



# Gezinsinteracties, sociale relaties en het psychisch welzijn van ouders

*Gezinnen in Vlaanderen over hoe gezinsleden met elkaar omgaan, over hun sociaal leven, het ervaren van sociale steun en over enkele aspecten van psychisch welzijn.*

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

## 1 INLEIDING

In een recent rapport van het Federaal Planbureau (INR/FBP, 2018) is één van de belangrijkste bevindingen dat het psychisch welzijn van de Belgische bevolking, dat tussen 2005 en 2008 een stijging kende, tussen 2008 en 2016 aanzienlijk gedaald is. Het stond in 2016 op een lager peil dan in 2008, het jaar waarin de crisis uitbrak. Het betreft een uitgebreid rapport. Naast de indicator bruto binnenlands product (bnp) per inwoner, die enkel het economische aspect van welzijn van de bevolking weergeeft, wordt verslag gedaan over 63 aanvullende indicatoren die levenskwaliteit, menselijke ontwikkeling, sociale vooruitgang en de duurzaamheid van onze economie meten. In dat rapport wordt ook melding gedaan van positieve evoluties. Het bnp per inwoner steeg tussen 2009 en 2016 en oversteeg het niveau van voor 2008 én van de 63 gemeten indicatoren evolueerde het merendeel in de richting van de vooropgestelde doelstelling. De vastgestelde daling van het welzijn is hoofdzakelijk het gevolg van de achteruitgang van de gezondheidstoestand. Een mogelijke verklaring hiervoor ziet het Planbureau in het feit dat de crisis een negatieve impact heeft gehad op de mentale gezondheid. De indicatoren in deze studie brengen dus een discrepantie tussen ‘welvaart’ en ‘welzijn’ aan het licht.

Psychisch welzijn werd bevraagd in de gezinsenquête en bovendien laten de gegevens ook toe om na te gaan welke persoons- en gezinskenmerken samenhangen met het psychisch welzijn van ouders. In deze bijdrage komen de resultaten van beschrijvende analyses van **gezinsinteracties** of het gezinsfunctioneren (deel 3), de **sociale relaties** (deel 4) en het **psychisch welzijn** (deel 5) aan bod. We schetsen ook de samenhang tussen die variabelen op een aantal manieren. Zo wordt het belang van sociale relaties onderzocht bij twee specifieke doelgroepen met verhoogde kwetsbaarheid, namelijk mantelzorgers en respondenten die aangeven een slechte subjectieve gezondheid te ervaren (deel 6). In deel 7 duiden we de belangrijkste resultaten vanuit ‘de discrepantie tussen welvaart en welzijn’ en vanuit ‘een maatschappijkritische analyse van de huidige samenleving, aangeduid als ‘de vermoeide samenleving’ (Han, 2014a, 2015a,b) en sluiten aan bij recente beleidsmaatregelen die een potentiële impact hebben op het zorgza(a)m(er) samenleven in gezinnen.

## 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 Nederlandstaligen<sup>1</sup>) 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. De analyses werden uitgevoerd met SPSS 25, met de module 'Complex Samples'. In deze module wordt rekening gehouden met het steekproefdesign en met gewichten. De gewichten werden toegekend opdat de gegevens representatief zouden zijn voor de beoogde populatie gezinnen voor geslacht, leeftijd en herkomst

De steekproef die hier aan bod komt betreft de respondenten die alle vragen met betrekking tot de indicatoren over psychische gezondheid, vitaliteit, gezinsinteracties, tevredenheid met het sociaal leven en deelname aan sociale activiteiten hebben beantwoord. Dit betreft 2.440 respondenten. Van deze respondenten zijn 44,9% mannen en 55,1% vrouwen. Het merendeel van de respondenten situeert zich in de leeftijdscategorieën 35-44 jaar (36,1%) en 45-54 jaar (33,8%). 21,6% van de respondenten is jonger dan 35 jaar en 8,6% is ouder dan 55 jaar. Voor meer informatie over [de samenstelling van het gezin](#) (Audenaert, 2018), de [relatie met de partner](#) (Emmery & Pasteels, 2018), en [partnerrelaties in gezinnen](#) (Pasteels & Emmery, 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 steekproef heeft een aantal beperkingen. Een beperking die samenhangt met de wijze waarop de steekproef werd getrokken is dat gescheiden ouders, waarvan geen enkel (stief)kind zijn of haar domicilie bij de ouder gevestigd heeft, niet in de steekproef zijn 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 domicilie huishoudens opbouwt uit individuele gegevens, is hiervoor vooralsnog geen pasklare oplossing voorhanden. Verder blijkt uit de verdeling van de respondenten naar opleidingsniveau, dat lager opgeleiden en niet-werkenden ondervertegenwoordigd zijn. Voor meer details verwijzen we naar het [methodologisch rapport](#) (Audenaert & Stuyck, 2018b).

### 2.2 PERSOONS- EN GEZINSKENMERKEN VAN DE RESPONDENTEN

We verwijzen naar [wie nam deel aan de gezinsenquête?](#) (Audenaert & Stuyck, 2018a) en [de samenstelling van het gezin](#) (Audenaert, 2018) voor een uitvoerige beschrijving van de persoons- en gezinskenmerken die bevestigd 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), *leeftijdsgroep* (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), *religie* (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 worden 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 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 gewichten. De gewichten werden toegekend opdat de gegevens representatief zouden zijn voor de beoogde populatie gezinnen voor geslacht, leeftijd en herkomst. De statistische formules die gebruikt worden in statistische software zoals SPSS gaan doorgaans uit van de veronderstelling van een enkelvoudige aselecte steekproef, maar deze veronderstelling gaat niet op in geval van de gezinsenquête. De stratificatie en het gebruik van gewichten noodzakelijk tot aangepaste berekeningswijzen van standaardfouten, betrouwbaarheidsintervallen en significantietoetsen (Pickery, 2014). Op die manier kunnen de resultaten van de analyses van de gezinsenquête 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.

De bivariate samenhang tussen enerzijds *persoons- en gezinskenmerken* en anderzijds indicatoren van *gezinsinteracties* (zie 3.2.), *tevredenheid met het sociale leven* (zie 4.4.), *psychische gezondheid* (zie 5.2.) en *vitaliteit* (zie 5.3.) werd telkens nagegaan met een lineaire regressie uitgevoerd met de procedure General Linear Model (GLM, univariate) in SPSS 25, module Complex Samples. Bij de beschrijving van de resultaten wordt de samenvatting van de resultaten telkens meteen onder de titel (van 3.2., 4.4., 5.2. en 5.3.) weergegeven. Hierbij worden ook betrouwbaarheidsintervallen weergegeven. Er werd ook gebruik gemaakt van Rao-Scott Chi-kwadraat toetsen (zie 3.1) en Pearson correlaties (zie 6.1) om de samenhang tussen twee variabelen na te gaan.

Met de procedure General Linear Model (GLM, multivariate) in SPSS 25, module Complex Samples werden multivariate analyses uitgevoerd: één reeks met *psychische gezondheid* als afhankelijke variabele, en één met *vitaliteit* als afhankelijke variabele. We verwijzen naar 6.4 voor een beknopte beschrijving van de analyse en resultaten.

Omdat intacte of (nieuw) samengestelde gezinnen en een aantal vragen over sociale relaties niet bevestigd werd bij de 494 respondenten uit de bijkomende bevestiging bij personen van niet-EU-herkomst, konden we deze respondenten niet meenemen in analyses over deelname aan sociale activiteiten en de mate waarin men zich gesteund voelt door één of meerdere personen.

Haast alle analyses waarvan de resultaten worden weergegeven zijn uitgevoerd in de steekproef met uitbreiding bij niet-EU-gezinnen; hierbij werd weegcoëfficiënt 1 gebruikt. Slechts de analyses met betrekking tot 'gezinsvorm' en een aantal vragen over sociale relaties en sociale steun werden uitgevoerd op de steekproef zonder uitbreiding. Hierbij werd een andere weegcoëfficiënt gebruikt, namelijk weegcoëfficiënt 2.

De gegevens zijn dus verzameld bij een steekproef die zo goed als mogelijk de beoogde populatie representeert.. In de tabellen in deze bijdrage geven we voor vier indicatoren telkens ook het 95% betrouwbaarheidsinterval (BI) weer; zie Tabel 2,6,7 en 8. 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).

## 3 GEZINSINTERACTIES

### 3.1 MEETINSTRUMENT EN ANALYSE OP ITEMNIVEAU

In de gezinsenquête werd gepeild naar de perceptie van de respondenten over de interacties in hun gezin. Dit gebeurde aan de hand van de '*Family Assessment Device*' (FAD), subschaal '*General Functioning*' (Epstein e.a. 1983). Deze subschaal is één van de zeven schalen in de FAD, en meet de tevredenheid van de respondent met de gezinsinteracties, met het algemene gezinsfunctioneren. Ze bevat 12 items. Voor de oneven items werden de antwoorden gescoord als '1. helemaal mee eens, 2. niet mee eens, 3. noch eens/noch oneens, 4. mee eens en 5. helemaal mee eens'. Voor de oneven items werden de antwoorden gespiegeld en gescoord als: '5. helemaal mee eens, 4. niet mee eens, 3. noch eens/noch oneens, 2. mee eens, 1. helemaal mee eens'. Het totaal van de schaal heeft dus een minimum van 12 en een maximum van 60 punten. De totaalscore werd via een lineaire transformatie omgezet naar een 100-puntenschaal. Een hogere score weerspiegelt betere gezinsinteracties en een lagere score slechtere gezinsinteracties. Voor het nagaan van de interne consistentie hebben we de Cronbach's  $\alpha$  berekend. Deze bedraagt 0,87 wat wijst op een goede interne consistentie.

In tabel 1 geven we voor elk item het percentage respondenten weer dat voor de twee uiterste antwoord-categorieën koos. Respondenten scoren hoog op haast alle positief verwoorde items en op één negatief verwoorde item. Tussen 86,2% en 93,4% is het er (helemaal) mee eens dat gezinsleden elkaar vertrouwen (93,4%), dat ze op elkaars steun kunnen rekenen bij moeilijkheden (91,3%), dat ze zich geaccepteerd voelen zoals ze zijn (90,5%), dat andere gezinsleden geaccepteerd worden zoals ze zijn (90%) en dat er samen beslissingen worden genomen over hoe problemen op te lossen (86,2%). Respondenten zijn het er niet mee eens (89,4%) dat gezinsleden niet goed met elkaar opschieten. De negatief verwoorde items, waar tussen de 70% en 80,7% het niet mee eens is, betreffen veelal emoties bijvoorbeeld het niet uiten van angsten en zorgen (70%), niet kunnen praten over verdriet (73,3), de ervaring van nare, pijnlijke gevoelens (80,7%) en daarnaast ook elkaar moeilijk begrijpen en dus geen plannen kunnen maken om met het gezin iets te gaan doen (78,9%) en beslissingen nemen (79%).

Tabel 1. Gezinsinteracties (percentages, n varieert tussen 2.419 en 2.432)

	(helemaal) mee eens (%)	(helemaal) niet mee eens (%)
Wanneer er moeilijkheden zijn, kunnen we op elkaars steun rekenen.	91,3	
Plannen maken om iets met het gezin te gaan doen is moeilijk omdat we elkaar verkeerd begrijpen.		78,9
Andere gezinsleden worden geaccepteerd zoals ze zijn.	90	
We kunnen niet met elkaar praten over het verdriet dat we voelen.		73,3
We kunnen gevoelens naar elkaar toe uiten.	81,5	
We vermijden het om over angsten en zorgen te praten.		70
In ons gezin voelen we ons geaccepteerd zoals we zijn.	90,5	
Er zijn heel wat nare, pijnlijke gevoelens in het gezin.		80,7
We kunnen samen beslissingen nemen over hoe we problemen moeten oplossen.	86,2	
Beslissen is een probleem in ons gezin.		79
We vertrouwen op elkaar.	93,4	
We kunnen niet goed met elkaar opschieten.		89,4

BRON: GEZINSENQUÊTE 2016

## 3.2 SAMENHANG MET PERSOONS- EN GEZINSKENMERKEN

De score voor gezinsinteracties is het laagst bij respondenten met een opleiding lager secundair onderwijs, bij respondenten met islamitische geloofsovertuiging, bij een gezin waar het jongste kind tussen 18 en 25 jaar oud is en bij alleenstaande ouders.

De gemiddelde score van de respondenten uit de gezinsenquête op de 100-puntenschaal 'gezinsinteracties', beschouwen we als een *indicator* voor (de tevredenheid met de) gezinsinteracties. De gemiddelde score bedraagt 78,6. Deze score wijst er op dat de respondenten, gemiddeld gezien, rapporteren dat ze eerder positieve dan negatieve interacties in hun gezin ervaren. Als we bij het veralgemenen van dit resultaat ook rekening houden met de hoger beschreven analyse op itemniveau kunnen we besluiten dat ouders in gezinnen met minstens één kind jonger dan 25 overwegend de perceptie hebben dat gezinsleden zich geaccepteerd voelen zoals ze zijn, elkaar vertrouwen en op elkaar kunnen steunen, maar dat ze ook vinden dat het uiten van emoties beter zou kunnen.

### 3.2.1 De samenhang met persoonskenmerken

Wat persoonskenmerken betreft, stellen we vooreerst vast dat er tussen mannen (score 79,1) en vrouwen (score 78,1) geen verschil is. De respondenten jonger dan 35 jaar scoren 80,8 op gezinsinteracties en hebben een gunstigere beleving dan alle andere leeftijdscategorieën terwijl de overige leeftijdsgroepen niet significant van elkaar verschillen ( $p < 0,001$ ). De respondenten met een hogere opleiding (score 80) scoren hoger dan de respondenten met een opleiding hoger secundair onderwijs (score 78,0) die op hun beurt hoger scoren dan de respondenten met een opleiding lager secundair onderwijs (score 74,1). Religie hangt samen met de mate waarin men goede gezinsinteracties ervaart. Respondenten met een islamitische geloofsovertuiging (score 75,0) scoren significant lager dan respondenten met een christelijke overtuiging (score 78,3). De overige verschillen zijn niet significant. Er is geen verschil tussen respondenten met een herkomst in Belgische of de EU en respondenten met een herkomst buiten de EU.

### 3.2.2 De samenhang met gezinskenmerken

Wat gezinskenmerken betreft, geven de resultaten in tabel 2 ten eerste aan dat er geen verschil is in de score voor gezinsinteracties naargelang het aantal kinderen in het gezin. Respondenten waarvan het jongste kind tussen 0 en 3 jaar oud is halen een score 80 voor gezinsinteracties ( $p < 0,01$ ) en scoren daarmee alleen hoger dan respondenten in gezinnen waar het oudste kind tussen 18 en 25 jaar oud is (score 77,2). Gehuwde koppels rapporteren een hogere score voor gezinsinteracties (score 79,7) dan ongehuwde koppels (score 77,7), die op hun beurt hoger scoren dan alleenstaande ouders (score 75,3) ( $p < 0,001$ ). Er is geen significant verschil tussen de score van alleenstaande respondenten zonder een LAT-relatie (score 75,7) en alleenstaande respondenten met een LAT-relatie (score 73,7). Wat verschillen naar gezinsvorm betreft zien we dat respondenten in intacte gezinnen een hogere score (score 79,5) behalen dan respondenten in (nieuw) samengestelde gezinnen (score 75,3), die op hun beurt hoger scoren dan alleenstaande ouders (score 75,3) ( $p < 0,001$ ). Respondenten in intacte gezinnen die gehuwd samenwonen, halen de hoogste score (score 79,8). Ze scoren hoger dan respondenten in een (nieuw) samengesteld gezin die niet gehuwd samenwonen (score 76,0) en dan alleenstaande ouders zonder LAT-relatie (score 75,9) of alleenstaande ouders met een LAT-relatie (score 72,5) ( $p < 0,001$ ).

Tabel 2. Gezinsfunctioneren (gezinsinteracties) naar persoons- en gezinskenmerken (gemiddelde score)

	Gemiddelde	BI (95%)	n
<b>TOTAAL</b>	78,6	78,0 - 79,2	2.440
<b><u>Persoonskenmerken</u></b>			
<b>Geslacht (n.s)</b>			
mannen	79,1	78,1 - 80,1	906
vrouwen	78,1	77,4 - 78,9	1.534
<b>Leeftijd ***</b>			
jonger dan 35 jaar	80,8	79,5 - 82,0	526
35 - 44 jaar	78,8	77,8 - 79,8	887
45 - 54 jaar	77,2	76,2 - 78,2	818
55 jaar en ouder	77,2	75,1 - 79,3	209
<b>Diploma ***</b>			
lager secundair onderwijs	74,1	72,2 - 76,1	375
hoger secundair onderwijs	78	76,9 - 79,1	698
hoger onderwijs of universiteit	80	79,3 - 80,8	1.283
<b>Herkomst (n.s)</b>			
België/EU	78,8	78,1 - 79,4	1851
niet-EU	77,2	75,6 - 78,7	589
<b>Religie ***</b>			
christelijk	78,3	77,5 - 79,1	1.378
islamitisch	75	72,9 - 77,1	251
een andere geloofsovertuiging	78	73,4 - 82,5	53
geen (specifieke) geloofsovertuiging	79,8	78,8 - 80,8	720
<b><u>Gezinskenmerken</u></b>			
<b>Aantal kinderen (n.s)</b>			
1 kind	78,2	77,1 - 79,2	736
2 kinderen	78,9	78,0 - 79,8	1.061
3 of meer kinderen	78,7	77,5 - 80,0	592



	Gemiddelde	BI (95%)	n
<b>Leeftijd jongste kind **</b>			
0 - 2 jaar	80,3	79,1 - 81,6	555
3 - 5 jaar	80	78,4 - 81,6	312
6 - 11 jaar	78,2	76,9 - 79,6	534
12 - 17 jaar	78	76,6 - 79,4	459
18 - 24 jaar	77,2	76,0 - 78,5	502
<b>Gezinstype ***</b>			
gehuwd koppel	79,7	79,0 - 80,4	1.552
ongetrouwd koppel	77,7	76,2 - 79,2	444
alleenstaande ouder	75,3	73,9 - 76,8	444
met LAT relatie	73,7	70,6 - 76,7	81
geen LAT relatie	75,7	74,1 - 77,3	363
<b>Gezinsvorm ***</b>			
intacte gezinnen	79,5	78,7 - 80,3	1.398
waarvan gehuwd	79,8	78,9 - 80,7	1.121
waarvan ongetrouwd	78,2	76,2 - 80,2	277
(nieuw) samengestelde gezinnen	77	74,9 - 79,2	206
waarvan gehuwd	78	74,9 - 81,2	95
waarvan ongetrouwd	76,1	73,2 - 79,0	111
alleenstaande ouders	75,3	73,7 - 76,8	370
met LAT relatie	72,5	69,0 - 76,1	74
geen LAT relatie	75,9	74,2 - 77,6	296

Significantieniveau: \*p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001 en n.s. niet significant (Rao-Scott  $\chi^2$ ); BI betrouwbaarheidsinterval.

BRON: GEZINSENQUÊTE 2016

## 4 SOCIALE RELATIES EN SOCIALE STEUN

Voor het bevragen van de sociale relaties werd in de gezinsenquête gepeild naar de mate waarin men deelneemt aan sociale activiteiten, bij hoeveel mensen men terecht kan voor hulp en steun, de mate waarin men zich gesteund voelt (voor de verschillende domeinen die bevroegd werden in de gezinsenquête) en hoe tevreden men is met het sociale leven.

### 4.1 DEELNAME AAN SOCIALE ACTIVITEITEN

We vroegen: 'Hoe vaak neemt u deel aan sociale activiteiten?' Bij deze vraag werd als toelichting gegeven: 'Met sociale contacten bedoelen we (1) op bezoek gaan of bezoek krijgen van familie, vrienden en mensen uit uw omgeving of buurt en (2) gezamenlijke activiteiten met deze personen'. 56,1% van de respondenten geeft aan dat ze minstens één keer per week deelnemen aan sociale activiteiten; 24,7% geeft aan dat ze minstens één keer per maand deelnemen aan sociale activiteiten en 7,7% dat ze minder dan één keer per maand deelnemen aan sociale activiteiten. Daarnaast rapporteert 5,2% van de respondenten dat ze dagelijks en 6,2% dat ze zelden of nooit aan activiteiten deelnemen. Er zijn echter verschillen naar opleiding. De respondenten met een opleiding lager secundair onderwijs rapporteren het minst frequent deel te nemen aan sociale activiteiten (zie tabel 3). Immers van die groep geeft slechts 43,6% van de respondenten aan dat ze wekelijks deelnemen aan een sociale activiteit; 10,1% rapporteert dat ze minder dan één keer per maand en 13,6% dat ze zelden of nooit deelnemen aan sociale activiteiten.

Tabel 3. Deelname aan sociale activiteiten naar opleidingsniveau (percentages)

	Hoe vaak neemt u deel aan sociale activiteiten?					n
	bijna dagelijks	minstens één keer per week	minstens één keer per maand	minder dan één keer per maand	zelden of nooit	
<b>Totaal</b>	5,2	56,1	24,7	7,7	6,2	2.356
<b>Diploma ***</b>						
lager secundair onderwijs	6,5	43,6	26,1	10,1	13,6	375
hoger secundair onderwijs	6,4	54,4	23,4	8,2	7,5	698
hoger onderwijs of universiteit	4,2	60,3	25,1	6,8	3,6	1.283

Significantieniveau: \*\*\*  $p < 0,001$  (Rao-Scott  $\chi^2$ ).

BRON: GEZINSENQUÊTE 2016

## 4.2 ERVAREN VAN SOCIALE STEUN

### 4.2.1 Aantal personen bij wie men terecht kan voor hulp en steun

*‘Bij hoeveel personen kan u terecht voor hulp en steun?’* Bij deze vraag werd als toelichting gegeven: *‘Uw partner telt niet mee voor deze vraag. Met hulp en steun bedoelen we zowel emotionele steun, materiële steun, financiële steun als praktische hulp, informatie en advies.’* Deze vraag werd niet gesteld aan de uitbreiding bij personen met een niet-EU-herkomst.

De meeste respondenten beschikken over een relatief groot netwerk van personen bij wie men terecht kan voor hulp en steun (zie tabel 4). Van de 1.860 respondenten die antwoordden, zijn er 22 respondenten die melden op geen enkele persoon beroep te kunnen doen voor hulp en steun.

Bij de respondenten met een hogere opleiding is het percentage respondenten dat rapporteert op minstens 10 personen beroep te kunnen doen (52,8%) twee keer zo hoog als bij respondenten met hoogstens een opleiding lager secundair onderwijs (24,2%) en beduidend hoger dan bij respondenten met een opleiding hoger secundair onderwijs (35,7%) (zie tabel 4). Deze vaststelling hangt ook samen met de vaststelling dat respondenten met een opleiding lager secundair onderwijs, in verhouding vaker rapporteren dat ze of op geen enkele of hoogstens op 1 persoon (11,1%), of 2 of 3 personen (19,8%) of op 4, 5 of 6 personen (25,4%) beroep kunnen doen.

Tabel 4. Aantal personen bij wie men terecht kan voor hulp en steun (uitgezonderd de partner) naar opleidingsniveau (percentages)

	Bij hoeveel mensen kan u terecht voor hulp en steun? Uw partner telt niet mee voor deze vraag.					n
	0 of 1 persoon	2 of 3 personen	4, 5 of 6 personen	7 tot 10 personen	meer dan 10 personen	
<b>Totaal</b>	3,4	11,0	20,4	21,5	43,7	1.860
<b>Diploma ***</b>						
lager secundair onderwijs	11,1	19,8	25,4	19,5	24,2	234
hoger secundair onderwijs	3,5	15,0	25,0	21,0	35,7	546
hoger onderwijs of universiteit	1,4	6,8	16,7	22,2	52,8	1.080

Significantieniveau: \*\*\*  $p < 0,001$  (Rao-Scott  $\chi^2$ ).

BRON: GEZINSENQUÊTE 2016



#### 4.2.2 De mate waarin men zich gesteund voelt door één of meerdere mensen

We vroegen in de gezinsenquête ook naar de mate waarin men zich gesteund voelt aan de hand van de vraag: *'In welke mate voelt u zich gesteund door één of meerdere van deze mensen in elk van de volgende domeinen?'* Bij de interpretatie van de antwoorden op de vraag dient er mee rekening te worden gehouden dat voor twee domeinen de antwoordcategorie 'niet van toepassing' werd voorzien. Deze domeinen zijn: 'zorgen over uw relatie of problemen in uw relatie' en 'het opnemen van de mantelzorg'<sup>2</sup>.

Wanneer we kijken naar de domeinen waar bijna 50% tot 60% van de respondenten antwoorden dat ze zich heel veel of tamelijk veel gesteund voelen, dan betreft dat de domeinen: de opvoeding van de kinderen, de zorg voor de kinderen, de opvang van de kinderen, beslissingen over het werk of de opleiding, vrije tijd en sociaal leven en gezondheidsproblemen (zie tabel 5). Dit wil meteen ook zeggen dat 40 tot 50% van de respondenten antwoorden dat ze zich slechts een beetje of (helemaal) niet gesteund voelen op die domeinen, wat op zich een vrij hoog percentage is. Bij huishoudelijke taken rapporteert zelfs 80% van de respondenten dat ze zich niet of nauwelijks gesteund voelen. Wat het opnemen van mantelzorg betreft blijkt dat 83,3% niet van toepassing aankwam. Bij bijna 17% is het opnemen van mantelzorg wel van toepassing (of was het ooit van toepassing). Uit [de taakverdeling in het gezin](#) (Audenaert, 2018) blijkt immers dat 13,4% van de respondenten aangeeft iemand in het gezin te hebben met een specifieke zorgbehoefte en/of zorg te dragen voor iemand buiten het gezin op het moment van bevraging. Van de respondenten die aangaven dat mantelzorg voor hen (ooit) van toepassing was, rapporteert 44,3% dat ze zich helemaal niet gesteund voelen; 25,7% dat ze zich een beetje gesteund voelen; slechts 23,4% dat ze zich hierbij tamelijk en 6,6% dat ze zich heel veel gesteund voelen. Een derde van de respondenten geeft aan dat de vraag over relatieproblemen voor hen niet van toepassing is. Van de 67,3% respondenten voor wie dit domein wel relevant is, geeft 56,8% aan heel veel of tamelijk veel steun te ondervinden, terwijl 29,2% slechts een beetje steun ondervindt en 14% helemaal geen steun ervaart bij relatieproblemen.

Tabel 5. Mate van ervaren sociale steun (percentages)

In welke mate voelt u zich gesteund door een of meerdere van deze mensen in elk van de volgende domeinen?						
	heel veel	tamelijk veel	een beetje maar	helemaal niet	NVT	n
Bij zorgen over uw relatie of problemen in uw relatie	10,4	27,8	19,7	9,4	32,7	1.900
Bij de opvoeding van uw kinderen	15,4	45,3	28,5	10,8		1.905
Bij beslissingen over uw werk of opleiding	8	34	34,5	23,5		1.883
Bij de zorg voor uw kind(eren)	17,3	43,2	28,5	11		1.892
Bij de opvang van uw kind(eren)	22,5	38,4	25,5	13,7		1.820
Bij het opnemen van mantelzorg	1,1	3,9	4,3	7,4	83,3	1.702
Bij huishoudelijke taken	3,8	16	37	43,1		1.889
Bij uw vrije tijd en sociaal leven	13,1	44	29,8	13,2		1.907
Bij zorgen over uw gezondheid of bij problemen met uw gezondheid	13	44,4	30,8	11,8		1.899

BRON: GEZINSENQUÊTE 2016

<sup>2</sup> Het zou dus kunnen dat voor de domeinen waar de antwoordcategorie 'niet van toepassing' niet voorzien was, de respondenten voor wie een domein eigenlijk niet van toepassing was, kozen voor de antwoordcategorie 'helemaal niet'.

## 4.3 WELKE ZAKEN IN HET SOCIAAL LEVEN HAD MEN LIEVER ANDERS GEZIEN

In een open vraag peilden we naar verbeterpunten in het sociaal leven: *‘Welke zaken in uw sociaal leven had u liever anders gezien? Waarom?’*. Van alle respondenten die de moeite deden om een antwoord op de open vraag te formuleren (n = 533) zijn er 97,6% die één of andere tekortkoming of iets wat ze willen veranderd zien in hun sociale leven, rapporteren. 2,4% gaf aan tevreden te zijn met hun sociaal leven en/of niet iets te willen veranderen.

Een opvallend resultaat is dat de bijna de helft van de respondenten (48,6 %) weergeeft dat hij/zij te weinig tijd heeft of meer tijd zou willen. Van de respondenten wil 29,1% meer afspreken met vrienden en 26% wil meer sociale activiteiten of een uitgebreider sociaal leven hebben. Deze categorieën overlappen elkaar. Zo zijn er van diegenen die aangeven meer tijd te willen, 23,8% die ook aangeven meer activiteiten met vrienden te willen en 27,5% onder hen willen een uitgebreider sociaal leven. Van diegenen die een uitgebreider sociaal leven willen, zijn er 17,4% die meer activiteiten met vrienden willen. Sommige respondenten geven aan meer activiteiten samen met hun partner te willen ondernemen (4,9%). Anderen antwoorden dat ze graag een nieuwe partner willen ontmoeten (2%). Er zijn ook respondenten die schrijven dat ze meer met hobby's willen bezig zijn (4,7%) of meer zouden willen sporten (3,4%). Een klein aantal respondenten geeft weer dat ze vaker hun familie willen ontmoeten (1,8%) of vaker hun kind(eren) willen zien (1,1%).

Daarnaast zijn er respondenten die problemen beschrijven die een uitgebreider sociaal leven in de weg staan. Sommige respondenten (1,8%) vinden opvang regelen voor de kinderen niet evident. Zo'n 2,2 % geeft aan lichamelijke beperkingen te ervaren. Anderen zijn eenzaam (0,7%), voelen zich te moe (1,8%), hebben te weinig energie (3,1%) of hebben het te druk (1,6%). Van deze laatste groep antwoorden een aantal respondenten dat ze net een rustiger leven willen in plaats van bijkomend tijd in een sociaal leven te investeren. Nog andere respondenten kampen met financiële problemen (5,1%) en sommigen onder hen vinden dat sociale activiteiten te duur zijn en dat er meer gratis groepsactiviteiten zouden moeten aangeboden worden.

## 4.4 TEVREDENHEID MET HET SOCIAAL LEVEN

*De tevredenheid met het sociale leven is lager bij vrouwen, bij respondenten met een hogere opleiding en bij alleenstaande respondenten zonder LAT-relatie.*

De vraag *‘Hoe tevreden of ontevreden bent u met uw sociaal leven?’* werd beantwoord aan de hand van een schaal gaande van 0 (zeer ontevreden) tot 10 (perfect tevreden). Via een lineaire transformatie werd de behaalde score omgezet naar een 100-puntenschaal, naar analogie met de schaal gezinsinteracties en de schalen voor psychisch welzijn die in deel 5 aan bod komen. De gemiddelde score van de respondenten uit de gezinsenquête op de 100-puntenschaal ‘tevredenheid met het sociale leven’, beschouwen we als een indicator voor sociale relaties. De gemiddelde score bedraagt 72,8.

### 4.4.1 Samenhang met persoonskenmerken

Tabel 6 schetst de samenhang van deze indicator met persoons- en gezinskenmerken. Inspectie van die tabel wijst aan dat de hoogste score wordt behaald door respondenten in een (nieuw) samengesteld gezin die ongehuwd samenwonen (score 76,3) en de laagste score door alleenstaande respondenten zonder LAT-relatie (score 64). Deze variatie in scores sluit aan bij de antwoorden op de overige vragen over sociale relaties en het sociale leven die we in 4.1 en 4.2. beschreven. Deze waren voor heel wat respondenten niet zo gunstig.

Wat persoonskenmerken betreft, stellen we vooreerst vast dat mannen een significant grotere score voor tevredenheid met sociale relaties behalen (score 74,3) dan vrouwen (score 71,7) ( $p < 0,001$ ). Er zijn geen

verschillen naar leeftijd. Tegengesteld aan de verwachting blijkt dat respondenten met een diploma hoger secundair onderwijs (score 74,0) meer tevreden zijn met hun sociaal leven dan respondenten met een opleiding hoger onderwijs of universiteit (score 72,2) ( $p < 0,05$ ). De verschillen in tevredenheid naar herkomst en naar geloofsovertuiging zijn niet significant.

#### 4.4.2 Samenhang met gezinskenmerken

Wat gezinskenmerken betreft is er geen verschil in gerapporteerde tevredenheid met het sociale leven naargelang het aantal kinderen in het gezin of de leeftijd van het jongste kind. De tevredenheid is hoger bij gehuwde koppels (score 75,1) dan bij ongehuwde koppels (score 72,3) en in die groep is de tevredenheid op zijn beurt groter dan bij alleenstaande respondenten (score 64,9) ( $p < 0,001$ ). Alleenstaande ouders met een LAT-relatie (score 68,0) hebben een grotere tevredenheid dan alleenstaande ouders zonder LAT-relatie (score 64,1) ( $p < 0,001$ ). Respondenten in intacte gezinnen (score 74,8) hebben geen grotere tevredenheid dan respondenten uit nieuw samengestelde gezinnen (score 74,4), maar beide voelen zich meer tevreden dan alleenstaande respondenten (score 64,9). Indien ook rekening wordt gehouden met het gehuwd of ongehuwd samenwonen van respondenten in een intact versus een nieuw samengesteld gezin, dan blijkt dat ongehuwde respondenten in een nieuw samengesteld gezin het meest tevreden zijn (score 76,3). Deze laatste score is echter enkel beter dan die van niet gehuwde respondenten in een intact gezin (score 70,5) en dan die van alleenstaande respondenten met een LAT-relatie (score 68,2) of zonder een LAT-relatie (score 64,0) ( $p < 0,001$ ). De scores van beide laatste groepen alleenstaande respondenten zijn significant verschillend.

Tabel 6. Mate van tevredenheid met het sociaal leven (gemiddelde score)

	Gemiddelde	BI (95%)	n
<b>Totaal</b>	72,8	72,1 - 73,6	2.440
<b><u>Persoonskenmerken</u></b>			
<b>Geslacht ***</b>			
mannen	74,3	73,1 - 75,5	906
vrouwen	71,7	70,6 - 72,7	1.534
<b>Leeftijd (n.s.)</b>			
jonger dan 35 jaar	72,4	70,9 - 73,9	526
35 - 44 jaar	72,5	71,2 - 73,8	887
45 - 54 jaar	73,7	72,4 - 75,0	818
55 jaar en ouder	72,1	68,9 - 75,2	209
<b>Diploma (n.s.)</b>			
lager secundair onderwijs	73,4	71,2 - 75,5	375
hoger secundair onderwijs	74,0	72,6 - 75,4	698
hoger onderwijs of universiteit	72,2	71,1 - 73,2	1.283
<b>Herkomst (n.s.)</b>			
België/EU	72,9	72,1 - 73,7	1851
niet-EU	71,8	69,8 - 73,9	589
<b>Religie (n.s.)</b>			
christelijk	73,2	72,2 - 74,2	1.378
islamitisch	74,0	71,5 - 76,6	251
een andere geloofsovertuiging	72,0	70,7 - 73,4	53
geen (specifieke) geloofsovertuiging	72,3	65,3 - 79,3	720

	Gemiddelde	BI (95%)	n
<b>Gezinskenmerken</b>			
<b>Aantal kinderen (n.s.)</b>			
1 kind	72,0	70,5 - 73,4	736
2 kinderen	72,7	71,6 - 73,8	1.061
3 of meer kinderen	74,1	72,6 - 75,7	592
<b>Leeftijd jongste kind (n.s.)</b>			
0 - 2 jaar	71,3	69,8 - 72,8	555
3 - 5 jaar	73,0	71,0 - 75,0	312
6 - 11 jaar	72,2	70,5 - 74,0	534
12 - 17 jaar	73,8	72,1 - 75,5	459
18 - 24 jaar	74,3	72,5 - 76,0	502
<b>Gezinstype ***</b>			
gehuwd koppel	75,1	74,3 - 76,0	1.552
ongehuwd koppel	72,3	70,6 - 74,0	444
alleenstaande ouder	64,9	62,7 - 67,0	444
met LAT relatie	68,0	63,7 - 72,2	81
geen LAT relatie	64,1	61,6 - 66,6	363
<b>Gezinsvorm ***</b>			
intacte gezinnen	74,8	73,9 - 75,8	1.398
waarvan gehuwd	75,9	74,9 - 77,0	1.121
waarvan ongehuwd	70,5	68,3 - 72,7	277
(nieuw) samengestelde gezinnen	74,4	71,9 - 76,9	206
waarvan gehuwd	72,4	68,3 - 76,4	95
waarvan ongehuwd	76,3	73,4 - 79,2	111
alleenstaande ouders	64,9	62,4 - 67,3	370
met LAT relatie	68,3	64,2 - 72,3	74
geen LAT relatie	64,0	61,2 - 66,9	296

Significantieniveau: \*p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001 en n.s. niet significant (Rao-Scott  $\chi^2$ ); BI betrouwbaarheidsinterval.

BRON: [GEZINSENQUÊTE 2016](#)

## 5 PSYCHISCH WELZIJN

### 5.1 DE GEBRUIKTE SCHALEN

Psychisch welzijn wordt ook aangeduid met de termen *geestelijke gezondheid* of *mentale gezondheid*. In de gezinsenquête werd psychisch welzijn gemeten met twee schalen namelijk '*psychische gezondheid*' en '*vitaliteit*'. Oorspronkelijk maakten deze schalen deel uit van een vragenlijst bestaande uit acht schalen, namelijk de 'MOS 36-ITEM Short-Form Health Survey Instrument' (Ware & Sherbourne, 1992). Van deze schaal zijn ondertussen meerdere versies in omloop. De Short Form 36 (SF-36) is een commerciële versie (o.a. Ware, 1993). De 'Rand 36-item Health Survey Questionnaire' - kortweg aangeduid als 'Rand-36' - is een niet commerciële versie (Rand Health Science Program, 1992). We gebruikten de vertaalde Rand-36 versie (van der Zee & Sanderman, 2012). De schalen zijn in meer dan 170 talen vertaald en worden in heel wat internationaal en Europees bevolkingsonderzoek gebruikt, zoals onder meer in de Eurobarometerstudies (Barry, 2009; Lehtinen, Sohlman & Kovess-Masfety, 2005). In de eerste golf van European Health Interview Survey (EHIS; Eurostat 2013) werden deze gegevens gebruikt om respectievelijk de indicatoren 'Psychological distress' en 'Psychological well-being'

aan te maken. Deze indicatoren maken tevens deel uit van de European Core Health indicatoren (ECHI)(EC, 2018 abc; Eurostat, 2013; Verschuuren et al., 2012).

De schaal **'psychische gezondheid'** peilt naar gevoelens van depressie en angst gemeten met de volgende vijf vragen: *'Hoe vaak gedurende de afgelopen vier weken ...'* 1. *'voelde u zich zenuwachtig?'* 2. *'zat u zo erg in de put dat niets u nog kan opvrolijken?'* 3. *'voelde u zich kalm en rustig?'* 4. *'voelde u zich neerslachtig en somber?'* 5. *'voelde u zich gelukkig?'* De vragen hebben betrekking op de maand voorafgaand aan het moment dat de vragenlijst wordt ingevuld. Er worden vijf antwoordmogelijkheden voorzien: 1. altijd, 2. meestal, 3. soms, 4. zelden, 5. nooit. Voor de vragen 3 en 5 worden de scores 1 tot 5 omgedraaid (1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1). De somscore wordt via een lineaire transformatie omgerekend naar een score tussen 0 en 100 (Eurostat, 2010, 2013). Hoe hoger de score, hoe meer een persoon psychisch gezond is, hoe lager de score, hoe meer psychisch ongezond (angstig, depressief) een persoon zich voelt.

De schaal **'vitaliteit'** die het niveau van energie versus het vermoeidheidsniveau meet, telt 4 vragen: *'Hoe vaak gedurende de afgelopen vier weken ...'* 1. *'voelde u zich levenslustig?'* 2. *'voelde u zich energiek?'* 3. *'voelde u zich uitgeblust?'* 4. *'voelde u zich moe?'* Ook bij deze schaal hebben de vragen betrekking op de maand voorafgaand aan het moment dat de vragenlijst wordt ingevuld en worden vijf scores voorzien voor elke vraag: 1. altijd, 2. meestal, 3. soms, 4. zelden, 5. nooit. Voor de vragen 1 en 2 worden de scores 1 tot 5 omgedraaid (1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1). Via een lineaire transformatie wordt de score naar een score tussen 0 en 100 omgezet (Eurostat, 2010, 2013). Hoe hoger de score hoe vitaler, levenslustig, energiek iemand zich voelt; hoe lager de score hoe minder vitaal, energiek en hoe meer vermoeid en uitgeblust iemand is.

Het is relevant om zowel psychische gezondheid als vitaliteit te meten. Ze zijn sterk aan elkaar gerelateerd - Pearson correlatie tussen beide variabelen  $\rho = 0,69$  ( $p < 0,001$ ) – maar ze meten toch twee verschillende aspecten van psychisch welzijn. Sommige personen kunnen zich moe voelen én zich tevens somber en neerslachtig voelen, terwijl anderen zich moe voelen zonder daarom ook depressief te zijn. Tot deze laatste groep kan men bijvoorbeeld personen rekenen die zichzelf beleven als iemand die veel aankan; ook al voelt hij/zij zich soms moe men kan zichzelf beleven als een gezonde 'duizendpoot'. Men kan er ook personen toe rekenen met klachten van vermoeidheid die zich toch psychisch gezond voelen omdat hij/zij nog van het leven kan genieten.

De interne consistentie van de schalen psychische gezondheid en vitaliteit werd berekend aan de hand van de Cronbrach's  $\alpha$ .  $\alpha$  bedraagt respectievelijk 0,81 en 0,77. Dit wijst op een goede betrouwbaarheid van beide schalen.

## 5.2 PSYCHISCHE GEZONDHEID

*De psychische gezondheid is minder goed bij vrouwen, bij respondenten die geen hogere opleiding hebben, bij respondenten zonder specifieke geloofsovertuiging, bij gezinnen met een of twee kinderen en bij alleenstaande respondenten zonder LAT-relatie.*

De gemiddelde score van de respondenten uit de gezinsenquête op de 100-puntenschaal 'psychische gezondheid', beschouwen we als een indicator voor psychische gezondheid. De gemiddelde score bedraagt 70,2. Dit wijst er op dat respondenten zich de maand voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst gemiddeld gezien eerder gelukkig, rustig en kalm voelden dan dat ze zenuwachtig of neerslachtig waren of het gevoel hadden in de put te zitten. Tabel 7 geeft een overzicht van de samenhang van psychische gezondheid met persoons- en gezinskenmerken.

### 5.2.1 Samenhang met persoonskenmerken

Wat persoonskenmerken betreft, rapporteren vooreerst mannen een significant betere psychische gezondheid (score 72,3) dan vrouwen (score 68,4) ( $p < 0,001$ ). Respondenten tussen 35 en 45 jaar hebben de minst goede psychische gezondheid (score 69,1). Deze score is significant lager dan die van de leeftijdscategorieën jonger dan 35 jaar (score 71,0) en tussen 45 en 55 jaar (score 70,8) ( $p < 0,05$ ). Respondenten met een opleiding lager secundair onderwijs (score 67,9) scoren niet significant lager dan respondenten met een hoger secundaire opleiding (score 69,5), maar beide groepen scoren significant lager dan respondenten met een opleiding hoger onderwijs of universiteit (score 71,2) ( $p < 0,001$ ). De verschillen in psychische gezondheid naar herkomst zijn niet significant. Respondenten zonder (specifieke) geloofsovertuiging hebben de laagste score (score 69,0). Zij scoren daarmee enkel significant lager dan respondenten met een christelijke geloofsovertuiging (score 70,7) ( $p < 0,05$ ). Verder zijn er geen significante verschillen naar religie.

### 5.2.2 Samenhang met gezinskenmerken

Wat gezinskenmerken betreft, zien we vooreerst dat in gezinnen met drie kinderen, de psychische gezondheid van de respondenten (score 71,7) hoger is dan in gezinnen met één kind (score 69) en dan in gezinnen met twee kinderen (score 70) ( $p < 0,01$ ). Er is geen samenhang tussen de leeftijd van het jongste kind en psychische gezondheid. De psychische gezondheid is hoger bij gehuwde koppels (score 71,7) dan bij ongehuwde koppels (score 69,6) en in die groep is de psychische gezondheid op zijn beurt groter dan bij alleenstaande respondenten (score 65,0). Alleenstaande ouders met een LAT-relatie (score 67,1) hebben een betere psychische gezondheid dan alleenstaande ouders zonder LAT-relatie (score 64,6) ( $p < 0,001$ ). Wat de samenhang met gezinsvorm betreft, zien we dat respondenten uit intacte gezinnen (score 71,5) een betere psychische gezondheid rapporteren dan respondenten in (nieuw) samengestelde gezinnen (score 68,4) en dan alleenstaande respondenten (score 65,2) ( $p < 0,05$ ). Het verschil tussen de beide laatste groepen respondenten is echter niet significant. Indien ook rekening wordt gehouden met het gehuwd of ongehuwd samenwonen van respondenten in een intact versus een nieuw samengesteld gezin, dan blijkt dat gehuwde respondenten in een intact gezin de beste psychische gezondheid rapporteren (score 71,9). Deze laatste score is hoger dan die van respondenten in (nieuw) samengestelde gezinnen die niet gehuwd zijn (score 67,7), maar is echter niet significant verschillend van die van gehuwde respondenten in een nieuw samengesteld gezin (score 69,2) of ongehuwde respondenten in een intact gezin (score 69,8). Zowel alleenstaande respondenten met een LAT-relatie (score 67,1) als deze zonder een LAT-relatie (score 64,8) scoren lager dan gehuwde respondenten in een intact gezin (hoogste score), maar enkel alleenstaande respondenten zonder LAT-relatie scoren tevens lager dan alle andere groepen respondenten ( $p < 0,001$ ).

Tabel 7. Psychische gezondheid naar persoons- en gezinskenmerken (gemiddelde score)

	Gemiddelde	95% BI	n
<b>Totaal</b>	70,2	69,5 - 70,8	2.440
<b><u>Persoonskenmerken</u></b>			
<b>Geslacht ***</b>			
mannen	72,3	71,3 - 73,3	906
vrouwen	68,4	67,7 - 69,2	1.534
<b>Leeftijd *</b>			
jonger dan 35 jaar	71,0	69,8 - 72,2	526
35 - 44 jaar	69,1	68,1 - 70,2	887
45 - 54 jaar	70,8	69,8 - 71,9	818
55 jaar en ouder	69,6	67,2 - 72,0	209



	Gemiddelde	95% BI	n
<b>Diploma ***</b>			
lager secundair onderwijs	67,9	66,1 - 69,8	375
secundair onderwijs	69,5	68,3 - 70,8	698
hoger onderwijs of universiteit	71,2	70,4 - 72,0	1.283
<b>Herkomst (n.s.)</b>			
België/EU	70,0	69,4 - 70,7	1.851
niet-EU	71,0	69,2 - 72,7	589
<b>Religie *</b>			
christelijk	70,7	69,9 - 71,5	1.378
islamitisch	70,6	68,6 - 72,6	251
geen (specifieke) geloofsovertuiging	69,0	67,9 - 70,1	720
een andere geloofsovertuiging	73,6	68,8 - 78,3	53
<b><u>Gezinskenmerken</u></b>			
<b>Aantal kinderen **</b>			
1 kind	69,0	67,8 - 70,2	736
2 kinderen	70,0	69,1 - 71,0	1.061
3 of meer kinderen	71,7	70,5 - 72,9	592
<b>Leeftijd jongste kind (n.s.)</b>			
0 - 2 jaar	70,7	69,4 - 72,0	555
3 - 5 jaar	70,8	69,2 - 72,4	312
6 - 11 jaar	69,4	67,9 - 70,8	534
12 - 17 jaar	70,6	69,2 - 72,0	459
18 - 24 jaar	69,7	68,3 - 71,1	502
<b>Gezinstype ***</b>			
gehuwd koppel	71,7	71,0 72,5	1.552
ongehuwd koppel	69,6	68,1 71,0	444
alleenstaande ouder totaal	65,0	63,4 66,7	444
met LAT-relatie	67,1	63,7 70,5	81
geen LAT-relatie	64,6	62,7 66,4	363
<b>Gezinsvorm ***</b>			
Intacte gezinnen	71,5	70,7 72,3	1.398
waarvan gehuwd	71,9	71,1 72,8	1.121
waarvan ongehuwd	69,8	68,1 71,5	277
(nieuw) samengestelde gezinnen	68,4	66,3 70,6	206
waarvan gehuwd	69,2	66,0 72,4	95
waarvan ongehuwd	67,7	64,8 70,6	111
alleenstaande ouders	65,2	63,5 67,0	370
met LAT-relatie	67,1	63,7 70,6	74
geen LAT-relatie	64,8	62,7 66,8	296

Significantieniveau: \*p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001 en n.s. niet significant (Rao-Scott  $\chi^2$ ); BI betrouwbaarheidsinterval.

BRON: [GEZINSENQUÊTE 2016](#)

## 5.3 VITALITEIT

*De vitaliteitsscore is het laagst bij vrouwen, bij 35-44-jarigen, bij respondenten zonder hogere opleiding, bij niet-EU-herkomst, bij respondenten met een islamitische geloofsovertuiging en bij alleenstaande respondenten zonder LAT-relatie.*

De gemiddelde score van de respondenten uit de gezinsenquête op de 100-puntenschaal 'vitaliteit', beschouwen we als een indicator voor vitaliteit. De score bedraagt 62,8. Dit wijst er op dat, gemiddeld gezien, de respondenten zich, in de maand voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst, moe en uitgeblust hebben gevoeld en zich niet overwegend levenslustig of energiek hebben gevoeld.

Tabel 8 geeft de samenhang van de indicator voor vitaliteit met persoons- en gezins-kenmerken weer.

### 5.3.1 Samenhang met persoonskenmerken

Wat persoonskenmerken betreft, stellen we vooreerst vast dat mannen een significant betere vitaliteit rapporteren (score 65,1) dan vrouwen (score 60,9) ( $p < 0,001$ ). Respondenten in de leeftijdscategorie 35-44 jaar behalen de laagste score (score 61,4). Deze score is niet significant lager dan de score van respondenten jonger dan 35 jaar (score 62,0), maar wel significant lager dan de score van 45-54-jarigen (score 64,1) en die van respondenten van 55 jaar of ouder (score 65,1). De score van beide laatste groepen is niet significant verschillend ( $p < 0,01$ ). De vitaliteit van respondenten met een opleiding lager secundair onderwijs (score 59,9) is niet significant verschillend van die van respondenten met een hoger secundaire opleiding (score 62,3), maar beide groepen scoren significant lager dan respondenten met een opleiding hoger onderwijs of universiteit (score 64,2) ( $p < 0,001$ ). Respondenten met een niet-EU-herkomst behalen een lagere score voor vitaliteit (score 59,0) dan respondenten met een herkomst in België of de EU (score 63) ( $p < 0,001$ ). Respondenten met een islamitische geloofsovertuiging (score 57,8) hebben een significant lagere vitaliteit dan respondenten met een christelijke geloofsovertuiging (score 63,7) ( $p < 0,001$ ), andere verschillen naar religie zijn niet significant.

### 5.3.2 Samenhang met gezinskenmerken

Wat gezinskenmerken betreft, blijkt vooreerst dat de vitaliteitsscore niet significant verschillend is naargelang het aantal kinderen in het gezin. De vitaliteit van respondenten in gezinnen waarvan het jongste kind tussen 0 en 2 jaar oud is (score 61,4), ligt enkel lager dan de vitaliteit van respondenten waarvan het jongste kind tussen 18 en 24 jaar oud is (score 64,5) ( $p < 0,05$ ). De score van gehuwde respondenten (score 64) is niet verschillend van de score van ongehuwde respondenten (score 62,5): beide groepen scoren wel hoger dan alleenstaande respondenten (score 58,4) ( $p < 0,001$ ). Het zijn echter vooral alleenstaande respondenten zonder LAT-relatie die een relatief lage vitaliteitscore (score 58) halen; hun score is lager dan die van alleenstaande respondenten met een LAT-relatie (score 60,2) ( $p < 0,001$ ). Respondenten uit intacte gezinnen (score 63,9) rapporteren een betere vitaliteit dan alleenstaande respondenten (score 59,3) maar hun score is niet beter dan die van respondenten in (nieuw) samengestelde gezinnen (score 61,6) ( $p < 0,001$ ). Indien ook rekening wordt gehouden met het gehuwd of ongehuwd samenwonen van respondenten in een intact versus een (nieuw) samengesteld gezin, dan blijkt dat gehuwde respondenten in een intact gezin de hoogste vitaliteitsscore behalen (score 64,4). Deze laatste score is niet verschillend van de score van respondenten in nieuw samengestelde gezinnen die niet gehuwd zijn (score 63,8), maar wel hoger dan de score van gehuwde respondenten in een nieuw samengesteld gezin (score 59,3) en van ongehuwde respondenten in een intact gezin (61,6). Alleenstaande respondenten met een LAT-relatie (score 62,2) scoren niet lager dan gehuwde respondenten in een intact gezin (hoogste score), maar alleenstaande respondenten zonder LAT-relatie scoren wel lager (score 58,5). Deze laatste scoren dus ook lager dan alleenstaande respondenten met een LAT-relatie ( $p < 0,001$ ).

Tabel 8. Vitaliteit naar persoons- en gezinskenmerken (gemiddelde score)

	Gemiddelde	95% BI	n
<b>Totaal</b>	62,8	62,1 - 63,4	2.440
<b><u>Persoonskenmerken</u></b>			
<b>Geslacht ***</b>			
mannen	65,1	63,9 - 66,2	906
vrouwen	60,9	60 - 61,7	1.534
<b>Leeftijd **</b>			
jonger dan 35 jaar	62,0	60,6 - 63,3	526
35 - 44 jaar	61,4	60,3 - 62,6	887
45 - 54 jaar	64,1	62,9 - 65,3	818
55 jaar en ouder	65,1	62,7 - 67,4	209
<b>Diploma ***</b>			
lager secundair onderwijs	59,9	57,9 - 61,8	375
secundair onderwijs	62,3	60,9 - 63,6	698
hoger onderwijs of universiteit	64,2	63,3 - 65,0	1.283
<b>Herkomst ***</b>			
België/EU	63,0	62,3 - 63,8	1.851
niet-EU	59,0	57,3 - 60,8	589
<b>Religie ***</b>			
christelijk	63,7	62,8 - 64,6	1.378
islamitisch	57,8	55,5 - 60,1	251
geen (specifieke) geloofsovertuiging	62,1	60,8 - 63,3	720
een andere geloofsovertuiging	63,1	58,8 - 67,4	53
<b><u>Gezinskenmerken</u></b>			
<b>Aantal kinderen (n.s.)</b>			
1 kind	62,4	61,1 - 63,6	736
2 kinderen	62,5	61,5 - 63,6	1.061
3 of meer kinderen	63,7	62,3 - 65,1	592
<b>Leeftijd jongste kind *</b>			
0 - 2 jaar	61,4	60,0 - 62,8	555
3 - 5 jaar	62,8	61,0 - 64,5	312
6 - 11 jaar	61,9	60,4 - 63,5	534
12 - 17 jaar	63,5	61,9 - 65,1	459
18 - 24 jaar	64,5	62,9 - 66,0	502
<b>Gezinstype ***</b>			
gehuwd koppel	64,0	63,2 - 64,8	1.552
ongehuwd koppel	62,5	60,9 - 64,1	444
alleenstaande ouder totaal	58,4	56,7 - 60,2	444
met LAT-relatie	60,2	56,4 - 63,9	81
geen LAT-relatie	58,0	56,0 - 60,0	363

Gezinsvorm ***	Gemiddelde	95% BI		n
<b>Intacte gezinnen</b>	63,9	63,0	64,8	1.398
<i>waarvan gehuwd</i>	64,4	63,5	65,4	1.121
<i>waarvan ongehuwd</i>	61,6	59,6	63,6	277
<b>(nieuw) samengestelde gezinnen</b>	61,6	59,3	63,9	206
<i>waarvan gehuwd</i>	62,2	58,0	66,4	95
<i>waarvan ongehuwd</i>	63,8	60,4	67,2	111
<b>alleenstaande ouders</b>	59,3	57,3	61,2	370
<i>met LAT-relatie</i>	62,2	58,0	66,4	74
<i>geen LAT-relatie</i>	58,5	56,3	60,8	296

Significantieniveau: \*p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001 en n.s. niet significant (Rao-Scott  $\chi^2$ ); BI betrouwbaarheidsinterval.

BRON: [GEZINSENQUÊTE 2016](#)

## 5.4 PSYCHISCH WELZIJN EN VITALITEIT IN CONTEXT

De indicatoren voor gezinsinteracties, sociale relaties, psychische gezondheid en vitaliteit zijn moeilijk te vergelijken met andere studies omdat in ander onderzoek de beoogde populatie zelden net dezelfde is als de beoogde populatie van de gezinsenquête (personen van 18 jaar en ouder met minstens één kind jonger dan 25 jaar in het gezin). In dit deel schetsen we dus aan de hand van een *indirecte vergelijking met ander onderzoek* een context om onze resultaten enigszins te kunnen duiden.

### 5.4.1 Problematische score voor psychisch welzijn

In de eerste plaats hanteren we voor de schaal *psychische gezondheid* en *vitaliteit* een afkappingspunt om het percentage respondenten te berekenen dat een problematische score heeft. De respondenten die onder die afkappingspunt scoren zijn dan respectievelijke *‘psychisch ongezond’* of *‘te weinig vitaal, uitgeblust’*. We gaan niet in detail in op de wijze waar op het afkappingspunt werd berekend. Dit valt buiten het bestek van deze bijdrage. We verwijzen naar de hieronder vermelde literatuur. Om voor psychische gezondheid een afkappunt te berekenen, werden in de literatuur de volgende schalen gebruikt als ijkingspunt of ‘gouden standaard’: de General Health Questionnaire (GHQ; Goldberg & Blackwell, 1970; Kelly, Dunstan, Lloyd, Fone, 2007; McCabe et al., 1996), Diagnostic and Statistical Manual-IV (DSM-IV) (Rumpf, Meyer, Hapke, John, 2001), Composite International Diagnostic Interview (Rumpf et al., 2001) en Beck Depression Inventroy (van den Beukel et al., 2012). Afhankelijk van de schaal die men als gouden standaard neemt en de techniek om het afkappingspunt te bepalen verkrijgt men een andere drempelwaarde. We geven voor de gezinsenquête het percentage respondenten weer dat lager scoort dan 56 (Eurostat, 2010; Lavikainen et al., 2006; Verschuuren et al., 2012; Van Lente et al., 2012), 60 (Driessen, 2011; Perenboom et al., 2000) en 65 (Rumpf et al, 2001). Voor vitaliteit vonden we in de literatuur slechts één drempelwaarde: in de EHIS, golf 1 studie werd 62 als drempelwaarde voorgesteld (Eurostat, 2013).

Aan de hand van een vergelijking van het percentage respondenten in studies met een welomschreven steekproef en die één van deze drempelwaarden hanteren, kunnen we het percentage psychisch ongezonde respondenten uit de gezinsenquête in een ruimere context evalueren. De Eurobarometerstudies (European Commission, 2006, 2010) en HIS België (Driessens e.a.; Gisle, 2014) bleken het meest zinvol om een context te schetsen.

## 5.4.2 Optimale score voor psychisch welzijn

In de gezondheidsenquête (Gisle, 2014) en in Van Lente e.a. (2012) wordt een indicator aangemaakt die respondenten identificeert die een *energie en vitaliteit hebben die ruim boven het gemiddelde ligt*. Ze delen de respondenten daartoe op in twee groepen: (1) alle personen die meer dan één standaarddeviatie (SD) boven het gemiddelde scoren op de vitaliteitschaal, worden beschouwd als personen die een optimale energie hebben; (2) de personen die lager scoren dan één SD boven het gemiddelde worden beschouwd als personen die geen optimale energie hebben.

We besloten om in de gezinsenquête, niet alleen voor de schaal vitaliteit maar ook voor de schaal psychische gezondheid en de schalen gezinsinteracties en sociale relaties, deze indicator samen te stellen.

## 5.4.3 Psychische gezondheid

Tabel 9 laat zien dat, afhankelijk van de drempelwaarde die wordt gebruikt, tussen 19,2% en 38,1% van de respondenten *psychisch ongezond* is. Zij vertonen symptomen van angst of depressie of hebben een verhoogd risico om een angst of depressiestoornis te ontwikkelen. Echter, op basis van enkel de schaal psychische gezondheid kunnen we over dit laatste geen verdere uitspraken doen. Anders gezegd: tussen 61,9% en 80,2% van de respondenten is psychisch gezond. Tabel 9 geeft ook aan dat 9,8% van de respondenten een *optimale psychische gezondheid* heeft.

Tabel 9. Kencijfers voor de indicatoren voor problematische en optimale psychische gezondheid, vitaliteit, gezinsinteracties en sociale relaties (n = 2.440)

	Gemiddelde en SD op 100-puntenschaal		Problematische score		Optimale score	
	gemiddelde	SD	drempelwaarde (literatuur)	% onder drempelwaarde	drempelwaarde (gemiddelde + 1SD)	% boven drempelwaarde
<b>Psychische gezondheid</b>	70,16	14,98	56 60 65	19,2 27,1 38,1	85,14	9,8
<b>Vitaliteit</b>	62,76	16,42	62	44,4	79,18	15,9
<b>Gezinsinteracties</b>	78,56	14,45			93,01	17,2
<b>Sociale Relaties</b>	72,84	18,60			91,44	6,9

BRON: GEZINSENQUÊTE 2016

Deze resultaten zijn in Europese context enigszins vergelijkbaar met die van de Eurobarometer (EB)-studie, maar aangezien de Eurobarometer (EB)-studies respondenten ouder dan 15 jaar betreft, is een rechtstreekse vergelijking niet mogelijk. We vonden voor het jaar 2006 gegevens voor 25 landen (European Commission, 2006) en voor het jaar 2010 voor 27 landen (European Commission, 2010), waaronder ook telkens België. Doordat het percentage voor elke antwoordcategorie was weergegeven, konden we de score voor psychische gezondheid berekenen op dezelfde wijze als we dat deden voor de gezinsenquête. De scores voor psychische gezondheid van de Eurobarometer studie laten een dalende trend zien. Dit geldt voor alle EU-landen samen waar men een daling vaststelt van 70,8 (EB EU25 2006) naar 68 (EB EU27 2010). Voor België was er tussen 2006 (EB BE 2006: 74,1) en 2010 (EB BE 2010: 70,4) eveneens een daling: deze daling bedroeg 3,7 punten.

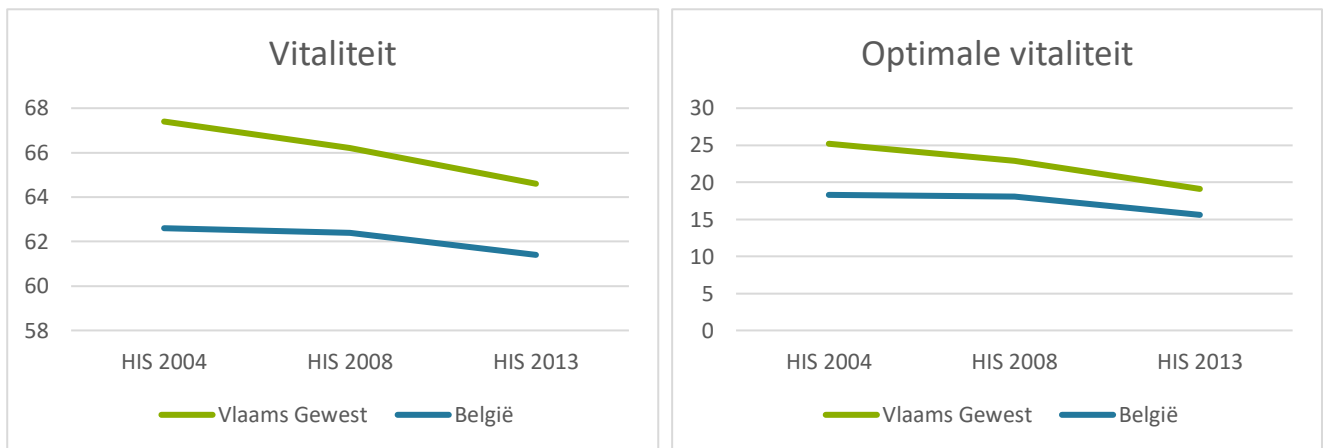
#### 5.4.4 Vitaliteit

Tabel 9 toont aan dat 44,4% van de respondenten lager scoort dan de drempelwaarde en dus **problematisch scoort voor vitaliteit**. Dit betekent dat slechts iets meer dan de helft van de respondenten (55,6%) voldoende energiek en vitaal is. Verder lezen we in tabel 9 dat 15,9% van de respondenten een **optimale vitaliteit** heeft.

De Eurobarometer (EB)-studie (die gebaseerd is op een bevraging bij personen ouder dan 15 jaar) liet voor de gehele Belgische bevolking een daling van 5,3 punten zien tussen 2006 (66,6) en 2010 (61,3) voor vitaliteit; het gemiddelde van alle EU-landen (gehele bevolking ouder dan 15 jaar) daalde van 62,9 naar 59,1. Net als voor psychische gezondheid scoort België dus zowel in 2006 als in 2010 beter dan het gemiddelde van alle EU-landen, maar er zijn terzelfdertijd heel wat landen die qua vitaliteit beter scoren dan België (European Commission, 2006, 2010). Lehtinen (2005) geeft aan dat de gemiddelde waarde voor alle landen die deelnamen aan de Eurobarometer (EB)-studie uit 2002 lagen tussen 58,9 en 65,2. In de Deense SLAN-studie was de gemiddelde waarde voor vitaliteit 68 en had 15% van de respondenten een optimale score voor vitaliteit (Van Lente e.a., 2012). De gegevens uit de gezinsenquête kunnen noch met de gegevens uit de Eurobarometerstudie noch met deze uit deze laatste twee studies rechtstreeks vergeleken worden.

De gegevens van de HIS studies uit 2004, 2008 en 2013 laten wel min of meer toe een context te schetsen. Er dient echter ook hier rekening mee gehouden te worden dat het in de HIS gaat om een bevraging bij personen ouder dan 15 jaar. Figuur 1 schetst de evolutie van vitaliteit in België en het Vlaams Gewest. Zowel de Belgische als de Vlaamse HIS-waarden laten een dalende trend zien (zie figuur 1); dit geldt zowel voor de gemiddelde vitaliteitsscore als voor optimale vitaliteitsscores.

*Figuur 1. Indicatoren voor vitaliteit en optimale vitaliteit in België en het Vlaams Gewest (<https://hisia.wiv-isp.be/>)*



Deze cijfers werden bekomen via de interactieve tool (Drieskens e.a.). Van 2004 tot 2013 daalde de vitaliteitsscore voor België van 62,6 (2010) naar 62,4 (2008) en verder naar 61,1 (2013). De waarden voor het Vlaams Gewest lagen hoger dan die voor België, maar lieten eveneens een daling zien: van 67,4 (2004) naar 66,2 (2008) en verder naar 64,6 (2013). Het percentage met een optimale vitaliteit daalde voor het Vlaams Gewest van 25,2% (2004) naar 22,9% (2008) en tot 19,1%. Voor België was er een daling van optimale vitaliteit van 18,3% (2004) naar 18,1% (2008) naar 15,6% (2013).

We stellen vast dat de cijfers voor de gezinsenquête voor 2016 lager zijn dan de meest recente cijfers voor het Vlaams Gewest en zelfs lager dan de meest recente cijfers voor België. Om dit laatste te illustreren geven we de antwoorden op het item 'moe' van de vitaliteitsschaal weer. Voor België antwoordde in 2006 43% van de



respondenten dat ze zich zelden of nooit moe voelden (European Commission, 2006); in 2010 was dit nog slechts 27% (European Commission, 2010). In de gezinsenquête voelt nog slechts 17% van de respondenten zich zelden of nooit moe en 83% voelt zich soms, meestal of altijd moe.

## 6 SAMENHANG TUSSEN GEZINSINTERACTIES, SOCIALE RELATIES EN PSYCHISCH WELZIJN

We bekijken eerst de mate waarin de verschillende indicatoren voor gezinsinteracties, sociale relaties, psychische gezondheid en vitaliteit samenhangen. Daarna illustreren we de verbanden tussen sociale relaties en psychisch welzijn (psychische gezondheid en vitaliteit) bij twee specifieke doelgroepen die een verhoogde kwetsbaarheid hebben: (1) mantelzorgers en (2) respondenten die aangeven een slechte subjectieve gezondheid te ervaren.

### 6.1 INTERCORRELATIES VOOR PSYCHISCHE GEZONDHEID, VITALITEIT, GEZINSINTERACTIES, SOCIALE RELATIES, SOCIAAL LEVEN EN SUBJECTIEVE GEZONDHEID

Uit tabel 10 blijkt dat de grootste samenhang wordt waargenomen tussen de twee schalen van psychisch welzijn namelijk psychische gezondheid en vitaliteit ( $\rho = 0,69$ ). Beide schalen hangen ook samen met de schalen tevredenheid met het sociale leven ( $\rho = 0,44$  en  $\rho = 0,39$  respectievelijk), gezinsinteracties ( $\rho = 0,38$  en  $\rho = 0,28$  respectievelijk), deelname aan het sociale leven ( $\rho = -0,21$  en  $\rho = -0,22$  respectievelijk) en ervaren gezondheid ( $\rho = -0,42$  en  $\rho = -0,49$  respectievelijk). Deze laatste correlaties zijn negatief en wijzen erop dat een hoge mate van psychisch welzijn gerelateerd is aan een hogere deelname aan het sociale leven en een hogere mate van ervaren gezondheid. Een slecht ervaren gezondheid hangt samen met een lage tevredenheid met het sociale leven ( $\rho = -0,26$ ) en een beperkte deelname aan het sociale leven ( $\rho = 0,16$ ). Deze correlatie geeft verbanden tussen slechts twee kenmerken.

Tabel 10. Intercorrelaties voor psychische gezondheid, vitaliteit, gezinsinteracties, sociale leven, sociale relaties en subjectieve gezondheid ( $n = 2.440$ )

	Psychische gezondheid (1)	Vitaliteit (1)	Gezinsinteracties (1)	Tevreden sociaal leven (1)	Deelname sociale activiteiten (2)	Subjectieve gezondheid (3)
<b>Psychische gezondheid</b>	1	0,692**	0,381**	0,444**	-0,215**	-0,417**
<b>Vitaliteit</b>		1	0,278**	0,391**	-0,225**	-0,492**
<b>Gezinsinteracties</b>			1	0,295**	-0,155**	-0,184**
<b>Tevreden sociaal leven</b>				1	-0,387**	-0,259**
<b>Deelname sociale activiteiten</b>					1	0,162**
<b>Subjectieve gezondheid</b>						1

Significantieniveau: \*\*  $p < 0,01$ ; (1) 100 puntenschaal (hoe hoger, hoe beter), (2) score 1 'bijna dagelijks' tot 5 'zelden of nooit'; (3) score 1 'zeer goed' tot 5 'zeer slecht'.

BRON: GEZINSENQUÊTE 2016

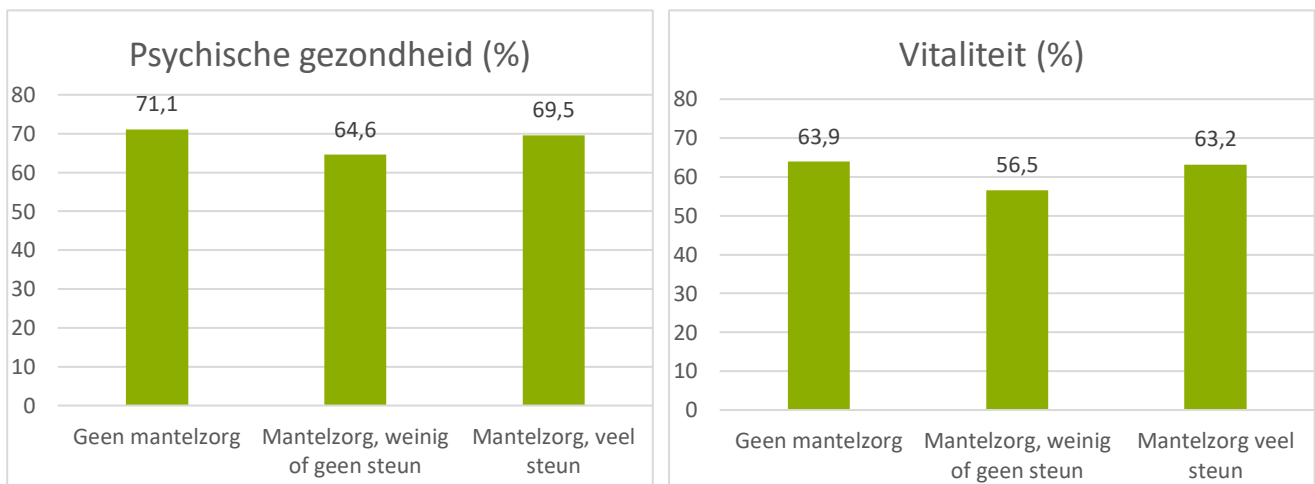
## 6.2 MANTELZORG EN HET BELANG VAN SOCIALE RELATIES VOOR HET PSYCHISCH WELZIJN

Om de samenhang tussen sociale relaties en het psychisch welzijn na te gaan toetsen we, met een univariaat 'general linear model' (SPSS 25 Complex Samples), of de gemiddelde score voor psychische gezondheid en vitaliteit, significant verschillend zijn bij de volgende drie groepen respondenten:

- de respondenten die aangaven dat de vraag over mantelzorg voor hen niet van toepassing was (groep 0,  $n = 1.427$ );
- de respondenten die aangaven dat mantelzorg van toepassing was (of ooit geweest is) en die zich hierbij helemaal niet of slechts een beetje gesteund voelen (groep 1:  $n = 190$ );
- de respondenten die aangaven dat mantelzorg van toepassing was (of ooit geweest is) en die zich hierbij gesteund of erg gesteund voelen (groep 2:  $n = 85$ ).

De resultaten van de analyses (zie figuur 2) wijzen uit dat (1) mantelzorgers die geen of weinig steun ervaren, significant lager scoren dan de beide andere groepen, dat (2) er geen significante verschillen zijn tussen respondenten die geen mantelzorg opnemen en respondenten die wel mantelzorg opnemen en zich daarbij gesteund voelen ( $p < 0,05$ ). Deze resultaten wijzen op het belang van een goede sociale ondersteuning voor het psychisch welzijn bij mantelzorgers.

*Figuur 2. Psychische gezondheid en vitaliteit bij mantelzorgers met weinig of geen steun versus veel steun (percentages)*



BRON: GEZINSENQUÊTE 2016

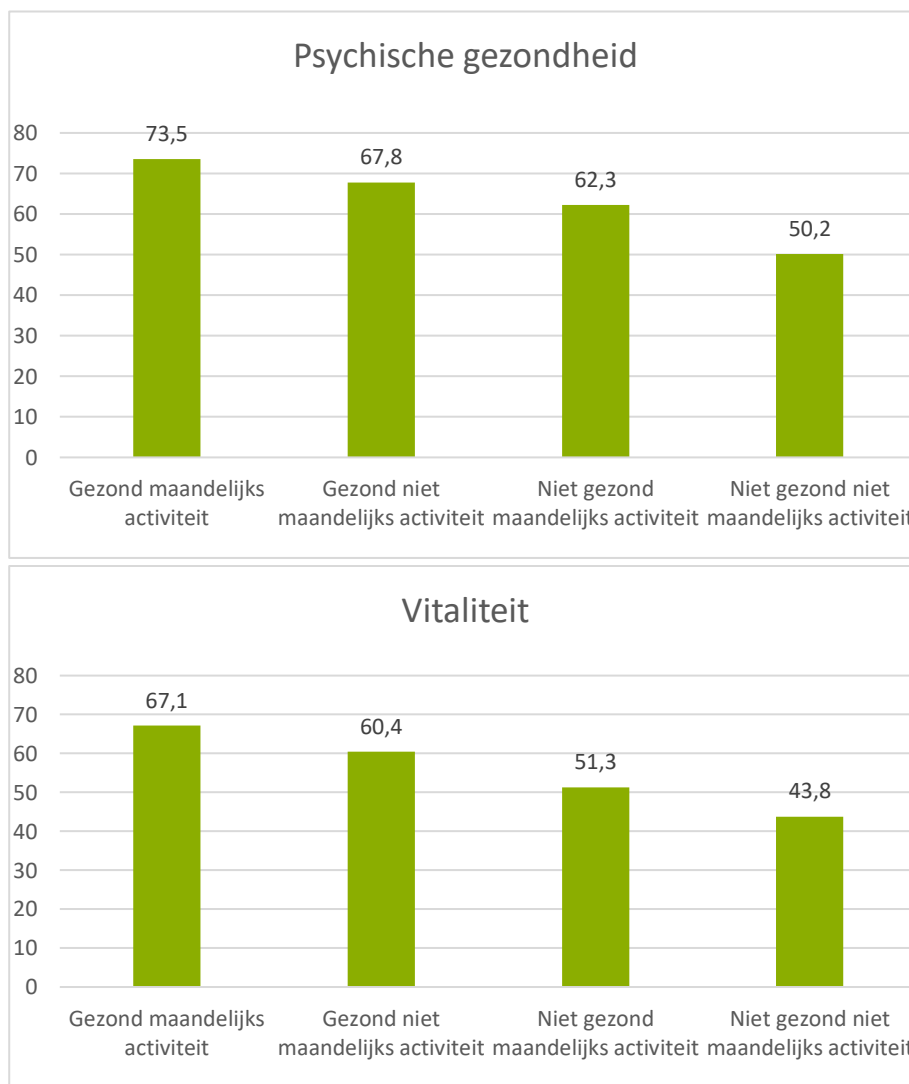
## 6.3 SLECHTE SUBJECTIEVE GEZONDHEID: DE SAMENHANG TUSSEN SOCIALE RELATIES EN PSYCHISCH WELZIJN

**Subjectieve gezondheid** werd gemeten met de vraag 'Hoe is het met uw gezondheid in het algemeen?', met als antwoordcategorie: 'zeer goed', 'goed', 'gaat wel (redelijk)', 'slecht', 'zeer slecht'. Met het percentage respondenten met **goede gezondheid** wordt verwezen naar alle respondenten die 'zeer goed' of 'goed' als antwoord gaven. Met percentage respondenten met **slechte gezondheid** wordt verwezen naar respondenten die 'gaat wel (redelijk)', 'slecht' of 'zeer slecht' als antwoord gaven (zie [ervaren gezondheid en chronische ziekte](#), Van den Bergh, 2018).

We analyseerden de verschillen in gemiddelde psychische gezondheid en vitaliteit, voor vier groepen die we samenstelden op basis van hun antwoord op de vragen over subjectieve gezondheid én de vraag over frequentie van deelname aan sociale activiteiten. De vier groepen zijn:

- de respondenten met goede subjectieve gezondheid die minstens één keer per maand deelnemen aan sociale activiteiten (groep 1);
- de respondenten met goede subjectieve gezondheid die minder dan één keer per maand deelnemen aan sociale activiteiten (groep 2);
- de respondenten met slechte subjectieve gezondheid die minstens één keer per maand deelnemen aan sociale activiteiten (groep 3);
- de respondenten met slechte subjectieve gezondheid die minder dan één keer per maand deelnemen aan sociale activiteiten (groep 4).

*Figuur 3. Psychische gezondheid en vitaliteit bij respondenten met goede en slechte psychische gezondheid die al dan niet maandelijks deelnemen aan sociale activiteiten (percentages)*



[BRON: GEZINSENQUÊTE 2016](#)

Uit de resultaten blijkt dat (1) de scores voor psychische gezondheid en vitaliteit van respondenten die een slechte subjectieve gezondheid hebben (groepen 3 en 4) lager zijn dan die van respondenten die een goede subjectieve gezondheid hebben (groepen 1 en 2); (2) in vergelijking met respondenten die niet maandelijks deelnemen aan een sociale activiteit (groep 2; groep 4), zijn respondenten die wel minstens maandelijks deelnemen psychisch gezonder en vitaler (groep 1; groep 3). Dit laatste geldt zowel voor respondenten met een goede subjectieve gezondheid (groep 1) als voor respondenten met een slechte subjectieve gezondheid (groep 3 ( $p < 0,05$ ), maar bij de laatste groepen is het verschil groter tussen respondenten die maandelijks deelnemen en respondenten die niet maandelijks deelnemen aan een sociale activiteit.

## 6.4 MULTIVARIATE ANALYSE

In een multivariate analyse wilden we nagaan welke van de indicatoren voor gezinsinteracties, sociale relaties en subjectieve gezondheid en welke van de hier besproken persoons- en gezinskenmerken echt belangrijk zijn voor het psychisch welzijn van ouders. Er werden twee reeksen multivariate modellen getoetst, één met psychische gezondheid als afhankelijke variabele, en één met vitaliteit als afhankelijke variabele. De modellen werden telkens uitgevoerd met de procedure General Linear Model (GLM) multivariaat, in SPSS 25 Complex Samples. Er werd vertrokken van een model waarin alle persoonskenmerken (leeftijd, geslacht, genoten opleiding, geloofsovertuiging) en gezinskenmerken (aantal kinderen, leeftijd van het jongste kind) als predictoren werden opgenomen. In de volgende modellen werden achtereenvolgens gezinsinteracties, tevredenheid met het sociale leven en subjectieve gezondheid toegevoegd als predictoren. Telkens werden al die predictoren behouden, waarvan de significantie van het verband  $p < 0,10$  was; alle overige predictoren werden verwijderd. De meeste predictoren zijn categorische variabelen en die werden als factor opgenomen; de continue variabelen (gezinsinteracties, tevredenheid met het sociale leven) worden als covariaten opgenomen. We gaan in deze modellen ook na hoeveel procent van de verschillen in vastgestelde psychische gezondheid en vitaliteit kan verklaard worden door de predictoren die het model zijn opgenomen. In statistische termen betreft dit dus het percentage verklaarde variantie. We eindigen telkens met het meest spaarzaam model; dit is het model waarin enkel de significante variabelen behouden blijven.

In de modellen met psychische gezondheid als afhankelijke variabele was een eerste opvallende vaststelling dat toevoeging van gezinsinteracties het percentage verklaarde variantie deed toenemen van 4,9% (in een model met geslacht, diploma, geloofsovertuiging en gezinstype als weerhouden significante persoons- en gezinskenmerken) tot 17,7%. Ten tweede bleek dat in het model waarin ook tevredenheid met het sociale leven als predictor werd toegevoegd, de variabele gezinstype niet langer een significante samenhang had met psychische gezondheid én dat de verklaarde variantie steeg tot 29,2%. Tenslotte bleek dat in het eindmodel het percentage verklaarde variantie 32,2% bedroeg. In volgorde van de sterkte van het verband waren de significante predictoren: tevredenheid met sociale leven ( $p < 0,001$ ), goede subjectieve gezondheid ( $p < 0,001$ ), positieve gezinsinteracties ( $p < 0,001$ ) en man-zijn ( $p < 0,05$ ). Deze predictoren kunnen beschouwd als factoren die bevorderend zijn voor de psychische gezondheid.

In de modellen met vitaliteit als afhankelijke variabele verklaarde het model met significante persoons- en gezinskenmerken slechts 4,8% van variantie; in dit model werden slechts leeftijd van het jongste kind en aantal kinderen niet weerhouden als significante variabelen. Toevoeging van de predictor gezinsinteracties bracht het percentage verklaarde variantie op 11,8% en toevoeging van tevredenheid met het sociale leven bracht dit percentage op 20,9%. Het eindmodel, waarin ook subjectieve gezondheid als predictor werd toegevoegd, verklaart 29,9% van de variantie. Dit model lijkt sterk op dat van psychische gezondheid in die zin dat dezelfde predictoren als bevorderende factoren kunnen gezien worden voor deze twee aspecten van psychisch welzijn. Er is echter wel een verschil in volgorde van belang van de predictoren. Voor vitaliteit vertoont subjectieve gezondheid ( $p < 0,001$ ) de sterkste samenhang vertoont, daarna tevredenheid met het sociale leven ( $p < 0,001$ ), daarna positieve gezinsinteracties ( $p < 0,001$ ) en tenslotte van het mannelijk geslacht zijn ( $p < 0,05$ ).

Onze resultaten tonen aan dat dat tevredenheid met het sociale leven, positieve gezinsinteracties, goede subjectieve gezondheid en van het mannelijk geslacht zijn belangrijker bevorderende factoren zijn voor zowel psychische gezondheid als vitaliteit, dan leeftijd, diploma, herkomst, religie, aantal kinderen, leeftijd van het jongste kind, gehuwd, ongehuwd, alleenstaande ouder zijn, of (nieuw) samengesteld gezin zijn. De genoemde persoons- en gezinskenmerken vertonen in de multivariate analyses immers geen significant verband met psychische gezondheid of vitaliteit wanneer we tevredenheid met het sociaal leven, gezinsinteracties en subjectieve gezondheid toevoegen in het statistisch model.

## 7 BESLUIT

De kracht van de gegevens over psychische gezondheid en vitaliteit die we in deze bijdrage hebben geanalyseerd, schuilt in het feit dat gebruik werd gemaakt van gestandaardiseerde meetinstrumenten die ook in internationale en Europese context gebruikt werden én in het feit dat we konden nagaan in welke mate positieve gezinsinteracties, sociale relaties en subjectieve gezondheid samenhangen met het psychisch welzijn.

### 7.1 SAMENVATTING VAN DE RESULTATEN

De gemiddelde score op 100 bedraagt 78,6 voor gezinsinteracties, 72,8 voor tevredenheid met sociale relaties, 70,2 voor psychische gezondheid en 62,8 voor vitaliteit. Deze vier indicatoren hangen onderling sterk samen.

Een opvallende vaststelling betreffende **gezinsinteracties** was het zeer hoge percentage respondenten - tussen 86% en 93% - dat er blijk van geeft dat in hun gezin de *gezinsleden elkaar vertrouwen, op elkaars steun kunnen rekenen bij moeilijkheden en zich geaccepteerd voelen*. Anderzijds is er een iets lager percentage (tussen de 70% en 81%) dat aangeeft geen moeite te hebben met het uiten van angsten en zorgen, of te praten over verdriet, of de ervaring van nare en pijnlijke emoties te hebben; tussen 19% en 30% heeft hier dus wel moeite mee. 17,2% van de respondenten behaalt een score die overeenstemt met optimale gezinsinteracties

Wat **tevredenheid met sociale relaties** betreft behaalt slechts 6,9% van de respondenten een optimale score. Slechts iets meer dan de helft (56,1%) neemt wekelijks deel aan sociale activiteiten en 6,2% neemt zelden of nooit deel. Terwijl 43,7% van de respondenten op meer dan 10 personen beroep kan doen (er terecht kunnen voor hulp en steun), is er ook 14,3% die slechts op 1 tot 3 personen beroep kan doen. Dit reflecteert zich ook in cijfers over de mate waarin men zich gesteund voelt. Voor de meeste domeinen voelt 40 tot 50% van de respondenten - en voor huishoudelijke taken zelfs 80% - zich helemaal niet of maar een beetje gesteund door zijn sociale relaties. Van de 16,7% respondenten voor wie mantelzorg (ooit) van toepassing was, voelt 70% zich helemaal niet of maar een beetje ondersteund. Van de 67% respondenten die (ooit) problemen in hun relatie ervaren, is er 43,2% die helemaal geen of maar een beetje steun ondervindt in het sociale netwerk.

Van alle respondenten die de moeite deden om een antwoord te formuleren op de open vraag over de sociale relaties - dat was weliswaar maar 29,6 % - is er 97,6% die één of andere tekortkoming of iets wat ze willen veranderd zien in hun sociale leven, rapporteert. Tevens rapporteert bijna de helft van deze respondenten dat ze té weinig tijd hebben of dat ze meer tijd willen die ze kunnen doorbrengen met vrienden, familie, gezin, voor culturele activiteiten, om te sporten, ....

Wat het psychisch welzijn betreft rapporteert de meerderheid van de respondenten - tussen 61,9% en 80,2%, afhankelijk van de gebruikte drempelwaarde – zich **psychisch gezond** te voelen. 9,8% rapporteert een optimale psychische gezondheid te hebben. Iets meer dan de helft van de respondenten - 55,6% - scoort niet ondermaats voor **vitaliteit** en 15,9% van de respondenten heeft een optimale vitaliteit. Voor gezinsinteracties en sociale relaties zijn geen drempelwaarden gekend en kunnen we enkel een uitspraak doen over het percentage dat een optimale score heeft. Voor gezinsinteracties ligt dit percentage op 17,2% en voor sociale relaties op 6,9%.

De multivariate analyses tonen het relatieve belang aan van variabelen die een samenhang vertonen met psychisch welzijn. Voor psychische gezondheid, vertoont de tevredenheid met het sociale leven de sterkste samenhang en verder subjectieve gezondheid, positieve gezinsinteracties en geslacht. Voor vitaliteit komt subjectieve gezondheid op de eerste plaats daarna tevredenheid met het sociaal leven en daarna positieve gezinsinteracties en geslacht.

## 7.2 METHODOLOGISCHE REFLECTIES

De analyses die we uitvoerden bleken zeer relevante informatie te bieden over gezinsinteracties, het sociale leven en het psychisch welzijn van de steekproef en de beoogde populatie. Toch is het nodig een aantal kritische kanttekeningen te plaatsen: we spitsen deze in hoofdzaak toe op de meting van psychisch welzijn.

Met uitspraken als *'There is no health without mental health.'* benadrukt de Wereldgezondheidsorganisatie ((WHO, 2018)) de sterke samenhang tussen lichamelijke en psychische gezondheid. Net zoals voor gezondheid in het algemeen, benadrukt de WHO dat psychisch welzijn meer is dan afwezigheid van ziekte *'Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity'*. Het is ook duidelijk dat de Wereldgezondheidsorganisatie psychisch welzijn heel ruim opvat: *'Mental health is defined as a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community'* (WHO, 2018).

We wijzen erop dat aan de subschalen psychische gezondheid en vitaliteit *niet zo'n ruime definitie van psychisch welzijn* ten grondslag ligt als aan de WHO definitie. Er wordt met die schalen immers niet gepeild naar aspecten van het ontwikkelen van eigen potentieel, productief zijn of een bijdrage leveren aan de maatschappij. Er wordt in de literatuur gewezen op de relevantie van het meten van psychisch welzijn in de ruime zin van het woord (bijvoorbeeld Corijn, 2016; Huppert & So, 2013; Keyes, 2002; Michaelson et al., 2009; OESO, 2013). Aangezien in de vragenlijst van de gezinsenquête reeds heel wat thema's werden bevraagd, werd geoordeeld dat een ruimere meting van psychisch welzijn dan op basis van de schalen psychische gezondheid en vitaliteit, niet mogelijk was.

Het psychisch welzijn werd dus gemeten via *zelfrapportering*. De twee schalen uit de SF-36/Rand-36 die in de gezinsenquête gebruikt werden hebben hun beperkingen, maar deze gelden voor de meeste schalen die via zelfrapportering peilen naar gevoelens (Huppert & So, 2013). Tegenover het gebruik van één enkel item om de tevredenheid met het leven te meten, zoals in het recente rapport van het Federaal Planbureau (INR/FBP, 2018; Joskin, 2017) biedt het gebruik van schalen met goede psychometrische kwaliteiten voordelen (Huppert & So, 2013). Binnen één steekproef van respondenten die in dezelfde culturele context leven en wonen, kunnen subgroepen wel op een zinvolle wijze met elkaar vergeleken worden met de gebruikte schalen (Barry e.a., 2009).

We kozen ervoor om de gemiddelde scores van alle respondenten, omgezet naar een schaal van 1 tot 100, als belangrijkste indicatoren voor psychische gezondheid en vitaliteit te gebruiken. Dit is een gebruikelijke strategie in onderzoek met SF-36/Rand-36 schalen. Om de prevalentie te kennen van mensen die in de laatste maand psychische problemen hadden en mensen die te weinig energie hadden/bovenmatig vermoeid waren, werden drempelwaarden gebruikt. Drempelwaarden hebben hun nut bewezen in klinisch onderzoek, waar men bijvoorbeeld afkappingspunten berekende voor groepen personen met een specifieke pathologie. Indien de cijfers met het nodige voorbehoud worden gebruikt, kunnen ze ook nuttig zijn in surveys zoals HIS België en de gezinsenquête, om bepaalde trends vast te stellen (Gisle, 2014; Barry e.a., 2009). Daarnaast is het ook relevant om te weten wat de prevalentie is van mensen die een optimale score hebben. Deze optimale score werd berekend als het percentage respondenten die een score ruim boven de gemiddelde score haalt, namelijk boven



de gemiddelde waarde plus één standaarddeviatie (Barry, 2009; Gisle, 2014; Lavikainen, 2006; Lehtinen e.a., 2005; Van Lente 2012).

Tenslotte wijzen we erop dat we in deze bijdrage enkel de antwoorden van óf de moeder óf de vader hebben geanalyseerd. Voor de schaal die wij afnamen om gezinsinteracties te meten, werden bijvoorbeeld discrepanties gevonden tussen scores van moeders en vaders (Akister & Stevenson-Hinde, 1991). Het voorbehoud bij het interpreteren van onze resultaten geldt ook voor andere schalen, aangezien ze slechts de perceptie van één van beide ouders in het gezin weergeven. In de gezinsenquête werd echter ook de partner bevraagd, maar een analyse van discrepanties tussen partners valt buiten het bestek van deze bijdrage.

### 7.3 DE DISCREPANTIE TUSSEN WELVAART EN WELZIJN

Op basis van onze resultaten kunnen we stellen dat het eigenlijk niet zo best gaat met het psychisch welzijn van ouders, of, positief uitgedrukt: 'Er is ruimte voor verbetering'. Op basis van een onrechtstreekse vergelijking van onze resultaten met die van andere studies menen we te kunnen vaststellen dat onze resultaten in dezelfde lijn liggen als die van het recente rapport van het Federaal Planbureau (INR/FBP, 2018). Dit betekent dat het psychisch welzijn erop achteruit gaat. Immers, op basis van de HIS-studie werd voor vitaliteit én voor optimale vitaliteit een dalende trend vastgesteld zowel voor België als voor het Vlaams Gewest (zie figuur 1); de vitaliteitscores die we in de gezinsenquête bekwamen liggen nog lager dan die van de HIS-studie uit 2013 (Drieskens e.a.).

De discrepantie tussen welvaart en welzijn is een welgekend fenomeen en wordt aangeduid als '*de paradox van Easterlin*' (Easterlin, 1974). Deze paradox is het onderwerp van heel wat economische en sociologische studies en een belangrijke topic van het gezondheidsbeleid in de meeste landen. In het laatste World Happiness Report (Helliwel, Layard & Sachs, 2018) dat verscheen op 14 maart 2018, komt deze paradox eveneens aan bod. Sachs (2018) onderzoekt deze paradox voor de situatie in Amerika. De situatie die Sachs voor Amerika schetst zal zeker niet helemaal samenvallen met de evoluties die in België en Vlaanderen gelden; ze sluit er hoogstens gedeeltelijk bij aan. Toch zijn de trends die hij vaststelt ook bij ons aanwezig - zei het in minder extreme vorm - en in die zin is zijn analyse nuttig voor de situatie in onze samenleving. Het is trouwens het vermelden waard dat België in 2018 op de 16<sup>de</sup> plaats in de 'Ranking of Happiness 2015-2017' staat en daarmee één positie steeg ten opzichte van de ranking in het rapport van 2017.

Uitgaande van de hypothese dat de negatieve evolutie van factoren die niet gerelateerd zijn aan het inkomen ten grondslag liggen aan de paradox van Easterlin, beschrijft hij drie epidemieën die hij verantwoordelijk acht voor de daling van het subjectieve welzijn in Amerika. Hij wijst aan: (1) de toename van obesitas, die erg extreem is in Amerika ('the Obesity Epidemic'); (2) het gebruik en misbruik van middelen, en dan specifiek van opioïden ('the Opioid Epidemic'); opiaten of opioïden zijn een groep van drugs met een pijnstillende werking die vaak ook een verdovende, kalmerende en euforische werking hebben; (3) 'the Depression Epidemic', die in Amerika meer uitgesproken is dan in Europese landen.

Sachs (2018) onderstreept dat deze drie epidemieën zeer nefaste gevolgen hebben voor het subjectief welzijn. Hij wijst vijf oorzaken aan die ten grondslag liggen aan deze drie epidemieën in Amerika: (1) inkomensongelijkheid; (2) het feit dat deze drie epidemieën elkaar wederzijds beïnvloeden en versterken; (3) het inadequate systeem van gezondheidszorg; (4) het corporatisme, met als voorbeelden de voedselindustrie (met veel te hoog gebruik van suikeradditieven en andere obesogene middelen) en de farmaceutische industrie (met lobbyen en agressieve marketingstrategieën); (5) nieuwe sociale media. Deze lijst is niet exhaustief, maar geeft enkel een aantal belangrijke onderliggende factoren weer die de discrepantie tussen welvaart en welzijn kunnen verklaren. Het gaat steeds om een geheel van factoren. Wat bijvoorbeeld de oorzaken van de toename in depressie betreft, wijst Sachs(2018, blz. 154) erop : '*They may include sociological factors (decline in social support systems, more loneliness), economic factors (rising inequality of income, financial crisis, economic*

*stress), shifting cultural norms (more materialism), biophysical factors (declining physical activity, sugar addiction and other dietary changes, obesity, less time spent in open sunlight), technological facts (time spent on social media and electronic devices such as smartphones), or other causes still to be identified*'. Deze factoren spelen ongetwijfeld ook een rol in de daling van het psychisch welzijn bij ouders in de beoogde populatie van de gezinsenquête, en in onze samenleving in het algemeen.

Sachs (2018) meent verder dat een beleid dat de drie epidemieën gericht 'top-down' aanpakt én dat terzelfdertijd 'bottom-up' programma's in het gezin, de school, de werkplek, de buurt en leefomgeving ondersteunt, kan helpen om het persoonlijke welzijn te bevorderen. Wat deze visie betreft, zien we gelijkenissen met belangrijke recente initiatieven in Vlaanderen, zoals de 'Visie 2050' (Vlaamse Regering, 2016, 2017a). In de conceptnota aan de Vlaamse Regering 'Startnota transitieprioriteit Zorg en Samenleven 2050' worden de transitie in zorg en welzijn beschreven die moeten bijdragen aan de realisatie van de 'Visie 2050' (Vlaamse Regering, 2017b). Het advies van de strategische adviesraad WGG (SARWGG, 2017b) sluit aan bij de analyse van Sachs. SARWGG (2017b) 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 individueel gedrag en de leefstijl liggen, dienen ook aangepakt te worden (SARWGG, 2017a). Immers, gezondheidsgedragingen worden steeds minder beschouwd als individuele handwijzen (van Oyen, Deboosere, Lorant, Charafeddine & 2011). Volgens het principe van *'health and well-being in all policies'* vergt het werken aan de gezondheid en het welzijn in alle gezinnen en voor alle burgers, een geïntegreerde aanpak. De reden voor een geïntegreerde aanpak zal zich nog sterker opdringen vanuit de kritische maatschappijanalyse van de Koreaans-Duits filosoof Byung-Chul Han, die in de volgende subparagraaf besproken wordt.

## 7.4 'DE VERMOEIDE SAMENLEVING'

De resultaten over psychische gezondheid en vitaliteit kwamen niet als een totale verrassing. Dit wil niet zeggen dat ze niet verontrustend zijn. We kunnen ons afvragen of het antwoord op de vraag of de resultaten verontrustend zijn, samenhangt met wat men met de samenleving voor ogen heeft. We kunnen ons ook afvragen op welke wijze een welzijnsbeleid met deze eventuele verontrusting kan omgaan of hoe zij in elk geval het psychisch welzijn van ouders en van de bevolking in het algemeen kan bevorderen.

We merken op dat in het Eurobarometer (EB)-studie van 2006 reeds wordt gesteld dat de vermoeidheid in Europa erg hoog is. In hun analyse is vermoeidheid tevens het meest voorkomend symptoom van psychisch onwelzijn. Het verbaast ons dat we geen publicaties vinden, waarin het percentage respondenten dat onder de drempelwaarde scoort voor de schaal vitaliteit Dit verbaast ons omdat de drempelwaarde wel degelijk vermeld wordt in het methodologisch rapport van de EHIS, golf 1 (Eurostat, 2013). Mogelijks heeft het te maken met het feit dat deze schaal in EHIS, golf 2 niet langer gebruikt wordt. Toch vragen we ons af of we kunnen besluiten dat men ervan uitgaat dat vermoeidheid inherent is aan het leven in een 'prestatimaatschappij'.

In elk geval sluiten de vastgestelde resultaten - vooral deze met betrekking tot vitaliteit - aan bij de analyse van Han (Han, 2014, 2015a, 2015b). In zijn boek getiteld 'De vermoeide samenleving.' maakt Han een analyse van de keerzijden van onze huidige samenleving. Hij evalueert daartoe een aantal kenmerken van de prestatimaatschappij. Hoewel het ons als zeer gewoon overkomt dat ons handelen bepaald wordt door projecten, initiatieven en motivatie, is dit minder ongevaarlijk dan het op het eerste zicht lijkt. Het handelen van het individu staat in het teken van zoveel mogelijk productie en consumptie. Het maakt van individuen prestatiesubjecten, die voortdurend blootstaan aan informatie, prikkels en impulsen. Hij gaat nog een stap verder en betoogt dat de roep om motivatie, initiatief en project 'de uitbuiting van zichzelf' bevordert. Han meent dat het prestatiesubject zichzelf een zware druk oplegt, maar dat de opgelegde druk niet als dusdanig wordt herkend omdat hij deze ziet als vrijheid. Want, zo betoogt hij *"het neoliberale regime verbergt zijn dwingelandij achter de schijnvrijheid van het individu, dat zichzelf niet meer ziet als onderworpen, maar als eigen ontwerp, niet meer als een subject, maar als een project. Dit is de listige truc van dit regime"* (Han, 2014, blz.

118). Het prestatiesubject is vrij in de zin dat het niet meer onderworpen is aan een bevelende en uitbuitende ander. Toch, echt vrij is het niet: het subject buit zichzelf uit, uit eigen vrije wil. Volgens Han levert het prestatie-subject zich over aan de 'dwingende vrijheid' of 'de vrijwillige dwang' om zijn prestatie te maximaliseren. In zijn boek 'Psychopolitiek' (Han, 2015a) gaat hij opnieuw in op het 'neoliberalisme en nieuwe machts-technieken'. Hij kaart aan dat prestatiedwang, evenals het gevoel 'transparant' te moeten zijn, nieuwe onvrijheden met zich meebrengt. Hij ziet ook een probleem in de permanente zelfoptimalisering. Workshops en seminaries over zelfmanagement en persoonlijke ontwikkeling, die al een aantal jaren erg in zijn, beloven een grenzeloze zelfoptimalisering en efficiëntieverhoging. Dient deze "*constant never ending improvement*" niet vooral het perfect functioneren van het systeem? Hij meent dat zelfoptimalisering niet gedreven wordt door de zorg om het goede leven, maar uit de 'logica van het kwantificeerbare marktsucces" (Han, 2015a, blz. 37). "Niet alleen de arbeidstijd maar de hele persoon, alle aandacht, ja het leven zelf wordt uitgebuit" (Han, 2015a, blz.37). Hij ziet fanatieke trekken in de ideologie van de zelfoptimalisering. In zijn kritiek op 'het dictaat van het positivisme' maakt hij ook een vergelijking met godsdiensten. Zo stelt hij dat het eindeloze werk aan het ik, lijkt op een protestants zelfonderzoek, maar in plaats van zonden wordt er gespeurd naar negatieve gedachten (Han, 2015a, blz. 38). Blokkeringen, zwakheden of foutjes moeten door therapieën weggewerkt worden. Hij betoogt dat deze permanente zelfoptimalisering, die dus samenvalt met de optimalisering van het systeem, destructief is en leidt tot geestelijke ineenstorting.

Vanuit dit kader schetst Han (2014, 2015a,b) hoe de toename van depressies en burn-out in onze samenleving kan begrepen worden. Het neoliberale regime luidde volgens hem het tijdperk van uitputting in. Omdat het de psyche is die uitgebuit wordt, is dit tijdperk vergezeld van psychische aandoeningen (Han 2015a, blz. 38). Alain Ehrenberg (2008) citerend, schrijft Han: "*De opkomst van de depressie begint op het moment dat het disciplinerende model van gedragsbeïnvloeding, dat autoritair en gebiedend de sociale klassen en de beide geslachten hun plaats en rol wees, werd losgelaten ten gunste van een norm die het individu aanspoort tot persoonlijk initiatief en hem verplicht zichzelf te worden (...). De depressieve haalt het net niet, hij raakt uitgeput van de inspanning zichzelf te moeten zijn.*" (Han, 2014, blz. 19). Han gaat een stap verder dan Ehrenberg. Bij Ehrenberg zal depressie vooral voortkomen uit de maatschappelijke opdracht om steeds aan zichzelf te werken. Ehrenberg ziet depressie als "*de pathologische uitdrukkingsvorm van de laatmoderne mens die het er niet in slaagt zichzelf te worden.*" (Han, 2014, blz.19). Volgens Han is het niet zozeer de imperatief om aan jezelf te werken maar de prestatiedruk die leidt tot uitputtingsdepressie. Hij meent dat de prestatie maatschappij beheerst wordt door het werkwoord "kunnen". "*Het 'Je kunt het!' leidt tot de zware druk die het prestatiesubject zichzelf oplegt en waaronder het vervolgens bezwijkt.*" (Han, 2014, blz. 119). De depressie zou dan tevoorschijn komen als het subject niet meer kan "kunnen". "*Het niet-meer-kunnen-kunnen leidt tot destructieve zelfverwijten en autoagressie; het prestatiesubject is in oorlog met zichzelf.*" (Han, 2014, blz. 19). Niet alleen leidt dus de bedrijvige prestatie maatschappij tot vermoeidheid en uitputting, wie faalt, heeft het bovendien aan zichzelf te wijten: het is zijn eigen schuld en hij moet er maar mee zien te leven. Hij kan niemand verantwoordelijk stellen voor zijn schuld en er is dus ook geen kans op kwijtschelding of vrijspraak (Han, 2014, blz. 119).

Han schetst ook hoe depressie voortkomt uit 'bindingsarmoede'; hij ziet die als kenmerkend voor de toenemende fragmentatie en de verbrokkeling van het sociale. Han pleit voor gelatenheid waarin sociale relaties tot ontspannenheid komen. Bij de authentieke zorg voor het goede leven hoort ook het geslaagde samenleven. (Han, 2014, blz 23).

In zijn boek 'The burn-out society' dat verscheen in augustus 2015 gaat hij in op de vaststelling dat multitasking en 'users-friendly' technologie niet echt een verbetering van het welzijn en het leven inhouden. Zoals in zijn vorige boeken ziet hij de huidige voortschrijdende malaise als het onvermogen om om te gaan met negativiteit. Han gaat er echter van uit dat een mens zich niet compleet aan het positivisme onderwerpt. Een leven bestaat niet uit louter positieve emoties (Han, 2015a, blz.38). Hoewel negativiteit evenzeer verbonden is met het leven

als positiviteit, leert men er in dit tijdperk van overdreven positiviteit niet echt mee omgaan. Men leeft met torenhoge (positieve) verwachtingen; het is niet moeilijk om te begrijpen dat deze vaak met ontgoochelingen en frustraties gepaard gaan en tot depressie kunnen leiden.

Een belangrijke vaststelling van Han (2015b) is dat stress en uitputting niet enkel persoonlijke ervaringen zijn, maar sociale en historische fenomenen. Dit is belangrijk, want juist door de erkenning dat stress een structureel probleem is, is het mogelijk voor individuen om de schuld bij falen (men kan de prestatiedruk niet altijd aan) niet uitsluitend, of niet alleen bij zichzelf te leggen. Structurele problemen vragen ook om structurele oplossingen. Een geïntegreerd welzijns- en gezinsbeleid heeft daarin een belangrijke taak te vervullen.

## 7.5 HOE ZORGZA(A)M(ER) SAMENLEVEN IN GEZINNEN?

Om beleidsmaatregelen die een impact hebben op het welzijn van gezinsleden in onze huidige samenleving aan bod te brengen, sluiten we voornamelijk aan bij recente beleidsopties en visies (Vlaams Parlement 2017; Vlaamse Regering 2016, 2017a,b), adviezen van de Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin (SARWGG, 2015, 2017a,b,c) alsook bij 'Het gezin in Vlaanderen 2.0' (Luyten, Eggermont & Emmery, 2017).

We schetsen vooreerst wat als kenmerkend wordt gezien voor gezinsrelaties, ook in de huidige samenleving. Luyten, Van Crombrugge & Emmery (2017) omschrijven het bijzondere van gezinsrelaties op de volgende wijze: *'Gezinsbanden en familiale banden kennen een vanzelfsprekende solidariteitsband, loyaliteit, verbondenheid en een bezorgdheid. In een gezin zijn er solidariteitsrelaties met diepe persoonlijke bindingen en reciprociteit, het zorgen voor elkaar is wederkerig. Gezinnen zijn geen willekeurige sociale netwerken. Hoewel gezinnen vloeibaar en flexibel zijn en bijzonder kwetsbaar, kenmerken gezinnen zich toch als een sterk netwerk waarvan de leden spontaan kunnen rekenen op solidaire ondersteuning, opvang en zorg. Gezinsrelaties zijn niet vrijblijvend en blijvend.' ... 'Partnerschap houdt een vrije keuze in, terwijl afstamming geen vrije keuze is. Toch wordt ook partnerschap (aanverwantschap) naargelang de relatie duurzamer en zeker wanneer er sprake is van kinderen steeds meer een gegeven, een familieband. Ook aanverwanten zijn familie.'* (Luyten, Van Crombrugge & Emmery, 2017, p. 281)

In de gezinsenquête vonden we dat op de schaal gezinsinteracties hoge scores werden behaald voor items die peilen naar vertrouwen, acceptatie, steun bij moeilijkheden. In die zin zouden ze kunnen gezien worden als een illustratie van bovenstaande beschrijving van gezinsinteracties. Hierbij dient opgemerkt dat we niet beschikken over de mogelijkheid om te onderzoeken of ze zelfselectie ertoe heeft geleid dat vooral gezinnen met vertrouwensvolle gezinsbanden hebben deelgenomen aan de gezinsenquête.

Hoe zal de vermaatschappelijking van de zorg in de toekomst gestalte krijgen? Wie draagt nu die zorg voor wie? En wie zal in de toekomst voor wie zorg dragen? Onze resultaten wijzen erop dat ouders nu al kreunen onder de zorg die ze opnemen. Immers, 83% voelt zich soms, vaak of altijd vermoeid. De helft van de respondenten die op de open vraag over het sociale leven antwoordden geeft aan dat ze 'te weinig tijd' hebben. De bijkomende analyse gericht op kwetsbare groepen ouders, toonde de relevantie aan van ondersteunende sociale relaties bij respondenten die een gezin combineren met mantelzorg en bij respondenten met een slechte subjectieve gezondheid. Het feit dat ook bij respondenten met een goede subjectieve gezondheid, het psychisch welzijn een positieve samenhang vertoont met tevredenheid met sociale relaties sluit aan bij de resultaten van de multivariate analyses: tevredenheid met het sociale leven is een zeer belangrijke factor voor psychische gezondheid. We herhalen wat we hogerop reeds schreven: dat Han (2014, blz. 23) pleit voor gelatenheid waarin sociale relaties tot ontspannenheid komen én dat hij stelt dat bij authentieke zorg voor het goede, ook het geslaagde samenleven hoort. Het is een sterkte van de gezinsenquête dat we het belang van sociale contacten, alsook dat van positieve gezinsinteracties, voor het psychisch welzijn konden aantonen. Hierbij mag uiteraard

niet uit het oog worden verloren dat het om een wederzijdse samenhang gaat: mensen met een goed psychisch welzijn onderhouden hun sociale contacten beter en ervaren positievere gezinsinteracties).

We stellen vast dat in recente beleidsvisies voor een horizontaal beleid wordt gepleit. Dit geldt zeker voor de Vlaamse gezondheidsdoelstelling 'Gezonder Leven' (Vlaamse Regering, 2017a) en de 'Visie 2050: een lange-termijnstrategie voor Vlaanderen', waarin 'sociale cohesie' en 'vermaatschappelijking' twee kernthema's zijn (Vlaamse Regering, 2016). De SAR WGG 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 (SAR WGG, 2017a). Immers, gezondheidsgedragingen worden steeds minder beschouwd als individuele handswijzen (zie van Oyen, Deboosere, Lorant & Charafeddine, 2011). Het strategisch plan 'De Vlaming leeft gezonder in 2025', horend bij de Vlaamse gezondheidsdoelstelling Gezonder leven 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 SAR WGG (2017c) onderschrijft dat het beleidsdomein Welzijn Volksgezondheid en Gezin 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 aan een overkoepelende strategie om welzijn, gezondheids- en gezinsproblemen bij de bevolking doeltreffend aan te pakken. De resultaten van de gezinsenquête en de in het besluit gevoerde discussie benadrukken de nood hieraan. We onderstrepen het belang dat de SAR WGG (2015, 2017 a, b, c) in zijn advies telkens hecht aan een structurele aanpak die complementair moet zijn aan de persoonsgerichte aanpak. Mede gebaseerd op de maatschappij-kritische analyse van Han kunnen we stellen dat dit een prioritair aandachtspunt dient te zijn.

## 8 REFERENTIES

- Akister, J. & Stevenson-Hinde, J. (1991), *Identifying families at risk: exploring the potential of the McMaster Family Assessment Device*. Journal of Family Therapy, 13: 411–421. doi:10.1046/j.1991.00437.x
- Audenaert, V. & Stuyck, K. (2018a). *Gezinsenquête 2016: Wie nam deel aan de gezinsenquête?* [www.gezinsenquête.be](http://www.gezinsenquête.be)
- Audenaert, V. & Stuyck, K. (2018b) *Gezinsenquête 2016: Methodologisch Rapport*. [www.gezinsenquête.be](http://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 kinderwens en wat men liever anders had gezien in de samenstelling van het gezin*. [www.gezinsenquête.be](http://www.gezinsenquête.be)
- Audenaert, V. (2018). *Gezinsenquête 2016: De taakverdeling in het gezin. Gezinnen in Vlaanderen over de verdeling van de zorg voor de kinderen, betaalde en onbetaalde hulp bij de opvang van de kinderen, een eerlijke verdeling van de zorgtaken en de huishoudelijke taken en het opnemen van mantelzorg*. [www.gezinsenquête.be](http://www.gezinsenquête.be)
- Barry, M. M. (2009). *Addressing the Determinants of Positive Mental Health: Concepts, Evidence and Practice*. International Journal of Mental Health Promotion, 11(3), 4-17. doi: 10.1080/14623730.2009.9721788
- Barry, M.M., Van Lente, E., Molcho, M., Morgan, K., McGee, H., Conroy, R.M., Watson, D., Shelley, E. and Perry, I. (2009) *SLÁN 2007: Survey of Lifestyle, Attitudes and Nutrition in Ireland*. Mental Health and Social Well-being Report, Department of Health and Children. Dublin: The Stationery Office.



- Bronse laer J., Demeyer, B., Vandezande, V, Vanden Boer, L. (2018). *Wat weten we (niet) over informele zorg in Vlaanderen?* Brussel: Departement Welzijn, Volksgezondheid & Gezin.
- Corijn, M. (2016). *De gezinsdimensie in de psychische gezondheid*. SVR 2016/3. Brussel: Studiedienst Vlaamse Regering, Departement Kanselarij en Bestuur. D/2016/3241/216.
- 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/>
- Driessen, M (2011). *Geestelijke ongezondheid in Nederland in kaart gebracht. Een beschrijving van de MHI-5 in de gezondheidsmodule van het Permanent Onderzoek Leefsituatie*. Centraal Bureau voor de Statistiek. [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl)
- Emmery, K. & Pasteels, I. (2018). *Gezinsenquête 2016: De relatie met de partner. Gezinnen in Vlaanderen over de relatie met de partner, relatiekwaliteit, steun van de partner, tevredenheid met de partnerrelatie en het gebruik van relatieondersteuning*. [www.gezinsenquête.be](http://www.gezinsenquête.be)
- Easterlin, R. (1974). *Does economic growth improve the human lot? Some empirical evidence*. In P. A. David & M. W. Reder (Eds.), *Nations and Households in Economic Growth: Essays in Honor of Moses Abramovitz*, 89-125. New York:Academic Press.
- Epstein, N.B., L.M. Baldwin en D.S. Bishop (1983), *The McMaster Family Assessment Device*. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9, 171-180.
- European Commission (2006) *Mental Well-being. Special Eurobarometer 248/Wave 64.4 – TNSn Opinion and Social*. Brussels: European Commission. [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_248\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_248_en.pdf)
- European Commission (2010) *Mental Well-being. Special Eurobarometer 345/Wave 673.2 – TNS Opinion and Social*. Brussels: European Commission. [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental\\_health/docs/ebs\\_345\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/ebs_345_en.pdf)
- European Commission (2010). *Geestelijke gezondheid. Eurobarometer 73.2 Resultaten voor België*. [ebs345\\_belgium\\_nl.pdf](http://ec.europa.eu/health/mental_health/eurobarometers_en/ebs345_belgium_nl.pdf) [https://ec.europa.eu/health/mental\\_health/eurobarometers\\_en](https://ec.europa.eu/health/mental_health/eurobarometers_en)
- European Commission (2018a). *The European Core Health Indicators. (ECHI)* [http://ec.europa.eu/health/indicators/docs/echi\\_factsheet2\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/indicators/docs/echi_factsheet2_en.pdf)
- European Commission (2018b). *European Core Health Indicators. ECHI Data Tool*. DG Sante. [https://ec.europa.eu/health/indicators/echi\\_en](https://ec.europa.eu/health/indicators/echi_en)
- European Commission (2018c). *Poster European Core Health Indicators*. [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/indicators/docs/poster\\_echi\\_a0\\_2oct\\_white.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/indicators/docs/poster_echi_a0_2oct_white.pdf)
- Eurostat (2013) *European Health Interview Survey (EHIS wave 2). Methodological manual 2013 Edition. Methodological working papers*. Eurostat European commission <https://circabc.europa.eu/sd/a/20e4ad07-78a3-4873-b5b4-495ba2b0f8d6/European%20Health%20Interview%20Survey%20%28EHIS%20wave%20%29%20-%20Methodological%20manual%20-%202013%20edition.pdf>
- Eurostat (2010a). *EHIS wave 1 guidelines. Latest update: 15 January 2010. European commission, Eurostat*. Directorate F: Social Statistics and Information Society. Unit F-5: Health and food safety statistics. [http://ec.europa.eu/eurostat/documents/203647/203710/EHIS\\_wave\\_1\\_guidelines.pdf/ffbe\\_b62c-8f64-4151-938c-9ef171d148e0](http://ec.europa.eu/eurostat/documents/203647/203710/EHIS_wave_1_guidelines.pdf/ffbe_b62c-8f64-4151-938c-9ef171d148e0)
- Eurostat (2010b). *EHIS indicators guidelines. List of indicators to be computed with EHIS. Latest update November 24, 2010. European commission, Eurostat*. Directorate F: Social Statistics and Information



Society. Unit F-5: Health and food safety statistics; crime. <https://circabc.europa.eu/sd/a/d4c9d574-8658-4c21-9cf2-04768b38afe8/EHIS%20indicators%20quidelines%20-%20final%20version.pdf>

- Gisle, L. (2014). *Geestelijke gezondheid*. In: Van der Heyden J, Charafeddine R; (ed.). *Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn*. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid – Institut Scientific de Santé Publique WIV-ISP, Brussel, 2014
- Goldberg, D.P., & Blackwell, B. (1970). *Psychiatric illness in general practice: a detailed study using a new method of case identification*. *British Medical Journal*, 2, 439-443.
- Han, B.-C. (2014). *De vermoeide samenleving*. Amsterdam: Uitgeverij van Genneep
- Han, B.-C. (2015a). *Psychopolitiek*. Amsterdam: Uitgeverij van Genneep
- Han, B.-C. (2015b). *The burn-out society*. Redwood City, California: Stanford University Press
- Harbers, M.M, van der Wilk, E.A, Kramers, PGN, Kuunders, MMAP, Verschuuren M., Eliyahu, H., & Achterberg, P.W (2008). *Dare to compare! Benchmarking Dutch Health with the European Community Health Indicators (ECHI)*. RIVM report number 270051011. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2008.
- Huppert, F.A. & So, T. (2013). *Flourishing across Europe: application of a new conceptual framework for defining well-being*. In: *Social Indicators Research*, 110, 837-861. *International Quality of Life Assessment (IQOLA)*, <http://www.iqola.org/>
- INR/FPB (2018). *Aanvullende indicatoren naast het bbp*. Instituut voor de Nationale Rekeningen/Federaal Planbureau, Brussel: Federaal Planbureau, [www.plan.be](http://www.plan.be)
- Joskin (2017). *Wat telt voor de Belgen? Analyse van de determinanten van het individueel welzijn in België*. Federaal Planbureau. Working paper 4-17, juni 2017.
- Kelly, M. J., Dunstan, F. D., Lloyd, K., & Fone, D. L. (2008). *Evaluating cutpoints for the MHI-5 and MCS using the GHQ-12: a comparison of five different methods*. *BMC Psychiatry*, 8(1), 10. doi: 10.1186/1471-244x-8-10.
- Keyes, C.L. M. (2002). *The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life*. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222.
- Lavikainen, J., Fryers, T., Lehtinen, V. (2006). *Improving mental health information in Europe. Proposal of the MINDFUL project*. Helsinki, Finland: STAKES.
- Lehtinen, V., Sohlman, B., & Kovess-Masfety, V. (2005). *Level of positive mental health in the European Union: Results from the Eurobarometer 2002 survey*. *Clinical Practice and Epidemiology. in Mental Health : CP & EMH*, 1, 9. <http://doi.org/10.1186/1745-0179-1-9>
- Luyten, D., Van Crombrugge, H., & Emmery (red) (2017). *Het gezin in Vlaanderen 2.0*. Antwerpen: Garant
- Luyten, D & Eggermont, D. (2017). *Maatschappij, gezinspolitiek en familierecht*. In Luyten, Van Crombrugge & Emmery (red.) *Het gezin in Vlaanderen 2.0*. (blz. 77-112). Antwerpen: Garant.
- Luyten, D., Van Crombrugge, H. & Emmery, K. (2017). *Het gezin is dood. Leve de gezinnen*. In Luyten, Van Crombrugge & Emmery (red.) *Het gezin in Vlaanderen 2.0*. (blz. 275-286). Antwerpen: Garant.
- McCabe, C.J., Thomas, K.J., Brazier J.E., Coleman, P. (1996). *Measuring the mental health status of a population: a comparison of the GHQ-12 and the SF-36 (MHI-5)*. *British Journal of Psychiatry*, 169, 517-521
- Michaelson, J., Abdallah, S., Steuer, N., Thompson, S. Marks, N. Aked, J., Cordon, C., Potts, R. et al (2009) *National Accounts of Well-being: bringing real wealth onto the balance sheet*. London: The New Economics Foundation (NEF)

- OESO (2013). *OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being*. OECD Publishing.  
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264191655-en>
- Pasteels, I. & Emmerly, 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](http://www.gezinsenquête.be)
- Perenboom, R., Oudshoorn, K., van Hertem, L., Hoeymans, N. & Bijl, R. (2000). *Bepaling afkappunten en wegingsfactoren voor de MHI-5 en GHQ-12 ten behoeve van de berekening van een levensverwachting in goede geestelijke gezondheid*. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, Leiden.
- 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>
- Rand Health Science Program (1992). *Rand 36-item health survey.1.0*.  
[https://www.rand.org/health/surveys\\_tools/mos/36-item-short-form.html](https://www.rand.org/health/surveys_tools/mos/36-item-short-form.html);
- Rumpf, H.-J., Meyer, C., Hapke, U., & John, U. (2001). *Screening for mental health: validity of the MHI-5 using DSM-IV Axis I psychiatric disorders as gold standard*. *Psychiatry Research*, 105(3), 243-253. doi:  
[https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(01\)00329-8](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(01)00329-8)
- SARWGG Advies (2015) *Conceptnota “Visie 2050: een langetermijnstrategie voor Vlaanderen”*. Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin, Brussel 20 november 2015
- SARWGG (2017a), *Advies Vlaamse gezondheidsdoelstelling ‘Gezonder Leven’. Strategisch plan ‘De Vlaming leeft gezonder in 2050*. Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin, Brussel, 6 juli 2017.
- SARWGG (2017b) , *Advies Conceptnota Startnota transitieprioriteit ‘Zorg en Samenleven in 2050’*.Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin, Brussel, 2 oktober 2017.
- SARWGG (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.
- van den Beukel, T.O., Siegert, C.E.H., van Dijk, S., Ter Wee, P.M., Dekker, F.W., & Honig, A. (2012). *Comparison of the SF-36 Five-item Mental Health Inventory and Beck Depression Inventory for the screening of depressive symptoms in chronic dialysis patients*. *Nephrol. Dial Transplantation* 27, 4453-4457.
- van der Zee, K.I. & Sanderma R. (2012). *Het meten van de algemene gezondheidstoestand met de RAND-36. Een handleiding*. Tweede herziene druk. UMCG / Rijksuniversiteit Groningen, Research Institute SHARE.
- Van Lente, E., Barry, M. M., Molcho, M., Morgan, K., Watson, D., Harrington, J., & McGee, H. (2012). *Measuring population mental health and social well-being*. *International Journal of Public Health*, 57(2), 421-430. doi: 10.1007/s00038-011-0317-x
- 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. Achterberg, P.W., Gijzen, R., Harbers, M.M., Vijge, E. , van der Wilke, E.A., Kramers, P.G.N. (2012). *ECHI indicator development and documentation. Joint Action for ECHIM Final Report Part 88. European Community Health Indicators Monitoring (ECHIM)*. Bilthoven, Centre for Public Health Forecasting, National Institute for Public Health Environment (RIVM). <http://rivm.nl/English>
- Vlaams Parlement (2017) *Beleidsbrief Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2017-2018 ingediend door minister Jo Vandeurzen*, Brussel, 30 oktober 2017.

Vlaamse Regering (2016). *Visie 2050. Een langetermijnstrategie voor Vlaanderen*. Brussel, Vlaamse Regering, Brussel, 25 maart 2016 (VR2016 2503DOC.0258/1Quater).

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.

Ware, J.E. (1993). *SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide*. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center.

Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). *The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection*. *Medical Care*, 30, 473-483.

World Health Organization (2018). *Mental health: strengthening our response*.  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/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: Gezinsinteracties, sociale relaties en het psychisch welzijn van ouders. Gezinnen in Vlaanderen over hoe gezinsleden met elkaar omgaan, over hun sociaal leven, het ervaren van sociale steun en over enkele aspecten van psychisch welzijn*. [www.gezinsenquête.be](http://www.gezinsenquête.be)'

