



Ervaren gezondheid en chronische ziekte bij ouders

Gezinnen in Vlaanderen over hun gezondheid en het hebben van chronische ziekten of langdurige aandoeningen.

Auteur: Bea R.H. Van den Bergh (Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin)

1 INLEIDING

'Ik ben alleenstaand, ouder en versnipperd: maak dat niet groter, maar zeker ook niet kleiner dan het is' (Hutse, De Standaard, 7 december 2017, blz. D11).

Hoe ervaren ouders hun gezondheid? We vragen ons af wat het percentage ouders is dat, subjectief, hun gezondheid als goed ervaart. Bij dit subjectief oordeel over de eigen gezondheid evalueren personen doorgaans zowel hun lichamelijke als hun mentale gezondheid. We vragen ons ook af hoeveel percent van de ouders kampen met een chronische ziekte of aandoening en in welke mate zij daarbij functionele beperkingen ervaren. Bevestigen onze resultaten dat **subjectieve gezondheid en chronische ziekte** ongelijk verspreid zijn naargelang geslacht, leeftijd of genoten opleiding? Ervaren enkel alleenstaande ouders een minder goede gezondheid of ook ouders in andere gezinstypen? Is er een verschil in gezondheid naargelang een alleenstaande ouder ofwel geen partner heeft ofwel een partner heeft waarmee hij/zij dan een 'living apart together' (LAT)-relatie heeft? Maakt het bij koppels een verschil uit of men gehuwd dan wel ongehuwd samenwoont en/of men in een intact gezin dan wel in een (nieuw) samengesteld gezin woont? Dit zijn de vragen die in deze bijdrage aan de hand van gegevens uit de gezinsenquête worden beantwoord.

De achterliggende reden om deze analyses uit te voeren en de resultaten naar voor te brengen is dezelfde als die van de persoonlijke getuigenis van een alleenstaande moeder die we opnamen aan het begin van deze inleiding. Deze moeder, die zichzelf ervaart als 'alleenstaand, ouder en versnipperd' schrijft in haar bijdrage in De Standaard dat ze de status van de alleenstaande moeder niet aanklaart 'ter opbod van miserie' maar wel '*als een nuchtere verklaring van de feiten*' (Hutse, De Standaard, 7 december 2017, blz. D11).

Kunnen we ouders detecteren die zeer kwetsbaar zijn en aan wie desondanks dezelfde verwachtingen worden gesteld als aan ouders met weinig of geen **subjectieve gezondheidsproblemen en chronische ziekten**? Kan

inzicht in deze gezinsdimensie van subjectieve gezondheid en chronische ziekten, de bestaande kennis over geslachts- en leeftijdsverschillen en sociale ongelijkheden in gezondheid verruimen? Is bijkomend onderzoek noodzakelijk? Sluiten onze resultaten aan bij de ‘wegen naar een betere gezondheid’ van de bevolking die het beleid recent uitstippelde?

We beschrijven in deze bijdrage in deel 2 kort de steekproef, de gebruikte indicatoren en de statistische analyses. In deel 3 beschrijven we de samenhang tussen enerzijds persoonskenmerken (geslacht, leeftijd, opleiding, herkomst, geloofsovertuiging) en gezinskenmerken (gezinsgrootte, leeftijd van het jongste kind, gezinstype, gezinsvorm) en anderzijds subjectieve gezondheid, chronische ziekte en functionele beperkingen. In deel 4 identificeren we de (zeer) kwetsbare gezinnen. Deel 5 vat de belangrijkste resultaten samen, brengt een vernieuwend perspectief op verschillen in sociale ongelijkheid en zoekt aansluiting bij recente initiatieven inzake het gezondheids- en gezinsbeleid.

2 METHODE

2.1 STEEKPROEF

De gezinsenquête werd uitgevoerd door het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Er werd een steekproef getrokken van 9.000 gezinnen uit de populatie gezinnen in Vlaanderen en het Brusselse Hoofdstedelijk Gewest (alleen Nederlandstaligen¹) met minstens één kind jonger dan 25 jaar en zoals gekend in het Rijksregister. Er werd uit de beoogde populatie een tweede loting van 2.000 gezinnen gedaan waarbij één van de ouders een herkomst buiten de Europese Unie heeft. Dit gebeurde op initiatief van het Agentschap Binnenlands Bestuur, afdeling Gelijke Kansen, Integratie en Inburgering. De data werden verzameld in 2016. De gerealiseerde steekproef telt 2.863 respondenten; dit is 24,4 % van het totaal aantal aangeschreven personen.

44,7 % van de respondenten zijn mannen, 55,3% zijn vrouwen. Het merendeel van de respondenten situeert zich in de leeftijdscategorieën 35-44 jaar (36,4%) en 45-54 jaar (34,1%). 21 % van de respondenten is jonger dan 35 jaar en 9 % is ouder dan 55 jaar. Voor meer informatie over [de samenstelling van het gezin](#) (Audenaert, 2018) en de [partnerrelaties](#) (Pasteels & Emmerly, 2018) verwijzen we graag naar de respectievelijke bijdragen.

De gerealiseerde steekproef is representatief voor personen met minstens één kind jonger dan 25 jaar in het Vlaamse en Brussels Hoofdstedelijk Gewest voor de kenmerken geslacht, leeftijd en herkomst. Deze gerealiseerde steekproef heeft een aantal beperkingen. Een eerste beperking hangt samen met de wijze waarop de steekproef werd getrokken. Gescheiden ouders waarvan geen enkel (stief)kind zijn of haar domicilie bij de ouder heeft, zijn niet in de steekproef opgenomen, ook al verblijven er één of meerdere kinderen deeltijds bij deze ouder. Aangezien na scheiding de kinderen hun domicilie vaak bij de moeder hebben, zijn met name gescheiden vaders ondervertegenwoordigd in de steekproef. Omdat het Rijksregister aan de hand van het domicilie huishoudens opbouwt uit individuele gegevens, is hiervoor vooralsnog geen pasklare oplossing voorhanden. Verder blijkt uit de verdeling van de respondenten naar opleidingsniveau en betaald werk dat lager opgeleiden en niet-werkenden ondervertegenwoordigd zijn. Voor meer details verwijzen we naar het [methodologisch rapport](#) (Audenaert & Stuyck, 2018a).

2.2 PERSOONS- EN GEZINSKENMERKEN

We verwijzen ook naar [wie nam deel aan de gezinsenquête?](#) (Audenaert & Stuyck, 2018b) en [de samenstelling van het gezin](#) (Audenaert, 2018) voor een uitvoerige beschrijving van de persoons- en gezinskenmerken die

¹ In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest selecteerden we alleen steekproefpersonen wiens identiteitskaart in het Nederlands werd uitgereikt.

bevraagd werden. We geven hier enkel een kort overzicht van de persoons- en gezinskenmerken en van de categorieën gehanteerd binnen elk kenmerk.

Persoonskenmerken: *geslacht* (man; vrouw), *leeftijdscategorie* (jonger dan 35 jaar; 35-44 jaar; 45-54 jaar; 55 jaar en ouder), *hoogst behaalde diploma* (lager secundair onderwijs; hoger secundair onderwijs; hoger onderwijs of universiteit), *herkomst* (België/EU; niet-EU), *geloofsovertuiging* (christelijk; islamitisch; geen (specifieke) geloofsovertuiging; een andere geloofsovertuiging).

Gezinskenmerken: *aantal kinderen* (1 kind; 2 kinderen; 3 of meer kinderen), *leeftijd van het jongste kind* (0-2 jaar; 3-5 jaar, 6-11 jaar; 12-17 jaar; 18-24 jaar), *gezinstype* (gehuwd koppel; ongehuwd koppel; alleenstaande ouder), soms wordt bij *gezinstype* alleenstaande ouders verder onderverdeeld in alleenstaande ouder met LAT-relatie en alleenstaande ouder zonder LAT-relatie; *gezinsvorm* (intact gezin, ook aangeduid als gezin van oorsprong; (nieuw) samengesteld gezin; alleenstaande ouder). De informatie over intacte gezinnen en (nieuw) samengestelde gezinnen wordt samengesteld op basis van de informatie over de afstammingsrelatie van de kinderen. 'Vanuit het perspectief van de tot het gezin behorende kinderen' wordt nagegaan welke gezinnen intacte gezinnen zijn; dit wil zeggen dat geen enkel van de tot het gezin behorende kinderen een scheiding meemaakte. De niet-intacte gezinnen worden verder opgedeeld naar gezinnen waar geen partner bij het gezin hoort, dus 'de alleenstaande ouders', en '(nieuw) samengestelde gezinnen' waar wel een (nieuwe) partner bij het gezin hoort. Soms worden de volgende 6 categorieën onderscheiden: (1) intact gezin, gehuwd; (2) intact gezin, niet gehuwd; (3) (nieuw) samengesteld gezin, gehuwd; (4) (nieuw) samengesteld gezin, niet gehuwd; (5) alleenstaande ouder met LAT-relatie; (6) alleenstaande ouder zonder LAT-relatie. We verwijzen voor meer informatie naar [de samenstelling van het gezin](#) (Audenaert, 2018).

2.3 ERVAREN GEZONDHEID EN CHRONISCHE ZIEKTE: INDICATOREN

De vragen (en antwoorden) over gezondheidsstatus die gesteld werden in de gezinsenquête betreffen:

- (1) *Hoe is met uw gezondheid in het algemeen?* (zeer goed; goed; gaat wel (redelijk); slecht; zeer slecht)
- (2) (a) *Heeft u een langdurige ziekte of aandoening (gezondheidsprobleem)?* (ja; neen)
(b) *Bent u vanwege dit gezondheidsprobleem, sinds 6 maanden of langer beperkt geweest in activiteiten die mensen gewoonlijk doen?* (ja, erg beperkt; beperkt; neen, niet beperkt)

Ervaren gezondheid of subjectieve gezondheid geeft het oordeel over de eigen gezondheid weer. In deze bijdrage gebruiken we 'ervaren gezondheid' en 'subjectieve gezondheid' als uitwisselbare termen, zonder onderscheid naar betekenis. Deze variabele wordt gezien als een samenvattende gezondheidsmaat van alle relevante gezondheidsaspecten voor de persoon in kwestie. De onderliggende gezondheidsaspecten die de persoon in zijn oordeel betreft hebben betrekking op zowel de lichamelijke als de geestelijke gezondheid: ziekten, lichamelijke beperkingen en handicaps, fitheid, vermoeidheid, depressieve gevoelens en burn-out.

Om een **indicator** aan te maken worden de antwoorden 'zeer goed' en 'goed' onderscheiden van de antwoorden 'redelijk', 'slecht' en 'zeer slecht' en zo verkrijgt men het percentage van respondenten met een 'goede gezondheidstoestand' versus het percentage van de respondenten met een 'slechte gezondheidstoestand'.

In deze bijdrage wordt met 'percentage respondenten met een goede gezondheid' dus verwezen naar alle respondenten die 'zeer goed' en 'goed' hadden geantwoord op vraag 1. Met 'percent respondenten met een slechte gezondheid' wordt verwezen naar respondenten die 'redelijk', 'slecht' en 'zeer slecht' als antwoordcategorie hadden gekozen bij vraag 1. We volgen hierbij de werkwijze van Europese gezondheidsenquêtes (zie bijvoorbeeld Eurostat, 2003). Voor België worden de opeenvolgende gezondheidsenquêtes sinds 1997 georganiseerd door het HIS (Health Interview Survey) team van de Operationele Directie Volksgezondheid en Surveillance van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

(WIV). Hun interactieve tool geeft toegang tot de data van de opeenvolgende bevragingen (zie Drieskens, Charafeddine, Demarest, Gisle, Tafforeau & Van der Heyden: <https://hisia.wiv-isp.be/>).

De **indicator voor chronische ziekte** is gebaseerd op het antwoord op vraag 2 en betreft het percentage respondenten dat rapporteert een chronische ziekte of aandoening te hebben versus het percentage respondenten dat geen chronische ziekte of aandoening heeft. De **indicator voor langdurige functionele beperkingen bij chronische ziekte** is gebaseerd op de antwoorden op vraag 3. Deze betreft het percentage respondenten dat rapporteert zich 'erg beperkt', 'beperkt' of 'niet functioneel beperkt' te voelen in zijn/haar activiteiten. In de gezinsenquête werd niet aan alle respondenten gevraagd om deze vraag te beantwoorden, maar enkel aan hen die rapporteerden een langdurige ziekte of aandoening te hebben. We bespreken daarom de indicator voor chronische ziekte en deze voor langdurige functionele beperking steeds samen.

De drie vragen vormen samen de Mini European Health Module - MEHM (voor meer informatie zie: Eurostat, 2018b). Deze drie indicatoren maken ook deel uit van de lijst van 'European Core Health Indicators (ECHI). ECHI zijn een set van indicatoren betreffende gezondheid en gezondheidsvoorzieningen. De indicatoren die wij in deze bijdrage gebruiken zijn opgenomen in de categorie van indicatoren die de gezondheidsstatus meten. De bedoeling van het ECHI-project is om op Europees niveau, op basis van representatieve data, indicatoren op te stellen die vergelijkbaar zijn tussen landen, regio's en tijdstippen waarop gegevens verzameld werden. Dit gezondheidsinformatiesysteem moet toelaten om de gezondheid van de bevolking op te volgen en erover te rapporteren (Verschuuren e.a., 2013). Heel wat indicatoren kunnen interactief bevraagd worden via de ECHI tool: https://ec.europa.eu/health/indicators/indicators_en.

2.4 STATISTISCHE ANALYSES

We beschrijven in deel 3 de samenhang tussen geslacht, leeftijd, opleiding, geloofsovertuiging (persoonskenmerken), gezinsgrootte, leeftijd van het jongste kind, gezinstype, gezinsvorm (gezinskenmerken) en de zonet beschreven gezondheidsindicatoren. We baseren ons hierbij voor elk kenmerk op het resultaat van een logistische regressie waarin statistisch gecontroleerd werd voor de invloed van geslacht, leeftijd en opleiding. Deze statistische controle is nodig om twee redenen, die we kort toelichten:

1. Geslacht, leeftijd en opleiding hangen samen met subjectieve gezondheid. Het is immers geweten dat mannen, jongere personen en hoog opgeleide personen een betere gezondheid hebben dan respectievelijk vrouwen, oudere personen en lager opgeleide personen (o.a., Tafforeau, 2014; van Oyen, Deboosere, Lorant & Charafeddine, 2011).
2. De verdeling van geslacht, leeftijd en opleiding is niet hetzelfde in gezinstypen waar respondenten of gehuwd samenwonen, ongehuwd samenwonen of alleenstaand zijn. Ongehuwd samenwonen komt bijvoorbeeld meer voor bij de jongere respondenten en bij alleenstaande vrouwen zijn er proportioneel meer vrouwen met een lage opleiding dan bij andere gezinstypen (zie [de samenstelling van het gezin](#), Audenaert, 2018 en [partnerrelaties in gezinnen](#) Pasteels & Emmery, 2018).

Indien men in analyses over de samenhang tussen gezinskenmerken en de gezondheidsindicatoren niet statistisch zou controleren voor geslacht, leeftijd en opleiding, is de kans groot dat men vermeende samenhang aan het licht zou brengen.

De analyses werden uitgevoerd met SPSS 25, met de module Complex samples. In deze module wordt rekening gehouden met het steekproefdesign en met gewichten. Voor meer uitleg over de statistische analyses en statistische grootheden verwijzen we naar bijlage 1. Deze bijlage geeft ook een volledig overzicht van de in deel 3 vermelde percentages, in drie tabellen: tabel 1 (subjectieve gezondheid), tabel 2 (chronische ziekte) en tabel 3 (langdurige functionele beperkingen). In deze tabellen geven de kolommen aan de rechterkant telkens de gewogen percentages weer uit de analyses mét controle voor geslacht, leeftijd en opleiding. In de kolommen aan de linkerkant vermelden we de 'ruwe' samenhang (dit is zonder controle voor geslacht, leeftijd en opleiding). Deze laatste werden getoetst aan de hand van een Rao-Scott Chi-kwadraattoets (2de orde). Deze toets is een

variant van de Pearson Chi-kwadraattoets met een correctie voor het steekproefdesign. Het significantieniveau (van toetsen zonder controle én met controle) wordt weergegeven in de uiterste linkse kolom. Het niveau van significantie wordt weergegeven met * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; en *** $p < 0,001$ of wanneer $p > 0,05$ met n.s. (niet significant). In alle tabellen worden telkens ook het aantal respondenten (*niet gewogen n*) waarop de percentages zijn berekend vermeld, alsook de betrouwbaarheidsintervallen (BI, 95%).

Omdat de informatie over intacte gezinnen en (nieuw) samengestelde gezinnen niet bevestigd werd bij de 494 respondenten uit de bijkomende bevestiging bij personen van niet-EU-herkomst, konden we deze respondenten niet meenemen in deze analyses.

3 WELKE PERSOONS- EN GEZINSKENMERKEN VERTONEN EEN SAMENHANG MET SUBJECTIEVE GEZONDHEID EN CHRONISCHE ZIEKTE?

Onder de titel van elk onderdeel worden de belangrijkste resultaten samenvattend weergegeven. Deze samenvatting is steeds gebaseerd op resultaten van analyses waarbij gecontroleerd wordt voor de invloed van geslacht, leeftijd en opleiding (zie bijlage 1, tabel 1, 2 en 3). In de tekst geven we meestal meteen deze laatste resultaten weer. Af en toe wijzen we op het verschil in resultaten naargelang wel of niet voor geslacht, leeftijd en opleiding werd gecontroleerd.

3.1 SUBJECTIEVE GEZONDHEID

In de gezinsenquête wordt de *subjectieve gezondheid* door 77,8% van de respondenten als goed (dit is: 'goed' of 'zeer goed') ervaren. Door 22,2% wordt de subjectieve gezondheid als slecht (dit is: 'redelijk', 'slecht' of 'zeer slecht') ervaren.

3.1.1 De samenhang met persoonskenmerken

Bij mannen, respondenten jonger dan 35 jaar, en respondenten met een opleiding hoger onderwijs is de subjectieve gezondheid het best. Er is geen samenhang met herkomst en geloof.

Van de mannen geeft 79,9% aan zich gezond te voelen; bij vrouwen geldt dit voor 76% ($p < 0,05$). In vergelijking met respondenten ouder dan 55 jaar (67,7%), voelen respondenten jonger dan 35 jaar zich heel wat gezonder (89,2%) en ook respondenten tussen 35 en 45 jaar (77%) voelen zich gezonder dan 55-jarigen en ouder. Respondenten die tussen 45 en 55 jaar oud zijn (74,1%), voelen zich niet significant gezonder dan 55-jarigen en ouder ($p < 0,001$). Een eveneens niet onverwacht resultaat is dat respondenten met een diploma hoger onderwijs (82,6%) zich gezonder voelen dan respondenten met een diploma hoger secundair onderwijs (75,7%). Deze laatste voelen zich op hun beurt gezonder dan respondenten met een diploma lager onderwijs of lager secundair onderwijs (63,8%) ($p < 0,001$). Bij respondenten met een herkomst in België of de EU rapporteert een hoger percentage een goede gezondheid (78,2%) dan bij niet-EU-respondenten (75,3%), maar dit verschil is niet significant. De verschillen in ervaren gezondheid naar geloofsovertuiging zijn eveneens niet significant (christelijk: 78,5%; islamitisch: 70,2%; geen specifieke geloofsovertuiging: 77,8% of een andere geloofsovertuiging: 79,5%).

3.1.2 De samenhang met gezinskenmerken

Bij respondenten die alleenstaand zijn of in een (nieuw) samengesteld gezin gehuwd samenwonen is de subjectieve gezondheid het slechtst. Er is geen samenhang met aantal kinderen en met de leeftijd van het jongste kind.

Wanneer gecontroleerd wordt voor geslacht, leeftijd en opleiding is het percentage respondenten met een goede gezondheid niet significant verschillend naargelang het aantal kinderen in het gezin (1 kind: 74,9%; 2 kinderen: 79,8%; 3 of meer kinderen: 77,6%). In analyses zonder deze controle is de ervaren gezondheid beter in gezinnen met 1 kind versus gezinnen met 2 kinderen ($p < 0,05$). Bijkomende analyses wijzen op een complexe samenhang tussen genoten opleiding en aantal kinderen ($p < 0,001$) die de vermeende betere gezondheid bij respondenten in gezinnen met 2 versus gezinnen met 1 kind kan verklaren. Enerzijds is het percentage gezinnen met 2 kinderen groter bij respondenten met een opleiding hoger secundair onderwijs (45,8%) of hoger onderwijs (46,8%), dit zijn groepen die hun gezondheid als relatief goed ervaren, dan bij respondenten met een diploma lager onderwijs (37%), dit is een groep bij wie de gezondheid minder vaak als goed wordt ervaren. Anderzijds is bij gezinnen met één kind het percentage hoger opgeleiden kleiner (20,8%) dan het percentage met een diploma lager secundair onderwijs (27,3%).

Bij respondenten waarvan het jongste kind tussen 0 en 2 jaar oud is, rapporteert 83% een goede gezondheid te ervaren. Bij respondenten waarvan het jongste kind tussen 18 en 24 jaar oud is, bedraagt dat percentage 86,8%. De matige samenhang ($p < 0,05$) tussen ervaren gezondheid en leeftijd van het jongste kind, die er was zonder controle, valt weg na controle voor geslacht, leeftijd en opleiding. Het is geen onverwacht resultaat dat deze samenhang wegvalt na de uitgevoerde controle. Immers, respondenten waarvan het jongste kind al tussen 18 en 24 jaar oud is, hebben doorgaans een hogere leeftijd dan respondenten met kinderen van een jongere leeftijd. Bijkomende analyses tonen aan dat het vermeende verband inderdaad door de onderliggende samenhang tussen de leeftijd van de ouders en de leeftijd van het jongste kind kan verklaard worden. Immers, in een logistische regressie waarin *enkel* gecontroleerd wordt voor diploma en/of geslacht blijft de samenhang nog overeind. Daarentegen is in een model waarin *enkel* voor leeftijd wordt gecontroleerd de samenhang tussen leeftijd van het jongste kind en subjectieve gezondheid niet langer significant.

De samenhang tussen ervaren gezondheid en gezinstype laat zien dat bij ongehuwde koppels 85,5% van de respondenten rapporteert zich gezond te voelen. Dit percentage is significant hoger dan dat bij gehuwde koppels (79,3%) en op zijn beurt is dat percentage groter dan het percentage alleenstaande ouders dat rapporteert zich goed te voelen (63,3%) ($p < 0,001$). Bij alleenstaande respondenten is er een beperkt aantal respondenten die een LAT-relatie hebben. Bij alleenstaande vaders met een LAT-relatie bedraagt het percentage dat zich gezond voelt 69,6%; dit percentage verschilt niet significant van het percentage alleenstaande vaders zonder LAT-relatie dat zich gezond voelt (60,3%;). Evenmin verschilt het percentage alleenstaande vrouwen met een LAT-relatie dat zich gezond voelt (61%;) van het percentage alleenstaande vrouwen zonder LAT-relatie dat zich gezond voelt (64%;).

De samenhang tussen subjectieve gezondheid en gezinsvorm kon enkel berekend worden op de steekproef zonder uitbreiding naar gezinnen met minstens één ouder met niet-EU-herkomst (zie [2.2.](#) en [2.4.](#)). Het percentage respondenten dat rapporteert zich gezond te voelen is bij respondenten die gehuwd samenwonen in een (nieuw) samengesteld gezin (66,8%) significant lager dan bij drie andere groepen, met name: ongehuwde respondenten in een (nieuw) samengesteld gezin (83%), ongehuwde respondenten in een intact gezin (86,2%) en gehuwde respondenten in een intact gezin (79,5%). In de drie laatst genoemde groepen is het percentage respondenten dat rapporteert zich gezond te voelen even groot én tevens groter dan bij alleenstaande respondenten zonder LAT-relatie (65,5%). Het percentage in de laatste genoemde groep is even klein als bij alleenstaande respondenten met een LAT-relatie (65,3%) en bij respondenten die gehuwd samenwonen in een (nieuw) samengesteld gezin (66,8%).

3.2 CHRONISCHE ZIEKTE OF AANDOENING EN LANGDURIGE FUNCTIONELE BEPERKINGEN

In de steekproef van de gezinsenquête wordt door 82,1% van de respondenten aangegeven dat ze niet kampen met een chronische ziekte of aandoening en voor 17,9% van de respondenten is dit wel het geval.

3.2.1 Chronische ziekte: samenhang met persoons- en gezinskenmerken

Bij vrouwen en bij respondenten met hoogstens een diploma lager secundair onderwijs doen zich meer chronische ziekten en aandoeningen voor. Er zijn geen verschillen naar herkomst, geloof, leeftijd jongste kind, aantal kinderen, noch naargelang men gehuwd of niet gehuwd is en of men een intact gezin vormt, dan wel of men een (nieuw) samengesteld gezin of alleenstaande ouder is.

Het percentage mannelijke respondenten dat een **chronische ziekte of aandoening** rapporteert (16,9%) is kleiner dan het percentage vrouwelijke respondenten (18,2%) ($p < 0,05$). Bij respondenten jonger dan 35 jaar rapporteert slechts 9% een chronische ziekte of aandoening tegenover 16,1% bij de 35-44-jarigen, 23% bij de 45-54-jarigen en 27% bij de respondenten van 55 jaar en ouder ($p < 0,001$). Opvallend is dat bij respondenten met een opleiding lager onderwijs of lager secundair onderwijs meer dan dubbel zo veel respondenten een chronische ziekte of aandoening hebben (29,5%) dan bij respondenten met opleiding hoger onderwijs of universiteit (13,6%). Van respondenten met een opleiding hoger secundair onderwijs rapporteren 20,1% dat ze een chronische ziekte of aandoening hebben ($p < 0,001$). Van de respondenten met een herkomst in België of de EU rapporteert 17,6% dat hij/zij een chronische ziekte of aandoening heeft. Bij niet-EU-respondenten bedraagt dit percentage 20,1%. Dit verschil is niet significant. De verschillen in percentages die vastgesteld worden bij respondenten met christelijke (16,7%), islamitische (25,1%), geen specifieke (18,6%) of een andere geloofsovertuiging (16,4%) zijn niet significant.

Het percentage respondenten met een chronische ziekte of aandoening is niet significant verschillend bij respondenten met 1 kind (21,7%), 2 kinderen (14,5%) en 3 of meer kinderen (18,7%). Dit percentage is ook niet verschillend naargelang de leeftijd van het jongste kind in het gezin. Het percentage respondenten dat een chronische ziekte of aandoening rapporteert is niet significant verschillend voor alleenstaande respondenten zonder LAT-relatie (24,2%), alleenstaande respondenten met een LAT-relatie (22,3%), gehuwde respondenten (18,1%) en ongehuwde respondenten (12,2%). Dit percentage verschilt ook niet naar gezinsvorm en is dus niet verschillend bij respondenten in een intact gezin (16,4%), in een (nieuw) samengesteld gezin (21,2%) en bij alleenstaande respondenten (22,9%). Het speelt hierbij geen rol of de (niet alleenstaande) respondenten gehuwd dan wel ongehuwd samenwonen (zie percentages in bijlage 1, tabel 2).

3.2.2 Langdurige functionele beperkingen: samenhang met persoons- en gezinskenmerken

Vrouwen hebben vaker langdurige functionele beperkingen. Er is geen samenhang met leeftijd, herkomst opleidingsniveau, aantal kinderen, leeftijd van het jongste kind, noch naargelang men gehuwd of niet gehuwd is en of men een intact gezin vormt, dan wel of men een (nieuw) samengesteld gezin of alleenstaande ouder is.

Van de 451 respondenten die aangeven een chronische ziekte of aandoening te hebben, geeft 13,8% aan hierdoor erg beperkt te zijn, 49,2% geeft aan beperkt te zijn en 36,9% rapporteert geen **langdurige functionele beperking** te ervaren.

Vrouwen geven vaker dan mannen aan dat ze erg beperkt (17,6% versus 8,7%) of beperkt (52,9% versus 44,2%) zijn in hun activiteiten en minder vaak dat ze niet beperkt zijn door deze activiteiten (29,5% versus 47,1%) ($p < 0,001$). Er worden verder nog kleine verschillen vastgesteld voor opleiding die weliswaar niet significant zijn ($p = 0,08$): Respondenten met hoogstens een opleiding lager secundair onderwijs zijn vaker erg beperkt in hun

activiteiten ten gevolge van een chronische ziekte of aandoening (17,7%) dan respondenten met een hogere secundaire opleiding (14,2%) of hogere opleiding (11,1%). Er zijn geen andere persoons- of gezinskenmerken waarvoor significante verschillen gevonden worden ($p > 0,05$). Opmerking: In tabel 3 van bijlage 2 worden enkel voor de totale steekproef, geslacht en diploma resultaten weergegeven.

4 WELKE GEZINNEN ZIJN (ZEER) KWETSBAAR?

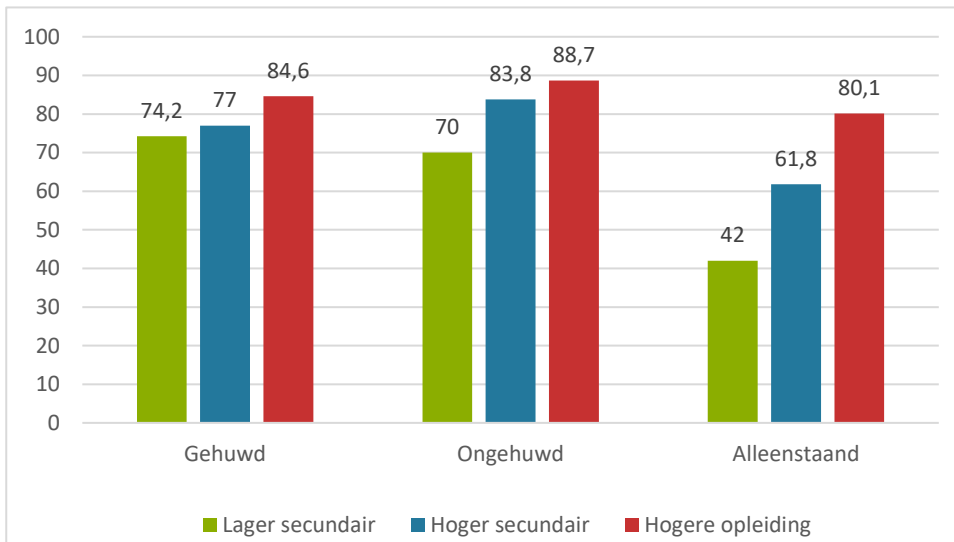
Onderzoek van de gezinsdimensie van subjectieve gezondheid en chronische aandoeningen houdt in dat we zeer kwetsbare en *kwetsbare gezinnen* trachten te identificeren. Zeer kwetsbare gezinnen zijn subgroepen waar minder dan 50% van de respondenten een goede subjectieve gezondheid rapporteert én meer dan 30% rapporteert een chronische ziekte of aandoening te hebben. Kwetsbare gezinnen zijn subgroepen waar het gerapporteerde percentage subjectieve goede gezondheid minstens 10 procent lager ligt dan het gemiddelde van de steekproef van de gezinsenquête (77,8 %) én het gerapporteerde percentage chronisch ziekten en aandoeningen minstens 10 procent hoger ligt dan het gemiddelde van de steekproef van de gezinsenquête (17,9%). In elk gezinstype analyseren we verschillen in subjectieve gezondheid en chronische ziekten en aandoeningen naar opleiding en dit apart voor mannen (figuur 1 en 2) en voor vrouwen (figuur 3 en 4). Aan de hand van deze figuren kunnen de (zeer) kwetsbare gezinstypes opgespoord worden.

Volgens bovenstaande definitie zijn alleenstaande respondenten die hoogstens een diploma lager secundair onderwijs behaalden *zeer kwetsbaar*. Immers, bij alleenstaande mannen rapporteert slechts 42% een goede gezondheid én 41,8% rapporteert een chronische ziekte of aandoening te hebben. Bij alleenstaande vrouwen bedragen deze percentages respectievelijk 41,7% en 37,4%. Daarnaast zijn er de kwetsbare gezinnen. Volgens bovenstaande definitie zijn gezinnen van gehuwde vrouwelijke respondenten met hoogstens een opleiding lager secundair en van alleenstaande vrouwelijke respondenten met hoogstens een opleiding hoger secundair onderwijs *kwetsbare gezinnen*. Het is belangrijk te vermelden dat, gezien er in een aantal subgroepen minder dan 30 respondenten zijn, de hier vermelde resultaten niet zonder meer veralgemeend worden naar de beoogde populatie. Het is met andere woorden noodzakelijk om deze resultaten te bevestigen in bijkomend onderzoek, vooraleer deze kunnen veralgemeend worden. Het feit dat de waargenomen verschillen statistisch significant zijn, ook bij zulke kleine subgroepen, wijst er in elk geval op dat het in de onderzochte steekproef om sterke verbanden gaat.

We merken ook op dat in onderstaande figuren de graduele sociale ongelijkheidsverschillen inzake gezondheid in het oog springen. Deze doen zich voor in elke gezinstype en zijn het meest uitgesproken bij alleenstaande respondenten. Voor subjectieve gezondheid zijn de verschillen naar opleiding bij alleenstaande respondenten significant voor beide geslachten (mannen, $p < 0,05$; vrouwen, $p < 0,001$), voor chronische ziekten en aandoeningen zijn deze verschillen enkel significant bij vrouwen ($p < 0,01$). Gezien er in een aantal subgroepen minder dan 30 respondenten zijn, kunnen de hier weergegeven resultaten eveneens niet veralgemeend worden naar de beoogde populatie.

Tenslotte vermelden we nog dat er, over alle gezinstypes heen, bij de laagst opgeleide respondenten een verschil van wel 11,7% in subjectieve gezondheid is tussen mannen (69,5%) en vrouwen (57,8%) ($p < 0,027$). Dit geslachtsverschil is veel kleiner bij respondenten met een diploma hoger secundair onderwijs (mannen: 77,5%; vrouwen: 74,3%) en bij respondenten met een hogere opleiding (mannen: 85%; vrouwen 81%).

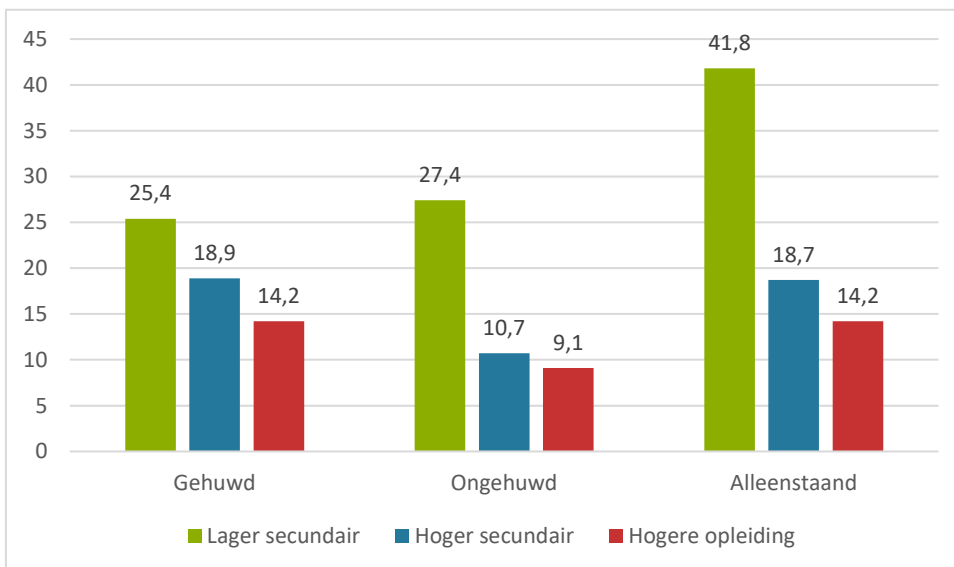
Figuur 1. Goede subjectieve gezondheid bij mannen naar gezinstype en opleiding (percentages, n = 748)



Opmerking: n < 30 bij een aantal subgroepen, zoals ongehuwde mannen met een opleiding lager secundair onderwijs en alleenstaande mannen op elk opleidingsniveau.

[BRON: GEZINSENQUÊTE 2016](#)

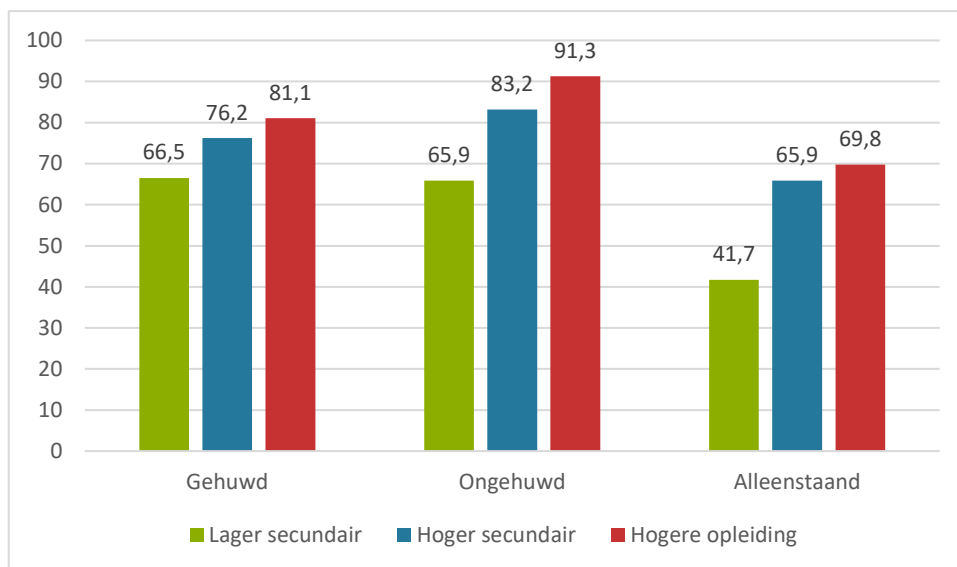
Figuur 2. Chronische ziekten en aandoeningen bij mannen naar gezinstype en opleiding (percentages, n = 748)



Opmerking: n < 30 bij een aantal subgroepen, zoals ongehuwde mannen met een opleiding lager secundair onderwijs en alleenstaande mannen op elk opleidingsniveau.

[BRON: GEZINSENQUÊTE 2016](#)

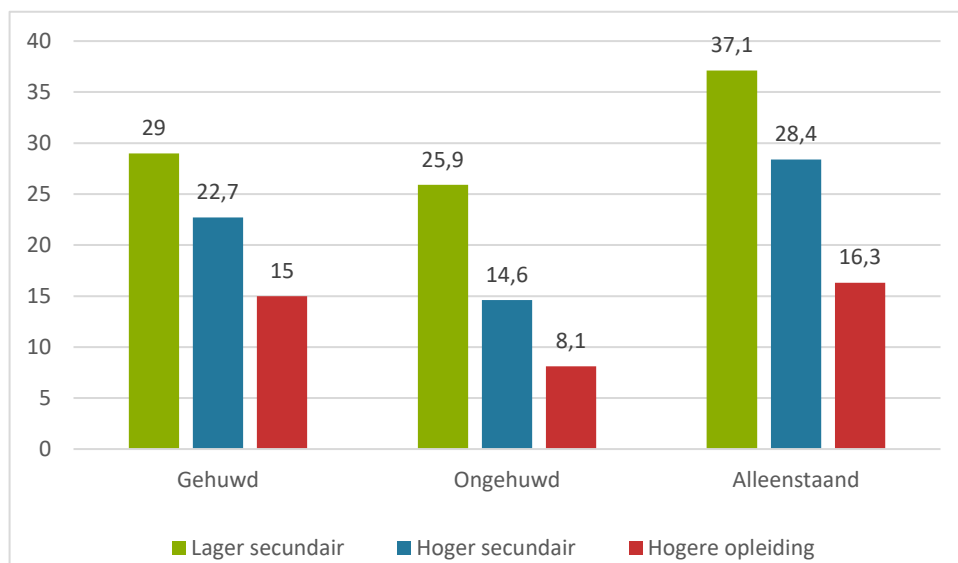
Figuur 3. Goede subjectieve gezondheid bij vrouwen naar gezinstype en opleiding (percentages, n = 1.217)



Opmerking: n < 30 bij een aantal subgroepen, zoals ongehuwde mannen met een opleiding lager secundair onderwijs en alleenstaande mannen op elk opleidingsniveau.

BRON: GEZINSENQUÊTE 2016

Figuur 4. Chronische ziekten en aandoeningen bij vrouwen naar gezinstype en opleiding (percentages, n = 1.217)



Opmerking: n < 30 bij een aantal subgroepen, zoals ongehuwde mannen met een opleiding lager secundair onderwijs en alleenstaande mannen op elk opleidingsniveau.

BRON: GEZINSENQUÊTE 2016

5 DE BELANGRIJKSTE RESULTATEN: EEN UITGELEIDE

‘Niemand zegt dat singles zonder kinderen of gezinnen met twee ouders geen problemen hebben. Wat mij betreft heeft iedereen recht op zijn eigen specifieke handicaps in het leven.’ (Hutse, De Standaard, 7 december 2017, blz. D11)

5.1 DE BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN IN CONTEXT

De subjectieve gezondheid wordt door 77,8% van de respondenten als goed ervaren. Een ruwe, indirecte vergelijking met ECHI-data² toont aan dat dit percentage iets minder positief is dan wat in 2015 het geval was voor 16-64-jarigen van de gehele bevolking in België (80,6%) en in de EU_28 (80,3%). 17,9% van de respondenten rapporteert te kampen met een chronische aandoening. Een ruwe vergelijking met percentages gerapporteerd in 2015 door 16-64-jarigen van de gehele bevolking in België (20,3%) en in de EU_28 (26,1%) geeft aan dat de percentages van de respondenten in de gezinsenquête iets positiever zijn. Van de respondenten met een chronische ziekte of aandoening rapporteert 13,8% in erge mate en 49,3% in beperkte mate functioneel beperkt te zijn geweest (deze laatste resultaten kunnen niet met de ECHI-data vergeleken worden).

Wat persoonskenmerken betreft, kunnen we besluiten dat de resultaten van de beschrijvende analyses aansluiten bij de bestaande kennis over geslachts-, leeftijds- en opleidingsverschillen inzake subjectieve gezondheid en chronische ziekte (o.a., Tafforeau, 2014; van Oyen, Deboosere, Lorant & Charafeddine, 2011). Zo stellen we vast dat mannelijke respondenten een betere gezondheid hebben dan vrouwelijke respondenten (een verschil van 3,9%). Bij de laagst geschoolden loopt dit verschil op tot 11,7% (mannen: 69,6% en vrouwen: 57,8%). Er is slechts een matige samenhang tussen geslacht en chronische ziekte of aandoening terwijl dan weer duidelijk meer vrouwen dan mannen functionele beperkingen ervaren ten gevolge van de chronische ziekte of aandoening waaraan ze lijden. De gezondheid is duidelijk het best bij respondenten jonger dan 35 jaar en neemt af met stijgende leeftijd, maar er is geen verschil in ervaren gezondheid tussen 45-54-jarigen en 55-jarigen en ouder. Zowel voor subjectieve gezondheid als voor chronische ziekte zijn de resultaten het meest negatief voor de laagst geschoolde respondenten en het meest positief voor de hoogst opgeleide respondenten, terwijl respondenten met een opleiding hoger secundair onderwijs een tussenpositie innemen.

De gegevens van de gezinsenquête wijzen op de afwezigheid van een verband tussen de herkomst van de respondenten en de besproken gezondheidsindicatoren. Evenmin is er een verband tussen de geloofsovertuiging van de respondenten en de besproken gezondheidsindicatoren.

Het is een meerwaarde dat we op basis van de gezinsenquête ook uitspraken kunnen doen over *de samenhang tussen gezinskenmerken en de gezondheidsindicatoren*. Op basis van de analyses in deel 4 kunnen we besluiten dat alleenstaande respondenten die hoogstens een diploma lager secundair onderwijs bezitten, zeer kwetsbare gezinnen zijn en dat gezinnen van gehuwde, vrouwelijke respondenten met hoogstens een opleiding lager secundair en van alleenstaande vrouwelijke respondenten met hoogstens een opleiding hoger secundair onderwijs, kwetsbare gezinnen zijn. Bijkomend onderzoek is noodzakelijk om deze resultaten te bevestigen (zie punt 6.2.1.)

Een opvallende bevinding is verder ook het feit dat in twee groepen, alleenstaande respondenten en respondenten die gehuwd samenwonen in een (nieuw) samengesteld gezin, het percentage respondenten dat een goede gezondheid rapporteert, laag is. Dit percentage is lager dan bij drie andere groepen respondenten namelijk zij die ongehuwd samenwonen in een (nieuw) samengesteld gezin, zij die gehuwd samenwonen in een intact gezin en zij die ongehuwd samenwonen in een intact gezin. Dit verband werd vastgesteld in een analyse

² Merk op dat we in de ECHI-data de selectie van personen met minstens één kind jonger dan 25 jaar niet kunnen maken.

waarin statistisch gecontroleerd werd voor de invloed van leeftijd, geslacht en opleiding. We merken op dat er op basis van deze beschrijvende analyses geen uitspraken kunnen gedaan worden over de oorzakelijkheid van dit verband. Het zou kunnen zijn dat bij respondenten die een relatiebreuk opliepen, een aanvankelijk minder goede gezondheid een impact had op het beëindigen van een vorige relatie en/of op het feit dat men met een nieuwe partner huwde (en er niet ongehuwd mee gingen samenwonen). Of het kan ook zo zijn dat het huidige gehuwd samenwonen in een (nieuw) samengesteld gezin een negatieve impact heeft op de subjectieve gezondheid. Of het verband kan in beide richtingen gaan. We kunnen hierover geen uitspraak doen. In een Duitse longitudinale studie (zie Helliwell, Layard, & Sachs, 2012) waar men op basis van follow-up gegevens wel uitspraken kon doen over het oorzakelijkheidsverband tussen 'huwelijk' en 'welzijn' stelde men vast dat dit verband in beide richtingen gaat. Gehuwd zijn heeft een positieve impact op welzijn, maar omgekeerd geldt ook dat personen die aanvankelijk een relatief hoog welzijn hebben meer geneigd zijn om te huwen

De gegevens van de gezinsenquête wijzen op de afwezigheid van een verband tussen de leeftijd van het jongste kind en het aantal kinderen in het gezin en de drie gezondheidsindicatoren.

5.2 SOCIALE ONGELIJKHEID INZAKE GEZONDHEID: EEN VERNIEUWEND PERSPECTIEF

Onze belangrijkste resultaten houden een bevestiging in van *sociale ongelijkheden in gezondheid*. Er is onderzoek dat aantoont dat sociale ongelijkheid in gezondheid toeneemt (zie van Oyen, 2011). Gezondheid wordt beïnvloed door een hele reeks determinanten (WHO, 2018). Deze factoren worden vaak onverdeeld in 'erfelijkheidsfactoren' en 'omgevingsfactoren' die na de geboorte van invloed zijn op iemands gezondheid. Er is nog heel wat onderzoek nodig naar onderliggende mechanismen waarin een antwoord kan gevonden worden op de vraag hoe deze erfelijkheids- en omgevingsfactoren in interactie staan met elkaar, hoe ze precies inwerken en tenslotte leiden tot verschillen in gezondheid. Hierbij wordt vaak over het hoofd gezien dat factoren die tijdens de prenatale levensperiode en de eerste levensjaren inwerken, een blijvende invloed kunnen uitoefenen op de onderliggende biologische systemen (zoals het brein, het stresssysteem, het immuunsysteem, het pijnsysteem, het microbioom³) doordat ze bepaalde wijzigingen aanbrengen in die systemen. Deze wijzigingen kunnen door epigenetische⁴ mechanismen tot stand worden gebracht. Deze laatste mechanismen wijzigen het patroon van het al dan niet tot expressie komen van genen en kunnen verstrekkende gevolgen hebben. Door de opgetreden wijzigingen heeft een individu een verhoogde kwetsbaarheid. Deze laatste zal een tol eisen op een voor ieder individu specifieke wijze, die bepaald wordt door de aard van en de mate waarin er wijzigingen in onderliggende biologische systemen optreden (Van den Bergh e.a., 2005, 2017).

Deze wijzigingen kunnen bijvoorbeeld inhouden dat het stresssysteem niet adequaat reageert op de omgeving. Het reageert bijvoorbeeld te sterk in een omgeving waar weinig stressoren aanwezig zijn of niet sterk genoeg in een omgeving waar veel stressoren aanwezig zijn. Verstoring van het stresssysteem ten gevolge van prenatale stress kan bijvoorbeeld leiden tot een depressieve stoornis (Van den Bergh, Van Calster, Smits, Van Huffel & Lagae, 2008). Slaapstoornissen kunnen eveneens een prenatale oorsprong hebben (Pesonen e.a., 2009).

Onderzoek dat uitgevoerd wordt onder de 'Developmental Origins of Health and Disease' (DOHaD)- hypothese probeert opgetreden wijzigingen in de onderliggende biologische mechanismen en systemen te ontrafelen. Dergelijk 'DOHaD' onderzoek is ook belangrijk omdat het inzicht kan bieden in sociale ongelijkheden in gezondheid. Dit onderzoek kan een antwoord geven op de vraag: 'Hoe kruipt de sociale situatie 'onder de huid'?' Er zijn verschillende theorieën die dit laatste proberen te verklaren (van Oyen e.a., 2011). Het wordt bijvoorbeeld

³ Het geheel van alle micro-organismen die op en in ons lichaam leven: op de huid, in de luchtwegen en in het maag-darmkanaal.

⁴ Epigenetica is het vakgebied binnen de genetica dat de invloed bestudeert van de omkeerbare erfelijke veranderingen in de genfunctie, die optreden zonder wijzigingen in de sequentie (volgorde van de basenparen) van het DNA in de celkern.

algemeen erkend dat sociale ongelijkheden in gezondheid het resultaat zijn van 'een dubbele last'. Deze houdt in: (1) dat personen uit sociaaleconomisch zwakkere groepen algemeen meer blootgesteld worden aan stressoren en stresserende levensomstandigheden en (2) dat ze terzelfdertijd ook minder beschermende middelen hebben (van Oyen e.a., 2011, blz. 2). Uit heel wat internationaal onderzoek blijkt dat zogenaamde 'welvaartsziekten' zoals obesitas, type 2-diabetes en coronaire hartziekten, die vaker voorkomen bij minder begoede sociaaleconomische groepen, mede een 'prenatale oorsprong' hebben (zie Van den Bergh, 2007). Deze prenatale oorsprong is dus mee een oorzaak van sociale ongelijkheden in gezondheid. Het is ondertussen duidelijk aangetoond, zowel in dierexperimenteel onderzoek als in epidemiologische en klinisch onderzoek bij mensen, dat stress tijdens de prenatale levensperiode een hypotheek legt op de gezondheid van de volgende generatie. Door de dubbele last bij personen uit sociaaleconomisch zwakkere groepen, speelt dit effect bij deze personen sterker door. Ten gevolge van de confrontatie met stresserende levensomstandigheden én door onvoldoende vaardigheden bij de zwangere vrouw om adequaat af te rekenen met deze stressoren, is de kans groter dat er bij hun nakomelingen wijzigingen optreden in onderliggende biologische mechanismen en systemen. Deze verhogen de kwetsbaarheid en verhogen zo het risico op latere gezondheidsproblemen.

DOHaD-onderzoek spitst zich toe op functionele gevolgen van wijzigingen in biologische systemen, hoe deze de interactie met de omgeving beïnvloeden en een negatieve invloed hebben op gezondheid en welzijn. Verschillen in de wijze waarop een individu reageert op zijn omgeving kunnen al heel snel na de geboorte objectief vastgesteld worden. Zo werd met EEG vastgesteld dat baby's van moeders die veel stress meemaakten in de zwangerschap anders op prikkels reageren dan baby's van moeders die weinig stress meemaakten (Otte, Donkers, Braeken & Van den Bergh, 2015; van den Heuvel, Donkers, Winkler, Otte & Van den Bergh, 2015). Deze resultaten geven aanwijzingen over de mogelijke ontstaansgronden van angstproblemen die later in het leven opduiken. Wanneer de moeder veel angst ervaart tijdens de zwangerschap kan dit leiden tot een wijziging in de hartritmevariabiliteit bij haar baby op de leeftijd van 2 tot 4 maanden. Dit laatste kan samengaan met verhoogde prikkelbaarheid en negatieve emoties bij de baby wanneer die 10 maanden oud is (Braeken e.a., 2013).

Resultaten van DOHaD-onderzoek wijzen op het cruciale belang van een preventieve aanpak van gezondheidsproblemen die aanvangt vóór de conceptie, tijdens de zwangerschap of in de eerste levensjaren (Van den Bergh, 2007; Van den Bergh e.a., 2005, 2017). Het advies van de SARWGG is gelijklopend. Dat blijkt duidelijk uit volgende tekst 'Voor de raad is het erg belangrijk dat elke burger gelijke gezondheids- en welzijnskansen heeft. Maar deze kansen worden beïnvloed door structurele ongelijkheid die al van in de baarmoeder en de eerste levensjaren. Bovendien weten we dat de omgeving en de leefomstandigheden waarin kinderen opgroeien sterk mee bepalend zijn voor de gezondheid en het welzijn op volwassen leeftijd. Het is dus aangewezen om een beleid op de sporen te zetten dat de sociale gradiënt vroeg detecteert en al op jonge leeftijd aanpakt' (SARWGG, 2017c, blz. 31).

5.3 UITGELEIDE: WEGEN NAAR EEN BETERE GEZONDHEID VAN OUDERS?

In deze uitgeleide verwijzen we terug naar de uitspraken van de alleenstaande moeder die een opiniestuk schreef in De Standaard. Zij schrijft daarin onder andere dat ze de status van de alleenstaande moeder niet aankaat 'ter opbod van miserie' maar wel 'als een nuchtere verklaring van de feiten.' De zinnen die ze daaraan toevoegt verklaren nader wat ze daarmee bedoelt: *'Alleenstaande ouders worden verondersteld dezelfde estafette te lopen als andere gezinnen, maar krijgen de wind van voren als ze hardop durven aan te klagen als er niemand is om hen af te lossen. Soms ben ik het moe om op te boksen tegen het hypocriete onbegrip voor de ongelijke start'*. Belangrijk is ook dat ze oog heeft voor het feit dat er in andere gezinnen eveneens problemen zijn: *'Niemand zegt dat singles zonder kinderen of gezinnen met twee ouders geen problemen hebben. Wat mij betreft heeft iedereen recht op zijn eigen specifieke handicaps in het leven.'* (Hutse, De Standaard, 7 december 2017, blz. D11).

Onze resultaten tonen duidelijk aan dat er achter de gemiddelde waarden voor gezondheidsstatus, die in een Europees vergelijkende context goed worden bevonden, zorgwekkende cijfers over gezondheidsstatus bij kwetsbare groepen schuil gaan. Wat ook de oorzaak van de slechte ervaren gezondheid is en in welke richting de vastgestelde verbanden geïnterpreteerd dienen te worden, er kan niet worden voorbijgegaan aan de vastgestelde gezondheidsproblemen bij een aantal kwetsbare groepen. Onze resultaten zetten er dus toe aan om na te gaan hoe het welzijns-, gezondheids- en gezinsbeleid beter kan afgestemd worden op mogelijkheden en kwetsbaarheden van alle ouders en kinderen en hoe terzelfdertijd 'de ongelijke start' in rekening kan gebracht én aangepakt worden? Welke criteria hanteert men om de prioriteiten te stellen? Hoe de ongelijkheid wegwerken en stigmatisering achterwege laten?

Inhoudelijk sluiten de resultaten ook aan bij de gezondheidsdoelstelling 'Gezonder leven' en het strategisch plan 'De Vlaming leeft gezonder in 2025' (Vlaamse Regering 2017a) waarmee de Vlaamse Regering de bevolking tegen 2025 gezonder wil laten leven (Beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 7 september 2017). Ze sluiten ook aan bij de 'Visie 2050' van de Vlaamse regering (Vlaamse Regering, 2016a) en dan vooral bij de conceptnota aan de Vlaamse Regering 'Startnota transitieprioriteit Zorg en Samenleven in 2050' die de transities beschrijft in zorg en welzijn die moeten bijdragen aan de realisatie van de 'Visie 2050' (Vlaamse Regering, 2017b).

Op basis van de resultaten van de gezinsenquête kunnen we een strategie van proportioneel universalisme ondersteunen. Deze strategie wordt in de Beleidsbrief Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2017-2018 (Vlaams Parlement, 2017, blz . 10) verwoord als: *'Er is een algemeen beschikbaar aanbod voor iedereen, maar er wordt in alle domeinen sterker ingezet op specifieke doelgroepen'*. Een focus op de laagste sociaaleconomische groepen is niet voldoende om de sociale ongelijkheid aan te pakken. Er is nood aan universele maatregelen waarvan de schaal en de intensiteit proportioneel zijn met de zorgnood. De voorwaarden en uitwerking daarvan dienen verder onderzocht te worden. Het advies dat de Strategische Adviesraad van het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid (SARWGG) op de vermelde documenten uitbracht (SARWGG, 2015, 2017 a,b,c) dient hierbij ter harte te worden genomen en kan als een belangrijke leidraad en uitdaging beschouwd worden, evenals het advies dat deze raad op eigen initiatief uitbracht om de sociale ongelijkheid in gezondheid en welzijn te verkleinen (SARWGG, 2017c).

De SARWGG wijst er bijvoorbeeld op dat een strategie waarbij de focus eenzijdig op het persoonlijke gedrag van mensen gericht is, niet voldoende is. De bredere maatschappelijke oorzaken van ongezond gedrag, die buiten het gedrag en de leefstijl liggen dienen ook aangepakt te worden (SARWGG, 2017a). Immers, gezondheidsgedragingen worden steeds minder beschouwd als individuele handelwijzen (zie van Oyen, 2011). Het strategisch plan 'De Vlaming leeft gezonder in 2025' zou ook te veel vanuit het aanbod gestuurd zijn en te weinig afgestemd zijn op de specifieke noden en behoeften van de bevolking (SAR WGG, 2017a). Volgens het principe van 'health and well-being in all policies' vergt het werken aan de gezondheid in alle gezinnen en voor alle burgers, een geïntegreerde aanpak. De SARWGG (2017c) onderschrijft dat het beleidsdomein WVG hier een voortrekkersrol moet spelen. Maar zij menen dat de gezondheidsdoelstelling uitvoeren een gedeelde verantwoordelijkheid is van verschillende bestuursniveaus, beleidsdomeinen en sectoren, omdat wonen onderwijs, arbeid, economie, financiën, inburgering en ruimtelijke ordening hierop een impact hebben (SAR WGG, 2017c).

Er werd al in heel wat beleidsdocumenten gesteld dat er nood is aan een geïntegreerd beleid en een overkoepelend strategie om gezondheidsproblemen bij de bevolking doeltreffend aan te pakken. De resultaten van de gezinsenquête en de in het besluit gevoerde discussie benadrukken de nood hieraan.

6 REFERENTIES

- Audenaert, V. & Stuyck, K. (2018a) *Gezinsenquête 2016: Methodologisch Rapport*. www.gezinsenquête.be
- Audenaert, V. & Stuyck, K. (2018b). *Gezinsenquête 2016: Wie nam deel aan de gezinsenquête?* www.gezinsenquête.be
- Audenaert, V. (2018). *Gezinsenquête 2016: De samenstelling van het gezin. Gezinnen in Vlaanderen over hoe het gezin er uit ziet, wie bij het gezin hoort, waar gezinsleden wonen, over hun kindwens en wat men liever anders had gezien in de samenstelling van het gezin*. www.gezinsenquête.be
- Braeken, M. A. K. A., Kemp, A. H., Outhred, T., Otte, R. A., Monsieur, G. J. Y. J., Jones, A., & Van den Bergh, B. R. H. (2013). *Pregnant Mothers with Resolved Anxiety Disorders and Their Offspring Have Reduced Heart Rate Variability: Implications for the Health of Children*. PLOS ONE, 8(12), e83186. doi: 10.1371/journal.pone.0083186 .
- Demarest, S., Charafadinne, R., Puddu, M., & Van Oyen, H. (2011). *Trends in gezondheid en aan gezondheid gerelateerd gedrag*. In Van Oyen, H., Deboosere, P., Lorant v., Charafedine (2011)(Eds.). "Sociale ongelijkheid in gezondheid in België. Programma 'Samenleving en Toekomst'" (pp.45-72). Gent, Academia Press.
- Eurostat (2018b), *Statistics explained, Glossary: Minimum European Health Module (MEHM)*, [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:Minimum_European_Health_Module_\(MEHM\)](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:Minimum_European_Health_Module_(MEHM)).
- Eurostat (2018c). *Statistics explained. Self-perceived health statistics*. http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Self-perceived_health_statistics#Self-perceived_health_and_chronic_morbidity
- Helliwell J. F., Layard, R, & Sachs, J. (2012), *World Happiness Report 2012*. New York: Sustainable Development Solutions Network.
- Hutse, I. (2017). *De versnipperde ouder*. De maand van Inke Hutse, De Standaard, 7 december 2017, blz. D11)
- Otte, R. A., Donkers, F. C. L., Braeken, M. A. K. A., & Van den Bergh, B. R. H. (2015). *Multimodal processing of emotional information in 9-month-old infants II: Prenatal exposure to maternal anxiety*. Brain and Cognition, 95, 107-117. doi: 10.1016/j.bandc.2014.12.001
- Pasteels, I. & Emmery, K. (2018) *Gezinsenquête 2016: Partnerrelaties in gezinnen. Gezinnen over single zijn en LAT-relaties, over gehuwd, wettelijk of feitelijk samenwonen en over vorige partnerrelaties*. www.gezinsenquête.be
- Pesonen, A. K., Räikkönen, K., Matthews, K., Heinonen, K., Paavonen, J. E., Lahti, J., ... & Strandberg, T. (2009). *Prenatal origins of poor sleep in children.*"Sleep", 32(8), 1086-1092.
- Pickery, J (2014). *Analyse van surveydata met SPSS Complex Samples*. Brussel. SVR-"Methoden en technieken" 2014/1, Studiedienst van de Vlaamse Regering. <http://www.vlaanderen.be/svr>
- SARWVG (2015), *Advies Conceptnota 'Visie 2050: een langetermijnstrategie voor Vlaanderen'*.
Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin, Brussel 20 november 2017.
- SARWVG (2017a), *Advies Vlaamse gezondheidsdoelstelling 'Gezonder Leven'. Strategisch plan 'De Vlaming leeft gezonder in 2025*. Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin, Brussel, 6 juli 2017.
- SARWVG (2017b), *Advies Conceptnota Startnota transitieprioriteit 'Zorg en Samenleven in 2050'*
Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin, Brussel, 2 oktober 2017.

- SARWVG (2017c), *Voorstel voor een Vlaamse gezondheidsdoelstelling over het verkleinen van de sociale ongelijkheid in gezondheid en welzijn*. Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin, Brussel 21 december 2017.
- Tafforeau, J. (2014). *Subjectieve gezondheid*. In: Van der Heyden J, Charafeddine R (ed.). "Gezondheidsenquête" 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn. WIV-ISP, Brussel, 2014.
- Van den Bergh, B (2007). *De prenatale oorsprong van welvaartsziekten en gedragsproblemen*. In: B. Van Houdenhove (red.). Stress, het lijf en het brein. Ziekten op de grens tussen psyche en soma (pp.95-122). Leuven: LannooCampus.
- Van den Bergh, B.R.H., Van Calster, B., Smits, T., Van Huffel, S., & Lagae, L. (2008). *Antenatal maternal anxiety is related to HPA-axis dysregulation and self-reported depressive symptoms in adolescence: A prospective study on the fetal origins of depressed mood*. *Neuropsychopharmacology*, 33, 536-545.
- Van den Bergh, B. R. H., van den Heuvel, M. I., Lahti, M., Braeken, M., de Rooij, S. R., Entringer, S., . . . Schwab, M. (2017). *Prenatal developmental origins of behavior and mental health: the influence of maternal stress in pregnancy*. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. doi: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.07.003>
- van den Heuvel, M. I., Donkers, F. C., Winkler, I., Otte, R. A., & Van den Bergh, B. R. H. (2015). *Maternal mindfulness and anxiety during pregnancy affect infants' neural responses to sounds*. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 10(3), 453-460. doi: 10.1093/scan/nsu075.
- van Oyen, H., Deboosere, P., Lorant v., Charafeddine (2011)(Eds.). *Sociale ongelijkheid in gezondheid in België*. Programma 'Samenleving en Toekomst'. Gent, Academia Press.
- Verschuuren, M., Gissler, M., Kilpeläinen, K., Tuomi-Nikula, A., Sihvonen, A.-P., Thelen, J., . . . Aromaa, A. (2013). Public health indicators for the EU: the joint action for ECHIM (European Community Health Indicators & Monitoring). *Archives of Public Health*, 71(1), 12-12. doi: 10.1186/0778-7367-71-12.
- Vlaams Parlement (2017) *Beleidsbrief, Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2017-2018 ingediend door minister Jo Vandeuren*, Brussel, 30 oktober 2017.
- Vlaamse Regering (2017a). *Vlaamse Gezondheidsdoelstelling 2017-2025: Gezonder leven. Strategisch plan de Vlaming leeft gezonder in 2015*. Brussel, Vlaamse Regering, 7 september 2017.
- Vlaamse Regering (2017b). *Conceptnota aan de Vlaamse Regering betreffende transitieprioriteit 'Zorg en samenleven in 2050'*. Brussel, Vlaamse Regering.
- WHO (2018), *Health Impact Assessment (HIA)*. The determinants of health. <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>

Bronvermelding

De gezinsenquête is eigendom van de Vlaamse overheid. Bij gebruik van informatie uit deze bijdrage moet de volgende bronvermelding worden opgenomen: 'Van den Bergh, Bea (2018). *Gezinsenquête 2016: Ervaren gezondheid en chronische ziekte bij ouders. Gezinnen in Vlaanderen over hun gezondheid en het hebben van chronische ziekten of langdurige aandoeningen*. www.gezinsenquête.be '



BIJLAGE 1 - STATISTISCHE ANALYSES

De analyses werden uitgevoerd met SPSS 25, met de module Complex samples. In deze module wordt rekening gehouden met het steekproefdesign en met toegekende gewichten. De statistische formules die gebruikt worden in statistische software zoals SPSS gaan doorgaans uit van de veronderstelling van een enkelvoudige aselechte steekproef, maar deze veronderstelling gaat niet op in geval van de Gezinsenquête. De stratificatie en het gebruik van gewichten noodzaken tot aangepaste berekeningswijzen van standaardfouten, betrouwbaarheidsintervallen en significantietoetsen (Pickery, 2014). Op die manier kunnen de resultaten van de analyses van de Gezinsenquête veralgemeend op betrouwbare wijze veralgemeend worden naar de populatie van gezinnen in Vlaanderen en het Brusselse Hoofdstedelijk Gewest met minstens één kind jonger dan 25 jaar.

Haast alle analyses werden uitgevoerd in de steekproef met uitbreiding; hierbij werd weegcoëfficiënt 1 gebruikt. Slechts de analyses met betrekking tot 'gezinsvorm' werden uitgevoerd op de steekproef zonder uitbreiding. Hierbij werd een andere weegcoëfficiënt gebruikt, namelijk weegcoëfficiënt 2.

We benadrukken dat de gegevens over de gezondheidsindicatoren gebaseerd zijn op een steekproef die zo goed als mogelijk de beoogde populatie representeert. De beoogde populatie is de populatie gezinnen in Vlaanderen en het Brusselse Hoofdstedelijk Gewest (alleen Nederlandstaligen) met minstens één kind jonger dan 25 jaar en zoals gekend in het Rijksregister. In de tabellen in bijlage 1 geven we voor de indicatoren telkens ook het 95% betrouwbaarheidsinterval (BI) weer. Dit geeft de bestaande onzekerheid weer tussen het resultaat zoals het zou zijn als de enquête betrekking had op de volledige beoogde populatie en het effectieve resultaat van de enquête die betrekking heeft op slechts een deel van de populatie, namelijk de gerealiseerde steekproef. Dat betrouwbaarheidsinterval is het interval waarbij er 95% kans bestaat de reële waarde van de indicator te vinden. Een indicator met een relatief klein betrouwbaarheidsinterval geeft een meer betrouwbare schatting dan een indicator met een relatief groot betrouwbaarheidsinterval (INR/FBP, 2018).

De hiernavolgende tabellen 1, 2 en 3 geven vooreerst, in de uiterst linkse kolom, de resultaten van analyses weer aan de hand waarvan we de samenhang nagingen tussen enerzijds persoons- en gezinskenmerken (geslacht, leeftijd, opleiding, herkomst geloofsovertuiging, gezinsgrootte, leeftijd van het jongste kind, gezinstype en gezinsvorm) en drie gezondheidsindicatoren (subjectieve gezondheid (tabel 1); chronische ziekte en aandoeningen (tabel 2); functionele beperkingen (tabel 3)). Het niveau van significantie wordt weergegeven met * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; en *** $p < 0,001$ of wanneer $p > 0,05$ met n.s. (niet significant).

In de kolommen aan de linkerkant worden 'ruwe' gegevens (percentages en betrouwbaarheidsintervallen (95%), zonder controle voor geslacht, leeftijd en opleiding) weergegeven. Verschillen werden getoetst aan de hand van een Rao-Scott Chi-kwadraattoets (2de orde), een variant van de Pearson Chi-kwadraattoets met een correctie voor het steekproefdesign. Het totaal aantal respondenten ligt tussen 2533 en 2645: dit zijn telkens alle respondenten die vragen over het betreffende persoons- en gezinskenmerk én die over gezondheid/chronische ziekte goed hebben ingevuld. In de rechterkolommen worden de percentages en betrouwbaarheidsintervallen weergegeven voor alle respondenten bij wie de logistische regressies -met controle voor leeftijd, geslacht en opleiding- werden uitgevoerd. Het totaal aantal respondenten bedraagt hier maximaal 2548. We interpreteren de odds ratio's uit deze regressies om een uitspraak te doen over verschillen tussen deelgroepen. Deze laatste werden beschreven in deel 3. De statistische waarden van de uitgevoerde logistische regressie worden niet als dusdanig weergegeven. Tabel 1.1. Aandeel respondenten in goede gezondheid, naar persoons- en gezinskenmerken

		Ruwe data ⁵			Gecontroleerde data ⁶		
		%	95% BI	n	%	95% BI	n
Totale steekproef		77,5	75,8 - 79,1	2.645	77,8	76,0 - 79,4	2.548
<u>Persoonskenmerken</u>							
Geslacht		*			*		
	mannen	79,0	76,8 - 82,1	976	79,9	77,1 - 82,4	944
	vrouwen	75,8	73,6 - 77,9	1.669	76,0	73,8 - 78,2	1.604
Leeftijd		***			***		
	jonger dan 35 jaar	88,5	85,5 - 90,9	555	89,2	86,2 - 91,6	531
	35 - 44 jaar	76,7	73,7 - 79,4	968	77,0	73,9 - 79,8	930
	45 - 54 jaar	74,2	71,1 - 77,0	895	74,1	71,0 - 77,1	869
	55 jaar en ouder	67,4	60,9 - 73,4	227	67,7	61,0 - 73,7	218
Diploma		***			***		
	lager secundair onderwijs	63,8	58,6 - 68,7	421	63,8	58,6 - 68,7	421
	hoger secundair onderwijs	75,7	72,3 - 78,8	762	75,7	72,3 - 78,8	762
	hoger onderwijs of universiteit	82,6	80,5 - 84,6	1.365	82,6	80,5 - 84,6	1.365
Herkomst⁷		n.s.			n.s.		
	Belg/EU	77,9	76,2 - 79,6	1.986	78,2	76,4 - 79,9	1.915
	niet-EU	75,1	70,8 - 79,7	659	75,3	70,7 - 79,9	633
Religie		n.s.			n.s.		
	christelijk	78,3	76,0 - 80,4	1.486	78,5	76,3 - 80,7	1.448
	islamitisch	70,7	65,0 - 75,8	288	70,2	64,5 - 75,5	277
	geen (specifieke) geloofsovertuiging	77,5	74,2 - 80,4	767	77,8	74,5 - 80,7	754
	een andere geloofsovertuiging	79	64,8 - 88,5	56	79,5	64,8 - 89,1	53

⁵ Rao-Scott χ^2 .

⁶ Logistische regressie waarbij gecontroleerd werd voor leeftijd, opleiding en geslacht.

⁷ Herkomst werd getoetst aan de hand van Pearson χ^2 omdat in SPSS COMPLEX SAMPLES niet kan getoetst worden a.d.h.v. Rao-Scott χ^2 voor variabelen die horen tot het steekproefdesign.

		Ruwe data			Gecontroleerde data		
		%	95% BI	n	%	95% BI	n
<u>Gezinskenmerken</u>							
Aantal kinderen		*			n.s.		
	1 kind	74,4	71,0 - 77,5	798	74,90	71,5 - 78,1	766
	2 kinderen	79,8	73,7 - 80,5	1.136	79,80	77,2 - 82,2	1.102
	3 of meer kinderen	77,3	75,8 - 79,2	649	77,60	73,9 - 80,9	623
Leeftijd jongste kind		***			n.s.		
	0 - 2 jaar	86,2	83,0 - 88,9	587	86,80	83,6 - 89,4	566
	3 - 5 jaar	82,6	77,9 - 86,5	338	83,00	78,1 - 87,0	324
	6 - 11 jaar	76,5	72,6 - 79,9	579	76,60	72,7 - 80,1	557
	12 - 17 jaar	73,9	69,7 - 77,8	497	74,10	69,7 - 78,0	478
	18 - 24 jaar	70,3	66,1 - 74,1	551	70,60	66,3 - 74,4	536
Gezinstype		***			***		
	gehuwd koppel	79,2	77,1 - 81,2	1.670	79,30	77,1 - 81,3	1.615
	ongehuwd koppel	85	81,3 - 88,0	476	85,40	81,6 - 88,4	458
	alleenstaande ouder totaal	62,9	58,3 - 67,4	499	63,50	58,8 - 68,0	475
	<i>met LAT relatie</i>	63,5	52,3 - 73,3	90	63,20	52,1 - 73,2	89
	<i>zonder LAT relatie</i>	62,8	57,7 - 67,7	409	63,60	58,3 - 68,6	386
Gezinsvorm		***			***		
	intact gezin	80,8	78,6 - 82,8	1.493	80,90	78,6 - 82,9	1.443
	<i>waarvan gehuwd</i>	79,6	77,0 - 81,8	1.201	79,50	79,5 - 81,9	1.159
	<i>waarvan ongehuwd</i>	85,9	81,2 - 89,6	292	86,20	81,5 - 89,9	284
	(nieuw) samengesteld gezin	75,1	68,5 - 80,7	223	75,20	68,4 - 80,9	212
	<i>waarvan gehuwd</i>	66,9	56,6 - 75,8	1.03	66,80	56,2 - 75,9	98
	<i>waarvan ongehuwd</i>	82,7	74,1 - 88,9	120	83,00	74,1 - 89,2	114
	alleenstaande ouder	64,5	59,5 - 69,2	416	65,40	60,4 - 70,2	395
	<i>met LAT relatie</i>	65,3	53,8 - 75,2	82	65,30	53,8 - 75,2	82
	<i>zonder LAT relatie</i>	64,3	58,8 - 69,5	334	65,50	59,8 - 70,8	313

Significantieniveau: *p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001 en n.s. niet significant; BI betrouwbaarheidsinterval.

BRON: GEZINSENQUÊTE 2016

Tabel 1.2. Aandeel respondenten met chronische ziekte of aandoening naar persoons- en gezinskenmerken

	Ruwe data ⁸			Gecontroleerde data ⁹		
	%	95% BI	n	%	95% BI	n
Totaal	81,7	80,1 - 83,2	2.629	17,9	16,4 - 19,9	2.534
<u>Persoonskenmerken</u>						
Geslacht	n.s.			*		
mannen	82,8	80,2 - 85,0	975	16,9	14,6 - 19,5	943
vrouwen	80,8	78,8 - 82,7	1.654	18,8	16,8 - 20,9	1.591
Leeftijd	***			***		
jonger dan 35 jaar	90,7	87,8 - 92,9	550	9,0	6,7 - 11,8	526
35 - 44 jaar	83,1	80,5 - 85,4	969	16,1	13,8 - 18,7	933
45 - 54 jaar	76,9	73,9 - 79,7	885	23,0	20,2 - 26,1	859
55 jaar en ouder	72,5	66,2 - 78,1	225	27,0	21,4 - 33,5	216
Diploma	***			***		
lager secundair onderwijs	70,5	65,4 - 75,0	415	29,5	25,0 - 34,6	415
hoger secundair onderwijs	79,9	76,7 - 82,7	760	20,1	17,3 - 23,3	760
hoger onderwijs of universiteit	86,4	84,4 - 88,2	1.359	13,6	11,8 - 15,6	1.359
Herkomst¹⁰	n.s.			n.s.		
Belg/EU	82,0	80,4 - 83,6	1.976	18,2	18,1 - 18,4	1.907
niet-EU	79,7	75,5 - 83,9	653	18,0	17,6 - 18,4	627
Religie	n.s.			n.s.		
christelijk	83,0	81,0 - 84,9	1.473	16,7	14,8 - 18,8	1.438
islamitisch	75,4	69,9 - 80,1	288	25,1	20,2 - 30,7	276
geen (spec.) geloofsovertuiging	81,2	78,1 - 83,9	763	18,6	15,8 - 21,6	750
een andere geloofsovertuiging	82,8	70,2 - 90,8	56	16,4	8,5 - 29,5	53
<u>Gezinskenmerken</u>						
Aantal kinderen	*			n.s.		
1 kind	77,8	74,6 - 80,7	798	21,7	18,8 - 25,0	765
2 kinderen	85,4	83,1 - 87,4	1.130	14,5	12,5 - 16,8	1.097
3 of meer kinderen	76,9	76,9 - 83,3	639	18,7	15,8 - 22,2	615
Leeftijd jongste kind	***			n.s.		
0 - 2 jaar	89,5	86,5 - 91,8	583	10,0	7,7 - 12,9	563
3 - 5 jaar	85,5	81,1 - 89,0	337	13,4	10,0 - 17,8	323
6 - 11 jaar	82,2	78,7 - 85,2	577	17,7	14,6 - 21,2	556
12 - 17 jaar	78,5	74,5 - 82,0	494	21,2	17,6 - 25,3	475
18 - 24 jaar	74,4	70,4 - 78,0	545	25,2	21,5 - 29,2	530

⁸ Rao-Scott χ^2 .

⁹ Logistische regressie waarbij gecontroleerd werd voor leeftijd, opleiding en geslacht.

¹⁰ Herkomst werd getoetst aan de hand van Pearson χ^2 omdat in SPSS COMPLX SAMPLES niet kan getoetst worden a.d.h.v. Rao-Scott χ^2 voor variabelen die horen tot het steekproefdesign.

	Ruwe data			Gecontroleerde data		
	%	95% BI	<i>n</i>	%	95% BI	<i>n</i>
Gezinstype	**			n.s.		
gehuwd koppel	81,6	79,6 - 83,5	1.661	18,1	16,2 - 20,2	1.607
ongehuwd koppel	87,4	84,0 - 90,2	471	12,2	9,4 - 15,6	453
alleenstaande ouder	75,5	71,2 - 79,3	497	23,8	20,0 - 28,1	474
<i>met LAT relatie</i>	77,8	66,8 - 86,0	90	22,3	14,1 - 33,3	89
<i>zonder LAT relatie</i>	74,9	70,2 - 79,0	407	24,2	20,0 - 29,0	385
Gezinsvorm	***			n.s.		
intact gezin	83,3	81,2 - 85,2	1.485	16,4	14,5 - 18,5	1.436
<i>waarvan gehuwd</i>	82,1	79,7 - 84,2	1.194	17,6	15,5 - 20,0	1.153
<i>waarvan ongehuwd</i>	88,1	83,7 - 91,5	291	11,5	8,2 - 16,0	283
(nieuw) samengesteld gezin	77,8	71,4 - 83,1	220	21,2	15,8 - 27,7	209
<i>waarvan gehuwd</i>	74,0	64,1 - 81,9	104	24,6	16,6 - 34,7	99
<i>waarvan ongehuwd</i>	81,5	72,8 - 87,9	116	17,9	11,4 - 26,9	110
alleenstaande ouder	75,9	71,3 - 79,9	413	22,9	18,9 - 27,6	393
<i>met LAT relatie</i>	79,7	68,9 - 87,5	92	20,3	12,5 - 31,1	82
<i>zonder LAT relatie</i>	74,9	69,7 - 79,5	331	23,6	19,1 - 28,9	311

Significantieniveau: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ en n.s. niet significant; BI betrouwbaarheidsinterval.

BRON: [GEZINSENQUÊTE 2016](#)

Tabel 1.3. Langdurige functionele beperking bij chronische ziekte of aandoening naar geslacht en diploma

		Ruwe data ¹¹				Gecontroleerde data ¹²			
		ja, erg beperkt	ja, beperkt	neen, niet beperkt	niet chronisch ziek /NVT	ja, erg beperkt	ja, beperkt	neen, niet beperkt	n
Totaal	%	2,5	8,7	6,7	82,1	13,8	49,2	36,9	
	95% BI	2 - 3,2	5,7 - 7,7	5,7 - 7,7	80,5 - 83,6	10,8 - 17,6	44,4 - 54,1	32,3 - 41,8	
	n	69	236	181	2.128	62	222	167	2.514
Geslacht				***			*		
mannen	%	1,5	7,4	8	83,1	8,7	44,2	47,1	
	95% BI	0,9 - 2,5	5,8 - 9,3	6,4 - 9,9	80,6 - 85,4	5,1 - 14,2	36,4 - 52,4	39,2 - 55,2	
	n	17	74	85	793	15	70	79	935
vrouwen	%	3,3	9,8	5,6	81,3	17,6	52,9	29,5	
	95% BI	2,5 - 4,4	8,4 - 11,4	4,5 - 6,9	79,3 - 83,2	13,3 - 22,9	46,8 - 58,9	24,3 - 35,4	
	n	52	162	96	1.335	47	152	88	1.579
Diploma				***			n.s.		
lager secundair onderwijs	%	5,1	14,9	9,2	70,7	17,7	51,6	30,7	
	95% BI	3,3 - 7,9	11,5 - 19,2	6,7 - 12,7	65,7 - 75,3	11,6 - 26,2	41,8 - 61,2	22,6 - 40,3	
	n	22	58	38	295	22	58	37	421
secundair onderwijs	%	2,7	10,1	7,1	80,1	14,2	50,7	35,1	
	95% BI	1,7 - 2,3	8,11 - 12,4	5,4 - 9,3	77 - 83	9,1 - 21,4	42,3 - 59,1	22,6 - 40,3	
	n	20	83	54	601	20	81	52	754
hoger onderwijs of universiteit	%	1,4	6,2	5,5	86,9	11,1	46,6	42,3	
	95% BI	0,9 - 2,2	5 - 7,7	4,3 - 6,8	84,9 - 88,7	7,2 - 16,8	39,1 - 54,3	34,9 - 49,9	
	n	20	86	79	1.166	20	83	78	1.348

Significantieniveau: *p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001 en n.s. niet significant; BI betrouwbaarheidsinterval.

BRON: GEZINSENQUÊTE 2016

¹¹ Rao-Scott χ^2 .

¹² Logistische regressie waarbij gecontroleerd werd voor leeftijd, opleiding en geslacht, enkel respondenten met een chronische ziekte of aandoening.