



Handicap, inkomen en toegang tot de gezondheidszorg

Resultaten van een kwantitatief en kwalitatief onderzoek

Symposium 5 oktober 2010

Nele Augustyns, student 2^e Master Geneeskunde UA

Margo Adams, student 2^e Master Geneeskunde UA

Bart Vriesacker (MSc), Epidemiologie en Sociale Geneeskunde UA

Herman Janssens, stafmedewerker sociaal beleid KVG

Prof. Dr. Guido Van Hal, Epidemiologie en Sociale Geneeskunde UA

Katholieke Vereniging Gehandicaptten (KVG)

Vereniging voor personen met een Handicap (VFG)

Universiteit Antwerpen (UA)

Inhoudsopgave

Algemene inleiding en probleemstelling	1
Kwantitatief onderzoek.....	3
1. Inleiding.....	3
2. Methode.....	3
3. Samenvatting van de resultaten.....	4
3.1. Kenmerken van de respondenten	4
3.2. Inkomensverdeling.....	5
3.3. Armoedegrens	8
3.4. Rondkomen met het inkomen	11
3.5. Toegankelijkheid gezondheidszorg.....	13
3.6. Tevredenheid met het inkomen.....	15
4. Discussie.....	17
4.1. Inhoudelijke discussie.....	17
4.2. Sterke en zwakke punten van het onderzoek	21
Kwalitatief onderzoek.....	22
1. Inleiding.....	22
2. Methode.....	22
3. Samenvatting van de resultaten.....	23
3.1. Kenmerken van de deelnemers	23
3.2. Inkomen en uitgaven.....	23
3.3. Gezondheidszorg.....	24
4. Discussie.....	25
4.1. Inhoudelijke discussie.....	25
4.2. Sterke en zwakke punten van het onderzoek	26
Algemene conclusie	28
Referenties	29

Algemene inleiding en probleemstelling

Naar aanleiding van het Europees jaar van de strijd tegen armoede en sociale uitsluiting vatten KVG, Katholieke Vereniging Gehandicaptten, en VFG, Vereniging personen met een handicap, het plan op om de inkomenssituatie van personen met een handicap opnieuw onder de aandacht te brengen. Personen met een handicap ervaren niet enkel fysieke en mentale barrières bij hun deelname aan het maatschappelijk leven. Een laag inkomen of armoede leiden evengoed tot sociale uitsluiting van die groep.

KVG en VFG vinden dat in het armoededebat en het armoedebeleid zelden over personen met een handicap wordt gesproken. Ten onrechte, want er leven zeer veel mensen met een handicap van bijstand. In België leven evenveel mensen met een handicap van een inkomensvervangende tegemoetkoming dan dat er mensen leven van een leefloon, namelijk ongeveer 80.000. De bedragen van het leefloon en de inkomensvervangende tegemoetkoming zijn gelijk.

Al bestaan er mogelijkheden om een tegemoetkoming aan gehandicaptten te combineren - met een ander inkomen uit sociale zekerheid of arbeid, of met het inkomen van een partner - de rechthebbende blijft meestal onder de officiële Europese armoedenorm, gedefinieerd als 60% van het mediaan equivalent inkomen.

Bovendien is er een bijkomende factor die de koopkracht van personen met een handicap vermindert. Die koopkracht kan sterk worden uitgehold, omdat een persoon met een handicap kans heeft op allerlei becijferbare en niet-becijferbare meerkosten als gevolg van zijn of haar handicap. We denken hierbij aan de remgelden op allerlei noodzakelijke hulpmiddelen, medicatie en andere gezondheidskosten, extra uitgaven voor noodzakelijke hulp in de huishouding en ondersteuning, vergoeding van kosten van mantelzorgers, aangepast vervoer en de huur of bouw van een aangepaste woning.

De impact van een laag inkomen verschilt naargelang de tijd dat de persoon of het gezin van een laag inkomen moet leven. Wie tijdelijk ziek is of werkloos wordt, vindt na zekere tijd weer aansluiting op de arbeidsmarkt. Als een persoon met een handicap niet kan werken is hij zijn hele leven aangewezen op een bijstandsuitkering.

Er is in België en Vlaanderen weinig recent onderzoek en cijfermateriaal beschikbaar over handicap en inkomen en de toegang tot basisvoorzieningen, zoals gezondheidszorg. KVG en VFG wilden nieuwe, recente gegevens verkrijgen via wetenschappelijk onderzoek.

Hiervoor werd een partner gezocht in de Universiteit Antwerpen (UA). Met professor Guido Van Hal, medisch socioloog te Antwerpen werd overeengekomen dat er via de wetenschappelijke lijn van de faculteit Geneeskunde twee studenten zouden worden aangetrokken. Samen met onderzoeker Bart Vriesacker (UA), zal deze onderzoeksgroep in samenwerking met KVG en VFG gedurende verschillende jaren rond dit thema werken. Uiteraard bleven en blijven KVG en VFG een belangrijke rol spelen in het onderzoek, zowel inhoudelijk als voor bijvoorbeeld het verspreiden van de enquête en het verhogen van de respons erop.

Er werd gekozen voor een kwantitatief onderzoek en een kwalitatief onderzoek. In het kwantitatief gedeelte werden via een enquête onder de hele populatie van personen met een handicap in Vlaanderen gegevens verzameld over het inkomen. Met die werkwijze wilden we onderzoeken of personen met een handicap een hoger risico hebben op armoede en welke kenmerken deze groep precies heeft. Op basis van de vragenlijst wilden we bovendien de toegankelijkheid van de gezondheidszorg onderzoeken voor mensen met een handicap. Daarvoor werden vier vragen overgenomen uit de nationale gezondheidsenquête waardoor we konden vergelijken met gegevens over de Vlaamse populatie. Via het kwalitatief onderzoek wilden we personen met een handicap aan het woord laten in focusgroepdiscussies om de realiteit achter de cijfers beter te leren kennen. De ervaringen en meningen over inkomen en hun perceptie van toegang tot gezondheidszorg bij personen werkzaam in een beschermde werkplaats werden verkend.

We zijn er van overtuigd dat de resultaten belangwekkend zijn en we hopen dat ze kunnen worden benut bij de ondersteuning van het beleid. Ik wens de lezers alvast veel leesplezier.

Herman Janssens,

Stafmedewerker Sociaal Beleid

Katholieke Vereniging Gehandicapten

Kwantitatief onderzoek

Inleiding

In dit deel van het onderzoek verzamelden we gegevens over het inkomen, de uitgaven en de mogelijkheden van personen met een handicap in Vlaanderen. Het doel van dit kwantitatieve deel was tot conclusies komen die iets zeggen over de hele populatie volwassenen met een handicap in Vlaanderen. Hiervoor probeerden we gegevens te verkrijgen van een zo groot mogelijke populatie.

Methode

Er werden enquêtes afgenomen. Deze werden zorgvuldig samengesteld met eigen vragen en vragen uit de nationale gezondheidsenquête van 2008⁽¹⁾. Door items uit de gezondheidsenquête te gebruiken, kunnen we onze resultaten vergelijken met de bevindingen uit de Vlaamse populatie. Onze doelpopulatie was alle meerderjarige personen met een handicap in Vlaanderen.

De enquêtes werden enerzijds opgestuurd naar alle leden van de KVG (Katholieke Vereniging Gehandicapten) en de VFG (Vereniging personen met een handicap): vanaf 8 december 2009 werden de enquêtes meegestuurd in het ledenblad van beide organisaties, respectievelijk 'Handiscoop' en 'Dialog'. Begeleidingscentra konden kosteloos kopieën bestellen bij de KVG. Er was ook een brailleversie voorzien.

Anderzijds kon de enquête online ingevuld of afgedrukt worden. Deze online versie was beschikbaar tot en met 31 maart 2010. We hebben mensen die niet spontaan op vragenlijsten reageren (omdat ze bijvoorbeeld niet lezen of geen lid zijn van een deelnemende organisatie), benaderd via diensten waarvan ze doorgaans wel gebruik maken.

De online ingevoerde enquêtes kwamen automatisch in een digitaal databestand terecht. De schriftelijke enquêtes werden manueel ingevoerd om zo tot een volledig databestand te komen. Na zorgvuldige datacleaning, hebben we in het statistisch programma SPSS®, versie 16.0 (Statistical Package for Social Sciences, SPSS Inc, 2007) analyses uitgevoerd, om de mogelijke verbanden te toetsen. Hierbij maakten we gebruik van frequenties en kruistabellen van variabelen. Om de statistische samenhang van de variabelen te berekenen, gebruikten we de Chi²-test (χ^2). Deze statistische toets wordt gebruikt om te berekenen of verkregen

aantallen systematisch afwijken van verwachte aantallen. Zo kan men bekijken of er een verband bestaat tussen twee variabelen. Het verband werd als statistisch significant beschouwd als de p-waarde lager was dan 0,05.

Om te kunnen vergelijken met een armoedegrens gebruikten we de normen uit de EU-SILC (Statistics on Income and Living Conditions)⁽²⁾. Dit is een Europese enquête die vanuit een multi-dimensionele benadering het geheel van factoren inzake sociale inclusie van huishoudens en individuen in de maatschappij in kaart brengt. Dit is momenteel de meest gebruikte armoedegrens in onderzoek. We pasten een indexatie toe op de in 2008 officieel gepubliceerde EU-Silc norm om een recente armoedegrens te verkrijgen.

Samenvatting van de resultaten

1.1. Kenmerken van de respondenten

Er vulden 2.006 personen de enquête in, waarvan 60,9% op papier en 39,1% online. Er waren meer mannelijke dan vrouwelijke respondenten (respectievelijk 53,4% tegenover 46,6%). De gemiddelde en mediane leeftijd was 46 jaar. De jongste deelnemer was 19 jaar, de oudste 91 jaar. We vonden de volgende verdeling van respondenten over de Vlaamse provincies: Vlaams-Brabant 13,9%, Antwerpen 29,8%, Limburg 12,4%, West-Vlaanderen 14,7%, Oost-Vlaanderen 27,1%. Verder was 2,1% afkomstig van Brussel.

50,5% van de respondenten woonde alleen, 49,5% woonde niet alleen. De meerderheid van de respondenten had geen kinderen (84,6%). Daarnaast had 8,3% één kind, 4,8% twee kinderen, 1,6% drie kinderen en 0,7% vier kinderen.

We stelden vast dat 41,9% van de deelnemers een woning huurden (18,8% sociale huur en 23,1% private huur). 38,6% beschikte over een eigen woning en 19,5% woonde in een voorziening. De gemiddelde huur bedroeg €390,10 per maand. De personen met een eigen woning, betaalden gemiddeld €322,10 per maand af aan hun woning. De maandelijkse kosten (elektriciteit, water, gas, onderhoud e.d.) verbonden aan de woning werden op €200,90 geschat.

63,0% kreeg een tegemoetkoming van de Federale Overheidsdienst (FOD) Sociale Zekerheid. De gemiddelde tegemoetkoming bedroeg €700,73. 48,0% van de respondenten kreeg een andere tegemoetkoming. 70,0% van de deelnemers werkte niet. 45,2% had een partner met inkomen.

Er werd eveneens naar type handicap gevraagd. De verdeling was als volgt: fysieke handicap 39,8%, mentale handicap 35,2%, autisme spectrum stoornis 7,6%, psychische handicap 6,7%, visuele handicap 6,5% en auditieve handicap 3,8%. 9,5% van de deelnemers had een andere handicap. De meeste personen hadden één handicap (80,9%). 15,7% had twee handicaps, 2,6% had drie handicaps en 0,7% had vier handicaps. Bij 80,9% van de respondenten werd de handicap erkend door de FOD. Hierbij worden categorieën toegekend op basis van een puntensysteem. Categorie één geeft een hoge graad van zelfredzaamheid weer en categorie vijf een zeer lage zelfredzaamheid. 16,9% werd in categorie één ingeschaald, 19,9% in categorie twee, 18,9% in categorie drie, 13,0% in categorie vier en 13,3% in categorie vijf. De overige respondenten wisten niet in welke categorie zij ingeschaald waren. Bij 33,2% van de deelnemers werd de handicap door een andere instantie erkend.

1.2. Inkomensverdeling

We vroegen aan de respondenten om aan te geven wat hun maandelijks inkomen bedroeg. De meest voorkomende inkomensklasse in dit onderzoek was de klasse €1.100 - €1.499. Dit was eveneens de mediane inkomensklasse. De minst voorkomende klasse was €2.699 - €3.099 (tabel 1). Deze vraag werd door 251 personen niet ingevuld.

	Aantal (n)	Percentage (%)
< €700	88	5,0
€700 - €1.099	443	25,2
€1.100 - €1.499	685	39,0
€1.500 - €1.899	207	11,8
€1.900 - €2.299	153	8,7
€2.300 - €2.699	76	4,3
€2.699 - €3.099	48	2,7
≥ €3.100	55	3,1
Totaal	1.755	100,0
<i>Missing (n)</i>	<i>251</i>	

Tabel 1: Frequentie volgens inkomenscategorie

1.2.1. Mogelijkheden en beperkingen

51,4% van de respondenten met kinderen, gaven aan door hun inkomen de kinderen niet alles te kunnen geven wat nodig is. Bijkomend zei 64,7% dat hun kinderen het wel eens met minder moesten stellen dan andere kinderen omwille van het gezinsinkomen. Bij 22,2% werden de kinderen soms uitgesloten, omdat er door het gezinsinkomen onvoldoende middelen zijn om mee te doen met activiteiten zoals een schoolreis of een verjaardagsfeestje.

Meer dan de helft van de deelnemers (55,3%) gaf aan dat men niet kon sparen met dit inkomen. Daarnaast was 29,1% niet in staat onverwachte facturen te betalen.

44,1% kon niet voldoen aan minimum één van de basisbehoeften (voeding, kleding, water/energie, zorgen voor zichzelf en het gezin).

Als we de basisbehoeften afzonderlijk beschouwen, zien we dat 38,0% geen goede kleding voor alle seizoenen kon aankopen met het inkomen. 26,1% gaf aan niet te kunnen zorgen voor zichzelf en het gezin. 25,0% kon niet genoeg gezonde voeding aankopen en 12,5% kon de water- en energiefactuur niet betalen.

Meer dan de helft van de respondenten (58,0%) kon niet voldoen aan minimum één van de woonbehoeften (herstellingswerken, verbeteringswerken, een geschikte woning, zelfstandig wonen).

Wat de afzonderlijke woonbehoeften betreft, kon 70,2% van de respondenten geen geschikte woning aanschaffen. 59,4% kon geen herstellingswerken aan de woning laten uitvoeren. 49,0% kon geen verbeteringswerken aan woning doen. Bovendien kon 23,6% niet zelfstandig wonen met het huidige inkomen.

51,0% kon niet voldoen aan minimum één van de behoeften met betrekking tot handicap en gezondheid (hulpmiddelen, hospitalisatieverzekering, aanpassing van de woning).

Als we deze behoeften afzonderlijk bekijken, zien we dat 71,1% van de respondenten de woning niet kon aanpassen aan de handicap. Verder kon 40,0% niet de hulpmiddelen aanschaffen die nodig zijn door de handicap en kon 26,9% geen hospitalisatieverzekering afsluiten.

Bijna twee respondenten op drie (65,0%) konden niet voldoen aan minimum één van de behoeften die te maken hebben met vrijetijdsbesteding (computer met internet, verenigingsleven, feest, visite, vakantie, film/theater, een cursus).

65,4% gaf aan niet op vakantie te kunnen. 49,9% kon niet op visite bij vrienden of kennissen en 49,0% zei zich niet in te kunnen schrijven voor een cursus omwille van financiële redenen. Daarnaast kon 41,7% niet naar een filmvoorstelling of theater met dit inkomen. 39,5% kon geen computer met internet aanschaffen. Bovendien kon 25,8% niet naar een feest en kon 11,1% niet deelnemen aan het verenigingsleven.

Wat betreft mobiliteit kon 56,2% minstens één van de twee volgende mobiliteitsbehoeften niet voldoen. 61,0% kon geen auto aanschaffen en 30,1% kon niet met de trein reizen.

1.2.2. Geslacht

Het inkomen was significant verschillend voor mannen en vrouwen ($\chi^2=36,14$; $p\leq 0,001$). De mannelijke respondenten hadden frequenter een gemiddeld loon (€1.100-€1.500) in vergelijking met de vrouwen (respectievelijk 45,2% tegenover 31,8%). Vrouwelijke respondenten bevonden zich meer in de hogere inkomensschalen (>€1.900) of in de lagere inkomensschalen (<€1.100) dan mannen.

1.2.3. Leeftijd

De laagste leeftijdscategorie (<30 jaar) was oververtegenwoordigd in de laagste inkomensklasse. 40- tot 60-jarigen vielen meer in de hogere klassen. Ouderen (60⁺) zaten niet laag en niet hoog ($\chi^2= 128,4$; $p\leq 0,001$).

1.2.4. Gezinssituatie

Personen die niet alleen wonen hadden een significant hoger inkomen tegenover personen die alleen wonen ($\chi^2=404,8$; $p\leq 0,001$). Het hebben van kinderen hangt samen met een hoger inkomen ($\chi^2=173,3$; $p\leq 0,001$).

1.2.5. Woonsituatie

Een hoger inkomen hangt samen met het hebben van een eigen woning. Personen die in een voorziening leven, vonden we vooral terug in de klassen <€1.300. Huurders van een sociale woning bevonden zich vooral in de categorieën <€1.900. Er was weinig verschil in inkomen tussen sociale huurders en private huurders, behalve in de hoogste inkomenscategorieën, waar we meer private huurders terugvonden dan sociale huurders ($\chi^2=405,4$; $p\leq 0,001$).

1.2.6. Tewerkstelling

70,0% van de respondenten werkte niet. Werk hebben hangt samen met een hoger inkomen ($\chi^2=79,09$; $p\leq 0,001$).

1.2.7. Categorisatie

Een lagere categorie van zelfredzaamheid hangt samen met een lager inkomen en een hogere categorie met een hoger inkomen ($\chi^2=252,5$; $p\leq 0,001$). Personen van categorie één, twee en drie situeerden zich vooral tussen €700 en €1.099. Binnen categorie vier en vijf zagen we meer hogere inkomens van €1.100 tot €1.499. Personen met een handicap die in categorie één ingeschaald zijn, waren oververtegenwoordigd in de laagste inkomensklasse; 10% vonden we terug in de klasse <€700. Van de andere categorieën was dit telkens 2 à 4%.

1.3. Armoedegrens

24,8% van de deelnemers die data over hun inkomen vrijgaven, had een inkomen lager dan de armoedegrens voor hun gezinssituatie.

1.3.1. Geslacht

Geslacht hangt significant samen met een inkomen onder of boven de armoedegrens ($\chi^2=22,77$; $p\leq 0,001$). Van de vrouwelijke respondenten leefde 30,3% onder de armoedegrens, van de mannelijke 20,3%.

1.3.2. Leeftijd

Jongere personen zaten vaker onder de armoedegrens ($\chi^2=9,670$; $p=0,046$). Van de 18- tot 30-jarigen zat 31,8% onder de armoedegrens, bij de andere leeftijdscategorieën lag dit percentage rond 20 à 25%.

1.3.3. Gezinssituatie

Personen die niet alleen wonen, zaten vaker onder de armoedegrens (37,2%) dan personen die alleen wonen (13,8%) ($\chi^2=125,9$; $p\leq 0,001$) (tabel 2).

Van de personen met kinderen zat 57,4% onder de armoedegrens tegenover 18,8% van de personen zonder kinderen ($\chi^2=182,1$; $p\leq 0,001$) (tabel 2). Er was een significant verband met het aantal kinderen in het gezin. Het hebben van meer kinderen hangt samen met leven onder de armoedegrens. Het percentage gezinnen met één kind onder de armoedegrens was 51,0%.

Voor gezinnen met twee kinderen steeg dit percentage naar 61,4% en voor gezinnen met 3 kinderen of meer tot 71,4% ($\chi^2=190,4$; $p\leq 0,001$).

	Aantal	Armoedegrens	Onder armoedegrens	
	(n)	(€)	(n)	(%)
Alleenstaande	1.125	973,68	170	15,1
Alleenstaande met kind	62	1.363,15	40	64,5
Alleenstaande met 2 kinderen	28	1.655,26	21	75,0
Alleenstaande met 3 kinderen	7	1.947,36	5	71,4
Koppel	320	1.460,52	101	31,6
Koppel met kind	83	1.849,99	34	41,0
Koppel met 2 kinderen	55	2.142,09	30	54,5
Koppel met 3 kinderen	22	2.434,20	14	63,6
Koppel met 4 kinderen	13	2.726,30	11	84,6
Totaal	1.715		426	24,8
Missing (n)	291			

Tabel 2: Armoedegrens per verschillende gezinssituatie (samenwonend of alleenstaand, kinderen of geen kinderen, aantalkinderen).

1.3.4. Woonsituatie

Personen die in een voorziening verblijven (8,0%), zaten minder vaak onder de armoedegrens dan eigenaars van een woning (26,1%), private (27,7%) en sociale huurders (33,6%) ($\chi^2=66,21$; $p\leq 0,001$).

Personen in een voorziening hadden een significant lager percentage onder de armoedegrens dan de anderen (8,0% tegenover 28,4%) ($\chi^2=59,52$; $p\leq 0,001$). Personen die een sociale woning huren, zaten significant vaker onder de armoedegrens dan personen die privaat huren of eigenaar zijn van de woning (respectievelijk 33,6% tegenover 26,7%) ($\chi^2=5,765$; $p=0,016$). Er was een klein, niet significant verschil in percentages onder de armoedegrens tussen huurders en eigenaars van een woning (respectievelijk 30,4% tegenover 26,1%) ($\chi^2=2,994$; $p=0,084$).

1.3.5. Tewerkstelling, tegemoetkoming en uitkering

Van de personen die werk hebben, zat 21,0% onder de armoedegrens. Bij personen zonder werk was dit percentage significant hoger: 26,7% zat onder de armoedegrens ($\chi^2=6,180$; $p=0,013$).

Van de personen die een tegemoetkoming ontvangen, zat 20,1% onder de armoedegrens. Zonder een tegemoetkoming was dit 32,4% ($\chi^2=32,20$; $p\leq 0,001$).

Wat betreft het al dan niet krijgen van een uitkering, was er geen significant verschil in leven onder de armoedegrens.

1.3.6. Type handicap

Er werden geen statistisch significante verschillen tussen de bevraagde types van handicap gevonden. Toch lagen de cijfers ver uit elkaar: personen met een visuele handicap hadden het laagste percentage onder de armoedegrens nl. 19,0%, terwijl personen met een psychische handicap het slechtst scoorden met 30,7%. Mensen met meerdere beperkingen zaten niet significant meer boven of onder de armoedegrens.

1.3.7. Categorië

Het percentage van personen onder de armoedegrens daalde met stijgende categorie. Van de personen in categorie één leefde 42,3% onder de armoedegrens. In categorie twee was dit 24,6% en dit cijfer daalde verder tot 5,4% in categorie vijf ($\chi^2=114,5$; $p\leq 0,001$). Categorie één zat significant meer onder de armoedegrens in vergelijking met de andere categorieën (42,3% tegenover 15,4%) ($\chi^2=81,95$; $p\leq 0,001$). Categorie vijf zat significant minder onder de armoedegrens dan de andere categorieën (5,4% tegenover 24,1%) ($\chi^2=32,76$; $p\leq 0,001$).

1.3.8. Rondkomen

Mensen die aangaven gemakkelijk rond te komen, zaten vaker boven de armoedegrens dan personen die moeilijk rondkomen of elke maand tekort komen ($\chi^2=149,5$; $p\leq 0,001$). 51,9% van de mensen die elke maand tekort komen, zat toch boven armoedegrens. 10,8% van de mensen die gemakkelijk rondkomen, zat toch onder de armoedegrens.

1.4. Rondkomen met het inkomen

41,2% van de respondenten zei gemakkelijk rond te komen (30,1% eerder gemakkelijk, 11,1% zeer gemakkelijk). 44,8% gaf aan moeilijk rond te komen (27,6% eerder moeilijk, 17,2% zeer moeilijk). 14,0% kwam elke maand tekort.

1.4.1. Geslacht

Mannen kwamen beter rond dan vrouwen: 45,0% van de mannen zei gemakkelijk rond te komen tegenover 36,0% van de vrouwen ($\chi^2=15,50$; $p\leq 0,001$).

1.4.2. Leeftijd

Jonge mensen en 60⁺-ers ervoeren de meeste problemen met rondkomen. Zij gaven het vaakst aan elke maand tekort te komen. Vooral 40- en 50-jarigen zeiden gemakkelijk rond te komen ($\chi^2=24,78$; $p=0,002$).

1.4.3. Gezinssituatie

Er was een significant verschil te zien tussen personen die alleen wonen en personen die niet alleen wonen ($\chi^2=9,297$; $p=0,010$). Dit verschil was echter heel klein. Mensen die alleen wonen, kwamen gemakkelijker rond dan zij die niet alleen wonen, respectievelijk 44,4% en 37,5%.

Mensen met kinderen gaven vaker aan elke maand tekort te komen (17,3%) dan mensen zonder kinderen (13,2%). Mensen zonder kinderen kwamen eerder gemakkelijk rond (43,6%) ten op zichte van mensen met kinderen (28,2%) ($\chi^2=23,18$; $p\leq 0,001$).

1.4.4. Woonsituatie

Als men huurt dan hangt dit samen met moeilijk rondkomen of maandelijks tekort komen. Personen die huren, hadden de meeste problemen met rondkomen ervaren: meer dan de helft van de huurders gaf aan moeilijk rond te komen. Van de personen die privaat huren, gaf 20,6% aan elke maand te kort te komen, gevolgd door personen die sociaal huren (15,4%) en personen die een eigen woning bezitten (12,9%). Respondenten die in een voorziening wonen, gaven het minst aan tekort te komen (7,4%) ($\chi^2=118,2$; $p\leq 0,001$) (tabel 3).

	Aantal		Elke maand tekort		Moeilijk rondkomen		Gemakkelijk rondkomen	
	(n)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	
Voorziening	349	26	7,4	106	30,4	217	62,2	
Eigen woning	676	87	12,9	295	43,6	294	43,5	
Sociale huurwoning	345	53	15,4	180	52,2	112	32,5	
Private huurwoning	422	87	20,6	223	52,8	112	26,5	
Totaal	1.792							
Missing (n)	214							

Tabel 3: Maandelijks financieel rondkomen volgens woonsituatie (sociale woning huren, private woning huren, woning bezitten, voorziening).

1.4.5. Tewerkstelling, tegemoetkoming en uitkering

Mensen die werken, kwamen gemakkelijker rond ($\chi^2=80,15$; $p \leq 0,001$). Dit gold ook voor personen die een tegemoetkoming ontvangen ($\chi^2=32,75$; $p \leq 0,001$). Mensen die geen andere uitkering krijgen, kwamen gemakkelijker rond dan mensen met een uitkering ($\chi^2=7,531$; $p=0,023$).

1.4.6. Type handicap

Personen met een mentale handicap ervoeren de minste problemen met rondkomen: 45,4% gaf aan gemakkelijk rond te komen, tegenover 38,7% van de andere deelnemers ($\chi^2=8,308$; $p=0,016$). Personen met een fysieke handicap hadden het significant moeilijker dan andere respondenten: 32,3% gaf aan gemakkelijk rond te komen, tegenover 47,2% van de anderen ($\chi^2=40,18$; $p \leq 0,001$). Personen met een psychische handicap gaven vaak aan elke maand

tekort te komen (27,7% vs. 13,0% van de anderen) ($\chi^2=30,42$; $p\leq 0,001$). De verschillen waren niet significant bij personen met een auditieve handicap of autisme spectrum stoornis.

1.4.7. Categorijsatie

Categorie één kwam naar voren als financieel zwakkere groep: 21,8% kwam elke maand tekort. Dit percentage daalde geleidelijk van categorie één tot vijf. In categorie vijf gaf 5,2% aan elke maand tekort te komen. In de vijfde categorie gaf het merendeel aan gemakkelijk rond te komen (69,6%), in de eerste categorie was dit slechts een op vier (26,2%) ($\chi^2=132,3$; $p\leq 0,001$).

1.5. Toegankelijkheid gezondheidszorg

De deelnemers werden gevraagd of hun financiële situatie er het afgelopen jaar voor zorgde dat zichzelf of een van hun gezinsleden geen gebruik maakten van medische zorg wanneer dit nodig was. Een 'ja' gaf aan dat men problemen ondervond. De huisarts, de tandarts, optische hulpmiddelen en psychische hulp werden bevroagd.

30,4% van de respondenten ondervond het afgelopen jaar problemen bij toegang tot één of meerdere van de bovengenoemde takken van gezondheidszorg. De tandarts en optische hulpmiddelen vormden het vaakst een probleem (beiden 16,7%), gevolgd door de huisarts (14,9%) en psychische hulp (13,3%).

1.5.1. Geslacht

Vrouwen hadden significant meer problemen dan mannen bij toegang tot gezondheidszorg ($\chi^2=29,58$; $p\leq 0,001$). Een op de drie vrouwen (36,9%) maakte de afgelopen 12 maanden minder gebruik van noodzakelijke medische hulp omwille van financiële redenen. Bij mannen was dit 25,0%.

1.5.2. Leeftijd

Oudere personen stuitten vaker op problemen bij toegang tot gezondheidszorg dan jongeren. Het percentage steeg tot en met de categorie met leeftijden van 50 jaar tot en met 59 jaar. In de categorie 60⁺ nam het percentage dat problemen ervaarde licht af ($\chi^2=22,88$; $p\leq 0,001$). In alle takken van de gezondheidszorg was dit patroon zichtbaar.

1.5.3. Gezinssituatie

In het algemeen hadden mensen die niet alleen wonen vaker problemen bij toegang tot gezondheidszorg dan mensen die alleen wonen, respectievelijk 36,4% en 25,1% ($\chi^2=26,44$; $p\leq 0,001$).

Respondenten met kinderen hadden vaker problemen met toegang tot gezondheidszorg dan de respondenten zonder kinderen: respectievelijk 46,6% en 27,5% ($\chi^2=38,88$; $p\leq 0,001$). Deze verhouding was hetzelfde bij alle takken van de gezondheidszorg afzonderlijk.

Van de 97 eenoudergezinnen in onze enquête had 49,5% minstens één probleem met toegang tot gezondheidszorg.

1.5.4. Woonsituatie

Personen in een voorziening ervaarden weinig problemen: 93,0% had geen probleem bij toegang tot alle takken van gezondheidszorg. Ook het merendeel van personen met een eigen woning (70,7%) ervaarde hierbij geen problemen. Personen met een huurwoning hadden het moeilijker: 41,3% van de sociale huurders en 43,2% van de private huurders gaven aan problemen te ondervinden bij toegang tot gezondheidszorg ($\chi^2=140,3$; $p\leq 0,001$).

1.5.5. Tewerkstelling, tegemoetkoming en uitkering

Het hebben van werk hangt samen met minder problemen met toegang tot gezondheidszorg: 74,9% tegenover 67,0% ondervond geen problemen ($\chi^2=10,53$; $p=0,001$). Bij de afzonderlijke takken van de gezondheidszorg vonden we dit ook terug. Mensen met een tegemoetkoming hadden minder problemen dan mensen zonder tegemoetkoming ($\chi^2=42,49$; $p\leq 0,001$). Personen met een uitkering ervaarden meer problemen bij toegang tot psychische hulp ($\chi^2=5,554$; $p=0,018$).

1.5.6. Type handicap

Van de personen met een mentale handicap had 23,0% één of meerdere problemen tegenover 34,7% bij de andere types handicap ($\chi^2=26,73$; $p\leq 0,001$). Bij een fysieke handicap was dit 38,1% tegenover 25,2% ($\chi^2=34,89$; $p\leq 0,001$). Bij een psychische handicap had 46,8% minstens een probleem tegenover 29,1% van de andere types handicap ($\chi^2=17,35$; $p\leq 0,001$). Voor personen met een auditieve handicap, visuele handicap of een autisme spectrum stoornis was er geen significant verschil met de rest van de groep. Er was geen significant verschil bij personen met een meervoudige handicap.

1.5.7. Categoriëatie

Personen uit lagere categorieën (één en twee) vormden een kwetsbare groep. 45,5% van de personen uit categorie één ervaarde problemen en 36,6% van categorie twee. In categorie vijf ervaarde 90,5% echter geen enkel probleem ($\chi^2=109,2$; $p\leq 0,001$) (tabel 4).

	Aantal	Geen problemen		Minimum 1 probleem	
	(n)	(n)	(%)	(n)	(%)
Categorie 1	246	134	54,5	112	45,5
Categorie 2	287	182	63,4	105	36,6
Categorie 3	276	203	73,6	73	26,4
Categorie 4	183	164	89,6	19	10,4
Categorie 5	189	171	90,5	18	9,5
Totaal	1.181				
Missing (n)	825				

Tabel 4: Problemen met toegang tot gezondheidszorg volgens categorie van zelfredzaamheid.

1.5.8. Rondkomen

Moeilijk rondkomen hangt samen met meer problemen op het vlak van toegang tot gezondheidszorg. Van de personen die aangaven elke maand tekort te komen, had 64,6% op één of meer van de vier vragen rond toegang tot gezondheidszorg 'ja' geantwoord. Bij personen die moeilijk rondkomen, was dit 42,3% en van de personen die gemakkelijk rondkomen, gaf 6,8% aan problemen te ondervinden ($\chi^2=372,9$; $p\leq 0,001$).

1.6. Tevredenheid met het inkomen

39,0% van de respondenten was ontevreden met het inkomen, waarvan 14,0% zeer ontevreden en 25,0% redelijk ontevreden. Een op de vier deelnemers zei genoeg inkomen te hebben (24,0%). 37,0% was tevreden met het inkomen (21,7% redelijk tevreden en 15,3% zeer tevreden).

1.6.1. Geslacht

Vrouwen waren minder tevreden met het inkomen dan mannen: 31,2% zei tevreden te zijn tegenover 41,8% van de mannen ($\chi^2=24,67$; $p\leq 0,001$).

1.6.2. Leeftijd

Personen van 40 tot en met 49 jaar waren het meest tevreden (43,1%), personen in de jongste categorie (18 tot en met 29 jaar) het minst tevreden (29,8%) ($\chi^2=18,47$; $p=0,018$).

1.6.3. Gezinssituatie

Mensen die alleen wonen, waren vaker tevreden dan mensen die niet alleen wonen: respectievelijk 42,1% tegenover 31,0% ($\chi^2=23,71$; $p\leq 0,001$).

Het hebben van kinderen hangt samen met meer ontevredenheid over het inkomen ($\chi^2=20,09$; $p\leq 0,001$). 50,0% van de personen met kinderen was ontevreden met het inkomen. Bij de respondenten zonder kinderen was dit 37,1%.

1.6.4. Woonsituatie

Huurders waren het vaakst ontevreden (private huurders 51,8% en sociale huurders 46,5%). De ontevredenheid was lager bij personen met een eigen woning (37,1%). Het minst ontevreden waren bewoners van een voorziening (20,2%) ($\chi^2=153,8$; $p\leq 0,001$).

1.6.5. Tewerkstelling, tegemoetkoming en uitkering

Personen die werken, waren minder ontevreden (29,6%) dan personen die niet werken (43,2%) ($\chi^2=32,06$; $p\leq 0,001$). Dit gold ook voor een tegemoetkoming: respondenten die een tegemoetkoming krijgen, waren minder ontevreden dan personen zonder tegemoetkoming ($\chi^2=29,36$; $p\leq 0,001$). Er was geen statistisch significant verschil in ontevredenheid tussen personen die een andere uitkering krijgen en personen zonder uitkering.

1.6.6. Type handicap

Bij personen met een mentale, auditieve of visuele handicap vonden we geen statistisch significant verschil tegenover de andere types handicap. Personen met een fysieke handicap ($\chi^2=34,89$; $p\leq 0,001$), een psychische handicap ($\chi^2=22,19$; $p\leq 0,001$) of een autisme spectrum stoornis ($\chi^2=8,563$; $p=0,014$) waren vaker ontevreden over hun inkomen dan de hele groep. De personen met een psychische handicap waren het vaakst ontevreden (55,9%).

1.6.7. Categorië

De personen in categorie één waren het meest ontevreden met het inkomen (56,5%). In categorie vijf was 16,8% ontevreden. De percentages in de andere categorieën lagen tussen deze twee in ($\chi^2=154,6$; $p\leq 0,001$).

1.6.8. Armoedegrens

Leven boven de armoedegrens hangt samen met meer tevredenheid met inkomen ($\chi^2=133,9$; $p\leq 0,001$). Van alle mensen die aangaven tevreden te zijn met hun inkomen, bevond 10,0% zich toch onder de armoedegrens. Van de personen die zich boven de armoedegrens bevonden, was bijna een op drie (32,1%) toch ontevreden met het inkomen.

1.6.9. Rondkomen

Wanneer we tevredenheid met het inkomen vergeleken met financieel rondkomen, zagen we dat mensen die moeilijk rondkomen, meer ontevreden waren dan mensen die gemakkelijk rondkomen (53,0% vs. 7,8%). Mensen die elke maand tekort komen, waren het meest ontevreden (88,3%) ($\chi^2=958,7$; $p\leq 0,001$). Van de personen die aangaven elke maand tekort te komen, zei 3,2% tevreden te zijn en 8,5% genoeg te hebben.

Discussie

1.7. Inhoudelijke discussie

In Vlaanderen leeft 10,0% van de bevolking onder de armoedegrens⁽²⁾. In onze steekproef is dit 24,8%. Personen met een handicap leven dus vaker onder de armoedegrens.

Vrouwen bevinden zich vooral in de hogere en lagere inkomensklassen. Vrouwen geven ook vaker aan moeilijk rond te komen en zijn minder tevreden met het inkomen. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat vrouwen enerzijds vaker thuis blijven voor kinderen, hierdoor financieel zwakker zijn en dus in de lagere klassen vallen. Anderzijds hebben ze misschien voordeel van het loon van de partner, waardoor ze weer in de hogere klassen eindigen. In de literatuur vonden we dat vrouwen met een handicap vaker in de lagere klassen te vinden waren dan mannen⁽³⁾. In ons onderzoek vinden we meer vrouwen onder armoedegrens. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat vrouwen minder vaak alleen wonen en vaker andere personen ten laste hebben.

De vaststelling dat jongeren meer terug te vinden zijn in de laagste inkomensklasse en de 40- tot 60-jarigen meer in de hogere klassen, is enigszins te verklaren door anciënniteit. Personen met meer dienstjaren bij een zelfde werkgever, zullen immers profiteren van een hoger loon. Jongeren vinden we vaker onder de armoedegrens. Deze groep geeft ook aan moeilijker rond te komen en minder tevreden te zijn met hun inkomen.

Het hebben van kinderen gaat gepaard met een hoger inkomen. Kinderen zorgen echter ook voor een aantal bijkomende kosten. Dit verklaart mogelijk dat we veel gezinnen met kinderen onder de armoedegrens terugvinden. Bij deze gezinnen, vinden we eveneens meer problemen met financieel rondkomen en een zeer grote ontevredenheid met het inkomen. Een oplossing hiervoor zou een verhoging van de kinderbijslag kunnen zijn. Gezinnen met kinderen blijken eveneens meer financiële moeilijkheden te ondervinden met toegang tot gezondheidszorg.

In de literatuur vonden we een verband tussen woonsituatie en de kans op armoede. Huurders hebben een 2,5 keer verhoogd risico om arm te zijn ten opzichte van eigenaars van een woning⁽⁴⁾. Wij vinden in onze resultaten echter maar een klein verschil in percentage onder de armoedegrens tussen huurders en eigenaars. Sociale huurders bevinden zich wel vaker onder de armoedegrens dan de andere woonvormen. Huurders komen financieel ook moeilijker of zelfs niet rond. Zij zijn daarbij het meest ontevreden met het inkomen.

We vergeleken onze resultaten met de Woonsurvey van 2005 (rapport 2007)⁽⁵⁾. In Vlaanderen bezit 74,4% een eigen woning, 18,5% huurt privaat en 5,6% huurt sociaal. We hebben in dit woonsurvey-rapport geen cijfers gevonden over personen in een voorziening. Respondenten van onze enquête hebben minder vaak een eigen woning. Het percentage dat privaat huurt is vergelijkbaar met Vlaanderen. Er zijn meer sociale huurders onder onze respondenten. Uit onze resultaten blijkt dat bewoners van een voorziening in de laagste inkomensklassen vallen, maar echter het minst onder de armoedegrens leven. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat personen die in een voorziening leven vaak alleenstaand zijn en voor hen is de toegepaste armoedegrens dan ook lager.

Van de personen die in een voorziening leven, heeft 93% geen enkel probleem met de toegang tot de gezondheidszorg. Omdat zij mogelijks meer diensten van gezondheidszorg ter plaatse aangeboden krijgen, is de toegang hiertoe vanzelfsprekender.

Uit de literatuur blijkt dat 10% van de personen met een handicap in Vlaanderen werkzaam is in een beschermde werkplaats, 15% is actief werkzoekend en een klein percentage werkt op de reguliere arbeidsmarkt⁽⁶⁾. Wij vinden in ons onderzoek een hoger percentage tewerkgestelden (30,0%). Mensen met een handicap die een inkomen uit arbeid verwerven, krijgen in Vlaanderen een hogere integratietegemoetkoming dan personen met een vervangingsinkomen. Dit kan verklaren waarom personen met werk in de hogere inkomensklassen vallen.

Mensen met een baan zijn vaker tevreden met hun inkomen dan personen zonder werk. De sociale en psychische factoren van het hebben van werk, spelen hierin waarschijnlijk ook een

niet te onderschatten rol. Verder onderzoek kan de rol van sociale en psychische factoren hierbij in kaart brengen.

Personen met een psychische handicap komen moeilijker rond en zijn vaker ontevreden met hun inkomen dan personen met een ander type handicap. Dit is verklaarbaar doordat psychische hulp enerzijds een hoge kostprijs heeft. Anderzijds kan het moeilijk zijn om met bepaalde psychische stoornissen werk te vinden.

Personen met een lage categorie van zelfredzaamheid scoren slechter op alle onderzochte variabelen dan personen met een hogere categorie (tabel 5). Een hogere categorie van zelfredzaamheid zorgt voor een hogere integratietegemoetkoming. Dit verklaart waarom we personen van categorie vijf vaker in hogere inkomensklassen en vaker boven de armoedegrens terugvinden dan personen van categorie één. Hierbij komt dat personen in de hogere zelfredzaamheidscategorieën vaker alleenstaand zijn. Hierdoor is er een lagere armoedegrens van toepassing. Problemen met adequate beoordeling van zelfredzaamheid en het lage bedrag van het inkomen van de partner dat wordt vrijgesteld, zorgen vaak voor een lage tegemoetkoming⁽⁷⁾. We mogen hier echter niet uit het oog verliezen dat we in dit onderzoek alleen over inkomens spreken en niet over kosten. Het is aannemelijk dat personen in categorie vier of vijf ook aanzienlijke kosten hebben ten gevolge van hun handicap en dat deze kosten hoger zijn dan die van personen in categorie één of twee. Toekomstig onderzoek zou hierop gericht kunnen worden. We zien echter dat mensen in hogere categorieën ook beter scoren op tevredenheid en rondkomen met inkomen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat bij personen met categorie vier of vijf, een begeleider of familielid de enquête heeft ingevuld. Deze kunnen de situatie misschien positiever ingeschat hebben dan de persoon in kwestie.

	Aantal (n)	Percentage onder armoedegrens (%)	Percentage elke maand tekort (%)	Percentage problemen gezondheidszorg (%)	Percentage ontevreden (%)
Categorie 1	259	42,3	21,8	45,5	56,5
Categorie 2	306	24,6	12,0	36,6	40,4
Categorie 3	306	17,5	10,8	26,4	37,9
Categorie 4	210	8,3	8,4	10,4	26,1
Categorie 5	207	5,4	5,2	9,5	16,8
Totaal	1.288				
<i>Weet het niet (n)</i>	298				
<i>Missing (n)</i>	420				

Tabel 5: Percentage onder de armoedegrens, dat elke maand tekort komt, dat minstens één probleem ondervindt met toegang tot gezondheidszorg en dat ontevreden is met inkomen volgens categorie van zelfredzaamheid

Personen met een lage graad van zelfredzaamheid (en dus een hoge categorie), wonen vaker in een voorziening. Dit kan een positief effect hebben op toegang tot gezondheidszorg.

We vergeleken onze resultaten met deze van de nationale gezondheidsenquête van 2008. Hieruit kwam dat 11% van de Vlamingen op minimum één van de vier vragen omtrent toegang tot gezondheidszorg 'ja' had geantwoord. Dit wil zeggen dat zij de afgelopen 12 maanden een probleem ondervonden bij toegang tot minstens één tak van de gezondheidszorg omwille van financiële redenen. In onze enquête was dit percentage veel hoger, namelijk 30,4%. De meeste problemen komen voor bij de tandarts- en de huisartsbezoeken. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat mensen minder frequent gebruik maken van psychische hulp of optische hulpmiddelen. De soms hoge kosten van een tandartsbezoek kunnen hierbij ook een rol spelen. In de literatuur vinden we dat de tandartsbehandeling op nummer één staat van basale gezondheidsbehoeften waaraan niet voldaan kan worden⁽⁸⁾.

Uit de nationale gezondheidsenquête bleek ook dat meer vrouwen (18%) een probleem aangaven dan mannen (8%). Bij onze enquête zijn deze percentages hoger en het relatieve verschil tussen mannen (25,0%) en vrouwen (36,9%) is kleiner.

Uit de resultaten van de gezondheidsenquête blijkt dat jongeren vaker een probleem met toegang tot gezondheidszorg hadden dan ouderen. Wij vinden echter dat ouderen meer problemen signaleren dan jongeren. Het cijfer stijgt tot 50-59 jaar. Alleen in de categorie 60+ neemt dit iets af. Dit zien we ook bij alle takken van de gezondheidszorg afzonderlijk.

In de nationale gezondheidsenquête ondervonden vooral éénoudergezinnen problemen (24%). In onze enquête vinden we een nog hoger percentage éénoudergezinnen dat minstens één probleem met toegang tot gezondheidszorg ondervindt (49,5% van de 97 eenoudergezinnen).

51,9% van de mensen die zeggen elke maand tekort te komen, zit toch boven de armoedegrens. Dit kan wijzen op een te krap berekende armoedegrens. Bovendien zou het kunnen dat deze mensen de eigen situatie te negatief beoordeelden.

Gemakkelijk rondkomen hangt samen met leven boven de armoedegrens en meer tevredenheid met het inkomen. Toch leeft een aanzienlijk percentage van de mensen die gemakkelijk rondkomen, onder de armoedegrens. Van de personen die aangeven elke maand tekort te komen, is zeker niet iedereen ontevreden over het inkomen. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat deze personen zeer goed aangepast zijn aan leven met minder inkomen.

Uit de literatuur blijkt 41,7% van de gezinnen met een persoon met een handicap niet tevreden te zijn met hun inkomen⁽⁹⁾. Wij vinden een vergelijkbaar resultaat: 39,0%. Van de

personen die boven de armoedegrens leven, is toch nog 29,2% ontevreden met het inkomen. Dit zou eveneens kunnen wijzen op een te krap berekende armoedegrens.

De meest kwetsbare groep lijken ons de mensen die in categorie één of twee ingeschaald zijn en die kinderen hebben (89 personen waarvan 60,7% onder de armoedegrens). Vrouwen zijn binnen deze groep extra kwetsbaar (57 personen waarvan 70,4% onder de armoedegrens).

1.8. Sterke en zwakke punten van het onderzoek

Door een goede respons op de enquête, beschikten we over een ruime databank. Dit versterkt de resultaten en conclusies.

Het opstellen van de vragenlijst gebeurde in samenwerking met de KVG. Door de ervaring van de KVG in dit werkgebied, konden prioriteiten gesteld worden in de te bevragen onderwerpen en konden de vragen toegankelijk gemaakt worden voor dit brede doelpubliek.

Een aantal vragen betreffende toegang tot gezondheidszorg namen we letterlijk over van de nationale gezondheidsenquête. Dit heeft twee voordelen. Enerzijds zijn dit gestandaardiseerde vragen die door een commissie van experts opgesteld werden. Anderzijds biedt dit ons de mogelijkheid onze resultaten te vergelijken met de resultaten van de Vlaamse populatie.

Wat de inhoud van de vragenlijst betreft, zijn er tijdens analyse enkele aandachtspunten voor een volgend onderzoek naar voor gekomen. Zo werd er niet gevraagd naar de persoon die de enquête invulde. Dit kan een vertekening geven. Een begeleider die de enquête invult, ziet de situatie mogelijk positiever dan de persoon in kwestie zelf. Ook weten we niet hoe lang de respondenten al met hun handicap leven. Iemand die later in het leven een handicap verwerft, kan immers al een zeker kapitaal opgebouwd hebben of al een woning ter beschikking hebben. Personen die al langere tijd leven met een handicap, kunnen ook beter aangepast zijn aan de situatie. Een ander aandachtspunt is dat de vraag over de mogelijkheid om onverwachte facturen te betalen, wel opgenomen was in de papieren enquête, maar ontbrak in de online versie.

Bij het samenstellen van de databank werden de gegevens van de papieren vragenlijsten handmatig ingevoerd. Dit gebeurde door verschillende medewerkers. Dit kan tot gevolg hebben dat er soms interpretatieverschillen waren.

Kwalitatief onderzoek

1. Inleiding

In dit deel van het onderzoek voerden we gesprekken in kleine groepen over twee hoofdonderwerpen: inkomen en uitgaven enerzijds en toegang tot gezondheidszorg anderzijds. Deelnemers van de gesprekken waren personen werkzaam in een beschermde werkplaats. Het doel van het kwalitatieve deel was om dieper in te gaan op de onderwerpen die ook in de enquêtes aan bod kwamen. Op deze manier probeerden we inzicht te krijgen in hoe deze personen hun financiële situatie en hun toegang tot gezondheidszorg zelf beoordelen. Tevens was er in de gesprekken ruimte voor persoonlijke meningen en kon men elkaar aanvullen of juist met elkaar in discussie gaan. De gegevens die uit deze gesprekken voortkwamen, vergeleken we met de gegevens uit het kwantitatieve deel. Het dieper ingaan op deze onderwerpen kan mogelijke verklaringen geven voor bepaalde resultaten.

Methode

Voor het kwalitatieve deel pasten we de methode van focusgroepdiscussies (FGD's) toe. FGD's zijn groepsgesprekken die plaatsvinden onder leiding van een moderator, bijgestaan door één of twee observatoren. De moderator zorgt dat het gesprek vlot verloopt en dat alle topics behandeld worden. De observatoren assisteren de moderator om de FGD inhoudelijk te bewaken. In FGD's praten ongeveer vijf tot acht deelnemers vrijuit over vooraf vastgestelde topics. De gesprekken worden opgenomen, uitgetypt en uitvoerig geanalyseerd. Citaten ondersteunen de belangrijkste bevindingen.

De directeur sociaal beleid van Welzijn Antwerpse Gehandicapten (WAG) nam de rekrutering van de deelnemers voor zijn rekening. Na uitleg over het onderzoek en de methode konden kandidaten zich opgeven. De 18 deelnemers werden verdeeld over drie groepen.

Tijdens de FGD's maakten we gebruik van een vooraf opgesteld script met sleutelvragen. Per sleutelvraag wordt een onderwerp uitvoerig besproken, waarbij men steeds dieper op een onderwerp ingaat. In ons script werd de focus gelegd op twee sleutelvragen: inkomen en uitgaven en toegang tot gezondheidszorg. Per onderwerp hadden we een aantal hoofd- en bijvragen opgesteld. Bij het onderdeel 'inkomen' vroegen we onder andere naar de perceptie van het eigen inkomen en het bestedingspatroon. Over 'gezondheidszorg' vroegen we het deel van het budget dat aan gezondheidszorg wordt besteed en redenen om geen gebruik te maken

van verschillende takken van gezondheidszorg. De bevraagde takken van gezondheidszorg waren de huisarts, medicatie, de tandarts, een bril of lenzen en psychische hulp. We maakten gebruik van een visuele schaal van één tot tien om inkomen en budget dat besteed werd aan gezondheidszorg concreter te maken.

Samenvatting van de resultaten

1.1. Kenmerken van de deelnemers

Alle deelnemers waren in dienst bij het WAG. Er deden zeven vrouwen en elf mannen mee. De jongste deelnemer was 22 jaar, de oudste 55 jaar.

1.2. Inkomen en uitgaven

De deelnemers van onze FGD's beschouwden hun inkomen lager dan gemiddeld en zouden graag hun loon zien stijgen. Als men meer zou verdienen, zou men bijvoorbeeld op vakantie gaan, een eigen woning kopen, sparen of vaker weggaan.

C4: "Tussen vier en vijf (op 10 n.v.d.r.). In een beschutte werkplaats verdien je niet veel, hé. En dan zeker niet als je na een week werken, een week moet doppen."

B2: "Meer op reis gaan en liefst meer iets gaan eten en ook, ja... meer eens weggaan. Als je met je leefgeld juist uw eten moet betalen, dan schiet er niet veel meer van over."

Na het betalen van de grootste uitgaven zoals woning en voeding, blijft er volgens hen immers weinig reserve over. Sommigen gaven aan tekort te komen door hoge ziektekosten, alimentatie en andere algemene kosten.

C3: "Ik vind het te weinig wat we verdienen. Ik moet alleen (als alleenstaande n.v.d.r.) alimentatie betalen, elektriciteit, gas... En daarvoor verdien ik te weinig."

Men vond het moeilijk een geschikte woning te huren met het loon. Men had de indruk dat het leven duurder wordt en dat het loon niet meestijgt.

B4: "Etenswaren en zo, en de huur, dat gaat allemaal maar naar omhoog in prijs, maar het loon blijft altijd maar hetzelfde. (...) Als je hier werkt, dan ben je al aangewezen op sociale woningen."

Iedereen vond het belangrijk te kunnen sparen voor onverwachte kosten of een grotere uitgave.

B3: "Dus op mijn spaarrekening, als er eens iets gebeurt, dan heb ik altijd iets om op terug te vallen."

Ondanks de perceptie dat men weinig verdient, waren de meeste personen redelijk tevreden met het loon.

B4: "Ik ben blij dat ik juist rond kom, zonder schulden en dat is voor mij meer dan genoeg."

1.3. Gezondheidszorg

Gezondheid was voor de meeste deelnemers een prioriteit. Men vond het dan ook belangrijk hieraan geld uit te geven. Sommigen zeiden geen andere keuze te hebben dan hieraan geld uit te geven.

B4: "Ja, gezondheid is toch het belangrijkste punt in het leven hé."

We vroegen het deel van het budget dat besteed werd aan gezondheidszorg, aan te duiden op een visuele schaal van nul tot en met tien. Sommige deelnemers gaven zichzelf een hoge score. De redenen hiervoor waren divers: een chronische aandoening die kosten met zich meebrengt, het frequent gebruik maken van medische hulp,... Anderen noteerden een lage score door een zorgtraject dat de kosten drukte, een laag gebruik van medische diensten of een speciale regeling.

Men vond alle besproken takken van de gezondheidszorg duur. Zorgtrajecten, terugbetalingstarieven en andere regelingen konden de kosten beperken. De prijs van psychische hulp was onduidelijk voor de meeste deelnemers.

A5: "Die visite (huisarts n.v.d.r.) kost veel geld."

A1: "Ja, zeker als hij langs moet komen. Bij mij moet hij aan huis komen omdat ik de zaal niet binnengeraak (niet toegankelijk voor rolstoelgebruikers n.v.d.r.). Dus ik heb geen andere keus."

A1: "Medicatie is altijd duur, dus het hangt ervan af of je dat terugbetaald krijgt. Van sommige medicatie krijg je een deel terug en van sommige niet."

B1: "Vooral omdat het (de tandarts n.v.d.r) zoveel kost. Je krijgt wel een deel terug, dat geld dat je elke keer eerst moet leggen. Want je moet het altijd eerst wel leggen hé."

Omdat sommige diensten noodzakelijk zijn, maakte men hier toch gebruik van, ondanks de hoge kostprijs. Een uitzondering hierop was het tandartsbezoek: men zou controles overslaan omwille van geldgebrek.

B4: "Liefst zo weinig mogelijk dan. Als je daarop (tandartsbezoek n.v.d.r.) kan besparen dan laat je hem maar links liggen."

De terugbetaling via ziekteverzekering vond men vervelend omdat men de facturen steeds binnen moet brengen.

C2: " Ik vind het wel stom dat je eerst moet betalen en dan pas terugtrekt."

Moderator: "Is het soms een probleem om dat ineens te moeten betalen."

C2: "Nee, dat niet. Ik vind het eigenlijk lastiger dat je eerst de dokter moet betalen en dan achteraf naar de ziekenkas moet gaan."

De deelnemers gaven aan dat er behoefte is aan betere en meer toegankelijke informatie over de mogelijkheden en speciale regelingen in de gezondheidszorg.

B5: "Vooral de mensen op de hoogte brengen over waar ze recht op hebben. Ik denk dat veel mensen niet weten hoe ze overal terecht moeten geraken. Vooral de sociale wetgeving eigenlijk wordt op school al niet geleerd."

Discussie

1.4. Inhoudelijke discussie

Deze focusgroepdiscussies werden georganiseerd bij personen met een handicap die tewerkgesteld zijn in een beschermde werkplaats. Omdat deze doelpopulatie een inkomen uit arbeid heeft, verwachtten we dat zij een financieel sterkere groep vormen dan personen met een handicap zonder arbeidsmogelijkheid. Uit deze FGD's kunnen we echter besluiten dat ook deze potentieel sterkere groep moeilijkheden ondervindt met hun financiële situatie. De deelnemers kunnen wel rondkomen, maar hebben weinig tot geen reserve. Men kan meestal wel voorzien in het noodzakelijke, maar voor grote uitgaven en onverwachte kosten moet men sparen. Een mogelijke verklaring voor deze moeilijke financiële situatie, zou de hogere kosten gevolge van de handicap kunnen zijn. De meeste deelnemers gaven immers aan frequent een doktersbezoek of medicatie nodig te hebben. Deze hogere gezondheidskosten kunnen het beschikbaar budget voor andere zaken drastisch doen dalen.

De deelnemers vonden gezondheid een zeer belangrijk iets waar men moeilijk op kan besparen. De jaarlijkse preventieve controle bij de tandarts is de enige medische uitgave die

men zou overslaan bij een gebrek aan financiële middelen. Andere, eerder curatieve, medische zorgen zouden echter niet kunnen worden uitgesteld. Deze zorgen zijn vaak noodzakelijk voor de behandeling van een chronische aandoening. De deelnemers gaven ook aan dat men enkel hulp zou zoeken als er klachten zijn. Dit zou er op kunnen wijzen dat preventieve medische zorgen gemakkelijker worden uitgesteld dan curatieve zorgen. Op basis van dit onderzoek kunnen we hier echter geen uitsluitel over geven.

Meerdere deelnemers zeiden het administratieve aspect van de terugbetalingsregeling, namelijk de facturen bezorgen bij de zorgverzekeraar, vervelend te vinden. Direct betalen bij een consultatie zorgt niet voor problemen, met uitzondering van een tandartsbezoek. Door de hogere prijs hiervan lijkt een derde-betalersregeling voor deze groep een betere oplossing te bieden. Op deze manier zouden de administratieve en financiële problemen opgelost kunnen worden.

De deelnemers ondervonden moeilijkheden met het vinden van een betaalbare huurwoning. Hierbij aansluitend, leven er frustraties rond het toekennen van een sociale woning en OCMW-steun. Men voelt zich hierbij benadeeld tegenover allochtonen. Meer informatie omtrent de procedures en toekenning van sociale woningen in ons land zou de perceptie van vermeende achteruitstelling kunnen corrigeren.

Sommige deelnemers waren duidelijk beter op de hoogte van de werking van gezondheidszorg in België, met name wat betreft terugbetalingen en mogelijke regelingen. Betere informatieverstrekking hieromtrent was dan ook een duidelijk punt dat door de deelnemers zelf als suggestie werd gegeven.

1.5. Sterke en zwakke punten van het onderzoek

Een aantal deelnemers had een mentale handicap. FGD's als onderzoeksmethode bij personen met een mentale handicap, bracht enkele specifieke moeilijkheden met zich mee. Er ontstond weinig spontane discussie tussen de deelnemers. De moderator moest ingrijpen en mensen frequent aansporen mee te praten over onderwerpen. Het gevolg hiervan was dat de moderator veel het woord voerde.

De duur van de FGD's was beperkt, omdat de aandacht van de deelnemers ernstig verzwakte na een korte tijd. Hierdoor werd er sneller afgeweken van de bevraagde onderwerpen.

Sommige deelnemers begrepen nuances in de vragen onvoldoende. Dit was vooral het geval in de eerste FGD. Voor enkelen was de visuele schaal te moeilijk en te abstract. Het script was dus niet genoeg aangepast voor iedereen.

Het script was ruim opgesteld omdat alle takken van de gezondheidszorg bevroegd moesten worden. Door tijdsbeperkingen werden niet alle thema's volledig behandeld. Hierdoor werd niet voldoende tijd besteed aan ieder subthema. Toekomstig onderzoek zou de onderwerpen 'inkomen' en 'toegang tot gezondheidszorg' beter spreiden over afzonderlijke FGD's, zodat men dieper op de topics kan ingaan.

Voor deze FGD's selecteerden we een zo homogeen mogelijke groep. De deelnemers werkten bij dezelfde beschermde werkplaats en werden geselecteerd op hun mogelijkheden tot deelname aan een groepsdiscussie. Na drie FGD's hadden we een goede saturatie van de gegevens. Er was genoeg informatie om tot correcte, waardevolle conclusies te komen omtrent inkomen en toegang tot gezondheidszorg bij deze groep.

Doordat de moderator en observator beiden weinig ervaring hadden met FGD's, werden een aantal thema's niet ten volle bediscussieerd.

Algemene conclusie

In beide delen van ons onderzoek ervaart men het inkomen negatief. In het kwalitatieve onderzoek gaf men het inkomen een lage score en zei men minder te verdienen dan anderen. In het kwantitatieve gedeelte gaven de deelnemers aan elke maand tekort te komen.

Het hebben van werk geeft meer tevredenheid over het eigen inkomen. We zien eveneens dat de personen die deelnamen aan het kwalitatieve onderzoek meer tevreden waren dan de deelnemers van de enquête. Hierbij gaf het kwalitatieve onderzoek meer nuances over de kwantitatieve bevindingen. De focus lag hierbij dan ook op een specifieke doelgroep van arbeiders van een beschermde werkplaats.

De tandarts en de optische hulpmiddelen vormen het vaakst een financieel probleem voor de respondenten van onze enquête. Ook uit het kwantitatief onderzoek bleek dat een tandartsbezoek soms een probleem vormt voor betaling en dat men hierop dan ook zou besparen als men te weinig financiële middelen ter beschikking zou hebben.

De armoedegrens is een moeilijk te becijferen begrip. Dit bemoeilijkt het om concrete conclusies te trekken over de situatie voor personen met een handicap. Toch kunnen we stellen dat mensen met een handicap zich in vergelijking met de 'gemiddelde Vlaming' in een slechtere situatie bevinden met betrekking tot inkomen en toegang tot de gezondheidszorg. Het hebben van een handicap hangt vaker samen met armoede en minder kansen op verscheidene maatschappelijke vlakken. Bovendien kan er in ons onderzoek sprake zijn van een onderschatting van het probleem: door het feit dat een deel van de personen met een handicap zich heeft aangepast aan deze nadelige situatie, rapporteert men deze aspecten niet.

Personen met een handicap die kinderen ten laste hebben, ervaren de meeste moeite met financieel rond komen. Vrouwen zijn hierbij in het bijzonder kwetsbaarder dan anderen. Personen met een hogere zelfredzaamheid ervaren meer problemen dan personen met een lagere zelfredzaamheid, in tegenstelling tot wat men misschien zou verwachten. Al deze specifieke subpopulaties zijn nog kwetsbaarder voor financiële problemen en moeilijkheden met de toegang tot de gezondheidszorg.

Tot op heden is er weinig concreet cijfermateriaal beschikbaar in Vlaanderen met betrekking tot inkomen en toegang tot de gezondheidszorg bij deze populatie. Dit onderzoek tracht deze leemte enigszins op te vullen. Wij hopen dan ook dat deze resultaten een ondersteuning kunnen bieden bij het huidige en het toekomstige beleid.

Referenties

Kwantitatief onderzoek

Demarest S., Hesse E., Drieskens S., Van der Heyden J., Gisle L., Tafforeau J. Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport IV – Gezondheid en Samenleving Operationele Directie Volksgezondheid en surveillance. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Brussel. 2010. IPH/EPI REPORTS N° 2010/038. (1)

EU - Statistics on income and living conditions:

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/microdata/eu_silc (2)

Pfaff H. Disability and income. *Wirtschaft und statistik*. 2005;vol. 8:128-34. (3)

Ruts K. Inclusiespiegel Vlaanderen: deelname van personen met een beperking aan de samenleving. Brussel: GRIP vzw. 2006. (4)

Woonsurvey 2005:

<http://publicaties.vlaanderen.be/eblweb/do/publicatieSessionFacade/publicatieEenvoudigeDetailAction/raadplegen?method=raadplegen&id=14834> (5)

Devisch F., Samoy E. & Lammertyn F. Barrières voor de sociale integratie van personen met een handicap. Leuven: KUL. 2000. (6)

Peeters N. Iedereen gelijk voor de wet? De hiaten in de integratietegemoetkoming voor personen met een handicap. Eindverhandeling, KH Leuven. 2006. (7)

Kumar S. e.a. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2009 Jul-Sep;27(3):151-7. (8)

Rosano A., Mancini F. & Solipaca A. Poverty in People with Disabilities: Indicators from the Capability Approach, *Soc Indic Res*, 2009;94:75-82 (9)

Kwalitatief onderzoek

Boeije H. Analyseren in kwalitatief onderzoek. Boom Uitgevers. 2005.

Kitzinger J. Qualitative research. Introducing focus groups. *BMJ*. 1995;29(311):299-302.

Morgan D.L., Krueger R.A. *The Focus Group Kit*. Volumes 1-6, SAGE Publications. Thousand Oaks, London, New Delhi. 1998.

Morgan D.L., Krueger R.A. When to use focus groups and why. In D.L. Morgan (ed.), *Successful Focus Groups : Advancing the State of the Art*. London: Sage. Pp 1-19. 1993.

Morgan D.L., & Spanish M.T. Focus groups: A new tool for qualitative research. *Qualitative Sociology*. 1984:vol 7(3):253-270.

Murphy E., Dingwall R., Greatbatch D., Parker S., & Watson P. Qualitative research methods in health technology assessment: a review of the literature. *Health Technol Assess*. 1998;2(16):1-274.

Vermeire E., Van Royen P., Griffiths F., Coenen S., Peremans L., & Hendrickx K. The critical appraisal of focus group research articles. *European Journal of General Practice*. 2002;vol. 8:104-108.