

Reflectie over de gezondheid van mensen met een overmatige schuldenlast

Romain Duvivier en Caroline Jeanmart
met de medewerking van Amélie Anciaux

Oktober 2016

Samenvatting

Dit artikel wil een antwoord geven op de volgende vraag: hebben mensen met een overmatige schuldenlast vaker gezondheidsproblemen dan mensen die geen financiële problemen hebben?

Om een antwoord op die vraag te geven, werden gegevens verzameld bij vrijwilligers van erkende instellingen voor schuldbemiddeling in de drie gewesten van het land. Deze gegevens werden vergeleken met die uit de Gezondheidsenquête van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV), met andere woorden met die van personen uit alle sociale categorieën die in België verblijven. Hieruit hebben we een substeekproef afgeleid van 'huishoudens met een laag inkomen' (het gaat hier om een equivalent inkomen tussen 750 en 1000 euro).

We gaan in dit artikel in op drie hoofdthema's: de fysieke en mentale gezondheidstoestand van personen en de toegang tot gezondheidszorg. Bij elk van de onderzochte thema's wijzen de resultaten op grote verschillen tussen de steekproef van personen met overmatige schuldenlast en de referentiesteekproef.

Wat hun algemene gezondheidstoestand betreft, valt bij de ondervraagde personen in schuldbemiddeling in vergelijking met respondenten met een laag inkomen het volgende op:

- Tweemaal zoveel mensen omschrijven hun gezondheidstoestand als middelmatig tot zeer slecht.
- Tienmaal minder mensen verklaren dat niets hun levenskwaliteit in de weg staat.
- Anderhalf maal zoveel mensen verklaren dat ze een chronisch gezondheidsprobleem hebben.
- Anderhalf maal zoveel mensen hebben een specialist geraadpleegd en tweemaal zoveel mensen hebben het afgelopen jaar een beroep op een spoedgevallendienst gedaan.
- Bijna driemaal minder mensen eten dagelijks fruit, anderhalf maal minder mensen ontbijten elke dag en 1,2 maal meer mensen worden als obees aanzien.

Wat hun geestelijke gezondheidstoestand betreft, valt bij de ondervraagde personen in schuldbemiddeling in vergelijking met respondenten met een laag inkomen het volgende op:

- Tweemaal zoveel mensen hebben ernstige psychische aandoeningen.
- Meer dan anderhalf maal zoveel mensen hebben een problematisch alcoholgebruik.
- Bijna tweemaal zoveel mensen roken.
- Meer dan zesmaal zoveel mensen hebben zelfmoordgedachten en meer dan driemaal zoveel mensen hebben het afgelopen jaar een zelfmoordpoging gedaan.
- Bijna viermaal zoveel mensen vinden hun sociale contacten onbevredigend.



Wat de toegang tot gezondheidszorg betreft, valt bij de ondervraagde personen in schuldbemiddeling in vergelijking met respondenten met een laag inkomen het volgende op:

- Viermaal zoveel mensen hebben het afgelopen jaar om financiële redenen zorgen moeten uitstellen.
- Meer dan tweemaal zoveel mensen geven aan dat het voor hen moeilijk of onmogelijk is om met het beschikbare budget gezondheidszorg te betalen.

Hoewel dit onderzoek louter verkennend was en het niet de bedoeling was om een oorzakelijk verband tussen overmatige schuldenlast en gezondheid te leggen, lijken de vastgestelde verschillen op belangrijke tendensen te duiden. Uit de analyses blijkt dat het inkomensniveau van de respondent slechts een van meerdere factoren is die deze verschillen verklaren. Onder meer de levenscontext, de gezinscultuur van de respondent, de sociale identiteit en achtergrond en de kijk op lichaam of ziekte spelen een rol.

Het Observatorium dankt de respondenten die hebben deelgenomen aan de enquête die in dit artikel wordt voorgesteld, van harte voor hun vertrouwen. Het dankt ook de erkende instellingen die ermee hebben ingestemd om als tussenpersoon voor deze enquête te fungeren, voor hun medewerking, hun beschikbaarheid en hun blijken van interesse. Het dankt tot slot Paul Berra (studiegelastigde van het Observatoire de la Santé du Hainaut), Alain Joret (psycholoog en trainer, animator van steungroepen voor personen met een overmatige schuldenlast in het kader van het Réseau bruxellois d'acteurs de prévention du surendettement), Geneviève Laroche (psycholoog van de Groupe Action Surendettement), Dr. Evelyne Lenoir (huisarts in Schaarbeek) en Vincent Lorant (onderzoeker aan het Institut de recherche Santé et Société en professor aan de Faculté de santé publique van de UCL) voor het aandachtig nalezen en voor hun opmerkingen.

INHOUDSOPGAVE

Inleiding	4.
1. Nagestreefde doelstellingen, methodologie en gebruikte gegevens	5.
1.1. <u>Drie steekproeven</u>	5.
1.1.1. Gegevens over de gezondheidstoestand van de totale populatie	5.
1.1.2. Gegevens over de gezondheidstoestand van de bevolkingsgroep met een laag inkomen	6.
1.1.3. Gegevens verzameld bij erkende instellingen voor schuldbemiddeling	7.
1.2. <u>Analysemethode</u>	7.
2. Wat is de relatieve gezondheidstoestand van personen in schuldbemiddeling?	9.
2.1. <u>Algemene gezondheidstoestand</u>	9.
2.1.1. Subjectieve gezondheid en levenskwaliteit	9.
2.1.2. Chronische aandoeningen	13.
2.1.3. Gezondheidszorgconsumptie	14.
2.1.4. Eetgewoonten en overgewicht	16.
2.2. <u>Indicatoren geestelijke gezondheid</u>	21.
2.2.1. Stress en welbevinden	21.
2.2.2. Alcoholgebruik	23.
2.2.3. Gebruik van tabak	25.
2.2.4. Zelfmoordgedachten en zelfmoordpogingen	26.
2.2.5. Sociabiliteit	28.
3. Toegang tot gezondheidszorg	29.
Conclusie	30.
Bijlage	32.
Schriftelijke vragenlijst gericht aan huishoudens in schuldbemiddeling bij een erkende instelling	

INLEIDING

Onderzoeken naar de sociaaleconomische situatie van huishoudens met een overmatige schuldenlast wijzen op sterke verbanden tussen de overmatige schuldenlast en monetaire armoede.¹ Het bestaan van sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid is bovendien duidelijk.² Aan de hand van gezondheidsindicatoren zoals levensverwachting, morbiditeit, subjectieve gezondheid of geestelijke gezondheid wijzen deze onderzoeken op het bestaan van correlaties tussen het sociaaleconomische positie van een bevolkingsgroep en de score die ze voor de verschillende gezondheidsindicatoren haalt. Bovendien wijzen onderzoeken naar sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid op het bestaan van een gezondheidsgradiënt: de gezondheidstoestand verbetert naarmate het inkomens- en/of het opleidingsniveau toenemen.³ Voor België kunnen we uit een aantal voorbeelden twee aanhalen: 'Wanneer je onderaan de sociale ladder staat, sterf je gemiddeld 3 tot 5 jaar vroeger dan iemand die bovenaan de ladder staat. Personen met een laag opleidingsniveau leven in goede gezondheid gemiddeld 18 tot 25 jaar minder lang dan personen met een hoog opleidingsniveau.'⁴

Dit artikel wil een antwoord geven op de volgende vraag: hebben mensen met een overmatige schuldenlast vaker problemen met de gezondheid dan mensen die geen ernstige financiële problemen hebben? Vier vaststellingen brengen ons ertoe om dit verband tussen overmatige schuldenlast en gezondheid te onderzoeken.

Ten eerste heeft een aanzienlijk deel van personen met een overmatige schuldenlast een laag inkomen.⁵ Welnu, er zijn bewijzen dat bevolkingsgroepen met een laag inkomen meer risico op gezondheidsproblemen lopen.⁶

Ten tweede blijkt uit de gegevens die bij erkende instellingen voor schuldbemiddeling werden verzameld, dat een ziekte een van de factoren kan zijn die aanzet tot overmatige schuldenlast kunnen geven. Wanneer schuldbemiddelaars van erkende instellingen naar deze initiërende factoren wordt gevraagd, wordt in 16,7 % van de dossiers in Wallonië en in 32,5 % van de dossiers in Vlaanderen de ziekte van een lid van het huishouden aangehaald.⁷

Ten derde horen schulden die verband houden met gezondheid tot de vaakst voorkomende oorzaken in dossiers van huishoudens die door de diensten voor schuldbemiddeling (DSB) worden gevolgd. De analyses van het Observatorium Krediet en Schuldenlast⁸ tonen aan dat in 2015 in 56,6 % van de dossiers behandeld door Waalse DSB's sprake was van minstens één schuld die verband houdt met gezondheid voor een gemiddeld bedrag van 1251 euro. Het bedrag van deze schuldenlast kan verwaarloosbaar lijken in vergelijking met andere schulden. Het bestaan van deze schuldenlast wijst echter op de moeilijkheden die sommige huishoudens hebben om essentiële uitgaven zoals voor gezondheidszorg te kunnen doen. In 2003 kwam dit soort schuldenlast voor in 51,2 % van de dossiers voor een gemiddeld bedrag van 1045 euro. Mettertijd lijken schulden die verband houden met gezondheid dus vaker voor te komen in de dossiers en zijn vooral de bedragen waarvan sprake is, toegenomen. DSB's in Vlaanderen stellen hetzelfde vast.⁹

¹ Zie bijvoorbeeld Duvivier R., De Doncker H., Jeanmart C., (2015), 'Recours au crédit et difficultés financières : quel lien avec la pauvreté?', in Lahaye W., Pannecoucke I., Vranken J. en Van Rossem R., *Pauvreté en Belgique. Annuaire 2015*, Gent, Academia Press, pp. 69-92.

² Willems S., Vyncke, V., (2010), 'Différences sociales de santé', in Dierckx D., Van Herck N., Vranken J. (eds), *Pauvreté en Belgique*, Leuven, Acco, pp. 153-180.

³ Idem.

⁴ Koning Boudewijnsstichting, (2007), *Inégalités en santé. Recommandations politiques*. Aanbevelingen van de werkgroep 'Ongelijkheid en gezondheid' van de Koning Boudewijnsstichting voor de verschillende politieke overheden in België, KBS, 20 p.

⁵ Observatorium Krediet en Schuldenlast, (2016), *Prévention et traitement du surendettement en Wallonie. Rapport d'évaluation 2015*, Marchienne au Pont, OKS.

Vlaams Centrum Schuldenlast, (2016), *Onderzoeksrapport. Cijfer- en profielgegevens van de Vlaamse huishoudens in budget- en/of schuldhulpverlening anno 2015*, Brussel, VCS, 66 p.

⁶ Willems S., ibidem.

⁷ Observatorium Krediet en Schuldenlast, (2016) en Vlaams Centrum Schuldenlast, (2016).

⁸ Observatorium Krediet en Schuldenlast, (2016).

⁹ Vlaams Centrum Schuldenlast, (2016).

Ten vierde vermelden schuldbemiddelaars in de drie gewesten wanneer hen wordt gevraagd naar problemen die inherent zijn aan hun werk, de vermoedelijke gezondheidsproblemen van de begunstigen als een van de moeilijkheden die een goede afloop van de schuldbemiddeling in de weg kan staan¹⁰ en als een bron van stress¹¹.

Dit artikel wil bijdragen tot een reflectie over de gezondheid van personen met een overmatige schuldenlast die door erkende diensten voor schuldbemiddeling worden gevolgd door hun situatie te vergelijken met die van een referentiebevolkingsgroep van wie wordt aangenomen dat ze geen overmatige schuldenlast heeft. Hiertoe hebben we gegevens verzameld bij vrijwilligers van erkende instellingen voor schuldbemiddeling in de drie gewesten van het land. Deze gegevens werden vergeleken met die uit de Gezondheidsenquête van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) over de totale Belgische populatie. Drie thema's worden voornamelijk onderzocht: de fysieke en geestelijke gezondheidstoestand en de toegang tot gezondheidszorg.

We beginnen de rest van het artikel met een uiteenzetting over de methode om gegevens te verzamelen en om de steekproeven samen te stellen (deel 1). Vervolgens stellen we de belangrijkste resultaten voor die voortvloeien uit de vergelijking van de verschillende steekproeven om te bepalen of de gezondheidstoestand van personen met een overmatige schuldenlast die te rade gaan bij een schuldbemiddelingsdienst, minder goed is dan die van de Belgen waarvan we veronderstellen dat ze geen overmatige schuldenlast hebben (deel 2). Tot slot onderzoeken we de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor mensen in schuldbemiddeling (deel 3).

1. NAGESTREEFDE DOELSTELLINGEN, METHODOLOGIE EN GEBRUIKTE GEGEVENS

In dit deel stellen we de steekproeven voor die we voor dit onderzoek hebben gebruikt en de manier waarop de gegevens werden verzameld. Tevens wordt de methodologie besproken en de conclusies die hieruit kunnen worden getrokken.

1.1. Drie steekproeven

Het is onze doelstelling om na te gaan of de gezondheid van personen met een overmatige schuldenlast die door een Belgische DSB worden gevolgd, gemiddeld beter of slechter is in vergelijking met die van de totale Belgische populatie waarvan we veronderstellen dat ze geen overmatige schuldenlast heeft. Hiertoe stellen we de gegevens uit de drie steekproeven voor en vergelijken ze. In dit deel beschrijven we de verschillende gegevens.

1.1.1. Gegevens over de gezondheidstoestand van de totale populatie

Sinds 1997 voert het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid regelmatig (om de 4 of 5 jaar) de Gezondheidsenquête (Health Interview Survey of HIS) uit. Die heeft meer bepaald als doelstelling de gezondheidstoestand en -behoeften van de bevolking te beschrijven, om prevalentieramingen van bepaalde ziektes te maken, om de verdeling van gezondheidsindicatoren te onderzoeken, om sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid en toegang tot gezondheidszorg te analyseren en om het gebruik van gezondheidszorg en zijn determinanten te bestuderen.¹²

Er werden twee soorten vragenlijsten gebruikt om gegevens te verzamelen: een mondelinge vragenlijst afgenomen door een onderzoeker en een schriftelijke vragenlijst ingevuld door de huishoudens zelf.

¹⁰ Jeanmart C., (2016), 'Schuldbemiddeling: welke moeilijkheden ervaren de professionals (maatschappelijk werkers, juristen en advocaten)?', Observatorium Krediet en Schuldenlast, 23 p. Dit artikel is beschikbaar op de website van het Observatorium onder de rubriek 'Analyses en onderzoeken'.

¹¹ Jeanmart C., (2016), 'De schuldbemiddeling: een stresserende beroepsactiviteit? De ervaring van de maatschappelijk werkers, de juristen en de advocaten-bemiddelaars', Observatorium Krediet en Schuldenlast, 18 p. Dit artikel is beschikbaar op de website van het Observatorium onder de rubriek 'Analyses en onderzoeken'.

¹² Meer informatie over deze enquête vindt u hier: <https://his.wiv-isp.be/nl/SitePages/Introductiepagina.aspx>.

Deze enquête gebeurt op vrijwillige basis. De steekproef bestaat uit 10.000 personen, waarvan 3500 afkomstig zijn uit Wallonië, evenveel uit Vlaanderen en 3000 uit het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.¹³ De steekproef van het WIV bestaat uit personen met domicilie in België zonder nationaliteitsbeperking.

In deze enquête komen globaal de volgende onderwerpen aan bod: de gezondheidstoestand van individuen, levensstijlen die een invloed op de gezondheid kunnen hebben, een aantal preventieve maatregelen, gezondheidszorgconsumptie en gezondheid en samenleving.

Omdat het Observatorium niet over de middelen beschikt om de methode van het WIV volledig te kopiëren, heeft het gefocust op een aantal thema's die in de schriftelijke vragenlijst aan bod kwamen om te komen tot een vergelijkbare manier om gegevens te verzamelen dan die van het WIV.

In de rest van de analyses hebben we het over de steekproef '*totale populatie*' om te verwijzen naar deze eerste steekproef die representatief is voor de gezondheidstoestand van *individuen uit alle sociale categorieën die in België verblijven*.

1.1.2. Gegevens over de gezondheidstoestand van de populatie met een laag inkomen

Is de steekproef van het WIV die de gezondheidstoestand van de totale populatie weergeeft, de meest geschikte groep om een vergelijking te maken die een antwoord op onze vraag kan bieden? Alles hangt van onze doelstelling af. Aantonen dat personen die door diensten voor schuldbemiddeling worden gevolgd, een minder goede gezondheid hebben dan de rest van de bevolking, zou maar weinig interessant zijn. De literatuur heeft zich immers al uitgebreid over de kwestie van sociale ongelijkheden qua gezondheid gebogen.

Ideaal zou zijn om na te gaan of overmatige schuldenlast een factor is die gecorreleerd is met een minder goede gezondheidstoestand. Omdat we de variabele 'overmatige schuldenlast' echter niet van de andere variabelen kunnen isoleren, kan deze laatste hypothese gelet op de beschikbare gegevens, niet worden getest.

Onze benadering maakt het mogelijk om op een realistische manier de hypothese te testen of er een verband bestaat tussen ernstige financiële moeilijkheden en een minder goede gezondheidstoestand. In deze hypothese is de steekproef die is samengesteld uit alle personen die door het WIV werden bevraagd, niet relevant. Er bestaat een feitelijke correlatie tussen bepaalde sociaaleconomische kenmerken en overmatige schuldenlast: het soort huishouden, het opleidingsniveau, het soort inkomsten enz. De armste personen hebben gemiddeld een minder goede gezondheid.¹⁴

De aannemelijkheid van een statistische correlatie tussen overmatige schuldenlast en gezondheid onderzoeken, dwong ons dan ook om bij onze vergelijking te focussen op een steekproef huishoudens van wie wordt aangenomen dat ze geen overmatige schuldenlast hebben, maar die een sociaaleconomisch profiel hebben dat het profiel benadert van huishoudens die op DSB's een beroep doen. De doelstelling die we in deze analyse hanteren, is zoveel mogelijk het specifieke effect van overmatige schuldenlast op de gezondheid isoleren van het effect dat aan monetaire armoede is toe te schrijven. De gegevens van de enquête van het WIV die de situatie van alle Belgische huishoudens weergeven (steekproef 'Belgische populatie'), worden dus louter ter informatie gegeven. We gebruiken als vergelijkingsgroep een substeekproef van gegevens verzameld door het WIV die representatief is voor de bevolkingsgroep met een laag inkomen.

¹³ De individuen voor deze steekproef werden aan de hand van gegevens van het Rijksregister geselecteerd. De willekeurige selectie gebeurde op basis van de zogenaamde 'trechtermethode': in de drie gewesten werden bepaalde gemeenten geselecteerd en in deze gemeenten werden verschillende huishoudens door loting aangewezen. Vervolgens werden bepaalde leden van de geselecteerde huishoudens uitgenodigd om de gezondheidsvragenlijst van het WIV te beantwoorden. De steekproef die het WIV verzamelde, werd gewogen naar leeftijd en/of geslacht. We hoeven dus geen correcties door te voeren.

¹⁴ Zie in het bijzonder Willems, S. en Vyncke, V. (2010).

Om zeker te zijn dat onze controlegroep een onderscheid mogelijk maakt tussen de impact van een laag inkomen en die die aan overmatige schuldenlast kan worden toegeschreven, gaan we uit van een substeekproef van de enquête die het WIV heeft uitgevoerd: de *huishoudens met een equivalent inkomen*¹⁵ tussen 750 euro en 1000 euro. Personen die een beroep doen op een DSB en die we in het kader van onze enquête hebben bevraagd (met andere woorden de personen van de steekproef voorgesteld in punt 1.1.3) hebben wisselende inkomsten¹⁶ die wel heel dicht bij deze vork aanleunen. Wanneer we naar deze steekproef verwijzen, hebben we het over '*personen met een laag inkomen*'.

1.1.3. Gegevens verzameld bij erkende instellingen voor schuldbemiddeling

Om de vraag die ons bezighoudt, te kunnen beantwoorden, heeft het OKS een enquête uitgevoerd bij personen die een beroep doen op een DSB om hun gezondheidstoestand te beoordelen. Om zeker te zijn dat de verzamelde gegevens vergelijkbaar waren met die van het WIV, werden in de vragenlijst die werd voorgelegd aan de personen in schuldbemiddeling enkele vragen uit de schriftelijke vragenlijst van de nationale Gezondheidsenquête overgenomen, die als bijzonder relevant werden beoordeeld. De vragenlijst die het OKS heeft gebruikt, is beschikbaar als bijlage bij dit artikel.

Om huishoudens in schuldbemiddeling te bereiken, heeft het OKS contact opgenomen met erkende instellingen voor schuldbemiddeling in de drie gewesten van het land. Het stelde hen voor om de enquête bij hun begunstigen kenbaar te maken. Hiervoor werden vragenlijsten bezorgd aan de DSB's die ermee instemden om mee te werken.

In totaal werden 408 vragenlijsten verzameld die toelieten om een aantal parameters te meten die verband hielden met de gezondheid van de huishoudens die een beroep deden op deze diensten. Hierna hebben we het over '*personen in schuldbemiddeling*' om te verwijzen naar deze steekproef die bestaat uit *personen die door diensten voor schuldbemiddeling van de drie gewesten van het land worden gevolgd*. Het is onze bedoeling om de specifieke gegevens over '*personen in schuldbemiddeling*' te vergelijken met die over '*personen met een laag inkomen*' (de substeekproef uit de Gezondheidsenquête voorgesteld in punt 1.1.2).

Zoals we al hebben vermeld, hoefde de steekproef van het WIV niet gewogen te worden omdat ze al representatief was voor de referentiepopulatie. De steekproef verzameld bij de DSB werd op basis van vier variabelen gecorrigeerd: het geslacht, de leeftijd en het gewest waar de personen wonen en hun professionele situatie. Deze correctie liet toe om een steekproef te bekomen die zo dicht mogelijk aanleunt bij de populatie die ze vertegenwoordigt, namelijk alle personen die een beroep doen op schuldbemiddeling bij een DSB in België.¹⁷

De belangrijkste beperking van deze steekproef is de oververtegenwoordiging van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en de ondervertegenwoordiging van het Vlaams Gewest. Het klopt dat de vragenlijsten die bij de Brusselse DSB's werden verzameld, goed zijn voor meer dan 30 % van de respondenten, terwijl de Vlaamse respondenten slechts 18 % vertegenwoordigen. Onze 'DSB-

¹⁵ Het equivalent inkomen stemt overeen met het totale inkomen van een huishouden na belastingen en andere inhoudingen dat beschikbaar is om te worden uitgegeven of te worden gespaard, gedeeld door het aantal leden van een huishouden omgezet in volwassen equivalenten. Hieruit de extreme inkomens (heel hoog of heel laag) van de algemene Belgische populatie verwijderen, was de enige manier om de economische realiteit te benaderen van de personen die een beroep doen op erkende diensten voor schuldbemiddeling. In 2014 kwam een netto maandinkomen van 1085 euro overeen met de armoedegrens die voor België was vastgesteld. Alle alleenstaanden die minder dan dit bedrag verdienen, werden dus als arm beschouwd.

¹⁶ We hebben het dus wel degelijk over het inkomen van huishoudens in schuldbemiddeling en niet over het leefgeld.

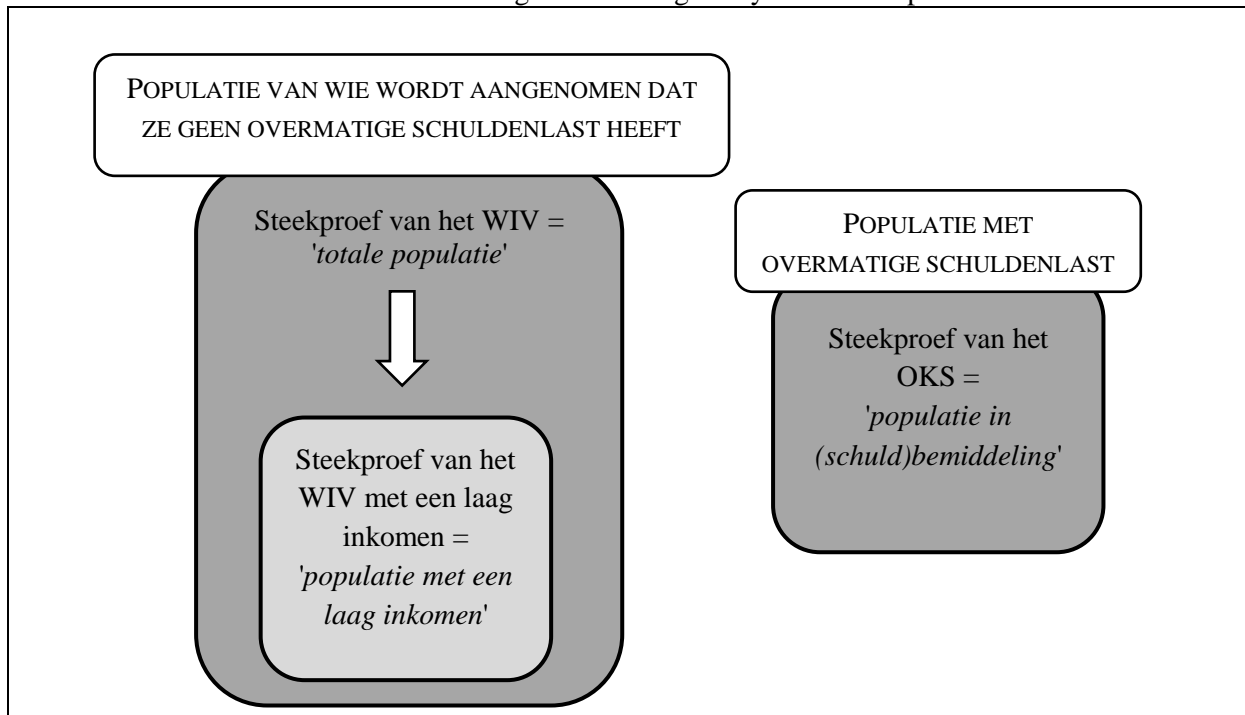
¹⁷ Basis voor de weging van Vlaanderen zijn de gegevens van het Vlaams Centrum Schuldenlast: *Cijfer- en profielgegevens van de Vlaamse huishoudens in budget- en/of schuldhulpverlening anno 2013*, Vlaams Centrum Schuldenlast, 2014, 66 p. De weging die werd toegepast voor Wallonië, werd berekend op basis van gegevens verzameld door het OKS: *Prévention et traitement du surendettement en Région wallonne. Rapport d'évaluation 2014*, Observatorium Krediet en Schuldenlast, Charleroi, 2015, 240 p. De correctie toegepast in het Brussels Hoofdstedelijk gewest gaat uit van gegevens van het Steunpunt voor de Diensten Schuldbemiddeling van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Wat de gewestelijke verdeling betreft van de personen die een beroep doen op DSB, zijn we uitgegaan van een artikel van het OKS: Jeanmart C., (2015), 'Advocaten die in schulden bemiddelen en erkende instellingen voor schuldbemiddeling in België: profielen en regionale specificiteiten', Observatorium Krediet en Schuldenlast, 11 p.

steekproef' werd echter gecorrigeerd om te komen tot een gewestelijke verdeling die strookt met de realiteit.

1.2. Analyse methode

We gaan dus uit van de resultaten van de enquête van het WIV¹⁸ en van die uitgevoerd door het Observatorium bij de DSB's om de gezondheidstoestand van 'personen in schuldbemiddeling' te vergelijken met die van de populatie die geen overmatige schuldenlast heeft (steekproeven 'totale populatie' en 'personen met een laag inkomen') (zie het onderstaande schema).

Schema 1. Voorstelling van de drie geanalyseerde steekproeven



Tijdens de analyses zullen we eerst de situatie van de 'totale populatie' vergelijken met die van 'personen met een laag inkomen'. De waargenomen verschillen in de gezondheidsindicatoren tussen deze twee steekproeven zouden aan een verschil in inkomen kunnen worden toegeschreven. Vervolgens zullen we de situatie van 'personen met een laag inkomen' vergelijken met die van 'personen in schuldbemiddeling'. De eventueel waargenomen verschillen zouden kunnen worden verklaard door specifieke moeilijkheden waarmee huishoudens worden geconfronteerd die door diensten voor schuldbemiddeling worden gevolgd.

We moeten hier echter benadrukken dat de enige controlevariabele het inkomen is. Bijgevolg zouden alle andere kenmerken van huishoudens die door de erkende diensten worden gevolgd, die verschillen van de populatie met een laag inkomen, ook een rol kunnen spelen om de waargenomen verschillen op het vlak van gezondheid te verklaren. Zoals we hiervoor hebben uitgelegd, is het onmogelijk om te bepalen of overmatige schuldenlast al dan niet correleert met een minder goede gezondheidstoestand. We passen dus de falsifieerbaarheidsvisie toe waar Karl Popper voorstander van is.¹⁹ Deze benadering gaat ervan uit dat de wetenschappelijke methode het foute karakter van naar voren geschoven hypothesen probeert aan te tonen en dat ze nooit de intentie heeft om te bevestigen dat ze juist zijn. Hypothesen die men op basis van gegevens niet kon 'falsifiëren' (met andere woorden, waarvan men

¹⁸ Drieskens S., Charafeddine R., Demarest S., Gisle L., Tafforeau J. & Van der Heyden J., Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013: Health Interview Survey Interactive Analysis. Brussel: WIV-ISP. <https://hisia.wiv-isp.be/>

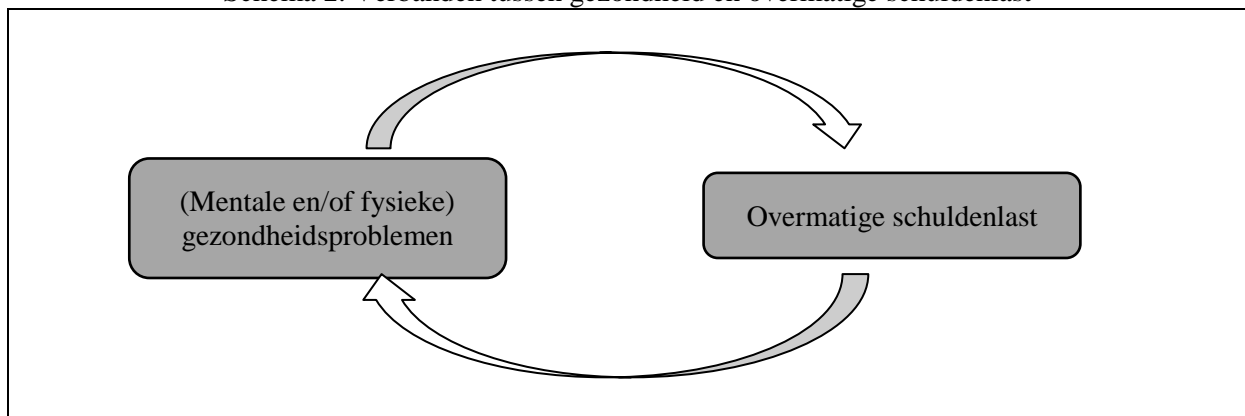
¹⁹ Popper K., (1985), *Conjectures et réfutations. La croissance du savoir scientifique*, Parijs, Payot, 610 p.

niet kon aantonen dat ze fout zijn), worden gehandhaafd en worden beschouwd als een geldige wetenschappelijke verklaring. We kunnen met andere woorden nooit bevestigen dat een wetenschappelijke hypothese juist is, maar we kunnen wel bevestigen dat deze hypothese met de huidige kennisstand nog niet kon worden gefalsifieerd.

Bij dit onderzoek vertrekken we van de hypothese dat er een verband tussen overmatige schuldenlast en gezondheid bestaat. We gebruiken de beschikbare statistieken om te verifiëren of deze hypothese de toets doorstaat. Als de gezondheidstoestand van personen die door schuldbemiddelingsdiensten worden gevolgd, minder goed is dan die van personen met een laag inkomen, hebben we niet aangetoond dat er een verband bestaat tussen overmatige schuldenlast en een minder goede gezondheidstoestand. Met de gegevens waarover we nu beschikken, kan deze hypothese echter ook niet worden weerlegd. Bovendien moet die minder goede gezondheidstoestand worden beschouwd als een van de eigenschappen van personen met een overmatige schuldenlast.

De conclusies van dit onderzoek zullen dus een beperkte draagwijdte hebben. We meten de relatieve gezondheid van personen die door DSB's worden gevolgd, zonder te kunnen bepalen of er een oorzakelijk verband bestaat tussen het feit dat men een overmatige schuldenlast heeft en een relatief minder goede gezondheidstoestand. Er zijn overigens verschillende hypothesen denkbaar. In sommige gevallen bestonden de gezondheidsproblemen al voor de financiële problemen. Ze zouden er zelfs een van de aanleidingen voor kunnen zijn (meer bepaald door de hoge kosten die ze met zich meebrengen). Daarnaast zou de overmatige schuldenlast ook een factor kunnen zijn die reeds bestaande gezondheidsproblemen vergroot. In andere gevallen kan de overmatige schuldenlast een van de factoren zijn die aanleiding geeft tot gezondheidsproblemen (depressie, stress enz.). Het onderstaande schema vat de complexiteit van de reflectie over de verbanden tussen gezondheid en overmatige schuldenlast samen.

Schema 2. Verbanden tussen gezondheid en overmatige schuldenlast



Ondanks deze opmerkingen is het eventueel aantonen van een relatief minder goede gezondheidstoestand voor personen in schuldbemiddeling belangrijk. Dit moet een diepgaande en multidisciplinaire reflectie over deze problematiek mogelijk maken. Het moet mensen ook aanzetten om specifieke maatregelen te treffen om deze bijzonder kwetsbare doelgroep te beschermen of om ze op zijn minst zo goed mogelijk wegwijz te maken in de beschikbare voorzieningen.

2. WAT IS DE RELATIEVE GEZONDHEIDSTOESTAND VAN PERSONEN DIE DOOR EEN DSB WORDEN GEVOLGD?

Verkeren personen die te rade gaan bij erkende instellingen voor schuldbemiddeling in een relatief minder goede gezondheidstoestand wanneer we hun situatie vergelijken met die van personen van wie wordt aangenomen dat ze geen overmatige schuldenlast hebben? Om die vraag te beantwoorden, focussen we op twee categorieën indicatoren: indicatoren met betrekking tot de algemene gezondheidstoestand (punt 2.1.) en indicatoren met betrekking tot de fysieke en geestelijke gezondheid (punt 2.2.).

2.1. Algemene gezondheidstoestand

2.1.1. Subjectieve gezondheid en levenskwaliteit

Wanneer het gaat om de beoordeling van de gezondheid van individuen wordt vaak de voorkeur gegeven aan subjectieve gezondheidsindicatoren. Subjectieve gezondheid wordt als volgt gedefinieerd: 'De beoordeling van de eigen gezondheidstoestand door het individu zelf.'²⁰ Het gaat om een globale indruk 'van zowel de fysieke gezondheid, de psychische gezondheid als het sociale leven. (...) De subjectieve benadering van het concept wijst er daadwerkelijk op dat we veeleer te maken hebben met een emotionele reactie dan met een systematische cognitieve analyse.'²¹

Subjectieve gezondheidsindicatoren worden beschouwd als goede gezondheidsindicatoren, zowel op individueel niveau als op niveau van de populatie.²² Een van de belangrijkste voordelen van het gebruik van deze indicatoren is dat ze de impact van de pijnen en ziekten waaraan een persoon lijdt, correct weergeven, ook al is die persoon zelf niet in staat om zijn eigen gezondheidsproblemen te benoemen. Op statistisch vlak is er een grote correlatie tussen subjectieve gezondheidsindicatoren en mortaliteit²³, morbiditeit²⁴, de functionele capaciteit²⁵ en de zorgconsumptie²⁶.

Twee bijkomende redenen zetten deze keuze om de resultaten van een subjectieve gezondheidsindicator voor te stellen, kracht bij. Ten eerste bestaat er geen objectieve gezondheidsmaatstaf die unaniem geldig is verklaard.²⁷ De Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) definieert gezondheid immers als volgt: 'Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken.'²⁸ Deze definitie wordt op verschillende manieren (meer bepaald door verschillende landen) geïnterpreteerd en laat dus niet toe om een geheel van criteria vast te leggen aan de hand waarvan de gezondheidstoestand van individuen precies objectief kan worden bepaald.²⁹ Ten tweede is het in de veronderstelling dat er ooit een objectieve gezondheidsmaatstaf zou gevonden worden, evident dat dit gepaard zou gaan met een heel grote inzet van menselijke en geldelijke middelen. Om de gezondheidstoestand van een individu te meten, zou het immers ideaal zijn om hem door gemachtigde personen te laten interviewen. Dit is wat voor een deel in het kader van het onderzoek van het WIV is gebeurd. Omdat een aanpak op een dergelijke schaal voor ons niet haalbaar

²⁰ Tafforeau J., (2014), 'Subjectieve gezondheid', in Van der Heyden J., Charafeddine R. (eds.), *Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en welzijn*, Brussel, WIV, p. 31.

²¹ Ibidem, p. 33.

²² Ibidem.

²³ Zie in het bijzonder:

- Grant M.D., Piotrowski Z.H., Chappell R., (1995), 'Self-reported health and survival in the longitudinal study of aging, 1984-1986', *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 48, nr. 3, pp. 375-387.

- Valkonen T., Sihvonen A.P., Lahelma E., (1997), 'Health expectancy by level of education in Finland', *Social Science and Medicine*, vol. 44, nr. 6, pp. 801-808.

- Idler E.L., Benyamini Y., (1997), 'Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies', *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 38, nr. 1, pp. 21-37

²⁴ Goldberg P., Gueguen A., Schmaus A., Nakache J.P., Goldberg M., (2001), 'Longitudinal study of associations between perceived health status and self-reported diseases in the French Gazel cohort', *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 55, nr. 4, pp. 233-238.

²⁵ Zie in het bijzonder:

- Delpierre C., Datta G.D., Kelly-Irving M., Lauwers-Cances V., Berkman L., Lang T., (2012), 'What role does socioeconomic position play in the link between functional limitations and self-rated health: France vs. USA?', *European Journal of Public Health*, vol. 22, nr. 3, pp. 317-321.

- Galenkamp H., Braam A.W., Huisman M., Deeg D.J.H., (2013), 'Seventeen-year time trend in poor self-rated health in older adults: changing contributions of chronic diseases and disability', *European Journal of Public Health*, vol. 23, nr. 3, pp. 511-517.

²⁶ Zie in het bijzonder:

- de Bruin A., Picavet H.S., Nossikov A., (1996), *Health Interview Surveys: towards international harmonization of methods and instruments*, Copenhagen, World Health Organisation, 170 p.

- DeSalvo K., Fan V., McDonell M., Fihn S., (2005), 'Predicting Mortality and Healthcare Utilization with a Single Question', *Health Services Research*, vol. 40, nr. 4, pp. 1234-1246.

²⁷ Clark A.E., Vicard A., (2007), 'Conditions de collecte et santé auto-déclarée : analyse sur données européennes', *Economie et statistiques*, nr. 403-404, pp. 143-163.

²⁸ Preambule van de Grondwet van de Wereldgezondheidsorganisatie zoals aangenomen door de International Health Conference, New York, 19-22 juni 1946; ondertekend op 22 juli 1946 door de vertegenwoordigers van de 61 lidstaten (Official Records van de Wereldgezondheidsorganisatie, nr. 2, p. 100) en in werking getreden op 7 april 1948.

²⁹ Lardjane S., Dourgnon P., (2007), 'Les comparaisons internationales d'état de santé subjectif sont-elles pertinentes ? Une évaluation par la méthode des vignettes-étalons', *Economie et statistique*, vol. 403, nr. 1. pp. 165-177.

is, hebben we uit de WIV-enquête enkel de elementen van de schriftelijke vragenlijst overgenomen, die toelaten om betrouwbare inlichtingen in een realistisch verzamelkader in te winnen.

Zo laat het onderzoek van de subjectieve gezondheid van individuen ons toe om ons een eerste algemeen beeld van de gezondheid van de respondenten te vormen en eventuele significante verschillen tussen onze steekproeven aan het licht te brengen. De kijk van de respondenten op hun eigen gezondheidstoestand en op hun levenskwaliteit zijn de twee subjectieve gezondheidsindicatoren die in overweging worden genomen.³⁰

a) *Kijk op de algemene gezondheidstoestand*

De eerste vraag over de subjectieve gezondheid wordt hierna voorgesteld.

Kader 1. Vraag over de subjectieve gezondheid

Hoe is uw gezondheidstoestand in het algemeen?	
<input type="checkbox"/>	Zeer goed
<input type="checkbox"/>	Goed
<input type="checkbox"/>	Gaat wel (redelijk)
<input type="checkbox"/>	Slecht
<input type="checkbox"/>	Zeer slecht

Meer dan drie vierde van de totale populatie (77,9 %) vindt zijn gezondheid goed of zelfs zeer goed, terwijl 22,1 % zijn gezondheidstoestand als redelijk, slecht of zeer slecht beoordeelt (zie tabel 1 hierna). Wanneer we diezelfde verhoudingen voor de populatie met een laag inkomen vergelijken, daalt het percentage personen een beetje dat vindt dat zijn gezondheid goed of zelfs zeer goed is, maar blijft het wel om de meerderheid gaan: meer dan 7 op 10 van de personen met een laag inkomen vinden hun gezondheid goed tot zeer goed. Bij personen in schuldbemiddeling zien de resultaten er helemaal anders uit: slechts een derde van deze steekproef vindt zijn gezondheid goed tot zeer goed.

Tabel 1. Indicatoren subjectieve gezondheid

	Totale populatie	Populatie met een laag inkomen	Personen in schuldbemiddeling
Percentage respondenten dat zijn gezondheidstoestand goed tot zeer goed vindt	77,9 %	70,5 %	33,8 %
Percentage respondenten dat zijn gezondheidstoestand redelijk, slecht of zeer slecht vindt	22,1 %	29,5 %	66,2 %

Bronnen: HISIA³¹ en berekeningen van het OKS op de eigen steekproef

In vergelijking met personen met een laag inkomen ligt het aandeel huishoudens dat te rade gaat bij een DSB en dat zijn gezondheid slecht of zeer slecht vindt, meer dan tweemaal zo hoog.

b) *Evaluatie van de levenskwaliteit van individuen*

Onder levenskwaliteit verstaan we hier: 'De perceptie die individuen hebben over hun positie in het leven binnen de culturele context en de waardesystemen waarin zij leven. Dit wordt geanalyseerd in

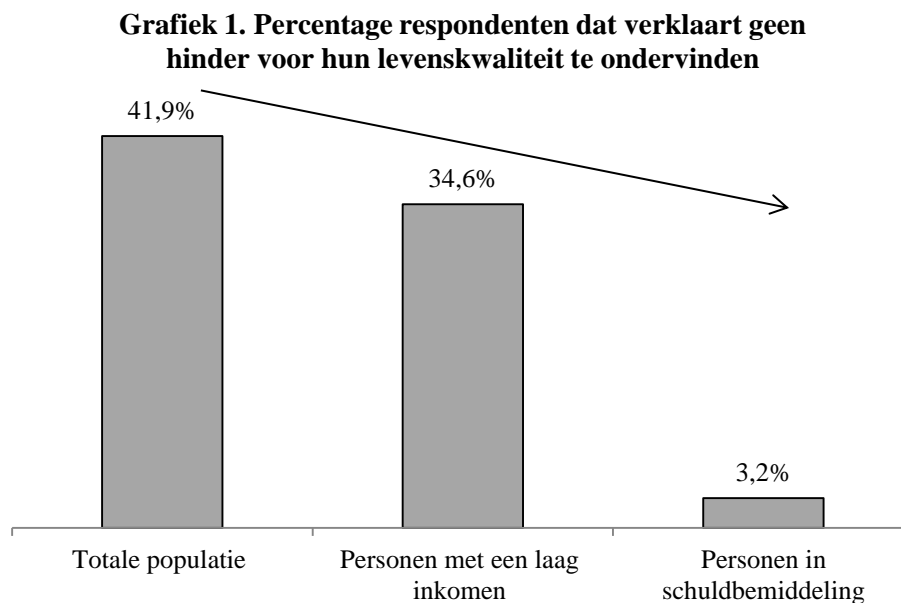
³⁰ Zie in het bijzonder Willems, S., en Vyncke, V., (2010).

³¹ Drieskens S., Charafeddine R., Demarest S., Gisle L., Tafforeau J. & Van der Heyden J., Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013: Health Interview Survey Interactive Analysis. Brussels: WIV-ISP. <https://hisia.wiv-isp.be/>

relatie tot hun bezittingen, verwachtingen, standaarden en bezorgdheden.³² De indicator van de levenskwaliteit is ruimer dan de perceptie van de gezondheidstoestand in de strikte zin van het woord omdat hij zich niet tot louter medische aspecten beperkt, maar ook rekening houdt met psychologische, economische en sociale factoren.

Om de perceptie van de levenskwaliteit van de respondenten te evalueren, doen we een beroep op vijf vragen van de EQ-5D-schaal.³³ Deze vragen gaan respectievelijk over de perceptie die individuen hebben van hun mobiliteit, van hun autonomie, van het gemak waarmee ze dagelijkse activiteiten verrichten, van pijn en klachten die ze hebben en van hun stemming (angstig en/of depressief). Voor elke vraag kon de respondent uit vijf mogelijke antwoorden kiezen, gaande van 'Ik heb geen problemen' met dit thema tot 'Ik heb ernstige problemen'. De vijf vragen die werden gebruikt om de EQ-5D-indicator vorm te geven, vindt u als bijlage. Op basis van de antwoorden op deze vragen hebben we ons gefocust op personen die verklaren geen hinder voor hun levenskwaliteit te ondervinden wat de vijf onderzochte thema's betreft, met andere woorden de personen die voor elk van de vijf vragen voor de eerste mogelijkheid kozen.

Uit grafiek 1 hierna blijken net als voor het vorige resultaat, grote verschillen tussen de drie steekproeven: van de personen in schuldbemiddeling verklaart slechts 3,2 % van de respondenten dat ze geen hinder voor hun levenskwaliteit ondervinden, tegenover 34,6 % van de populatie met een laag inkomen. Bij de totale populatie verklaren meer dan 4 personen op 10 dat ze geen hinder voor hun levenskwaliteit ondervinden.



Bronnen: HISIA³⁴ en berekeningen van het OKS op de eigen steekproef

Bij het zien van dit resultaat lijkt het er dus op dat monetaire armoede en, meer nog, het feit dat men door een dienst voor schuldbemiddeling wordt gevolgd, een impact op de levenskwaliteit van individuen hebben.

³² O.M.S., (1947), 'The Constitution of W.H.O.', *W.H.O Chron. Geneva: W.H.O Headquarter*, vol. 1, p. 29.

³³ Cleemput I., (2010), 'A social preference valuations set for EQ-5D health states in Flanders, Belgium', *European Journal of Health Economics*, vol. 11, nr. 2, pp. 205-13.

<http://www.euroqol.org>

³⁴ Drieskens S., Charafeddine R., Demarest S., Gisle L., Tafforeau J. & Van der Heyden J., Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013: Health Interview Survey Interactive Analysis. Brussels: WIV-ISP. <https://hisia.wiv-isp.be/>

c) *Correlatie tussen de gezondheidstoestand en de levenskwaliteit*

De perceptie die individuen van hun gezondheidstoestand hebben en de analyse van de levenskwaliteit zijn twee complementaire dimensies. Het leek ons relevant om voor de steekproef van personen in schuldbemiddeling na te gaan of er een verband bestaat tussen de 'perceptie van de gezondheidstoestand' en de 'levenskwaliteit'.

De correlatie tussen subjectieve gezondheid en levenskwaliteit van personen in schuldbemiddeling is positief, met andere woorden de individuen die hun gezondheid goed vinden, zijn degene die aangeven dat ze het minste hinder voor hun levenskwaliteit ondervinden. De correlatiecoëfficiënt³⁵ tussen de twee variabelen bedraagt 0,53. We zien dus een sterk verband tussen de levenskwaliteit en de perceptie van de gezondheidstoestand. Omgekeerd vinden de individuen die aangeven dat ze veel hinder voor hun levenskwaliteit ondervinden, dat hun gezondheid minder goed is. Hoewel dit logisch kan lijken, getuigt deze vaststelling van een samenhang met de resultaten die we op basis van onze steekproef van personen in schuldbemiddeling verkregen.

2.1.2. Chronische aandoeningen

Op basis van de voorgaande resultaten merken we op dat individuen in schuldbemiddeling de neiging hebben om hun levenskwaliteit en hun gezondheid als minder goed te beschouwen dan personen met een vergelijkbaar inkomen die niet in schuldbemiddeling zijn. Om ons onderzoek te vervolledigen, hebben we ons gebogen over de prevalentie van chronische ziekten en/of chronische gezondheidsproblemen. Onder chronische ziekte verstaan we 'een onomkeerbare aandoening zonder echt uitzicht op volledig herstel en met een relatief lange duur'.³⁶ Chronische ziekten zijn onder meer hartziekten, beroerten, chronische ademhalingsaandoeningen, diabetes, kankers enz.

Er zijn twee redenen om dit thema te onderzoeken. Ten eerste zijn deze pathologieën volgens de Wereldgezondheidsorganisatie de belangrijkste doodsoorzaak ter wereld.³⁷ Ten tweede blijkt uit verschillende studies dat er nauwe correlaties bestaan tussen het feit dat een persoon chronische aandoeningen en/of chronische gezondheidsproblemen heeft en zijn lage levenskwaliteitsniveau.³⁸ Het verband tussen deze twee variabelen zou enerzijds te maken hebben met het feit dat deze personen en hun omgeving door deze pathologieën aan heel wat stress zijn blootgesteld. Anderzijds zou de regelmatige zorgconsumptie die met dit type van ziekte gepaard gaat, ook een impact op de levenskwaliteit hebben.³⁹ Onderzoek naar de prevalentie van dit soort pathologieën kan dus beschouwd worden als een goede indicator voor de gezondheid van personen die door schuldbemiddelingsdiensten worden gevolgd.

De onderstaande grafiek 2 geeft het percentage respondenten weer dat verklaart aan een chronische aandoening of een chronisch gezondheidsprobleem te lijden.

³⁵ De correlatiecoëfficiënt (vaak aangeduid met het symbool r) vertelt ons iets over de richting en de sterkte van de lineaire samenhang tussen twee variabelen. De waarde ligt altijd tussen -1 en +1. Deze coëfficiënt is positief wanneer de twee variabelen dezelfde richting uitgaan en negatief wanneer ze een tegengestelde richting uitgaan en benadert 0 wanneer de twee variabelen geen (of weinig) samenhang vertonen. De correlatie tussen twee variabelen is des te sterker wanneer de coëfficiënt 1 benadert (absolute waarde). Wanneer we te maken hebben met een coëfficiënt die de waarde 1 benadert, spreken we van een sterke positieve correlatie: de variabelen evolueren sterk in dezelfde richting. Een correlatiecoëfficiënt die de waarde -1 benadert, betekent dat de twee variabelen een sterke samenhang vertonen, maar in tegengestelde richting evolueren.

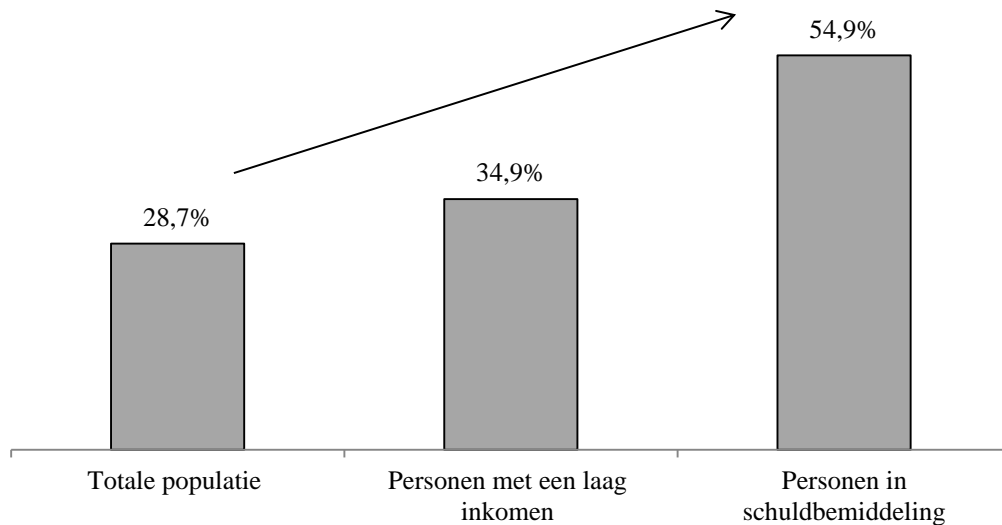
³⁶ Van der Heyden J., Charafeddine R., (2014), *Gezondheidsenquête 2013: Rapport 1: Gezondheid en welzijn. Samenvatting van de onderzoeksresultaten*, ISP, 36 p.

³⁷ http://www.who.int/topics/chronic_diseases

³⁸ Zie in het bijzonder Jaisson-Hot I., Nancey S., Guerre P., Colin C., Roblin X., Flourié B., (2008), 'MICI et qualité de vie', *Hépatogastro & Oncologie Digestive*, vol. 15, nr. 1, pp. 49-54.

³⁹ Zie in het bijzonder Canavan C., Abrams K.R., Hawthorne B., Drossman D., Mayberry J.F., (2006), 'Long-term prognosis in Crohn's disease: factors that affect quality of life', *Alimentary Pharmacology Therapeutics*, vol. 23, nr. 3, pp. 377-385.

Grafiek 2. Hebt u een langdurige ziekte of aandoening (gezondheidsprobleem)? (Percentage 'ja'-antwoorden)



Bronnen: HISIA⁴⁰ en berekeningen van het OKS op de eigen steekproef

Als we kijken naar de totale populatie stellen we vast dat 28,7 % van de respondenten aangeeft te lijden aan dit soort pathologie tegenover 34,7 % van de personen met een laag inkomen. Hieruit kunnen we dus besluiten dat monetaire armoede gecorreleerd is met de prevalentie van chronische ziekten. Die prevalentie neemt zeer sterk toe wanneer we gaan van een doelgroep met een laag inkomen waarvan wordt aangenomen dat ze geen overmatige schuldenlast heeft, naar een doelgroep die te rade gaat bij een DSB. Van de personen die door erkende instellingen voor schuldbemiddeling worden gevolgd, geeft de facto meer dan de helft (54,9 %) aan dat ze een chronische aandoening of een chronisch gezondheidsprobleem hebben. Die vaststelling bevestigt onze eerste analyses op basis van de subjectieve gezondheid die al wezen op het bestaan van een forse kloof tussen personen in schuldbemiddeling en de rest van de steekproef.

2.1.3. Gezondheidszorgconsumptie

De gezondheidszorgconsumptie van een bepaalde populatie kan in verband worden gebracht met haar algemene gezondheidstoestand. Onder zorgconsumptie verstaan we en beperken we ons hier tot een beroep doen op ambulante zorg (huisarts of specialist) en op spoedgevallendiensten. Vanzelfsprekend hadden we ook rekening kunnen houden met andere dimensies van de zorgconsumptie zoals het bedrag van de tenlastenemingen of de geneesmiddelenconsumptie.

Het leek ons essentieel om ons te beperken tot eenvoudige vragen en niet al te veel een beroep te doen op het geheugen van de respondenten. Alle vormen van gezondheidszorgconsumptie zijn immers niet zo gemakkelijk meetbaar. Bovendien moesten we ons beperken tot de gezondheidszorgconsumptie waarmee rekening werd gehouden in het schriftelijke deel van de gezondheidsvragenlijst van het WIV.

De drie vragen over dit thema zijn hierna weergegeven.

⁴⁰ Drieskens S., Charafeddine R., Demarest S., Gisle L., Tafforeau J. & Van der Heyden J., Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013: Health Interview Survey Interactive Analysis. Brussel: WIV-ISP. <https://hisia.wiv-isp.be/>

Kader 2. Vragen over gezondheidszorgconsumptie

1. Wanneer hebt u voor het laatst een huisarts geraadpleegd?
 - Minder dan 12 maanden geleden
 - 12 maanden geleden of langer
 - Nooit
2. Wanneer hebt u voor het laatst een specialist geraadpleegd?
 - Minder dan 12 maanden geleden
 - 12 maanden geleden of langer
 - Nooit
3. Wanneer hebt u voor het laatst voor uzelf een spoedgevallendienst geraadpleegd?
 - Minder dan 12 maanden geleden
 - 12 maanden geleden of langer
 - Nooit

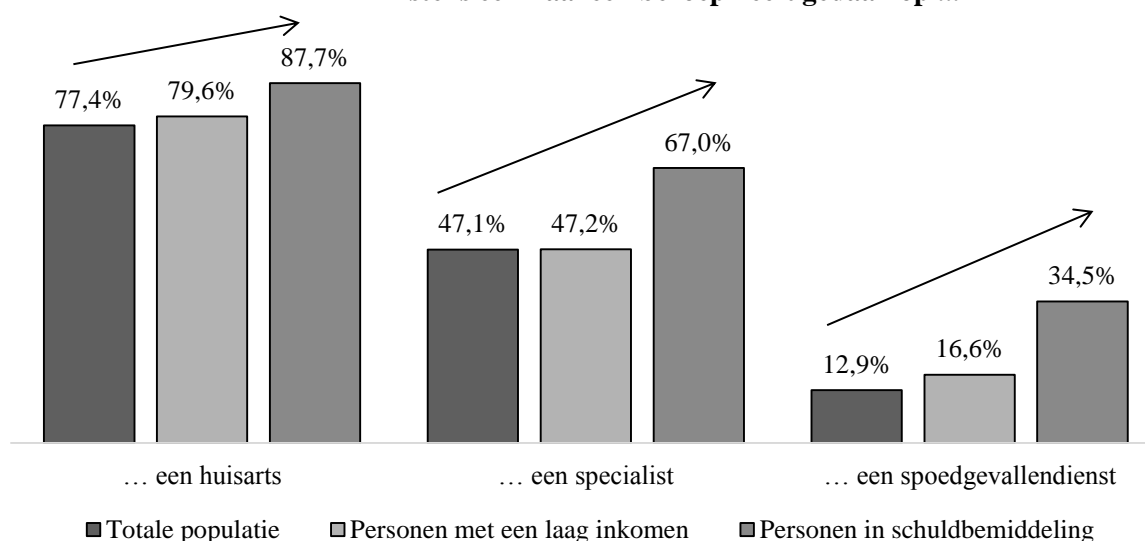
Onze uitgangshypothese was de volgende: een persoon met een minder goede gezondheidstoestand zou geneigd moeten zijn om vaker een beroep te doen op verschillende zorgverstrekkers (een huisarts, specialist of een spoedgevallendienst). Ook al kunnen we uitzonderingen waarnemen op niveau van individuele gedragingen wanneer we op het niveau van een populatie redeneren, zou de gezondheidszorgconsumptie van de meest kwetsbare groepen in termen van gezondheid hoger moeten liggen. Gezondheidszorgconsumptie kan dus als een aanvaardbare indicator van de gezondheidstoestand worden beschouwd. Natuurlijk kunnen problemen van budgettaire orde het gebruik van zorg van behoeftige personen inperken. Een groep armere individuen met een minder goede gezondheid zou dus omwille van haar hachelijkere economische situatie minder vaak een beroep doen op zorg dan een referentiegroep, zonder dat we hieruit kunnen besluiten dat haar gezondheidstoestand beter zou zijn.

Algemeen worden medische diensten in België voorgesteld als toegankelijk en betaalbaar en worden ze gefinancierd via solidariteitsstelsels. Een raadpleging bij een huisarts is voor 83,5 % ten laste van het stelsel van de sociale zekerheid voor zover ze plaatsvindt in het kader van een globaal medisch dossier en zonder rekening te houden met de mogelijkheid dat de begunstigde geniet van een voorkeurregeling. In dat geval geeft de begunstigde effectief slechts 4 euro uit als we rekening houden met de terugbetaling. Met de voorkeurregeling betaalt de begunstigde slechts 1 euro.⁴¹ Financiële problemen zouden dus geen belangrijke beperking voor het gebruik van dit type zorgen mogen vormen. Als we de redenering omkeren en een groep armere individuen vaker een beroep doet op zorgverlening, kunnen we bovendien het budgettaire argument niet gebruiken om het verband in vraag te stellen tussen zorgconsumptie en gezondheidstoestand. In dat geval zouden de waargenomen verschillen in consumptie tussen de twee groepen het effectieve onderlinge gezondheidsverschil zelfs niet volledig weergeven.

Grafiek 3 hierna geeft voor elk van de bekeken gezondheidszorgcategorieën en voor elk van de onderzochte populaties het percentage huishoudens weer dat verklaart dat het in de loop van het voorbije jaar gebruik heeft gemaakt van gezondheidszorg.

⁴¹ Situatie vanaf 01/02/2016. Zie: <http://www.riziv.fgov.be>

Grafiek 3. Percentage huishoudens dat gedurende de afgelopen 12 maanden minstens eenmaal een beroep heeft gedaan op ...



Bronnen: HISIA⁴² en berekeningen van het OKS op de eigen steekproef

We stellen soms heel duidelijke verschillen in de zorgconsumptie van de drie steekproeven vast.

Wat de bezoeken aan een huisarts betreft, stellen we weinig verschillen tussen de eerste twee groepen vast. Bijna 80 % van de Belgische populatie zegt het afgelopen jaar minstens eenmaal een huisarts te hebben geraadpleegd en dit ongeacht het inkomensniveau. Dit percentage loopt op tot 87,7 % voor personen die te rade gaan bij een schuldbemiddelingsdienst.

Wat het raadplegen van een specialist betreft, zien we geen grote verschillen tussen de Belgische populatie en de Belgische populatie met een laag inkomen: iets meer dan 47 % van hen zegt in het afgelopen jaar een specialist te hebben geraadpleegd. Bij de personen in schuldbemiddeling zien we daarentegen dat meer dan twee derde van de respondenten in de loop van de twaalf maanden voor de enquête minstens eenmaal een specialist hebben geraadpleegd.

Het verschil tussen de steekproeven is nog groter voor wat het raadplegen van spoedgevallendiensten betreft. Terwijl respectievelijk 12,9 % en 16,6 % van de Belgische populatie en van de Belgen met een laag inkomen gedurende de afgelopen twaalf maanden voor de enquête minstens eenmaal naar de spoedgevallendienst zijn gegaan, gaat het bij de personen die te rade gaan bij schuldbemiddelingsdiensten om meer dan 34,5 %, ofwel meer dan dubbel zoveel. Volgens sommige zorgprofessionals heeft het meer een beroep doen op de spoedgevallendiensten met name te maken met het feit dat de personen zorg uitstellen en dat ze minder toegang hebben tot preventieve geneeskunde.

Bovendien zouden volgens zorgprofessionals sommige personen met een overmatige schuldenlast hun beklag doen over wat zij betitelen als '*geneeskunde met twee snelheden*'. Ze zouden zich genegeerd voelen wanneer ze een beroep doen op medische bijstand, ze hebben de indruk dat ze '*minder keuze hebben qua behandeling, dat ze niet de mogelijkheid hebben om meerdere adviezen in te winnen alvorens zich te laten behandelen en dat ze geen toegang hebben tot geavanceerde medische technieken.*'

⁴² Drieskens S., Charafeddine R., Demarest S., Gisle L., Tafforeau J. & Van der Heyden J., Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013: Health Interview Survey Interactive Analysis. Brussel: WIV-ISP. <https://hisia.wiv-isp.be/>

Als we de hypothese aanvaarden dat gezondheidszorgconsumptie een goede indicator is van de algemene gezondheidstoestand van een populatie, kunnen we zoals bij de voorgaande indicatoren besluiten dat personen die te rade gaan bij schuldbemiddelingsdiensten een minder goede gezondheidstoestand hebben dan de totale populatie en dan personen met een laag inkomen.

2.1.4. Voedingsgewoonten en overgewicht

Voedingsgewoonten en overgewicht kunnen bijkomende indicatoren voor de gezondheidstoestand van een populatie zijn, maar ook wijzen op gedragingen die al dan niet gunstig zijn voor het in stand houden van een goede gezondheid. Heel wat studies benadrukken dat obesitas relatief minder vaak voorkomt bij meer geëde personen.⁴³ Andere studies tonen aan dat de structuur van de voedingsconsumptie sterk varieert naargelang de levensstandaard van de onderzochte populaties.

Reeds in de 19e eeuw toonde Engel aan dat naarmate een gezin armer was, het een groter deel van zijn uitgaven aan voeding besteedde. Als we die denklijn doortrekken zou het gebruik van vis en fruit een sterke indicator voor sociale ongelijkheden zijn. Franse gegevens leveren veelzeggende cijfers op: de 10 % rijkste individuen geven respectievelijk vier- en driemaal meer uit aan vis en fruit dan de 10 % armste personen.⁴⁴

Hoe zit het precies wanneer we focussen op de situatie van personen die door de schuldbemiddelingsdiensten worden gevolgd? De voedingsgewoonten worden hier onderzocht aan de hand van het dagelijks eten van fruit, het dagelijks nuttigen van een ontbijt en het overgewicht. De vragen die we in dit deel onderzoeken, staan in de onderstaande kader.

Kader 3. Vragen over de gezondheidszorgconsumptie

1. Hoeveel weegt u zonder kleding en zonder schoenen aan? kg.
2. Hoe groot bent u, zonder schoenen? cm.
3. Hoe vaak eet u fruit (uitgezonderd sap)?
 - 1 of meer keer per dag
 - 4 tot 6 keer per week
 - 1 tot 3 keer per week
 - Minder dan 1 keer per week
4. Hoe vaak eet u een ontbijt?
 - Elke dag
 - 5 tot 6 keer per week
 - 2 tot 4 keer per week
 - 1 keer per week
 - 1 tot 3 keer per maand
 - Bijna nooit tot nooit

Het is de bedoeling om na te gaan of de populatie die te rade gaat bij DSB's een specifieke levensstijl heeft die er ons zou kunnen toe brengen om te denken dat ze min of meer bewust of er min of meer toe worden gedwongen om er minder vaak strategieën of gewoonten op na te houden die wellicht

⁴³ Zie bijvoorbeeld:

- Recours F., Hebel P., Chamaret C., (2006), 'Les populations modestes ont-elles une alimentation déséquilibrée?', *Cahier de recherche* nr. 22, CREDOC, 113 p.
- Spyckerelle Y., Giordonella J.P. en Poisson D., (2002), 'Grignotage, surpoids et obésité chez les jeunes, quels liens avec la précarité?', *Alimentation et précarité*, nr. 16.

⁴⁴ Recours F., Hebel P., Chamaret C., (2006), 'Les populations modestes ont-elles une alimentation déséquilibrée?', *Cahier de recherche* nr. 22, CREDOC, 113 p.

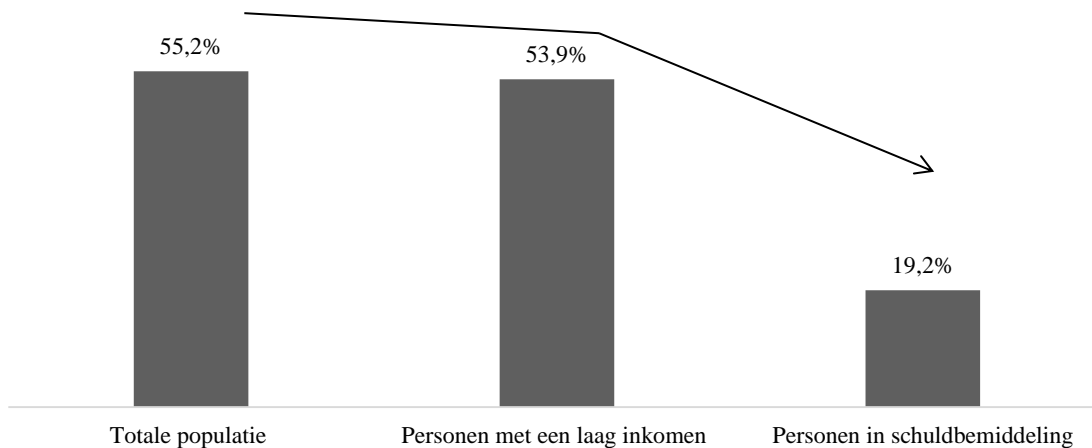
bevorderlijk voor de gezondheid kunnen zijn. De drie variabelen waarmee we rekening houden, zijn natuurlijk slechts heel gedeeltelijke indicatoren voor de levensstijl.

a) Fruit en ontbijt

Al eeuwen wordt een link gelegd tussen voeding en de gezondheidstoestand.⁴⁵ De voedingsgewoonten van individuen zouden deels tot een betere gezondheidstoestand kunnen leiden. Er werd immers 'een nauw verband aangetoond tussen het overmatig gebruik van bepaalde voedingsstoffen (te vet, rijk aan snelle suikers enz.) en een aantal ernstige chronische aandoeningen zoals hart- en vaatziekten, verschillende soorten kanker, type 2-diabetes, tandbederf, maag- en darmklachten en beender- en gewrichtsproblemen.⁴⁶ Een lagere fruitconsumptie en het feit dat men geen ontbijt eet, zou dan ook met een minder goede gezondheidstoestand kunnen worden gecorreleerd.

Grafiek 4 hierna toont aan dat meer dan een op twee personen aangeeft meer dan één stuk fruit per dag te eten, zowel bij de Belgische populatie als bij de groep personen met een laag inkomen. Dat aandeel ligt echter een stuk lager - minder dan een op vijf personen - bij de personen in schuldbemiddeling bij een DSB.

Grafiek 4. Percentage personen dat minstens één stuk fruit per dag eet



Bronnen: HISIA⁴⁷ en berekeningen van het OKS op de eigen steekproef

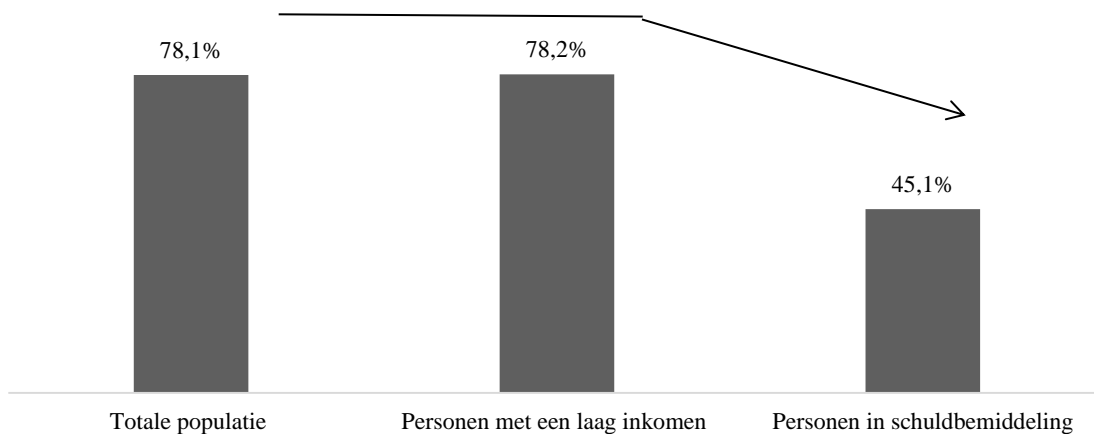
De observaties die werden gedaan op basis van het dagelijks eten van een ontbijt gaan dezelfde richting uit als die op basis van het eten van fruit (zie grafiek 5 hierna). Los van het inkomensniveau van de Belgische populatie eten meer dan 75 % van de respondenten elke dag een ontbijt. Dat percentage daalt naar 45 % bij de personen die door schuldbemiddelingsdiensten worden gevolgd.

⁴⁵ Hubert A., (2000), 'Alimentation et Santé : la Science et l'imaginaire', *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, vol. 35, nr. 5, pp. 353-356.

⁴⁶ Drieskens S., (2014), 'Voedingsgewoonten', in Gisle L., Demarest S., *Gezondheidsenquête 2013. Rapport 2: Gezondheidsgedrag en leefstijl*, Brussel, WIV, p. 521.

⁴⁷ Drieskens S., Charafeddine R., Demarest S., Gisle L., Tafforeau J. & Van der Heyden J., Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013: Health Interview Survey Interactive Analysis. Brussel: WIV-ISP. <https://hisia.wiv-isp.be/>

Grafiek 5. Percentage personen dat elke dag een ontbijt eet



Bronnen: HISIA⁴⁸ en berekeningen van het OKS op de eigen steekproef

Deze twee resultaten benadrukken dat personen in schuldbemiddeling andere voedingsgewoonten hebben dan de totale Belgische populatie. We zien daarentegen geen grote verschillen tussen de totale populatie en de populatie met een laag inkomen. De verklaring van dit resultaat is complex. We kunnen immers niet besluiten dat het lage inkomen mensen ertoe aanzet andere voedingsgewoonten aan te nemen, want de resultaten van de Belgische populatie met een laag inkomen benaderen die van de algemene populatie. Er moeten dus andere variabelen in aanmerking worden genomen om de voedingsgewoonte van personen in schuldbemiddeling te verklaren.

Hoewel dit resultaat verrassend kan lijken, is het dat niet echt als we er recente onderzoeken op naslaan. Daaruit blijkt dat 'het aannemen van gezonde voedingsgewoonten nog te vaak wordt beschouwd als iets wat enkel afhangt van de keuzes die personen maken. Volgens deze visie zijn slechte eetgewoonten enkel en alleen de verantwoordelijkheid van de persoon in kwestie. Er worden echter doorgaans nog andere verklarende factoren naar voren geschoven zoals de financiële middelen waarover personen beschikken en hun opleidingsniveau. Hoewel deze twee aspecten bepalend zijn, zijn ze dit lang niet alleen. Naast het feit dat spilfiguren binnen de voedselketen (industrie, distributie enz.) bepalen welke keuzes mensen kunnen maken, worden de aankoopbeslissingen van consumenten niet alleen gestuurd door hun financiële middelen en hun perceptie van informatie over de producten. Ze worden ook ruimschoots bepaald door de smaak die het belangrijkste aankoopcriterium blijft. Smaak is echter sociaal bepaald, hij wordt onder andere beïnvloed door de gezinscultuur, door de identiteit en door de sociale achtergrond.'⁴⁹

Deze studies benadrukken met name dat het inkomen of ook nog het opleidingsniveau dus niet volstaan als uitleg voor voedingsgedrag. 'In plaats van ze te beperken tot economische factoren, wordt het aanvaarden van en de vele manieren waarop voedingsnormen worden toegepast bepaald door onze kijk op voeding, op het lichaam, op de symboliek van ziekte, op het al dan niet bestaande verband tussen gezondheid en voeding - tal van elementen die voortvloeien uit collectieve voorstellingen en die eigen zijn aan elke klasse.'⁵⁰ Daarom 'volstaat het niet om het inkomen te verhogen, de prijzen te verlagen of mensen 'op te voeden' om voedingskeuzes bij te sturen.'⁵¹

⁴⁸ Drieskens S., Charafeddine R., Demarest S., Gisle L., Tafforeau J. & Van der Heyden J., Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013: Health Interview Survey Interactive Analysis. Brussel: WIV-ISP. <https://hisia.wiv-isp.be/>

⁴⁹ Biernaux M., (2014), 'Les comportements alimentaires sains : juste une question de moyens et d'éducation ?', *Revue Education Santé*, nr. 304, p. 10.

⁵⁰ Régnier F., Masullo A., (2009), 'Obésité, goûts et consommation. Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale', *Revue française de sociologie*, vol. 50, nr. 4, p. 769.

⁵¹ Biernaux M., p. 10.

Op basis van deze analyses zouden personen in schuldbemiddeling bijvoorbeeld voedingsgewoonten kunnen hebben die minder gunstig voor de gezondheid zijn omwille van het feit dat ze minder voeling hebben met de uitdagingen van gezondheid of dat ze minder denken over de verbanden die kunnen bestaan tussen een goed voedingspatroon en een goede gezondheid. Een resultaat⁵² dat in diezelfde lijn ligt, toont aan dat naast de traditionele economische variabelen ook sociologische variabelen een belangrijke rol spelen om het feit te verklaren dat personen met preciaire sociaaleconomische profielen een voedingsgedrag hebben dat minder gunstig is voor de gezondheid. Bovendien 'zijn al van bij het begin van het leven sociale ongelijkheden merkbaar op het vlak van voeding en fysieke activiteit die wanneer de sociaaleconomische positie afneemt, zouden kunnen leiden tot het ontstaan van sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid door de opeenstapeling van economische, structurele en psychosociale problemen die het aannemen van een gedrag dat gunstig is voor de gezondheid, in de weg staan.'⁵³ In dit verband toonde een studie van Credoc⁵⁴ aan dat in 2003 85 % van de ondervraagde Fransen van oordeel was dat hun eetpatroon invloed had op hun gezondheidstoestand. De laagst opgeleide mensen waren er het minste van overtuigd dat de manier van eten invloed had op de gezondheid. Omgekeerd hadden de hoogst opgeleide individuen een gezonder eetpatroon omdat ze meer interesse toonden voor het verband tussen voeding en gezondheid. Om terug te keren tot de essentie toonde Bourdieu⁵⁵ al aan dat er binnen eenzelfde inkomensklasse heel uiteenlopende eetpatronen bestonden die verband hielden met het idee dat elke klasse van zijn lichaam had en van het effect van voeding op dat lichaam.

b) Gevaar voor overgewicht

Overgewicht - hier gemeten aan de hand van de body mass index (BMI) - is een bijkomende indicator van de levensstijl die gevolgen kan hebben voor de gezondheid. De BMI wordt berekend door het gewicht (uitgedrukt in kg) te delen door het kwadraat van de lengte (uitgedrukt in meter). Deze index wordt vaak door zorgprofessionals gebruikt om de prevalentie van ondervoeding, overgewicht en obesitas te beoordelen.⁵⁶

Zo is er bijvoorbeeld sprake van overgewicht vanaf de drempel van 25. Bijna de helft van de door het WIV ondervraagde personen in het kader van de nationale Gezondheidsenquête had overgewicht.⁵⁷

Er is sprake van obesitas bij personen met een BMI van meer dan 30. Het is dit criterium waarmee we in het kader van dit onderzoek rekening hebben gehouden. De BMI is dus in ons geval een indicator die toelaat om het risico op overgewicht bij de verschillende steekproeven te beoordelen. Natuurlijk hebben sommige individuen een BMI die duidelijk boven het gemiddelde ligt omwille van pathologieën en zonder dat hun levensstijl hiervoor als oorzaak kan aangeduid worden. Wanneer we echter twee populaties vergelijken, kunnen te grote verschillen qua gemiddelde van de BMI niet toegeschreven worden aan pathologieën, maar is er een verband met het specifieke voedingsgedrag van de onderzochte groepen.

Grafiek 6 hierna geeft het percentage weer van elk van de steekproeven dat een BMI heeft dat boven de drempel van 30 ligt, met andere woorden het percentage personen dat als obees kan worden beschouwd.

⁵² Maillot M., Darmon N., Drewnowski A., Arnault N., Hercberg S., (2006), 'Le coût et la qualité nutritionnelle des groupes d'aliments : quelle hiérarchie ?', *Cahiers de nutrition et de diététique*, vol. 41, nr. 2, pp. 87-96.

⁵³ Darmon N., Carlin G., (2013), 'Alimentation et inégalités sociales de santé en France', *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, vol. 48, nr. 5, pp. 233-239.

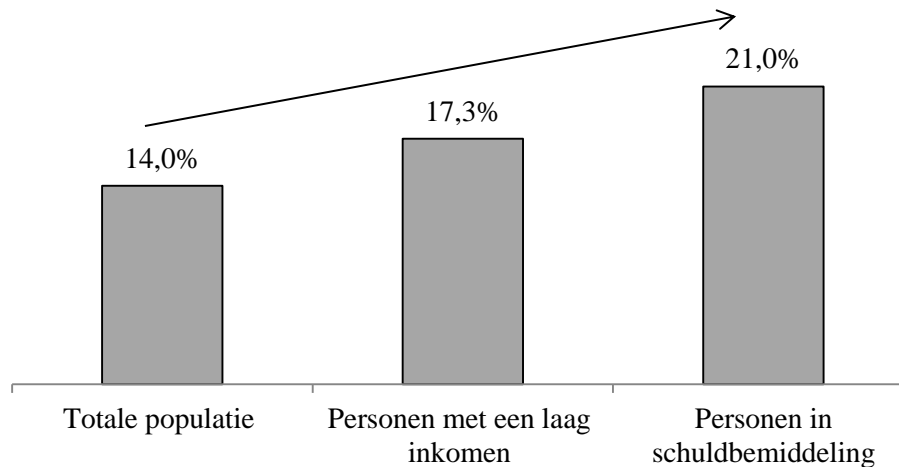
⁵⁴ Recours F., Hebel P., Chamaret C., (2006), 'Les populations modestes ont-elles une alimentation déséquilibrée ?', *Cahier de recherche* nr. 22, CREDOC, 113 p.

⁵⁵ Bourdieu P., (1979), *La distinction. Critique sociale du jugement*, Parijs, Editions de Minuit, 670 p.

⁵⁶ Andrieu E., Caillaver F., (2005), 'Consommation alimentaire et statut pondéral en France', *Documents de travail du Corela*, nr. 05-06, INRA, 221 p.

⁵⁷ Driessens, S., (2014), 'Voedingsstatus', in Gisle L., Demarest S. (ed.). *Gezondheidsenquête 2013. Rapport 2: Voedingsgedrag en leefstijl*, Brussel, WIV-ISP, p. 458.

Grafiek 6. Percentage van de populatie met een BMI van meer dan 30



Bronnen: HISIA⁵⁸ en berekeningen van het OKS op de eigen steekproef

Terwijl 14,0 % van de totale populatie als obees mag worden beschouwd, bedraagt dit percentage respectievelijk 17,3 % bij de personen met een laag inkomen en 21,0 % bij de personen in schuldbemiddeling.

Deze resultaten blijken niet verwonderlijk gelet op de resultaten van de voedingsanalyse. Voeding die a priori minder gunstig is voor de gezondheid van personen in schuldbemiddeling, zou gevolgen moeten hebben voor hun BMI. Bovendien heeft een CREDOC-studie aangetoond dat sociale onzekerheid (gemeten aan de hand van het inkomensniveau en het diploma) gecorreleerd was met een hoger BMI. Daarenboven hebben de sociale positie van een individu en vooral het beeld dat de samenleving van hem of haar heeft, psychische gevolgen. Sommige studies⁵⁹ hebben bijvoorbeeld aangetoond dat zelfs als ze geen ernstige financiële moeilijkheden hebben, personen die zich inferieur en/of vernederd voelen, meer moeite hebben om er een gezonde levensstijl op na te houden en/of om zorg te dragen voor hun gezondheid. Personen onderaan de inkomensladder hebben ook meer stress omdat ze de komst van de gerechtsdeurwaarder vrezen, angst hebben om de maand rond te komen enz. Die stress kan gevolgen hebben voor de gezondheid. Deze trends worden door onze analyses bekrachtigd. Bepaalde studies hebben zich overigens specifiek toegelegd op het verband tussen overmatige schuldenlast en de kans op obesitas.⁶⁰

De toegang tot evenwichtige voeding en gezonde etenswaren wordt bovendien bemoeilijkt door een gebrek aan financiële middelen. Als de huishoudens een beroep doen op voedselhulp, doet de kwaliteit van de voedselpakketten soms vragen rijzen. Uit een onderzoek van de situatie in Brussel⁶¹ blijkt met name dat de producten doorgaans van mindere kwaliteit zijn (veel water en additieven), dat de meeste producten veel suiker, zout en/of 'slechte' vetten bevatten, dat verschillende producten geen voedingswaarde hebben (geen vezels, geen vitaminen, geen mineralen) en dat om logistieke redenen verse producten (met name groenten) vrij zelden aangeboden worden. Tot slot: 'Het gebrek aan afwisseling leidt noodzakelijk tot voedingstekorten wanneer men uitsluitend producten uit

⁵⁸ Drieskens S., Charafeddine R., Demarest S., Gisle L., Tafforeau J. & Van der Heyden J., Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013: Health Interview Survey Interactive Analysis. Brussel: WIV-ISP. <https://hisia.wiv-isp.be/>

⁵⁹ Mackenbach, J., (2006), *Health inequalities : Europe in profile*, Department of Health, Verenigd Koninkrijk, 48 p.

⁶⁰ Münster E., Rüger H., Ochsmann E., Letzel S., Toschke A., (2009), 'Over-indebtedness as a marker of socioeconomic status and its association with obesity: a cross-sectional study', *BMC Public Health*, vol. 9, nr. 1, pp. 286-291.

⁶¹ Deze analyse gaat over de verdeling van 'Europese' pakketten gefinancierd door het Europees programma voor hulp aan de meeste behoeftigen. Bron: Voedselhulpoverleg, (2015), 'Voedselpakketten. Aanbevelingen'.

voedselpakketten gebruikt.⁶² We benadrukken dat de begunstigden van dit soort voedselhulp zich bewust zijn van dit gebrek aan kwaliteit en hier kritisch tegenover staan.⁶³

Het is belangrijk om bij het afronden van de analyse van deze indicatoren eraan te herinneren dat 'gedrag op het vlak van gezondheid het resultaat is van kennis, perceptie, attitudes en waarden. Bepaalde sociaaleconomische groepen hebben onvoldoende of foute kennis van bijvoorbeeld huidkanker, van het bereiden van een gezonde en evenwichtige maaltijd, van de gevolgen van roken, van het correct gebruik van contraceptiva of van het gevaar op CO-vergiftiging. Het aannemen van een gezonde levensstijl veronderstelt dan ook kennis van en inzicht in wat dit inhoudt. (Sub)culturele attitudes, waarden en normen hangen ook samen met gedrag. Als men weinig interesse voor zijn gezondheidstoestand aan de dag legt, zal men ook minder snel geneigd zijn om een gezondere levensstijl aan te nemen.'⁶⁴

Om niet te kort door de bocht te gaan, herinneren we eraan dat 'vaak wordt verondersteld dat het gedrag en de levensstijl van een individu persoonlijke keuzes zijn. Nochtans is gedrag ook het resultaat van de sociale context waarin een individu opgroeit en leeft. De verschillen in gedrag kunnen dus niet helemaal aan een vrije keuze worden toegeschreven, maar worden mee bepaald door de sociale context. Eetgewoonten worden bijvoorbeeld grotendeels tijdens de kinderjaren en de jeugd ontwikkeld. Wat iemand eet, hangt niet alleen af van zijn of haar kennis van voeding, maar ook van wat in de kantine wordt aangeboden of van de financiële middelen om gezonde voeding te kopen.'⁶⁵

2.2. Indicatoren van geestelijke gezondheid

Het vorige deel liet ons toe om de gezondheid van personen in schuldbemiddeling te vergelijken met die van de twee referentiesteekproeven door te focussen op bepaalde indicatoren: subjectieve gezondheid, levenskwaliteit, de prevalentie van chronische aandoeningen, gezondheidszorgconsumptie en eetgewoonten. Deze analyses wezen op het bestaan van grote verschillen tussen de gezondheid van de Belgische populatie en die van de populatie in schuldbemiddeling. Zelfs wanneer we ze vergelijken met Belgen met een relatief laag inkomen, lijken personen in schuldbemiddeling een duidelijk minder goede gezondheid te hebben, los van de onderzochte indicator.

Dit deel onderzoekt een geheel van indicatoren met betrekking tot de geestelijke gezondheid. De Wereldgezondheidsorganisatie definieert geestelijke gezondheid als 'een toestand van welzijn waarin het individu zich bewust is van zijn of haar bekwaamheden, de gewone stress van het leven aankan, productief en renderend kan werken en in staat is een bijdrage te leveren aan het leven in zijn of haar gemeenschap.'⁶⁶

Geestelijke gezondheid wordt hier gemeten aan de hand van subjectieve indicatoren. Wanneer we de geestelijke gezondheidstoestand van individuen onderzoeken, is het de facto onmogelijk om op basis van een vragenlijst een juiste diagnose over hun eventuele aandoeningen te stellen. We moeten genoeg nemen met het registreren van de subjectieve kijk die individuen op hun geestelijke gezondheid hebben.⁶⁷ De indicatoren die we voorstellen, worden het vaakst gebruikt door onderzoekers die zich buigen over deze problematiek. Daarom zijn ze ook opgenomen in de Gezondheidsenquête van het WIV.

Fysieke gezondheid hangt bovendien nauw samen met geestelijke gezondheid omdat het aannemen van een 'minder gezond' gedrag dan anderen vaak correleert met een minder goede geestelijke

⁶² Ibidem.

⁶³ Hubert H.-O. en Vleminck J., (2016), 'L'aide alimentaire aujourd'hui, le droit à l'alimentation de demain', *Actieonderzoek*, Federatie van de Bicommunautaire Maatschappelijke Diensten, p. 64.

⁶⁴ Willems S., Van de Geuchte I., Alaluf V., Impens J., Van Nespen I., Maulet N., Roland M., De Maeseneer J., (2007), 'Problématique des inégalités socio-économiques de santé en Belgique', *Santé conjuguee*, nr. 40, p. 33.

⁶⁵ Ibidem.

⁶⁶ WGO, (2007), *Santé mentale : renforcement de la promotion de la santé mentale*, *Aide-mémoire*, nr. 220, Genève.

⁶⁷ Mawani F., Gilmour H., (2010), 'Validation of self-rated mental health', *Health Reports*, vol. 21, nr. 3, pp. 61-75.

gezondheid.⁶⁸ Zo kan de geestelijke gezondheid van een individu gevolgen hebben voor zijn fysieke gezondheid. Roken, alcohol- en drugsgebruik zullen bijvoorbeeld op langere termijn een impact hebben op de fysieke toestand van het individu.

De bedoeling van dit deel is om de geestelijke gezondheidstoestand van onze drie steekproeven te vergelijken aan de hand van verschillende indicatoren: psychisch welbevinden, het gebruik van tabak, alcoholgebruik, zelfmoordgedachten en het sociale leven.

2.2.1. Stress en welzijn

Stress komt voor bij personen die onder psychische, fysieke of emotionele druk staan. Het gaat om een reactie van het organisme om het hoofd aan bepaalde situaties te bieden. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie verschijnt stress bij een persoon wiens persoonlijke managementcapaciteiten en -strategieën niet volstaan om te voldoen aan de eisen die aan hem of haar worden gesteld.

Stress en welzijn worden op basis van de GHQ-12-indicator beoordeeld.⁶⁹ Deze indicator evalueert het globale psychische welbevinden van de respondenten aan de hand van twaalf vragen. De vragen die worden gebruikt om de indicator op te bouwen, vindt u als bijlage onder punt V terug.

Wanneer de GHQ-12-indicator voor een groep hoog is, is het zeer waarschijnlijk dat de individuen in de groep psychische problemen hebben. Tabel 2 hierna geeft de resultaten weer voor de GHQ-12-indicator die de drie populaties hebben behaald.

Tabel 2. Indicatoren van psychisch welzijn			
	Totale populatie	Personen met een laag inkomen	Personen in schuldbemiddeling
Gemiddelde GHQ-12-score (op 12)	1,7	1,9	5,8
Aandeel van de respondenten dat zich psychisch slecht voelt (GHQ-12>2)	31,6 %	34,1 %	71,0 %
Aandeel van de respondenten dat zich psychisch ernstig slecht voelt (GHQ-12>4)	17,7 %	21,5 %	58,8 %

Bronnen: HISIA⁷⁰ en berekeningen van het OKS op de eigen steekproef

De eerste regel van de tabel toont aan hoe groot het verschil is tussen personen in schuldbemiddeling en de vergelijkingsgroep. In België bedraagt de gemiddelde GHQ-12-score 1,7. Deze score ligt bij de populatie in schuldbemiddeling meer dan driemaal hoger.

Regels 2 en 3 geven ons respectievelijk informatie over het aandeel van de huishoudens van elke groep met een GHQ-12-indicator hoger dan 2 en 4. Een GHQ-12 hoger dan 2 wijst op een psychisch onwelbevinden; wanneer de drempel van 4 wordt overschreden, kan men vermoeden dat er ernstigere problemen zijn. Bij 71 % van de personen in schuldbemiddeling is er sprake van psychisch onwelbevinden tegenover 34,1 % bij de Belgen met een laag inkomen. Bovendien heeft bijna 60 %

⁶⁸ Lambrette G., (2010), 'Santé et santé mentale, une question anthropologique ?', *Santé conjugée*, nr. 52, p. 17-22.

⁶⁹ Pevalin D.J., (2000), 'Multiple applications of the GHQ-12 in a general population sample: an investigation of long-term retest effects', *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, vol. 35, nr. 11, pp. 508-512.

⁷⁰ Drieskens S., Charafeddine R., Demarest S., Gisle L., Tafforeau J. & Van der Heyden J., Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013: Health Interview Survey Interactive Analysis. Brussel: WIV-ISP. <https://hisia.wiv-isp.be/>

van de populatie die een beroep doet op een DSB ernstige psychische problemen tegenover 21,5 % van de populatie met een laag inkomen.

Hoe moeten we dit verschil tussen de algemene populatie en de populatie in schuldbemiddeling interpreteren? De kwestie van het inkomen lijkt niet doorslaggevend, want de verschillen tussen de algemene populatie en de algemene populatie met een laag inkomen lijken vrij klein. Mogelijke verklaringen moeten we dus elders zoeken. Sommige zorgprofessionals zeggen het volgende: 'Bij de personen met een overmatige schuldenlast die ik ontmoet, stel ik vast dat ze tijdens hun jeugd vaker slecht werden behandeld, dat ze vaker problemen hebben om zich te binden en dat ze sneller opgeven; dit zou vaker tot geestelijke gezondheidsproblemen kunnen leiden en een impact op de overmatige schuldenlast kunnen hebben (onvoldoende vertrouwd gemaakt met het regelen van dagelijkse activiteiten en met het omgaan met geld).'

Wetenschappelijke bijdragen over deze kwestie geven ook interessante antwoorden. Verschillende onderzoeken wijzen op een nauw verband tussen een hoge mate van stress en een minder goede gezondheidstoestand. De negatieve gevolgen kunnen zowel voelbaar zijn op het vlak van de geestelijke als de fysieke gezondheid van het individu.⁷¹ Personen met stress zijn sneller geneigd om zich gedragspatronen aan te meten die nefast zijn voor de gezondheid zoals roken, drugs gebruiken, te veel eten en alcohol drinken⁷², wat met name tot hart- en longaandoeningen kan leiden.

Sommige auteurs hebben het verband onderzocht tussen geestelijke gezondheid en schuldenlast of overmatige schuldenlast.⁷³ We pikken er twee resultaten uit.⁷⁴ Volgens de auteurs verhoogt een laag inkomensniveau enerzijds de kans op een psychische aandoening en/of een psychose. Hoewel er een sterke correlatie bestaat tussen een laag inkomensniveau en een minder goede geestelijke gezondheid, is de correlatierelatie anderzijds nog sterker wanneer men het verband tussen geestelijke gezondheid en overmatige schuldenlast bekijkt. Volgens deze auteurs is de kans bij personen met zes verschillende schulden (of meer) zesmaal groter dat ze een psychische aandoening hebben dan bij anderen: 'Hoe meer schulden individuen hebben, des te groter is de kans dat ze een psychische aandoening, neuroses, psychoses of een alcohol- of drugsverslaving hebben.'⁷⁵

2.2.2. Alcoholgebruik

Alcoholgebruik kan worden beschouwd als een indicator van de globale gezondheidstoestand van individuen in de zin van een factor die een negatieve impact op de gezondheid kan hebben.

⁷¹ Zie in het bijzonder:

- Steptoe A., (1991), 'Invited review: The links between stress and illness', *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 35, nr. 6, p. 633-644.
- McEwen B.S., E. Stellar, (1993), 'Stress and the individual. Mechanisms leading to disease', *Archives of Internal Medicine*, vol. 153, nr. 18, p. 2093-2101.
- Faye K., Heng L.H., Collomp R., Peroux E., (2003), 'Hypertension et stress', *Journal des Maladies Vasculaires*, vol. 28, nr. 1, pp. 4-8.
- Radat F., (2013), 'Stress et migraine', *Revue Neurologique*, vol. 169, nr. 5, pp. 406-412.
- Duijts S.F., Zeegers M.P., Borne B.V., (2003), 'The association between stressful life events and breast cancer risk: a meta-analysis', *International Journal of Cancer*, vol. 107, nr. 6, pp. 1023-1029.

⁷² Umberson D., Lui H., C. Reczek, (2008), 'Stress and health behavior over the life course', *Advances in Life Course Research*, vol. 13, pp. 19-44.

⁷³ Zie in het bijzonder:

- Selenko E., Batinic B., (2011), 'Beyond debt. A moderator analysis of the relationship between perceived financial strain and mental health', *Social Science and Medicine*, vol. 73, nr. 12, pp. 1725-1732.
- Richardson T., Elliott P., Roberts R., (2013), 'The relationship between personal unsecured debt and mental and physical health: A systematic review and meta-analysis', *Clinical Psychology Review*, vol. 33, nr. 8, pp. 1148-1162.
- Meltzer O., Bebington P., Brughra T., Farrell M., Jenkins R., (2013), 'The relationship between personal debt and specific common mental disorders', *European Journal of Public Health*, vol. 23, nr. 1, pp. 108-113.
- Turunen E., Hiilamo H., 2014, 'Health effects of indebtedness: a systematic review', *BMC Public Health*, vol. 22, nr. 14, p. 489

⁷⁴ Jenkins R., Bhugra D., Bebbington P., Brughra T., Farrell M., Coid J., Fryers T., Weich S., Singelton N., Meltzer H., (2008), 'Debts, income and mental disorder in the general population', *Psychological Medicine*, vol. 38, nr. 10, pp. 1485-1493.

⁷⁵ Ibidem, p.1490.

De gebruikte indicator om het alcoholgebruik te beoordelen, is CAGE⁷⁶. De doelstelling is om de prevalentie van het problematisch alcoholgebruik bij een populatie in te schatten. De indicator gaat uit van de vier vragen vermeld in het kader hierna.

Kader 4. Vragen van de CAGE-indicator

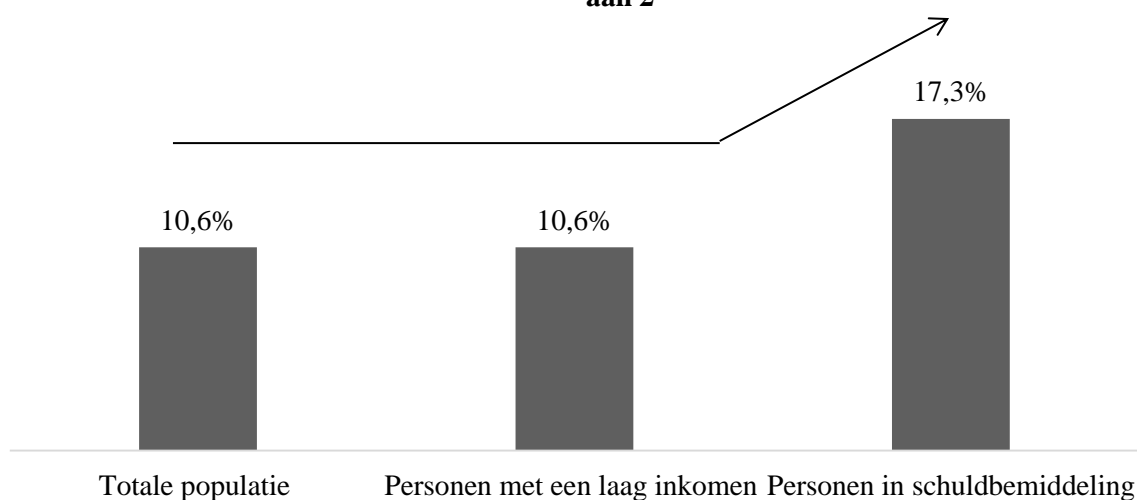
1. Hebt u ooit het gevoel gehad te moeten minderen met drinken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen
2. Hebt u zich ooit geïrriteerd gevoeld door kritiek op uw drinken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen
3. Hebt u zich schuldig gevoeld over uw drinken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen
4. Hebt u ooit direct na het opstaan alcohol gedronken om echt wakker te worden of van een kater te bekomen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen

De vragen zijn gericht aan personen die hebben verklaard dat ze in de afgelopen 12 maanden alcohol hebben gebruikt en aan personen die gestopt zijn met drinken, met andere woorden die al tijdens hun leven, maar niet tijdens het afgelopen jaar alcohol hebben gedronken.

Op basis van deze vier vragen wordt een score opgesteld door voor elke vraag een punt te geven als het antwoord 'ja' is, voor 'neen'-antwoorden worden geen punten toegekend. Elke respondent krijgt dus een score tussen 0 en 4. Het alcoholgebruik van een individu wordt als problematisch beschouwd, wanneer hij minstens twee van de vier vragen positief heeft beantwoord.

Wat het alcoholgebruik betreft, blijkt uit grafiek 7 hierna een groot verschil tussen de Belgische populatie en de populatie in schuldbemiddeling. Bij de Belgische populatie heeft 10,6 % van de respondenten een problematisch alcoholgebruik, ongeacht het inkomensniveau. Dat percentage loopt op tot 17,3 % voor personen in schuldbemiddeling bij een DSB.

Grafiek 7. Percentage respondenten met een CAGE-score groter of gelijk aan 2



Bronnen: HISIA⁷⁷ en berekeningen van het OKS op de eigen steekproef

⁷⁶ CAGE staat voor 'Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener'. Zie in het bijzonder Mayfield D., McLeod G., Hall P., (1974), 'The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument', American Journal of Psychiatry, vol. 131, nr. 19, pp. 1121-1123.

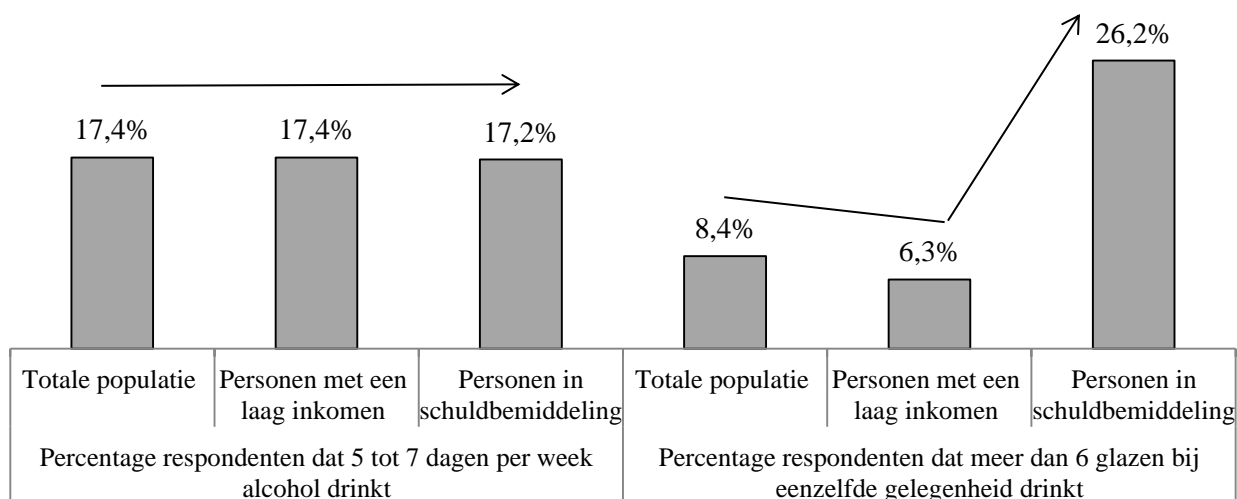
Naast deze indicator is het interessant om de resultaten van twee andere vragen voor te stellen (zie kader hierna).

Kader 5. Vragen over de frequentie van het alcoholgebruik en over de hoeveelheid ingenomen alcohol

1. Hoe vaak hebt u de afgelopen 12 maanden alcoholische dranken (zoals bier, wijn, cider, aperitief, cocktails, breezers, likeur, zelfgemaakte alcohol enz.) gedronken?
2. Hoe vaak hebt u de afgelopen 12 maanden 6 glazen of meer glazen alcohol gedronken bij eenzelfde gelegenheid? Bijvoorbeeld wanneer u uitging, op een feestje, bij een maaltijd, met vrienden of alleen bij u thuis enz.
 - Elke dag of bijna dagelijks
 - 5-6 dagen per week
 - 3-4 dagen per week
 - 1-2 dag(en) per week
 - 2-3 dagen per maand
 - 1 dag per maand
 - Minder dan 1 dag per maand
 - Niet in de afgelopen 12 maanden
 - Nooit in heel mijn leven

Ten eerste blijkt uit onderstaande grafiek 8 dat het aandeel van de respondenten dat tussen 5 en 7 keer per week alcohol drinkt, identiek is voor de drie steekproeven: ongeveer 17 %. Ten tweede stellen we wat de hoeveelheid alcohol betreft die bij eenzelfde gelegenheid wordt gedronken, grote verschillen tussen de steekproeven vast. Waar 8,4 % van de Belgische populatie minstens één keer per week meer dan zes glazen bij eenzelfde gelegenheid drinkt, verdrievoudigt dat aandeel wanneer we het hebben over personen die te rade gaan bij schuldbemiddelingsdiensten.

Grafiek 8. Indicatoren over het alcoholgebruik



Bronnen: HISIA⁷⁸ en berekeningen van het OKS op de eigen steekproef

⁷⁷ Drieskens S., Charafeddine R., Demarest S., Gisle L., Tafforeau J. & Van der Heyden J., Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013: Health Interview Survey Interactive Analysis. Brussel: WIV-ISP. <https://hisia.wiv-isp.be/>

⁷⁸ Drieskens S., Charafeddine R., Demarest S., Gisle L., Tafforeau J. & Van der Heyden J., Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013: Health Interview Survey Interactive Analysis. Brussel: WIV-ISP. <https://hisia.wiv-isp.be/>

Deze resultaten tonen dus aan dat voor eenzelfde wekelijkse frequentie van alcoholgebruik personen in schuldbemiddeling meer alcohol bij eenzelfde gelegenheid drinken en gemakkelijker een problematische relatie met alcohol hebben. Het is niet zozeer de gebruiksfrequentie die het verschil maakt tussen de steekproeven, maar wel degelijk de hoeveelheid alcohol die per gelegenheid wordt gebruikt.

2.2.3. Gebruik van tabak

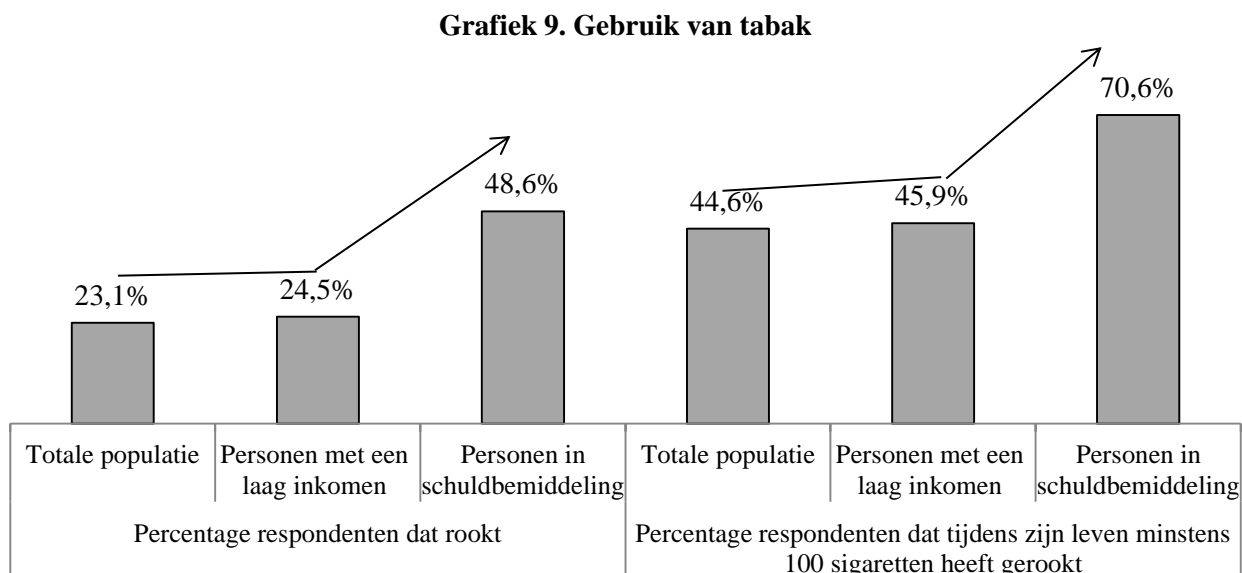
De negatieve gevolgen van tabak op onze gezondheid zijn duidelijk aangetoond. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie zal een van de twee rokers overlijden aan de gevolgen van tabak.⁷⁹ Heel wat studies tonen al tientallen jaren aan dat roken de belangrijkste oorzaak is voor de ontwikkeling van longkanker. Het gebruik van tabak heeft echter ook een niet te verwaarlozen impact op met name chronische hart- of ademhalingsaandoeningen.⁸⁰

Om te bepalen of het gebruik van tabak van personen in schuldbemiddeling zou verschillen van dat van de Belgische populatie en van de Belgische populatie met een laag inkomen, werden de twee vragen uit de onderstaande kader gesteld.

Kader 6. Vragen over het gebruik van tabak

<p>1. Rookt u nu?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, alle dagen</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, af en toe</p> <p><input type="checkbox"/> Neen</p> <p>2. Hebt u minstens 100 sigaretten (ongeveer 5 pakjes) of een gelijkwaardige hoeveelheid tabak gerookt <u>tijdens uw leven</u>? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen</p>

De resultaten van deze twee vragen zijn weergegeven in de onderstaande grafiek 9.



Bronnen: HISIA⁸¹ en berekeningen van het OKS op de eigen steekproef

⁷⁹ WGO, Aide-mémoire nr. 339, bijgewerkt in juli 2013.

⁸⁰ Eriksen M, Mackay J, Sluger N., Gomeshtapeh F., Drope J., (2015), *The tobacco atlas*, Atlanta, American Cancer Society, 88 p.

⁸¹ Drieskens S., Charafeddine R., Demarest S., Gisle L., Tafforeau J. & Van der Heyden J., Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013: Health Interview Survey Interactive Analysis. Brussel: WIV-ISP. <https://hisia.wiv-isp.be/>

Ten eerste hebben we de respondenten gevraagd of ze op het ogenblik van de enquête af en toe of geregeld rookten. Een groot verschil blijkt uit de vergelijking van onze steekproeven. Een aandeel van bijna 50 % van de personen in schuldbemiddeling geeft aan te roken tegenover respectievelijk 23,1 % en 24,5 % voor de Belgische populatie en voor de Belgische populatie met een laag inkomen.

Ten tweede hebben we de respondenten gevraagd of ze tijdens hun leven in totaal minstens 100 sigaretten hadden gerookt. Het aandeel personen dat deze vraag positief heeft beantwoord, ligt in de buurt van de 70 % voor personen in schuldbemiddeling. Voor de algemene populatie stellen we daarentegen vast dat slechts 44,6 % van de respondenten in de loop van hun leven minstens 100 sigaretten hebben gerookt. Dit percentage neemt slechts lichtjes toe (45,9 %) als we de steekproef inperken tot de algemene populatie met een inkomen tussen 750 euro en 1000 euro.

Deze twee resultaten benadrukken duidelijk dat personen die te rade gaan bij schuldbemiddelingsdiensten relatief meer geneigd zijn om tabak te gebruiken. Wanneer we echter het aantal jaren vergelijken dat de respondenten dagelijks hebben gerookt, worden de verschillen kleiner: een gemiddelde van 21,2 jaren voor de algemene populatie, van 24,9 jaren voor de personen met een laag inkomen en van 21,3 jaren voor de personen in schuldbemiddeling.

2.2.4. Zelfmoordgedachten en zelfmoordpogingen

Het thema zelfmoord is een bijkomende indicator van de geestelijke gezondheid van individuen. We benadrukken vooraf dat de vragen die aan personen in schuldbemiddeling werden gesteld, niet over hun financiële moeilijkheden gingen. Wanneer deze respondenten dus aangeven dat ze zelfmoordgedachten hebben, hebben die niet noodzakelijk iets te maken met hun financiële moeilijkheden, maar wijzen die op onbehagen.

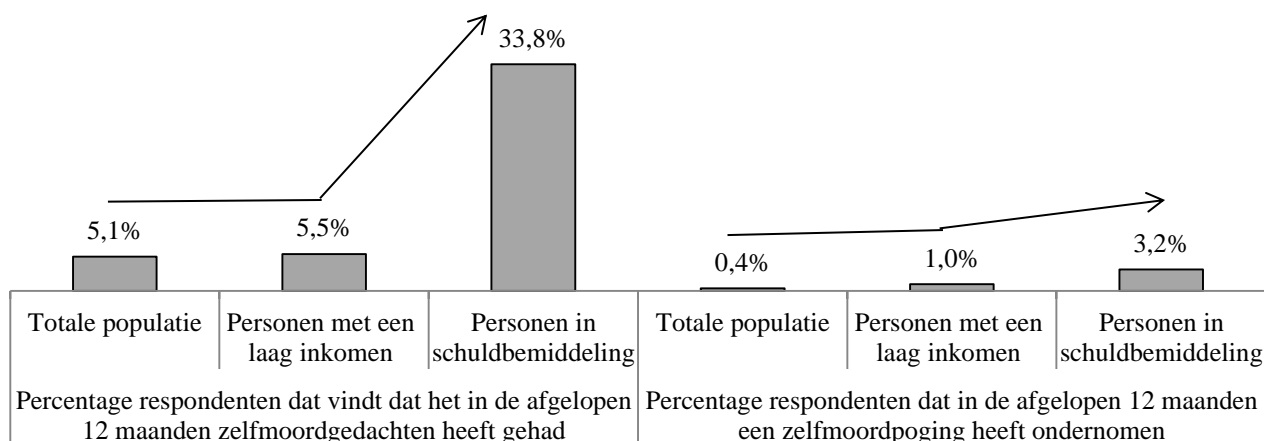
Er werden vier vragen over zelfmoord en zelfmoordpogingen gesteld (zie kader hierna).

Kader 7. Vragen over zelfmoordgedachten en zelfmoordpogingen

1. Hebt u er ooit ernstig over nagedacht om een einde te maken aan uw leven? <input type="checkbox"/> Ja, meerdere malen <input type="checkbox"/> Ja, eenmaal <input type="checkbox"/> Neen, nooit
2. Hebt u de afgelopen 12 maanden dergelijke gedachten gehad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen
3. Hebt u ooit een zelfmoordpoging ondernomen? <input type="checkbox"/> Ja, meerdere malen <input type="checkbox"/> Ja, eenmaal <input type="checkbox"/> Neen, nooit
4. Hebt u de afgelopen 12 maanden een zelfmoordpoging ondernomen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen

Zoals bij de andere indicatoren merken we grote verschillen tussen de huishoudens die door schuldbemiddelingsdiensten worden gevolgd en de vergelijkingsgroep waardoor we er niet aan twijfelen dat personen in schuldbemiddeling een brozere geestelijke gezondheid hebben (zie grafiek 10 hierna).

Grafiek 10. Zelfmoordgedachten en zelfmoordpogingen



Bronnen: HISIA⁸² en berekeningen van het OKS op de eigen steekproef

Wat zelfmoordgedachten betreft, erkent een derde van de respondenten in schuldbemiddeling bij een DSB dat het er de afgelopen 12 maanden heeft gehad, tegenover iets meer dan 5 % bij onze twee vergelijkingssteekproeven.

We stellen ook grote verschillen bij de zelfmoordpogingen vast. Bij de Belgische populatie erkent 0,4 % van de respondenten dat ze de afgelopen 12 maanden een zelfmoordpoging hebben ondernomen. Wanneer we kijken naar de Belgen met een laag inkomen, loopt dat percentage op van 0,4 % naar 1 %. Bij de personen in schuldbemiddeling bij een DSB bedraagt dat percentage 3,2 %, met andere woorden meer dan driemaal meer dan bij de Belgen met een laag inkomen.

In vergelijking met alle Belgen heeft de populatie die te rade gaat bij schuldbemiddelingsdiensten, dus duidelijk meer te maken met de zelfmoordproblematiek. Dat resultaat wordt overigens bevestigd door de literatuur. Sommige auteurs hebben aangetoond dat hoe moeilijker een persoon het heeft om zijn schulden te betalen, des te groter het gevaar is dat die persoon depressief wordt en zelfmoordgedachten heeft.⁸³ Volgens een professionele zorgverlener kan het verband ook omgekeerd worden: *'Ik heb mensen ontmoet die een overmatige schuldenlast hebben vergaard door hun zelfmoordgedachten. Ze wilden nog even schitteren alvorens er een einde aan te maken.'*

2.2.5. Sociabiliteit

Financiële moeilijkheden en de ervaring met schuldbemiddeling kunnen leiden tot een verlies aan zelfachting en tot een zeker vorm van sociale uitsluiting. Sociale uitsluiting kan worden gedefinieerd als een geheel van processen die sociale relaties verbreken.⁸⁴ De zwakte van het sociale netwerk is een goede indicator van sociale uitsluiting.

De nationale Gezondheidsenquête benadert het thema van het relatieve sociale leven meer bepaald via de sociale contacten. De vragen over dit thema zijn bijgevoegd.

Tabel 3 hierna toont aan dat personen die door schuldbemiddelingsdiensten worden gevolgd, veel vaker van oordeel zijn dat ze onbevredigende sociale contacten hebben.⁸⁵ Van de personen in

⁸² Drieskens S., Charafeddine R., Demarest S., Gisle L., Tafforeau J. & Van der Heyden J., Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013: Health Interview Survey Interactive Analysis. Brussel: WIV-ISP. <https://hisia.wiv-isp.be/>

⁸³ Turunen E., Hiilamo H., (2014), 'Health effects of indebtedness: a systematic review', *BMC Public Health*, vol. 14, pp. 489-496.

⁸⁴ Deze definitie is afgestemd op Gloukoviezoff G., (2004), 'De la bancarisation de masse à l'exclusion bancaire puis sociale', *Revue française des affaires sociales*, nr. 3, pp. 9-38.

⁸⁵ Mogelijke antwoorden 'helemaal ontevreden' en 'veeleer ontevreden'.

schuldbemiddeling geeft 38,8 % aan dat ze ontevreden zijn over hun sociale contacten, terwijl dit percentage respectievelijk slechts 8,7 % en 9,9 % bedraagt bij de Belgische populatie en bij de Belgen met een laag inkomen.

Tabel 3. Percentage ondervraagde personen dat ontevreden is over zijn sociale contacten		
Totale populatie	Personen met een laag inkomen	Personen in schuldbemiddeling
8,7 %	9,9 %	38,8 %

Bronnen: HISIA⁸⁶ en berekeningen van het OKS op de eigen steekproef

Dit resultaat benadrukt eens te meer dat de vastgestelde verschillen tussen de steekproeven niet specifiek te wijten zijn aan het inkomensniveau van de respondenten. In dit geval geven personen in schuldbemiddeling bijna viermaal vaker aan dat ze ontevreden zijn over hun sociale contacten. De vastgestelde verschillen tussen personen met een laag inkomen en personen in schuldbemiddeling hebben ogenschijnlijk dus niets met het inkomen te maken. Er lijken andere factoren mee te spelen. We kunnen de hypothese naar voren schuiven dat deze ontevredenheid te maken heeft met de overmatige schulden van het huishouden of met de schuldbemiddeling als dusdanig, die een negatieve impact op de sociale contacten van de respondenten zouden hebben. Het is echter ook mogelijk dat de sociale banden al zwak of onbevredigend waren voor ze in een situatie van overmatige schuldenlast verzeilden.

In dit opzicht is het goed om stil te staan bij de redenen die ertoe leiden dat overmatige schuldenlast en schuldbemiddeling een belemmering zouden kunnen vormen voor een bevredigend sociaal leven. Een eerder onderzoek van het Observatorium⁸⁷ werpt een licht op deze belemmeringen. Wanneer personen in schuldbemiddeling het hebben over de kwaliteit van hun sociaal netwerk en over hun relatieproblemen, zeggen ze hierover het volgende:

- *'We voelen ons vernederd.'*
- *'We hebben geen sociale relaties meer omdat er [in het kader van de schuldbemiddeling] geen middelen beschikbaar zijn om uit te gaan.'*
- *'Ik heb vaak de indruk dat ik een schurftig schaap ben.'*
- *'We hebben ons op onszelf teruggetrokken en gaan nooit meer uit of gaan niet meer wandelen.'*
- *'We hebben geen sociaal netwerk meer. We komen nooit meer buiten. We hebben geen middelen meer om naar een verjaardagsfeestje te gaan of om een Sinterklaascadeau voor de petekinderen te kopen. We doen dus niets meer.'*
- *'In de omgang met collega's vermijd ik drinks, want ik heb geen middelen.'*

Deze paar citaten wijzen erop dat het gebrek aan financiële middelen en het feit dat men als gevolg daarvan geen toegang heeft tot consumptie of tot vrijetijdsactiviteiten, dat het feit dat men gestigmatiseerd wordt omwille van zijn overmatige schuldenlast en dat men angst heeft voor wat anderen denken, factoren zijn die huishoudens met een overmatige schuldenlast ertoe kunnen brengen om hun sociaal netwerk in te perken. Bovendien *'boezemt overmatige schuldenlast angst in'*, zoals deze professional zegt. *'Omstaanders mijden personen met een overmatige schuldenlast of beoordelen hen negatief.'*

⁸⁶ Drieskens S., Charafeddine R., Demarest S., Gisle L., Tafforeau J. & Van der Heyden J., Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013: Health Interview Survey Interactive Analysis. Brussel: WIV-ISP. <https://hisia.wiv-isp.be/>

⁸⁷ Zie over dit onderwerp: Duvivier R., (2014), 'Een beoordeling van de sociaaleconomische kosten en baten van de schuldbemiddeling', Verslagen van het colloquium 2014 van het Observatorium Krediet en Schuldenlast (beschikbaar op de website van het Observatorium onder de rubriek 'Onze colloquia', www.observatoire-credit.be).

3. TOEGANG TOT GEZONDHEIDSZORG

Uit de voorgaande resultaten blijkt dat personen die te rade gaan bij schuldbemiddelingsdiensten een relatief minder goede gezondheidstoestand hebben dan de populatie die als vergelijkingspunt wordt genomen. Die relatief minder goede gezondheidstoestand kan op twee manieren met financiële moeilijkheden in verband worden gebracht.

Eenzijds leidt een minder goede gezondheid tot meer kosten die voor sommige huishoudens moeilijk om te dragen kunnen zijn. In dat verband is het interessant om eraan te herinneren dat de gezondheidsproblemen van de begunstigde of van een lid van zijn gezin een van de factoren zou kunnen zijn die aanleiding geeft tot overmatige schuldenlast in 16,7 % van de dossiers die het OKS heeft onderzocht.⁸⁸ In Vlaanderen zouden gezondheidsproblemen een van de oorzaken zijn die leiden tot overmatige schuldenlast in 32,5 % van de dossiers die het VCS⁸⁹ onderzocht.

Anderzijds kan een relatief minder goede gezondheid worden verklaard door het feit dat men minder een beroep doet op zorg terwijl men die nodig heeft, of minstens door minder preventieve maatregelen. Dit laatste kan te maken hebben met de financiële moeilijkheden die huishoudens hebben. We herinneren eraan dat het aandeel van het budget dat aan zorg wordt besteed, verschilt naargelang het inkomen van het huishouden. Sommige auteurs benadrukken dat 'wat gezondheidszorg betreft bijvoorbeeld, de rijkste huishoudens gemiddeld tweemaal zoveel uitgeven dan de armste huishoudens (2000 euro per jaar tegenover 1000 euro). (...) Voor de rijkste huishoudens vertegenwoordigt deze post echter slechts 3 % van het inkomen en komt die op plaats 11 in het budget; voor de armste huishoudens gaat het echter om een post die tweemaal zo zwaar weegt (6 % van het inkomen) en die vooral belangrijker is omdat hij de 5e plaats in hun budget inneemt.'⁹⁰

De minder goede gezondheidstoestand van personen in schuldbemiddeling kan dus zowel worden veroorzaakt door als aanleiding zijn voor financiële moeilijkheden. In ieder geval is het interessant om stil te staan bij de toegang tot gezondheidszorg van personen die te rade gaan bij een DSB.

Tabel 4. Indicatoren van de toegang tot gezondheidszorg			
	Totale populatie	Personen met een laag inkomen	Personen in schuldbemiddeling
Percentage van de respondenten dat in de loop van de 12 voorbije maanden zorg heeft moeten uitstellen	8,7 %	11,2 %	52,0 %
Percentage van de huishoudens dat aangeeft dat de kosten voor gezondheidszorg moeilijk en zelfs onmogelijk zijn om te dragen in het kader van het beschikbare budget	26,4 %	37,5 %	67,6 %

Bronnen: HISIA⁹¹ en berekeningen van het OKS op de eigen steekproef

Volgens de resultaten van de enquête (zie tabel 4 hiervoor) heeft 52,0 % van de ondervraagde huishoudens in schuldbemiddeling in het voorbije jaar om financiële redenen zorg moeten uitstellen die in hun ogen nochtans noodzakelijk was. Voor onze vergelijkingsgroep bedraagt dit aandeel 8,7 %, met andere woorden zesmaal minder.

⁸⁸ Observatorium Krediet en Schuldenlast, (2016).

⁸⁹ Vlaams Centrum Schuldenlast, (2016).

⁹⁰ Bernal O., Manceaux J., (2009), 'De Belg en zijn spaargedrag (2/2): het budget, Focus on the Belgian economy', *Economic research*, ING, 7 p.

⁹¹ Drieskens S., Charafeddine R., Demarest S., Gisle L., Tafforeau J. & Van der Heyden J., Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013: Health Interview Survey Interactive Analysis. Brussel: WIV-ISP. <https://hisia.wiv-isp.be/>

Bij de personen in schuldbemiddeling die bepaalde zorg hebben moeten uitstellen, vermeldt 41,4 % dat ze tandheelkundige zorg hebben uitgesteld, 29,0 % dat ze door een arts voorgeschreven geneesmiddelen hebben uitgesteld, 27,2 % dat ze de aankoop van een bril of van contactlenzen hebben uitgesteld en 22,7 % dat ze geestelijke gezondheidszorg hebben uitgesteld.

Bovendien bevestigen meer dan twee derde van de respondenten (67,6 %) dat gezondheidszorg financieel moeilijk of zelfs onmogelijk is om te dragen. Dat aandeel bedraagt 26,4 % voor de vergelijkingsgroep, met andere woorden minder dan de helft.

Eens te meer stellen we grote verschillen tussen de drie steekproeven vast. De kwestie van het inkomensniveau steekt opnieuw de kop op. In vergelijking met de respondenten met een laag inkomen zijn er vijfmaal meer personen in schuldbemiddeling die om budgettaire redenen zorg hebben moeten uitstellen en bijna tweemaal meer die verklaren dat gezondheidszorg financieel moeilijk om te dragen is. Naast het inkomen zouden andere factoren deze verschillen moeten kunnen verklaren. De uitleg blijft echter een complexe aangelegenheid.

We herinneren er echter aan dat gratis zorg niet voorkomt dat mensen geen beroep doen op professionele zorgverleners zoals deze huisarts getuigt: *'We hebben heel veel depressieve patiënten met een overmatige schuldenlast die geen huisarts raadplegen, zelfs als het niets kost. Kosteloze raadplegingen zijn zeker een 'plus', maar ze volstaan niet als verklaring waarom mensen onvoldoende toegang hebben tot zorg. Het probleem van het zelfbeeld is veel complexer.'*

CONCLUSIE

De doelstelling van dit artikel was om een antwoord te geven op de volgende vraag: lijden personen die een beroep doen op een DSB vaker aan gezondheidsgerelateerde problemen dan individuen die geen ernstige financiële moeilijkheden kennen? Na onze analyses blijkt het antwoord op deze vraag overduidelijk 'ja', ongeacht de onderzochte dimensie: fysieke gezondheid, geestelijke gezondheid of toegang tot zorg. We herinneren eraan dat ons onderzoek gebaseerd is op personen in schuldbemiddeling bij een erkende instelling. Het is dus niet representatief voor de volledige populatie met overmatige schuldenlast. Deze professionele zorgverlener zegt hierover het volgende: *'De stap zetten naar schuldbemiddeling veronderstelt een minimum aan mentale structuur. Er komt immers heel wat bij kijken. (...) Ik vraag soms met de toestemming van de betrokken persoon om de goederen onder bescherming te plaatsen door het vakje schuldbemiddeling niet aan te vinken.'*

Tot slot lijkt het belangrijk om verschillende dimensies van dit werk te belichten. Het is opvallend hoe de verschillende indicatoren die in dit artikel worden onderzocht, met elkaar vervlochten zijn. Daarom lijkt het ons essentieel om erop te wijzen hoe belangrijk het is om deze resultaten in hun totaliteit te analyseren en er geen onderscheid tussen te maken of ze los van elkaar te zien. Het is ook belangrijk om eraan te herinneren dat heel wat factoren een invloed hebben op de gezondheidstoestand van een individu. Zo konden we niet precies bepalen welke factoren in min of meerdere mate een impact op de (geestelijke, fysieke en sociale) gezondheid van individuen hebben. Daarom is het raadzaam om de hiervoor aangehaalde resultaten met de nodige omzichtigheid te benaderen. Ondanks deze verschillende beperkingen en gelet op de grote verschillen met de algemene populatie (al dan niet ingeperkt volgens inkomen) kunnen we toch vaststellen dat personen in schuldbemiddeling doorgaans vinden dat ze in minder goede gezondheid verkeren dan de rest van de populatie. Hiervoor zijn meerdere hypothetische verklaringen mogelijk. Hebben individuen in schuldbemiddeling gelet op hun complexe financiële situatie, minder middelen (vervoermiddel om toegang te hebben tot zorg, basiskennis van gezondheid, van dieetleer enz.) dan anderen om een goede algemene gezondheidstoestand te handhaven? Feit blijft verder dat de voorgestelde resultaten ons zorgen baren over deze categorie van de populatie die niet alleen op monetair vlak kwetsbaar is. Ze benadrukken het belang van beleidsmaatregelen om de kloof met de algemene populatie (al dan niet ingeperkt volgens inkomen) te dichten voor wat gezondheidsgerelateerde kwesties betreft.

Het verband tussen gezondheid en overmatige schuldenlast komt in de wetenschappelijke literatuur nauwelijks aan bod en dit vernieuwend onderzoek toont aan dat er heel wat onderzoeksopportunities zijn en dat er over dit onderwerp nog heel wat werk aan de winkel is. Een van de belangrijkste bijdragen van het artikel - naast het onderzoeken van een gangbare overtuiging - is dat het aantoont dat de grotere prevalentie van gezondheidsproblemen niet noodzakelijk te maken heeft met een laag inkomen.

Een andere doelstelling van het artikel was om de grondslagen te leggen voor een discussie over de gezondheid van personen met een overmatige schuldenlast. Het zou de aanleiding moeten vormen voor een multidisciplinaire denkoefening over deze problematiek en de aanzet moeten geven om specifieke maatregelen te treffen om deze bijzonder kwetsbare doelgroep te beschermen of om ze op zijn minst beter wegwijs te maken in de bestaande voorzieningen. In dat verband zijn twee trajecten mogelijk om aan preventie te doen. Een eerste bestaat er vanzelfsprekend in om te werken aan het voorkomen van gezondheidsproblemen bij deze kwetsbare populatie. Men zou in het bijzonder kunnen proberen om na te denken over het waarom van de grotere prevalentie van gezondheidsproblemen bij personen met een overmatige schuldenlast. Het tweede traject bestaat erin om een reeks hulpmiddelen te bedenken die schuldbemiddelaars die werken met een kwetsbare populatie, kunnen helpen, in het bijzonder op het vlak van gezondheid. Het kan gaan om uiteenlopende tools: hulp bij het detecteren van problemen, aanleg van een adresboek met bekwame tussenpersonen enz.

BIJLAGE.

Enquête over de gezondheid van de personen die gevolgd worden door
schuldbemiddelingsdiensten

**I. Om te beginnen moeten we een aantal elementen kennen
over u en uw gezin. De enquête blijft anoniem!**

1. Uw postcode :

2. U bent :

- Een man
 Een vrouw

3. Uw geboortjaar :

4. U woont :

- Alleen (alleenstaande volwassene)
 Alleen met kind(eren)
 Samen zonder kinderen
 Samen met kind(eren)
 Anders: _____

5. Als u kinderen hebt, wat is dan de leeftijd van uw kinderen die u nog steeds (volledig of gedeeltelijk) ten laste hebt? (Rond af op de lagere leeftijd: als uw kind anderhalf is, noteer dan 1)

Kind 1 :	jaar
Kind 2 :	jaar
Kind 3 :	jaar
Kind 4 :	jaar

kind 5 :	jaar
kind 6 :	jaar
kind 7 :	jaar
kind 8 :	jaar

6. Uw opleiding (laatst behaalde diploma):

- Geen diploma (lager onderwijs niet voltooid)
 Lager onderwijs (lager onderwijs voltooid)
 Lager secundair (eerste drie jaar succesvol voltooid)
 Hoger secundair (zes jaar succesvol voltooid)
 Hoger onderwijs bachelor/graduaat (opleiding voltooid met diploma)
 Hoger onderwijs master/licentiaat/of hoger (opleiding voltooid met diploma)

7. Uw professionele situatie: Oefent u momenteel een bezoldigde beroepsactiviteit uit, eventueel tijdelijk onderbroken?

- Ja, een bezoldigde activiteit (eventueel tijdelijk onderbroken)
- Nee, geen bezoldigde activiteit

8. U oefent momenteel geen bezoldigde activiteit uit. Welk van de volgende situaties omschrijft het best de uwe?

- Werkloosheid
- Ziekte of invaliditeit
- Studies
- Gepensioneerde
- Ik houd mij voltijds, onbezoldigd, bezig met het huishouden.
- Ik ben hulp bij een zelfstandige

9.a Kunt u mij vertellen welke soorten inkomsten u en de andere leden van het huishouden ontvangen?

- Inkomen uit arbeid (werknemer of zelfstandige)
- Werkloosheidsuitkering
- Ouderdoms- of overlevingspensioen
- Vergoedingen wegens ziekten
- Vergoedingen voor tijdelijke ongeschiktheid
- Vergoedingen voor handicap/blijvende ongeschiktheid
- Minimuminkomen of OCMW-steun
- Kinderbijslag (kindgebonden)
- Studiebeurzen
- Andere regelmatige inkomsten (huurgelden, rentes...)
- Geen bron van inkomsten

9.b Indien u arbeidsongeschikt bent, sinds hoe lang? *(Beantwoord deze vraag alleen als u een vorm van vergoeding hebt aangekruist op vraag 9.a)*

- Sinds minder dan een jaar
- Sinds meer dan een jaar maar minder dan twee jaar
- Sinds meer dan twee jaar

9.c Indien u werkloos bent, sinds hoe lang? *(Beantwoord deze vraag alleen als u "werkloosheidsuitkering" hebt aangekruist op vraag 9.a)*

- Sinds minder dan een jaar
- Sinds meer dan een jaar maar minder dan twee jaar
- Sinds meer dan twee jaar maar minder dan vijf jaar
- Sinds meer dan vijf jaar

10. **Wat is bij benadering het bedrag van het maandelijks inkomen van uw huishouden ?** (alle soorten inkomsten. Als u dit kent, het nettobedrag vermelden)

euro

11. **Hebt u in de voorbije 12 maanden contact opgenomen met professionals (advocaten, schuldbemiddelingsdienst,...) om een schuldbemiddeling of andere actie te overwegen om uw schulden beter te beheren?**

- Ja
- Nee

12. **Bevindt u zich momenteel in een procedure van collectieve schuldenregeling of van schuldbemiddeling?**

- Ja
- Nee

13. **Als u kijkt naar al uw lopende kredieten, wat is dan het bedrag dat u maandelijks terugbetaalt (totaalbedrag bij benadering voor alle kredieten)?**

euro

14. **Kruis bij de volgende 4 stellingen de stelling aan dat het best beantwoordt aan uw situatie van schuldenlast.** (kruis één van de onderstaande 4 vakjes aan)

- Ik heb te veel schulden in verhouding tot mijn inkomen en ik dreig problemen te krijgen om ze terug te betalen.
- Ik heb een aanvaardbare schuldgraad in verhouding tot mijn inkomen.
- Ik heb weinig schulden en gezien mijn inkomen zou ik mijn schuldenlast zonder risico kunnen verhogen.
- Ik heb geen schulden.

15. **Geef uw mening over de onderstaande stellingen door het desbetreffende vakje aan te kruisen:** (kruis één vakje per regel aan)

	Helemaal mee eens	Mee eens	Niet mee eens	Helemaal niet mee eens
Ik kom op het einde van de maand gemakkelijk rond.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Levensstijl en Gezondheid

1. Hoeveel weegt u zonder kleding en zonder schoenen aan?

kg

2. Hoe groot bent u, zonder schoenen aan?

cm

3. Hoe vaak eet u fruit, uitgezonderd sap?

- 1 of meer keer per dag
- 4 tot 6 keer per week
- 1 tot 3 keer per week
- Minder dan 1 keer per week
- Nooit

4. Hoe vaak eet u een ontbijt?

- Elke dag
- 5 tot 6 keer per week
- 2 tot 4 keer per week
- 1 keer per week
- 1 tot 3 keer per maand
- Bijna nooit tot nooit

III. Toegankelijkheid van de gezondheidszorg

1. Wanneer hebt u voor uzelf voor het laatst een huisarts geraadpleegd?

- Minder dan 12 maanden geleden
- Minder dan 12 maanden geleden
- Nooit

2. Hoeveel keer hebt u de afgelopen 2 maanden een huisarts voor uzelf geraadpleegd ?

keer

3. Wanneer hebt u voor het laatst een specialist geraadpleegd?

- Minder dan 12 maanden geleden
- 12 maanden geleden of langer
- Nooit

4. Hoeveel keer hebt u de afgelopen 2 maanden een specialist geraadpleegd?

keer

5. Is het tijdens de afgelopen 12 maanden voorgevallen dat u echt een geneesheer-specialist moest raadplegen, maar dit niet hebt gedaan?

- Ja
- Nee

6. Wanneer hebt u voor het laatst voor uzelf een spoedgevallendienst geraadpleegd?

- Minder dan 12 maanden geleden
- 12 maanden geleden of langer
- Nooit

7. Hoeveel keer hebt u de afgelopen 2 maanden een spoedgevallendienst geraadpleegd?

keer

8. Hebt u ooit een vaccinatie tegen de griep gehad?

- Ja
- Nee
- Ik weet niet waarover u het hebt

9. Hebt u de afgelopen 12 maanden één of meerdere inentingen gekregen?

- Ja
- Nee

10. Is het de afgelopen 12 maanden voorgekomen dat u of iemand in uw huishouden de volgende zorgen nodig had, maar niet kon betalen?

	Ja	Nee	Ik weet niet
Medische zorgen of (een) noodzakelijke operatie(s) die u niet hebt kunnen betalen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tandheelkundige verzorging die u niet hebt kunnen betalen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noodzakelijke voorgeschreven geneesmiddelen die u niet hebt kunnen betalen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een noodzakelijke bril of noodzakelijke lenzen die u niet hebt kunnen betalen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geestelijke gezondheidszorg door een psycholoog of psychiater die u niet hebt kunnen betalen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. In het algemeen, vindt u dat uw persoonlijke bijdrage voor gezondheidskosten, dit is het geld dat u zelf moet betalen,...

- Makkelijk in uw budget past ?

- Moeilijk in uw budget past ?
- Onmogelijk in uw budget past ?

IV. Perceptie van gezondheid

1. Hoe is uw gezondheidstoestand in het algemeen?

- Zeer goed
- Goed
- Gaat wel (redelijk)
- Slecht
- Zeer slecht

2. Hebt u een langdurige ziekte of aandoening (gezondheidsprobleem)?

- Ja
- Neen

3. Bent u, vanwege een gezondheidsprobleem, sinds 6 maanden of langer beperkt geweest in activiteiten die mensen gewoonlijk doen?

- Ja, erg beperkt
- Ja, beperkt
- Neen, niet beperkt

V. Stress en welzijn

Hoe voelde u zich de afgelopen weken? Vermeld de situatie van dit moment, niet deze in het verleden.

1. Hebt u zich kunnen concentreren op uw bezigheden?

- Beter dan gewoonlijk
- Net zo goed als gewoonlijk
- Slechter dan gewoonlijk
- Veel slechter dan gewoonlijk

2. Bent u door zorgen veel slaap tekort gekomen?

- Helemaal niet
- Niet meer dan gewoonlijk
- Wat meer dan gewoonlijk
- Veel meer dan gewoonlijk

3. Hebt u het gevoel gehad zinvol bezig te zijn?

- Zinvoller dan gewoonlijk
- Net zo zinvol als gewoonlijk

- Minder zinvol dan gewoonlijk
- Veel minder zinvol dan gewoonlijk

4. Voelde u zich in staat om beslissingen (over dingen) te nemen?

- Beter dan gewoonlijk
- Net zo goed als gewoonlijk
- Wat minder goed dan gewoonlijk
- Veel minder goed dan gewoonlijk

5. Hebt u het gevoel gehad dat u voortdurend onder druk stond?

- Helemaal niet
- Niet meer dan gewoonlijk
- Wat meer dan gewoonlijk
- Veel meer dan gewoonlijk

6. Hebt u het gevoel gehad dat u uw moeilijkheden niet de baas kon?

- Helemaal niet
- Niet meer dan gewoonlijk
- Wat meer dan gewoonlijk
- Veel meer dan gewoonlijk

7. Hebt u plezier kunnen beleven aan uw gewone, dagelijkse bezigheden?

- Beter dan gewoonlijk
- Even veel als gewoonlijk
- Wat minder dan gewoonlijk
- Veel minder dan gewoonlijk

8. Bent u in staat geweest uw problemen onder ogen te zien?

- Beter dan gewoonlijk
- Net zo goed als gewoonlijk
- Minder goed dan gewoonlijk
- Veel minder goed dan gewoonlijk

9. Hebt u zich ongelukkig en neerslachtig gevoeld?

- Helemaal niet
- Niet meer dan gewoonlijk
- Wat meer dan gewoonlijk
- Veel meer dan gewoonlijk

10. Bent u het vertrouwen in uzelf kwijtgeraakt?

- Helemaal niet

- Niet meer dan gewoonlijk
- Wat meer dan gewoonlijk
- Veel meer dan gewoonlijk

11. Hebt u zich als een waardeloos iemand beschouwd?

- Helemaal niet
- Niet meer dan gewoonlijk
- Wat meer dan gewoonlijk
- Veel meer dan gewoonlijk

12. Hebt u zich alles bij elkaar redelijk gelukkig gevoeld?

- Gelukkiger dan gewoonlijk
- Even gelukkig als gewoonlijk
- Minder gelukkig dan gewoonlijk
- Veel minder gelukkig dan gewoonlijk

VI. Maatschappelijk leven

1. Hoe vindt u uw sociale contacten?

- Zeer bevredigend
- Vrij bevredigend
- Vrij onbevredigend
- Zeer onbevredigend

2. Hoe vaak hebt u doorgaans contact met verwanten, kinderen, vrienden, kennissen...?

- Ten minste 1 keer per week
- Ten minste 1 keer per maand
- Ten minste 3 of 4 keer per jaar
- Ten minste 1 keer per jaar
- Helemaal niet

3. Hoeveel personen staan u zo dichtbij dat u op hen kunt rekenen indien u met zware problemen geconfronteerd wordt?

- Geen enkele
- 1 of 2
- 3 tot 5
- 6 of meer

4. In welke mate hebben mensen aandacht en interesse voor wat u doet?

- Veel
- Matig

- Dit weet ik niet zeker
- Weinig
- Helemaal niet

5. Hoe gemakkelijk is het om praktische hulp van burens te krijgen als dit nodig zou zijn?

- Zeer gemakkelijk
- Gemakkelijk
- Het is wellicht mogelijk
- Moeilijk
- Zeer moeilijk

VII. Tabaksgebruik

1. Hebt u al minstens 100 sigaretten (ongeveer 5 pakjes) of een gelijkwaardige hoeveelheid tabak gerookt tijdens uw leven?

- Ja
- Nee

2. Hebt u ooit dagelijks gerookt?

- Ja
- Nee

3. Indien ja, hoeveel jaar in totaal hebt u dagelijks gerookt?
(Tel de verschillende periodes waarin u dagelijks rookte op)

..... jaar (Indien minder dan 1 jaar, noteer "0")

4. Rookt u nu?

- Ja, alle dagen
- Ja, af en toe
- Neen, helemaal niet

VIII. Alcoholgebruik

1. Hoe vaak hebt u de afgelopen 12 maanden eender welke alcoholische drank (zoals bier, wijn, cider, aperitief, cocktails, breezers, likeur, zelfgemaakt alcohol ...) gedronken?

- Elke dag of bijna dagelijks
- 5 - 6 dagen per week
- 3 - 4 dagen per week
- 1 - 2 dagen per week
- 2 - 3 dagen per maand

- 1 dag per maand
- Minder dan 1 keer per maand
- Niet in de afgelopen 12 maanden, want ik drink geen alcohol meer
- Nooit, of niet meer dan enkele slokjes in heel mijn leven

2. Hoe vaak hebt u de afgelopen 12 maanden 6 of meer glazen alcohol gedronken bij eenzelfde gelegenheid? Bijvoorbeeld wanneer u uitging, op een feestje, bij een maaltijd, met vrienden of alleen bij u thuis...

- Elke dag of bijna dagelijks
- 5 - 6 dagen per week
- 3 - 4 dagen per week
- 1 - 2 dagen per week
- 2 - 3 dagen in een maand
- 1 dag per maand
- Minder dan 1 keer per maand
- Niet in de afgelopen 12 maanden
- Nooit in heel mijn leven

3. Hebt u ooit het gevoel gehad te moeten minderen met drinken?

- Ja
- Nee

4. Hebt u zich ooit geïrriteerd gevoeld door kritiek op uw drinken?

- Ja
- Nee

5. Hebt u zich ooit schuldig gevoeld over uw drinken?

- Ja
- Nee

6. Hebt u ooit direct na het opstaan alcohol gedronken om echt wakker te worden (of van een kater af te komen)?

- Ja
- Nee

IX. Zelfmoord en zelfmoordgedachten

1. Hebt u er ooit ernstig aan gedacht om een einde aan uw leven te maken?

- Ja, meerdere malen
- Ja, één maal
- Neen, nooit

2. Hebt u de afgelopen 12 maanden dergelijke gedachten gehad?

- Ja
- Neen

3. Hebt u ooit een zelfmoordpoging ondernomen?

- Ja, meerdere malen
- Ja, één maal
- Neen, nooit

4. Hebt u de afgelopen 12 maanden een zelfmoordpoging ondernomen?

- Ja
- Neen

X. Levenskwaliteit

Vink onder elke titel het ENE vakje aan dat het best uw gezondheid VANDAAG beschrijft

1. Mobiliteit

- Ik heb geen problemen met rondwandelen
- Ik heb een beetje problemen met rondwandelen
- Ik heb matige problemen met rondwandelen
- Ik heb ernstige problemen met rondwandelen
- Ik ben niet in staat om rond te wandelen

2. Zelfzorg

- Ik heb geen problemen met mijzelf te wassen of aan te kleden
- Ik heb een beetje problemen met mijzelf te wassen of aan te kleden
- Ik heb matige problemen met mijzelf te wassen of aan te kleden
- Ik heb ernstige problemen met mijzelf te wassen of aan te kleden
- Ik ben niet in staat mijzelf te wassen of aan te kleden

3. Dagelijkse activiteiten

(bijv. werk, studie, huishouden, gezins- en vrijetijdsactiviteiten)

- Ik heb geen problemen met mijn dagelijkse activiteiten
- Ik heb een beetje problemen met mijn dagelijkse activiteiten
- Ik heb matige problemen met mijn dagelijkse activiteiten
- Ik heb ernstige problemen met mijn dagelijkse activiteiten
- Ik ben niet in staat mijn dagelijkse activiteiten uit te voeren

4. Pijn/klachten

- Ik heb geen pijn of ongemak
- Ik heb een beetje pijn of ongemak
- Ik heb matige pijn of ongemak
- Ik heb ernstige pijn of ongemak
- Ik heb extreme pijn of ongemak

5. Angst/depressie

- Ik ben niet angstig of depressief
- Ik ben een beetje angstig of depressief
- Ik ben matig angstig of depressief
- Ik ben erg angstig of depressief
- Ik ben extreem angstig of depressief

Bedankt voor uw deelname aan onze enquête!