
DIVERSITEIT IN GEZONDHEID
EN
GEZONDHEIDSZORGGEBRUIK:
ANALYSE VAN DE
DATA UIT DE BELGISCHE
GEZONDHEIDSENQUETE

Kaatje Van Roy, Veerle Vyncke, Carlotta Piccardi,
Stéphanie De Maesschalck, & Sara Willems

Universiteit Gent
Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Corneel Heymanslaan 10 6K3
9000 Gent
Website: <http://www.primarycare.ugent.be/>

Kom op tegen Kanker
Koningsstraat 217
1210 Brussel
Website: <http://www.komoptegenkanker.be/>

Titel rapport: Diversiteit in gezondheid en gezondheidszorggebruik: analyse van de data uit de Belgische gezondheidsenquête
Auteurs: dr. Kaatje Van Roy, prof. dr. Stéphanie De Maesschalck, dr. Veerle Vyncke, Carlotta Piccardi & prof. dr. Sara Willems
Contact: Kaatje.Vanroy@UGent.be
 Sara.Willems@UGent.be

Dit rapport werd uitgevoerd door de Universiteit Gent in opdracht van Kom op tegen Kanker.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

Van Roy, K., Vyncke, V., Piccardi, C. De Maesschalck, S., & Willems, S. (2018). Diversiteit in gezondheid en gezondheidszorggebruik: analyse van de data uit de Belgische gezondheidsenquête. Gent: Universiteit Gent

Inhoudstafel

1	VOORWOORD	7
2	INLEIDING	8
2.1	Concepten	8
2.1.1	Superdiversiteit.....	8
2.1.2	Intersectionaliteit/Kruispuntdenken	9
2.1.3	Armoede	10
2.1.4	Equity en access.....	11
2.1.5	Health literacy.....	12
2.2	Cijfers over diversiteit in België.....	13
2.2.1	Migratiecijfers.....	13
2.2.2	Armoedecijfers	15
2.2.3	Intersectioneel denken in cijfers	16
2.3	Het belang van kennis over diversiteit	21
3	METHODE	22
3.1	De Gezondheidsenquête	22
3.1.1	Wat is de Gezondheidsenquête?.....	22
3.1.2	Variabelen binnen huidige studie en hun operationalisering	24
3.1.3	Beschrijving van de steekproef.....	29
3.2	Statistische analyses.....	36
3.2.1	Beschrijvende en bivariate analyses.....	36
3.2.2	Multivariate regressies	38
3.2.3	Interactie-effecten.....	39
3.3	Literatuurstudie.....	39
4	RESULTATEN	41
4.1	Fysieke gezondheid	41
4.1.1	Subjectieve gezondheid.....	41
4.1.2	Zelf-gerapporteerde chronische aandoeningen.....	45
4.1.3	Besluit data-analyse fysieke gezondheid.....	49
4.1.4	Fysieke gezondheid en migratie in de Europese context	50
4.2	Mentale gezondheid	51
4.2.1	Positieve mentale gezondheid	51
4.2.2	Kans op een depressieve stoornis	55
4.2.3	Kans op een angststoornis.....	59

4.2.4	Kans op een slaapprobleem	63
4.2.5	Besluit data-analyse mentale gezondheid.....	67
4.2.6	Mentale gezondheid en migratie in de Europese context	68
4.3	Sociaal welbevinden.....	71
4.3.1	Weinig sociale steun.....	71
4.3.2	Besluit data-analyse sociaal welbevinden	75
4.3.3	Sociale steun en migratie in de Europese context	75
4.4	Levensstijl.....	76
4.4.1	Roken.....	76
4.4.2	Alcoholgebruik.....	87
4.4.3	Onvoldoende lichaamsbeweging	98
4.4.4	Besluit data-analyse levensstijl en preventie	101
4.4.5	Levensstijl en migratie in de Europese context.....	102
4.5	Preventie: deelname aan kankerscreening.....	106
4.5.1	Borstkankerscreening.....	106
4.5.2	Baarmoederhalskankerscreening	110
4.5.3	Colonkankerscreening	114
4.5.4	Besluit data-analyse kankerscreening	117
4.5.5	Kankerscreening en migratie in de Europese context.....	118
4.6	Gezondheidszorggebruik.....	121
4.6.1	Vaste huisarts	121
4.6.2	Contact met een huisarts het laatste jaar	125
4.6.3	Contact met een specialist het laatste jaar	129
4.6.4	Contact met een tandarts/orthodontist het laatste jaar	133
4.6.5	Contact met een spoeddienst het laatste jaar	137
4.6.6	Uitstel van medische zorg om financiële redenen	141
4.6.7	Besluit data-analyse gezondheidszorggebruik	143
4.6.8	Gezondheidszorggebruik en migratie in de Europese context.....	144
4.7	Tevredenheid met de gezondheidszorg.....	149
4.8	Overzicht van resultaten met betrekking tot migratie-achtergrond	150
5	Conclusie en discussie	152
6	Dank.....	156
7	Referenties	157

Overzicht tabellen

Tabel 2.2-1. Armoederisicopercentage (<60 % van het mediaan netto-inkomen) naar herkomst (bevolking 18+, België)	16
Tabel 2.2-2. Armoederisicopercentage (<60 % van het mediaan netto-inkomen) naar opleidingsniveau (bevolking 18+, België)	18
Tabel 3.1-1. Overzicht van alle afhankelijke variabelen gebruikt voor dit rapport.....	28
Tabel 3.1-2. Gebruik van een proxy voor het beantwoorden van de enquête 2013 (België).....	29
Tabel 3.1-3. Beschrijving van de steekproef voor de huidige studie, d.i. respondenten van de gezondheidsenquête 2013 vanaf 15 jaar (gemiddelde voor wat betreft leeftijd, voor de andere variabelen: aantal respondenten per categorie en valide percentages, per regio).....	31
Tabel 3.1-4. Beschrijving van de steekproef naar herkomst volgens geboorteland (België).....	33
Tabel 3.1-5. Beschrijving van de steekproef naar migratie-achtergrond en geslacht (België)	34
Tabel 3.1-6. Beschrijving van de steekproef naar migratie-achtergrond en leeftijdscategorie (België)	34
Tabel 3.1-7. Beschrijving van de steekproef naar migratie-achtergrond en opleiding (België).....	35
Tabel 3.1-8. Beschrijving van de steekproef naar migratie-achtergrond en inkomen (België)	35
Tabel 3.2-1. Deelnemers met migratie-achtergrond aan de gezondheidsenquête over de jaren heen (aantal deelnemers+ valide percentage binnen het betreffende jaartal).....	37
Tabel 3.3-1. Overzicht van de gebruikte zoektermen voor de literatuurstudie.....	40
Tabel 4.1-1. Percentage van de steekproef dat zijn/haar gezondheid als tamelijk tot zeer slecht beoordeelt (België).....	43
Tabel 4.1-2. Resultaten van de multivariate analyse betreffende het rapporteren van een tamelijke tot zeer slechte gezondheid (België)	43
Tabel 4.1-3. Percentage van de steekproef dat zijn/haar gezondheid als tamelijk tot zeer slecht beoordeelt (Vlaanderen).....	45
Tabel 4.1-4. Percentage van de steekproef met één of meerdere chronische aandoeningen of handicaps (België)	47
Tabel 4.1-5. Resultaten van de multivariate analyse betreffende het rapporteren van één of meerdere chronische aandoeningen of handicaps (België).....	47
Tabel 4.1-6. Percentage van de steekproef met één of meerdere chronische aandoeningen of handicaps (Vlaanderen).....	49
Tabel 4.2-1. Gemiddelde vitaliteitsscore binnen de steekproef (België)	53
Tabel 4.2-2. Resultaten van de multivariate analyse betreffende een positieve mentale gezondheid (België).....	53
Tabel 4.2-3. Gemiddelde vitaliteitsscore binnen de steekproef (Vlaanderen)	55
Tabel 4.2-4. Percentage van de steekproef met kans op een depressieve stoornis (België)	57
Tabel 4.2-5. Resultaten van de multivariate analyse betreffende de kans op een depressieve stoornis (België).....	57
Tabel 4.2-6. Percentage van de steekproef met kans op een depressieve stoornis (Vlaanderen).....	59
Tabel 4.2-7. Percentage van de steekproef met kans op een angststoornis (België)	61
Tabel 4.2-8. Resultaten van de multivariate analyse betreffende de kans op een angststoornis (België)	61
Tabel 4.2-9. Percentage van de steekproef met kans op een angststoornis (Vlaanderen)	63
Tabel 4.2-10. Percentage van de steekproef dat kans heeft op een slaapstoornis (België)	65

Tabel 4.2-11. Resultaten van de multivariate analyse betreffende de kans op slaapstoornis (België)	65
Tabel 4.2-12. Percentage van de steekproef met kans op een slaapstoornis (Vlaanderen)	67
Tabel 4.3-1. Percentage van de steekproef dat weinig sociale steun ervaart (België)	72
Tabel 4.3-2. Resultaten van de multivariate analyse betreffende het ervaren van weinig sociale steun (België)	73
Tabel 4.3-3. Percentage van de steekproef dat weinig sociale steun ervaart (Vlaanderen)	74
Tabel 4.4-1. Percentage van de steekproef dat ooit dagelijks rookte (België)	78
Tabel 4.4-2. Resultaten van de multivariate analyse betreffende het ooit dagelijks roken (België)	78
Tabel 4.4-3. Percentage van de steekproef dat ooit dagelijks rookte (Vlaanderen)	80
Tabel 4.4-4. Percentage van de steekproef dat op heden dagelijks rookt (België)	81
Tabel 4.4-5. Resultaten van de multivariate analyse betreffende het heden dagelijks roken (België)	82
Tabel 4.4-6. Percentage van de steekproef dat op heden dagelijks rookt (Vlaanderen)	83
Tabel 4.4-7. Percentage van de steekproef dat blootgesteld wordt aan passief roken (België)	85
Tabel 4.4-8. Resultaten van de multivariate analyse betreffende blootgesteld zijn aan passief roken (België)	85
Tabel 4.4-9. Percentage van de steekproef dat blootgesteld wordt aan passief roken (Vlaanderen)	86
Tabel 4.4-10. Percentage van de steekproef met overmatig alcoholgebruik (België)	89
Tabel 4.4-11. Resultaten van de multivariate analyse betreffende overmatig alcoholgebruik (België)	89
Tabel 4.4-12. Percentage van de steekproef met overmatig alcoholgebruik (Vlaanderen)	91
Tabel 4.4-13. Percentage van de steekproef dat ooit gedacht heeft dat hij/zij zou moeten minderen met drinken (België)	92
Tabel 4.4-14. Resultaten van de multivariate analyse betreffende het ooit overwogen hebben om te minderen met drinken (België)	93
Tabel 4.4-15. Percentage van de steekproef dat ooit gedacht heeft te moeten minderen met alcohol (Vlaanderen)	94
Tabel 4.4-16. Percentage van de steekproef dat maandelijks of meer aan bingedinking doet (België)	96
Tabel 4.4-17. Resultaten van de multivariate analyse betreffende bingedinking (België)	96
Tabel 4.4-18. Percentage van de steekproef dat maandelijks of meer aan bingedinking doet (Vlaanderen)	97
Tabel 4.4-19. Percentage van de steekproef dat onvoldoende lichaamsbeweging heeft (België)	99
Tabel 4.4-20. Resultaten van de multivariate analyse betreffende het onvoldoende lichaamsbeweging hebben (België)	100
Tabel 4.4-21. Percentage van de steekproef dat onvoldoende lichaamsbeweging heeft (Vlaanderen)	101
Tabel 4.5-1. Percentage van de doelgroep binnen de steekproef dat zich laat screenen voor borstkanker (België)	108
Tabel 4.5-2. Resultaten van de multivariate analyse betreffende het zich laten screenen voor borstkanker (België)	108
Tabel 4.5-3. Percentage van de doelgroep binnen de steekproef dat zich laat screenen voor borstkanker (Vlaanderen)	110
Tabel 4.5-4. Percentage van de doelgroep binnen de steekproef dat zich laat screenen voor baarmoederhalskanker (België)	112
Tabel 4.5-5. Resultaten van de multivariate analyse betreffende het zich laat screenen voor baarmoederhalskanker (België)	112

Tabel 4.5-6. Percentage van de doelgroep binnen de steekproef dat zich laat screenen voor baarmoederhalskanker (Vlaanderen)	114
Tabel 4.5-7. Percentage van de steekproef dat deelneemt aan de colonkankerscreening (België)...	115
Tabel 4.5-8. Resultaten van de multivariate analyse betreffende het deelnemen aan colonkankerscreening (België)	116
Tabel 4.5-9. Percentage van de doelgroep binnen de steekproef dat zich laat screenen voor colonkanker (Vlaanderen)	117
Tabel 4.6-1. Percentage van de steekproef dat een vaste huisarts heeft (België)	123
Tabel 4.6-2. Resultaten van de multivariate analyse betreffende het hebben van een vaste huisarts (België).....	123
Tabel 4.6-3. Percentage van de steekproef dat een vaste huisarts heeft (Vlaanderen).....	125
Tabel 4.6-4. Percentage van de steekproef dat in de laatste 12 maand contact had met een huisarts (België).....	127
Tabel 4.6-5. Resultaten van de multivariate analyse betreffende contact met een huisarts in de laatste 12 maand (België).....	127
Tabel 4.6-6. Percentage van de steekproef dat in de laatste 12 maand contact had met een huisarts (Vlaanderen).....	129
Tabel 4.6-7. Percentage van de steekproef dat in de laatste 12 maand contact had met een specialist (België).....	131
Tabel 4.6-8. Resultaten van de multivariate analyse betreffende contact met een specialist in de laatste 12 maand (België).....	131
Tabel 4.6-9. Percentage van de steekproef dat dat in de laatste 12 maand contact had met een specialist (Vlaanderen)	133
Tabel 4.6-10. Percentage van de steekproef dat in de laatste 12 maand contact had met een tandarts of orthodontist (België)	135
Tabel 4.6-11. Resultaten van de multivariate analyse betreffende contact met een tandarts of orthodontist in de laatste 12 maand (België)	135
Tabel 4.6-12. Percentage van de steekproef dat dat in de laatste 12 maand contact had met een tandarts of orthodontist (Vlaanderen).....	137
Tabel 4.6-13. Percentage van de steekproef dat in de laatste 12 maand contact had met een spoeddienst (België)	139
Tabel 4.6-14. Resultaten van de multivariate analyse betreffende contact met een spoeddienst in de laatste 12 maand (België).....	139
Tabel 4.6-15. Percentage van de steekproef dat dat in de laatste 12 maand contact had met een spoeddienst (Vlaanderen)	141
Tabel 4.6-16. Percentage van de steekproef dat in de laatste 12 maand medische kosten heeft moeten uitstellen omwille van financiële redenen (België)	142
Tabel 4.6-17. Resultaten van de multivariate analyse betreffende het uitstellen van medische kosten omwille van financiële redenen (België)	142
Tabel 4.6-18. Percentage van de steekproef dat in de laatste 12 maand medische kosten heeft moeten uitstellen omwille van financiële redenen (Vlaanderen).....	143
Tabel 4.8-1. Overzicht van de resultaten met betrekking tot migratie-achtergrond (België)	151

Overzicht figuren

Figuur 2.2-1. Verdeling van de Belgische en de vreemde populatie in België op 1 januari 2016.....	14
Figuur 2.2-2. Armoederisico bij kansengroepen	17
Figuur 2.2-3. Activiteitsgraad bij 20-64 jarigen, 2016	18
Figuur 2.2-4. Werkgelegenheidsgraad van personen van 20 tot 64 jaar naar geslacht en origine, 2008-2014.....	19
Figuur 2.2-5. Financiële afhankelijkheidsgraad naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en nationaliteit (2006).....	20
Figuur 3.1-1. Verdeling van de steekproef naar migratie-achtergrond (België)	32
Figuur 4.1-1. Evolutie van het rapporteren van een tamelijke tot zeer slechte gezondheid over de jaren heen (België)	44
Figuur 4.1-2. Evolutie van het rapporteren van één of meerdere chronische aandoeningen of handicaps over de jaren heen (België)	48
Figuur 4.2-1. Evolutie wat betreft een positieve mentale gezondheid over de jaren heen (België)	54
Figuur 4.2-2. Evolutie wat betreft de kans op een depressieve stoornis over de jaren heen (België) .	58
Figuur 4.2-3. Evolutie wat betreft de kans op een angststoornis over de jaren heen (België).....	62
Figuur 4.2-4. Evolutie wat betreft de kans op een slaapstoornis over de jaren heen (België)	66
Figuur 4.3-1. Evolutie wat betreft het ervaren van weinig sociale steun over de jaren heen (België).	73
Figuur 4.4-1. Evolutie wat betreft het ooit dagelijks gerookt hebben over de jaren heen (België)	79
Figuur 4.4-2. Evolutie wat betreft het heden dagelijks roken over de jaren heen (België)	82
Figuur 4.4-3. Evolutie wat betreft overmatig alcoholgebruik over de jaren heen (België)	90
Figuur 4.4-4. Evolutie wat betreft het ooit gedacht hebben te moeten minderen met alcohol over de jaren heen (België)	93
Figuur 4.4-5. Evolutie wat betreft onvoldoende lichaamsbeweging over de jaren heen (België).....	100
Figuur 4.5-1. Evolutie wat betreft het zich laten screenen voor borstkanker over de jaren heen (België).....	109
Figuur 4.5-2. Evolutie wat betreft het zich laten screenen voor baarmoederhalskanker over de jaren heen (België).....	113
Figuur 4.5-3. Evolutie wat betreft het zich laten screenen voor colonkanker over de jaren heen (België).....	116
Figuur 4.6-1. Evolutie wat betreft het hebben van een vaste huisarts over de jaren heen (België) ..	124
Figuur 4.6-2. Evolutie wat betreft een contact met een huisarts in het laatste jaar over de jaren heen (België).....	128
Figuur 4.6-3. Evolutie wat betreft contact met een specialist het laatste jaar over de jaren heen (België).....	132
Figuur 4.6-4. Evolutie wat betreft het laatste contact met een tandarts/orthodontist over de jaren heen (België).....	136
Figuur 4.6-5. Evolutie wat betreft het laatste contact met een spoedgevallendienst over de jaren heen (België).....	140

1 VOORWOORD

De gezondheid van een individu en de gezondheidszorgen die hij of zij zoekt (en al dan niet krijgt), worden bepaald door een brede waaier aan factoren. In een maatschappij die op iets meer dan een halve eeuw tijd grondig is veranderd op sociaal, economisch, en cultureel vlak, zijn ook de factoren die gezondheid en gezondheidszorg bepalen mee gediversifieerd. In de superdiverse samenleving van vandaag houden hulpverleners, in een ideale situatie, rekening met wat het leven van een individu mee bepaalt: niet alleen de culturele, religieuze, etnische achtergrond, maar ook het niveau van scholing, inkomen, hoe een persoon woont, gender, seksuele voorkeur, tewerkstelling,...

Om op maatschappelijk niveau inzicht te krijgen in de impact van de verschillende factoren op gezondheid en gezondheidszorg, is het belangrijk dat in grootschalige dataverzamelingen 1) rekening gehouden wordt met het bevragen van deze factoren, op een gestructureerde en zo uniform mogelijke manier, en 2) de beschikbare data voor deze verschillende determinanten ook geanalyseerd worden vanuit een diversiteitsdenken.

Kom op tegen Kanker neemt in het vijfjarenplan 2017-2021 diversiteit expliciet op in de strategische doelstellingen. De organisatie neemt hiertoe initiatieven die leiden tot een gezondheids- en welzijnzorg die beter afgestemd is op de superdiverse samenleving. Zo ondersteunde Kom op tegen Kanker het project dat voorligt in dit rapport, waarin diversiteit in gezondheid en gezondheidszorg wordt geanalyseerd in de data van de nationale gezondheidsenquête (HIS-data).

Met dit rapport willen we hulpverleners ondersteunen met cijfermateriaal rond diversiteit in de Belgische en Vlaamse context, gekaderd in een theoretische en conceptuele benadering van diversiteit, en aangevuld per hoofdstuk met een overzicht van recente internationale en nationale resultaten uit de literatuur. We hopen dat het rapport dat voorligt hulpverleners kan informeren over het thema en hen kan inspireren in de richting van zorg die beter afgestemd is op de diversiteit in de patiëntenpopulatie.

2 INLEIDING

In dit rapport beschrijven we de analyse van de data van de nationale gezondheidsenquête aan de hand van verschillende diversiteitsfactoren. In de inleiding worden een aantal theoretische basisconcepten besproken, die dienen als achtergrondkennis en als leidraad bij dit rapport. Daarnaast wordt er dieper ingegaan op de cijfers rond diversiteit in België en Vlaanderen. Na een beschrijving van de HIS-data, volgen de eigenlijke analyses. Deze zijn thematisch geordend, en worden telkens gevolgd door een vergelijking met resultaten uit nationale en internationale literatuur. Tot slot bekijken we in de conclusies wat deze resultaten kunnen betekenen voor de gezondheid en gezondheidszorg voor de groepen die onderwerp waren van de analyses.

2.1 Concepten

2.1.1 Superdiversiteit

De westerse samenleving heeft de afgelopen jaren een transitie doorgemaakt naar een realiteit die gekenmerkt wordt door steeds grotere diversiteit. Sinds enkele jaren spreekt men zelfs over 'superdiversiteit': als gevolg van wereldwijde migratiestromen van zowel arbeidsmigranten, vluchtelingen, studenten als gezinsherenigers, zien we dat in ons land zowel het aantal personen van niet-Belgische origine als het aantal regio's en landen waar deze mensen afkomstig uit zijn, zijn toegenomen. Deze transitie brengt niet alleen een verschuiving in etnisch-culturele, maar ook in bredere diversiteitsfactoren (opleidingsniveau, socio-economische status, gender,...) met zich mee (cfr. infra).

Dirk Geldof¹ beschrijft superdiversiteit als volgt:

"Er zijn twee dimensies die superdiversiteit kenmerken. Ten eerste is er een kwantitatieve verschuiving. De diversiteit groeit overal: in grote steden en in kleine gemeenten. Grote steden evolueren steeds meer naar een 'majority-minority' waar de meerderheid van de bewoners bestaat uit een brede laag aan minderheden. Hierdoor is er eigenlijk geen meerderheidsgroep meer. Vandaag heeft 44% van de Antwerpenaren wortels in migratie. Dat betekent dat ze ofwel zelf in het buitenland geboren zijn, ofwel een vader of moeder hebben die in het buitenland geboren is. Dit percentage stijgt elk jaar met 2%. Op de schoolbanken is dit percentage veel hoger: 70% van de Antwerpenaren jonger dan tien jaar heeft wortels in migratie. De kinderen kleuren de steden.

De tweede dimensie is een kwalitatieve verschuiving. De diversiteit is zelf veranderd. In de jaren 60 kwamen de migranten uit enkele landen: Italië en Spanje. Vanaf 1964 waren dat voornamelijk Marokko en Turkije. Vandaag komen mensen niet meer van enkele landen, maar vanuit de hele Europese Unie en de hele wereld. Er zijn dus meer nationaliteiten, meer talen en meer religieuze diversiteit. Er zijn rijken en armen: van Indische diamantairs tot mensen zonder papieren. (...) Superdiversiteit duidt dus op de combinatie van het toenemen van diversiteit en de veel grotere diversiteit in de diversiteit."

¹ Eva Tiquet, Dirk Geldof. 24 januari 2015. Superdiversiteit zit in ons onderwijs. Geraadpleegd op 19 januari 2018 via <http://www.dewereldmorgen.be/blog/hetcov/2015/01/24/superdiversiteit-zit-in-ons-onderwijs>

Globalisering heeft ervoor gezorgd dat migratie wereldwijd een toename kent, en dat nieuwkomers in onze samenleving een afspiegeling van de ganse wereldbevolking vormen (kwalitatieve superdiversiteit). Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, bijvoorbeeld, behoort volgens cijfers uit 2016² tot de meest diverse regio's van de wereld, met in de leeftijdscategorie van 0 tot 24 jaar meer dan 80% van de populatie die een buitenlandse herkomst³ (dus zowel Europees als niet-Europees) heeft. Voor de totale populatie in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest gaat het om ongeveer 70%. In het jaar 1958 was dat nog 7%: een vertienvoudiging dus in net geen 60 jaar. In vergelijking: voor het Vlaams Gewest zien we in 2015 bij de 0-24 jarigen net geen 30%, en wat betreft alle leeftijden net geen 20% inwoners van buitenlandse origine. Er zijn dus grote regionale verschillen, maar in elk van de regio's ziet men een toename van de kwantitatieve diversiteit.

Cijfers over diversiteit worden verder besproken onder punt 2.2.

2.1.2 Intersectionaliteit/Kruispuntdenken

De superdiversiteit zoals hierboven beschreven gaat breder dan louter de migratie-achtergrond van mensen. Vertovec⁴ beschrijft het als volgt:

“Whatever we choose to call it, there is much to be gained by a multidimensional perspective on diversity, both in terms of moving beyond ‘the ethnic group as either the unit of analysis or sole object of study’ and by appreciating the coalescence of factors which condition people’s lives.”

Naast diversiteit in migratie-achtergrond, spelen ook andere sociale dimensies een rol. Inkomen, opleidingsniveau, tewerkstelling, gender, leeftijd,... bepalen mee de superdiverse samenleving. Het concept ‘kruispuntdenken’ of ‘intersectieel denken’ kijkt naar specifieke ervaringen en positioneringen van individuen, en hoe zij op vlak van de intersecties van verschillende sociale identiteitscategorieën discriminatie en privileges ervaren in verschillende domeinen van de samenleving.

De Black feminism beweging in de jaren 80 van de vorige eeuw in de VS gebruikte voor het eerst de term ‘intersectionality’: de Afro-Amerikaanse feministische juriste Kimberlé Crenshaw wees op de blindheid in de samenleving voor aspecten die een benadeelde of een geprivilegieerde positie kunnen creëren. Ze benadrukte dat die vaak onzichtbare aspecten, zoals gender, etniciteit, klasse, seksuele oriëntatie of leeftijd gelijktijdig en in wisselwerking een invloed hebben op ieders positie in de samenleving. Zo werd vanuit de feministische zwarte en (post)koloniale studies de term ‘intersectionaliteit’ of ‘kruispuntdenken’ ontwikkeld.

Lutz et al.⁵ onderscheiden 14 dimensies of assen van differentiatie die het sociale leven en andere domeinen in het leven van een individu in hoge mate bepalen, en waar, afhankelijk van de context, rekening gehouden mee moet worden: geslacht, seksuele oriëntatie, huidskleur, etniciteit,

² Lokale Inburgerings- en Integratiemonitor. 2016. Geraadpleegd op 19 januari 2018 via <http://www.statistiekvlaanderen.be/monitor-lokale-inburgering-en-integratie>

³ Buitenlandse herkomst: elke inwoner waarvan de huidige of eerste nationaliteit niet-Belgisch of de eerste nationaliteit van vader of moeder niet-Belgisch is (Inburgerings- en Integratierapport 2016). Deze definitie wordt ook gebruikt in de Kruispuntenbank Sociale Zekerheid.

⁴ Vertovec S (2007). Super-diversity and its implications. *Ethnic and racial studies*, 30(6), 1024-1054

⁵ Lutz H et. al (2002). Multiculturalisme en feminisme. *Tijdschrift voor genderstudies*, 5(3), 7-55.

nationaliteit, klasse, cultuur, religie, gezondheidssituatie, leeftijd, verblijfsstatuut, bezit, Noord-Zuid/Oost-West en maatschappelijke ontwikkeling. Elk individu is gesitueerd op het kruispunt van verschillende dimensies. De verschillende assen komen samen en kruisen elkaar op meerdere vlakken en bepalen zo ieders positie en de organisatie van de samenleving. Het kruispuntmodel bekijkt dus al de verschillende assen samen die deel uitmaken van onze identiteit. Het laat zien hoe bijvoorbeeld sociale achtergrond invloed heeft op ons vrouw- of man-zijn of hoe ons geslacht mee de invulling van onze etnische identiteit bepaalt. Onderzoek vanuit intersectioneel perspectief neemt meer dan één dimensie mee omdat de samenleving door meer dan één ordeningsprincipe georganiseerd wordt.

2.1.3 Armoede

Zoals mag blijken uit de beschrijving van intersectioneel denken hierboven, spelen factoren zoals inkomen, opleidingsniveau en tewerkstelling een belangrijke rol in de kansen, privileges en discriminatie die een individu tijdens haar of zijn leven ondervindt in onze samenleving.

Cijfers over armoede in Vlaanderen en België worden in verschillende rapporten gepubliceerd. Zo is er onder meer de jaarlijkse *armoedebaarometer*⁶ vanuit het samenwerkingsplatform 'Decenniumdoelen 2017'. Dit is een samenwerking van 13 organisaties uit het brede middenveld dat de leefsituatie van mensen in armoede structureel wil verbeteren. Daarnaast zijn ook op federaal en Vlaams niveau publicaties die regelmatig een update bieden van de stand van zaken op vlak van armoede in ons land. Het *Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting*⁷ evalueert de effectiviteit van de grondrechten van de personen die in moeilijke socio-economische omstandigheden leven: recht op een degelijke huisvesting, recht op energie, recht op de bescherming van het gezinsleven, recht op sociale bescherming, recht op de bescherming van de gezondheid,...

Binnen het Europees beleid wordt de *Europese armoede-indicator* 'risico op armoede of sociale uitsluiting'⁸ gevormd door drie indicatoren. De eerste indicator is het *armoederisico op basis van inkomen*, waarbij de armoededrempel gelijk is aan 60% van het mediaan beschikbaar inkomen op individueel niveau. Een tweede indicator is *ernstige materiële deprivatie*. Deze indicator beschrijft de situatie van personen die zich geen goederen of diensten kunnen veroorloven die essentieel worden geacht om fatsoenlijk te kunnen leven in Europa. Mensen met een 'ernstige materiële deprivatie' missen minstens 4 van de 9 volgende elementen of zijn niet in staat om: 1) huur of courante rekeningen te betalen, 2) hun woning degelijk te verwarmen, 3) onverwachte uitgaven te doen, 4) om de twee dagen vlees, vis of een proteïnerijk alternatief te eten, 5) een week vakantie per jaar te nemen buiten hun huis, 6) zich een eigen wagen, 7) wasmachine, 8) kleurentelevisie of 9) telefoon aan te schaffen. Volgens deze indicator, leefde 5,2 % van de Belgische bevolking in 2017 in ernstige

⁶ Michel Debruyne et al. (2017). Armoedebaarometer 2017. www.decenniumdoelen.be/armoedebaarometer-2017/

⁷ Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting. Geraadpleegd op 20 februari 2018 via www.armoedebestrijding.be

⁸ EU-SILC 2016. Geraadpleegd op 20 februari 2018 via <http://ec.europa.eu/eurostat/web/income-and-living-conditions/overview>

materiële deprivatie⁹. De derde indicator is het *aantal huishoudens met zeer lage werkintensiteit*. Deze beschrijft de situatie van personen in huishoudens waar niemand werkt (of waar huishoudleden zeer weinig werken) maar die niet noodzakelijk van een zeer laag inkomen leven. Een persoon met een zeer lage werkintensiteit is een persoon van 0 tot 59 jaar, wonende in een huishouden waarin volwassenen (studenten niet meegerekend) tijdens het referentiejaar gemiddeld minder dan een vijfde van hun tijd aan het werk waren. Het *subjectieve armoederisico* wordt niet meegerekend in de Europese armoede-indicator. Hiermee verwijst men naar het percentage personen dat leeft in een huishouden waarvan de referentiepersoon zegt moeilijk of zeer moeilijk rond te komen. In 2016 gaf 21,5 % van de Belgen in de SILC enquête aan moeilijk tot zeer moeilijk rond te komen.

Armoede omhelst echter meer dan louter materiële indicatoren. Dierckx en Ghys¹⁰ definiëren in het 'Jaarboek Armoede en Uitsluiting 2013' armoede als *“de situatie waarin iemand een zodanig tekort heeft aan economische middelen in verhouding tot de algemene levensstandaard dat hij/zij sociaal uitgesloten raakt op meerdere levensdomeinen. De kloof met de algemeen aanvaarde leefpatronen van de samenleving die daaruit volgt, kan hij/zij niet louter op eigen kracht overbruggen”*. Deze definitie plaatst de ongelijke toegang tot economische middelen explicieter centraal dan eerdere definities van Vranken et al¹¹, maar verbindt dit met een realiteit van sociale uitsluiting die het relationele en multidimensionele karakter van armoede verder benadrukt. Naast een relatief laag inkomen wordt kansarmoede gekenmerkt door een veralgemeende achterstelling of uitsluiting op het vlak van opleiding en vorming, huisvesting, welzijn en gezondheid, vrijetijdsbesteding en cultuur, politieke en sociale zeggingskracht. De posities in de maatschappij die een persoon hierdoor wel of niet kan innemen, bepalen mee diens kansen in de samenleving. Cijfers over armoede worden verder besproken onder punt 2.2.

2.1.4 Equity en access

Eén van de missies van de wereldgezondheidsorganisatie (WHO) is streven naar gelijkwaardige, rechtvaardige zorg voor allen wereldwijd, met speciale aandacht voor kwetsbare groepen. 'Equity in health and healthcare', in het Nederlands vertaald als 'billijkheid in de gezondheid en gezondheidszorg' verwijst naar de mate van rechtvaardigheid in de manier waarop de gezondheidszorg wordt gefinancierd, georganiseerd en verdeeld, in overeenstemming met de zorgnood van de patiënt. In een billijk gezondheidszorgsysteem variëren de toegang tot zorg, het proces van zorgverlening en de uitkomsten van zorg niet naargelang patiëntenkenmerken zoals geslacht, ethnische achtergrond, inkomen,... maar louter naargelang de mate waarin de patiënt zorg nodig heeft¹². Billijke gezondheidszorg moet voorzien in 1) gelijke toegang voor gelijke noden, 2) gelijke behandeling voor gelijke noden en 3) gelijke uitkomsten voor gelijke noden¹³.

⁹ Armoede en levensomstandigheden. Geraadpleegd op 20 februari 2018 via <https://statbel.fgov.be/nl/themas/huishoudens/armoede-en-levensomstandigheden>

¹⁰ Dierckx, D., & Ghys, T. (2013). Solidariteit en herverdeling in structurele armoede- bestrijding, In: D. Dierckx, J. Coene, A. Van Haarlem, P. Raeymaeckers (red.). *Armoede en Sociale Uitsluiting, Jaarboek 2013*, Leuven/Den Haag: Acco.

¹¹ Vranken, J., Geldof, D. (1992). *Armoede en sociale uitsluiting, Jaarboek 1991*, Leuven/Amersfoort: Acco.

¹² Bayoumi, A. M. (2009). Equity and health services. *Journal of Public Health Policy*, 30(2), 176-182.

Goddard, M., & Smith, P. (2001). Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. *Social Science & Medicine*, 53(9), 1149-1162.

¹³ Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2006). Concepts and principles for tackling social inequities in health: levelling up part 1. Copenhagen: World Health Organization.

In de paragraaf die nu volgt worden deze principes verder toegelicht. De best mogelijke gezondheid bereiken is een fundamenteel recht voor elk individu¹⁴. Om dit te kunnen bereiken moet men echter toegang hebben tot tijdige, aanvaardbare, betaalbare en kwaliteitsvolle zorg¹⁵.

Toegang tot de zorg ('access') wordt gedefinieerd als "*the ability to secure a specified range of services at a specified level of quality, subject to a specified maximum level of personal inconvenience and costs, whilst in the possession of a specified level of information*"¹⁶. Verschillende subdimensies bepalen mee de definitie van 'access'¹⁷:

- *Accessibility en availability* beschrijven of de zorg voldoende toegankelijk en bereikbaar is. Zijn de gezondheidszorgen aanwezig in de nabije omgeving van de patiënt, zijn ze fysiek bereikbaar voor wie ze nodig heeft? Zijn de voorzieningen aangepast aan de noden van de populatie die ze veronderstelt worden te bedienen?

- *Acceptability* beschrijft de mate waarin de aangeboden gezondheidszorg aan de subjectieve noden van de patiënt tegemoetkomt: de manier waarop mensen verwachten dat er in de zorg met hen wordt omgegaan kan sterk verschillen naargelang culturele, taal-, opleidingsachtergrond enz... Diversiteitssensitieve zorg kan bijdragen aan een verhoogde *acceptability* van zorg voor patiënten met een andere achtergrond dan de zorgverleners.

- *Affordability* gaat over de betaalbaarheid van de zorg die een persoon op een bepaald ogenblik nodig heeft: financiële drempels, zowel directe (kost van de zorgen) als indirecte (bv. transportkosten) kunnen een belangrijke rol spelen in toegang tot zorg, bijvoorbeeld onder de vorm van uitstel van zorg omwille van financiële redenen. Zijn mensen in staat zorgen te verkrijgen zonder te riskeren daardoor in armoede te belanden? Kennen de mensen hun recht op gezondheidszorg? Is de zorg zo georganiseerd dat de meest financieel kwetsbare populatie toch een gelijkwaardige zorg kan verkrijgen?

- *Appropriateness*¹⁸, ten slotte, beschrijft de kwaliteit van zorg die geboden wordt. Continuïteit van zorg, evidence-based zorg, patiëntgerichtheid, technische en professionele kwaliteit en adequate zorg bepalen mee deze factor.

2.1.5 Health literacy

Om toegang tot zorg ('access') en gelijkwaardige kwaliteit van zorg ('equity') te realiseren, dient men zich bewust te worden van, aandacht te besteden aan en rekening te houden met *health literacy*, of de gezondheidsvaardigheden van patiënten. Gezondheidsvaardigheden zijn de vaardigheden om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen

¹⁴ United Nations (1948). Universal Declaration of Human Rights. New York: United Nations.

¹⁵ European Commission (2017). The European Pillar of Social Rights. Brussels: European Commission.

¹⁶ Goddard, M., & Smith, P. (2001). Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. *Social Science & Medicine*, 53(9), 1149-1162.

¹⁷ Levesque et al. (2013). *International Journal for Equity in Health* 12:18. <http://www.equityhealthj.com/content/12/1/18>

¹⁸ Robertson-Preidler et al (2017). What is appropriate care? An integrative review of emerging themes in the literature. *BMC Health Services Research* 17(1), 452.

van gezondheidsgerelateerde beslissingen. Beperkte gezondheidsvaardigheden hangen deels af van opleidingsniveau, maar ook hoger opgeleiden kunnen moeite hebben met medische informatie.

Er is een duidelijke samenhang tussen beperkte gezondheidsvaardigheden en een slechtere gezondheid. Ouderen, laagopgeleiden en niet-westerse migranten zijn sterker vertegenwoordigd in de groep mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Astma, COPD, diabetes, kanker, hart- en vaatziekten en psychische problemen komen bij deze groepen beduidend vaker voor. Ook bij sterfttekans zien we verschillen. Ouderen met beperkte gezondheidsvaardigheden hebben een tot tweemaal hogere kans op voortijdige sterfte dan ouderen met adequate gezondheidsvaardigheden¹⁹. De clustering van ongunstige omstandigheden vergroot bovendien de gezondheidsverschillen.

2.2 Cijfers over diversiteit in België

2.2.1 Migratiecijfers

Cijfers over migratie lopen sterk uiteen naargelang de definities die gebruikt worden, en daarom is het van belang de subgroepen en bijhorende definities van migranten hier te vermelden. De cijfers en definities hier vermeld komen uit het rapport van 2017 van Myria, het federaal migratiecentrum²⁰.

De **geïmmigreerde bevolking**: dit zijn alle personen die in het buitenland geboren zijn en officieel in België verblijven. Ze hebben dus een ander land verlaten om zich in België te komen vestigen. Het criterium is het *geboorteland*, los van de nationaliteit van de persoon.

De **vreemde bevolking (of bevolking met een vreemde nationaliteit)**: hieronder vallen alle personen die niet de Belgische nationaliteit hebben en officieel in België verblijven (ongeacht of ze in België of in het buitenland geboren zijn). Het weerhouden criterium hier is de *huidige nationaliteit*. In de Belgische statistieken wordt een persoon die zowel de Belgische als een vreemde nationaliteit heeft (een dubbele nationaliteit dus), uitsluitend als Belg en niet als vreemdeling beschouwd.

De **bevolking van vreemde origine bij geboorte**: deze bevolkingsgroep wordt gedefinieerd als alle personen die niet de Belgische nationaliteit hadden bij geboorte en officieel in België verblijven. Ze kunnen in België of in het buitenland geboren zijn. Sommigen zijn dus Belg geworden, anderen niet. Het criterium is de *nationaliteit bij de geboorte*.

Op 1 januari 2016 telde de *bevolking van vreemde origine* in België 2.264.594 personen. Dat is 20% van de 11.267.910 inwoners van België. Onder de personen van vreemde origine kunnen twee groepen worden onderscheiden: 1.295.660 personen met een vreemde nationaliteit, oftewel 11,5%

¹⁹ Pharos Factsheet Laaggeletterdheid in de gezondheidszorg. Gebaseerd op Kickbusch et al (2013). Health Literacy, the Solid Facts. Kopenhagen: WHO. Geraadpleegd op 20 februari 2018 via

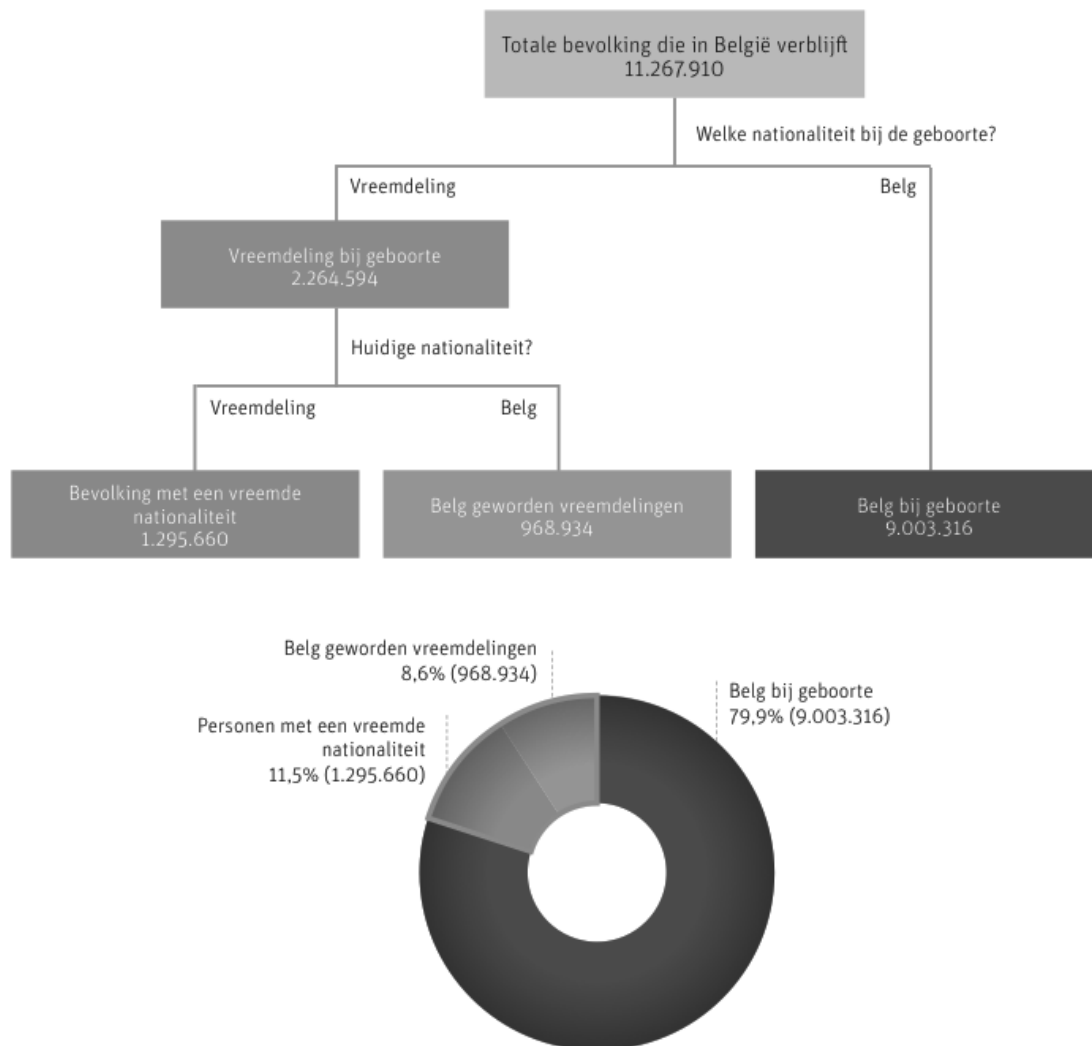
http://www.pharos.nl/documents/doc/factsheet_beperkte%20gezondheidsvaardigheden_en_laaggeletterdheid.pdf

²⁰ Myria Federaal Migratiecentrum (2017). Migratie in cijfers en in rechten 2017.

http://www.myria.be/files/MIGRA2017_NL_AS.pdf

van alle inwoners van België; en 968.934 personen die geboren zijn met een vreemde nationaliteit en Belg zijn geworden, oftewel 8,6% van de inwoners van België (zie figuur 2.2-1).

Figuur 2.2-1. Verdeling van de Belgische en de vreemde populatie in België op 1 januari 2016.
 (Bron: Myria (2017) Migratie in cijfers en rechten 2017, p26. Cijfers zijn oorspronkelijk afkomstig van Statistics Belgium, DEMO/UCL)



Van de personen van vreemde origine (dus geboren met een buitenlandse nationaliteit), komt meer dan de helft (52%) uit een land van de EU-28. Van de personen met een vreemde origine vraagt een deel de Belgische nationaliteit aan en een deel niet. Hierbij blijkt het al dan niet hebben van een EU-origine een impact te hebben. Wanneer we kijken naar de Belg geworden vreemdelingen, dan zien we dat 31% uit een land binnen de EU-28 komt. Bij de personen met een vreemde nationaliteit (die dus (nog) geen Belg geworden zijn) komt 68% uit een EU-land. Met andere woorden: mensen met een EU-origine zullen dus eerder hun vreemde nationaliteit behouden dan mensen zonder EU-origine. De bevolking met een vreemde nationaliteit in België is dus hoofdzakelijk Europees. Als we

ook rekening houden met de Europese landen die niet tot de EU horen (waaronder Turkije), zijn 75% van de vreemdelingen afkomstig van het Europese continent. Wat de Belg geworden vreemdelingen betreft, stellen we het omgekeerde vast: de meesten van hen (69%) zijn afkomstig van buiten de EU (de zogenaamde 'derde landen'). Om uiteenlopende redenen vragen personen afkomstig uit de Europese lidstaten immers minder vaak de Belgische nationaliteit aan dan onderdanen van derde landen. De redenen waarom de migranten uit Europese lidstaten naar België migreren zijn vaak verschillend en hun voornemen om zich duurzaam in het land te vestigen misschien minder groot. Wat hun rechten en mogelijkheden betreft, staat er voor hen ook minder op het spel: dankzij het vrije verkeer binnen de Europese Unie kunnen ze naar de buurlanden gaan en komen wanneer ze dat willen, zonder dat ze daarvoor de Belgische nationaliteit moeten verkrijgen. De onderdanen van derde landen zijn daarentegen beperkter in hun bewegingsvrijheid en het verkrijgen van de Belgische nationaliteit vergroot hun mobiliteit, niet alleen binnen Europa, maar ook elders in de wereld²¹.

2.2.2 Armoedecijfers

Volgens de EU-SILC 2016²² enquête, behoort 15,5 % van de Belgische bevolking tot de groep met een armoederisico op basis van het inkomen. De grens die wordt gehanteerd voor 'inkomensarmoede' is 60 % van het mediaan beschikbaar inkomen op individueel niveau. Hierbij wordt geen rekening gehouden met een woning in eigendom. Personen met een inkomen dat zich beneden deze inkomensgrens situeert, worden geconfronteerd met een armoederisico. Dit betekent concreet dat 15,5 % van de bevolking leeft in een huishouden dat voor een alleenstaande niet beschikt over een inkomen van 13.377 € netto per jaar of 1.115 € netto per maand, of voor een huishouden bestaande uit twee volwassenen en twee kinderen (jonger dan 14 jaar) niet beschikt over 28.092 € netto per jaar of 2.341 € netto per maand. Er zijn regionale verschillen²³: in Vlaanderen bedroeg in 2015 het armoederisico 10,5 % tegenover 19,4 % in Wallonië. Het cijfer voor Brussel ligt hoger dan voor de andere gewesten, namelijk 30,9 %. Daarnaast leefde in 2017 5,2 % van de bevolking in 'ernstige materiële deprivatie' (zie '1.1 Concepten' voor de definitie van deze indicator). Het 'subjectief armoederisico' is een goede aanvulling op de meer objectieve indicatoren. Volgens de EU-SILC 2016 enquête gaven 21,5 % van de Belgen aan moeilijk tot zeer moeilijk rond te komen.

²¹ Myria Federaal Migratiecentrum (2017). Migratie in cijfers en in rechten 2017.

http://www.myria.be/files/MIGRA2017_NL_AS.pdf

²² <https://statbel.fgov.be/nl/themas/huishoudens/armoede-en-levensomstandigheden>

De enquête naar inkomens en levensomstandigheden (SILC) is een belangrijk instrument om zowel op Belgisch als op Europees niveau armoede en sociale uitsluiting in kaart te brengen.

EU-SILC (European Union – Statistics on Income and Living Conditions) is een enquête naar inkomens en levensomstandigheden en een belangrijk instrument om zowel op Belgisch als op Europees niveau armoede en sociale uitsluiting in kaart te brengen.

²³ Voor informatie over de situatie in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest: zie de Welzijnsbarometer van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. <http://www.ccc-ggc.brussels/nl/observatbru/publications/2017-welzijnsbarometer>

Voor informatie over Vlaanderen: zie de Vlaamse Migratie en Integratiemonitor 2015.

<https://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/vlaamse-migratie-en-integratiemonitor-2015-1>

2.2.3 Intersectioneel denken in cijfers

Gekleurde armoede

In 2007 verscheen “De kleur van armoede. Armoede bij personen van buitenlandse afkomst”²⁴, waarin voor het eerst cijfers over armoede bij migranten in België onder de loep werden genomen. De cijfers waren alarmerend: het armoederisico bij mensen van niet-Belgische origine was duidelijk hoger in vergelijking met Belgen. De meest recente cijfers²⁵ bevestigen de kloof:

“Het armoederisicopercentage verschilt sterk naar nationaliteit en geboorteland. Bij de personen met een niet-EU-nationaliteit ligt dat aandeel ruim 5 keer hoger dan bij personen met een Belgische nationaliteit. Bij de personen geboren buiten de EU ligt dat aandeel 4 keer hoger dan bij personen geboren in België. De personen met een EU-nationaliteit (exclusief Belgen) en personen geboren binnen de EU (buiten België) halen telkens een score tussen beide andere groepen.”

Tabel 2.2-1. Armoederisicopercentage (<60 % van het mediaan netto-inkomen) naar herkomst (bevolking 18+, België)
(Bron: SILC 2016)

Geboren in België	11,1%
Geboren buiten België	32,8%
Geboren buiten België en in EU-28	19,0%
Geboren buiten België en buiten EU-28	44,9%

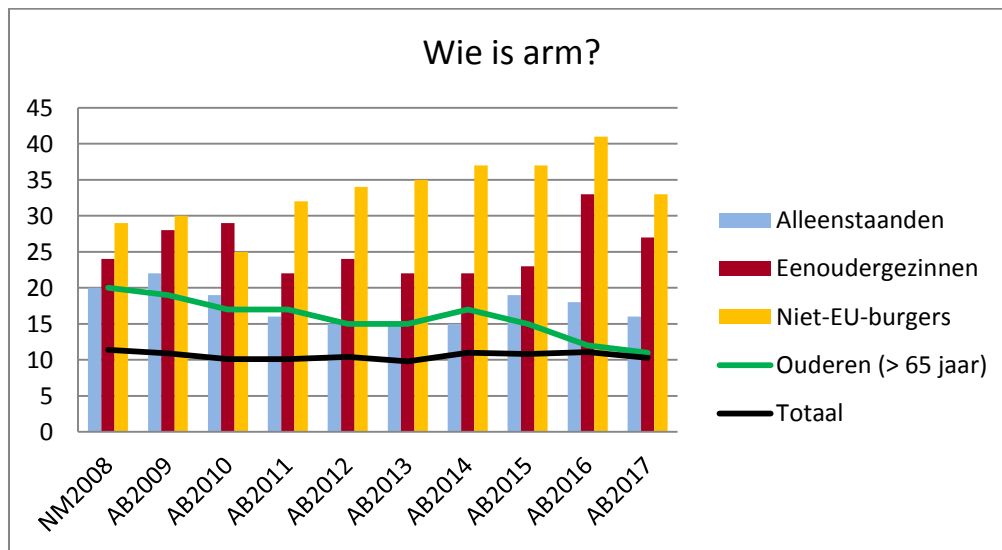
In tabel 2.2-1 zien we dat van de mensen die in België zijn geboren, 11,1% een armoederisico heeft. Bij de mensen die buiten België zijn geboren, is dit 32,8%. Binnen deze groep zien we nog een opvallend verschil tussen de mensen die afkomstig zijn uit een EU-28 land of deze die dat niet zijn. Deze laatste groep heeft het grootste armoederisico (44,9%). Toch moeten we opletten voor veralgemeningen. De bril van superdiversiteit laat ons (ook hier) toe oog te hebben voor de groeiende diversiteit binnen de diversiteit: naast een grote groep mensen met een migratie-achtergrond die leven onder de armoedegrens, groeit er tegelijk ook een middenklasse, zeker bij jongeren van de tweede en derde generatie, zowel in financiële termen als naar maatschappelijke posities in de samenleving.²⁶ We kunnen er echter niet omheen dat – ondanks een opkomende middenklasse – de meerderheid van de mensen met een migratie-achtergrond zich eerder aan de onderkant van de sociale ladder bevindt. Zij hebben immers een groter risico op armoede (zie tabel 2-2.1). Armoede wordt steeds vaker gekleurde armoede, zeker in de steden.

²⁴ Van Robaey B. (2007) De kleur van armoede : armoede bij personen van buitenlandse afkomst. Leuven: Acco.

²⁵ Van den Broucke, S., e.a. (2015). *Vlaamse Migratie- en Integratiemonitor 2015*. Antwerpen/Brussel, Steunpunt Inburgering en Integratie, Agentschap Binnenlands Bestuur.

²⁶ Geldof, D. (2017a). *Superdiversiteit. Hoe migratie onze samenleving verandert*. Leuven/Den Haag, Acco, 231 p.

Figuur 2.2-2. Armoederisico bij kansengroepen
(Bron: Armoedebaarometer 2017)



Opleidingsniveau en migratie

Volgens het PISA-onderzoek²⁷ van 2015 van de OESO is de impact van de sociaal-economische status van studenten op schoolprestaties bijzonder groot in België, zoals blijkt uit de kloof tussen de gemiddelde PISA-scores van hogere en lagere sociaal-economische groepen. De correlatie tussen ondermaatse prestatie en de sociaal-economische achterstand van scholen is een van de hoogste in de EU. De slechte prestaties van leerlingen met een migratie-achtergrond zijn zorgwekkend. Uit PISA 2015 blijkt dat 36,9% van de leerlingen met een migratie-achtergrond slecht presteert en dat slechts 2,9% van hen tot de best presterende leerlingen behoort, vergeleken met respectievelijk 15% en 10,5% voor studenten zonder migratie-achtergrond. Na correctie voor de sociaal- economische status heeft een migratie-achtergrond een invloed op de PISA-resultaten die op nationaal niveau boven, maar voor de Franse en de Duitstalige Gemeenschap onder het OESO- gemiddelde ligt. Binnen de OESO is de prestatiekloof tussen studenten met een migratie-achtergrond en deze zonder migratie-achtergrond het grootst in Vlaanderen.

Opleidingsniveau en armoede

De link tussen armoede en opleidingsniveau gaat in twee richtingen. Ten eerste tonen de resultaten van het PISA-onderzoek dat de impact van de sociaal-economische status van studenten bijzonder groot is in België, zoals blijkt uit de kloof tussen de gemiddelde PISA-scores van hogere en lagere sociaal-economische groepen. De correlatie tussen prestaties en de sociaal-economische samenstelling van scholen is een van de hoogste in de EU. Ten tweede leidt een lage opleiding tot een merkbaar hoger armoederisico: 26% versus 6,8% voor hooggeschoolden. In een samenleving waar opleiding meer en meer bepalend is voor de positie op de sociale ladder, vallen laaggeschoolden vaak uit de boot (zie tabel 2.2-3).

²⁷ <https://onderwijs.vlaanderen.be/nl/programme-for-international-student-assessment-pisa>

Tabel 2.2-2. Armoederisicopercentage (<60 % van het mediaan netto-inkomen) naar opleidingsniveau (bevolking 18+, België)
(Bron: SILC 2016)²⁸

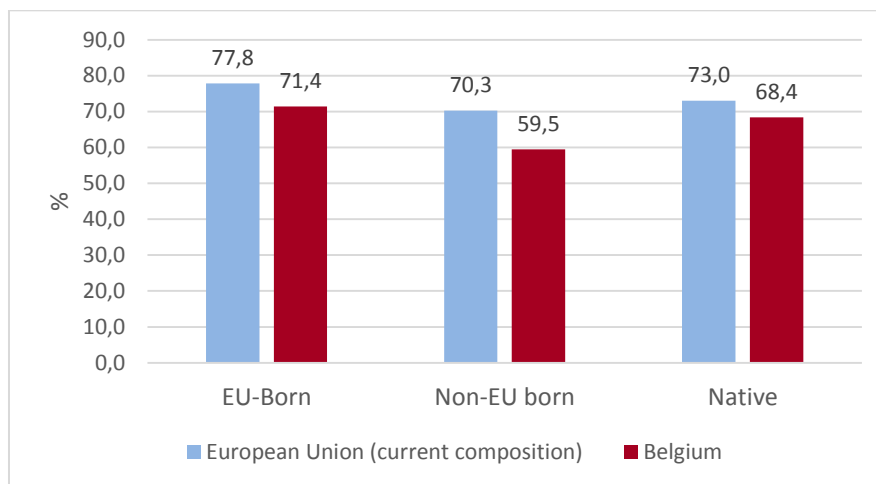
Lage opleiding	26,0%
Gemiddelde opleiding	14,1%
Hoge opleiding	6,8%

Tewerkstelling bij migranten

Ook op vlak van tewerkstelling zien we grote verschillen tussen Belgen zonder migratie-achtergrond, migranten van EU-herkomst en migranten van buiten de EU²⁹ (zie figuur 2.2-3).

Figuur 2.2-3. Activiteitsgraad bij 20-64 jarigen, 2016

(Bron: Eurostat)



In een aanbeveling³⁰ vermeldt de Europese Commissie de slechte toestand van de Belgische migranten, vooral van buiten de EU, zowel van de eerste als van de tweede generatie, op de arbeidsmarkt:

“(…) employment outcomes for people with a migrant background, even adjusting for other individual characteristics, are among the worst in the EU. In particular, the employment gap for the non-EU born is the highest in the EU: their employment rate for the age group 20-64 was 49.1 % in 2016, compared to 70.2 % for native-born people, and was even lower for non-EU born women (39.1 %). In 2015, the risk of poverty and social exclusion was 50.7 % for non-EU born residents, compared to 17 % for the native-born.”

²⁸ <https://statbel.fgov.be/nl/themas/huishoudens/armoede-en-levensomstandigheden>

²⁹ http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Migrant_integration_statistics

³⁰ <https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/2017-european-semester-country-specific-recommendations-commission-recommendations-belgium.pdf>

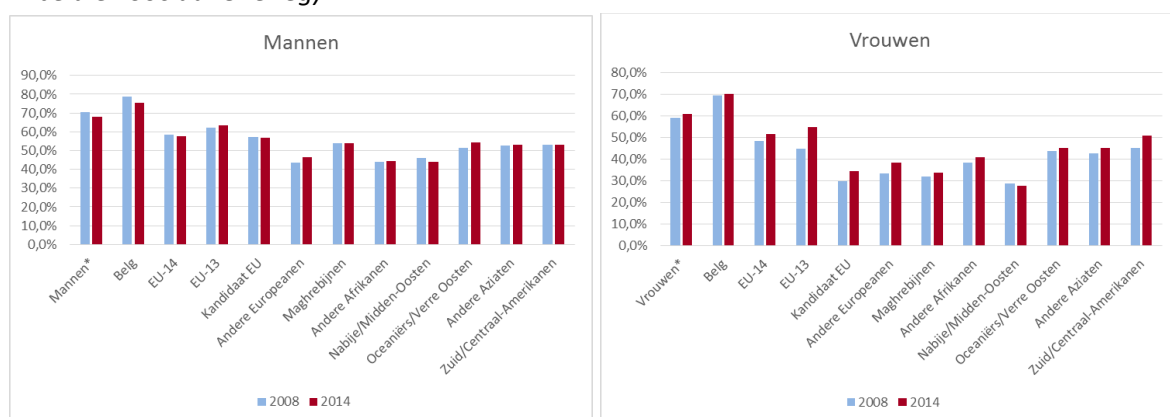
Genderverschillen, arbeid en migratie³¹

Op de Belgische arbeidsmarkt is de werkgelegenheidsgraad van vrouwen van eender welke origine nog steeds lager dan die van mannen, en de kloof is uitgesproken groot in het geval de kandidaat van EU-origine (22,6 procentpunten), van Maghrebijnse origine (20,3 procentpunten) of van het Nabije/Midden-Oosten (16,1 procentpunten) is. Voor alle origines zijn zowel de genderwerkgelegenheidskloof (uitgezonderd Oceanië/Verre Oosten) als de genderwerkloosheidskloof wel geslonken tussen 2008 en 2014, daar de werkloosheidsgraad bij vrouwen van vreemde origine licht is afgenomen. Hun werkgelegenheidsgraad nam toe in alle gevallen behalve bij vrouwen uit het Nabije/Midden-Oosten.

Ongeacht hun origine, hebben vrouwen een hogere inactiviteitsgraad dan mannen, maar de totale vrouwelijke inactiviteitsgraad liep wel terug (van 33,2% naar 30,6%), terwijl die van mannen licht toenam (van 21,8% naar 22,5%). Met andere woorden: vrouwen werden actiever dan mannen. Bij de mannen is de stijgende inactiviteitsgraad voornamelijk toe te schrijven aan mannen van Belgische origine, terwijl bij mannen van niet-Belgische origine de inactiviteitsgraad daalde. De kloof tussen mannen en vrouwen is het grootst bij de groep uit kandidaat EU-landen en de Maghreblanden (zie figuur 2.2-4).

Figuur 2.2-4. Werkgelegenheidsgraad van personen van 20 tot 64 jaar naar geslacht en origine, 2008-2014

(Bron: Socio-economische monitoring (2017). Unia, Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg)



Gender en armoede

Wereldwijd betreft de meerderheid van mensen in armoede vrouwen. Vooral vrouwelijke landbouwers, vrouwen actief in de informele sector, migranten, alleenstaande moeders, vrouwen met een handicap en oudere vrouwen zijn kwetsbare groepen.

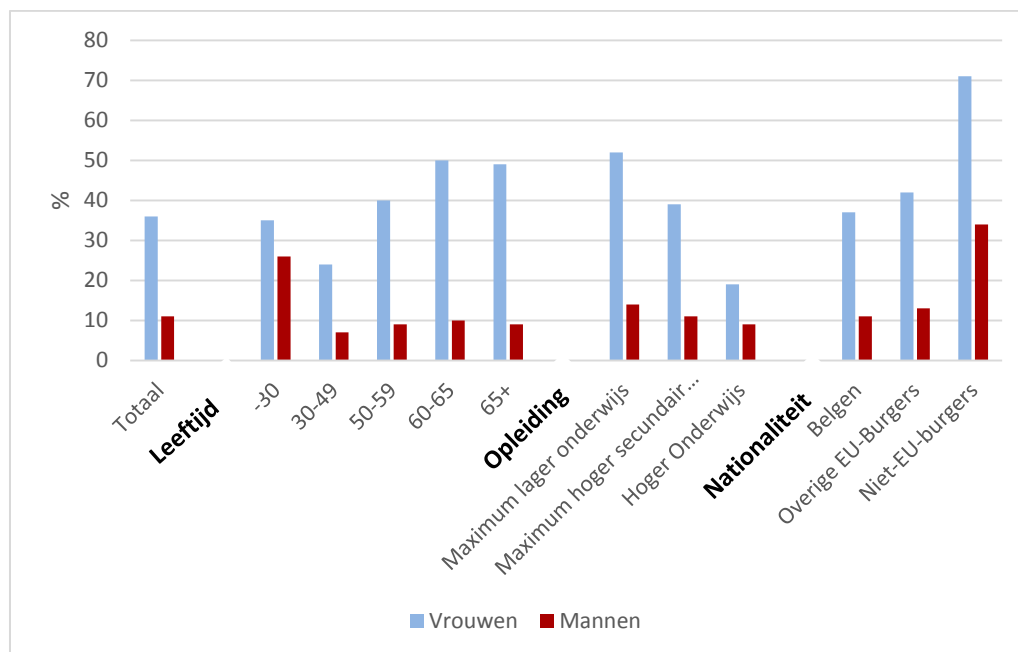
De Belgian Gender and Income Analysis (BGIA)³² gaat dieper in op het persoonlijk inkomen van individuen: het inkomen waarover zij beschikken door hun werk, door uitkeringen, door inkomsten

³¹ <https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/2017-european-semester-country-specific-recommendations-commission-recommendations-belgium.pdf>

uit onroerende en roerende goederen,... en dit ongeacht hun leefwijze of het gezin waartoe zij behoren. Bestaansonzekerheid krijgt op die manier een extra dimensie: heel wat personen zijn immers aangewezen op het inkomen van hun partner of andere gezinsleden. Wanneer zij er alleen voor komen te staan, beschikken zij vaak over onvoldoende bestaansmiddelen. Zo lopen vrouwen drie keer meer risico dan mannen om in een toestand van financiële afhankelijkheid terecht te komen en is de intensiteit van die afhankelijkheid vijfmaal groter voor vrouwen. De financiële afhankelijkheidscijfers zoals berekend door het BGIA zijn duidelijk hoger voor niet-EU inwoners, waarbij er een nog groter verschil bestaat tussen vrouwen en mannen (71% van de niet-EU tegen 37% van de EU vrouwen; 34% van de niet-EU tegen 11% van de EU mannen).

Figuur 2.2-5. Financiële afhankelijkheidsgraad naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en nationaliteit (2006)

(Bron: Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen (2011). *Vrouwen en mannen in België. Genderstatistieken en -indicatoren*)



Figuur 2.2-5 toont, op basis van SILC cijfers, dat zowel bij onderverdeling naar leeftijd, opleidingsniveau, gezinssituatie als nationaliteit, vrouwen steeds een hoger risico lopen op financiële afhankelijkheid, waarmee het armoederisico toeneemt. Wat nationaliteit betreft, zijn Belgen meer bestaanszeker dan andere EU-burgers, en zij op hun beurt meer dan niet-EU-burgers. Vrouwen hebben telkens aanzienlijk meer kans om onder de armoedegrens te zitten dan mannen. Zeven op de tien vrouwen van niet-Europese nationaliteit zijn aangewezen op het inkomen van gezinsleden om niet onder de armoedegrens te zitten.

³² Instituut voor gelijkheid van vrouwen en mannen: Belgian Gender and Income Analysis (2011) (Tweede editie). Vrouwen en mannen in België. Genderstatistieken en Genderindicatoren. [http://igvm-iefh.belgium.be/nl/publicaties/vrouwen en mannen in belgi_genderstatistieken en -indicatoren editie 2011](http://igvm-iefh.belgium.be/nl/publicaties/vrouwen_en_mannen_in_belgi_genderstatistieken_en_indicatoren_editie_2011)

2.3 Het belang van kennis over diversiteit

Bovenstaande cijfers schetsen een beeld van een superdiverse realiteit waarin hulpverleners aan het werk zijn. Diversiteitssensitief werken wordt dan ook steeds meer een kerncompetentie van hulpverleners in de zorg³³. Uit literatuur rond dit thema blijkt dat hulpverleners die voorbereid zijn op zorg voor een diverse populatie, de kwaliteit van de hulpverlener-patiënt relatie verhogen, de gezondheidsuitkomsten van kwetsbare groepen of minderheden doen toenemen en de ongelijkheid in de gezondheid en gezondheidszorg tussen verschillende groepen in de samenleving verkleinen³⁴.

Diversiteitssensitieve competenties bestaan uit zowel kennis, attitudes als vaardigheden. Het kennisdeel in deze triade heeft als uitdaging het stereotype beeld van diversiteit als louter cultuur- of etniciteits-gebonden te vermijden, en eerder kennis over brede diversiteit en de daarbij horende concepten, zoals hierboven beschreven, uit te diepen³⁵.

In zorgopleidingen wordt de laatste jaren steeds vaker aandacht besteed aan het diversiteitssensitief of -responsief maken van de curricula. Leerdoelen van dergelijke curricula kunnen, voor wat betreft het kennisluik, inhouden dat studenten in staat moeten zijn verschillen in gezondheid en gezondheidszorg tussen groepen, op basis van culturele, sociale achtergrond, gender, seksuele voorkeur en leeftijd, te herkennen en verklaren. In een volgend stadium zou deze kennis moeten toegepast worden om, indien nodig, aangepaste zorg aan kwetsbare groepen te kunnen bieden. Gelijklopend aan de aandacht binnen zorgopleidingen, ziet men ook dat binnen verschillende gezondheidszorgorganisaties, er steeds meer aandacht aan diversiteit wordt besteed.

³³ Napier, A. D., Ancarno, C., Butler, B., Calabrese, J., Chater, A., Chatterjee, H., et al. (2014). Culture and health. *Lancet*, 384, 1607–1639.

Rapp, D. E. (2006). Integrating cultural competency into the undergraduate medical curriculum. *Medical Education*, 40, 704–710.

³⁴ Maldonado, M. E., Fried, E. D., DuBose, T. D., Nelson, C., & Breida, M. (2014). The role that graduate medical education must play in ensuring health equity and eliminating health care disparities. *Annals of the American Thoracic Society*, 11, 603–607.

Dogra, N., Reitmanova, S., & Carter-Pokras, O. (2009). Twelve tips for teaching diversity and embedding it in the medical curriculum. *Medical Teacher*, 31, 990–993.

³⁵ Young, M. E., Razack, S., Hanson, M. D., Slade, S., Varpio, L., Dore, K. L., et al. (2012). Calling for a broader conceptualization of diversity: Surface and deep diversity in four Canadian medical schools. *Academic Medicine*, 87, 1501–1510.

3 METHODE

In dit hoofdstuk bespreken we de aanpak van voorliggende studie. We haalden reeds aan dat we ons focussen op de relatie tussen diversiteit en gezondheid(szorg) in België. Meer bepaald willen we nagaan of er in België en meer specifiek ook in Vlaanderen sociale verschillen zijn in gezondheid, gezondheidsgedrag en gezondheidszorggebruik. In België wordt om de paar jaar een grote dataverzameling georganiseerd omtrent gezondheidsgerelateerde aspecten: de Belgische gezondheidsenquête. In deze databank zitten ook heel wat parameters die de diversiteit in België in kaart brengen. Meer specifiek kijken we naar de invloed van leeftijd, gender, sociaal-economische status (inkomen en opleiding), het hebben van een migratie-achtergrond. Aan dit laatste aspect besteden we in dit rapport bijzondere aandacht. Daarnaast gaan we ook in de literatuur na of onze bevindingen al dan niet gelijk lopen met bevindingen uit onderzoek naar gelijkaardige thema's binnen de Europese context.

3.1 De Gezondheidsenquête

3.1.1 Wat is de Gezondheidsenquête?

De data die gebruikt worden in dit onderzoek, zijn verzameld in het kader van de nationale gezondheidsenquête (Health Interview Survey, HIS). Dit is een nationaal representatieve studie over de gezondheid en de behoefte aan gezondheidszorg van de Belgische populatie, georganiseerd door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV). De gezondheidsenquête werd reeds een aantal keer georganiseerd: in 1997, 2001, 2004, 2008 en 2013. In januari 2018 is men gestart met een nieuwe golf van dataverzameling. Voor de huidige studie maken we voornamelijk gebruik van de meest recente databank die voorhanden is, zijnde deze van 2013 (HIS-data 2013). Bij variabelen waarbij het relevant en tevens mogelijk is, betrekken we ook kort de data uit de voorgaande dataverzamelingen. Zo kunnen we nagaan of er bepaalde trends zijn.

Voor de data-verzameling van de gezondheidsenquête 2013 werden, net als in de andere jaren, een aantal respondenten uit de Belgische bevolking geselecteerd. Alle personen die ingeschreven zijn in het Rijksregister komen in principe in aanmerking om geselecteerd te worden. Dit betekent echter dat daklozen of illegalen dus niet kunnen geselecteerd worden. Bovendien werden bepaalde mensen om pragmatische redenen ook uitgesloten van de steekproef: gevangenen, personen opgenomen in een psychiatrische instelling en leden van grote kloostergemeenschappen. Voor de steekproef werd een 10.000-tal participanten vooropgesteld. Hierbij werd zorgvuldig nagegaan of de steekproef gebalanceerd was op niveau van gewesten, provincies, en aandeel (groot)steden versus kleinere gemeenten. Er werd bovendien voor gezorgd dat zowel grote als kleine huishoudens, en zowel 'jongere' als 'oudere' huishoudens voldoende gerepresenteerd waren. De 'leeftijd' van het huishouden werd bepaald door te kijken naar de leeftijd van de referentiepersoon binnen het huishouden. Binnen geselecteerde huishoudens met 4 of minder leden werden alle leden uitgenodigd voor deelname aan de enquête. In huishoudens die meer leden tellen, werd een selectie van maximum 4 leden gemaakt. Ook kinderen < 15 jaar maakten deel uit van de steekproef. Bij hen werd sowieso met een proxy gewerkt (d.i. een volwassene, meestal binnen het huishouden, die het kind bijstaat of de vragen beantwoordt in zijn of haar plaats). Omdat bij hen slechts een klein deel van de enquête werd afgenomen (zie volgende paragraaf), laten wij de jongste respondenten uit de

steekproef (personen < 15 jaar) voor de huidige studie buiten beschouwing. Deelname aan de gezondheidsenquête was niet verplicht. Indien een huishouden niet contacteerbaar was of deelname aan de enquête weigerde, werd een vervangend huishouden met gelijkaardige kenmerken gecontacteerd.

In 2013 werden 8850 huishoudens gecontacteerd. Hierbij stemden 5049 huishoudens in met een deelname aan de gezondheidsenquête (participatiegraad 57%). Op individueel niveau komt dit overeen met 10.829 participanten, met een leeftijd variërend tussen 0 en 102 jaar. Wanneer we enkel de deelnemers ≥ 15 jaar in rekening brengen, betreft dit 9113 deelnemers.

Voor het afnemen van de enquête kwam een enquêteur bij de geselecteerde huishoudens aan huis. De enquête is beschikbaar in 4 verschillende talen: Nederlands, Frans, Duits en Engels. Indien een respondent dit verkoos, konden de vragen ook door een proxy afgenomen worden. Dit wil zeggen dat een respondent die de vragen om de een of andere reden niet kon of wilde persoonlijk beantwoorden, een derde kon aanstellen (een persoon binnen of buiten het huishouden) die de vragen in zijn of haar plaats beantwoordde. Dit was het geval voor 1217 (13,4%) van de respondenten.

De enquête zelf bestaat uit 3 grote delen³⁶:

- Een *bevraging op het niveau van het huishouden*. Het gaat hierbij om een mondelinge bevraging van de referentiepersoon van het deelnemend huishouden of zijn/haar partner rond een aantal kenmerken van het huishouden: de samenstelling, het maandelijks inkomen, de uitgaven voor gezondheid, karakteristieken van de woning,...
- Een *mondelinge bevraging* van de (maximum) vier voor deelname aan de enquête *geselecteerde leden van het huishouden*. Onderwerpen als gezondheidsperceptie, chronische aandoeningen, beperkingen, ... kwamen in dit deel van de bevraging aan bod.
- Een *schriftelijke bevraging* van alle voor deelname aan de enquête *geselecteerde leden van het huishouden van minstens 15 jaar oud*. De keuze om ook met een schriftelijke vragenlijst te werken, is gebaseerd op de overweging dat sommige onderwerpen, bijvoorbeeld geestelijke gezondheid, gebruik van alcohol, ... eerder vertrouwelijk van aard zijn en zich minder lenen voor een mondelinge bevraging. Respondenten die met een proxy werkten, moesten deze vragen niet beantwoorden.

De vragen van de gezondheidsenquête kunnen worden gegroepeerd in een aantal grotere categorieën:

- Achtergrond van de participant/het huishouden (leeftijd, geslacht, inkomen, migratie-achtergrond,...)
- Gezondheid en welzijn (gezondheidstoestand, mentale gezondheid,...)
- Gezondheidsgedrag en levensstijl (roken, alcoholconsumptie, fysieke inspanning,...)
- Gebruik van gezondheids- en welzijnsdiensten (contacten met huisarts, specialist, tandarts, spoeddiensten, tevredenheid met gezondheidszorg,...)
- Fysieke en sociale omgeving (sociale contacten,...)
- Preventie (deelname aan kankerscreening,...)

³⁶ Quasi letterlijk uit: https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/Method_NL_2013.pdf

Voor een uitgebreidere beschrijving van de steekproeftrekking, de details over de organisatie van de gegevensverzameling, een uitgebreide beschrijving van de onderdelen van de enquête verwijzen we naar de beschrijving van de methodologie van de gezondheidsenquête³⁷.

3.1.2 Variabelen binnen huidige studie en hun operationalisering

In dit onderdeel bieden we een overzicht van de variabelen die voor de voorliggende studie werden gebruikt. Dit betreft enerzijds variabelen die als *onafhankelijke variabelen* gehanteerd worden (dit zijn de voorspellers of mogelijke verklaringen voor de variatie in de gevonden resultaten). Het betreft sociodemografische variabelen (A). Anderzijds zijn er de variabelen waarvan de variatie wordt bestudeerd: de *afhankelijke variabelen*. In de voorliggende studie betreft dit variabelen over verschillende aspecten van gezondheid en gezondheidszorggebruik (B). Beide types variabelen zijn ofwel volledig geoperationaliseerd door het WIV (de organisatoren van de gezondheidsenquête), ofwel deels door het WIV en deels door onszelf (de onderzoekers van deze studie). Sommige variabelen werden gecreëerd uit een samenstelling van verschillende variabelen. We zullen voor elk van de variabelen die in de voorliggende studie gebruikt worden, aangeven hoe deze tot stand kwamen.

Verder kunnen de variabelen ook op een andere manier onderverdeeld worden. Dit heeft een impact op de gebruikte analyses. We hebben het hier over het onderscheid tussen categorische variabelen en continue variabelen. *Categorische variabelen* zijn variabelen waarbij een beperkt aantal waarden/categorieën mogelijk zijn (bv. voor de variabele geslacht worden binnen de gezondheidsenquête 'man' en 'vrouw' als de 2 mogelijke waarden gezien). Omwille van statistische redenen worden voor de huidige studie categorische afhankelijke variabelen met meer dan 2 antwoordcategorieën herleid naar binaire variabelen (variabelen waarbij telkens slechts 2 waarden of categorieën mogelijk zijn). Een ander type variabelen die in deze studie aan bod komen zijn *continue variabelen*: deze kunnen binnen een bepaald interval iedere waarde aannemen (bv. leeftijd variërend van 0 tot 102 jaar binnen de HIS-data 2013). Verdere details over gebruikte statistische analyses worden verder uitgelegd onder 3.2. Op dit punt in het rapport is het echter belangrijk om aan te geven dat we bij de categorische onafhankelijke variabelen bepalen *welke waarde van de variabele als referentiecategorie wordt beschouwd*. Dit zal telkens weergegeven worden.

A. Sociodemografische variabelen

Onder deze titel worden alle gebruikte onafhankelijke variabelen geschetst. **Geslacht** is een binaire variabele met mogelijkheden 'man' (referentiecategorie) en 'vrouw'³⁸. **Leeftijd** wordt in de beschrijvende statistieken als categorische variabele (met als categorieën: 15-24 jaar; 25-44 jaar; 45-64 jaar; en 65+ jaar (referentiecategorie))³⁹ en in de multivariate modellen als continue variabele⁴⁰ opgenomen. De socio-economische status (SES) van de participant wordt gemeten aan de hand van het inkomen en het opleidingsniveau. Door het WIV werd geopteerd om deze variabelen te bevragen

³⁷ https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/Method_NL_2013.pdf

³⁸ We gebruikten hiervoor de indicator HCO4 uit de HIS databank.

³⁹ We gebruikten hiervoor de indicator AGE5 uit de HIS databank, waarbij de categorie 0-14 jaar niet betrokken werd in de analyses.

⁴⁰ We gebruikten hiervoor de indicator hc_01 uit de HIS databank.

op niveau van het 'huishouden'. Voor het opleidingsniveau en het inkomen van een respondent wordt respectievelijk gekeken naar het hoogste diploma van de referentiepersoon of de partner en naar het inkomen op huishoudenniveau. Alle leden van het huishouden krijgen hetzelfde opleidings- en inkomensniveau toegemeten. Beide variabelen hadden oorspronkelijk vijf categorieën en hebben we herleid naar drie categorieën. Wat betreft **opleiding** worden mensen zonder diploma, met een lagere school-diploma of enkel een diploma van de eerste graad secundair onderwijs, gehercategoriseerd naar 'laag opgeleid', wat tevens beschouwd wordt als de referentiecategorie. Hoger secundair onderwijs wordt gehercodeerd naar 'gemiddeld opgeleid' en alle personen met een diploma hoger onderwijs worden gecategoriseerd als 'hoog opgeleid'⁴¹. **Inkomen** werd oorspronkelijk opgedeeld in quintielen. Personen die in de laagste twee quintielen vielen worden gehercodeerd als 'laag inkomen' (referentiecategorie), personen in het 3^e quintiel als 'gemiddeld inkomen' en personen in de hoogste twee quintielen als 'hoog inkomen'⁴².

Om aan te geven of participanten al dan niet een **migratie-achtergrond** hebben, creëerden we zelf een variabele. In de gezondheidsenquête 2013 zijn verschillende zaken bevraagd i.v.m. met de migratie-achtergrond van de participant. Deze omvatten:

- ✓ nationaliteit van de participant
- ✓ geboorteland van de participant
- ✓ geboorteland van de moeder van de participant
- ✓ geboorteland van de vader van de participant
- ✓ aantal jaren sinds immigratie

Voor de huidige studie zijn we vooral geïnteresseerd in factoren die ons iets leren over de impact van culturele verschillen en verschillen door het hebben van een migratie-achtergrond op verschillende gezondheidsaspecten. We zijn echter enigszins beperkt door de beschikbare informatie alsook door statistische vereisten. Zoals reeds in de inleiding aangegeven, is de nationaliteit van de participant niet zo'n bruikbare variabele aangezien er nogal wat verschillen zijn in het al dan niet aanvragen van de Belgische nationaliteit. Mensen uit niet-EU landen zullen eerder geneigd zijn om de Belgische nationaliteit aan te vragen dan mensen uit buurlanden van België, omdat het bekomen van de Belgische nationaliteit de eerste groep mensen relatief meer oplevert dan de tweede groep. Een migrant van Marokkaanse origine zal bijvoorbeeld eerder geneigd zijn om de Belgische nationaliteit aan te vragen dan een Nederlander of een Fransman. Nationaliteit is dus geen goede variabele om culturele aspecten en gevolgen van migratie in kaart te brengen. Migranten die de Belgische nationaliteit verkrijgen, verdwijnen dan uit de vreemdelingenstatistieken, terwijl ze voor heel wat aspecten toch migrant blijven (culturele verschillen, discriminatie, taalproblemen,...) Wat ons wel relevant en haalbaar leek, is een migratie-indicator die een onderscheid maakt tussen mensen met een westerse en een niet-westerse culturele achtergrond, alsook of men eerste- dan wel tweede generatiemigrant is. We hebben daarom gewerkt met de informatie omtrent het geboorteland van de participant en diens ouders in de HIS-data 2013. We hebben de groepen van geboortelanden uit de HIS-data opgedeeld in 3 hoofdgroepen: 'Belgisch', 'niet-Belgisch westerse' en 'niet-Belgisch niet-westerse'. Onder de westerse landen klasseerden we volgende vooropgestelde HIS categorieën: buurlanden van België, West-Europa, Noord-Europa, Zuid-Europa, Noord-Amerika, Australië en Oceanië. Onder de niet-westerse landen klasseerden we volgende vooropgestelde HIS categorieën:

⁴¹ We baseerden ons hiervoor op de indicator ET_1 uit de HIS databank.

⁴² We baseerden ons hiervoor op de indicator IN_1 uit de HIS databank.

Oost-Europa, Turkije, Marokko, andere Afrikaanse landen, andere Aziatische landen, andere Europese landen (hiertoe behoorden bijvoorbeeld Albanië en Servië⁴³), en Centraal- en Zuid-Amerika.

Een eerstegeneratiemigrant is een migrant die zelf niet in België geboren is. Ter uitzondering beschouwen we mensen die zelf niet in België zijn geboren, maar beide ouders wel, toch als 'Belg'. We gaan er immers van uit dat deze persoon 'door omstandigheden' in het buitenland geboren is. Het feit dat de betrokkene opgetekend staat in het Rijksregister en in België aanwezig is op het moment van deelname aan de gezondheidsenquête, staft deze redenering. Een tweedegeneratiemigrant is een persoon die zelf in België is geboren, maar van wie minstens één van beide ouders niet in België is geboren. Door een combinatie van het geboorteland van de participant en het geboorteland van de ouders, kwamen we tot volgende 5 categorieën:

- niet-migrant
- tweedegeneratiemigrant met westerse achtergrond
- eerstegeneratiemigrant met westerse achtergrond
- tweedegeneratiemigrant met niet-westerse achtergrond
- eerstegeneratiemigrant met niet-westerse achtergrond⁴⁴

Bij de analyses die enkel betrekking hebben op de Vlaamse participanten, is het omwille van de beperkte steekproef noodzakelijk om te werken met een variabele die slechts 3 mogelijke waarden heeft. Omdat de groep van eerstegeneratiemigrant met niet-westerse achtergrond vaak als de meest kwetsbare groep naar voren komt en omdat deze groep ook ongeveer de helft uitmaakt van de mensen met een migratie-achtergrond binnen de Vlaamse steekproef, kozen we hier voor volgende opdeling:

- niet-migrant
- eerstegeneratiemigrant met niet-westerse achtergrond
- andere migrant

De categorie 'niet-migrant' wordt in beide gevallen (5 dan wel 3 categorieën) als referentiecategorie beschouwd.

We zijn er ons van bewust dat deze variabele in zekere zin een ruw onderscheid maakt, waarbij heel wat nuance wat betreft levensomstandigheden en specifieke migratiegeschiedenis verloren gaat. Het is echter na uitvoerig overleg dat we tot de overtuiging gekomen zijn dat deze indicator de best mogelijke is op basis van de informatie die voorhanden is, de statistische beperkingen waar we rekening mee moeten houden en in functie van de verbanden die we willen onderzoeken.

⁴³ Onder 'andere Europese landen' werd in de databank verstaan: Albanië, Bosnië-Herzégovina, Macedonië, Moldavië, Noorwegen, Rusland, Zwitserland, Oekraïne, Joegoslavië, Servië. Bij het indelen van deze groep 'andere Europese landen' bij de westerse dan wel niet-westerse landen, kozen we voor de 'niet-westerse landen', hoewel dit voor Noorwegen en Zwitserland niet echt klopt. Omdat er respectievelijk slechts 3 en 4 participanten uit deze landen afkomstig waren, besloten we dat dit geen noemenswaardige vertekening van de resultaten zou geven.

⁴⁴ Wanneer minstens één van beide ouders geboren was in een westers land (en geen van beiden in een niet-westers land), werd besloten tot een 'westerse achtergrond'. Wanneer minstens één van beide ouders geboren was in een niet-westers land, werd besloten tot een 'niet-westerse achtergrond'.

B. Variabelen m.b.t. gezondheid en gezondheidszorggebruik

Binnen de afhankelijke variabelen die verschillende aspecten van de gezondheid van participanten betreffen, onderscheiden we een aantal subgroepen: de fysieke gezondheid, de mentale gezondheid, het algemeen en sociaal welbevinden, levensstijl en preventie, gezondheidszorggebruik en tevredenheid met de gezondheidszorg. De operationalisering van elk van deze variabelen wordt in het resultatengedeelte beschreven onder elke variabele. Op dit punt beperken we ons tot het opsommen van de afhankelijke variabelen, voorgesteld in tabel 3.1-1. We geven voor elke variabele weer op welke variabele uit de HIS-databank deze gebaseerd is, uit welk deel van de bevraging de variabele afkomstig is, in welke jaren deze variabele werd bevroegd en voor hoeveel respondenten we beschikken over een geldig antwoord in 2013 ('N 2013'). Zoals reeds aangehaald, waren er 3 delen in de bevraging: het interview op niveau van het huishouden ('H'), het mondeling interview ('FtF': face-to-face) en het schriftelijk interview ('S'). Zoals reeds aangegeven, zijn de variabelen die betrekking hebben op de schriftelijke vragenlijst bij een deel van de respondenten niet afgenomen: wanneer met een proxy werd gewerkt, moesten deze vragen niet beantwoord wegens de persoonlijke aard van de vragen. Dit verklaart dus deels waarom bij een heel aantal variabelen het aantal respondenten niet de gehele groep respondenten betreft. Dit was ook het geval bij de variabelen rond gezondheidszorggebruik. Dit betekent dat in onze selectie heel wat vragen niet door alle respondenten werden beantwoord. Bovendien zijn er, zoals bij elke vragenlijst, uiteraard ook missings (respondenten die een vraag niet invulden). Voor de vragen met betrekking tot het zich laten screenen voor kanker, kwam telkens slechts een bepaalde leeftijdscategorie in aanmerking (zie verderop bij de beschrijving van deze variabelen), wat het lager aantal respondenten voor deze variabelen verklaart.

Tabel 3.1-1. Overzicht van alle afhankelijke variabelen gebruikt voor dit rapport

	HIS code	H	FtoF	S	1997	2001	2004	2008	2013	N 2013
Fysieke gezondheid										
- Subjectieve gezondheid	SH01_1			x	x	x	x	x	x	6555
- Chronische aandoeningen of handicaps	MB01		x		x	x	x	x	x	9112
Mentale gezondheid										
- Positieve mentale gezondheid	WB_4			x			x	x	x	5812
- Kans op een depressieve stoornis	SL_2			x		x	x	x	x	6082
- Kans op een angststoornis	SL_3			x		x	x	x	x	6038
- Kans op een slaapstoornis	SL_4			x		x	x	x	x	6054
Sociaal welbevinden										
- Weinig sociale steun	SO_4			x				x	x	6496
Levensstijl										
<i>- Roken</i>										
Ooit dagelijks gerookt	TA04			x					x	6454
Heden dagelijkse roker	TA06			x	x	x	x	x	x	6442
Passief roken	TA19			x					x	6084
<i>- Alcoholgebruik</i>										
Overmatig alcoholgebruik	AL05_4B			x	x	x	x	x	x	5990
Gevoel te moeten minderen	AL09			x		x	x	x	x	5305
Bingedrinken	AL06			x					x	5967
- Onvoldoende lichaamsbeweging	PA_03C			x		x	x	x	x	4028
Preventie: deelname aan kankerscreening										
- Borstkankerscreening	SC_1			x	x	x	x	x	x	1019
- Baarmoederhalskankerscreening	SC_5			x	x	x	x	x	x	2132
- Colonkankerscreening	SC_7			x				x	x	1584
Gezondheidszorggebruik										
- Vaste huisarts	GP01		x		x	x	x	x	x	9110
- Laatste 12 maand contact met huisarts	GP04_1		x		x	x	x	x	x	9106
- Laatste 12 maand contact met specialist	SP01_1		x		x	x	x	x	x	9105
- Laatste 12 maand contact met tandarts of orthodontist	DC07_2		x		x	x	x	x	x	9105
- Laatste 12 maand contact met spoeddienst	ED01_1		x			x	x	x	x	9109
- Uitstel medische kosten om financiële redenen	AC_4	x*			x	x	x	x	x	4323

Legende

HIS Code: naam van de variabele in de databank van de gezondheidsenquête

H: vragenlijst op niveau van het huishouden

FtF: mondeling interview

S: schriftelijke persoonlijke vragenlijst

*: deze variabele werd op huishoudniveau bevraagd. Dit gegeven verklaart ook de iets lagere N voor deze variabele, aangezien de huishoudens werden bevraagd en niet de individuen.

3.1.3 Beschrijving van de steekproef

Representativiteit

Zoals reeds aangegeven, werden er bij de steekproefname voor de gezondheidsenquête inspanningen gedaan om een groep te rekruteren die representatief is voor de Belgische bevolking. Hiervoor werd met volgende parameters rekening gehouden: de woonplaats van de deelnemer (gewest, provincie, gemeente) en kenmerken op niveau van het huishouden (leeftijd van de geselecteerde persoon, grootte van het huishouden). Voor de voorliggende studie hebben we enkel rekening gehouden met deelnemers vanaf 15 jaar. Deze keuze is gebaseerd op het feit dat de meeste variabelen die voor onze studie gebaseerd zijn op vragen die enkel aan personen vanaf 15 jaar werden voorgelegd.

Onder meer omdat om praktische redenen tot 4 leden van eenzelfde huishouden werden bevraagd (zie eerder), had niet elke Belgische burger statistisch evenveel kans om geselecteerd te worden voor de enquête⁴⁵. Het WIV paste daarom een wegingsprocedure toe voor de analyse van de data. Omdat wij in onze analyses een duidelijke focus leggen op het al dan niet hebben van een migratie-achtergrond en er hiernaar geen speciale aandacht is uitgegaan bij de selectie van de participanten, besloten wij deze wegingsprocedure niet toe te passen op onze analyses.

Mogelijks zijn de mensen met een migratie-achtergrond niet helemaal representatief vertegenwoordigd. Dit ligt onder meer aan de talen waarin de enquête werd aangeboden: Nederlands, Frans, Duits of Engels. Mensen die echter geen van deze 4 talen voldoende spreken, konden ofwel niet deelnemen aan de gezondheidsenquête ofwel dienden zij gebruik te maken van een proxy. Mensen die geen beroep konden of wilden doen op een proxy, konden niet deelnemen. Uit de analyses zal blijken dat migranten met een niet-westerse achtergrond minder sociale steun ervaren dan niet-migrant. Dit kan betekenen dat zij ook minder beroep konden doen/deden op een proxy. Mensen die wel een proxy ter beschikking hadden, moesten echter een heel deel van de vragen (de overgrote meerderheid van de vragen die in deze studie zijn opgenomen) niet beantwoorden. Dit betekent dat de mensen die extra kwetsbaar zijn en dus moeten beroep doen op een proxy, ondervertegenwoordigd zijn in de steekproef. Tabel 3.1-2 illustreert het gebruik van proxy's binnen de steekproef. Over de ganse steekproef⁴⁶ maakten 1217 of 13,4% van de participanten gebruik van een proxy. Eerste- en tweedegeneratiemigrant met een niet-westerse achtergrond (respectievelijk 19,8% en 26,5%) maakten het vaakst gebruik van een proxy.

Tabel 3.1-2. Gebruik van een proxy voor het beantwoorden van de enquête 2013 (België)

Niet-migrant	688 (11,1%)
2 ^e gen migrant W	53 (9,7%)
1 ^e gen migrant W	90 (15,4%)
2 ^e gen migrant NW	121 (26,5%)
1 ^e gen migrant NW	254 (19,8%)
TOTAAL	1217 (13,4%)

⁴⁵ Voor verdere details over deze wegingsprocedure verwijzen we naar de 'Manual for the users of the Health Interview Survey 2013 database'.

⁴⁶ Kinderen < 15 jaar werden hier buiten beschouwing gelaten omdat zij geen deel uitmaakten van onze steekproef. Zij maakten sowieso gebruik van een proxy daar dit zo in het protocol van de gezondheidsenquête is beschreven.

De reden voor het gebruik van een proxy werd desgevallend opgetekend. Het kon 3 motieven betreffen: 'persoon is niet te contacteren' (in 8,8% van de gevallen), 'persoon is niet in staat om de vragen persoonlijk te beantwoorden' (in 3,3% van de gevallen) en 'persoon weigert om de vragen persoonlijk te beantwoorden' (in 1,2% van de gevallen). Van de 3,3% respondenten die een proxy gebruikten omdat ze niet in staat waren de vragen persoonlijk te beantwoorden was er 1% bij wie het ging om problemen met taal (m.a.w. ze spraken onvoldoende Nederlands, Frans, Duits of Engels om de vragen te kunnen beantwoorden). Andere motieven betroffen: geheugenstoornissen, ernstige psychische problematiek, fysieke beperkingen, gehoor- of spraakstoornissen, en religieuze motieven (bv. een man die niet wilde dat zijn vrouw de vragen persoonlijk beantwoordde). Mensen die geen beroep konden of wilden doen op een proxy, of indien de potentiële proxy zelf ook geen van de 4 talen voldoende machtig was, konden dus niet aan de gezondheidsenquête deelnemen. Zij werden dan gecategoriseerd onder de mensen die weigerden aan de gezondheidsenquête deel te nemen.

Beschrijving steekproef

De steekproef wordt uitgebreid beschreven in tabel 3.1-3. De gemiddelde leeftijd van de respondenten binnen onze steekproef (d.w.z. deelnemers aan de gezondheidsenquête in 2013 vanaf 15 jaar) is 48,3 jaar (range 15-102 jaar). Er zijn iets meer vrouwelijke (52,3%) dan mannelijke deelnemers (47,7%). Wat betreft opleidingsniveau zien we dat elk opleidingsniveau ongeveer gelijkmatig voorkomt (32,2% laagopgeleiden; 32,5% gemiddeld opgeleiden en 35,2% hoogopgeleiden). Wanneer we naar de verdeling binnen de regio's kijken, zien we dat er in het Brussels Gewest opvallend meer hoogopgeleiden in de steekproef zitten (43% hoogopgeleiden t.o.v. 29,7% laagopgeleiden en 27,3% gemiddeld opgeleiden). Wanneer we naar inkomensniveau kijken, zien we dat er wat meer respondenten zijn met respectievelijk een laag (38,2%) en een hoog inkomen (41,9%) dan respondenten met een gemiddeld inkomen (19,9%). Dit valt volledig te verklaren door de constructie van deze variabele (we namen respectievelijk het eerste en tweede quintiel enerzijds, en het vierde en vijfde quintiel anderzijds samen om het aantal categorieën te reduceren). Wanneer we naar de verdeling over de gewesten kijken, zien we dat deze verdeling iets anders ligt: in Vlaanderen zijn er tegenover de Belgische steekproef wat meer respondenten met een hoog inkomen (49,5%), en in Brussel zijn er dan weer wat meer respondenten met een laag inkomen (48,7%).

Tabel 3.1-3. Beschrijving van de steekproef voor de huidige studie, d.i. respondenten van de gezondheidsenquête 2013 vanaf 15 jaar (gemiddelde voor wat betreft leeftijd, voor de andere variabelen: aantal respondenten per categorie en valide percentages, per regio)

	Vlaanderen	Brussel	Wallonië	België
Leeftijd (n=9113)				
Gemiddelde leeftijd	50 jaar	45,3 jaar	48,9 jaar	48,3 jaar
Min-max leeftijd	15-99 jaar	15-102 jaar	15-99 jaar	15-102 jaar
Geslacht (n=9113)				
Man	1444 (48,3%)	1177 (46,5%)	1722 (48%)	4343 (47,7%)
Vrouw	1547 (51,7%)	1355 (53,5%)	1868 (52%)	4770 (52,3%)
Opleiding (n=8012)				
Laag	829 (30,6%)	640 (29,7%)	1113 (35,4%)	2582 (32,2%)
Gemiddeld	1005 (37,1%)	589 (27,3%)	1013 (32,2%)	2607 (32,5%)
Hoog	878 (32,4%)	928 (43%)	1017 (32,4%)	2823 (35,2%)
Inkomen (n=7853)				
Laag	801 (29,2%)	1030 (48,7%)	1170 (39%)	3001 (38,2%)
Gemiddeld	584 (21,3%)	352 (16,7%)	629 (21%)	1565 (19,9%)
Hoog	1357 (49,5%)	732 (34,6%)	1198 (40%)	3287 (41,9%)
Nationaliteit (n=9107)				
Belg	2821 (94,3%)	1699 (67,1%)	3267 (91,1%)	7787 (85,5%)
Niet-Belg W	58 (1,9%)	340 (13,4%)	232 (6,5%)	630 (6,9%)
Niet-Belg NW	111 (3,7%)	490 (19,4%)	89 (2,5%)	690 (7,6%)
Geboorteland (n=9103)				
België	2709 (90,6%)	1292 (51,2%)	3091 (86,1%)	7092 (77,9%)
Niet-België W	73 (2,4%)	303 (12%)	288 (8%)	664 (7,3%)
Niet-België NW	208 (7%)	930 (36,8%)	209 (5,8%)	1347 (14,8%)
Generatiemigrant volgens achtergrond (n=9086)				
Niet-migrant	2576 (86,2%)	912 (36,6%)	2727 (76,1%)	6215 (68,4%)
2 ^e gen migrant W	96 (3,2%)	135 (5,4%)	317 (8,8%)	548 (6%)
1 ^e gen migrant W	56 (1,9%)	282 (11,2%)	245 (6,8%)	583 (6,4%)
2 ^e gen migrant NW	57 (1,9%)	285 (11,3%)	115 (3,2%)	457 (5%)
1 ^e gen migrant NW	203 (6,8%)	901 (35,8%)	179 (5%)	1283 (14,1%)
TOTAAL	2991 (32,8%)	2532 (27,8%)	3590 (39,4%)	9113 (100%)

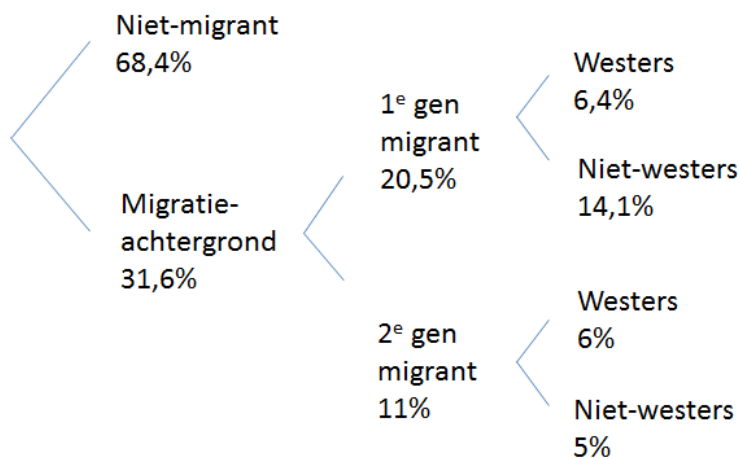
Legende: W= westers; NW: niet-westers

De nationaliteit binnen de steekproef is als volgt verdeeld: over de Belgische steekproef heeft 85,5% de Belgische nationaliteit, 6,9% heeft een niet-Belgische westerse nationaliteit en 7,6% heeft een niet-Belgische niet-westerse nationaliteit.⁴⁷ Ook hier zien we binnen de steekproef verschillen over de regio's: het verschil tussen het Vlaams en Waals Gewest (respectievelijk 94,3% en 91,1% respondenten met Belgische nationaliteit) enerzijds en het Brussels Gewest anderzijds (67,1% respondenten met Belgische nationaliteit) is opmerkelijk. Zoals we voorgaand reeds aangaven, is nationaliteit niet zo'n goede parameter om iets over migranten te zeggen, daar er veel verschillen zijn in wie de Belgische nationaliteit zal aanvragen/verkrijgen. De cijfers zijn anders wanneer we kijken naar het geboorteland van de participanten. We zien dan dat 77,9% participanten in België zijn geboren, 7,3% in een westers land buiten België, en 14,8% in een niet-westers land buiten België. Ook bij geboorteland zien we gelijkaardige verschillen in de verdeling over de regio's: Vlaanderen (90,6%) en Wallonië (86,1%) tellen opvallend meer participanten die in België zijn geboren dan

⁴⁷ Zie 3.1.2 voor de gehanteerde verdeling tussen westers en niet-westers.

Brussel (51,2%). Als we ten slotte naar de verdeling kijken van de steekproef over de steekproef wanneer we ook de tweedegeratiemigranten opnemen (mensen die wel in België zijn geboren, maar van wie minstens één van beide ouders niet in België is geboren), dan zitten er nog meer mensen in de steekproef die als migrant beschouwd kunnen worden. 68,5% van de Belgische steekproef is dan niet-migrant, 6% en 5% zijn tweedegeratiemigrant met respectievelijk westerse en niet-westerse achtergrond, en 6,4% en 14,1% zijn eerstegeratiemigrant met respectievelijk westerse en niet-westerse achtergrond (zie ook figuur 3.1-1). Ook hier is er een groot verschil tussen de regio's. In Vlaanderen (86,2%) en Wallonië (76,1%) zijn er meer niet-migranten dan in Brussel (36,6%). De overgrote meerderheid van de respondenten met een migratie-achtergrond in het Brussels gewest zijn eerstegeratiemigranten met een niet-westerse achtergrond (35,8% van de Brusselse steekproef). Binnen de Vlaamse steekproef (waar we in dit rapport ook expliciet zullen op ingaan) is een kleine helft van de mensen met een migratie-achtergrond, eerstegeratiemigrant met een niet-westerse achtergrond.

Figuur 3.1-1. Verdeling van de steekproef naar migratie-achtergrond (België)



Tabel 3.1-4. Beschrijving van de steekproef naar herkomst volgens geboorteland (België)

Geboorteland	Regio			
	Vlaanderen	Brussel	Wallonië	BELGIË
België	2079 (90,6%)	1292 (51,2%)	3091 (86,1%)	7092 (77,9%)
Buurlanden België	54 (1,8%)	133 (5,3%)	191 (5,3%)	378 (4,2%)
Zuid-Europa	14 (0,5%)	129 (5,1%)	80 (2,2%)	223 (2,4%)
Noord-Europa	3 (0,1%)	28 (1,1%)	8 (0,2%)	39 (0,4%)
Oost-Europa	38 (1,3%)	185 (7,3%)	28 (0,8%)	251 (2,8%)
Andere Europese landen	12 (0,4%)	51 (2%)	12 (0,3%)	75 (0,8%)
Turkije	30 (1%)	48 (1,9%)	18 (0,5%)	96 (1,1%)
Andere Aziatische landen	45 (1,5%)	105 (4,2%)	27 (0,8%)	177 (1,9%)
Marokko	31 (1%)	291 (11,5%)	29 (0,8%)	351 (3,9%)
Congo-Kinshasa, Burundi, Rwanda	13 (0,4%)	109 (4,3%)	46 (1,3%)	168 (1,8%)
Andere Afrikaanse landen	22 (0,7%)	108 (4,3%)	41 (1,1%)	171 (1,9%)
Noord-Amerika, Australië, Oceanië	2 (0,1%)	13 (0,5%)	9 (0,3%)	24 (0,3%)
Centraal- en Zuid-Amerika	17 (0,6%)	33 (1,3%)	8 (0,2%)	58 (0,6%)
TOTAAL	2990	2525	3588	9103

Wanneer we een meer gedetailleerde analyse maken naar de achtergrond van de groep migranten die in de steekproef opgenomen is, komen we tot volgende bevindingen:

- In de steekproef zitten 68,4% mensen die geen migratie-achtergrond hebben. Anders gezegd: in de steekproef zitten 31,6% respondenten met een migratie-achtergrond.
- Deze groep mensen met een migratie-achtergrond kan verder opgedeeld worden naar eerste- en tweedegeneratiemigranten: 20,5% respondenten zijn eerstegeneratiemigrant (d.w.z. zijn zelf niet in België geboren), 11% zijn tweedegeneratiemigrant (d.w.z. ze zijn zelf België geboren, maar minstens één van hun ouders niet).
- Van de 20,5% eerste generatie-migranten hebben 6,4% een westers geboorteland en 14,1% een niet-westers geboorteland.
- Van de respondenten met een niet-Belgische, wel westerse achtergrond (zowel eerste als tweede generatie) komen de meeste mensen uit buurlanden van België en in tweede instantie uit Zuid-Europa.
- Van de respondenten met een niet-Belgische, niet-westerse achtergrond (zowel eerste als tweede generatie) komen de meeste mensen (in dalende volgorde van frequentie) uit Marokko, Afrika, Oost-Europa, Azië en Turkije.

Om een zo gedetailleerd mogelijk beeld te hebben van de respondenten met een migratie-achtergrond in onze steekproef, gaan we tot slot nog even in op sociodemografische kenmerken van de respondenten in functie van de migratie-achtergrond.

Ten eerste zien we dat er qua verdeling naar geslacht geen verschil is tussen de verschillende groepen ($p=0,803$). In elke groep zijn er iets meer vrouwen dan mannen aanwezig (zie tabel 3.1-5).

Tabel 3.1-5. Beschrijving van de steekproef naar migratie-achtergrond en geslacht (België)

Migratie-achtergrond	Geslacht	
	Man	Vrouw
Niet-migrant	2973 (47,8%)	3242 (52,2%)
2 ^e gen migrant W	265 (48,4%)	283 (51,6%)
1 ^e gen migrant W	285 (48,9%)	298 (51,1%)
2 ^e gen migrant NW	220 (48,1%)	237 (51,9%)
1 ^e gen migrant NW	593 (46,2%)	690 (53,8%)

Wanneer we kijken naar de leeftijdscategorieën over de groepen met een verschillende migratie-achtergrond, dan zien we wel verschillen (zie tabel 3.1-6). Vooral bij de groepen met een niet-westerse achtergrond zien we opmerkelijk andere verdelingen dan bij de andere groepen. Zo zien we dat de groep tweedegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond opvallend veel jonger zijn dan de andere groepen. 38,1% van deze groep is tussen 15 en 24 jaar, en in de groepen 45-64 jaar en 65+ jaar zitten in vergelijking met de andere migratie-achtergronden heel weinig respondenten (respectievelijk 12% en 5,5%). Deze groep oudere tweedegeneratiemigranten is dan ook kleiner in België omdat de groep eerstegeneratiemigranten van niet-westerse oorsprong tijdens de migratiegolven in de jaren 60-70 naar België zijn gekomen en hun kinderen, de tweede generatie, bijgevolg nog niet in de 65+ groep zichtbaar zijn. Bij de eerstegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond zien we ook dat de oudste groep (65+ jaar) heel weinig is vertegenwoordigd. Dit kan enerzijds duiden op een jonge leeftijd bij migratie, òf op een ondervertegenwoordiging van de groep eerstegeneratie arbeidsmigranten uit de jaren 1960-70 zoals hierboven beschreven, die vaker lager opgeleid zijn en het Nederlands minder machtig, wa mogelijke drempels zijn voor deelname aan de gezondheidsenquête. De jongste leeftijdsgroep is binnen deze groep wel minder sterk uitgesproken dan bij de tweedegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond. Het verband tussen leeftijd en migratiestatus is significant ($p<0,001$).

Tabel 3.1-6. Beschrijving van de steekproef naar migratie-achtergrond en leeftijdscategorie (België)

Migratie-achtergrond	Leeftijd			
	15-24 jaar	25-44 jaar	45-64 jaar	65+ jaar
Niet-migrant	741 (11,9%)	1676 (27,0%)	2115 (34,0%)	1683 (27,1%)
2 ^e gen migrant W	65 (11,9%)	182 (33,2%)	211 (38,5%)	90 (16,4%)
1 ^e gen migrant W	45 (7,7%)	177 (30,4%)	224 (38,4%)	137 (23,5%)
2 ^e gen migrant NW	174 (38,1%)	203 (44,4%)	55 (12,0%)	25 (5,5%)
1 ^e gen migrant NW	124 (9,7%)	684 (53,3%)	394 (30,7%)	81 (6,3%)

Tabel 3.1-7 met de verdeling van de verschillende migrantengroepen naar opleiding toont ons een paar opvallende verschillen. In de groep eerstegeneratiemigranten met een westerse achtergrond zitten opmerkelijk meer hoogopgeleiden (47%) dan in de andere groepen (27,6% tot 39,8%). Dit staft de hypothese dat in deze groep heel wat hoogopgeleide expats zitten. In de groep eerstegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond zitten dan weer opmerkelijk meer laaggeschoolden (39,8%) dan in de andere groepen. Het verband tussen opleiding en migratiestatus is bovendien significant ($p < 0,001$).

Tabel 3.1-7. Beschrijving van de steekproef naar migratie-achtergrond en opleiding (België)

Migratie-achtergrond	Opleiding		
	Laag	Gemiddeld	Hoog
Niet-migrant	1732 (31,2%)	1846 (33,2%)	1974 (35,6%)
2 ^e gen migrant W	144 (29,5%)	177 (36,3%)	167 (34,2%)
1 ^e gen migrant W	157 (29,8%)	122 (23,2%)	247 (47,0%)
2 ^e gen migrant NW	89 (29,8%)	91 (30,4%)	119 (39,8%)
1 ^e gen migrant NW	450 (39,8%)	368 (32,6%)	312 (27,6%)

Tot slot is er ook een verschil van inkomen tussen de verschillende migrantengroepen (tabel 3.1-8). Een aantal zaken springen hierbij in het oog. Zo is er het feit dat er binnen de groep eerstegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond een heel grote groep mensen is met een laag inkomen (71,2%). Dit is ook zo bij de tweedegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond, zij het iets minder uitgesproken (57,4%). Daarnaast zijn er 2 groepen die opvallen door het opmerkelijk grotere aandeel van mensen met een hoog inkomen: dat zijn de niet-migranten (48,2%) en de eerstegeneratiemigranten met een westerse achtergrond (48,6%). Het verband tussen inkomen en migratiestatus is significant ($p < 0,001$).

Tabel 3.1-8. Beschrijving van de steekproef naar migratie-achtergrond en inkomen (België)

Migratie-achtergrond	Inkomen		
	Laag	Gemiddeld	Hoog
Niet-migrant	1632 (30,5%)	1140 (21,3%)	2576 (48,2%)
2 ^e gen migrant W	164 (34,5%)	109 (22,9%)	203 (42,6%)
1 ^e gen migrant W	152 (32,0%)	92 (19,4%)	231 (48,6%)
2 ^e gen migrant NW	230 (57,4%)	61 (15,2%)	110 (27,4%)
1 ^e gen migrant NW	810 (71,2%)	162 (14,2%)	165 (14,5%)

3.2 Statistische analyses

Voor de statistische analyses maken we enerzijds gebruik van beschrijvende en bivariate statistieken en anderzijds van logistische en lineaire regressies in multivariate modellen. De analyses werden uitgevoerd met IBM SPSS Statistics 23.

3.2.1 Beschrijvende en bivariate analyses

Voor elke afhankelijke variabele wordt eerst beschrijvend weergegeven hoe vaak deze voorkomt in de ganse steekproef en hoe deze verdeeld is binnen de steekproef volgens de verschillende onafhankelijke variabelen. Zo presenteren we in detail het voorkomen van elke afhankelijke variabele in verschillende subgroepen in de steekproef. Hierbij onderscheiden we subgroepen op basis van geslacht, leeftijd, opleiding, inkomen, migratie-achtergrond en regio. Door middel van een chi-kwadraat toets gaan we ook telkens na of het verband tussen de betreffende afhankelijke variabele en elke onafhankelijke variabele al dan niet significant is.

Voorbeeld beschrijvende en bivariate statistiek. Percentage van de Belgische steekproef dat zijn/haar gezondheid als tamelijk tot zeer slecht beoordeelt naar geslacht.

		%	n	p
Geslacht	Man	21,9	677	0,007
	Vrouw	24,7	854	

In dit voorbeeld zien we dat 21,9% van de mannelijke respondenten t.o.v. 24,7% van de vrouwelijke respondenten uit de steekproef hun eigen gezondheid als tamelijk tot zeer slecht beoordelen. We zien ook om hoeveel respondenten uit de steekproef (n) het precies gaat (namelijk 677 mannen en 854 vrouwen uit de steekproef beoordelen hun eigen gezondheid als tamelijk tot zeer slecht). Tot slot geven we weer of het verband tussen geslacht en de beoordeling van de eigen gezondheid significant is of niet, m.a.w. of we een toevallig of een werkelijk verschil vonden. Dit wordt weergegeven aan de hand van de p-waarde. De p-waarde geeft de kans weer dat het gevonden verschil onterecht als een verschil wordt gezien. Hierbij beschouwen we resultaten waarbij $p \leq 0,05$ als significant. Dit wil zeggen dat de kans dat een gevonden resultaat onterecht voor waar wordt aangezien, kleiner of gelijk is dan 5%. In het voorbeeld is $p=0,007$: het verband tussen geslacht en het als tamelijk tot zeer slecht beoordelen van de eigen gezondheid is dus significant.

Daarnaast gaan we ook na of er voor de betreffende variabele een evolutie merkbaar is over de jaren heen dat deze variabele in de gezondheidsenquête werd bevroegd. Ook hier focussen we ons op het al dan niet hebben van een migratie-achtergrond. Omdat het geboorteland van de ouders in de edities vóór 2013 niet werd bevroegd, is het niet mogelijk om hierbij dezelfde categorieën te hanteren als bij de andere analyses. Zonder het geboorteland van de ouders kunnen we de tweedegeneratiemigranten immers niet identificeren. Door geen rekening te houden met het geboorteland van de ouders, bekomen we een andere opdeling naar migratie-achtergrond: de niet-migranten en de tweedegeneratiemigranten vormen één groep. De eerstegeneratiemigranten zijn lichtjes anders dan in de analyses voor 2013, daar er zonder het geboorteland van de ouders geen rekening werd gehouden met eventuele (weinig frequente) uitzonderingssituaties (bv. beide ouders in België geboren, maar participant 'per toeval' niet).

Om verwarring te vermijden kozen we daarom voor het beschrijven van de evoluties voor een andere benaming van de categorieën. Deze zijn:

- in België geboren
- westers immigrant
- niet-westers immigrant

Tabel 3.2-1 biedt een overzicht van het aantal deelnemers met een migratie-achtergrond over de verschillende jaren van de gezondheidsenquête heen.

Tabel 3.2-1. Deelnemers met migratie-achtergrond aan de gezondheidsenquête over de jaren heen (aantal deelnemers+ valide percentage binnen het betreffende jaartal)

	1997	2001	2004	2008	2013
België					
In België geboren	7213 (84,3%)	8739 (86,3%)	9446 (84,5%)	7785 (81,1%)	7092 (77,9%)
Westers immigrant	721 (8,4%)	665 (6,6%)	765 (6,8%)	774 (8,1%)	664 (7,3%)
Niet-westers immigrant	625 (7,3%)	728 (7,2%)	973 (8,7%)	1043 (10,9%)	1347 (14,8%)
Vlaanderen					
In België geboren	2826 (39,2%)	3267 (37,4%)	3707 (39,2%)	3136 (40,3%)	2709 (38,2%)
Westers immigrant	105 (14,6%)	97 (14,6%)	115 (15,0%)	122 (15,8%)	73 (11,0%)
Niet-westers immigrant	55 (8,8%)	125 (17,2%)	134 (13,8%)	135 (12,9%)	208 (15,4%)
Brussel					
In België geboren	1768 (24,5%)	1743 (19,9%)	1945 (20,6%)	1658 (21,3%)	1292 (18,2%)
Westers immigrant	340 (47,2%)	276 (41,5%)	339 (44,3%)	397 (51,3%)	303 (45,6%)
Niet-westers immigrant	459 (73,4%)	469 (64,4%)	689 (70,8%)	769 (73,7%)	930 (69,0%)
Wallonië					
In België geboren	2619 (36,3%)	3729 (42,7%)	3794 (40,2%)	2991 (38,4%)	3091 (43,6%)
Westers immigrant	276 (38,3%)	292 (43,9%)	311 (40,7%)	255 (32,9%)	288 (43,4%)
Niet-westers immigrant	111 (17,8%)	134 (18,4%)	150 (15,4%)	139 (13,3%)	209 (15,5%)

3.2.2 Multivariate regressies

Vervolgens wordt de unieke invloed van de verschillende sociodemografische variabelen op de afhankelijke variabelen nagegaan via **logistische** (voor de binaire afhankelijke variabelen) en **lineaire regressies** (voor de continue afhankelijke variabelen) in multivariate modellen. Deze analyses stellen ons in staat na te gaan welke van de effecten voor één onafhankelijke variabele overeind blijven bij controle voor de overige onafhankelijke variabelen. Bij deze multivariate analyses hebben we de variabele leeftijd er als continue variabele in gestoken om het multivariate model meer informatief te maken en meer power te geven. Per onafhankelijke variabele zien we telkens het verschil in kans dat verschillende subgroepen in de steekproef hebben op het voorkomen van de afhankelijke variabele in vergelijking met de referentiecategorie. Dit verschil wordt weergegeven d.m.v. odds ratio's (in de tabel weergegeven in de kolom EXP (B)) (zie voorbeeld hieronder). De odds ratio (OR) is een verhouding van odds of kansen: meer bepaald geeft het de verhouding weer van de kans dat een gebeurtenis zich voordoet over de kans dat deze zich niet voordoet. In de context van dit rapport gaat het meestal over de kans dat een gezondheidsaspect zich in een bepaalde subgroep of categorie (bv. opleidingsniveau) voordoet over de kans dat deze zich niet voordoet in deze subgroep. Wanneer de odds ratio < 1 , dan is de kans op voorkomen binnen een categorie (bv. een bepaald inkomensniveau) kleiner dan de kans in de referentiecategorie (deze wordt telkens gedefinieerd bij de operationalisering van de afhankelijke variabelen). In het voorbeeld hieronder zien we dat de kans om op heden dagelijks te roken kleiner is voor mensen met een gemiddeld opleidingsniveau dan voor mensen met een laag opleidingsniveau (dit is de referentiecategorie) (OR=0,838). Dit verschil is bovendien significant volgens het gehanteerde significantieniveau ($p=0,047$). Kijken we naar de categorie van hoogopgeleide mensen, dan zien we dat ook zij een kleinere kans hebben om dagelijks te roken dan laagopgeleiden (OR=0,345)⁴⁸. Dit verschil is zelfs sterk significant ($p<0,001$). Opgelet: odds ratio is niet hetzelfde als kans. We kunnen zeggen dat hoogopgeleiden minder kans hebben om dagelijks te roken dan laagopgeleiden, maar we kunnen niet zeggen dat deze kans 0,345 keer kleiner is. We kunnen wel zeggen dat de odds om dagelijks te roken 0,345 kleiner is bij hoogopgeleiden dan bij laagopgeleiden.

$$OR = \frac{\frac{\text{Aantal dagelijkse rokers bij de hoogopgeleiden}}{\text{Aantal mensen die niet dagelijks roken bij de hoogopgeleiden}}}{\frac{\text{Aantal dagelijkse rokers bij de laagopgeleiden}}{\text{Aantal mensen die niet dagelijks roken bij de laagopgeleiden}}}$$

Voorbeeld multivariate regressie. Resultaten van de multivariate analyse betreffende het heden dagelijks roken (België)

		EXP (B)	p
Geslacht	Man		
	Vrouw	0,686	<0,001
Leeftijd		0,972	<0,001
Opleidings-niveau	Laag		
	Gemiddeld	0,838	0,047
	Hoog	0,345	<0,001
Inkomen	Laag		
	Gemiddeld	0,740	0,002
	Hoog	0,585	<0,001
Migratie-achtergrond	Niet-migrant		
	2 ^e gen migrant W	0,959	0,763
	1 ^e gen migrant W	1,011	0,944
	2 ^e gen migrant NW	0,924	0,709
	1 ^e gen migrant NW	0,480	<0,001
Regio	Vlaanderen		
	Brussel	1,149	0,221
	Wallonië	1,204	0,024

3.2.3 Interactie-effecten

Tot slot zoemen we nog wat dieper in op de respondenten met een migratie-achtergrond. We staan per afhankelijke variabele verder stil bij die groepen met een migratie-achtergrond waarbij in de multivariate analyses een significante relatie blijft bestaan met de betreffende afhankelijke variabele. Meer bepaald kijken we of er binnen deze groepen bijkomende effecten zijn van opleiding en inkomen voor de betreffende variabelen. Voor de migratiegroep die wordt onderzocht wordt een dichotome variabele aangemaakt (referentiegroep = het niet behoren tot deze groep). Interactietermen tussen deze nieuwe dichotome variabele en opleiding of inkomen worden afzonderlijk toegevoegd aan het multivariate interactiemodel. Zo kunnen we zien of er binnen de migratiegroepen die een significant verband tonen met een afhankelijke variabele (na controle voor de andere sociodemografische variabelen) subgroepen zijn die nog extra kwetsbaar zijn voor die variabele of die het misschien binnen die migrantengroep net iets beter doen.

Wanneer de multivariate modellen geen significante relaties tussen migratieachtergrond en de afhankelijke variabele aantonen, worden deze interactietermen niet toegevoegd aan de modellen en komt deze analyse niet aan bod in de tekst.

3.3 Literatuurstudie

Als aanvulling bij de resultaten werd de literatuur van het voorbije decennium bekeken rond de verschillende subthema's met als doel een stand van zaken in onderzoek, zowel nationaal als internationaal, te kunnen geven. We doorzochten hiervoor de databanken Pubmed en Embase. Wat betreft de zoekstrategie, werd er zowel met MeSH-termen als met vrije zoektermen gewerkt. Tabel 3.3-1 biedt per subthema een overzicht van de gehanteerde zoektermen

Tabel 3.3-1. Overzicht van de gebruikte zoektermen voor de literatuurstudie

Subthema	Zoektermen
Doelgroep	Transients and migrants; Emigrants and immigrants; Health Equity; Diversity; Health Status Disparities; Healthcare disparities
Fysieke gezondheid	Self-rated health; Self-perceived health; Subjective health; Health status
Mentale gezondheid	Mental health; Depression; Depressive disorder; Anxiety; Anxiety disorder; Sleeping disorder
Sociale steun	Social support; Social network
Roken	Smoking; Tobacco use; Smoking behaviour
Alcoholgebruik	Alcohol; Alcohol drinking; Drinking behaviour
Lichaamsbeweging	Physical activity; Exercise
Kankerscreening	Cancer screening; Mammography; Breast cancer screening; Cervical cancer screening; Colorectal cancer screening
Gezondheidszorggebruik	Health services/utilization; Healthcare quality; Access and evaluation; GP utilization; primary healthcare/utilization Specialist service; Specialist care Dental care access; Dental service Emergency department utilization; Emergency service

4 RESULTATEN

In dit deel zullen de bevindingen van de data-analyse uitgebreid beschreven worden. We volgen hierbij telkens hetzelfde stramien. Voor elke afhankelijke variabele beschrijven we eerst kort voor hoeveel respondenten we beschikken over een uitkomst en rapporteren algemene beschrijvende statistieken (verdeling over verschillende categorieën voor categorische variabelen, gemiddelde voor continue variabelen). In bivariate analyses wordt de verdeling van de uitkomstvariabele in relatie tot één onafhankelijke variabele beschreven. Nadien volgt een presentatie van de multivariate modellen voor de relatie tussen de sociodemografische onafhankelijke variabelen en de afhankelijke variabele.

De beschrijvende statistieken (frequenties en bivariate analyses) gebeuren telkens op niveau van de Belgische steekproef alsook op niveau van de Vlaamse respondenten, om zo een gedetailleerd zicht te bieden op de situatie in Vlaanderen (werkingsgebied van Kom op tegen Kanker). De multivariate analyses gebeuren enkel op niveau van de Belgische steekproef, aangezien de Vlaamse steekproef hiervoor te beperkt is en de power van de statistische modellen te klein wordt.

Tot slot houden we per afhankelijke variabele onze bevindingen m.b.t. mensen met een migratie-achtergrond (d.i. de hoofdfocus van dit rapport) tegen het licht van Europese wetenschappelijke literatuur. We bekijken of onze bevindingen al dan niet gelijk lopen met wat in andere Europese wetenschappelijk literatuur omtrent elk thema wordt beschreven.

4.1 Fysieke gezondheid

4.1.1 Subjectieve gezondheid

Subjectieve gezondheid werd gemeten aan de hand van een vraag die respondenten vroeg hun eigen gezondheid te beoordelen aan de hand van volgende antwoordmogelijkheden: ‘zeer goed’, ‘goed’, ‘tamelijk’, ‘slecht’ en ‘zeer slecht’. Deze variabele werd door het WIV gehercodeerd naar een binaire variabele waarin ‘zeer goed’ en ‘goed’ gehercodeerd werden naar ‘goed’ (referentie-categorie) en de andere categorieën naar ‘tamelijk tot zeer slecht’⁴⁹.

A. België

→ Beschrijvende analyses op niveau van de Belgische steekproef

6555 respondenten beantwoordden de vraag over hun subjectieve gezondheid. Daarvan beoordeelde (23,4%) zijn of haar gezondheid als tamelijk tot zeer slecht.

→ Analyse volgens geslacht en leeftijd

De analyses tonen aan dat er een significante relatie is tussen het geslacht van de respondenten en hoe zij hun gezondheid inschatten. Vrouwen beoordelen hun gezondheid eerder als slecht dan mannen (24,7% tegenover 21,9%). Deze verschillen zijn echter niet significant na controle voor de andere sociodemografische variabelen. Verder geldt dat hoe ouder mensen zijn, hoe slechter ze hun gezondheid beoordelen. Dit effect blijft significant na controle voor andere sociodemografische variabelen (OR=1,025, p<0,001).

⁴⁹ We gebruikten hiervoor de indicator SH01_1 uit de HIS databank.

→ Analyse volgens opleiding en inkomen

Op vlak van sociaal-economische status, zien we dat zowel opleidingsniveau als inkomen significant in relatie staan tot subjectieve gezondheid. Wat opleiding betreft, zien we dat hoe lager mensen opgeleid zijn, hoe slechter ze hun gezondheid beoordelen. Hetzelfde geldt voor inkomen: mensen met een laag inkomen rapporteren vaker dat ze een tamelijke tot zeer slechte gezondheid hebben dan mensen met een hoog inkomen en ook dan mensen met een gemiddeld inkomen. Naar dit graduele verschil volgens sociaal-economisch statuut, wordt ook wel met de term 'sociale gradiënt' verwezen. De multivariate analyses tonen aan dat het hebben van een gemiddeld en hoog opleidingsniveau (in vergelijking met het hebben van een laag opleidingsniveau) samengaat met een significant lagere kans om de eigen gezondheid als tamelijk tot zeer slecht in te schatten (respectievelijk $OR=0,666$; $p<0,001$ en $OR=0,395$; $p<0,001$). Ook mensen met een hoog inkomen hebben een significant lagere kans dan respondenten met een laag inkomen om hun gezondheid als een tamelijk tot zeer slecht in te schatten ($OR=0,563$; $p<0,001$). Ook wie een gemiddeld (in vergelijking met een laag) inkomen heeft lijkt minder kans te hebben de eigen gezondheid als tamelijk tot zeer slecht in te schatten. Na controle voor de andere sociodemografische factoren, is deze relatie niet significant ($OR=0,825$; $p=0,072$).

→ Analyse volgens migratie-achtergrond

Het al dan niet hebben van een migratie-achtergrond blijkt een rol te spelen in het rapporteren van een matige tot zeer slechte gezondheid ($p<0,001$). Tweedegeneratiemigranten met een westerse achtergrond en eerstegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond hebben een grotere kans om hun gezondheid als tamelijk tot zeer slecht te beoordelen. Eerstegeneratiemigranten met een westerse achtergrond en tweedegeneratiemigranten van niet-westerse achtergrond beoordelen hun gezondheid dan weer eerder als goed. De multivariate analyses tonen aan dat de meeste van deze verschillen echter verklaard kunnen worden door een verschillende sociodemografische samenstelling van deze groepen. Na controle voor de overige sociodemografische variabelen hebben namelijk enkel de eerstegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond een significant hogere kans dan niet-migranten om een tamelijke tot zeer slechte gezondheid te rapporteren ($OR=1,394$; $p=0,008$). Bekijken we deze migrantengroep nog meer in detail, dan stellen we vast dat de geobserveerde relatie tussen het behoren tot de groep van eerstegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond en de zelfgerapporteerde gezondheid op dezelfde manier speelt bij respondenten met een verschillende socio-economische achtergrond (m.a.w. we vonden geen significante interactie-effecten tussen deze migrantengroep en inkomen of opleiding wat betreft zelfgerapporteerde gezondheid).

→ Analyse volgens regio

Tot slot blijkt er ook een significant verband te zijn tussen het rapporteren van een tamelijke tot zeer slechte gezondheid en regio ($p=0,007$). Participanten uit Brussel (24%) en Wallonië (25%) blijken vaker hun gezondheid als slecht te beoordelen dan participanten uit Vlaanderen (21,3%). Deze verbanden blijven bovendien significant na controle voor de andere variabelen (Brussel: $OR=1,353$; $p=0,003$ en Wallonië: $OR=1,258$; $p=0,001$).

Tabel 4.1-1. Percentage van de steekproef dat zijn/haar gezondheid als tamelijk tot zeer slecht beoordeelt (België)

		%	N	p
Geslacht	Man	21,9	677	0,007*
	Vrouw	24,7	854	
Leeftijd	15-24	7,0	48	<0,001*
	25-44	15,0	311	
	45-64	27,2	618	
	65+	36,4	554	
Opleiding	Laag	39,6	694	0,001*
	Gemiddeld	23,9	463	
	Hoog	13,9	304	
Inkomen	Laag	33,5	650	<0,001*
	Gemiddeld	25,7	318	
	Hoog	15,2	416	
Migratie-achtergrond	Niet-migrant	22,9	1110	<0,001*
	2 ^e gen migrant W	25,2	109	
	1 ^e gen migrant W	20,9	81	
	2 ^e gen migrant NW	17,0	42	
	1 ^e gen migrant NW	28,6	183	
Regio	Vlaanderen	21,3	541	0,007*
	Brussel	24,0	331	
	Wallonië	25,0	659	

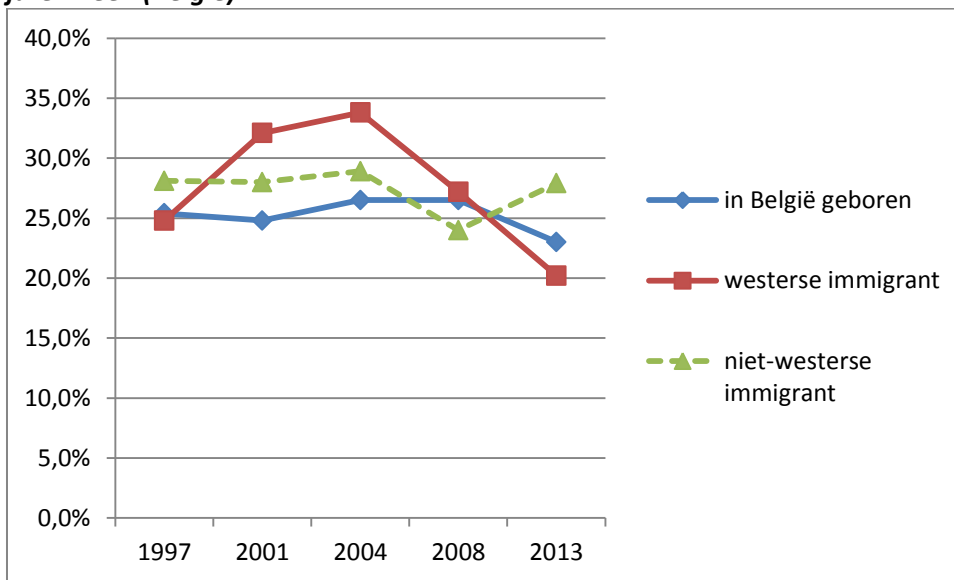
Tabel 4.1-2. Resultaten van de multivariate analyse betreffende het rapporteren van een tamelijke tot zeer slechte gezondheid (België)

		EXP (B)	p
Geslacht	Man		
	Vrouw	1,109	0,128
Leeftijd		1,025	<0,001*
Opleidingsniveau	Laag		
	Gemiddeld	0,666	<0,001*
	Hoog	0,395	<0,001*
Inkomen	Laag		
	Gemiddeld	0,825	0,072
	Hoog	0,563	<0,001*
Migratie-achtergrond	Niet-migrant		
	2 ^e gen migrant W	1,121	0,386
	1 ^e gen migrant W	0,837	0,244
	2 ^e gen migrant NW	1,095	0,677
	1 ^e gen migrant NW	1,394	0,008*
Regio	Vlaanderen		
	Brussel	1,353	0,003*
	Wallonië	1,258	0,001*

→ Evolutie in de tijd volgens migratie-achtergrond

Zoals eerder vermeld, kunnen we bij het kijken naar de evoluties over de verschillende jaren dat de gezondheidsenquête is afgenomen, enkel rekening houden met het geboorteland van de participant en niet met dat van de ouders. Daarom is het niet mogelijk om dezelfde opdelingen te maken als wanneer we enkel naar de data van 2013 kijken. We zien we dat over de jaren heen het percentage van westerse immigranten dat de eigen gezondheid als tamelijk tot zeer slecht beoordeelt, is gedaald ($p < 0,001$). Met andere woorden hun subjectieve gezondheid lijkt met de jaren beter te worden. Ook bij de participanten die in België zijn geboren lijkt de subjectieve gezondheid lichtjes beter te zijn in 2013 dan in 2008 ($p < 0,001$).

Figuur 4.1-1. Evolutie van het rapporteren van een tamelijke tot zeer slechte gezondheid over de jaren heen (België)



Legende

— : significant ($p < 0,05$)

---- : niet significant ($p < 0,05$)

B. Vlaanderen

→ Beschrijvende analyses op niveau van Vlaamse steekproef

2991 respondenten uit Vlaanderen beantwoordden de vraag over hun subjectieve gezondheid. Daarvan beoordeelde 21,3% zijn of haar gezondheid als tamelijk tot zeer slecht. Dit is dus iets minder dan het percentage voor België (23,4%).

→ Analyse volgens geslacht en leeftijd

In Vlaanderen gelden wat betreft geslacht en leeftijd enerzijds en het beoordelen van de eigen gezondheid als tamelijk tot zeer slecht anderzijds dezelfde trends als in België. Vrouwen beoordelen significant vaker hun gezondheid als eerder slecht dan mannen (23,6% versus 18,9%; $p = 0,004$). Ook qua leeftijd zien we dat hoe ouder men is, hoe vaker men zijn of haar gezondheid als minder goed beoordeelt ($p < 0,001$).

→ Analyse volgens opleiding en inkomen

Ook wat opleiding en inkomen betreft, zien we in Vlaanderen dezelfde trends als in de Belgische steekproef. Hoe lager mensen opgeleid zijn, hoe slechter ze hun gezondheid beoordelen ($p < 0,001$). Hoe lager het inkomen, hoe vaker mensen rapporteren dat ze een tamelijke tot zeer slechte gezondheid hebben ($p < 0,001$).

→ Analyse volgens migratie-achtergrond

Wat betreft de impact van de migratie-achtergrond van participanten op het beoordelen van hun gezondheid, zien we geen significant verband met het beoordelen van de eigen gezondheid.

Tabel 4.1-3. Percentage van de steekproef dat zijn/haar gezondheid als tamelijk tot zeer slecht beoordeelt (Vlaanderen)

		%	N	p
Geslacht	Man	18,9	230	0,004*
	Vrouw	23,6	311	
Leeftijd	15-24	7,4	18	<0,001*
	25-44	13,1	101	
	45-64	23,5	208	
	65+	33,5	214	
Opleiding	Laag	35,6	248	<0,001*
	Gemiddeld	20,9	179	
	Hoog	11,9	92	
Inkomen	Laag	30,1	195	<0,001*
	Gemiddeld	25,7	127	
	Hoog	15,1	182	
Migratie-achtergrond	Niet-migrant	21,3	475	0,081
	1 ^e gen migrant NW	26,7	36	
	Andere migrant	16,2	28	

4.1.2 Zelf-gerapporteerde chronische aandoeningen

Het hebben van chronische aandoeningen of handicaps werd gemeten door aan participanten te vragen of ze aan één of meer chronische aandoeningen leden. Participanten konden hierbij 'ja' of 'nee' (referentiecategorie) antwoorden.⁵⁰

A. België

→ Beschrijvende analyses op niveau van de Belgische steekproef

Quasi alle respondenten ($n=9112$) beantwoordden deze vraag. Hiervan geeft 30,8% aan één of meerdere chronische aandoeningen of handicaps te hebben.

→ Analyse volgens geslacht en leeftijd

Vrouwen blijken vaker geconfronteerd te zijn met één of meerdere chronische aandoeningen dan mannen (32,4% tegenover 29,1%). Dit verschil is significant ($p < 0,001$). Het effect van geslacht blijft bovendien significant wanneer gecontroleerd wordt voor de andere sociodemografische variabelen

⁵⁰ We gebruikten hiervoor de variabele MB01 uit de HIS databank.

($p=0,025$). Wat betreft leeftijd, zien we dat hoe ouder mensen zijn, hoe vaker ze één of meerdere chronische aandoeningen rapporteren (van 12,1% in de jongste leeftijdsgroep (15-24 jaar) tot 50,5% in de oudste leeftijdsgroep (65+)). Het verband tussen leeftijd en het hebben van chronische aandoeningen of handicaps blijft significant na controle voor andere sociodemografische variabelen ($p<0,001$).

→ Analyse volgens opleiding en inkomen

Wat betreft inkomen en opleiding zien we wat betreft het rapporteren van één of meerdere chronische aandoeningen dezelfde trends als bij het beoordelen van de eigen gezondheid. Hoe lager opgeleid of hoe lager het inkomen, hoe vaker men aan minstens één chronische aandoening lijdt (beide $p<0,001$). De verschillen qua opleidingsniveau zijn tamelijk groot (43,3% bij de laagopgeleiden, 30,5% bij de gemiddeld opgeleiden en 24,9% bij de hoogopgeleiden). Het effect van opleidingsniveau blijft significant na controle voor andere sociodemografische variabelen. Het hebben van een gemiddeld en hoog opleidingsniveau (in vergelijking met het hebben van een laag opleidingsniveau) gaat samen met een significant lagere kans om minstens één chronische aandoening te rapporteren (respectievelijk $OR=0,864$; $p=0,031$ en $OR=0,699$; $p<0,001$). Ook mensen met een hoog inkomen hebben een significant lagere kans dan respondenten met een laag inkomen om minstens één chronische aandoening te rapporteren ($OR=0,834$, $p=0,009$). Voor mensen met een gemiddeld in vergelijking met een laag inkomen, valt het effect na controle voor andere variabelen weg.

→ Analyse volgens migratie-achtergrond

Wat betreft migratie-achtergrond, zien we niet zoveel verschillen in het rapporteren van minstens één chronische aandoening. Enkel de groep tweedegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond lijkt minder vaak minstens één chronische aandoening te rapporteren dan de andere categorieën migranten of niet-migranten. Het effect van migratie-achtergrond verdwijnt echter volledig na controle voor andere sociodemografische variabelen.

→ Analyse volgens regio

Vlaamse respondenten (28,4%) lijken iets minder vaak minstens één chronische aandoening te rapporteren dan Brusselse (32,1%) en Waalse respondenten (31,9%). Dit verschil is significant ($p=0,002$). Ook na controle voor de andere sociodemografische variabelen, blijken Brusselse en Waalse respondenten vaker aan één of meerdere aandoeningen te lijden dan Vlaamse respondenten (Brussel: $OR=1,546$; $p<0,001$ en Wallonië: $OR=1,243$; $p=0,001$). Een mogelijke (deel)verklaring die het WIV hiervoor aanhaalt is het feit dat schildklierlijden vaker voorkomt in Wallonië⁵¹, alsook dat er verschillen in levensstijl zijn⁵². Zo is bijvoorbeeld aantal dagelijkse rokers en het aantal personen met overgewicht hoger in het Waals Gewest dan in het Vlaams Gewest.

⁵¹ https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/MA_NL_2013.pdf

⁵² Persoonlijke communicatie met WIV

Tabel 4.1-4. Percentage van de steekproef met één of meerdere chronische aandoeningen of handicaps (België)

		%	N	p
Geslacht	Man	29,1	1262	0,001*
	Vrouw	32,4	1545	
Leeftijd	15-24	12,1	139	<0,001*
	25-44	19,9	583	
	45-64	35,3	1062	
	65+	50,5	1023	
Opleiding	Laag	43,4	1121	<0,001*
	Gemiddeld	30,5	795	
	Hoog	24,9	702	
Inkomen	Laag	35,4	1061	<0,001*
	Gemiddeld	34,5	540	
	Hoog	25,8	848	
Migratie-achtergrond	Niet-migrant	31,6	1964	<0,001*
	2 ^e gen migrant W	32,1	176	
	1 ^e gen migrant W	28,0	163	
	2 ^e gen migrant NW	21,7	99	
	1 ^e gen migrant NW	30,2	388	
Regio	Vlaanderen	28,4	848	0,002*
	Brussel	32,1	813	
	Wallonië	31,9	1146	

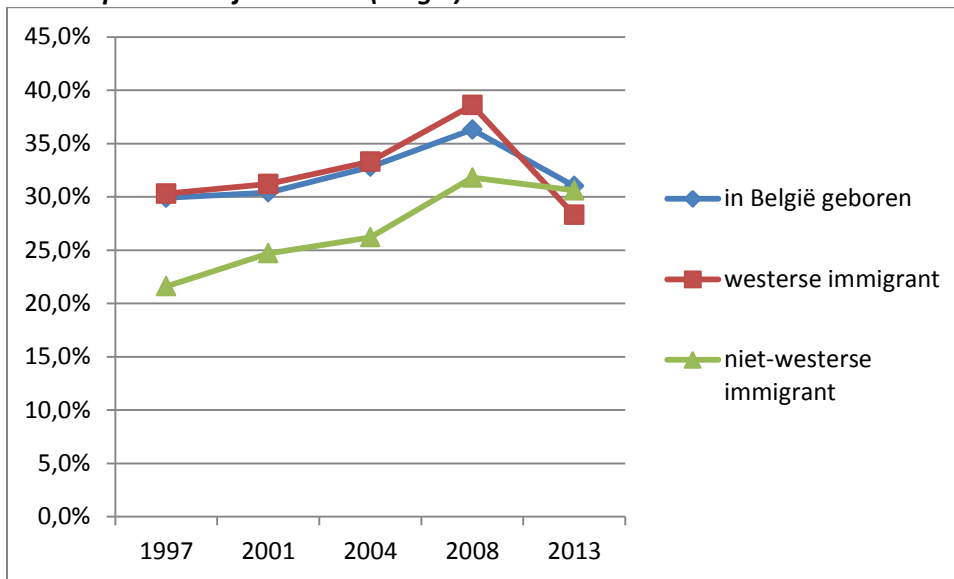
Tabel 4.1-5. Resultaten van de multivariate analyse betreffende het rapporteren van één of meerdere chronische aandoeningen of handicaps (België)

		EXP (B)	p
Geslacht	Man		
	Vrouw	1,128	0,025*
Leeftijd		1,033	<0,001*
Opleidingsniveau	Laag		
	Gemiddeld	0,864	0,031*
	Hoog	0,699	<0,001*
Inkomen	Laag		
	Gemiddeld	1,127	0,108
	Hoog	0,834	0,009*
Migratie-achtergrond	Niet-migrant		
	2 ^e gen migrant W	1,159	0,183
	1 ^e gen migrant W	0,838	0,126
	2 ^e gen migrant NW	0,919	0,596
	1 ^e gen migrant NW	1,026	0,782
Regio	Vlaanderen		
	Brussel	1,546	<0,001*
	Wallonië	1,243	0,001*

→ Evolutie in de tijd volgens migratie-achtergrond

Bij zowel de respondenten die in België zijn geboren als deze die dit niet zijn, zien we een gelijkaardige trend: in elke groep neemt de proportie van respondenten met minstens één chronische aandoening significant toe over de jaren heen, met uitzondering van het laatste jaar (2013). Er is zelfs een daling op te merken tussen 2008 en 2013. Het verband tussen de tijdsevolutie en het hebben van minstens één chronische aandoening is voor alle migratiegroepen significant ($p < 0,001$).

Figuur 4.1-2. Evolutie van het rapporteren van één of meerdere chronische aandoeningen of handicaps over de jaren heen (België)



Legende

— : significant ($p < 0,05$)

---- : niet significant ($p < 0,05$)

B. Vlaanderen

→ Beschrijvende analyses op niveau van de Vlaamse steekproef

Voor de respondenten uit Vlaanderen beschikken we over 2991 valide antwoorden op de vraag of ze aan één of meerdere chronische aandoeningen of handicaps lijden. 28,4% van de Vlaamse respondenten rapporteert minstens één chronische aandoening. Dit is iets lager dan de Belgische respondenten (30,8%).

→ Analyse volgens geslacht en leeftijd

Ook hier zien we heel gelijkaardige trends als bij de Belgische steekproef. Vrouwen (31%) rapporteren significant vaker aan minstens één chronische aandoening te lijden dan mannen (25,6%) ($p = 0,001$). Qua leeftijd zien we dat hoe ouder respondenten zijn, hoe vaker ze minstens één chronische aandoening rapporteren ($p < 0,001$).

→ Analyse volgens opleiding en inkomen

Wat betreft opleiding, zien we dat hoe lager opgeleid, hoe vaker men aan minstens één chronische aandoening lijdt. Ook hier zijn de verschillen opvallend (39,9% van de laagopgeleiden versus 30,2% van de gemiddeld opgeleiden en 20,7% van de hoogopgeleiden; $p < 0,001$). Wat betreft inkomen is er opnieuw een duidelijk verschil tussen de hoogopgeleiden (22,5%) aan de ene kant en de laag- en gemiddeld opgeleiden aan de andere kant (respectievelijk 33% en 34,9%; $p < 0,001$).

→ Analyse volgens migratie-achtergrond

Binnen de Vlaamse steekproef blijken de eerstegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond het minst vaak te lijden aan één of meerdere chronische aandoeningen (20,7%) in vergelijking met zowel de andere migranten (27,8%) als de niet-migranten (28,9%) ($p = 0,042$).

Tabel 4.1-6. Percentage van de steekproef met één of meerdere chronische aandoeningen of handicaps (Vlaanderen)

		%	N	p
Geslacht	Man	25,6	369	0,001*
	Vrouw	31,0	479	
Leeftijd	15-24	10,5	35	<0,001*
	25-44	18,4	168	
	45-64	31,2	312	
	65+	44,7	333	
Opleiding	Laag	39,9	331	<0,001*
	Gemiddeld	30,2	204	
	Hoog	20,7	182	
Inkomen	Laag	33,0	264	<0,001*
	Gemiddeld	34,9	304	
	Hoog	22,5	305	
Migratie-achtergrond	Niet-migrant	28,9	745	0,042*
	1 ^e gen migrant NW	20,7	42	
	Andere migrant	27,8	58	

4.1.3 Besluit data-analyse fysieke gezondheid

Opleiding en inkomen blijken een belangrijke rol te spelen in verband met het beoordelen van de eigen gezondheid alsook bij het hebben van één of meer chronische aandoeningen. Hoe lager opgeleid of hoe lager geschoold, hoe slechter men de eigen subjectieve gezondheid inschat en hoe vaker men aan één of meerdere chronische aandoeningen lijdt. Ook na controle voor de andere sociodemografische variabelen, blijven deze verbanden in grote mate bestaan. Opleiding en inkomen blijken dus een belangrijke impact te hebben op fysieke gezondheid.

Wat betreft **migratie-achtergrond** zien we dat het behoren tot de groep van eerstegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond een factor blijkt te zijn die los van de andere variabelen samenhangt met een slechtere subjectieve gezondheid. Verder zijn er geen eenduidige verbanden tussen migratie-achtergrond en subjectieve gezondheid of het hebben van één of meerder chronische aandoeningen.

Daarnaast blijken **vrouwen meer dan mannen** een slechtere subjectieve gezondheid te hebben en vaker aan één of meerdere chronische aandoeningen te lijden dan mannen. Verder geldt ook: hoe ouder, hoe slechter de subjectieve gezondheid en hoe vaker men aan minstens één chronische aandoening lijdt.

Tot slot blijken de **Brusselse en Waalse respondenten** het voor beide variabelen slechter te doen dan de Vlaamse respondenten.

4.1.4 Fysieke gezondheid en migratie in de Europese context

Migranten vertonen in een eerste tijd na aankomst in het gastland vaak een betere gezondheid. Dit effect, ook wel het 'healthy migrant effect' genoemd, is voornamelijk onderzocht in de VS, en zou te maken hebben met selectieprocessen: het feit dat vooral gezonde mensen het migratieproces aanvatten en voltooien. Dit effect vervaagt met de tijd wanneer de gezondheidstoestand beïnvloed wordt door omgevingsfactoren en chronische stressoren in het gastland zoals armoede, moeilijke toegang tot de nodige zorgen, en problemen met toegang tot en kwaliteit van huisvesting (Fennelly, 2007). In Europa zijn er tegenstrijdige gegevens en is er discussie over het al dan niet bestaan van een 'healthy migrant effect': er blijken grote verschillen tussen de Europese landen te bestaan (Moullan & Jusot, 2014).

De subjectieve, zelf-gerapporteerde gezondheid is een belangrijke gezondheidsindicator die de individuele perceptie van gezondheid van een persoon aangeeft en blijkt een sterke onafhankelijke voorspeller van gebruik van gezondheidszorgen (Fylkesnes, 1993), morbiditeit (Kaplan et al., 1996) en mortaliteit (Idler & Benyamini, 1997; Kaplan et al., 1996).

Lorant et al. analyseerden de data van de Algemene Socio-Economische Enquête 2001, en vonden dat niet-westerse migranten, en voornamelijk migranten van Marokkaanse en Turkse origine, globaal een slechtere zelf-gerapporteerde gezondheid vertoonden dan niet-migranten (OR=2,25; 95% CI 2,22–2,29) (Lorant, Van Oyen, & Thomas, 2008). In hetzelfde onderzoek werd een Noord-Zuid gradiënt vastgesteld, waarbij migranten uit noordelijke landen van herkomst (bv. Nederland, Duitsland, Groot-Brittannië) een betere subjectieve gezondheid vertoonden dan niet-migranten; terwijl de migranten uit zuidelijke landen zoals Italië en Spanje een slechtere subjectieve gezondheid hadden dan niet-migranten. Echter, wanneer in de analyses de contextfactoren ((gepercipieerde) blootstelling aan geluids- en luchtverontreiniging, een tekort aan publieke voorzieningen (gezondheid, scholen,...), de sociale omgeving (alleenstaanden, negatief gepercipieerde buurt,...), werkloosheid en slechte woningkwaliteit) in rekening werden gebracht, werd het verschil in subjectieve gezondheid tussen migranten en niet-migranten kleiner. Wanneer tot slot ook de individuele socio-economische status mee in rekening werd gebracht, verdween het verschil in subjectieve gezondheid volledig. Bij de populatie van Turkse en Marokkaanse origine werd hierna de subjectieve gezondheid zelfs beter dan bij de niet-migranten.

Ook meer recente studies (Moullan & Jusot, 2014; Signe Smith Nielsen & Krasnik, 2010) vonden een verschil in subjectieve gezondheid bij migranten in vergelijking met niet-migranten. Nielsen et al. includeerden in een systematische review 17 studies uit Zweden, Groot-Brittannië, België, Nederland

en Spanje. In Zweden, België en Nederland rapporteerden migranten van Turkse en Marokkaanse origine een slechtere gezondheid dan de niet-migranten. De kloof tussen migranten en niet-migranten in subjectieve gezondheid bleek het grootst te zijn in België.

Verder bleek uit onderzoek van Detollenaere et al. dat de gezondheidsverschillen groter waren bij een grotere 'culturele afstand' tussen herkomst- en ontvangstland. Bij eerstegeneratiemigranten bleek deze relatie sterker aanwezig (Detollenaere, Baert, & Willems, 2018).

Uit een systematische review van Read et al. ten slotte bleek dat socio-economische status bij ouderen in Europa een belangrijke invloed had op de subjectieve gezondheid. Deze invloed bleek kleiner na controle voor de aanwezigheid van een sociaal netwerk (Read, Grundy, & Foverskov, 2016).

De analyses die in dit rapport besproken worden gaan in dezelfde richting als bovenstaande bevindingen in de literatuur: de eerstegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond rapporteren vaker een slechte subjectieve gezondheid, ook na controle voor andere sociodemografische parameters.

4.2 Mentale gezondheid

Voor het in kaart brengen van de verschillen in mentale gezondheid van de participanten gebruikten we 4 indicatoren. Deze indicatoren zijn alle door het WIV geconstrueerd op basis van het samennemen van de antwoorden op verschillende deelvragen (items). Op basis van de antwoorden op deze items werd telkens een globale score berekend. Indien deze score beschikbaar was in de databank, gebruikten we deze. Soms was de score enkel beschikbaar afgezet tegenover een vooropgestelde grenswaarde; in dat geval gebruikten we deze binaire variabele.

4.2.1 Positieve mentale gezondheid

Positieve mentale gezondheid (of vitaliteit) werd gemeten aan de hand van een schaal gebaseerd op volgende items: hoe vaak gedurende de afgelopen 4 weken 'voelde u zich levenslustig', 'had u veel energie', 'voelde u zich uitgeput' en 'voelde u zich moe'. Mogelijke antwoordcategorieën waren 'altijd', 'meestal', 'soms', 'zelden', 'nooit', waarbij elk antwoord in een score werd omgezet (4-0). De scores van de 2 negatieve items werden omgekeerd. Deze variabele is dus een continue variabele gaande van 0 tot 100, waarvoor geldt: hoe hoger de score op deze schaal, hoe hoger de vitaliteit.⁵³

A. België

→ Beschrijvende analyses op niveau van de Belgische steekproef

Voor 5812 respondenten uit de steekproef beschikken we over een score voor deze variabele. 59,32 is de gemiddelde score voor deze variabele.

⁵³ We gebruikten hiervoor de indicator WB_4 uit de HIS databank.

→ Analyse volgens geslacht en leeftijd

We zien dat mannen gemiddeld hoger scoren op positieve mentale gezondheid (61,65) dan vrouwen (57,25). Dit verschil is significant en blijft ook significant na controle voor de andere variabelen ($p < 0,001$). Wat betreft leeftijd, zien we dat de groep tussen 25 en 44 jaar lager scoort op positieve mentale gezondheid dan de andere leeftijdscategorieën. De jongste leeftijdsgroep (15-24 jaar) scoort het best. Het verschil tussen de leeftijdscategorieën is significant ($p = 0,021$). Het effect van leeftijd verdwijnt echter bij het controleren voor de andere variabelen.

→ Analyse volgens opleiding en inkomen

Wat betreft opleidings- en inkomensniveau zien we dat de score op positieve mentale gezondheid stijgt met toenemend opleidings- en inkomensniveau. Hoe hoger opgeleid of hoe hoger het inkomensniveau, hoe hoger de vitaliteitsscore. Dit verschil is voor beide parameters significant ($p < 0,001$). Wanneer we controleren voor de andere onafhankelijke variabelen, zien we dat deze effecten grotendeels blijven bestaan. Hoogopgeleide en gemiddeld opgeleide respondenten hebben nog steeds een hogere kans op een hogere vitaliteitsscore dan laagopgeleide respondenten (respectievelijk $OR = 1,103$; $p < 0,001$ en $OR = 1,041$; $p = 0,023$). Respondenten met een hoog inkomen hebben eveneens een hogere kans op een hogere vitaliteitsscore dan respondenten met een laag inkomen ($OR = 1,066$; $p < 0,001$). Het verschil tussen de respondenten met een gemiddeld inkomen versus deze met een laag inkomen vervalst.

→ Analyse volgens migratie-achtergrond

Wanneer we kijken naar het effect van migratie-achtergrond, zien we dat vooral de niet-migranten duidelijk hoger scoren op positieve mentale gezondheid (60,11 versus scores rond 57). Het effect tussen migratie-achtergrond en positieve mentale gezondheid is significant ($p < 0,001$). Na controle voor de overige sociodemografische factoren verdwijnt deze relatie echter, wat aantoont dat de eerder geobserveerde relatie tussen migratie-achtergrond en positieve mentale gezondheid volledig toe te wijzen is aan de sociodemografische samenstelling van deze subgroep.

→ Analyse volgens regio

De gemiddelde scores voor positieve mentale gezondheid verschillen ook sterk over de regio's. Er is met name een relatief groot verschil tussen de gemiddelde score van de Vlaamse respondenten (64,71) tegenover de Brusselse (55,93) en Waalse (55,57) respondenten. Dit verschil is sterk significant ($p < 0,001$) en blijft dat ook na controle voor de andere onafhankelijke variabelen.

Tabel 4.2-1. Gemiddelde vitaliteitsscore binnen de steekproef (België)

		N	M	SD	95% CI	p
Geslacht	Man	2783	61,65	19,94		<0,001*
	Vrouw	3080	57,25	18,78		
Leeftijd	15-24	597	61,43	16,73	60,08-62,77	0,021*
	25-44	1938	58,68	18,33	57,86-59,49	
	45-64	2047	59,21	19,57	58,36-60,06	
	65+	1230	59,47	19,95	58,36-60,59	
Opleiding	Laag	1440	56,73	21,07	55,64-57,82	<0,001*
	Gemiddeld	1734	59,30	19,52	58,38-60,22	
	Hoog	2050	60,94	17,36	60,19-61,69	
Inkomen	Laag	1639	56,75	20,36	55,77-57,74	<0,001*
	Gemiddeld	1097	59,12	18,77	58,01-60,23	
	Hoog	2536	61,14	17,61	60,45-61,82	
Migratie-achtergrond	Niet-migrant	4342	60,11	18,69	59,55-60,67	<0,001*
	2 ^e gen migrant W	383	56,68	19,43	54,73-58,63	
	1 ^e gen migrant W	333	56,99	19,09	54,38-59,39	
	2 ^e gen migrant NW	213	56,89	18,54	54,94-59,05	
	1 ^e gen migrant NW	533	57,37	20,67	55,61-59,13	
Regio	Vlaanderen	2337	64,71	17,28	64,00-65,41	<0,001*
	Brussel	1190	55,93	19,34	54,83-57,04	
	Wallonië	2285	55,57	19,19	54,78-56,35	

Legende

M: gemiddelde score

SD: standaarddeviatie

95% CI: 95% betrouwbaarheidsinterval

*: significant ($p < 0,05$)

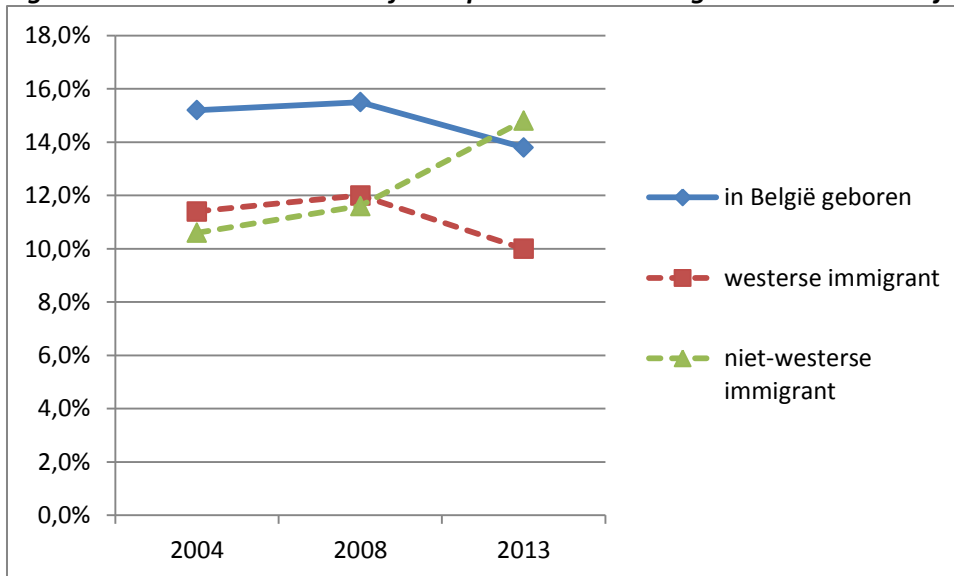
Tabel 4.2-2. Resultaten van de multivariate analyse betreffende een positieve mentale gezondheid (België)

		EXP(B)	p
Geslacht	Man		
	Vrouw	0,902	<0,001*
Leeftijd		1,015	0,313
Opleidingsniveau	Laag		
	Gemiddeld	1,041	0,023*
	Hoog	1,103	<0,001*
Inkomen	Laag		
	Gemiddeld	1,030	0,065
	Hoog	1,066	<0,001*
Migratie-achtergrond	Niet-migrant		
	2 ^e gen migrant W	0,994	0,669
	1 ^e gen migrant W	1,002	0,915
	2 ^e gen migrant NW	1,000	0,995
	1 ^e gen migrant NW	1,010	0,520
Regio	Vlaanderen		
	Brussel	0,827	<0,001*
	Wallonië	0,791	<0,001*

→ Evolutie in de tijd volgens migratie-achtergrond

Vitaliteit werd vanaf 2004 in de gezondheidsenquête bevroegd. Bij de participanten die in België zijn geboren zien we een lichte maar significante daling in vitaliteit tussen 2008 en 2013 ($p=0,031$). Bij de westerse en niet-westerse immigranten is er geen significant verband tussen tijdsevolutie en vitaliteit.

Figuur 4.2-1. Evolutie wat betreft een positieve mentale gezondheid over de jaren heen (België)



Legende

— : significant ($p<0,05$)

---- : niet significant ($p<0,05$)

B. Vlaanderen

→ Beschrijvende analyses op niveau van de Vlaamse steekproef

Voor 2337 respondenten uit Vlaanderen beschikken we over een valide score op positieve mentale gezondheid. De gemiddelde score is 64,71, hetgeen een opvallend hogere score is dan deze in de andere regio's.

→ Analyse volgens geslacht en leeftijd

Ook in Vlaanderen zien we hetzelfde verschil tussen mannen en vrouwen als in België: mannen scoren gemiddeld hoger op positieve mentale gezondheid dan vrouwen (67,65 versus 61,98). Dit verschil is significant ($p<0,001$). Het verschil tussen de verschillende leeftijdscategorieën is beperkt en het verband tussen leeftijd en vitaliteitsscore is niet significant.

→ Analyse volgens opleiding en inkomen

Qua opleiding en inkomen zien we licht gelijkaardige patronen als in de Belgische steekproef. De hoogopgeleiden scoren gemiddeld hoger (65,98) dan de laagopgeleiden (62,71), en de mensen met een hoog inkomen scoren gemiddeld hoger (65,67) dan de respondenten met een laag inkomen (63,18). De groep met een gemiddeld opleidingsniveau (65,19) sluit eerder aan bij deze met een hoog opleidingsniveau, en de groep met een gemiddeld inkomen (63,72) sluit eerder aan bij deze met een

laag inkomen. Het verband tussen zowel vitaliteitsscore en opleidingsniveau als vitaliteitsscore en inkomensniveau is significant (respectievelijk $p=0,002$ en $p=0,008$).

→ Analyse volgens migratie-achtergrond

Wanneer we naar de impact van migratie-achtergrond op positieve mentale gezondheid kijken, valt vooral de lagere gemiddelde score bij de groep van eerstegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond op (60,82). De impact van generatie-achtergrond op positieve mentale score is significant ($p=0,030$).

Tabel 4.2-3. Gemiddelde vitaliteitsscore binnen de steekproef (Vlaanderen)

		N	M	95% CI	p
Geslacht	Man	1122	67,65		<0,001*
	Vrouw	1215	61,98		
Leeftijd	15-24	216	65,05	62,91-67,18	0,246
	25-44	749	63,79	62,65-64,94	
	45-64	834	65,54	64,38-66,70	
	65+	538	64,55	62,88-66,21	
Opleiding	Laag	601	62,71	61,21-64,21	0,002*
	Gemiddeld	802	65,19	63,98-66,41	
	Hoog	746	65,98	64,83-67,12	
Inkomen	Laag	574	63,18	61,71-64,65	0,008*
	Gemiddeld	452	63,72	62,16-65,29	
	Hoog	1142	65,67	64,71-66,64	
Migratie-achtergrond	Niet-migrant	2051	64,83	64,09-65,58	0,030*
	1e gen migrant NW	117	60,83	57,51-64,15	
	Andere migrant	167	66,04	63,30-70,17	

4.2.2 Kans op een depressieve stoornis

De kans op een depressieve stoornis werd gemeten door een samengestelde maat te maken van volgende items: in welke mate werd u in de afgelopen week gehinderd door 'te veel over dingen piekeren', 'nergens meer belangstelling in hebben', 'geen seksuele interesse meer hebben of er geen plezier aan beleven', 'weinig energie hebben', 'denken om er maar een eind aan te maken', 'gauw huilen', 'verstrikt zijn of u gevangen voelen', 'uzelf van allerlei dingen de schuld geven', 'u eenzaam voelen', 'het gevoel in de put te zitten', 'u wanhopig voelen over de toekomst', 'het gevoel dat alles moeite kost' en 'gevoelens dat u niets waard bent'. Respondenten konden hierop antwoorden met 'helemaal niet', 'een beetje', 'nogal', 'tamelijk veel' of 'heel erg', waarbij elk antwoord in een score werd omgezet (0-4). Respondenten die gemiddeld 1 of lager scoorden op deze schaal werden gehercodeerd 'geen waarschijnlijkheid op een depressieve stoornis' (referentiecategorie). Respondenten met een score hoger dan 1 werden gehercodeerd als 'waarschijnlijkheid op een depressieve stoornis'⁵⁴.

⁵⁴ We gebruikten hiervoor de indicator SL_2 uit de HIS databank.

A. België

→ Beschrijvende analyses op niveau van de Belgische steekproef

Voor 6082 participanten was er een geldige score op de variabele over depressie. Hieruit bleek dat 15,8% van de respondenten een waarschijnlijkheid op een depressieve stoornis heeft.

→ Analyse volgens geslacht en leeftijd

Vrouwen lijken significant vaker dan mannen aan een depressieve stoornis te lijden (19,3% versus 11,9%; $p < 0,001$). Na controle voor andere sociodemografische variabelen blijft het effect van geslacht bestaan ($OR = 1,781$; $p < 0,001$). Als we naar de leeftijd kijken, blijkt dat jongere respondenten minder vaak een waarschijnlijkheid op een depressieve stoornis vertonen dan oudere respondenten (11,8% en 13,9% voor de 2 jongste leeftijdscategorieën en 17,9% en 16,9% voor de 2 oudste leeftijdscategorieën). Het verband tussen leeftijd en kans op depressie is significant ($p < 0,001$). Wanneer we controleren voor andere sociodemografische variabelen, blijft het effect van leeftijd echter niet overeind.

→ Analyse volgens opleiding en inkomen

Als we kijken naar het inkomens- en opleidingsniveau van de participanten, vallen opnieuw heel gelijkaardige trends op dan bij de voorgaande variabelen. Hoe lager opgeleid of hoe lager iemands inkomensniveau, des te meer kans er bestaat op een depressieve stoornis. Voor opleiding gaat dit van 10,9% bij de hoogopgeleiden tot 21,9% bij de laagopgeleiden ($p < 0,001$). Voor inkomen gaat dit van 11,7% bij de respondenten met een hoog inkomen tot 21,2% bij de respondenten met een laag inkomen ($p < 0,001$). Na controle voor de andere onafhankelijke variabelen blijft het effect enkel significant voor de hoogste groep t.o.v. de laagste groep (opleiding $OR = 0,535$; $p < 0,001$ en inkomen: $OR = 0,645$; $p < 0,001$). Het verschil tussen beide middelste en laagste groepen is niet meer significant.

→ Analyse volgens migratie-achtergrond

Wanneer we de migratie-achtergrond van de participanten in rekening brengen, vallen een aantal zaken op. De groep eerste generatiemigranten met een niet-westerse achtergrond vertonen de grootste waarschijnlijkheid op een depressieve stoornis (21%). Hierna volgen de tweede generatiemigranten met een niet-westerse achtergrond (17,4%) en de tweede generatiemigranten met een westerse achtergrond (16,9%). Niet-migranten (15,2%) en eerste generatiemigranten met een westerse achtergrond (13,1%) vertonen de kleinste waarschijnlijkheid op een depressieve stoornis. Het verband tussen migratie-achtergrond en waarschijnlijkheid op een depressieve stoornis is significant ($p = 0,004$). De multivariate analyses tonen aan dat de meeste van deze verschillen echter verklaard kunnen worden door een verschillende sociodemografische samenstelling van deze groepen. Na controle voor de overige sociodemografische variabelen heeft namelijk geen enkele groep migranten nog een significant hogere of lagere waarschijnlijkheid op een depressieve stoornis dan niet-migranten.

→ Analyse volgens regio

Tot slot blijkt de regio waaruit de participant afkomstig is een impact te hebben op de waarschijnlijkheid om een depressieve stoornis te hebben. Respondenten uit Brussel (17,5%) en Wallonië (16,7%) blijken een grotere waarschijnlijkheid op een depressieve stoornis te vertonen dan respondenten uit Vlaanderen (14%). Dit verschil tussen regio en kans op een depressieve stoornis is

bovendien significant ($p=0,008$). Na controle voor de andere sociodemografische variabelen, blijven deze verschillen bestaan (Brussel: OR 1,370; $p=0,008$ en Wallonië: OR 1,202; $p=0,043$).

Tabel 4.2-4. Percentage van de steekproef met kans op een depressieve stoornis (België)

		%	N	p
Geslacht	Man	11,9	342	<0,001*
	Vrouw	19,3	619	
Leeftijd	15-24	11,8	72	<0,001*
	25-44	13,9	275	
	45-64	17,9	390	
	65+	16,9	224	
Opleiding	Laag	21,9	338	<0,001*
	Gemiddeld	17,6	320	
	Hoog	10,9	231	
Inkomen	Laag	21,2	371	<0,001*
	Gemiddeld	16,0	184	
	Hoog	11,7	307	
Migratie-achtergrond	Niet-migrant	15,2	690	0,004*
	2 ^e gen migrant W	16,9	69	
	1 ^e gen migrant W	13,1	46	
	2 ^e gen migrant NW	17,4	38	
	1 ^e gen migrant NW	21,0	118	
Regio	Vlaanderen	14,0	336	0,008*
	Brussel	17,5	220	
	Wallonië	16,7	405	

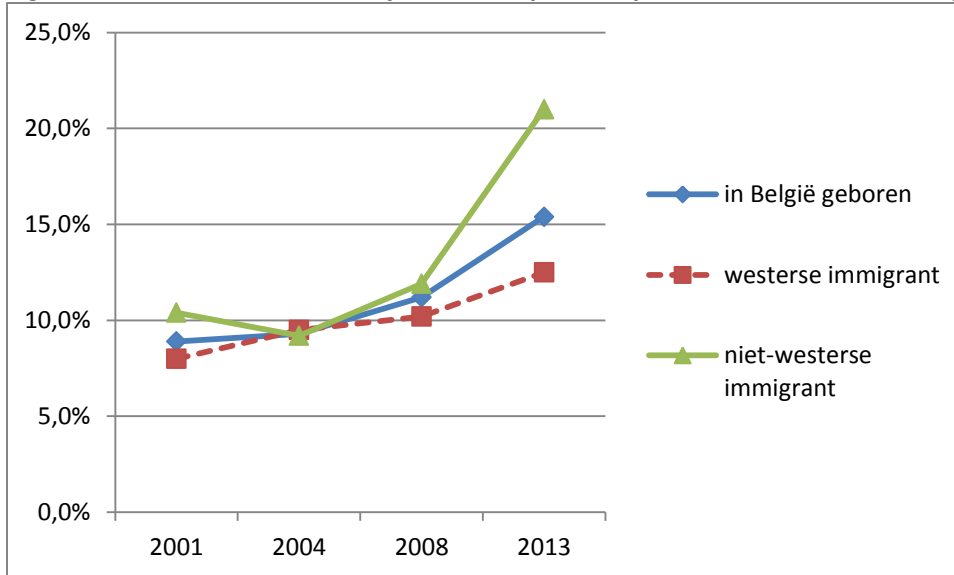
Tabel 4.2-5. Resultaten van de multivariate analyse betreffende de kans op een depressieve stoornis (België)

		EXP (B)	p
Geslacht	Man		
	Vrouw	1,781	<0,001*
Leeftijd		1,004	0,114
Opleidingsniveau	Laag		
	Gemiddeld	0,875	0,174
	Hoog	0,535	<0,001*
Inkomen	Laag		
	Gemiddeld	0,814	0,055
	Hoog	0,645	<0,001*
Migratie-achtergrond	Niet-migrant		
	2 ^e gen migrant W	0,999	0,996
	1 ^e gen migrant W	0,745	0,124
	2 ^e gen migrant NW	1,152	0,552
	1 ^e gen migrant NW	1,279	0,090
Regio	Vlaanderen		
	Brussel	1,370	0,008*
	Wallonië	1,202	0,043*

→ Evolutie in de tijd volgens migratie-achtergrond

Over de jaren heen, en dan vooral tussen 2008 en 2013, is bij de participanten die in België zijn geboren en nog meer bij de niet-westerse immigranten de kans op een depressieve stoornis significant toegenomen (respectievelijke toename van 4,2% ($p < 0,001$) en 9,1% ($p < 0,001$) tussen 2008 en 2013).

Figuur 4.2-2. Evolutie wat betreft de kans op een depressieve stoornis over de jaren heen (België)



Legende

— : significant ($p < 0,05$)

---- : niet significant ($p < 0,05$)

B. Vlaanderen

→ Beschrijvende analyses op niveau van de Vlaamse steekproef

Voor 2392 respondenten uit Vlaanderen beschikken we over een geldige score op de variabele omtrent waarschijnlijkheid op een depressieve stoornis. 14% van hen heeft een waarschijnlijkheid op een depressieve stoornis. Dit is een beetje lager dan het percentage voor België (15,8%).

→ Analyse volgens geslacht en leeftijd

Ook binnen de Vlaamse steekproef zien we bij vrouwen (17,2%) significant vaker een waarschijnlijkheid op een depressieve stoornis dan bij mannen (10,7%) ($p < 0,001$). In tegenstelling tot de Belgische steekproef is er binnen de Vlaamse steekproef geen significant verband tussen leeftijd en de waarschijnlijkheid op een depressieve stoornis.

→ Analyse volgens opleiding en inkomen

Voor opleiding en inkomen blijven dan wel weer dezelfde trends als binnen de Belgische steekproef bestaan. Hoe lager men opgeleid is of hoe lager iemand inkomensniveau is, hoe vaker we een waarschijnlijkheid op een depressieve stoornis zien. Beide effecten zijn bovendien significant (opleiding: $p < 0,001$ en inkomen: $p = 0,010$).

→ Analyse volgens migratie-achtergrond

Er is binnen de Vlaamse steekproef geen significant verband tussen migratie-achtergrond en de waarschijnlijkheid op een depressieve stoornis.

Tabel 4.2-6. Percentage van de steekproef met kans op een depressieve stoornis (Vlaanderen)

		%	N	p
Geslacht	Man	10,7	123	<0,001*
	Vrouw	17,2	213	
Leeftijd	15-24	13,8	30	0,237
	25-44	12,0	90	
	45-64	15,1	130	
	65+	15,4	86	
Opleiding	Laag	20,5	128	<0,001*
	Gemiddeld	14,4	118	
	Hoog	9,2	70	
Inkomen	Laag	16,4	98	0,010*
	Gemiddeld	15,9	74	
	Hoog	11,8	137	
Migratie-achtergrond	Niet-migrant	14,1	297	0,761
	1 ^e gen migrant NW	15,5	18	
	Andere migrant	12,5	21	

4.2.3 Kans op een angststoornis

De kans op een angststoornis werd op een gelijkaardige manier geconstrueerd als de variabele kans op een depressieve stoornis. De gebruikte items waren: 'u bang voelen', 'hartkloppingen', 'zenuwachtigheid of van binnen trillen', 'trillen', 'plotseling zomaar schrikken of bang worden', 'u gespannen voelen', 'aanvallen van angst of paniek', 'u zo rusteloos voelen dat je niet stil kunt blijven zitten', 'het gevoel dat u iets naars gaat overkomen' en 'gedachten en bepaalde voorstellingen van angstige aard'. Ook hier werden dezelfde antwoordcategorieën als bij kans op depressieve stoornis gehanteerd en omgezet in een score. Respondenten die gemiddeld 1 of lager scoorden op deze schaal werden gehercodeerd als 'geen waarschijnlijkheid op een angststoornis' (referentiecategorie). Respondenten met een score hoger dan 1 werden gehercodeerd als 'waarschijnlijkheid op een angststoornis'⁵⁵.

A. België

→ Beschrijvende analyses op niveau van de Belgische steekproef

Van 6038 respondenten uit België beschikken we over een score op kans op een angststoornis. Bij 10% van deze respondenten zien we een waarschijnlijkheid op een angststoornis.

→ Analyse volgens geslacht en leeftijd

De waarschijnlijkheid op een angststoornis komt significant vaker voor bij vrouwen (12,8%) dan bij mannen (6,9%) ($p < 0,001$). Dit verschil blijft bestaan na controle voor de andere sociodemografische

⁵⁵ We gebruikten hiervoor de indicator SL_3 uit de HIS databank.

variabelen (OR=1,966; $p < 0,001$). Wat betreft leeftijd zien we dat de leeftijdscategorie 45-64 jaar een iets hogere waarschijnlijkheid heeft op een angststoornis dan de andere leeftijdscategorieën (11,9% versus 8,4% (15-24 jaar), 9,3% (24-44 jaar) en 8,7% (65+ jaar)). Dit verband is significant ($p = 0,003$). Wanneer we controleren voor de andere sociodemografische variabelen, blijkt geen significante impact meer van leeftijd op waarschijnlijkheid op een angststoornis.

→ Analyse volgens opleiding en inkomen

Wat betreft opleiding en inkomen, zien we opnieuw gelijkaardige trends als bij de meeste vorige variabelen. Ook hier blijkt dat met het afnemen van opleidingsniveau de waarschijnlijkheid op een angststoornis significant toeneemt ($p < 0,001$). Voor inkomensniveau geldt precies hetzelfde verband ($p < 0,001$). Na controle voor de andere sociodemografische variabelen, blijft vooral het contrast tussen de hoog- en laagopgeleiden (OR=0,534) en de hoge versus lage inkomensgroep (OR=0,591) sterk significant (beide $p < 0,001$).

→ Analyse volgens migratie-achtergrond

Wanneer we de migratie-achtergrond van de participanten in acht nemen, zien we opnieuw 2 opvallende tendenzen. Ten eerste blijkt de groep van de eerstegeneratiemigranten met een westerse achtergrond opvallend minder waarschijnlijkheid op een angststoornis te vertonen (5,2%). Daarnaast blijkt de groep van eerstegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond een opvallend grotere waarschijnlijkheid op een angststoornis te vertonen (17,2%). Het effect van migratie-achtergrond op waarschijnlijkheid op een angststoornis is significant ($p < 0,001$). Bovendien blijven de verschillen tussen beide vermelde groepen en de niet-migranten significant na controle voor de andere sociodemografische variabelen (eerstegeneratiemigranten met een westerse achtergrond: OR=0,416; $p = 0,004$ en eerstegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond: OR=1,625; $p = 0,003$). Zoomen we verder in op beide groepen eerstegeneratiemigranten, dan stellen we vast dat er binnen deze groepen geen bijkomende effecten zijn van inkomen of opleiding en het behoren tot deze groepen voor wat betreft de kans op een angststoornis. Met andere woorden: respondenten met een verschillende socio-economische status binnen beide migrantengroepen vertonen een gelijkaardig kans op het hebben van een angststoornis.

→ Analyse volgens regio

Er is geen significant verschil wat betreft waarschijnlijkheid op een angststoornis naargelang de regio waar de respondenten woonachtig zijn.

Tabel 4.2-7. Percentage van de steekproef met kans op een angststoornis (België)

		%	N	p
Geslacht	Man	6,9	197	<0,001*
	Vrouw	12,8	407	
Leeftijd	15-24	8,4	51	0,003*
	25-44	9,3	183	
	45-64	11,9	257	
	65+	8,7	113	
Opleiding	Laag	14,5	220	<0,001*
	Gemiddeld	11,0	200	
	Hoog	6,8	143	
Inkomen	Laag	14,1	243	<0,001*
	Gemiddeld	10,0	115	
	Hoog	7,1	184	
Migratie-achtergrond	Niet-migrant	9,3	417	<0,001*
	2 ^e gen migrant W	12,3	50	
	1 ^e gen migrant W	5,2	18	
	2 ^e gen migrant NW	10,6	23	
	1 ^e gen migrant NW	17,2	96	
Regio	Vlaanderen	9,4	223	0,360
	Brussel	10,8	136	
	Wallonië	10,2	245	

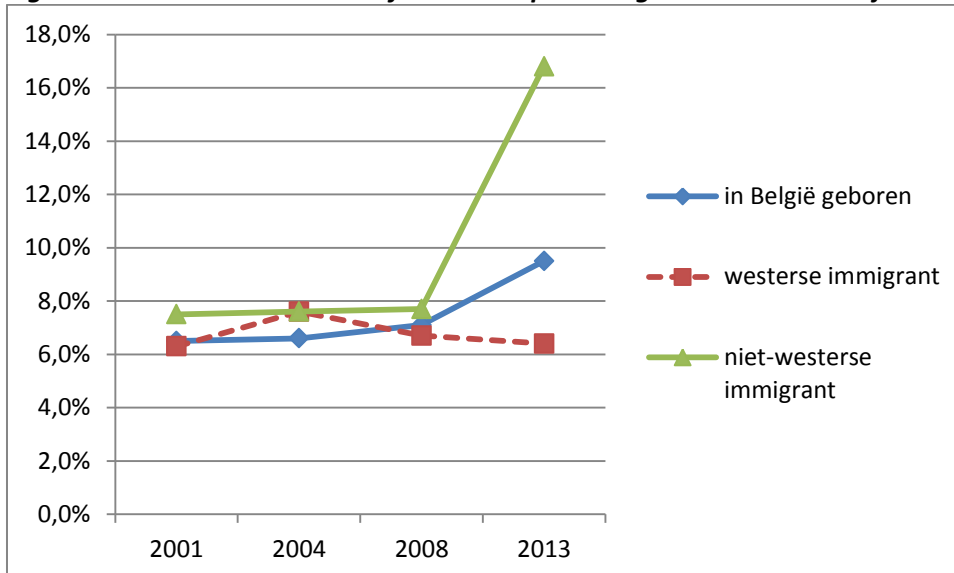
Tabel 4.2-8. Resultaten van de multivariate analyse betreffende de kans op een angststoornis (België)

		EXP (B)	p
Geslacht	Man		
	Vrouw	1,966	<0,001*
Leeftijd		0,995	0,117
Opleidingsniveau	Laag		
	Gemiddeld	0,794	0,051
	Hoog	0,534	<0,001*
Inkomen	Laag		
	Gemiddeld	0,792	0,070
	Hoog	0,591	<0,001*
Migratie-achtergrond	Niet-migrant		
	2 ^e gen migrant W	1,161	0,407
	1 ^e gen migrant W	0,416	0,004*
	2 ^e gen migrant NW	1,081	0,786
	1 ^e gen migrant NW	1,626	0,003*
Regio	Vlaanderen		
	Brussel	1,180	0,249
	Wallonië	1,068	0,553

→ Evolutie in de tijd volgens migratie-achtergrond

Tussen 2001 en 2008 bleef de kans op een angststoornis over alle respondenten heen relatief stabiel. Tussen 2008 en 2013 is er een significante stijging merkbaar bij de participanten die in België zijn geboren (2,4%; $p < 0,001$), en nog meer bij de niet-westerse immigranten (9,1%; $p < 0,001$).

Figuur 4.2-3. Evolutie wat betreft de kans op een angststoornis over de jaren heen (België)



Legende

— : significant ($p < 0,05$)

---- : niet significant ($p < 0,05$)

B. Vlaanderen

→ Beschrijvende analyses op niveau van de Vlaamse steekproef

Voor 2376 Vlaamse respondenten beschikken we over een score op waarschijnlijkheid op een angststoornis. Hiervan zien we bij 9,4% een waarschijnlijkheid op een angststoornis.

→ Analyse volgens geslacht en leeftijd

In de Vlaamse steekproef hebben vrouwen, net als in de Belgische steekproef, een grotere waarschijnlijkheid op een angststoornis dan mannen (12,6% t.o.v. 5,9%) ($p < 0,001$). Qua leeftijd is er binnen de Vlaamse steekproef geen significant verband tussen leeftijd en waarschijnlijkheid op een angststoornis.

→ Analyse volgens opleiding en inkomen

In de Vlaamse steekproef hebben de laagopgeleiden een opvallende grotere waarschijnlijkheid op een angststoornis (14,9%) dan de gemiddeld- en hoogopgeleiden (respectievelijk 8,3% en 6,4%). Dit effect is bovendien significant ($p < 0,001$). Wat betreft inkomen, is er geen eenduidig verband met de waarschijnlijkheid op een angststoornis.

→ Analyse volgens migratie-achtergrond

Er is binnen de Vlaamse steekproef geen significant verband tussen migratie-achtergrond en de kans op een angststoornis.

Tabel 4.2-9. Percentage van de steekproef met kans op een angststoornis (Vlaanderen)

		%	N	p
Geslacht	Man	5,9	68	<0,001*
	Vrouw	12,6	155	
Leeftijd	15-24	10,1	22	0,097
	25-44	7,2	54	
	45-64	10,6	91	
	65+	10,2	56	
Opleiding	Laag	14,9	91	<0,001*
	Gemiddeld	8,3	68	
	Hoog	6,4	49	
Inkomen	Laag	9,7	57	0,573
	Gemiddeld	10,2	47	
	Hoog	8,6	100	
Migratie-achtergrond	Niet-migrant	9,4	196	0,731
	1 ^e gen migrant NW	11,1	13	
	Andere migrant	8,3	14	

4.2.4 Kans op een slaapstoornis

Tenslotte werd de **kans op een slaapstoornis** berekend op basis van de items: ‘moeilijk in slaap geraken’, ‘te vroeg wakker worden’ en ‘een onrustige of gestoorde slaap’. Respondenten die gemiddeld 1 of lager scoorden op deze schaal werden gehercodeerd als ‘geen waarschijnlijkheid op een slaapstoornis’ (referentiecategorie). Respondenten met een score hoger dan 1 werden gehercodeerd als ‘waarschijnlijkheid op een slaapstoornis’⁵⁶.

A. België

→ Beschrijvende analyses op niveau van de Belgische steekproef

Voor 6054 respondenten was er een geldige score op de variabele ‘kans op een slaapstoornis’. 29,5% van de respondenten vertoont een waarschijnlijkheid op een slaapstoornis.

→ Analyse volgens geslacht en leeftijd

Wanneer we naar het verschil in geslacht kijken, zien we dat vrouwen (33,2%) vaker dan mannen (25,4%) een waarschijnlijkheid op een slaapstoornis vertonen. Dit verband is significant ($p < 0,001$) en blijft significant ($p < 0,001$) na controle voor de andere sociodemografische variabelen. Wanneer we naar het effect van leeftijd kijken, zien we dat de groep van 15 tot 24-jarigen het minst (22,1%) en de groep van 45 tot 64-jarigen het meest (32,4%) waarschijnlijkheid op een slaapstoornis vertoont. Het effect van leeftijd op waarschijnlijkheid op een slaapstoornis is significant ($p < 0,001$). De multivariate analyses tonen aan dat de deze verschillen wellicht eerder toe te schrijven zijn aan andere sociodemografische verschillen.

⁵⁶ We gebruikten hiervoor de indicator SL_4 uit de HIS databank.

→ Analyse volgens opleiding en inkomen

Het eerder gevonden verband tussen de besproken afhankelijke variabelen enerzijds en de variabelen opleiding en inkomen anderzijds, zien we hier opnieuw verschijnen. Opnieuw blijkt dat hoe lager men opgeleid is, hoe vaker een waarschijnlijkheid op een slaapstoornis bestaat. Hetzelfde geldt voor inkomen. Beide effecten zijn significant ($p < 0,001$) en blijven dan ook na controle voor de andere sociodemografische variabelen.

→ Analyse volgens migratie-achtergrond

Wanneer we kijken naar de migratie-achtergrond van de respondenten, dan zien we dat 2 groepen een lichtjes afwijkend profiel hebben. Eerstegeneratiemigranten met een westerse achtergrond vertonen minder (24,4%) en eerstegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond meer (33,4%) waarschijnlijkheid op een slaapstoornis dan niet-migranten (29,1%). Het effect van migratie-achtergrond op deze variabele is rand-significant ($p = 0,051$). Na controle voor de andere sociodemografische variabelen, blijkt dat enkel de groep eerstegeneratiemigranten met een westerse achtergrond significant minder waarschijnlijkheid op een slaapstoornis vertoont dan de niet-migranten ($OR = 0,716$; $p = 0,024$). Bekijken we meer in detail deze groep van eerstegeneratiemigranten met een westerse achtergrond, dan zien we dat er binnen deze groep geen significante interactie-effecten zijn met inkomen voor wat betreft deze variabele. Kijken we naar opleidingsniveau, dan zien we dat binnen de groep van eerstegeneratiemigranten met een westerse achtergrond de hoogopgeleiden toch wat meer kans op een slaapstoornis hebben dan de laagopgeleiden met deze migratie-achtergrond ($OR = 2,065$, $p = 0,031$).

→ Analyse volgens regio

Tot slot blijken de respondenten uit de verschillende regio's niet fundamenteel te verschillen qua kans op een slaapstoornis. Na controle voor de andere sociodemografische variabelen blijken Brusselse respondenten toch significant vaker kans op een slaapstoornis te hebben dan de Vlaamse respondenten ($OR = 1,218$; $p = 0,036$).

Tabel 4.2-10. Percentage van de steekproef dat kans heeft op een slaapstoornis (België)

		%	N	p
Geslacht	Man	25,4	726	<0,001*
	Vrouw	33,2	1060	
Leeftijd	15-24	22,1	134	<0,001*
	25-44	27,7	544	
	45-64	32,4	701	
	65+	30,8	407	
Opleiding	Laag	36,7	565	<0,001*
	Gemiddeld	29,7	538	
	Hoog	25,7	540	
Inkomen	Laag	35,2	611	<0,001*
	Gemiddeld	28,9	332	
	Hoog	26,3	687	
Migratie-achtergrond	Niet-migrant	29,1	1315	0,051
	2 ^e gen migrant W	31,2	127	
	1 ^e gen migrant W	24,4	85	
	2 ^e gen migrant NW	30,4	66	
	1 ^e gen migrant NW	33,4	187	
Regio	Vlaanderen	28,5	680	0,270
	Brussel	31,0	389	
	Wallonië	29,7	717	

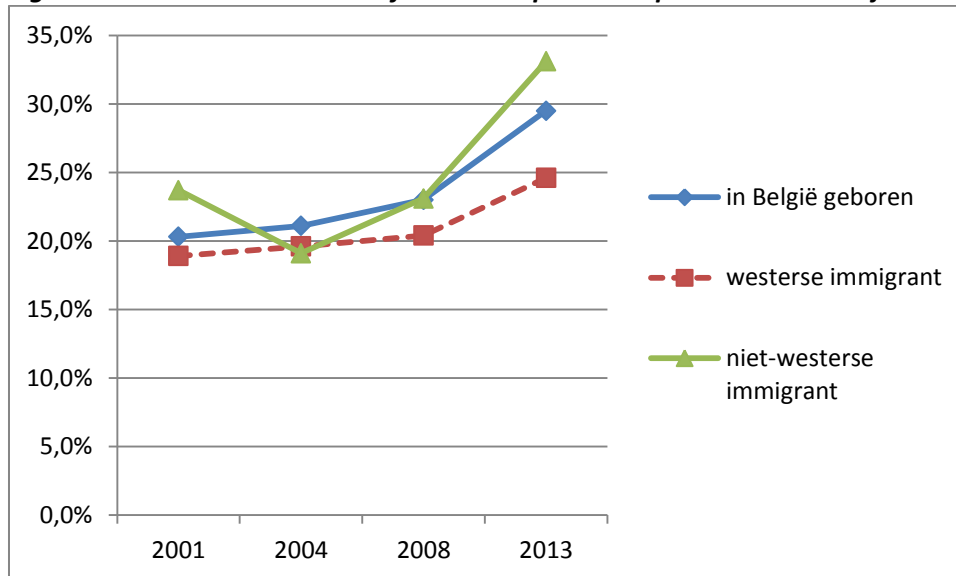
Tabel 4.2-11. Resultaten van de multivariate analyse betreffende de kans op slaapstoornis (België)

		EXP (B)	p
Geslacht	Man		
	Vrouw	1,486	<0,001*
Leeftijd		1,003	0,135
Opleidingsniveau	Laag		
	Gemiddeld	0,793	0,005*
	Hoog	0,687	<0,001*
Inkomen	Laag		
	Gemiddeld	0,802	0,013*
	Hoog	0,760	0,001*
Migratie-achtergrond	Niet-migrant		
	2 ^e gen migrant W	1,003	0,983
	1 ^e gen migrant W	0,716	0,024*
	2 ^e gen migrant NW	1,020	0,920
	1 ^e gen migrant NW	1,016	0,898
Regio	Vlaanderen		
	Brussel	1,218	0,036*
	Wallonië	1,099	0,189

→ Evolutie in de tijd volgens migratie-achtergrond

Ook voor wat betreft de kans op een slaapstoornis zien we een opmerkelijke stijging tussen 2008 en 2013. Deze stijging is significant voor de participanten die in België zijn geboren (stijging met 6,5%; $p < 0,001$) en voor de niet-westerse immigranten (stijging met 10%; $p < 0,001$).

Figuur 4.2-4. Evolutie wat betreft de kans op een slaapstoornis over de jaren heen (België)



Legende

— : significant ($p < 0,05$)

---- : niet significant ($p < 0,05$)

B. Vlaanderen

→ Beschrijvende analyses op niveau van de Vlaamse steekproef

Voor 2388 Vlaamse respondenten beschikken we over een score op waarschijnlijkheid op een slaapstoornis. Hiervan zien we bij 28,5% een waarschijnlijkheid op een slaapstoornis.

→ Analyse volgens geslacht en leeftijd

Net als in de Belgische steekproef, vertonen de vrouwelijke respondenten (33%) een grotere waarschijnlijkheid op een slaapstoornis dan de mannelijke respondenten (23,6%) ($p < 0,001$). Wat betreft de leeftijd, zien we de waarschijnlijkheid op een slaapstoornis toenemen met de leeftijd (van 23,4% bij de 15-24 jarigen naar 32,1% bij de 65+ jarigen). Dit verband is significant ($p = 0,003$).

→ Analyse volgens opleiding en inkomen

Wat betreft opleiding zien we opnieuw dat de hoogopgeleide respondenten (26,4%) een lagere waarschijnlijkheid hebben op een slaapstoornis dan de laagopgeleiden (35,6%). De gemiddeld opgeleiden vertonen een nog iets kleinere waarschijnlijkheid op een slaapstoornis dan de hoogopgeleiden (25,8%). Dit verband is significant ($p < 0,001$). Vooral de laagopgeleide Vlaamse respondenten lijken dus te kampen met angstproblemen. Wat betreft inkomen zien we dezelfde sociale gradiënt terugkeren als in de Belgische steekproef: hoe hoger het inkomen, hoe lager de waarschijnlijkheid op een slaapstoornis (van 33,7% naar 25,8%) ($p = 0,002$).

→ Analyse volgens migratie-achtergrond

Er is binnen de Vlaamse steekproef geen significant verband tussen migratie-achtergrond en de waarschijnlijkheid op een slaapstoornis.

Tabel 4.2-12. Percentage van de steekproef met kans op een slaapstoornis (Vlaanderen)

		%	N	p
Geslacht	Man	23,6	271	<0,001*
	Vrouw	33,0	409	
Leeftijd	15-24	23,4	51	0,003*
	25-44	24,6	184	
	45-64	30,7	265	
	65+	32,1	180	
Opleiding	Laag	35,6	223	<0,001*
	Gemiddeld	25,8	211	
	Hoog	26,4	200	
Inkomen	Laag	33,7	201	0,002*
	Gemiddeld	28,5	132	
	Hoog	25,8	298	
Migratie-achtergrond	Niet-migrant	28,2	593	0,750
	1 ^e gen migrant NW	28,0	33	
	Andere migrant	31,3	52	

4.2.5 Besluit data-analyse mentale gezondheid

Wat betreft mentale gezondheid, zien we dat voor alle onderzochte variabelen er een belangrijk effect bestaat met opleiding en inkomen. Voor alle variabelen geldt dat hoe hoger men opgeleid is of hoe hoger het inkomen, hoe beter verschillende aspecten van mentale gezondheid zijn. M.a.w. er is dus een **duidelijke sociale gradiënt** voor wat betreft positieve mentale gezondheid, kans op een depressieve stoornis, kans op een angststoornis en kans op een slaapstoornis. Voor bijna alle variabelen blijft deze gradiënt ook bestaan na controle voor de andere sociodemografische variabelen. Soms blijft enkel het contrast tussen de hoogopgeleiden en laagopgeleiden of tussen de participanten met een hoog inkomen en deze met een laag inkomen bestaan. Dit toont aan dat opleiding of inkomen belangrijke factoren zijn.

Daarnaast valt ook op dat voor alle genoemde variabelen **vrouwen** het slechter doen dan mannen. Voor alle variabelen blijft dit effect bovendien bestaan na controle voor de andere sociodemografische variabelen. M.a.w. geslacht is ook een erg belangrijke factor wat betreft mentale gezondheid.

Wat betreft migratiestatus en mentale gezondheid, is de relatie wat complexer. De groep **eerstegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond** lijkt vatbaarder voor zowel een depressieve stoornis, een angststoornis en een slaapstoornis. Na controle voor de andere sociodemografische variabelen, zien we dat deze groep enkel nog significant meer kans heeft op een angststoornis dan de niet-migranten. Het effect voor de andere variabelen betreffende mentale gezondheid verval. De eerstegeneratiemigranten met een westerse achtergrond hebben minder kans op depressieve stoornis, op angststoornis en op slaapstoornis dan alle andere groepen (dus ook dan de niet-migranten). Voor wat betreft kans op slaap- en angststoornis blijft dit effect zelfs bestaan na controle voor de andere sociodemografische variabelen. Voor wat betreft kans op een

slaapstoornis viel ook op dat binnen de groep eerstegeneratiemigranten met een westerse achtergrond, de hoogopgeleiden iets meer kans hebben op een slaapstoornis.

Wat **leeftijd** betreft, zien we zowel voor depressieve stoornis, angststoornis als slaapstoornis, verhoogde kansen in de leeftijdsgroep van 45 tot 64 jaar. Na controle voor de andere sociodemografische variabelen, verdwijnen deze effecten echter, wat erop wijst dat er wellicht andere factoren zijn die een belangrijkere impact hebben.

Tot slot zagen we **Brusselse en Waalse participanten** slechter scoren op vitaliteit dan Vlaamse participanten, alsook dat zij meer kans hebben op een depressieve stoornis dan Vlaamse participanten.

4.2.6 Mentale gezondheid en migratie in de Europese context

Depressie en angststoornissen.

Depressie en angststoornissen worden vaak samen onderzocht en worden hier dus samen besproken. Een onderzoek gebaseerd op de European Social Survey (ESS-23) in 23 Europese landen, onderzocht de mentale gezondheid en depressie bij migranten (Levecque, Lodewyckx, & Vranken, 2007; Levecque & Van Rossem, 2015). Resultaten toonden globaal een hogere prevalentie van depressie bij migranten in een groot deel (maar niet alle) van de betrokken landen. Noord- en West-Europese landen toonden een duidelijk hogere prevalentie van depressie bij migranten, terwijl dit in de Oost-Europese landen niet het geval was. Verder waren de verschillen in mentale gezondheid ook gerelateerd aan de regio van oorsprong: vooral migranten uit Zuid- en Oost-Europese landen, en migranten van buiten Europa hadden vaker te kampen met depressie, zelfs na controle voor socio-economische contextfactoren en discriminatie. Migranten uit Noord-Afrikaanse landen vertoonden de hoogste prevalentiecijfers. Er was een hogere prevalentie bij eerstegeneratiemigranten dan bij tweedegeneratiemigranten. Tot slot toonde dit onderzoek aan dat perceptie van discriminatie samengaat met een toename in depressieve symptomen, zelfs na controle voor socio-economische factoren.

Een andere systematische review over mentale gezondheid bij migranten en vluchtelingen toonde opnieuw de grote verscheidenheid aan resultaten aan (Missinne & Bracke, 2012). Of, en in welke mate, de prevalentie van depressie en angststoornissen bij migranten verschilt van niet-migranten, hangt af van de samenstelling van de onderzoekspopulatie: reden van migratie, ervaringen vóór, tijdens en na migratie, de situatie in het gastland, enz... Migratie op zichzelf is geen oorzaak van mentale aandoeningen, maar wel een risicofactor wanneer er sprake is van kwetsbaarheid bij de migrant, een hoog aantal stressoren (bv. discriminatie of vijandigheid in het gastland), of een combinatie van beide. Voor wat betreft bijkomende risicofactoren blijkt uit de resultaten van deze meta-analyse dat er voor wat betreft opleidingsniveau tegenstrijdige resultaten zijn: hoogopgeleide migranten zijn in sommige onderzoeken gevoeliger voor depressie en angststoornissen, in andere blijkt opleidingsniveau net een beschermende factor te zijn. Men is het wel eens over het feit dat werkloosheid, een lage jobtevredenheid, economische onzekerheid en armoede een extra risico op psychische problemen inhouden. Tot slot duidt men op het feit dat migranten in landen met een

hoog bruto nationaal product (BNP) een lager risico op mentale problemen zouden hebben in vergelijking met migranten in landen met een laag BNP.

Tarricone et al. beschrijven in hun meta-analyse over etnisch-culturele variatie in prevalentie van depressie en angststoornissen in de eerstelijnsgezondheidszorg het probleem van brede heterogeniteit tussen de geïnccludeerde onderzoeken, met andere woorden: omwille van verschillen in operationalisering van de geïnccludeerde variabelen kan men niet steeds eenvoudig de resultaten van de verschillende geïnccludeerde onderzoeken poolen (Tarricone et al., 2012). De resultaten van deze meta-analyse toonden een lichte verhoogd risico (relatief risico (RR)=1,21) op depressie bij migranten, echter met een hoge heterogeniteit in studies. Voor wat betreft angststoornissen werden geen verschillen gevonden tussen migranten en niet-migranten. Deze bevindingen staan in tegenstelling tot onze eigen analyses beschreven in dit rapport, waarbij we uiteenlopende resultaten zien voor wat betreft angststoornissen: bij de groep *eerstegeneratiemigrant met een westerse achtergrond* zien we een significant *lagere kans* op angststoornissen, in tegenstelling tot de *eerstegeneratiemigrant met een niet-westerse achtergrond* waarbij we een significant *hogere kans* op angststoornissen zien.

Een onderzoek naar depressie bij eerstegeneratiemigrant ouder dan 50 toonde een verhoogde odds ratio (OR=1,6) voor depressie bij oudere mannelijke migranten in de gepoolde data uit 11 Europese landen (Ladin & Reinhold, 2013). Socio-economische status en het ontbreken van sociale steun bleken in deze studie de kans op depressieve symptomen te verhogen, terwijl acculturatie (gemeten door tijd na migratie en nationaliteit) geen significante invloed bleek te hebben.

Resultaten van de Survey of Health, Aging and Retirement in Europe toonden een verhoogde kans depressie bij oudere migranten in Europa (OR=1,42), zelfs na controle voor andere sociodemografische factoren (Aichberger et al., 2010). De invloed van migratie op de prevalentie van depressie bleek groter in Noord-Europese (OR=1,85) en West-Europese (OR=1,38) landen in vergelijking met Zuid-Europese landen (OR=1,16).

Verskillende studies in België en Nederland tonen in hun resultaten dat depressie en angststoornissen vaker voorkomen bij migranten van Turkse en Marokkaanse origine, zowel van de eerste als van de tweede generatie, in vergelijking met de autochtone populatie. Daarenboven bleek dat oudere migranten en migranten met een lagere socio-economische status, een hogere kans maken op depressie (Beutel et al., 2016; de Wit et al., 2008; Levecque, Lodewyckx, & Bracke, 2009)

Een Nederlandse studie toonde aan dat vrouwelijke migranten een hogere kans te maken op depressie in de Turkse populatie; dit bleek net andersom in de Marokkaanse populatie waar de mannen net een hogere kans hadden op depressie (de Wit et al., 2008). Gender blijkt dus geen éénduidig verband te houden met depressie.

Eerdere analyses van de Belgische HIS-data toonden dat in de populatie van Turkse en Marokkaanse origine, één op de vijf respondenten gevoelens van eenzaamheid, gebrek aan energie en emotionale vertoonden, in vergelijking met 4% van de Belgische populatie (Levecque et al., 2007). Daarnaast waren ook een laag zelfvertrouwen (13,58% versus 4%) en suïcidale gedachten (12,8% versus 1%) significant meer aanwezig bij de populatie van Turkse en Marokkaanse origine. Uit de

analyses bleek dat het verband tussen regio van herkomst en een slechtere mentale gezondheid deels te verklaren was door armoede en sociale uitsluiting op vlak van onder andere onderwijs en arbeid.

In de resultaten van de analyses die in dit rapport besproken worden, zagen we een significant effect van migratie-achtergrond op de kans op depressie. Dit effect leek samen te hangen met verschillen in sociodemografische kenmerken tussen deze subgroepen. We zagen enkel een tendens tot hogere kans op een depressieve stoornis bij eerstegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond. Dit is in lijn met de resultaten uit internationaal onderzoek. Deze tendens is niet duidelijk bij de groep migranten van westerse origine. Voor wat betreft angststoornissen zagen we dat bij de eerstegeneratiemigranten met een westerse achtergrond een significant lagere kans op angststoornissen, en bij de eerstegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond een significant hogere kans. Deze uiteenlopende resultaten kunnen, zoals hierboven in de literatuur ook reeds aangehaald, te maken hebben met de heterogeniteit van de groep migranten op gebied van contextfactoren, sociale steun, traumatische ervaringen, enzovoort. De gemengde, en niet éénduidige resultaten zowel uit literatuur als uit onze analyses, geven ons inziens eerder aan dat de regio van herkomst, of behoren tot eerste of tweede generatie, op zich niet voldoende zijn om de kans op depressie of angststoornissen te verklaren. Een ander en veel duidelijker verhaal zien we voor wat betreft de sociale gradiënt: hoogopgeleiden en mensen met een hoog inkomen vertonen een duidelijk lagere kans op depressie en angststoornissen in vergelijking met respectievelijk laagopgeleiden en mensen met een laag inkomen.

Slaapstoornissen

Er is relatief weinig onderzoek naar slaap en slaapproblemen bij migranten in de Europese context. Twee Zweedse onderzoeken tonen dat niet-westerse migranten (in casu Koerdische migranten van Turkse en Irakese origine) twee keer zoveel kans op slaapproblemen hebben dan de autochtone Zweedse populatie (Taloyan, Johansson, Sundquist, & Koctürk, 2006; Taloyan, Johansson, Sundquist, Koctürk, & Johansson, 2008). Slaapproblemen werden bevraagd door de vraag "Heeft u de voorbije twee weken problemen ondervonden met slapen?". Piekeren en ongerustheid over de politieke situatie in het thuisland en over hun eigen economische situatie werden respectievelijk bij 90% en bij 70% van de respondenten aangegeven als reden voor de slaapproblemen. Binnen het eerste onderzoek bij 197 Koerdische migranten hadden Koerdische vrouwen 45% meer kans op slaapproblemen dan mannen. Deze verschillen werden in dit onderzoek deels verklaard door werkloosheid. In een tweede onderzoek bij een populatie van enkel Koerdische mannen (n=111) bleek 'age-adjusted odds' voor slaapproblemen 3,5 keer hoger dan bij de autochtone Zweedse populatie. Wanneer gecontroleerd werd voor relationele aspecten, opleiding, het hebben van een woningcontract, tewerkstelling en aantal kinderen daalde deze kans tot 2,7.

Doordat er weinig literatuur voorhanden is wat betreft het verband tussen migratie-achtergrond en slaapproblemen en doordat dit onderzoek bovendien in een specifieke context plaatsvond, is het moeilijk om onze resultaten met de literatuur te vergelijken. Voor wat betreft slaapproblemen zagen we in de analyses in dit rapport weinig significante invloed van de migratie-achtergrond. We vonden enkel significant minder slaapproblemen bij de eerstegeneratiemigranten met een westerse

achtergrond. Ook hier weer kan dit duiden op een grotere invloed van contextfactoren, die in deze analyses niet werden meegenomen.

Globaal pleiten de resultaten voor wat betreft mentale gezondheid voor een diepgaandere analyse, waarbij contextfactoren zoals trauma in voorgeschiedenis, sociale steun, tewerkstelling, enz. meegenomen worden.

4.3 Sociaal welbevinden

Om het sociaal welbevinden van participanten te beoordelen, gebruikten we de indicator die nagaat hoe participanten sociale steun ervaren.

4.3.1 Weinig sociale steun

De ervaren **beschikbaarheid van sociale steun** werd bevraagd aan de hand van 3 vragen: 'Hoeveel personen staan u zo dichtbij dat u op hen kunt rekenen indien u met zware problemen geconfronteerd wordt?', 'In welke mate hebben mensen aandacht en interesse voor wat u doet?' en 'Hoe gemakkelijk is het om praktische hulp van burens te krijgen als dit nodig zou zijn?'. Respondenten konden voor elke vraag kiezen uit een 4 antwoordmogelijkheden, op basis waarvan een score werd berekend. Op basis van deze score werden de antwoorden gecategoriseerd als 'weinig sociale steun' of 'matige tot goede sociale steun' (referentiecategorie).⁵⁷

A. België

→ Beschrijvende analyses op niveau van de Belgische steekproef

Van 6496 respondenten uit de Belgische steekproef weten we hoeveel sociale steun ze ervaren. 19% van deze respondenten ervaart weinig sociale steun.

→ Analyse volgens geslacht en leeftijd

Er is geen significant verschil tussen mannen en vrouwen wat betreft het ervaren van sociale steun. Wat leeftijd betreft, zien we hoe ouder men is, hoe minder sociale steun men ervaart (van 13,2% bij de 15 tot 24-jarigen tot 21,4% bij de 65+ jarigen). Dit verschil is significant ($p < 0,001$) en blijft ook significant na controle voor andere sociodemografische variabelen.

→ Analyse volgens opleiding en inkomen

Qua opleiding en inkomen, zien we dat hoe lager men is opgeleid, hoe vaker men weinig sociale steun ervaart. Hetzelfde geldt voor inkomen. Beide verschillen zijn significant ($p < 0,001$). Na controle voor de andere sociodemografische variabelen, zien we dat hoogopgeleiden een significant lagere kans hebben op het ervaren van weinig sociale steun dan laagopgeleiden ($OR = 0,516$; $p < 0,001$). Respondenten met een hoog inkomen en ook deze met een gemiddeld inkomen hebben een lagere kans op het ervaren van weinig sociale steun in vergelijking met mensen met een laag inkomen (respectievelijk $OR = 0,666$; $p < 0,001$ en $OR = 0,822$; $p = 0,044$).

⁵⁷ We gebruikten hiervoor de indicator SO_4 uit de HIS databank.

→ Analyse volgens migratie-achtergrond

Wanneer we kijken naar de impact van migratie-achtergrond op het ervaren van sociale steun, zien we dat niet-migranten het minst vaak weinig sociale steun ervaren (17,5%), terwijl eerstegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond het vaakst (28,9%) weinig sociale steun ervaren. Anders gezegd: niet-migranten ervaren het meest sociale steun en eerstegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond het minst. Dit verband tussen migratie-achtergrond en het ervaren van sociale steun is significant ($p < 0,001$). Na controle voor de andere variabelen zien we dat zowel eerstegeneratie- als tweedegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond significant vaker weinig sociale steun ervaren in vergelijking met niet-migranten (OR 1,646; $p < 0,001$ en OR 1,524; $p = 0,039$). Gaan we nog verder in op beide groepen migranten met een niet-westerse achtergrond, dan zien we dat er een significant interactie-effect bestaat tussen de eerstegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond en opleidingsniveau. Meer bepaald zien we dat binnen deze migrantengroep hoogopgeleiden en gemiddeld opgeleiden minder sociale steun ervaren (respectievelijk OR=2,642; $p < 0,001$ en OR=1,648; $p = 0,48$) dan de laagopgeleiden binnen deze groep.

→ Analyse volgens regio

In Brussel (22,4%) en Wallonië (21,3%) lijkt men significant vaker weinig sociale steun te ervaren dan in Vlaanderen (14,6%) ($p < 0,001$). Dit verschil blijft bovendien significant na controle voor de andere sociodemografische variabelen ($p < 0,001$).

Tabel 4.3-1. Percentage van de steekproef dat weinig sociale steun ervaart (België)

		%	N	p
Geslacht	Man	18,6%	570	0,452
	Vrouw	19,3%	662	
Leeftijd	15-24	13,2%	91	<0,001*
	25-44	17,3%	358	
	45-64	20,6%	464	
	65+	21,4%	319	
Opleiding	Laag	25,7%	443	<0,001*
	Gemiddeld	21,1%	405	
	Hoog	13,4%	291	
Inkomen	Laag	25,8%	495	<0,001*
	Gemiddeld	18,8%	230	
	Hoog	13,8%	376	
Migratie-achtergrond	Niet-migrant	17,5%	839	<0,001*
	2 ^e gen migrant W	19,2%	82	
	1 ^e gen migrant W	21,0%	79	
	2 ^e gen migrant NW	18,7%	46	
	1 ^e gen migrant NW	28,9%	183	
Regio	Vlaanderen	14,6%	369	<0,001*
	Brussel	22,4%	306	
	Wallonië	21,3%	557	

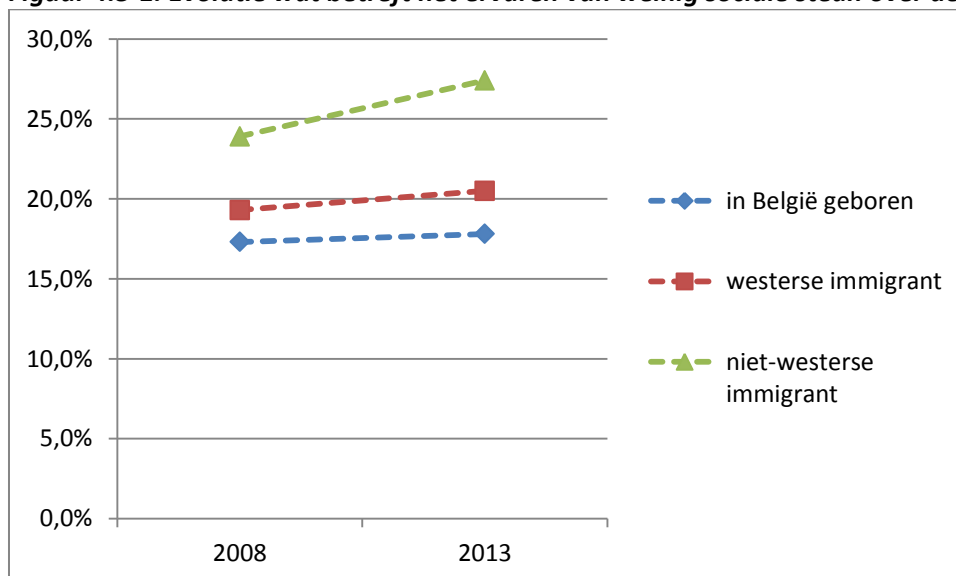
Tabel 4.3-2. Resultaten van de multivariate analyse betreffende het ervaren van weinig sociale steun (België)

		EXP (B)	p
Geslacht	Man		
	Vrouw	1,012	0,866
Leeftijd		1,005	0,040*
Opleidingsniveau	Laag		
	Gemiddeld	0,880	0,150
	Hoog	0,516	<0,001*
Inkomen	Laag		
	Gemiddeld	0,822	0,044*
	Hoog	0,666	<0,001*
Migratie-achtergrond	Niet-migrant		
	2 ^e gen migrant W	0,951	0,726
	1 ^e gen migrant W	1,021	0,894
	2 ^e gen migrant NW	1,524	0,039*
	1 ^e gen migrant NW	1,646	<0,001*
Regio	Vlaanderen		
	Brussel	1,577	<0,001*
	Wallonië	1,525	<0,001*

→ Evolutie in de tijd volgens migratie-achtergrond

De vragen naar het niveau van sociale ondersteuning werden enkel in de Gezondheidsenquête 2008 en 2013 opgenomen. Voor geen enkele van de gehanteerde migratiegroepen is er een significant verband tussen de tijd en het ervaren van sociale.

Figuur 4.3-1. Evolutie wat betreft het ervaren van weinig sociale steun over de jaren heen (België)



Legende

— : significant (p<0,05)

---- : niet significant (p>0,05)

B. Vlaanderen

→ Beschrijvende analyses op niveau van de Vlaamse steekproef

2519 respondenten uit Vlaanderen spraken zich uit over het ervaren van sociale steun. 14,6% van hen ervaart weinig sociale steun.

→ Analyse volgens geslacht en leeftijd

Net als in de Belgische steekproef, is er ook in Vlaamse steekproef geen significant verschil tussen mannen en vrouwen wat betreft het ervaren van sociale steun. Ook qua leeftijd zien we dezelfde trend als in de Belgische steekproef: hoe ouder de participant, hoe vaker men aangeeft weinig sociale steun te ervaren (van 7,8% bij de 15-24 jarigen tot 19,8% bij de 65+ jarigen). Dit verband is significant ($p < 0,001$).

→ Analyse volgens opleiding en inkomen

Qua opleiding en inkomen, zien we opnieuw dat hoe hoger men opgeleid is, hoe minder vaak men weinig sociale steun ervaart. Hetzelfde geldt voor inkomen en het ervaren van sociale steun. Ook deze verschillen zijn significant ($p < 0,001$).

→ Analyse volgens migratie-achtergrond

Ook in Vlaanderen blijken eerstegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond het vaakst weinig sociale steun te ervaren (24,6%) in vergelijking met niet-migranten (14,2%) en andere migranten (13,2%) ($p = 0,003$).

Tabel 4.3-3. Percentage van de steekproef dat weinig sociale steun ervaart (Vlaanderen)

		%	N	p
Geslacht	Man	14,7%	178	0,893
	Vrouw	14,6%	191	
Leeftijd	15-24	7,8%	19	<0,001*
	25-44	12,1%	94	
	45-64	15,1%	132	
	65+	19,8%	124	
Opleiding	Laag	22,3%	152	<0,001*
	Gemiddeld	14,5%	124	
	Hoog	10,3%	79	
Inkomen	Laag	19,1%	123	<0,001*
	Gemiddeld	16,6%	81	
	Hoog	10,9%	131	
Migratie-achtergrond	Niet-migrant	14,2%	313	0,003*
	1 ^e gen migrant NW	24,6%	33	
	Andere migrant	13,2%	23	

4.3.2 Besluit data-analyse sociaal welbevinden

Wat betreft sociale steun, zien we een sociale gradiënt: hoe hoger opgeleid of hoe hoger het inkomen, hoe meer sociale steun men ervaart.

Verder zagen we dat hoe **ouder** de participanten, hoe minder sociale steun men ervaart.

Wat betreft **migratiestatus** en het ervaren van sociale steun, ervaren niet-westerse migranten (zowel eerste als tweede generatie) minder sociale steun dan de niet-migranten. Daarnaast bleek ook dat binnen de eerstegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond, de hoog- en gemiddeld opgeleiden kwetsbaarder te zijn wat betreft het ervaren van weinig sociale steun in vergelijking met de laagopgeleiden binnen deze groep.

Tot slot zagen we dat **Brusselse en Waalse respondenten** minder sociale steun ervaren dan de Vlaamse respondenten.

4.3.3 Sociale steun en migratie in de Europese context

Sociale steun is één van de belangrijke factoren die gelinkt zijn aan het succes van migratie en integratie in het gastland (Berry, 1997) en is gerelateerd aan gezondheidsgedrag zoals roken, fysieke activiteit en andere (Berkman, Glass, Brissette, & Seeman, 2000). Een recente studie uit 2017 evalueerde tevredenheid bij migranten op vlak van sociale netwerken en contacten, door drie vragen te stellen: “Hoe vaak spreek je af met vrienden, familie of collega’s?”, “In vergelijking met mensen van je leeftijd, hoe vaak neem je deel aan sociale activiteiten?” en “Heb je iemand met wie je persoonlijke en intieme zaken kan bespreken?” (Arpino & de Valk, 2017). Uit dit onderzoek, waarbij moet toegevoegd worden dat de migrantenpopulatie in dit onderzoek voornamelijk uit migranten met Europese origine bestond, bleek dat de tevredenheid over het leven significant minder was bij migranten in vergelijking met de autochtone populatie. De eerstegeneratiemigranten gaven ook aan significant minder tevreden te zijn met hun leven dan de tweedegeneratiemigranten.

Ander onderzoek toonde de invloed van sociale steun op zelfgerapporteerde gezondheid aan bij Latijns-Amerikaanse migranten in Spanje (Salinero-Fort et al., 2011). Vier dimensies van sociale steun werden bevraagd: emotionele steun (het hebben van mensen in de omgeving die empathisch zijn, iemand bij wie men gevoelens kan uiten,...); positieve sociale interactie (iemand om plezier mee te maken); affectieve steun (iemand die aangeeft u graag te zien) en instrumentele steun (praktische of materiële ondersteuning indien nodig). Uit de resultaten van die onderzoek bleek dat migranten significant minder vaak aangaven voldoende sociale steun te ervaren (79% van de migranten tegenover 94% van de autochtone respondenten). Migrant bleken ook een kleiner sociaal netwerk te hebben. De aanwezigheid van een sociaal netwerk bleek significant gelinkt aan migratie-achtergrond, gender en inkomen. Migrant, mannen en mensen met een laag inkomen bleken minder sociale steun te ervaren (Salinero-Fort et al., 2011).

Uit onze analyses werd duidelijk dat alvast de groep migranten van niet-westerse origine significant minder sociale steun ervaren dan niet-migranten, zelfs na controle voor opleiding, inkomen, leeftijd en geslacht. Verder onderzoek, meer toegespitst op deze groep eerstegeneratiemigranten, kan een verklaring geven waarom zij dit zo ervaren. Heeft het te maken met een gevoel ontheemd te zijn?

Een gebrek aan “thuisvoelen” en belonging? Welke rol speelt de aan- of afwezigheid van familie hierin?

4.4 Levensstijl

Vervolgens besteedden we ook aandacht aan factoren die ons iets vertellen over de levensstijl en het gezondheidsgedrag van de participanten. Hiervoor gaan we in op het rookgedrag en het alcoholgebruik van participanten en de mate waarin men aan lichaamsbeweging doet. Vervolgens gingen we ook na in welke mate respondenten binnen bepaalde leeftijdscategorieën aan borstkanker-, baarmoederhalskanker- en colonkankerscreening deelnamen.

4.4.1 Roken

Wat betreft roken focusten we ons op 3 parameters. In de vragenlijst werd eerst een screeningsvraag voorgelegd, namelijk of de respondent ooit 100 sigaretten had gerookt. Aan alle respondenten die aangaven dat ze nooit gerookt hadden, werden alle volgende vragen i.v.m. roken niet meer voorgelegd. Om echter een beeld op niveau van de ganse populatie te behouden en niet enkel uitspraken te doen binnen de groep van mensen die ooit 100 sigaretten gerookt hebben, hebben we de mensen die nooit 100 sigaretten rookten in verdere analyses omtrent roken expliciet als ‘niet-rokers’ geklasseerd i.p.v. hen uit te sluiten voor de verdere analyses. Om specifiek te focussen op mensen die door het roken mogelijks gezondheidsrisico’s lopen/liepen, gingen we na of men **ooit dagelijks rookte**⁵⁸, ‘ja’ of ‘neen’ (referentiecategorie). Daarnaast gingen we ook na of men **vandaag de dag dagelijks rookt**⁵⁹, ‘ja’ of ‘neen’ (referentiecategorie). Tot slot werd de **blootstelling aan passief roken**⁶⁰ nagegaan door de respondenten te vragen hoe vaak ze binnenshuis (d.i. thuis, op de werkplaats of op openbare plaatsen (cafés, restaurants, ...)) blootgesteld worden aan tabaksrook. Respondenten konden hierbij antwoorden met ‘nooit of bijna nooit’, ‘minder dan 1 uur per dag’, ‘1 tot 5 uur per dag’, of ‘meer dan 5 uur per dag’. ‘Nooit of bijna nooit’ werd vervolgend gehercodeerd naar ‘neen’ (referentiecategorie), de andere antwoordmogelijkheden naar ‘ja’.

4.4.1.1 Ooit dagelijks gerookt

A. België

→ Beschrijvende analyses op niveau van de Belgische steekproef

Binnen de Belgische steekproef weten we van 6454 respondenten of ze ooit 100 sigaretten hebben gerookt. Bij 43,9% van hen was dit het geval. Dit aantal komt sterk overeen met de van wie we weten of ze ooit dagelijks hebben gerookt (n=6437). 39,8% van hen heeft ooit dagelijks gerookt.

→ Analyse volgens geslacht en leeftijd

Mannen zijn veel vaker dan vrouwen ooit dagelijkse rokers (geweest) (47,9%) dan vrouwen (32,4%). Dit verschil is significant ($p < 0,001$) en blijft ook zo na controle voor de andere sociodemografische

⁵⁸ We baseerden ons hiervoor op de variabele TA04 uit de HIS databank.

⁵⁹ We baseerden ons hiervoor op de variabele TA06 uit de HIS databank.

⁶⁰ We baseerden ons hiervoor op de variabele TA19 uit de HIS databank.

variabelen ($p < 0,001$). Wat betreft leeftijd merken we op dat het percentage respondenten dat ooit dagelijks heeft gerookt, toeneemt met de leeftijd tot de leeftijdsgroep van 45-64 jaar om daarna opnieuw af te nemen in de groep van 65+ jarigen. Het verband tussen leeftijd en ooit gerookt hebben is significant ($p < 0,001$), ook na controle voor andere sociodemografische variabelen ($p = 0,002$).

→ Analyse volgens opleiding en inkomen

Wat opleiding en inkomen betreft, is er voor het ooit dagelijks gerookt hebben geen duidelijke sociale gradiënt. Bij zowel opleiding als inkomen zien we dat de middengroep de grootste proportie respondenten bevat die ooit dagelijks hebben gerookt (46,8% bij de gemiddeld opgeleiden en 44,1% bij de respondenten met een gemiddeld inkomen). Zowel het verband tussen opleiding en ooit dagelijks gerookt hebben als het verband tussen inkomen en ooit dagelijks gerookt hebben, zijn significant (beide $p < 0,001$). Na controle voor de andere sociodemografische variabelen, blijken hoogopgeleiden en ook mensen met een hoog inkomen significant minder kans hebben om ooit dagelijks gerookt te hebben dan respectievelijk laagopgeleiden ($OR = 0,653$; $p < 0,001$) en mensen met een laag inkomen ($OR = 0,851$; $p = 0,031$).

→ Analyse volgens migratie-achtergrond

Wanneer we kijken naar de migratie-achtergrond van de participanten, vallen twee zaken op. Tweedegeneratiemigranten met een westerse achtergrond blijken het vaakst ooit dagelijks gerookt te hebben (43,8%), terwijl zowel eerste- als tweedegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond net minder vaak ooit dagelijkse rokers blijken (respectievelijk 29,2% en 34,6%). Na controle voor de andere sociodemografische variabelen, blijken enkel nog de eerstegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond minder vaak ooit dagelijkse rokers vergeleken met de niet-migranten ($OR = 0,526$; $p < 0,001$). Verdere analyses tonen geen verschillen binnen deze groep naar opleidings- of inkomensniveau.

→ Analyse volgens regio

Wanneer we naar de verschillende regio's kijken, zien we dat er in Brussel minder respondenten zijn die ooit dagelijks gerookt hebben (36,1%) dan in Vlaanderen (40,5%) en Wallonië (41,1%) ($p = 0,006$). Na controle voor de andere variabelen vervalt echter het verband tussen regio en ooit dagelijks gerookt hebben.

Tabel 4.4-1. Percentage van de steekproef dat ooit dagelijks rookte (België)

		%	N	p
Geslacht	Man	47,9%	1470	<0,001*
	Vrouw	32,4%	1091	
Leeftijd	15-24	23,6%	160	<0,001*
	25-44	39,2%	807	
	45-64	47,1%	1055	
	65+	37,0%	539	
Opleiding	Laag	44,3%	748	<0,001*
	Gemiddeld	46,8%	890	
	Hoog	34,4%	751	
Inkomen	Laag	40,5%	763	0,001*
	Gemiddeld	44,1%	538	
	Hoog	37,7%	1026	
Migratie-achtergrond	Niet-migrant	41,0%	1950	<0,001*
	2 ^e gen migrant W	43,8%	186	
	1 ^e gen migrant W	40,2%	152	
	2 ^e gen migrant NW	34,6%	85	
	1 ^e gen migrant NW	29,2%	181	
Regio	Vlaanderen	40,5%	1001	0,006*
	Brussel	36,1%	493	
	Wallonië	41,1%	1067	

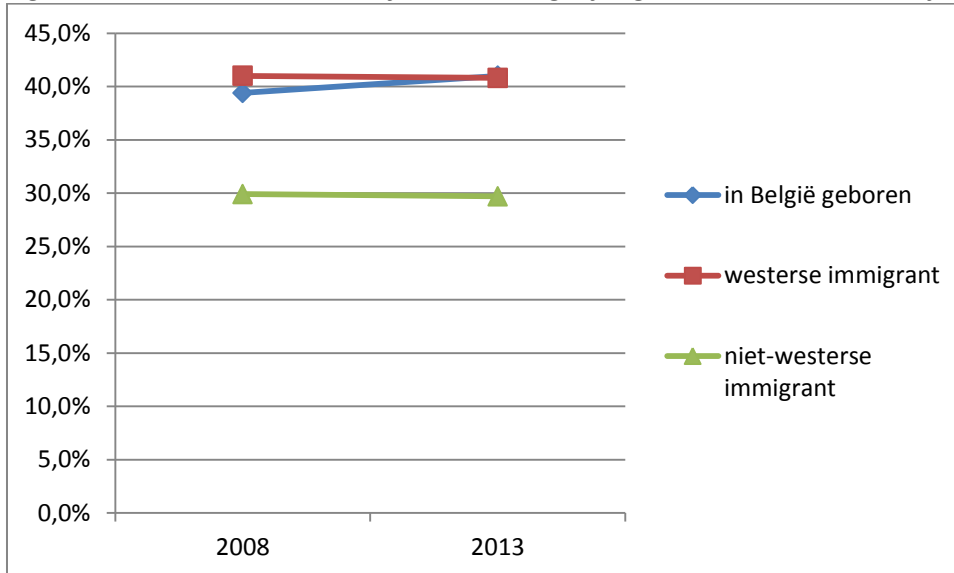
Tabel 4.4-2. Resultaten van de multivariate analyse betreffende het ooit dagelijks roken (België)

		EXP (B)	p
Geslacht	Man		
	Vrouw	0,504	<0,001*
Leeftijd		0,994	0,002*
Opleidingsniveau	Laag		
	Gemiddeld	1,038	0,625
	Hoog	0,653	<0,001*
Inkomen	Laag		
	Gemiddeld	1,068	0,427
	Hoog	0,851	0,031*
Migratie-achtergrond	Niet-migrant		
	2 ^e gen migrant W	1,011	0,927
	1 ^e gen migrant W	0,978	0,861
	2 ^e gen migrant NW	0,920	0,640
	1 ^e gen migrant NW	0,526	<0,001*
Regio	Vlaanderen		
	Brussel	1,047	0,597
	Wallonië	1,036	0,587

→ Evolutie in de tijd volgens migratie-achtergrond

Wat betreft het ooit dagelijks gerookt hebben, is er zeer weinig verschil tussen 2008 en 2013 bij alle gehanteerde migratiegroepen.

Figuur 4.4-1. Evolutie wat betreft het ooit dagelijks gerookt hebben over de jaren heen (België)



Legende

— : significant ($p < 0,05$)

---- : niet significant ($p > 0,05$)

B. Vlaanderen

→ Beschrijvende analyses op niveau van de Vlaamse steekproef

Binnen de Vlaamse steekproef gaven 2474 respondenten aan of ze ooit dagelijks hebben gerookt. Bij 40,5% van hen was dit het geval.

→ Analyse volgens geslacht en leeftijd

Ook binnen de Vlaamse steekproef zijn er veel meer mannelijke participanten (49,5%) die ooit dagelijks hebben gerookt dan vrouwelijke participanten (32%). Dit verschil is significant ($p < 0,001$). Daarnaast zien we dezelfde trend wat leeftijd betreft binnen de Vlaamse steekproef als in de Belgische steekproef: er is toename aan participanten die ooit gerookt hebben tot de leeftijdscategorie van 45-64 jaar (van 25,1% bij de 15-24 jarigen tot 47,9% bij de 45-64 jarigen), om nadien af te nemen in de leeftijdscategorie 65+ (37%) ($p < 0,001$).

→ Analyse volgens opleiding en inkomen

We zien opnieuw dat zowel voor opleiding als voor inkomen, beide middengroepen procentueel het meeste ooit dagelijkse rokers bevatten in vergelijking met de anders-opgeleiden en de participanten met een ander inkomen (respectievelijk 47,8% en 47,1%). Zowel het verband tussen opleiding en ooit gerookt hebben, als het verband tussen inkomen en ooit gerookt hebben zijn significant (respectievelijk $p < 0,001$ en $p = 0,004$).

→ Analyse volgens migratie-achtergrond

Ten slotte blijken ook binnen de Vlaamse steekproef de eerstegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond de groep te zijn die proportioneel het minste participanten bevat die ooit dagelijks hebben gerookt (27,8%). Het verband tussen migratie-achtergrond en ooit gerookt hebben is significant ($p=0,008$).

Tabel 4.4-3. Percentage van de steekproef dat ooit dagelijks rookte (Vlaanderen)

		%	N	p
Geslacht	Man	49,5%	594	<0,001*
	Vrouw	32,0%	407	
Leeftijd	15-24	25,1%	60	<0,001*
	25-44	40,4%	310	
	45-64	47,9%	416	
	65+	35,9%	215	
Opleiding	Laag	44,5%	293	<0,001*
	Gemiddeld	47,8%	402	
	Hoog	33,1%	254	
Inkomen	Laag	38,7%	241	0,004*
	Gemiddeld	47,1%	228	
	Hoog	38,9%	462	
Migratie-achtergrond	Niet-migrant	40,9%	887	0,008*
	1 ^e gen migrant NW	27,8%	35	
	Andere migrant	44,1%	78	

4.4.1.2 Heden dagelijkse roker

A. België

→ Beschrijvende analyses op niveau van de Belgische steekproef

Van 6442 respondenten in de Belgische steekproef weten we of ze op heden een dagelijkse roker zijn. 19% van de respondenten gaven aan dagelijks te roken.

→ Analyse volgens geslacht en leeftijd

Opnieuw zijn er proportioneel meer mannen (21,7%) dan vrouwen (16,5%) die dagelijks roken. Dit verschil is significant ($p<0,001$). Ook na controle voor de andere sociodemografische variabelen blijft dit verband bestaan ($OR=0,686$; $p<0,001$). Wat betreft de leeftijd, valt opnieuw op dat er binnen de leeftijdscategorie 65+ proportioneel het minst dagelijkse rokers zijn (9,7%). Het verband tussen leeftijd en dagelijks roken is significant ($p<0,001$). Dit verband blijft significant na controle voor de andere sociodemografische variabelen ($p<0,001$).

→ Analyse volgens opleiding en inkomen

Dagelijks roken blijkt significant gerelateerd aan opleiding en inkomen. Hoogopgeleiden zijn beduidend minder vaak dagelijkse rokers (11,1%) in vergelijking met laag- en gemiddeld opgeleiden (respectievelijk 24,2% en 25%) ($p<0,001$). Na controle voor de andere sociodemografische variabelen hebben hoogopgeleiden en ook gemiddeld opgeleiden nog steeds minder kans om een dagelijks

roker te zijn dan laagopgeleiden (respectievelijk $OR=0,345$; $p<0,001$ en $OR=0,838$; $p<0,001$). Wat betreft inkomen zien we dat hoe hoger het inkomen, hoe minder vaak men een dagelijkse roker is (gaande van 24,2% tot 15,2%; $p<0,001$). Na controle voor de andere sociodemografische variabelen blijft dit verband bestaan: mensen met een gemiddeld inkomen en deze met een hoog inkomen hebben minder kans om een dagelijkse roker te zijn dan respondenten met een laag inkomen (respectievelijk $OR=0,740$; $p=0,002$ en $OR=0,585$; $p<0,001$).

→ Analyse volgens migratie-achtergrond

Het verband tussen dagelijks roken en migratiestatus is significant ($p=0,045$). De eerstegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond blijken minder vaak dagelijkse rokers (15,5%) te zijn, tweedegeneratiemigranten (met zowel westerse als niet-westerse achtergrond) dan weer vaker (22,8% en 21,1%) dan niet-migranten (18,9%). Na controle voor de andere sociodemografische variabelen blijken enkel de eerstegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond beduidend minder vaak dagelijks te roken dan niet-migranten ($OR=0,480$; $p<0,001$). Binnen deze migrantengroep zijn er geen significante verschillen als we opleidingsniveau of inkomensniveau in rekening brengen.

→ Analyse volgens regio

Waalse respondenten (21,5%) blijken beduidend vaker dagelijkse rokers te zijn dan de Vlaamse (17,9%) en Brusselse respondenten (16,3%) ($p<0,001$). Na controle voor de andere sociodemografische variabelen blijken Waalse respondenten nog steeds vaker dagelijkse rokers dan Vlaamse respondenten ($OR=1,204$, $p=0,024$).

Tabel 4.4-4. Percentage van de steekproef dat op heden dagelijks rookt (België)

		%	N	p
Geslacht	Man	21,7%	669	<0,001*
	Vrouw	16,5%	555	
Leeftijd	15-24	16,8%	114	<0,001*
	25-44	22,2%	457	
	45-64	22,8%	511	
	65+	9,7%	142	
Opleiding	Laag	24,2%	410	<0,001*
	Gemiddeld	25,0%	476	
	Hoog	11,1%	243	
Inkomen	Laag	24,2%	458	<0,001*
	Gemiddeld	20,4%	249	
	Hoog	15,2%	414	
Migratie-achtergrond	Niet-migrant	18,9%	900	0,045*
	2 ^e gen migrant W	22,8%	97	
	1 ^e gen migrant W	19,3%	73	
	2 ^e gen migrant NW	21,1%	52	
	1 ^e gen migrant NW	15,5%	96	
Regio	Vlaanderen	17,9%	443	<0,001*
	Brussel	16,3%	223	
	Wallonië	21,5%	558	

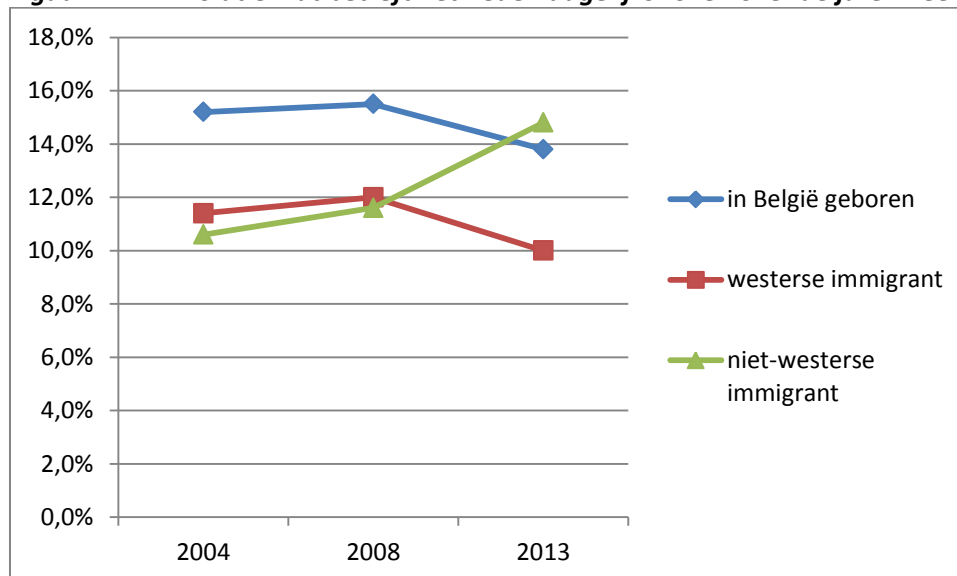
Tabel 4.4-5. Resultaten van de multivariate analyse betreffende het heden dagelijks roken (België)

		EXP (B)	p
Geslacht	Man		
	Vrouw	0,686	<0,001*
Leeftijd		0,972	<0,001*
Opleidings-niveau	Laag		
	Gemiddeld	0,838	0,047*
	Hoog	0,345	<0,001*
Inkomen	Laag		
	Gemiddeld	0,740	0,002*
	Hoog	0,585	<0,001*
Migratie-achtergrond	Niet-migrant		
	2 ^e gen migrant W	0,959	0,763
	1 ^e gen migrant W	1,011	0,944
	2 ^e gen migrant NW	0,924	0,709
	1 ^e gen migrant NW	0,480	<0,001*
Regio	Vlaanderen		
	Brussel	1,149	0,221
	Wallonië	1,204	0,024*

→ Evolutie in de tijd volgens migratie-achtergrond

Tussen 2008 en 2013 is er een merkbare daling in de proportie mensen die heden dagelijks roken zowel bij de participanten die in België zijn geboren ($p < 0,001$) als bij de westerse immigranten ($p = 0,045$). Bij de niet-westerse immigranten is er in dezelfde periode een significante stijging van de proportie dagelijkse rokers ($p = 0,047$).

Figuur 4.4-2. Evolutie wat betreft het heden dagelijks roken over de jaren heen (België)



Legende

— : significant ($p < 0,05$)

---- : niet significant ($p > 0,05$)

B. Vlaanderen

→ Beschrijvende analyses op niveau van de Vlaamse steekproef

Binnen de Vlaamse steekproef gaven 2475 respondenten aan of ze al dan niet een dagelijks roker zijn. Bij 17,9% van hen is dat het geval.

→ Analyse volgens geslacht en leeftijd

Ook in Vlaanderen zijn de mannelijke respondenten (20,6%) vaker dagelijks roker dan de vrouwelijke respondenten (15,3%) ($p=0,001$). Net als in de Belgische steekproef, valt opnieuw op dat er binnen de leeftijdscategorie 65+ proportioneel het minst dagelijkse rokers zijn (9,5%). Het verband tussen leeftijd en dagelijks roken is significant ($p<0,001$).

→ Analyse volgens opleiding en inkomen

Hoogopgeleide Vlaamse respondenten zijn minder vaak dagelijkse rokers (8,6%) dan de laag- en gemiddeld opgeleiden (respectievelijk 22,8% en 23,5%) ($p<0,001$). Zo ook zijn Vlaamse respondenten met een hoog inkomen (15,5%) minder vaak dagelijkse roker dan de respondenten met een laag en gemiddeld inkomen (respectievelijk 20% en 20,7%) ($p=0,009$).

→ Analyse volgens migratie-achtergrond

Wat betreft migratie-achtergrond is er binnen de Vlaamse steekproef geen significante relatie met op heden dagelijks roken.

Tabel 4.4-6. Percentage van de steekproef dat op heden dagelijks rookt (Vlaanderen)

		%	N	p
Geslacht	Man	20,6%	248	0,001*
	Vrouw	15,3%	195	
Leeftijd	15-24	17,6%	42	<0,001*
	25-44	19,8%	152	
	45-64	22,1%	192	
	65+	9,5%	57	
Opleiding	Laag	22,8%	150	<0,001*
	Gemiddeld	23,5%	198	
	Hoog	8,6%	66	
Inkomen	Laag	20,0%	125	0,009*
	Gemiddeld	20,7%	100	
	Hoog	15,5%	184	
Migratie-achtergrond	Niet-migrant	17,3%	376	0,080
	1 ^e gen migrant NW	19,0%	24	
	Andere migrant	24,0%	42	

4.4.1.3 *Passief roken*

A. België

→ Beschrijvende analyses op niveau van de Belgische steekproef

6084 participanten binnen Belgische steekproef gaven aan of ze al dan niet worden blootgesteld aan passief roken. Bij 24,8% van hen is dit het geval.

→ Analyse volgens geslacht en leeftijd

Vrouwen (22,9%) blijken significant minder vaak blootgesteld te worden aan passief roken dan mannen (26,8%) ($p < 0,001$). Dit blijft ook zo na controle voor de andere sociodemografische variabelen ($OR = 0,833$; $p = 0,008$). Als we kijken naar de leeftijd, zien we dat de jongste participanten (15-24 jaar) het vaakst (37,2%) worden blootgesteld aan passief roken en de oudste participanten (65+ jaar) het minst vaak (15,9%). Het verband tussen leeftijd en passief roken is significant ($p < 0,001$) en blijft dat na controle voor de andere sociodemografische variabelen, al is het verschil in kans met toenemende leeftijd erg beperkt ($OR = 0,976$; $p < 0,001$).

→ Analyse volgens opleiding en inkomen

Mensen die hoogopgeleid zijn (14,8%) en mensen met een hoog inkomen (20,7%) hebben het minst te lijden onder passief roken. Bovendien blijft het verschil tussen hoogopgeleiden en laagopgeleiden enerzijds en het verschil tussen respondenten met een hoog inkomen en respondenten met een laag inkomen anderzijds significant na controle voor de andere sociodemografische variabelen (beide $p < 0,001$).

→ Analyse volgens migratie-achtergrond

Er is geen duidelijk verband tussen migratie-achtergrond en het blootgesteld worden aan passief roken. Na controle voor de andere sociodemografische variabelen blijken de eerstegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond wel significant minder vaak blootgesteld te worden aan passief roken dan de niet-migranten ($OR = 0,648$; $p = 0,001$). Gaan we dieper in op deze groep migranten, dan zien we dat binnen deze groep de respondenten die hoog opgeleid zijn toch weer vaker worden blootgesteld worden aan passief roken dan de laagopgeleiden binnen deze groep ($OR = 2,023$; $p = 0,018$). Wat betreft inkomen, zijn er binnen deze groep geen significante verschillen in de blootstelling aan passief roken.

→ Analyse volgens regio

Waalse respondenten worden significant vaker blootgesteld aan passief roken in vergelijking met Vlaamse (22,9%) en Brusselse respondenten (23%) ($p < 0,001$). Na controle voor de andere sociodemografische variabelen, blijken naast de Brusselse respondenten ook de Waalse respondenten significant vaker te worden blootgesteld aan passief roken in vergelijking met de Vlaamse respondenten (respectievelijk $OR = 1,315$; $p = 0,010$ en $OR = 1,250$; $p = 0,005$).

Tabel 4.4-7. Percentage van de steekproef dat blootgesteld wordt aan passief roken (België)

		%	N	p
Geslacht	Man	26,8%	780	<0,001*
	Vrouw	22,9%	728	
Leeftijd	15-24	37,2%	248	<0,001*
	25-44	25,9%	512	
	45-64	25,4%	536	
	65+	15,9%	212	
Opleiding	Laag	28,4%	435	<0,001*
	Gemiddeld	30,9%	549	
	Hoog	14,8%	314	
Inkomen	Laag	30,8%	532	<0,001*
	Gemiddeld	26,6%	306	
	Hoog	20,7%	546	
Migratie-achtergrond	Niet-migrant	24,4%	1102	0,401
	2 ^e gen migrant W	28,0%	113	
	1 ^e gen migrant W	23,4%	82	
	2 ^e gen migrant NW	27,7%	65	
	1 ^e gen migrant NW	25,2%	143	
Regio	Vlaanderen	22,9%	541	<0,001*
	Brussel	23,0%	294	
	Wallonië	27,5%	673	

Tabel 4.4-8. Resultaten van de multivariate analyse betreffende blootgesteld zijn aan passief roken (België)

		EXP (B)	p
Geslacht	Man		
	Vrouw	0,833	0,008*
Leeftijd		0,976	<0,001*
Opleidingsniveau	Laag		
	Gemiddeld	0,918	0,323
	Hoog	0,367	<0,001*
Inkomen	Laag		
	Gemiddeld	0,832	0,054
	Hoog	0,663	<0,001*
Migratie-achtergrond	Niet-migrant		
	2 ^e gen migrant W	0,971	0,827
	1 ^e gen migrant W	0,961	0,798
	2 ^e gen migrant NW	0,873	0,513
	1 ^e gen migrant NW	0,648	0,001*
Regio	Vlaanderen		
	Brussel	1,315	0,010*
	Wallonië	1,250	0,005*

→ Evolutie in de tijd volgens migratie-achtergrond

De variabele passief roken werd pas sinds 2013 bevestigd op individueel niveau waardoor we geen evolutie hiervoor kunnen weergeven.

B. Vlaanderen

→ Beschrijvende analyses op niveau van de Vlaamse steekproef

2359 Vlaamse respondenten gaven aan of ze blootgesteld worden aan passief roken. Bij 22,9% van hen is dit het geval.

→ Analyse volgens geslacht en leeftijd

Binnen de Vlaamse steekproef is er geen significant verschil tussen mannen en vrouwen wat betreft het blootgesteld worden aan passief roken. Wat betreft leeftijd zien we opnieuw dat de jongste participanten (15-24 jaar) het vaakst worden blootgesteld aan passief roken (36,3%) en de oudste participanten (65+ jaar) het minst vaak (15,6%). Het verband tussen leeftijd en passief roken is eveneens significant ($p < 0,001$)

→ Analyse volgens opleiding en inkomen

Ook in de Vlaamse steekproef valt het op dat mensen die hoogopgeleid zijn en mensen met een hoog inkomen het minst vaak worden blootgesteld aan passief roken (respectievelijk 12,7% en 20,6%). Het verband tussen opleidingsniveau en passief roken is significant ($p < 0,001$), alsook dat tussen inkomen en passief roken ($p = 0,028$).

→ Analyse volgens migratie-achtergrond

Ook binnen de Vlaamse steekproef is er geen duidelijk verband tussen migratie-achtergrond en het blootgesteld worden aan passief roken.

Tabel 4.4-9. Percentage van de steekproef dat blootgesteld wordt aan passief roken (Vlaanderen)

		%	N	p
Geslacht	Man	24,3%	279	0,113
	Vrouw	21,6%	262	
Leeftijd	15-24	36,3%	86	<0,001*
	25-44	21,9%	163	
	45-64	24,9%	206	
	65+	15,6%	86	
Opleiding	Laag	25,8%	157	<0,001*
	Gemiddeld	27,7%	218	
	Hoog	12,7%	97	
Inkomen	Laag	24,6%	143	0,028*
	Gemiddeld	26,2%	119	
	Hoog	20,6%	238	
Migratie-achtergrond	Niet-migrant	22,6%	468	0,178
	1 ^e gen migrant NW	21,0%	25	
	Andere migrant	28,7%	47	

4.4.2 Alcoholgebruik

Ook het alcoholgebruik van de respondenten werd bevraagd. Ook hier werd een screeningsvraag gehanteerd: respondenten die aangaven dat ze nooit/nauwelijks alcohol hadden gedronken in hun leven, kregen geen verdere vragen over alcohol voorgelegd. Bij de volgende analyses werden deze respondenten wel opnieuw bij de groep gerekend en gecategoriseerd bij de mensen die geen (overmatig) alcoholgebruik vertoonden.

Op basis van een aantal vragen over de hoeveelheid en de frequentie waarmee men alcohol consumeert, werd een variabele geconstrueerd die aangeeft of een participant **overmatig alcoholgebruik**⁶¹ vertoont ('overmatig alcoholgebruik') of niet ('geen of matig alcoholgebruik'). De laatste is hierbij de referentiecategorie. Voor het bepalen van de drempel voor overmatig alcoholgebruik baseerde het WIV zich op de in 2013 geldende richtlijnen i.v.m. alcoholgebruik: >21 alcoholconsumpties per week voor mannen en >14 alcoholconsumpties per week voor vrouwen. Indien men zich zou baseren op de huidig geldende richtlijnen (>10 alcoholconsumpties per week voor mannen én vrouwen), zou het aantal respondenten dat wordt ingedeeld bij 'overmatig alcoholgebruik' groter zijn. Naast overmatig alcoholgebruik, gebruikten we nog 2 andere variabelen rond alcoholgebruik. Dit gaat enerzijds om de variabele die aangeeft of respondenten ooit het **gevoel hebben gehad te moeten minderen met alcohol**. Dit werd bevraagd aan de hand van de vraag: 'Hebt u ooit het gevoel gehad te moeten minderen met drinken'. Deze vraag kon met 'ja' of 'neen' (referentiecategorie)⁶² beantwoord worden. Anderzijds gebruikten we een variabele die iets van het fenomeen van **'bingedrinking'** in kaart brengt. Bingedrinking verwijst naar het consumeren van 6 of meer glazen alcohol tijdens één gelegenheid. Dit werd bevraagd aan de hand van de vraag: 'Hoe vaak hebt u de afgelopen 12 maanden 6 of meer glazen alcohol gedronken bij eenzelfde gelegenheid?'. De antwoordmogelijkheden waren: 'elke dag of bijna dagelijks', '5-6 dagen per week', '3-4 dagen per week', '1-2 dagen per week', '2-3 dagen in een maand', '1 dag per maand', 'minder dan 1 dag per maand', 'niet in de afgelopen 12 maanden' of 'nooit in heel mijn leven'. Deze antwoordmogelijkheden werden gehercategoriseerd naar 'maandelijks of vaker bingedrinking' en 'minder dan maandelijks bingedrinking' (referentiecategorie)⁶³.

4.4.2.1 Overmatig alcoholgebruik

A. België

→ Beschrijvende analyses op niveau van de Belgische steekproef

Van 5990 participanten in de Belgische steekproef weten we door het aangeven van het aantal alcoholconsumpties per week of er overmatig alcoholgebruik is of niet. Bij 7% van hen is dit het geval.

→ Analyse volgens geslacht en leeftijd

Binnen de Belgische steekproef zijn het eerder de mannelijke participanten die overmatig alcoholgebruik vertonen (9,1% mannen versus 5,1% vrouwen). Dit verschil is significant ($p < 0,001$) en blijft dat ook na controle voor de andere sociodemografische variabelen ($p < 0,001$). Wat betreft leeftijd zien we dat er binnen de groep van 45-64 jarigen het meest participanten zijn waarbij er

⁶¹ We gebruikten hiervoor de indicator AL05_4B uit de HIS databank.

⁶² We gebruikten hiervoor de variabele AL09 uit de HIS databank.

⁶³ We baseerden ons hiervoor op de indicator AL06_1 uit de HIS databank.

sprake is van overmatig alcoholgebruik (9,8%). De groep van 25-44 jarigen vertoont dan weer het minste overmatig alcoholgebruik (3,9%). Het verband tussen leeftijd en overmatig alcoholgebruik is significant ($p < 0,001$), ook na controle voor de andere sociodemografische variabelen ($p = 0,002$).

→ Analyse volgens opleiding en inkomen

Er is geen duidelijk verband tussen opleiding en inkomen wat betreft overmatig alcoholgebruik. Na controle voor de andere sociodemografische variabelen blijken enkel gemiddeld opgeleiden significant vaker overmatig alcoholgebruik te vertonen in vergelijking met de laagopgeleiden ($OR = 1,400$; $p = 0,026$).

→ Analyse volgens migratie-achtergrond

Wat betreft migratie-achtergrond valt op dat de eerstegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond het minst vaak overmatig alcoholgebruik vertonen (2,6%). Bij de tweedegeneratiemigranten met een westerse achtergrond is dit het vaakst het geval (9,3%). Het verband is significant ($p < 0,001$). Toch dienen we door de kleine aantallen in bepaalde subgroepen dit resultaat met enige voorzichtigheid te benaderen. Na controle voor de andere sociodemografische variabelen, zien we dat de eerstegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond nog steeds significant minder vaak overmatig alcoholgedrag vertonen dan de niet-migranten ($OR = 0,314$; $p < 0,001$). Binnen deze migrantengroep zijn er geen significante verschillen als we opleidingsniveau of inkomensniveau in rekening brengen.

→ Analyse volgens regio

Er is geen significant verband tussen regio en overmatig alcoholgebruik. Na controle voor de andere sociodemografische variabelen zien we echter wel dat participanten uit Brussel en Wallonië significant vaker overmatig alcoholgebruik vertonen dan de Vlaamse participanten (respectievelijk $OR = 1,678$; $p = 0,001$ en $OR = 1,293$; $p = 0,045$).

Tabel 4.4-10. Percentage van de steekproef met overmatig alcoholgebruik (België)

		%	n	p
Geslacht	Man	9,1%	258	<0,001*
	Vrouw	5,1%	162	
Leeftijd	15-24	5,8%	34	<0,001*
	25-44	3,9%	76	
	45-64	9,8%	208	
	65+	7,5%	102	
Opleiding	Laag	6,4%	99	0,245
	Gemiddeld	8,0%	142	
	Hoog	7,2%	150	
Inkomen	Laag	6,1%	105	0,158
	Gemiddeld	7,5%	86	
	Hoog	7,6%	195	
Migratie-achtergrond	Niet-migrant	7,4%	330	<0,001*
	2 ^e gen migrant W	9,3%	38	
	1 ^e gen migrant W	7,7%	27	
	2 ^e gen migrant NW	4,8%	10	
	1 ^e gen migrant NW	2,6%	14	
Regio	Vlaanderen	6,2%	144	0,124
	Brussel	7,8%	98	
	Wallonië	7,4%	178	

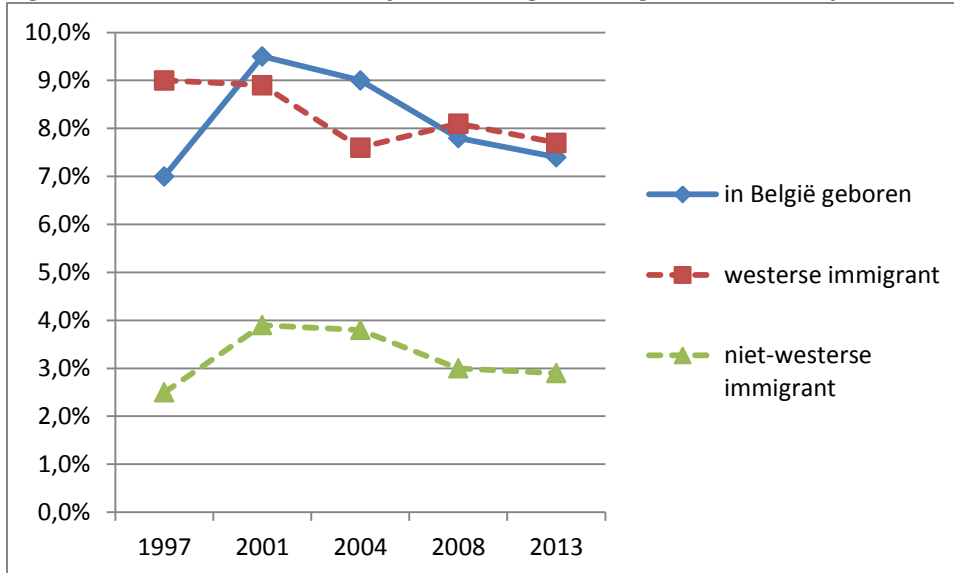
Tabel 4.4-11. Resultaten van de multivariate analyse betreffende overmatig alcoholgebruik (België)

		EXP (B)	p
Geslacht	Man		
	Vrouw	0,524	<0,001*
Leeftijd		1,011	0,002*
Opleidingsniveau	Laag		
	Gemiddeld	1,400	0,026*
	Hoog	1,327	0,077
Inkomen	Laag		
	Gemiddeld	1,029	0,861
	Hoog	1,004	0,979
Migratie-achtergrond	Niet-migrant		
	2 ^e gen migrant W	1,315	0,151
	1 ^e gen migrant W	0,940	0,790
	2 ^e gen migrant NW	0,648	0,281
	1 ^e gen migrant NW	0,314	<0,001*
Regio	Vlaanderen		
	Brussel	1,678	0,001*
	Wallonië	1,293	0,045*

→ Evolutie in de tijd volgens migratie-achtergrond

Enkel bij de participanten die in België zijn geboren is er een significant verband tussen de tijd en overmatig alcoholgebruik ($p < 0,001$). Na een stijging tussen 1997 en 2001, lijkt er zich een daling ingezet te hebben wat betreft overmatig alcoholgebruik over de daaropvolgende jaren (echter niet tot op het cijfer van 1997).

Figuur 4.4-3. Evolutie wat betreft overmatig alcoholgebruik over de jaren heen (België)



Legende

— : significant ($p < 0,05$)

---- : niet significant ($p > 0,05$)

B. Vlaanderen

→ Beschrijvende analyses op niveau van de Vlaamse steekproef

Van 2330 Vlaamse participanten weten we of ze overmatig alcoholgebruik vertonen. Bij 6,2% van hen was dit het geval.

→ Analyse volgens geslacht en leeftijd

Ook in de Vlaamse steekproef zijn er meer mannelijke participanten met overmatig alcoholgebruik (8,5%) dan vrouwelijke participanten (4%) ($p < 0,001$). Ook wat de leeftijd betreft, zien we dezelfde trend als in de Belgische steekproef: in de groep 45-64 jarigen komt overmatig alcoholgebruik het vaakst voor (9,7%) en in de groep 25-44 jarigen het minst vaak (2,4%). Het verband tussen leeftijd en overmatig alcoholgebruik is significant ($p < 0,001$).

→ Analyse volgens opleiding en inkomen

Opnieuw is er geen duidelijk verband tussen opleiding en inkomen wat betreft overmatig alcoholgebruik.

→ Analyse volgens migratie-achtergrond

Over het verband tussen migratie-achtergrond en alcoholgebruik binnen de Vlaamse steekproef doen we geen uitspraken gezien het uiterst klein aantal participanten in bepaalde subgroepen.

Tabel 4.4-12. Percentage van de steekproef met overmatig alcoholgebruik (Vlaanderen)

		%	n	p
Geslacht	Man	8,5%	96	<0,001*
	Vrouw	4,0%	48	
Leeftijd	15-24	7,5%	16	<0,001*
	25-44	2,4%	18	
	45-64	9,7%	80	
	65+	5,4%	30	
Opleiding	Laag	5,3%	32	0,571
	Gemiddeld	6,6%	53	
	Hoog	6,2%	46	
Inkomen	Laag	5,2%	29	0,297
	Gemiddeld	7,5%	35	
	Hoog	6,5%	74	
Migratie-achtergrond	Niet-migrant	6,5%	135	0,062
	1 ^e gen migrant NW	1,0%	1	
	Andere migrant	4,9%	8	

4.4.2.2 Ooit gedacht te moeten minderen met alcohol

A. België

→ Beschrijvende analyses op niveau van de Belgische steekproef

Van 5305 participanten binnen de Belgische steekproef weten we of ze ooit gedacht hebben te moeten minderen met alcohol. Bij 19,7% van hen was dit het geval.

→ Analyse volgens geslacht en leeftijd

Vrouwen geven significant minder vaak aan ooit gedacht hebben te moeten minderen met alcohol (14,6%) dan mannen (24,6%) ($p < 0,001$). Ook na controle voor de andere sociodemografische variabelen blijft dit verband bestaan ($OR = 0,459$; $p < 0,001$). Wat betreft leeftijd, blijkt de grote middengroep (zowel de 25-44 jarigen als de 45-64-jarigen) het vaakst aan minderen met alcohol te hebben gedacht (respectievelijk 21,5% en 22,9%). Het verband tussen leeftijd en de gedachte aan minderen met alcohol is significant ($p < 0,001$), ook na controle voor de andere sociodemografische variabelen ($p = 0,016$).

→ Analyse volgens opleiding en inkomen

Laagopgeleide participanten blijken het minst vaak aan te geven ooit gedacht te hebben om het alcoholgebruik te minderen (16,3%). Hoogopgeleiden blijken dit dan weer al het vaakst gedacht te hebben (23,2%). Het verband tussen opleiding en de gedachte te moeten minderen met alcohol is significant ($p < 0,001$). Na controle voor de andere sociodemografische variabelen blijken de hoogopgeleiden nog steeds vaker aan te geven ooit gedacht te hebben om te minderen met

alcoholgebruik in vergelijking met de laagopgeleiden (OR=1,406; p=0,002). Wat betreft inkomen is er geen significant verband met de gedachte te moeten minderen met alcoholgebruik, ook niet na controle voor de andere sociodemografische variabelen.

→ Analyse volgens migratie-achtergrond

Wat betreft migratiestatus geven migranten met een niet-westerse achtergrond (zowel eerste als tweede generatie) het vaakst aan ooit al gedacht te hebben om te minderen met alcohol (respectievelijk 25,8% en 26,7%). Het verband tussen migratiestatus en deze gedachte is significant (p=0,008). De multivariate analyses tonen aan dat deze verschillen echter verklaard kunnen worden door een verschillende sociodemografische samenstelling van deze groepen. Na controle voor de overige sociodemografische variabelen is er geen enkele subgroep binnen de participanten met een migratie-achtergrond die significant verschilt van de niet-migranten wat betreft de gedachte te moeten minderen met alcoholgebruik.

→ Analyse volgens regio

De Brusselse participanten lijken al het vaakst (26,9%) gedacht te hebben aan minderen met alcoholgebruik in vergelijking met de Vlaamse participanten (16,3%) en de Waalse participanten (19,3%). Het verband tussen regio en deze gedachte is significant (p<0,001). Ook na controle voor de andere sociodemografische variabelen, blijken Brusselse en Waalse participanten significant vaker deze gedachte reeds gehad te hebben dan Vlaamse participanten (respectievelijk OR=1,869; p<0,001 en OR=1,237; p=0,018).

Tabel 4.4-13. Percentage van de steekproef dat ooit gedacht heeft dat hij/zij zou moeten minderen met drinken (België)

		%	n	p
Geslacht	Man	24,6%	663	<0,001*
	Vrouw	14,6%	380	
Leeftijd	15-24	12,1%	62	<0,001*
	25-44	21,5%	370	
	45-64	22,9%	444	
	65+	14,8%	167	
Opleiding	Laag	16,3%	192	<0,001*
	Gemiddeld	19,0%	307	
	Hoog	23,2%	462	
Inkomen	Laag	18,0%	233	0,069
	Gemiddeld	19,5%	198	
	Hoog	21,1%	525	
Migratie-achtergrond	Niet-migrant	18,9%	784	0,008*
	2 ^e gen migrant W	19,2%	70	
	1 ^e gen migrant W	20,9%	68	
	2 ^e gen migrant NW	26,7%	39	
	1 ^e gen migrant NW	25,8%	79	
Regio	Vlaanderen	16,3%	339	<0,001*
	Brussel	26,9%	272	
	Wallonië	19,5%	432	

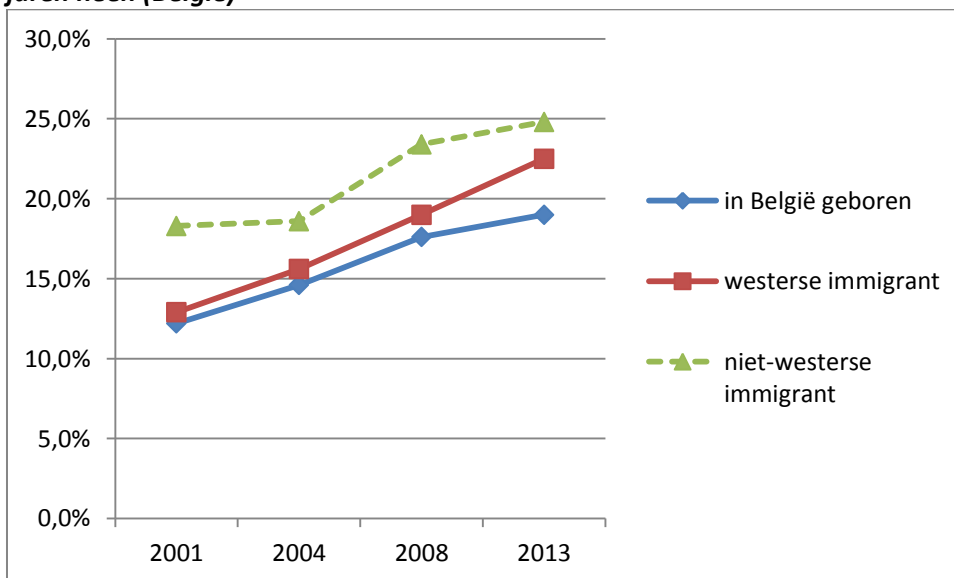
Tabel 4.4-14. Resultaten van de multivariate analyse betreffende het ooit overwogen hebben om te minderen met drinken (België)

		EXP (B)	p
Geslacht	Man		
	Vrouw	0,459	<0,001*
Leeftijd		0,994	0,016*
Opleidingsniveau	Laag		
	Gemiddeld	1,165	0,169
	Hoog	1,406	0,002*
Inkomen	Laag		
	Gemiddeld	1,099	0,422
	Hoog	1,111	0,305
Migratie-achtergrond	Niet-migrant		
	2 ^e gen migrant W	0,924	0,604
	1 ^e gen migrant W	0,725	0,063
	2 ^e gen migrant NW	0,904	0,687
	1 ^e gen migrant NW	0,996	0,981
Regio	Vlaanderen		
	Brussel	1,869	<0,001*
	Wallonië	1,237	0,018*

→ Evolutie in de tijd volgens migratie-achtergrond

Er is over de jaren heen een stijgende trend op te merken voor wat betreft het denken aan te moeten minderen met alcohol. Bij mensen die in België zijn geboren, alsook bij de westerse immigranten is deze stijging significant (respectievelijk $p < 0,001$ en $p = 0,002$).

Figuur 4.4-4. Evolutie wat betreft het ooit gedacht hebben te moeten minderen met alcohol over de jaren heen (België)



Legende

— : significant ($p < 0,05$)

---- : niet significant ($p > 0,05$)

B. Vlaanderen

→ Beschrijvende analyses op niveau van de Vlaamse steekproef

Binnen de Vlaamse steekproef beantwoordden 2083 respondenten de vraag of ze ooit gedacht hebben te moeten minderen met alcohol. 16,3% geeft aan dat dat het geval is.

→ Analyse volgens geslacht en leeftijd

Ook in de Vlaamse steekproef blijken de mannen veel vaker al gedacht te hebben te moeten minderen met alcohol dan vrouwen (22,5% versus 9,5%). Dit verschil is significant ($p < 0,001$). Qua leeftijd zien we opnieuw hetzelfde patroon: de grote middengroep (25-44 jarigen en 45-64 jarigen) blijkt al het vaakst ooit al gedacht te hebben aan minderen met alcoholgebruik (respectievelijk 18,2% en 19,1%). Het verband tussen leeftijd en deze gedachte is opnieuw significant ($p < 0,001$).

→ Analyse volgens opleiding en inkomen

Opnieuw zien we dat hoe hoger iemand geschoold is, hoe vaker men al heeft gedacht aan minderen met alcohol. Dit verband is significant ($p = 0,025$). Wat betreft inkomen, blijkt er ook in de Vlaamse steekproef geen significant verband met de gedachte te moeten minderen met alcohol.

→ Analyse volgens migratie-achtergrond

Binnen de Vlaamse steekproef is er geen duidelijk verband tussen migratie-achtergrond en het ooit gedacht hebben aan minderen met alcohol.

Tabel 4.4-15. Percentage van de steekproef dat ooit gedacht heeft te moeten minderen met alcohol (Vlaanderen)

		%	n	p
Geslacht	Man	22,5%	245	<0,001*
	Vrouw	9,5%	94	
Leeftijd	15-24	9,6%	19	<0,001*
	25-44	18,2%	122	
	45-64	19,1%	147	
	65+	11,5%	51	
Opleiding	Laag	13,2%	62	0,025*
	Gemiddeld	16,7%	122	
	Hoog	19,2%	137	
Inkomen	Laag	14,3%	64	0,216
	Gemiddeld	16,6%	69	
	Hoog	18,0%	195	
Migratie-achtergrond	Niet-migrant	16,0%	302	0,627
	1 ^e gen migrant NW	19,2%	10	
	Andere migrant	18,4%	26	

4.4.2.3 *Bingedrinking*

A. België

→ Beschrijvende analyses op niveau van de Belgische steekproef

5967 respondenten gaven aan of ze maandelijks of vaker aan bingedrinking doen. Dit is het geval voor 27,3% van de Belgische respondenten.

→ Analyse volgens geslacht en leeftijd

Mannelijke participanten doen veel vaker dan vrouwelijke participanten aan maandelijks of meer bingedrinking (36,9% tegenover 18,5%). Dit verschil is significant ($p < 0,001$) en blijft dat ook na controle voor de andere sociodemografische variabelen ($p < 0,001$). Wat leeftijd betreft, zien we dat hoe jonger de participanten zijn, hoe vaker ze maandelijks of meer aan bingedrinking doen (39,7% bij de 15-24 jarigen tegenover 17,1% bij de 65+ jarigen). Het verband tussen leeftijd en bingedrinking is significant ($p < 0,001$) en blijft dat ook na controle voor de andere variabelen ($p < 0,001$).

→ Analyse volgens opleiding en inkomen

Mensen die gemiddeld opgeleid zijn geven het vaakst aan maandelijks of meer aan bingedrinking te doen (31,7%). Laagopgeleiden geven het minst vaak aan maandelijks of meer aan bingedrinking te doen (22%). Het verband tussen opleidingsniveau en bingedrinking is significant ($p < 0,001$). Na controle voor de andere sociodemografische variabelen blijken gemiddeld opgeleiden nog steeds meer kans te vertonen op bingedrinking dan laagopgeleiden ($OR = 1,276$; $p = 0,008$). Wat betreft inkomen zien we dat participanten met een laag inkomen significant minder vaak maandelijks of meer aan bingedrinking doen (22,5%) dan participanten met een gemiddeld en een hoog inkomen (respectievelijk 29,9% en 29,4%) ($p < 0,001$). Uit de multivariate analyses blijkt echter dat deze verschillen wat betreft inkomen wellicht eerder te verklaren zijn door andere sociodemografische variabelen.

→ Analyse volgens migratie-achtergrond

Wanneer we de relatie tussen migratiestatus en bingedrinking bekijken, zien we dat niet-migranten het vaakst aan maandelijks of meer aan bingedrinking doen (29,2%). Migranten met een westerse achtergrond (zowel tweede als eerste generatie) doen dit wat minder vaak (26,9% en 23,4%); migranten met een niet-westerse achtergrond (zowel tweede als eerste generatie) doen dit nog minder vaak (20% en 16,3%). Dit verband is significant ($p < 0,001$) en deze verschillen blijven bestaan na controle voor de andere sociodemografische variabelen. Gaan we dieper in op deze verschillende migrantengroepen, dan zien we enkel een interactie-effect optreden tussen de groep eerstegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond en het opleidingsniveau. Binnen deze migrantengroep blijken de gemiddeld opgeleiden en de hoogopgeleiden toch weer wat vaker aan bingedrinking te doen in vergelijking met de laagopgeleiden binnen deze migrantengroep (respectievelijk $OR = 3,039$; $p = 0,004$ en $OR = 2,727$; $p = 0,012$)

→ Analyse volgens regio

In Wallonië lijkt men het vaakst maandelijks of meer aan bingedrinking te doen (28,5%), in Brussel het minst vaak (24,4%). Het verband tussen regio en bingedrinking is significant ($p = 0,030$). Na controle voor de overige sociodemografische variabelen, blijken deze verbanden er toch wat anders uit te zien. Na controle voor deze variabelen, blijken de Brusselse participanten significant vaker kans te hebben om maandelijks of meer aan bingedrinking te doen dan de Vlaamse participanten

(OR=1,363; p=0,003). Er is geen significant verschil meer wanneer we de Waalse respondenten vergelijken met de Vlaamse respondenten.

Tabel 4.4-16. Percentage van de steekproef dat maandelijks of meer aan bingedrinking doet (België)

		%	n	p
Geslacht	Man	36,9%	1050	<0,001*
	Vrouw	18,5%	577	
Leeftijd	15-24	39,7%	236	<0,001*
	25-44	31,4%	608	
	45-64	26,4%	557	
	65+	17,1%	226	
Opleiding	Laag	22,0%	335	<0,001*
	Gemiddeld	31,7%	562	
	Hoog	25,1%	524	
Inkomen	Laag	22,5%	384	<0,001*
	Gemiddeld	29,9%	337	
	Hoog	29,4%	758	
Migratie-achtergrond	Niet-migrant	29,2%	1301	<0,001*
	2 ^e gen migrant W	26,9%	108	
	1 ^e gen migrant W	23,4%	81	
	2 ^e gen migrant NW	20,0%	42	
	1 ^e gen migrant NW	16,3%	90	
Regio	Vlaanderen	27,5%	636	0,030*
	Brussel	24,4%	308	
	Wallonië	28,5%	683	

Tabel 4.4-17. Resultaten van de multivariate analyse betreffende bingedrinking (België)

		EXP (B)	p
Geslacht	Man		
	Vrouw	0,347	<0,001*
Leeftijd		0,976	<0,001*
Opleidingsniveau	Laag		
	Gemiddeld	1,276	0,008*
	Hoog	0,939	0,520
Inkomen	Laag		
	Gemiddeld	1,173	0,111
	Hoog	1,080	0,391
Migratie-achtergrond	Niet-migrant		
	2 ^e gen migrant W	0,729	0,020*
	1 ^e gen migrant W	0,597	0,001*
	2 ^e gen migrant NW	0,434	<0,001*
	1 ^e gen migrant NW	0,341	<0,001*
Regio	Vlaanderen		
	Brussel	1,363	0,003*
	Wallonië	1,140	0,092

→ Evolutie in de tijd volgens migratie-achtergrond

Er kan geen evolutie in de tijd gemaakt worden wat betreft bingedrinking. Deze variabele werd wel bevraagd in 2008, maar had niet dezelfde antwoordcategorieën.

B. Vlaanderen

→ Beschrijvende analyses op niveau van de Vlaamse steekproef

2312 Vlaamse respondenten gaven aan of ze maandelijks of vaker aan bingedrinking doen. Bij 27,5% van hen was dit het geval.

→ Analyse volgens geslacht en leeftijd

Ook in Vlaanderen doen de mannelijke respondenten significant meer aan maandelijks of vaker bingedrinking (38,4%) dan de vrouwelijke respondenten (17%) ($p < 0,001$). Wat betreft leeftijd zien we opnieuw dat hoe jonger iemand is, hoe significant vaker men aan maandelijks of vaker bingedrinking doet. Dit gaat van een kleine helft van de 15-24-jarigen (45,5%) tot 15% bij de 65+ jarigen ($p < 0,001$).

→ Analyse volgens opleiding en inkomen

Ook in de Vlaamse steekproef is de subgroep van de gemiddeld opgeleiden de groep die het vaakst aan maandelijks of meer bingedrinking doet (32,7%). De laagopgeleiden doen dit het minst vaak (20,6%). Het verband tussen opleiding en bingedrinking is significant ($p < 0,001$). Wat betreft inkomen, lijkt de groep van participanten met een gemiddeld inkomen het vaakst aan maandelijks of vaker bingedrinking te doen (33%). Het verband tussen inkomen en bingedrinking in de Vlaamse steekproef is significant ($p < 0,001$).

→ Analyse volgens migratie-achtergrond

Opnieuw blijkt de groep eerstegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond significant minder aan maandelijks of vaker bingedrinking te doen (14,8%). Opnieuw gaat het hier echter om een erg beperkt aantal participanten in deze subgroep.

Tabel 4.4-18. Percentage van de steekproef dat maandelijks of meer aan bingedrinking doet (Vlaanderen)

		%	n	p
Geslacht	Man	38,4%	436	<0,001*
	Vrouw	17,0%	200	
Leeftijd	15-24	45,5%	96	<0,001*
	25-44	31,1%	228	
	45-64	27,9%	230	
	65+	15,0%	82	
Opleiding	Laag	20,6%	124	<0,001*
	Gemiddeld	32,7%	259	
	Hoog	23,5%	174	
Inkomen	Laag	20,4%	113	<0,001*
	Gemiddeld	33,0%	151	
	Hoog	29,3%	333	
Migratie-achtergrond	Niet-migrant	28,4%	579	0,007*
	1 ^e gen migrant NW	14,8%	16	
	Andere migrant	25,0%	40	

4.4.3 Onvoldoende lichaamsbeweging

Lichaamsbeweging werd gemeten aan de hand van vragen die peilden naar het aantal dagen per week dat respondenten aan matige of intense lichaamsbeweging deden, alsook naar de tijd die hier dan gewoonlijk op een dag aan gependend wordt. Vanuit deze vragen werd een binaire variabele geconstrueerd die aangaf of de respondent **voldoende beweegt om een positieve invloed te hebben op de gezondheid of niet**⁶⁴. Om een grens te trekken met betrekking tot wat voldoende beweging is, baseerde het WIV zich op volgende richtlijn: men beweegt voldoende wanneer men minimaal 3 dagen per week gedurende minstens 20 minuten per dag intensief beweegt, of wanneer men minimaal 5 dagen per week matig beweegt of wandelt gedurende minstens 30 minuten, of wanneer er een combinatie van deze zaken gebeurt.^{65 66} Respondenten die deze drempel behaalden werden gecategoriseerd als 'voldoende actief' (referentiecategorie); respondenten die hier niet aan voldeden werden gecategoriseerd als 'onvoldoende actief'.

A. België

→ Beschrijvende analyses op niveau van de Belgische steekproef

Voor 4028 respondenten was er een bruikbaar⁶⁷ antwoord op de vragen rond lichaamsbeweging. 73,6% van de respondenten is onvoldoende actief om een positieve invloed te hebben op de gezondheid.

→ Analyse volgens geslacht en leeftijd

Vrouwen hebben significant vaker onvoldoende lichaamsbeweging (81,9%) dan mannen (65,2%). Het verband tussen geslacht en lichaamsbeweging is significant ($p < 0,001$), ook na controle voor de andere sociodemografische variabelen ($p < 0,001$). Wat betreft de leeftijd zien we dat hoe ouder de participanten zijn, hoe vaker ze onvoldoende lichaamsbeweging hebben (dit gaat van 58,7% bij de 15-24 jarigen tot 84,5% bij de 65+ jarigen). Het verband tussen leeftijd en lichaamsbeweging is significant ($p < 0,001$), ook na controle voor de andere sociodemografische variabelen ($p < 0,001$).

→ Analyse volgens opleiding en inkomen

Wat betreft opleidingsniveau doet de groep gemiddeld opgeleiden het het best wat betreft lichaamsbeweging. Binnen deze groep doet 69,6% onvoldoende aan lichaamsbeweging, maar bij hoogopgeleiden is dit 78,9% en bij de laagopgeleiden 75,5%. Het verband tussen opleiding en lichaamsbeweging is significant ($p < 0,001$). Na controle voor de andere sociodemografische variabelen hebben enkel de gemiddeld opgeleiden een significant lagere kans om onvoldoende lichaamsbeweging te hebben dan de laagopgeleiden ($OR = 0,757$; $p = 0,015$). Anders gezegd: ook na controle voor de andere variabelen, hebben de gemiddeld opgeleiden het vaakst voldoende lichaamsbeweging. Wat betreft inkomen zien we geen significant verband met het hebben van onvoldoende lichaamsbeweging. Hetzelfde geldt na controle voor de andere variabelen.

⁶⁴ We gebruikten hiervoor de indicator PA_03C uit de HIS databank.

⁶⁵ Voor de volledige definiëring van deze derde categorie verwijzen we naar de 'Manual for the users of the Health Interview Survey 2013 database'.

⁶⁶ Dit komt grotendeels overeen met wat het Vlaams Instituut Gezond Leven alsook de WHO voorschrijft: minimaal 150 minuten per week matig-intensieve beweging of 75 minuten per week intensieve beweging.

⁶⁷ Omdat de vragen vooral open vragen betroffen waarin participanten dingen soms verkeerd lazen of niet (volledig) invulden, is het aantal bruikbare antwoorden met betrekking tot deze variabele iets lager dan bij de meeste andere variabelen.

→ Analyse volgens migratie-achtergrond

Er is een significant verband tussen migratie-achtergrond en het hebben van onvoldoende lichaamsbeweging. Migranten met een westerse achtergrond (zowel tweede als eerste generatie) hebben het vaakst onvoldoende lichaamsbeweging (respectievelijk 81,2% en 79%). Het verband tussen migratiestatus en lichaamsbeweging is significant ($p=0,003$). Na controle voor de andere sociodemografische variabelen hebben de migranten met een westerse achtergrond nog steeds vaker onvoldoende lichaamsbeweging dan de groep niet-migranten ($OR=1,692$; $p=0,003$ voor de tweede generatie en $OR=1,450$; $p=0,045$ voor de eerste generatie). Verdere analyses tonen geen verschillen binnen deze migrantengroepen naar opleidings- of inkomensniveau.

→ Analyse volgens regio

In Wallonië hebben respondenten iets vaker onvoldoende lichaamsbeweging (76,4%) dan in Vlaanderen en Brussel (respectievelijk 71,3% en 72%). Na controle voor de andere sociodemografische variabelen is het verband tussen regio en lichaamsbeweging niet significant meer. Dit wil dus zeggen dat andere onafhankelijke variabelen mee aan de basis liggen van de gevonden verschillen wat betreft lichaamsbeweging.

Tabel 4.4-19. Percentage van de steekproef dat onvoldoende lichaamsbeweging heeft (België)

		%	n	p
Geslacht	Man	65,2%	1306	<0,001*
	Vrouw	81,9%	1658	
Leeftijd	15-24	58,7%	206	<0,001*
	25-44	69,4%	931	
	45-64	74,4%	1075	
	65+	84,5%	752	
Opleiding	Laag	78,9%	790	<0,001*
	Gemiddeld	69,6%	802	
	Hoog	75,5%	1137	
Inkomen	Laag	74,8%	853	0,060
	Gemiddeld	69,9%	516	
	Hoog	73,6%	1311	
Migratie-achtergrond	Niet-migrant	72,9%	2160	0,003*
	2 ^e gen migrant W	81,2%	225	
	1 ^e gen migrant W	79,0%	203	
	2 ^e gen migrant NW	68,2%	101	
	1 ^e gen migrant NW	71,5%	269	
Regio	Vlaanderen	71,3%	1022	0,003*
	Brussel	72,0%	649	
	Wallonië	76,4%	1293	

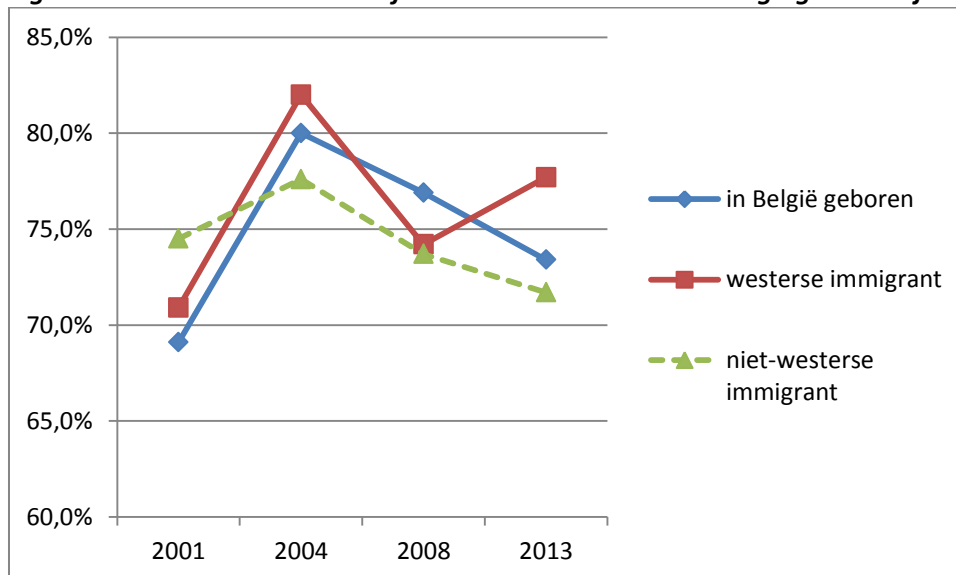
Tabel 4.4-20. Resultaten van de multivariate analyse betreffende het onvoldoende lichaamsbeweging hebben (België)

		EXP (B)	p
Geslacht	Man		
	Vrouw	2,542	<0,001*
Leeftijd		1,027	<0,001*
Opleidings-niveau	Laag		
	Gemiddeld	0,757	0,015*
	Hoog	1,027	0,828
Inkomen	Laag		
	Gemiddeld	0,978	0,854
	Hoog	1,203	0,090
Migratie-achtergrond	Niet-migrant		
	2 ^e gen migrant W	1,692	0,003*
	1 ^e gen migrant W	1,450	0,045*
	2 ^e gen migrant NW	1,138	0,594
	1 ^e gen migrant NW	1,332	0,068
Regio	Vlaanderen		
	Brussel	0,932	0,569
	Wallonië	1,191	0,067

→ Evolutie in de tijd volgens migratie-achtergrond

Het al dan niet hebben van onvoldoende lichaamsbeweging lijkt over de tijd heen een ietwat grillig patroon te kennen. Na een verslechtering tussen 2001 en 2004, volgde er opnieuw een lichte verbetering in 2008 en 2013 voor de participanten die in België zijn geboren ($p < 0,001$) en een nieuwe lichte verslechtering tussen 2008 en 2013 voor de westerse immigranten ($p = 0,002$).

Figuur 4.4-5. Evolutie wat betreft onvoldoende lichaamsbeweging over de jaren heen (België)



Legende

— : significant ($p < 0,05$)

---- : niet significant ($p < 0,05$)

B. Vlaanderen

→ Beschrijvende analyses op niveau van de Vlaamse steekproef

Van 1434 Vlaamse respondenten weten we of ze voldoende lichaamsbeweging hebben. 71,3% heeft voldoende lichaamsbeweging.

→ Analyse volgens geslacht en leeftijd

Net als in de Belgische steekproef hebben vrouwen eerder voldoende lichaamsbeweging (79,8%) dan mannen (62,9%). Dit verschil is significant ($p < 0,001$). Naar leeftijd toe zien we ook hier dat hoe ouder men is, hoe vaker men voldoende lichaamsbeweging heeft (van 52,9% bij de 15-24 jarigen tot 83,5% bij de 65+ jarigen) ($p < 0,001$).

→ Analyse volgens opleiding en inkomen

Ook hier is de groep gemiddeld opgeleiden de groep die het minst vaak voldoende lichaamsbeweging heeft (64,7% tegenover 76,3% bij de laag-opgeleiden en 77,1% bij de hoog-opgeleiden). De groep gemiddeld opgeleiden doet het dus ook in Vlaanderen het best (of het minst slecht). Wat betreft inkomen is er geen significant verband met het al dan niet hebben van voldoende lichaamsbeweging: alle groepen doen het ongeveer even goed of even slecht.

→ Analyse volgens migratie-achtergrond

Tot slot blijkt in de Vlaamse steekproef migratie-achtergrond geen verschil uit te maken in het al dan niet hebben van voldoende lichaamsbeweging.

Tabel 4.4-21. Percentage van de steekproef dat voldoende lichaamsbeweging heeft (Vlaanderen)

		%	n	p
Geslacht	Man	62,9%	456	<0,001*
	Vrouw	79,8%	566	
Leeftijd	15-24	52,9%	63	<0,001*
	25-44	67,8%	306	
	45-64	70,5%	370	
	65+	83,5%	283	
Opleiding	Laag	76,3%	264	<0,001*
	Gemiddeld	64,7%	308	
	Hoog	77,1%	387	
Inkomen	Laag	72,0%	250	0,822
	Gemiddeld	70,0%	196	
	Hoog	71,8%	517	
Migratie-achtergrond	Niet-migrant	71,3%	895	0,972
	1 ^e gen migrant NW	70,1%	47	
	Andere migrant	71,8%	79	

4.4.4 Besluit data-analyse levensstijl en preventie

Wat betreft roken en alcoholgebruik doen **mannen** het op alle variabelen significant slechter dan vrouwen. Vrouwen doen het dan weer slechter dan mannen als het aankomt op het hebben van voldoende lichaamsbeweging.

Wat betreft **opleiding en inkomen** zien we voor sommige variabelen gerelateerd aan roken een sociale gradiënt. In ieder geval is het voor alle rookvariabelen zo dat de hoogopgeleiden en de participanten met een hoog inkomen minder roken of passief roken dan respectievelijk de laagopgeleiden en de participanten met een laag inkomen. Wat betreft alcoholgebruik, is het verband met opleiding en inkomensniveau anders. Hierbij zijn de laagopgeleiden meestal de groep die het minst overmatig alcoholgebruik vertoont, gedacht heeft te moeten minderen met alcohol of aan bingedrinking doet. Er is geen verband tussen inkomen en alcoholgebruik. Wat betreft lichaamsbeweging, scoren de gemiddeld opgeleiden het best.

Wat betreft **leeftijd** zien we dat de hoogste leeftijdscategorie (65+) het minst dagelijkse rokers bevat. De grote middengroep (25-44 jaar en 45-64 jaar) wordt het meest aan passief roken blootgesteld. De groep 45-64 jarigen het meest overmatig alcoholgebruik vertoont en ook het meest ooit gedacht heeft te moeten minderen met alcohol. De jongste leeftijdsgroep doet dan weer het vaakst aan bingedrinking. Verder zagen we dat hoe ouder men is, hoe minder men voldoende lichaamsbeweging heeft.

Wat betreft **migratie-achtergrond** springt de groep eerstegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond er herhaaldelijk uit. Zij hebben het minst vaak ooit gerookt, zijn het minst dagelijkse rokers en worden het minst blootgesteld aan passief roken. Binnen deze migrantengroep zijn de hoogopgeleiden toch iets meer blootgesteld aan passief roken dan de laagopgeleiden binnen deze groep. Wat betreft alcoholgebruik en migratie-achtergrond lopen de bevindingen wat in dezelfde lijn. We zien dat tweedegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond het minst overmatig alcoholgebruik vertonen en dat de niet-migranten het meest aan bingedrinking doen. Wat betreft lichaamsbeweging zijn het de westerse migranten (zowel eerste als tweede generatie) die het vaakst onvoldoende lichaamsbeweging hebben (al dient benadrukt te worden dat de hele steekproef niet zo goed scoort op lichaamsbeweging).

Wat betreft verschillen tussen de **regio's**, zien we dat men in Brussel en Wallonië vaker overmatig alcoholgebruik vertoont en vaker al gedacht heeft te moeten minderen met alcohol dan in Vlaanderen. Ook bingedrinking gebeurt meer in Brussel dan in Vlaanderen.

4.4.5 Levensstijl en migratie in de Europese context

Roken

Wat betreft roken bij migranten en etnische minderheden zijn er grote verschillen in Europa (Bhopal et al., 2004; Gadd, Sundquist, Johansson, & Wändell, 2005). Mogelijke verklaringen voor deze verschillen zijn bijvoorbeeld het rookgedrag vóór migratie of acculturatieprocessen waarbij mannen geneigd zijn eerder minder te gaan roken naarmate een hogere acculturatie bereikt wordt, terwijl vrouwen net méér beginnen te roken (Bethel & Schenker, 2005; Choi, Rankin, Stewart, & Oka, 2008).

Kwetsbare groepen rapporteren vaker rookgedrag, en migranten en etnische minderheden hebben een hogere kans om tot socio-economisch kwetsbare groepen te behoren in vergelijking met Europese autochtone populatie (Giskes et al., 2005; Lund & Lindbak, 2007).

Een Duits onderzoek vond dat eerstegeneratiemigranten het vaakst roken en niet-migranten het minst vaak (roken werd gemeten als 'momenteel rokend' wanneer men meer dan 1 sigaret per dag rookte of meer dan 7 per week) (Beutel et al., 2016). Er zijn echter verschillen naargelang het land van herkomst. Meer specifiek vond dit onderzoek dat Turkse eerstegeneratiemigranten bijna twee keer zo vaak rookten dan Poolse eerstegeneratiemigranten en dan niet-migranten.

Een andere studie onderzocht rookgedrag bij een grote populatie Turkse migranten in Duitsland (n=6517) en in Nederland (n=2106), via de vraag "Rookt u?". Resultaten toonden dat er bij de Turkse migranten in Nederland meer gerookt werd dan bij de Turkse migranten in Duitsland: de prevalentie van roken bij Turkse migranten in Nederland was 47,1 % (33,6 % bij vrouwen en 58,9 % bij mannen) (Reiss, Sauzet, Breckenkamp, Spallek, & Razum, 2014), in Duitsland was de prevalentie 38,3% bij Turkse migranten (25,3 % bij de mannen en 51,2 % bij de vrouwen in deze groep). Een interessante bevinding was dat migranten hun rookgedrag converteerden naar de gewoonten van het gastland naarmate hun verblijf langer duurde. Concreet betekende dit dat de prevalentie van roken afnam naarmate migranten langer in Duitsland of Nederland verbleven. Mannen met een lager opleidingsniveau en vrouwen met een hoger opleidingsniveau binnen de Turkse migranten rookten meer volgens dit onderzoek.

Recent onderzoek in Nederland uit 2017 bij 22.929 respondenten tussen 18 en 70 jaar, waarbij de vraag gesteld werd "Rook je?" ("Do you smoke at all?"), toonde een hogere prevalentie van roken bij mannelijke migranten van Turkse (prevalence ratio PR=1,69; 95% CI 1,54-1,86), Afrikaans-Surinamese (PR=1,55; 95% CI 1,41-1,69) en Zuid-Aziatische Surinamese origine (PR=1,53; 95% CI 1,40-1,68) in vergelijking met autochtone Nederlandse mannen (Brathwaite et al., 2017). In alle groepen hadden vrouwen een lagere rookprevalentie, behalve de Turkse vrouwen die niet veel verschilden van de autochtone Nederlandse vrouwen. Dezelfde studie vond dat hoogopgeleide migranten minder rookten dan lager opgeleide migranten, zowel bij de mannen als bij de vrouwen.

Een Noors onderzoek vond dat een lager opleidingsniveau een bepalende rol speelt in rookgedrag in de populatie migranten van Turkse, Iraanse, Pakistaanse origine, in vergelijking met de hoogst opgeleiden (Vedøy, 2013). Hetzelfde effect vond men bij de autochtone Noorse populatie. Bij de vrouwen van Turkse, Iraanse en Noorse origine vond men gelijkaardig rookgedrag als bij de mannen van dezelfde origine. Pakistaanse vrouwelijke migranten blijken veel minder te roken dan Pakistaanse mannelijke migranten.

De analyses van de HIS data die we in dit rapport voorstellen, tonen heel uiteenlopende resultaten wat betreft roken. Enkel voor de eerstegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond vonden we significant minder rookgedrag dan bij de autochtone populatie. Zoals hierboven in de literatuur aangegeven is het verband tussen roken en migratie niet éénduidig: rookgedrag in land van herkomst, tijd sinds migratie, acculturatie, zijn factoren die mee een rol kunnen spelen in het huidige rookgedrag. Migratie als beïnvloedende factor op zich blijkt in deze data bij rookgedrag niet zo belangrijk. Dit opnieuw in tegenstelling tot de andere sociale variabelen waar we een duidelijk lager rookgedrag zien bij hoogopgeleiden en mensen met een hoog inkomen in vergelijking met respectievelijk laagopgeleiden en mensen met een laag inkomen. Tot slot zien we in deze data dat vrouwen ook significant minder roken.

Alcohol

Het patroon van alcoholverbruik in een land wordt mee bepaald door religieuze, sociale en culturele factoren, en de beschikbaarheid van alcohol (Heath, 1995). In Europa ziet men dat migranten uit niet-westerse landen over het algemeen minder of minder vaak alcohol gebruiken dan de autochtone populatie (Amundsen, 2012). Een Noors onderzoek bij 18.770 Noren van diverse origine evalueerde de frequentie van drinken bij migranten in Oslo in vergelijking met niet-migranten en vond dat deze laatste groep meer frequent alcohol gebruikte (Amundsen, 2012). Binnen de migrantengroep vond men tevens dat de Iraanse groep het vaakst dronk. Vrouwen en moslims binnen de onderzoekspopulatie bleken minder alcohol te drinken. Hoger opgeleiden en tewerkgestelde participanten dronken vaker alcohol.

Een Duits onderzoek uit 2016 naar sociale ongelijkheid in middelenmisbruik vond in de data van twee nationale gezondheidsenquêtes een minder problematisch alcoholgebruik bij migranten van Turkse, Aziatische, Noord-Afrikaanse en Midden-Oosterse afkomst dan bij autochtone Duitsers (Henkel & Zemlin, 2016).

Spaans onderzoek gaf aan dat de alcoholgerelateerde mortaliteitsratio significant lager was bij migranten niet in Spanje geboren in vergelijking met autochtone Spanjaarden. Voor beide groepen was de mortaliteitsratio voor alcohol hoger voor mannen dan voor vrouwen (Fierro, Yáñez, & Álvarez, 2010).

Een grootschalige studie in Zweden naar alcoholgerelateerde ziekenhuisopnames gebaseerd op de 'Swedish Hospital Discharge Register' includeerde 1,47 miljoen volwassenen, en vond in de analyses dat eerstegeneratiemigranten (na de leeftijd van 20 jaar in Zweden aangekomen) en tweedegeneratiemigranten uit Finland een hoger relatief risico (RR) voor alcoholgerelateerde aandoeningen vertoonden dan de Zweedse groep (Hjern & Allebeck, 2004). Eerste- én tweedegeneratiemigranten uit Zuid-Europa, het Midden-Oosten en andere niet-Europese landen vertoonden een lager relatief risico dan de Zweedse populatie, ook na controle voor gender, leeftijd en socio-economische factoren. Migranten met een Oost- en West-Europese achtergrond vertoonden gelijkaardige risico als de van oorsprong Zweedse populatie.

In een Zwitsers onderzoek bij patiënten die een spoeddienst consulteerden, werd de alcoholconsumptie bevraagd aan de hand van de AUDIT vragenlijst die onder andere polst naar frequentie van gebruik, hoeveelheden en sociale impact van het gebruik (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001). Uit het onderzoek bleek dat 51% van alle deelnemende patiënten een ongezond alcoholgebruik hadden. Migranten uit ontwikkelingslanden scoorden het laagst op de AUDIT-score, gevolgd door migranten uit andere landen, en niet-migranten scoorden het hoogst. Migranten uit ontwikkelingslanden gebruikten minder vaak en in minder grote hoeveelheden alcohol dan de autochtone Zwitserse populatie. Moslim zijn bleek gepaard te gaan met een lager risico op ongezond alcoholgebruik. Wat bleek uit dit onderzoek is dat wie langer dan 5 jaar in Zwitserland verbleef, en een hogere taalbeheersing van de lokale taal had, meer kans vertoonde op ongezond alcoholgebruik, evenals een gebrek aan familiale ondersteuning en man zijn.

In het algemeen toont de literatuur vaak een hoger alcoholgebruik bij niet-migranten in vergelijking met migranten. Deze trend komt overeen met wat wij in onze analyses vonden.

Lichaamsbeweging

Onderzoek toont aan dat een lager inkomen, een lagere opleidingsgraad en een migratie-achtergrond geassocieerd zijn met een slechtere lichamelijke conditie en een minder fysiek actieve levensstijl (Imhof et al., 2016). Structurele en sociale factoren, zoals de hoeveelheid tijd en het budget dat iemand kan besteden aan kwaliteitsvoeding of een actieve levensstijl, de woonomgeving, de toegankelijkheid van een actieve levensstijl, de gezondheidsvaardigheden,... bepalen mee de levensstijl.

Redenen om minder geneigd te zijn tot een fysiek actieve levensstijl kunnen zowel sociodemografisch als socio-cultureel zijn. In sommige (sub)culturen kan het bijvoorbeeld minder de gewoonte zijn fysieke activiteiten uit te oefenen in de vrije tijd, die los staan van dagelijkse huishoudelijke of arbeidsgerelateerde taken. Vooral vrouwen blijken kwetsbaar te zijn als het gaat om het minder geneigd zijn tot fysieke activiteiten die los staan van de dagelijkse activiteiten.

Een kwalitatief onderzoek in Nederland bij vrouwen van Marokkaanse origine vermeldt verschillende factoren, zowel socio-culturele als migratiegerelateerde, die fysieke activiteit beïnvloeden (Nicolaou et al., 2012). Migratiegerelateerde factoren zoals het koudere klimaat in vergelijking met het land van herkomst, waardoor men minder geneigd is aan buitenactiviteit te doen; of socio-culturele factoren zoals het niet gewend zijn fysieke activiteit als vrije tijdsbesteding te zien, of het idee dat mannen en vrouwen niet worden geacht samen aan sport doen, blijken uit de interviews een rol te spelen

In een systematisch review over fysieke activiteit bij etnisch-culturele minderheden, beschrijven de auteurs 8 clusters van factoren die fysieke activiteit en sedentariteit mee bepalen (Bhatnagar, Shaw, & Foster, 2015). De meeste factoren die te maken hadden met fysieke activiteit waren de sociale en culturele omgeving (genderrollen en -verwachtingen, religieuze verwachtingen en gewoonten, gezinspatronen, schaamte,...) en psychosociale factoren (o.a. gezondheidsvaardigheden: kennis, attitudes over het belang van fysieke activiteit). Ook omgevings- en toegankelijkheidsaspecten (beschikbaarheid van sportfaciliteiten, cultureel aangepaste faciliteiten en activiteiten,..) hadden een invloed, naast elementen specifiek aan migratie gelinkt zijn (gebrek aan taalkennis waardoor gebrekkige informatie over fysieke activiteit en de lokale mogelijkheden, het land van oorsprong en de houding daar ten aanzien van fysieke activiteit, racisme; ...); institutionele factoren (bijvoorbeeld de schoolomgeving die fysieke activiteiten prioriteit vindt, of die cultureel aangepaste sportactiviteiten zoals bijvoorbeeld aangepaste sportkledij of genderspecifieke lessen toestaat); sociale en materiële factoren (tijdsgebrek, financiële beperkingen,...); gezondheid (waaronder mentale gezondheid) en gezondheidsvaardigheden en -communicatie (ondersteuning vanuit de eerstelijnsgezondheidszorg); en de politieke omgeving (via het voorzien van cultureel aangepaste communicatie en informatie over fysieke activiteit en gezondheid). Gender en culturele elementen bleken in de verschillende clusters in verschillende gedaanten terug te keren. Het merendeel van de geïnccludeerde studies betrof een moslim onderzoekspopulatie.

Een onderzoek naar hypertensiepatiënten met Ghanese en Surinaamse achtergrond in Nederland toonde als drempels voor fysiek actief zijn: het 'ziek zijn' op zich, financiële factoren, het niet gewend zijn aan 'Nederlandse' manieren van sporten, fysieke activiteit geen prioriteit vinden en gebrek aan sociale ondersteuning (Beune, Haafkens, Agyemang, & Bindels, 2010). Ook culturele voorkeuren voor ronde lichaamsvormen werden in dit onderzoek aangegeven als reden voor het niet fysiek actief zijn. Steun vanuit familie of de community (bijvoorbeeld kerkgroepen) werd hier gezien als een motivatie factor om toch meer te bewegen.

Verschillende studies bij migranten in de UK en Duitsland tonen aan dat niet-westerse migranten, en dan vooral deze van de eerste generatie, minder fysiek actief zijn dan niet-migrant (Bhatnagar, Shaw, et al., 2015; Bhatnagar, Townsend, Shaw, & Foster, 2015). Afhankelijk van gender, afkomst en leeftijd zien we verschillen in fysieke activiteit bij migranten. Voor wat betreft opleidingsniveau zijn er tegenstrijdige resultaten: zo blijkt uit onderzoek bij Turkse mannen en vrouwen in de UK en Duitsland dat lager opgeleiden Turkse migranten meer fysieke activiteit in hun vrije tijd deden dan hoogopgeleiden. In een onderzoek in Zweden bij Iraanse migranten bleken hoger opgeleiden vaker fysiek actief te zijn in hun vrije tijd dan lager opgeleide Iraanse migranten (Koochek, Johansson, Kocturk, Sundquist, & Sundquist, 2008).

Uit de resultaten in dit rapport bleek dat vele participanten onvoldoende aan lichaamsbeweging doen (ongeacht de afkomst). Kijken we toch naar de verschillende subgroepen qua afkomst, dan zagen we dat de migranten met een westerse achtergrond (zowel eerste als tweede generatie) vaker onvoldoende lichaamsbeweging hebben dan de niet-migrant. Dit stemt dus niet helemaal overeen met de literatuur, waar er eerder een tendens beschreven wordt waarbij westerse migranten vaker onvoldoende lichaamsbeweging hebben in vergelijking met de autochtone populatie, en dit zowel de eerste als de tweede generatie. Bij de andere groepen migranten is er geen opvallende verschil met de niet-migrant.

4.5 Preventie: deelname aan kankerscreening

Tot slot werd binnen het thema preventie gekeken of respondenten die in aanmerking kwamen voor één of meerdere types van kankerscreening, hier ook effectief aan deelnamen.

4.5.1 Borstkankerscreening

Wat betreft **borstkankerscreening**, werd aan vrouwen gevraagd of ze in de laatste 2 jaar een mammografie lieten uitvoeren 'ja' (referentiecategorie) of 'nee'⁶⁸. Vervolgens werd enkel rekening gehouden met vrouwen tussen de 51 en 69 jaar (d.i. de leeftijdscategorie waarbinnen borstkankerscreening wordt aangeraden (50-69 jaar) plus 1 jaar om de vrouwen de kans te geven de screening ook effectief uit te voeren). Dit betekent dat 1340 respondenten uit de steekproef (14,7%) in aanmerking kwamen om deze vraag te beantwoorden. In 2013 was borstkankerscreening in alle regio's in België als bevolkingsonderzoek reeds ingevoerd (opgestart in 2001).

⁶⁸ We baseerden ons hiervoor op de variabele SC_1 uit de HIS databank waarbij we enkel de antwoorden van vrouwen tussen 51 en 69 jaar in rekening brachten.

A. België

→ Beschrijvende analyses op niveau van de Belgische steekproef

Van 1019 Belgische vrouwen die tussen 51 en 69 jaar zijn, weten we of ze aangaven al dan niet te hebben deelgenomen aan de borstkankerscreening. 73,2% van hen gaf aan de voorgaande 2 jaar een mammografie te hebben ondergaan.

→ Analyse volgens leeftijd

Wat betreft de leeftijdsverschillen binnen deze subgroep vrouwen, zien we dat de wat jongere vrouwen (51-64 jaar) iets meer deelnemen (75,5%) dan de oudere groep (65-69 jaar) (66,3%). Dit verschil is significant ($p=0,004$). Ook na controle voor de andere sociodemografische variabelen blijft dit verband significant ($p=0,034$).

→ Analyse volgens opleiding en inkomen

Laagopgeleide vrouwen nemen significant minder vaak deel aan borstkankerscreening (64,4%) dan de gemiddeld opgeleide (76,7%) en de hoogopgeleide (75,5%). Dit verband is significant ($p=0,012$). Andere sociodemografische variabelen spelen hier wellicht ook een rol daar het verband niet meer significant is na controle hiervoor. Wat betreft inkomen, zien we dat hoe hoger het inkomen is, hoe vaker vrouwen gescreend zijn voor borstkanker ($p=0,033$). Dit verschil wordt wellicht ook voor een deel verklaard door andere factoren, daar het effect verdwijnt na controle voor de andere sociodemografische variabelen.

→ Analyse volgens migratie-achtergrond

Kijken we naar de migratiestatus van de respondenten, dan zien we geen significant verband met de screeningsstatus voor borstkanker. De multivariate analyses tonen aan dat de tweedegeneratie-migranten met een westerse achtergrond significant vaker de laatste 2 jaar een mammografie lieten uitvoeren dan de niet-migranten ($OR=2,818$; $p=0,006$). Binnen deze migrantengroep zijn er geen significante verschillen als we opleidingsniveau of inkomensniveau in rekening brengen.

→ Analyse volgens regio

In Vlaanderen geven meer vrouwen aan een mammografie te hebben laten uitvoeren (77,7%) dan in Brussel (74,1%) en in Brussel op zijn beurt meer dan in Wallonië (68,8%). Het verband tussen regio en screeningsstatus voor borstkanker is significant ($p=0,015$). Na controle voor de andere sociodemografische variabelen, blijven deze verschillen in grote lijnen bestaan: Brusselse en Waalse vrouwen zijn minder gescreend voor borstkanker dan Vlaamse vrouwen (respectievelijk $OR=0,626$; $p=0,055$ en $OR=0,569$; $p=0,001$).

Tabel 4.5-1. Percentage van de doelgroep binnen de steekproef dat zich laat screenen voor borstkanker (België)

		%	n	p
Leeftijd	51-64	75,5%	581	0,004*
	65-69	66,3%	165	
Opleiding	Laag	67,4%	240	0,012*
	Gemiddeld	76,7%	250	
	Hoog	75,5%	225	
Inkomen	Laag	68,4%	199	0,033*
	Gemiddeld	71,1%	133	
	Hoog	76,9%	333	
Migratie-achtergrond	Niet-migrant	72,3%	582	0,281
	2 ^e gen migrant W	81,2%	56	
	1 ^e gen migrant W	79,1%	53	
	2 ^e gen migrant NW	78,9%	15	
	1 ^e gen migrant NW	67,3%	37	
Regio	Vlaanderen	77,7%	303	0,015*
	Brussel	74,1%	143	
	Wallonië	68,8%	300	

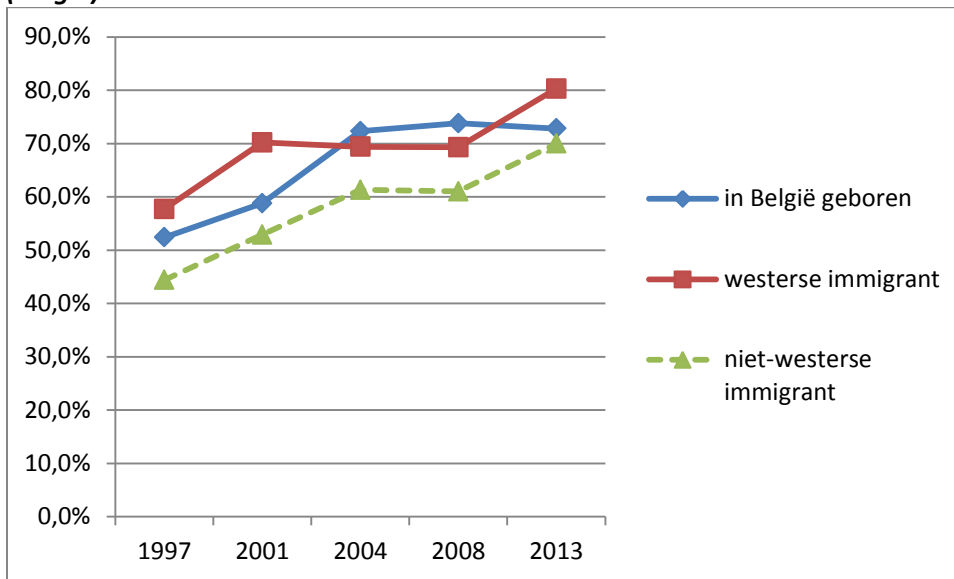
Tabel 4.5-2. Resultaten van de multivariate analyse betreffende het zich laten screenen voor borstkanker (België)

		EXP (B)	p
Leeftijd		0,970	0,034*
Opleidingsniveau	Laag		
	Gemiddeld	1,330	0,137
	Hoog	1,175	0,438
Inkomen	Laag		
	Gemiddeld	0,976	0,910
	Hoog	1,401	0,079
Migratie-achtergrond	Niet-migrant		
	2 ^e gen migrant W	2,818	0,006*
	1 ^e gen migrant W	1,589	0,183
	2 ^e gen migrant NW	1,457	0,523
	1 ^e gen migrant NW	1,029	0,937
Regio	Vlaanderen		
	Brussel	0,626	0,055
	Wallonië	0,569	0,001*

→ Evolutie in de tijd volgens migratie-achtergrond

In het algemeen is er een stijgende trend te zien wat betreft zelf-gerapporteerde deelname aan de borstkankerscreening. Bij de participanten die in België zijn geboren, zien we een stijging tussen 1997 en 2004, om daarna te stagneren. Bij de westerse immigranten zien we een stijging tussen 1997 en 2001, gevolgd door een plateaufase en een nieuwe stijging tussen 2008 en 2013. De relatie tussen het tijdsverloop en de deelname aan borstkankerscreening is voor beide groepen significant (respectievelijk $p < 0,001$ en $p = 0,041$).

Figuur 4.5-1. Evolutie wat betreft het zich laten screenen voor borstkanker over de jaren heen (België)



Legende

— : significant ($p < 0,05$)

---- : niet significant ($p < 0,05$)

B. Vlaanderen

→ Beschrijvende analyses op niveau van de Vlaamse steekproef

Van 390 Vlaamse vrouwen tussen 51 en 69 weten we hoe het met hun zelf-gerapporteerde screeningsstatus voor borstkanker zit. 77,7% van deze vrouwen geven aan de laatste 2 jaar een mammografie te hebben laten uitvoeren.

→ Analyse volgens leeftijd

Net als in de Belgische steekproef zijn de iets jongere vrouwen (51-64 jaar) meer gescreend (81%) dan de wat oudere (65-69 jaar) (67,4%). Het verband tussen leeftijd en screeningsstatus voor borstkanker in Vlaanderen is significant ($p = 0,005$).

→ Analyse volgens opleiding en inkomen

Hoe hoger opgeleid, hoe vaker Vlaamse vrouwen aangeven gescreend te zijn voor borstkanker (van 70,6% bij de laagopgeleiden tot 86,7% bij de hoogopgeleiden). Dit verband is significant ($p = 0,014$). Ook zijn vrouwen met een hoog inkomen meer gescreend dan vrouwen met een laag (73,3%) en een gemiddeld inkomen (71,1%) ($p = 0,050$).

→ Analyse volgens migratie-achtergrond

Wat betreft de relatie tussen migratie-achtergrond en screeningsstatus voor borstkanker doen we geen uitspraken daar het aantal vrouwen in bepaalde subgroepen te klein is.

Tabel 4.5-3. Percentage van de doelgroep binnen de steekproef dat zich laat screenen voor borstkanker (Vlaanderen)

		%	n	p
Leeftijd	51-64	81,0%	239	0,005*
	65+	67,4%	64	
Opleiding	Laag	70,6%	101	0,014*
	Gemiddeld	79,3%	119	
	Hoog	86,7%	78	
Inkomen	Laag	73,3%	74	0,050
	Gemiddeld	71,1%	54	
	Hoog	83,0%	151	
Migratie-achtergrond	Niet-migrant	78,2%	276	0,572
	1 ^e gen migrant NW	62,5%	5	
	Andere migrant	77,8%	21	

4.5.2 Baarmoederhalskankerscreening

Wat betreft **baarmoederhalskankerscreening** werd aan vrouwen gevraagd of ze in de laatste 3 jaar een uitstrijkje lieten afnemen, 'ja' (referentiecategorie) of 'nee'⁶⁹. We selecteerden enkel de antwoorden van vrouwen tussen 26 en 64 (d.i. de leeftijdscategorie waarbinnen baarmoederhalskankerscreening wordt aangeraden (25-64 jaar), plus 1 jaar om de vrouwen de kans te geven de screening ook effectief uit te voeren). Dit betekent dat 2984 respondenten uit de steekproef (32,7%) in aanmerking kwamen om deze vraag te beantwoorden. Voor baarmoederhalskanker bestaat enkel in Vlaanderen een screeningsprogramma: vrouwen tussen 25 en 64 jaar krijgen sinds juni 2013 een uitnodiging om zich te laten screenen, terwijl dit voorheen enkel het geval was in bepaalde provincies. In Wallonië bestaat geen georganiseerd screeningsprogramma. De data die in 2013 voor de gezondheidsenquête werden afgenomen, geven dus eerder een beeld van de screening vóór de periode van het georganiseerde screeningsprogramma.

A. België

→ Beschrijvende analyses op niveau van de Belgische steekproef

Van 2132 Belgische vrouwen uit de steekproef weten we of ze gescreend zijn voor baarmoederhalskanker. 73% van hen had in 2013 in de voorgaande 3 jaar een uitstrijkje laten nemen.

⁶⁹ We baseerden ons hiervoor op de variabele SC_5 uit de HIS databank waarbij we enkel de antwoorden van vrouwen tussen 26 en 64 jaar in rekening brachten.

→ Analyse volgens leeftijd

Vrouwen in de leeftijdscategorie 26-44 jaar zijn vaker wel gescreend voor baarmoederhalskanker (76,6%) dan de vrouwen in de leeftijdscategorie 45-64 jaar (70%) ($p=0,001$). Ook na controle voor de andere sociodemografische variabelen blijft dit verband bestaan ($OR=0,978$; $p<0,001$).

→ Analyse volgens opleiding en inkomen

Hoogopgeleide vrouwen laten beduidend vaker een uitstrijkje afnemen (82,3%) in vergelijking met laag- en gemiddeld opgeleide vrouwen (respectievelijk 62,8% en 66,5%). Dit verband is significant ($p<0,001$). De multivariate analyses geven enkel nog een significant verschil in screeningsstatus aan tussen hoogopgeleide in vergelijking met laagopgeleide vrouwen ($OR=2,071$; $p<0,001$). Wat betreft inkomen, zien we dat hoe hoger het inkomen, hoe vaker vrouwen gescreend zijn voor baarmoederhalskanker (van 63,2% bij de vrouwen met een laag inkomen tot 79,2% bij de vrouwen met een hoog inkomen) ($p<0,001$).

→ Analyse volgens migratie-achtergrond

Wanneer we kijken naar de migratiestatus van de participerende vrouwen, zien we dat de tweedegeneratie migranten met een westerse achtergrond het vaakst een uitstrijkje lieten nemen in de voorgaande 2 jaar (80,8%) en dat dit bij de eerstegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond het minst vaak het geval was (57,3%). De multivariate analyses tonen aan dat zowel de eerstegeneratiemigranten met een westerse achtergrond als de eerstegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond significant minder kans hebben om gescreend te zijn voor baarmoederhalskanker dan de niet-migranten (respectievelijk $OR=0,581$; $p=0,026$ en $OR=0,361$; $p<0,001$). Binnen deze migrantengroep zijn er geen significante verschillen als we opleidingsniveau of inkomensniveau in rekening brengen.

→ Analyse volgens regio

Er is geen significant verschil in screeningsstatus voor baarmoederhalskanker wanneer de verschillende regio's met elkaar worden vergeleken. Wanneer de andere sociodemografische variabelen in rekening worden gebracht, zien we wel dat de Brusselse vrouwen meer kans hebben om gescreend te zijn dan de Vlaamse vrouwen ($OR=1,665$; $p=0,003$).

Tabel 4.5-4. Percentage van de doelgroep binnen de steekproef dat zich laat screenen voor baarmoederhalskanker (België)

		%	n	p
Leeftijd	26-44	76,6%	758	0,001*
	45-64	70,0%	799	
Opleiding	Laag	62,8%	262	<0,001*
	Gemiddeld	66,5%	458	
	Hoog	82,3%	776	
Inkomen	Laag	63,2%	361	<0,001*
	Gemiddeld	71,4%	280	
	Hoog	79,2%	767	
Migratie-achtergrond	Niet-migrant	75,3%	1140	<0,001*
	2 ^e gen migrant W	80,8%	126	
	1 ^e gen migrant W	68,9%	84	
	2 ^e gen migrant NW	77,8%	56	
	1 ^e gen migrant NW	57,3%	150	
Regio	Vlaanderen	70,6%	577	0,135
	Brussel	74,0%	364	
	Wallonië	74,8%	616	

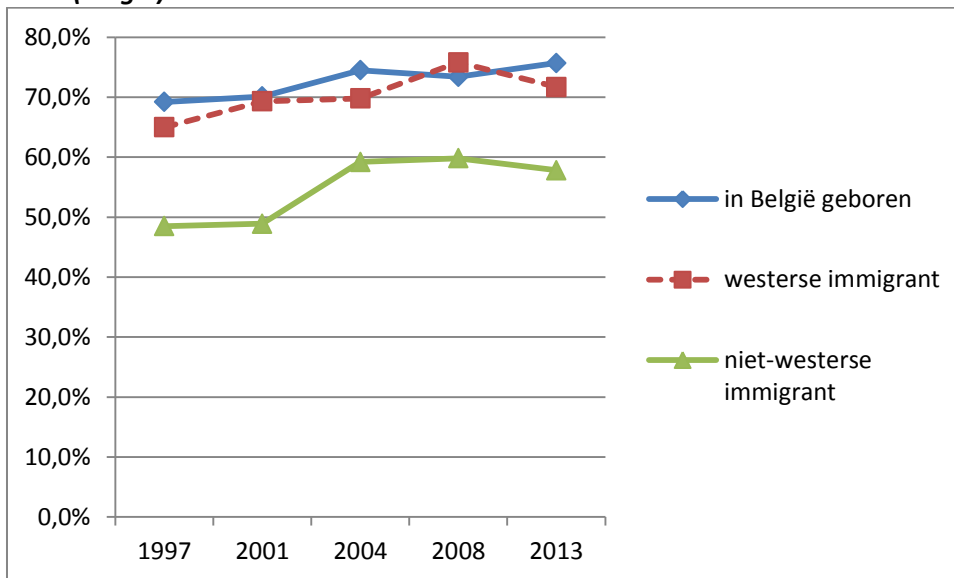
Tabel 4.5-5. Resultaten van de multivariate analyse betreffende het zich laat screenen voor baarmoederhalskanker (België)

		EXP (B)	p
Leeftijd		0,978	<0,001*
Opleidingsniveau	Laag		
	Gemiddeld	1,023	0,875
	Hoog	2,071	<0,001*
Inkomen	Laag		
	Gemiddeld	1,184	0,278
	Hoog	1,479	0,005*
Migratie-achtergrond	Niet-migrant		
	2 ^e gen migrant W	1,510	0,083
	1 ^e gen migrant W	0,581	0,026*
	2 ^e gen migrant NW	0,905	0,778
	1 ^e gen migrant NW	0,367	<0,001*
Regio	Vlaanderen		
	Brussel	1,665	0,003*
	Wallonië	1,183	0,180

→ Evolutie in de tijd volgens migratie-achtergrond

Bij de participanten die in België zijn geboren, is er een stijgende trend wat betreft de deelname aan baarmoederhalskankerscreening ($p < 0,001$). Bij de niet-westerse immigranten is er een opmerkelijke stijging van 10,3% te zien tussen 2001 en 2004 om nadien weer te stagneren en in 2013 lichtjes te dalen ($p = 0,029$). We merken hier opnieuw op dat het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker pas in 2013 in Vlaanderen is uitgerold, dus er valt nog een stijging te verwachten in de jaren na 2013.

Figuur 4.5-2. Evolutie wat betreft het zich laten screenen voor baarmoederhalskanker over de jaren heen (België)



Legende

— : significant ($p < 0,05$)

---- : niet significant ($p > 0,05$)

B. Vlaanderen

→ Beschrijvende analyses op niveau van de Vlaamse steekproef

Binnen de Vlaamse steekproef weten we van 817 vrouwen tussen 26 en 64 jaar of ze aangaven de afgelopen 2 jaar een uitstrijkje te hebben laten doen. 70,6% van hen gaven aan dit gedaan te hebben.

→ Analyse volgens leeftijd

Opnieuw zijn het de vrouwen in de leeftijdscategorie 26-44 jaar die eerder aangeven gescreend te zijn voor baarmoederhalskanker (74,2%) in vergelijking met de vrouwen in de leeftijdscategorie 45-64 jaar (67,5%) ($p = 0,036$).

→ Analyse volgens opleiding en inkomen

Hoe hoger opgeleid, hoe vaker vrouwen uit de doelgroep in orde te zijn met hun screeningsstatus voor baarmoederhalskanker (van 57% voor de laagopgeleiden tot 81,5% voor de hoogopgeleiden); Hetzelfde geldt voor inkomen: hoe hoger het inkomen, hoe vaker in orde met screening voor baarmoederhalskanker (van 57,6% voor de vrouwen met een laag inkomen tot 77,6% voor de vrouwen met een hoog inkomen). Beide verbanden zijn ook significant ($p < 0,001$).

→ Analyse volgens migratie-achtergrond

De vrouwelijke eerstegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond blijken ook binnen de Vlaamse steekproef de subgroep te zijn van vrouwen die het minst gescreend is voor baarmoederhalskanker (33,9%). Het verband tussen screeningsstatus en migratie-achtergrond is significant ($p < 0,001$).

Tabel 4.5-6. Percentage van de doelgroep binnen de steekproef dat zich laat screenen voor baarmoederhalskanker (Vlaanderen)

		%	n	p
Leeftijd	26-44	74,2%	282	0,036*
	45-64	67,5%	295	
Opleiding	Laag	57,0%	90	<0,001*
	Gemiddeld	65,1%	192	
	Hoog	81,5%	278	
Inkomen	Laag	57,6%	99	<0,001*
	Gemiddeld	67,5%	110	
	Hoog	77,6%	333	
Migratie-achtergrond	Niet-migrant	74,3%	520	<0,001*
	1 ^e gen migrant NW	33,9%	20	
	Andere migrant	66,1%	37	

4.5.3 Colonkankerscreening

Wat betreft **colonkankerscreening** tenslotte, werd aan mannen en vrouwen gevraagd of ze in de laatste twee jaar een stoelgangstaal lieten testen op de aanwezigheid van occult bloed, 'ja' (referentiecategorie) of 'nee'⁷⁰. We selecteerden enkel de antwoorden van respondenten tussen 57 en 74 jaar (d.i. de leeftijdscategorie waarbinnen colonkankerscreening wordt aangeraden (56⁷¹-74 jaar), plus 1 jaar om de mensen de kans te geven de screening ook effectief uit te voeren). 56-74 jaar leeftijdsgroep die in Vlaanderen wordt vooropgesteld; in Wallonië is dit 50-74 jaar. Om de cijfers enigszins te kunnen vergelijken, kozen we voor de overlappende leeftijdsrange (57-74 jaar). Dit betekent dat 2168 respondenten uit de steekproef (23,8%) in aanmerking kwamen om deze vraag te beantwoorden. Voor colonkanker werd in 2009 een screeningsprogramma opgestart in Wallonië en in 2013 in Vlaanderen. De data van de gezondheidsenquête 2013 geven dus nog geen goed beeld van het effect van het georganiseerde screeningsprogramma in Vlaanderen.

A. België

→ Beschrijvende analyses op niveau van de Belgische steekproef

1584 mannen en vrouwen tussen 57 en 74 jaar gaven aan of ze in 2 jaren voorafgaand aan de gezondheidsenquête in 2013 zich hadden laten screenen voor colonkanker. 17,8% van hen gaf aan dat dit zo was.

→ Analyse volgens geslacht en leeftijd

Er blijkt geen significant verschil tussen mannen en vrouwen wat betreft de screeningsstatus voor colonkanker. Ook wat de leeftijd betreft, is er geen aangetoond verschil in screeningsstatus. Beide bevindingen blijven ook in de multivariate analyses overeind.

⁷⁰ We baseerden ons hiervoor op de variabele SC_7 uit de HIS databank waarbij we enkel de antwoorden van respondenten tussen 57 en 74 jaar in rekening brachten.

⁷¹ Dit is de leeftijd die in Vlaanderen wordt vooropgesteld. In 2017 veranderde de vooropgestelde leeftijdsondergrens van 56 naar 55 jaar. In Wallonië wordt de leeftijdscategorie van 50-74 jaar vooropgesteld.

→ Analyse volgens opleiding en inkomen

Er is geen significant verband tussen opleidingsniveau en screeningsstatus voor colonkanker, noch tussen inkomensstatus en screeningsstatus. Controle voor de andere sociodemografische variabelen verandert hier niets aan.

→ Analyse volgens migratie-achtergrond

Ook wat migratie-achtergrond betreft, is er geen enkel significant verband met de screeningsstatus voor colonkanker. We merken bovendien op dat door het uitselcteren van een bepaalde leeftijdsgroep binnen de steekproef, het aantal participanten in bepaalde subgroep bijzonder klein wordt.

→ Analyse volgens regio

Tot slot is er ook geen significant verband tussen regio en screeningsstatus voor colonkanker.

Tabel 4.5-7. Percentage van de steekproef dat deelneemt aan de colonkankerscreening (België)

		%	n	p
Geslacht	Man	18,1%	139	0,730
	Vrouw	17,5%	143	
Leeftijd	57-64	18,1%	148	0,755
	65-74	17,5%	134	
Opleiding	Laag	15,5%	93	0,244
	Gemiddeld	17,6%	82	
	Hoog	19,4%	91	
Inkomen	Laag	15,8%	70	0,243
	Gemiddeld	20,1%	60	
	Hoog	19,3%	125	
Migratie-achtergrond	Niet-migrant	18,5%	236	0,587
	2 ^e gen migrant W	12,4%	13	
	1 ^e gen migrant W	16,4%	18	
	2 ^e gen migrant NW	14,3%	3	
	1 ^e gen migrant NW	17,2%	11	
Regio	Vlaanderen	16,2%	101	0,313
	Brussel	20,3%	59	
	Wallonië	18,2%	122	

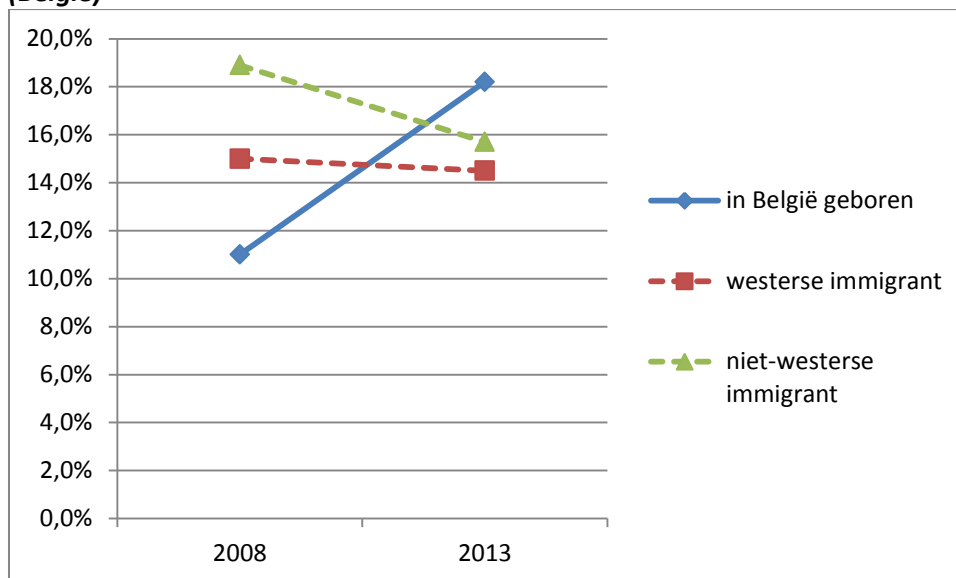
Tabel 4.5-8. Resultaten van de multivariate analyse betreffende het deelnemen aan colonkankerscreening (België)

		EXP (B)	p
Geslacht	Man		
	Vrouw	0,905	0,488
Leeftijd		1,005	0,750
Opleidings-niveau	Laag		
	Gemiddeld	1,255	0,207
	Hoog	1,347	0,111
Inkomen	Laag		
	Gemiddeld	1,277	0,229
	Hoog	1,118	0,541
Migratie-achtergrond	Niet-migrant		
	2 ^e gen migrant W	0,640	0,167
	1 ^e gen migrant W	0,915	0,766
	2 ^e gen migrant NW	0,570	0,463
	1 ^e gen migrant NW	0,946	0,884
Regio	Vlaanderen		
	Brussel	1,311	0,210
	Wallonië	1,133	0,437

→ Evolutie in de tijd volgens migratie-achtergrond

Bij de participanten die in België zijn geboren, is er een significante stijging in deelname aan colonkankerscreening tussen 2008 en 2013 ($p < 0,001$). Ook hier merken we op dat het bevolkingsonderzoek in Vlaanderen pas uitgerold is in 2013.

Figuur 4.5-3. Evolutie wat betreft het zich laten screenen voor colonkanker over de jaren heen (België)



Legende

— : significant ($p < 0,05$)

---- : niet significant ($p > 0,05$)

B. Vlaanderen

→ Beschrijvende analyses op niveau van de Vlaamse steekproef

Binnen de Vlaamse steekproef gaven 622 57 tot 74-jarigen aan of ze in de voorgaande 2 jaar een screeningstest voor colonkanker hadden ondergaan. 16,2% gaven aan dit gedaan te hebben.

→ Analyse volgens geslacht en leeftijd

Ook in de Vlaamse steekproef is er geen enkel significant verband tussen geslacht en screeningsstatus voor colonkanker, noch tussen leeftijd en deze screeningsstatus.

→ Analyse volgens opleiding en inkomen

Binnen de Vlaamse steekproef is er wel een significant verband tussen opleidingsniveau en screeningsstatus voor colonkanker: hoe hoger men opgeleid is, hoe meer kans er is dat men is gescreend voor colonkanker (10,9% bij de laagopgeleiden tegenover 20,4% bij de hoogopgeleiden) ($p=0,014$). Wat betreft inkomen, is er dan weer geen significant verband met screeningsstatus voor colonkanker.

→ Analyse volgens migratie-achtergrond

Wat betreft het verband tussen migratie-achtergrond en screeningsstatus voor colonkanker vallen er binnen de Vlaamse steekproef geen uitspraken te doen (te weinig participanten in sommige groepen).

Tabel 4.5-9. Percentage van de doelgroep binnen de steekproef dat zich laat screenen voor colonkanker (Vlaanderen)

		%	N	p
Geslacht	Man	16,7%	51	0,775
	Vrouw	15,8%	50	
Leeftijd	57-64	16,1%	52	0,950
	65-74	16,3%	49	
Opleiding	Laag	10,9%	27	0,014*
	Gemiddeld	19,3%	42	
	Hoog	20,4%	31	
Inkomen	Laag	12,4%	21	0,167
	Gemiddeld	17,4%	23	
	Hoog	19,4%	50	
Migratie-achtergrond	Niet-migrant	17,1%	97	0,172
	1 ^e gen migrant NW	11,1%	1	
	Andere migrant	6,7%	3	

4.5.4 Besluit data-analyse kankerscreening

Zowel voor borstkankerscreening als voor baarmoederhalskankerscreening zien we dat de wat **jongere participanten** meer gescreend zijn dan de wat oudere groep.

Wat betreft **opleiding en inkomen**, zien we een sociale gradiënt voor wat betreft baarmoederhalskankerscreening (die grotendeels blijft bestaan na controle voor de andere

sociodemografische variabelen). Voor borstkanker is dit minder duidelijk (effecten verdwijnen na controle voor de andere sociodemografische variabelen).

Wat betreft **migratiestatus**, zien we dat tweedegeneratiemigranten met een westerse achtergrond vaker zijn gescreend voor borstkanker dan niet-migranten; eerstegeneratiemigranten zowel met een westerse als een niet-westerse achtergrond zijn dan weer minder vaak gescreend voor baarmoederhalskanker dan niet-migranten.

Wat betreft deelname aan **colonkankerscreening** vonden we geen significante effecten.

Hierbij willen we nog eens benadrukken dat deze resultaten met enige voorzichtigheid dienen geïnterpreteerd te worden. Doordat de kankerscreenings zich enkel op bepaalde leeftijdscategorieën richten, verkleint de betreffende steekproef telkens. Voor wat betreft de participanten met een migratie-achtergrond, betekent dit dat het soms om uiterst kleine aantallen gaat. Dit is vooral het geval bij de cijfers rond deelname aan borstkankerscreening en colonkankerscreening bij de tweedegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond. Deze screenings richten zich immers op het iets oudere deel van de bevolking (respectievelijk ≥ 50 jaar en 56 jaar) en binnen deze migrantengroep is het aandeel oudere participanten beperkt (zie beschrijving steekproef). Daarnaast moet ook in acht genomen worden dat baarmoederhalskankerscreening en colonkankerscreening pas opgenomen zijn in een bevolkingsonderzoek na (of gelijktijdig met) het afnemen van de gezondheidsenquête 2013.

4.5.5 Kankerscreening en migratie in de Europese context

Een review uit 2017 rond gezondheidszorggebruik bij migranten toont uiteenlopende resultaten wanneer het gaat om kankerscreening (Graetz, Rechel, Groot, Norredam, & Pavlova, 2017). In deze review werden artikels die kwantitatief onderzoek rapporteerden vanaf 2009 rond screening in Europa geïnccludeerd (n=39). Alle studies geïnccludeerd in deze review, behalve één Duitse studie, tonen een significant lagere screeningsgraad bij migranten in vergelijking met niet-migranten. Enkel het Duitse onderzoek toonde een hogere participatie in de borstkankerscreening bij Turkse vrouwen. Lage gezondheidsvaardigheden of opleiding, lage socio-economische status, geen ziekteverzekering hebben en taalproblemen werden aangegeven als mogelijke redenen voor deze lagere deelname. Eerdere analyses van gezondheidsenquêtes in Italië, Malta, Portugal, Spanje en België toonden dat toegang tot screening nog moeilijker was voor niet-EU migranten dan voor EU migranten. Migranten in deze analyses werden gedefinieerd volgens nationaliteit, waarbij drie groepen werden onderscheiden: mensen met de Belgische, Europese of niet-Europese nationaliteit.

Borstkankerscreening

Bevolkingsonderzoek naar borstkanker is in de meeste van de EU landen geïmplementeerd, behalve in Bulgarije, Griekenland en Slovaakse. De doelgroep zijn vrouwen tussen 50 en 69 jaar, en in de meeste landen wordt een interval van 2 of 3 (dit laatste is het geval in de UK en in Malta) jaar tussen 2 mammografieën gebruikt (Karsa et al., 2008).

De bevindingen in onze analyses dat er geen significante verschillen gevonden werden in borstkankerscreening op basis van migratie-achtergrond, liggen niet in dezelfde lijn als de meeste andere Europese studies die een lagere participatiegraad bij migranten vinden in vergelijking met niet-migrant (Kristiansen, Thorsted, Krasnik, & von Euler-Chelpin, 2012; Lagerlund et al., 2002; Zackrisson, Lindström, Moghaddassi, Andersson, & Janzon, 2007).

Een Deens onderzoek dat de gegevens van de eerste acht uitnodigingsronden voor het borstkankeronderzoek analyseerde (tussen 1991 en 2008), toonde een odds ratio voor niet-participatie voor westerse migranten van 1,38, voor niet-westerse migranten van 1,8 in vergelijking met niet-migrant. Deze tendens bleef na controle voor leeftijd, gender, tewerkstellingsgraad en opleidingsniveau bestaan. Met leeftijd steeg ook de kans op niet-deelname aan het bevolkingsonderzoek, wat in lijn ligt met onze resultaten. Hoger opgeleide vrouwen in dit onderzoek vertoonden een significant lagere deelname aan het bevolkingsonderzoek, in alle groepen van herkomst. In ditzelfde onderzoek bleek het niet hebben van contact met een huisarts de kans op niet-deelname te verhogen. Werkloos zijn gaf eveneens een groter risico op niet-deelname (Kristiansen et al., 2012).

In een Nederlands onderzoek was deelname aan het nationale borstkankerscreeningsprogramma significant lager bij vrouwen van Afrikaanse, Aziatische of Latijns-Amerikaanse origine (63%), Turkse origine (62%) en vooral Marokkaanse origine (54%) in vergelijking met vrouwen van Nederlandse origine (82%) (Vermeer & Van den Muijsenbergh, 2010).

Een vergelijkend onderzoek van data van nationale gezondheidsenquêtes in vijf Europese landen toonde dat in Italië, Portugal, Spanje en België migranten een lagere participatiegraad vertoonden dan niet-migrant (Rosano et al., 2017). In België bleken dat enkel de vrouwen van niet-Europese origine te zijn (niet-migrant 73,4%, EU migranten 73,3%, niet-EU migranten 66,7%). Deze analyses namen echter enkel nationaliteit als parameter voor migratie-achtergrond, wat kan verklaren waarom deze resultaten wat afwijken van onze bevindingen in dit rapport.

In een Duitse studie vond men een licht *hogere* participatiegraad bij Turkse vrouwen (n=9754; 52,3%) in vergelijking met niet-Turkse vrouwen (n=198.746; 49,1%)(Berens et al., 2014) .

Baarmoederhalskankerscreening

Bevolkingsonderzoek naar baarmoederhals- of cervixkanker wordt reeds uitgevoerd in 22 EU-lidstaten. Enkel Bulgarije, Cyprus, Luxemburg, Oostenrijk, Griekenland, Spanje en het Waalse deel van ons land hebben nog geen bevolkingsonderzoek voorbaarmoederhalskanker. Afhankelijk van het land raadt men een baarmoederhalsuitstrijkje of PAP-smear vanaf de leeftijd van 25-30 jaar aan, met een 2- tot 3-jaarlijks interval. Humaan Papilloma Virus tests als primaire screening worden ook reeds aangeboden in Denemarken, Finland, Italië, Zweden, Roemenië en Portugal (Karsa et al., 2008).

Onderzoek heeft aangetoond dat de participatiegraad bij migranten aan screeningprogramma's voor cervixkanker lager is dan bij niet-migrant (Azerkan et al., 2012; Harcourt et al., 2014; McDonald & Kennedy, 2007).

Een Zweedse studie analyseerde participatie aan cervixkankerscreening bij 2.176.255 Zweedse en 445.547 vrouwen met een migratie-achtergrond, en vond dat deze laatste groep een lagere participatiegraad vertoonde (49%) dan de Zweedse groep (62%) (Azerkan et al., 2012). Binnen de groep met migratie-achtergrond vond men verschillen afhankelijk van herkomstregio: gemiddelde participatie varieerde van 32% bij Australische en Nieuw-Zeelandse vrouwen, tot 58% bij de Finse vrouwen. Daarenboven vond men dat vrouwen die na hun 30ste migreerden, een lagere participatiegraad hadden.

Een onderzoek in de regio Paris Metropolitaine naar uitgestelde cervixkankerscreening bij 1.347 vrouwen (25–65 jaar) toonde een prevalentie van uitgestelde screening bij 34,8% van de migranten van eerste generatie, 19,9% bij migranten van tweede generatie, en 10,5% bij Franse vrouwen zonder migratie-achtergrond (Rondet et al., 2014). Dit komt overeen met onze bevindingen die voornamelijk bij de eerste generatie vrouwelijke migranten, zowel met een westerse als niet-westerse achtergrond, een significant lagere participatie aan baarmoederhalskankerscreening toonden.

Een Noorse studie onderzocht verschillen in baarmoederhalskankerscreening tussen migranten (n=152.800) en vrouwen van Noorse origine (n=1.168.832) tussen 25-69 jaar. Zij vonden dat vrouwen met een migratie-achtergrond met West-Europese (OR=0,84), Oost-Europese (OR=0,64), Aziatische (OR=0,74), Afrikaanse (OR=0,61) en Zuid-Amerikaanse (OR=0,87) origine een lagere participatiegraad hadden in vergelijking met niet-migrant (Møen, Kumar, Qureshi, & Diaz, 2017).

In de studie die de HIS-data vergeleek in verschillende Europese landen, werd aangetoond dat in Italië, Portugal, België en Spanje migranten een lagere participatiegraad hadden dan niet-migrant (voor België: niet-migrant 70,4%, EU migrant 69,9%, niet-EU migrant 46,9%) (Rosano et al., 2017).

Dit stemt ook overeen met analyses van het Centrum voor Kankeropsporing van data uit 2013-2014 naar de relatie tussen deelname aan baarmoederhalskankerscreening en eerste nationaliteit. Uit deze analyses bleek dat vrouwen met een Oost-Europese nationaliteit als eerste nationaliteit (dit stemt in zekere zin overeen met de categorie eerstegeneratiemigrant met een niet-westerse achtergrond uit onze studie) de laagste participatiegraad hadden (52% tegenover 66% bij de mensen met de Belgische nationaliteit als eerste nationaliteit).

Colonkanker screening

Participatiecijfers aan colonkanker screeningsprogramma's in Europa gaan van 38% tot 71%, cijfers die aangeven dat een groot deel van het doelpubliek niet bereikt wordt (Le Retraite et al., 2010; Malila, Oivanen, & Hakama, 2008; Pornet, Dejardin, Morlais, Bouvier, & Launoy, 2010; Van Hal, Hoeck, & Van Roosbroeck, 2011). Hoewel aangenomen wordt dat migranten uit lage inkomenslanden een lager risico op colonkanker hebben, is tegelijk ook duidelijk dat deze migranten via acculturatieprocessen de levensstijl en voedingsgewoonten van de (rijkere) gastlanden (deels) overnemen, wat leidt tot risico's op ziekte gelijkaardig aan die van de autochtone populatie van die landen (Turrin et al., 2015). Onderzoek heeft inderdaad aangetoond dat voedingsgewoonten veranderen tussen eerste- en tweedegeneratiemigrant (Monroe et al., 2003).

Een Deense cross-sectionele studie bij 255.312 mannen en vrouwen tussen 50 en 75 jaar toonde een lagere participatiegraad bij voornamelijk niet-westerse vrouwelijke migranten (adjusted Prevalence Ratio (PR) 1,16 [95% CI 1,12–1,21]) (Larsen et al., 2017). Ook leeftijd speelde een rol: naarmate de leeftijd steeg, steeg de participatiegraad. Daarnaast was ook lagere opleidingsgraad geassocieerd met een lagere participatiegraad, en dit zowel bij mannen als bij vrouwen (adjusted PR_{men}: 0,87 [95% CI 0,84–0,91] and adjusted PR_{women}: 0,88 [95% CI 0,84–0,93]).

Een Italiaans nationaal onderzoek naar participatie aan colonkankerscreening toonde een lagere participatiegraad bij migranten in vergelijking met Italianen (34,3% versus 51,3%) (Turrin et al., 2015). Bij zowel migranten als de autochtone Italiaanse bevolking was deelname hoger bij vrouwen dan bij mannen (migranten: 37,9% versus 31,6%; autochtone Italianen: 52,8% versus 48,5%). Mannelijke migranten toonden van alle deelnemers de laagste participatiegraad.

Een overzichtsstudie die de data van gezondheidsenquêtes vergeleek in verschillende Europese landen, vond dat in Italië, Portugal, België en Spanje de screeningscijfers voor colonkanker lager waren voor migranten in vergelijking met de autochtone populatie (voor België: autochtone populatie 16,5%, EU-migranten 20,7%, niet-EU migranten 7,9%) (Rosano et al., 2017; Turrin et al., 2015). Migrantenstatus in dit onderzoek werd bepaald op basis van enkel nationaliteit.

In onze eigen analyses vonden we geen enkel significant verband tussen de onderzochte onafhankelijke variabelen en de participatie aan colonkankerscreening. Een mogelijke verklaring hiervoor is enerzijds het feit dat de steekproef voor deze variabele heel beperkt is, zeker voor de subgroepen met een migratie-achtergrond. In de cijfers van het Centrum voor Kankeropsporing vonden we dat mensen die als eerste nationaliteit van Turkse, Magrebijnse of andere Afrikaanse origine zijn, vaker niet deelnemen aan colonkankerscreening dan mensen met als eerste nationaliteit de Belgische (respectievelijk 20,6%, 21,3% en 24,6% tegenover 53,5%).

4.6 Gezondheidszorggebruik

Wat betreft gezondheidszorggebruik, bekijken we 6 verschillende variabelen. We gaan na in welke mate participanten een vaste huisarts hebben, of ze een contact met een huisarts, met een specialist, met een tandarts of orthodontist, en/of met een spoeddienst hadden in het voorgaande jaar. Tot slot gaan we na hoeveel huishoudens medische kosten hebben uitgesteld omwille van financiële redenen.

4.6.1 Vaste huisarts

Aan respondenten werd gevraagd of ze een **vaste huisarts** hadden. Er waren 2 mogelijke antwoordcategorieën: 'vaste huisarts' (referentiecategorie) en 'geen vaste huisarts'⁷².

⁷² We gebruikten hiervoor de indicator GP01 uit de HIS databank.

A. België

→ Beschrijvende analyses op niveau van de Belgische steekproef

Van 9110 respondenten weten we of ze een vaste huisarts hebben of niet. 93% van hen gaf aan dat dit het geval is.

→ Analyse volgens geslacht en leeftijd

In de Belgische steekproef hebben vrouwen vaker dan mannen een vaste huisarts (94,1% tegenover 91,9%) ($p < 0,001$). Ook na controle voor de andere sociodemografische variabelen, hebben de vrouwen in de steekproef meer kans om een vaste huisarts te hebben dan mannen ($OR = 1,539$; $p < 0,001$). Kijken we naar de leeftijd, dan heeft de oudere helft van de steekproef het vaakst een vaste huisarts (95,1% en 97,4% tegenover 91,6% en 88,5%). Het verband tussen leeftijd en het hebben van een vaste huisarts is significant ($p < 0,001$). Ook na controle voor de andere sociodemografische variabelen, blijkt dat hoe ouder men is, hoe groter de kans dat men een vaste huisarts heeft ($OR = 1,033$; $p < 0,001$).

→ Analyse volgens opleiding en inkomen

Wat betreft opleiding en het hebben van een vaste huisarts, zien we het omgekeerde patroon dan datgene dat we al enkele keren zagen. Hier geldt: hoe hoger men opgeleid is, hoe minder vaak men een vaste huisarts heeft (van 95,2% bij de laagopgeleiden tot 90,9% bij de hoogopgeleiden) ($p < 0,001$). Na controle voor de andere sociodemografische variabelen, hebben de hoogopgeleiden nog steeds een significant lagere kans om een vaste huisarts te hebben dan de laagopgeleiden ($OR = 0,593$; $p = 0,001$). Wat betreft inkomen, zijn de verschillen minder duidelijk. Participanten met een laag inkomen hebben iets minder vaak een vaste huisarts (92,7%) dan de participanten met een gemiddeld en een hoog inkomen (respectievelijk 94,4% en 94,7%) ($p = 0,003$).

→ Analyse volgens migratie-achtergrond

Eerstegeneratiemigranten zowel met een westerse als een niet-westerse achtergrond blijken iets minder vaak een vaste huisarts te hebben dan de andere subgroepen (respectievelijk 85,1% en 84%). Het verband tussen migratiestatus en het hebben van een vaste huisarts is significant ($p < 0,001$). De multivariate analyses tonen aan dat eerstegeneratiemigranten met een westerse en ook deze met een niet-westerse achtergrond significant minder kans hebben om een vaste huisarts te hebben dan de niet-migranten (respectievelijk $OR = 0,414$; $p < 0,001$ en $OR = 0,501$; $p < 0,001$). Binnen de groep van eerstegeneratiemigranten met een westerse achtergrond, zien we dat de participanten met een gemiddeld inkomen toch iets vaker een vaste huisarts hebben dan de participanten met een laag inkomen binnen deze groep ($OR = 3,514$; $p = 0,039$). Verdere analyses tonen geen significante andere verschillen binnen deze migrantengroepen naar opleidings- of inkomensniveau.

→ Analyse volgens regio

De Brusselse participanten blijken het minst vaak een vaste huisarts te hebben (85,6% tegenover 97,1% in Vlaanderen en 95% in Wallonië). Na controle voor de andere sociodemografische variabelen, blijken de Brusselse en ook de Waalse participanten minder kans te hebben om een vaste huisarts te hebben dan de Vlaamse participanten (respectievelijk $OR = 0,307$; $p < 0,001$ en $OR = 0,611$; $p = 0,002$).

Tabel 4.6-1. Percentage van de steekproef dat een vaste huisarts heeft (België)

		%	n	p
Geslacht	Man	91,9%	3989	<0,001*
	Vrouw	94,1%	4487	
Leeftijd	15-24	91,6%	1053	<0,001*
	25-44	88,5%	2589	
	45-64	95,1%	2862	
	65+	97,4%	1972	
Opleiding	Laag	95,2%	2458	<0,001*
	Gemiddeld	93,7%	2443	
	Hoog	90,9%	2566	
Inkomen	Laag	92,7%	2782	0,003*
	Gemiddeld	94,4%	1476	
	Hoog	94,7%	3112	
Migratie-achtergrond	Niet-migrant	95,7%	5945	<0,001*
	2 ^e gen migrant W	95,8%	525	
	1 ^e gen migrant W	85,1%	496	
	2 ^e gen migrant NW	89,5%	409	
	1 ^e gen migrant NW	84,0%	1078	
Regio	Vlaanderen	97,1%	2903	<0,001*
	Brussel	85,6%	2165	
	Wallonië	95,0%	3408	

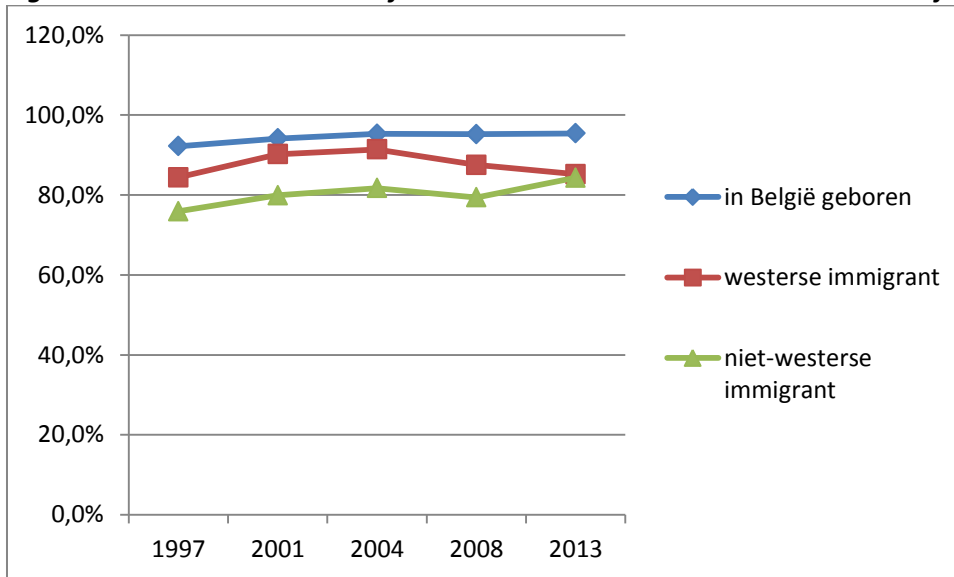
Tabel 4.6-2. Resultaten van de multivariate analyse betreffende het hebben van een vaste huisarts (België)

		EXP (B)	p
Geslacht	Man		
	Vrouw	1,539	<0,001*
Leeftijd		1,033	<0,001*
Opleidingsniveau	Laag		
	Gemiddeld	0,772	0,078
	Hoog	0,593	0,001*
Inkomen	Laag		
	Gemiddeld	1,155	0,350
	Hoog	1,272	0,087
Migratie-achtergrond	Niet-migrant		
	2 ^e gen migrant W	1,174	0,543
	1 ^e gen migrant W	0,414	<0,001*
	2 ^e gen migrant NW	0,726	0,164
	1 ^e gen migrant NW	0,501	<0,001*
Regio	Vlaanderen		
	Brussel	0,307	<0,001*
	Wallonië	0,611	0,002*

→ Evolutie in de tijd volgens migratie-achtergrond

Er zijn geen grote veranderingen in het al dan niet hebben van een vaste huisarts over de jaren heen. Bij de participanten die in België zijn geboren is er een lichte stijging (3,2%) over de jaren heen merkbaar ($p < 0,001$). Bij de westerse immigranten was er tussen 1997 en 2004 een stijging te zien waarna er tussen 2004 en 2013 opnieuw een daling volgde ($p < 0,001$). Bij de niet-westerse immigranten is er een lichte schommeling over de jaren heen, waarbij er tussen 1997 en 2013 een stijging van 8,4% te zien is ($p < 0,001$).

Figuur 4.6-1. Evolutie wat betreft het hebben van een vaste huisarts over de jaren heen (België)



Legende

— : significant ($p < 0,05$)

---- : niet significant ($p < 0,05$)

B. Vlaanderen

→ Beschrijvende analyses op niveau van de Vlaamse steekproef

Binnen de Vlaamse steekproef gaven 2991 respondenten aan of ze een vaste huisarts hebben. Bij 97,1% van hen is dit het geval. Slechts 2,9% van de respondenten heeft dus geen vaste huisarts.

Tabel 4.6-3. Percentage van de steekproef dat een vaste huisarts heeft (Vlaanderen)

		%	n	p
Geslacht	Man	96,8%	1398	0,447
	Vrouw	97,3%	1505	
Leeftijd	15-24	94,0%	312	<0,001*
	25-44	95,2%	871	
	45-64	98,1%	980	
	65+	99,3%	740	
Opleiding	Laag	98,9%	820	0,001*
	Gemiddeld	97,1%	976	
	Hoog	95,9%	842	
Inkomen	Laag	96,5%	773	0,005*
	Gemiddeld	99,1%	579	
	Hoog	96,7%	1312	
Migratie-achtergrond	Niet-migrant	98,0%	2524	<0,001*
	1 ^e gen migrant NW	90,1%	183	
	Andere migrant	92,3%	193	

4.6.2 Contact met een huisarts het laatste jaar

Daarnaast werd ook gevraagd of er **in de laatste 12 maanden contact was geweest met een huisarts**. De oorspronkelijke drie categorieën 'ja, contact in de laatste 12 maanden', 'nee, geen contact in de laatste 12 maanden' en 'nee, nooit contact gehad' werden omgevormd naar 'ja, contact in de laatste 12 maanden' en 'geen contact in de laatste 12 maanden' (referentiecategorie)⁷³.

A. België

→ Beschrijvende analyses op niveau van de Belgische steekproef

9106 participanten gaven aan of de ze laatste 12 maand een huisarts hadden bezocht. 76,8% gaf aan dat dit zo was.

→ Analyse volgens geslacht en leeftijd

Vrouwen blijken significant vaker een huisarts te hebben geraadpleegd in de laatste 12 maanden dan mannen (80,2% tegenover 73%) ($p < 0,001$). De multivariate analyses tonen hetzelfde aan (OR=1,536; $p < 0,001$). Wat betreft leeftijd zien we dat hoe ouder iemand is, hoe significant vaker men de laatste 12 maanden een huisarts heeft geraadpleegd (91,7% bij de 65+ jarigen tegenover 63% bij de 15-24 jarigen). Na controle voor de andere sociodemografische variabelen blijft dit verband tussen leeftijd en contact met een huisarts de laatste 12 maanden bestaan (OR=1,034; $p < 0,001$).

⁷³ Voor contact met de huisarts gebruikten we de indicator GP04_1 uit de HIS databank.

→ Analyse volgens opleiding en inkomen

Laagopgeleiden blijken vaker dan de gemiddeld opgeleiden en hoogopgeleiden een contact gehad te hebben gehad met een huisarts in het laatste jaar (83,2% versus 76,6% en 75,5%). Het verband tussen opleiding en contact met een huisarts is significant ($p < 0,001$). Na controle voor de andere sociodemografische variabelen blijven de gemiddeld opgeleiden significant minder kans hebben om een huisarts te hebben gecontacteerd dan de laagopgeleiden ($OR = 0,846$; $p = 0,043$). Wat betreft inkomen is er geen duidelijk verband met het laatste contact met de huisarts, ook niet na controle voor de andere sociodemografische variabelen.

→ Analyse volgens migratie-achtergrond

Migranten met een niet-westerse achtergrond (zowel eerste als tweede generatie) hadden in de voorgaande 12 maanden het minst vaak een contact gehad met een huisarts, in vergelijking met de andere migratiegroepen (66,4% voor de tweede generatie en 65,5% voor de eerste generatie). Het verband tussen migratiestatus en laatste contact met de huisarts is significant ($p < 0,001$). Na controle voor de andere sociodemografische variabelen blijken de eerstegeneratiemigranten (zowel met westerse als niet-westerse achtergrond) minder kans te hebben om de voorgaande 12 maanden een huisarts te hebben geraadpleegd (respectievelijk $OR = 0,729$; $p = 0,011$ en $OR = 0,745$; $p = 0,003$). Verdere analyses tonen aan dat binnen de groep van eerstegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond de participanten met een gemiddelde opleiding alsook deze met een gemiddeld inkomen minder kans hebben om het laatste jaar een huisarts te hebben geconsulteerd dan de participanten met respectievelijk een laag opleidingsniveau en een laag inkomensniveau ($OR = 0,551$; $p = 0,002$). Voor de eerstegeneratiemigranten met een westerse achtergrond zijn er geen significante interacties met opleiding of inkomen.

→ Analyse volgens regio

De Brusselse participanten lijken het minst vaak de voorgaande 12 maanden een huisarts te hebben gecontacteerd (68,7%) in vergelijking met de Waalse (77,7%) en Vlaamse participanten (82,5%). Het verband tussen regio en laatste contact huisarts is significant ($p < 0,001$). Na controle voor de andere sociodemografische variabelen, zien we dat Brusselse en Waalse participanten minder kans hebben om een huisarts te hebben gecontacteerd in de voorgaande 12 maanden in vergelijking met de Vlaamse participanten (respectievelijk $OR = 0,625$; $p < 0,001$ en $OR = 0,763$; $p < 0,001$).

Tabel 4.6-4. Percentage van de steekproef dat in de laatste 12 maand contact had met een huisarts (België)

		%	n	p
Geslacht	Man	73,0%	3165	<0,001*
	Vrouw	80,2%	3827	
Leeftijd	15-24	63,0%	724	<0,001*
	25-44	68,3%	1996	
	45-64	80,3%	2415	
	65+	91,7%	1857	
Opleiding	Laag	83,2%	2146	<0,001*
	Gemiddeld	76,6%	1997	
	Hoog	75,5%	2130	
Inkomen	Laag	76,3%	2288	0,067
	Gemiddeld	78,4%	1227	
	Hoog	78,6%	2583	
Migratie-achtergrond	Niet-migrant	80,1%	4974	<0,001*
	2 ^e gen migrant W	79,7%	437	
	1 ^e gen migrant W	71,9%	419	
	2 ^e gen migrant NW	66,4%	303	
	1 ^e gen migrant NW	65,5%	840	
Regio	Vlaanderen	82,5%	2468	<0,001*
	Brussel	68,7%	1736	
	Wallonië	77,7%	2788	

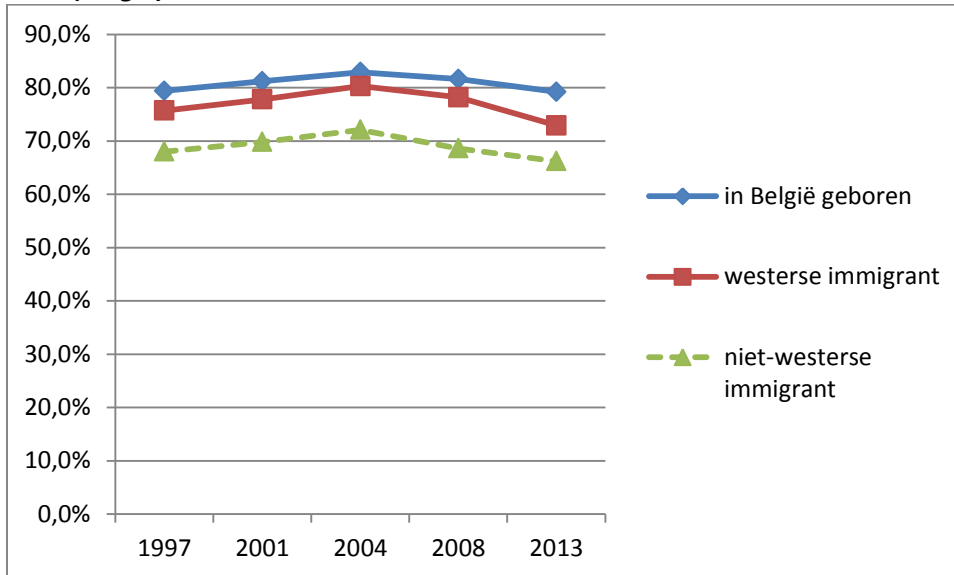
Tabel 4.6-5. Resultaten van de multivariate analyse betreffende contact met een huisarts in de laatste 12 maand (België)

		EXP (B)	p
Geslacht	Man		
	Vrouw	1,536	<0,001*
Leeftijd		1,034	<0,001*
Opleidingsniveau	Laag		
	Gemiddeld	0,846	0,043*
	Hoog	0,847	0,057
Inkomen	Laag		
	Gemiddeld	1,119	0,212
	Hoog	1,158	0,070
Migratie-achtergrond	Niet-migrant		
	2 ^e gen migrant W	1,290	0,067
	1 ^e gen migrant W	0,729	0,011*
	2 ^e gen migrant NW	0,941	0,691
	1 ^e gen migrant NW	0,745	0,003*
Regio	Vlaanderen		
	Brussel	0,625	<0,001*
	Wallonië	0,763	<0,001*

→ Evolutie in de tijd volgens migratie-achtergrond

Wat betreft het laatste contact met de huisarts, is er een stijging tussen 1997 en 2004, om daarna opnieuw te dalen tussen 2004 en 2013 (en dit zowel voor de participanten die in België zijn geboren als de westerse immigranten).

Figuur 4.6-2. Evolutie wat betreft een contact met een huisarts in het laatste jaar over de jaren heen (België)



Legende

— : significant ($p < 0,05$)

---- : niet significant ($p < 0,05$)

B. Vlaanderen

→ Beschrijvende analyses op niveau van de Vlaamse steekproef

2991 Vlaamse respondenten gaven aan of ze de voorgaande 12 maanden contact hadden met een huisarts. Bij 82,5% van hen was dit het geval.

→ Analyse volgens geslacht en leeftijd

Meer vrouwen dan mannen in de Vlaamse steekproef gaven aan dat ze in de voorgaande 12 maand een huisarts hadden geraadpleegd (86,1% versus 78,7%) ($p < 0,001$). Ook hier geldt dat hoe ouder de participant, hoe vaker men aangaf contact te hebben gehad met een huisarts in de voorgaande 12 maand (van 68,4% bij de 15-24 jarigen tot 94,1% bij de 65+ jarigen).

→ Analyse volgens opleiding en inkomen

Hoe hoger opgeleid, hoe minder vaak de Vlaamse participant aangaf de voorgaande 12 maand een huisarts te hebben geraadpleegd (van 87,7% bij de laagopgeleiden tot 80,5% bij de hoogopgeleiden). Het verband tussen opleiding en het hebben geraadpleegd van een huisarts in de voorgaande 12 maanden is significant ($p < 0,001$). Vlaamse participanten met een hoog inkomen hadden ook iets minder vaak een huisarts geraadpleegd in het voorgaande jaar (80,3%) in vergelijking met participanten met een gemiddeld (85,8%) en een laag inkomen (84,4%) ($p = 0,004$).

→ Analyse volgens migratie-achtergrond

Eerstegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond (75,9%) en andere migranten (78,9%) hadden minder vaak dan niet-migranten (83,3%) in de voorgaande 12 maand een contact gehad met een huisarts. Het verband tussen migratie-achtergrond en het hebben geraadpleegd van een huisarts in de voorgaande 12 maanden is significant ($p=0,010$).

Tabel 4.6-6. Percentage van de steekproef dat in de laatste 12 maand contact had met een huisarts (Vlaanderen)

		%	N	p
Geslacht	Man	78,7%	1136	<0,001*
	Vrouw	86,1%	1332	
Leeftijd	15-24	68,4%	227	<0,001*
	25-44	75,6%	692	
	45-64	84,9%	848	
	65+	94,1%	701	
Opleiding	Laag	87,7%	727	<0,001*
	Gemiddeld	83,4%	838	
	Hoog	80,5%	707	
Inkomen	Laag	84,4%	676	0,004*
	Gemiddeld	85,8%	501	
	Hoog	80,3%	1090	
Migratie-achtergrond	Niet-migrant	83,3%	2146	0,010*
	1 ^e gen migrant NW	75,9%	154	
	Andere migrant	78,9%	165	

4.6.3 Contact met een specialist het laatste jaar

Daarnaast werd ook gevraagd of er **in de laatste 12 maanden contact was geweest met een specialist**. De oorspronkelijke drie categorieën 'ja, contact in de laatste 12 maanden', 'nee, geen contact in de laatste 12 maanden' en 'nee, nooit contact gehad' werden omgevormd naar 'ja, contact in de laatste 12 maanden' en 'geen contact in de laatste 12 maanden' (referentiecategorie)⁷⁴.

A. België

→ Beschrijvende analyses op niveau van de Belgische steekproef

9105 Belgische participanten gaven aan of ze de voorgaande 12 maanden een specialist hadden bezocht. Bij 49,5% van hen was dit het geval.

→ Analyse volgens geslacht en leeftijd

Meer vrouwen dan mannen gaven aan de voorgaande 12 maand een specialist te hebben geraadpleegd (56,5% versus 41,8%). Dit verschil is significant ($p<0,001$), ook na controle voor de andere sociodemografische variabelen ($p<0,001$). Verder zien we dat hoe ouder de participanten,

⁷⁴ Voor contact met de specialist gebruikten we de indicator SP01_1 uit de HIS databank.

hoe vaker ze aangaven in de voorgaande 12 maand contact te hebben gehad met een specialist (van 37,4% bij de 15-24 jarigen tot 58,4% bij de 65+ jarigen) ($p < 0,001$). Het verband tussen leeftijd en laatste contact met een specialist blijft ook significant na controle voor de andere sociodemografische variabelen ($p < 0,001$).

→ Analyse volgens opleiding en inkomen

Hoogopgeleiden blijken het vaakst in de voorgaande 12 maanden een specialist te hebben gecontacteerd (53,6%) in vergelijking met laagopgeleiden (49,9%) en gemiddeld opgeleiden (47,3%) ($p < 0,001$). Na controle voor de andere sociodemografische variabelen, blijken hoogopgeleiden nog steeds vaker een contact met een specialist te hebben gehad in de voorgaande 12 maanden in vergelijking met laagopgeleiden ($OR = 1,399$; $p < 0,001$). Wat betreft inkomen is er geen duidelijk verband met het laatste contact met een specialist. Na controle voor de andere sociodemografische variabelen, blijken participanten met een hoog inkomen wel meer kans te hebben om een specialist te hebben bezocht in vergelijking met mensen met een laag inkomen ($OR = 1,134$; $p = 0,050$).

→ Analyse volgens migratie-achtergrond

Er is geen significant verband tussen migratiestatus en contact met een specialist in de voorgaande 12 maanden, ook niet na controle voor de andere sociodemografische variabelen.

→ Analyse volgens regio

Brusselse participanten lijken het vaakst een contact te hebben gehad met een specialist in de voorgaande 12 maanden (52,7%) in vergelijking met Vlaamse (46,9%) en Waalse participanten (49,3%) ($p < 0,001$). Na controle voor de andere sociodemografische variabelen, blijken de Brusselse participanten nog steeds meer kans te hebben om een contact te hebben gehad met een specialist in de voorgaande 12 maanden dan de Vlaamse participanten ($OR = 1,583$; $p < 0,001$) en ook de Waalse participanten meer in vergelijking met de Vlaamse participanten ($OR = 1,216$; $p = 0,001$).

Tabel 4.6-7. Percentage van de steekproef dat in de laatste 12 maand contact had met een specialist (België)

		%	n	p
Geslacht	Man	41,8%	1812	<0,001*
	Vrouw	56,5%	2692	
Leeftijd	15-24	37,4%	430	<0,001*
	25-44	45,5%	1330	
	45-64	52,0%	1563	
	65+	58,4%	1181	
Opleiding	Laag	49,9%	1288	<0,001*
	Gemiddeld	47,3%	1234	
	Hoog	53,6%	1514	
Inkomen	Laag	49,7%	1490	0,167
	Gemiddeld	51,1%	799	
	Hoog	52,1%	1710	
Migratie-achtergrond	Niet-migrant	49,7%	3088	0,157
	2 ^e gen migrant W	52,0%	285	
	1 ^e gen migrant W	51,1%	298	
	2 ^e gen migrant NW	46,3%	211	
	1 ^e gen migrant NW	47,2%	606	
Regio	Vlaanderen	46,9%	1402	<0,001*
	Brussel	52,7%	1332	
	Wallonië	49,3%	1770	

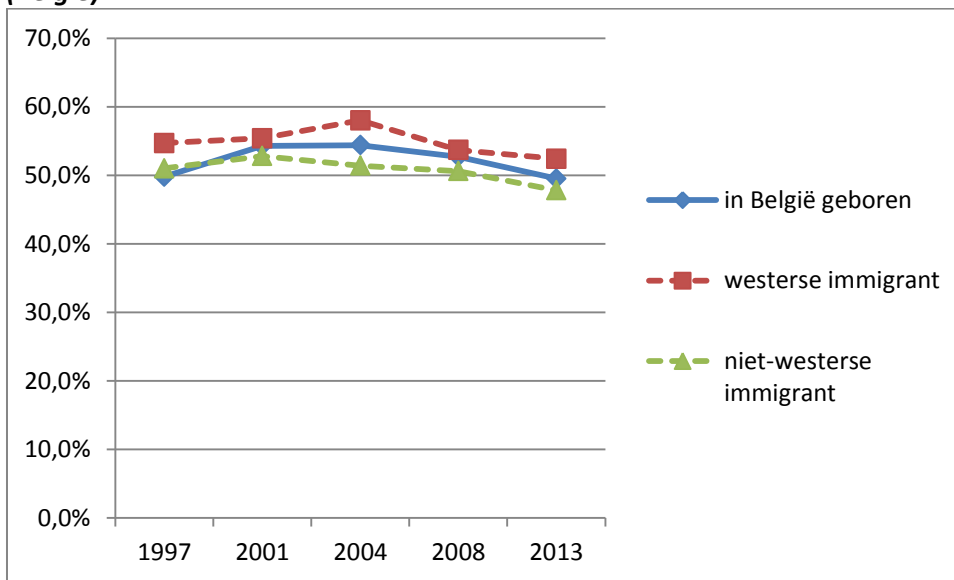
Tabel 4.6-8. Resultaten van de multivariate analyse betreffende contact met een specialist in de laatste 12 maand (België)

		EXP (B)	p
Geslacht	Man		
	Vrouw	1,854	<0,001*
Leeftijd		1,017	<0,001*
Opleidingsniveau	Laag		
	Gemiddeld	1,105	0,122
	Hoog	1,399	<0,001*
Inkomen	Laag		
	Gemiddeld	1,115	0,123
	Hoog	1,134	0,050
Migratie-achtergrond	Niet-migrant		
	2 ^e gen migrant W	1,142	0,204
	1 ^e gen migrant W	0,893	0,282
	2 ^e gen migrant NW	1,115	0,431
	1 ^e gen migrant NW	0,993	0,931
Regio	Vlaanderen		
	Brussel	1,583	<0,001*
	Wallonië	1,216	0,001*

→ Evolutie in de tijd volgens migratie-achtergrond

Bij de participanten die in België zijn geboren is er in de loop der jaren een lichte stijging geweest in het raadplegen van een specialist in de voorafgaande 12 maand, om nadien gevolgd te worden door een lichte daling ($p < 0,001$). De proportie participanten die in België zijn geboren die de voorafgaande 12 maanden een specialist hadden bezocht is in 1997 en 2013 ongeveer gelijk. Tussen 2001 en 2013 lijkt er bij de participanten die in België zijn geboren een lichte daling te zijn in het hebben van een contact met een specialist in de voorgaande 12 maanden. Volgens het WIV komt dit niet overeen met de bevindingen van de ziekteverzekering, waar dit percentage licht blijkt toe te nemen.⁷⁵ Er is niet dadelijk een sluitende verklaring voor deze bevinding.

Figuur 4.6-3. Evolutie wat betreft contact met een specialist het laatste jaar over de jaren heen (België)



Legende

— : significant ($p < 0,05$)

---- : niet significant ($p > 0,05$)

B. Vlaanderen

→ Beschrijvende analyses op niveau van de Vlaamse steekproef

2989 Vlaamse respondenten gaven aan of ze in de voorgaande 12 maand een contact hadden gehad met een specialist. Bij 46,9% van hen was dit het geval.

→ Analyse volgens geslacht en leeftijd

Vlaamse vrouwen hadden vaker een contact gehad met een specialist in de voorgaande 12 maanden dan Vlaamse mannen (53,2% versus 40,1%) ($p < 0,001$). Wat leeftijd betreft, zien we hetzelfde patroon als in de Belgische steekproef: hoe ouder, hoe vaker participanten in de voorgaande 12 maanden een contact hadden met een specialist (van 35% bij de 15-24 jarigen tot 55% bij de 65+ jarigen) ($p < 0,001$).

⁷⁵ Uit: Gezondheidsenquête 2013 Rapport 3: gebruik van gezondheids- en welzijnsdiensten. Geraadpleegd op 16/03/2018 op https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/SP_NL_2013.pdf

→ Analyse volgens opleiding en inkomen

Binnen de Vlaamse steekproef geen significant verband tussen opleiding of inkomen enerzijds en een contact met een specialist in de voorgaande 12 maanden anderzijds.

→ Analyse volgens migratie-achtergrond

In tegenstelling tot de bevindingen in de Belgische steekproef, blijken in de Vlaamse steekproef de niet-migranten vaker een contact met een specialist in de voorgaande 12 maanden te hebben gehad (47,9%) dan de eerstegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond en de andere migranten (respectievelijk 39,4% en 41,1%). Het verband tussen migratie-achtergrond en het hebben geraadpleegd van een specialist in de voorgaande 12 maanden is significant ($p=0,015$).

Tabel 4.6-9. Percentage van de steekproef dat in de laatste 12 maand contact had met een specialist (Vlaanderen)

		%	n	p
Geslacht	Man	40,1%	579	<0,001*
	Vrouw	53,2%	823	
Leeftijd	15-24	35,0%	116	<0,001*
	25-44	42,5%	389	
	45-64	48,8%	488	
	65+	55,0%	409	
Opleiding	Laag	47,6%	394	0,088
	Gemiddeld	45,4%	456	
	Hoog	50,5%	443	
Inkomen	Laag	47,1%	377	0,208
	Gemiddeld	50,2%	293	
	Hoog	45,8%	621	
Migratie-achtergrond	Niet-migrant	47,9%	1234	0,015*
	1 ^e gen migrant NW	39,4%	80	
	Andere migrant	41,1%	86	

4.6.4 Contact met een tandarts/orthodontist het laatste jaar

Daarnaast werd ook gevraagd of er **in de laatste 12 maanden contact was geweest met een tandarts of orthodontist**. Voor contact met de tandarts of orthodontist waren vier antwoorden mogelijk: 'laatste contact in de laatste 6 maanden', 'laatste contact tussen 6 en 12 maanden geleden', 'laatste contact langer dan 12 maanden geleden' en 'nee, nooit contact gehad'. Deze werden omgevormd naar 'ja, contact in de laatste 12 maanden' en 'geen contact in de laatste 12 maanden' (referentiecategorie)⁷⁶.

A. België

→ Beschrijvende analyses op niveau van de Belgische steekproef

9105 participanten gaven aan of ze de voorgaande 12 maanden een tandarts of orthodontist hadden bezocht. 57,6% gaven aan dat dit zo was.

⁷⁶ We gebruikten hiervoor de indicator DC07_2 uit de HIS databank.

→ Analyse volgens geslacht en leeftijd

Meer vrouwen dan mannen hadden in de voorgaande 12 maanden een contact met een tandarts of een orthodontist (59,8% versus 55,3%) ($p < 0,001$). Dit verschil blijft bestaan na controle voor de andere sociodemografische variabelen ($OR = 1,309$; $p < 0,001$). Hoe jonger de participanten, hoe vaker ze wel een contact met een tandarts of orthodontist hebben gehad in het voorgaande jaar (van 64,6% bij de 15-24 jarigen tot 42,7% bij de 65+ jarigen) ($p < 0,001$). Na controle voor de andere sociodemografische variabelen blijft dit verband bestaan ($OR = 0,990$; $p < 0,001$).

→ Analyse volgens opleiding en inkomen

Zowel wat betreft opleiding als wat betreft inkomen, is er een heel duidelijke sociale gradiënt betreffende het laatste bezoek aan een tandarts of een orthodontist. Hoe hoger iemand opgeleid is, hoe significant vaker men een contact met een tandarts of orthodontist had in de voorgaande 12 maanden (van 41,5% bij de laagopgeleiden tot 68,6% bij de hoogopgeleiden) ($p < 0,001$). Ook na controle voor de andere sociodemografische variabelen blijft dit verband bestaan: hoogopgeleiden alsook gemiddeld opgeleiden hebben significant meer kans om de voorgaande 12 maanden een tandarts of een orthodontist te hebben bezocht dan laagopgeleiden (respectievelijk $OR = 2,134$; $p < 0,001$ en $OR = 1,625$; $p < 0,001$). Wat betreft inkomen, zien we hetzelfde patroon: hoe hoger het inkomen, hoe meer kans om in de afgelopen 12 maanden een tandarts of orthodontist te hebben geraadpleegd (van 47,1% bij de participanten met een laag inkomen tot 67,7% bij de participanten met een hoog inkomen; $p < 0,001$). De multivariate analyses tonen ook hier aan dat participanten met een hoog inkomen en deze met een gemiddeld inkomen, beide significant meer kans hebben om een contact te hebben gehad met een tandarts of een orthodontist in de voorgaande 12 maanden in vergelijking met participanten met een laag inkomen (respectievelijk $OR = 1,794$; $p < 0,001$ en $OR = 1,444$; $p < 0,001$).

→ Analyse volgens migratie-achtergrond

Kijken we naar de migratiestatus van de participanten, dan zien we dat de eerstegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond het minst vaak een contact hadden met een tandarts of een orthodontist in de voorgaande 12 maanden (50,2%). Tweedegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond blijken het vaakst een contact gehad te hebben met een tandarts of orthodontist in de voorgaande 12 maanden (63,1%). Het verband tussen migratie-achtergrond en dit contact is significant ($p < 0,001$). Na controle voor de andere sociodemografische variabelen is er geen significant verschil tussen één van de migrantengroepen en de niet-migranten.

→ Analyse volgens regio

Vlaamse participanten blijken significant vaker een contact gehad te hebben met een tandarts of een orthodontist in de voorgaande 12 maanden (62,7% versus 55,5% bij de Brusselse participanten en 54,9% bij de Waalse participanten). Het verband tussen regio en laatste contact met tandarts/orthodontist is significant ($p < 0,001$). Ook na controle voor de andere sociodemografische variabelen hebben zowel de Brusselse als de Waalse participanten significant minder kans om een tandarts/orthodontist te hebben geraadpleegd in de voorgaande 12 maanden (respectievelijk $OR = 0,730$; $p < 0,001$ en $OR = 0,720$; $p < 0,001$).

Tabel 4.6-10. Percentage van de steekproef dat in de laatste 12 maand contact had met een tandarts of orthodontist (België)

		%	n	p
Geslacht	Man	55,3%	2400	<0,001*
	Vrouw	59,8%	2848	
Leeftijd	15-24	64,6%	743	<0,001*
	25-44	61,3%	1795	
	45-64	61,4%	1847	
	65+	42,7%	863	
Opleiding	Laag	41,5%	1071	<0,001*
	Gemiddeld	59,0%	1537	
	Hoog	68,6%	1934	
Inkomen	Laag	47,1%	1413	<0,001*
	Gemiddeld	59,1%	925	
	Hoog	67,7%	2224	
Migratie-achtergrond	Niet-migrant	58,8%	3654	<0,001*
	2 ^e gen migrant W	61,3%	336	
	1 ^e gen migrant W	54,7%	319	
	2 ^e gen migrant NW	63,1%	287	
	1 ^e gen migrant NW	50,2%	643	
Regio	Vlaanderen	62,7%	1875	<0,001*
	Brussel	55,5%	1403	
	Wallonië	54,9%	1970	

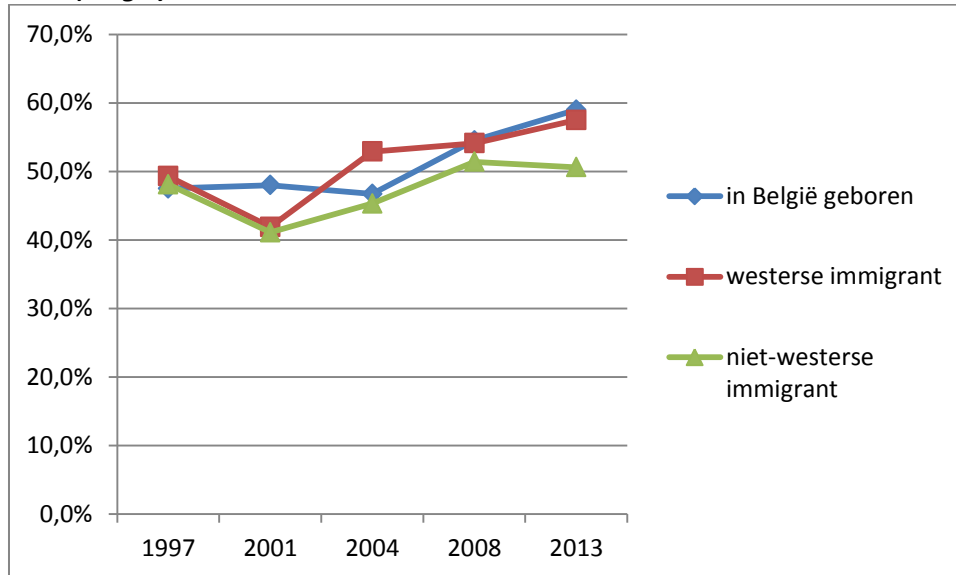
Tabel 4.6-11. Resultaten van de multivariate analyse betreffende contact met een tandarts of orthodontist in de laatste 12 maand (België)

		EXP (B)	p
Geslacht	Man		
	Vrouw	1,309	<0,001*
Leeftijd		0,990	<0,001*
Opleidingsniveau	Laag		
	Gemiddeld	1,625	<0,001*
	Hoog	2,134	<0,001*
Inkomen	Laag		
	Gemiddeld	1,444	<0,001*
	Hoog	1,794	<0,001*
Migratie-achtergrond	Niet-migrant		
	2 ^e gen migrant W	1,194	0,100
	1 ^e gen migrant W	0,909	0,376
	2 ^e gen migrant NW	1,168	0,280
	1 ^e gen migrant NW	0,925	0,372
Regio	Vlaanderen		
	Brussel	0,730	<0,001*
	Wallonië	0,720	<0,001*

→ Evolutie in de tijd volgens migratie-achtergrond

Bij zo goed als alle migrantengroepen is er de laatste jaren (sinds 2001) een stijging in de proportie respondenten die minstens één maal per jaar een tandarts of orthodontist bezoeken (allemaal $p < 0,001$).

Figuur 4.6-4. Evolutie wat betreft het laatste contact met een tandarts/orthodontist over de jaren heen (België)



Legende

— : significant ($p < 0,05$)

---- : niet significant ($p < 0,05$)

B. Vlaanderen

→ Beschrijvende analyses op niveau van de Vlaamse steekproef

2989 Vlaamse participanten gaven aan of ze een contact hadden met een tandarts/orthodontist in de voorgaande 12 maanden. Bij 62,7% was dit het geval.

→ Analyse volgens geslacht en leeftijd

In de Vlaamse steekproef blijken vrouwen iets vaker een tandarts/orthodontist te hebben geraadpleegd in de voorgaande 12 maanden (64,4%) dan mannen (61%), al is dit verband slechts rand-significant ($p = 0,056$). Opnieuw geldt dat hoe jonger de participanten zijn, hoe meer kans ze hebben om een contact te hebben gehad met een tandarts/orthodontist in de voorgaande 12 maanden (van 45,2% bij de 65+ jarigen tot 68,1% bij de 15-24 jarigen). Ook dit verband is significant ($p < 0,001$).

→ Analyse volgens opleiding en inkomen

In de Vlaamse steekproef zien we dezelfde duidelijke trend wat betreft zowel opleiding als inkomen en het laatste contact met de tandarts/orthodontist. Hoe hoger de opleiding of hoe hoger het inkomen, hoe meer kans dat de participant in de voorgaande 12 maanden een tandarts/orthodontist heeft bezocht (beide $p < 0,001$).

→ Analyse volgens migratie-achtergrond

Er is geen significant verband tussen migratie-achtergrond en raadpleging van een tandarts/orthodontist in de voorgaande 12 maanden.

Tabel 4.6-12. Percentage van de steekproef dat dat in de laatste 12 maand contact had met een tandarts of orthodontist (Vlaanderen)

		%	n	p
Geslacht	Man	61,0%	880	0,056
	Vrouw	64,4%	995	
Leeftijd	15-24	68,1%	226	<0,001*
	25-44	71,4%	653	
	45-64	66,1%	660	
	65+	45,2%	336	
Opleiding	Laag	43,7%	362	<0,001*
	Gemiddeld	63,6%	639	
	Hoog	77,2%	677	
Inkomen	Laag	51,2%	410	<0,001*
	Gemiddeld	64,7%	378	
	Hoog	70,4%	956	
Migratie-achtergrond	Niet-migrant	62,6%	1612	0,087
	1 ^e gen migrant NW	58,6%	119	
	Andere migrant	68,9%	144	

4.6.5 Contact met een spoeddienst het laatste jaar

Vervolgens werd ook gepeild naar het gebruik van de spoedgevallendienst door respondenten. Er werd nagegaan wanneer het **laatste contactmoment van respondenten met een spoeddienst** was: 'nooit', 'langer dan 12 maanden geleden' of 'in de afgelopen 12 maanden'. Deze categorieën werden opnieuw gehercodeerd naar 'ja, contact in de laatste 12 maanden' en 'geen contact in de laatste 12 maanden' (referentiecategorie).⁷⁷

A. België

→ Beschrijvende analyses op niveau van de Belgische steekproef

9109 respondenten gaven aan of ze de voorgaande 12 maanden een contact hadden gehad met een spoeddienst of niet. Bij 13,7% respondenten was dit het geval.

→ Analyse volgens geslacht en leeftijd

Er is geen significant verband tussen geslacht en een contact met een spoeddienst in de voorgaande 12 maanden. Wat betreft leeftijd, blijkt de groep 25-44 jarigen het vaakst een spoeddienst te hebben geraadpleegd in de voorgaande 12 maanden (15%) en de groep 45-64 jarigen het minst (12%). Het

⁷⁷ We gebruikten hiervoor de indicator ED01_1 uit de HIS databank.

verband tussen leeftijd en laatste contact met een spoeddienst is significant ($p=0,007$). Na controle voor de andere sociodemografische variabelen vervalt dit verband echter.

→ Analyse volgens opleiding en inkomen

Hoe hoger opgeleid, hoe minder de participanten aangeven dat ze een contact met een spoeddienst hadden de voorgaande 12 maanden (van 15,8% bij de laagopgeleiden tot 11,8% bij de hoogopgeleiden). Het verband tussen opleiding en laatste contact met een spoeddienst is significant ($p<0,001$). Na controle voor de andere variabelen, blijken hoogopgeleiden nog steeds minder vaak een contact te hebben gehad met een spoeddienst in de voorgaande 12 maanden in vergelijking met laagopgeleiden (OR=0,740; $p=0,002$). Wat betreft inkomen, zien we een gelijkaardig patroon: hoe hoger het inkomen, hoe minder participanten een contact met de spoeddienst hebben gehad in de voorgaande 12 maanden (van 16% bij de participanten met een laag inkomen tot 12,2% bij de participanten met een hoog inkomen). Het verband tussen inkomen en laatste contact met spoeddienst is significant ($p<0,001$). Dit verband wordt wellicht eerder door andere sociodemografische factoren verklaard, daar het in de multivariate analyses verdwijnt.

→ Analyse volgens migratie-achtergrond

Niet-migranten blijken het minst vaak een contact te hebben gehad met een spoeddienst in de voorgaande 12 maanden (12,4%). Bij eerstegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond was dit het vaakst het geval (17,2%). Het verband tussen migratie-achtergrond en laatste contact met een spoeddienst is significant ($p<0,001$). Na controle voor de andere sociodemografische variabelen, is er wat betreft laatste contact met een spoeddienst geen significant verschil meer tussen de verschillende groepen met een migratie-achtergrond en de niet-migranten.

→ Analyse volgens regio

Brusselse participanten geven het vaakst aan een contact te hebben gehad met een spoeddienst in de voorgaande 12 maanden (16,1%) in vergelijking met de Vlaamse (11,6%) en de Waalse participanten (13,7%). Het verband tussen regio en laatste contact met een spoeddienst is significant ($p<0,001$). Na controle voor de andere sociodemografische variabelen blijken Brusselse en Waalse participanten nog steeds meer kans te hebben om een contact met een spoeddienst te hebben gehad in de voorgaande 12 maanden dan Vlaamse respondenten (respectievelijk OR=1,385; $p=0,001$ en OR=1,238; $p=0,013$).

Tabel 4.6-13. Percentage van de steekproef dat in de laatste 12 maand contact had met een spoeddienst (België)

		%	n	p
Geslacht	Man	13,6%	591	0,842
	Vrouw	13,8%	656	
Leeftijd	15-24	14,0%	161	0,007*
	25-44	15,0%	439	
	45-64	12,0%	360	
	65+	14,2%	287	
Opleiding	Laag	15,8%	407	<0,001*
	Gemiddeld	13,5%	352	
	Hoog	11,8%	333	
Inkomen	Laag	16,0%	479	<0,001*
	Gemiddeld	13,8%	216	
	Hoog	12,2%	401	
Migratie-achtergrond	Niet-migrant	12,4%	773	<0,001*
	2 ^e gen migrant W	15,5%	85	
	1 ^e gen migrant W	15,6%	91	
	2 ^e gen migrant NW	16,2%	74	
	1 ^e gen migrant NW	17,2%	220	
Regio	Vlaanderen	11,6%	347	<0,001*
	Brussel	16,1%	408	
	Wallonië	13,7%	492	

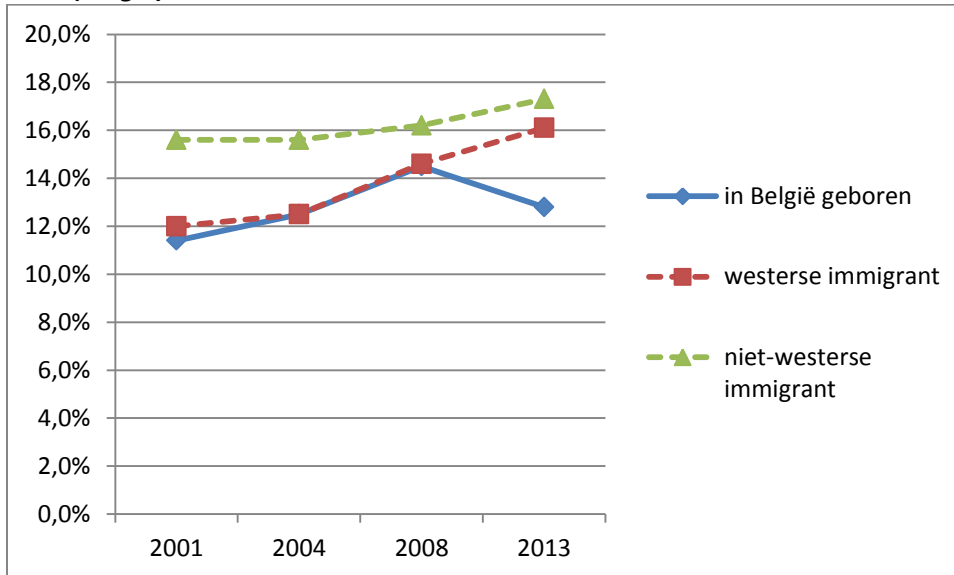
Tabel 4.6-14. Resultaten van de multivariate analyse betreffende contact met een spoeddienst in de laatste 12 maand (België)

		EXP (B)	p
Geslacht	Man		0,954
	Vrouw	1,004	
Leeftijd		0,997	0,139
Opleidingsniveau	Laag		0,002*
	Gemiddeld	0,858	
	Hoog	0,740	
Inkomen	Laag		0,182
	Gemiddeld	0,972	
	Hoog	0,886	
Migratie-achtergrond	Niet-migrant		0,079
	2 ^e gen migrant W	1,212	
	1 ^e gen migrant W	1,229	
	2 ^e gen migrant NW	1,176	
	1 ^e gen migrant NW	1,223	
Regio	Vlaanderen		0,013*
	Brussel	1,385	
	Wallonië	1,238	

→ Evolutie in de tijd volgens migratie-achtergrond

In de loop van de jaren is er een stijging in de proportie participanten die in België zijn geboren en die een beroep hebben gedaan op een spoeddienst in de voorgaande 12 maanden. In 2013 was er echter opnieuw een opmerkelijke daling ten opzichte van 2008 ($p < 0,001$).

Figuur 4.6-5. Evolutie wat betreft het laatste contact met een spoedgevallendienst over de jaren heen (België)



Legende

— : significant ($p < 0,05$)

---- : niet significant ($p > 0,05$)

B. Vlaanderen

→ Beschrijvende analyses op niveau van de Vlaamse steekproef

2990 Vlaamse respondenten gaven aan of ze een contact hadden gehad met een spoeddienst de voorgaande 12 maanden. Bij 11,6% van hen was dit het geval.

→ Analyse volgens geslacht en leeftijd

Binnen de Vlaamse steekproef blijken mannen meer dan vrouwen een spoeddienst te hebben bezocht in de voorgaande 12 maanden (12,8% versus 10,5%) ($p = 0,047$). Verder is er geen significant verband tussen leeftijd en laatste contact met een spoeddienst.

→ Analyse volgens opleiding en inkomen

Wat betreft opleiding en inkomen is er binnen de Vlaamse steekproef geen significant verband met het laatste contact met een spoeddienst.

→ Analyse volgens migratie-achtergrond

Er is binnen de Vlaamse steekproef geen significante relatie tussen migratie-achtergrond en laatste bezoek aan een spoeddienst.

Tabel 4.6-15. Percentage van de steekproef dat dat in de laatste 12 maand contact had met een spoeddienst (Vlaanderen)

		%	n	p
Geslacht	Man	12,8%	185	0,047*
	Vrouw	10,5%	162	
Leeftijd	15-24	12,0%	40	0,249
	25-44	12,9%	118	
	45-64	10,0%	100	
	65+	12,0%	89	
Opleiding	Laag	12,8%	106	0,253
	Gemiddeld	11,7%	118	
	Hoog	10,3%	90	
Inkomen	Laag	11,6%	93	0,706
	Gemiddeld	10,4%	61	
	Hoog	11,7%	159	
Migratie-achtergrond	Niet-migrant	11,5%	295	0,424
	1 ^e gen migrant NW	10,8%	22	
	Andere migrant	14,4%	30	

4.6.6 Uitstel van medische zorg om financiële redenen

Verder werd aan de participanten gevraagd of ze de voorgaande 12 maand **medische kosten hadden moeten uitstellen** omwille van financiële redenen. Hieronder werd begrepen: het uitstellen van medische zorg, tandzorg, de aankoop van medicatie of de aankoop van een bril of contactlenzen. Deze vraag werd op het niveau van het huishouden gesteld. Indien het huishouden van minstens één van deze zaken had moeten afzien om financiële redenen, dan werd men gecategoriseerd onder 'ja', anders onder 'neen' (referentiecategorie).⁷⁸

A. België

→ Beschrijvende analyses op niveau van de Belgische steekproef

4881 huishoudens gaven aan of ze minstens één medische kost hadden moeten uitstellen om financiële redenen in de voorgaande 12 maanden. 11,4% van de huishoudens gaven aan dat dit het geval was.

→ Analyse volgens geslacht en leeftijd

Aangezien we niet kunnen spreken van het geslacht of de leeftijd van een huishouden, is het niet mogelijk om verbanden te leggen tussen deze variabelen en het al dan niet uitstellen van medische kosten.

→ Analyse volgens opleiding en inkomen

Wat betreft opleiding zien we dat hoe hoger opgeleid het huishouden, hoe minder vaak men medische kosten uitstelt om financiële redenen (van 15% bij de laagopgeleiden tot 8% bij de hoogopgeleiden) ($p < 0,001$). Dit verband vervalt na controle voor de andere sociodemografische

⁷⁸ We gebruikten hiervoor de indicator AC_4 uit de HIS databank.

variabelen. Wat betreft inkomen, is er een heel duidelijk verband met het uitstellen van medische kosten (van 20% bij huishoudens met een laag inkomen versus 4,4% bij de huishoudens met een hoog inkomen; $p < 0,001$). Na controle voor de andere sociodemografische variabelen, blijken huishoudens met een hoog inkomen en huishoudens met een gemiddeld inkomen minder kans te hebben om medische kosten om financiële redenen uit te stellen dan huishoudens met een laag inkomen (respectievelijk $OR = 0,219$; $p < 0,001$ en $OR = 0,466$; $p < 0,001$).

→ Analyse volgens migratie-achtergrond

Ook de migratie-achtergrond werd op basis van de individuen bepaald en niet op niveau van het huishouden. We kunnen dus geen uitspraken doen over het verband tussen migratie-achtergrond en het uitstellen van medische kosten om financiële redenen.

→ Analyse volgens regio

Brusselse huishoudens gaven aanzienlijk meer aan de voorgaande 12 maanden medische kosten te hebben moeten uitstellen omwille van financiële redenen (23%) in vergelijking met Vlaamse en Waalse huishoudens (respectievelijk 4,8% en 8,6%). Het verband tussen regio en dit uitstel is significant ($p < 0,001$).

Tabel 4.6-16. Percentage van de steekproef dat in de laatste 12 maand medische kosten heeft moeten uitstellen omwille van financiële redenen (België)

		%	n	p
Opleiding	Laag	15,0%	201	<0,001*
	Gemiddeld	11,8%	185	
	Hoog	8,0%	153	
Inkomen	Laag	20,4%	367	<0,001*
	Gemiddeld	9,2%	80	
	Hoog	4,4%	74	
Regio	Vlaanderen	4,8%	76	<0,001*
	Brussel	23,0%	318	
	Wallonië	8,6%	164	

Tabel 4.6-17. Resultaten van de multivariate analyse betreffende het uitstellen van medische kosten omwille van financiële redenen (België)

		EXP (B)	p
Opleidings-niveau	Laag		
	Gemiddeld	1,027	0,828
	Hoog	0,884	0,368
Inkomen	Laag		
	Gemiddeld	0,466	<0,001*
	Hoog	0,219	<0,001*
Regio	Vlaanderen		
	Brussel	5,759	<0,001*
	Wallonië	1,833	<0,001*

→ Evolutie in de tijd volgens migratie-achtergrond

Daar er geen informatie over de migratie-achtergrond met betrekking tot deze variabele voorhanden is, kunnen ook geen tijdsanalyses in functie van migratie-achtergrond gemaakt worden.

B. Vlaanderen

→ Beschrijvende analyses op niveau van de Vlaamse steekproef

Binnen de Vlaamse steekproef gaven 1593 huishoudens aan of ze de voorgaande 12 maanden medische kosten hadden moeten uitstellen om financiële redenen. Bij 4,8% van hen was dit het geval.

→ Analyse volgens opleiding en inkomen

Er is geen significante relatie tussen opleiding en het uitstellen van medische kosten om financiële redenen. We zien wel een duidelijk verband tussen inkomen en dit uitstel: hoe hoger het inkomen, hoe minder men medische kosten heeft uitgesteld in de voorgaande 12 maanden omwille van financiële redenen (laag inkomen: 9,2% versus hoog inkomen: 1,7%) ($p < 0,001$).

Tabel 4.6-18. Percentage van de steekproef dat in de laatste 12 maand medische kosten heeft moeten uitstellen omwille van financiële redenen (Vlaanderen)

		%	n	p
Opleiding	Laag	5,1%	21	0,191
	Gemiddeld	5,5%	32	
	Hoog	3,4%	20	
Inkomen	Laag	9,2%	45	<0,001*
	Gemiddeld	5,0%	16	
	Hoog	1,7%	11	

4.6.7 Besluit data-analyse gezondheidszorggebruik

Vrouwen hebben vaker een vaste huisarts dan mannen, ze hebben vaker een contact gehad met een huisarts, met een specialist en met een tandarts of orthodontist in het voorgaande jaar dan mannen.

Oudere participanten hadden vaker een vaste huisarts en hadden vaker een contact gehad met een huisarts of met een specialist en in het voorgaande jaar. De oudste leeftijdsgroep (65+) had dan weer het minst een tandarts of orthodontist geraadpleegd in het voorgaande jaar.

Wat betreft **opleiding**, zien we dat hoogopgeleiden minder vaak een vaste huisarts hebben in vergelijking met laagopgeleiden, en dat gemiddeld opgeleiden minder vaak een contact hebben gehad met een huisarts in het voorgaande jaar dan laagopgeleiden. Hoogopgeleiden hebben dan weer vaker een contact gehad met een specialist in het voorgaande jaar in vergelijking met laagopgeleiden; en omgekeerd hebben laagopgeleiden dan weer vaker een contact gehad met een spoeddienst in het voorgaande jaar dan hoogopgeleiden. Wat betreft een bezoek aan een tandarts of orthodontist in het voorgaande jaar, is er wel een duidelijke sociale gradiënt: hoe hoger opgeleid of

hoe hoger het **inkomen**, hoe meer men een contact heeft gehad met een tandarts of orthodontist. Hetzelfde geldt voor Wat betreft inkomen vonden we nog dat participanten met een hoog inkomen vaker een contact hadden gehad met een specialist in het voorgaande jaar in vergelijking met participanten met een laag inkomen. Voor wat betreft het uitstellen van medische kosten om financiële redenen, is er een duidelijke invloed van inkomen: hoe lager het inkomen, vaker men medische kosten om financiële redenen uitstelt.

Wat betreft **migratie-achtergrond**, hebben eerstegeneratiemigranten (zowel met een westerse als met een niet-westerse achtergrond) minder vaak een vaste huisarts en hebben ze minder vaak een contact gehad met een huisarts in de voorgaande 12 maanden dan niet-migranten. Binnen de groep eerstegeneratiemigranten met een westerse achtergrond, hebben de mensen met een gemiddeld inkomen toch iets vaker een vaste huisarts dan de mensen met een laag inkomen. Binnen de groep eerstegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond hebben de mensen die gemiddeld opgeleid zijn en deze met een gemiddeld inkomen toch iets meer een contact gehad met een huisarts in het voorgaande jaar dan respectievelijk de laagopgeleiden en de mensen met een laag inkomen binnen deze groep. Voor de andere variabelen zijn er geen effecten die blijven bestaan na controle voor de andere sociodemografische variabelen.

Wat regio betreft, ten slotte, hebben **Vlaamse respondenten** vaker een vaste huisarts, vaker een contact met een huisarts, met een specialist en met een tandarts of orthodontist in het voorgaande jaar gehad dan Brusselse en Waalse participanten. Wat betreft een contact met een spoeddienst, zien we dat Brusselse en Waalse respondenten vaker een contact met een spoeddienst in het voorgaande jaar hebben gehad dan Vlaamse respondenten. Wat betreft uitstel van medische kosten, zien we dat Brusselse en Waalse huishoudens vaker medische kosten hebben uitgesteld om financiële redenen dan Vlaamse huishoudens

4.6.8 Gezondheidszorggebruik en migratie in de Europese context

Een toegankelijke gezondheidszorg is essentieel voor een kwaliteitsvolle zorg, en als gevolg daarvan ook voor kwaliteit van leven en levensverwachting (Crombie, Irvine, Elliott, Wallace, & Organization, 2005). Men weet dat toegang tot kwaliteitsvolle zorg voor migranten en etnische minderheden problematisch is in vele landen (Campbell, Ramsay, & Green, 2001; Kontopantelis, Roland, & Reeves, 2010; Davide Malmusi, Drbohlav, Džúrová, Palència, & Borrell, 2014). Mogelijke drempels in de toegang tot de zorg zijn taalbarrières, een gebrekkige kennis over de beschikbare gezondheidszorg, financiële uitdagingen, en culturele verschillen in verwachtingen van de gezondheidszorg (Rué et al., 2008).

Data over gebruik van gezondheidszorg, zowel de eerste als de tweede lijn, tonen zeer uiteenlopende resultaten, wat het moeilijk maakt om éénduidige conclusies te trekken, zowel over de mate als over de richting waarin de verschillen in gezondheidszorggebruik tussen migranten en niet-migranten in Europa bestaan.

Contact met huisarts – eerstelijnsgezondheidszorg

Een recente review beschrijft het gebruik van gezondheidszorg door migranten in Europa van 2009 tot 2016, en includeerde 16 studies over contacten met huisartsen (Graetz et al., 2017). De

verschillende geïncludeerde onderzoeken tonen uiteenlopende resultaten: in sommige onderzoeken uit Spanje en Noorwegen bleken migranten, en dan vooral deze uit landen met een gemiddeld laag inkomen vaker een huisarts te bezoeken dan de autochtone populatie (Denktas, Koopmans, Birnie, Foets, & Bonsel, 2009; E. Diaz, Calderon-Larranaga, Prado-Torres, Poblador-Plou, & Gimeno-Feliu, 2015; E. Diaz, Gimeno-Feliu, Calderon-Larranaga, & Prados-Torres, 2014; Garcia-Subirats et al., 2014). Andere studies in Spanje, Nederland, Noorwegen en Tsjechië toonden dan weer juist een lagere frequentie van huisartsenbezoeken aan bij migrantengroepen (de Back, Bodewes, Brewster, & Kunst, 2015; Diaz & Kumar, 2014; Gimeno-Feliu et al., 2013; Hernandez-Quevedo & Jimenez-Rubio, 2009; Jimenez-Rubio & Hernandez-Quevedo, 2011; Malmusi, Drbohlav, Dzurova, Palencia, & Borrell, 2014). Nog ander onderzoek, eveneens in Spanje en Italië, toonde geen verschil in gebruik aan (De Luca, Ponzo, & Andres, 2013; Sanz et al., 2011). Diverse redenen werden aangehaald in de verschillende onderzoeken om dit hoger dan wel lager gebruik te verklaren. Een aantal onderzoeken in Spanje en Noorwegen suggereren dat het 'healthy migrant effect' zoals hierboven reeds beschreven werd, kan zorgen voor een lagere nood aan het consulteren van een huisarts. Daartegenover stonden mogelijke organisatorische en/of culturele drempels die zorgden voor een moeilijkere toegang tot de eerstelijnsgezondheidszorg in Tsjechië, Spanje en Noorwegen. Een Nederlands onderzoek vond de groep afkomstig uit de Indonesische Molukken minder een huisarts consulteerde, en weet dit verschil aan de lagere gezondheidsvaardigheden (health literacy) bij deze groep. Een Duits onderzoek tenslotte, dat geïncludeerd werd in deze review, haalt als redenen voor een hoger gebruik van eerstelijnsvoorzieningen aan dat de toegang tot tweede lijn moeilijker is voor migranten omwille van opleidingsniveau, financiële moeilijkheden, en algemeen een lagere socio-economische status.

Een eerdere review uit 2009 rond gebruik van eerstelijnsgezondheidszorg bij migranten versus niet-migranten, waarbij zowel Europese als niet-Europese studies werden geïncludeerd, kon eveneens geen duidelijke conclusies trekken (Uiters, Deville, Foets, Spreeuwenberg, & Groenewegen, 2009). Algemeen stellen de auteurs dat migranten noch excessief gebruik maken van de eerstelijnszorg, noch er helemaal buiten vallen. De uitkomstmaten in de studies gaven in 20,2% van de gevallen een significant hoger gebruik van gebruik van eerstelijnsgezondheidszorg aan bij migranten, in 27,4% een lager gebruik bij migranten en in 44% geen significante verschillen (in 8,3% was het verschil niet duidelijk). Multilevel analyses toonden dat in studies uit de VS een hogere kans was op lager gebruik van eerstelijnsgezondheidszorg door migranten. De analyses toonden een significant effect op landniveau, wat zou kunnen betekenen dat de organisatie en de sterkte van de eerstelijnsgezondheidszorg een invloed heeft op verschillen in gebruik van zorg door migranten.

Een Spaans onderzoeksrapport rapporteerde dat het percentage migranten dat een huisarts raadpleegt, lager ligt dan niet-migranten, maar dat er binnen de migrantenpopulatie een significante variatie in gebruik van zorgen te noteren viel. Zo gebruikten migranten van Afrikaanse origine in Madrid vaker de huisarts dan niet-migranten (22,4% versus 16,7%) terwijl in Catalonië het tegenovergestelde het geval was (6,6% versus 12,5%) (Regidor et al., 2009).

Een Noorse studie toonde een lager percentage mensen met een vaste huisarts bij migranten in vergelijking met de autochtone populatie, maar bij de mensen mét vaste huisarts bleken de migranten 2 tot 15% frequenter de huisarts te bezoeken dan de niet-migranten. De groep die geen huisarts had bleek jonger, vaker man, met een hoger opleidingsniveau en inkomen, en die een

kortere periode in Noorwegen waren (Esperanza Diaz, Calderón-Larrañaga, Prado-Torres, Poblador-Plou, & Gimeno-Feliu, 2014).

De Europese QUALICOPC (Quality and Costs of Primary Care in Europe) studie evalueerde onder andere hoe migranten in Europa de toegang, behandeling en uitkomsten van gezondheidszorgsystemen ervaren (Hanssens, Detollenaere, Hardyns, & Willems, 2016; Schafer et al., 2011). Deze studie onderzocht de toegang tot de zorg op basis van 2 criteria: openingsuren enerzijds (of mensen deze te beperkt percipieerden), en afstand tot de praktijk (of mensen de afstand van hun huis tot de praktijk als te ver percipieerden). Treatment werd gemeten via de criteria “arts-patiënt interactie” (waarbij aan de respondent 8 statements werden voorgelegd rond arts-patiënt interactie) en continuïteit (waarbij gepolst werd of de arts de medische informatie over de patiënt kende, en of de arts op de hoogte was van de levensomstandigheden van de patiënt). Uitkomsten van de gezondheidszorg werden gemeten via “algemene tevredenheid” (zou u deze arts aanraden aan een vriend of kennis?) en “uitstel van zorg” (heeft u in de laatste 12 maanden een bezoek aan de dokter uitgesteld wanneer u het nodig had). De resultaten in België toonden dat eerste generatie migranten in vergelijking met de autochtone populatie de openingsuren te beperkt vonden, en dat de praktijk zich te ver van hun huis zich bevond. De kans om een negatieve art-patiënt interactie te ervaren was 1,5 keer hoger bij eerste generatie migranten in vergelijking met niet –migranten. Ook de continuïteit van zorg scoorde significant lager bij zowel eerste- als tweede generatie migranten. De tevredenheid was lager bij eerste generatie migranten, en deze groep gaf ook significant vaker aan zorg te hebben uitgesteld de laatste twaalf maanden. Globaal gezien scoren migranten, en dan vooral de eerste generatie migranten, slechter in alle zes variabelen, wat duidt op een slechtere toegang tot de zorg en meer negatieve ervaringen met de zorg.

Contact met specialist - tweedelijnsgezondheidszorg

Uit onze studie bleek geen opvallend verschil in het gebruik van de tweedelijnsgezondheidszorg tussen mensen met of zonder een migratie-achtergrond. Ook in de literatuur zijn de resultaten voor gebruik van tweedelijnsgezondheidszorg niet éénduidig. Onderzoeken uitgevoerd in Spanje, Tsjechië, Italië en Duitsland rapporteerden een lager gebruik van de tweedelijnszorg bij migranten in vergelijking met autochtone populaties (Antón & De Bustillo, 2010; Graetz et al., 2017; Regidor et al., 2009). In ander onderzoek uit Spanje, Noorwegen en Denemarken echter vond men een gelijkaardig of hoger gebruik bij migranten (Neergaard, Jensen, Olesen, & Vedsted, 2013; S. S. Nielsen, Hempler, Waldorff, Kreiner, & Krasnik, 2012).

De verschillende uitkomsten in de studies geïnccludeerd in de reviews tonen enerzijds een verschil in gebruik van de specialistische zorg die verschilt naargelang *herkomst* van de migrantenpopulatie. Zo zag men in het Noorse onderzoek bijvoorbeeld dat tweedegeneratiemigranten van Turkse origine minder vaak, en deze van Pakistaanse origine vaker gebruik maakten van specialistische zorg. De eerste generatie in dit onderzoek toonde dan weer systematisch hoger gebruik van specialistische zorg. Anderzijds kunnen verschillende drempels in toegang tot de specialistische zorg een verklaring zijn voor het lager gebruik in sommige groepen. Verklaringen die in de verschillende studies aangehaald worden zijn bijvoorbeeld lage cultuursensitiviteit van de gezondheidszorg in tweede lijn, minder doorverwijzing vanuit de eerstelijnszorg of financiële drempels.

Tandheelkundige zorg

Data over het gebruik van tandzorg zijn schaarser dan die over gebruik van eerste-en tweedelijnszorg. Deens en Zweeds onderzoek toont dat migranten in deze landen minder frequent op controle gaan bij de tandarts (Christensen, Petersen, & Steding-Jessen, 2007; Hjern & Grindefjord, 2000) dan niet-migranten. Voor het Deens onderzoek werd een random sample van 10% van de populatie boven de 18 jaar geselecteerd tussen 1994 en 2003 (Christensen et al., 2007). De analyses toonden dat vooral migranten van de eerste generatie minder vaak een tandcontrole kregen in vergelijking met niet-migranten. Er werden echter verschillen binnen de migrantengroep gezien, waarbij de eerstegeneratiemigranten uit westerse landen (1994: 56%, 2003:48%) vaker tandcontroles kregen dan de eerstegeneratiemigranten uit niet-westerse landen (1994: 41%, 2003: 30%), maar toch nog steeds minder vaak dan de van origine Deense populatie (1994: 63%, 2003: 63%). Ook binnen de groep tweedegeneratiemigranten werden verschillen gezien. Een interessante bevinding was dat westerse tweedegeneratiemigranten een gelijkaardig percentage tandcontroles kreeg als de Deense populatie van 1994 (2e gen: 61% versus 63%) tot 1997 (2e gen 62% versus 64%) om dan langzaam te verminderen van 1998 (2e gen 58% versus 64%) tot 2003 (2e gen 53% versus 63%). Tweedegeneratiemigranten uit niet-westerse landen kregen ook minder vaak tandonderzoek (1994: 39%, 2003: 33%) in vergelijking met westerse tweedegeneratiemigranten en niet-migranten.

In een Zweeds onderzoek werden 1898 Zweedse migranten uit Polen, Chili, Turkije en Iran tussen 27 en 60 jaar bevraagd over hun gebruik van tandzorg (Hjern & Grindefjord, 2000). De odds ratio voor niet regelmatige tandartscontrole in de 24 maand voor het interview gingen van OR=1,9 (CI 1,4 – 2,6) bij migranten van Poolse origine, tot OR=3,0 (CI 2,3 – 4,0) bij migranten uit Chili. Vrouwen in dit onderzoek, zowel migranten als niet-migranten, hadden een hogere kans om de afgelopen 24 maand een tandcontrole te hebben gehad. Ongeacht de migrantiestatus vermeldden mensen met een lagere opleiding, economische onzekerheid en werkloosheid dat ze minder vaak tandzorg kregen.

Ook in Spanje is de frequentie van tandartsbezoeken lager bij migranten dan bij niet-migranten, hoewel er ook hier verschillen zijn tussen niet-westerse en westerse migranten, waarbij in sommige regio's van Spanje deze laatste groep soms zelfs vaker de tandarts consulteerde dan de autochtone populatie (bijvoorbeeld in Valencia gebruikten migranten vaker tandzorg (OR=1,23)). Migranten van Afrikaanse, Aziatische origine toonden de laagste frequentie van gebruik van tandzorg (Regidor et al., 2009).

In een Duits onderzoek werden 21.741 respondenten bevraagd waarvan 15,7 % een migratie-achtergrond had. De preventieve tandonderzoeken (check-ups) waren minder frequent (72,6%) bij de migrantengroep in vergelijking met niet-migranten (79,8%), met een odds ratio van 0,67, die na controle voor geslacht, leeftijd en socio-economische status steeg naar 0,71. Verder bleek het gebruik van preventieve zorg het hoogst bij de 40 tot 49-jarigen, en werd het minder bij de oudere groepen. Ook bij hoger opgeleiden en bij vrouwen was het gebruik hoger (Erdsiek, Waury, & Brzoska, 2017).

Contact met spoeddiensten

De resultaten van de analyses in dit rapport wezen in de richting van een hoger gebruik van spoeddiensten bij migranten in vergelijking met niet-migranten. Deze verschillen worden echter

wellicht verklaard door verschillen in sociodemografische kenmerken. In verschillende studies uitgevoerd in verschillende Europese landen blijkt een hoger gebruik van spoeddiensten door migranten. (Antón & De Bustillo, 2010; Credé, Such, & Mason, 2017; Graetz et al., 2017; Regidor et al., 2009). De beschikbare Europese data suggereren dat door inadequate toegang tot eerste-en tweedelijnszorg, migranten neigen tot overgebruik van spoeddiensten (Norredam, Nielsen, & Krasnik, 2009).

Een recente review over het gebruik van spoeddiensten door migranten in Europa in vergelijking met niet-migranten tussen 2000 en 2016 identificeerde 22 studies. Vijftien van de studies rapporteerden een hoger gebruik van de spoeddiensten door migranten in vergelijking met niet-migranten, waaronder studies in Spanje (Antón & De Bustillo, 2010; Buron, Cots, Garcia, Vall, & Castells, 2008; Carrasco-Garrido, De Miguel, Barrera, & Jiménez-García, 2007; Carrasco-Garrido, Jiménez-García, Barrera, de Andrés, & de Miguel, 2009; Cots et al., 2007; Hernandez-Quevedo & Jimenez-Rubio, 2009; Lopez Rillo & Epelde, 2010; Rué et al., 2008) en Italië (Buja et al., 2014; De Luca et al., 2013; Graetz et al., 2017; Zinelli, Musetti, Comelli, Lippi, & Cervellin, 2014). In Spanje gebruikten migranten van buiten de EU 15% vaker de spoeddienst dan niet-migranten. De auteurs vermoeden dat het overgebruik van de spoeddiensten zouden kunnen verklaard worden door onvoldoende kennis van het Spaanse gezondheidszorgsysteem en het recht op gratis zorg en hoe er toegang toe te krijgen. De kans bestaat dat nieuwkomers hun weg niet vinden in het complexe systeem om zo toegang te krijgen tot deze zorg (Antón & De Bustillo, 2010). Ook één van de studies uitgevoerd in Italië rapporteerde dat Marokkaanse migranten de grootste kans op gebruik van spoeddiensten hadden in vergelijking met autochtone Italianen (De Luca et al., 2013). Hier vermoedden de auteurs dat dit het gevolg kan zijn van drempels in toegang tot de eerstelijnszorg. Het onderzoek wees inderdaad uit dat migranten vaker naar een spoeddienst gingen zonder eerst een huisarts te consulteren dan niet-migranten (Buja et al., 2014). Daarnaast bleken ook een slechtere gezondheidstoestand en een lagere socio-economische status de kans op gebruik van spoeddiensten te verhogen (Graetz et al., 2017). Tot slot dient vermeld dat gebruik van spoeddiensten verschilde binnen en tussen migrantengroepen: in Noorwegen bijvoorbeeld waren het vooral migranten van Pakistan, Somalië en Zweden die vaker naar een spoeddienst gingen. Gelijkaardige resultaten zijn er in Denemarken, met uitzondering van de Zweden daar. In Spanje zijn het vooral Latijns-Amerikaanse mannen en Sub-Sahara vrouwen evenals personen (mannen en vrouwen) van Maghrebijnse origine die vaker spoeddiensten consulteren (Credé et al., 2017).

4.7 Tevredenheid met de gezondheidszorg

Tot slot wilden we ook nagaan of er verschillen zijn wat betreft tevredenheid met verschillende aspecten van de gezondheidszorg. Zo werd er gevraagd aan de respondenten die de laatste 12 maand een huisarts en/of een specialist hadden geconsulteerd, om de laatste consultatie in gedachten te nemen. Er werd hen gevraagd of ze vonden dat de arts voldoende tijd aan hen had besteed, of ze vonden dat de arts uitleg gaf op een manier die makkelijk te begrijpen was en of ze vonden dat ze, zoveel als ze wilden, betrokken werden in beslissingen over de zorg en de behandeling.

Hierbij waren de antwoorden uiterst positief. Kort gesteld vond 97,5% van de respondenten dat de huisarts voldoende tijd aan hen had besteed en 95,8% dat de specialist voldoende tijd aan hen had besteed. 98,2% vond dat de huisarts een begrijpelijke uitleg had gegeven, 95,8% vond dat de specialist een begrijpelijke uitleg had gegeven. Tot slot vond 95,5% van de respondenten dat de huisarts hen voldoende had betrokken bij beslissingen en 92,2% dat de specialist hen voldoende had betrokken. Hierbij moeten we wel vermelden dat dit laatste cijfer een heel kleine groep betrof daar het ging om mensen die de laatste 12 maand een specialist hadden bezocht en waarbij er een beslissing omtrent de behandeling diende genomen te worden.

Omdat de algehele tevredenheid binnen de steekproef over deze aspecten zo groot is, is het weinig zinvol om de kleine groep ontevreden respondenten te gaan opsplitsen naar geslacht, leeftijd, inkomen, opleiding of migratie-achtergrond.

4.8 Overzicht van resultaten met betrekking tot migratie-achtergrond

Tot slot van de resultaten bieden we nog een overzicht van de significante effecten tussen de verschillende migrantengroepen enerzijds en de afhankelijke variabelen anderzijds. In tabel 4.8-1 bieden we een overzicht van de significante effecten uit de verschillende multivariate modellen die in de resultaten werden gepresenteerd, alsook van de mogelijke interactie-effecten die er waren. Dit zijn dus de effecten die blijven bestaan nadat er gecontroleerd werd voor de andere sociodemografische variabelen. Met andere woorden: het gaat om die verbanden waarbij migratiestatus op zich een rol speelt, nog los van leeftijd, geslacht, opleiding of inkomen. We geven voor de volledigheid voor elke afhankelijke variabele ook mee of het bivariate model significant was voor wat betreft migratie-achtergrond. In het geval er geen significante effecten waren, wordt er hierover in de tabel niets gerapporteerd.

Tabel 4.8-1. Overzicht van de resultaten met betrekking tot migratie-achtergrond (België)

	Bivariate modellen	Multivariate modellen			Bivariate modellen Effect van opleiding	Multivariate modellen		Bivariate modellen Effect van inkomen	Multivariate modellen		Bivariate modellen Effect van geslacht	Multivariate modellen	Bivariate modellen Effect van leeftijd	Multivariate modellen
		2 ^e gen W	1 ^e gen W	2 ^e gen NW		1 ^e gen NW	Gemiddeld		Hoog	Gemiddeld				
Fysieke gezondheid														
- Slechte subjectieve gezondheid	S			1,394	S	0,666	0,395	S	0,563	S	1,109	S	1,025	
- Chronische aandoeningen of handicaps	S				S	0,864	0,699	S	0,834	S	1,128	S	1,033	
Mentale gezondheid														
- Positieve mentale gezondheid	S				S	1,041	1,103	S	1,030	S	0,902	S		
- Kans op een depressieve stoornis	S				S		0,535	S	0,814*	S	1,781	S		
- Kans op een angststoornis	S	0,416		1,626	S	0,794*	0,534	S	0,591	S	1,966	S		
- Kans op een slaapsstoornis	S*	0,716 (O)			S	0,793	0,687	S	0,802	S	1,486	S		
Algemeen en sociaal														
- Weinig sociale steun	S			1,524	S		0,516	S	0,822	S		S	1,005	
Levensstijl														
- Roken														
- Ooit dagelijks gerookt	S			0,526	S		0,653	S	0,851	S	0,504	S	0,994	
- Heden dagelijkse roker	S			0,480	S	0,838	0,345	S	0,740	S	0,686	S	0,972	
- Passief roken	NS			0,648 (O)	S		0,367	S	0,832*	S	0,833	S	0,976	
- Alcoholgebruik														
- Overmatig alcoholgebruik	S			0,314	NS	1,400				S	0,524	S	1,011	
- Gevoel te moeten minderen	S				S		1,406			S	0,459	S	0,994	
- Bingedrinken	S	0,729	0,597	0,434	S	1,276		S		S	0,347	S	0,976	
- Onvoldoende lichaamsbeweging	S	1,692	1,450		S	0,757				S	2,542	S	1,027	
Preventie: deelname aan														
- Borstkankerscreening	NS	2,818			S			S		nvt		S	0,970	
- Baarmoederhalskankerscreening	S		0,581	0,367	S		2,071	S	1,479	nvt		S		
- Coloncankerscreening	NS				NS			NS		NS		NS		
Gezondheidszorggebruik														
- Vaste huisarts	S		0,414 (I)		S		0,593	S		S	1,539	S	1,033	
- Laatste 12 maand contact met huisarts	S		0,729	0,745 (O)	S	0,846		NS		S	1,536	S	1,034	
- Laatste 12 maand contact met specialist	NS				S		1,399	NS	1,134	S	1,854	S	1,017	
- Laatste 12 maand contact met tandarts of orthodontist	S				S	1,625	2,134	S	1,444	S	1,309	S	0,990	
- Laatste 12 maand contact met spoeddienst	S				S		0,740	S		NS		S		

Legende

S: significant ($p \leq 0,05$); NS: niet significant; *: rand significant ($0,051 \leq p \leq 0,055$)

(O): er is een interactie-effect met opleiding; (I): er is een interactie-effect met inkomen

5 Conclusie en discussie

De analyses in dit rapport bieden een overzicht van de invloed van diversiteit, gemeten via een aantal sociodemografische variabelen, op een breed gamma aspecten van gezondheid en gezondheidszorg in België en Vlaanderen.

De resultaten geven een complex beeld weer, dat toont dat er geen eenduidige relatie is tussen de verschillende variabelen en gezondheid, maar dat er wel degelijk een substantiële invloed is van zowel migratie-achtergrond, opleidingsniveau, inkomen, geslacht en leeftijd op verschillende gezondheids- en gezondheidszorgaspecten. We focusten in het opzet vooral op de impact van migratie-achtergrond en de impact van sociaal-economische status (gemeten aan de hand van opleiding en inkomen).

Voor wat betreft *migratie*, zien we globaal dat migratie-achtergrond op vele aspecten van gezondheid en gezondheidszorg een negatieve invloed heeft. De diversiteit binnen de groep migranten is dermate groot, dat dit mee de inconsistenties in onderzoek naar gezondheid en gezondheidszorg kan verklaren. Tussen en binnen de verschillende migrantengroepen bestaan er grote verschillen. Contextfactoren, zowel op individueel als op maatschappelijk vlak, kunnen een rol spelen. Taalbarrières, health literacy, sociale steun, toegankelijkheid van de zorg kunnen mee de verschillen verklaren, en dienen verder uitgeklaard te worden in verder onderzoek. sociodem

Een slechte subjectieve gezondheid, kans op angststoornissen, gebrek aan sociale steun, onvoldoende lichaamsbeweging en beperktere deelname aan baarmoederhalskankerscreening blijken significant meer voor te komen bij voornamelijk eerstegeneratiemigranten (en meestal deze met een niet-westerse achtergrond). Daarentegen zien we voor roken, alcoholgebruik betere cijfers voor met name de eerstegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond.

Opleidingsniveau en inkomen bleken een consistent negatief beeld te vertonen: er bleek een sociale gradiënt te bestaan voor zo goed als alle gezondheidsvariabelen, behalve voor alcoholgebruik, waar er geen of een omgekeerde sociale gradiënt zichtbaar werd.

Ook gezondheidszorggebruik bleek in deze analyses ook gekoppeld aan migratie-achtergrond en socio-economische variabelen: eerstegeneratiemigranten, zowel westerse als niet-westerse, hadden minder vaak een vaste huisarts en hadden minder vaak contact met een huisarts de laatste 12 maanden. Er werden in deze analyses geen verschillen gevonden voor wat betreft contact met de tweedelijnszorg. Voor tandzorg bleken eerstegeneratiemigranten, westerse gevolgd door niet-westerse, het minst vaak het afgelopen jaar naar de tandarts te zijn geweest. Gebruik van de spoeddienst kwam dan weer het vaakst voor bij de eerstegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond, ook al werd dit effect grotendeels bepaald door sociodemografische variabelen. .

De sociale gradiënt bleek ook in het gezondheidszorggebruik te bestaan: voor wat betreft tandzorg en gebruik van spoedopname, zowel als voor uitstel van medische zorg om financiële redenen bleken inkomen en opleidingsniveau een significante negatieve rol te spelen. Lager opgeleide mensen hadden vaker een vaste huisarts, en vaker contact de laatste 12 maanden met een huisarts, terwijl hoogopgeleiden vaker contact hadden met een specialist in de afgelopen 12 maand.

Naast de univariate en multivariate analyses werden ook via *interactie-effecten* onderzocht of er binnen de migrantengroepen waarbinnen een significant effect bestond in de multivariate analyses

verschillen waren wat betrof opleiding en inkomen. Algemeen gesteld zien we weinig interactie-effecten tussen migratie enerzijds en inkomen of opleiding anderzijds, wat erop wijst dat migratie-achtergrond op zich vaak doorslaggevend is voor alle inkomens- en opleidingsgroepen bij de mensen met een migratie-achtergrond. Wanneer er toch een interactie-effect aanwezig is, zien we dat er zo goed als geen verschillen gevonden worden tussen subgroepen migranten op basis van het inkomen, maar dat de interactie-effecten die aanwezig blijken bijna steeds te maken hebben met het opleidingsniveau van de respondenten. Daarenboven dient vermeld te worden dat het niet altijd de laagst opgeleiden zijn die het zwakst scoren: hoogopgeleide migranten blijken bijvoorbeeld binnen de groep eerstegeneratiemigranten met een westerse achtergrond een hoger risico te hebben op slaapstoornis. Bovendien blijken hoogopgeleiden binnen de groep eerstegeneratiemigranten met een niet-westerse achtergrond minder sociale steun te ondervinden dan de migranten met een lage of gemiddelde opleiding. Mogelijke verklaringen hiervoor kunnen zijn een verhoogde frustratie omwille van het niet vervullen van eigen verwachtingen of die van de omgeving, of het gevoel hebben tussen 2 groepen of culturen te vallen (Chen, Smith, & Mustard, 2010; Dean & Wilson, 2009; Khouri, 2016).

Operationalisering van migratie-achtergrond in data-analyses

Resultaten van dit onderzoek zijn niet altijd in overeenstemming met de resultaten beschreven in nationale en internationale literatuur. Dit legt meteen één van de grote uitdagingen op tafel van onderzoek naar gezondheid en gezondheidszorg bij migranten: de operationalisering van het concept 'migrant' en/of 'migratie-achtergrond' (Missinne & Bracke, 2012; Rechel, Mladovsky, Ingleby, Mackenbach, & McKee, 2013). Definities van 'migrant' verschillen internationaal: zowel wat betreft duur van migratie, reden van migratie, regio van herkomst, enzovoort. Dit maakt het tot een uitdaging de resultaten van internationaal onderzoek te vergelijken of er éénduidige conclusies uit te trekken. Daarenboven blijkt de invloed van migratie op gezondheid en gezondheidszorg mee bepaald door andere sociodemografische factoren, zoals voornamelijk socio-economische status (opleiding, inkomen) of factoren die te maken hebben met de migratie op zich (acculturatieprocessen, stressoren in land van herkomst, onderweg of in het gastland zoals traumatische ervaringen, onzekerheid en discriminatie) (Missinne & Bracke, 2012) of met de context waarin migranten leven. Tot slot zijn er de verschillen tussen 'migranten' en 'etnische minderheden', waarbij deze twee begrippen niet inwisselbaar zijn, maar vaak wel een overlap vertonen of tegelijk gebruikt worden. Bijvoorbeeld de Turkse populatie in België zou men zowel als migranten (eerste en tweede generatie; arbeidsmigrant of migrant in het kader van gezinshereniging) en als etnische minderheid kunnen bekijken.

De operationalisering die we in dit rapport gebruikt hebben, op basis van een combinatie van geboorteland van de respondent en geboorteland van de ouders, geeft een bruikbare, maar desalniettemin toch nog grove indeling. Bijvoorbeeld binnen de groep 'eerstegeneratiemigrant met een niet-westerse achtergrond' kunnen nog grote verschillen bestaan, denken we bijvoorbeeld aan een oudere eerstegeneratiemigrant van Turkse origine met een arbeidsmigratie-achtergrond tegenover een jonge eerstegeneratiemigrant uit Somalië die via gezinshereniging naar België is gekomen.

Representativiteit van migranten in de HIS data

Om te kunnen deelnemen aan de gezondheidsenquête dient men Nederlands, Frans, Duits of Engels te kennen. Zo niet, kan men gebruik maken van een proxy (zie 3.1.3) die eventueel kan vertalen of kan bijstaan bij het invullen of beantwoorden van de vragen. Burgers die omwille van de taal niet deelnamen aan de gezondheidsenquête en ook geen proxy gebruikten, werden bij de groep 'weigert deelname' ingedeeld, terwijl men zich de vraag kan stellen of deze non-responders weigerden, dan wel niet konden deelnemen. Van de gebruikte proxy's weet men niet hoe goed de taalbeheersing van de beschikbare talen was, noch of de vragen correct gesteld en vertaald werden. Ook werden aan deze mensen omwille van vertrouwelijkheid of taboes de vragen uit de schriftelijke vragenlijst niet voorgelegd (wat dus ook betekent dat we voor deze mensen geen antwoord op vele vragen hebben). Daarnaast worden ook mensen zonder wettig verblijf en daklozen niet geïnccludeerd in de gezondheidsenquête. Door deze beide beperkingen, namelijk het niet of moeilijk includeren van die een taalbarrière ervaren, en mensen zonder wettig verblijf of verblijfplaats, worden de meest kwetsbaren uitgesloten uit deze analyses. Het gevolg hiervan is dat er mogelijk een onderschatting is van de gezondheidsverschillen.

Belang van dit rapport

Met dit rapport worden de beschikbare, grootschalige data rond gezondheid en gezondheidszorg, die de gezondheidsenquête vormen, voor het eerst geanalyseerd vanuit verschillende aspecten van diversiteit. De analyses laten blijken dat er nog steeds een problematische ongelijkheid bestaat in gezondheid en gezondheidszorg bij verschillende kwetsbare groepen in ons land. Verder tonen de resultaten van de multivariate analyses ook aan dat verschillen in gezondheid bij migranten vaak verklaard kunnen worden door andere sociodemografische factoren.

Armoede en opleidingsniveau zijn nog steeds een groter probleem bij burgers met een migratie-achtergrond, wat leidt tot intersectionaliteit of het feit dat deze verschillende aspecten elkaar mogelijk versterken voor wat betreft risico op slechtere gezondheid en gezondheidszorgen.

Houden we ook rekening met de vluchtelingencrisis van 2015-2016, dan weten we dat er nog een grote groep nieuwe eerstegeneratiemigranten zijn bijgekomen, en dat dus de resultaten van de toekomstige gezondheidsenquêtes er misschien voor deze groep anders zullen uitzien.

Het uitgangspunt van dit rapport was het bieden van een overzicht van beschikbare informatie over diversiteit in gezondheid en gezondheidszorg in België en Vlaanderen voor hulpverleners in hun zorg voor patiënten of cliënten met een migratie-achtergrond, beperkte opleiding en/of beperkte health literacy en mensen in armoede.

Diversiteitssensitief werken is een kerncompetentie die essentieel is voor elke hulpverlener die gelijkwaardige zorg wil bieden voor elke patiënt/cliënt (Muntinga, Krajenbrink, Peerdeman, Croiset, & Verdonk, 2016). Deze competentie begint met aandacht voor cijfers, en kennis van de huidige stand van zaken.

We hopen dat dit rapport hiertoe kan bijdragen.

Beleidsaanbevelingen

Bij het opzetten van de nationale gezondheidsenquête dient extra aandacht te gaan naar het samplen van kwetsbare groepen. Oversamplen van mensen met een migratie-achtergrond is belangrijk. Speciale aandacht dient te gaan naar laagopgeleiden binnen deze groep, ouderen en mensen bij wie een taalbarrière aanwezig is. Om de evolutie in gezondheid en gezondheidszorg te kunnen onderzoeken tussen de verschillende generaties migranten is het belangrijk extra inspanningen te doen om ook de eerste generatie, oudere groep migranten te includeren.

Eerstegeneratiemigranten zijn in dit onderzoek minder geneigd de eerste lijn, en dan vooral de huisarts, als zorgverlener te zien. Redenen hiervoor kunnen zijn het niet vertrouwd zijn met het gezondheidszorgsysteem (bij relatief recent ingestroomde migranten), het ervaren van drempels in toegang tot huisartsen (taal, financieel, gezondheidsvaardigheden). Verder onderzoek bij de doelgroep zelf zou dit dieper kunnen uitklaren, om zodoende gerichte acties te kunnen ondernemen.

Een zeer kwetsbare, moeilijk te detecteren en ondergerepresenteerde groep zijn de mensen zonder wettig verblijf. Deze groep die in zeer precaire omstandigheden leeft, is natuurlijk zo goed als onmogelijk te includeren in gezondheidsenquêtes, en is in voorliggend rapport dus afwezig. Zelfs het *aantal* mensen zonder wettig verblijf is moeilijk in te schatten, precies omwille van hun onwettig en dus niet officieel geregistreerd verblijf. Op vlak van gezondheid en gezondheidszorg behoren zij tot de meest kwetsbare groepen in onze samenleving. Redenen genoeg om toch initiatieven te nemen om de gezondheid en gezondheidszorg toestand bij deze groep te onderzoeken, om zodoende vanuit gedegen kennis beleidsmaatregelen rond gezondheidszorg voor mensen zonder wettig verblijf te kunnen formuleren.

Zoals hierboven reeds aangegeven is diversiteitssensitief werken een kerncompetentie van elke hulpverlener in een superdiverse wereld. De verspreiding van dit rapport bij hulpverleners kan helpen bij het op gang brengen van gesprekken en oplossingen zowel vanuit en in het werkveld als tussen hulpverleners en beleid. Zo kan bijvoorbeeld in het oprichtingsproces van de nieuwe eerstelijnszones extra aandacht besteed worden aan de zorg voor kwetsbare groepen, door zowel in gesprek te gaan met de doelgroepen zelf als de verschillende hulpverleners in de eerstelijnszorg. Initiatieven om knelpunten op lokaal vlak te detecteren en weg te werken, kunnen binnen deze eerstelijnszones hun plaats vinden.

6 Dank

Tot slot willen we nog Lise Hanssens en Ine Vanden Bussche voor de hulp bij het voorbereidend werk op dit rapport alsook een aantal organisaties die bereid waren om data te beschikking te stellen die aan de hand van figuren en tabellen de inleiding mee vorm gaven. Deze organisaties zijn: Myria, medewerkers van Decenniumdoelen (Armoedebarmeter), Unia en het Instituut voor gelijkheid van mannen en vrouwen.

7 Referenties

- Aarabi, G., Reissmann, D. R., Seedorf, U., Becher, H., Heydecke, G., & Kofahl, C. (2017). Oral health and access to dental care—a comparison of elderly migrants and non-migrants in Germany. *Ethnicity & Health*, 1-15.
- Aichberger, M., Schouler-Ocak, M., Mundt, A., Busch, M., Nickels, E., Heimann, H., . . . Rapp, M. (2010). Depression in middle-aged and older first generation migrants in Europe: results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *European Psychiatry*, 25(8), 468-475.
- Amundsen, E. J. (2012). Low level of alcohol drinking among two generations of non-Western immigrants in Oslo: a multi-ethnic comparison. *BMC Public Health*, 12(1), 535.
- Antón, J.-I., & De Bustillo, R. M. (2010). Health care utilisation and immigration in Spain. *The European Journal of Health Economics*, 11(5), 487-498.
- Arpino, B., & de Valk, H. (2017). Comparing Life Satisfaction of Immigrants and Natives Across Europe: The Role of Social Contacts. *Social Indicators Research*, 1-22.
- Azerkan, F., Sparén, P., Sandin, S., Tillgren, P., Faxelid, E., & Zendejdel, K. (2012). Cervical screening participation and risk among Swedish-born and immigrant women in Sweden. *International journal of cancer*, 130(4), 937-947.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J., Saunders, J., & Monteiro, M. (2001). The Alcohol Use Disorders Identification Test—Guidelines for use in. *Primary Care (2nd Ed.)*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Berens, E.-M., Stahl, L., Yilmaz-Aslan, Y., Sauzet, O., Spallek, J., & Razum, O. (2014). Participation in breast cancer screening among women of Turkish origin in Germany—a register-based study. *BMC women's health*, 14(1), 24.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social science & medicine*, 51(6), 843-857.
- Berry, J. W. (1997). Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied psychology*, 46(1), 5-34.
- Bethel, J. W., & Schenker, M. B. (2005). Acculturation and smoking patterns among Hispanics: a review. *American journal of preventive medicine*, 29(2), 143-148.
- Beune, E. J., Haafkens, J. A., Agyemang, C., & Bindels, P. J. (2010). Inhibitors and enablers of physical activity in multiethnic hypertensive patients: qualitative study. *J Hum Hypertens*, 24(4), 280-290. doi:10.1038/jhh.2009.61
- Beutel, M. E., Jünger, C., Klein, E. M., Wild, P., Lackner, K. J., Blettner, M., . . . Brähler, E. (2016). Depression, anxiety and suicidal ideation among 1st and 2nd generation migrants-results from the Gutenberg health study. *BMC psychiatry*, 16(1), 288.
- Bhatnagar, P., Shaw, A., & Foster, C. (2015). Generational differences in the physical activity of UK South Asians: a systematic review. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 12, 96-96.
- Bhatnagar, P., Townsend, N., Shaw, A., & Foster, C. (2015). The physical activity profiles of South Asian ethnic groups in England. *J Epidemiol Community Health*, jech-2015-206455.
- Bhopal, R., Vettini, A., Hunt, S., Wiebe, S., Hanna, L., & Amos, A. (2004). Review of prevalence data in, and evaluation of methods for cross cultural adaptation of, UK surveys on tobacco and alcohol in ethnic minority groups. *bmj*, 328(7431), 76.
- Brathwaite, R., Smeeth, L., Addo, J., Kunst, A. E., Peters, R. J., Snijder, M. B., . . . Agyemang, C. (2017). Ethnic differences in current smoking and former smoking in the Netherlands and the contribution of socioeconomic factors: a cross-sectional analysis of the HELIUS study. *BMJ open*, 7(7), e016041.
- Buja, A., Fusco, M., Furlan, P., Bertoncetto, C., Baldovin, T., Casale, P., . . . Baldo, V. (2014). Characteristics, processes, management and outcome of accesses to accident and emergency departments by citizenship. *International journal of public health*, 59(1), 167-174.

- Buron, A., Cots, F., Garcia, O., Vall, O., & Castells, X. (2008). Hospital emergency department utilisation rates among the immigrant population in Barcelona, Spain. *BMC health services research*, 8(1), 51.
- Campbell, J., Ramsay, J., & Green, J. (2001). Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care. *Quality and Safety in Health Care*, 10(2), 90-95.
- Carrasco-Garrido, P., De Miguel, A. G., Barrera, V. H., & Jiménez-García, R. (2007). Health profiles, lifestyles and use of health resources by the immigrant population resident in Spain. *European Journal of Public Health*, 17(5), 503-507.
- Carrasco-Garrido, P., Jiménez-García, R., Barrera, V. H., de Andrés, A. L., & de Miguel, Á. G. (2009). Significant differences in the use of healthcare resources of native-born and foreign born in Spain. *BMC Public Health*, 9(1), 201.
- Chen, C., Smith, P., & Mustard, C. (2010). The prevalence of over-qualification and its association with health status among occupationally active new immigrants to Canada. *Ethn Health*, 15(6), 601-619. doi:10.1080/13557858.2010.502591
- Choi, S., Rankin, S., Stewart, A., & Oka, R. (2008). Effects of acculturation on smoking behavior in Asian Americans: a meta-analysis. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 23(1), 67-73.
- Christensen, L. B., Petersen, P. E., & Steding-Jessen, M. (2007). Consumption of dental services among adults in Denmark 1994–2003. *European journal of oral sciences*, 115(3), 174-179.
- Cots, F., Castells, X., García, O., Riu, M., Felipe, A., & Vall, O. (2007). Impact of immigration on the cost of emergency visits in Barcelona (Spain). *BMC health services research*, 7(1), 9.
- Credé, S. H., Such, E., & Mason, S. (2017). International migrants' use of emergency departments in Europe compared with non-migrants' use: a systematic review. *European Journal of Public Health*.
- Crombie, I. K., Irvine, L., Elliott, L., Wallace, H., & Organization, W. H. (2005). Closing the health inequalities gap: an international perspective.
- de Back, T. R., Bodewes, A. J., Brewster, L. M., & Kunst, A. E. (2015). Cardiovascular Health and Related Health Care Use of Moluccan-Dutch Immigrants. *PLoS One*, 10(9), e0138644. doi:10.1371/journal.pone.0138644
- De Luca, G., Ponzo, M., & Andres, A. R. (2013). Health care utilization by immigrants in Italy. *Int J Health Care Finance Econ*, 13(1), 1-31. doi:10.1007/s10754-012-9119-9
- de Wit, M. A., Tuinebreijer, W. C., Dekker, J., Beekman, A.-J. T., Gorissen, W. H., Schrier, A. C., . . . Verhoeff, A. P. (2008). Depressive and anxiety disorders in different ethnic groups. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43(11), 905-912.
- Dean, J. A., & Wilson, K. (2009). 'Education? It is irrelevant to my job now. It makes me very depressed ...': exploring the health impacts of under/unemployment among highly skilled recent immigrants in Canada. *Ethn Health*, 14(2), 185-204. doi:10.1080/13557850802227049
- Denktas, S., Koopmans, G., Birnie, E., Foets, M., & Bonsel, G. (2009). Ethnic background and differences in health care use: a national cross-sectional study of native Dutch and immigrant elderly in the Netherlands. *Int J Equity Health*, 8, 35. doi:10.1186/1475-9276-8-35
- Detollenaere, J., Baert, S., & Willems, S. (2018). Association between cultural distance and migrant self-rated health. *The European Journal of Health Economics*, 1-10.
- Diaz, E., Calderón-Larrañaga, A., Prado-Torres, A., Poblador-Plou, B., & Gimeno-Feliu, L.-A. (2014). How do immigrants use primary health care services? A register-based study in Norway. *The European Journal of Public Health*, 25(1), 72-78.
- Diaz, E., Calderon-Larranaga, A., Prado-Torres, A., Poblador-Plou, B., & Gimeno-Feliu, L. A. (2015). How do immigrants use primary health care services? A register-based study in Norway. *Eur J Public Health*, 25(1), 72-78. doi:10.1093/eurpub/cku123
- Diaz, E., Gimeno-Feliu, L. A., Calderon-Larranaga, A., & Prados-Torres, A. (2014). Frequent attenders in general practice and immigrant status in Norway: a nationwide cross-sectional study. *Scand J Prim Health Care*, 32(4), 232-240. doi:10.3109/02813432.2014.982368

- Diaz, E., & Kumar, B. N. (2014). Differential utilization of primary health care services among older immigrants and Norwegians: a register-based comparative study in Norway. *BMC Health Serv Res*, *14*, 623. doi:10.1186/s12913-014-0623-0
- Ducarroz, S., Leon, M. E., Schott, A.-M., Friis, S., Johansen, C., & Schüz, J. (2015). Are male immigrants in Denmark at lower or higher risk of tobacco-related cancers? A Danish nationwide cohort study. *Acta Oncologica*, *54*(8), 1128-1135.
- Erdsiek, F., Waury, D., & Brzoska, P. (2017). Oral health behaviour in migrant and non-migrant adults in Germany: the utilization of regular dental check-ups. *BMC oral health*, *17*(1), 84.
- Fennelly, K. (2007). The "healthy migrant" effect. *Minnesota medicine*, *90*(3), 51-53.
- Fierro, I., Yáñez, J. L., & Álvarez, F. J. (2010). Differences in alcohol-related mortality between foreign-born and native-born Spaniards. *International Journal of Drug Policy*, *21*(3), 240-243.
- Fylkesnes, K. (1993). Determinants of health care utilization—visits and referrals. *Scandinavian journal of social medicine*, *21*(1), 40-50.
- Gadd, M., Sundquist, J., Johansson, S.-E., & Wändell, P. (2005). Do immigrants have an increased prevalence of unhealthy behaviours and risk factors for coronary heart disease? *European journal of cardiovascular prevention & rehabilitation*, *12*(6), 535-541.
- Garcia-Subirats, I., Vargas, I., Sanz, B., Malmusi, D., Ronda, E., Ballesta, M., . . . I, M. (2014). Changes in access to health services of the immigrant and native-born population in Spain in the context of economic crisis. *Int J Environ Res Public Health*, *11*(10), 10182-10201. doi:10.3390/ijerph111010182
- Gimeno-Feliu, L. A., Magallon-Botaya, R., Macipe-Costa, R. M., Luzon-Oliver, L., Canada-Millan, J. L., & Lasheras-Barrio, M. (2013). Differences in the use of primary care services between Spanish national and immigrant patients. *J Immigr Minor Health*, *15*(3), 584-590. doi:10.1007/s10903-012-9647-x
- Giskes, K., Kunst, A. E., Benach, J., Borrell, C., Costa, G., Dahl, E., . . . Judge, K. (2005). Trends in smoking behaviour between 1985 and 2000 in nine European countries by education. *Journal of Epidemiology & Community Health*, *59*(5), 395-401.
- Graetz, V., Rechel, B., Groot, W., Norredam, M., & Pavlova, M. (2017). Utilization of health care services by migrants in Europe—a systematic literature review. *British medical bulletin*, *121*(1), 5-18.
- Group, T. W. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social science & medicine*, *46*(12), 1569-1585.
- Hanssens, L. G., Detollenaere, J., Hardyns, W., & Willems, S. J. (2016). Access, treatment and outcomes of care: a study of ethnic minorities in Europe. *International journal of public health*, *61*(4), 443-454.
- Harcourt, N., Ghebre, R. G., Whembolua, G.-L., Zhang, Y., Osman, S. W., & Okuyemi, K. S. (2014). Factors associated with breast and cervical cancer screening behavior among African immigrant women in Minnesota. *Journal of immigrant and minority health*, *16*(3), 450-456.
- Heath, D. B. (1995). *International handbook on alcohol and culture: ABC-CLIO*.
- Henkel, D., & Zemlin, U. (2016). Social inequality and substance use and problematic gambling among adolescents and young adults: a review of epidemiological surveys in Germany. *Current drug abuse reviews*, *9*(1), 26-48.
- Hernandez-Quevedo, C., & Jimenez-Rubio, D. (2009). A comparison of the health status and health care utilization patterns between foreigners and the national population in Spain: new evidence from the Spanish National Health Survey. *Soc Sci Med*, *69*(3), 370-378. doi:10.1016/j.socscimed.2009.05.005
- Hjern, A., & Allebeck, P. (2004). Alcohol-related disorders in first- and second-generation immigrants in Sweden: a national cohort study. *Addiction*, *99*(2), 229-236.
- Hjern, A., & Grindeford, M. (2000). Dental health and access to dental care for ethnic minorities in Sweden. *Ethnicity and health*, *5*(1), 23-32.

- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of health and social behavior*, 21-37.
- Imhof, K., Faude, O., Donath, L., Bean-Eisenhut, S., Hanssen, H., & Zahner, L. (2016). The association of socio-economic factors with physical fitness and activity behaviours, spinal posture and retinal vessel parameters in first graders in urban Switzerland. *J Sports Sci*, 34(13), 1271-1280. doi:10.1080/02640414.2015.1109703
- Jimenez-Rubio, D., & Hernandez-Quevedo, C. (2011). Inequalities in the use of health services between immigrants and the native population in Spain: what is driving the differences? *Eur J Health Econ*, 12(1), 17-28. doi:10.1007/s10198-010-0220-z
- Kaplan, G. A., Goldberg, D. E., Everson, S. A., Cohen, R. D., Salonen, R., Tuomilehto, J., & Salonen, J. (1996). Perceived health status and morbidity and mortality: evidence from the Kuopio ischaemic heart disease risk factor study. *International journal of epidemiology*, 25(2), 259-265.
- Karsa, L. v., Anttila, A., Ronco, G., Ponti, A., Malila, N., Arbyn, M., . . . Ferlay, J. (2008). Cancer screening in the European Union. Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening. *Cancer screening in the European Union. Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening*.
- Khouri, L. Z. (2016). On Belonging: The American Adolescent of Arab Descent. *J Clin Psychol*, 72(8), 818-826. doi:10.1002/jclp.22363
- Kontopantelis, E., Roland, M., & Reeves, D. (2010). Patient experience of access to primary care: identification of predictors in a national patient survey. *BMC family practice*, 11(1), 61.
- Koochek, A., Johansson, S., Kocturk, T., Sundquist, J., & Sundquist, K. (2008). Physical activity and body mass index in elderly Iranians in Sweden: a population-based study. *European journal of clinical nutrition*, 62(11), 1326-1332.
- Kristiansen, M., Thorsted, B. L., Krasnik, A., & von Euler-Chelpin, M. (2012). Participation in mammography screening among migrants and non-migrants in Denmark. *Acta oncologica*, 51(1), 28-36.
- Kumar, B. N., Grøtvedt, L., Meyer, H. E., Sjøgaard, A.-J., & Strand, B. H. (2008). The Oslo immigrant health profile.
- Kurita, G. P., Sjøgren, P., Juel, K., Højsted, J., & Ekholm, O. (2012). The burden of chronic pain: a cross-sectional survey focussing on diseases, immigration, and opioid use. *PAIN®*, 153(12), 2332-2338.
- Ladin, K., & Reinhold, S. (2013). Mental health of aging immigrants and native-born men across 11 European countries. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 68(2), 298-309. doi:10.1093/geronb/gbs163
- Lagerlund, M., Maxwell, A. E., Bastani, R., Thurfjell, E., Ekblom, A., & Lambe, M. (2002). Sociodemographic predictors of non-attendance at invitational mammography screening—a population-based register study (Sweden). *Cancer Causes and Control*, 13(1), 73-82.
- Larsen, M. B., Mikkelsen, E. M., Rasmussen, M., Friis-Hansen, L., Ovesen, A. U., Rahr, H. B., & Andersen, B. (2017). Sociodemographic characteristics of nonparticipants in the Danish colorectal cancer screening program: a nationwide cross-sectional study. *Clinical epidemiology*, 9, 345.
- Le Retraite, L., Eisinger, F., Loundou, A., Rinaldi, Y., Seitz, J.-F., & Auquier, P. (2010). Sociogeographical factors associated with participation in colorectal cancer screening. *Gastroenterologie clinique et biologique*, 34(10), 534-540.
- Levecque, K., Lodewyckx, I., & Bracke, P. (2009). Psychological distress, depression and generalised anxiety in Turkish and Moroccan immigrants in Belgium. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 44(3), 188.
- Levecque, K., Lodewyckx, I., & Vranken, J. (2007). Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium: a comparison between native and immigrant groups. *Journal of affective disorders*, 97(1), 229-239.

- Levecque, K., & Van Rossem, R. (2015). Depression in Europe: does migrant integration have mental health payoffs? A cross-national comparison of 20 European countries. *Ethn Health, 20*(1), 49-65. doi:10.1080/13557858.2014.883369
- Lopez Rillo, N., & Epelde, F. (2010). Immigrants' use of hospital emergency services. *Emergencias, 22*, 109-112.
- Lorant, V., Van Oyen, H., & Thomas, I. (2008). Contextual factors and immigrants' health status: double jeopardy. *Health & place, 14*(4), 678-692.
- Lund, M., & Lindbak, R. L. (2007). Norwegian tobacco statistics 1973-2006.
- Malila, N., Oivanen, T., & Hakama, M. (2008). Implementation of colorectal cancer screening in Finland: experiences from the first three years of a public health programme. *Zeitschrift fuer Gastroenterologie, 46*(S 1), 25-28.
- Malmusi, D., Drbohlav, D., Dzurova, D., Palencia, L., & Borrell, C. (2014). Inequalities in healthcare access by type of visa in a context of restrictive health insurance policy: the case of Ukrainians in Czechia. *Int J Public Health, 59*(5), 715-719. doi:10.1007/s00038-014-0592-4
- Malmusi, D., Drbohlav, D., Džurová, D., Palència, L., & Borrell, C. (2014). Inequalities in healthcare access by type of visa in a context of restrictive health insurance policy: the case of Ukrainians in Czechia. *International journal of public health, 59*(5), 715-719.
- McDonald, J. T., & Kennedy, S. (2007). Cervical cancer screening by immigrant and minority women in Canada. *Journal of immigrant and minority health, 9*(4), 323-334.
- Missinne, S., & Bracke, P. (2012). Depressive symptoms among immigrants and ethnic minorities: a population based study in 23 European countries. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 47*(1), 97-109.
- Møen, K. A., Kumar, B., Qureshi, S., & Diaz, E. (2017). Differences in cervical cancer screening between immigrants and nonimmigrants in Norway: a primary healthcare register-based study. *European Journal of Cancer Prevention, 26*(6), 521.
- Monroe, K. R., Hankin, J. H., Pike, M. C., Henderson, B. E., Stram, D. O., Park, S., . . . Kolonel, L. N. (2003). Correlation of dietary intake and colorectal cancer incidence among Mexican-American migrants: the multiethnic cohort study. *Nutrition and cancer, 45*(2), 133-147.
- Moullan, Y., & Jusot, F. (2014). Why is the 'healthy immigrant effect' different between European countries? *The European Journal of Public Health, 24*(suppl_1), 80-86.
- Muntinga, M. E., Krajenbrink, V. Q., Peerdeman, S. M., Croiset, G., & Verdonk, P. (2016). Toward diversity-responsive medical education: taking an intersectionality-based approach to a curriculum evaluation. *Adv Health Sci Educ Theory Pract, 21*(3), 541-559. doi:10.1007/s10459-015-9650-9
- Neergaard, M. A., Jensen, A. B., Olesen, F., & Vedsted, P. (2013). Access to outreach specialist palliative care teams among cancer patients in Denmark. *J Palliat Med, 16*(8), 951-957. doi:10.1089/jpm.2012.0265
- Nesterko, Y., Braehler, E., Grande, G., & Glaesmer, H. (2013). Life satisfaction and health-related quality of life in immigrants and native-born Germans: the role of immigration-related factors. *Quality of Life Research, 22*(5), 1005-1013.
- Nicolaou, M., Benjelloun, S., Stronks, K., van Dam, R. M., Seidell, J. C., & Doak, C. M. (2012). Influences on body weight of female Moroccan migrants in the Netherlands: a qualitative study. *Health Place, 18*(4), 883-891. doi:10.1016/j.healthplace.2012.03.001
- Nielsen, S. S., Hempler, N. F., Waldorff, F. B., Kreiner, S., & Krasnik, A. (2012). Is there equity in use of healthcare services among immigrants, their descendents, and ethnic Danes? *Scand J Public Health, 40*(3), 260-270. doi:10.1177/1403494812443602
- Nielsen, S. S., & Krasnik, A. (2010). Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review. *International journal of public health, 55*(5), 357-371.
- Norredam, M., Nielsen, S. S., & Krasnik, A. (2009). Migrants' utilization of somatic healthcare services in Europe—a systematic review. *European Journal of Public Health, 20*(5), 555-563.

- Pornet, C., Dejardin, O., Morlais, F., Bouvier, V., & Launoy, G. (2010). Socioeconomic determinants for compliance to colorectal cancer screening. A multilevel analysis. *Journal of Epidemiology & Community Health, 64*(4), 318-324.
- Read, S., Grundy, E., & Foverskov, E. (2016). Socio-economic position and subjective health and well-being among older people in Europe: a systematic narrative review. *Aging Ment Health, 20*(5), 529-542. doi:10.1080/13607863.2015.1023766
- Rechel, B., Mladovsky, P., Ingleby, D., Mackenbach, J. P., & McKee, M. (2013). Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet, 381*(9873), 1235-1245. doi:10.1016/s0140-6736(12)62086-8
- Regidor, E., Sanz, B., Pascual, C., Lostao, L., Sanchez, E., & Díaz, O. J. (2009). Health services utilization by the immigrant population in Spain. *Gaceta sanitaria/SESPAS, 23*, 4-11.
- Reiss, K., Sauzet, O., Breckenkamp, J., Spallek, J., & Razum, O. (2014). How immigrants adapt their smoking behaviour: comparative analysis among Turkish immigrants in Germany and the Netherlands. *BMC Public Health, 14*(1), 844.
- Rondet, C., Lapostolle, A., Soler, M., Grillo, F., Parizot, I., & Chauvin, P. (2014). Are immigrants and nationals born to immigrants at higher risk for delayed or no lifetime breast and cervical cancer screening? The results from a population-based survey in Paris metropolitan area in 2010. *PloS one, 9*(1), e87046.
- Rosano, A., Dauvrin, M., Buttigieg, S. C., Ronda, E., Tafforeau, J., & Dias, S. (2017). Migrant's access to preventive health services in five EU countries. *BMC health services research, 17*(1), 588.
- Rué, M., Cabré, X., Soler-González, J., Bosch, A., Almirall, M., & Serna, M. C. (2008). Emergency hospital services utilization in Lleida (Spain): a cross-sectional study of immigrant and Spanish-born populations. *BMC Health Services Research, 8*(1), 81.
- Salinero-Fort, M. Á., del Otero-Sanz, L., Martín-Madrado, C., de Burgos-Lunar, C., Chico-Moraleja, R. M., Rodés-Soldevila, B., . . . Gómez-Campelo, P. (2011). The relationship between social support and self-reported health status in immigrants: an adjusted analysis in the Madrid Cross Sectional Study. *BMC family practice, 12*(1), 46.
- Sanz, B., Regidor, E., Galindo, S., Pascual, C., Lostao, L., Diaz, J. M., & Sanchez, E. (2011). Pattern of health services use by immigrants from different regions of the world residing in Spain. *Int J Public Health, 56*(5), 567-576. doi:10.1007/s00038-011-0237-9
- Schafer, W. L., Boerma, W. G., Kringos, D. S., De Maeseneer, J., Gress, S., Heinemann, S., . . . Groenewegen, P. P. (2011). QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. *BMC Fam Pract, 12*, 115. doi:10.1186/1471-2296-12-115
- Taloyan, M., Johansson, L. M., Johansson, S.-E., Sundquist, J., & Koctürk, T. O. (2006). Poor self-reported health and sleeping difficulties among Kurdish immigrant men in Sweden. *Transcultural Psychiatry, 43*(3), 445-461.
- Taloyan, M., Johansson, S.-E., Sundquist, J., Koctürk, T. O., & Johansson, L. M. (2008). Psychological distress among Kurdish immigrants in Sweden. *Scandinavian Journal of Social Medicine, 36*(2), 190-196.
- Tarricone, I., Stivanello, E., Poggi, F., Castorini, V., Marseglia, M. V., Fantini, M. P., & Berardi, D. (2012). Ethnic variation in the prevalence of depression and anxiety in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res, 195*(3), 91-106. doi:10.1016/j.psychres.2011.05.020
- Thapa, S. B., Dalgard, O. S., Claussen, B., Sandvik, L., & Hauff, E. (2007). Psychological distress among immigrants from high-and low-income countries: findings from the Oslo Health Study. *Nordic Journal of Psychiatry, 61*(6), 459-465.
- Turrin, A., Zorzi, M., Rossi, P. G., Senore, C., Campari, C., Fedato, C., . . . de'Bianchi, P. S. (2015). Colorectal cancer screening of immigrants to Italy. Figures from the 2013 National Survey. *Preventive medicine, 81*, 132-137.
- Uiters, E., Deville, W., Foets, M., Spreeuwenberg, P., & Groenewegen, P. P. (2009). Differences between immigrant and non-immigrant groups in the use of primary medical care; a systematic review. *BMC Health Serv Res, 9*, 76. doi:10.1186/1472-6963-9-76

- Van Hal, G., Hoeck, S., & Van Roosbroeck, S. (2011). Screening for colorectal cancer: sense and sensibilities. *European Journal of Cancer, 47*, S156-S163.
- Vedøy, T. F. (2013). The role of education for current, former and never-smoking among non-western immigrants in Norway. Does the pattern fit the model of the cigarette epidemic? *Ethnicity & health, 18*(2), 190-210.
- Vermeer, B., & Van den Muijsenbergh, M. E. (2010). The attendance of migrant women at the national breast cancer screening in the Netherlands 1997–2008. *European Journal of Cancer Prevention, 19*(3), 195-198.
- Zackrisson, S., Lindström, M., Moghaddassi, M., Andersson, I., & Janzon, L. (2007). Social predictors of non-attendance in an urban mammographic screening programme: a multilevel analysis. *Scandinavian Journal of Social Medicine, 35*(5), 548-554.
- Zinelli, M., Musetti, V., Comelli, I., Lippi, G., & Cervellin, G. (2014). Emergency department utilization rates and modalities among immigrant population. A 5-year survey in a large Italian urban emergency department. *Emergency Care Journal, 10*(1).