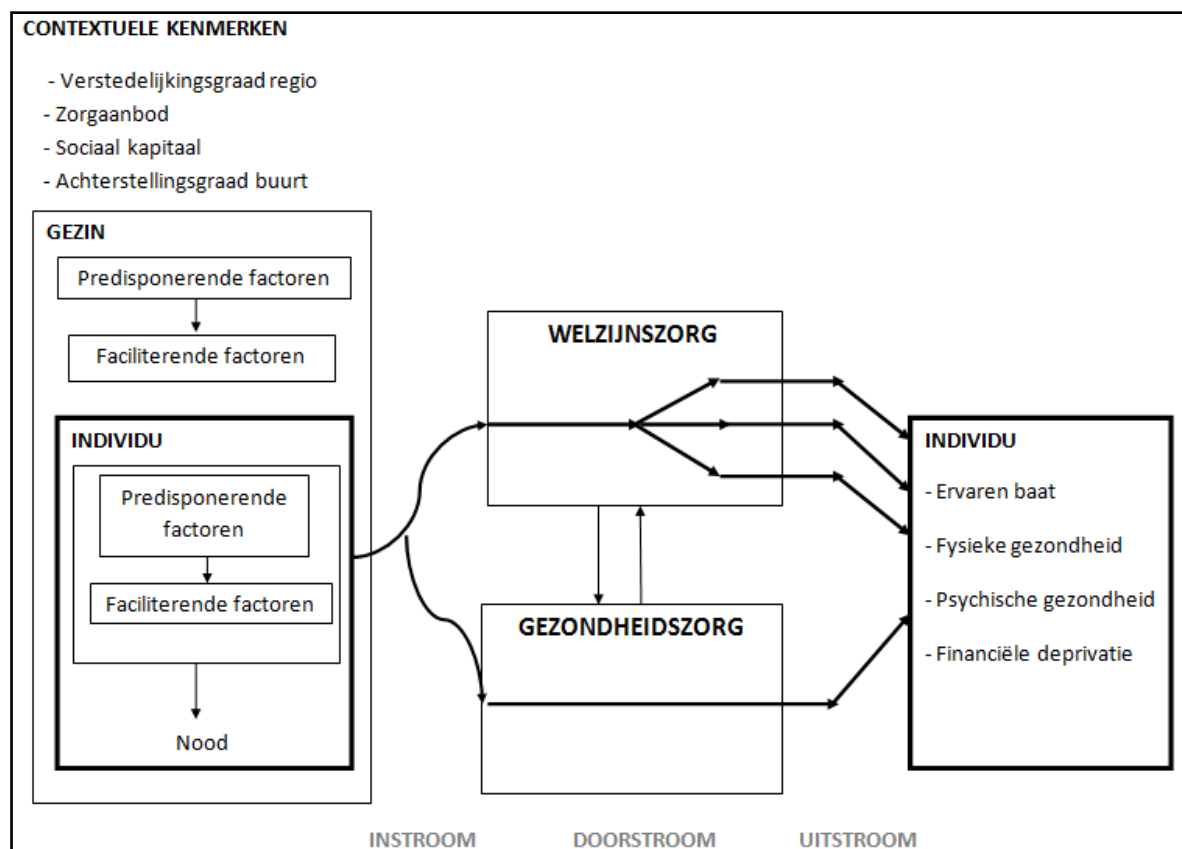
De onderzoeksofzet van KANS

1 Conceptueel model en onderzoeksvragen

Onderstaand model vormt het uitgangspunt van het KANS-onderzoek. Het model legt de nadruk op zorgtrajecten, nl. instroom, doorstroom, uitstroom en resultaten van het traject en kadert ze binnen een bredere context. Het vertrekpunt is het individu dat zich, beïnvloed door allerlei factoren, beweegt doorheen de zorg. Ook kenmerken van de omgeving en het zorgaanbod hebben een invloed op welzijn, gezondheid en zorggebruik. Het idee van 'predisposing factors' en 'enabling factors' wordt overgenomen uit het recent herziene 'Behavioral Model of Health Services Use' van Andersen (2008), dat zorggebruik in kaart brengt. Die predisponerende en faciliterende factoren zijn zowel aanwezig op individueel, als op gezinsniveau.

Aangezien het KANS-onderzoek niet enkel zorggebruik, maar vooral ook de trajecten wil bestuderen, wordt in het model een cyclische dimensie opgenomen. Zorgtrajecten worden opgesplitst in instroom, doorstroom en uitstroom. Het model biedt zicht op factoren op contextueel niveau, individueel en gezinsniveau die een rol kunnen spelen in gezondheid en zorggebruik.

Figuur 4: Conceptueel model KANS



Predisponerende ('predisposing') factoren verwijzen voornamelijk naar socio-demografische kenmerken en overtuigingen over gezondheid. Het zijn kenmerken die al bestaan voorafgaand aan eventuele gezondheidsproblemen. De faciliterende ('enabling') factoren omvatten positieve randvoorwaarden die het zorggebruik mogelijk maken. De nood duidt enerzijds op een klinisch vastgestelde behoefte aan zorg, bv. aan de hand van de ernst van symptomen, en anderzijds op een gepercipieerde behoefte aan zorg doordat men zijn gezondheid als zwak beschouwt.

Contextuele factoren worden, anders dan individuele factoren, niet bepaald per persoon, maar beschouwd als gemeenschappelijk aan een bepaalde regio.

Hoewel sommige studies het gezondheidsgedrag als finale uitkomst beschouwen, interpreteren we dit gedrag in het KANS-onderzoek, in overeenstemming met het laatst herwerkte model van Andersen (2008), slechts als een middel om het uiteindelijke doel van gezondheid te bereiken. Gezondheid omvat een klinisch observeerbare component en een subjectieve perceptie. Naast gezondheid worden ook ervaren baat en het al dan niet wegwerken van financiële deprivatie als uitkomst van zorggebruik gehanteerd (Andersen, 2008).

Onderstaande tabel toont voor elk van de factoren hoe deze in het KANS-onderzoek gemeten worden. In hoofdstuk 4 wordt de operationalisering gedetailleerd besproken.

Tabel 2: Operationalisering van factoren

Contextfactoren (regio)	Operationalisering
<i>Verstedelijkingsgraad</i>	<i>Ruraal Kleinstedelijk Grootstedelijk</i>
<i>Zorgaanbod</i>	<i>Aanwezigheid van en afstand tot gezondheidszorg- en welzijnszorgvoorzieningen</i>
<i>Achterstellingsgraad buurt</i>	<i>Op basis van de indicatoren voor buurten in moeilijkheden van het Instituut voor Sociale en Economische Geografie</i>
<i>Sociaal kapitaal in de buurt</i>	<i>Gevoelens van onveiligheid, sociale netwerken in de buurt, etc.</i>
Individuele factoren	Operationalisering
<i>Predisponerende factoren</i>	
<i>Leeftijd</i>	<i>18-60j</i>
<i>Geslacht</i>	<i>Mannelijk/vrouwelijk</i>
<i>Intergenerationele armoede</i>	<i>Financiële problemen in kindertijd</i>
<i>Burgerlijke staat</i>	<i>Alleenstaand Gehuwd/samenwonend Gescheiden Weduwe/naar</i>
<i>Nationaliteit</i>	<i>Geboren in België Geboren in ander land Ouders/grootouders geboren in ander land</i>
<i>Opleiding</i>	<i>Hoogst behaalde diploma: Lager onderwijs Lager secundair Hoger secundair Hoger onderwijs</i>
<i>Tewerkstelling</i>	<i>Deeltijds/voltijds tewerkgesteld Tewerkstelling tijdelijk onderbroken Werkloos</i>

<i>Eigenaar versus huurder</i>	<i>Huurder van private woning Huurder van sociale woning Eigenaar Gratis bewoner</i>
<i>Kwaliteit van huisvesting</i>	<i>Ernstige gebreken aan huisvesting</i>
<i>Rondkomen met inkomen</i>	<i>Schaal 1 (zeer moeilijk) tot 6 (zeer gemakkelijk)</i>
<i>Betalingsachterstand</i>	<i>Zijn er facturen die men niet kan betalen</i>
<i>Beschikbare reserve</i>	<i>In welke mate kan men sparen? Onverwachte uitgaven kunnen betalen (al dan niet met hulp van anderen)</i>
<i>Veerkracht</i>	<i>ISW Limits Schaal</i>
<i>Eenzaamheid</i>	<i>Hoe vaak voelt men zich eenzaam</i>
Facilitatoren	
<i>Deelname aan het verenigingsleven</i>	<i>Betrokken in verenigingen en frequentie van contact</i>
<i>Ervaren sociale steun</i>	<i>MOS Social Support Survey</i>
<i>Sociale netwerkdiversiteit</i>	<i>Hoeveel verschillende netwerken</i>
<i>Kwaliteit sociaal netwerk</i>	<i>Sociale contacten al dan niet bevredigend vinden</i>
<i>Vertrouwen in zorgverleners</i>	<i>Ziekenfondsen Huisartsen Artsenspecialisten Welzijnswerkers OCMW</i>
<i>Kennis formele zorgdiensten</i>	<i>Ja, ik ken het van naam Ja, ik weet waarvoor ik er terecht kan Neen, ik ken het niet</i>
<i>Kennis informele zorgdiensten</i>	<i>Ja, ik ken het van naam Ja, ik weet waarvoor ik er terecht kan Neen, ik ken het niet</i>
<i>Mate van formeel zorggebruik</i>	<i>Vroeger gebruik Huidig gebruik</i>
<i>Mate van informeel zorggebruik</i>	<i>Vroeger gebruik Huidig gebruik</i>
<i>Doorverwijzing</i>	<i>Doorverwezen door professionele hulpverlener</i>
<i>Aanmoediging zorggebruik</i>	<i>Aangemoedigd door persoonlijke omgeving</i>
<i>Coping stijlen</i>	<i>Coping Inventory for Stressful Situations</i>
Noden	
<i>Mate van psychisch onwelbevinden</i>	<i>Ernst van depressieve symptomen (BDI) Ernst van symptomen van psychopathologie (BSI)</i>
<i>Subjectieve gezondheidstoestand</i>	<i>RAND-36</i>
Factoren op gezinsniveau	
Operationalisering	
Predisponerende factoren	
<i>Gezinssamenstelling</i>	<i>Aantal gezinsleden jonger en ouder dan 18 jaar</i>
<i>Opleiding partner</i>	<i>Hoogst behaalde diploma: Lager onderwijs Lager secundair Hoger secundair Hoger onderwijs</i>
<i>Tewerkstelling partner</i>	<i>Deeltijds/voltijds tewerkgesteld Tewerkstelling tijdelijk onderbroken Werkloos</i>

Hoofdstuk 3

<i>Gezinsinkomen</i>	<i>Totaal beschikbaar inkomen van het huishouden</i>
<i>Maandelijks uitgaven</i>	<i>Huishuur, afbetaling lening woning, energie, school/kinderopvang, medische kosten</i>
Facilitatoren	
<i>Gezondheidstoestand gezinsleden</i>	<i>Hoeveel gezinsleden verkeren in slechte gezondheid</i>
Zorggebruik	Operationalisering
<i>Persoonlijk gezondheidsgedrag</i>	
<i>Algemeen preventief gezondheidsgedrag</i>	<i>Roken, alcohol- en druggebruik, medicijngebruik, gezonde voeding, sport</i>
Zorgproces	
<i>Ervaren zorgrelatie</i>	<i>Discrepantie tussen gewenste en verkregen zorg op 9 kwaliteitskenmerken</i>
Uitkomsten	
<i>Ervaren baat van zorg</i>	<i>Gepercipieerde effectiviteit van zorg Reductie van problematiek in volgende fase</i>
<i>Zelfstigma</i>	<i>Zelfstigma als gevolg van het gebruik van zorg</i>
<i>Mate van psychisch onwelbevinden</i>	<i>Reductie in ernst van depressieve symptomen (BDI) Reductie in ernst van symptomen van psychopathologie (BSI)</i>
<i>Subjectieve gezondheidstoestand</i>	<i>Verbetering van perceptie van gezondheid (RAND)</i>
<i>Financiële deprivatie</i>	<i>Verandering in inkomen, rondkomen met inkomen en betalingsachterstand</i>

Het conceptuele model dient als basis voor de onderzoeksvragen, die hieronder worden opgesomd.

Onderzoeksvragen

1. Beschrijving van de populatie

- Wat is het sociaaldemografische en psychosociale profiel van de respondenten?
- Wat is het sociaaldemografische en psychosociale profiel van mensen met een langdurige financieel kwetsbare positie en in welke mate verschilt dit profiel van dat van mensen die maar voor korte tijd in een financiële precaire situatie zitten?

2. Voortraject

- Welke trajecten leggen mensen af vooraleer ze terechtkomen in de welzijnssector?
- In welke mate speelt de socio-economische positie van de gezinsleden een rol in het zorggebruik?
- Welke factoren bevorderen het hulpzoekgedrag van personen?
- Hoe toegankelijk wordt de eerste lijn ervaren door de zorggebruikers? Is er een verschil tussen de verschillende doelgroepen?

3. Instroom

- Langsheen welke weg komen mensen terecht bij welzijnsvoorzieningen?

- Wat is het sociaaldemografische en psychosociale profiel van personen die zich omwille van psychisch onwelbevinden en/of een financiële problematiek aanmelden in het eerstelijns welzijnswerk?
- Met welke klachten of problemen melden mensen zich aan bij welzijnsvoorzieningen?
- Zijn bepaalde subdoelgroepen onder- of oververtegenwoordigd in het (I)CAW/OCMW? Dit in vergelijking met het sociaaldemografisch en het psychosociale profiel van de Vlaamse bevolking.

4. Verloop

- Wat is de mate van medische consumptie bij zorggebruikers?
- Welke factoren beïnvloeden het verloop van het zorgtraject (sociaalculturele, organisatorische factoren, factoren op het niveau van de voorziening, factoren in de sociale context, individuele factoren ...)?

5. Doorstroom

- In welke mate vinden er doorverwijzingen plaats vanuit de welzijnssector naar de gezondheidszorgsector en omgekeerd?
- Welke belangrijke levensgebeurtenissen zorgen ervoor dat mensen in en uit een financieel kwetsbare positie gaan?
- Voldoet de aangeboden zorg aan de kwaliteitsvereisten?
- Welke aspecten van hulpverlening worden als belangrijk beschouwd door de zorggebruikers?
- Is er een discrepantie tussen de gepercipieerde realisatie van de basiswaarden en het oordeel van het belang van die waarden?
- Wat zouden zorggebruikers graag veranderd zien in de hulpverlening?
- Wat is de impact van de organisatie van het regionale zorgnetwerk op het zorggebruik?

6. Uitstroom en resultaten

- Wat is het sociaaldemografische en psychologische profiel van mensen die uitstromen uit de welzijnszorg?
- Welke factoren bepalen of iemand na uitstroom uit de welzijnszorg al dan niet terug instroomt?
- Wat is de ervaren baat van de hulpverlening vanuit de perceptie van de zorggebruiker?
- In welke mate ervaren personen de verkregen zorg als een oplossing voor hun problemen? Welke persoons- en omgevingsfactoren beïnvloeden de ervaren baat?
- Wat is het resultaat van de hulpverlening in termen van psychisch onwelbevinden, gezondheid en financiële kwetsbaarheid van de cliënt?

7. Context variabelen – sociaal kapitaal

- Kunnen sociale contacten, een ondersteunend sociaal netwerk bijdragen tot de gezondheid van mensen?
- Kunnen sociale contacten, een ondersteunend sociaal netwerk bijdragen tot de verlichting van andere problemen?
- Beïnvloedt sociaal kapitaal de zorgvraag/het zorgtraject?

2 Studiedesign

KANS is een longitudinaal onderzoek, waarbij data in acht zorgvuldig geselecteerde Vlaamse regio's verzameld worden op twee bevragingsmomenten. Data worden verzameld aan de hand van een vragenlijst. De verkregen gegevens worden op twee manieren aangevuld. In eerste instantie zullen een aantal verdiepingsonderzoeken worden opgezet bij een onderdeel van de steekproef. Bovendien wordt ernaar gestreefd de data te koppelen aan gegevens uit externe databanken.

3 Regioselectie

Het KANS-onderzoek vindt plaats in acht regio's in Vlaanderen, nl. Antwerpen, Geel, Genk, Tielt-Winge, Gent, Oudenaarde, Ieper en Oostende. De selectie van deze regio's streeft naar een zo groot mogelijke diversiteit op het gebied van: socio-economische kenmerken van de aanwezige bevolking, graad van stedelijkheid en provinciale spreiding (Hermans et al., 2008). De regioselectie wordt uitgebreid besproken in hoofdstuk 5.

4 Selectie van de respondenten

4.1 Algemene selectiecriteria

Voor deelname aan het onderzoek moet men voldoen aan volgende inclusievoorwaarden:

- een verblijfplaats hebben in één van de acht Vlaamse regio's waar het onderzoek loopt
- het Nederlands voldoende beheersen om een vragenlijst mondeling met behulp van een enquêteur te kunnen invullen
- ouder zijn dan 18 jaar en jonger dan 60 jaar

Naast deze inclusiecriteria gelden ook exclusiecriteria. Iemand komt niet in aanmerking voor deelname wanneer een hulpverlener vermoedt dat:

- de respondent door deelname onnodig in de war zal worden gebracht
- de respondent zich door deelname slechter zal voelen
- het afnemen van de vragenlijst een te zware belasting zou vormen voor de respondent

4.2 Specifieke selectiecriteria

Het KANS-onderzoek focust op de zorgtrajecten van personen in een financieel kwetsbare situatie, op de zorgtrajecten van personen met psychisch onwelbevinden, en op de zorgtrajecten van personen die zowel met financiële kwetsbaarheid als met psychisch onwelbevinden geconfronteerd worden. Het betreft dus drie doelpopulaties:

- Module 1: Inkomen (personen met financiële kwetsbaarheid)
- Module 2: Welbevinden (personen met psychisch onwelbevinden)
- Module 3: Inkomen EN Welbevinden (personen met financiële kwetsbaarheid én psychisch onwelbevinden)

Mensen worden door de welzijnsvoorzieningen geïnccludeerd en onderverdeeld in een bepaalde module aan de hand van specifieke inclusiecriteria.

Criteria Module 1 (Inkomen)

Armoede is een multidimensioneel verschijnsel. Binnen het KANS-onderzoek wordt een financiële definitie gehanteerd, die gemakkelijker meetbaar is dan een ruime definitie. Het vertrekpunt is een inkomensgrens. Wanneer iemands inkomen onder die grens valt, wordt de persoon beschouwd als financieel kwetsbaar.

Er zijn diverse armoedegrenzen die in het kader van het onderzoek gebruikt kunnen worden. Wat betreft de grens die het OMNIO-statuuut hanteert, moet het jaarlijkse bruto belastbaar inkomen, voor het jaar 2006, van een alleenstaande of van een gezin lager zijn dan 13.312 EURO. Dit komt overeen met 1.109 EURO per maand. Het jaarlijkse bedrag wordt verhoogd met 2.464,56 EURO per gezinslid, ander dan de aanvrager.

De EU-armoedegrens voor een alleenstaande bedraagt 777 EURO/maand. Dit cijfer is gebaseerd op gegevens uit de EU-SILC-enquête van 2004.

De Belgische armoedegrens ligt vast op 60% van het mediaan inkomen. In 2007 bedroeg de armoedegrens in België 860 euro per maand voor een alleenstaande. Binnen het KANS-onderzoek wordt ervoor gekozen om financieel kwetsbaren te definiëren als personen met een inkomen gelijk aan of lager dan de grenzen die gehanteerd worden voor het OMNIO-statuuut.

Het is belangrijk om te wijzen op het onderscheid tussen financiële kwetsbaarheid en armoede. Personen die geconfronteerd worden met financiële kwetsbaarheid verkeren niet noodzakelijk in armoede. Wel kan verwacht worden dat financieel kwetsbaren, wanneer er iets onverwachts gebeurt (ziekte, grote uitgave, etc.) makkelijker in een armoedetoestand kunnen terechtkomen.

Iemand wordt geïnccludeerd in Module 1 wanneer hij/zij 'ja' antwoordt op één of meer van volgende drie vragen:

- Geniet u een verhoogde tegemoetkoming in het kader van de ziekteverzekering?
- Werd u het OMNIO–statuut toegekend in het kader van de ziekteverzekering?
- 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 op hetzelfde adres woont.

Criteria Module 2 (Welbevinden)

Onwelbevinden wordt binnen het KANS-onderzoek gedefinieerd vanuit een sociaalmaatschappelijke invalshoek, en niet vanuit medisch perspectief. Personen die geïnccludeerd worden in Module 2 moeten voldoen aan volgende voorwaarde:

'JA' antwoorden op minstens één van de twee vragen van het tweevrageninstrument van Whooley (1997):

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

Het instrument van Whooley (1997) is een gevalideerd instrument om gevoelens van depressie en psychisch onwelbevinden in kaart te brengen.

Criteria Module 3 (Inkomen en Welbevinden)

Om geïnccludeerd te worden in Module 3 moet voldaan worden aan de criteria die gelden voor Module 1 én de criteria die gelden voor Module 2. Personen die geïnccludeerd worden in Module 3 ervaren dus zowel financiële kwetsbaarheid als psychisch onwelbevinden.

Een overzicht van de inclusiecriteria kan teruggevonden worden in onderstaande tabel.

Tabel 3: Screeningcriteria voor financiële kwetsbaarheid en psychisch onwelbevinden. Psychisch onwelbevinden (Whooley, 1997)

	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 			

4.3 Gegevensbronnen

De gegevens in het KANS-onderzoek worden verzameld aan de hand van vragenlijsten die worden afgenomen bij de respondent, aangevuld met gegevens afkomstig uit externe databanken (Datawarehouse Arbeidsmarkt en data afkomstig van het Intermutualistisch Agentschap).

▪ Vragenlijsten

Respondenten geïncludeerd in het KANS-onderzoek worden in verschillende bevragsingolven bevroegd aan de hand van een vragenlijst die face-to-face of schriftelijk door een interviewer wordt afgenomen (zie ook 4.3.2 Afnameprocedure).

De vragenlijsten zijn opgebouwd uit de instrumenten die aan bod komen in Hoofdstuk 4. De selectie van de onderzoeksvariabelen en meetinstrumenten is gefundeerd in de (inter)nationale onderzoeksliteratuur en dit in functie van het beantwoorden van de onderzoeksvragen.

De specifieke inhoud van de vragenlijst varieert naargelang de module waarvan de respondent deel uitmaakt. Zo worden respondenten met psychisch onwelbevinden uitgebreider bevroegd over hun psychische welzijn, copingstrategieën en veerkracht. De module 'financiële kwetsbaarheid' staat langer stil bij de inkomenssituatie, huisvesting, gezondheid en sociaal kapitaal. De vragenlijsten die gebruikt worden in de drie modules omvatten evenwel een set van gelijke vragen waardoor vergelijking tussen de respondenten uit verschillende modules mogelijk wordt.

Onderstaande tabel geeft weer welke thema's bevroegd worden binnen de verschillende modules.

Tabel 4: Onderzoeksthema's per module

Onderzoeksthema's	Module 1	Module 2	Module 3
Fysieke en psychische gezondheidstoestand	✓		✓
Veerkracht en welbevinden	✓	✓	✓
Klachten en gevoelens van onwelbevinden		✓	✓
Omgaan met situaties		✓	✓
Inkomenssituatie	✓		✓
Stress - steunbronnen		✓	✓
Huisvesting	✓		✓
Sociaal kapitaal	✓		✓
Zorggebruik	✓	✓	✓
Persoonlijke gegevens	✓	✓	✓

- **Datawarehouse Arbeidsmarkt**

Datawarehouse Arbeidsmarkt (beheerd door de Kruispuntbank Sociale Zekerheid) levert informatie over de respondenten met betrekking tot factoren die het zorggebruik kunnen beïnvloeden, zoals: positie op de arbeidsmarkt, inkomen, uitkeringen, etc.

- **Data afkomstig van het Intermutualistisch Agentschap (IMA)**

In het kader van de opdracht van de mutualiteiten om de terugbetaling van medische verstrekkingen administratief te beheren, wordt gedetailleerde informatie bijgehouden over het type (terugbetaalbare) zorg die de verzekerden ontvangen, de voorschrijver en de verstrekker van die zorgen, de datum van de prestatie, de kostprijs en de terugbetaling ervan.

Deze databank is een unieke bron van informatie voor het KANS-onderzoek omdat ze op het niveau van de individuele respondent informatie bevat over geregistreerd zorggebruik (in tegenstelling tot het minder betrouwbare gerapporteerde zorggebruik) en over de geraadpleegde zorgverstrekkers. Bovendien bevat deze databank informatie over de tijd heen, waardoor het mogelijk is zicht te krijgen op zorgtrajecten.

Er wordt naar gestreefd de gegevens van de respondenten afkomstig uit de Datawarehouse Arbeidsmarkt en uit de IMA databank door de Kruispuntbank Sociale Zekerheid te koppelen aan de databank met surveygegevens. Dit gebeurt uiteraard enkel na expliciete goedkeuring van de respondent (zie ook 4.4 Koppeling met externe databanken) en indien alle betrokken instanties hiertoe hun toestemming verlenen.

5 Onderzoeksprocedures

5.1 Inclusieprocedure

In eerste instantie stelt het KANS-onderzoeksteam het onderzoek voor aan de verschillende welzijnsvoorzieningen in de geselecteerde regio's. Hiertoe zijn regionale

informatiemomenten opgezet. Bij de voorzieningen die niet aanwezig kunnen zijn, gaan de onderzoekers persoonlijk langs. Na intern overleg kan elke voorziening beslissen of ze al dan niet wenst mee te werken aan het KANS-onderzoek. Ten einde de voorzieningen maximaal te ondersteunen bij de inclusie, en de kwaliteit van de inclusieprocedure te maximaliseren, is een handleiding uitgeschreven. Deze bevat een gedetailleerde toelichting van de onderzoeksprocedure, een overzicht van frequent voorkomende vragen en de contactgegevens van de inclusieverantwoordelijke binnen het onderzoeksteam.

De inclusie verloopt in twee fasen. In een eerste fase (september – oktober 2008) gaan de hulpverleners bij het bestaande cliënteel na wie in aanmerking komt om deel te nemen aan de studie. Tijdens de tweede fase doen ze hetzelfde bij de nieuwe cliënten die langskomen (fase 2: november 2008 – augustus 2009).

De welzijnsinstanties gaan na welke van hun cliënten aan de inclusiecriteria voldoen, nodigen deze uit om deel te nemen aan het onderzoek en leggen een consentformulier voor.

De inclusie gebeurt aan de hand van een screeningformulier dat wordt ingevuld door de hulpverlener. De hulpverlener noteert de voorziening, het geboortjaar en geslacht van de cliënt en informeert of hij/zij bereid is om even te luisteren. Indien de cliënt hier positief op antwoordt, duidt de hulpverlener aan of de cliënt beantwoordt aan de basiscriteria en de specifieke selectiecriteria en of hij bereid is om deel te nemen aan het onderzoek.

Zowel de screeningformulieren van de cliënten die niet voldoen aan de inclusiecriteria en/of niet wensen deel te nemen, als de screeningformulieren van de cliënten die voldoen aan de inclusiecriteria en akkoord gaan met deelname, worden aan de onderzoekers bezorgd.

Daarnaast wordt ook geïncludeerd via de mutualiteiten. De inclusie via de mutualiteiten wordt opgestart na de inclusiefase van de OCMW, CAW en ICAW. De mutualiteiten in de betrokken regio's schrijven hun leden met OMNIO-statuut aan. In dit schrijven wordt het onderzoek toegelicht en worden de mensen uitgenodigd om deel te nemen. Personen die geïnteresseerd zijn in deelname kunnen een bijgevoegde antwoordkaart terugsturen.

5.2 Toestemming

De betrokken hulpverlener nodigt cliënten die voldoen aan de inclusiecriteria uit voor deelname aan het onderzoek. De cliënten krijgen een informatiefolder met een verdere toelichting van het KANS-onderzoek. De folder informeert hen over de onderzoeksopzet, de jaarlijkse bevragingen, bescherming van de privacy, etc.

Indien de cliënt instemt met deelname, wordt samen met de zorgverlener het tweevoudige toestemmingsformulier ondertekend. Bij ondertekening verklaart de respondent zich akkoord met deelname aan het onderzoek en een eventuele koppeling van zijn/haar persoonlijke gegevens uit de Datawarehouse Arbeidsmarkt en het IMA. De cliënt krijgt een kopie van het consentformulier mee naar huis, het origineel wordt bijgehouden door de hulpverlener en later bezorgd aan de onderzoekers. Er wordt

benadrukt dat deelname aan het onderzoek geen enkele verplichting inhoudt en dat de cliënt in elke stap van het onderzoeksproces kan beslissen om zijn/haar deelname stop te zetten of om bedenktijd te vragen. Op het moment dat het toestemmingsformulier ondertekend wordt, wordt de cliënt deelnemer aan het onderzoek.

5.3 Vragenlijsten

5.4 Interviewers

Zo snel mogelijk na de inclusie, wordt de cliënt telefonisch gecontacteerd door een enquêteur en wordt een afspraak vastgelegd voor de afname van de vragenlijst.

Voor het afnemen van de interviews wordt een beroep gedaan op studenten en vrijwilligers. In totaal werken 11 departementen van hogescholen mee aan het KANS-onderzoek:

- Lessius Hogeschool, Departement Toegepaste Psychologie
- Provinciale Hogeschool Limburg, Verpleegkunde en Ergotherapie
- XIOS, Departement Sociaal Agogisch Werk
- Katholieke Hogeschool Leuven, Sociaal Werk
- KHKempen, Sociaal Werk
- Karel De Grote-Hogeschool Antwerpen, Sociaal Werk
- Hogeschool West-Vlaanderen, Sociaal Werk, Verpleegkunde en Toegepaste Psychologie
- Katho Kortrijk, Departement Verpleegkunde en Vroedkunde - HIVV
- Katho Kortrijk, Departement Sociaal Agogisch Werk - IPSOC
- Hogeschool Gent, Ergotherapie en Sociaal Agogisch Werk
- Hogeschool West-Vlaanderen, Departement HIEPSO, Kortrijk, Sociaal Werk

In elk van de deelnemende hogescholen worden één of meer trainingssessies georganiseerd. Tijdens deze sessies wordt het onderzoek gekaderd en worden de studenten getraind als enquêteur en vertrouwd gemaakt met de te volgen procedures. Ook worden een aantal moeilijke situaties ingeoeffend aan de hand van rollenspellen (bv. wat met een respondent die het emotioneel erg moeilijk krijgt tijdens het interview).

Vrijwilligers worden in afzonderlijke trainingssessies getraind of sluiten aan bij een van de sessies in de hogescholen. Alle interviewers ondertekenen een verklaring op eer waarin ze verklaren als vrijwillig medewerker belangeloos en buiten het kader van een arbeidsovereenkomst hun medewerking te willen verlenen aan het KANS-onderzoek. Door de ondertekening van de verklaring op eer verbinden ze zich ertoe de nodige loyaliteit in acht te nemen en betrouwbaar om te springen met de gegevens waarmee ze in aanraking komen.

Interviewers ontvangen van de onderzoekers een lijst met namen en contactgegevens van geïnccludeerde respondenten. De interviewer neemt telefonisch contact op met de

respondent om de plaats en het tijdstip voor het interview vast te leggen. Er dienen minimaal drie pogingen tot contactopname te zijn ondernomen (op verschillende dagen en verschillende tijdstippen van de dag) om te spreken van een niet-contacteerbare respondent. De interviewers houden een gedetailleerd logboek bij, waarin ze nauwgezet noteren wanneer ze de respondenten contacteren, welke afspraken worden gemaakt en eventueel waarom de respondent besluit toch niet verder deel te nemen aan het onderzoek.

5.5 Afnameprocedure

De vragenlijsten kunnen schriftelijk of deels mondeling, deels schriftelijk worden afgenomen. De schriftelijke vragenlijsten worden door de respondenten ingevuld en onder gesloten enveloppe teruggestuurd naar de onderzoekers. De gemiddelde duur van de afname varieert tussen 45 en 60 minuten, afhankelijk van de module.

Na de initiële bevraging is er nog één opvolgbevraging gepland, met een interval van 12 maanden. De respondenten worden dus twee jaar op rij gecontacteerd voor het afnemen van een vragenlijst. De specifieke inhoud van de vragenlijst verschilt van jaar tot jaar. Op basis van de analyses wordt later een verdiepend onderzoek bij een afgebakende subpopulatie van de bevraagde gebruikers van welzijnszorgvoorzieningen opgezet.

5.6 Koppeling met externe databanken

De algemene doelstelling van het KANS-onderzoek is inzicht verwerven in de zorgtrajecten van mensen met financiële kwetsbaarheid en/of psychisch onwelbevinden in Vlaanderen.

Om deze zorgtrajecten volledig in kaart te brengen wordt naast de eigen dataverzameling ook een koppeling met gegevens uit bestaande databanken nagestreefd. Concreet is een procedure opgestart om de informatie uit de vragenlijsten te koppelen aan gegevens uit de Datawarehouse Arbeidsmarkt (beheerd door de Kruispuntbank Sociale Zekerheid) en de databank van het Intermutualistisch Agentschap (IMA). Hiertoe is een machtiging aangevraagd bij het Sectoraal Comité van het Rijksregister en het Sectoraal Comité van de Sociale Zekerheid en van de Gezondheid. Respondenten hebben schriftelijke toestemming verleend voor het koppelen van hun gegevens via het toestemmingsformulier en de vragenlijst. Indien alle betrokken instanties hun toestemming verlenen, is deze koppeling gepland voor de zomer van 2011.

De koppeling met externe databanken biedt verschillende voordelen. Eerst en vooral beperkt het de bevragingslast van de respondenten. De databanken leveren immers heel wat gegevens over het socio-demografische en economische profiel en over het zorggebruik van de respondent. Dit zorgt ervoor dat de omvang van de vragenlijst aanzienlijk verminderd wordt, wat de kwaliteit van het onderzoek ten goede komt. Ten tweede zorgt de koppeling met bestaande administratieve databanken voor een grote

hoeveelheid relevante informatie, die accurater is dan de informatie die verkregen wordt door middel van klassieke bevragingen. Literatuur toont immers aan dat mensen weinig betrouwbaar antwoorden op vragen over hun gezondheidszorggebruik. De accuraatheid die de koppeling biedt is in het kader van het KANS-onderzoek van onontbeerlijk belang.

De koppeling draagt tevens bij aan de doelstelling van het KANS-onderzoek om het Vlaams beleid in de sectoren van welzijns- en gezondheidszorg met nieuwe inzichten te ondersteunen, aan de hand van correcte en volledige gegevens. De koppeling ondersteunt bovendien de bijdrage die KANS wenst te leveren aan het wetenschappelijk onderzoek naar zorggebruik.

De aanvraag tot koppeling is complex en verloopt volgens een specifieke aanvraagprocedure. In een eerste fase wordt een aanvraagdossier opgemaakt waarin het onderzoek wordt toegelicht en de te koppelen variabelen worden beschreven en gemotiveerd. Vooreerst onderzoekt de Kruispuntbank of de aanvraag beantwoordt aan de opgegeven richtlijnen. Indien de behoefteanalyse vervat in de aanvraag niet voldoende is, zal dit door de Kruispuntbank worden aangepast.

De Kruispuntbank gaat vervolgens na –in overleg met de betrokken instellingen (in dit onderzoek het IMA)– of de aanvraag technisch en organisatorisch realiseerbaar is en brengt de onderzoeksinstelling op de hoogte van haar bevindingen. Op basis van dit dossier wordt vervolgens een kostenraming opgemaakt. Na akkoord wordt dit dossier ter goedkeuring voorgelegd aan het Sectoraal Comité van de Sociale Zekerheid.

Daarnaast dient er eveneens een aanvraag tot machtiging voor het gebruik van persoonsgegevens te gebeuren bij het Sectoraal Comité van het Rijksregister. Deze aanvraag is nodig, daar het koppelen met de verschillende databanken zal gebeuren op basis van het Rijksregisternummer.

Op de gegevens beschikbaar via de Datawarehouse Arbeidsmarkt en Sociale Bescherming zit bovendien enige vertraging. Gegevens van een bepaald jaar zijn pas twee jaar na afloop van dat jaar beschikbaar. Dit komt doordat de gegevens verzameld worden door verschillende instellingen, met verschillende momenten van data-inzameling.

5.7 Ethische commissie

Het KANS-onderzoek is aan de ethische commissie van de K.U.Leuven voorgelegd, met een aanvullend advies van de ethische commissie van de UGent en is goedgekeurd onder nummer B60720084295. De ethische commissie heeft ook het akkoord van de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer gekregen, die erover waakt dat de privacy van de deelnemers te allen tijde wordt gerespecteerd.

HOOFDSTUK 4

Operationalisering en instrumenten

Dit vierde hoofdstuk bespreekt de centrale theoretische concepten van dit onderzoeksproject. Per concept wordt tevens aangegeven hoe het geoperationaliseerd wordt en welke meetinstrumenten hierbij gebruikt worden. Wanneer onderzoek voorhanden is, komen ook relevante onderzoeksresultaten aan bod die als hypothesen kunnen gebruikt worden om de relaties tussen de verschillende concepten te duiden.

Voor alle variabelen gebeurde een grondige analyse van bestaande vragenlijsten en schalen aan de hand van de volgende criteria:

- De meetpretentie: voorkeur voor instrumenten die veranderingen in de ernst van het psychisch onwelbevinden en de effecten van de hulpverlening meten; louter diagnostische instrumenten worden uitgesloten.
- De wetenschappelijke evidentie voor de instrumenten en de psychometrische kwaliteit (wetenschappelijke literatuur, COTAN-gids)
- Het voorkomen in verschillende bronnen (de vergelijkbaarheid met internationaal onderzoek en het voorkomen in de Vlaamse praktijk)
- De beschikbaarheid van de instrumenten in Vlaamse context (de voorkeur aan een Nederlandstalig instrument met Vlaamse normen)
- Toepasbaarheid: gebruiksvriendelijkheid, afnameduur, beschikbaarheid in het Nederlands, etc.

1 Identificatiegegevens

1.1 ID – nummer

Gezien het longitudinaal karakter van deze studie wordt in een apart bestand de link tussen het ID-nummer, de naam van de respondent en zijn contactgegevens bijgehouden.

De toegang tot dit bestand is strikt geregeld en garandeert de anonimiteit van de respondenten maximaal.

2 Fysieke en psychische gezondheidstoestand

2.1 Fysieke gezondheidstoestand

2.1.1 Subjectieve gezondheidstoestand

Literatuur toont aan dat de subjectieve beoordeling van de eigen gezondheid een zeer valide gezondheidsindicator is. Deze reflecteert niet enkel de impact van klachten en ziektes waaraan de ondervraagde persoon lijdt op een zeer goede wijze, maar is ook sterk verbonden met mortaliteit, functionele capaciteit en het zorggebruik (Gezondheidsenquête, 2008). De subjectieve gezondheidstoestand is een maatstaf die verschillende (lichamelijke, emotionele en sociale) gezondheidsdimensies omvat. Naast het meten van de subjectieve appreciatie van de gezondheid kunnen we verwachten dat de vraag eveneens verwijst naar de levenskwaliteit, die in nauw verband staat met gezondheid (Gezondheidsenquête, 2001).

KANS brengt de subjectieve gezondheidstoestand in kaart met behulp van de Schaal voor algemene gezondheidsbeleving uit RAND-36.

De RAND-36 is een van oorsprong Amerikaans meetinstrument dat werd ontwikkeld in het kader van het RAND Health Science Program. Het instrument komt tegemoet aan de toenemende behoefte aan meetinstrumenten om de algemene gezondheidstoestand van respondenten te meten. De RAND-36 omvat schalen voor fysiek functioneren, sociaal functioneren, rolbeperkingen door fysieke of emotionele problemen, mentale gezondheid, energie, pijn en algemene gezondheidsbeleving (van der Zee & Sanderman, 1993). Binnen elke schaal worden vragen opgenomen waarbij de respondent gevraagd wordt het best passende antwoord aan te duiden op een 5-punts Likertschaal.

Psychometrisch onderzoek toont aan dat de RAND-36 zowel op vlak van interne consistentie als validiteit hoog scoort (van der Zee & Sanderman, 1993).

De schaal voor algemene gezondheidsbeleving meet de subjectieve evaluatie van de algemene gezondheidstoestand.

2.1.2 Chronische aandoeningen

Literatuur toont aan dat langdurige aandoeningen een invloed hebben op de persoonlijke levenskwaliteit en het sociale leven. Chronische gezondheidsproblemen brengen specifieke gevolgen met zich mee op het vlak van gezondheidsbeleving, dagelijks functioneren en het gebruik van gezondheidszorg. Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat personen die lijden aan een chronische aandoening opvallend slechter functioneren, en dit zowel op fysiek als sociaal vlak. Ze hebben bovendien een slechtere mentale gezondheid, slechtere gezondheidspercepties en meer lichamelijke pijn dan personen die niet lijden aan een chronische ziekte (Stewart et al., 1989).

KANS bevraagt chronische aandoeningen zoals de Gezondheidsenquête van 2004.

De Gezondheidsenquête van 2004 was, op het moment van het opmaken van de vragenlijst, de meest recente, beschikbare Gezondheidsenquête. Voor een lijst van zes chronische aandoeningen geven respondenten aan of ze hier al dan niet aan lijden. Verder wordt ook bevraagd in welke mate de respondenten beperkingen ondervinden van de betreffende aandoeningen ('voortdurend', 'af en toe', 'niet of zelden').

2.1.3 Kleine en kortdurende klachten

Om de aanwezigheid van kortdurende klachten in kaart te brengen, gebruikt KANS een vraag gebaseerd op de RAND-36.

De vraag peilt naar de mate waarin de respondent de afgelopen vier weken kleine klachten (zoals hoofdpijn, keelpijn, huidirritatie, etc.) ervaren heeft.

2.1.4 Lichamelijke pijn

Pijn is een belangrijke parameter van onwelbevinden. Onderzoek naar de gevolgen van pijn bij jongvolwassenen toont aan dat (chronische) pijn een belangrijke invloed heeft op de levenskwaliteit (Hunfeld, Perquin, Duivenvoorden, Hazebroek-Kampschreur, Passchier, Suijlekom-Smit en van der Wouden, 2001). Hoe intenser en frequenter de pijn, hoe lager de gepercipieerde levenskwaliteit. Pijn heeft een negatieve invloed op psychisch functioneren (o.a. zich comfortabel voelen), fysieke status en functionele status (meer beperkingen in vrijetijds- en dagelijkse activiteiten). Daarnaast heeft pijn, onder meer ten gevolge van de stress die ermee gepaard gaat, een negatieve impact op het gezinsleven. De relatie tussen pijn en levenskwaliteit wordt bevestigd door ander wetenschappelijk onderzoek (Balague et al., 1995; Cunningham et al., 1987).

Lichamelijke pijn wordt binnen KANS bevraagd door middel van de vragen over pijn uit RAND-36.

Aan de hand van een 5-punts Likertschaal wordt gepeild naar de ernst van de pijn die de respondent de afgelopen vier weken had. De antwoordmogelijkheden variëren van 'geen pijn' tot 'heel ernstige pijn'. Personen met een hoge score lijden aan extreme pijn (van der Zee & Sanderman, 1993).

2.2 Psychische gezondheidstoestand

2.2.1 Psychisch (on)welbevinden

Psychisch onwelbevinden wordt binnen KANS gedefinieerd vanuit een sociaalmaatschappelijke invalshoek en niet vanuit een medisch perspectief. Het detecteren van psychisch onwelbevinden bij respondenten is belangrijk, aangezien we inzicht willen verwerven in het zorgtraject van mensen die deze gevoelens ervaren.

Binnen het KANS-onderzoek brengen we het psychische (on)welbevinden van de respondenten in kaart aan de hand van het tweevrageninstrument van Whooley (1997). Uitgebreid psychometrisch onderzoek toont aan dat twee korte, gefocuste vragen even effectief zijn als uitgebreidere instrumenten om depressie en gevoelens van psychisch onwelbevinden te identificeren. De twee vragen die gesteld worden 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?

Een respondent die op minstens één van de twee vragen 'ja' antwoordt, wordt beschouwd als iemand die psychisch onwelbevinden ervaart.

- Psychische klachten

Volgens de Gezondheidsenquête van 2008 (Van der Heyden et al., 2010) voelt 25% van de bevolking zich niet goed in zijn vel. Dit psychisch onwelbevinden kan velerlei oorsprongen hebben en kent vaak een comorbide klinische, lichamelijke of psychosociale problematiek.

Zo blijkt uit het NEMESIS-onderzoek in Nederland (Spijker, Bijl, de Graaf, & Nolen, 2001) dat 6 op 10 volwassen patiënten met een depressie een comorbide klinische stoornis op as I heeft. Het gaat vooral om dysthymie¹⁰ (van de mensen met dysthymie heeft 59% in hetzelfde jaar een depressieve stoornis en omgekeerd heeft 22% van de mensen met een depressie ook dysthymie). Hiernaast zijn de meest voorkomende comorbide as I-stoornissen angststoornissen (bij 46% van de mannen en 57% van de vrouwen met een depressie) en middelenstoornissen (bij 34% van de mannen en 15% van de vrouwen met een depressie). Voor Vlaanderen zijn deze cijfers over comorbide stoornissen bij depressie (nog) niet beschikbaar (in het ESEMeD-onderzoek zijn er enkel analyses naar het aantal stoornissen). Maar we nemen aan dat de comorbiditeit van Nederlanders met een depressie niet sterk verschilt van deze van Vlamingen. Ook somatische problemen kunnen samengaan met depressie. In Vlaanderen lijdt 8% van de bevolking van 15 jaar en ouder (10% van de vrouwen en 5% van de mannen) aan recente somatische problemen. Dit verschil is significant na correctie voor leeftijd. Sommige ziekten, zoals kanker kunnen een depressie tot gevolg hebben.

¹⁰ Dysthymie is een minder ernstige (voldoet niet aan de criteria voor majeure depressie), maar chronische (gedurende een periode van minstens 2 jaar) depressie. Hoogstwaarschijnlijk gaat het om twee verschillende uitingsvormen van een depressieve stoornis die variëren op een continuüm.

In de aanbevelingen voor het in kaart brengen van zorgtrajecten van personen met psychisch onwelbevinden, raden onderzoekers aan om de variabelen 'mate van psychische stress' en 'comorbide psychische stoornissen' op te nemen (Williams, Wilkinson & Arreghini, 1990). De mate waarin de eerste factor het hulpzoekgedrag beïnvloedt, zou sterk afhankelijk zijn van de regionale contextfactoren. De tweede factor is onafhankelijk van de context een belangrijke beïnvloedende factor.

KANS meet het profiel van psychische klachten van de respondent met de Brief Symptom Inventory BSI (De Beurs & Zitman, 2005).

Respondenten krijgen een score op de volgende subschalen: somatische klachten, problemen in cognitieve functies, inter-persoonlijke sensitiviteit, depressie, angst, hostiliteit, fobische angst, paranoïde en psychoticisme. De BSI heeft nagenoeg dezelfde psychometrische eigenschappen als de SCL-90 (Symptom Checklist-90) maar het invullen ervan neemt maar de helft van de tijd in beslag. De dimensies komen overeen met het Amerikaanse origineel. De schaal kan discrimineren tussen patiënten en gezonde respondenten alsook tussen patiëntengroepen onderling (de Beurs & Zitman, 2006).

- Depressiviteit

Depressie is één van de meest voorkomende psychische problemen in Vlaanderen. Uit de resultaten van de Gezondheidsenquête blijkt dat 9% van de Belgen depressieve problemen heeft en dat 6% leed aan een ernstige depressie in het jaar dat voorafging aan de enquête (Van der Heyden et al., 2010).

KANS meet de prevalentie en ernst van depressiviteit met de Beck Depression Inventory (Luteyn & Bouman, 1988).

Een matige of ernstige depressiviteitscore op deze vragenlijst is een indicatie voor een klinische depressie.

- Zelfdoding

Zelfdoding is zonder twijfel het meest ernstige gevolg van een depressie. Men schat dat 45 tot 70% van de personen die zelfmoord plegen depressief is en dat 15% van de overlijdens bij depressieve patiënten aan zelfmoord toe te schrijven valt (Bayingana et al., 2002). In de Gezondheidsenquête van 2008 (Van der Heyden et al., 2010) antwoordde 3.5% van de Belgen dat ze zelfmoordgedachten hadden in het jaar voorafgaand aan de bevraging. Vier landgenoten op 1000 ondernamen ook effectief een zelfmoordpoging.

KANS meet het suïcidaal gedrag met dezelfde vragen als de Gezondheidsenquête. Suïcidale ideatie¹¹ wordt bevraagd in de Beck Depression Inventory.

De Beck Depression Inventory bewees een zeer goed instrument te zijn om depressie in eerstelijns zorg te detecteren. Het instrument had het laagste aantal vals positieve gevallen en de meeste juist positieve gevallen van een reeks van 14 instrumenten die werden bestudeerd. Het toont met andere woorden een hoge

¹¹ Eerste fasen van het suïcidaal proces, waarin signalen moeilijk waar te nemen zijn door de omgeving .

specificiteit en ook een sensitiviteit aan die hoger dan de mediaan van de bestudeerde instrumenten lag (Williams, Pignone, Ramirez & Perez Stellato, 2002).

2.2.2 Beïnvloedende factoren

Bij het in kaart brengen van de kenmerken en de zorgtrajecten van personen met psychisch onwelbevinden is het belangrijk om eveneens stil te staan bij de factoren die het psychisch welzijn van personen die 'at risk' zijn beïnvloeden. Waarom ontwikkelt de ene kwetsbare persoon geen psychische klachten en de andere wel?

De literatuurstudie vermeldt al dat een depressie ontstaat door een samenspel van biologische, psychologische en sociale factoren (Schotte et al., 2003). Deze factoren kunnen een risico zijn of juist bescherming bieden. Voor depressie zijn de belangrijkste socio-culturele risicofactoren sociale desintegratie en anomie, ideologisch vacuüm, onzekerheid, onvoorspelbaarheid, onveiligheid, milieufactoren en veranderingen in voedingsgewoonten. Protectieve socio-culturele factoren zijn onthaasting, materiële welstand en religiositeit.

- Coping

Hoe mensen omgaan met situaties zal hun psychisch welbevinden sterk beïnvloeden. Sommige copingstijlen leiden eerder tot een psychopathologie, daar waar andere een sterk beschermende functie hebben (Hovanitz, 1986). Een groot deel onderzoek onderscheidt drie vormen van coping: taakgerichte coping (bv. een oplossing zoeken voor het probleem), emotiegerichte coping (bv. zichzelf verwijten) en vermijdingsgerichte coping. Iemand kan een probleem vermijden door vooral ontspanning (bv. TV kijken) of sociale afleiding (bv. een vriend bellen) te zoeken (Endler & Parker, 1994). De bevraging van de copingstijl beantwoordt de vraag welke copingstijl het hulpzoekgedrag van personen bevordert of juist afremt.

KANS meet de copingvaardigheden met de CISS, de Coping Inventory for Stressful Situations (de Ridder & van Heck, 1999).

De 48 vragen geven een zicht op taakgerichte, emotiegerichte en vermijdingsgerichte coping. De constructvaliditeit van de CISS-NL werd nagegaan door de Ridder en van Heck (2004) door ze te vergelijken met een veelgebruikte schaal voor coping, de COPE, wat hoge correlaties opleverde. Betrouwbaarheid en interne consistentie werden ook bestudeerd bij 683 volwassenen, waarbij elke schaal alfacoefficienten van minstens 0.70 liet optekenen. Een score van hoger dan 0.70 impliceert dat de schaal betrouwbaar is en voldoende hoog scoort op interne consistentie.

- Vitaliteit

Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat subjectieve vitaliteit (gevoelens van opgewektheid en energie) geassocieerd kan worden met zowel psychisch als lichamelijk welzijn (Ryan & Frederick, 1997).

Vitaliteit wordt in kaart gebracht door middel van de vitaliteitsschaal uit RAND-36.

De schaal omvat vier items betreffende gevoelens van energie en vermoeidheid. Aan de hand van 6-punts Likertschalen wordt aan de respondent gevraagd aan te geven hoe vaak hij bepaalde gevoelens ervaren heeft gedurende de afgelopen vier weken (antwoordmogelijkheden variëren van 'voortdurend' tot 'nooit'). Een hoge score op de schaal wijst erop dat iemand zich de afgelopen vier weken levenslustig en energiek voelde, een lage score wijst op gevoelens van vermoeidheid.

- Mentale gezondheid

Mentaal gezond zijn betekent meer dan enkel de afwezigheid van een mentale aandoening. Een goede mentale gezondheid houdt het vinden in van een evenwicht tussen alle aspecten van het bestaan. Hieronder kunnen zowel fysieke, psychische, sociale, economische als spirituele aspecten verstaan worden. Een goede mentale gezondheid is een voorwaarde voor het algemene welzijn en voor een kwaliteitsvol leven (WIV, z.j.).

Mentale gezondheid wordt in kaart gebracht aan de hand van de schaal voor mentale gezondheid uit de RAND-36.

De schaal bevat vijf vragen over gevoelens van depressie en nervositeit die de respondent ervaren heeft de voorbije vier weken. Personen die laag scoren hebben de hele tijd last gehad van zenuwachtigheid en depressieve gevoelens. Hoogscorers voelden zich vredig, kalm en gelukkig.

- Veerkracht

Mensen reageren allemaal anders op stressvolle gebeurtenissen. Een belangrijke beschermende factor is veerkracht (Southwick, Vythilingam, & Charney, 2005). Dit is de zelfredzaamheid en flexibiliteit om te reageren op uitdagingen (Fresco, Williams, Nugent, 2006). Veerkracht zorgt ervoor dat sommige mensen geen of minder ernstige gevolgen ondervinden van een risicovolle levensgebeurtenis. Veerkracht is niet louter een sociale competentie of een goede mentale gezondheid (Rutter, 2006), maar eerder een positieve groei of aanpassing die plaatsvindt na een verstoring van het normale evenwicht (Richardson, 2002).

Voor het meten van de veerkracht van de respondenten baseert KANS zich op de vragen over veerkracht uit de Fit in je hoofd vragenlijst van ISW Limits.

ISW Limits inspireerde zich voor hun vragen op de RS-nl, de Nederlandstalige versie van de Resilience Scale van Wagnild en Young (1993). De Veerkracht Schaal van ISW Limits werd door het Vlaams Instituut voor Gezondheids promotie bij 1835 personen getest op interne validiteit en betrouwbaarheid. De Veerkrachtschaal behaalde een interne consistentie van 0,88, wat een zeer goede score is¹².

¹² http://www.fitinjehoofd.be/uploadedFiles/Fit_in_je_Hoofd/validiteit_van_de_zelfbeoordelingstest.pdf

- Psychosociale factoren

Ook psychosociale factoren kunnen een belangrijke invloed uitoefenen op het psychische welbevinden, bijvoorbeeld het verlies van een job of de geboorte van een kind. Levensgebeurtenissen kunnen zorgen voor een verhoogde kwetsbaarheid en zelfs een psychopathologie (Levecque, 2008). Ze kunnen zorgen voor extra spanning en hebben een impact op een scala aan (psycho)somatische en psychische problemen. Maar vooral de interpretatie van de gebeurtenis door de persoon bepaalt de gevolgen. Zo zal dezelfde gebeurtenis bij de ene tot depressie leiden, terwijl dit bij iemand anders niet noodzakelijk het geval hoeft te zijn (Schotte, 2003).

KANS meet de levenskwaliteit aan de hand van een vertaling en integratie van de Quality of Life Self Assessment.

KANS gaat enkele belangrijke levensgebeurtenissen na. Deze vragen zijn een selectie uit de Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen (Gerrits et al., 1996).

3 Inkomenssituatie

Aangezien verwacht kan worden dat de omschakeling naar Euro nog niet bij iedereen volledig ingeburgerd is (bv. oudere mensen), krijgt de respondent de keuzemogelijkheid om de vragen die peilen naar inkomen en maandelijkse uitgaven in euro of in Belgische frank te beantwoorden. Door deze optie vooraf te voorzien worden problemen en onduidelijkheden in latere verwerkingsfasen vermeden.

3.1 Maandelijks inkomen

Iemands levensomstandigheden worden in belangrijke mate bepaald door het inkomen van het huishouden en het aantal personen dat deel uitmaakt van het huishouden.

De vragen die gebruikt worden om naar het inkomen te peilen zijn gebaseerd op de Gezondheidsenquête 2004. Er wordt gevraagd naar:

- Maandelijks huishoudelijk inkomen
Aan de respondenten wordt gevraagd hun totaal beschikbare maandelijkse gezinsinkomen te formuleren. Dit totale inkomen kan verschillende componenten omvatten:
 1. Netto-inkomen dat de respondent en zijn of haar gezinsleden ontvangen voor de arbeid die ze verrichten.
 1. Sociale uitkeringen die het gezin ontvangt (kindergeld, werkloosheidsvergoeding, uitkering voor arbeidsongeschiktheid, ziektegeld en invaliditeit, leefloon, OCMW-steun ...).
 2. Bijkomende inkomens zoals huuropbrengsten, lijfrenten, interesten, enz.
 3. De bijdrage die inwonende kinderen betalen.Om het inkomen per capita te berekenen worden de grootte en samenstelling van het gezin in rekening gebracht. De equivalentieschaal die gehanteerd wordt om de

huishoudinkomens te standaardiseren is de 'gewijzigde OESO-schaal'. Deze schaal wordt eveneens gebruikt door het Centrum voor Sociaal Beleid. Er wordt een gewicht toegekend van 1 aan het eerste huishoudlid, 0,5 voor elk ander gezinslid van 14 jaar en ouder en 0,3 voor elk kind jonger dan 14 jaar (Centrum voor Sociaal Beleid, z.j.)

- **Inkomenscategorie**
Wanneer de respondent het moeilijk vindt om de inkomensvraag te beantwoorden, legt de enquêteur een fiche voor waarop inkomenscategorieën genoteerd staan. De respondent kan dan aangeven binnen welke inkomenscategorie het gezinsinkomen zich situeert.

- **Aantal personen dat bijdraagt aan het inkomen**
Hiermee wordt elke persoon bedoeld die een eigen inkomen heeft of een uitkering ontvangt en daarmee bijdraagt aan het huidige beschikbare maandinkomen van het huishouden. Deze personen hoeven niet in het huishouden in te wonen. Het kan bijvoorbeeld ook gaan om ouders of grootouders die financiële steun bieden.

3.2 Maandelijks gezinsuitgaven

Om inzicht te verwerven in de maandelijks uitgavenlast van een huishouden wordt gevraagd naar het bedrag dat maandelijks gemiddeld uitgegeven wordt aan respectievelijk huishuur, afbetaling van de lening van een woning, energie, school/kinderopvang, medische kosten en andere maandelijks kosten die hoger zijn dan 250 euro per maand. Deze vraag werd door de onderzoekers zelf opgesteld op basis van een uitgebreide literatuurstudie. Aan de hand van de som van deze uitgaven is het mogelijk te berekenen hoeveel een huishouden maandelijks gemiddeld overhoudt van het inkomen na aftrek van bovenvernoemde kosten.

3.3 Inkomensdeprivatie

Ontoereikende financiële middelen kunnen vergaande gevolgen hebben voor iemands levensomstandigheden. Een tekort aan inkomen blokkeert immers de toegang tot essentiële behoeften en middelen die bijdragen tot de levenskwaliteit. De Federale Armoedebareometer, gepresenteerd in het Federaal Plan Armoedebestrijding en gebaseerd op de EU-SILC-enquête 2008, verduidelijkt de gevolgen en essentiële kenmerken van armoede in België (http://www.mi-is.be/armoede_100323-1350/pages_nl/startMenu.html).

De barometer toont aan dat personen binnen de groep met de 20% laagste inkomens minder betrokken zijn in sociale activiteiten. Ze nemen minder vaak deel aan sportieve, recreatieve en artistieke activiteiten. Deze personen stellen bovendien meer frequent gezondheidszorg uit om financiële redenen en percipiëren hun gezondheid slechter. Daarnaast heeft een armoedetoestand ook gevolgen voor de kwaliteit van

huisvesting. De huisvesting vertoont binnen de groep met de 20% laagste inkomens vaker tekortkomingen zoals het ontbreken van basisvoorzieningen, vocht en schimmel, onvoldoende ruimte, etc.

Binnen KANS gaan we het al dan niet voorkomen en de ernst van inkomensdeprivatie na aan de hand van de EU-SILC-enquête ('European Union Statistics on Income and Living Conditions').

De EU-SILC-enquête wordt beschouwd als dé referentiebron voor vergelijkende statistiek naar inkomensverdeling en sociale uitsluiting op Europees niveau. Het doel van de enquête is om vergelijkingen tussen verschillende lidstaten mogelijk te maken (FOD Economie Afdeling Statistiek, 2005; http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/microdata/eu_silc)

Aan de hand van vragen uit deze enquête wordt gepeild naar de mate waarin de respondent kan rondkomen met het beschikbare gezinsinkomen. Daarnaast wordt gevraagd naar de mogelijkheid om tegemoet te komen aan onverwachte uitgaven en het al dan niet een beroep kunnen doen op geldverstrekkers (mogelijkheid tot lening, financiële hulp door familie, vrienden, burens, etc.).

De respondent dient eveneens aan te geven of er tijdens diens jeugd jaren sprake was van financiële moeilijkheden. Onderzoek toont immers aan dat armoede vaak een intergenerationeel verschijnsel is. Verschillende mechanismen liggen hiervan aan de basis. De overdracht van armoede langsheen generaties kan verklaard worden door de aanwezigheid en overdracht van tastbare activa (zoals schulden), menselijk kapitaal (voeding, verleende zorg, onderwijs, ziekte, etc.) en de waarden, tradities en attitudes die heersen binnen het huishouden en iemands ontwikkeling beïnvloeden (Harper, Marcus en Moore, 2003).

KANS voegt ook enkele vragen toe die door de onderzoekers zelf opgesteld werden op basis van eerdere bevindingen uit de literatuur.

Deze vragen peilen naar de mogelijkheid tot sparen op het einde van de maand, de aanwezigheid van een betalingsachterstand en de mate waarin medische kosten wegen op de financiële situatie van het huishouden.

4 Huisvesting

Wie een huis afbetaalt, spendeert gemiddeld maandelijks 564 euro aan de afbetaling van de woonlening. Private huurders dragen 431 euro per maand af aan naakte woonkosten, sociale huurders 258 euro. Ondanks het feit dat eigenaars meer betalen, houden zij toch meer over per maand. Dit is het gevolg van de sociaaleconomisch betere positie van eigenaars (Sociale Staat Vlaanderen, 2009). Mensen die eigenaar zijn van hun woning hebben dus doorgaans een grotere financiële ademruimte, waardoor ze lager scoren op maten van subjectieve inkomensdeprivatie (zie ook 3. Inkomenssituatie).

Op basis van cijfers uit 2005 wordt geschat dat meer dan 200.000 Vlaamse huishoudens – iets minder dan 10% van het totaal aantal private huishoudens die in dat jaar geregistreerd werden – problemen hebben met het betalen van de

woonkosten (Sociale Staat Vlaanderen, 2009). In twee derde van de gevallen gaat het om huishoudens op de private huurmarkt.

Binnen de KANS-vragenlijst wordt ook aandacht besteed aan de kwaliteit van de huisvesting. Onderzoek toont immers aan dat er een verband bestaat tussen de kwaliteit van huisvesting en gezondheid. Binnenhuisvervuiling (schimmels, pesticiden, etc.), fysieke kenmerken van de woning (vochtigheid, temperatuur, etc.) en geluidshinder zijn slechts enkele van de factoren die aangehaald kunnen worden ter verklaring van de relatie tussen huisvesting en gezondheid (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, 2004).

KANS brengt huisvesting in kaart aan de hand van vragen die door de onderzoekers zelf werden opgesteld op basis van uitgebreide literatuurstudie.

We gaan na of respondenten eigenaar of huurder (privaat of sociaal) zijn van hun woning en er wordt gepeild naar de kwaliteit van de huisvesting (eventuele tekortkomingen zoals vochtige muren, schimmelplekken, ...).

5 Sociaal kapitaal

Sociaal kapitaal is een complex begrip. Een omvangrijk geheel van sociale factoren wordt door verschillende onderzoekers onder de noemer sociaal kapitaal geplaatst, waardoor de term steeds meer een 'paraplubegrip' is geworden. Om sociaal kapitaal in detail te bestuderen maakt men in de literatuur gebruik van een combinatie van verschillende indicatoren die tot een index worden samengevoegd. Zo biedt men een antwoord op de multidimensionele en complexe aard van het concept (Vyncke, Willems, Buffel, Verté en Peersman, 2010).

Putnam, een van de grondleggers binnen het onderzoek naar sociaal kapitaal, omschrijft sociaal kapitaal als volgt: 'Eigenschappen van sociale organisatie zoals netwerken, normen en sociaal vertrouwen die coördinatie en samenwerking bevorderen' (Putnam, 1995). Onder andere sociale steun, sociale netwerken, vertrouwen en lidmaatschap van groepen worden gebruikt om het sociaal kapitaal van mensen of een gemeenschap in kaart te brengen. Elk van deze factoren krijgt aandacht in een uitgebreide onderzoekstraditie.

De relatie tussen sociaal kapitaal, welzijn en gezondheid wordt ondersteund door uitgebreid wetenschappelijk onderzoek. Sociaal kapitaal kan de gezondheid van mensen op verschillende manieren beïnvloeden. Sociaal kapitaal biedt mensen sociale steun. Sociale steun wordt beschouwd als een gezondheidsbevorderende factor aangezien het de negatieve invloed van stress op gezondheid buffert (Morrens, 2008). Daarnaast verleent sociaal kapitaal toegang tot middelen en goederen die de gezondheid en het welzijn kunnen beïnvloeden (Vyncke et al., 2010). Bovenstaande verklaringen zijn slechts enkele van de onderliggende mechanismen die aan de basis liggen van de relatie tussen sociaal kapitaal en gezondheid en welzijn.

Uiteraard speelt de samenstelling en kwaliteit van het sociale netwerk en de sociale contacten een belangrijke rol. Verwacht kan worden dat bepaalde kenmerken van peers (bv. opleidingsniveau, etc.) de relatie tussen sociaal kapitaal en gezondheid en welzijn beïnvloeden. Om dit in kaart te brengen zijn echter specifieke vragen en

netwerkanalyses nodig. Aangezien sociaal kapitaal geen hoofdvariabele is binnen het KANS-onderzoek, wordt ervoor gekozen hier niet te diep op in te gaan en dit soort vragen niet op te nemen in de vragenlijst.

5.1 Sociale netwerken

In KANS brengen we het sociale netwerk van de respondent in kaart aan de hand van vragen geïnspireerd op de Social Network Index (SNI). De SNI werd ontwikkeld door Cohen en collega's (1997).

De index beoordeelt de deelname van de respondent in 12 soorten sociale relaties (met ouders, kinderen, vrienden, collega's, etc.). De auteurs geven drie mogelijke manieren aan om een score te bepalen aan de hand van de antwoorden op de vragen uit de index. Binnen KANS richten we ons bij het bepalen van de score op 'network diversity'. Een punt wordt toegewezen voor elke relatie waarbinnen de respondent aangeeft minstens één maal per twee weken met een persoon te communiceren. De totale score geeft dan weer in hoeveel sociale rollen de respondent regelmatig contact heeft met minimum één andere persoon.

Daarnaast worden ook het subjectieve aanvoelen van sociale contacten en gevoelens van eenzaamheid van de respondenten bevraagd.

5.2 Lidmaatschap van groepen

Sociaal engagement en integratie zijn belangrijke componenten van sociaal kapitaal. Mensen die participeren in groepen nemen welomlijnde sociale rollen op zich die betekenis en zin geven aan hun leven. Onderzoek toont aan dat dit een positieve invloed op de gezondheid kan hebben (Vyncke et al., 2010).

In internationale literatuur wordt per capita lidmaatschap in groepen vaak gebruikt om te peilen naar het sociale kapitaal in een gemeenschap (bv. Kawachi et al., 1997; Gold et al., 2002).

In KANS gaan we na van welke groepen de respondent deel uitmaakt en het aantal keer dat hij binnen deze groepen met medeleden praat. De vragen die we hiervoor hanteren zijn afkomstig uit de Social Network Index.

De verschillende groepen die in de antwoordmogelijkheden worden opgenomen zijn gebaseerd op de vragenlijst van Waege (1997), betreffende de meting van sociale (des)integratie.

5.3 Vertrouwen

Robert Putnam onderscheidt horizontaal vertrouwen (vertrouwen in andere mensen) en verticaal vertrouwen (vertrouwen in instituties van de maatschappij) (Putnam, 1993).

In de KANS-vragenlijst zijn vragen opgenomen over horizontaal en verticaal vertrouwen.

Het horizontaal vertrouwen wordt bevraagd aan de hand van de vraag 'Zou u over het algemeen zeggen dat mensen te vertrouwen zijn'. Deze indicator is een algemeen aanvaarde manier om sociaal kapitaal te meten en wordt ook gebruikt in internationale surveys gericht op sociaal kapitaal, zoals de Social Capital Community Benchmark Survey, opgesteld door Putnam.

Het verticale vertrouwen wordt in de KANS-vragenlijst bevraagd aan de hand van zelf opgestelde vragen die peilen naar het vertrouwen van mensen in zorgverleners en zorginstellingen.

5.4 Sociale steun

Hulp zoeken en deze ontvangen is een belangrijke manier van coping. Omringd zijn door mensen die je steun bieden kan iemand beschermen tegen de negatieve gevolgen van een stressvolle situatie of gebeurtenis (Sherbourne & Stewart, 1991). Sociale steun heeft in de eerste plaats een emotionele functie. Steunbronnen geven liefde, aandacht en bevestigen de sociale identiteit.

Steunbronnen kunnen ook instrumentele steun bieden. Steunbronnen staan niet enkel klaar met informatie, advies, feedback en tips maar geven ook praktische hulp. Dit alles is niet enkel goed voor de lichamelijke gezondheid (bv. bescherming tegen hart- en vaatziekten) maar ook voor de psychische gezondheid (Cobb, 1976). Zo vergroot de grootte van het sociaal netwerk en het gevoel van sociale steun de kans op herstel bij een majeure depressie (George, Blazer, Hughes & Fowler, 1989).

KANS bevraagt sociale steun met de MOS Social Support Survey (Sherbourne & Stewart, 1991)

De MOS-schaal wordt eveneens gebruikt in de Gezondheidsenquête 2001. De 18 onderliggende items brengen de gepercipieerde beschikbaarheid van vier functionele categorieën van sociale ondersteuning in kaart: emotionele ondersteuning, affectieve en instrumentele ondersteuning en de positieve interactie. Op basis hiervan kan een globale score berekend worden, die een indicatie geeft van de kwaliteit van de sociale ondersteuning (Gezondheidsenquête, 2001). In de handleiding van de Gezondheidsenquête wordt de berekening als volgt omschreven:

Voor ieder item wordt een code toegekend die correspondeert met het gegeven antwoord; van 0='nooit' tot 4='altijd'. Voor iedere bevraagde persoon wordt het gemiddelde voor de 18 items berekend. Dit gemiddelde – dat varieert tussen 0 en 4 – wordt daaropvolgend opgesplitst in twee groepen, van [0 tot 1,49] – versus – [1,50 tot 4]. Op deze wijze wordt een onderscheid gemaakt tussen mensen die weinig ondersteuning krijgen uit hun omgeving (score van [0 tot 1,49], wat afgerond (0 en 1) overeenkomt met de antwoorden 0='nooit' en 1='zelden' ondersteuning) en zij die kunnen rekenen op een 'sociale ondersteuning van een goede kwaliteit' (score van [1,50 tot 4]: waarbij de afgeronde waarden (2, 3, 4) overeenkomen met de antwoorden 2='soms', 3='vaak' of 4='altijd' (WIV, 2001).

5.5 Percepties over de buurt

Ook op collectief niveau kan sociaal kapitaal in verband gebracht worden met gezondheid. In buurten rijk aan sociaal kapitaal is er een vlottere verspreiding van informatie over gezondheid, gezondheidsvoorzieningen, etc. Er heerst bovendien meer sociale controle. Wanneer de heersende normen ongezond gedrag afkeuren, kan dit een positieve invloed hebben op het vertonen van gezondheidsbevorderend gedrag (Vyncke et al., 2010).

De vragen in KANS die peilen naar de percepties over de buurt zijn een samenstelling van vragen die oorspronkelijk geen gezamenlijke schaal vormen. De drie onderliggende dimensies die door de vragen gemeten worden zijn sociale cohesie, gevoelens van onveiligheid en motivatie om te verhuizen.

5.5.1 Sociale cohesie in de buurt

KANS bevraagt de sociale cohesie in de buurt met stellingen afkomstig uit een schaal die wordt gebruikt in het Nederlandse Woononderzoek 2006 door het CBS en het Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer (uit de module die sociale cohesie meet).

De sociale cohesie in de buurt wordt in kaart gebracht aan de hand van vijf stellingen waarmee de respondent zich al dan niet akkoord moet verklaren (antwoordcategorieën variëren van 'helemaal eens' tot 'helemaal oneens'). Een hoge score wijst op een hoge mate van sociale cohesie in de buurt. De schaal telt oorspronkelijk negen items en is in buitenlands onderzoek gevalideerd (Goudriaan, Wittebrood & Nieuwbeerta, 2006). Psychometrische analyse toont aan dat de schaal haar validiteit behoudt wanneer maar vijf items worden opgenomen (Cronbach's $\alpha=0,83$).

5.5.2 Gevoelens van onveiligheid

In de KANS-vragenlijst peilen twee stellingen naar gevoelens van onveiligheid in de buurt en in het eigen huis. De vragen werden door de onderzoekers zelf opgesteld op basis van bevindingen uit de literatuur.

De respondent wordt gevraagd aan te geven in welke mate hij akkoord gaat met de stellingen (antwoordcategorieën variëren van 'helemaal eens' tot 'helemaal oneens'). Een hoge score wijst op gevoelens van onveiligheid.

5.5.3 Motivatie om te verhuizen

Onderzoek van David, Janiak en Wasmer (2009) toont aan dat er een verband is tussen geografische mobiliteit en sociaal kapitaal op buurtniveau. Een lage graad van mobiliteit versterkt lokaal sociaal kapitaal. Personen die niet vaak verhuizen, of geen intentie hebben om te verhuizen investeren meer in sociaal kapitaal. Een hoge mate

van lokaal sociaal kapitaal zorgt er op zijn beurt voor dat mensen minder geneigd zijn om te verhuizen.

KANS peilt of de respondent al dan niet wil verhuizen binnen de twee jaar. Deze vraag werd opgesteld door de onderzoekers.

6 Zorggebruik

KANS bevraagt acht aspecten van het zorggebruik op de eerste lijn: kennis van de voorziening, gebruik van de voorziening, wachttijd, duur van de hulpverlening, reden van contactname, bestanddelen van de hulpverlening, kwaliteit en effectiviteit van de hulpverlening. Er is in Vlaanderen weinig of geen onderzoek voorhanden naar de kwaliteit en de effectiviteit van de eerstelijns hulpverlening vanuit het cliëntenperspectief. Het onderzoek van NIVEL dat peilt naar de klantenwensen van patiënten ten aanzien van de huisarts dient daarom als vertrekbasis. Deze vragenlijst wordt gebruikt om de gepercipieerde kwaliteit van zorg door de huisarts en de eerstelijns welzijnsvoorzieningen te meten.

Kwaliteitsvolle zorg voldoet aan de verwachtingen van de cliënt. Cliënttevredenheid is niet enkel een doel op zich. Een tevreden cliënt is tevens meer gemotiveerd, geeft een indicatie van de kwaliteit van zorg en toont een organisatie waar het goed loopt en waar het beter kan (Walburg, 2003). Op basis van de literatuurstudie wordt kwaliteit van zorg geoperationaliseerd aan de hand van negen items:

1. De hulpverlener is voor mij gemakkelijk bereikbaar
2. De hulpverlener neemt voldoende tijd om met mij te spreken
3. De hulpverlener houdt rekening met mijn mening bij belangrijke beslissingen
4. Ik kan steeds een beroep doen op dezelfde hulpverlener
5. Iedereen wordt gelijk behandeld
6. De hulpverlener informeert mij goed over de stappen in de hulpverlening
7. De hulpverlener behandelt mij met respect
8. De hulpverlener werkt goed samen met andere instanties, als dat nodig is
9. De hulpverlener komt de gemaakte afspraken na

De vragen over kwaliteit van zorg zijn gebaseerd op het uitkomstenkwadrant van Walburg (2003), de principes van goede zorg van Thornicroft & Tansella (1999) en de vragenlijst Visie op Zorg (Van Humbeeck et al., 1999).

Een beroep doen op hulpverlening kan negatieve gevolgen hebben voor iemands welzijn. Zowel in geval van financiële problemen (Driessens et al., 2007) als bij psychische problemen (Verhaeghe & Bracke, 2007) kunnen mensen stigma ervaren.

KANS bestudeert of de respondenten zelfstigma ervaren door het gebruik van OCMW, CAW en ICAW. De vragen zijn gebaseerd op Verhaeghe & Bracke (2007).

6.1 Zorgtrajecten

KANS wil een beeld schetsen van het gebruik van zorg en dienstverlening, de trajecten die zorggebruikers doorlopen en de factoren die bepalend zijn voor de gemaakte

keuzes. In de vragenlijst wordt een onderscheid gemaakt tussen het traject met betrekking tot welzijnszorg en gezondheidszorg.

6.1.1 Welzijnszorgtraject

Alle vragen met betrekking tot het welzijnszorgtraject werden opgesteld door de onderzoekers zelf, op basis van een uitgebreide literatuurstudie. De thema's die aan bod komen zijn: kennis van welzijnsvoorzieningen, gebruik van welzijnsvoorzieningen, instroom, doorstroom en problemen waarvoor geen beroep gedaan wordt op hulpverlening.

Kennis van welzijnsvoorzieningen

Er wordt gepeild naar de kennis van de respondent over het bestaan van de 16 meest courante welzijnsvoorzieningen: OCMW, Centrum Algemeen Welzijnswerk (CAW), Sociale Dienst Mutualiteit (ICAW), Sociale Dienst van het Comité van de Bijzondere Jeugdzorg, Centrum voor Leerlingenbegeleiding (CLB), Gezinshulp of thuishulp, Vereniging waar armen het woord nemen, Opvoedingswinkel, Dienstencentrum, Zelfhulpgroep, Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg, Privépsychotherapeut, Dagactiviteitencentrum, Psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis (PAAZ), Psychotherapeutisch centrum en Psychiatrisch ziekenhuis. De antwoordmogelijkheden zijn: 'Nooit van gehoord', 'Ik heb er al van gehoord, maar ik ken ze niet echt' en 'Ik ken het'.

Gebruik van welzijnsvoorzieningen

Om het gebruik van welzijnszorgvoorzieningen in kaart te brengen wordt de respondent gevraagd om aan te vinken van welke diensten en voorzieningen hij vroeger gebruikmaakte, en van welke hij momenteel gebruikmaakt. De voorzieningen en diensten die bevroegd worden zijn dezelfde als deze die bij 'Kennis van welzijnsvoorzieningen' aan bod komen, plus de huisarts.

Instroom

Binnen het KANS-onderzoek is het belangrijk om inzicht te verwerven in het profiel en de aanmeldingsproblematiek van mensen die een beroep doen op een bepaalde welzijnszorgvoorziening. De instroom wordt in kaart gebracht aan de hand van drie vragen:

- Datum van het eerste contact: exact of bij benadering
- Aanleiding voor het eerste contact: exacte beschrijving met extra onderverdeling in categorieën
- Eventuele bijkomende problemen, naast de initiële aanmeldingsklacht, waarvoor een beroep gedaan wordt op de voorziening

Doorstroom

We willen te weten komen hoe de respondent in contact is gekomen met het OCMW, CAW of ICAW. Belangrijk is dat ook de aard van de doorverwijzing in kaart gebracht wordt: professionele doorverwijzingen en doorverwijzingen of aanmoediging door derden (bv. vrienden, partner, familie).

Volgende vragen zijn opgenomen in de vragenlijst:

- Is er iemand die u doorverwezen heeft naar de welzijnszorgvoorziening waarvan u gebruik maakt? Indien ja, wie?
- Heeft iemand u aangemoedigd om naar die welzijnszorgvoorziening te gaan? Indien ja, wie?

Volgende antwoordmogelijkheden worden geboden met betrekking tot professionele doorverwijzingen:

- OCMW
- CAW
- ICAW
- Sociale Dienst van het Comité van de Bijzondere Jeugdzorg
- CLB
- Gezinshulp of thuishulp
- Vereniging waar armen het woord nemen
- Opvoedingswinkel
- Dienstencentrum
- Huisarts
- Een psycholoog of psychiater
- Een ander soort arts
- Een andere instantie.

Daarnaast worden ook de partner, vader of moeder, een vriend of vriendin, andere en niemand in de antwoordmogelijkheden opgenomen.

Problemen waarvoor geen beroep wordt gedaan op professionele hulpverlening.

Aan de respondent wordt gevraagd aan te geven of hij in het afgelopen jaar geconfronteerd werd met problemen waarvoor geen professionele hulp gezocht werd. Dit wordt bevraagd om na te gaan of welzijnszorggebruikers nog kampen met (onopgeloste) problemen, waarvoor eigenlijk hulp en ondersteuning kan geboden worden door welzijnsvoorzieningen.

6.1.2 Gezondheidszorggebruik

De aandacht gaat binnen het KANS-onderzoek vooral uit naar het gebruik van de huisarts en de arts-specialist, evenals het uitstellen van gezondheidszorg en de kwaliteit van zorg.

Het gebruik van gezondheidszorg wordt in kaart gebracht aan de hand van:

- Gebruik huisartsenzorg: vragen uit de Gezondheidsenquête 2004
Om na te gaan hoe frequent een beroep gedaan wordt op de huisarts, wordt gevraagd naar het aantal verschillende huisartsen waarop de respondent het afgelopen jaar een beroep deed, het al dan niet een beroep gedaan hebben op een huisarts gedurende de afgelopen zes maanden en het aantal contacten met een huisarts de afgelopen twee maanden.

- CQ-index (Consumer Quality Index) Huisartsenzorg
De CQI werd ontwikkeld door onder andere het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) om de kwaliteit van zorg in de huisartsenpraktijk vanuit het perspectief van de consument in kaart te brengen (Nivel, 2008). In het KANS-onderzoek worden een aantal vragen uit de CQI overgenomen. Conform de CQI wordt telkens nagevraagd in welke mate de respondent de aangehaalde thema's belangrijk vindt én in welke mate het thema de afgelopen 12 maanden werd gerealiseerd.
bv. 'Hoe vaak behandelde de huisarts u de afgelopen 12 maanden met respect?'
nooit, soms, meestal, altijd of niet van toepassing

'Mijn huisarts moet mij met respect behandelen.'
niet belangrijk, eigenlijk wel belangrijk, belangrijk of van het allergrootste belang
- Uitstelgedrag en barrières in de toegankelijkheid van de gezondheidszorg en problemen waarvoor de huisarts werd gecontacteerd worden bevraagd aan de hand van nieuw ontwikkelde vragen.

Op basis van eerder kwalitatief onderzoek naar barrières in de gezondheidszorg bij mensen die in armoede leven (Willems, 2005) werden vragen over dit thema opgesteld en via cognitieve interviews geprétest bij de doelgroep.

De respondent wordt gevraagd aan te geven of hij de afgelopen 12 maanden een medische ingreep of een bezoek aan de huisarts of arts-specialist uitstelde en wat de reden voor dit uitstel was. De barrières om een arts te raadplegen worden overgenomen uit de Gezondheidsenquête. Daarnaast wordt ook gepeild naar de problemen waarvoor een beroep gedaan wordt op de huisarts.

Deze vragen worden aangevuld met een vraag over het al dan niet hebben van een hospitalisatieverzekering en een vraag betreffende uitstel van de aankoop van geneesmiddelen. Deze werd opgesteld naar analogie met de vragen naar uitstel van medische zorgen, zoals opgenomen in de Gezondheidsenquête.

7 Persoonlijke gegevens

KANS verzamelt gegevens op drie domeinen:

- Individu
- Partner
- Huishouden

7.1 Individu

De persoonlijke gegevens omvatten demografische gegevens, beroepsactiviteit en opleidingsniveau.

- Demografische gegevens

Er wordt gevraagd naar de geboortedatum, burgerlijke staat en etniciteit. Om de etniciteit van de respondent te bepalen vragen we naar het geboorteland van de respondent zelf, het geboorteland van vader en moeder en het geboorteland van de grootouders.

- Beroepsactiviteit

Beroepsactiviteit wordt bevestigd aan de hand van volgende vragen:

- Hebt u op dit moment betaald werk, eventueel tijdelijk onderbroken? Indien ja, welk beroep oefent u precies uit?
- Indien geen betaald werk op het moment van bevestiging: Hebt u ooit betaald werk gehad? Indien ja, welk beroep oefende u precies uit?

Voor het meten van beroep wordt gebruik gemaakt van de classificatie uit de EU-SILC-enquête ('European Union Statistics on Income and Living Conditions'). De antwoorden worden hierbij geaggregeerd tot vier beroepsklassen: hoog, midden, laag en laagst.

Niet-werkenden worden eveneens bevestigd naar de situatie waarin ze zich momenteel bevinden (pensioen, ziekte of invaliditeit, werkloosheid, student, etc.).

- Opleidingsniveau

Bij hoogst behaalde diploma dienen de respondenten het correcte opleidingsniveau aan te vinken. Dit kan variëren van 'lager dan lager onderwijs' tot 'tweede graad hoger onderwijs of hoger'. De 12 antwoordcategorieën worden teruggebracht naar vier categorieën: geen diploma/diploma lager onderwijs, lager secundair onderwijs, hoger secundair onderwijs en hoger onderwijs (cfr. Gezondheidsenquête 2004).

7.2 Gegevens van de partner

Beroepsactiviteit en hoogst behaalde diploma van de partner komen aan bod in de vragenlijst. Beide worden op dezelfde wijze bevestigd als de beroepsactiviteit en het hoogst behaalde diploma van de respondent zelf.

7.3 Huishouden

Wat het huishouden betreft, worden volgende gegevens verzameld: grootte en samenstelling van het huishouden, gezondheidstoestand van de gezinsleden en geleverde financiële bijdragen voor niet inwonende kinderen.

Voor elk gezinslid wordt de graad van verwantschap met de respondent, de geboortedatum en het geslacht bevestigd. Het meetinstrument dat gehanteerd wordt is afkomstig uit de Gezondheidsenquête 2004.

Daarnaast wordt gevraagd naar het aantal leden in het gezin met een slechte gezondheidstoestand. Gezinsamenstelling kan een belangrijke invloed hebben op het

al dan niet kunnen rondkomen met het beschikbare maandelijkse inkomen, zeker wanneer een groot aantal gezinsleden in een slechte gezondheid verkeert.

Ten slotte dient de respondent aan te geven of er financiële bijdragen worden betaald voor kinderen die niet inwonen. Deze bijdragen kunnen leiden tot een vermindering van het beschikbaar maandelijks huishoudelijk inkomen.

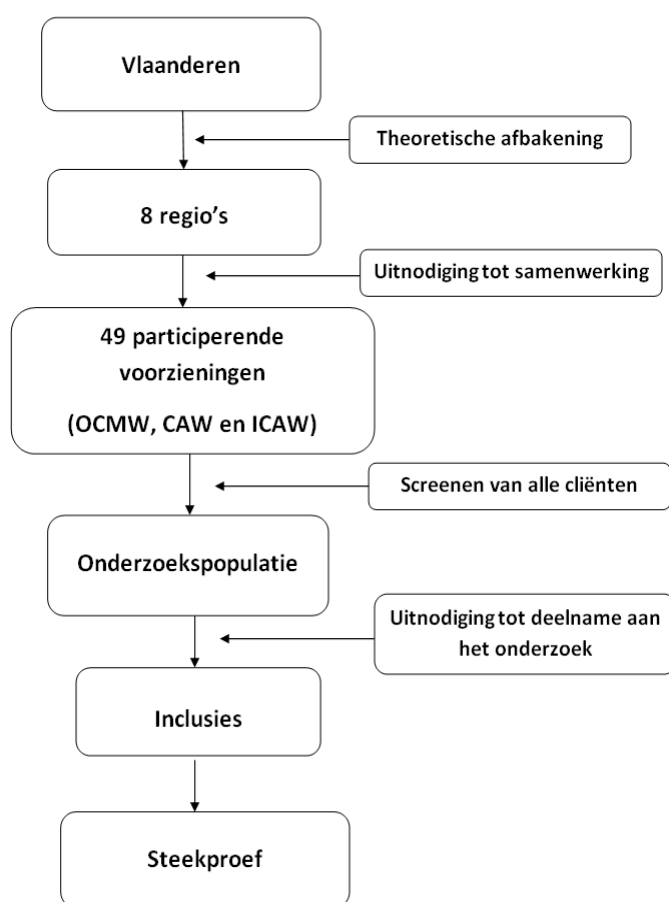
HOOFDSTUK 5

Beschrijving van de steekproef en non-respons

1 Representativiteit en veralgemeenbaarheid

Verschillende selectiefasen en stappen hebben tot een steekproef van 700 respondenten geleid. In wat volgt worden stap per stap de gehanteerde selectiemethoden, ervaren problemen en beperkingen, uitval en de implicaties voor de representativiteit van de resultaten besproken. Onderstaande figuur biedt een visueel overzicht van de verschillende selectiefasen.

Figuur 5: Selectie steekproef



1.1 Afbakening van Vlaanderen naar 8 regio's

Diverse onderzoeksdisciplines wijzen op het belang van de lokale context voor welzijn, gezondheid en de effecten van zorg (Macintyre, 2002; Poland et al., 2004). Met het begrip 'context' wordt zowel de socio-economische, demografische als institutionele context bedoeld. Deze inzichten hebben ertoe geleid dat het SWVG-onderzoek plaatsvindt in welafgeleide en zorgvuldig geselecteerde regio's in Vlaanderen. De

aandacht voor lokale factoren impliceert uiteraard niet dat er binnen het onderzoek geen aandacht besteed wordt aan globale maatschappelijke kenmerken en globale kenmerken van de gezondheids- en welzijnszorg (Hermans, Demaerschalk, Declercq, Vanderfaillie, Maes, De Maeseneer en Van Audenhove, 2008). De informatie die volgt aangaande de regioselectie is afkomstig uit de werknota '*De selectie van de SWVG-onderzoeksregio's*' van Hermans et al. (2008).

SWVG baseert zijn regioselectie op de 62 regio's die onderscheiden worden binnen de werking van Kind en Gezin. De grenzen van deze regio's worden bepaald op basis van het aantal geboorten per jaar. Elke regio vertegenwoordigt een geboortecohorte van ongeveer 1000 kinderen. In de meer landelijke gebieden vormt een regio een combinatie van meerdere gemeenten. Grootsteden zoals Brussel, Gent en Antwerpen worden opgedeeld in meerdere regio's.

Bij het bepalen van het aantal regio's is gezocht naar een evenwicht tussen onderzoeksmatige en pragmatische overwegingen. Onderzoeksmatig moet het aantal regio's voldoende hoog zijn om diversiteit toe te laten. Pragmatische overwegingen hebben betrekking op het beheersen van de werklust. De combinatie van beide overwegingen resulteert in een vooropgestelde selectie van acht regio's. De selectie van de regio's verliep volgens een aantal selectiefasen die in volgende paragrafen worden toegelicht.

1.1.1 Eerste selectiefase

In een eerste selectiefase wordt uitgegaan van de doelstelling een zo groot mogelijke diversiteit te weerspiegelen op vlak van socio-economische kenmerken van de aanwezige bevolking in de regio, graad van verstedelijking en provinciale spreiding.

1. Diversiteit

Diversiteit heeft betrekking op de socio-economische kenmerken van de bevolking (bv. staat van de woning, perceptie van de kwaliteit van de woonomgeving, aandeel werkzoekenden in de beroepsbevolking, gemiddeld inkomen ...). Zowel gemiddelde als eerder uitzonderlijke regio's worden in de selectie opgenomen. Gemiddelde regio's zijn regio's waarvan de score op de gehanteerde indicatoren aansluit bij het Vlaamse gemiddelde. Uitzonderlijke of extreme regio's zijn regio's die het, in vergelijking met de rest van Vlaanderen, opvallend slecht doen.

2. Stedelijkheid

Er wordt gestreefd naar een evenwicht tussen stedelijke en landelijke regio's binnen de selectie.

3. Provinciale spreiding

Elke provincie is in de regioselectie minstens via één regio vertegenwoordigd.

Op basis van bovenstaande drie selectieprincipes worden 10 regio's weerhouden.

1.1.2 Tweede selectiefase

In een tweede fase wordt het aantal regio's verder gereduceerd aan de hand van zes indicatoren, van uitzonderlijke relevantie gezien het onderzoeksthema:

1. geboorten in kansarme gezinnen in 2005
2. aandeel leefloon gerechtigden in 2006
3. werkloosheidsgraad in 2005
4. aantal 65+ / aantal 0-64 jarigen in 2005
5. aandeel gerechtigden IGO (Inkomensgarantie voor ouderen) en GIB (Gewaarborgd Inkomen voor Bejaarden) in 2006
6. SIF (Sociaal Impuls Fonds)-migranten in 2003 (niet-Europese migranten plus Spanjaarden, Italianen, Grieken en Portugezen)

De regio's die na twee selectierondes weerhouden worden voor inclusie zijn, per provincie:

Antwerpen	Antwerpen-Noord en Geel
Limburg	Genk
Oost-Vlaanderen	Gent en Oudenaarde
Vlaams-Brabant	Tielt-Winge
West-Vlaanderen	Ieper en Oostende

Antwerpen-Noord en Gent worden in de eerste plaats weerhouden omwille van hun sterke concentratie van achterstelling, hun diversiteit en hun stedelijk karakter. Oostende wordt als derde centrumstad in de selectie opgenomen. Deze regio is immers sterk divers en er is een hoog percentage ouderen en leefloongerechtigden aanwezig.

Genk wordt weerhouden omwille van de achterstellingkenmerken, de landelijkheid van de omliggende gemeenten en omdat het de enige Limburgse regio is na de eerste selectiefase. De regio Oudenaarde wordt hoofdzakelijk weerhouden omwille van de typische kenmerken van Ronse (o.a. het hoog percentage leefloongerechtigden). Ieper wordt in de definitieve selectie opgenomen omwille van het landelijke karakter van de regio en de sterk verouderde bevolking.

Tielt-Winge en Geel vertegenwoordigen de kleinstedelijke en landelijke regio's. Beide regio's hebben een gemiddeld of positief socio-economisch profiel.

Gevolgen voor representativiteit

Deze regioselectie streeft geen representativiteit voor Vlaanderen na. Wel is het de bedoeling regio's met elkaar te vergelijken, om zo na te gaan of bepaalde regiokenmerken een impact hebben op (gezondheids)zorggebruik, zorgtrajecten, etc. De resultaten van het KANS-onderzoek zijn bijgevolg niet veralgemeenbaar naar Vlaanderen.

1.2 8 regio's → 49 participerende voorzieningen

Alle OCMW's, CAW's en ICAW's in de betrokken regio's werden aangeschreven en uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. De voorzieningen werden

uitgenodigd voor een regionaal ontmoetingsmoment waarop de onderzoekers het onderzoek toelichtten. Vervolgens brachten de onderzoekers één of meer plaatsbezoeken aan het merendeel van de organisaties om bijkomende toelichting te geven bij het onderzoek en de precieze vraag te expliciteren.

Onderstaande tabel biedt per regio een overzicht van de deelnemende en niet-deelnemende voorzieningen.

Tabel 5: Overzicht (niet-)deelnemende voorzieningen

	Deelnemende voorzieningen	Niet deelnemende voorzieningen	Beperkingen voor veralgemening van de resultaten
Antwerpen	CAW de Terp CAW De Mare CAW Metropool OCMW Antwerpen	Soc. ICAW Antwerpen ICAW Antwerpen (CM)	Geen deelname van ICAW's in deze regio.
Geel	CAW de Kempen OCMW Geel OCMW Laakdal OCMW Balen OCMW Mol OCMW Meerhout	Soc. ICAW Geel ICAW Geel (CM)	Geen deelname van ICAW's in deze regio.
Genk	CAW Sonar OCMW Opglabbeek OCMW Genk OCMW Diepenbeek OCMW Zutendaal OCMW As	CAW 't Verschil Soc. ICAW Genk ICAW Genk (CM)	Geen deelname van ICAW's in deze regio. Uitval van 1 van 2 CAW's.
Tielt-Winge	CAW Hageland OCMW Tielt-Winge OCMW Bekkevoort OCMW Lubbeek OCMW Diest OCMW Scherpenheuvel-Zichem ICAW Aarschot (CM)	OCMW Aarschot OCMW Holsbeek Soc. ICAW Tielt-Winge ICAW Tielt-Winge (CM)	Belangrijke uitval van 2 OCMW's en van 2 van de 3 ICAW's.
Gent	CAW Visserij CAW Artevelde OCMW Gent ICAW Midden Vlaanderen (CM)	Soc. ICAW Gent	Uitval van 1 van de 2 ICAW's
Oudenaarde	CAW Zuid Oost Vlaanderen OCMW Maarkedal OCMW Oudenaarde OCMW Zingem ICAW Oudenaarde (CM) Soc. ICAW Oudenaarde	OCMW Ronse OCMW Horebeke OCMW Kluisbergen OCMW Kruishoutem OCMW Wortegem-Petegem	Een uitval van 5 van de 8 OCMW's, voornamelijk van de kleinere OCMW's + het OCMW van Ronse.
Ieper	CAW de Papaver OCMW Heuvelland OCMW Zonnebeke OCMW Meseu OCMW Ieper OCMW Vleteren OCMW Langmark-Poelkapelle OCMW Poperinge Soc. ICAW Ieper	ICAW Ieper (CM)	Uitval beperkt tot 1 van de 2 ICAW's.

	Deelnemende voorzieningen	Niet deelnemende voorzieningen	Beperkingen voor veralgemening van de resultaten
Oostende	CAW Middenkust Sociaal huis Oostende OCMW Bredene OCMW De Haan OCMW Middelkerke OCMW Gistel Soc. ICAW Oostende	OCMW Oudenburg OCMW Ichtegem ICAW Oostende (CM)	Uitval van 2 kleinere OCMW's

De voorzieningen die niet wensen mee te werken aan het onderzoek gaven hiervoor voornamelijk volgende redenen op: tijdgebrek, geen interesse en een te hoge werkdruk.

Het KANS-onderzoek heeft als doel alle zorggebruikers in de geselecteerde regio's te screenen aan de hand van een aantal criteria en de zorggebruikers met een specifiek profiel (financiële kwetsbaarheid en/of psychisch onwelbevinden) uit te nodigen voor het onderzoek. Het feit dat niet elke voorziening bereid was mee te werken aan de inclusiefase, heeft als gevolg dat niet alle zorggebruikers uit de regio werden gescreend, waardoor een selectiebias kan optreden. De mate waarin dit probleem zich stelt is afhankelijk van het aantal niet-participerende voorzieningen en de variatie in de voorzieningen die wel participeren (bv. in de regio Antwerpen is de uitval weliswaar beperkt maar volledig gesitueerd bij de ICAW's) en varieert tussen zeer beperkt (bv. Gent, waar slechts 1 ICAW niet participeert) en potentieel problematisch (bv. in de regio's Tielt-Winge en Oudenaarde waar de uitval aanzienlijk is). In de laatste kolom van tabel 5 wordt een inschatting gemaakt van het belang van de uitval per regio.

1.3 Participerende voorzieningen → onderzoekspopulatie

Aan elke participerende welzijnsvoorziening werd gevraagd alle cliënten te screenen aan de hand van een aantal algemene inclusie- en exclusiecriteria (zie tabel 6) en een aantal specifieke selectiecriteria (zie tabel 7).

Tabel 6: Algemene screeningcriteria

<p>Inclusiecriteria</p> <p>om in aanmerking te komen voor deelname aan het onderzoek, dient de cliënt:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ een verblijfplaats te hebben in één van de acht Vlaamse regio's (domiciliëring in de regio is niet noodzakelijk) ▪ het Nederlands voldoende te beheersen om een vragenlijst mondeling met behulp van een enquêteur te kunnen invullen ▪ ouder zijn dan 18 jaar en jonger dan 60 jaar
<p>Exclusiecriteria</p> <p>de cliënt komt niet in aanmerking voor deelname aan het onderzoek indien:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ hij/zij door deelname onnodig in de war zal worden gebracht ▪ hij/zij zich door deelname slechter zal voelen ▪ het afnemen van de vragenlijst een te zware belasting zou vormen voor hem/haar

Tabel 7: Specifieke selectiecriteria

	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? ▪ Werd u het OMNIO-statuut toegekend in het kader van de ziekteverzekering? ▪ 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 	Op minstens 1 van deze 'ja' antwoorden om beschouwd te worden als een persoon die zich in een financieel kwetsbare positie bevindt		

Het screenen van de cliënten gebeurt aan de hand van een screeningformulier. Hierop duidt de hulpverlener voor elke cliënt aan of hij/zij voldoet aan de inclusie- en exclusiecriteria, en aan de specifieke selectiecriteria. Op die manier kan de grootte en het profiel van de onderzoekspopulatie bepaald worden. Echter, ondanks het belang van het nauwgezet volgen van de screeningprocedure, bleek dit in de praktijk niet altijd optimaal te verlopen.

Ten eerste werd niet in elke voorziening consequent elke cliënt gescreend. Veelal had dit te maken met de hoge werkdruk voor de hulpverleners waardoor op erg drukke momenten cliënten niet altijd werden gescreend. Mogelijks verschilt het profiel van de cliënten die langskomen op drukke momenten van het profiel van cliënten die langskomen op minder drukke momenten bv. in de drukke periode waarin de brandstofpremie kan worden aangevraagd komen veel aanvragers voor de premie langs die buiten deze periode niet langskomen voor hulp. Het is echter niet mogelijk precies zicht te krijgen op welke vlakken deze profielen verschillen, of zelfs in welke mate en op welke momenten al dan niet werd gescreend. Dit laatste is ook sterk verschillend van voorziening tot voorziening.

Ten tweede werden cliënten die voor de eerste keer langskwamen in de voorziening, ook vaak niet gescreend. De hulpverleners gaven aan dat het bij een eerste contact niet altijd eenvoudig is om het onderzoek voor te stellen, aangezien de cliënt op het moment van aanmelding vaak heel wat andere zorgen aan het hoofd heeft.

Ten derde vonden maatschappelijk werkers het geen eenvoudige opdracht om mensen te screenen en uit te nodigen. Het KANS-onderzoek maakt gebruik van de OMNIO-grens. Deze inkomensgrens wordt ook gehanteerd voor een stookoliepremie. Vooral die laatste gebruikers wilden zij liever niet uitnodigen. Een aantal OCMW's hadden net specifieke maatregelen genomen zodat deze gebruikers zich niet als OCMW-clieënten zouden moeten identificeren (bv. een apart loket, een aparte wachtzaal ...). Het voorleggen van het onderzoek zou die inspanningen tenietdoen.

Ten vierde werden de screeningformulieren niet altijd consequent ingevuld en bewaard. Hierdoor is het niet mogelijk om te bepalen hoeveel gebruikers van de voorzieningen niet voldoen aan de algemene en specifieke inclusiecriteria.

1.3.1 Theoretische inschatting van de onderzoekspopulatie

Deze inschatting van de onderzoekspopulatie heeft als doel inzicht te verwerven in de mate waarin de onderzoekspopulatie een weerspiegeling vormt van de welzijnszorggebruikers.

Gebruikers van OCMW

OCMW's zijn lokaal aangestuurde eerstelijns voorzieningen die deels een eigen gemeentelijk welzijnsbeleid opzetten en uitvoeren en deels een aantal federale taken uitvoeren. De twee belangrijkste hiervan zijn de uitvoering van de RMI-wet (oftewel het leefloon) en het toekennen van stookoliepremies. Deze beide taken zijn volledig federaal gereguleerd (zowel m.b.t. toegekende bedragen als m.b.t. rechthebbenden).

In Vlaanderen waren er in 2009 gemiddeld 34.000 leefloongerechtigden¹³. Van deze groep kennen we ook de leeftijdsverdeling, het geslacht en de gezinssituatie. Het betreft hier wel cross-sectionele data. Dit is een eerste belangrijke groep van cliënten van een OCMW. Ten tweede is er nog een groep die recht heeft op het equivalent leefloon: het gaat hier meestal om gerechtigden die niet voldoen aan de nationaliteitsvoorwaarde van het leefloon en daarom een equivalent ervan krijgen. In Vlaanderen gaat het om iets meer dan 8.000 gerechtigden in 2009. Wat betreft de stookoliepremie worden dezelfde inkomensgrenzen gehanteerd als voor het OMNIO-statuut. Het is echter onduidelijk hoe groot het aantal gebruikers hiervan is. Ten derde kunnen OCMW ook zelf nog bijkomende financiële steun toekennen. Dit kan eenmalig of op geregeld tijdstip. De OCMW beslissen zelf over de grootte van het bedrag, de doelgroep en de regelmaat. De steun kan specifiek zijn (bv. schoolkosten, verwarmingskosten ...) of algemeen. Net omdat het OCMW hiervoor zelf een beleid kan uitstippelen, is er geen informatie in Vlaanderen of in België aanwezig die hieromtrent een globaal beeld kan schetsen. Ten vierde organiseren ook heel wat OCMW budget- en schuldhulpverlening. Het Vlaams Centrum voor Schuldbemiddeling rapporteert jaarlijks over personen en gezinnen in beide types van hulpverlening. Op basis hiervan kan het aantal personen en gezinnen dat een beroep doet op de OCMW voor één van beide types van hulpverlening berekend worden¹⁴.

Het probleem is dat deze verschillende informatiebronnen niet verbonden kunnen worden. Hierdoor is het erg moeilijk om in te schatten hoe groot de uiteindelijke populatie is van OCMW-gebruikers die een inkomen heeft dat lager is dan de OMNIO-grens. Gezien de specificiteit van de doelgroep kan toch verondersteld worden dat het grootste deel van OCMW-gebruikers voldoet aan het criterium van financiële kwetsbaarheid. Over het psychische onwelbevinden is geen enkele uitspraak mogelijk

¹³ De cijfers zijn afkomstig van de website van de POD Maatschappelijke Integratie (www.mi-is.be)

¹⁴ Bron: www.schuldbemiddeling.be

aangezien dit niet geregistreerd wordt en hieromtrent ook weinig of geen kwantitatieve onderzoeksgegevens beschikbaar zijn.

Gebruikers van CAW

Het Decreet met betrekking tot het algemeen welzijnswerk maakt een onderscheid tussen drie kernfuncties voor de CAW: onthaal, begeleiding en signaalfunctie.

Op het onthaal worden slechts een beperkt aantal variabelen geregistreerd. Op basis van Tellus weten we dat in 2006 in totaal 109.447 keer een nieuw onthaal gerealiseerd werd¹⁵. Dit komt niet overeen met het totale aantal cliënten. Op het onthaal wordt namelijk elke nieuwe aanmelding geregistreerd, ook als die door dezelfde gebruiker gebeurt.

Onderstaande tabel geeft aan met welke problematieken de gebruikers zich aanmelden bij het onthaal. Ongeveer 27% van de aanmeldingen hebben betrekking op psychische/persoonlijke problemen. Een op drie van de gebruikers van een CAW behoort mogelijks dus tot de doelgroep van psychisch onwelbevinden in de KANS-studie. 30% van de aanmeldingen hebben betrekking op materiële/financiële problemen. We hebben geen specifiekere gegevens over de inkomenssituatie van deze cliënten.

Tabel 8: Problematiek bij onthaal CAW (n=104.005)

Problematiek	N	%
Administratief / juridisch	34.653	33,3
Materieel / financieel	31.185	30,0
Relationeel	30.635	29,5
Psychisch / persoonlijk	28.101	27,0
Seksualiteit / geboorte	5.483	5,3
Informatie	4.568	4,4
Gezondheid	3.885	3,7
Tijdbesteding	1.339	1,3
Signalen, klachten	542	0,5
Andere	3.270	3,1

Ontbrekende data: 4.760

Bron: Hermans et al. (2008) op basis van Tellus-registratie

De CAW spreken van begeleiding wanneer er tussen de gebruiker en het CAW een wederzijds engagement is en een hulpverleningsplan is opgesteld. Met betrekking tot deze gebruikers beschikken de CAW wel over meer uitgebreide registratiegegevens. In 2006 betrof het 37.000 gebruikers. 10% van deze groep heeft een leefloon. Dit is dus een relatief kleine fractie. In de registratie worden verder geen gegevens bijgehouden met betrekking tot het inkomen. We weten dus niet of deze gebruikers nog andere steun van het OCMW genieten, gebruik maken van een andere OCMW-dienst, etc.

¹⁵ De cijfers zijn afkomstig van de website van het Steunpunt Algemeen Welzijnswerk (www.steunpunt.be)

Tabel 9: Problematiek gebruikers in begeleiding CAW (N = 35.666)

Problematiek	N	%
Relationeel	17.246	48,4
Psychisch / persoonlijk	17.208	48,3
Materieel / financieel	13.472	37,8
Administratief / juridisch	11.361	31,9
Gezondheid	2.475	6,9
Tijdsbesteding	1.004	2,8
Seksualiteit en geboorte	708	2,0
Signalen, klachten, enz.	251	0,7
Informatie	158	0,4
Andere	547	1,5

Bron: Hermans e.a. (2008) op basis van Tellusregistratie

Besluit

Een gebrek aan uniforme registratie vanuit de welzijnszorg in combinatie met de tussentijdse uitval die voorafging aan de selectie van de onderzoekspopulatie, zorgt ervoor dat het geen makkelijke taak is om in te schatten in hoeverre de onderzoekspopulatie de populatie van zorggebruikers weerspiegelt.

Wat betreft het OCMW wordt relatief weinig geregistreerd op uniforme wijze. Slechts enkele kenmerken van de leefloongerechtigden worden in de Kruispuntbank Sociale Zekerheid bijgehouden. De registratie binnen de schuldhulpverlening is wel meer uitgebreid. Dit is ook het geval voor de CAW. Tegelijkertijd blijft het erg moeilijk beide groepen van gebruikers in te schatten. De CAW registreren slechts in beperkte mate inkomensvariabelen, OCMW registreren op hun beurt geen kenmerken die een goede indicator zijn van psychisch onwelbevinden.

We kunnen ervan uitgaan dat de meerderheid van OCMW-gebruikers aan de inkomensvereisten voldoet en dus financieel kwetsbaar is. We kunnen dus met enige zekerheid stellen dat de bevraagde groep van OCMW-gebruikers die voldoen aan de inkomensvereisten representatief is voor de OCMW-populatie. Met betrekking tot de CAW kunnen we veronderstellen dat ongeveer 25% van de aanmeldingen in het onthaal gerelateerd is aan psychisch onwelbevinden.

Samengevat kunnen we, wat betreft de module financiële kwetsbaarheid, veronderstellen dat deze groep in zekere mate representatief is als ze gebruik maken van het OCMW. Met betrekking tot de module psychisch onwelbevinden kunnen we veronderstellen dat de CAW-gebruikers hierin overeenstemmen met minstens één op vier van de nieuwe registraties op het onthaal. We beschikken niet over voldoende gegevens om aan te geven hoe groot de fractie cliënten met psychisch onwelbevinden is binnen de OCMW-populatie.

De beperkte registratiegegevens en het niet consequent screenen hebben tot gevolg dat dit de enige voorzichtige vaststellingen zijn die we kunnen doen over het aandeel van beide groepen binnen de totale gebruikerspopulatie van de OCMW's en CAW's.

1.4 Onderzoekspopulatie → Inclusies

Cliënten die voldeden aan de selectiecriteria, werden door de hulpverlener uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. Zoals aangegeven in de paragraaf hierboven, werden de screeningformulieren niet overal systematisch ingevuld en bijgehouden. Hierdoor ontbreekt accurate informatie over het aantal en het profiel van de cliënten die wel beantwoorden aan de inclusiecriteria maar niet wensen deel te nemen aan het onderzoek.

We kunnen per regio enkel het aantal cliënten weergeven dat effectief geïncludeerd werd. Dit zijn de cliënten die voldeden aan de inclusiecriteria EN bereid zijn tot deelname.

Tabel 10: Aantal geïncludeerden per regio, inclusie door voorzieningen

	Totaal aantal geïncludeerde cliënten	Aantal geïncludeerde cliënten met psychisch onwelbevinden (streefcijfer: 100)	Aantal geïncludeerde cliënten met financiële kwetsbaarheid (streefcijfer: 150)
Antwerpen	156	110	143
Geel	120	85	106
Genk	131	103	103
Tielt-Winge	64	48	53
Gent	242	193	194
Oudenaarde	46	35	41
Ieper	129	74	117
Oostende	131	76	117
Totaal	1019	729	874

Vooropgesteld was dat er in elke regio 100 cliënten met psychisch onwelbevinden en 150 cliënten met een financiële kwetsbaarheid geïncludeerd zouden worden. Cliënten met psychisch onwelbevinden én financiële kwetsbaarheid worden voor beide tellers in rekening gebracht. Hierdoor is het totaal aantal effectief geïncludeerde respondenten (n=1019) lager dan de som van de inclusies van personen met financiële kwetsbaarheid en inclusies van personen met psychisch onwelbevinden.

De vooropgestelde inclusiecijfers werden gerealiseerd in de regio Gent, en ook in de regio Antwerpen wordt het vooropgestelde aantal inclusies bijna behaald. In de regio's Geel, Genk, Oostende en Ieper blijft het aantal geïncludeerden onder de geplande cijfers. De problemen situeren zich hoofdzakelijk in Oudenaarde en Tielt-Winge waar het aantal gerealiseerde inclusies ver onder het vooropgestelde aantal blijft.

De lage inclusiecijfers in bepaalde regio's zijn ten eerste te wijten aan tijdgebrek van de hulpverleners. Om hieraan tegemoet te komen werd, indien de voorzieningen dit wisten, een medewerker van het KANS-onderzoek ingezet die de hulpverlener ondersteunde bij de inclusies. Dit resulteerde in hogere inclusiecijfers. In sommige regio's werd, ondanks deze inspanningen, het voorgestelde cijfer toch niet gehaald. Ten tweede gaven voorzieningen aan dat het vaak moeilijk is om de cliënten te

motiveren voor deelname. Dit kan toegeschreven worden aan het ontbreken van externe en interne motivatie bij de respondenten. Deelname aan het onderzoek is volledig vrijwillig en de respondent krijgt hiervoor materieel niets in ruil. Verder blijken veel cliënten ook helemaal niet begaan te zijn met de aanpak van zorg op beleidsniveau.

Om de tekorten in inclusiecijfers verder op te vangen en op die manier de gevolgen ervan voor het verdere verloop van het onderzoek te beperken, werd een aanvullende inclusie opgestart voor mensen in financiële kwetsbaarheid, nl. via de mutualiteiten in de betrokken regio's.

Bij deze inclusie werd een andere procedure gevolgd dan bij de inclusie door de welzijnsvoorzieningen. De mutualiteiten in de betrokken regio's hebben hun leden met een OMNIO-statuut aangeschreven en zo uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. Geïnteresseerden konden een bijgevoegde antwoordkaart terugsturen waarop ze hun contactgegevens invulden. Wie instemde, is later door een interviewer gecontacteerd.

Aangezien de geïnccludeerden op het moment van de inclusie een OMNIO-statuut hadden, is er voor elk van hen sprake van financiële kwetsbaarheid. De antwoordkaart die door de mutualiteiten is gebruikt, peilt echter niet naar de aanwezigheid van de specifieke inclusiecriteria met betrekking tot psychisch onwelbevinden. Als gevolg hiervan kunnen we niet aangeven welk aandeel van deze groep eveneens psychisch onwelbevinden ervaart.

Tabel 11: Inclusie door mutualiteiten

	Totaal aantal geïnccludeerde cliënten met financiële kwetsbaarheid
Antwerpen	36
Geel	33
Genk	30
Tielt-Winge	36
Gent	32
Oudenaarde	36
Ieper	33
Oostende	38
Totaal	274

De aanvullende inclusie heeft ervoor gezorgd dat de vooropgestelde inclusiecijfers uiteindelijk gerealiseerd werden in Gent en Antwerpen. Ook in de regio's Geel, Genk, Ieper en Oostende benaderen de inclusiecijfers de vooropgestelde, zeker wanneer we de verwachte overlap tussen financiële kwetsbaarheid en psychisch onwelbevinden in rekening brengen. Enkel in de regio's Oudenaarde en Tielt-Winge werden er merkkelijk minder personen geïnccludeerd dan vooropgesteld.

1.5 Inclusies → steekproef

In de periode september 2008 – augustus 2009 werden in de betrokken regio's 1.293 personen geïnccludeerd door de deelnemende welzijnsvoorzieningen (OCMW, CAW,

ICAW en mutualiteiten). Dit betekent dat deze personen voldeden aan de inclusiecriteria en toestemden in deelname aan het onderzoek. Van de 1.293 geïnccludeerde respondenten zijn 700 personen bevroegd, wat de uiteindelijke participatiegraad op 54.1% brengt.

Tabel 12: Inclusies → steekproef

	Aantal geïnccludeerden	Aantal bevroegden	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 uitval tussen inclusie en bevroeging bestaat uit respondenten die niet contacteerbaar waren (27.8%), en respondenten die verdere deelname weigerden (18.1%). Vooraleer een respondent als niet-contacteerbaar wordt beschouwd, werd hij door drie verschillende interviewers driemaal op een verschillend tijdstip gecontacteerd.

Het aantal bevroegden is niet in elke regio gelijk. Dit blijft niet zonder gevolgen voor de veralgemeenbaarheid van de resultaten en brengt een probleem van power met zich mee voor bepaalde regio's. Voornamelijk in de regio's Tielt-Winge, Oudenaarde en Oostende laat het lage aantal bevroegden niet toe om geldige uitspraken op regioniveau te doen.

Conclusie

Het is belangrijk om nogmaals te benadrukken dat KANS een specifieke groep van welzijnszorggebruikers bevroegt, namelijk gebruikers van OCMW, CAW en/of ICAW in de betrokken regio's, die financiële kwetsbaarheid en/of psychisch onwelbevinden ervaren. De respondenten vormen geen representatieve steekproef van de Vlaamse welzijnscliënten, aangezien ze geselecteerd werden op specifieke problemen en in welbepaalde regio's. Bovendien werkten ook niet alle welzijnsvoorzieningen in de regio's mee en werden niet alle cliënten gescreend.

KANS doet uitspraken over maatschappelijk kwetsbare zorggebruikers (psychisch onwelbevinden en/of financiële kwetsbaarheid), zonder daarbij representativiteit voor dé OCMW-gebruiker of dé (I)CAW gebruiker na te streven.

2 Beschrijving van de steekproef

Dit onderdeel beschrijft de steekproef en de non-respons van het KANS-onderzoek meer gedetailleerd. Er wordt een overzicht gegeven van het aantal respondenten dat voor het onderzoek is geselecteerd en hoeveel van hen zijn bevroegd. De responscijfers worden per onderzoeksmodule (module 1: psychisch onwelbevinden;

module 2: financiële kwetsbaarheid; module 3: psychisch onwelbevinden en financiële kwetsbaarheid), per regio en per inclusiekanaal weergegeven.

De inclusie verliep, zoals reeds vermeld, via twee kanalen; via welzijnsvoorzieningen enerzijds en via de mutualiteiten anderzijds (zie ook 4.1 Inclusieprocedure).

2.1 Inclusie door welzijnsvoorzieningen

De OCMW, CAW en ICAW in de geselecteerde regio's hebben samen 1.019 cliënten geselecteerd. Er werden 295 cliënten geïncludeerd (29.0%) met financiële kwetsbaarheid, 147 cliënten (14.4%) met psychisch onwelbevinden en 577 cliënten (56.6%) met financiële kwetsbaarheid en psychisch onwelbevinden.

De algemene participatiegraad bij de door de welzijnsvoorzieningen geïncludeerde respondenten bedraagt 58.4%. Van de 1.019 geïncludeerden waren 230 personen niet contacteerbaar (22.6%) en hebben 194 mensen deelname geweigerd wanneer met hen contact is opgenomen (19.0%).

Onderstaande tabellen geven voor elke module een gedetailleerd overzicht van het aantal bevroegden, het aantal niet contacteerbaren en het aantal weigeringen, en dit alles opgesplitst per regio.

A. Module 1: Financieel kwetsbaar

Binnen module 1 werden 295 cliënten geïncludeerd. 164 van hen werden bevroegd (participatiegraad 55.6%). 24.1% van de personen geïncludeerd in module 1 bleek niet contacteerbaar en 20.3% weigerde deelname bij contactopname.

De participatiegraad varieert tussen de regio's. In de regio Genk is de participatiegraad het hoogst, terwijl in de regio's Tielt-Winge, Ieper en Oostende een eerder lage participatiegraad teruggevonden wordt.

Tabel 13: Geïncludeerden, participanten en non-respons in module 1

Regio's, gesorteerd per provincie	Aantal geïncludeerden	Niet contacteerbaar (% van het aantal inclusies)	Geweigerd (% van het aantal inclusies)	Uiteindelijke deelnemers (% van het aantal inclusies)
<i>Antwerpen</i>				
Antwerpen	46	8 (17.4)	10 (21.7)	28 (60.9)
Geel	35	4 (11.5)	6 (17.1)	25 (71.4)
<i>Limburg</i>				
Genk	28	2 (7.2)	3 (10.7)	23 (82.1)
<i>Vlaams-Brabant</i>				
Tielt-Winge	16	6 (37.4)	5 (31.3)	5 (31.3)
<i>Oost-Vlaanderen</i>				
Gent	49	10 (20.4)	13 (26.5)	26 (53.1)
Oudenaarde	11	4 (36.4)	0 (0)	7 (63.6)
<i>West-Vlaanderen</i>				
Ieper	55	18 (32.7)	10 (18.2)	27 (49.1)
Oostende	55	19 (34.6)	13 (23.6)	23 (41.68)
Totaal	295	71 (24.1)	60 (20.3)	1645.6)

B. Module 2: Psychisch onwelbevinden

Binnen module 2 hebben de welzijnsinstanties 147 cliënten geïncludeerd. Aangezien 94 van de geïncludeerden bevraagd zijn, bedraagt de responsgraad binnen module 2 64%. 21 van de geïncludeerden waren niet contacteerbaar (14.3%) en 32 mensen weigerden deelname (21.7%).

Opnieuw zien we variatie in de participatiegraad tussen de regio's, waarbij de participatie in de regio's Antwerpen, Genk en Ieper eerder hoog is, en de participatie in Oostende eerder laag.

Tabel 14: Geïncludeerden, participanten en non-respons in module 2

Regio's, gesorteerd per provincie	Aantal geïncludeerden	Niet contacteerbaar (% van aantal inclusies)	Geweigerd (% van aantal inclusies)	Uiteindelijke deelnemers (% van aantal inclusies)
<i>Antwerpen</i>				
Antwerpen	15	0 (0)	0 (0)	15 (100.0)
Geel	14	2 (14.3)	4 (28.6)	8 (57.1)
<i>Limburg</i>				
Genk	28	2 (7.1)	4 (14.3)	22 (78.6)
<i>Vlaams-Brabant</i>				
Tielt-Winge	11	3 (27.3)	1 (9.1)	7 (63.6)
<i>Oost-Vlaanderen</i>				
Gent	48	7 (14.6)	13 (27.1)	28 (58.3)
Oudenaarde	5	0 (0)	3 (60.0)	2 (40.0)
<i>West-Vlaanderen</i>				
Ieper	12	3 (25.0)	1 (8.3)	8 (66.7)
Oostende	14	5 (35.7)	5 (35.7)	4 (28.6)
Totaal	147	21 (14.2)	32 (21.8)	94 (64.0)

C. Module 3: Financieel kwetsbaar en psychisch onwelbevinden

De samenhang tussen financiële kwetsbaarheid en psychisch onwelbevinden komt reeds tot uiting wanneer de inclusie van respondent bestudeerd wordt.

Het aantal cliënten dat in module 3 is ondergebracht door de welzijnswerkers is immers het hoogste van de drie verschillende modules (56.6% van het totale aantal geïncludeerden). 337 cliënten, geïncludeerd in module 3 zijn daadwerkelijk bevraagd, wat de participatiegraad op 58.4% brengt. In deze module kon 23.9% van de geïncludeerden niet gecontacteerd worden en weigerde 17.7% deelname toen hij werd gecontacteerd door een interviewer. De participatiegraad is het hoogst in de regio Genk en eerder laag in de regio's Tielt-Winge, Gent en Oostende.

Tabel 15: Geïnccludeerden, participanten en non-respons in module 3

Regio's, gesorteerd per provincie	Aantal geïnccludeerden	Niet contacteerbaar (% van het aantal inclusies)	Geweigerd (% van het aantal inclusies)	Uiteindelijke deelnemers (% van het aantal inclusies)
<i>Antwerpen</i>				
Antwerpen	95	21 (22.1)	11 (11.6)	63 (66.3)
Geel	71	15 (21.1)	16 (22.5)	40 (56.4)
<i>Limburg</i>				
Genk	75	9 (12.0)	12 (16.0)	54 (72.0)
<i>Vlaams-Brabant</i>				
Tielt-Winge	37	16 (43.2)	4 (10.8)	17 (46.0)
<i>Oost-Vlaanderen</i>				
Gent	145	39 (26.8)	35 (24.2)	71 (49.0)
Oudenaarde	30	8 (26.6)	2 (6.7)	20 (66.7)
<i>West-Vlaanderen</i>				
Ieper	62	14 (22.6)	8 (12.9)	40 (64.5)
Oostende	62	16 (25.9)	14 (22.5)	32 (51.6)
Totaal	577	138 (23.9)	102 (17.7)	337 (58.4)

2.2 Inclusie door mutualiteiten

Van de 274 personen die door de mutualiteiten zijn geïnccludeerd zijn er 105 effectief bevroegd (participatiegraad 38.3%). Doordat de nodige informatie met betrekking tot de module van de non-respons ontbreekt (zie supra), is in onderstaande tabel enkel een opdeling naar module bij de deelnemers weergegeven.

Tabel 16: Geïnccludeerden, non respons en participanten inclusie mutualiteiten

Regio's, gesorteerd per provincie	Aantal geïnccludeerden	Niet contacteerbaar (% van het aantal inclusies)	Geweigerd (% van het aantal inclusies)	Uiteindelijke deelnemers (% van het aantal inclusies)		
				Module 1	Module 3	Deelnemers (%)
<i>Antwerpen</i>						
Antwerpen	36	14 (38.9)	1 (2.8)	13	8	21 (58.3)
Geel	33	29 (87.9)	1 (3.0)	2	1	3 (9.1)
<i>Limburg</i>						
Genk	30	9 (30.0)	8 (26.7)	6	7	13 (43.3)
<i>Vlaams Brabant</i>						
Tielt-Winge	36	28 (77.8)	2 (5.5)	1	5	6 (16.7)
<i>Oost-Vlaanderen</i>						
Gent	32	0 (0)	6 (18.7)	14	12	26 (81.3)
Oudenaarde	36	5 (13.9)	10 (27.8)	15	6	21 (58.3)
<i>West-Vlaanderen</i>						
Ieper	33	13 (39.4)	11 (33.3)	8	1	9 (27.3)
Oostende	38	31 (81.6)	1 (2.6)	5	1	6 (15.8)
Totaal	274	129 (47.1)	40 (14.6)	64	41	105 (38.3)

BESLUIT

Om het steunpunt te realiseren wordt de expertise van drie universiteiten en een hogeschool verenigd. Concreet wordt er voor het KANS-onderzoek nauw samengewerkt door de Katholieke Universiteit Leuven en de Universiteit Gent. Deze combinatie van expertise en interdisciplinariteit is uniek in Vlaanderen. De intensieve samenwerking maakt het mogelijk om een bredere kijk op gezondheids- en welzijnsproblemen te ontwikkelen, levert nieuwe ideeën en hypothesen op en draagt zo bij tot de beleidsondersteunende functie van het KANS-onderzoek.

Daarnaast is ook het longitudinale karakter van KANS uniek. Gebruikers van eerstelijns welzijnsvoorzieningen worden opgevolgd om zo inzicht te verwerven in de evolutie van zorggebruik, zorgtrajecten, zorgtevredenheid, welbevinden, etc. Twee specifieke doelgroepen worden hierbij opgevolgd in een achttal regio's. De resultaten moeten met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. De steekproef is geen representatieve steekproef van alle zorggebruikers in Vlaanderen. Doordat de voorzieningen niet in de mogelijkheid verkeerden om consequent te screenen, is het moeilijk uitspraak te doen over hoe groot het aandeel is van beide doelgroepen binnen de totale populatie van gebruikers van OCMW en (I)CAW.

Ten slotte bevraagt KANS een kwetsbare populatie en zorggerelateerde thema's die in Vlaanderen nooit eerder op grote schaal in kaart werden gebracht. Op die manier kunnen beleidsintenties en -resultaten afgetoetst worden aan het perspectief van de gebruiker.

Referenties

- Alonso, J., Angermeyer, MC., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, TS., Bryson, H., et al. (2004). Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 55-64.
- Andersen, R. (1995). Revisiting the Behavioral Model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 1-10.
- Andersen, R.M. (2008). National Health Surveys and the behavioral model of health services use. *Medical Care*, 46, 7, 647-653.
- Anseau, M., Fischler, B., Dierick, M., Albert, A., Leyman, S., & Mignon, A. (2008). Socioeconomic correlates of generalized anxiety disorder and major depression in primary care: the GADIS II study (Generalized Anxiety and Depression impact survey II). *Depression and anxiety*, 25, 506-513.
- Araya, R., Rojas, G., Fritsch, R., Gaete, J., Rojas, M., Simon, G. & Peters, TJ. (2003). Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 361, 995-1000.
- Balague, F., Skovron, M. L., Nordin, M., Dutoit, G., Pol, L. R., & Waldburger, M. (1995). Low back pain in school children: A study of familial and psychological factors. *Spine*, 20, 1265 -1270.
- Bayingana, K., Drieskens, S., & Tafforeau, J. (2002). *Depressie. Stand van zaken in België: elementen voor een gezondheidsbeleid*. Rapport 011. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Dienst epidemiologie Centrum voor Operationeel Onderzoek in Volksgezondheid.
- Bayingana K, Demarest S, Gisle L, Hesse E, Miermans PJ, Tafforeau J, Van der Heyden J. (2006). *Gezondheidsenquête door middel van Interview, België, 2004* Afdeling Epidemiologie, 2006; Brussel. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.
- Beddington, J., Cooper, C., Field, J., Goswami, U., Huppert, FA, & Jenkins, R. (2008). The mental wealth of nations. *Nature*, 455, 1057-1060.
- Bernard, P., Charafeddine, R., Frohlich, K., Daniel, M., Kestens, Y. & Potvin, L. (2007). Health inequalities and place: A theoretical conception of neighbourhood. *Social Science & Medicine*, 65, 1839-1852.
- Boffin, N., Declercq, T. & van Casteren L. (2010). *Patiënten met een nieuwe episode van depressie in de huisartsenpraktijk in het Vlaams Gewest: gegevens van het Belgische netwerk van Huisartsenpeilpraktijken in 2008*. (online publicatie). Brussel: Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid.
- Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., Van Oyen, H., Demarest, S., & Demyttenaere, K. (2004a). Prevalentie van mentale stoornissen in de Belgische bevolking. Resultaten van de European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 60 (2), 75-85.

- Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., Van Oyen, H., Demarest, S., & Demyttenaere, K. (2004b). Zorggebruik voor mentale stoornissen in België. Resultaten van de European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Tijdschrift voor Geneeskunde*, *60* (11), 790-799.
- Broyles, R.W., Narine, L., Brandt, E.N., Biard-Holmes, D. (2000). Health risks, ability to pay, and the use of primary care: is the distribution of service effective and equitable? *Preventive Medicine*, *30*, 453-462.
- Carroll, L.J., Cassidy, J.D., & Coté, P. (2004). Depression as a risk factor for onset of an episode of troublesome neck and low back pain. *Pain*, *107*, 134-139.
- Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleeck (z.j.). Armoede en sociale ongelijkheid. Geraadpleegd op 16 december, 2010 op <http://www.centrumvoorsociaalbeleid.be/indicatoren/index.php?q=node/7>.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, *38*, 300-314.
- Cohen, S., Doyle, W. J., Skoner, D. P., Rabin, B. S., & Gwaltney, J. M. Jr. (1997). Social ties and susceptibility to the common cold. *Journal of the American Medical Association*, *277*, 1940-1944.
- Collectief van de Verenigingen Partners van het Algemeen Verslag over de armoede. *Armoede en gezondheid: knelpunten in de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Van ervaringen en onderzoek naar beleid*. Conclusies forum 14/12/2002.
- Corijn, M. (2009). *Gezondheid en gezondheidsgedrag in het Vlaamse Gewest: verschillen naargelang het huishoudtype*. SVR rapport 2009/1.
- Corrigan, P., Kerr, A., & Knudsen, L. (2005). The stigma of mental illness: explanatory models en methods for change. *Applied and Preventive Psychology*, *11*, 179-190.
- Cunningham, S. J., McGrath, P. J., Ferguson, H. B., Humphreys, P., D'Astous, J., Latter, J., Goodman, J. T., & Firestone, P. (1987). Personality and behavioural characteristics in pediatric migraine. *Headache*, *27*, 16 -20.
- Cuijpers, P., de Graaf, R. & van Dorsselaer, S. (2004). Minor depression: risk profiles, functional disability, health care use and risk of developing major depression. *Journal of Affective Disorders*, *79*, 71-79.
- David, Q., Janiak, A. & Wasmer, E. (2009). Local social capital and geographical mobility. Geraadpleegd op 20 december, 2010 van http://wwwfr.uni.lu/recherche/fdef/crea/publications2/discussion_papers/2009.
- Davidson, P.L., Andersen, R.M., Wyn, R. & Brown, E.R. (2004). A framework for evaluating safety-net and other community level factors on access for low-income populations. *Inquiry*, *41*, 21-38.
- De Beurs, E., Zitman, F.G. (2006). De Brief Symptom Inventory (BSI): De betrouwbaarheid en validiteit van een handzaam alternatief voor de SCL-90. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, *61*, 120-141.
- De Boyser Katrien, Katia Levecque (2007) . *Armoede en sociale gezondheid: een verhaal van povere netwerken?*- In Vranken J. [edit.], *Armoede en sociale uitsluiting: jaarboek 2007*, Leuven, Acco.

- De Boyser K. (2007), *Armoede, sociale ongelijkheid en gezondheid in cijfers* - In: Vranken, J. (ed.) *Armoede en sociale uitsluiting: jaarboek 2007*, Leuven, Acco, 2007.
- De Groof, M., Daems, A., & Hermans, K. (2008). *Ontwikkelen van indicatoren en een programmatie voor het algemeen welzijnswerk*. Leuven: LUCAS.
- Demarest, S., Hesse, E., Drieskens, S., Van der Heyden, J., Gisle, L., & Tafforeau, J. (2010). *Gezondheidsenquête België 2008*. Rapport 4- Gezondheid en Samenleving. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.
- De Ridder, D.T.D & Van Heck, G.L.(2004) *CISS Coping Inventory for Stressful Situations – Dutch manual*. Lisse: Netherlands, Swets Test Publishers Amsterdam.
- Dewilde, C. (2003) Life-course perspective on social exclusion and poverty? *The British journal of sociology*, 54(1), 109-128.
- Dewilde, C. K. Levecque (2002), De mobiliteit in en uit armoede: 'wie is arm en voor hoe lang?', pp. 85-103' in: Vranken, J. (2002), *Armoede en sociale uitsluiting: jaarboek 2002*. Leuven: Acco.
- 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.
- Dooley, D., Prause, J., & Ham-Rowbottom, K. (2000). Underemployment and depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 41 (4).
- Drieskens, S., Van der Heyden, J., Hesse, E., Gisle, L., Demarest, S., & Tafforeau, J. (2010). *Gezondheidsenquête België 2008*. Rapport 3- Medische consumptie. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.
- Driessens, K., Peeters, L., Van Dijck, L., Waxweiler, Ch., Casman, MT., & Vranken, J. (2007). *Bepalen van normen voor kwaliteitsvol maatschappelijk werk in de OCMW's*. Antwerpen Oases. Ongepubliceerd onderzoeksrapport.
- Driessens, K. & Van Regenmortel, T. (2006). *Bind-kracht in armoede. Leefwereld en hulpverlening*. Leuven: Lannoo Campus.
- Endler, N. & Parker, J. (1994). Assessment of multidimensional coping. Task, emotion and avoidance strategies. *Psychological assessment*, 6(1), 50-60.
- Everaert, S., Scheerder, G., De Coster, I., & Van Audenhove, Ch. (2007). *Getrapte zorg voor personen met depressie in de centra geestelijke gezondheidszorg*. Leuven: LUCAS.
- Fitch, C., Hamilton, S., Basset, P., & Davey, R. (2009). *Debt and mental health. What do we know? What should we do?* London: Royal College of Psychiatrists.
- FOD Economie, Afdeling Statistiek (2005). *Resultaten van de enquête naar inkomens en levensomstandigheden van Belgische huishoudens*. FOD Economie - Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie, Persbericht EU-SILC 2004.
- FOD Economie, K.M.O., Middenstand en Energie (2010). Subjectieve gezondheid. Gezondheidsenquête 2008. Geraadpleegd op 3 december, 2010 van http://statbel.fgov.be/nl/modules/digibib/bevolking/1464/resultats_principaux_sur_l_etat_de_sante_enquete_sante_2008.jsp.

- Fouarge, D. & Layte, R. (2005). Welfare regimes and poverty dynamics: the duration and recurrence of poverty spells in Europe. *Journal of Social Policy*, 34, 407-426.
- Gadalla, TM. (2009). Determinants, correlates and mediators of psychological distress: A longitudinal study. *Social Science & Medicine* 68, 2199–2205.
- George, L., Blazer, D., Hughes, D., & Fowler, N. (1989). Social Support and the outcome of major depression. *British Journal of Psychiatry*, 154, 478-485.
- Gold, R., Kennedy, B., Connell, F., & Kawachi, I. (2002). Teen births, income inequality, and social capital: developing an understanding of the causal pathway. *Health & Place*, 8(2), 77-83.
- Goudriaan, H., Wittebrood, K., & Nieuwbeerta, P. (2006). Neighbourhood Characteristics and Reporting Crime. Effects of Social Cohesion, Confidence in Police Effectiveness and Socio-Economic Disadvantage. *British Journal of Criminology*, 46(4), 719-742.
- Harper, C., Marcus, R. & Moore, K. (2003). Enduring Poverty and the Conditions of Childhood: Lifecourse and Intergenerational Poverty Transmissions. *World development*, 31 (3), 535-554.
- Hermans, K., Declercq, A., Seynhaeve, T., & Lammertyn, F. (2004). Aan de rand van de actieve welvaartstaat. *Tijdschrift voor sociale zekerheid*, 46 (2), 293-328.
- Hermans, K., Demaerschalk, M., Declercq, A., Vanderfaeillie, J., Maes, L., De Maeseneer, J., & Van Audenhove, Ch. (2008). *De selectie van de SWVG-onderzoeksregio's*. Werknota Steunpunt Welzijn, Gezondheidszorg en Gezin.
- Horwitz, A V. & Wakefield, J.C. (2007) *The Loss of Sadness*. Oxford University Press
- Hovanitz, C. (1986). Life event stress and coping style as contributors to psychopathology. *Journal of Clinical Psychology*, 42 (1), 34-41.
- Hunfeld, J. A., Perquin, C. W., Duivenvoorden, H. J., Hazelbroek-Kampschreur, A. A., Passchier, J., van Suijlekom-Smit, L. W., van der Wouden, J. C. (2001). Chronic Pain and Its Impact on Quality of Life in Adolescents and Their Families. *Journal of Pediatric Psychology*, 26 (3), 145-153.
- Instituut voor Sociale en Economische Geografie (z.j.). Dynamische analyse van de buurten in moeilijkheden in de Belgische stadsgewesten. POD Maatschappelijke Integratie – Grootstedenbeleid.
- Jorm, A.F., Griffiths, K.M., Christensen, H., Parslow, R.A. & Rogers, B. (2004). Actions taken to cope with depression at different levels of severity: a community survey. *Psychological Medicine*, 34, 293-299
- Kawachi, I., Kennedy, B.P., Lochner, K., & Prothrow-Stith, D. (1997). Social capital, income inequality, and mortality. *American Journal of Public Health*, 87(9), 1491-1498.
- Kessler, R.C., Andrews, G., Colpe, L.J., Hiripi, E., Mroczek, D.K., Normand, S-L.T., Walters, E.E. & Zaslavsky, A.M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32, 959-976.

- Keyes, C.L.M. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 2, 207-22.
- Kim, D., Subramanian, S.V., & Kawachi, I. (2006). Bonding versus bridging social capital and their associations with self rated health: a multilevel analysis of 40 US communities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(2), 116-122.
- Levecque, K. (2008). *Armoede en depressie: een (niet) evident verband?* Leuven: Acco.
- Link, B., Lennon, M.C., & Dohrenwend, B. (1993). Socioeconomic status and depression: the role of occupations involving direction, control and planning. *The American Journal of Sociology*, 98 (6), 1135-1387.
- Lorant, V., Deliege, D., Eaton, W. et al (2003). Socioeconomic inequalities in depression : a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157, 98-112.
- Lorant, V., Croux, C., Weich, S., Deliege, D., Mackenbach, J., & Anseau, M. (2007). Depression and socio-economic risk factors: 7-year longitudinal population study. *British Journal of Psychiatry*, 190, 293-298.
- Lund, C., Breen, A., Flisher, A.J., Kakuma, R., Corrigall, J., Joska, J.A., Swartz, L. & Patel, V. (2010). Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: a systematic review. *Social Science and Medicine*, 71, 517-528.
- Macintyre, S., Maciver, S., & Sooman, A. (1993). Area, class and health; should we be focusing on places or people? *Journal of Social Policy*, 22, 213-234.
- Macintyre, S., Ellaway, A. en Cummins, S. (2002). Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them. *Social Science and Medicine*, 55, 125-139.
- Meeuwissen, J. & van Weeghel, J. (2003). *Ontwikkeling, evaluatie en implementatie van een stepped-care programma voor depressie: Eindrapportage* Utrecht: Trimbos-instituut.
- Melchior, M., Chastang, J.F., 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.
- Mirowsky, J & Ross, C.E.(2003). *Social causes of psychological distress*. Walter de Gruyter, Inc. New York
- Morrens, B. (2008). Sociaal kapitaal en gezondheid: een overzicht van de recente onderzoeksliteratuur, *Tijdschrift voor Sociologie*, 29, 2-3.
- Muffels, R., Fouarge, D., & Dekker, R. (2000). *Longitudinal Poverty and Income Inequality. A comparative panel study for The Netherlands, Germany and the UK*. Tilburg: TISSER Tilburg University.
- Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (2008). Vragenlijst Ervaringen met de kwaliteit van de huisartsenzorg. Geraadpleegd op 8 december, 2010 van http://www.triqs.nl/websites/triqsbv/vragenlijsten/Vragenlijst%20Huisartsenzorg_overdag.pdf.
- Nolen, W. A. & Hoogduin, C. A. L. (1998). *Behandelingsstrategieën bij depressie*. Houten/ Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Nolen, W. A. & Koerselman, G. F. (2000). Stemmingsstoornissen. In W. Vandereycken, C. A. L. Hoogduin, & P. M. G. Emmelkamp (Eds.), *Handboek psychopathologie. Deel 1 Basisbegrippen* (pp. 175-186). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn (2004). Actieonderzoek gezondheid en huisvesting. De inbreng van de huisartsen. Eindrapport. Geraadpleegd op 13 november, 2010 van (<http://www.observatbru.be/documents/graphics/rapports-externes/actieonderzoek-gezondheid-en-huisvesting-de-inbreng-van-de-huisartsen.pdf>).

Patel, V., Lund, C., Hatherill, S., Plagerson, S., Corrigan, J., Funk, M. & Flisher, A.J. (2010). Mental disorders: equity and social determinants. In: *Equity, social determinants and public health programmes* / editors Erik Blas and Anand Sivasankara Kurup, 115-134, World Health Organisation,

Payton, A.R. (2009). Mental health, mental illness, and psychological distress: samen continuum or distinct phenomena? *Journal of Health and Social Behavior*, 50, 213-227.

Pickery, J. & Pauwels, G. (2007). *Wie participeert niet? Ongelijke deelname aan het maatschappelijke leven in verschillende domeinen*. Brussel: SVR-rapport 2007/5.

Poland, B., Lejoux, P., Holmes, D. en Andrews, G. (2004). How place matters : unpacking technology and power in health and social care. *Health and social care in the community*, 13, 170-180.

Putnam, R.D. (1993). *Making democracy Work. Civic traditions in modern Italy*. Princeton University Press, Princeton (NJ): Princeton (1993).

Putnam, R.D. (1995). Bowling Alone: America's Declining Social Capital. *Journal of Democracy* 6:1, 65-78.

Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 307-321.

Rijckmans, M.J.N., Bongers, I.M.B., Garretsen, H.F.L., van de Goor, I.A.M. (2007). A client's perspective on demand-oriented and demand-driven health care. *International Journal of Social Psychiatry*, 53, 48-62.

Ross, C. & Mirowsky, J. (1989). Explaining the social patterns of depression: control and problem solving – or support and talking? *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 206-219.

Rutter, M. (2006). *The promotion of resilience in the face of adversity*. In *Families Count: Effects on Child and Adolescent Development*. A. Clarke-Stewart & J. Dunn, Eds.: 26–52. New York & Cambridge: Cambridge University Press.

Ryan, R. & Frederick, Ch (1997). On Energy, Personality, and Health: Subjective Vitality as a Dynamic Reflection of Well-Being. *Journal of Personality*, 65(3), 529-565.

Schotte, C. K. W., Van den Bossche, B., Van den Bergh, R., Claes, S., and Cosyns, P. (2003). Denken over depressie: een biopsychosociaal model. *Tijdschrift voor klinische psychologie*, 33, 98-117.

- Snyers, K. & Engelen, M. (2004). *Tevredenheidsmeting bij Limburgse OCMW-cliënten*. Hasselt: Provincie Limburg, 2de Directie Welzijn, Studiecel. I.s.m. LSO en vzw Dynamo.
- Smets, D. (2009). *Tevredenheid over gezondheidsvoorzieningen: positie van Vlaanderen in Europa en beïnvloedende factoren*. SVR-webpublicatie. Studiedienst van de Vlaamse regering. 2009/5.
- Southwick, S., Vythilingam, M., & Charney, D. (2005) The psychobiology of depression and resilience to stress: implications for prevention and treatment. *Annual review of clinical psychology, 255-291*.
- Staatssecretaris voor Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding (2010). De interfederaal armoedebaarometer. Geraadpleegd op 14 december, 2010 van http://www.mi-is.be/armoede_100323-350/pages/nl/startMenu.html.
- Stewart, A.L., Greenfield, S., Hays, R.D., Wells, K., Rogers, W.H., Berry, S.D., McGlynn, E.A. & Ware, J.E. (1989). Functional Status and Well-being of Patients With Chronic Conditions. Results From the Medical Outcomes Study. *The Journal of the American Medical Association, 262(7)*, 907-913.
- Stewart, A. a Ware, J. (1992). *Measuring Functioning and Well being: The medical outcomes Study Approach*. Durham: Duke University Press.
- Talala, K., Huurre, T., Aro, H., Martelin, T. & Prättälä (2008). Socio-demographic differences in self-reported psychological distress among 25- to 64-year old Finns. *Social Indicator Research, 86*, 323-335.
- ten Have, M., van 't Land, H., & de Graaf, R. (2009). *Voorspellers van zorggebruik in de eerstelijns en de tweedelijns GGZ*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- ten Have, M, de Graaf, R., Ormel, J., Vilagut, G., Kovess, V., & Alonso, J. (2010). Are attitudes towards mental help-seeking associated with service use? Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 45*, 153-163.
- Thornicroft, G. & Tansella, M. (1999). Translating ethical principles into outcome measures for mental health service research. *Psychological medicine, 29*, 761-767.
- Van der Heyden, J., Gisle, L., Demarest, S., Drieskens, S., Hesse, E., Tafforeau, J. (2010). *Gezondheidsenquête België 2008. Rapport 1 gezondheidstoestand*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.
- van der Zee, K. I. & Sanderman, R. (1993). *Het meten van de algemene gezondheidstoestand met de RAND-36. Een handleiding*. Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken. Rijksuniversiteit Groningen.
- Van Humbeeck, G., Van Audenhove, Ch., Storms, G., De Hert, M., Heyrman, J., Peuskens, J., Pieters, G., & Vertommen, H. (1999). De vragenlijst 'Visie op Zorg': een instrument voor de praktijk en voor onderzoek. *Diagnostiek wijzer, 1*, 13-25.
- Vanroelen, C., Smeets, T., Louckx, F. (2004). *Nieuwe kwetsbare groepen in de gezondheidszorg*. Gent: Academia Press.
- Van Wamel, A., Takkenkamp, J., Meeuwissen, J., Voordouw, I., & Verburg, H. (2005). *Landelijk Basisprogramma Depressie*. Utrecht, Trimbos-instituut.

van Weel-Baumgarten, EM., Schers, H., van den Bosch, W., van den Hoogen, H., & Zitman, F. (2001). Het langetermijnbeloop van depressie bij patiënten in de open bevolking en de huisartsenpraktijk. Een systematische review. *Huisarts en wetenschap*, 44 (12), 100-107.

Verbelen, J., Samoy, E., & Van Geel, H. (2005). Vlamingen met een handicap of langdurige gezondheidsproblemen. Een verkennende schets van hun sociale positie en hun situatiebeleving aan de hand van concrete onderzoekscijfers. *Stativaria* 34. Ministerie van de Vlaamse gemeenschap.

Verhaak, P.F.M. (2008). De epidemiologie van psychiatrische stoornissen. In: J.W. van Ree; M.W. de Vries (Reds.) *Praktische huisartsgeneeskunde: psychiatrie*. 2e herziene druk. Houten: BohnStafleu Van Loghum.

Verhaeghe, M. & Bracke, P. (2007) Organizational and individual level determinants of stigmatization in mental health services. *Community Mental Health Journal*, 43, 375-400.

Vervaeke, G., Bleyen, K., & Vertommen, H. (1997). De invloed van voorkeuren op de beginfase van psychotherapie. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 23 (4), 223-236.

Vlaamse Overheid (2009). De sociale staat van Vlaanderen 2009. Geraadpleegd op 13 november, 2010 van http://soc.kuleuven.be/pol/docs/2009/2009_sociale_staat_Vlaanderen.pdf.

Vranken, J., Campaert, G., Dierckx, D., & Van Haarlem, A. (2009). *Armoede en sociale uitsluiting*. Jaarboek 2009. Leuven: Acco.

Waeye, H. (1997). *Vertogen over de relatie tussen individu en gemeenschap. Ontwikkeling en validering van schalen voor de meting van sociale (des)integratie in het kader van survey-onderzoek*. Acco, Leuven, Amersfoort.

Wagnild, GM. & Young, HM. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165-178.

Wakefield, J.C., Schmitz, J.F., First, M.B, Horwitz, A.V. (2007). Extending the Bereavement Exclusion for Major Depression to Other Losses. Evidence From the National Comorbidity Survey. *Archives General Psychiatry*, 64, 433-440.

Walburg, J. (2003). *Integrale kwaliteit in de gezondheidszorg. Van inspecteren naar leren*. Deventer: Kluwer.

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*. Universiteit Gent: Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijns gezondheidszorg.

Williams, P., Wilkinson, G., & Arreghini, E. (1990). The determinants of Help-Seeking for Psychological Disorders in Primary Health Care Settings. In N.Sartorius, D. Goldberg, G. De Girolamo, J. A. Costa e Silva, Y. Lecrubier, & H. U. Witchen (Eds.), *Psychological Disorders in General Medical Settings* (pp. 21-33). Toronto, Lewinston, NY, Bern, Göttingen, Stuttgart: Hogrefe & Huber Publishers.

Williams JW Jr., Pignone, M, Ramirez G, Perez Stellato, C. (2002) Identifying depression in primary care: a literature synthesis of case-finding instruments. *General Hospital Psychiatry* 24, 225–237.

WIV (z.j.). Mentale gezondheid. Geraadpleegd op 4 februari, 2011 van <http://www.iph.fgov.be/epidemie/epinl/index34.htm>

Zimmerman, F. & Katon, W. (2005). Socioeconomic status, depression disparities, and financial strain: what lies behind the income-depression relationship? *Health economics*, 14, 1197-1215.