

Gezondheid en gezondheidsgedrag in het Vlaamse Gewest: verschillen naargelang het huishoudtype

Martine Corijn

Studiedienst van de Vlaamse Regering

Vlaamse overheid



Gezondheid en gezondheidsgedrag in het Vlaamse Gewest: verschillen naargelang het huishoudtype

Martine Corijn



Samenstelling

Diensten voor het Algemeen
Regeringsbeleid
Studiedienst van de Vlaamse Regering

Martine Corijn

Leescomité

Ann Carton, Marc Callens, Josée Lemaître,
Edith Lodewijckx, Ronald Schoenmaeckers

Verantwoordelijke uitgever

Josée Lemaître
Administrateur-generaal
Boudewijnlaan 30 - bus 23
1000 Brussel

Lay-out cover

Diensten voor het Algemeen
Regeringsbeleid
Communicatie
Patricia Van Dichel

Druk

Acco Drukkerij

Depotnummer

D/2008/3241/018

Bestellingen

<http://publicaties.vlaanderen.be>

INHOUDSTAFEL

1. Inleiding	1
1.1. Leefsituatie en gezondheid	1
1.2. Kwaliteit van de leefsituatie en huishoudtype	2
1.3. Gezondheid en huishoudtype	3
1.4. Opbouw van het document	4
2. Huishoudens in het Vlaamse Gewest	6
2.1. Trends sinds 1991 en trends voor de toekomst	6
2.2. Huishoudtypes doorheen de levensloop	8
3. Databron, onderzoekspopulatie en variabelen	9
3.1. Databron en onderzoekspopulatie	9
3.2. Verschillen in gezondheid en gezondheidsgedrag	10
3.3. Verschillen tussen huishoudtypes	11
4. De subjectieve gezondheid naargelang het huishoudtype	13
5. De fysieke gezondheid naargelang het huishoudtype	17
6. De psychische gezondheid naargelang het huishoudtype	21
7. De sociale gezondheid naargelang het huishoudtype	27
8. Risicogedrag naargelang het huishoudtype	31
9. Preventief gedrag naargelang het huishoudtype	35
10. Gebruik van gezondheidsvoorzieningen naargelang het huishoudtype	39
11. Samenvatting en aandachtspunten voor het beleid	45
Literatuur	49
Bijlage	51
Lijst van tabellen	53
Lijst van figuren	54

1. Inleiding

Vlamingen beschikken over een relatief goede gezondheid. Dit kunnen we onder meer afleiden uit het feit dat Vlaamse mannen en vrouwen tegenwoordig bij de geboorte een levensverwachting hebben van respectievelijk 77,6 jaar en 82,9 jaar (FOD Economie, Afdeling Statistiek). Het aantal jaren dat men in goede gezondheid leeft, neemt ook toe; voor mannen is dit iets meer en voor vrouwen is dit iets minder dan drie vierden van hun leven (Deboosere et al., 2006). Minstens 8 op 10 Vlamingen zijn tevreden over hun gezondheidstoestand. Hiertegenover staat echter dat 1 op 5 Vlamingen aangeeft een fysieke chronische aandoening te hebben en dat 1 op 5 een psychisch probleem ervaart (HIS-team, 2006). Daarnaast blijkt dat het gebruik van slaapmiddelen, kalmeermiddelen en antidepressiva voortdurend toeneemt. De Vlaamse zelfdodingscijfers behoren tot de hoogste in Europa (VRIND, 2008). De belangrijkste doodsoorzaken in ons land zijn longkanker en borstkanker, verkeersongevallen, zelfmoord en ischemische hartziekten (Gadeyne, 2006). De eigen levensstijl speelt een belangrijke rol bij een aantal van deze doodsoorzaken.

Aansluitend bij een ruime definitie van gezondheid is het ultieme doel van het gezondheids- en welzijnsbeleid in Vlaanderen dat iedereen 'fit in het lijf en fit in het hoofd' is. Door hun levensstijl vrijwaren sommige mensen hun gezondheid van problemen; anderen bedreigen en schaden hierdoor hun eigen gezondheid. Het tabaksgebruik daalt pas sinds kort. Het overmatige alcoholgebruik daalt alsnog niet. Zwaarlijvigheid vormt een steeds groter probleem in onze samenleving.

In oktober 2008 legde de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin de Vlaamse gezondheidsdoelstelling rond voeding en beweging voor de periode 2008-2015 vast, aangevuld met een actieplan (Vanackere, 2008). Sinds enkele jaren richt het Vlaamse beleid zich met nadruk op de preventieve gezondheidszorg door de uitvoering van het preventiedecreet. Belangrijke aspecten van deze preventie betreffen het middelengebruik, de kankerpreventie, de ongevallenpreventie, de infectieziekten en de vaccinaties. De preventiecampagnes van de overheid inzake borstkanker en griepvaccinatie zijn succesvol en dus efficiënt gebleken. Ook inzake de psychische gezondheid benadrukt het beleid het belang van preventie in de geestelijke gezondheidszorg (Vervotte, 2006).

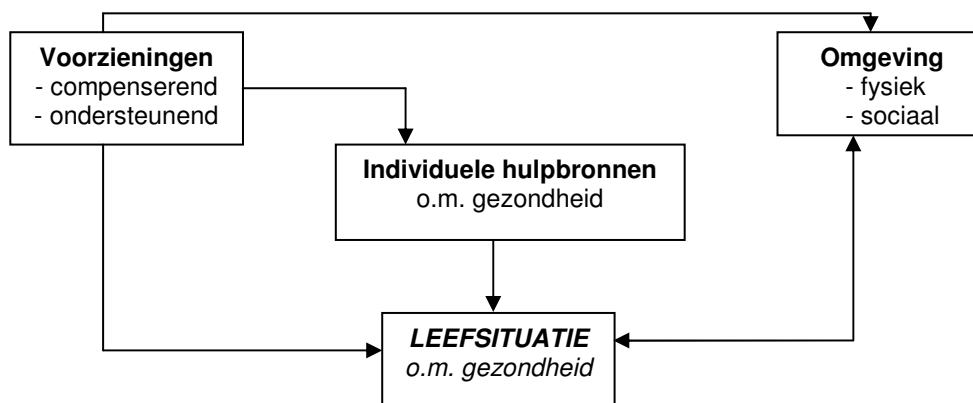
1.1. Leefsituatie en gezondheid

In Nederland plaatst het Sociaal Cultureel Planbureau in zijn onderzoek de (geobjectiverde) kwaliteit van de leefsituatie centraal (SCP, 2001, 2005). Naast de gezondheid vormen vrijetijdsbesteding, vakantiegedrag, sociale contacten en maatschappelijke participatie, het bezit van duurzame consumptiegoederen, mobiliteit, veiligheid en huisvesting, aspecten van deze geobjectiverde levenskwaliteit (Roes, 2005). De mate waarin mensen een goede levenskwaliteit kunnen realiseren, is afhankelijk van veel factoren. Deze factoren kunnen worden gegroepeerd als individuele hulpbronnen, omgevingsfactoren en voorzieningen (figuur 1.1). Het opleidingsniveau, de activiteitsstatus en het inkomen zijn belangrijke *individuele hulpbronnen*. Zij bepalen in sterke mate of en hoe mensen de kans krijgen om hun leefsituatie in positieve zin te beïnvloeden. De *gezondheid* neemt in dit model een aparte plaats in. Het is immers zowel een individuele hulpbron als een aspect van de (kwaliteit van de) leefsituatie. Wie een goede gezondheid heeft, beschikt over een krachtige hulpbron om allerlei andere hulpbronnen te verwerven (onderwijs, arbeid, inkomen) en te benutten, alsook om deel te nemen aan het maatschappelijke leven. Gezonde mensen hebben ook meer kansen om de kwaliteit van hun leven te optimaliseren. Gezondheidsproblemen daarentegen belemmeren het verwerven van hulpbronnen en beperken de deelname aan het maatschappelijke leven. Gezondheid is uiteraard ook een uitkomst van het samenspel van individuele hulpbronnen, maatschappelijke omstandigheden en beschikbare zorgvoorzieningen, waardoor men al dan niet belemmeringen in het dagelijkse functioneren ervaart.

De *maatschappelijke omgeving* is een belangrijke beïnvloedende factor van de leefsituatie. Deze omgeving betreft zowel de fysieke en sociale kenmerken van de regio en de buurt, de fysieke kenmerken van de woning als de directe sociale omgeving.

De beschikbaarheid van, de toegankelijkheid tot en het gebruik van *collectieve voorzieningen* beïnvloeden sterk de kwaliteit van de leefsituatie. Het gebruik van voorzieningen is soms een indicator van de mate waarin men over hulpbronnen beschikt of zal beschikken, soms is het een indicator van de ondersteuning bij het verwerven van hulpbronnen of van de compensatie die men ontvangt. De gezondheidszorg biedt mensen enerzijds ondersteuning bij het behouden van een goede gezondheid, maar vooral bij het herstellen van gezondheidsproblemen of bij het leven met langdurige gezondheidsproblemen. Anderzijds biedt de gezondheidszorg aan mensen met langdurige gezondheidsproblemen, met name chronisch zieken en personen met een handicap, compensatie voor functieverlies (Roes, 2005; van Campen & Schellingerhout, 2005).

Figuur 1.1 *Beïnvloedende factoren van de leefsituatie*



Bron: Boelhouwer, 2005 p. 299

1.2. Kwaliteit van de leefsituatie en huishoudtype

Het huishouden waartoe iemand behoort, vormt zijn meest directe sociale omgeving. We kunnen dan ook vermoeden dat het huishoudtype een impact heeft op de kwaliteit van de leefsituatie.

In het Nederlandse onderzoek van het Sociaal Cultureel Planbureau wordt vastgesteld dat de (geobjectiveerde) kwaliteit van de leefsituatie (zie 1.1) verschilt naargelang het huishoudtype (Boelhouwer, 2005). In Nederland scoorden in 2004 bv. paren zonder inwonende kinderen het hoogst inzake de kwaliteit van hun leefsituatie. De alleenwonenden scoorden het laagst. De alleenstaande ouders (met uitsluitend minderjarige kinderen) bevonden zich ergens tussenin. Anders uitgedrukt gold dat in de groep met een goede leefsituatie paren met inwonende minderjarige kinderen waren oververtegenwoordigd (49% tegenover 35% in de totale bevolking). Alleenwonenden waren in deze groep sterk ondervertegenwoordigd (9% tegenover 21% in de totale bevolking). In de groep met een slechte leefsituatie woonde 1 op 2 alleen (tegenover 21% alleenwonenden in de totale bevolking) en was 1 op 25 een alleenstaande ouder (analoog aan het aandeel van 4% in de totale bevolking). Vooral paren met inwonende minderjarige kinderen waren ondervertegenwoordigd in de groep met een slechte leefsituatie (15% tegenover 35% in de totale bevolking). Nog anders gesteld: als 14% van de Nederlanders een slechte leefsituatie heeft en 18% een goede leefsituatie, dan is dit aandeel bij de alleenwonenden respectievelijk 33% en 8% en bij de paren met inwonende minderjarige kinderen respectievelijk 6% en 24%.

De verschillen inzake de kwaliteit van de leefsituatie naargelang het huishoudtype hangen samen met het feit dat (de personen in) deze huishoudtypes ook verschillen inzake de factoren die de kwaliteit van de leefsituatie beïnvloeden. Zo beschikken personen in de onderscheiden huishoudtypes niet in dezelfde mate over individuele hulpbronnen.

Aangezien personen over meerdere hulpbronnen beschikken of niet beschikken, die cumuleren of compenseren, moet voor deze onderlinge samenhang (via multivariate analyses) worden gecontroleerd. Dit soort resultaten toont aan dat in Nederland in 2004 de verschillen inzake de kwaliteit van de leefsituatie vooral samenhangen met inkomensverschillen en met opleidingsverschillen. Leeftijdverschillen komen pas op de derde plaats. De variatie in de aard van de inkomensbron en in de mate van gezondheid komt pas op een gedeelte vierde plaats. De arbeidsmarktpositie en het huishoudtype staan op een gedeelte vijfde plaats (Boelhouwer, 2005). Met andere woorden, vooral een hoger inkomen, maar ook een hoger opleidingsniveau, gaan samen met een kwalitatief beter leven. Daarnaast geldt ook dat hoe ouder men is, hoe beter de kwaliteit van het leven is dat men leidt; dit na controle voor de inkomens- of opleidingsverschillen die doorgaans samenhangen met de leeftijd. Andere factoren, zoals de kwaliteit van de gezondheid en de aard van het huishoudtype, spelen hiernaast nog slechts een beperkte rol.

De vastgestelde verschillen inzake de kwaliteit van de leefsituatie tussen de onderscheiden huishoudtypes ontstaan dus grotendeels door het feit dat (personen uit deze) huishoudtypes van elkaar verschillen inzake hulpbronnen zoals inkomen en opleiding. Ze ontstaan niet door verschillen inzake de kwaliteit van de gezondheid als hulpbron of door de aard van het huishoudtype als hulpbron of als directe sociale omgeving.

1.3. Gezondheid en huishoudtype

De gezondheid kan variëren naargelang het type huishouden waartoe men behoort. Resultaten uit de Belgische Gezondheidsenquêtes laten bv. zien dat het oordeel over de eigen gezondheid samenhangt met het huishoudtype. Personen (van 15 jaar en ouder) die hun gezondheid als slecht (niet goed)¹ beoordelen, wonen vooral alleen of enkel met een partner (Beck et al., 2002; Hardonk et al., 2004; Deboosere et al., 2006). Ruim 1 op 3 alleenwonenden en bijna 1 op 3 partners uit paren zonder inwonende kinderen noemden in 2001 hun eigen gezondheid niet goed. Deze personen hebben ook het vaakst een chronische aandoening en ervaren ook tevens het vaakst continu beperkingen omwille van die aandoening (tabel 1.1).

Ook in Nederland noemde in 2003 (binnen de bevolking van 16 jaar en ouder) 31% van de alleenwonenden de eigen gezondheid niet goed tegenover 21% van de samenwonenden (van Campen & Schellingerhout, 2005).

Tabel 1.1 Subjectieve gezondheid naargelang het huishoudtype, België, 2001 (%)

	Geen goede gezondheid	Chronische aandoening	Altijd beperkingen door chronische aandoening
Alleenwonend	35	41	46
Paar zonder inwonende kinderen	31	36	39
Paar met inwonende kinderen	15	19	31
Eenoudergezin	20	29	34
<i>Totaal (N=10.193)</i>	<i>23</i>	<i>29</i>	<i>38</i>

Onderzoekspopulatie: personen van 15 jaar en ouder
Bron: Deboosere et al. (2006)

Resultaten uit de Gezondheidsenquêtes (van 2001 en 2004 samen) voor het Vlaamse Gewest bevestigen de minder goede gezondheid van de alleenwonenden, ook bij de 18- tot 65-jarigen (De Boyser, 2007) (tabel 1.2). Binnen deze leeftijdsgroep - zonder de oudere bevolking - noemt bijna 1 op 4 alleenwonenden en bijna 1 op 5 partners uit paren zonder inwonende kinderen hun eigen gezondheid niet goed. Kinderen (van 18 jaar en ouder) en partners uit tweeoudergezinnen percipiëren hun gezondheid het meest gunstig.

¹ Beoordeling van de eigen gezondheid als matig, slecht of zeer slecht.

Tabel 1.2 Subjectieve gezondheid naargelang het huishoudtype, Vlaams Gewest, 2001 en 2004 samen (%)

	Geen goede gezondheid	Chronische aandoening	Altijd beperkingen door chronische aandoening
Alleenwonend	24	30	10
Paar zonder inwonende kinderen	18	24	8
Paar met inwonende kinderen	12	15	5
Eenoudergezin	19	22	8
<i>Totaal (N= 5.518)</i>	<i>16</i>	<i>22</i>	<i>7</i>

Onderzoekspopulatie: personen van 18 tot 65 jaar
Bron: De Boyser, 2007

Deze beschrijvende resultaten zijn informatief, maar laten een aantal vragen onbeantwoord. In de eerste plaats doorkruist de leeftijd van de betrokkenen deze vaststellingen. Zijn er niet gewoon meer alleenwonenden met een minder goede gezondheid omdat alleenwonenden hoe dan ook gemiddeld genomen ouder zijn dan de anderen? Zijn er niet gewoon meer tweeoudergezinnen in goede gezondheid omdat de gezondheid van de inwonende kinderen van 18 jaar en ouder uit deze gezinnen wordt meegerekend? Daarnaast doorkruisen ook socio-economische kenmerken deze gegevens. Zijn er meer eenoudergezinnen zonder goede gezondheid omdat deze gezinnen over minder middelen beschikken om hun gezondheid te handhaven of te verzorgen? Tenslotte doorkruisen ook omgevingsfactoren deze resultaten. Alleenwonenden wonen vaker in de stad en misschien maakt dit hen (eveneens) ongezonder?

In deze studie zullen we nagaan of de hierboven vastgestelde verschillen inzake gezondheid blijven bestaan als we er rekening mee houden dat (personen uit) deze huishoudtypes ook inzake andere kenmerken van elkaar verschillen. Hierdoor zullen we beter kunnen antwoorden op de vraag of het al dan niet samenwonen met een partner en/of het al dan niet samenwonen met kinderen iets uitmaakt voor de gezondheid en voor het gezondheidsgedrag van de Vlamingen.

Als de ervaren gezondheid samenhangt met het type huishouden waartoe men behoort, dan kan een veranderende samenstelling van de bevolking naar huishoudtypes op zich leiden tot een verandering van de gezondheid van de bevolking. Als bepaalde huishoudtypes in de toekomst steeds frequenter zouden voorkomen, bv. de alleenwonenden, dan zou men bij het constant blijven van allerlei andere beïnvloedende factoren kunnen verwachten dat enkel en alleen omwille van deze veranderende samenstelling van de huishoudens de gezondheid van de bevolking gaat afnemen.

In Nederland heeft men bv. vastgesteld dat sinds het begin van de jaren '80 het percentage inwoners dat zijn gezondheid (zeer) goed noemt lichtjes daalt. Maar deze lichte daling komt (bijna uitsluitend) doordat het aandeel ouderen en chronisch zieke personen in de loop van die periode is toegenomen, en precies deze mensen ervaren een minder goede gezondheid. Na controle voor de veranderende samenstelling van de bevolking, bleek er geen sprake te zijn van een daling van de ervaren gezondheid (Van Campen & Schellingerhout, 2005).

1.4. Opbouw van het document

In deze studie willen we dus nagaan of in het Vlaamse Gewest de verschillen tussen de huishoudtypes inzake allerlei aspecten van de gezondheid en het gezondheidsgedrag stand houden als we controleren voor factoren die zowel met gezondheidsverschillen als met verschillen tussen huishoudtypes samenhangen. Daarom bespreken we in *hoofdstuk 2* kort de evolutie van de huishoudtypes in het Vlaamse Gewest. In *hoofdstuk 3* stellen we de factoren voor die samenhangen met verschillen in gezondheid en gezondheidsgedrag. We geven tevens aan dat (personen uit bepaalde) huishoudtypes van elkaar verschillen op dezelfde factoren. In dit hoofdstuk stellen we ook de databron en de onderzoekspopulatie voor deze studie voor.

In de hoofdstukken *4 tot en met 7* bespreken we respectievelijk de verschillen inzake de subjectieve, de fysieke, de psychische en de sociale gezondheid naargelang het huishoudtype; enerzijds niet gecontroleerd voor andere relevante kenmerken, anderzijds wel. In *hoofdstuk 8 en 9* gaan we na of risicogedrag en preventief gedrag verschilt naargelang het huishoudtype, voor en na controle voor andere relevante kenmerken. In *hoofdstuk 10* gaan we na of er verschillen tussen de huishoudtypes optreden in het gebruik van gezondheidsvoorzieningen, zonder of met controle voor andere relevante kenmerken. We sluiten af met een samenvatting en met aandachtspunten voor het beleid.

2. Huishoudens in het Vlaamse Gewest

De samenstelling van de huishoudens in het Vlaamse Gewest is de voorbije decennia gewijzigd en zal de komende decennia verder wijzigen (Lodewijckx, 2008). We geven een korte schets van de trends in 2.1. Huishoudens kunnen worden ingedeeld in een aantal *huishoudtypes* (bv. de eenoudergezinnen). Binnen een bepaald huishoudtype neemt elk lid een bepaalde *positie* in (bv. een ouder of een kind in een eenoudergezin). In 2.2. schetsen we op welke leeftijden bepaalde posities uit de diverse huishoudtypes meer of minder voorkomen.

2.1. Trends sinds 1991 en trends voor de toekomst

In het Vlaamse Gewest is tussen 1991 en 2007 het aantal inwoners gestegen met 6,5% en het aantal huishoudens met 14%. In 2004 werd de kaap van de 6 miljoen inwoners overschreden. Voor het Vlaamse Gewest wordt geschat dat in 2025 het aantal inwoners 6.223.000 zal bereiken. Binnen een scenario van respectievelijk een zwakke en een sterke gezinsverdunding zou dit samengaan met een stijging van het aantal huishoudens tot respectievelijk 2.790.000 en 2.840.000 huishoudens (Willems, 2006).

Het gemiddelde aantal huishoudleden daalde van 2,54 in 1991 naar 2,36 in 2007. Binnen een toekomstscenario van een verdere zwakke gezinsverdunding zou zowel het aantal eenpersoonshuishoudens als het aantal tweepersoonshuishouden tot 2025 blijven toenemen (Willems, 2007). Het gaat telkens om een toename met 25%, waardoor in 2025 33% van alle huishoudens eenpersoonshuishoudens en 38% tweepersoonshuishoudens zouden zijn.

In tabel 2.1 schetsen we voor het Vlaamse Gewest de veranderingen inzake de posities die de mensen innemen binnen een bepaald huishoudtype. Voor een uitgebreide beschrijving van de veranderingen in de huishoudposities tussen 1990 en 2007 in het Vlaamse Gewest verwijzen we naar Lodewijckx (2008). In het kader van het COVIVE-project hebben Surkeyn et al. (2008) projecties inzake huishoudposities voor 2021 gemaakt (tabel 2.1). Veranderingen in de verdeling van de huishoudtypes zijn ontstaan en zullen blijven ontstaan enerzijds door veranderingen in de leeftijdsopbouw van de bevolking (bv. tengevolge van de veroudering van de bevolking) en anderzijds door gedragsveranderingen van personen/huishoudens (bv. relatieontbinding). Lodewijckx (2004) heeft bv. het respectievelijke aandeel van beide componenten berekend inzake de toename van het aandeel alleenwonenden.

In 1991 woonden in het Vlaamse Gewest bijna 10% van de inwoners alleen; in 2007 was dit aandeel gestegen tot ruim 12%. Deze toename berust vooral op de groei van het aantal alleenwonende mannen. De toename van de eenpersoonshuishoudens of alleenwonenden zet zich verder door: 1 op 7 Vlamingen zal in 2021 alleen wonen.

Tabel 2.1 Geobserveerde en verwachte evolutie van de bevolking naargelang de positie in bepaalde huishoudtypes in het Vlaamse Gewest (%)

	1991	2007	2021
<i>Alleenwonenden</i>	9,6	12,4	14,8
Mannen	3,9	5,7	
Vrouwen	5,6	6,7	
<i>Samenwonende paren zonder inwonende kinderen</i>	20,2	24,2	25,9
Partner in gehuwd paar	19,0	20,0	20,5
Partner in ongehuwd paar	1,2	4,2	5,4
<i>Samenwonende paren met inwonende kinderen</i>	60,1	51,0	44,5
Partner in gehuwd paar met inwonende kinderen	30,7	23,2	16,7
Partner in ongehuwd paar met inwonende kinderen	0,8	3,6	5,2
Kind bij gehuwd paar	27,9	21,4	16,9
Kind bij ongehuwd paar	0,7	2,8	5,7
<i>Alleenstaande ouder met inwonende kinderen</i>	6,3	8,4	9,7
Vader	0,5	0,6	3,3
Moeder	2,0	2,7	
Kind bij alleenstaande ouder	3,8	5,1	6,4
<i>Andere en onbekende huishoudpositie</i>	2,8	2,8	3,6
<i>In collectief huishouden</i>	0,9	1,2	1,5
N (100%)	5.739.710	6.117.440	6.442.408

Populatie: totale bevolking wonend in het Vlaamse Gewest

Bron: SVR-bewerking van een Rijksregisterbestand en Surkeyn et al. (2008)

Het aandeel partners in gehuwde paren zonder inwonende kinderen blijft nagenoeg gelijk over de voorbije en toekomstige periode. Het aandeel partners in gehuwde paren met inwonende kinderen daalde sterk de voorbije jaren (van 31% naar 23%) en zal de komende jaren nog verder dalen (tot 17%). Het aandeel personen dat leeft als ongehuwd samenwonende partners (met of zonder inwonende kinderen) is de voorbije jaren verviervoudigd (van 2% naar 8%), maar bleef op een laag niveau. De komende jaren stijgt het verder tot 11%. Het aandeel alleenstaande ouders steeg van 2,5% naar 3,3% en blijft de komende jaren op dat niveau. De stijging van het aandeel ongehuwd samenwonende partners was de voorbije jaren net voldoende om de daling van het aandeel gehuwd samenwonende partners te compenseren. Binnen de totale bevolking² van het Vlaamse Gewest bleef het aandeel personen dat samenwoont met een partner sinds 1991 op ongeveer de helft; in 2021 wordt de 50% niet meer gehaald.

Het huishoudtype dat de grootste groei kende en zal kennen, betreft het ongehuwd samenwonen met inwonende kinderen; hoewel anno 2021 amper 11% van de totale Vlaamse bevolking zo zal wonen.

De sterke daling van het aandeel gehuwde partners met kinderen in de totale bevolking wordt niet gecompenseerd door de stijging van het aandeel ongehuwde partners met kinderen en de lichte stijging van het aandeel alleenstaande ouders. In 1991 hadden 1 op 3 van alle Vlamingen inwonende kinderen; in 2021 zou dit nog 1 op 4 zijn. De aard van het ouderschap wijzigt hierbij wel: het zal in 2021 nog slechts in 2 op 3 gevallen gehuwd ouderschap betreffen.

² Lodewijckx (2008) komt tot een andere conclusie omdat ze enkel rekening houdt met de (gehuwde en ongehuwde) samenwonende partners van 20 jaar en ouder; een leeftijdsafbakening die meer voor de hand ligt als men het over samenwonende partners heeft.

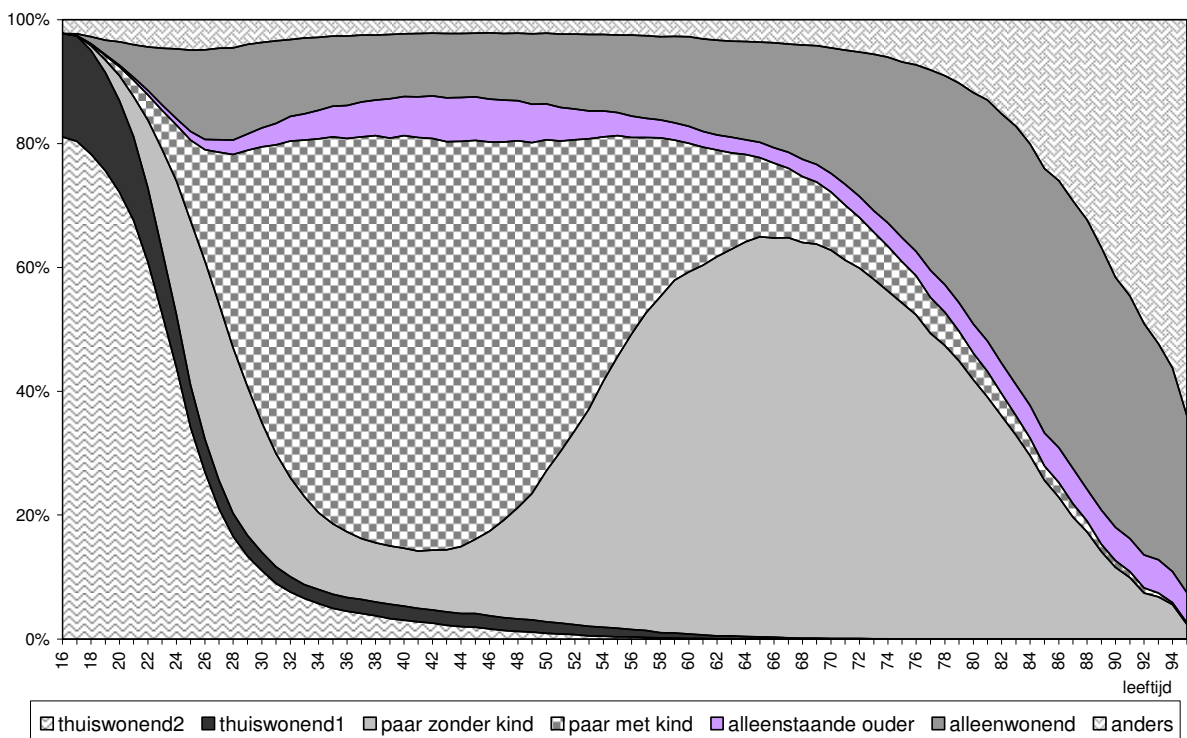
De hierboven aangegeven toename van de tweepersoonshuishoudens lijkt te zullen gaan om een verdere toename deels van de ongehuwde paren zonder inwonende kinderen en deels van de (enige) kinderen bij alleenstaande ouders. Het lijkt in elk geval niet te zullen gaan om een toename van het aandeel gehuwde paren zonder inwonende kinderen, want dit aandeel blijft sinds jaren constant.

2.2. Huishoudtypes doorheen de levensloop

De positie (bv. als partner, ouder of kind) die men binnen een bepaald huishoudtype inneemt, verandert naargelang de leeftijd. In figuur 2.1 wordt geschetst hoe de bevolking van 16 jaar en ouder uit het Vlaamse Gewest verdeeld is over de verschillende posities. Hoewel de grote stadia van de vorming en de ontbinding van een gezin duidelijk merkbaar zijn, nemen bijna alle andere posities op alle leeftijden eveneens een zichtbare plaats in.

- Als kind inwonen bij ouders – zowel bij twee ouders [thuiswonend2] als bij één ouder [thuiswonend1], zowel bij gehuwde als bij ongehuwde ouders – is nog steeds de positie van bijna alle 16-jarigen. Maar deze positie blijft een zichtbaar aandeel behouden tot voorbij leeftijd 50.
- Samenwonen met een partner zonder inwonende kinderen [paar zonder kind] komt voor rond leeftijd 30, maar kent vooral vanaf leeftijd 45 een sterke toename; het gaat pas weer dalen vanaf leeftijd 70.
- Samenwonen met een partner en met kinderen [paar met kind] is vooral eigen aan dertigers. Het aandeel van deze huishoudpositie daalt reeds vanaf leeftijd 40.
- Alleenstaande ouders [alleenstaande ouder] vormen een klein aandeel. Ze komen echter op alle leeftijden voor, maar bereiken een verhoogd aandeel bij jonge veertigers (tengevolge van (echt)scheiding).
- De positie van alleenwonende [alleenwonend] is zeldzaam op jongere leeftijd, maar neemt vanaf 40 jaar een steeds groter aandeel in (tengevolge van (echt)scheiding), om na leeftijd 80 een hoogtepunt (tengevolge van verweduwing) te bereiken.
- Vanaf leeftijd 70, maar vooral vanaf leeftijd 80, neemt het resttype [anders] toe; dit komt door het stijgende aandeel personen in een collectief huishouden.

Figuur 2.1 Posities binnen huishoudtypes naargelang de leeftijd, Vlaams Gewest, 2004 (%)



Bron: SVR-bewerking van Rijksregistergegevens

3. Databron, onderzoekspopulatie en variabelen

3.1. Databron en onderzoekspopulatie

Voor de analyses van verschillen inzake gezondheid en gezondheidsgedrag naargelang het huishoudtype maken we in deze studie gebruik van gegevens die het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid in 2004 in België verzamelde via de Belgische Gezondheidsenquête: Health Interview by Survey of HIS04 (HIS-team, 2006). Per huishouden dat zijn medewerking verleent, worden telkens maximaal 4 personen geïnterviewd. De referentiepersoon van het huishouden en – indien van toepassing – de partner dienden steeds te worden bevroegd.

In het Vlaamse Gewest namen in 2004 2.183 huishoudens en 4.513 personen van 15 jaar en ouder deel aan het onderzoek. Elke geselecteerde persoon van 15 jaar en ouder uit een huishouden kreeg mondeling vragen over de gezondheid, het gezondheidsgedrag en de medische consumptie. Aspecten van de mentale gezondheid, alsook vragen omtrent het alcohol- en tabaksgebruik, kwamen aan bod in een schriftelijke vragenlijst. In de HIS04-enquête werd ook informatie verzameld over het huishouden waartoe iemand behoort: de grootte en samenstelling van het huishouden, het inkomen van het huishouden, de woning en omgevingskenmerken van het huishouden.

In sommige studies, worden uiteenlopende posities uit eenzelfde huishoudtype samengevoegd (Beck et al., 2002; Hardonk et al., 2004, De Boyser, 2007). Kinderen (van 15 jaar en ouder), partners/ouders en andere inwonenden uit tweeoudergezinnen worden bv. samengevoegd in het huishoudtype ‘tweeoudergezin’. Zo een huishoudtype omvat echter een grote heterogeniteit bv. inzake leeftijd van de betrokkenen. Andere studies kiezen ervoor om de (economische) afhankelijkheid van de kinderen in rekening te brengen bij het afbakenen van de huishoudtypes (FOD Economie, 2005). Door bv. enkel personen uit twee- en eenoudergezinnen met afhankelijke kinderen te onderscheiden, komen heel wat personen uit gezinnen met kinderen die niet meer afhankelijk zijn in een zeer heterogene restcategorie terecht.

In deze studie opteren we ervoor om de onderzoekspopulatie te beperken tot de *referentiepersonen van een huishouden en hun eventuele partner*. Voor alleenwonenden valt de positie binnen het huishouden samen met het huishoudtype. Uit huishoudens met samenwonende partners selecteren we enkel de gegevens van de samenwonende partners, niet deze van hun eventueel inwonende kinderen of van eventueel andere inwonenden. Uit eenoudergezinnen selecteren we enkel de gegevens van de alleenstaande ouder, niet deze van de inwonende (afhankelijke of onafhankelijke) kinderen noch deze van eventuele andere inwonenden.

Op deze wijze worden de *huishoudtypes* – strikt genomen de posities in het huishouden - beperkt tot meer homogene, duidelijk afgebakende, categorieën:

- *alleenwonende*;
- *alleenstaande ouder* (ongeacht de leeftijd van de inwonende kinderen);
- *partner* (referentiepersoon van de huishoudens en zijn/haar partner) in (gehuwd of ongehuwd) samenwonend paar *zonder* inwonende kinderen;
- *partner* (referentiepersoon van de huishoudens en zijn/haar partner) in (gehuwd of ongehuwd) samenwonend paar *met* inwonende kinderen (ongeacht de leeftijd van de inwonende kinderen).

Deze selectie van de referentiepersonen van een huishouden en de samenwonende partners omvat 83% van de HIS04 -populatie van 15 jaar en ouder. Inwonende kinderen van 15 jaar en ouder en inwonende ouders van de referentiepersoon en/of de partner zijn uit het bestand en de analyses verwijderd. Ook inwonende anderen en personen uit andere huishoudtypes zijn uit de analyses verwijderd (tabel 3.1).

Tabel 3.1 Onderzoekspopulatie van HIS04 in het Vlaamse Gewest en onderzoekspopulatie van deze SVR-studie

	HIS04	SVR-studie
Alleenwonend	782	782
Partner in paar zonder inwonende kinderen	1.216	1.216
Andere inwonende bij paar zonder kinderen	22	
Partner in paar met inwonende kinderen	1.529	1.529
Kind van 15 jaar en ouder of andere inwonende bij paar	402	
Alleenstaande ouder	157	157
Kind van 15 jaar en ouder of andere inwonende bij alleenstaande ouder	176	
Ander huishoudtype	65	
N (100%)	3.966	3.282

Bron: SVR-bewerking van HIS04

3.2. Verschillen in gezondheid en gezondheidsgedrag

In deze studie gaan we ervan uit dat gezondheid zowel een fysieke, psychische als sociale component bevat. Naast een focus op diverse aspecten van de gezondheid, schenken we ook aandacht aan diverse componenten van het gezondheidsgedrag. We maken hierbij een onderscheid tussen gedrag dat risico's inhoudt voor de gezondheid en gedrag dat de kwaliteit van de gezondheid bewaakt en dus een rol speelt bij de preventie van problemen met de gezondheid. Daarnaast analyseren we ook de medische consumptie, zoals die zich uit in een beroep doen op medische en aanverwante voorzieningen.

Het is gekend dat voor bepaalde aspecten van de gezondheid en van het gezondheidsgedrag verschillen optreden tussen *mannen en vrouwen*. Een aantal van deze verschillen verdwijnt als men controleert voor *leeftijd*verschillen. Dit komt omdat er meer oudere vrouwen dan mannen zijn en omdat de gezondheid doorgaans minder goed wordt naarmate men ouder wordt.

Een belangrijke groep van factoren die samenhangen met verschillen in gezondheid en gezondheidsgedrag zijn van *socio-economische* aard. Voor verklaringen van socio-economische gezondheidsverschillen verwijzen we naar Beck et al. (2002). Sociale selectietheorieën geven aan dat socio-economische verschillen ontstaan doordat verschillen in gezondheid leiden tot verschillen in socio-economische status. De sociale oorzaaktheorieën benadrukken de invloed van de socio-economische situatie op de gezondheid. De materialistische/structurele verklaringen benadrukken de rol van materiële deprivatie en armoede. De culturele/gedragmatige verklaringen leggen de nadruk op verschillen in levensstijl (en niet zozeer op levensomstandigheden) tussen bevolkingsgroepen in het verklaren van gezondheidsverschillen.

Er is een grote empirische evidentie voorhanden die aantoont dat verschillen inzake de meest diverse aspecten van de gezondheid samenhangen met socio-economische verschillen (Beck et al., 2001; Hardonk et al., 2004; HIS-team, 2006). Deze socio-economische verschillen betreffen in de eerste plaats het *opleidingsniveau* van de persoon. Lageropgeleide mannen en vrouwen sterven bv. respectievelijk 5 en 3 jaar vroeger dan hogeropgeleide mannen en vrouwen. Ze hebben respectievelijk ook ongeveer 18 en 25 gezonde jaren minder te verwachten op 25-jarige leeftijd (Bossuyt et al., 2004). De resultaten van de Belgische Gezondheidsenquêtes worden systematisch gedifferentieerd naar het opleidingsniveau van de betrokkenen (HIS-team, 2006). Ook Nederlandse resultaten geven aan dat mensen met een lager opleidingsniveau inzake diverse aspecten van de fysieke en geestelijke gezondheid lager scoren dan het gemiddelde (Van Campen & Schellingerhout, 2005).

De socio-economische verschillen inzake aspecten van de gezondheid betreffen soms de *tewerkstellingsstatus* en de *beroeps categorie* van de betrokkenen. Niet enkel de persoonlijke socio-economische kenmerken, maar tevens deze van het huishouden waartoe iemand behoort, hangen samen met aspecten van de gezondheid en van het gezondheidsgedrag. Deze verschillen betreffen differentiaties naargelang het niveau van het huishoudinkomen en

tussen eigenaars en huurders. Tot slot kunnen ook aspecten uit de *omgeving* samenhangen met gezondheidsverschillen. De (fysieke) kwaliteit van de woonomgeving, alsook de verstedelijkingsgraad van de woonplaats zijn indicatoren van mogelijke milieu-effecten op de gezondheid. De invloed van biologische en chemische omgevingsfactoren, inclusief van de huisvesting, op de gezondheid is goed gedocumenteerd (Beck et al., 2002).

In de Belgische Gezondheidsenquêtes worden dit soort kenmerken van de persoon, zijn/haar huishouden en zijn/haar omgeving bevraagd. Inzake het *opleidingsniveau* wordt in onze studie een onderscheid gemaakt tussen personen met een lager of hoger secundair onderwijsniveau, deze met een hoger secundair onderwijsniveau en de hogeropgeleiden. De *activiteitsstatus* betreft (enkel) de situatie op het moment van het interview. Voor onze studie wordt een onderscheid gemaakt tussen de werkenden en diegenen die zich expliciet gepensioneerd noemen. Alle anderen worden samengebracht in de categorie niet-werkenden. Deze laatste categorie heeft uiteraard een zeer heterogene samenstelling gaande van werklozen, arbeidsongeschikten tot huisvrouwen. De *inkomensmaat* betreft het maandelijkse inkomen van het huishouden waartoe de persoon behoort; dit inkomen is gestandaardiseerd³ naargelang de samenstelling van het huishouden. Aangezien voor 16% van de personen het inkomensgegeven niet was gekend, werd deze groep in een aparte categorie (inkomen onbekend) geplaatst. Inzake de *bewonerstitel* wordt een onderscheid gemaakt tussen enerzijds de volle eigenaars van een woning (die het proces van een eventuele afbetaling hebben beëindigd) en anderzijds de eigenaars die de woning nog afbetalen en de huurders van een woning. Deze opsplitsing verrekent een duidelijke impact op het beschikbare maandelijkse huishoudinkomen. Deze variabele hangt slecht zwak samen met het opleidingsniveau (correlatie .23) en met het inkomensniveau van het huishouden (correlatie .23) en neemt aldus een apart socio-economisch aspect op. Een element van de fysieke *woonomgeving* van het huishouden wordt gevat in een variabele die aangeeft of het huishouden al dan niet milieuproblemen in het huis en/of in de omgeving van het huis ervaart.⁴ Hoewel het Vlaamse Gewest een vrij *verstedelijkt gebied* is, kan een onderscheid worden gemaakt tussen het stedelijke milieu, het halfstedelijke en landelijke milieu, aan de hand van morfologische en functionele criteria (Mérenne, Van Der Haegen, Van Hecke, 1997). De samenhang tussen de verstedelijkingsgraad en de milieuproblemen (zie voetnoot 4) is gering (correlatie -.11).

3.3. Verschillen tussen huishoudtypes

Een beperking in studies over de samenhang tussen de gezondheid en het huishoudtype is dat niet steeds de samenhang tussen de gezondheid en het huishoudtype wordt uitgezuiverd voor de samenhang die zowel de gezondheid als (de positie in) het huishoudtype vertonen met andere relevante kenmerken (De Boyer, 2007, HIS-team, 2006). Het is uiteraard informatief om te zien of bepaalde gezondheidsproblemen en -gedragingen vaker of minder vaak voorkomen bij (personen uit) bepaalde huishoudtypes, maar dergelijke beschrijvende samenhang heeft geen enkele verklarende waarde. Hoger vermeldden we dat de gezondheid en het gezondheidsgedrag variëren naargelang een aantal kenmerken van de persoon en zijn/haar omgeving. Maar precies een aantal van deze zelfde kenmerken hangt ook systematisch samen met (de positie in) het huishoudtype.

Zo zijn er de voor de hand liggende verschillen. Voor vele aspecten van de gezondheid kan worden vastgesteld dat de kwaliteit vrij lineair afneemt met de leeftijd of dat de problemen vrij lineair toenemen naarmate men ouder is. De positie binnen het huishoudtype varieert eveneens met de leeftijd; doch neemt nooit lineair toe of af met de *leeftijd* (zie figuur 2.1). Er zijn meer alleenwonende vrouwen en meer alleenstaande moeders dan *mannen/vaders* (zie tabel 2.1), dus komen geslachtsverschillen inzake gezondheid hoe dan ook samen in deze huishoudtypes. Er zijn *socio-economische* verschillen inzake gezondheid, maar er zijn ook

³ Volgens de aangepaste OECD-schaal: de eerste persoon krijgt een gewicht van 1; elke andere volwassene krijgt een gewicht van 0,5 en elk kind (jonger dan 18) krijgt een gewicht van 0,3. Het totale huishoudinkomen wordt gedeeld door de som van de gewichten van alle huishoudleden.

⁴ Het betreft een aantal fysieke factoren die binnenshuis kunnen hinderen of die in de buurt als een probleem worden ervaren zoals geurhinder, vuilnis, vochtigheid, schimmels, elektromagnetische velden, trillingen, lawaai van autoverkeer, treinverkeer, ondernemingen en bureaus, lichtvervuiling.

socio-economische verschillen tussen de huishoudtypes. De socio-economische gradiënt van de gezondheid is goed gedocumenteerd (Beck et al., 2001; HIS-team, 2006). Het kansarmoederisico van alleenstaande ouders is eveneens goed gedocumenteerd voor Vlaanderen (Geurts, 2004; Vranken et al., 2007). De minder goede gezondheid van alleenstaande ouders kan dan misschien gedeeltelijk of zelfs geheel worden 'verklaard' door hun specifiek socio-economisch profiel.

Er kunnen gezondheidsverschillen optreden tussen mensen die in de *stad* of op het platteland wonen. Maar bepaalde huishoudtypes zijn vaker in de stad terug te vinden. Zo wonen in het Vlaamse Gewest veel meer alleenwonenden in de steden dan op het platteland en wonen paren met kinderen veel minder in de steden (Van Geel, 2005). Gezondheidsverschillen naargelang het huishoudtype kunnen dan misschien geheel of gedeeltelijk verdwijnen als hiermee wordt rekening gehouden.

In bijlage geven we de significante verschillen aan tussen de personen uit de onderscheiden huishoudtypes zoals die in onze onderzoekspopulatie op basis van de HIS04-data voor het Vlaamse Gewest naar voor komen.

Bij de analyse van de samenhang van diverse aspecten van de gezondheid en het huishoudtype zullen we in deze studie via logistische regressieanalyses nagaan of de gezondheidsverschillen tussen de huishoudtypes gehandhaafd blijven als we controleren voor de verschillen inzake geslacht en leeftijd, inzake socio-economische kenmerken van het individu en van zijn/haar huishouden, alsook inzake omgevingsaspecten die er zijn tussen de huishoudtypes. We gebruiken hiertoe odds. Odds zijn kansverhoudingen. De kans dat personen een bepaald gezondheidsprobleem hebben wordt vergeleken met de kans dat ze dat probleem niet hebben. Als 14% het probleem heeft, dan heeft 86% het probleem niet en bedraagt de odds $0,14/0,86=0,16$. Odds kunnen en mogen met elkaar worden vergeleken. De odds voor een gezondheidsprobleem bij mensen uit een bepaald huishoudtype kan worden vergeleken met deze van een ander huishoudtype. De verhouding van deze twee odds wordt een oddsratio genoemd: als de odds van de eenoudergezinnen 0,33 is en deze van de tweoudergezinnen 0,12 dan is de oddsratio gelijk aan 2,75. De kansverhouding om het gezondheidsprobleem te hebben (versus niet te hebben) is dan 2,7 groter bij de eenoudergezinnen dan bij de tweoudergezinnen (Pickery, 2006).

Voor de vergelijking van de huishoudtypes nemen we de (partners uit) tweoudergezinnen als referentiecategorie (we stellen hun odds gelijk aan 1). De oddsratio maakt duidelijk hoeveel keer groter (waarde groter dan 1) of kleiner (waarde kleiner dan 1) de kansverhouding om het gezondheidsprobleem te hebben (versus niet te hebben) is van een bepaald huishoudtype in vergelijking met de odds van de tweoudergezinnen. Via de controle voor het belang van andere relevante factoren geeft de oddsratio het kansverschil tussen de onderscheiden huishoudtypes aan, indien de personen uit deze huishoudtypes analoge kenmerken hebben voor de andere relevante factoren.

4. De subjectieve gezondheid naargelang het huishoudtype

De subjectieve beoordeling van de eigen gezondheid, ook de subjectieve of ervaren gezondheid genoemd, is een globale beoordeling die verschillende dimensies van de gezondheid omvat. Ze wordt beïnvloed door de aanwezigheid van symptomen of specifieke klachten of door de diagnose van een mogelijke ziekte door een arts. De subjectieve beoordeling van de eigen gezondheid wordt beschouwd als één van de beste gezondheidsindicatoren en dit zowel op individueel niveau als op bevolkingsniveau. Steeds weer wordt een sterke samenhang vastgesteld tussen het subjectieve gezondheidsoordeel en tal van andere indicatoren aangaande de huidige en toekomstige gezondheid. Dit oordeel is tevens een goede voorspeller van de mortaliteit (HIS-team, 2006).

Uit de resultaten van de Belgische Gezondheidsenquêtes blijkt dat, na correctie voor leeftijd, mannen en vrouwen hun eigen gezondheid op een vrij analoge wijze beoordelen. De groep met een niet goede subjectieve gezondheid neemt lineair toe met de leeftijd (HIS-team, 2006). In het oordeel over de eigen gezondheid manifesteert zich een duidelijke socio-economische variatie. Na correctie voor geslachts- en leeftijdsverschillen, blijven er aanzienlijke verschillen bestaan naargelang het opleidingsniveau van de betrokkene: bijna 1 op 2 lageropgeleiden tegenover 1 op 7 hogeropgeleiden in ons land geeft in 2004 aan niet in goede gezondheid te zijn (HIS-team, 2006). Naast de chronisch zieken en de personen met een handicap gaven in ons land in 2001 ook werklozen aan geen goede gezondheid te hebben. Mensen met een lager inkomen maken ook vaker melding van een slechte gezondheid dan mensen met een hoger inkomen (Beck et al., 2002; Hardonk et al., 2004).

Zoals eerder aangegeven (tabel 1.1 en 1.2) varieert het oordeel over de eigen gezondheid ook naargelang het huishoudtype. Aan de hand van data van de Belgische Gezondheidsenquête uit 1997 en 2001 werd aangetoond dat - zelfs als men controleert voor de invloed van geslacht, leeftijd en opleidingsniveau - vooral personen die alleen wonen en personen uit een eenoudergezin⁵ hun gezondheid als minder goed ervaren. Personen uit een tweoudergezin⁶ geven het minst vaak een minder goede gezondheid op; vooral zij beoordelen hun gezondheid dus als (zeer) goed (Beck et al., 2002; Hardonk et al., 2004). Ook inzake het gemiddelde aantal gezondheidsklachten liggen, na controle voor leeftijd, de verschillen tussen de huishoudtypes analogoog (Beck et al., 2002).

Indien we enkel het *huishoudtype* van onze afgebakende onderzoekspopulatie uit de Vlaamse HIS04-data in rekening brengen, dan valt inzake de subjectieve gezondheidsbeoordeling meteen de minder goede gezondheid van de alleenwonenden op (tabel 4.1). Ruim 1 op 3 alleenwonenden noemt de eigen gezondheid niet goed. Dit aandeel contrasteert sterk met dit van de partners/ouders uit tweoudergezinnen waar slechts 1 op 6 de gezondheid niet goed vindt.

Tabel 4.1 Geen goede gezondheid naargelang het huishoudtype, Vlaams Gewest, 2004 (%)

Alleenwonende	37
Paar zonder inwonende kinderen	25
Paar met inwonende kinderen	16
Eenoudergezin	27
<i>Totaal</i>	<i>23</i>

Onderzoekspopulatie: referentiepersonen van de huishoudens en eventuele partner
Bron: SVR-bewerking van HIS04

Aangezien zowel de gezondheid als (de positie binnen) het huishoudtype variëren naargelang eenzelfde reeks kenmerken controleren we aan de hand van een logistische regressieanalyse voor deze samenhang. In tabel 4.2 illustreren we (enkel) voor de subjectieve gezondheid hoe de variatie naargelang het huishoudtype wijzigt indien voor

⁵ Zowel de alleenstaande ouder als de studerende kinderen van 16 jaar en ouder.

⁶ Zowel de ouders als de studerende kinderen van 16 jaar en ouder.

andere relevante variabelen wordt **gecontroleerd**. In vergelijking met (partners/ouders uit) tweeoudergezinnen noemen vooral alleenwonenden (oddsratio 3,22) hun eigen gezondheid niet goed. Alleenstaande ouders (oddsratio 2,06), maar ook (partners uit) paren zonder inwonende kinderen (oddsratio 1,84) hebben eveneens meer kans⁷ om hun gezondheid niet goed te noemen (Model 1).

Tabel 4.2 Geen goede gezondheid: verschillen naargelang het huishoudtype en andere relevante variabelen, Vlaams Gewest, 2004 (oddsratio's)

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5
<i>Intercept</i>	0,18	0,14	0,11	0,12	0,08
Demografische kenmerken					
<i>Huishoudtype (ref.=paar met inwonende kinderen)</i>					
Alleenwonende	3,22***	1,84***	1,75**	1,23	1,16
Paar zonder inwonende kinderen	1,84***	1,05	0,99	0,86	0,85
Eenoudergezin	2,06**	1,76	1,68	1,38	1,35
<i>Geslacht (ref.=mannen)</i>					
Vrouwen		1,08*	0,90	0,90	0,92
<i>Leeftijd (ref.=40-49 jaar)</i>					
20-29 jaar		0,81	0,99	0,92	0,88
30-39 jaar		0,93*	1,09	1,02	1,03
50-59 jaar		1,74**	1,32	1,58	1,63
60-69 jaar		1,97***	1,17	1,41	1,48
70-79 jaar		4,52***	2,56**	2,99**	3,15**
80+ jaar		3,45***	1,79**	2,27***	2,34***
Socio-economische kenmerken van individu					
<i>Opleidingsniveau (ref.=HSO)</i>					
Lager opleidingsniveau			2,11***	1,94***	1,96***
Hoger opleidingsniveau			1,03	1,16	1,14
<i>Activiteitsstatus (ref.=werkend)</i>					
Niet-werkend			2,45***	2,25***	2,08***
Gepensioneerd			0,73	0,77	0,79
Socio-economische kenmerken van huishouden					
<i>Maandelijks inkomensniveau (ref.=midden)</i>					
Laag (<1.000 euro)				1,25	1,25
Hoog (>2.500 euro)				0,54***	0,54***
Niet gekend				0,68*	0,66*
<i>Bewonerstitel (ref.=eigenaar zonder afbetaling)</i>					
Afbetaland eigenaar of huurder				1,45*	1,37
Omgevingskenmerken					
<i>Kwaliteit woonomgeving (ref.=geen problemen)</i>					
Problemen in woonomgeving					1,30**
<i>Woonplaats (ref.=niet-stedelijk)</i>					
Stedelijk milieu					1,39*

Onderzoekspopulatie: referentiepersonen van de huishoudens en eventuele partner

Ref.=referentiecategorie met odds=1,00

*** p<0,001 ** p<0,01 * p<0,05

Bron: SVR-bewerking van HIS04

⁷ Strikt genomen betekent doorheen de tekst 'meer kans' een grotere kansverhouding en 'minder kans' een geringere kansverhouding.

De vastgestelde verschillen naargelang het huishoudtype vergen een controle voor leeftijd daar precies oudere personen vaker alleen wonen of enkel met de partner samenwonen. Bovendien moet een controle voor leeftijd samengaan met een controle voor geslacht omdat er meer oudere vrouwen dan oudere mannen zijn. Gecontroleerd voor geslachts- en leeftijdsverschillen hebben enkel alleenwonenden significant meer kans (oddsratio 1,84) om hun gezondheid niet goed te noemen (Model 2). Verschillen tussen de andere *huishoudtypes* zijn verdwenen. Vrouwen hebben – na controle voor leeftijdsverschillen – iets meer kans (oddsratio 1,08) om hun gezondheid niet goed te noemen. Met de leeftijd neemt de kans toe dat men de gezondheid niet goed noemt. Personen van 70 jaar en ouder onderscheiden zich het sterkst van de anderen.

Eén significant verschil in de ervaren gezondheid naargelang het *huishoudtype* handhaaft zich als we tevens controleren voor socio-economische kenmerken van het individu, namelijk voor zijn/haar opleidingsniveau en activiteitsstatus. Alleenwonenden blijven significant meer kans hebben (oddsratio 1,75) om hun eigen gezondheid niet goed te noemen (Model 3). Voor alleenstaande ouders is het verschil niet meer significant. Het geringe verschil tussen mannen en vrouwen verdwijnt in Model 3. Uit de literatuur is gekend dat er talrijke gezondheidsverschillen zijn naargelang het *opleidingsniveau*. In Vlaanderen zijn deze opleidingsverschillen er uitdrukkelijk inzake de subjectieve gezondheid. Lageropgeleiden hebben – zelfs na controle voor geslachts-, leeftijds- en activiteitsverschillen – ruim 2x meer kans om hun gezondheid niet goed te noemen dan anderen. Een scheidingslijn zondert zeer duidelijk de lager en lager secundair opgeleiden af van alle anderen. Zich gezond voelen en tewerkgesteld zijn en zich niet gezond voelen en niet (meer) *tewerkgesteld* hangt met elkaar samen. De odds om zich gezond versus niet gezond te voelen is bij niet-werkenden 2,5x groter dan bij werkenden. Het precieze mechanisme van de samenhang tussen gezondheid en al dan niet werken is niet voor de hand liggend; ook niet als er voor leeftijd wordt gecontroleerd. Er zijn immers zowel selectie- als ontstaansmechanismen werkzaam. Een slechte gezondheid kan de aanleiding zijn om niet (meer) te werken, maar een slechte gezondheid kan ook een gevolg zijn van werken. De groep niet-werkenden omvat diverse categorieën. Onder de niet-werkenden blijkt dat 1 op 5 werklozen alsook ruim 1 op 5 huisvrouwen de gezondheid slecht noemt. Bij diegenen die in ziekte- of invaliditeitsverlof zijn loopt dit op tot 4 op 5. Na controle voor leeftijdsverschillen hebben de gepensioneerden niet meer of minder kans om de gezondheid slecht in te schatten dan de werkenden. De leeftijdsverschillen worden gereduceerd, maar 70-plussers blijven significant meer kans hebben om hun gezondheid niet goed te noemen.

De verschillen in subjectieve gezondheid naargelang het *huishoudtype* verdwijnen volledig als we socio-economische kenmerken van het huishouden in rekening brengen, zoals het huishoudinkomen en de bewonerstitel (Model 4). De vastgestelde verschillen inzake de subjectieve gezondheid naargelang het huishoudtype (zie tabel 4.1) hangen dus blijkbaar samen met de rol van de socio-economische kenmerken waarop de onderscheiden huishoudtypes van elkaar verschillen. *Lageropgeleiden* en *niet-werkenden* behouden hun hogere kans op een slechte gezondheid. Personen uit een huishouden met een hoger *inkomen* hebben de helft minder kans (oddsratio 0,54) om hun gezondheid slecht te noemen. Ook deze met een niet-gekend huishoudinkomen hebben hier minder kans toe. Naast het opleidingsniveau (van het individu) speelt dus het (gestandaardiseerde) inkomensniveau (van het huishouden) een rol. Afbetalende *eigenaars en huurders* noemen hun gezondheid eveneens vaker slecht (oddsratio 1,45). Deze onafhankelijke invloed van de bewonerstitel kan niet verklaard worden door leeftijds- of door inkomensverschillen want hiervoor is gecontroleerd.

Los van de beschouwde persoonlijke en huishoudkenmerken blijkt dat omgevingskenmerken zoals de kwaliteit van de woonomgeving en de aard van de woonplaats tevens een rol spelen (Model 5). Personen die in een omgeving (huis of buurt) wonen met *milieuproblemen* (zie voetnoot 4 voor een toelichting), alsook personen die *in de stad wonen* hebben meer kans om een slechte gezondheid op te geven; hun oddsratio's zijn 30% hoger. Dit wijst erop dat er een directe samenhang bestaat tussen omgevingsfactoren (milieuproblemen, stedelijk gebied) en de gezondheidbeleving. Dit kan betekenen dat ongunstige milieukenmerken de gezondheid negatief beïnvloeden. Het kan echter ook betekenen dat personen met een zwakkere gezondheid gevoeliger zijn voor milieuhinder en die vaker signaleren. De invloed van de huisvesting op de gezondheid wordt in de recente literatuur steeds meer onderzocht

en bevestigd (Beck et al., 2002). Wonen in een verstedelijkt gebied – een meer objectieve maat van de aard van de woonomgeving - gaat eveneens samen met een verhoogde kans op een slechte gezondheid.

Samengevat: de veronderstelde verschillen inzake subjectieve gezondheid naargelang het huishoudtype blijken dus het resultaat te zijn van het feit dat personen uit bepaalde huishoudtypes van elkaar verschillen onder meer inzake geslacht, leeftijd en opleidingsniveau. Zich niet gezond voelen gaat samen met niet werken; niet werken gaat samen met niet gezond zijn. Gepensioneerden onderscheiden zich niet van de werkenden. Een sterke socio-economische gradiënt in de gezondheidsbeleving manifesteert zich enerzijds via een lager opleidingsniveau van het individu en anderzijds via een hoger inkomen van zijn/haar huishouden. Tevens is er een onafhankelijke invloed van gepercipieerde milieuproblemen en van meer objectieve omgevingskenmerken, zoals de verstedelijkingsgraad.

5. De fysieke gezondheid naargelang het huishoudtype

De kritiek op het subjectieve karakter van een zelfgerapporteerde en eerder algemene beoordeling van de eigen gezondheid wordt deels ondervangen door aan respondenten een meer gedetailleerde lijst van aandoeningen voor te leggen. In de Belgische HIS04-enquête wordt naar het voorkomen van bepaalde groepen van ernstige chronische fysieke aandoeningen gevraagd. Deze informatie wordt samengebracht in een samenvattende maat⁸. De comorbiditeit in de zin van de aanwezigheid van chronische ziekten die tot meer dan één ziektegroep behoren, verschilt in Vlaanderen niet tussen mannen en vrouwen, behalve op leeftijd 55-65 jaar waar meer vrouwen comorbiditeit vertonen dan mannen. De comorbiditeit stijgt exponentieel met de leeftijd. Verschillen naar opleiding zijn eveneens uitgesproken, ook na correctie voor geslacht en leeftijd: hoe hoger het opleidingsniveau, hoe minder kans op comorbiditeit (HIS-team, 2006).

Beperkingen in de dagelijkse activiteiten ten gevolge van de fysieke gezondheid kunnen worden uitgedrukt als beperkingen in functionele⁹ dagelijkse activiteiten en in instrumentele¹⁰ dagelijkse activiteiten. Inzake functionele beperkingen treden er geslachtsverschillen op; inzake instrumentele beperkingen niet. Leeftijdverschillen inzake beperkingen bij functionele activiteiten nemen vooral toe vanaf leeftijd 65; deze inzake beperkingen bij instrumentele activiteiten vooral vanaf leeftijd 75. Inzake beide soorten beperkingen treedt er een negatief verband op met het opleidingsniveau, ook na correctie voor geslacht en leeftijd (HIS-team, 2006).

Uit eerder onderzoek in ons land is gekend dat de socio-economische verschillen inzake het hebben van één of meer langdurige aandoeningen, ziekten of handicaps, alsook inzake fysieke gezondheidsklachten samenvallen met opleidingsverschillen en met verschillen inzake de activiteitsstatus (Beck et al., 2002; Hardonk et al., 2004). Lageropgeleiden rapporteren meer chronische ziekten, aandoeningen en handicaps en geven relatief gezien het meest fysieke klachten op. Werklozen rapporteren die het vaakst, werkenden het minst vaak. Het niveau van het huishoudinkomen daarentegen leidt niet tot een duidelijke variatie inzake de fysieke gezondheid (Beck et al., 2002). Personen uit huishoudens van de middelste inkomenscategorie vermeldden in 2001 bv. het vaakst langdurige aandoeningen (Hardonk et al. 2004).

De Boyser (2007) stelde bij 18- tot 65-jarigen uit het Vlaamse Gewest (gegevens uit 2001 en 2004 samen) voor allerlei aspecten van de fysieke gezondheid niet enkel sterke verschillen naargelang de activiteitsstatus, de inkomensarmoede, de bewonerstitel en de huidige nationaliteit vast, maar ook naargelang het huishoudtype. Alleenwonenden geven het vaakst één of meer langdurige aandoeningen, een ziekte of een handicap op en ze hebben het vaakst matige tot ernstige beperkingen door langdurige aandoeningen. Matige tot ernstige functionele beperkingen komen het vaakst voor zowel bij alleenwonenden als bij paren zonder inwonende kinderen. Ook matige tot ernstige beperkingen in de mobiliteit komen het vaakst voor in deze twee huishoudtypes. Met andere woorden, ook vóór de leeftijd van 66 jaar geven vooral alleenwonenden en paren zonder inwonende kinderen problemen met de fysieke gezondheid op.

⁸ Er wordt naar het voorkomen van 37 chronische aandoeningen gevraagd; 13 van deze aandoeningen worden ondergebracht in 6 ziektegroepen (ziekten van het bewegingsstelsel, respiratoire ziekten, neurologische aandoeningen, hartaandoeningen, kanker, diabetes). Per persoon wordt bepaald of hij/zij geen, één, twee of meer van deze groepen ziekten heeft.

⁹ ADL: activities of daily living: het betreft 10 activiteiten zoals stappen, in/uit bed, in/uit stoel, zich aankleden, zich wassen, eten....

¹⁰ IADL: instrumental activities of daily living: het betreft 21 activiteiten zoals eten klaarmaken, winkelen, licht huishoudelijk werk, de was doen...

De samenhang tussen aspecten van de fysieke gezondheid en geslacht, leeftijd en socio-economische kenmerken zijn voor ons land en voor Vlaanderen goed gedocumenteerd (Beck et al., 2002; De Boyser, 2007; HIS-team 2006). Deze samenhang moet echter in rekening worden gebracht als men wil nagaan of verschillen inzake de fysieke gezondheid rechtstreeks samenhangen met het huishoudtype, omdat de vastgestelde covariaten zich binnen bepaalde huishoudtypes kunnen verdichten. Hardonk et. al. (2004) stelden vast dat gecontroleerd voor socio-economische verschillen, langdurige aandoeningen (ziekten of handicaps) het minst voorkomen bij (ouders/partners uit) tweeoudergezinnen. Het samenwonen met een partner én met kinderen vermindert de kans op fysieke gezondheidsklachten, vooral bij mannen. Vooral alleenwonende mannen bleken fysieke gezondheidsklachten te hebben.

Op basis van de HIS04-data voor het Vlaamse Gewest blijkt dat in onze afgebakende onderzoekspopulatie **ernstige chronische aandoeningen**¹¹ vooral voorkomen bij één bepaald huishoudtype namelijk bij de alleenwonenden (tabel 5.1). De helft van de alleenwonenden heeft een chronische ziekte die behoort tot één of meer ernstige ziektegroepen. Maar ook bij paren zonder inwonende kinderen en bij alleenstaande ouders ligt dit aandeel hoog. Alleenstaande ouders melden dit soort aandoeningen veel vaker dan samenwonende ouders: 40% versus 26%.

Ruim 1 op 3 alleenwonenden ervaart **beperkingen in de dagelijkse functionele activiteiten**. Bij paren zonder inwonende kinderen en bij alleenstaande ouders bedragen deze aandelen ongeveer 1 op 4. Alleenstaande ouders melden dit soort beperkingen dubbel zo vaak als samenwonende ouders: 23% versus 10%.

Beperkingen in de dagelijkse instrumentele activiteiten komen binnen de afgebakende onderzoekspopulatie veel minder vaak voor (6%). Ze komen echter veel vaker voor bij alleenwonenden (16%).

Tabel 5.1 Problemen met de fysieke gezondheid naargelang het huishoudtype, Vlaams Gewest, 2004 (%)

	Ernstige chronische aandoening	Beperkingen in functionele activiteiten	Beperkingen in instrumentele activiteiten
Alleenwonend	50	39	16
Paar zonder inwonende kinderen	44	27	6
Paar met inwonende kinderen	26	10	1
Alleenstaande ouder	40	23	9
<i>Totaal</i>	<i>37</i>	<i>21</i>	<i>6</i>

Onderzoekspopulatie: referentiepersonen van de huishoudens en eventuele partner
Bron: SVR-bewerking van HIS04

De meeste vastgestelde verschillen inzake ernstige chronische aandoeningen naargelang het *huishoudtype* verdwijnen als er **gecontroleerd** wordt voor andere relevante variabelen (tabel 5.2). Enkel alleenwonende personen behouden hun grotere kans om meer beperkingen in de dagelijkse functionele en instrumentele activiteiten te ervaren dan de anderen.

De kans op ernstige chronische aandoeningen en op beperkingen in de dagelijkse activiteiten neemt toe met de *leeftijd*. Verschillen tussen *mannen en vrouwen* treden – onder meer door de controle voor leeftijd - niet naar voren. *Opleidingsverschillen* zijn voor deze fysieke gezondheidsaspecten persistent. Lageropgeleiden hebben significant meer kans op ernstige fysieke gezondheidsproblemen (oddsratio 1,32) en op beperkingen in functionele (oddsratio 1,27) en instrumentele (oddsratio 1,59) dagelijkse activiteiten dan de anderen. Inzake de beperkingen in de functionele activiteiten onderscheiden de hogeropgeleiden zich bovendien significant van de hoger secundair opgeleiden (oddsratio 0,63).

¹¹ Behorend tot één van de ziektegroepen vermeld in voetnoot 8 die werden geselecteerd omwille van hun prevalentie, het risico op beperkingen en sterfte en het geassocieerde gebruik van gezondheidszorgen.

Tabel 5.2 Problemen met de fysieke gezondheid: verschillen naargelang het huishoudtype en andere relevante variabelen, Vlaams Gewest, 2004 (oddsratio's)

	Ernstige chronische aandoeningen	Beperkingen in functionele activiteiten	Beperkingen in instrumentele activiteiten
<i>Intercept</i>	0,185	0,092	0,004
Demografische kenmerken			
<i>Huishoudtype (ref.=paar met inwonende kinderen)</i>			
Alleenwonende	1,10	1,48*	2,81*
Paar zonder inwonende kinderen	1,13	1,02	1,34
Alleenstaande ouder	1,35	1,42	3,33
<i>Geslacht (ref.=mannen)</i>			
Vrouwen	0,88	1,05	1,06
<i>Leeftijd (ref.=40-49 jaar)</i>			
20-29 jaar	0,45***	0,44*	0,00
30-39 jaar	0,69**	0,75	0,68
50-59 jaar	1,43*	0,94	0,64
60-69 jaar	1,67**	2,54***	1,26
70-79 jaar	3,19***	5,33***	3,32**
80+ jaar	3,83***	14,32***	13,39***
Socio-economische kenmerken van individu			
<i>Opleidingsniveau (ref.=HSO)</i>			
Lager opleidingsniveau	1,32**	1,27*	1,59***
Hoger opleidingsniveau	1,10	0,63**	1,61
<i>Activiteitsstatus (ref.=werkend)</i>			
Niet-werkend	1,41***	1,71***	6,19***
Gepensioneerd	1,07	0,65	0,44**
Socio-economische kenmerken van huishouden			
<i>Maandelijks inkomensniveau (ref.=midden)</i>			
Laag (<1.000 euro)	1,20	1,22	1,02
Hoog (>2.500 euro)	0,63***	0,70	0,74
Niet gekend	0,68**	0,98	0,69
<i>Bewonerstitel (ref.=eigenaar zonder afbetaling)</i>			
Afbetalend eigenaar of huurder	1,40**	0,92	1,02
Omgevingskenmerken			
<i>Kwaliteit woonomgeving (ref.=geen problemen)</i>			
Problemen in woonomgeving	1,67***	1,30**	1,46*
<i>Woonplaats (ref.=niet-stedelijk milieu)</i>			
Stedelijk milieu	0,97	0,69	1,21

Onderzoekspopulatie: referentiepersonen van de huishoudens en eventuele partner

Ref.=referentiecategorie met odds=1,00

*** p<0,001 ** p<0,01 * p<0,05

Bron: SVR-bewerking van HIS04

Bij deze fysieke gezondheidsproblemen en bij dit soort beperkingen trekt het al dan niet werken een duidelijke breuklijn. Deze is nog matig voor ernstige chronische aandoeningen (oddsratio 1,41), maar is bijzonder uitgesproken voor beperkingen in de instrumentele activiteiten (oddsratio 6,19). Ernstige problemen met de fysieke gezondheid verminderen de kans op werk of sluiten werken zelfs uit. Mensen uit huishoudens met een hoger *inkomen* hebben meer kans om gevrijwaard te zijn van ernstige problemen met de fysieke gezondheid. De *bewonerstitel* neemt enkel voor ernstige chronische aandoeningen een socio-economische differentiatie op (oddsratio 1,40). De socio-economische positie van het huishouden speelt geen rol inzake de beperkingen in de dagelijkse activiteiten. Het opleidingsniveau vormt de socio-economische gradiënt inzake de fysieke gezondheid en de gevolgen ervan voor de dagelijkse activiteiten; niet zozeer het huishoudinkomen. Voor deze aspecten van de fysieke gezondheid trekt de (gepercipieerde) kwaliteit van de *woonomgeving* een scheidingslijn. Deze is het meest uitgesproken voor de ernstige chronische aandoeningen (oddsratio 1,67): mensen met chronische aandoeningen hebben meer kans om milieuproblemen te ervaren. Of anders gesteld: mensen die milieuproblemen ervaren, hebben meer kans om ernstige chronische aandoeningen te hebben.

Samengevat: na controle voor onder meer leeftijd hebben alleenwonende personen op zich niet meer kans op een ernstige chronische aandoening. Maar het zijn wel de alleenwonenden die zelfs na controle voor andere relevante kenmerken, vaker beperkingen in hun dagdagelijkse functionele en instrumentele activiteiten opgeven; een groep die nu net geen beroep kan doen op de hulp van inwonende huisgenoten bij deze activiteiten.

6. De psychische gezondheid naargelang het huishoudtype

Een op vijf Vlamingen (van 15 jaar en ouder) geeft aan problemen van psychische aard te hebben. De vraag rijst of het dezelfde subgroepen uit de bevolking zijn die psychische klachten opgeven als de subgroepen die fysieke gezondheidsklachten opgeven.

Voor de kwaliteit van de mentale of psychische gezondheid is voor ons land gekend dat er een duidelijke scheidingslijn loopt tussen *mannen en vrouwen*, ook na controle voor leeftijd. Vrouwen signaleren meer problemen met de psychische gezondheid dan mannen. Zo ervaren vrouwen bv. een lager psychologisch welzijn¹² en geven ze ook aan minder vitaal te zijn dan mannen. Ze signaleren ook meer pijnklachten, depressieve symptomen, angststoornissen en slaapproblemen dan mannen. Indien depressie wordt gemeten aan de hand van een maat van een ernstige depressie die twee weken of langer duurde gedurende de laatste 12 maanden, treden eveneens geslachtsverschillen op (HIS-team, 2006).

De relatie tussen de kwaliteit van de psychische gezondheid en de leeftijd is minder eenduidig. Het psychologische welzijn neemt af met de *leeftijd*. Het verschil tussen mannen en vrouwen was in ons land in 2004 vooral groot bij bepaalde leeftijdsgroepen (bij 45- tot 54-jarigen en bij 65- tot 74-jarigen). Het vitaliteitsniveau varieert met de leeftijd, maar het daalt niet lineair met de leeftijd. Bij mannen stijgt het bv. opnieuw vanaf leeftijd 55 tot leeftijd 74; bij vrouwen stijgt het opnieuw van 45 tot 64 jaar. Angststoornissen blijken daarentegen niet leeftijdsgebonden te zijn. Andere psychische klachten/problemen zijn wel leeftijdsgebonden, maar er is zeker niet steeds sprake van een lineaire toename of afname met de leeftijd. Depressieve symptomen komen bv. iets minder vaak voor op leeftijd 55-64 jaar. Slaapproblemen zijn het frequentst bij mannen van 45-54 jaar, maar bereiken bij vrouwen een stabiel niveau vanaf 45 jaar. Het voorkomen van een ernstige depressie varieert met de leeftijd, doch stijgt of daalt niet lineair met de leeftijd (HIS-team, 2006).

Opleidingsverschillen doorkruisen niet alle aspecten van de psychische gezondheid en verlopen niet steeds rechtlijnig (Beck et al., 2002; HIS-team, 2006). Na controle voor geslacht en leeftijd treden er in ons land inzake het psychologische welzijn en het vitaliteitsniveau geen verschillen op naargelang het opleidingsniveau. Voor pijnklachten, depressieve symptomen, angststoornissen, slaapproblemen en een ernstige depressie treden er wel duidelijke opleidingsverschillen op: hoe hoger het opleidingsniveau, hoe minder problemen.

Andere socio-economische verschillen uiteten zich via de *activiteitsstatus*: vooral werklozen voelen zich psychisch minder goed (Hardonk et al., 2004). De Boyser (2007) signaleert bij 18- tot 65-jarigen uit het Vlaamse Gewest eveneens verschillen inzake de psychische gezondheid naargelang de activiteitsstatus: werkenden en gepensioneerden (op die leeftijd) ervaren het minst problemen. *Inkomen* daarentegen heeft geenszins een rechtlijnige band met de psychische gezondheid (Beck et al., 2002; Hardonk et al., 2004). In Vlaanderen differentieert inkomensarmoede slechts inzake bepaalde aspecten van de psychische gezondheid (bv. inzake depressieve gevoelens en angstgevoelens) (De Boyser, 2007). Ook *eigenaars* signaleren minder vaak psychische problemen dan huurders.

De Boyser (2007) stelt grote verschillen vast inzake de psychische gezondheid bij de Vlaamse 18- tot 65-jarigen naargelang hun *huishoudtype*. Alleenwonende personen en alleenstaande ouders melden bepaalde psychische problemen dubbel zo vaak als samenwonende paren met of zonder inwonende kinderen. Slaapproblemen vormen een uitzondering op deze differentiatie.

Men moet de geslachts- en leeftijdsverschillen, alsook de socio-economische verschillen, verrekenen als men inzake de psychische gezondheid nettoverschillen naargelang het huishoudtype wil achterhalen. Aldus gecontroleerd blijken in ons land vooral alleenwonende mannen een minder goede psychische gezondheid aan te geven. Mannen en vrouwen met een inwonende partner én met inwonende kinderen blijken relatief gezien de beste psychische gezondheid te hebben (Hardonk et al., 2004).

¹² Aan de hand van de GHQ-12 wordt via 12 items naar het algemeen psychologisch welzijn gepeild. Wie 2 of meer symptomatische gedragingen vertoont, komt in een categorie van 'psychologisch onwelbevinden'; wie 4 of meer symptomatische gedragingen vertoont, komt in een categorie 'zeer waarschijnlijk een psychisch probleem'.

In de Belgische Gezondheidsenquête worden diverse aspecten van de psychische gezondheid bevraagd: het algemene psychologische welzijn¹³, de positieve mentale gezondheid¹⁴, specifieke psychologische aandoeningen¹⁵, een ernstige depressie die minstens twee weken duurde. We bespreken in dit hoofdstuk eerst problemen met de algemene psychische gezondheid en daarna een reeks meer specifieke psychische klachten.

In het Vlaamse Gewest signaleert één *huishoudtype* frequenter dan alle anderen problemen met de psychische gezondheid (tabel 6.1). Ruim 1 op 3 alleenstaande ouders geeft een **psychologisch onwelbevinden** aan, terwijl dit aandeel in de totale afgebakende onderzoeksgroep slechts 1 op 5 bedraagt. Bij 1 op 4 alleenstaande ouders neemt dit psychologische onwelbevinden de vorm aan van een **psychisch probleem**; tegenover bij 1 op 9 in de totale groep. Het profiel inzake een positieve mentale gezondheid gemeten aan de hand van het **vitaliteitsniveau**, is analoog. Alleenstaande ouders geven het meest frequent (30%) een gebrek aan vitaliteit op; ze worden echter op de voet gevolgd (26%) door alleenwonenden. Hoewel een **ernstige depressie** (op jaarbasis) weinig voorkomt (5%), is ze het meest eigen aan alleenstaande ouders (13%).

De aanwezigheid van een inwonende partner gaat dus blijkbaar samen met minder psychische problemen. Indien paren geen inwonende kinderen hebben, scoren ze soms nog iets beter inzake hun psychische gezondheid dan indien ze wel inwonende kinderen hebben.

Tabel 6.1 Problemen met de psychische gezondheid naargelang het huishoudtype, Vlaams Gewest, 2004 (%)

	Psychologisch onwelbevinden	Psychisch probleem	Lage vitaliteit	Ernstige depressie
Alleenwonend	26	16	26	9
Paar zonder inwonende kinderen	16	8	14	4
Paar met inwonende kinderen	22	11	15	4
Alleenstaande ouder	38	26	30	13
<i>Totaal</i>	<i>21</i>	<i>11</i>	<i>17</i>	<i>5</i>

Onderzoekspopulatie: referentiepersonen van de huishoudens en eventuele partner
Bron: SVR-bewerking van HIS04

Gecontroleerd voor andere relevante verschillen handhaven zich enkele verschillen naargelang het *huishoudtype* (tabel 6.2). Paren zonder inwonende kinderen hebben iets minder kans dan paren met inwonende kinderen op een psychologisch onwelbevinden, op een psychisch probleem en op een lage vitaliteit. Deze paren voelen zich met andere woorden psychisch beter dan de anderen. Alleenstaande ouders onderscheiden zich op alle onderzochte aspecten van de psychische gezondheid. Ze hebben ruim 2x meer kans op een ernstig psychisch probleem (oddsratio 2,29) en op een ernstige depressie (2,22) dan samenwonende ouders. Ze hebben tevens bijna 2x meer kans zowel om een psychologisch onwelbevinden te ervaren (1,84) als om een gebrek aan energie te signaleren (1,81). Alleenwonenden blijven zich enkel onderscheiden inzake het voorkomen van een ernstige depressie: ze hebben bijna 2x meer kans op een ernstige depressie dan samenwonende paren.

¹³ Zie voetnoot 12.

¹⁴ Aan de hand van de vitaliteitsschaal van de SF-36.

¹⁵ Aan de hand van de Symptom Checklist-90-Revised.

Tabel 6.2 Problemen met de psychische gezondheid: verschillen naargelang het huishoudtype en andere relevante variabelen, Vlaams Gewest, 2004 (oddsratio's)

	Psychologisch onwelbevinden	Psychisch probleem	Lage vitaliteit	Ernstige depressie
<i>Intercept</i>	0,093	0,035	0,034	0,012
Demografische kenmerken				
<i>Huishoudtype (ref.=paar met inwonende kinderen)</i>				
Alleenwonende	0,96	1,27	1,23	1,78***
Paar zonder inwonende kinderen	0,68*	0,67*	0,74*	0,91
Alleenstaande ouder	1,84*	2,29**	1,81**	2,22***
<i>Geslacht (ref.=mannen)</i>				
Vrouwen	1,23**	1,33**	1,66***	1,46**
<i>Leeftijd (ref.=40-49 jaar)</i>				
20-29 jaar	1,29	1,08	1,88**	0,86
30-39 jaar	1,08	0,99	1,20	1,09
50-59 jaar	1,22	0,99	0,95	0,66
60-69 jaar	0,84	0,60	1,01	0,70
70-79 jaar	1,30	1,00	1,33	0,95
80+ jaar	0,77	0,55	1,42	0,81
Socio-economische kenmerken van individu				
<i>Opleidingsniveau (ref.=HSO)</i>				
Lager opleidingsniveau	0,99	1,06	1,25	1,45
Hoger opleidingsniveau	1,04	1,00	1,04	1,35
<i>Activiteitsstatus (ref.=werkend)</i>				
Niet-werkend	1,23*	1,64*	1,28	3,47***
Gepensioneerd	0,93	0,89	1,10	0,49
Socio-economische kenmerken van huishouden				
<i>Maandelijks inkomensniveau (ref.=midden)</i>				
Laag (<1.000 euro)	1,40	1,22	1,24	0,64
Hoog (>2.500 euro)	0,80	0,81	0,83	0,39*
Niet gekend	0,59**	0,52*	0,68	0,32***
<i>Bewonerstitel (ref.=eigenaar zonder afbetaling)</i>				
Afbetaland eigenaar of huurder	1,43*	1,24	1,23	1,78*
Omgevingskenmerken				
<i>Kwaliteit woonomgeving (ref.=geen problemen)</i>				
Problemen in woonomgeving	1,47	1,67***	1,62**	1,21
<i>Woonplaats (ref.=niet-stedelijk milieu)</i>				
Stedelijk milieu	1,03	1,02	1,01	0,95

Onderzoekspopulatie: referentiepersonen van de huishoudens en eventuele partner

Ref.=referentiecategorie met odds=1,00

*** p<0,001 ** p<0,01 * p<0,05

Bron: SVR-bewerking van HIS04

Inzake deze aspecten van de psychische gezondheid blijft zich een verschil tussen *mannen en vrouwen* handhaven. Dit verschil is het meest uitgesproken als het de mate van vitaliteit betreft. Vrouwen hebben meer kans op een gebrek aan energie dan mannen (oddsratio 1,66). Daar alleenstaande ouders doorgaans moeders zijn, speelt voor hen naast het effect van het huishoudtype ook nog het geslachtseffect.

Problemen met de psychische gezondheid zijn doorgaans, zoals eerder reeds vastgesteld, niet *leeftijds*gebonden. Zelfs het energieniveau varieert niet systematisch met de leeftijd. Enkel twintigers geven vaker een laag energieniveau op.

In tegenstelling tot wat we aantreffen voor aspecten van de fysieke gezondheid, is er voor de psychische gezondheid geen directe onafhankelijke invloed van het *opleidingsniveau*. Er loopt wel, net als bij de fysieke gezondheid, een duidelijke scheidingslijn tussen de *niet-werkenden* en de anderen. Dit verschil is het grootst inzake het voorkomen van een ernstige depressie: mensen die niet (meer) werken hebben ruim 3x meer kans op een ernstige depressie dan de anderen (odssratio 3,47). Dit verschil is minder groot voor andere psychische problemen. Maar hier rijst opnieuw de vraag wat oorzaak en wat gevolg is. *Inkomensverschillen* manifesteren zich niet op het vlak van de psychische gezondheid. Wel blijkt dat de groep die het huishoudinkomen niet heeft opgegeven, een groep is die minder psychische gezondheidsproblemen opgeeft; een merkwaardige vaststelling. Voor een ernstige depressie vormen zowel een hoger (en een ontbrekend) huishoudinkomen als de *bewonerstitel* een socio-economische breuklijn. Wie leeft in een financieel welstellend huishouden heeft minder kans (odssratio 0,39) op een ernstige depressie. Wie huurder of afbetalende eigenaar is, heeft meer kans op een ernstige depressie (odssratio 1,78).

Net als inzake de fysieke gezondheid is er een directe en onafhankelijke impact van de (perceptie van de) *milieuproblemen* op deze aspecten van de psychische gezondheid. Personen die aangeven milieuhinder in hun woning/buurt te ervaren, hebben meer kans (odssratio ongeveer 1,50) om problemen met de psychische gezondheid aan te geven. De samenhang kan werkzaam zijn in twee richtingen. Mensen die in een fysiek minder gunstige woonomgeving leven, kunnen hierdoor meer stress en meer psychische klachten ontwikkelen. Of psychische klachten kunnen ertoe leiden dat men meer gevoelig is voor milieuproblemen en de woonomgeving als minder gunstig beoordeelt. Dit effect van de woonomgeving is er niet voor een ernstige depressie. Wonen in een stedelijk of landelijk milieu hangt niet rechtstreeks samen met de kwaliteit van de psychische gezondheid.

Ook inzake meer **specifieke psychische klachten** treden uitgesproken verschillen op naargelang het *huishoudtype* (tabel 6.3). Meer dan de anderen geven alleenstaande ouders (15%) en alleenwonende personen (13%) **pijnklachten** aan. Maar alleenstaande ouders onderscheiden zich van alleenwonenden als het om **depressieve symptomen** en **angststoornissen** gaat. Ongeveer dubbel zoveel alleenstaande ouders als alleenwonenden geven depressieve symptomen en angststoornissen aan. Ook inzake een ernstige depressie lag het aandeel hoger bij alleenstaande ouders dan bij alleenwonenden (zie tabel 6.1). Personen die samenwonen met een partner – al dan niet met inwonende kinderen – scoren het laagst op dit soort psychische klachten.

Slaapstoornissen zijn de meest frequent gesignaleerde klachten; ze treffen 1 op 5 volwassenen uit de onderzoeksgroep. Deze proportie gaat echter in de richting van 1 op 4 personen bij alleenwonenden; ze overschrijdt deze zelfs iets bij alleenstaande ouders.

Tabel 6.3 Psychische klachten naargelang het huishoudtype, Vlaams Gewest, 2004 (%)

	Pijnklachten	Depressieve symptomen	Angststoornissen	Slaapstoornissen
Alleenwonend	13	11	6	24
Paar zonder inwonende kinderen	9	6	5	21
Paar met inwonende kinderen	6	5	4	19
Alleenstaande ouder	15	20	15	27
<i>Totaal</i>	<i>9</i>	<i>7</i>	<i>5</i>	<i>21</i>

Onderzoekspopulatie: referentiepersonen van de huishoudens en eventuele partner
Bron: SVR-bewerking van HIS04

Inzake de psychische klachten handhaaft zich, na controle voor andere relevante variabelen, de aparte positie van de *alleenstaande ouders* (tabel 6.4). Dit geldt vooral voor het voorkomen van depressieve symptomen (odssratio 3,17) en van angststoornissen (odssratio 2,86) en is iets minder uitgesproken voor pijnklachten (odssratio 1,53). Met andere woorden, bij analoge andere kenmerken, zijn vooral depressieve gevoelens en angstgevoelens meer eigen aan alleenstaande ouders. In tabel 6.2 zagen we dat bij hen deze depressieve

gevoelens ook vaker de vorm aannemen van een ernstige depressie. Alleenwonenden onderscheiden zich, bij vergelijkbare andere kenmerken, niet van de samenwonende paren.

Tabel 6.4 Psychische klachten: verschillen naargelang het huishoudtype en andere relevante variabelen, Vlaams Gewest, 2004 (oddsratio's)

	Pijnklachten	Depressieve symptomen	Angststoornissen	Slaapstoornissen
<i>Intercept</i>	0,007	0,007	0,006	0,070
Demografische kenmerken				
<i>Huishoudtype (ref.=paar met inwonende kinderen)</i>				
Alleenwonende	0,97	1,46	1,00	0,83
Paar zonder inwonende kinderen	1,15	1,04	1,04	0,85
Alleenstaande ouder	1,53*	3,17***	2,86*	1,18
<i>Geslacht (ref.=mannen)</i>				
Vrouwen	1,69***	1,27	2,06***	1,45***
<i>Leeftijd (ref.=40-49 jaar)</i>				
20-29 jaar	0,98	1,03	0,61	0,76*
30-39 jaar	1,21	1,15	0,56	0,74**
50-59 jaar	1,31	0,79	1,03	1,37
60-69 jaar	0,92	0,67	0,66	1,46*
70-79 jaar	0,92	1,00	0,90	1,47
80+ jaar	0,92	0,65	0,58	1,10
Socio-economische kenmerken van individu				
<i>Opleidingsniveau (ref.=HSO)</i>				
Lager opleidingsniveau	1,58*	2,02***	1,87***	0,99
Hoger opleidingsniveau	0,88	0,68*	0,76	0,87
<i>Activiteitsstatus (ref.=werkend)</i>				
Niet-werkend	1,51***	2,10***	1,29***	1,02
Gepensioneerd	1,23	0,97	1,03	0,95
Socio-economische kenmerken van huishouden				
<i>Maandelijks inkomensniveau (ref.=midden)</i>				
Laag (<1.000 euro)	1,92	1,15	1,15	1,34
Hoog (>2.500 euro)	0,36**	0,77	0,77	0,72
Niet gekend	0,41**	0,60***	0,40*	0,69*
<i>Bewonerstitel (ref.=eigenaar zonder afbetaling)</i>				
Afbetaland eigenaar of huurder	1,65*	1,78	1,10	1,20
Omgevingskenmerken				
<i>Kwaliteit woonomgeving (ref.=geen problemen)</i>				
Problemen in woonomgeving	2,25***	2,27***	2,03***	1,86***
<i>Woonplaats (ref.=niet-stedelijk milieu)</i>				
Stedelijk milieu	1,00	0,79	1,16	0,94

Onderzoekspopulatie: referentiepersonen van de huishoudens en eventuele partner

Ref.=referentiecategorie met odds=1,00

*** p<0,001 ** p<0,01 * p<0,05

Bron: SVR-bewerking van HIS04

We stellen vast dat bij *vrouwen* de kans groter is dat ze psychische klachten melden dan mannen. Vrouwen hebben vooral meer kans om angststoornissen (oddsratio 2,06) aan te geven. Dit geslachtseffect versterkt de kwetsbare positie van alleenstaande moeders. Psychische klachten zijn van alle *leeftijden*, na controle voor andere relevante kenmerken. De enige uitzondering hierop is dat jongere mensen iets minder kans hebben op slaapproblemen.

In tegenstelling tot wat we vaststelden bij de algemene psychische gezondheid (tabel 6.2) hebben de psychische klachten (behalve slaapproblemen) wel duidelijk een andere incidentie naargelang het *opleidingsniveau*. Lageropgeleiden hebben meer kans dan alle anderen op pijnklachten (oddsratio 1,59) en op angststoornissen (oddsratio 1,87). Inzake depressieve symptomen is de opleidingsgradiënt zelfs lineair, in die zin dat lageropgeleiden meer kans hiertoe hebben dan hoger secundair opgeleiden (oddsratio 2,02) en dat hogeropgeleiden hiertoe minder kans hebben dan hoger secundair opgeleiden (oddsratio 0,68). Hoger stelden we inzake een ernstige depressie geen opleidingsgradiënt vast.

Psychische klachten komen minder voor bij wie *tewerkgesteld* is: wie last heeft van psychische klachten, heeft meer kans om niet te werken of omgekeerd wie niet werkt, heeft meer kans op psychische klachten. Ook hier zijn het vooral depressieve symptomen die een duidelijke grens trekken tussen de niet-werkenden en de anderen (oddsratio 2,10).

Inkomensverschillen hangen niet rechtstreeks of systematisch samen met psychische klachten. Enkel de groep die zijn huishoudinkomen niet opgaf, zegt minder psychische gezondheidsklachten te hebben.

Net als bij de psychische problemen stellen we bij de psychische klachten een scheiding vast tussen wie in een huis/buurt woont met of zonder *milieuhinder*. Mensen die problemen in de woonomgeving ervaren hebben ongeveer 2x meer kans op psychische klachten. Of anders gesteld, mensen met psychische klachten geven bijna 2x vaker milieuhinder op. De differentiatie is hier zelfs nog meer uitgesproken; ze is het grootst voor depressieve symptomen (oddsratio 2,27) en voor pijnklachten (oddsratio 2,25). Dit ondersteunt de veronderstelling dat mensen met pijn hun fysieke omgeving negatiever percipiëren. In de stad wonen of op het platteland heeft geen rechtstreekse impact op de psychische klachten.

Samengevat: inzake de psychische gezondheid blijven enkele verschillen naargelang het huishoudtype persistent na controle voor andere relevante variabelen. Psychische problemen en psychische klachten komen vaker voor bij alleenstaande ouders (en dan nog vaker bij alleenstaande moeders omwille van het geslachtseffect). Paren zonder inwonende kinderen hebben op zich minder vaak psychische problemen. Een ernstige depressie komt op zich ook vaker voor bij de alleenwonenden.

7. De sociale gezondheid naargelang het huishoudtype

Conform aan een ruime definitie van de gezondheid verrekenen we in deze studie ook een sociale dimensie van de gezondheid. De kwaliteit van de omgang van het individu met zijn sociale omgeving (familie, vrienden, kennissen...) maakt deel uit van zijn/haar gezondheid. Structurele indicatoren van sociale ondersteuning beschrijven de structuur en de omvang van de sociale interactie; ze peilen naar de aanwezigheid en de omvang van het sociale netwerk en naar het aantal en de frequentie van de contacten met familie, vrienden, buren en kennissen. Het sociale netwerk wordt ook uitgebouwd via de participatie aan het verenigingsleven. Functionele indicatoren van sociale ondersteuning belichten vooral de functie en de kwaliteit van de sociale contacten. Deze indicatoren zijn, net zoals de perceptie van de fysieke en psychische gezondheid, eerder subjectief van aard en hebben betrekking op de tevredenheid over sociale relaties en op de perceptie van de hulp gekregen vanuit de omgeving. Het gaat dan bv. om de beschikbaarheid van andere personen waarin men vertrouwen heeft, waarop men kan rekenen en die het gevoel geven als persoon gewaardeerd te worden.

Bijna alle Vlamingen zijn tevreden over hun sociale leven. Slechts 1 op 20 Vlamingen (van 15 jaar en ouder) is niet tevreden over zijn/haar **sociale contacten**. De waardering van de sociale contacten is bij mannen en vrouwen analoog. Er treedt een variatie op naargelang de *leeftijd*, maar de relatie is zeker niet lineair. De tevredenheid over de sociale contacten is bv. geringer bij 35- à 44-jarigen, maar neemt nadien weer toe om vanaf leeftijd 75 bij mannen en vanaf leeftijd 65 bij vrouwen opnieuw af te nemen. Het *geslachtsverschil* is het meest uitgesproken bij 65- à 74-jarigen: mannen zijn dan bijzonder tevreden over hun sociale contacten. Verschillen naargelang het *opleidingsniveau* blijken er niet te zijn; wat aansluit bij eerdere Belgische resultaten (Beck et al., 2002; HIS-team, 2006). Andere socio-economische verschillen terzake zijn beperkt in ons land. Enkel werkloze mannen zijn minder tevreden over hun sociale contacten (Beck et al., 2002; Hardonk et al., 2004).

De verschillen inzake de sociale gezondheid naargelang het *huishoudtype* zijn eerder gering. Na controle voor leeftijd en voor socio-economische verschillen, blijken enkel alleenstaande mannen minder tevreden te zijn over hun sociale contacten (Beck et al., 2002; Hardonk et al., 2004).

In onze onderzoekspopulatie zijn binnen de onderscheiden *huishoudtypes* vooral alleenstaande ouders en alleenwonende personen veel vaker ontevreden over hun sociale contacten (tabel 7.1). Niet 6%, maar respectievelijk 12% en 10% spreekt zich negatief uit over zijn/haar sociale contacten.

Tabel 7.1 Klachten inzake de sociale gezondheid naargelang het huishoudtype, Vlaams Gewest, 2004 (%)

	Ontevreden over sociale contacten	Weinig sociale contacten	Nooit deelname aan groepsactiviteiten	Zelden sociale ondersteuning	Beperkte sociale ondersteuning
Alleenwonend	10	7	47	12	38
Paar zonder inwonende kinderen	4	8	38	6	19
Paar met inwonende kinderen	6	7	30	5	17
Alleenstaande ouder	12	13	44	13	42
<i>Totaal</i>	6	8	36	7	22

Onderzoekspopulatie: referentiepersonen van de huishoudens en eventuele partner
Bron: SVR-bewerking van HIS04

De lage **ontevredenheid**, of anders gesteld de hoge tevredenheid over de sociale contacten gaat samen met een hoge **frequentie** van de sociale contacten. Slechts 8% van onze onderzoeksgroep heeft minder dan 1x per week contact met familieleden, kennissen of vrienden. Het *geslachtsverschil* is gering; enkel op leeftijd 55-64 jaar hebben mannen veel minder sociale contacten dan vrouwen. De variatie naar *leeftijd* verloopt zeker niet lineair. Verschillen naar *opleidingsniveau* treden niet op. Na controle voor geslacht en leeftijd blijkt dat hogeropgeleiden vaker deelnemen aan het verenigingsleven dan lageropgeleiden (HIS-team, 2006).

In onze afgebakende Vlaamse onderzoeksgroep geven enkel de alleenstaande ouders meer dan alle anderen aan weinig sociale contacten te hebben (tabel 7.1). Ze ervaren duidelijk, om wat voor reden ook, een zekere sociale isolatie, die zich wellicht deels weerspiegelt in hun hogere ontevredenheid over hun sociale contacten. Bij alleenwonende personen gaat de hogere ontevredenheid niet samen met een sterkere sociale isolatie.

Volgens de HIS04-enquête namen in de voorbije 12 maanden bijna 2 op 3 Vlamingen (van 15 jaar en ouder) deel aan **bijeenkomsten of activiteiten** georganiseerd door verenigingen. Ruim 1 op 3 Vlamingen deed dit niet in die periode. Vrouwen zeggen hieraan vaker deel te nemen dan mannen. Er treden tevens verschillen op naargelang de leeftijd (HIS-team, 2006).

Opgesplitst naargelang het huishoudtype blijkt dat in onze Vlaamse onderzoeksgroep 47% van de alleenwonenden en 44% van de alleenstaande ouders nooit deelneemt aan bijeenkomsten/activiteiten georganiseerd door verenigingen (tabel 7.1). Paren met inwonende kinderen nemen het meest deel aan georganiseerde groepsactiviteiten.

In de Belgische HIS04-enquête wordt de gepercipieerde beschikbaarheid¹⁶ van vier functionele categorieën van **sociale ondersteuning** (emotionele ondersteuning, affectieve ondersteuning, instrumentele ondersteuning en positieve interactie) in kaart gebracht en dan samengevoegd tot een gemiddelde score. Mannen en vrouwen verschillen hieromtrent niet. Er treden wel verschillen op naar leeftijd, maar deze verschillen zijn zeker niet lineair dalend of stijgend. Een geslachtsverschil wordt meer uitgesproken bij 55- à 64-jarigen, alsook na leeftijd 75. Op die leeftijden ervaren mannen minder **frequent** sociale ondersteuning dan vrouwen. Na controle voor geslacht en leeftijd, blijven verschillen naargelang het opleidingsniveau overeind: lageropgeleiden ervaren minder sociale ondersteuning dan hogeropgeleiden (HIS-team, 2006).

Personen uit onze onderzoeksgroep voelen zich sociaal vaak en goed ondersteund. Slechts 7 op 100 geven aan gemiddeld genomen zelden of nooit sociale ondersteuning te krijgen (tabel 7.1). Naast de gemiddelde frequentie van de beschikbare sociale ondersteuning kan ook het **bereik** van de sociale ondersteuning worden berekend in termen van het aantal verschillende vormen van steun die men krijgt. Hier ligt de verhouding anders. Ruim 1 op 5 personen krijgt slechts voor een beperkt aantal zaken sociale ondersteuning¹⁷.

Niet 1 op 15, maar 1 op 8 alleenwonende personen, alsook 1 op 8 alleenstaande ouders, krijgen zelden sociale ondersteuning. Bij personen met een inwonende partner bedraagt dit slechts 1 op 20. Daarnaast krijgen niet 22%, maar 38% alleenwonenden en 42% alleenstaande ouders slechts voor een beperkt aantal zaken sociale ondersteuning (tabel 7.1). Geen inwonende partner hebben gaat dus samen, niet alleen met minder sociale ondersteuning, maar ook met een beperktere vorm van sociale ondersteuning (ook al is de inwonende partner niet steeds de persoon die instaat voor de diverse vormen van sociale ondersteuning).

Verschillen naargelang het *huishoudtype* verdwijnen als men **controleert** met andere kenmerken waarop de personen uit deze huishoudtypes zich onderscheiden, wanneer het gaat om de tevredenheid over en de frequentie van de sociale contacten. Ze handhaven zich echter als het gaat om de deelname aan groepsactiviteiten en om de sociale ondersteuning. Alleenwonende personen hebben iets meer kans om nooit deel te nemen aan

¹⁶ Hoe vaak kunt u rekenen op de volgende vormen van steun als u er nood aan heeft? De 19 vormen van steun zijn afkomstig uit de Medical Outcome Study Social Support Survey (MOS).

¹⁷ Minstens 9 van de 19 vormen van steun zelden of nooit krijgen.

groepsactiviteiten (odssratio 1,49). Zowel alleenwonenden als alleenstaande ouders behouden een veel grotere kans op het ontbreken van sociale ondersteuning en op het ervaren van beperkte vormen van sociale ondersteuning, zelfs bij analoge andere kenmerken (odssratio's van 2,14 tot 3,14) (tabel 7.2). Met andere woorden, het lijkt alsof de afwezigheid van een inwonende partner niet alleen de frequentie maar ook de diversiteit van de sociale ondersteuning sterk beperkt.

De (on)tevredenheid over en de frequentie van de sociale contacten kent geen systematische *geslachts-* of *leeftijds*dimensie; ook is hier niet systematisch een *socio-economische* gradiënt werkzaam. Wel blijkt dat wie in een ongezonde woonomgeving woont of meer aangeeft last te hebben van *milieuproblemen*, bijna dubbel zoveel kans (odssratio 1,86) heeft om negatiever te zijn over zijn/haar sociale contacten. Wie daarentegen in de *stad* woont heeft iets meer kans (odssratio 1,32) om minder frequent sociale contacten te hebben. Een zekere sociale isolatie blijkt dus eigen te zijn aan het stadsmilieu.

De participatie aan het verenigingsleven van onze onderzoekspopulatie is niet enkel een zaak van *opleiding*, maar ook een zaak van *inkomen*. Hogeropgeleiden en mensen met een hoger huishoudinkomen hebben iets minder kans (odssratio resp. 0,75 en 0,80) om niet deel te nemen aan het verenigingsleven dan de anderen; met andere woorden ze nemen hier vaker aan deel. Lageropgeleiden en niet-volle eigenaars nemen vaker niet deel aan het verenigingsleven dan de anderen.

Samengevat: alleenwonende personen en alleenstaande ouders ervaren vaker een probleem inzake hun sociale ondersteuning, zowel in termen van een geringere frequentie als een geringere variatie in de aard van de sociale ondersteuning. Personen zonder inwonende partner ervaren dus duidelijk minder (ruime) sociale ondersteuning. Dit kan een verklaringselement zijn voor de resultaten uit het vorige hoofdstuk over de minder goede psychische gezondheid in deze twee huishoudtypes. Vrouwen hebben iets minder kans om negatief te zijn over hun sociale ondersteuning. Mannen hebben iets meer kans op minder en meer beperkte sociale ondersteuning. De oudste leeftijdsgroepen hebben meer kans om tevreden te zijn over hun sociale ondersteuning. Opleidingsverschillen manifesteren zich in het oordeel over de steun die men krijgt bij emotionele, instrumentele of andere noden. Hogeropgeleiden hebben minder kans om weinig of een beperktere sociale ondersteuning te ondervinden. Meer dan de anderen weten zij frequente en gevarieerde sociale ondersteuning te krijgen en/of op te zoeken en te vinden. Niet-werkende mensen hebben meer kans om zelden en/of slechts bepaalde vormen van sociale ondersteuning te ervaren. Het afwezig zijn van een werkkring gaat blijkbaar gepaard met een geringere en meer beperkte vorm van sociale ondersteuning. Andere socio-economische of omgevingskenmerken van het huishouden spelen terzake geen significante rol.

Tabel 7.2 Klachten inzake de sociale gezondheid: verschillen naargelang het huishoudtype en andere relevante variabelen, Vlaams Gewest, 2004 (odssratio's)

	Ontevreden over sociale contacten	Weinig sociale contacten	Nooit deelname aan groepsactiviteiten	Zelden sociale ondersteuning	Beperkte sociale ondersteuning
<i>Intercept</i>	0,019	0,116	0,192	0,067	0,317
Demografische kenmerken					
<i>Huishoudtype (ref.=paar met inwonende kinderen)</i>					
Alleenwonend	1,55	0,71	1,49*	2,14***	2,76***
Paar zonder kinderen	0,74	0,94	1,15	0,94	1,08
Alleenstaande ouder	2,16	1,81	1,48	2,73***	3,14***
<i>Geslacht (ref.=mannen)</i>					
Vrouwen	0,89	0,77	1,23	0,76***	0,85*
<i>Leeftijd (ref.=40-49 jaar)</i>					
20-29 jaar	0,63	0,69	1,05	0,51	0,40***
30-39 jaar	0,87	0,71	0,89	0,76	0,79
50-59 jaar	1,21	1,18	1,35	1,44	0,94
60-69 jaar	1,44	1,00	1,49	1,27	0,60
70-79 jaar	1,28	0,85	1,44	1,06	0,60
80+ jaar	1,97	1,93	2,20***	0,52	0,46*
Socio-economische kenmerken van individu					
<i>Opleidingsniveau (ref.=HSO)</i>					
Lager opleidingsniveau	1,33	1,02	1,71***	1,57*	1,06
Hoger opleidingsniveau	0,84	0,83	0,75*	0,64*	0,73*
<i>Activiteitsstatus (ref.=werkend)</i>					
Niet-werkend	1,22	0,87	0,97	1,36	1,42*
Gepensioneerd	0,65	1,40	0,78	1,03	1,09
Socio-economische kenmerken van huishouden					
<i>Maandelijks inkomensniveau (ref.=midden)</i>					
Laag (<1.000 euro)	1,28	0,81	0,92	1,04	1,16
Hoog (>2.500 euro)	1,12	0,68	0,80**	0,77	0,84
Niet gekend	0,82	0,62	0,97	0,59*	0,59***
<i>Bewonerstitel (ref.=eigenaar zonder afbetaling)</i>					
Afbetaland eigenaar of huurder	1,70	1,35	1,41**	1,18	1,04
Omgevingskenmerken					
<i>Kwaliteit woonomgeving (ref.=geen problemen)</i>					
Problemen in woonomgeving	1,86***	1,07	1,19	1,00	1,07
<i>Woonplaats (ref.=niet-stedelijk milieu)</i>					
Stedelijk milieu	0,90	1,32***	1,18	1,03	0,91

Onderzoekspopulatie: referentiepersonen van de huishoudens en eventuele partner

Ref.=referentiecategorie met odds=1,00

*** p<0,001 ** p<0,01 * p<0,05

Bron: SVR-bewerking van HIS04

8. Risicogedrag naargelang het huishoudtype

In het kader van het Vlaamse gezondheidsbeleid wordt steeds meer de nadruk gelegd op preventie, op het beperken en vermijden van gedrag dat risico's voor de gezondheid inhoudt en op het stimuleren van gedrag dat de gezondheid bevordert. We selecteren voor dit hoofdstuk enkele gedragingen die risico's voor de gezondheid inhouden.

Voldoende lichaamsbeweging en een gezonde voeding zijn cruciale aspecten bij de preventie van heel wat fysieke aandoeningen. In het Vlaamse Gewest kon in 2004 bij 21% van de bevolking (van 15 jaar en ouder) een gebrek aan **lichaamsbeweging** in de vrije tijd worden vastgesteld. Bij *vrouwen* is dit percentage zelfs iets hoger. Er treedt een onregelmatig leeftijds patroon op, maar het gebrek aan lichaamsbeweging neemt vooral sterk toe vanaf *leeftijd* 65 (HIS-team, 2006). Er wordt ook een duidelijke band met het *opleidingsniveau* vastgesteld: gebrek aan lichaamsbeweging in de vrije tijd komt vooral voor bij de lageropgeleiden (HIS-team, 2006). Beck et al. (2002) stelden op basis van de gegevens van 1997 reeds vast dat deze socio-economische gradiënt zich ook aftekent binnen de studietypes uit het secundair onderwijs.

Een teveel aan (ongezonde) voeding en een gebrek aan voldoende lichaamsbeweging manifesteren zich doorgaans in een **overgewicht**. Met het criterium van een Body Mass Index (BMI) van 25 of meer valt 43% van de Vlaamse bevolking (van 18 jaar en ouder) in de categorie van mensen met een gewicht dat risico's inhoudt voor de gezondheid; 33% heeft een overgewicht en 11% is zwaarlijvig. Meer *mannen* dan vrouwen hebben een overgewicht of zijn zwaarlijvig. Het aandeel personen met een te hoog gewicht stijgt met de *leeftijd* (maar daalt vanaf 75 jaar). Overgewicht en zwaarlijvigheid komen vooral voor bij de *lageropgeleiden* (HIS-team, 2006).

Overmatig **alcoholgebruik** vormt een gezondheidsrisico. Bijna 1 op 5 Vlamingen (van 15 jaar en ouder) blijkt geregeld overmatig alcohol¹⁸ te gebruiken. De verschillen tussen *mannen* en vrouwen zijn groot. Dit geregelde overmatige alcoholgebruik daalt, vooral bij mannen, met de *leeftijd*. De relatie met het *opleidingsniveau* is, na controle voor geslacht en leeftijd, niet meer significant (HIS-team, 2006).

Ruim 1 op 4 Vlamingen (van 15 jaar en ouder) is anno 2004 een **dagelijkse roker**. *Mannen* roken vaker dan vrouwen. Het aandeel dagelijkse rokers daalt vanaf *65 jaar*. Dagelijkse rokers vinden we vooral terug bij de *lageropgeleiden* (HIS-team, 2006).

In tabel 8.1 blijkt hoe de gekende verschillen naar geslacht, leeftijd en opleidingsniveau samenkomen in verschillen naargelang het *huishoudtype*. Alleenwonenden onderscheiden zich door onvoldoende fysieke inspanningen in de vrije tijd: niet 1 op 5, maar 1 op 3 alleenwonende personen is fysiek onvoldoende actief in de vrije tijd.

Inzake zwaarlijvigheid – afgebakend als een BMI>30 – zijn de verschillen naargelang het huishoudtype niet zo groot. Ook inzake een overmatig alcoholgebruik zijn de verschillen naargelang het huishoudtype niet uitgesproken.

Dagelijks roken varieert wel sterk naargelang het huishoudtype. Niet 2 op 10, maar ruim 4 op 10 alleenstaande ouders en bijna 3 op 10 alleenwonenden zijn dagelijkse rokers.

Alleenwonende personen lijken gezondheidsrisico's te cumuleren: meer dan gemiddeld leiden ze een sedentair leven en/of roken ze dagelijks. Hoewel vrouwen minder roken dan mannen, roken alleenstaande ouders – die doorgaans moeders zijn – bijzonder vaak.

¹⁸ Minstens 1x per maand een overmatig gebruik van alcohol (6 of meer glazen op 1 dag) in de afgelopen 6 maanden.

Tabel 8.1 Risicogedrag naargelang het huishoudtype, Vlaams Gewest, 2004 (%)

	Onvoldoende fysiek actief in vrije tijd	Zwaarlijvigheid BMI>30	Overmatig alcoholgebruik	Dagelijkse roker
Alleenwonend	34	15	17	27
Paar zonder inwonende kinderen	23	15	18	17
Paar met inwonende kinderen	18	11	20	22
Alleenstaande ouder	24	12	18	39
<i>Totaal</i>	<i>22</i>	<i>13</i>	<i>19</i>	<i>22</i>

Onderzoekspopulatie: referentiepersonen van de huishoudens en eventuele partner
Bron: SVR-bewerking van HIS04

Het alleenwonen op zich verhoogt de kans op een risicogedrag. **Gecontroleerd** voor andere relevante factoren blijven alleenwonenden en alleenstaande ouders zich van de andere *huishoudtypes* onderscheiden inzake hun alcohol- en tabaksgebruik. Alleenstaande ouders hebben meer dan dubbel zoveel kans (oddsratio 2,35) dan samenwonende ouders om tot de groep van de dagelijkse rokers te behoren. Daarnaast hebben ze meer kans (oddsratio 1,51) op een geregeld overmatig alcoholgebruik. Alleenwonenden hebben in vergelijking met samenwonende ouders meer kans om dagelijks te roken (oddsratio 1,51) en om overmatig alcohol te gebruiken (oddsratio 1,65).

Dit overmatige alcohol- en tabaksgebruik hangt dus niet enkel samen met het geslacht, de leeftijd en het opleidingsniveau, maar hangt dus ook direct samen met het huishoudtype waarin men leeft. De afwezigheid van inwonende kinderen en/of de afwezigheid van een inwonende partner gaan samen met een overmatig alcoholgebruik. De afwezigheid van een inwonende partner gaat samen met een overmatig tabaksgebruik. De controle voor andere relevante factoren brengt een uitgesproken verschil tussen de paren met en zonder inwonende kinderen aan het licht: paren zonder inwonende kinderen hebben meer kans op een overmatig alcoholgebruik dan paren met inwonende kinderen (oddsratio 1,62). Wat oorzaak is en wat gevolg is, blijft een open vraag.

Bij vergelijkbare andere kenmerken hebben *vrouwen* meer kans (oddsratio 1,63) op onvoldoende fysieke activiteit in de vrije tijd. Dit vertaalt zich echter niet in een grotere kans op zwaarlijvigheid bij vrouwen. Mannen en vrouwen hebben hier evenveel kans toe als ze vergelijkbare andere kenmerken vertonen. Vrouwen nemen duidelijk minder risico's dan mannen als het om het gebruik van alcohol en tabak gaat. Dit verschil in risico is kleiner als het om dagelijks roken (oddsratio 0,57) gaat, dan als het om overmatig alcoholgebruik gaat (oddsratio 0,29).

Risicogedrag is *leeftijds*gebonden. Onvoldoende fysieke activiteit in de vrije tijd en zwaarlijvigheid nemen toe met de leeftijd. Overmatig alcohol- en tabaksgebruik nemen af met de leeftijd.

Elk bestudeerd risicogedrag hangt zeer duidelijk samen met het *opleidingsniveau*. Er is zelfs doorgaans sprake van een lineaire gradiënt. Lageropgeleiden hebben meer kans om dit soort risicogedrag te stellen; hogeropgeleiden hebben hier minder kans op in vergelijking met personen met een hoger secundair onderwijsniveau. Inzake overmatig alcoholgebruik halen middelbaaropgeleiden hetzelfde niveau als lageropgeleiden; enkel de hogeropgeleiden lopen hier minder kans.

Tabel 8.2 Risicogedrag voor de gezondheid: verschillen naargelang het huishoudtype en andere relevante variabelen, Vlaams Gewest, 2004 (oddsratio's)

	Onvoldoende fysiek actief in vrije tijd	Zwaarlijvigheid BMI>30	Overmatig alcoholgebruik	Dagelijkse roker
<i>Intercept</i>	0,065	0,090	0,943	0,684
Demografische kenmerken				
<i>Huishoudtype (ref.=paar met inwonende kinderen)</i>				
Alleenwonend	1,23	1,15	1,65**	1,51**
Paar zonder kinderen	0,99	1,06	1,62***	0,99
Alleenstaande ouder	0,99	0,98	1,51**	2,35***
<i>Geslacht (ref.=mannen)</i>				
Vrouwen	1,63***	1,11	0,29***	0,57
<i>Leeftijd (ref.=40-49 jaar)</i>				
20-29 jaar	1,13	0,39*	0,64	0,98
30-39 jaar	1,57*	0,56*	0,89	0,81
50-59 jaar	1,08	1,13	0,83	0,68
60-69 jaar	1,26	1,46	0,62*	0,40***
70-79 jaar	2,34***	1,21	0,36***	0,21***
80+ jaar	7,74***	0,50	0,11***	0,08***
Socio-economische kenmerken van individu				
<i>Opleidingsniveau (ref.=HSO)</i>				
Lager opleidingsniveau	1,59***	1,65***	0,93	1,35
Hoger opleidingsniveau	0,71***	0,56***	0,62*	0,44***
<i>Activiteitsstatus (ref.=werkend)</i>				
Niet-werkend	1,13	1,09	0,72*	1,03
Gepensioneerd	0,85	0,82	1,14	1,14
Socio-economische kenmerken van huishouden				
<i>Maandelijks inkomensniveau (ref.=midden)</i>				
Laag (<1.000 euro)	1,02	1,24	0,91	1,05
Hoog (>2.500 euro)	0,78	1,11	1,45*	0,65*
Niet gekend	0,93	1,45	1,14	0,88
<i>Bewonerstitel (ref.=eigenaar zonder afbetaling)</i>				
Afbetalend eigenaar of huurder	1,26***	1,08	1,29	1,59***
Omgevingskenmerken				
<i>Kwaliteit woonomgeving (ref.=geen problemen)</i>				
Problemen in woonomgeving	1,12	1,10	1,27*	1,06
<i>Woonplaats (ref.=niet-stedelijk milieu)</i>				
Stedelijk milieu	1,01	0,87	0,89	1,32

Onderzoekspopulatie: referentiepersonen van de huishoudens en eventuele partner

Ref.=referentiecategorie met odds=1,00

*** p<0,001 ** p<0,01 * p<0,05

Bron: SVR-bewerking van HIS04

Het bestudeerde risicogedrag is doorgaans in dezelfde mate eigen aan mensen die *werken* en aan mensen die niet (meer) werken, bij vergelijkbare andere kenmerken.

Naast de meer uitgesproken opleidingsverschillen, zijn er enkel voor het overmatig alcohol- en tabaksgebruik ook kleinere verschillen naar *huishoudinkomen* maar niet in dezelfde richting. Mensen met een hoger huishoudinkomen hebben enerzijds iets meer kans op een overmatig alcoholgebruik (odssratio 1,45) dan de anderen. Anderzijds hebben ze iets minder kans om een dagelijkse roker te zijn (odssratio 0,65) dan de anderen. Ook de *bewonerstitel* neemt een dimensie van socio-economische verschillen op die inhoudt dat afbetalende eigenaars en huurders meer kans hebben om overmatig naar tabak te grijpen (odssratio 1,59). De omvang van de odssratio is niet gering; een verklaring voor de socio-economische verschillen is echter niet voor de hand liggend.

Omgevingskenmerken hebben doorgaans geen onafhankelijke invloed op het besproken risicogedrag. Mensen die milieuhinder in hun *woonomgeving* ervaren hebben iets meer kans (odssratio 1,27) op een overmatig alcoholgebruik.

Samengevat: gedrag dat risico's inhoudt voor de gezondheid is opleidingsgebonden. Overmatig alcohol- en tabaksgebruik zijn bovendien ook meer eigen aan bepaalde huishoudtypes.

9. Preventief gedrag naargelang het huishoudtype

Het laten registreren en/of controleren van de gezondheid maakt onderdeel uit van preventief gedrag. We selecteren vier types van preventief gezondheidsgedrag die een uiteenlopende frequentie hebben. Het betreft preventieve controles die doorgaans door de huisarts worden uitgevoerd. Een controle van de bloeddruk in de laatste 5 jaar is de meest veralgemeende preventieve controle; een controle van het cholesterolgehalte (in de afgelopen 5 jaar) is veel minder veralgemeend; een controle van de bloedsuikerspiegel (in de afgelopen 3 jaar) is dit nog minder (tabel 9.1).

In het Vlaamse Gewest werd bij 94% van onze onderzoeksgroep de **bloeddruk** gecontroleerd in de voorbije 5 jaar. Vrouwen laten dit vaker doen dan mannen. Het percentage stijgt met de leeftijd. Opleidingsverschillen zijn er niet. 66% van de onderzoeksgroep heeft in de afgelopen 5 jaar zijn **cholesterolgehalte** laten controleren. Dit aandeel stijgt lineair met de leeftijd. Ook hier zijn geslachts- of opleidingsverschillen afwezig. Bijna de helft liet in de afgelopen 3 jaar de **bloedsuikerspiegel** controleren. Vrouwen laten dit iets vaker doen dan mannen. Het aandeel stijgt met de leeftijd. Ook hier zijn opleidingsverschillen afwezig. 28% liet zich **vaccineren** tegen griep in de afgelopen 12 maanden. De verschillen naar leeftijd ontstaan vooral door de toename van de griepvaccinatie vanaf leeftijd 65. De 65-plussers vormen immers een subgroep van de doelgroep van dit preventieve gezondheidsbeleid. Geslachts- of opleidingsverschillen zijn afwezig. Binnen de doelgroep van de 65-plussers en mensen met bepaalde aandoeningen laat de helft zich vaccineren.

In tabel 9.1 geven we aan of dit soort preventief gedrag samenhangt met het *huishoudtype*. Vooral alleenwonenden en paren zonder kinderen laten zich vaker preventief controleren. Dezelfde groepen laten zich ook vaker vaccineren.

Tabel 9.1 Preventief gedrag naargelang het huishoudtype, Vlaams Gewest, 2004 (%)

	Bloeddruk controle	Bloedsuikercontrole	Cholesterolcontrole	Griepvaccinatie	Griepvaccinatie doelgroep
Alleenwonend	95	55	68	40	56
Paar zonder inwonende kinderen	96	56	76	40	58
Paar met inwonende kinderen	92	45	58	14	32
Alleenstaande ouder	89	39	57	18	42
<i>Totaal</i>	<i>94</i>	<i>51</i>	<i>66</i>	<i>28</i>	<i>52</i>

Bron: SVR-bewerking van HIS04

Onderzoekspopulatie: referentiepersonen van de huishoudens en eventuele partner

In het Vlaamse Gewest heeft 38% van de vrouwen uit de onderzoeksgroep in de afgelopen twee jaar een **mammografie** laten uitvoeren. Daarnaast rapporteert 61% vrouwen een **uitstrijkje van de baarmoederhals** te hebben laten nemen in de afgelopen drie jaar (tabel 9.2). In de totale Belgische onderzoeksgroep zijn er voor de eerste preventieve controle geen opleidingsverschillen, terwijl ze voor de tweede preventieve controle groot zijn (HIS-team, 2006).

Tabel 9.2 Preventief gedrag van vrouwen naargelang het huishoudtype, Vlaams Gewest, 2004 (%)

	Mammografie	Uitstrijkje van baarmoederhals
Alleenwonend	35	39
Paar zonder inwonende kinderen	48	53
Paar met inwonende kinderen	32	77
Alleenstaande ouder	35	63
<i>Totaal</i>	<i>38</i>	<i>61</i>

Bron: SVR-bewerking van HIS04

Onderzoekspopulatie: vrouwelijke referentiepersonen van de huishoudens en vrouwelijke partners

Naargelang het *huishoudtype* zijn het vooral de vrouwen uit paren zonder inwonende kinderen die een mammografisch onderzoek laten uitvoeren en vooral vrouwen uit paren met inwonende kinderen die een uitstrijkje van de baarmoederhals laten controleren.

Na controle voor andere relevante factoren vervallen de verschillen naargelang het *huishoudtype* omdat ze worden opgenomen door geslachts-, leeftijds- en opleidingsverschillen (tabel 9.3). Partners zonder inwonende kinderen hebben iets meer kans (oddsratio 1,39) om hun cholesterolgehalte te laten controleren. *Vrouwen* laten veel vaker hun bloeddruk controleren. De besproken aspecten van het preventieve gedrag kennen een sterk *leeftijds*profiel. *Opleidings*verschillen zijn persistent maar gering; ze zijn afwezig voor de zeer veralgemeende bloeddrukcontrole. Blijkbaar treedt bij lageropgeleide mensen en/of bij hun huisarts toch een drempel op om bepaalde preventieve controles te laten uitvoeren/uit te voeren. Ook binnen de doelgroep voor griepvaccinatie zijn het precies de lageropgeleiden die minder kans hebben op een vaccinatie. Andere *socio-economische kenmerken* van het individu en zijn/haar huishouden, noch de *omgevingskenmerken* hebben een systematische directe impact op dit preventieve gedrag. Enkel personen uit een huishouden met een hoger *inkomen* hebben iets minder kans op een griepvaccinatie.

Voor de onderzochte aspecten van preventiegedrag bij vrouwen worden de verschillen naargelang het *huishoudtype* bijna volledig weggenomen door andere verschillen; met name vooral door leeftijdsverschillen (tabel 9.3). Vrouwen met inwonende partner maar zonder (nog) inwonende kinderen hebben iets minder kans om een mammografie te laten uitvoeren dan de anderen. De doelgroep van het preventiebeleid inzake borst- en baarmoederhalsonderzoek vinden we eveneens terug in het sterke *leeftijds*profiel. De kans op een onderzoek van een uitstrijkje van de baarmoederhals daalt vanaf leeftijd 60. Ook voor deze preventieve handelingen stellen we *opleidings*verschillen vast: ze zijn gering voor borstonderzoek maar toch iets meer uitgesproken voor baarmoederhalsonderzoek (oddsratio resp. 0,73 en 0,52). Hoewel deze onderzoeken doorgaans via (een aanvraag bij) de huisarts verlopen, ervaart deze groep van lageropgeleide vrouwen hier duidelijk een drempel. Net als bij de andere preventieve controles spelen *inkomens*verschillen geen rol in Vlaanderen; het huishoudinkomen vormt alvast geen drempel voor preventie. De *bewonerstitel* neemt een socio-economisch verschil op, in het voordeel van de volle eigenaars. Een verklaring is niet voor de hand liggend. *Omgevings*kenmerken spelen geen onafhankelijke specifieke rol.

Samengevat: preventie is hoofdzakelijk opleidingsgebonden.

Tabel 9.3 Preventief gedrag voor de gezondheid: verschillen naargelang het huishoudtype en andere relevante variabelen, Vlaams Gewest, 2004 (odssratio's)

	Bloeddruk- controle	Bloedsuiker- controle	Cholesterol- controle	Griep- vaccinatie	Griep- vaccinatie doelgroep
<i>Intercept</i>	0,966	0,547	0,545	0,167	0,494
Demografische kenmerken					
<i>Huishoudtype (ref.=paar met inwonende kinderen)</i>					
Alleenwonend	1,40	0,97	1,08	1,13	0,89
Paar zonder kinderen	1,59	0,98	1,39*	1,41	1,15
Alleenstaande ouder	0,58	0,71	0,84	0,83	0,89
<i>Geslacht (ref.=mannen)</i>					
Vrouwen	2,27***	1,27***	1,07	0,88	0,84
<i>Leeftijd (ref.=40-49 jaar)</i>					
20-29 jaar	0,67**	1,05	0,29***	0,80	0,61
30-39 jaar	0,94	0,66***	0,50***	0,79	1,16
50-59 jaar	3,45**	1,93***	2,13***	1,52**	0,91
60-69 jaar	5,72**	2,29**	2,51***	4,12***	2,29***
70-79 jaar	3,64**	2,28**	2,40***	8,38***	3,47***
80+ jaar	23,12***	3,40***	2,16*	16,45***	7,06***
Socio-economische kenmerken van individu					
<i>Opleidingsniveau (ref.=HSO)</i>					
Lager opleidingsniveau	0,81	0,71**	0,67***	0,95	0,75*
Hoger opleidingsniveau	1,45	1,06	1,04	1,04	0,96
<i>Activiteitsstatus (ref.=werkend)</i>					
Niet-werkend	0,87	0,99	1,07	1,10	1,54
Gepensioneerd	1,26	1,13	1,13	1,01	1,00
Socio-economische kenmerken van huishouden					
<i>Maandelijks inkomensniveau (ref.=midden)</i>					
Laag (<1.000 euro)	1,12	1,11	1,08	1,11	1,06
Hoog (>2.500 euro)	1,81	1,22	1,12	0,77***	0,74*
Niet gekend	1,28	1,22	1,17	1,07	1,15
<i>Bewonerstitel (ref.=eigenaar zonder afbetaling)</i>					
Afbetaland eigenaar of huurder	1,98	0,88	0,81	1,01	1,08
Omgevingskenmerken					
<i>Kwaliteit woonomgeving (ref.=geen problemen)</i>					
Problemen in woonomgeving	1,22	1,00	0,90	1,06	1,01
<i>Woonplaats (ref.=niet-stedelijk milieu)</i>					
Stedelijk milieu	0,95	1,00	1,01	1,02	0,85

	Mammografie	Uitstrijkje van baarmoederhals
<i>Intercept</i>	0,897	0,185
Demografische kenmerken		
<i>Huishoudtype (ref.=paar met inwonende kinderen)</i>		
Alleenwonend	1,18	0,63**
Paar zonder kinderen	1,38	0,67
Alleenstaande ouder	1,08	0,65
<i>Leeftijd (ref.=40-49 jaar)</i>		
20-29 jaar	0,03***	1,00
30-39 jaar	0,31***	1,05
50-59 jaar	3,71***	1,06
60-69 jaar	3,30***	0,62
70-79 jaar	0,74***	0,28***
80+ jaar	0,31	0,12***
Socio-economische kenmerken van individu		
<i>Opleidingsniveau (ref.=HSO)</i>		
Lager opleidingsniveau	0,73***	0,52***
Hoger opleidingsniveau	0,92**	1,14
<i>Activiteitsstatus (ref.=werkend)</i>		
Niet-werkend	0,85	0,70
Gepensioneerd	0,70	0,80
Socio-economische kenmerken van Huishouden		
<i>Maandelijks inkomensniveau (ref.=midden)</i>		
Laag (<1.000 euro)	1,25	0,99
Hoog (>2.500 euro)	0,81	1,19
Niet gekend	0,89	0,91
<i>Bewonerstitel (ref.=eigenaar zonder afbetaling)</i>		
Afbetalend eigenaar of huurder	0,59*	0,80*
Omgevingskenmerken		
<i>Kwaliteit woonomgeving (ref.=geen problemen)</i>		
Problemen in woonomgeving	1,11	0,92
<i>Woonplaats (ref.=niet-stedelijk milieu)</i>		
Stedelijk milieu	0,89	0,93

Onderzoekspopulatie: referentiepersonen van de huishoudens en eventuele partner

Ref.=referentiecategorie met odds=1,00

*** p<0,001 ** p<0,01 * p<0,05

Bron: SVR-bewerking van HIS04

10. Gebruik van gezondheidsvoorzieningen naargelang het huishoudtype

In het Vlaamse Gewest wordt de huisarts per persoon (van 15 jaar en ouder) gemiddeld 4,6 keer per jaar geraadpleegd. Dit gemiddelde ligt duidelijk hoger bij vrouwen dan bij mannen. De specialist wordt gemiddeld 2 maal per jaar geraadpleegd. Ook hier hebben vrouwen een hoger gemiddelde dan mannen. De tandarts wordt 1,4 keer per jaar per persoon geraadpleegd; een gemiddelde dat opnieuw hoger ligt bij vrouwen. De frequentie van het huisartsbezoek stijgt sterk met de leeftijd; ook als wordt gecorrigeerd voor geslacht en voor verschillen inzake de gezondheidstoestand. De frequentie van de bezoeken aan de specialist verloopt niet rechtlijnig met de leeftijd onder meer omdat vrouwen tussen 25 en 44 jaar vaker een specialist raadplegen; raadplegingen die wellicht doorgaans samenhangen met een (gewenste) zwangerschap. De frequentie van het tandartsbezoek schommelt over de leeftijd, doch niet op regelmatige wijze (HIS-team, 2006).

De relatie tussen het opleidingsniveau en het gebruik van medische voorzieningen is variabel en hangt blijkbaar sterk af van het soort voorziening. Inzake het **raadplegen van een huisarts** geldt: hoe lager het opleidingsniveau, hoe hoger het gemiddelde aantal contacten. Voor **tandartsraadplegingen** geldt het omgekeerde: hoe hoger het opleidingsniveau, hoe hoger het gemiddelde aantal bezoeken. Het raadplegen van een specialist varieert niet systematisch naargelang het opleidingsniveau (HIS-team, 2006).

De gezondheid wordt ook bewaakt en/of hersteld door een **beroep te doen op paramedische zorgverleners**. In het Vlaamse Gewest had 6% (van de bevolking van 15 jaar en ouder) contact met verpleging aan huis, 12% contact met een kinesist, 2% met een diëtist, 1,4% met een logopedist, 0,8% met een ergotherapeut en 2,8% met een psycholoog. Na correctie voor leeftijd verschillen mannen en vrouwen niet inzake hun gebruik van dit soort verzorging. Een beroep doen op deze paramedische zorgverleners stijgt met de leeftijd. Opleidingsverschillen zijn er niet (HIS-team, 2006). Samengenomen deed 20% Vlamingen een beroep op één of meerdere van deze zorgverleners.

Daarnaast heeft 11% Vlamingen een **beroep gedaan op een niet-conventionele geneeswijze** (homeopathie, acupunctuur, osteopathie of chiropractie). Vrouwen doen hier vaker een beroep op dan mannen. Vooral de leeftijdsgroep van 25 tot 54 jaar raadpleegt deze zorgverleners. Hogeropgeleiden doen vaker een beroep op dit soort zorgverleners dan de anderen.

In tabel 10.1 schetsen we het gebruik van de medische en verwante voorzieningen in het voorbije jaar in onze onderzoeksgroep naargelang hun *huishoudtype*. We leggen hierbij enigszins arbitrair het criterium op vaker dan 1x per maand een raadpleging bij de huisarts en vaker dan 6x per jaar een raadpleging bij de specialist. Daarnaast gaan we na wie in het voorbije jaar geen tandarts heeft geraadpleegd. Het zijn vooral alleenwonenden die vaak een huisarts raadplegen: 30% tegenover globaal 20%. Het zijn ook vooral alleenwonenden die een beroep doen op paramedische zorg: 31% tegenover globaal 22%. De helft van de onderzoekspopulatie heeft in het voorbije jaar geen tandarts geraadpleegd; dit aandeel varieert naargelang het huishoudtype van 43% tot 56%. Het frequent raadplegen van een specialist varieert veel minder naargelang het huishoudtype. Ouders met kinderen doen iets vaker een beroep op een niet-conventionele zorgverlener.

Tabel 10.1 Het gebruik van medische en aanverwante voorzieningen naargelang het huishoudtype, Vlaams Gewest, 2004 (%)

	Vaak raadpleging huisarts	Vaak raadpleging specialist	Zelden raadpleging tandarts	Raadpleging paramedische zorg	Raadpleging niet-conventionele zorg
Alleenwonend	30	22	56	31	8
Paar zonder inwonende kinderen	24	24	52	23	10
Paar met inwonende kinderen	14	19	43	18	14
Alleenstaande ouder	16	23	46	26	13
<i>Totaal</i>	<i>20</i>	<i>21</i>	<i>49</i>	<i>22</i>	<i>11</i>

Onderzoekspopulatie: referentiepersonen van de huishoudens en eventuele partner
Bron: SVR-bewerking van HIS04

In tabel 10.2 **controleren** we voor de impact van andere relevante factoren en met name ook voor de ervaren gezondheidstoestand. Het ligt voor de hand dat mensen die hun gezondheid niet goed noemen vaker een beroep doen op medische of aanverwante zorg.

Tabel 10.2 Het gebruik van medische en aanverwante voorzieningen: verschillen naargelang het huishoudtype en andere relevante variabelen, Vlaams Gewest, 2004 (oddsratio's)

	Vaak raadpleging huisarts	Vaak raadpleging specialist	Zelden raadpleging tandarts	Raadpleging paramedische zorg	Raadpleging niet-conventionele zorg
<i>Intercept</i>	1,117	0,643	0,416	01,476	0,301
Subjectieve gezondheid (ref.= goede gezondheid)					
Geen goede gezondheid	4,76***	3,44***	0,83	3,33***	2,36**
Demografische kenmerken					
<i>Huishoudtype</i> (ref.=paar met inwonende kinderen)					
Alleenwonend	0,73	0,80	0,92	1,25**	0,89
Paar zonder inwonende kinderen	0,86	1,03	1,00	1,20	1,24
Alleenstaande ouder	0,60	1,05	0,96	1,10	0,89
<i>Geslacht</i> (ref.=mannen)					
Vrouwen	1,05	1,47***	0,78***	1,32***	1,83***
<i>Leeftijd</i> (ref.=40-49 jaar)					
20-29 jaar	2,18	1,29	1,10	0,88	0,43*
30-39 jaar	1,00	1,11	0,69*	1,06	1,05
50-59 jaar	1,59*	1,43*	1,17	0,74	0,54*
60-69 jaar	2,69***	1,52*	1,33	0,86	0,77
70-79 jaar	3,74***	1,81**	1,84*	1,33	0,59
80+ jaar	10,60***	1,50*	4,17***	2,39***	0,29**

	Vaak raadpleging huisarts	Vaak raadpleging specialist	Zelden raadpleging tandarts	Raadpleging paramedische zorg	Raadpleging niet-conventionele zorg
Socio-economische kenmerken van individu					
<i>Opleidingsniveau (ref.=HSO)</i>					
Lager opleidingsniveau	1,06	0,86	1,54	0,80	0,66
Hoger opleidingsniveau	0,81	1,14	1,00	1,07	1,60*
<i>Activiteitsstatus (ref.=werkend)</i>					
Niet-werkend	1,13	1,05	1,11	0,90	0,65
Gepensioneerd	1,03	1,04	1,11	0,94	0,73
Socio-economische kenmerken van huishouden					
<i>Maandelijks inkomensniveau (ref.=midden)</i>					
Laag (<1.000 euro)	1,05	0,67	1,40*	0,91	1,03
Hoog (>2.500 euro)	0,84	0,87	0,92	1,01	1,12
Niet gekend	1,31	0,97	1,16	0,98	0,66
<i>Bewonerstitel (ref.=eigenaar zonder afbetaling)</i>					
Afbetaland eigenaar of huurder	1,67***	1,23	1,48***	1,07	0,90
Omgevingskenmerken					
<i>Kwaliteit woonomgeving (ref.=geen problemen)</i>					
Problemen in woonomgeving	1,17	1,30	1,24	0,92	1,16
<i>Woonplaats (ref.=niet-stedelijk milieu)</i>					
Stedelijk milieu	0,74*	1,12	0,90	1,16	1,03

Onderzoekspopulatie: referentiepersonen van de huishoudens en eventuele partner

Ref.=referentiecategorie met odds=1,00

*** p<0,001 ** p<0,01 * p<0,05

Bron: SVR-bewerking van HIS04

Vooraf het eigen oordeel over de gezondheid bepaalt het raadplegingsgedrag. In tabel 4.2 zagen we hoe dit oordeel over de eigen gezondheid doorkruist wordt door allerlei socio-economische verschillen. Mensen die zich *niet gezond* voelen, hebben bv. tot bijna 5x meer kans om frequent naar de huisarts te gaan dan anderen (oddsratio 4,76). Ze hebben tot 3,5x meer kans om frequent naar de specialist te gaan dan anderen. Ze hebben ruim 3x meer kans om beroep te doen op paramedische verzorging dan de anderen. Een beroep doen op niet-conventionele zorg is eveneens functie van het oordeel over de eigen gezondheid, doch in geringere mate (oddsratio 2,36).

Na **controle** voor de opgenomen relevante variabelen verdwijnen bijna alle verschillen in het gebruik van de medische en aanverwante voorzieningen naargelang het *huishoudtype*. Enkel alleenwonende personen doen vaker een beroep op paramedische zorg (oddsratio 1,25), ongeacht hun geslacht, leeftijd of gezondheidstoestand. De afwezigheid van een inwonende partner en/of inwonende kinderen kan aan de basis van de behoefte aan deze zorg liggen. In hoofdstuk 5 zagen we ook hoe alleenwonenden meer dan de anderen kans hebben om beperkingen in hun dagelijkse functionele activiteiten te ervaren.

Verschillen tussen mannen en vrouwen in de medische consumptie houden stand na allerlei controles, behalve voor de frequente raadpleging van de huisarts. Vooral een beroep doen op een niet-conventionele zorgverlener is meer eigen aan vrouwen (oddsratio 1,83). Leeftijdverschillen kenmerken het medische raadplegingsgedrag. Vooral vanaf 50 jaar is de kans groter dat de huisarts vaak wordt geraadpleegd; dit leeftijdspatroom manifesteert zich dus ook als men rekening houdt met het oordeel over de eigen gezondheid. Naast de subjectieve gezondheid en de leeftijd spelen socio-economische factoren geen directe onafhankelijke rol meer in het raadplegingsgedrag. Het tandartsbezoek kent wel een onafhankelijke socio-economische drempel: wie lager is opgeleid en/of wie minder inkomen heeft en/of wie geen volle eigenaar is, heeft meer kans om niet jaarlijks naar de tandarts te gaan. Een beroep doen op niet-conventionele zorgverlening kent een sterke opleidingsgradiënt: hogeropgeleiden doen dit vaker en lageropgeleiden doen dit minder vaak. De bewonerstitel neemt soms een ander aspect van de socio-economische differentiatie op. Omgevingskenmerken spelen geen directe onafhankelijke rol in de medische consumptie.

In het Vlaamse Gewest zijn er (op jaarbasis) per 100 personen (van 15 jaar en ouder) gemiddeld 13 klassieke **ziekenhuisopnames** en 9 **daghospitalisaties**. Enkel bij 25- tot 34-jarigen treedt er een verschil op tussen mannen en vrouwen, dat kan worden verklaard door de ziekenhuisopnames naar aanleiding van zwangerschappen/bevallingen. Het gemiddelde aantal klassieke ziekenhuisopnames varieert met de leeftijd, en neemt vooral toe vanaf leeftijd 65. Het gemiddelde aantal daghospitalisaties varieert onregelmatig met de leeftijd. Verschillen naargelang het opleidingsniveau zijn er niet. Eén op 10 Vlamingen (van 15 jaar en ouder) heeft in het afgelopen jaar een contact gehad met de dienst **spoedgevallen**. Verschillen naar geslacht, leeftijd en opleidingsniveau treden niet naar voren (HIS-team, 2006).

Inzake opnames in een ziekenhuis en daghospitalisaties zijn de verschillen in onze onderzoeksgroep naargelang het huishoudtype gering (tabel 10.3).

Tabel 10.3 Opnames in een ziekenhuis naargelang het huishoudtype, Vlaams Gewest, 2004 (%)

	Opname in ziekenhuis	Daghospitalisatie	Opname op spoedgevallendienst
Alleenwonend	14	6	11
Paar zonder inwonende kinderen	13	9	10
Paar met inwonende kinderen	11	8	10
Alleenstaande ouder	14	7	12
<i>Totaal</i>	<i>12</i>	<i>8</i>	<i>10</i>

Onderzoekspopulatie: referentiepersonen van de huishoudens en eventuele partner
Bron: SVR-bewerking van HIS04

Opnames in een ziekenhuis, daghospitalisaties, maar ook raadplegingen op een spoedgevallendienst, zijn - bij **controle** voor andere relevante variabelen - hoe dan ook meer eigen aan mensen die hun *eigen gezondheid* niet goed noemen (tabel 10.4). Mensen die hun gezondheid niet goed noemen, hebben 3 keer meer kans om het voorbije jaar in een ziekenhuis te zijn opgenomen. Voor een daghospitalisatie en een opname op de dienst spoedgevallen bedraagt de kansverhouding ruim 2. Opnames in het ziekenhuis zijn vooral in functie van de (subjectieve) gezondheid en zijn niet specifiek eigen aan bepaalde demografische of socio-economische subgroepen. Klassieke ziekenhuisopnames hebben wel een gering *leeftijds*profiel. Op leeftijd 20 tot 39 kan de verhoogde kans in vergelijking met leeftijd 40 tot 49 samenhangen met opnames naar aanleiding van een zwangerschap/bevalling.

Opnames zijn ook niet systematisch gebonden aan socio-economische differentiaties. Hogeropgeleiden hebben minder kans op een opname op de dienst spoedgevallen (oddsratio 0,62). *Werken* versus niet werken trekt een onafhankelijke scheidingslijn tussen al dan niet een opname in het ziekenhuis (oddsratio 1,68). Wie niet werkt (maar niet gepensioneerd is) heeft meer kans op een klassieke ziekenhuisopname in het voorbije jaar. Ook de *bewonerstitel* neemt een socio-economisch verschil op inzake de opname in een ziekenhuis (oddsratio 1,43). Mensen uit een woning of buurt met *milieuproblemen* hebben meer kans op een opname op de dienst spoedgevallen (oddsratio 1.41). In tabel 4.2 zagen we reeds dat deze mensen een hogere kans hebben om hun gezondheid slecht te noemen. Zelfs als men hiermee rekening houdt, blijft er een effect van de woonomgeving bestaan op een opname op de spoedgevallendienst.

Samengevat: de subjectieve gezondheid wordt meervoudig bepaald zowel door de socio-economische kenmerken van het individu als van zijn/haar huishouden, als door omgevingskenmerken. Als we dit sterk geprofileerde oordeel in rekening brengen, treden er nog amper systematische verschillen naar voor inzake het gebruik van medische en aanverwante voorzieningen. Hoewel mannen en vrouwen niet systematisch van elkaar verschillen in hun oordeel van hun gezondheid, hebben vrouwen toch meer kans om op medische raadpleging te gaan. Uitgesproken socio-economische drempels in het gebruik van de onderzochte medische en aanverwante voorzieningen manifesteren zich niet in het Vlaamse Gewest. Een belangrijke uitzondering: een lagere opleiding van het individu en/of een lager inkomen van het huishouden vormen drempels voor een raadpleging van de tandarts. Minder gunstige omgevingskenmerken - die op zich er al toe leidden dat men zijn gezondheid minder goed noemt - leidden er bovendien ook toe dat men vaker beroep doet op een dienst spoedgevallen.

Tabel 10.4 Opname in een ziekenhuis: verschillen naargelang het huishoudtype en andere relevante variabelen, Vlaams Gewest, 2004 (oddsratio's)

	Opname in ziekenhuis	Daghospitalisatie	Opname op spoed-gevallendienst
<i>Intercept</i>	0,403	0,240	0,316
Subjectieve gezondheid (<i>ref.= goede gezondheid</i>)			
Niet goede gezondheid	3,03***	2,36***	2,27***
Demografische kenmerken			
<i>Huishoudtype (ref.=paar met inwonende kinderen)</i>			
Alleenwonend	0,68	0,56	0,84
Paar zonder inwonende kinderen	0,79	1,01	1,10
Alleenstaande ouder	0,98	0,50	1,12
<i>Geslacht (ref.=mannen)</i>			
Vrouwen	1,14	1,21	0,92
<i>Leeftijd (ref.=40-49 jaar)</i>			
20-29 jaar	1,93**	0,74	1,60
30-39 jaar	1,86**	1,05	1,04
50-59 jaar	1,11	1,14	0,57
60-69 jaar	1,89	0,61	1,38
70-79 jaar	1,71	1,07	1,19
80+ jaar	2,35*	0,60	1,61
Socio-economische kenmerken van individu			
<i>Opleidingsniveau (ref.=HSO)</i>			
Lager opleidingsniveau	1,11	0,66	0,85
Hoger opleidingsniveau	0,90	1,28	0,62*
<i>Activiteitsstatus (ref.=werkend)</i>			
Niet-werkend	1,68***	1,53	0,74
Gepensioneerd	1,02	0,98	0,88
Socio-economische kenmerken van huishouden			
<i>Maandelijks inkomensniveau (ref.=midden)</i>			
Laag (<1.000 euro)	0,78	1,14	1,11
Hoog (>2.500 euro)	0,86	0,65	1,20
Niet gekend	0,94	0,75	0,99
<i>Bewonerstitel (ref.=eigenaar zonder afbetaling)</i>			
Afbetaland eigenaar of huurder	1,43*	1,15	1,29
Omgevingskenmerken			
<i>Kwaliteit woonomgeving (ref.=geen problemen)</i>			
Problemen in woonomgeving	0,84	1,29	1,41**
<i>Woonplaats (ref.=niet-stedelijk milieu)</i>			
Stedelijk milieu	1,34	0,87	1,31

Onderzoekspopulatie: referentiepersonen van de huishoudens en eventuele partner

Ref.=referentiecategorie met odds=1,00

*** p<0,001 ** p<0,01 * p<0,05

Bron: SVR-bewerking van HIS04

11. Samenvatting en aandachtspunten voor het beleid

Twee vaststellingen lagen aan de basis van deze studie. Een eerste vaststelling: als men heel wat aspecten van de gezondheid en het gezondheidsgedrag differentieert naargelang het huishoudtype van de betrokkene, dan komen soms zeer grote verschillen naar voren. Een tweede vaststelling: verschillen inzake bepaalde aspecten van de gezondheid en van het gezondheidsgedrag hangen systematisch samen met geslachts-, leeftijds- en opleidingsverschillen. Maar ook de posities binnen de onderscheiden huishoudtypes variëren systematisch op deze kenmerken. In deze studie hebben we daarom nagegaan of **gezondheidsverschillen naargelang het huishoudtype** volledig of gedeeltelijk **verdwijnen** of daarentegen **standhouden** als we deze geslachts-, leeftijds- en opleidingsverschillen in rekening brengen. Daar ook andere socio-economische verschillen van het individu en/of van zijn/haar huishouden kunnen samenhangen zowel met de gezondheid als met het huishoudtype, hebben we tevens de impact van deze factoren verrekend. We hebben met andere woorden de vraag willen beantwoorden: hangen de gezondheidsverschillen rechtstreeks samen met het huishoudtype? Of verloopt de samenhang via andere kenmerken?

Onze studie bevestigt in eerste instantie de grote impact van de socio-economische kenmerken van het individu zelf op zijn gezondheid en gezondheidsgedrag. De meeste studies beperken zich tot het nagaan van de impact van opleiding (naast dat van geslacht en leeftijd). In deze studie hebben we tegelijkertijd de impact van andere socio-economische verschillen van het individu én van zijn huishouden in rekening gebracht. Maar een directe en onafhankelijke impact van het **opleidingsniveau** manifesteert zich voor bijna alle onderzochte aspecten niet enkel van de gezondheid maar ook van het gezondheidsgedrag. Bovendien is deze impact relatief gezien het meest uitgesproken. Verschillen naargelang het huishoudinkomen en naargelang de bewonerstitel zijn minder systematisch aanwezig en minder uitgesproken. De kennis en/of de waarden die in het opleidingsniveau vervat zitten, vormen duidelijk een individuele hulpbron die rechtstreeks mede bepaalt of men een min of meer goede gezondheid heeft en/of behoudt en die rechtstreeks mede bepaalt of men op een minder goede wijze omgaat met de gezondheid. Rekening houdend met allerlei andere verschillen die er zijn tussen lageropgeleiden en anderen, hebben lageropgeleiden 2x zoveel kans om zelf te oordelen dat ze zich niet gezond voelen. Dit vertaalt zich niet enkel in fysieke gezondheidsklachten, maar ook in psychische gezondheidsklachten en in een zwakkere sociale ondersteuning. Opleidingsverschillen door kruisen systematisch verschillen in allerlei gedrag dat de gezondheid bedreigt en/of beschadigt. Enkel voor preventieve gezondheidscontroles – doorgaans uitgevoerd door de eerstelijnszorg - zien we dat een differentiatie naar leeftijd primeert en dat opleiding of andere socio-economische kenmerken zelden een rol spelen. Maar er zijn uitzonderingen: lageropgeleiden blijken nog steeds buiten het bereik van bepaalde preventieve gezondheidscontroles te vallen zoals de griepvaccinatie binnen de doelgroep, het preventief kankeronderzoek bij vrouwen en het tandartsbezoek. Permanente waakzaamheid is dan ook nodig om zich bij preventieve gezondheidsacties prioritair te richten tot de lageropgeleiden.

Gezondheid is niet enkel de uitkomst van vele factoren, maar ook een hulpbron die toelaat om andere hulpbronnen in te zetten. Wie vindt dat hij/zij niet (meer) over een goede gezondheid beschikt, heeft – bij vergelijkbare andere kenmerken – tot 2x meer kans om niet te (kunnen) **werken**. Anders gesteld, wie nog niet gepensioneerd is en niet (meer) werkt of niet (meer) kan werken, heeft 2x meer kans om zich niet gezond te voelen. Problemen zowel met de fysieke gezondheid, als met de psychische gezondheid, verminderen sterk de kans op tewerkstelling of sluiten die zelfs uit.

Socio-economische verschillen van het huishouden waartoe iemand behoort, zoals deze vervat in het huishoudinkomen of in de bewonerstitel, spelen slechts sporadisch een rol. Een hoger **huishoudinkomen** gaat, zelfs bij vergelijkbare andere kenmerken, toch samen met een betere subjectieve gezondheid en een betere fysieke gezondheid. Een hoger huishoudinkomen vergemakkelijkt de mogelijkheden om een goede fysieke gezondheid te behouden en/of opnieuw te bereiken.

Het inkomensniveau van het huishouden speelt geen systematische onafhankelijke rol inzake de psychische of sociale gezondheid. Mensen uit een financieel meer welvarend

huishouden kennen een specifiek risicogedrag: meer dan de anderen hebben ze kans op een overmatig alcoholgebruik. Geregeld overmatig alcoholgebruik is in Vlaanderen dus enerzijds opleidingsgebonden (minder bij de hogeropgeleiden) en anderzijds inkomensgebonden (meer bij de hogere inkomens). Mensen met een lager huishoudinkomen kennen een verhoogde drempel om de tandarts te raadplegen.

De **bewonerstitel** verklaart naast de rol van het opleidingsniveau en het huishoudinkomen voor vele aspecten de verschillen op het gebied van gezondheid en van gezondheidsgedrag. Een interpretatie van deze terugkerende impact is niet voor de hand liggend; maar de volle eigenaars scoren doorgaans gezonder/beter.

Ook **omgevingskenmerken** van het huishouden spelen, naast en onafhankelijk van de socio-economische kenmerken, soms een rol. Mensen die **milieuproblemen** (in huis en/of buurt) ondervinden hebben iets meer kans om negatiever te oordelen over hun subjectieve gezondheid, over hun fysieke gezondheid, over hun psychische gezondheid en over hun sociale gezondheid. Bovendien komt overmatig alcoholgebruik ook iets vaker voor bij deze mensen. Deze groep heeft ook meer kans om een beroep te doen op de dienst spoedgevallen. Een verklaring hiervoor kan liggen in een onderliggende factor die een negatievere perceptie van zichzelf en van de omgeving weerspiegelt. Mensen die in het **stedelijke** Vlaanderen wonen zeggen, bij vergelijkbare andere kenmerken, iets meer dan de anderen dat hun gezondheid niet goed is. Dit wordt echter enkel concreet vertaald in het aangeven – iets meer dan anderen – van weinig sociale contacten. Stadsbewoners behoren ook minder tot de groep die frequent naar de huisarts gaat.

Het raadplegen van de gezondheidszorg – het gebruik van de medische en paramedische zorgverlening – gebeurt in Vlaanderen in de eerste plaats heel sterk in functie van het **eigen oordeel over de eigen gezondheid**. Precies dit oordeel verrekent reeds allerlei socio-economische gradiënten. Wie zich niet goed voelt heeft tot 2 à 5 keer meer kans om een beroep te doen op medische of paramedische zorg.

Onze onderzoeksvraag was: zijn er gezondheidsverschillen en verschillen in gezondheidsgedrag die rechtstreeks samenhangen met het **huishoudtype**? Verdwijnen de brutoverschillen naargelang het huishoudtype of houden de verschillen stand, na controle voor de samenhang met andere relevante kenmerken? In tabel 11.1 vatten we het antwoord samen. We nemen de partners/ouders uit paren met inwonende kinderen als referentiecategorie. Globaal genomen is duidelijk dat vele verschillen tussen de huishoudtypes verdwijnen.

Tabel 11.1 Gezondheid en gezondheidsgedrag: significante nettoverschillen naargelang het huishoudtype, Vlaams Gewest, 2004

Referentiecategorie: paar met inwonende kinderen	Paar zonder inwonende kinderen	Alleenwonend	Alleenstaande ouder
Algemeen			
Subjectieve gezondheid			
Fysieke gezondheid			
Ernstige chronische aandoening			
Beperkingen in functionele activiteiten		+	
Beperkingen in instrumentele activiteiten		+++	
Psychische gezondheid			
Psychologisch onwelbevinden	-		++
Psychologisch probleem	-		+++
Lage vitaliteit	-		++
Ernstige depressie		++	+++
Pijnklachten			++
Depressieve symptomen			+++
Angststoornissen			+++
Slaapstoornissen			
Sociale gezondheid			
Ontevreden over sociale contacten			
Weinig sociale contacten			
Nooit deelname aan groepsactiviteiten		+	
Zelden sociale ondersteuning		+++	++
Beperkte sociale ondersteuning		+++	+++
Risicogedrag			
Onvoldoende fysiek actief in vrije tijd			
Zwaarlijvigheid			
Overmatig alcoholgebruik	++	++	++
Dagelijkse roker		++	+++
Preventief gedrag			
Bloeddrukcontrole			
Bloedsuikercontrole			
Cholesterolcontrole	+		
Griepvaccinatie			
Griepvaccinatie bij doelgroep			
Mammografie			
Uitstrijkje van baarmoederhals	-		
Raadplegingsgedrag			
Vaak raadpleging huisarts			
Vaak raadpleging specialist			
Zelden raadpleging tandarts			
Raadpleging paramedische zorg			
Raadpleging niet-conventionele zorg		+	
Opname in ziekenhuis			
Daghospitalisatie			
Opname op spoedgevallendienst			

Onderzoekspopulatie: referentiepersonen van de huishoudens en eventuele partner

+ : odssratio > 1,00 en < 1,50 ++ : odssratio >= 1,50 en < 2,00 +++ : odssratio >= 2,00
 - : odssratio > 0,67 en < 1,00 -- : odssratio > 0,50 en <= 0,67 --- : odssratio <= 0,50

Bron: SVR-bewerking van HIS04

Nettoverschillen tussen **paren zonder inwonende kinderen** en paren met inwonende kinderen komen niet zo frequent voor. De eerste noemen hun algemene psychische welbevinden wel beter. Tegelijkertijd komt overmatig alcoholgebruik vaker voor bij deze paren. Op het vlak van preventie laten ze enerzijds vaker hun cholesterol nakijken en laten anderzijds vrouwen minder vaak een uitstrijkje van de baarmoederhals controleren.

Nettoverschillen tussen de **alleenwonende personen** en de paren met inwonende kinderen situeren zich op het vlak van de fysieke en sociale gezondheid, alsook op het vlak van het risicogedrag. Alleenwonenden ervaren hoe dan ook meer fysieke beperkingen in hun dagdagelijkse functioneren; een groep die geen beroep kan doen op hulp van inwonende huisgenoten. Alleenwonenden hebben meer dan anderen – en bij vergelijkbare andere kenmerken – kans op een ernstige depressie. Alleenwonenden signaleren eveneens meer dan anderen een gebrek aan sociale ondersteuning.

Nettoverschillen tussen de **alleenstaande ouders** en de samenwonende ouders situeren zich op het vlak van de psychische en sociale gezondheid, alsook op het vlak van het risicogedrag. Alleenstaande ouders hebben meer dan anderen – en bij vergelijkbare andere kenmerken – kans op een ernstige depressie. Ze hebben bovendien veel meer kans dan anderen – zelfs bij vergelijkbare andere kenmerken – om een psychisch probleem, een gebrek aan vitaliteit, pijnklachten, angststoornissen en depressieve symptomen aan te geven. Alleenstaande ouders signaleren eveneens – net als de alleenwonenden – een gebrek aan sociale ondersteuning.

Het **niet samenwonen met een partner**, zoals bij de alleenwonenden en bij de alleenstaande ouders, gaat dus gepaard met een verhoogde kwetsbaarheid voor een ernstige depressie. De vraag blijft wat oorzaak is en wat gevolg is. In deze twee groepen komt ook een verhoogde kans op een overmatig alcoholgebruik en op een overmatig rookgedrag voor. Het niet samenwonen met een partner gaat dus gepaard met een verhoogde kans om spanningen en stress te regelen via overmatig middelengebruik. De afwezigheid van een partner gecombineerd met de aanwezigheid van kinderen zoals bij alleenstaande ouders verbreedt als het ware de psychische kwetsbaarheid en vermindert de psychische draagkracht (minder energie, meer angst). Bovendien verhoogt dit nog sterker de kans dat men naar tabak en/of alcohol grijpt om met spanningen en stress om te gaan. De afwezigheid van een inwonende partner verhoogt ook, los van allerlei andere kenmerken, de kans op een sociale kwetsbaarheid, zoals uitgedrukt in de minder frequente en minder gevarieerde sociale ondersteuning.

De gezondheidsproblemen en de gezondheidsrisico's eigen aan alleenwonenden en alleenstaande ouders waren reeds gekend. Onze studie heeft aangetoond dat, voornamelijk inzake de psychische gezondheid en inzake de sociale ondersteuning, alleenwonenden en alleenstaande ouders een grotere kwetsbaarheid blijven vertonen, ook als men controleert voor de demografische en socio-economische verschillen die samengaan met deze twee huishoudtypes. Met andere woorden, niet enkel het geslacht, de leeftijd, het opleidingsniveau, het inkomensniveau van de alleenwonenden en van de alleenstaande ouders verhoogt hun psychische en sociale kwetsbaarheid, maar deze hangt ook rechtstreeks samen met de aard van hun huishoudtype. Deze verhoogde psychische en sociale kwetsbaarheid gaat gepaard met een verhoogd risicogedrag in die zin dat deze personen meer naar alcohol en tabak grijpen. De verhoogde aandacht van het **Vlaamse preventieve gezondheidsbeleid** voor de psychische gezondheid moet dan ook een specifieke waakzaamheid hebben voor de groep van alleenwonenden en alleenstaande ouders.

Literatuur

Beck, M., C. Vanroelen & F. Louckx (2001). *Sociale breuklijnen in de gezondheid en de gezondheidszorg*. Brussel: VUB Press.

Bossuyt, N., S. Gadeyne, P. Deboosere & H. Van Oyen (2004). Socio-economic inequalities in health expectancy in Belgium. *Public Health*, 118, 3-10.

De Boosere, P. et al. (2006). *Gezondheid en mantelzorg*. Brussel: Socio-economische enquête 2001 Monografieën.

Gadeyne, S. (2006). *The ultimate inequality. Socio-economic differences in all-cause and cause-specific mortality in Belgium in the first part of the 1990s*. Brussel: NIDI-CBGS-publicatie 39.

Geurts, K. (2006). *De arbeidsmarktpositie van alleenstaande ouders. Nieuwe bevindingen uit het Datawarehouse Arbeidsmarkt en Sociale Bescherming*. Leuven: Steunpunt Werkgelegenheid, Arbeid en Vorming.

Hardonk, S., C. Vanroelen & F. Louckx. (2004). Socio-economische gezondheids in België: analyse van de Gezondheidsenquête 2001. In: J. Vranken et. al, (red). *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2004*. Leuven: Acco, 117-146.

HIS-team (2006). *Gezondheidsenquête België 2004*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.

Lodewijckx, E. (2004). *Types van huishoudens. Veranderingen tussen 1991 en 2003*. Brussel: CBGS, Bijdragen onderzoek. Huishoudens <http://www.aps.vlaanderen.be/cbgs/> geraadpleegd op 15 juli 2008.

Lodewijckx, E. (2004). *Alleenwonenden in België 1991-2003. Een analyse op basis van rijksregistergegevens*. Brussel: CBGS-werkdocument, 7.

Lodewijckx, E. (2008). *Veranderende leefvormen in het Vlaamse Gewest, 1990-2007 (en 2021) Een analyse van de rijksregistergegevens*. Brussel: SVR-studie.

Mérenne, B., H. Van Der Haegen & E. Van Hecke (1997). België, territoriale verscheidenheid. *Tijdschrift van het Gemeentekrediet*, 202.

Mortelmans, D., M.T. Casman & R. Doutrelepont (ed.) (2004). *Elf jaar uit het leven in België. Socio-economische analyses op het gezinsdemografisch panel PSBH*. Gent: Academia Press.

Pickery, J. (2006). *Een statistische analyse van een toenemende of dalende ongelijkheid in participatie*. Brussel: Studiedienst van de Vlaams Regering, Technisch Rapport.

SCP, Sociaal en Cultureel Planbureau (2001) *De sociale staat van Nederland 2001*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

SCP, Sociaal en Cultureel Planbureau (2005) *De sociale staat van Nederland 2005*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Surkyn, J., D. Willaert & P. Deboosere (2008) *New household projections for the Flemish region in Belgium: 2006 – 2031 (2051)*. VUB en COViVe. Paper for the 35th CEIES Seminar "New family relationships and living arrangements – Demands for change in social statistics". Warsaw, 24-25 January 2008.

Vanackere, S. (2008). *Beleidsbrief Welzijn, Gezondheid en Gezin. Beleidsprioriteiten 2008-2009*. Brussel: Kabinet Vlaams Minister van Welzijn, Gezondheid en Gezin.

Van Campen C. & R. Schellingenhout (2005). Gezondheid en zorg. In: SCP, Sociaal en Cultureel Planbureau, *De sociale staat van Nederland 2005*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 129-3154.

Van Geel, H. (2004). Een sociaal-cultureel uitstapje langs de gevels van nieuwe stedelijkheid, van Milaan naar Zandhoven, van Zandhoven naar Chicago en terug naar Zandhoven. In: *Vlaanderen Gepeild*. Brussel: Administratie Planning en Statistiek, 163-204.

Vervotte, I. (2006). *Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Beleidsbrief 2006-2007*. Brussel: Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Vranken, J., G. Campaert, K. De Boyser & D. Dierckx (red.) (2007). *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2007*. Leuven: Acco.

VRIND, *Vlaamse Regionale Indicatoren, 2004/2005* (2005). Brussel: Administratie Planning en Statistiek.

VRIND, *Vlaamse Regionale Indicatoren, 2006* (2006). Brussel: Studiedienst van de Vlaamse Regering.

VRIND, *Vlaamse Regionale Indicatoren, 2008* (2008). Brussel: Studiedienst van de Vlaamse Regering.

Willems, P. (2006). *Bevolkingsprojecties 2004-2025 voor de 308 gemeenten van het Vlaamse Gewest*. Brussel: Studiedienst van de Vlaamse Regering. Technisch Rapport.

Willems, P. (2007). *Huishoudprojecties*. Brussel: Studiedienst van de Vlaamse Regering. Technisch Rapport.

Bijlage

In volgende tabel geven we de significante verschillen aan tussen de personen uit de onderscheiden huishoudtypes zoals die in onze onderzoekspopulatie (referentiepersonen en eventuele partners) op basis van de HIS04-data voor het Vlaamse Gewest naar voor komen. Deze resultaten van een logistische regressie per huishoudtype geven de significante nettoverschillen aan. Het gaat met andere woorden om de verschillen tussen een (positie in het) huishoudtype en alle anderen, wanneer rekening wordt gehouden met andere relevante verschillen. We gaan niet nader in op deze resultaten, maar willen enkel illustreren hoe huishoudtypes op een aantal dimensies significant van elkaar blijven verschillen, ook na controle voor andere relevante verschillen.

Binnen de onderzoekspopulatie van referentiepersonen en eventuele samenwonende partners en rekening houdend met andere relevante verschillen is de kans minder groot dat *vrouwen* partner zijn in een paar zonder inwonende kinderen en is de kans veel groter dat ze alleenstaande ouder zijn. Alle posities in de huishoudtypes variëren naargelang de *leeftijd* van de betrokkene (zie ook figuur 2.1). Individuele socio-economische nettoverschillen naargelang het huishoudtype blijven overeind. De kans is minder groot dat alleenwonenden lager zijn *opgeleid*. De kans is groter dat ouders in een tweeoudergezin lager zijn opgeleid. De kans is ook groter dat alleenwonenden tewerkgesteld zijn en gepensioneerd zijn. Partners uit samenwonende paren zonder inwonende kinderen hebben daarentegen meer kans om niet tewerkgesteld te zijn en minder kans om gepensioneerd te zijn. Inzake de socio-economische kenmerken van het huishouden onderscheiden huishoudtypes zich vooral significant van elkaar inzake hun maandelijks *huishoudinkomen*, alhoewel dit inkomen gestandaardiseerd is naar de huishoudsamenstelling. Alleenwonenden hebben een hogere kans om geen volle *eigenaar* van hun woning te zijn; paren zonder inwonende kinderen hebben hier meer kans toe. Inzake *woonomgeving* hebben paren zonder inwonende kinderen minder kans om in een huis en/of buurt met milieuhinder te wonen; alleenwonenden hebben hier meer kans toe. Alleenwonenden wonen ook vaker in een *stedelijk milieu*.

**Significante verschillen tussen personen uit een bepaald huishoudtype versus alle anderen, na controle voor andere verschillen, Vlaams Gewest, 2004
(op basis van een logistische regressie per huishoudtype)**

	Alleen-wonend versus alle anderen	Partner in paar zonder inwonende kinderen versus alle anderen	Ouder in twee-ouder-gezin versus alle anderen	Alleen-staande ouder versus alle anderen
Demografische kenmerken				
<i>Geslacht: vrouwen</i>		---		+++
<i>Leeftijd</i>	+++ tot ---	+++ tot ---	+++ tot ---	++ tot --
Socio-economische kenmerken van individu				
<i>Opleidingsniveau: lager</i>	--		+++	
<i>Activiteitsstatus:</i>				
Niet werkend	--	+		
Gepensioneerd	++	--		
Socio-economische kenmerken van huishouden				
<i>Maandelijks inkomens-niveau van huishouden:</i>				
Lager	+++	+++	---	
Hoger	---	--	+++	
Onbekend	-	-	+++	---
<i>Bewonerstitel: afbetalend eigenaar of huur</i>	+++	----		
Omgevingskenmerken				
<i>Kwaliteit woonomgeving: problemen</i>	++	--		
<i>Woonplaats: stedelijk milieu</i>	+++			

Onderzoekspopulatie: Referentiepersonen van de huishouden en hun eventuele partner.

+++ en ---: p<0,001 ++ en --: p<0,05 + en -: p<0,01

Bron: SVR-bewerking van HIS04-bestand

Lijst van tabellen

- Tabel 1.1 Subjectieve gezondheid naargelang het huishoudtype, België, 2001 (%).
- Tabel 1.2 Subjectieve gezondheid naargelang het huishoudtype, Vlaams Gewest, 2001 en 2004 samen (%).
- Tabel 2.1 Geobserveerde en verwachte evolutie van de bevolking naargelang de positie in bepaalde huishoudtypes in het Vlaamse Gewest (%).
- Tabel 3.1 Onderzoekspopulatie van HIS04 in het Vlaamse Gewest en onderzoekspopulatie van deze SVR-studie.
- Tabel 4.1 Geen goede gezondheid naargelang het huishoudtype, Vlaams Gewest, 2004 (%).
- Tabel 4.2 Geen goede gezondheid: verschillen naargelang het huishoudtype en andere relevante variabelen, Vlaams Gewest, 2004 (odssratio's).
- Tabel 5.1 Problemen met de fysieke gezondheid naargelang het huishoudtype, Vlaams Gewest, 2004 (%).
- Tabel 5.2 Problemen met de fysieke gezondheid: verschillen naargelang het huishoudtype en andere relevante variabelen, Vlaams Gewest, 2004 (odssratio's).
- Tabel 6.1 Problemen met de psychische gezondheid naargelang het huishoudtype, Vlaams Gewest, 2004 (%).
- Tabel 6.2 Problemen met de psychische gezondheid: verschillen naargelang het huishoudtype en andere relevante variabelen, Vlaams Gewest, 2004 (odssratio's).
- Tabel 6.3 Psychische klachten naargelang het huishoudtype, Vlaams Gewest, 2004 (%).
- Tabel 6.4 Psychische klachten: verschillen naargelang het huishoudtype en andere relevante variabelen, Vlaams Gewest, 2004 (odssratio's).
- Tabel 7.1 Klachten inzake de sociale gezondheid naargelang het huishoudtype, Vlaams Gewest, 2004 (%).
- Tabel 7.2 Klachten inzake de sociale gezondheid: verschillen naargelang het huishoudtype en andere relevante variabelen, Vlaams Gewest, 2004 (odssratio's).
- Tabel 8.1 Risicogedrag naargelang het huishoudtype, Vlaams Gewest, 2004 (%).
- Tabel 8.2 Risicogedrag voor de gezondheid: verschillen naargelang het huishoudtype en andere relevante variabelen, Vlaams Gewest, 2004 (odssratio's).
- Tabel 9.1 Preventief gedrag naargelang het huishoudtype, Vlaams Gewest, 2004 (%).
- Tabel 9.2 Preventief gedrag van vrouwen naargelang het huishoudtype, Vlaams Gewest, 2004 (%).
- Tabel 9.3 Preventief gedrag voor de gezondheid: verschillen naargelang het huishoudtype en andere relevante variabelen, Vlaams Gewest, 2004 (odssratio's).
- Tabel 10.1 Het gebruik van medische en aanverwante voorzieningen naargelang het huishoudtype, Vlaams Gewest, 2004 (%).

- Tabel 10.2 Het gebruik van medische en aanverwante voorzieningen: verschillen naargelang het huishoudtype en andere relevante variabelen, Vlaams Gewest, 2004 (oddsratio's).
- Tabel 10.3 Opnames in een ziekenhuis naargelang het huishoudtype, Vlaams Gewest, 2004 (%).
- Tabel 10.4 Opname in een ziekenhuis: verschillen naargelang het huishoudtype en andere relevante variabelen, Vlaams Gewest, 2004 (oddsratio's).
- Tabel 11.1 Gezondheid en gezondheidsgedrag: significante nettoverschillen naargelang het huishoudtype, Vlaams Gewest, 2004.

Lijst van figuren

- Figuur 1.1 Beïnvloedende factoren van de leefsituatie.
- Figuur 2.1 Posities binnen huishoudtypes naargelang de leeftijd, Vlaams Gewest, 2004 (%).



Studiedienst van de Vlaamse Regering
Boudewijnlaan 30 - bus 23
1000 BRUSSEL
<http://www.vlaanderen.be/svr>

