



Conseil de l'Egalité des Chances entre Hommes et Femmes
Raad van de Gelijke Kansen voor Mannen en Vrouwen
Rat für Chancengleichheit zwischen Männern und Frauen

**ADVIES NR. 51 VAN DE RAAD VAN DE GELIJKE KANSSEN
VOOR MANNEN EN VROUWEN VAN 15 MAART 2002 OVER
DE GEZONDHEIDSENQUETE, BELGIE 2001
(bekrachtigd door de Raad op 13 september 2002)**

**ADVIES NR. 51 VAN HET BUREAU VAN DE RAAD VAN DE GELIJKE KANSEN VOOR
MANNEN EN VROUWEN VAN 15 MAART 2002 OVER DE GEZONDHEIDSENQUÊTE,
BELGIE 2001 (bekrachtigd door de Raad op 13 september 2002)**

Inleiding

In het kader van het horizontale gelijkheidsbeleid en ter voorbereiding van de gezondheidsenquête 2005 heeft Mevrouw Magda Aelvoet, Minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu aan de Commissie "Gender en Gezondheid" van de Raad van de Gelijke Kansen gevraagd een "gender screening" (een kritische analyse in "genderterminen") van de Gezondheidsenquête/België 2001 uit te voeren. Zij heeft eveneens om een advies gevraagd aan het Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudies. Zij verwacht de resultaten van die analyses in de loop van maart 2002.

Er moet worden aan herinnerd dat het Wetenschappelijk Instituut van Volksgezondheid reeds op 23 november 2000 een dag had georganiseerd gewijd aan de presentatie van en kritische debattering over de gezondheidsenquête van 1997. Op die dag werd nergens gesproken over de specifieke vrouwenproblematiek noch over de genderdimensie waardoor die eerste enquête zich uiteraard tot heel wat kritiek heeft geleend.

De Commissie "Gender en Gezondheid" geeft er zich rekenschap van dat als men de evoluties op de voet wil volgen men absoluut een soort register moet bijhouden met vragen die om de vier jaar terugkeren. Aan de andere kant wil zij dat het onderzoek waarvoor zij hier vragende partij is op de ene of andere manier wordt aangegrepen om die enquêtes qua oriëntatie degelijk bij te sturen.

De algemene filosofie van de enquête

De algemene filosofie van de enquête is gekenmerkt door een overdreven "behavioristische" visie.

Die visie leidt tot een individualistische benadering van de verantwoordelijkheid over de gezondheidstoestand. Iedereen zou verantwoordelijk zijn voor zijn gezondheidstoestand omdat hij niet wil weten welke gevolgen zijn gedrag voor zijn gezondheid heeft en omdat zijn gedrag risico's voor zijn gezondheid inhoudt.

In die optiek is de overheid op gebied van volksgezondheid geneigd om te focussen op enerzijds informatiecampagnes alsook op de ondersteuning van alle initiatieven inzake opvoeding tot gezond leven en anderzijds op de (economische, sociale en geografische) toegang tot de gezondheidszorg, d.w.z. op het recht voor een zieke om de nodige zorgen te krijgen.

Wat evenwel door een dergelijke benadering wordt afgezwakt, is het primair recht op gezondheid, namelijk het recht om niet ziek te zijn of beter gezegd het recht om zoveel mogelijk in goede gezondheid te verkeren, met als gevolg dat er minder duidelijk werk wordt gemaakt van een overheidsbeleid dat voor dit recht ijvert.

België staat uiteraard niet alleen met een dergelijke behavioristische visie op gezondheid. In de belangrijke stichtingsdocumenten van de WGO werd een gelijkaardig denkpatroon gevolgd. In de preambule van de Constitutie van de WGO (1946) werden zeer terecht de sociaal-economische determinanten van de primaire gezondheid vooropgesteld, maar die stelling is al gauw te utopisch gebleken. Die preambule huldigde immers het beginsel dat elk menselijk wezen fundamenteel recht heeft op het "hebben van een zo goed mogelijke gezondheid die binnen zijn bereik ligt(...) ongeacht (...) zijn economische en sociale situatie". De verwijzing naar de sociaal-economische determinanten van de gezondheidstoestand (die dus al bestonden vóór de kwestie van de toegang tot zorgverstrekking) is ook aanwezig in andere WGO-teksten. Volgens die filosofie zijn ongelijkheden op gezondheidsvlak onaanvaardbaar. Zij leveren immers zagezegd het bewijs dat de gezondheidssituatie van iemand niet te wijten is aan toeval maar daarentegen meestal het resultaat is

van sociaal-economische determinanten. Om die reden wordt het afbouwen van die ongelijkheden inzake primaire gezondheid het uitgangspunt van de politieke actievoering op het gebied van volksgezondheid. Het valt onmiddellijk op dat bij het reflectiewerk rond de sociaal-economische determinanten van de ongelijkheden qua gezondheidssituatie nauwelijks of geen rekening werd gehouden met het vraagstuk van de ongelijkheden tussen mannen en vrouwen.

In de stichtingsdocumenten van de WGO merkt men tamelijk snel een dubbele verschuiving. De eerste verschuiving geldt voor het recht op primaire gezondheid in de richting van het recht op gezondheidszorg¹. De tweede verschuiving doet zich voor bij de sociaal-economische determinanten in de richting van de behavioristische (gedragsgebonden) gezondheidsdeterminanten.

De Verklaring van Altma-Ata (1978) over de primaire gezondheidszorg houdt nog steeds de verplichting in voor de Staten om de sociaal-economische ongelijkheden op gezondheidsvlak te bestrijden, maar de verplichting om het primaire recht op gezondheid te garanderen, is daarentegen nagenoeg helemaal herleid tot de verplichting om de primaire gezondheidszorg te organiseren.

Het Handvest van Ottawa over de bevordering van de gezondheid (1986) neemt weliswaar de noodzakelijke voorwaarden over, ook al zijn die ontoereikend om de gezondheid te bevorderen, en bevestigt tevens dat de bevordering van de gezondheid de wegwerking van de ongelijkheden inzake gezondheid impliceert. Een aantal belangrijke passages van dat Handvest zijn evenwel gewijd aan de noodzakelijke actievoering om de individuele verantwoordelijkheidszin inzake gezondheid en de persoonlijke discipline te vergroten, zowel bij de vrouwen als bij de mannen, zulks voor een beter inzicht in hetgeen de mens tijdens zijn leven kan bijdragen tot een goede gezondheid.

Die overwegingen zijn niet louter theorie, zij geven ons daarentegen de kans om onze eerste kritiek in gendertermen te staven met betrekking tot de gezondheidsenquêtes die voldoende informatie aanreiken om een beleid inzake volksgezondheid uit te stippelen.

Wij herinneren eraan dat de wegwerking van de ongelijkheden op gebied van primaire gezondheid een van de grondslagen is van een beleid inzake volksgezondheid aangezien het bestaan van die maatschappelijk verankerde ongelijkheden aantoonde dat de gezondheidstoestand van een bepaalde categorie personen niet aan toeval of geluk kan worden toegeschreven. Gelijk recht op gezondheid veronderstelt dus dat die sociaal verankerde ongelijkheden worden weggewerkt. In zijn conclusies over voornoemde studiedag heeft Robert Maldague, Erecommissaris van het plan, erop gewezen dat er nergens een verklaring te vinden is voor de ongelijkheden op gezondheidsvlak die geregeld worden vastgesteld tussen Vlaanderen aan de ene en Wallonië en Brussel aan de andere kant en dat er geen voorstellen worden geformuleerd voor actievoering inzake volksgezondheid.

Ofschoon niemand er bij die gelegenheid heeft op gewezen, gelden dezelfde vaststellingen uiteraard waar het gaat over de geregeld vastgestelde ongelijkheden qua gezondheid tussen mannen en vrouwen. Aangezien er geen moeite wordt gedaan om daar een verklaring voor te geven en er evenmin wordt gestreefd naar actievoering om die ongelijkheden recht te trekken, blijft de vraagstelling over de gezondheid van de vrouwen ongefundeerd. Met andere woorden, de in België gehouden gezondheidsenquêtes 1997 en 2001 reiken slechts weinig elementen aan waarop de overheid zich kan baseren om een gezondheidsbeleid te voeren dat erop gericht is de ongelijkheden tussen mannen en vrouwen weg te werken.

Een tweede punt van kritiek heeft betrekking op hetgeen we hebben bestempeld als de te uitgesproken behavioristische aanpak van de gezondheid. De auteurs van de gezondheidsenquête 1997 hebben hieromtrent duidelijk kleur bekend. Iedereen is er zich van bewust dat naast de vooruitgang van de medische wetenschap, het de verbetering van de levenshygiëne is die de levensverwachting en een

¹ H. Peemans-Poullet, "La Santé est-elle assumée politiquement comme une fonction collective?" in 10^{de} Congrès des Economistes belge de langue française, Commission 5, Histoire et réalités des fonctions collectives, p. 27-51, Charleroi, 1992.

gezond leven, mogelijk maakt. Indien de gewoonten en levenswijzen een bepalend deel uitmaken van de gezondheid, dan is dit niet steeds makkelijk te meten (...). Dit eerste gedeelte toont vier leeffacetten welke de gezondheid kunnen beïnvloeden: fysieke arbeid, voeding, alcoholgebruik en rookgedrag. Er werd ook een bondig hoofdstuk gewijd aan methodes voor gezinsplanning².

Uit de resultaten van de enquête blijkt duidelijk dat de vrouwen een veel betere leefhygiëne in acht nemen dan de mannen, behalve wat lichamelijke inspanningen betreft³. Zij houden er betere gewoontes en een gezondere levensstijl op na, met andere woorden, hun gedrag ten aanzien van hun gezondheid getuigt van meer verantwoordelijkheidszin. Zij roken minder, drinken minder, eten zonder enzovoort en desondanks zijn ze minder gezond (zowel subjectief als objectief bekeken).

Het uitgangspunt van de auteurs van de enquête dat een verband legt tussen gezond gedrag en een betere gezondheid blijkt foutief aangezien dat verband in termen van gemiddelden voor het merendeel van de bevolking, namelijk de vrouwen, onjuist en zelfs het tegenovergestelde is. Wij menen dat wanneer de hypothese die het hele eerste gedeelte van de enquête draagt dusdanig wordt ontkracht, die stelling fundamenteel moet worden herzien. Indien men de vrouwen als eerste observatiegroep voor de gezondheidssituatie had gebruikt waardoor de eerste hypothesen en verbanden konden worden in kaart gebracht, zou de uitbouw van de enquête uiteraard niet gebaseerd zijn geweest op de theoretische benadering die wij bekritisieren. De auteurs zijn het slachtoffer van een wel bekende en vaak aan de kaak gestelde "wetenschappelijke kunstgreep": zij gaan uit van een theorie die zij universeel achten terwijl zij enkel opgaat voor één uitgesproken (mannelijke) groep.

Hierna behandelen wij de kritische commentaar per item. In de conclusies wijzen we nog op een aantal hiaten in verband met de publicatie van de resultaten.

Analyse Vragen Gezondheidsenquête 2001

I. Algemene vaststellingen en opmerkingen

'Gender' is één van de dimensies die in aanmerking komt in het kader van de Gezondheidsenquête. Het feit dat deze bevraging deel uitmaakt van een breder proces moet als een kans aangegrepen worden om niet alleen de specifieke vragen rond gender, vrouwen en mannen te herzien, maar ook om de algemene methodologie gendergevoelig te maken.

Met betrekking tot gender is een definiëring van de doelstellingen, de afbakening van de omvang van het onderzoek en een zicht op de gebruikers zeker prioritair. Waarden, attitudes en gedragingen zijn zeer gendergebonden. Bovendien is de relatie tussen deze drie dimensies problematisch. Men kan bijvoorbeeld gemakkelijk van iets overtuigd zijn, zich tegelijkertijd anders voelen en zich nog op een andere manier gedragen. Gender is niet alleen een fundamentele dimensie van de zelfperceptie van individuen maar ook een criterium om de samenleving te structureren en te begrijpen.

Wij formuleren in het eerste deel een aantal suggesties inzake het concept, de methodologie, enz. In het tweede deel overlopen we de vragenlijst in haar geheel met de bedoeling deze gendergevoelig te maken.

² Gezondheidsenquête 1997. De gezondheid in België, zijn gemeenschappen en gewesten, Wetenschappelijk Instituut van Volksgezondheid, Brussel, 2000, p. 25

³ Maar er zijn wel een aantal kritieken te formuleren op deze passage

	Vaststellingen	Opmerkingen
Concept	De inleiding geeft een toelichting waarover de enquête gaat en welke de doelstellingen en de onderdelen zijn.	Een theoretisch/normatief kader ontbreekt, dus geen concept. Er wordt wel vermeld dat men op basis van de resultaten van de steekproef aandacht zal hebben voor sociale (on)gelijkheid in de gezondheid en de (on)gelijke toegang tot de gezondheidsdiensten. Men zou een aantal basiswaarden kunnen vooropstellen zoals: gelijkheid, solidariteit, vrijheid, democratie, autonomie/zelfstandigheid, diversiteit, verantwoordelijkheid, duurzaamheid, efficiëntie, emancipatie, sociale rechtvaardigheid,...
Instrument	Steekproef; beleidsgerichte analyse	
Deel van een geheel	Onderdeel van een volledig gezondheidsinformatiesysteem: aanvullend op andere belangrijke infobronnen, nl. gegevens over geboorte en sterfte, specifieke morbiditeitsregisters (bv. kankerregister), surveillancesystemen (bv. huisartsenpeilpraktijken), gegevens van gezondheidsdiensten (bv. minimale klinische gegevens)	
Doelstellingen	- Identificatie van gezondheidsproblemen - Beschrijving van de gezondheidsstatus en gezondheidsbehoeften van de bevolking - Schatting prevalentie en distributie van gezondheidsindicatoren⁴ - Analyse van sociale (on)gelijkheid in gezondheid en toegang tot gezondheidsdiensten - Studie van gezondheidsconsumptie en de determinanten - Studie van mogelijke trends in de gezondheidsstatus van de bevolking	

⁴ De subjectieve gezondheidsbeleving is een fundamenteel instrument en een indicator voor mortaliteit, morbiditeit, functioneringsniveau, invaliditeit en consumptie van zorgverstrekking (cf. Resultaten voor België, 1997). Een tweede indicator is de evolutie van de gezondheid. In verband met chronische ziekten gelden volgende indicatoren: de prevalentie van het hebben van geen enkele aandoening uit de lijst, het hebben van één aandoening en het hebben van twee of meer en de verdeling van het aantal aandoeningen; de rangorde in de prevalentie van de verschillende aandoeningen; het % respondenten met een aandoening die onder behandeling of controle zijn van een huisarts of specialist en het medicijngebruik door deze personen. Voor de gezondheidstoestand (beperkingen) gelden volgende indicatoren: SF36-score voor lichamelijk functioneren (+ 15 jaar); handicap in mobiliteit (+ 15 jaar); aangeven van specifieke beperkingen (+ 15 jaar); last hebben van langdurige ziekten, aandoeningen, of handicap (ganse bevolking); officiële erkenning van invaliditeit of handicap (ganse bevolking).

Methodologie technisch	- overzicht inhoud vragenlijst - beschrijving verloop steekproeftrekking - beschrijving veldwerk - beschrijving gegevensverzameling - controle van de data: gaat enkel over de representativiteit - vermelding participatiegraad - vermelding kwaliteit van de gegevens: alleen inzake het effect van ontbrekende gegevens op de analyse van de onderzoeksresultaten	
Methodologie inhoudelijk	- klachten en symptomen - gezondheidstoestand: aanwezigheid langdurige ziekten, lichamelijke beperkingen, handicaps, psychisch welbevinden - gebruik gezondheidsdiensten - levensstijl en attitude - persoonlijke kenmerken (socio-economisch)	
Dimensies: - conceptueel - empirisch - normatief	/ komt uitvoerig aan bod: de actor is het individu (los van de leefvorm) komt niet expliciet aan bod, tenzij de vermelding dat op basis van de resultaten van de enquête zal aandacht besteed worden aan de (sociale) (on)gelijkheid in de gezondheid, de (on)gelijke toegang tot de gezondheidsdiensten, evaluatie/verbetering van het instrument; niet opgezet vanuit bepaalde waarden. Impliciet is er een veroordeling van 'ongezond' gedrag, bv. alcoholver/misbruik, rookgedrag, drugs	Wat de (on)gelijkheid in de gezondheid en de (on)gelijke toegang tot de gezondheidsdiensten betreft, moet er aandacht zijn voor de (verschillende) behandeling van mannen en vrouwen.
Wetenschappelijke invalshoeken	- geneeskunde: gezondheidsindicatoren, preventiegedrag, gebruik van medische diensten - sociologie: sociaal-economische maten - psychologie: psycho-sociale maten, subjectieve gezondheidsbeleving, gebruik van psychotrope middelen	In de toelichting moet vermeld worden vanuit welke wetenschappelijke disciplines de enquête wordt benaderd. Ook moet worden nagedacht of een benadering vanuit andere disciplines zinvol kan zijn. De invalshoek is vooral multidisciplinair, in mindere mate interdisciplinair. Op basis van onderzoeken is er aandacht voor de seksegerelateerdheid, maar de genderdimensie ontbreekt. Actongerelateerde disciplines kunnen ook een rol spelen, in de eerste plaats gaat het om genderstudies.

Variabelen	- plaats in huishouden (partner, ouder, kind, andere familieband, geen verwantschap): in relatie tot referentiepersoon; de klemtoon ligt wel op het huishouden in zijn geheel - nationaliteit - verblijfplaats - sekse: voor de verschillende onderdelen van de leefsituatie van het individu - leeftijd - onderwijsniveau - tewerkstelling - inkomen	De klemtoon ligt op leeftijd en geslacht. In mindere mate is er aandacht voor het onderwijsniveau, de nationaliteit, de gezinsvorm, het aantal kinderen, het inkomen. Wat ontbreekt? Relatievorm: gehuwd of samenwonend; gescheiden; weduwe/weduwnaar; seksuele geaardheid; soort arbeidscontract, functieniveau, werkomgeving (bv. apart bureau, kantoorruimte,...). Het zou ook interessant zijn om gezondheid te koppelen aan het levensloopperspectief (contextanalyse, panelstudie). Wat betreft nationaliteit/etniciteit kunnen volgende vragen gesteld worden: - Wat was uw eerste nationaliteit? - Heeft u een dubbele nationaliteit, zo ja welke? - Wat was de eerste nationaliteit van uw ouder/s of grootouder/s?
Steekproef staal	- 4.664 huishoudens - 10.221 individuen - selectie gebaseerd op Rijksregister - representatieve en proportionele sample - periodiek - interviews thuis, verspreid over 12 maanden - 200 interviewers Specifieke kenmerken: - meten van de waarneembare gezondheid van de bevolking - horizontale dataverzameling: bij één persoon samenhang nagaan op verschillende vlakken, bv. aanwezigheid van specifieke aandoeningen en gebruik van gezondheidsvoorzieningen - herhaalde metingen in de tijd met gebruik, van standaardinstrumenten	Interviewers: Gezien de gevoeligheid van een aantal onderwerpen zou men kunnen overwegen om mannelijke interviewers aan mannelijke respondenten te koppelen en vrouwelijke interviewers aan vrouwelijke respondenten. De aanwezigheid van andere personen bij het interview kan gevolgen hebben voor de kwaliteit van de gegevens. Ongelijke machtsrelaties binnen het huishouden kunnen ervoor zorgen dat de verzamelde informatie niet accuraat is. Interviewers moeten hierover instructies krijgen.

Steekproefeenheid	Huishouden⁵: - de leden en hun relatie tot de referentiepersoon⁶ - gaat uit van het traditionele beeld inzake het huishouden (man, vrouw en kind/eren) Verdere kenmerken: - statistische analyse naar subgroepen - gegevens zijn grotendeels cross-sectioneel (retrospectief en over het heden) - er worden niet veel gegevens gevraagd enkel op gezinsniveau, tenzij de bestedingen voor gezondheid en verzorging	Men gaat ervan uit dat het huishouden een homogene groep is; terwijl het samengesteld is uit verschillende individuen. De enquête gebruikt de term 'referentiepersoon': het gebruik van dit begrip verwijst naar de oude term 'gezinshoofd' omdat men er expliciet vanuit gaat dat er binnen een gezin met twee volwassen partners slechts één contacten met de overheid onderhoudt (cf. NIS Sociaal-economische enquête) of voor het volledige gezin kan spreken. België is reeds in het verleden door het Europees Hof veroordeeld voor het gebruik van het discriminerende begrip gezinshoofd. Neemt men één referentiepersoon voor de bevraging, dan gaat men uit van de veronderstelling dat alle personen harmonisch zijn en homogeen. Er wordt ook geen rekening gehouden met de verschillende leeftijden,.... We stellen voor om de term 'referentiepersoon' te vervangen door 'individu'.
Dimensie en aggregatieniveaus ⁷ huishouden	[Dim.] aantal leden van het huishouden: tot 12 [Agg.] volgens NIS: alleenwonende mannen, alleenwonende vrouwen, 2 personen, 3 personen, 4 personen, 5 personen, 6 personen, 7 personen, 8 personen en meer, totaal private huishoudens. ➤ In Gezondheidsenquête: referentiepersoon, partner, ouder, kind, andere familieband, geen verwantschap, weet het niet. [Dim.] nationaliteit: huidige nationaliteit van elk lid van het huishouden van de referentiepersoon [Agg.] alle nationaliteiten, vreemdeling: geboorteland van elk lid van het	- nationaliteit: zie variabelen

⁵ Definitie huishouden NIS/Rijksregister/FRED II: een huishouden bestaat ofwel uit een persoon die gewoonlijk alleen leeft, ofwel uit twee of meer personen, die al dan niet door familiebanden verbonden, gewoonlijk eenzelfde woning betrekken en er samenleven. Deze definitie is zowel van toepassing op de gegevens van het Rijksregister als op de gegevens van de socio-economische enquête NIS..

⁶ Definitie referentiepersoon NIS/Rijksregister/FRED II: in elk particulier huishouden moet een referentiepersoon worden aangeduid om zo de plaats van elk lid van het huishouden te kunnen bepalen. In principe is de referentiepersoon deze die de belangen van het gezin behartigt of die voor het grootste deel in het onderhoud van het huishouden voorziet. In de realiteit is de referentiepersoon deze die zich bezig houdt met de administratieve zaken.

⁷ volgens NIS/Rijksregister

		(bijvoorbeeld cafébezoek),...
Kapitalen individuen	- Menselijk: lichamelijke conditie en gezondheid: ziekte, chronische aandoeningen, lichamelijke beperkingen, behoeften en houdingen, relatie met partner, kennis over ziekten en gezondheid. - Sociaal: zeer beperkt de relatie met andere individuen - Materieel: in beperkte mate het financieel vermogen (maandinkomen, kinderbijslag, pensioenen, werkloosheidsuitkering, ziekteuitkering); huisvestingssituatie	Niets over de bestedingen van het individu (onrechtstreeks wel onder de vorm van consumptie van voeding, tabak, alcohol, geneesmiddelen). De meeste aandacht gaat naar het menselijk kapitaal. Het menselijk kapitaal heeft aandacht voor attitudes, lichamelijke competenties en verder behoeften, waarden. Wat bijvoorbeeld ontbreekt zijn emoties en esthetische beleving. Bij de activiteiten wordt de klemtoon gelegd op de persoonlijke verzorging, vervolgens op de beroepsarbeid en de vrije tijd. Gezinsarbeid en sociale arbeid (vrijwilligerswerk) komen niet aan bod. Het sociaal kapitaal beperkt zich tot relaties met andere individuen. Er kan ook bevraagd worden naar relaties met andere gezinnen, met organisaties, met verenigingen, overheden,... Het materieel kapitaal peilt naar het financieel vermogen en de woning. Er is geen aandacht voor gebruiksgoederen, mobiliteit, de buurt,... Het monetair inkomen omvat het maandinkomen en de socialezekerheidsuitkeringen. Wat bijvoorbeeld ontbreekt zijn vakantiegeld, extra-legale voordelen, eindejaarspremie, dertiende maand, sociale bijstand, fiscale tegemoetkomingen, inkomsten uit onroerend en uit roerend goed, giften, schenkingen,... Het omgevingskapitaal ontbreekt.
Kapitalen gezinnen	Zie kapitalen individuen	Leefsituatie: de meeste aandacht gaat naar het monetair inkomen en verder naar het materieel kapitaal en de bestedingen. Activiteiten, menselijk kapitaal en sociaal kapitaal komen niet aan bod. Materieel kapitaal: nadruk op financieel vermogen en woning; niets over gebruiksgoederen, gronden, buurt, mobiliteit. Bij het monetair inkomen horen het maandinkomen, de socialezekerheidsuitkeringen en het bestaansminimum. Het gezinsinkomen gaat ervan uit dat het gelijk verdeeld wordt over alle gezinsleden, wat zeker

		niet het geval is. Wat de bestedingen betreft is er enkel oog voor gezondheid en verzorging (niets over bijvoorbeeld verzorging van familieleden, de verzorging die men zelf ontvangt, voeding en dranken, woning en energie, genotsmiddelen, communicatie). Dimensie m/v: alleen het monetair inkomen komt aan bod. Er is geen aandacht voor de machtsverhoudingen: met name de onderhandelingspositie in het gezin, de beslissingen en de afspraken, taakverdeling,... Gezinstherapie wordt niet vermeld.
Zwaartepunt activiteiten	- persoonlijke verzorging - aspect gedrag: consumptie, gezondheidsverbruik, preventie - kwantitatief gemeten: ook vaak, hoe lang,... - in beperkte mate de beroepsarbeid en vrije tijd	
Dimensie m/v verhouding	Komt aan bod bij het menselijk kapitaal, de activiteiten, in mindere mate bij het sociaal kapitaal en het monetair inkomen.	Deze dimensie komt niet voor bij het materieel kapitaal en bij de bestedingen. De maatschappelijke (on)gelijkheid m/v wordt niet geïmpliciteerd.

II. Tekstanalyse

Informatie over het huishouden

Vraag	Opmerkingen
Samenstelling van het huishouden	
HC.05.	'huidige' nationaliteit: toevoegen 'eerste' nationaliteit; wat was de eerste nationaliteit van uw ouder/s (eventueel die van uw partner).
Inkomen: Toevoegen bij sociale uitkeringen: tijdskrediet, thematische verloven, extra-legale voordelen, zorgkrediet... Toevoegen: fiscale inkomens, bv. pensioensparen,... Toevoegen: giften, financiële hulp van ouders of andere familieleden Men gaat ervan uit dat de uitgaven collectief gebeuren. Wat het budget betreft gaat men er ook vanuit dat de inkomens gelijk verdeeld zijn over de partners, ingeval er twee partners zijn. Toevoegen: over welk inkomen beschikt u apart?	
IN. 01	Uitsplitsen: inkomsten per persoon
IN.02	Uitsplitsen per persoon
IN.04, 05	Uitsplitsen per persoon (perceptie kan verschillend zijn)
<u>Uitgaven voor gezondheidszorgen</u> Uitgaven zijn meestal forfaitair (bv. remgelden), inkomsten niet: het verband tussen uitgaven en inkomsten per persoon nagaan. Welke uitgaven voor alles wat niet terugbetaalbaar is?	
AC.01, 02, 03, 04, 05, 06	Hoeveel voor welk gezinslid? 06: lijst aanvullen: prothesen, krukken, rolstoel, hoorapparaat, bril/lenzen,...
AC.07, 08, 09, 10, 11, 12	Uitsplitsen per persoon (voor welke persoon)
Huisvesting: Wat met kinderen van gescheiden ouders? Toevoegen: luik over besteding: bv. onderhoudswerken woning,...	
LO.01	Woning vervangen door hoofdverblijfplaats
LO.03	Ook vragen welke partner eigenaar of huurder is, of de partners samen
LO.04	Wie verricht de maandelijkse afbetalingen?
Gezondheid en milieu: Toevoegen: wordt u (per gezinslid) gehinderd door: problemen met waterleiding, electriciteit, gas, riolering,..., uitzicht omgeving, weersomstandigheden Toevoegen: wat bevalt er u in de omgeving? Bos, park, speelplein, waterpartij,...	
Toevoegen: Gezondheid en arbeid: risico's gebonden aan de organisatie en de intensivering van het werk (betaald en/of onbetaald), ergonomische risico's, spier-beenderstoornissen, psychosociale risico's, risico's gebonden aan chemische producten, risico's gebonden aan fysische elementen (stralingen, lawaai,...), voortplantingsrisico's (bv. gezondheid zwangere vrouwen), geweld op het werk, de valorisatie van het werk (betaald en onbetaald), een gevoel van onrechtvaardigheid, beslissingsmacht op het werk, informele arbeid	
<u>Toevoegen: Gezondheid en gezinsrelaties</u>	

Schriftelijke enquête

Vragen	Opmerkingen
Gezondheidsbeleving: /	
Klachten: Men kan niet afleiden hoe m/v en kinderen omgaan met klachten Men kan niet afleiden of deze klachten te maken hebben met puur lichamelijke oorzaken, met de werkomgeving of de thuisomgeving; relatie met familie of vrienden; sociale arbeid,... Men kan evenmin afleiden of alle/enkele gezinsleden dezelfde klachten hebben, bijvoorbeeld dezelfde allergie, depressief zijn, dezelfde handicap hebben, enzovoort.	
SL.01	03: toevoegen pijn in borsten (klieren bij vrouwen) 019: toevoegen overdreven eetlust Toevoegen: last van premenstrueel syndroom, buikpijn, boos/aggressief, kwetsbaar, opgejaagd (zowel positief als negatief gevoel), onzeker, burn-out, last van een onveiligheidsgevoel, last hebben van een moeilijke onderhandelingspositie in het gezin (geen beslissingsmacht hebben),...
Toevoegen: opgewektheid, optimistisch denken, leuke gedachten, fantasie, gevoel van vrijheid/onaantastbaarheid,... Stress: toevoegen onderverdeling ⁸ : - er wordt teveel van mij verwacht - ik raak nooit bijgewerkt - ik heb nooit tijd voor mezelf - een dag heeft voor mij te weinig uren - ik moet dikwijls aangegane afspraken afzeggen - ik moet meer doen dan ik wil doen - ik heb geen tijd om dingen te doen die ik moet doen - er wordt meer van mij verwacht dan ik aankan - vaak kom ik in mijn vrije tijd niet toe aan dingen die ik eigenlijk wil doen - ik moet in mijn vrije tijd te vaak rekening houden met anderen - ik kan me moeilijk ontspannen in mijn vrije tijd - als ik vrij ben, zijn te veel vrijetijdsvoorzieningen gesloten - het kost me veel moeite mijn vrijetijdsactiviteiten te plannen - er zijn zoveel dingen die ik wil doen in mijn vrije tijd dat ik heel vaak het gevoel heb tijd tekort te komen - teveel van mijn vrijetijdsactiviteiten zijn versnipperd ➤ schaal verdeelt in vier groepen: van laag naar hoog.	
Sociale contacten Toevoegen: heeft u weinig of geen sociale contacten en voelt u zich daar goed of slecht bij?	
SO.01	Met wie?
SO.02, 03, 04, 05	Opsplitsen per categorie
SO.06	Toevoegen: welzijnsverenigingen, socio-culturele verenigingen, zelfhulpgroepen, vrouwenorganisaties
SO.08	Opsplitsen: vrienden, welke verwanten, collega's,...
SO.09	Telkens bij de deelvragen 'iemand' specificeren: m/v, partner, vriend, familielid,...
Consumptie van tabak: Wat is de bedoeling bij de verwerking van de resultaten? Het peilen naar de gezondheidstoestand m/v of de naar de genderneutrale gezondheidstoestand van roken en niet-roken: dit kan alleen gemeten worden als alle andere gezondheidsfactoren gelijk zijn.	
TA.08	Toevoegen: op eigen initiatief, op aanraden van een arts, met of zonder medische begeleiding? Eventueel met welk middel hulpmiddel?

⁸ zie Tijdsbudget-onderzoek TOR/VUB

Consumptie van andere producten: Gebruik van hard drugs?	
Voeding: Enkel met betrekking tot gewichtsproblemen; bijna uitsluitend over vermageren.	
NU.03	Toevoegen: partner, kinderen
Consumptie van alcoholische dranken	
AL.01	Toevoegen: champagne
AL.03	Toevoegen: heeft de 0,5 pro mille grens of een Bob een invloed bij het alcoholverbruik?
Ongevallen: Gekoppeld aan rijden met de wagen en het dragen van de autogordel en alcoholverbruik Zie verder mondelinge enquête Toevoegen: huiselijke ongevallen (bijvoorbeeld ook gekoppeld aan alcoholverbruik)	
ON.07-08	Vragen over geweld horen thuis in een apart hoofdstuk. Toevoegen: vragen over intrafamiliaal geweld; seksueel geweld; psychisch geweld; geweld, pesterijen en ongewenst seksueel gedrag op het werk; verkeersagressie,...
Gemoedstoestand:/	
Patiëntentevredenheid: Genderneutraal woordgebruik: arts in plaats van geneesheer	
PS.04	Op eigen initiatief of mits doorverwijzing huisarts; voor wie? Kinderen?
Preventie: /	
Gezondheid en seksualiteit: Toegesplitst op geboortebepiering en seksueel overdraagbare aandoeningen Toevoegen: seksuele problemen (lichamelijk of psychologisch); seksuele en affectieve tevredenheid	
RH.03	Morning after pil: apart vermelden; Apart toevoegen: abortuspil en abortus
Kankeropsporing: Enkel vragen over borstkanker en baarmoeder(hals)kanker. Toevoegen: prostaat bij mannen, ...	
SC.16	Bij reden toevoegen: controleonderzoek
Toevoegen hoofdstuk over persoonlijke verzorging: bv. gebruik cosmetica, bezoek schoonheidsspecialist/e, bezoek kapper, manicure, pedicure, plastische chirurgie (herstellend en esthetisch),...	

Mondelinge vragenlijst

Vragen	Opmerkingen
Enquêteur/enquêtrice: ook m/v vermelden net als bij de respondent (proxy); ook m/v vermelden bij betrokken persoon	
Informatie over de betrokken persoon en de respondent:	
NR.03.1	Schrappen: afwezig; de opgesomde mogelijkheden betekenen ook dat de persoon afwezig is. Toevoegen: zorgactiviteit elders, vrijwilligerswerk, vrijetijdsbesteding elders
Ziekte en chronische aandoeningen:	
MB.07	Ongeval thuis: verfijnen (binnen, buiten; tijdens een karwei of poetsen,...): niet bij ziekte en chronische aandoeningen, wel bij ongevallen
MA.01	Toevoegen: leerproblemen: bv. dyslexie; anorexia; boulemia; HIV/AIDS; SOA; vruchtbaarheidsproblemen; hyperventilatie; Premenstrueel syndroom;...
Acute aandoeningen	
AD.01	Toevoegen: verkoudheid
Ongevallen	
ON.02.	Indeling aanpassen/aanvullen: koppelen aan o.m. volgende activiteiten ⁹ : Beroepsarbeid: - betaalde beroepsarbeid; voor kinderen: onderwijs of externe opvoeding - overuren en nevenactiviteiten

⁹ lijst CGBS, Walter Van Dongen

	- vervoer van en naar het werk Gezinsarbeid - huishoudelijke taken: welke?; bv. koken, strijken, schoonmaken,... - boodschappen en loketdiensten - karweien in en om de woning (welke?) - verzorging en opvoeding van kinderen - verzorging van familieleden of derden Sociale arbeid - vrijwilligerswerk - verenigingsleven Persoonlijke verzorging - slapen en rusten - verzorging en hygiëne - maaltijd nemen Vrijtijdsactiviteiten: - ontspanning thuis - ontspanning buitenshuis - familiebezoek - persoonlijke studie en vorming
ON.03	En andere dieren? bv. paard
Fysieke activiteit:	
uitleg	Verzorging van personen niet zichtbaar als fysieke activiteit
AP.01	Wandelen, fietsen of andere niet-inspannende activiteiten: wandelen en fietsen kan wel inspannend zijn, afhankelijk van de persoon. Toevoegen: boodschappen doen = ook wandelen/stappen; kinderen brengen en halen Gezinsactiviteiten bevatten ook fysieke activiteiten. Zie ook indeling Van Dongen.
AP.02	Uitleg: uw werk thuis, in de tuin,...: de tuin hoort bij thuis
Uitleg AP.05	Dragen van lichte lasten: voorbeelden geven bv. emmers, boodschappen, kinderen naar bed dragen,...
AP.08	Toevoegen bij wandelen en stappen: lopen
<u>Tijdelijke beperkingen omwille van lichamelijke gezondheidsproblemen</u>	
<u>Tijdelijke beperkingen omwille van mentale of emotionele gezondheidsproblemen</u>	
Beperkt uitgewerkt in vergelijking met de tijdelijke beperkingen omwille van lichamelijke gezondheidsproblemen.	
<u>Langdurige lichamelijke beperkingen</u>	
IL.	Toevoegen: poetsen (zonder hulp), koken,...
<u>Contacten met de huisarts</u>	
GP.03	Alleen in zijn praktijk: toevoegen: haar
GP.12	Arbeidsgeneesheer vervangen door arbeidsarts; kinesitherapeut/e
Algemene opmerking: relatie ouder met kind of met andere familieleden ontbreekt: gaat u voor uzelf of voor/met een familielid naar de huisarts?	
<u>Contacten met geneesheer specialist</u>	
Genderneutraal taalgebruik: arts-specialist of specialist. Telefonische contacten met secretaresse of assistente = rolbevestigend: secretaris/secretaresse; assistent/assistente	
SP.11.1	Een ander gezinslid (welk?) voor u.
<u>Contacten met de spoedgevallendienst van een ziekenhuis</u>	
ED.06	Voor een ander gezinslid (welk?)
<u>Contacten met de tandarts</u>	
Onderscheid maken tussen tandarts en orthodontist (hier ook tussen kind m/v en volwassene)	
DE.10	Voor kind m/v of voor uzelf?
<u>Contacten met andere gezondheidsvoorzieningen</u>	
OH.01	Toevoegen: orthopedagoog, psychoanalyst,...

OH.04	Toevoegen: Centrum voor Leerlingenbegeleiding; revalidatiecentra Bij zelfhulpgroepen: onderscheid maken tussen betalende (bijvoorbeeld weight-watchers) en niet-betalende zelfhulpgroepen.
<u>Opname in ziekenhuis</u>	
HO.05	Bij gynaecologie: (vrouwenziekte) schrappen: gaat niet altijd om een ziekte
<u>Gebruik van geneesmiddelen</u>	
DR.03	Toevoegen: bv. zalven tegen sportletsels; vruchtafdrijvende middelen
- Bij uitleg over alle soorten geneesmiddelen: de pil schrappen (=geen geneesmiddel) ofwel categorie anticonceptiva toevoegen - Pijlen naar de motivering van het nemen van geneesmiddelen, bv. bij pijnstillers (hoofdpijn, menstruatiepijn,...) Contexttabellen zijn interessant om het genderperspectief te achterhalen.	
<u>Vaccinatie:</u>	
Toevoegen: meningitis	
VA.04.	Arbeidsgeneesheer vervangen door arbeidsarts
<u>Voeding</u>	
NU.09	Toevoegen: groentesappen, sport/energiedranken, licht-alcoholhoudende dranken voor kinderen
<u>Studies</u>	
ET.02.	Toevoegen: aanvullende hogere/universitaire opleidingen Toevoegen: levenslang leren
<u>Tewerkstelling</u>	
EM.02	Loopbaanonderbreking: vervangen door loopbaanvermindering en tijdskrediet Toevoegen: opleidingskrediet, vaderschapsverlof Toevoegen: thuiswerk/telewerk
EM.03 en 12	Klemtoon op betaalde arbeid. Toevoegen: preciaire statuten met minimale sociale bescherming: o.a. meewerkende echtgenoten/s van zelfstandigen, opvangouders Toevoegen: oproepcontracten, interimarbeid, PWA,...
EM.08	Schrappen: huishouden zonder uitkering (uiteraard combineert iedereen met een hoofdberoep dit ook met activiteiten in het huishouden.
<u>Inkomen</u>	
Klemtoon uitleg: op basis van betaalde arbeid	
Toevoegen: aanvullende socialezekerheidsuitkeringen, pensioensparen, premies tijdskrediet, vervoersonkosten	
Toevoegen: inkomens uit vermogen	
Toevoegen: giften, financiële ondersteuning ouders of andere familieleden	
<u>Beoordeling vragenlijst:</u> /	

Conclusies

De hierboven voorgestelde analyse betreft zowel de algemene filosofie en de onderliggende hypothesen van de gezondheidsenquête als de gedetailleerde kritiek van de twee vragenlijsten. De Raad vraagt om een vrij fundamentele herziening om beter rekening te houden met de gezondheidsproblemen van vrouwen en met de genderproblematiek in het algemeen. Voor de omkadering van de volgende enquête lijkt het ons noodzakelijk om een wetenschappelijk team te voorzien die voor ten minste één derde uit vrouwen bestaat.

We willen hier nog aan toevoegen dat de Raad met betrekking tot de publicatie van de resultaten wenst dat alle gepubliceerde resultaten geslachtsspecifiek zouden zijn. Een algemeen gegeven dat geen rekening houdt met het geslacht volstaat dus niet.

We wensen dat ook de statistische gegevens gratis of bijna gratis beschikbaar zouden worden gesteld (op vraag en bijvoorbeeld op CD-ROM), zodat onderzoekers en vrouwenorganisaties ze zouden kunnen gebruiken, herwerken of zouden kunnen zoeken of vragen naar nieuwe verbanden die niet werden uitgewerkt of gepubliceerd.

Op basis van de inhoud van de voorgaande enquêtes, moeten we wel vaststellen dat de auteurs weinig kennis hebben van de wetenschappelijk literatuur aangaande de gezondheid van vrouwen. Ze lijken zich in een geestesgesteldheid te bevinden die gedomineerd wordt door zorgen inzake de “reproductieve gezondheid”. De Raad wenst een uitbreiding van de enquêtes, de onderzoeken en het gezondheidsbeleid naar de gezondheidsproblemen die vooral en in ergere mate vrouwen lijken te treffen (prevalentietabel, 1997, p.92).

De Raad vraagt dat de Minister van Volksgezondheid een programma zou lanceren voor het wetenschappelijk onderzoek naar de problematiek inzake “volksgezondheid en gender”, opdat de Nederlands, Engelse, Canadese en Amerikaanse wetenschappelijke literatuur, in het bijzonder de feministische, beter bekend en geïntegreerd zou zijn in België.

Hij vraagt ook dat de bevoegde overheden pilootprojecten zouden ondersteunen zoals de oprichting van gezondheidscentra voor vrouwen of speciale raadplegingen voor vrouwen om de uitdrukking van de gezondheidsproblemen van vrouwen te vergemakkelijken: we denken in het bijzonder aan de kwestie van het intrafamiliaal geweld en het seksueel misbruik waarvan zij zelf of hun kinderen het slachtoffer zijn. Deze centra zouden echter ook een rol kunnen vervullen bij de diagnose van b.v. beroepsziekten (zie advies nr. 45 van 26 juni 2001 van de Raad).

We moeten vaststellen dat de grote vooruitgang van het onderzoek in het domein van de gezondheid van vrouwen in Nederland in grote mate te danken is aan het bestaan van gezondheidscentra voor vrouwen en aan onderzoeken die van daaruit werden ontwikkeld.

Tot slot vraagt de Raad dat de Minister van Volksgezondheid een volksgezondheidsprogramma zou ontwikkelen waaruit duidelijk blijkt dat er is nagedacht over de gendercomponent en waarvan de budgettaire middelen worden besteed om een einde te maken aan de ongelijkheid tussen mannen en vrouwen op het stuk van de primaire gezondheid, en dit op basis van het beginsel dat iedereen evenveel recht heeft om in de best mogelijke gezondheid te leven...