

Afdeling Epidemiologie

Juliette Wystmansstraat 14

1050 Brussel

Tel : 02/642.57.94

e-mail : his@iph.fgov.be

<http://www.iph.fgov.be/epidemiologie/epinl/index4.htm>

**FOD Economie - Algemene Directie
Statistiek en Economische Informatie**

Leuvenseweg 40

1000 Brussel

<http://statbel.fgov.be>

Onderzoeksteam : (in alfabetische volgorde)

Kristina Bayingana
Stefaan Demarest
Lydia Gisle
Edith Hesse
Pieter-Jan Miermans
Jean Tafforeau
Johan Van der Heyden

Logistieke steun :

Monique Schoonenburg

De opdrachtgevers van de Gezondheidsenquête 2004

B. Cerexhe

Minister van de Brusselse Hoofdstedelijke Regering, belast met Economie, Tewerkstelling, Wetenschappelijk Onderzoek, Brandbestrijding en Dringende Medische Hulp en Landbouwbeleid – Brussels Hoofdstedelijk Gewest

R. Demotte

Minister van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu – Federale regering

C. Fonck

Ministre de la Santé, de l'Enfance et de l'Aide à la Jeunesse – Franse Gemeenschap

B. Gentges

Vize-Ministerpräsident, Minister für Ausbildung und Beschäftigung, Soziales und Tourismus – Duitstalige Gemeenschap

G. Vanhengel

Minister van de Brussels Gewestse Hoofdstedelijke Regering, belast met Financiën, Begroting, Externe Betrekkingen en Informatica – Brussels Hoofdstedelijk Gewest

I. Vervotte

Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin – Vlaamse Gemeenschap

C. Vienne

Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Egalité des chances – Waals Gewest



Boek I Inleiding

Gezondheidsenquête België 2004

Algemene Inhoud

Boek I

Inleiding

Methodologisch rapport.....	5
------------------------------------	----------

Boek II

Gezondheidstoestand

Subjectieve Gezondheid	9
Chronische aandoeningen.....	47
Mentale gezondheid	191
Langdurige lichamelijke beperkingen	364
Tijdelijke beperkingen	495

Boek III

Leefstijl

Lichaamsbeweging	5
Voedingsstatus	112
Voedingsgewoontes.....	183
Gebruik van alcohol	260
Tabaksgebruik	386
Gebruik van illegale drugs.....	499
Gezondheid en seksualiteit	542
AIDS : kennis, attitudes en opsporing	596

Boek IV

Preventie

Vaccinatie.....	5
Cardiovasculaire preventie.....	114
Vroegtijdige opsporing van diabetes.....	183
Vroegtijdige opsporing van borstkanker.....	221
Vroegtijdige opsporing van baarmoederhalskanker	297

Boek V

Medische Consumptie

Contacten met zorgverstrekkers

<i>Contacten met de huisarts</i>	5
<i>Ambulante contacten met de specialist</i>	154
<i>Contacten met de dienst spoedgevallen</i>	274
<i>Contacten met de tandarts</i>	331
<i>Contacten met paramedische zorgverstrekkers</i>	465
Opname in het ziekenhuis	525
Gebruik van geneesmiddelen	649
Niet-conventionele geneeswijzen	787

Boek VI

Gezondheid en samenleving

Toegankelijkheid van de gezondheidszorgen	5
Socio-economische verschillen in gezondheid	64
Gezondheid en omgeving	80
Traumata	155
Sociale gezondheid	327
Gebruik sociale en preventieve diensten	387

Boek VII

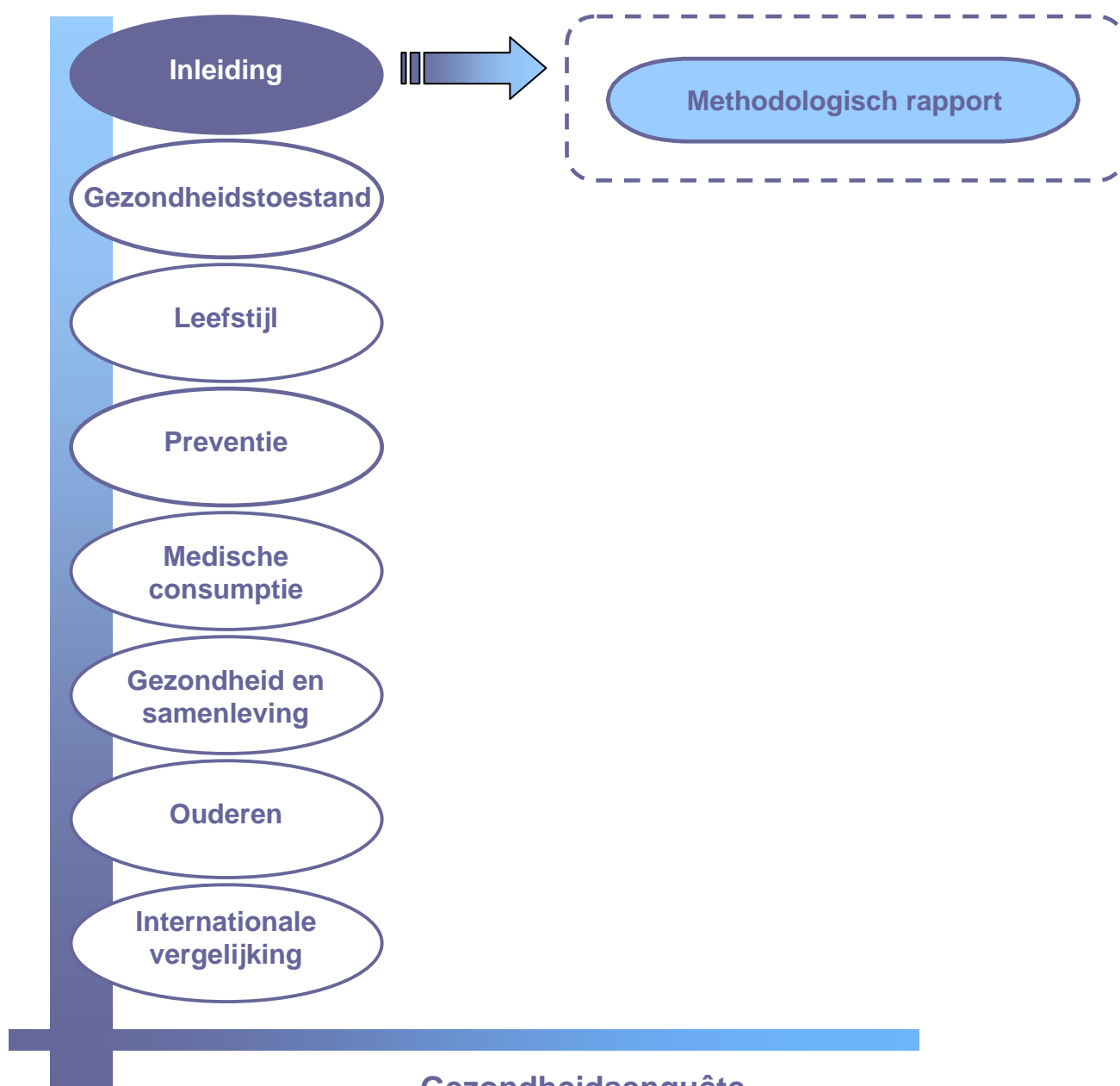
Ouderen	5
----------------------	---

Boek VIII

Internationale vergelijking	5
--	---

Methodologisch Rapport

Stefaan Demarest
Lydia Gisle
Johan Van der Heyden
Jean Tafforeau
Edith Hesse



Inhoudstafel

1. DE OPDRACHTGEVERS.....	9
1.1 COMMISSIE VAN OPDRACHTGEVERS.....	9
1.2 WETENSCHAPPELIJKE ADVIESRAAD.....	9
2. DOELSTELLING VAN DE ENQUÊTE	10
3. MEDEWERKERS	11
3.1 WETENSCHAPPELIJK INSTITUUT VOLKSGEZONDHEID.....	11
3.2 ALGEMENE DIRECTIE STATISTIEK EN ECONOMISCHE INFORMATIE.....	11
3.3 UNIVERSITEIT HASSELT	11
4. INHOUD VAN DE GEZONDHEIDSENQUÊTE	12
4.1 GEZONDHEIDSTOESTAND.....	12
4.2 LEEFSTIJL	13
4.3 PREVENTIE.....	13
4.4 MEDISCHE CONSUMPTIE.....	14
4.5 GEZONDHEID EN SAMENLEVING.....	14
4.6 GEZONDHEID BIJ OUDEREN	15
4.7 SOCIO-ECONOMISCHE ONGELIJKHEDEN IN GEZONDHEID.....	15
5. BESCHRIJVING VAN DE STEEKPROEF	16
5.1 DOELPOPULATIE EN STEEKPROEFKADER.....	16
5.2 GROOTTE VAN DE STEEKPROEF.....	17
5.3 SAMENSTELLING VAN DE STEEKPROEF.....	17
5.3.1 <i>Regionale stratificatie</i>	17
5.3.2 <i>Provinciale stratificatie</i>	17
5.3.3 <i>Selectie van gemeenten</i>	18
5.3.4 <i>Selectie van huishoudens binnen gemeenten en steden</i>	18
5.4 VERVANGING VAN HUISHOUDENS.....	19
5.5 SELECTIE VAN INDIVIDUEN BINNEN EEN HUISHOUDEN.....	19
5.6 ORGANISATIE VAN HET VELDWERK	20
5.6.1 <i>Vragenlijsten gebruikt in het onderzoek</i>	20
5.6.2 <i>Interviewers netwerk</i>	20
5.6.3 <i>Handleiding</i>	22
5.6.4 <i>Adressenlijst</i>	22
5.6.5 <i>Communicatieformulier</i>	23
5.6.6 <i>Ontvangstformulier</i>	23
5.6.7 <i>Ontvangst van vragenlijsten</i>	23
5.6.8 <i>Nieuwsbrief</i>	24
5.6.9 <i>Tijd nodig voor het invullen van de vragenlijsten</i>	24
5.6.10 <i>Gebruik van proxy interviews</i>	25

5.7	EVALUATIE VAN DE ENQUÊTE.....	26
5.7.1	<i>Procesbewaking</i>	26
5.7.1.1	Samenstelling van de steekproef.....	26
5.7.1.2	De scrambling procedure	26
5.7.1.3	Veldwerkorganisatie	27
5.7.1.4	Evaluatie van de enquêteurs.....	28
5.7.1.5	Controle van de binnengebrachte vragenlijsten	29
5.7.2	<i>Productbewaking</i>	30
5.7.2.1	Verticale controle.....	30
5.7.2.2	Horizontale controle	31
6.	DEELNAME AAN DE ENQUÊTE.....	32
6.1	PARTICIPATIEGRAAD	33
6.2	ANALYSE VAN (NON-) RESPONS.....	33
6.3	REDEN VAN WEIGERING.....	35
7.	INTRODUCTIE TOT DE RESULTATEN.....	36
7.1	SAMENSTELLING VAN DE STUDIEPOPULATIE	36
7.1.1	<i>Woonplaats</i>	36
7.1.2	<i>Opleidingsniveau</i>	37
7.1.3	<i>Inkomensniveau</i>	37
7.1.4	<i>Grootte van de huishoudens</i>	37
7.1.5	<i>Nationaliteit</i>	38
7.2	PRESENTATIE VAN DE RESULTATEN VAN DE ENQUÊTE.....	38
7.2.1	<i>Structuur van de resultaten in het rapport</i>	39
7.2.2	<i>Indicatoren op individueel niveau</i>	39
7.2.2.1	België en de regio's	39
7.2.2.2	Geslacht en leeftijd	39
7.2.2.3	Het opleidingsniveau	40
7.2.2.4	Urbanisatie niveau	40
7.2.2.5	Evolutie over de jaren	41
7.2.2.6	Bijkomende analyses	41
7.2.3	<i>Indicatoren op het niveau van het huishouden</i>	41
7.2.3.1	Het huishoudtype	41
7.2.3.2	Equivalent inkomen van het huishouden	41
7.2.4	<i>Basistabellen en gestandaardiseerde tabellen</i>	43
7.2.5	<i>Gewogen resultaten</i>	43
8.	VERSPREIDING VAN DE RESULTATEN VAN DE ENQUÊTE	45
8.1	INTERNET SITE.....	45
8.2	CD-ROM	45

1. De opdrachtgevers

De beslissing om een Gezondheidsenquête door Middel van Interview in België te organiseren werd door de Interministeriële Conferentie genomen. Dit soort enquête werd al in 1997 en 2001 georganiseerd. De Gezondheidsenquête 2004 is dus de derde in de reeks.

De opdrachtgevers van de Gezondheidsenquête 2004 zijn de volgende:

Mr. B. Cerexhe - Ministre du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale, chargé de l'Economie, de l'Emploi, de la Recherche scientifique, de la Lutte contre l'Incendie et l'Aide médicale urgente et de la Politique agricole – Brussels Gewests Hoofdstedelijk Gewest

Mr R. Demotte - Minister van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu – Federale regering

Mme C. Fonck - Ministre de la Santé, de l'Enfance et de l'Aide à la Jeunesse – Franse Gemeenschap

Mr. B. Gentges - Vize-Ministerpräsident, Minister für Ausbildung und Beschäftigung, Soziales und Tourismus – Duitstalige Gemeenschap

Mr G. Vanhengel - Minister van de Brussels Gewestse Hoofdstedelijke Regering, belast met Financiën, Begroting, Externe Betrekkingen en Informatica – Brussels Hoofdstedelijk Gewest

Mevr. I. Vervotte - Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin – Vlaamse Gemeenschap

Mme C. Vienne - Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Egalité des chances – Waals Gewest

1.1 Commissie van Opdrachtgevers

Elke opdrachtgevende ministers wordt door een lid van hun kabinet en door lid van hun administratie vertegenwoordigd in de Commissie van Opdrachtgevers. Deze commissie is bevoegd voor alle beslissingen die toepassing beogen van wat in het interministeriële protocolakkoord met betrekking tot de uitvoering van de gezondheidsenquête werd opgenomen.

In dit protocolakkoord wordt tevens onder andere voorzien in de mogelijkheid opdat provincies een oververtegenwoordiging in de enquête kunnen aanvragen (en financieren). In de Gezondheidsenquête 2004 hebben twee provincies – Limburg en Luxemburg – van deze mogelijkheid gebruik gemaakt.

1.2 Wetenschappelijke Adviesraad

Met het oog op een kwaliteitsgarantie bij het uitvoeren van de gezondheidsenquête werd een Wetenschappelijke Adviesraad geïnstalleerd. De Adviesraad heeft tevens als taak het promoten van het gebruik van de gegevens van de enquête door de wetenschappelijke gemeenschap.

De leden van de adviesraad zijn afkomstig van de universiteiten of zijn professionals actief op de domeinen die voorwerp van onderzoek zijn in het kader van de gezondheidsenquête.

2. Doelstelling van de enquête

De Gezondheidsenquête door middel van interview is een relatief nieuw instrument dat in 1997 voor de eerste maal in België werd gebruikt met als doel ontbrekende informatie te verzamelen aangaande de gezondheidstoestand en de behoefte aan gezondheidszorgen van de bevolking. Het gaat dus expliciet om een instrument die een bijdrage levert aan het beleid op het vlak van volksgezondheid.

Aan de hand van dit soort enquêtes wordt informatie over de gezondheid zoals het door de bevolking zelf gepercipieerd wordt, ter beschikking gesteld.

De toegevoegde waarde van dit soort enquêtes bestaat in de horizontale benadering bij het verzamelen van gegevens: verschillende types informatie (aangaande de gezondheidstoestand, de levensstijl, het gebruik van zorgen, socio-economische karakteristieken,...) worden op een zelfde moment bij een zelfde populatie verzameld. Dit laat toe een globaal inzicht te krijgen van de gezondheid van de bevolking en van de prioritaire behoeften op het domein van gezondheidszorgen.

Het op regelmatige basis herhalen van de enquête laat toe de evolutie in de tijd aangaande de gezondheid en de behoeften daaromtrent te volgen. Bovendien laat het toe interventies op het vlak van volksgezondheid op te volgen.

Breed omschreven is het doel van de Gezondheidsenquête een beschrijving te geven van de gezondheid van de bevolking in België en de drie gewesten (Vlaams, Brussels Gewest en Waals Gewest). De bedoeling is informatie te verzamelen omtrent de wijze waarop de inwoners van België hun gezondheid ervaren, in welke mate ze gebruik maken van curatieve gezondheidsdiensten en hoe ze rekening houden met hun gezondheid door hun levensstijl en hun gebruik van preventieve of andere gezondheidsdiensten.

De specifieke doelstellingen van de gezondheidsenquête laten zich als volgt samenvatten:

- identificatie van gezondheidsproblemen
- omschrijving van de gezondheidsstatus en de gezondheidsnoden van de bevolking
- schatting van de prevalentie en verdeling van gezondheidsindicatoren
- analyse van sociale (on-)gelijkheid in gezondheid en toegang tot gezondheidsdiensten
- studie van de medische consumptie en zijn determinanten
- evolutie van de gezondheid van de bevolking doorheen de tijd.

3. Medewerkers

3.1 Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

De afdeling Epidemiologie is belast met de uitvoering van de gezondheidsenquête. Afdelingshoofd is Dr. H. Van Oyen. De projectleider van de enquête is Dr. J. Tafforeau. De leden van het team "Gezondheidsenquête" zijn:

Mr S. Demarest

Mevr. L. Gisle

Mr. P.J. Miermans

Dr E. Hesse

Mevr. M. Schoonenburg

Dr. J. Van der Heyden

3.2 Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie

De Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie – voorheen het Nationaal Instituut voor de Statistiek – is belast met de samenstelling van de steekproef (gebaseerd op het Rijksregister), de opvolging van de gegevensverzameling en de data-invoer.

3.3 Universiteit Hasselt

De Universiteit Hasselt – Centrum voor Statistiek – is verantwoordelijk voor de statistische ondersteuning in het kader van de enquête, meer bepaald voor de uitwerking van het onderzoeksprotocol, het berekenen van gewichten en het uitwerken van statistische analysemethodes. De belangrijkste medewerkers hierbij zijn : Mevr. L. Bruckers en Prof. G. Molenberghs.

4. Inhoud van de gezondheidsenquête

In de Gezondheidsenquête 2004 komen tal van thema's aan bod. De keuze ervan is geschoeid op de voornaamste doelstelling van volksgezondheid in ons land én op de internationale aanbevelingen met betrekking tot het verzamelen van gezondheidsinformatie.

Deze thema's kunnen gehergroepeerd worden in 7 grote hoofdstukken die het conceptueel kader van de enquête vormen:

- Gezondheidstoestand
- Levensstijl
- Preventie
- Medische consumptie
- Gezondheid en samenleving
- Gezondheid bij ouderen
- Socio-economische ongelijkheden in gezondheid

4.1 Gezondheidstoestand

In dit hoofdstuk gaat de aandacht uit naar de fysieke en mentale gezondheidsproblemen waarmee de bevolking wordt geconfronteerd. De volgende aspecten van de gezondheidstoestand komen hierbij aan bod:

- Subjectieve inschatting van de gezondheidstoestand
- Chronische aandoeningen
- Mentale gezondheid
- Functionele beperkingen en participatieproblemen

Eerst wordt een algemene beschrijving van de gezondheidstoestand gegeven, gevolgd door een precisering van de verschillende gezondheidsproblemen waarmee mensen kampen, om te eindigen met de gevolgen ervan op het dagelijks leven.

Om de vooruitgang op het vlak van gezondheid te kunnen evalueren, is het noodzakelijk de inschatting die individuen maken van hun eigen gezondheid te meten. Deze subjectieve inschatting geeft een goed idee van de gezondheidstoestand van een bevolking. Ook de evolutie van de gezondheidstoestand in het afgelopen jaar wordt nagegaan.

In tweede instantie wordt aandacht besteed aan de meest voorkomende ziekten en aandoeningen waarvan de bevolking chronisch of langdurig te lijden heeft en de aanpak hiervan (medische opvolging en gebruik van geneesmiddelen).

Ook de impact van psychische gezondheidsproblemen of emotionele problemen op het welzijn en de levenskwaliteit krijgt de nodige aandacht. Daarbij hebben we het zowel over het globaal psychisch "onwelbevinden" als over een aantal specifieke aandoeningen, zoals somatische klachten, angstproblemen, depressies en slaapstoornissen. Ook wordt het gebruik van psychotrope geneesmiddelen in kaart gebracht. Tenslotte gaat de aandacht uit naar positieve mentale gezondheid.

In een laatste onderdeel wordt aandacht besteed aan de beperkingen die deze fysieke of psychische problemen met meebrengen, in eerste instantie vanuit een globaal perspectief en daaropvolgend meer specifiek gericht naar de vermindering van de fysieke mogelijkheden, de beperkingen in de dagelijkse bezigheden, de beperkingen in de mobiliteit en de tijdelijke ongeschiktheid.

4.2 Leefstijl

Leefgewoonten hebben een verregaande invloed op de levensverwachting en de levenskwaliteit. In de Gezondheidsenquête komen verschillende aspecten van leefgewoonten aan bod die een belangrijke impact hebben op de gezondheid: lichaamsbeweging, voedingsgewoonte en de consumptie van alcohol en tabak. Verder wordt kort stilgestaan bij het gebruik van cannabis, ecstasy en amfetamines. Tevens wordt een overzicht gegeven van het gebruik van voorbehoedsmiddelen en de bescherming tegen seksueel overdraagbare aandoeningen. Tenslotte wordt ook stil gestaan bij de kennis over en de houding van de bevolking tegenover HIV en met HIV geïnfecteerde personen.

4.3 Preventie

Dit hoofdstuk handelt over preventieve activiteiten die georganiseerd worden vanuit de gezondheidsdiensten, met name:

- Vaccinaties
- De vroegtijdige opsporing van cardiovasculaire risicofactoren
- De vroegtijdige opsporing van diabetes
- De vroegtijdige opsporing van borstkanker
- De vroegtijdige opsporing van baarmoederhalskanker

De onderwerpen die hier aan bod komen, werden gekozen in functie van het belang of de frequentie van de ziekte en de haalbaarheid van preventie. De doelgroep en de periode waarop de vragen betrekking hangen uiteraard samen met de specifieke soort preventie waar het om gaat.

De efficiëntie van vaccinaties is al ruimschoots bewezen. Aangezien informatie over de vaccinatiegraad bij zuigelingen via andere gegevensbronnen beschikbaar is, hebben we het in de gezondheidsenquête enkel over vaccinaties voor volwassenen en kinderen, en beperken we ons tot vaccinatie tegen tetanus, meningitis, pneumokokken, griep en hepatitis B.

Een doeltreffend gezondheidsbeleid kan niet voorbijgaan aan de preventie van cardiovasculaire ziekten. Deze vertegenwoordigen in de westerse wereld de belangrijkste doodsoorzaak en brengen ook belangrijke functiebeperkingen en invaliditeit teweeg. Een te hoge bloeddruk en een te hoog cholesterolgehalte zijn belangrijke cardiovasculaire risicofactoren. In de gezondheidsenquête wordt nagegaan in welke mate deze risicofactoren vroegtijdig worden opgespoord.

Ook diabetes vormt een ernstig probleem in de volksgezondheid, dat in de komende jaren enkel zal toenemen. Vroegtijdige opsporing van diabetes kan belangrijke complicaties, zoals hart- en vaatlijden, nierlijden, aantasting van de ogen, enz. voorkomen. Belangrijk daarbij is om de diagnose van diabetes zo vroeg mogelijk te stellen. In de gezondheidsenquête wordt gepeild naar de mate waarin diabetes vroegtijdig wordt opgespoord via een controle van de suikerspiegel in het bloed.

Tot slot hebben we het in dit hoofdstuk ook over screening van borstkanker en baarmoederkanker bij vrouwen. Het nut van een vroegtijdige opsporing van deze twee soorten kanker is overduidelijk bewezen en verschillende preventiecampagnes werden hieromtrent reeds georganiseerd.

4.4 Medische Consumptie

Het gebruik van gezondheidszorgen staat hoog op de politieke agenda. Dit hoeft niet te verbazen, als men ziet welke aanzienlijke budgetten onze gezondheidszorg opsloopt. De voortdurende vooruitgang van de medische technieken (medische beeldvorming, lasertoepassingen,...) leidt tot ernstige investeringen. Het gebruik ervan evalueren en anticiperen op de wenselijkheid van deze technieken, is dan ook meer dan noodzakelijk.

Om te komen tot een kwalitatief hoogstaande zorgverlening en een doeltreffende organisatie van de gezondheidszorg dienen de overheid, maar ook de zorgverstrekkers en de andere factoren op het terrein te beschikken over adequate informatie over de medische consumptie.

De gezondheidsenquête is een belangrijke aanvullende gegevensbron naast de bestaande registratiesystemen en heeft enkele belangrijke voordelen. Om te beginnen laat de enquête toe informatie te verzamelen over het gebruik van medische zorgen waarover via andere bronnen geen informatie beschikbaar is. Verder kan op basis van een gezondheidsenquête inzicht verworven worden in de samenhang tussen het gebruik van verschillende gezondheidsdiensten en kan het verband nagegaan worden tussen de medische consumptie en de gezondheid en socio-demografische kenmerken van de patiënt. Aan de hand van een gezondheidsenquête kan bovendien informatie ingewonnen worden over diegenen die geen beroep doen op medische zorgen. Als men weet wie sommige gezondheidszorgen gebruikt, en wie niet, en waarom, krijgen de beleidsvoerders twee nieuwe invalshoeken. Enerzijds helpt dit soort gegevens bij het beter oriënteren van promotiecampagnes rond gezondheidsthema's. Anderzijds kan men op basis hiervan maatregelen nemen die het fenomeen van de medische over- of/ en onderconsumptie tegengaan.

In het hoofdstuk over medische consumptie wordt gepeild naar ambulante contacten met zorgverstrekkers (de huisarts, de specialist, de tandarts), maar wordt ook informatie verzameld over contacten met de spoedgevallendienst en paramedische zorgverstrekkers. Verder wordt ingegaan op het gebruik van geneesmiddelen, patiëntentevredenheid en het gebruik van niet conventionele behandelingswijzen.

4.5 Gezondheid en samenleving

Het begrip 'gezondheid' heeft in de loop der eeuwen een steeds ruimere invulling gekregen. Waar het in oorsprong quasi uitsluitend vanuit medisch oogpunt bestudeerd werd, is het thans uitgegroeid tot een complex sociaal fenomeen. De begrippen ziekte en gezondheid dienen dan ook ingevuld te worden in relatie met de vereisten en verwachtingen van onze omgeving, van onze verwevenheid met het familiaal en professioneel netwerk. Ook de leefstijl, de omgeving en de socio-economische en politieke factoren hebben een grote impact op de gezondheid. Enkele van deze elementen komen in dit hoofdstuk, getiteld 'Samenleving en gezondheid' aan bod.

Dit hoofdstuk is opgesplitst in de volgende onderdelen:

- toegankelijkheid van gezondheidszorgen
- gezondheid en omgeving
- sociale gezondheid
- trauma's;
- gebruik van preventieve gezondheidsdiensten.

Aan de hand van deze onderdelen wordt het 'maatschappelijk' karakter van volksgezondheid geïllustreerd.

4.6 Gezondheid bij ouderen

In de Gezondheidsenquête 2004 wordt speciale aandacht besteed aan de diverse aspecten van gezondheid bij ouderen. Deze speciale aandacht wordt geconcretiseerd in een oververtegenwoordiging van ouderen (65 jaar en meer, 85 jaar en meer) in de steekproef zowel als in het opnemen van specifiek naar ouderen gerichte modules in de vragenlijst. Een selectie van onderwerpen, voorheen besproken voor de globale populatie, wordt in dit hoofdstuk specifiek besproken voor de ouderen. Bijkomend wordt aandacht besteed aan twee specifieke onderwerpen: mantelzorg en wachtlijsten voor opname in een instelling. Dit leidt tot het volgende overzicht:

- Gezondheidsstatus: subjectieve gezondheid, mentale gezondheid, chronische aandoeningen, functionele beperkingen
- Leefstijl: voedingsgewoonten
- Preventie: vaccinatie tegen griep en pneumococceninfectie
- Medische consumptie: ambulante zorg, hospitalisatie, gebruik van geneesmiddelen
- Gezondheid en samenleving: traumata, toegang tot gezondheidszorg, gebruik van sociale dienstverlening, mantelzorg, sociale gezondheid, wachtlijsten voor opname in een instelling

4.7 Socio-economische ongelijkheden in gezondheid

In het verschillende voorgaande hoofdstukken wordt voor elke onderwerp aandacht besteed aan mogelijke ongelijkheden in gezondheid. Dit partieel beeld kan echter vervolledigd worden, door in deze context relevante, vaststellingen samen te bundelen en te komen tot een globaal inzicht. De centrale vraag in dit hoofdstuk is dan ook of mogelijke socio-economische ongelijkheden zich op alle hier onderscheiden domeinen van gezondheid manifesteert.

5. Beschrijving van de steekproef

5.1 Doelpopulatie en steekproefkader

De doelstelling van de Gezondheidsenquête – een beschrijving geven van de gezondheid van de populatie – noodzaakt tot een brede definitie van de doelpopulatie. Deze wordt omschreven als alle personen die in het land verblijven, zonder beperkingen qua nationaliteit, leeftijd of legale status.

Het meest volledige steekproefkader om de doelpopulatie te bereiken is het Rijksregister. Toch dient opgemerkt te worden dat ook het Rijksregister een aantal lacunes vertoont: daklozen die geen officieel adres hebben, illegalen en alle andere personen die niet ingeschreven zijn in het Rijksregister zijn er niet in opgenomen. Op populatieniveau gaat het weliswaar om een beperkte groep, maar toch dient er op gewezen te worden dat voor wie specifiek over deze groepen gezondheidsinformatie wenst te verkrijgen, de Gezondheidsenquête niet bruikbaar is.

Om pragmatische redenen worden nog een aantal categorieën van personen uitgesloten van de steekproef: personen die verblijven (en ingeschreven zijn) in een gevangenis of een religieuze gemeenschap met meer dan 8 personen en bewoners van een instelling, met uitzondering van de bewoners van een rusthuis of een rust- en verzorgingstehuis (RVT). Deze laatsten maken wel deel uit van de steekproef en zijn zelfs een groep waar speciale aandacht aan besteed wordt.

In het Rijksregister worden individuen geregistreerd per huishouden. Huishoudens worden geïdentificeerd aan de hand van een referentiepersoon. Een strikte omschrijving van het begrip 'referentiepersoon' bestaat niet. Het gaat louter om een administratief gegeven. In de praktijk is het veelal de oudste persoon in het huishouden of de echtgenoot, maar dit hangt af van het gebruik in elke gemeente.

Hoewel de steekproef wordt samengesteld op basis van een zo actueel mogelijke versie van het Rijksregister, kan de feitelijke samenstelling van een huishouden soms verschillen van de administratieve situatie. Personen kunnen zeer recent verhuisd zijn of kunnen overleden zijn. Recente geboortes kunnen nog niet administratief verwerkt zijn.

In dergelijke situaties wordt in de Gezondheidsenquête de regel gehanteerd dat de reële situatie steeds de voorkeur verdient op de administratieve situatie. Indien een referentiepersoon bijvoorbeeld samenwoont met een persoon die niet ingeschreven op is op hetzelfde adres, wordt er van uitgegaan dat het gaat om één en hetzelfde huishouden.

Personen die tijdelijk (minder dan één jaar) afwezig zijn worden beschouwd als deel uitmakend van het huishouden en komen voor ondervraging in aanmerking. Ouderen die gedomicilieerd zijn bij hun kinderen, maar in werkelijkheid verblijven in een rusthuis of RVT, behoren steeds tot het steekproefkader, ook als deze situatie zich reeds langer dan een jaar voordoet.

5.2 Grootte van de steekproef

Op basis van een protocolakkoord tussen de diverse opdrachtgevers van de Gezondheidsenquête werd bepaald dat de basissteekproef van de Gezondheidsenquête 2004 bestaat uit 10.000 individuen: 3500 in het Vlaams Gewest, 3500 in het Waals Gewest (waaronder 300 in de Duitstalige Gemeenschap) en 3000 in het Brussels Gewest. Deze aantallen zijn voldoende om efficiënte schatters te verkrijgen op zowel het nationale als het gewestelijke niveau.

Om preciezer schattingen te krijgen voor de ouderen, zorgde het Ministerie van Sociale Zaken voor een bijkomende financiering. Doelstelling was om 1250 extra enquêtes te bekomen bij ouderen en er voor te zorgen dat ook de leeftijdsgroep van 85-plussers voldoende vertegenwoordigd was. Een methodologie werd uitgewerkt om hieraan tegemoet te komen zonder de principes van de samenstelling van de steekproef, zoals deze in het volgende punt besproken worden, in het gedrang te brengen.

Zoals in het protocolakkoord met de opdrachtgevers voorzien was, konden provincies, indien zij dit wensden, bijkomende steekprofeenheden financieren, om zodoende preciezer schattingen te kunnen maken op provinciaal niveau. In de Gezondheidsenquête 2004 hebben de provincies Luxemburg en Limburg daarvan gebruik gemaakt, met respectievelijk 950 en 450 bijkomende steekprofeenheden.

Samengevat betekent dit dat de geplande steekproefgrootte van de Gezondheidsenquête 2004 12650 eenheden bedraagt.

5.3 Samenstelling van de steekproef

Voor de samenstelling van de steekproef werden verschillende surveytechnieken gehanteerd: o.m. stratificatie, systematische steekproeftrekking en clustering. Een gedetailleerd overzicht van de gehanteerde methodologie kan teruggevonden worden in het protocol. Hier volstaat een korte omschrijving.

Het selectieproces bestaat uit de volgende stappen:

5.3.1 Regionale stratificatie

Voor elk van de 3 gewesten wordt het aantal te bevragen personen – voor de basissteekproef - vooraf vastgelegd: 3500 voor Vlaams en Waals Gewest, 3000 voor Brussels Gewest.

5.3.2 Provinciale stratificatie

Provinciale stratificatie wordt doorgevoerd om een uitgebalanceerde geografische spreiding te garanderen. Het aantal te bevragen personen binnen een provincie wordt hierbij in functie gesteld van de populatiegrootte van de provincie. Voor de twee provincies die instemden met een oververtegenwoordiging (Limburg en Luxemburg) wordt het aantal te bevragen personen verhoogd conform de vraag van de betrokken provincies. Daarnaast wordt ook voorzien in een vast aantal (300) te bevragen personen lid van de Duitstalige Gemeenschap (geografisch gelokaliseerd in de provincie Luik). Hiertoe wordt de provincie Luik opgesplitst in twee strata: de Duitstalige Gemeenschap en de rest van de provincie.

5.3.3 Selectie van gemeenten

De gezondheidsenquête wordt niet in alle, maar slechts in een selectie van gemeenten georganiseerd. Vooral pragmatische redenen liggen hieraan ten grondslag: het aantal enquêteurs dat moet ingezet worden, kan zo worden beperkt. Door enkel in één gemeente of stad te werken hebben de enquêteurs tevens minder verplaatsingskosten en – tijd. Het *aantal* gemeenten dat per provincie geselecteerd wordt en de selectiekans van de respectievelijke gemeenten, hangt af van de grootte van de provincie (aantal inwoners) en de grootte van de gemeenten/steden binnen de provincie. Per gemeente worden één of meerdere *aantal groepen* (van ongeveer 55 te bevragen personen) geselecteerd. Door rekening te houden met de grootte van de gemeenten wordt gewaarborgd dat steden zeker geselecteerd worden (ingeval van zeer grote steden werden meerdere groepen binnen deze steden geselecteerd), terwijl ook kleinere gemeenten gegarandeerd deel uitmaken van de steekproef.

5.3.4 Selectie van huishoudens binnen gemeenten en steden

In deze fase zijn de gemeenten/steden gekend die betrokken waren in het project. Per gemeente worden de huishoudens opgedeeld in 3 leeftijdsstrata: een stratum van huishoudens met 85-plussers, een stratum van huishoudens met 65-plussers maar geen 85-plussers en een stratum met huishoudens waarin enkel personen leven die jonger zijn dan 65 jaar. Volgens een specifieke procedure worden per stratum huishoudens geselecteerd zodat per groep uiteindelijk ongeveer 55 personen worden ondervraagd waarvan zeker een aantal 85-plussers en 65-plussers.

In de selectie van huishoudens binnen de gemeenten en steden dient met twee belangrijke elementen rekening gehouden te worden:

- Gezien deelname aan de Gezondheidsenquête niet verplicht is, moet ervan uitgegaan worden dat een aantal huishoudens zullen weigeren. Bovendien, ondanks het feit dat de meest recente versie van het Rijksregister gebruikt werd voor de selectie van de huishoudens, kan ervan uitgegaan worden dat (een beperkt aantal) huishoudens niet gecontacteerd kan worden gezien deze verhuisd zijn of niet bestaan;
- In de doelstelling van de Gezondheidsenquête wordt verwezen naar een aantal te realiseren interviews op het individuele niveau, terwijl de invalshoek in het veldwerk het huishouden is. Er moet ermee rekening gehouden worden dat huishoudens verschillen qua grootte. Bovendien kunnen ook geselecteerde leden binnen een deelnemend huishouden weigeren.

Om het probleem van weigerende of niet contacteerbare huishoudens op te vangen, werd reeds in 1997 besloten deze huishoudens te vervangen door reservehuishoudens. De reservehuishoudens worden niet willekeurig gekozen, maar hebben een drietal kenmerken gelijk met het weigerend huishouden: ze wonen in dezelfde statistische sector als het weigerend huishouden, de huishoudgrootte is identiek evenals de leeftijd van de referentiepersoon. Voor elk geselecteerd huishouden wordt onmiddellijk én vooraf drie (reserve-) huishoudens aangeduid. Op deze wijze ontstaan groepen van telkenmale vier huishoudens. Deze groepen worden *clusters van huishoudens* genoemd.

Om het probleem van de wisselende huishoudgrootte aan te pakken, wordt het benodigde aantal clusters van huishoudens per gemeente of stad verdubbeld. Deze procedure leidt ertoe dat de steekproef van huishoudens *acht maal* groter zal zijn dan deze die strikt genomen noodzakelijk zou zijn (dat wil zeggen ingeval er geen sprake zou zijn van weigering en indien de gegevens van het Rijksregister volledig accuraat zou zijn).

Voor de uiteindelijke samenstelling van de steekproef (van huishoudens) worden per gemeente of stad alle huishoudens geordend volgens statistische sector, daaropvolgend volgens de grootte van het huishouden en tenslotte volgens de leeftijd van de referentiepersoon. Dit betekent dat opeenvolgende huishoudens (bijna) gelijk zijn voor wat betreft deze kenmerken. Om een dergelijke systematiek voor wat betreft andere kenmerken van de huishoudens (meer specifiek gezondheidskenmerken) te vermijden, wordt de *volgorde* waarin de huishoudens gerangschikt worden, omgekeerd, telkens wanneer van niveau (statistische sector, grootte huishouden, leeftijd referentiepersoon) wordt gewijzigd.

Het aantal huishoudens dat in de steekproef wordt opgenomen is deels bepaald door de gemiddelde grootte van het huishouden in de betrokken gemeente of stad. Dit aantal dient als basis om de stapgrootte bij de selectie van huishoudens vast te leggen. Zoals vermeld, worden op het moment van de selectie van een huishouden ook de drie daaropvolgende huishoudens in de lijst geselecteerd (op deze wijze worden de clusters van huishoudens gevormd). Na het randomiseren van de lijst van clusters worden tenslotte ook de huishoudens binnen alle clusters gerandomiseerd om elke mogelijke systematiek binnen een cluster te vermijden.

Deze vrij complexe, maar praktisch zeer uitvoerbare, procedure mondt uiteindelijk uit in een lijst van clusters van huishoudens (telkenmale 4 huishoudens per cluster). Het aantal clusters is het *dubbele* van het aantal bepaald door het aantal te realiseren enquêtes in elke gemeente of stad en de gemiddelde grootte van het huishouden in de betreffende gemeente of stad.

5.4 Vervanging van huishoudens

Indien een geselecteerd huishouden weigert aan de enquête deel te nemen (zie onderdeel Veldwerkorganisatie), of helemaal niet te contacteren is (vanwege verhuisd buiten de gemeente, langdurige aanwezigheid,...) wordt het huishouden vervangen door het volgende huishouden in de cluster. Zoals reeds aangegeven is dit vervangingshuishouden bijna identiek aan het initiële huishouden voor wat betreft de woonplaats (statistische sector) leeftijd van de referentiepersoon, grootte van het huishouden. Indien blijkt dat ook dit huishouden niet wenst deel te nemen of niet te contacteren is, wordt dit huishouden op zijn beurt vervangen. Deze procedure gaat door totdat de cluster (van 4 huishoudens) is uitgeput. Op dat moment wordt een nieuwe (vervang-)cluster geactiveerd die echter niet meer dezelfde karakteristieken (statistisch sector, leeftijd van de referentiepersoon, grootte van het huishouden) heeft en wordt een identieke procedure van het vervangen van weigerende/niet contacteerbare huishoudens toegepast.

Indien – maar dit is eerder een theoretische mogelijkheid – na 7 vervangingen (dus wanneer in totaal 8 huishoudens hebben geweigerd/niet contacteerbaar bleken) er nog geen huishouden bereid werd gevonden om deel te nemen, dan wordt *geen* nieuwe cluster geactiveerd.

Van zodra een huishouden deelneemt aan de enquête, is er geen nood (meer) aan het vervangen van het huishouden. Alle huishoudens in de cluster die nooit geactiveerd werden krijgen als statuut 'niet geactiveerd' en worden niet in rekening genomen in het verder verloop van het project.

5.5 Selectie van individuen binnen een huishouden

In huishoudens die maximaal 4 leden tellen, worden alle leden uitgenodigd voor deelname aan de enquête. Voor huishoudens groter dan 4 leden, worden maximaal 4 personen uitgenodigd. Hierbij wordt de volgende regel toegepast. De referentiepersoon wordt altijd voor deelname weerhouden. Ingeval de

referentiepersoon een partner heeft, wordt deze ook voor deelname weerhouden. Daarenboven worden 3 (ingeval de referentiepersoon geen partner heeft) of 2 (ingeval de referentiepersoon wel een partner heeft) andere leden van het huishouden voor deelname geselecteerd op basis van de zgn. geboortereg. Die (2 of 3) personen die het snelst verjaren na de datum van het interview worden voor deelname aan de enquête geselecteerd. De overige leden van het huishouden zullen niet bevroegd worden. De voornaamste reden voor deze beperking – naast de wens het huishouden niet al te zeer te belasten – is dat sommige (gezondheids-) kenmerken gelijklopend zijn voor alle leden van het huishouden. Indien alle leden van kroostrijke huishoudens aan de enquête zouden deelnemen – en deze kenmerken dus meermaals herhaald worden – zouden de onderzoeksresultaten licht vertekend kunnen zijn.

5.6 Organisatie van het veldwerk

5.6.1 Vragenlijsten gebruikt in het onderzoek

De bevraging van de respondenten bestaat uit drie onderdelen:

Een **eerste** onderdeel bestaat in een bevraging omtrent een aantal karakteristieken van het huishouden: de samenstelling ervan, het maandelijks inkomen, de uitgaven voor gezondheid,... Hiervoor werd gebruik gemaakt van een vragenlijst op het niveau van het huishouden. Alle vragen in deze vragenlijst worden voorgelezen door de enquêteur en dienen door een lid van het huishouden (in praktijk de referentiepersoon of zijn/haar partner) te worden beantwoord.

Een **tweede** onderdeel bestaat in een mondelinge bevraging van de – maximaal vier – geselecteerde leden van het huishouden. De hiervoor gebruikte vragenlijst is veruit de meest omvangrijke en wordt door de enquêteur volledig voorgelezen (d.w.z. zowel de vragen als de antwoordmogelijkheden) en dient in principe door de geselecteerde respondent beantwoord te worden (een volledig overzicht van de modules die in deze vragenlijst aan bod komen, is in bijlage opgenomen). In specifieke omstandigheden kan een persoon (al dan niet lid van het huishouden) antwoorden 'in naam van' de geselecteerde persoon. Dit is altijd het geval indien de geselecteerde persoon jonger is dan 15 jaar, indien de geselecteerde persoon om fysieke of mentale redenen niet in staat is te antwoorden,... Op basis van gedetailleerde instructies voor de enquêteurs en uiteraard de antwoorden door de respondent gegeven, worden sommige onderdelen van de bevraging niet doorgenomen omdat ze niet van toepassing zijn. Het staat de respondent steeds vrij te weigeren op een vraag of een vraagonderdeel.

Een **derde** onderdeel bestaat erin dat geselecteerde personen van minstens 15 jaar oud gevraagd wordt een schriftelijke vragenlijst in te vullen. Het gebruik van een schriftelijke vragenlijst werd opportuun geacht vanuit twee overwegingen. Eén is eerder praktisch van aard: een te lange mondelinge bevraging zou te belastend zijn voor de respondent, terwijl de schriftelijke vragenlijst ingevuld kan worden terwijl de overige voor deelname aan de enquête uitgenodigde leden van het huishouden mondeling bevroegd worden. Een tweede belangrijke overweging was dat een aantal thema's die in het kader van de enquête aan bod dienden te komen, eerder intiem van aard zijn en zich minder lenen voor een mondelinge bevraging. Hierbij kunnen als voorbeeld de vragen rond mentale gezondheid, de consumptie van alcohol en seksualiteit vermeld worden.

5.6.2 Interviewers netwerk

Het verzamelen van informatie in het kader van de Gezondheidsenquête bestaat (o.a.) uit een directe bevraging van voor deelname aan de enquête uitgenodigde personen (eventueel via het gebruik van een proxy). Hiervoor wordt beroep gedaan op een grote groep lekenenquêteurs, personen dus die in principe geen enkele medische opleiding gevolgd hebben en evenmin professioneel enquêteur zijn.

Voor het uitvoeren van het veldwerk kon deels beroep gedaan worden op enquêteurs die ook actief waren tijdens de vorige Gezondheidsenquêtes. Zij waren immers vertrouwd met het afnemen van enquêtes. De specificiteit van de steekproeftrekking – waarbij een selectie van gemeenten gemaakt wordt – maakte evenwel dat niet voor elke geselecteerde gemeente een enquêteur beschikbaar was. Om enquêteurs te zoeken werd aan alle officiële instanties van de betrokken gemeenten (scholen, politiekantoren, gemeentebesturen, OCMW's,...) een schrijven gericht met de oproep om zich kandidaat te stellen voor het afnemen van enquêtes. De gestelde eisen werden eerder laag gehouden: ten minste hoger secundaire onderwijs beëindigd hebben en – bij voorkeur – enige ervaring bezitten in het afnemen van enquêtes.

Niet alleen in de voorbereidende fase van het veldwerk, maar ook tijdens het veldwerk zelf – ingeval een enquêteur afhaakte – bleek het soms noodzakelijk nieuwe enquêteurs te zoeken. Aan alle kandidaat-enquêteurs werd gevraagd een lijst samen te stellen met die gemeenten/steden die hun voorkeur genoten voor het afnemen van enquêtes. In de mate van het mogelijke werden de gemeenten volgens deze voorkeuren toebedeeld aan de enquêteurs.

Alle enquêteurs werkzaam voor de Gezondheidsenquête 2004 waren verplicht een vormingssessie te volgen. Niet volgen van een vormingssessie was een voldoende reden om niet langer beroep te doen op de enquêteur. Deze vormingssessies namen de vorm aan van groepsgewijze sessies (voor de aanvang van het veldwerk) of individuele vormingssessies (ingeval een enquêteur vervangen diende te worden).

De groepsgewijze sessies werden georganiseerd in het NIS centra te Brussels Gewest, Gent Antwerpen, Luik en Charleroi, in de maanden november en december van het jaar 2003. De individuele sessies werden onregelmatig georganiseerd doorheen het jaar 2004. Een planning hieromtrent was onmogelijk, gezien enquêteurs meestal onverwacht afhaakten en vervangen dienden te worden.

In essentie had de vorming van enquêteurs tot doel een maximale standaardisering van de bevraging van de huishoudens te garanderen. Voorafgaand aan de sessie werd aan de enquêteurs gevraagd de handleiding grondig door te nemen. Tijdens de sessies werd vooral aandacht besteed aan de procedure voor het contacteren van huishoudens (aantal pogingen, wijze van contactname, maken van afspraken), de communicatie tussen de enquêteurs en het centraal secretariaat van de enquête en de inhoud en wijze van bevraging van de huishoudens

Groepsgewijze vormingssessies namen ongeveer 2 uur in beslag waarbij ruim tijd ingeruimd werd voor vragen, opmerkingen en suggesties van de enquêteurs. Individuele vormingssessies hadden een zelfde inhoud als de groepsgewijze sessies, alhoewel de klemtoon iets meer kwam te liggen op de vragen en bemerkingen van de enquêteurs die ze hadden na het doornemen van de handleiding.

In essentie bestaat de opdracht van de enquêteur erin de vragenlijsten (onderdelen vragenlijst voor het huishouden en mondelinge vragenlijst) in het bijzijn van de respondent voor te lezen (d.i. de vragen en de antwoordcategorieën) en het antwoord op elke vraag te noteren. Een eigen interpretatie door de enquêteur van vragen of antwoorden diende hierbij zoveel mogelijk vermeden te worden. Dit impliceert dat van de enquêteurs geen enkele kritische houding ten aanzien van de (antwoorden van de) respondent wordt verondersteld. Hiermee samenhangend werd van de enquêteurs geen enkele medische voorkennis verondersteld.

Naast deze kernactiviteit was de enquêteur tevens verantwoordelijk voor alle voorbereidende stappen van de bevraging en voor het bezorgen van de ingevulde vragenlijsten aan het secretariaat van de Gezondheidsenquête:

- Op basis van de adressenlijst toegezonden door het secretariaat diende de enquêteur contact te leggen met de erop vermelde huishoudens (telefonisch, at doorstep,...). Bij een deelnemend huishouden diende datum en uur waarop de bevraging zou worden doorgevoerd te worden afgesproken
- Op geregelde tijdstippen moest een communicatieformulier met een 'stand van zaken' worden toegestuurd naar het secretariaat. Ingeval van een niet contacteerbaar of weigerend huishouden ontving de enquêteur vervangingshoudend
- Voor alle huishoudens hem/haar toevertrouwd diende de enquêteur een ontvangstformulier op te maken
- Elke enquêteur diende alle vragenlijsten van de hem/haar toevertrouwde huishouden te leveren aan het secretariaat. Pas na controle van deze vragenlijsten kon een huishouden beschouwd worden als zijnde 'afgewerkt' en kon tot betaling van de enquêteur worden overgegaan.

5.6.3 Handleiding

Ten behoeve van de enquêteurs werd een handleiding opgemaakt die is opgebouwd uit twee delen. In een eerste deel worden de doelstellingen van de enquête toegelicht en de procedure voor het contacteren van huishoudens uiteen gezet. In een tweede deel worden de verschillende modules die aan bod komen in de enquête in detail besproken. Telkenmale wordt aangegeven wat de bedoeling is van een module, of een proxy al dan niet mag worden gebruikt en welke mogelijke vragen de respondenten zich omtrent de module zouden kunnen stellen (en wat de antwoorden hierop kunnen zijn).

Deze handleiding wordt doorlopen tijdens de trainingssessies met de enquêteurs en kan nadien – indien nodig - gebruikt worden ingeval zich een probleem stelt of een onduidelijkheid heerst omtrent de werkwijze bij een bepaalde module.

5.6.4 Adressenlijst

Bij het begin van elke trimester ontvangt een enquêteur een lijst van adressen van huishoudens die hij dient te contacteren. Op deze adressenlijst wordt niet enkel de naam van de huishoudens en hun woonplaats vermeldt, maar tevens de naam en leeftijd van alle leden van het huishouden (zoals deze vermeld staat in het Rijksregister) en de notie of het huishouden geïnstitutionaliseerd is. Deze supplementaire informatie moet de enquêteur in staat stellen om voorafgaand aan het mogelijk contact reeds een beeld te krijgen van de huishoudens en de contactpogingen in functie te stellen van de karakteristieken van het huishouden (indien het bijvoorbeeld gaat om een jong, actief huishouden zullen contactpogingen minder succesvol zijn indien deze door de dag gebeuren, terwijl de enquêteur wellicht meer kans heeft het huishouden aan te treffen tijdens de avonduren of in het weekend). De informatie vermeld op de adressenlijst dient als achtergrondinformatie voor de enquêteur en niet als 'checklist'. Het is expliciet voor de enquêteur verboden om gebruik te maken van deze informatie tijdens of na het interview met het huishouden. Hierop bestaat slechts één uitzondering, met name voor bejaarde leden van het huishouden (andere dan de referentiepersoon) die vermeld staan op de adressenlijst maar waarmee de enquêteur niet geconfronteerd wordt tijdens het interview. In deze omstandigheden mag de enquêteur de volgende vraag stellen "Zijn er nog andere leden binnen het huishouden die weliswaar op een ander adres verblijven". Doel van deze vraag is na te gaan of de situatie zich niet voordoet waarbij een bejaarde personen nog in een privaat huishouden is ingeschreven terwijl die feitelijk in een instelling verblijft. Luid het antwoord 'ja' dan dient de enquêteur vooralsnog deze bejaarde (met het behulp van een proxy) te bevragen.

5.6.5 *Communicatieformulier*

Het communicatieformulier vormt één van de centrale documenten in het veldwerk. Op dit formulier dient elke enquêteur voor alle huishoudens die hem/haar werden toevertrouwd de volgende informatie aan te geven:

- Het aantal contactpogingen, de data van de contactpogingen, de wijze van contactpogingen (telefonisch of huisbezoek) en het tijdstip waarop de contactpoging werd ondernomen ('s morgens, 's middags of 's avonds);
- Het statuut van de huishoudens ('in onderhandeling', 'andere', 'niet contacteerbaar', 'weigering' of 'deelname');
- Voor deelnemende huishoudens: het aantal effectief bevraagde personen per leeftijdsgroep (personen jonger dan 65 jaar, tussen 65 en 85 jaar, ouder dan 85 jaar).

Van de enquêteurs wordt verwacht dat zij dit formulier op geregelde tijdstippen – minstens eenmaal om de veertien dagen – toesturen aan het secretariaat van de Gezondheidsenquête. Op basis van de informatie vermeld op het communicatieformulier wordt het secretariaat in staat gesteld weigerende of niet contacteerbare huishoudens te vervangen en – in het begin van elk trimester – nieuwe te contacteren huishoudens te activeren. Tevens laat deze informatie toe de voortgang van het veldwerk (de mate waarin het aantal te bevragen respondenten per leeftijdsgroep gerealiseerd wordt) op te volgen en, zo nodig, bij te sturen.

Het communicatieformulier is zonder enige twijfel de achillespees van het veldwerk: indien de enquêteur dit formulier niet tijdig opstuurt, word het veldwerk danig afgeremd. Ondanks verschillende contactpogingen door het secretariaat, lieten sommige enquêteurs na dit formulier op te sturen. Veelal was dit een indicatie dat de enquêteur zijn/haar werkzaamheden gestaakt had. Desgevallend werden alle huishoudens die aan de betrokken enquêteur waren toevertrouwd en waarvoor nog geen definitief statuut gekend was, gedeactiveerd. Bij desactivatie wordt het huishouden vervangen **zonder** definitief statuut. Deze huishoudens worden bij het bepalen van de participatiegraad niet mee in rekening gehouden.

5.6.6 *Ontvangstformulier*

Voor **elk** huishouden dat werd uitgenodigd voor deelname aan de enquête dient door de verantwoordelijke enquêteur een ontvangstformulier te worden ingevuld. Dit formulier omvat drie onderdelen:

- Aan de hand van een vragenalgoritme dient de enquêteur het definitief statuut van het huishouden aan te geven;
- Voor deelnemende huishoudens dient het aantal ingevulde mondelinge en schriftelijke vragenlijsten te worden vermeld. Indien in een huishouden voor een respondent geen vragenlijst aanwezig is, dient de reden hiervan vermeld te worden;
- Voor niet deelnemende huishoudens dienen twee vragen rond de woning van het huishouden door de enquêteur te worden beantwoord.

Zoals de vragenlijsten, zijn de ontvangstformulieren officiële documenten die integraal deel uit maken van de bevraging. Enkel indien de enquêteurs alle vragenlijsten en ontvangstformulieren ingevuld hebben en toegestuurd naar het secretariaat, wordt hun werk als beëindigd beschouwd.

5.6.7 *Ontvangst van vragenlijsten*

Alle vragenlijsten en ontvangstformulieren dienen overgemaakt te worden aan het secretariaat van de Gezondheidsenquête. Dit kan rechtstreeks gebeuren (binnenbrengen bij het secretariaat) of via de post. Vooraleer enquêteurs betaald kunnen worden, dient de informatie rond het statuut van het huishouden en de bevraagde respondenten in het HISIS informatiesysteem te worden ingebracht. Het sleutelgegeven hierbij is het identificatienummer van het huishouden. De procedure is als volgt:

- Het identificatienummer van het huishouden wordt opgezocht
- De gegevens van het vragenalgoritme (ontvangstformulier) worden ingevuld
- Voor deelnemende huishoudens wordt de samenstelling van het huishouden (volgens het Rijksregister) getoond. Op basis van de module 'samenstelling van het huishouden' (vragenlijst op het niveau van het huishouden) wordt aangegeven welke leden van het huishouden hebben deelgenomen aan de enquête. De mogelijkheid bestaat nieuwe leden te declareren (of aan te geven dat bepaalde personen geen lid (meer) zijn van het huishouden).

Op basis van de ingevoerde informatie zal HISIS de nodige velden creëren opdat – in een latere fase – de resultaten van de enquêtering ingevoerd kunnen worden.

5.6.8 Nieuwsbrief

Ondanks de vele inspanningen in de voorbereidingsfase van de enquête, dienden in de loop van het veldwerk bepaalde aspecten van de bevraging bijgestuurd of verduidelijkt te worden. Om te garanderen dat de werkwijze van de enquêteurs zo gestandaardiseerd mogelijk verliep werden zij van deze bijsturingen of aanpassingen op de hoogte gebracht aan de hand van een (trimesteriele) nieuwsbrief. Hiervan werd tevens gebruik gemaakt om de enquêteurs in te lichten omtrent het aantal gerealiseerde interviews en werd er telkenmale op aangedrongen opdat de enquêteurs regelmatig communicatieformulieren toe zouden sturen naar het secretariaat.

5.6.9 Tijd nodig voor het invullen van de vragenlijsten

Het hoeft geen betoog dat een uitgebreide bevraging van respondenten zoals dit het geval is voor de gezondheidsenquête heel wat tijd vergt. Om hieromtrent enig idee te hebben diende de enquêteur voor de mondelinge bevraging per respondent aan te geven wanneer het interview werd aangevat en wanneer deze werd beëindigd.

De tijd nodig voor het invullen van de vragenlijst op het niveau van het huishouden werd niet bevroegd. Enerzijds omdat de tijd nodig voor invullen ervan in teken zal staan van de grootte van het huishouden (aantal leden) en anderzijds omdat deze vragenlijst bij voorkeur op twee momenten ingevuld dient te worden: de vragen rond de samenstelling van het huishouden dienen te worden doorgenomen bij aanvang van de enquête, de vragen rond (o.a.) het inkomen na de afname van de mondelinge vragenlijsten.

De tijd nodig voor het invullen van de schriftelijke vragenlijst werd evenmin bevroegd. Het staat de respondent immers vrij op eigen tempo, eventueel onderbroken deze vragenlijst in te vullen. De tijd 'nodig' voor het invullen van de vragenlijst kan dus niet gebruikt worden als indicator voor de moeilijkheid of de belasting van de bevraging.

Globaal genomen neemt invullen van de mondelinge vragenlijst 45 minuten in beslag. De resultaten geven echter aan dat de tijd nodig voor het invullen afhankelijk is van de leeftijd van de respondent.

Tabel 5.6.9. : Tijd nodig voor het invullen van de mondelinge vragenlijst naar leeftijd van de respondent, België, Gezondheidsenquête 2004

Leeftijd respondent	< 30 minuten	30 – 60 minuten	60< minuten
0 – 14 jaar	44,4%	38,4%	17,2%
15 – 24 jaar	33,0%	53,8%	13,2%
25 – 44 jaar	22,3%	60,2%	17,5%
45 – 64 jaar	20,4%	59,1%	20,5%
65+ jaar	8,9%	56,6%	34,5%
Totaal	22,3%	55,6%	22,1%

5.6.10 Gebruik van proxy interviews

In principe dienen de personen die geselecteerd werden voor deelname aan de enquête zelf te antwoorden op de vragen opgenomen in de enquête. In sommige, welomschreven, gevallen is het echter toegestaan dat een andere persoon (al dan niet lid van het huishouden) antwoordt 'in naam van' de geselecteerde persoon. In dit geval is er sprake van het gebruik van een proxy. Let wel; een proxy *vervangt* de geselecteerde persoon niet, maar antwoordt enkel in zijn of haar plaats.

Het gebruik van proxy is verplicht voor alle geselecteerde personen jonger dan 15 jaar, voor geselecteerde personen die erg ziek of mentaal gestoord zijn en voor oudere personen die leven in een instelling, maar nog hun officieel adres hebben in een huishouden. Een proxy-interview is tevens toegelaten wanneer de geselecteerd persoon voor een lange tijd (minstens 1 maand) afwezig is.

Tenslotte kan een proxy-interview gebruikt worden ingeval de geselecteerde persoon expliciet weigert aan het interview deel te nemen, maar toe staat dat een proxy voor hem of haar de vragen beantwoordt. Een proxy kan in voorvermelde gevallen gebruikt worden voor het antwoorden van de vragen opgenomen in de mondelinge vragenlijst (met uitzonderingen: sommige vragen mogen niet door een proxy beantwoord worden). Het gebruik van een proxy is *niet* toegestaan bij de schriftelijke bevraging.

In totaal werden 9.936 enquêtes (78%) persoonlijk afgenomen bij de geselecteerde persoon. Bij 2810 gevallen werd een proxy ingezet. Het ging hierbij vooral om een proxy die lid van het huishouden is (20%) en slechts in beperkte mate om een persoon buiten het huishouden dat als proxy optrad (2%).

Interessant om weten is de reden die door de enquêteur aangegeven werd voor het gebruik van een proxy (Tabel 5.6.10).

Tabel 5.6.10 : Reden waarom een proxy interview werd doorgevoerd (in %), Gezondheidsenquête, België, 2004

	N	%
De geselecteerde persoon was jonger van 15 jaar	1.662	62,3
De geselecteerde persoon kon niet gecontacteerd worden	380	14,3
De geselecteerde persoon kon niet persoonlijk antwoorden	520	19,5
De geselecteerde persoon weigerde persoonlijk te antwoorden	104	3,9
Totaal	2.666	100

In 62% van de gevallen is het gebruik van een proxy noodzakelijk vanwege het feit dat de geselecteerde persoon niet de vereiste leeftijd (15 jaar) had om persoonlijk te kunnen antwoorden. Informatie rond de vragen opgenomen in de mondelinge vragenlijst is voor deze personen aanwezig, informatie rond de vragen opgenomen in de schriftelijke vragenlijst is echter niet ter beschikking.

5.7 Evaluatie van de enquête

Een grootschalig project zoals de Gezondheidsenquête, waarbij tal van actoren betrokken zijn, noodzaakt tot een permanente bewaking van zowel het proces (alle aspecten die samenhangen met het veldwerk) als het product (alle aspecten die samenhangen met de aanmaak van het gegevensbestand, inhoud van het bestand, analyse en rapportage van de onderzoeksresultaten).

5.7.1 Procesbewaking

5.7.1.1 Samenstelling van de steekproef

De concrete samenstelling van de steekproef van huishoudens, op basis van het Rijksregister en volgens de criteria opgesteld door het WIV werd uitgevoerd door de ICT afdeling van de Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie. Voor elke trimester van het veldwerk werd een nieuwe steekproef samengesteld (waarbij verzekerd werd dat huishoudens nooit meer dan eenmaal in steekproef opgenomen kon worden). Het gegevensbestand aangeleverd door ICT omvat een reeks van clusters van vier gelijkaardige huishoudens. Controle van dit bestand neemt de vorm aan van een controle van de homogeniteit van elke cluster, dat wil zeggen dat werd nagegaan of de vier huishoudens binnen een cluster effectief gelijkaardig zijn qua leeftijd van de referentiepersoon, grootte van het huishouden en statistische sector van woonst. Hierbij dient vermeld te worden dat een 100% homogeniteit niet de norm is: de specifieke wijze van samenstelling van de steekproef maakt dat binnen een cluster huishoudens op één kenmerk verschillend kunnen zijn van de andere huishoudens. Een cluster wordt als homogeen beschouwd voor een bepaald kenmerk, indien alle huishoudens identiek zijn voor wat dit kenmerk betreft. Een cluster wordt als heterogeen beschouwd als voor een bepaald kenmerk minstens één huishouden niet overeenstemt met de andere huishoudens binnen de cluster.

Het volledig gegevensbestand aangeleverd door ICT (dit is: voor de 4 trimesters samen) omvatte 15.432 clusters (van telkenmale 4 huishoudens). In de volgende tabel wordt een overzicht van de clusterhomogeniteit volgens de onderscheiden kenmerken weergegeven

Tabel 5.7.1.1. Overzicht van de cluster homogeniteit van alle voor de enquête geactiveerde clusters, Gezondheidsenquête, België, 2004

	Criteria gebruikt bij de aanmaak van de clusters		
	Leeftijd referentiepersoon	Grootte huishouden	Statistisch sector
Homogeen	17,1	10,3	38,6
Heterogeen	82,9	89,7	61,4

Waar huishoudens behorend tot een zelfde cluster veeleer homogeen zijn voor wat betreft de leeftijd van de referentiepersoon en de grootte van het huishouden, is voor wat de statistische sector van woonst betreft een relatief hoge mate van heterogeniteit vast te stellen. In 38,6% van alle clusters behoren de huishoudens niet tot een zelfde statistische sector. Reden hiervoor is een kleine onregelmatigheid in het programma gehanteerd voor het samenstellen van clusters in steden en grote gemeenten (waar meerdere groepen geselecteerd werden). Voor deze clusters geldt dat de huishoudens niet persé behoren tot een zelfde cluster, maar mogen behoren tot naburige clusters.

5.7.1.2 De scrambling procedure

Om elke vorm van systematiek te weren werd besloten voor elke trimester de systematische volgorde van de clusters binnen elke groep te vervangen door een willekeurige orde (verticale scrambling of inter-cluster scrambling) en de systematische orde van huishoudens binnen elke cluster te vervangen door een willekeurige orde (horizontale scrambling of intra-cluster scrambling).

- De effectiviteit van de verticale scrambling werd nagegaan door – voor elke trimester en voor elke groep – een rangnummer toe te kennen gebaseerd op rangorde van de clusters in het door ICT aangeleverde databestand. Daaropvolgend werd het gemiddelde dit rangordenummer berekend voor alle clusters die in het begin van een trimester werden geactiveerd (d.i. een huishouden binnen de cluster werd geactiveerd) en vergeleken met het gemiddelde van het rangordenummer van de clusters die niet geactiveerd werden. Gezien bij controle deze gemiddelden (ongeveer) gelijk waren, mag worden besloten dat de verticale scrambling effectief werd doorgevoerd.
- De effectiviteit van de horizontale scrambling werd nagegaan door aan elke huishouden binnen een cluster een rangordenummer toe te kennen (1,2,3 of 4). Na het toepassen van de horizontale scrambling werd de kans berekend opdat het eerste, tweede,... initieel gerangschikte huishouden bij het begin van een trimester geactiveerd werd. Zoals verwacht was deze kans (ongeveer) 25% voor elk oorspronkelijk op de eerste, tweede,... plaats gerangschikte huishouden.

5.7.1.3 Veldwerkorganisatie

In de Gezondheidsenquête 2004 werd voor het eerst gebruik gemaakt van een volledig geïnformatiseerd systeem van (o.a.) opvolging van het veldwerk. Door de ontwikkeling van HISIS (“Health Interview Survey Information System”) werd het mogelijk alle informatie aangaande (o.a.) het veldwerk volledig te integreren. Waarin de vorige enquêtes (1997, 2001) gewerkt diende te worden met verschillende centrale en perifere databanken, kon met behulp van HISIS gewerkt worden met één centraal gegevensbestand waarin alle informatie aangaande het veldwerk permanent aangepast en opgevolgd kon worden.

Het centrale idee hierbij is dat, van zodra een huishouden uitgenodigd wordt tot deelname aan de enquête, deze permanent gevolgd kan worden doorheen de verschillende fases van het veldwerk. Om deze opvolging mogelijk te maken, wordt gebruik gemaakt van het nummer van het huishouden. Dit nummer wordt geselecteerd uit een lijst van nummers en wordt nooit manueel ingevoerd (zodoende worden mogelijke fouten bij een dergelijke manuele invoering vermeden). De verschillende documenten (communicatieformulier, ontvangstformulier) kunnen enkel maar ingebracht worden voor deze huishoudens, terwijl op elk moment een overzicht gemaakt kan worden voor welk van deze huishoudens de documenten (nog) niet werden ingebracht. Kerndocument in het veldwerk is het communicatieformulier. Aan de hand van dit formulier wordt het mogelijk het werk van de enquêteur op te volgen en het statuut van het huishouden te kennen.

Het systeem laat bovendien toe incoherenties aan te geven in de informatie die door de enquêteurs wordt aangeleverd, waardoor onmiddellijk met de betrokken enquêteur contact kan worden opgenomen of deze incoherenties te corrigeren.

Tenslotte laat HISIS toe informatie van het verloop van het veldwerk te koppelen aan de resultaten van de bevraging.

Samenvattend, laat het gecentraliseerd informatiesysteem HISIS toe:

- Het gegevensbestand te beheren van alle voor de steekproef geselecteerde huishoudens
- Het veldwerk te beheren, dit impliceert (o.a.) het toewijzen van huishoudens aan enquêteurs en de opvolging de het realiseren van interviews. Formulieren dit hiervoor door HISIS worden aangemaakt zijn:
 - Communicatieformulieren
 - Adressenlijsten
 - Ontvangstformulieren
 - Introductiebrieven aan de huishoudens
- De ontvangst van de (ingevulde) vragenlijsten op te volgen
- De betaling van de enquêteurs (facturatie) te vergemakkelijken
- Indicatoren aan te maken die – op elk moment tijdens het veldwerk – toelaten duidelijk overzicht te krijgen van de ‘stand van zaken’:
 - Realisatie van het veldwerk per provincie en per groep
 - Realisatie van het veldwerk per leeftijdsgroep en per provincie
 - Realisatie van het veldwerk per stratum en per provincie
 - Aantal ontvangen vragenlijsten per groep
 - Evaluatie van het non-respons cijfer
 - Realisatie van de data-invoer
 - Overzicht (en identificatie) van de huishoudens die reeds meer dan 6 weken het statuut ‘in onderhandeling’ hebben
 - Overzicht (en identificatie) van de huishoudens die als ‘niet contacteerbaar’ werden omschreven, maar waarvoor er minder dan 6 contactpogingen vermeld werden
 - Communicatieformulieren die reeds langer dan 2 weken naar de interviewer werden opgestuurd zonder response
- De antwoorden van deelnemende huishoudens op de vragen te coderen
- Exporteren van gegevens opdat deze zouden kunnen worden gecontroleerd (horizontale en verticale controle van de onderzoeksresultaten)
- Evalueren van het werk van de enquêteurs door middel van een beperkte survey (kwaliteitscontrole)
- Toesturen van een korte samenvatting van de onderzoeksresultaten naar alle participerende huishoudens.

5.7.1.4 Evaluatie van de enquêteurs

De kwaliteit van het veldwerk staat of valt met het optreden van de enquêteurs. Indien zij hun werk niet naar behoren verrichten komt de ganse opzet van de Gezondheidsenquête in het gedrang. De beste wijze om het werk van de enquêteurs te evalueren bestaat erin een steekproef van respectievelijk participerende en weigerende huishoudens terug te contacteren waarbij nagegaan wordt of de enquêteurs conform de regels vermeld in de “handleiding voor de enquêteurs” gewerkt hebben.

Tijdens het veldwerk werden twee evaluatierondes georganiseerd: een tijdens de tweede en een tijdens de vierde trimester. Voor deze evaluatie werd, per enquêteur, een steekproef samengesteld van deelnemende en weigerende huishoudens. Met deze huishoudens werd telefonisch contact opgenomen door het secretariaat van de enquête (huishoudens zonder telefoon werden uit deze evaluatie geweerd). Indien een huishouden effectief gecontacteerd werd, werd een korte vragenlijst doornomen die afhankelijk was van het feit of het betrokken huishouden een participerend dan wel een weigerend huishouden was:

Bij participerende huishoudens werd het volgende nagegaan:

- Hebben de huishoudens effectief de uitnodigingsbrief en de plooi folder ontvangen
- Werden de huishoudens effectief gecontacteerd door een enquêteur
- Op welke wijze werden de huishoudens door een enquêteur gecontacteerd
- Werd de mondelinge vragenlijst effectief mondeling afgenomen door de enquêteur
- De tijd die het interview (ongeveer) in beslag nam
- Lichtte de enquêteur zo nodig de vragen toe
- Werd de schriftelijke vragenlijst effectief ingevuld door alle geselecteerde leden van het huishouden (van 15 jaar of ouder)
- Algemene appreciatie van het werk van de enquêteur

Bij weigerende huishouden werd het volgende nagegaan:

- Hebben de huishoudens effectief de uitnodigingsbrief en de plooi folder ontvangen
- Werden de huishoudens effectief gecontacteerd door een enquêteur
- Op welke wijze werden de huishoudens door een enquêteur gecontacteerd
- Reden van weigering

Van zodra er zich een inconsistentie voor deed tussen hetgeen het gecontacteerd huishouden aangaf en de informatie overgemaakt door de enquêteur werden *alle* aan de enquêteur toevertrouwde huishoudens gecontacteerd om na te gaan of het hier ging om een systematische fout in het optreden van de enquêteur. Bij een systematische (en doelbewuste) fout van de enquêteur wordt deze ontslagen en worden alle vragenlijsten die hij/zij heeft afgenomen, nietig verklaard. Tijdens de Gezondheidsenquête 2004 werd één dergelijk enquêteur ontdekt.

5.7.1.5 Controle van de binnengebrachte vragenlijsten

Een steekproef van binnengebrachte vragenlijsten werd onderworpen aan een grondige controle, op basis van een checklist. Alle documenten met betrekking tot een huishouden werden gecontroleerd: werden de sprongen geëerbiedigd? Werd een antwoord genoteerd op alle vragen die van toepassing zijn? Werden de antwoorden duidelijk aangegeven? Verschilde het handschrift in de schriftelijke vragenlijsten met deze van de mondelinge vragenlijsten (schriftelijke vragenlijsten dienen – in principe – niet door de enquêteur maar door de respondent te worden ingevuld)? Zijn alle ontvangstformulieren aanwezig,...

Systematische fouten (dit is: fouten die door meerdere enquêteurs in dezelfde zin gemaakt werden) die via de toepassing van deze procedure aan bod kwamen, werden in de nieuwsbrieven voor de enquêteurs besproken.

5.7.2 Productbewaking

De informatisering van de resultaten vormt onderdeel van HISIS. Op basis van de informatie genoteerd op de ontvangstformulieren creëert HISIS de nodige bestanden voor wat betreft de resultaten van de bevraging. Het is dan ook onmogelijk om gegevens in te voeren voor huishoudens die niet vooraf gedefinieerd zijn in HISIS terwijl, omgekeerd, resultaten worden verwacht voor alle huishoudens die deelnamen aan de enquête.

De invoer van gegevens werd uitgevoerd in verschillende centra van de Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie (Brussels Gewest, Gent, Antwerpen, Luik en Charleroi). HISIS laat toe dat de invoer perifeer wordt doorgevoerd, terwijl alle gegevens in één centraal bestand worden ondergebracht (intranet based applicatie).

Door middel van monitoren kon op elk moment het aantal ingevoerde vragenlijsten nagegaan worden, het aantal operatoren dat actief was, welke operator welke vragenlijsten had ingevoerd in HISIS,...

Ook wat de gegevensinvoer betreft, is HISIS een intelligent systeem: op basis van informatie van de grootte, de leeftijd- en geslachtssamenstelling van het huishouden en het antwoord op specifieke vragenlijst binnen de vragenlijst worden bepaalde modules 'geblokkeerd' dan wel toegankelijk gemaakt.

5.7.2.1 Verticale controle

De verticale controle komt in wezen erop neer na te gaan of voor alle huishoudens die hebben deelgenomen aan de enquête alle verwachte vragenlijsten en formulieren (ontvangstformulieren, communicatieformulieren) aanwezig en gecodeerd zijn. De informatie afkomstig van de ontvangstformulieren (status van het huishouden, aanwezigheid van ingevulde vragenlijsten) wordt gerelateerd aan het bestand met de resultaten van de bevraging. Bijkomend wordt nagegaan of de informatie afkomstig van de ontvangstformulieren overeenstemt met de gegevens van het Rijksregister. Deze overeenstemming dient echter niet volledig te zijn en dit (o.a.) om de volgende redenen:

- Tussen de samenstelling van de steekproef en het moment van enquêtering zit sowieso wat tijd (in principe maximaal 3 maanden). In die tijd kan de samenstelling van het huishouden gewijzigd zijn.
- De administratieve samenstelling van het huishouden kan afwijken van de reële samenstelling ervan. Als voorbeeld kan hier verwezen worden naar een recent samenwonend koppel waarbij de partner (nog) niet is ingeschreven op het adres van de referentiepersoon.

Essentieel in de vergelijking van het gegevensbestand van de Gezondheidsenquête met de gegevens opgenomen in het Rijksregister, is het statuut en de karakteristieken van de referentiepersoon. Deze dient noodzakelijkerwijze in beide bestanden gelijk te zijn (d.i. het statuut dient 'referentiepersoon' te zijn in beide bestanden, en de leeftijd en geslacht dient in beide bestanden gelijk te zijn). Ingeval er inconsistenties tussen beide bestanden vastgesteld werden, werd de informatie van de betrokken huishoudens manueel gecontroleerd en aangepast. In quasi alle gevallen werd een fout vastgesteld die tijdens de receptie van de vragenlijsten in HISIS werd geïntroduceerd (toekennen van het statuut 'referentiepersoon' aan een ander lid van het huishouden dan voorzien in het Rijksregister).

5.7.2.2 Horizontale controle

De essentie van de horizontale controle van de gegevens is het traceren van mogelijke fouten gemaakt tijdens de invoer van de gegevens. In HISIS zijn tal van maatregelen ('sprongen') voorzien opdat dergelijke fouten vermeden zouden worden:

- Modules die enkel bestemd zijn voor personen vanaf een bepaalde leeftijd (meestal 15 jaar) worden gemaskeerd voor personen die niet aan die vereiste voldoen (hierbij baseert HISIS zich op de ingevoerde geboortedatum van de respondent)
- Modules die enkel bestemd zijn voor groepen respondenten die beantwoorden aan specifieke criteria (bijvoorbeeld een bepaald antwoord op een voorafgaande vraag) worden gemaskeerd voor die respondenten die niet aan die voorwaarde voldoen

Het in HISIS inbouwen van sprongen bij de gegevensinvoer werd uitvoerig besproken met de teamleden. Er werd besloten voor sommige vraagonderdelen geen sprongen te voorzien of althans niet alle denkbare. De reden hiervoor is vooral dat bij het inbouwen van sprongen uit gegaan wordt van een zekere coherentie in de antwoorden van de respondenten én van de afwezigheid van fouten te wijten aan de enquêteur. Voor sommige modules of onderdelen van modules werd dit als een te strenge houding beschouwd. Het resultaat hiervan is dat voor deze modules of onderdelen van modules incoherenties steken in de antwoorden. Deze incoherenties kunnen, zoals gemeld, veroorzaakt worden door de respondent, de interviewer maar kunnen ook opgetreden zijn tijdens de invoer van de gegevens. Dit laatste vormt het onderwerp van de horizontale controle. In praktijk werden tal van programma's uitgeschreven om interne consistenties in kaart te brengen. Een lijst van inconsistenties werd overgemaakt aan de centra belast met gegevensinvoer met de vraag de vragenlijsten te controleren en na te gaan of hetgeen op de vragenlijst genoteerd staat, overeenkomt met hetgeen in het gegevensbestand is opgenomen. Indien dit niet het geval was, dient het gegevensbestand aangepast te worden. Indien dit wel het geval was, dient de incoherentie onaangeroerd te blijven (in dit geval werd de incoherentie bewerkstelligd door de respondent zelf of door de interviewer). Voor inconsistenties die na controle in het gegevensbestand blijven bestaan, worden maatregelen genomen in de analyse van de resultaten.

6. Deelname aan de enquête

Zoals elke niet verplichte enquête wordt ook de Gezondheidsenquête geconfronteerd met niet deelname van huishoudens die uitgenodigd waren voor de enquête. Reeds voorheen werd omschreven dat in dit geval gewerkt wordt met vervangingen van huishoudens. De idee die hierachter schuilt is dat huishoudens worden vervangen door 'gelijkaardige' huishoudens voor wat betreft de leeftijd van de referentiepersoon, de grootte van het huishouden en de statistische sector.

Het hoeft geen betoog dat een zeer nauwe opvolging van het veldwerk noodzakelijk is, zodat op elke moment het statuut van een voor deelname aan de enquête uitgenodigd huishouden gekend is en – daarmee gepaard gaand – welke actie ondernomen moet worden door het secretariaat van de enquête. De informatie hiervoor gebruikt is afkomstig van de communicatieformulieren en de ontvangstformulieren die de enquêteurs ter beschikking (moeten) stellen.

Van zodra huishoudens uitgenodigd worden voor deelname aan de enquête – dit is van zodra een uitnodigingsbrief en folder zijn opgestuurd aan het huishouden, wordt dit huishouden beschouwd als *geactiveerd*. Voor elk geactiveerd huishouden zal dit statuut – op basis van de informatie toegeleverd door de enquêteurs – veranderd worden in een definitief statuut. Dit definitief statuut wordt toegekend op basis van het doorlopen van een vragenset (RF vragen) opgenomen in het ontvangstformulier:

RF01: Bestaat het adres van het huishouden, zoals vermeld in de "lijst van adressen"?

Indien het antwoord op deze vraag "neen" is, betekent dit dat de informatie afkomstig van het Rijksregister niet correct is. Het huishouden krijgt het statuut 'adres bestaat niet' en wordt door het secretariaat vervangen. Indien het antwoord op deze vraag "ja" is, dient de enquêteur de volgende vraag te beantwoorden.

RF02: Zijn er indicaties dat het huishouden vermeld in de 'lijst van adressen' woonachtig is op desbetreffend adres?

Indien het antwoord op deze vraag "neen" is, betekent dit wellicht dat de informatie afkomstig van het Rijksregister verouderd is. Het huishouden krijgt het statuut 'huishouden niet woonachtig op dit adres' en wordt door het secretariaat vervangen. Indien het antwoord op deze vraag "ja" is, dient de enquêteur de volgende vraag te beantwoorden.

RF03: Beantwoordt het huishouden aan de selectiecriteria?

Voorheen werd reeds aangegeven dat bepaalde personen uitgesloten worden van deelname aan de enquête. Het gaat hierbij om personen die leven in een grote kloostergemeenschap, in een psychiatrische instelling, in een gevangenis,.... De informatie afkomstig van het Rijksregister laat niet toe deze personen *vooraf* uit te sluiten. Ingeval het om een dergelijk persoon/huishouden gaat, krijgt het huishouden het statuut 'huishouden beantwoordt niet aan de selectiecriteria' en wordt door het secretariaat vervangen. Indien het antwoord op deze vraag "ja" is, dient de enquêteur de volgende vraag te beantwoorden.

RF04: Was er een contact met (een lid van) het huishouden, eventueel na verschillende contactpogingen?

Van een enquêteur wordt verwacht dat hij/zij verschillende contactpogingen – op verschillende momenten – onderneemt met het huishouden. Indien, na herhaalde pogingen, geen contact mogelijk is krijgt het huishouden het statuut “niet contacteerbaar huishouden” en wordt het door het secretariaat vervangen. Indien het antwoord op deze vraag “ja” is, dient de enquêteur de volgende vraag te beantwoorden.

RF05: Heeft het huishouden deelgenomen aan de enquête?

Op basis van de antwoorden op voorgaande vragen, kan ervan uitgegaan worden dat de enquêteur effectief een contact heeft gehad met een lid van het huishouden. Eventueel na het geven van bijkomende informatie werd het huishouden gevraagd of het wil deelnemen aan de enquête. Indien het antwoord op deze vraag “neen” is, krijgt het huishouden het statuut “weigerend huishouden” en wordt het door het secretariaat vervangen. Indien mogelijk wordt door de enquêteur de reden van weigering vermeld op het ontvangstformulier. Indien het antwoord op deze vraag “ja” is, worden de vragenlijstend doorlopen met de (maximum 4) geselecteerde leden van het huishouden en krijgt het huishouden het statuut “participerend huishouden”.

6.1 Participatiegraad

Op basis van het statuut van de voor deelname uitgenodigde huishoudens kan snel de participatiegraad (op het niveau van het huishouden) voor de Gezondheidsenquête 2004 berekend worden. Voor het realiseren van in totaal 12.945 individuele interviews was het noodzakelijk 13.271 huishoudens te activeren. Een overzicht van het finaal statuut van deze huishoudens wordt in de volgende tabel gegeven:

Tabel 6.1. Definitief statuut van alle voor deelname aan de enquête uitgenodigde huishoudens, België, Gezondheidsenquête 2004

Statuut	Aantal	%
Adres bestaat niet	37	0,3
Huishouden niet woonachtig op het adres	983	7,4
Huishouden beantwoordt niet aan de selectiecriteria	169	1,3
Huishouden is niet contacteerbaar	1.445	10,9
Huishouden weigert deel te nemen	4.107	30,9
Participerende huishouden	6.530	49,2
Totaal	13.271	100

Voor het aangeven van de participatiegraad wordt de verhouding berekenend van het aantal participerende huishoudens in functie van de som van het aantal participerende en het aantal weigerende huishoudens, d.i. $6.530 / (6.530 + 4.107) = 61,4\%$. Deze participatiegraad is quasi onveranderd gebleven in vergelijking met de vorige enquêtes (1997: 58,5%, 2001:61,4%).

6.2 Analyse van (non-) respons

De schat aan (gezondheids-)informatie die werd verzameld bij de participerende huishoudens staat natuurlijk in contrast met de informatie aanwezig omtrent de niet contacteerbare of weigerende huishoudens. Hiervoor dient men zich te beperken tot de informatie aanwezig in het Rijksregister. Deze omvat, naast de woonplaats, (o.a.) de leeftijd, geslacht en nationaliteit van referentiepersoon en de

(administratieve) grootte van het huishouden. In de volgende tabel worden deze karakteristieken vergeleken tussen deelnemende, weigerende en niet contacteerbare huishoudens (adressen die niet bestonden of huishoudens die niet woonachtig waren op het aangegeven adres worden buiten beschouwing gelaten):

Tabel 6.2. Vergelijking profiel van niet contacteerbare, weigerende en aan de enquête deelnemende huishoudens, Gezondheidsenquête, België, 2004

	Totaal huishoudens	Niet contacteerbaar %	Gecontacteerd	Weigering %	Deelname %
Geslacht					
Man	7304	11,9	6438	36.6	63.4
Vrouw	4778	12,1	4199	41.7	58.3
Leeftijdsgroep					
0 – 14	24	12,5	21	23.8	76.2
15 – 24	378	23,8	288	36.1	63.9
25 – 34	1449	21,9	1131	29.4	70.6
35 – 44	1832	14,9	1559	32.2	67.8
45 – 54	1774	12,5	1553	37.0	63.0
55 – 64	1501	9,0	1366	36.3	63.7
65 – 74	1879	7,8	1732	40.6	59.4
75 +	3245	8,0	2987	46.5	53.5
Nationaliteit					
Belg	10684	10,7	9546	38.8	61.2
Niet Belg – EU	1004	21,4	789	37.9	62.1
Niet EU	394	23,4	302	35.1	64.9
Grootte Huishouden					
1	5491	17,1	4550	41.1	58.9
2	3523	8,9	3210	39.4	60.6
3	1517	6,3	1421	36.5	63.5
4	1551	6,1	1456	31.3	68.7
Gewest					
Vlaams Gewest	4039	9,1	3671	40.5	59.5
Brussels Gewest	4059	18,9	3293	42.0	58.0
Waals Gewest	3984	7,8	3673	33.7	66.3
Provincie					
Antwerpen	1064	11,2	945	38.7	61.3
Vlaams Brabant	700	12,9	610	51.6	48.4
West-Vlaanderen	591	4,6	564	28.7	71.3
Oost-Vlaanderen	961	9,3	872	48.5	51.5
Limburg	723	5,9	680	32.5	67.5
Brussel / Bruxelles	4059	18,9	3293	42.0	58.0
Brabant Wallon	328	6,4	307	29.0	71.0
Hainaut	1263	7,8	1165	36.0	64.0
Liège	1001	8,0	921	36.9	63.1
Luxembourg	958	6,8	893	30.1	69.9
Namur	434	10,8	387	31.3	68.7

De proportie huishoudens die niet gecontacteerd konden worden is het hoogst:

- Indien de referentiepersoon van het huishouden een beroepsactieve leeftijd heeft
- Indien de referentiepersoon niet de Belgische nationaliteit heeft
- Indien het gaat om eenpersoonshuishoudens
- Indien het huishouden woonachtig is in het Brussels Gewest

De participatiegraad varieert in functie van bepaalde karakteristieken van het huishouden:

- Ze is het hoogst indien de referentiepersoon van het huishouden een man is
- Ze is lager naarmate de referentiepersoon ouder is
- Ze is iets hoger indien de referentiepersoon geen Belgische of Europese nationaliteit heeft
- Ze is hoger indien het huishouden groter is
- Ze is het hoogst indien het huishouden woonachtig is in het Waals Gewest

6.3 Reden van weigering

Aan huishoudens die expliciet weigerden aan de enquête deel te nemen werd gevraagd welke hiervoor de reden was. Alhoewel niet alle huishoudens hierop een antwoord wensten te geven, kan toch een beeld gevormd worden van de reden van weigering. Dit is interessant naar volgende enquêtes toe, omdat het toelaat strategieën uit te werken om weigering in te dijken:

Tabel 6.3. Redenen aangegeven door gecontacteerde huishoudens om niet deel te nemen aan de enquête, Gezondheidsenquête, België, 2004

Reden	Aantal huishoudens	%
Desinteresse	2152	52,8
Tijdsgebrek	675	16,6
Gezondheidsredenen	448	11,0
Leeftijdsredenen	259	6,4
Te persoonlijk/te lang	34	0,8
Niet in staat te antwoorden	21	0,5
Taalprobleem	73	1,8
Andere redenen	415	10,2
Totaal	4078	100

Desinteresse in de enquête is voor meer dan de helft van de voor deelname uitgenodigde huishoudens de voornaamste reden om niet deel te nemen. Het is uiteraard zeer moeilijk om dergelijke huishoudens te overhalen toch deel te nemen. Misschien kan de introductiebrief en –folder nog meer de klemtoon leggen op het belang van deelname aan de enquête. Niettemin moet erkend worden dat, welke initiatieven ook genomen mogen worden, sommige huishoudens nooit overtuigd zullen worden om aan de enquête deel te nemen. Tijdsgebrek wordt door 17% als reden aangegeven om niet deel te nemen. Wellicht maskeert dit argument deels ook een gebrek aan interesse. Nochtans mag niet de tijd die gevraagd wordt om alle vragenlijsten in te vullen, niet onderschat worden. Voor een volgende enquêtering moet gepoogd worden de lengte van de bevraging verder in te korten. Gezondheidsredenen (11%) en leeftijdsredenen (6%) zijn jammerlijke redenen om niet deel te nemen. Zoals dit ook bij het argument ‘tijdsgebrek’ het geval was, maskeren deze redenen deels een desinteresse. Gezien de aard van de gezondheidsenquête – het in kaart brengen van (o.a.) de gezondheidstoestand van de bevolking – is het echter essentieel dat ook minder gezonde resp. oudere personen deelnemen aan de enquête.

7. Introductie tot de resultaten

7.1 Samenstelling van de studiepopulatie

In deze paragraaf worden bepaalde karakteristieken van de studiepopulatie beschreven: de distributie in functie van de woonplaats, de socio economische karakteristieken, de nationaliteit en de grootte van de huishoudens

7.1.1 Woonplaats

Voor elk van de regio's en voor twee provincies die een oververtegenwoordiging in de enquête aangevraagd hebben, werd het aantal te bevragen personen vooraf vastgesteld: 4.400 personen woonachtig in het Vlaams Gewest (waarvan 1.000 woonachtig in de provincie Limburg), 3.350 personen woonachtig in het Brussels Gewest en 4.850 personen woonachtig in het Waals Gewest (waarvan 1.200 woonachtig in de provincie Luxemburg). In deze cijfers is tevens de oververtegenwoordiging van ouderen (65 jaar of ouder) vervat, waarvan het aantal te bevragen personen op 1.250 werd bepaald.

De resultaten voorgesteld in Tabel 7.1.1. tonen de effectieve verdeling van de steekproef volgens regio en provincie. De doelstellingen in termen van het aantal te bevragen personen werden gerealiseerd. In sommige provincies werden meer personen dan vooropgesteld bevragd. Dit is quasi onvermijdbaar gezien de complexiteit van de steekproefopstelling en de procedures toegepast tijdens het veldwerk. Er dient vermeld te worden dat in het protocolakkoord het aantal te realiseren enquêtes enkel werd bepaald op het niveau van de gewesten (en dus ook op het niveau van het ganse land) en voor die provincies met een oververtegenwoordiging.

Tabel 71.1.: Vergelijking voorziene steekproef versus gerealiseerde steekproef volgens woonplaats (regio en provincie), Gezondheidsenquête, België, 2004

Gewest	Voorzien	Bevraagd	Afwijking
Vlaams Gewest	4.400	4.513	+ 2.6
Brussels Gewest	3.350	3.440	+ 2.8
Waals Gewest	4.850	4.992	+ 2.9
België (Totaal)	12.600	12.945	+ 2.7
Provincie			
Antwerpen	1.100	1.171	+ 6.5
Vlaams Brabant	650	561	- 13.7
West-Vlaanderen	750	814	+ 8.5
Oost-Vlaanderen	900	944	+ 4.9
Limburg*	1.000	1.023	+ 2.3
Brussel / Bruxelles	3.350	3.440	+ 2.7
Brabant Wallon	400	446	+ 11.5
Hainaut	1.500	1.502	+ 0.1
Liège	1.200	1.181	- 1.6
Luxembourg*	1.200	1.332	+ 11.0
Namur	550	531	- 3.5
België (Totaal)	12.600	12.945	+2.7

* Provincies met een oververtegenwoordiging in de enquête

7.1.2 Opleidingsniveau

Met het opleidingsniveau wordt in de Gezondheidsenquête niet verwezen naar het individueel opleidingsniveau, maar naar het hoogste opleidingsniveau binnen het huishouden, gebaseerd op een vergelijking van het opleidingsniveau van de referentiepersoon met dit van zijn/haar partner. Het hoogste van deze beiden wordt weerhouden en toebedeeld aan alle leden van het huishouden.

Tabel 7.1.2.: Verdeling van de studiebevolking volgens het hoogste opleidingsniveau binnen het huishouden en volgens het gewest, Gezondheidsenquête, België, 2004

Opleidingsniveau	Vlaams Gewest		Brussels Gewest		Waals Gewest		Totaal steekproef	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Lager onderwijs	749	17,1	532	16,2	802	16,8	2.083	16,7
Lager secundair	738	16,8	586	17,8	900	18,8	2.224	17,9
Hoger secundair	1.379	31,4	799	24,3	1.470	30,8	3.648	29,3
Hoger onderwijs	1.520	34,7	1.371	41,7	1.604	33,6	4.495	36,1
Totaal	4.386	100	3.288	100	4.775	100	12.449	100

7.1.3 Inkomensniveau

Het inkomensniveau wordt berekend op basis van het "totale beschikbaar inkomen van het huishouden" waarvoor een equivalentieschaal wordt toegepast (OCDE, 1982) (3). Dit laat toe inkomens van verschillende huishoudens te vergelijken waarbij rekening gehouden wordt met hun grootte en samenstelling. Hierbij krijgen de verschillende leden van het huishouden een specifiek gewicht: 1.0 voor het eerste volwassen lid van het huishouden, 0.5 voor elke bijkomende volwassene (18+ jaar) en 0.3 voor elk kind (< 18 jaar). Voor de berekening van het equivalent inkomen, wordt het totaal beschikbaar inkomen van het huishouden gedeeld door de som van de gewichten van alle leden van het huishouden.

Tabel 7.1.3.: Verdeling van de studiebevolking volgens het equivalent inkomen van het huishouden en volgens het gewest, Gezondheidsenquête, België, 2004

Inkomensniveau	Vlaams Gewest		Brussels Gewest		Waals Gewest		Totaal steekproef	
	N	%	N	%	N	%	N	%
< 750 €	165	4.4	226	7.7	242	5.6	633	5.8
750 – 1000 €	374	10.0	441	15.0	497	11.5	1.312	11.9
1000 – 1500 €	889	23.8	715	24.4	970	22.4	2.574	23.4
1500 – 2500 €	1.059	28.3	854	29.1	1.396	32.3	3.309	30.1
> 2500 €	1.252	33.5	694	23.7	1.222	28.3	3.168	28.8
Totaal	3.739	100	2.930	100	4.326	100	10.995	100

7.1.4 Grootte van de huishoudens

In totaal namen 6530 huishoudens deel aan de Gezondheidsenquête 2004. Eén vijfde van de respondenten leeft in eenpersoonshuishoudens. Dit type huishouden lijkt frequenter te zijn in het Brussels Gewest dan in de andere gewesten. Eenderde van de respondenten leeft in grote huishoudens (die minstens vier personen omvatten).

Tabel 7.1.4.: Verdeling van de studiepopulatie volgens de grootte van de huishoudens en volgens het gewest, Gezondheidsenquête, België, 2004

Grootte van het huishouden	Vlaams Gewest		Brussels Gewest		Waals Gewest		Totaal steekproef	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1	783	17,3	964	28	935	18,7	2682	20,7
2	1404	31,1	977	28,4	1431	28,7	3812	29,4
3	971	21,5	572	16,6	1048	21	2591	20
4+	1355	30	927	26,9	1578	31,6	3860	29,8
Totaal	4513	100	3440	100	4992	100	12945	100

7.1.5 Nationaliteit

De studiepopulatie bestaat uit 6,5% uit personen die een andere dan een Belgische nationaliteit hebben. De lichte oververtegenwoordiging van allochtonen in de steekproef is vooral te wijten aan de oververtegenwoordiging van het Brussels Gewest. Voor deze factor wordt gecorrigeerd bij het gebruik gewichten in de analyse van de resultaten. De distributie van niet-belgen varieert volgens gewest (zie Tabel 1.4), conform de samenstelling van de bevolking in elk gewest: volgens de Algemene Directie Statistiek, is het percentage niet Belgen 26% in het Brussels Gewest, 5% in het Vlaams Gewest en 9% in het Waals Gewest.

Tabel 7.1.5.: Verdeling van de studiepopulatie volgens nationaliteit en volgens het gewest, Gezondheidsenquête, België, 2004

Nationaliteit	Vlaams Gewest		Brussels Gewest		Waals Gewest		Totaal steekproef	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Belgen (B)	4330	96,1	2633	76,8	4655	93,5	4655	93,5
Europees (niet-B)	97	2,2	422	12,3	284	5,7	803	6,2
Niet-Europees	78	1,7	373	10,9	39	0,8	490	3,8
Totaal	4505	100	3428	100	4978	100	12911	100

7.2 Presentatie van de resultaten van de enquête

In deze paragraaf wordt de wijze waarop de resultaten van de enquête voorgesteld en geïnterpreteerd dienen te worden, gepresenteerd. De wijze waarop de resultaten per indicator beschreven worden, de "achtergrondvariabelen", de "basistabellen" en de "gestandaardiseerde tabellen" en het gebruik van "gewichten" in de analyse van de resultaten komen hierbij aan bod. De wijze waarop de resultaten gepresenteerd worden is in beperkte mate afhankelijk van het feit of het gaat om indicatoren op het individueel niveau.

De resultaten en hoofdstukken van het rapport werden aangemaakt en geredigeerd door de leden van het team 'gezondheidsenquête'. De analyses en de redactie van de teksten werden gereviseerd door externe experts (ongeveer 5 per hoofdstuk) en hun opmerkingen werden geïntegreerd in de tekst. Deze experts hebben bijkomend een belangrijke impact gehad bij het uitschrijven van de conclusies en de praktische implicaties van de resultaten voor het gezondheidsbeleid. Deze experts worden persoonlijk bedankt aan het begin van elk hoofdstuk waaraan zij een bijdrage hebben geleverd.

7.2.1 *Structuur van de resultaten in het rapport*

Voor elke gerapporteerde gezondheidsindicator zijn de resultaten op een identieke wijze gestructureerd. De gegevens (prevalenties, gemiddelden, verdelingen) worden toegelicht in een tekst waarin aan de tabellen gerefereerd wordt. De voorgestelde resultaten zijn steeds gewogen om een zo goed mogelijk de bevolking in België te weerspiegelen. De “basistabellen” tonen de brute resultaten voor speciek omschreven groepen, terwijl de “gestandaardiseerde” tabellen de leeftijds- en geslachtsgecorrigeerde resultaten weergeven voor diezelfde groepen. Deze groepen worden omschreven aan de hand van specifieke criteria (leeftijd, geslacht, opleidingsniveau,...) die systematisch mee in rekening genomen worden in de aanmaak van de tabellen en dit voor elke gezondheidsindicator. De keuze van deze criteria is vooral beïnvloed door hun belang in het domein van volksgezondheid.

De teksten waarin de resultaten besproken worden zijn opgedeeld in verschillende onderdelen die overeenkomen met de criteria die in de tabellen zijn opgenomen. In deze onderdelen worden de resultaten eerst besproken voor wat België betreft, gevolgd door een bespreking per regio. De resultaten vermeld in de tekst (percentage, gemiddelde afgerond op de eenheid), zijn gewogen brute resultaten. De analyse van mogelijke verschillen die tussen de verschillende groepen vastgesteld kunnen worden, is gebaseerd op leeftijds- en/of geslachtsgecorrigeerde gegevens en de bijhorende betrouwbaarheidsintervallen. De verschillen worden als “statistisch significant” geacht van zodra de betrouwbaarheidsintervallen van de gecorrigeerde resultaten effectief verschillend zijn, dit is: indien ze elkaar niet overlappen.

7.2.2 *Indicatoren op individueel niveau*

Indien de indicator op het individueel niveau gerapporteerd worden (in tegenstelling met het niveau van het huishouden) zijn de resultaten op de volgende wijze gestructureerd:

7.2.2.1 *België en de regio's*

De globale ruwe resultaten worden voorgesteld op het niveau van het land en zijn drie regio's en dit om een inter-regionale vergelijking mogelijk te maken. De huishoudens of individuen van de steekproef worden tot een regio toegewezen op basis van hun woonplaats.

7.2.2.2 *Geslacht en leeftijd*

De ruwe resultaten worden gerapporteerd zowel voor mannen als voor vrouwen teneinde te kunnen nagaan welke groep het meest risico loopt voor de indicator in kwestie. De resultaten worden tevens bekeken in functie van de leeftijd, en dit zowel globaal als per geslacht. In het algemeen zal een grafiek gebruikt worden om de evolutie in kaart te brengen in functie van geslacht en leeftijd. Deze grafiek toont dus, afzonderlijk voor mannen en vrouwen, de cijfers (of de gemiddelden) van een indicator per leeftijdsgroep. De cijfers worden aan elkaar verbonden door middel van een lijn, die toelaat de verschillen tussen de leeftijdsgroepen te visualiseren. De verticale lijnen weerspiegelen de 95% betrouwbaarheidsintervallen rond de aangegeven waarde. Het betrouwbaarheidsinterval kan omschreven worden als het geheel van waarden die de echte waarde binnen de populatie omvat gegeven een bepaalde betrouwbaarheidsniveau. Een betrouwbaarheidsinterval van 95% van een gemiddelde van een steekproef omvat het geheel van waarden – waaronder de echte waarde van dit gemiddelde in de populatie in dit met een waarschijnlijkheid van 95%

De variabelen ‘leeftijd’ en ‘geslacht’ zijn afkomstig van de gegevens van de huishoudens (module “Samenstelling van het huishouden”) en werden vergeleken met de gegevens van het Rijksregister. De leeftijd werd berekend als het verschil van de geboortedatum van de bevroegde persoon en de datum van de enquête (die op het omslagblad van de vragenlijst werd genoteerd). Negen leeftijdscategorieën van elke 10 jaar werden onderscheiden voor de basistabellen (0-14, 15-24, 25-34,...,75-84, 85+).

Sommige gegevens zijn echter enkel ter beschikking vanaf de leeftijd van 15 jaar of enkel maar voor vrouwen.

7.2.2.3 Het opleidingsniveau

Alle gegevens worden eveneens per opleidingsniveau weergegeven. Het opleidingsniveau wordt gebruikt als indicator voor het socio-economisch niveau van het huishouden en van de leden die ze telt. Deze variabele wordt bepaald op basis van het hoogste opleidingsniveau van de referentiepersoon van het huishouden en zijn/haar partner. Dit opleidingsniveau wordt daaropvolgend toegewezen aan alle leden van het huishouden. Voor de berekening ervan wordt gebruik gemaakt van de variabele ET03 van de vragenlijst ingeval de respondent niet langer dagonderwijs volgt of variabele ET02 ingeval de respondent thans nog dagonderwijs volgt (in dit laatste geval dient deze variabele aangepast te worden om het "hoogste opleidingsniveau" te distilleren, zijnde het niveau net onder het thans gevolg onderwijsniveau). Het opleidingsniveau wordt opgesplitst in 4 categorieën.

Het is wellicht aan te raden voor sommige analyses het individuele opleidingsniveau te gebruiken en niet zozeer het hoogste opleidingsniveau binnen het huishouden. Het gebruik van het hoogste opleidingsniveau is vooral nuttig voor een beschrijving van de globale bevolking. Het laat toe kinderen onder te brengen in het opleidingsniveau van hun ouders en niet in een lagere categorie (het eigen opleidingsniveau), die immers niet correspondeert met het socio-economisch niveau van het huishouden. Bovendien leidt de toepassing van een dergelijke procedure ertoe dat het niveau van non respons voor de vraag naar het onderwijsniveau teruggedrongen wordt.

7.2.2.4 Urbanisatie niveau

Alle resultaten worden voorgesteld in functie van het urbanisatieniveau van de woonplaats van de respondenten. De informatie omtrent het urbanisatieniveau van de gemeenten komt niet als dusdanig uit de enquête maar werd aan het gegevensbestand toegevoegd. Deze variabele is gebaseerd op het rapport « La Belgique – Diversité territoriale »¹ en werd berekend in functie van een aantal morfologische en functionele karakteristieken van de gemeenten.

Twee morfologische criteria werden gebruikt om de gemeenten te classificeren: de bevolkingsdensiteit en het grondoppervlak gebruikt voor bewoning. Drie groepen gemeenten werden aangemaakt op basis van deze twee criteria: gemeenten met een hoge, gemiddelde of lage graad van morfologische urbanisatie. Drie criteria werden gebruikt voor het omschrijven van de functionele karakteristieken van de gemeenten: de commerciële functie, de educatieve functie en de tewerkstelling. Hierop gebaseerd worden gemeenten geclassificeerd als gemeenten met een hoge, gemiddelde of lage graad van functionele verstedelijking.

Een combinatie van deze twee karakteristieken laat toe negen categorieën gemeenten te onderscheiden. Daarnaast worden tevens centrale gemeenten binnen de verstedelijkte zones en duidelijk rurale zones onderscheiden. Tenslotte worden, in het kader van de gezondheidsenquête, deze elf categorieën teruggebracht tot vier categorieën; de verstedelijkte zone Brussels Gewest Hoofdstad, de verstedelijkte gemeenten, de semi-verstedelijkte gemeenten en de rurale gemeenten².

¹ Mérenne B, Van Der Haegen H, Van Hecke E. La Belgique, diversité territoriale. Bruxelles: Service Publications du Crédit Communal, 1997.

² Les tableaux de base pour les Régions flamande et wallonne ne comprennent pas – pour ce qui est du degré d'urbanisation – la catégorie 'Région de Bruxelles-Capitale'.

7.2.2.5 Evolutie over de jaren

In de voorbereiding van de Gezondheidsenquête 2004 stond de vergelijkbaarheid van de resultaten met deze van 1997 en 2004 voorop. Hierdoor kan voor de meerderheid van de indicatoren gerapporteerd voor 2004 een vergelijking worden gemaakt met deze van het voorgaande enquête (1997 en/of 2001). Indien in de tabellen het jaar niet wordt vermeld, gaat het steeds om indicatoren die enkel voor 2004 beschikbaar zijn.

7.2.2.6 Bijkomende analyses

Indien dit noodzakelijk werd geacht, werden supplementaire analyses van de onderzoeksresultaten doorgevoerd waarbij voor andere variabelen dan deze opgenomen in de basistabellen gecontroleerd werd; de nationaliteit, het eigen opleidingsniveau,...

7.2.3 *Indicatoren op het niveau van het huishouden*

Indien de indicator in kwestie gerapporteerd wordt op het niveau van het huishouden, worden de resultaten als volgt gestructureerd (enkel de verschillen met op individueel niveau gepresenteerde indicatoren worden verder toegelicht)

- België en zijn regio's (volgens de geografische situatie van het huishouden)
- Geslacht en leeftijd (van de referentiepersoon van het huishouden)
- Opleidingsniveau (hoogste opleidingsniveau binnen het huishouden)
- Urbanisatiegraad (van de woonplaats van het huishouden)
- Evolutie over de jaren (indien de indicator ook in vorige enquêtes aan bod kwam)

7.2.3.1 Het huishoudtype

De resultaten worden – voor deze indicatoren gemeten op het niveau van het huishouden – volgens het type huishouden voorgesteld. Voor het typeren van huishoudens worden criteria zoals de leeftijd van de leden van het huishouden, de grootte van het huishouden en band tussen de leden van het huishouden gebruikt. De volgende opsplitsing tussen de verschillende huishoudtypes wordt gemaakt:

- Alleenstaande (huishouden bestaat slechts uit één persoon)
- Alleenstaande ouder met kind(-eren) (alleenstaande vader of moeder met kind(-eren))
- Koppel zonder kinderen (huishouden met twee samenwonenden of partners)
- Koppel met kinderen (twee samenwonenden of partners met hun kind(-eren))
- Complex huishouden (huishouden dat niet ondergebracht kan worden in de overige categorieën)

Als “kinderen” worden diegenen beschouwd van jonger dan 18 jaar, of ouder dan 18 jaar die voltijds dagonderwijs volgen en die de relatie ‘kind’ hebben met de referentiepersoon (variabele HC01).

7.2.3.2 Equivalent inkomen van het huishouden

Sommige indicatoren worden gerelateerd aan het inkomen van de huishoudens. De vraag naar het inkomen kent een aantal specificiteiten. Vooreerst gaat het om een eerder gevoelige vraag, die traditioneel samenhangt met een hoog percentage non respons. Bovendien onderrapporteren tal van respondenten hun reële inkomen. Tenslotte is het weinig zinvol inkomens te vergelijken indien de grootte en de samenstelling van het huishouden niet mee in rekening wordt genomen.

Bij de constructie van de indicator “equivalent inkomen” van het huishouden wordt – in de mate van het mogelijke – rekening hiermee gehouden. Dit vindt zowel zijn neerslag in de wijze waarop de vraag naar het inkomen geformuleerd wordt als de wijze waarop de indicator geconstrueerd wordt.

In de vraagstelling wordt duidelijk omschreven wat onder inkomen verstaan dient te worden. De enquêteur dient te onderlijnen dat het gaat om het “totaal maandelijks beschikbaar inkomen”, zijnde de nettolonen en wedden voor de gepresteerde arbeid (hoofd- en eventuele bijbetrekkingen) en gemiddelde netto bedrijfsinkomens voor zelfstandigen, sociale uitkeringen zoals het kindergeld, werkloosheidsvergoeding, pensioenen, uitkeringen voor arbeidsongeschiktheid (ziektégeld en invaliditeit), arbeidsongevallen, leefloon en OCMW-steun, bijkomende inkomens zoals huuropbrengsten, lijfrenten, interesten, enz. De som van al deze inkomens voor alle personen uit het huishouden wordt beschouwd als totaal beschikbaar inkomen van het huishouden.

Om een te hoge non respons te vermijden, werd een tweetraps methode toegepast in de vraag naar het inkomen. In eerste instantie wordt aan het huishouden gevraagd hoe hoog hun (maandelijks) beschikbaar inkomen is. Indien het huishouden eerder weigerachtig is hierop te antwoorden, wordt hen de mogelijkheid geboden een inkomenscategorie aan te duiden (op basis van een voorafbestaande lijst). Indien het huishouden dit niet aanvaardt, is de informatie rond het inkomen niet beschikbaar voor analyse.

Voor een huishouden waarvan enkel de inkomenscategorie is gekend (en niet de exacte hoogte van het inkomen), wordt een gemiddeld inkomen geïmputeerd. Dit gemiddelde wordt berekend op basis van de inkomens van al die huishoudens die behoren tot dezelfde inkomenscategorie als het huishouden, maar waarvoor wel informatie aanwezig is omtrent het exacte inkomen.

Een tweede fase in de constructie van de indicator bestaat erin een equivalentieschaal toe te passen die rekening houdt met de grootte en de samenstelling van de huishoudens. De aangepast OECD schaal wordt hiervoor toegepast. De ‘gewichten’ die toegekend worden aan de diverse leden van het huishouden zijn de volgende: 1 voor de eerste volwassene in het huishouden, 0.5 voor elke bijkomende volwassene en 0.3 voor elke kind. In termen van de Gezondheidsenquête:

- De referentiepersoon heeft steeds het gewicht ‘1’. Dit betekent dat het equivalent inkomen van een een persoonshuishouden gelijk is aan het reële inkomen
- Voor elke andere volwassene (van 18 jaar of ouder), lid van het huishouden wordt een gewicht ‘0.5’ voorzien (in sommige toepassingen van de OECD schaal wordt 14 jaar als grensleeftijd gehanteerd)
- Voor elk kind (van minder dan 18 jaar) wordt voorzien in het gewicht ‘0.3’

Voor de berekening van het equivalent inkomen, wordt het aangegeven inkomen gedeeld door de som van het gewicht van alle leden van het huishouden. Het equivalent inkomen wordt daaropvolgend opgedeeld in 5 inkomenscategorieën.

Specifiek voor de Gezondheidsenquête 2004 werd de mogelijkheid voorzien dat respondenten het inkomen van het huishouden konden uitdrukken in Belgische Frank of in Euro. Specifiek de oudere populatie blijft inkomens (en uitgaven) eerder uitdrukken in Belgische Frank dan in Euro. Toepassing van een conversieprogramma maakt dat alle inkomens in Euro geanalyseerd kunnen worden.

7.2.4 *Basistabellen en gestandaardiseerde tabellen*

De hierboven omschreven achtergrondskenmerken worden in elke basistabel en in elke gestandaardiseerde tabel hernomen voor alle bestudeerde indicatoren. Deze tabellen worden zowel opgemaakt voor België in zijn geheel als voor elk van de regio's.

In de basistabellen kan de lezer de ruwe, gewogen resultaten (gemiddelden, proporties) terugvinden voor alle indicatoren in functie van de achtergrondskenmerken (voor de indicatoren op individueel niveau zijn dit: geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, regio van woonst, urbanisatiegraad en – indien van toepassing – het jaar van de enquête; voor de resultaten op het niveau van het huishouden zijn dit: geslacht en leeftijd van de referentiepersoon, huishoudtype, opleidingsniveau, equivalent inkomensniveau, regio van woonst en –indien van toepassing – het jaar van de enquête).

De ruwe resultaten in de basistabellen geven de reële, effectieve situatie aan. Deze informatie is uitsluitend descriptief en dienen met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. Bijvoorbeeld; een verschil dat kan worden vastgesteld tussen het Vlaamse en het Brussels Gewest kan heel eenvoudig bewerkstelligd worden doordat er relatief meer oudere personen in het Brussels Gewest dan in het Vlaams Gewest wonen. Dit is ook de voornaamste reden waarom er een standaardisatieprocedure zal worden toegepast die toelaat populaties vergelijkbaar te maken – in deze context vergelijkbaar wat de leeftijd en het geslacht betreft. Oorspronkelijk vastgestelde verschillen kunnen zodoende plots verdwijnen, gezien de verschillen (quasi) uitsluitend te wijten waren aan verschillen in leeftijds- en geslachtssamenstelling van de twee regio's. De standaardisatiemethode die in dit rapport gebruikt wordt is een strikt mathematische procedure. De keuze van deze methode kan vooral beargumenteerd worden door het feit dat het mogelijk is onmiddellijk en makkelijk de resultaten te interpreteren, zonder dat de lezer een statistische voorkennis heeft. De resultaten van dergelijke analyses worden in gestandaardiseerde tabellen voorgesteld.

De gestandaardiseerde tabellen worden voor elke individuele indicator aangemaakt (terwijl het voorkomt dat verschillende indicatoren tegelijk in een zelfde basistabel worden gepresenteerd). In de tabellen kan de lezer de achtergrondvariabelen, de ruwe gewogen resultaten en de resultaten gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht terug vinden. In de tabellen worden tevens de 95% betrouwbaarheidsintervallen voorgesteld: deze intervallen zijn de limietwaarden waartussen de waarde van de indicator zich bevindt in 95% van alle mogelijk steekproeven die kunnen getrokken worden uit een zelfde populatie en voor een zelfde indicator. Dit betrouwbaarheidsinterval levert zowel informatie aan over de mate van onzekerheid omtrent het bekomen resultaat als dat het toelaat na te gaan of verschillen tussen bepaalde subgroepen statistisch significant zijn. Een eenvoudige benaderende vuistregel hierbij is de volgende: indien de betrouwbaarheidsinterval rond de waarde van een indicator in de verschillende subgroepen elkaar niet overlappen, is er sprake van statistisch significante verschillen tussen de subgroepen. Indien deze betrouwbaarheidsintervallen elkaar overlappen, mag besloten worden dat de vastgestelde verschillen wellicht niet significant zijn.

7.2.5 *Gewogen resultaten*

Zoals aangegeven wordt in de Gezondheidsenquête een complex steekproefplan toegepast (regionale stratificatie, leeftijdsstratificatie, provinciale oververtegenwoordiging, oververtegenwoordiging van ouderen, bevragen van leden van een zelfde huishouden, ...). De aldus samengestelde steekproef staat ver af van een toevallige steekproef. Het is dan ook nodig rekening te houden met dit complex steekproefplan in de berekening van de indicatoren.

Het eerste principe in een *toevalssteekproef* is dat elke geselecteerde persoon, naast zichzelf een bevolkingsgroep vertegenwoordigt die dezelfde karakteristieken heeft als de geselecteerde persoon, maar die niet geselecteerd werden. Iedere persoon geselecteerd via een eenvoudige toevalssteekproef –

bijvoorbeeld een steekproef van 1% van de bevolking – vertegenwoordigd 100 personen van deze populatie. In statistische termen wordt gesteld dat deze persoon een gewicht (of een gewichtscoefficiënt) van 100. Het gewicht is dus omgekeerd evenredig aan de selectiekans ($1/100 = \text{selectiekans}$, $100 = \text{het gewicht}$). Daarentegen, indien bij de samenstelling van een steekproef er bewust meer ouderen dan jongeren worden geselecteerd; stijgt de selectiekans voor de ouderen en daalt dientengevolge hun gewicht in functie van de bevolking.

Bij het berekenen van een proportie of een gemiddelde en voor een correctie inferentie op het niveau van de bevolking, dienen dan ook specifieke gewichten toegepast te worden voor elke deelnemer aan de enquête. Dit gewicht reflecteert aldus welke bevolkingsgroep deze deelnemer vertegenwoordigt. De verschillende individuen van de steekproef hebben dan ook niet hetzelfde gewicht. Specifieke gewichten voor elk van hen zowel op het individueel niveau (variabele w_{fin}) als op huishoudniveau (variabele w_{finhh}) werden berekend en toegepast in de analyse.

In de berekening van de gewichten werden verschillende aspecten mee in rekening genomen (voor meer details kan verwezen worden naar het onderzoeksprotocol):

- De grootte en de samenstelling van het huishouden waartoe de respondent behoort. In huishoudens van 4 personen of minder, worden alle leden geselecteerd voor deelname aan de enquête. Voor elk van hun is de selectiekans 1; elke geselecteerde persoon vertegenwoordigd enkel zichzelf binnen het huishouden. In huishoudens van meer dan 4 personen, is de selectiekans verschillend. Zoals reeds eerder aangegeven worden per definitie de referentiepersoon en zijn/haar partner geselecteerd. Hun selectiekans is 1. Stel dat het huishouden nog 3 andere leden telt. De selectiekans voor elk van hen is 2 (te selecteren personen)/ 3 (andere leden) = 0.667 . Deze twee personen vertegenwoordigen eigenlijk 3 personen, zodat hun gewicht elk $1,5$ bedraagt (of $3/2 = 1.5$). De som van de gewichten van alle leden is gelijk aan de grootte van het huishouden: 1 (referentiepersoon) + 1 (partner) + 2 (overige geselecteerde leden) * $1,5$ (gewicht) = 5 .

Daarnaast wordt bijkomende informatie gebruikt in de berekening van de gewichten, zodat elke persoon dat heeft deelgenomen aan de enquête een goede vertegenwoordiger is van:

- de leeftijdsverdeling (in leeftijdsklassen van 5 jaar) en geslachtsverdeling op provinciaal niveau
- de verdeling van de grootte van de huishoudens en de leeftijd van de referentiepersoon of provinciaal niveau Voor de berekening van de gewichten op provinciaal niveau wordt tevens rekening gehouden met de stratificatie gebruikt voor de samenstelling van de steekproef.
- Het trimester waarin het interview werd afgenomen. Teneinde seizoensinvloeden weg te werken en gezien het aantal interviews dat werd afgenomen in elk trimester verschillend was, werd deze informatie meegenomen voor het berekenen van de gewichten.

8. Verspreiding van de resultaten van de enquête

Naast het rapport met de resultaten van de enquête, worden de resultaten van de enquête ook ter beschikking gesteld aan het publiek via het internet site van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid en door middel van een CD-rom. Alle noodzakelijke maatregelen opdat de anonimiteit en vertrouwelijkheid van de gegevens gevrijwaard blijven, werden hierbij genomen.

8.1 Internet site

Onderzoekers en het publiek kunnen zelf bepaalde analyses uitvoeren op via het internet site van het WIV op het volgende adres:

<http://www.iph.fgov.be/epidemie/epinl/index4.htm>

Alle stappen die dienen gezet te worden om deze analyses te realiseren worden uiteengezet op deze site. Om deze analyses effectief te kunnen uitvoeren is een klein programma « SASgraph.exe », die op dezelfde site ter beschikking wordt gesteld. Het gebruik van de interactieve site is zeer eenvoudig en werd opgemaakt voor leken in statistiek. De analyses die uitgevoerd kunnen worden, zijn vanzelfsprekend beperkt. Het gaat vooral om het berekenen van prevalenties, verdelingen of gemiddelden van een indicator in functie van twee of drie parameters (of achtergrondkenmerken). Er dient vermeld te worden dat de bekomen resultaten wel gewogen, maar niet voor leeftijd of geslacht gecorrigeerd zijn.

8.2 CD-rom

Een licht aangepaste versie van de gegevensbank (waarbij enkele velden gemaskeerd zijn) wordt voor analysedoeleinden ter beschikking gesteld aan onderzoekers. Hierbij dient een geïndividualiseerde contract te worden afgesloten die het onderzoeksproject omschrijft en de vertrouwelijkheid van de gegevens garandeert. Dit bestand wordt gratis ter beschikking gesteld aan de overheidsadministraties (behorend tot de opdrachtgevers van de enquête) en tegen vergoeding aan andere onderzoeksinstanties (regionale centra, universiteiten, onderzoekscentra,...)

Alle informatie betreffende de modaliteiten voor het verkrijgen van deze gegevensbank kan teruggevonden worden op het internet site van het WIV, op het volgend adres:

<http://www.iph.fgov.be/epidemie/epinl/index4.htm>

Informatie omtrent de variabelen, de indicatoren en de structuur van het gegevensbestand (beschikbaar in SPSS, SAS en ASCII format) werd omgenomen in een "handleiding voor de gebruikers" en bevindt zich tevens op de CD-rom.

Op specifieke vraag kan het team van de Gezondheidsenquête bijkomende analyses uitvoeren in het kader van een project. Deze analyses worden tegen betaling uitgevoerd en vormen voorwerp van een specifiek contract