



Beschrijving van de KANS steekproef: representativiteit, demografische en socio-economische kenmerken, gezondheidstoestand en zorggebruik

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

Achtergrond

In het voorjaar van 2010 publiceerde het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) de eerste resultaten van de Gezondheidsenquête 2008. Hieruit blijkt dat 42% van de Belgen zonder diploma of met enkel een diploma van het lager onderwijs, zijn gezondheid als slecht of zeer slecht beoordeelt. Bij de hoger opgeleiden beoordeelt 14% zijn of haar gezondheidstoestand als slecht of zeer slecht. Voor 17 van de 35 bevroegde chronische gezondheidsproblemen neemt het risico op de ziekte toe naarmate de opleiding daalt. Dit geldt onder meer voor diabetes, chronisch longlijden, maagzweer en hartinfarct.

Naast deze fysieke aandoeningen, kampt een groot deel van de Belgen ook met psychische problemen:

25% van de bevroegde Belgen rapporteert zich niet goed in zijn vel te voelen en 5% rapporteert ooit een zelfmoordpoging te hebben ondernomen. Ook hier zien we een verschil naargelang het opleidingsniveau: mensen met een lagere opleiding voelen zich minder goed in hun vel in vergelijking met hoog opgeleiden (29% versus 25%), kampen vaker met een depressie (14% versus 5%) en ondernemen vaker een zelfmoordpoging (6% versus 4%) (Van Der Heyden, Gisle et al., 2010a).

Hiermee zetten deze resultaten de trend verder die in de voorgaande gezondheidsenquêtes (1997, 2001, 2004) reeds werd beschreven en dit zowel voor mannen als voor vrouwen. Daarenboven worden deze significante verschillen in gezondheid niet enkel

teruggevonden tussen respondenten van het hoogste en van het laagste opleidingsniveau, maar ook tussen alle tussenliggende opleidingsniveaus: voor elke trap in het opleidingsniveau geldt dat respondenten het iets beter doen dan de respondenten in het opleidingsniveau een trap lager (Van Der Heyden, Gisle et al., 2010b).

Sociale stratificatie draagt, via een aantal sociale processen, bij tot een ongelijke verdeling van mogelijkheden, kansen en waardevolle goederen (Burton & Grusky, 1992). De positie die iemand inneemt op de sociale ladder beïnvloedt daarenboven niet enkel de gezondheidstoestand, maar ook de financiële mogelijkheden, de leefomgeving en leefstijl, de kwetsbaarheid voor ziekte, enz. Langsheen diverse mechanismen wordt zo een situatie van sociale ongelijkheid in gezondheid gecreëerd.

Om deze ongelijkheden aan te pakken, wordt door de overheid en door hulpverleningsorganisaties steeds meer aandacht besteed aan het belang van gelijkwaardige participatie in de samenleving en gelijke kansen. Zorgvoorzieningen vervullen hierbij een cruciale rol. De kerntaak van deze voorzieningen is om mensen die in moeilijke omstandigheden leven of geconfronteerd worden met sociale problemen, hulp en ondersteuning te bieden.

Om dit op een efficiënte manier te doen dienen de acties en dienstverlening die aangeboden worden door de verschillende voorzieningen optimaal afgestemd te zijn op de noden en kenmerken van de doelgroep van maatschappelijk kwetsbare burgers.

Deze Feiten en Cijfers heeft als doel de selectie en beschrijving van de steekproef, de demografische en socio-economische kenmerken van de bevraagden en de meest in het oog springende thema's zoals de gezondheidstoestand en het zorggebruik van de respondenten te beschrijven. Het is de bedoeling de lezer een eerste zicht te bieden op wie in het KANS-onderzoek werd bevraagd en hem/haar te laten kennis maken met de eerste, beschrijvende resultaten. Voor een meer diepgaande en complexe analyse van een aantal specifieke thema's, verwijzen we naar de andere reeds beschikbare en de geplande Feiten en Cijfers.

Doelstelling KANS

Het onderzoeksprogramma KANS (Kwetsbaarheid Aanpakken in de Samenleving) kadert binnen programma 1 'Kencijfers en monitoring' van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Meer specifiek voert KANS onderzoek naar de gezondheidszorg- en welzijnszorgtrajecten van Vlamingen in een financieel kwetsbare positie en/of met psychisch onwelbevinden. De onderzoeksresultaten kunnen de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin inspireren bij zijn plannen om het beleid met betrekking tot gezondheidszorg en welzijnzorg verder te ontwikkelen en te optimaliseren.

Meer informatie over het SWVG is terug te vinden op de website www.Steunpuntwvg.be.

Methode

Procedure

Het onderzoek van het steunpunt wordt uitgevoerd in acht Vlaamse regio's nl. Ieper, Oostende, Genk, Gent, Oudenaarde, Tielt-Winge, Geel en Antwerpen. Bij de selectie van deze regio's werd gestreefd naar een zo groot mogelijke variatie op het gebied van de socio-economische kenmerken van de bevolking, graad van verstedelijking en provinciale spreiding (Hermans et al., 2008).

In het voorjaar en de zomer van 2008 werden alle OCMW's, CAW's en ICAW's in de betrokken regio's uitgenodigd om deel te nemen aan het KANS-onderzoek. Aan de participerende voorzieningen werd gevraagd om tijdens de periode september 2008 – december 2009 alle gebruikers te screenen op financiële kwetsbaarheid en op psychisch onwelbevinden.

De screeningscriteria die hierbij gebruikt werden, zijn opgenomen in tabel 1.

De respondenten waarbij financiële kwetsbaarheid en/of psychisch onwelbevinden werd vastgesteld, én die voldeden aan een aantal bijkomende inclusievoorwaarden, werden uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. Deze bijkomende inclusievoorwaarden zijn:

- voldoende de Nederlandse taal beheersen;
- verblijven in een van de acht onderzoeksregio's;
- tussen de 18 en 65 jaar zijn.

Indien de betrokken hulpverlener vond dat deelname aan de studie de respondent onnodig in de war zou brengen, dat de respondent zich hierdoor slechter zou voelen of dat het invullen van de vragenlijst voor de respondent een te zware belasting zou vormen, werd deze persoon niet uitgenodigd voor deelname aan de studie.

Afbakening van de onderzoeksgroep

Financiële kwetsbaarheid – In het KANS-onderzoek is bewust gekozen voor het concept 'financiële kwetsbaarheid' en niet voor 'armoede' bij het afbakenen van de onderzoekspopulatie. Personen in 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 situatie van armoede kunnen terechtkomen. Door het hanteren van deze definitie, beschrijft het KANS-onderzoek het zorggebruik van een bredere onderzoeksgroep dan traditioneel in armoedeonderzoek wordt bestudeerd.

Psychisch onwelbevinden – Psychisch onwelbevinden wordt binnen KANS gedefinieerd vanuit een sociaal-maatschappelijke invalshoek en niet vanuit een medisch perspectief. Het wordt gemeten aan de hand van het tweevrageninstrument van Whooley (1997) (zie Tabel 1). Psychisch onwelbevinden wordt binnen KANS breed gedefinieerd en kan variëren van milde klachten tot een psychiatrische diagnose, zoals een depressie.

Gebruikers van voorzieningen – Het KANS-onderzoek beperkt zich tot mensen die op het moment van de

Tabel 1. Screeningscriteria voor psychisch onwelbevinden en financiële kwetsbaarheid
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			
<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 			

studie gebruik maken van de diensten van een OCMW, CAW of ICAW. Personen die nood hebben aan zorg en begeleiding maar deze om diverse redenen niet ontvangen, zijn dus niet in de steekproef opgenomen.

Nederlandstalige personen tussen 18 en 65 jaar – Enkel personen die voldoen aan alle inclusiecriteria kunnen geïncludeerd en bevestigd worden. De inclusiecriteria sluiten dus enkele groepen van zeer kwetsbare zorggebruikers uit (bv. anderstaligen, vluchtelingen) alsook minderjarigen en bejaarden.

Woonachtig in een van de 8 geselecteerde Vlaamse regio's – Enkel personen die hun verblijfplaats hebben in een van de acht geselecteerde regio's in Vlaanderen komen in aanmerking voor het onderzoek. De regioselectie (zie werknota Hermans et al., 2008) streeft geen veralgemeenbaarheid naar Vlaanderen na.

Exclusie criterium – Ter bescherming van de zorggebruikers werd een criterium gehanteerd dat personen waarbij de bevestiging negatieve gevolgen zou kunnen teweegbrengen uitsluit. Het exclusie criterium impliceert dat een groep van mogelijk zeer kwetsbare zorggebruikers niet in de steekproef wordt opgenomen.

Onderzoeksvragen

Volgende vragen worden in deze Feiten en Cijfers beantwoord:

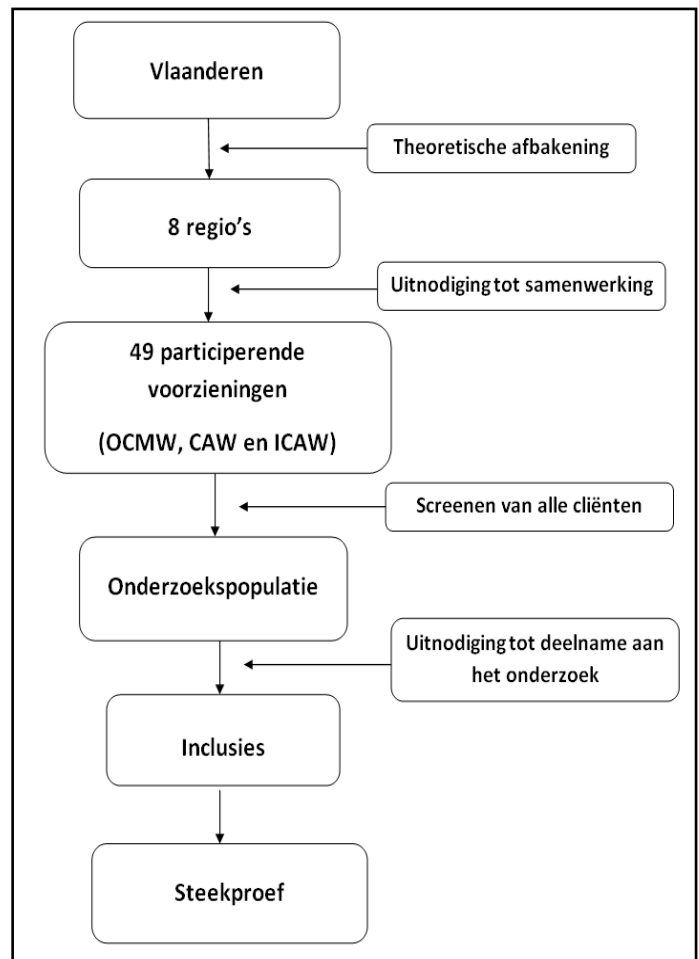
1. Hoe representatief zijn de deelnemers aan het KANS-onderzoek voor de gebruikers van de eerstelijns welzijnszorgvoorzieningen in Vlaanderen?
2. Hoe vaak komt financiële kwetsbaarheid en psychisch onwelbevinden al dan niet gecombineerd voor bij de deelnemers aan het KANS-onderzoek?
3. Wat zijn de demografische, sociaaleconomische en gezondheidsgerelateerde kenmerken van de deelnemers aan het KANS-onderzoek?
4. Met welke klachten melden ze zich aan bij de voorzieningen?

Representativiteit van de steekproef

Verskillende selectiefasen gingen vooraf aan de uiteindelijke steekproef van 700 zorggebruikers. Onderstaande figuur geeft een visueel overzicht van de selectiefasen en tussenstappen.

Figuur 1: Selectie steekproef

Afbakening van de onderzoeksregio's



Vertrekkende vanuit de regio's die Kind en Gezin hanteert voor zijn consultatiebureaus, werden na een zorgvuldige regioselectie (Hermans et al., 2008) acht regio's in Vlaanderen weerhouden: Ieper, Oostende, Genk, Gent, Oudenaarde, Tielt-Winge, Geel en Antwerpen. De 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.

Participerende voorzieningen

In een volgende selectiestap werden de OCMW's, CAW's en ICAW's in de betrokken regio's uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. 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. Niet alle voorzieningen waren echter bereid deel te nemen (wegens tijdgebrek, te hoge werkbelasting, etc.). In totaal participeren 49 voorzieningen. 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. Een gedetailleerd overzicht van de participerende en niet-participerende voorzieningen in elke regio kan u terugvinden in het onderzoeksrapport "KANS: Theoretische achtergronden en onderzoeksopzet".

Onderzoekspopulatie

Aan elke participerende welzijnsvoorziening werd gevraagd alle cliënten te screenen aan de hand van een aantal algemene inclusie- en exclusiecriteria (zie supra) en een aantal specifieke selectiecriteria (zie supra). Ondanks het belang van het nauwgezet volgen van de screeningprocedure, bleek dit in de praktijk niet altijd optimaal te verlopen. Ten gevolge van onder andere tijdgebrek en een te hoge werkdruk werden niet alle cliënten in de participerende voorzieningen gescreend. Niet alle screeningformulieren werden bovendien volledig ingevuld en bewaard. Dit impliceert dat het niet mogelijk is om uitspraken te doen over het percentage zorggebruikers dat beantwoordt aan de inclusiecriteria.

Inclusies

Cliënten die voldeden aan de inclusiecriteria werden door de hulpverlener in de voorziening uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. Dit diende te gebeuren tot een totaal aantal van 100 participerende cliënten met psychisch onwelbevinden en 150 participerende cliënten met een financiële kwetsbaarheid werd bereikt in elke regio. De inclusies door de welzijnsvoorzieningen werden aangevuld met inclusies via de mutualiteiten. Uiteindelijk werden de vooropgestelde inclusiecijfers behaald in Gent en Antwerpen. In de regio's Geel, Genk, Ieper en Oostende benaderen de gerealiseerde inclusiecijfers de vooropgestelde. In Tielt-Winge en Oudenaarde zijn de inclusies problematisch laag. Hiermee dient rekening gehouden te worden in verdere analyses.

Steekproef

In de periode september 2008 – augustus 2009 werden in de betrokken regio's 1293 personen geïncludeerd door de deelnemende welzijnsvoorzieningen (OCMW, CAW, ICAW). Van de 1293 geïncludeerde respondenten zijn 700 personen bevestigd, wat de uiteindelijke participatiegraad op 54,1% brengt.

Tabel 2: Steekproef

	Aantal geïncludeerden (N)	Aantal bevestigden (N)	Participatie graad (%)
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 bevestiging bestaat uit respondenten die niet contacteerbaar waren (27,8%), en respondenten die verdere deelname weigerden (18,1%).

Het is belangrijk om te benadrukken dat KANS een specifieke groep van welzijnszorggebruikers bevestigd, 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, die niet representatief zijn voor Vlaanderen. Bovendien werkten ook niet alle welzijnsvoorzieningen in de regio's mee en werden niet alle cliënten gescreend. De resultaten dienen dus met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. De studie laat wel toe uitspraken te doen over de groep van zorggebruikers die financiële kwetsbaarheid en/of psychisch onwelbevinden kent.

Resultaten

Beschrijving van de steekproef

- Financiële kwetsbaarheid en psychisch onwelbevinden

Het merendeel van de respondenten ervaart zowel financiële kwetsbaarheid als psychisch onwelbevinden (378 personen – 54,0%). Een derde (228 personen – 32,6%) ervaart enkel financiële kwetsbaarheid en 13,4% (94 personen) ondervindt enkel psychisch onwelbevinden.

- Demografische en socio-economische kenmerken

Onderstaande tabel geeft de frequenties weer voor geslacht, leeftijd, geboorteland, opleidingsniveau, tewerkstellingsstatus, burgerlijke staat en gezinssamenstelling.

Ongeveer de helft van de respondenten zijn mannen. De gemiddelde leeftijd is 43 jaar en de leeftijdscategorie 45 tot 54-jarigen is het best vertegenwoordigd. Vijftien procent van de bevrageden werd niet in België geboren.

Bijna de helft is laagopgeleid (lager secundair of lager onderwijs), 12,8% heeft een diploma hoger onderwijs.

Ongeveer drie vierde (71,1%) heeft geen betaald werk op het moment van bevraging. In 40,2% van de gevallen is de werkloosheid te wijten aan ziekte of invaliditeit. Het hoge aantal werklozen is niet verrassend, aangezien de aanwezigheid van financiële kwetsbaarheid een van de criteria voor deelname was en 86,6% hieraan beantwoordt.

Wat betreft de burgerlijke staat zien we dat het grootste deel van de respondenten ongehuwd of gescheiden is. Minder dan één op vijf is gehuwd of wettelijk samenwonend. Mannen zijn vaker ongehuwd, vrouwen vaker gescheiden. Binnen de groep financieel kwetsbaren ligt het aantal ongehuwde of gescheiden respondenten significant hoger ($p < 0,001$) dan bij de personen die geen financiële kwetsbaarheid ervaren (81,7% ten opzichte van 54,9%). Gehuwden of wettelijk samenwonenden lijken dus binnen de KANS-steekproef beter beschermd te zijn tegen financiële kwetsbaarheid.

Met betrekking tot de gezinssamenstelling valt het hoge aantal alleenwonenden op. Voornamelijk mannen geven aan alleen te wonen (68,2% ten opzichte van 34,7% bij de vrouwen).

Tabel 3. Steekproefverdeling: demografische en socio-economische kenmerken

	N (%)
Geslacht	700
Man	323 (46,1)
Vrouw	377 (53,9)
Leeftijd	688
18-24	58 (8,4)
25-34	120 (17,4)
35-44	161 (23,4)
45-54	227 (33,0)
55+	122 (17,8)
Geboorteland	682
België	580 (85,0)
Ander land	102 (15,0)
Opleidingsniveau	616
Geen diploma of lager onderwijs	116 (18,8)
Lager secundair	174 (28,2)
Hoger secundair	247 (40,2)
Hoger onderwijs	79 (12,8)
Tewerkstellingsstatus	674
Geen betaald werk	479 (71,1)
Betaald werk, tijdelijk onderbroken	33 (4,9)
Betaald werk	162 (24,0)
Burgerlijke staat	683
Ongehuwd	298 (43,6)
Gehuwd of wettelijk samenwonend	128 (18,7)
Weduwe/weduwenaar	21 (3,1)
Gescheiden	236 (34,6)
Gezinssamenstelling	671
Alleenwonend	335 (49,9)
Huishouden van 2 personen	140 (20,9)
Huishouden van 3 personen	102 (15,2)
Huishouden van 4 of meer personen	(14,0)

Gezondheidstoestand

De gezondheidstoestand van de deelnemers aan het KANS-onderzoek is onrustwekkend. Meer dan de helft (53,9%) beschrijft zijn algemene gezondheidstoestand als matig tot zeer slecht. Wanneer we de percentages vergelijken met die van de Belgische gezondheidsenquête 2008 wordt duidelijk dat de KANS-respondenten er een minder goede gezondheid op nahouden. In de gezondheidsenquête beoordeelt 84,2% van de 15- tot 64 jarigen in het Vlaams Gewest zijn gezondheid als goed tot zeer goed (Van Der Heyden, Gisle et al. 2010a), binnen KANS is dit slechts 46,1%. In overeenstemming met de resultaten van de gezondheidsenquête verschilt de subjectieve gezondheidstoestand significant tussen de twee geslachten ($p < 0,01$). Meer mannen dan vrouwen beoordelen hun gezondheid als goed tot zeer goed (52,0% ten opzichte van 41,1%).

58,1% van de respondenten lijdt aan minstens één langdurige ziekte of aandoening. Dit cijfer is meer dan dubbel zo hoog dan in de gezondheidsenquête 2008, waar 24,0% van de 15-64 jarigen in het Vlaams Gewest aan een langdurige aandoening lijdt (Van Der Heyden, Gisle et al. 2010a). Een vierde lijdt aan meer dan een langdurige aandoening. Aandoeningen van het bewegingsstelsel of de luchtwegen zijn de meest frequent gerapporteerde chronische aandoeningen.

Het percentage personen met een chronische aandoening stijgt significant ($p < 0,001$) met de leeftijd. De gezondheidsenquête stelt vast dat de kans op een langdurige aandoening toeneemt naarmate het opleidingsniveau daalt. Binnen de KANS-steekproef zijn echter geen significante verschillen naargelang opleidingsniveau terug te vinden. De groep hoog opgeleiden is binnen de steekproef wellicht te klein, waardoor we geen significant verband terugvinden.

Een chronische aandoening brengt vaak beperkingen met zich mee voor het (dagelijks) functioneren. De helft van zij die aan een chronische aandoening lijden wordt daardoor voortdurend belemmerd in dagelijkse bezigheden, 37% wordt er af en toe door belemmerd.

Naast chronische aandoeningen is ook lichamelijke pijn een belangrijke indicator van de gezondheidstoestand. Twee derden geeft aan de afgelopen vier weken pijn te hebben gehad, gaande van lichte (14,0%) tot ernstige of zeer ernstige pijn (24,2%). Voornamelijk zij die lijden aan een chronische aandoening ervaren (ernstige) pijn.

Financiële kwetsbaarheid, psychisch onwelbevinden en gezondheid

Personen die zowel financiële kwetsbaarheid als psychisch onwelbevinden ervaren scoren significant minder goed op de gezondheidsindicatoren dan zij die enkel financiële kwetsbaarheid of enkel psychisch onwelbevinden kennen. Slechts 36,5% beschrijft zijn gezondheidstoestand als goed tot zeer goed, ten opzichte van 60,1% bij de financieel kwetsbaren en 51,1% bij de personen met enkel psychisch onwelbevinden. Ze geven bovendien vaker aan te lijden aan langdurige aandoeningen (66,0%, ten opzichte van 51,8% bij de financieel kwetsbaren en 38,5% bij zij die enkel psychisch onwelbevinden ervaren).

Zorggebruik

Aan de respondenten werd gevraagd van welke voorziening ze ooit gebruik maakten (ook andere voorzieningen dan die waarvan ze momenteel gebruik maken). Wanneer we kijken naar het welzijnszorggebruik is het OCMW met voorsprong de zorgvoorziening waarvan de meeste respondenten ooit gebruik gemaakt hebben (meer dan 80%), gevolgd door het ICAW (36,5%) en het CAW (29,8%).

De vragen over huidig welzijnszorggebruik werden gelijkelijk beantwoord door 657 respondenten. Ook hier is het OCMW de meest frequent gebruikte welzijnszorgvoorziening. Meer dan 60% (n=397) doet op het moment van bevraging een beroep op de dienstverlening van een OCMW. Bij het ICAW gaat het om 18,9% (n=124) en bij het CAW om 24,2% (n=159). Het hoge gebruik van het OCMW in de steekproef kan gerelateerd worden aan de gehanteerde methode. Meer dan de helft van de respondenten werd immers geïncludeerd door een OCMW.

Een vijfde van de respondenten maakt op het moment van bevraging geen gebruik van de diensten van een OCMW, CAW of ICAW, dit terwijl ze via een van die voorzieningen geïncludeerd werden. Een mogelijke verklaring is dat tussen het moment van inclusie en het moment van bevraging gemiddeld twee maanden zitten. Mogelijk werd bij een deel van de respondenten gedurende die periode de begeleiding stopgezet. Een andere hypothese is dat sommige respondenten gebruik maken van de diensten van een bepaalde instantie, zonder zich daar bewust van te zijn. Deze hypothese wordt verder uitgewerkt in een volgende Feiten en Cijfers.

De meeste zorggebruikers (60,4%) doen een beroep op één zorgvoorziening. Toch is er ook een relatief groot aantal zorggebruikers dat de dienstverlening van verschillende voorzieningen combineert. Achttien procent maakt gebruik van de diensten van twee zorgvoorzieningen. Zo combineert 7,2% de zorgverlening van het OCMW met die van het CAW en 9,3% combineert OCMW met ICAW. Een beperkt aantal (1,7%) combineert de dienstverlening van CAW en ICAW. Een kleine groep respondenten (2,3%) doet op het moment van bevraging een beroep op zowel het OCMW, CAW als ICAW.

Mensen die kampen met een financiële problematiek doen voornamelijk een beroep op het OCMW, terwijl het CAW vaker geconsulteerd wordt door personen die gevoelens van psychisch onwelbevinden ervaren. Met betrekking tot ICAW-gebruik is er geen verschil tussen financieel kwetsbaren en personen met gevoelens van onwelbevinden.

Aanmeldingsklachten

In wat volgt worden per welzijnszorgvoorziening de voornaamste klachten weergegeven, waarvoor respondenten een beroep doen op hulp of begeleiding van die bepaalde voorziening.

▪ OCMW

Respondenten die op het moment van bevraging gebruik maken van de diensten van het OCMW doen dit voornamelijk wegens financiële en administratieve

problemen. De voornaamste aanmeldingsklacht bij de OCMW's is gebrek aan geld of geen inkomen (57,6%), gevolgd door het hebben van schulden (25,5%) en het aanvragen of in orde brengen van een inkomensvervangende uitkering (24,7%).

Daarnaast zijn ook moeilijkheden met het betalen van facturen (24,8%) en het vinden van huisvesting (15,1%) klachten waarvoor frequent hulp of ondersteuning gevraagd wordt wanneer iemand zich aanmeldt bij het OCMW.

Net geen 40% van de OCMW-gebruikers meldt zich aan met meer dan één klacht/probleem en meer dan de helft (52,6%) ontvangt naast de begeleiding met betrekking tot de aanmeldingsklacht(en) ook nog hulp voor andere problemen of moeilijkheden.

▪ CAW

Bij het CAW zijn de aanmeldingsklachten meer divers. De voornaamste klacht waarmee respondenten zich aanmelden is een huisvestingsprobleem (44,7%). Ook schulden (18,0%) en gebrek aan geld of geen inkomen (21,9%) zijn vaak vermelde aanmeldingsklachten.

Het CAW wordt, vaker dan het OCMW geraadpleegd omwille van relationele problemen (20,7%) en psychische problemen (16,7%). Meer dan 40% meldt zich aan met meer dan één klacht/probleem en 57,6% ontvangt, naast hulp voor het aanmeldingsprobleem, ook hulp voor andere problemen of moeilijkheden.

Tabel 4: Aanmeldingsklachten OCMW, CAW en ICAW

	OCMW n=356 (%)	CAW n=128 (%)	ICAW n=69 (%)
Gebrek aan geld of geen inkomen	205 (57,6)	28 (21,9)	9 (14,1)
In orde brengen inkomensvervangende uitkering	92 (24,7)	12 (8,0)	16 (23,2)
In orde brengen ziekteverzekering	29 (7,8)	12 (8,0)	32 (46,4)
Vinden van huisvesting	56 (15,1)	67 (44,7)	7 (10,1)
Betalen van facturen dokter of ziekenhuis	40 (10,8)	9 (6,0)	15 (21,7)
Betalen van andere facturen	52 (14,0)	17 (11,3)	5 (7,2)
Advies of begeleiding bij de opvoeding van de kinderen	8 (2,2)	12 (8,0)	2 (2,9)
Schulden	95 (25,5)	27 (18,0)	3 (4,3)
Moeilijkheden in de relatie met partner	22 (5,9)	22 (14,7)	3 (4,3)
Moeilijkheden in de relatie met anderen	4 (1,1)	9 (6,0)	0 (0)
Verslaving	11 (3,0)	11 (7,3)	2 (2,9)
Psychisch probleem	10 (2,7)	25 (16,7)	5 (7,2)

▪ ICAW

ICAW-gebruikers melden zich voornamelijk aan voor hulp of raad bij problemen in verband met het financiële aspect van hun gezondheidszorggebruik. Bij meer dan

de helft van de respondenten is (ten minste één van) de aanmeldingsklacht(en) gerelateerd aan gezondheidszorggebruik. Specifieker consulteert 46,4% van de respondenten het ICAW om hun ziekteverzekering of bijdrage voor de mutualiteit in orde te brengen, 21,7% omdat ze problemen ondervinden bij het betalen van medische facturen.

Daarnaast consulteren respondenten de diensten van het ICAW vaak om een inkomensvervangende uitkering in orde te brengen (23,2%) en wegens gebrek aan geld of geen inkomen (14,1%). Een vierde van de ICAW-gebruikers meldt zich aan met meerdere klachten en 30,0% ontvangt ook hulp voor bijkomende problemen of moeilijkheden.

Conclusie

In het KANS onderzoek werden 700 respondenten gerekruteerd via de OCMW's, CAW's en ICAW's en mutualiteiten in acht Vlaamse regio's en bevraagd via een face-to-face interview. In wat volgt, worden beknopt de belangrijkste conclusies van deze eerste inblik in de steekproef opgesomd.

- Er is een grote overlap tussen financiële kwetsbaarheid en psychisch onwelbevinden. Dit toont de samenhang tussen gevoelens van psychisch onwelbevinden en financiële kwetsbaarheid aan en benadrukt dat de problematische situatie waarin maatschappelijk kwetsbare zorggebruikers zich bevinden vaak multidimensioneel is.
- De KANS-respondenten zijn relatief vaak laag opgeleid, ongehuwd of gescheiden en zonder betaald werk. Personen die financiële kwetsbaarheid ervaren zijn significant vaker ongehuwd of gescheiden dan zij die enkel psychisch onwelbevinden kennen.
- Wanneer we de gezondheidstoestand van de respondenten vergelijken met de resultaten van de gezondheidsenquête scoren de deelnemers aan het KANS-onderzoek opvallend slechter. Zij die met zowel financiële kwetsbaarheid als psychisch onwelbevinden geconfronteerd worden, rapporteren de slechtste gezondheidstoestand.
- Het OCMW is de meest courant gebruikte zorgvoorziening. Ongeveer een vijfde van de respondenten combineert de zorgverlening van meerdere instanties.
- De prevalentie van aanmeldingsklachten verschilt naargelang de specifieke voorziening. OCMW's krijgen voornamelijk te maken met aanmeldingsklachten van financiële of administratieve aard. Op het CAW wordt het vaakst een beroep gedaan omwille van een huisvestingsprobleem en bij ICAW's zijn problemen in verband met het financiële aspect van het gezondheidszorggebruik het meest frequent voorkomend. Een relatief grote groep meldt zich aan bij een zorgvoorziening met meer dan één klacht/probleem.

Aanbevelingen voor het werkveld

Bovenstaande resultaten tonen aan dat de welzijnszorggebruiker binnen het KANS-onderzoek kwetsbaar is op

verschillende domeinen. Hij wordt niet enkel geconfronteerd met psychisch onwelbevinden en/of financiële kwetsbaarheid, maar scoort ook slecht op de gezondheidsindicatoren. Voornamelijk bij de meest kwetsbare groep, namelijk personen die zowel financiële kwetsbaarheid als psychisch onwelbevinden ervaren, wordt de gezondheidstoestand als slecht beoordeeld en kan er een hoge prevalentie van chronische aandoeningen vastgesteld worden.

Het is belangrijk om binnen het hulpverleningsproces rekening te houden met de gezondheidstoestand van de zorggebruiker en te detecteren welke rol die speelt in de problematische situatie waarin iemand zich bevindt. Op welke manier kan de gezondheidstoestand in verband gebracht worden met andere problemen die zich voordoen? Welke stappen kunnen ondernomen worden om die problemen efficiënt aan te pakken?

De analyses tonen bovendien aan dat meer dan één op drie zorggebruikers zich aanmeldt met meer dan één klacht. Ongeveer de helft van de zorggebruikers ontvangt ook nog hulp voor problemen, anders dan de initiële klacht(en).

Aangehaalde conclusies suggereren dat het belangrijk is om te streven naar een geïntegreerde, patiëntgerichte zorg, waarbij aandacht besteed wordt aan de verschillende problemen en de zorggebruikers efficiënt doorverwezen worden naar gezondheidszorg en welzijnszorgverlening in de tweede lijn.

Aanbevelingen voor de overheid

Het beleid kan een cruciale rol vervullen bij het optimaliseren van de (toegang tot) welzijnszorg en gezondheidszorg. Bovendien is er nood aan meer afstemming tussen welzijnszorg en gezondheidszorg op de eerste lijn (horizontale integratie).

De onderzoeksbevindingen kunnen aanleiding geven tot een aantal duidelijke conclusies en aanbevelingen:

- Uitbouw van een meer performante instroom in welzijn en gezondheid, met grotere onderlinge afstemming: de drie historisch ontwikkelde voorzieningen (dienst maatschappelijk werk, OCMW, CAW) kunnen, gezien de overlap in problematieken, geleidelijk aan evolueren naar één generalistische toegangspoort voor welzijn, die laagdrempelig op territoriale basis wordt aangeboden, en goede dwarsverbanden heeft met de sector gezondheidszorg. Hiervoor kan een stappenplan worden ontwikkeld waarbij de band met het Lokaal Sociaal Beleid bijzonder belangrijk is.
- Wat betreft de uitbouw van dwarsverbanden tussen welzijn en gezondheid moet op verschillende lijnen actie worden ondernomen: op het niveau van de opleiding, op het niveau van de beeldvorming, op het niveau van de informatiedoorstroming (meer uniforme registratie- en classificatiesystemen) en op het niveau van de diagnostische en therapeutische strategieën. Dit is een traag proces dat progressief moet worden uitgebouwd.

- Om dit te realiseren is er eerst een maatschappelijk draagvlak nodig. De minister zou ter zake kunnen vragen om een algemeen advies voor te bereiden aan de Strategische Adviesraad Welzijn Gezondheid en Gezin, waar de verschillende sectoren vertegenwoordigd zijn. Dit advies zou kunnen worden gestoeld o.a. op de gegevens van SWVG.

Referenties

Burton, M. & Grusky, D. (1992). A Quantitative History of Comparative Stratification Research, *Contemporary Sociology*, 21, 623-31.

Hermans, K., Demaerschalk, M., Declercq, A., Vanderfaellie, J., Maes, L., De Maeseneer, J. en Van Audenhove, C. (2008). *De selectie van de SWVG-onderzoeksregio's*. Werknota Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Van Der Heyden, J., Gisle, L., Demarest, S., Drieskens, S., Hesse E. en Tafforeau J. (2010a). *Gezondheidsenquête België 2008. Rapport I: Gezondheidstoestand*. Operationele Directie Volksgezondheid en surveillance, Brussel, Wetenschappelijk instituut Volksgezondheid

Demarest, S., Drieskens, S., Gisle, L., Van der Heyden, J. en Tafforeau J. (2010b) *Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport V – Sociaal-Economische Ongelijkheden in Gezondheid* Operationele Directie Volksgezondheid en surveillance, Brussel Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

Whooley, M. A., Avins, A.L., Miranda, J. & Browner, W.S. (1997). Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *Journal of general internal medicine*, 12(7): 439-445.

De Maeseneer, J. & Van Audenhove, Ch. (2011) *KANS - Theoretische achtergronden en onderzoeksopzet*. Rapport Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Contactgegevens SWVG

U kan contact opnemen met het Steunpunt WVG via swvg@med.kuleuven.be



Vrije
Universiteit
Brussel



SWVG

Kapucijnenvoer 39
B-3000 Leuven

0032 16 33 70 70

swvg@med.kuleuven.be
www.steunpuntwvg.be

V.U.: Ch. Van Audenhove