

# Armoede en gezondheid

## Gegevens over Den Haag

*Ad van Dijk, Irene van der Meer*

Centraal thema in de Haagse Nota's Volksgezondheid sinds 1999 is het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen (1). De nota's richten zich in het bijzonder op de groep binnen de categorie met een lage sociaal-economische status die leeft in armoede. Dit zijn de mensen die de meeste moeite hebben om hun elementaire bestaansvoorwaarden te realiseren. Mensen in armoede zijn over het algemeen ongezonder dan mensen die niet in armoede leven. In dit artikel wordt het verband tussen armoede en gezondheid geïllustreerd aan de hand van gegevens uit Den Haag. Waar voorheen de gezondheid van personen uit wijken met veel armoede (achterstands-wijken) werd vergeleken met die van personen uit wijken met weinig armoede, worden in onderstaand artikel personen vergeleken op basis van individuele gegevens (gebaseerd op een enquête), onafhankelijk van in welke wijk zij wonen. Het artikel begint met verschillende omschrijvingen van armoede, hoe vaak het voorkomt en welke groepen het hoogste risico lopen om in armoede te vervallen. Vervolgens wordt van verschillende gezondheidsaspecten de samenhang met armoede beschreven (zonder uitspraken over oorzaak of gevolg). Tot slot wordt er kort ingegaan op mechanismen die de samenhang tussen armoede en gezondheid verklaren.

### Wat is armoede

Armoede wordt meestal beschreven als een tekort aan middelen om in voldoende mate in de maatschappij te kunnen functioneren. De vraag wanneer je in voldoende mate in de maatschappij kan functioneren, en wanneer je een tekort aan middelen hiervoor hebt, laat ruimte voor discussie. Het antwoord hangt af van individuele meningen, groepsnormen en van de maatschappij. Wat nu nodig is voor een voldoende functioneren in de maatschappij was in het verleden wellicht nog niet nodig. Daarnaast zal wat in het ene land en/of cultuur nodig wordt gevonden verschillen van wat in een ander land en/of cultuur nodig wordt gevonden. Criteria die worden gehanteerd bij het bepalen van het begrip 'armoede' variëren, ook binnen één land op één moment. Over het algemeen wordt het inkomen als indicator gebruikt om armoede te definiëren, maar ook indicatoren als het 'schulden moeten maken' (ongeacht je feitelijke (huishoud) inkomen) kunnen worden gebruikt om armoede te definiëren. In kader 1 staan enkele definities van armoede beschreven.

### Omvang armoede

In 2008 bevond zich bijna een kwart van alle huishoudens met een laag inkomen in Nederland in één van de vier grote steden. In Den Haag is het aandeel huishoudens met een inkomen onder de beleidsmatige inkomensgrens ruim 10 procent, vergelijkbaar met Amsterdam en Rotterdam (2-3).

Het voorkomen van armoede in Den Haag wordt bijgehouden in de Armoedemonitor (4). Uit deze armoedemonitor blijkt dat in 2009 ruim 55 duizend huishoudens (22%) in Den Haag behoren tot de doelgroep van het Haagse minimabeleid (maximaal 130% sociaal minimum). Bij handhaving van een lagere grens (110% sociaal minimum) behoort 17% tot de minimahuishoudens. Van deze groep is het percentage langdurige minima (langer dan drie jaar) gestegen van 54% in 2007 naar 70% in 2009. Een grote groep die in 2007 al één tot drie jaar op het minimum leefde is in 2009 doorgestroomd naar de groep langdurige minima. Dit wordt deels veroorzaakt door de economische crisis waardoor huishoudens die tot de kortdurende minima behoorden minder goed weer aan het werk kwamen.

*'Mensen in armoede zijn over het algemeen ongezonder dan mensen die niet in armoede leven'*

In Den Haag wonen veel minimahuishoudens in de wijken Schildersbuurt, Transvaalkwartier, Moerwijk, Laakkwartier en Spoorwijk (2-4). In de krachtwijken ligt het aandeel minima twee (Zuidwest) tot ruim drie keer (41% in de Schildersbuurt) zo hoog als het Haags stedelijk gemiddelde (4).

Het percentage huishoudens in Nederland dat aangeeft schulden te moeten maken is hoger bij

Over de auteurs:

Drs. A.P. van Dijk is epidemiologisch onderzoeker, mw. dr. ir. I.M. van der Meer is senior epidemiologisch onderzoeker, beiden werkzaam bij de afdeling Epidemiologie van de GGD Den Haag. E-mail: ad.vandijk@denhaag.nl.

### Kader 1: Enkele definities van armoede.

#### *Lage-inkomensgrens*

De lage-inkomensgrens vertegenwoordigt een vast koopbedrag (2). De grens gaat uit van het bijstandsniveau in 1979 en is voor latere jaren aangepast aan de prijsontwikkeling (3). Deze grens is geschikt voor vergelijkingen in de tijd.

#### *Sociaal minimum*

Het sociaal minimum is het wettelijk bestaansminimum zoals dat politiek is vastgesteld (2). Het betreft normbedragen die verschillen per huishoudtype. Voor een (echt)paar met uitsluitend minderjarige kinderen is het sociaal minimum gelijkgesteld aan de bijstandsuitkering van een echtpaar, aangevuld met de kinderbijslag. Bij 65-plussers is het bedrag aan AOW-pensioen als norm gekozen. Inkomengebonden overdrachten zoals de huurtoeslag, zijn in het normbedrag opgenomen

#### *Beleidsmatige inkomensgrens*

Om armoede af te bakenen is de beleidsmatige inkomensgrens gesteld op 101% van het sociaal minimum (2). Dit betekent dat alle huishoudens die uitsluitend zijn aangewezen op bijstand of AOW, eventueel aangevuld met kinderbijslag en huurtoeslag, onder deze beleidsmatige inkomensgrens vallen.

#### *Minimahuishouden*

De grens voor een minimahuishouden is gebaseerd op het sociaal minimum (4). Hiervoor worden grenzen van 105, 110 en 130% gebruikt. De doelgroep van het Haagse armoedebeleid zijn alle huishoudens tot 130% van het sociaal minimum. Omdat in eerdere armoedemonitoren de huishoudens tot 110% beschreven zijn, staat die groep ook centraal in de laatste armoedemonitor 2010 (4).

#### *Budgetgerelateerde armoedegrens*

De budgetgerelateerde armoedegrens wordt vastgesteld aan de hand van bestedingen die voor een huishouden minimaal noodzakelijk zijn (3). Er zijn twee varianten: in de laagste variant wordt uitsluitend rekening gehouden met de kosten van basisbehoeften, die niet of nauwelijks te vermijden zijn. Dit betreft de minimale uitgaven voor voedsel, kleding en wonen, plus moeilijk te vermijden uitgaven voor persoonlijke verzorging en niet-

vergoede ziektekosten. In de tweede variant wordt ook rekening gehouden met enige uitgaven voor ontspanning, lidmaatschappen, onderhouden sociale contacten, maar zonder dat er sprake is van luxe, zoals een auto of buitenlandse vakantie. Deze variant heet 'niet-veel-maar-toereikend'.

#### *Schulden moeten maken*

Een indicator van armoede is het moeten maken van schulden. Deze indicator wordt niet bepaald aan de hand van algemene grenzen voor inkomsten, maar is de uitkomst van individuele keuzes in de uitgaven. Ook iemand met een hoog inkomen, die op basis van de bovenstaande definities niet arm genoemd zal worden, kan zich genoodzaakt zien meer uit te geven dan dat er inkomsten zijn. Informatie over het soort uitgaven of argumenten waarom deze uitgaven noodzakelijk zijn worden in deze indicator niet meegenomen.

#### *Sociale uitsluiting*

Sociale uitsluiting kan omschreven worden als armoede in brede zin, zoals armoede ook gezien kan worden als een geïntegreerd deel van het begrip sociale uitsluiting. Armoede gaat vooral over de verdeling van inkomen en goederen, sociale uitsluiting richt zich ook op relationele zaken als sociale participatie, integratie, maatschappelijke betrokkenheid, het delen van waarden en normen.

#### *Duur van armoede*

Een indicator die op alle bovenstaande definities van toepassing is, is de tijdsduur van de situatie die men in armoede doorgaat.

mensen met een inkomen onder de lage-inkomensgrens (2). In 2009 gaf 6,2% van de lage inkomensklassen aan schulden te maken en 9,2% gaf aan zijn of haar spaargeld aan te spreken. De schuldenproblematiek in de laagste inkomensklasse is iets toegenomen na een daling in 2005-2008 (7,5% in 2005 naar 5,4% in 2008). Dit percentage is ruim vijf keer zo hoog als bij huishoudens in de hogere inkomensklassen (2).

#### **Risicogroepen voor armoede**

Armoede is niet gelijkmatig verdeeld over de bevolking. Armoede komt bij bepaalde groepen vaker voor dan bij andere. Hieronder worden groepen besproken waar armoede relatief vaak voorkomt.

**Tabel 1.**

*Zelfgerapporteerde werksituatie en schulden moeten maken. Den Haag, 2008, inwoners van 16 jaar en ouder.*

	Nee % (aantal)	Ja % (aantal)	Onbekend % (aantal)
Hebben van betaald werk	54 (2.354)	41 (1.800)	5 (228)
Schulden moeten maken	21 (924)	73 (3.191)	6 (267)

### Eenoudergezinnen

De relatief grootste groep minimahuishoudens is te vinden bij de eenoudergezinnen (4). Van hen had 41% een inkomen van maximaal 110% van het sociaal minimum (dit was 17% in heel Den Haag). Belangrijk om te beseffen is dat de groep eenoudergezinnen niet de grootste groep minimahuishoudens in Den Haag vormen: van alle minimahuishoudens is 12% eenoudergezin.

### Alleenstaanden

In Den Haag vormde in 2009 18% van de alleenstaanden een minimahuishouden (110% sociaal minimum) (4). Relatief gezien was de grootste groep minimahuishoudens te vinden bij de eenoudergezinnen (dat was immers 41% van de eenoudergezinnen). In totaal echter vormen alleenstaanden de grootste groep binnen minimahuishoudens: van alle minimahuishoudens is 54% alleenstaand.

### Bijstandsontvangers

Van alle minimahuishoudens in Den Haag had in 2009 38% een bijstandsuitkering (Wet Werk en Bijstand) en 29% een AOW-uitkering (4). De overige 33% van de minimahuishoudens had een WW-uitkering, een arbeidsongeschiktheidsuitkering of een laag inkomen uit werk. Het percentage AOW'ers is fors toegenomen, van 19% in 2005 naar 29% in 2009. Bijna 75% van alle bijstandsgerechtigden leeft al langer dan drie jaar van het minimum.

### Niet-westerse huishoudens

Relatief veel minimahuishoudens zijn te vinden bij de niet-westerse huishoudens (4). Van de Marokkaanse huishoudens in Den Haag moest in 2009 40% van een minimum rondkomen. Dit is een daling ten opzichte van de eerdere jaren. Andere groepen waarbinnen het aandeel minimahuishoudens relatief hoog is zijn de Turkse (29%), Antilliaanse/Arubaanse (28%) en Surinaamse (25%) huishoudens. Belangrijk om te beseffen is dat van alle minimahuishoudens in Den Haag de autochtone Nederlanders de grootste

groep vormen: van alle minimahuishoudens is 38% Nederlands, 14% Surinaams, 10% Marokkaans, 10% Turks, 4% Antilliaans/Arubaans en 24% van overige herkomst.

### Relatie armoede en gezondheid

In 2008 is er door de GGD'en van de vier grote steden een gezondheidsenquête uitgevoerd onder de inwoners van 16 jaar en ouder (6). Hierin zijn ook risicogroepen voor armoede te onderscheiden. Voor verschillende gezondheidsmaten kunnen daardoor nu risicogroepen voor armoede worden vergeleken met de niet-risicogroepen voor armoede. Voor dit artikel wordt gebruik gemaakt van de Haagse gegevens, bestaand uit gegevens over 4.382 personen. Er is gekozen voor twee indicatoren van (risico op) armoede: geen betaald werk hebben en schulden moeten maken. Ruim de helft van de Haagse respondenten had geen betaald werk, een vijfde moest schulden maken (zie tabel 1).

### *‘Armoede komt bij bepaalde groepen vaker voor dan bij andere’*

#### Ervaren gezondheid

Een vijfde (20,3%) van de Haagse deelnemers aan de G4 gezondheidsenquête geeft aan een slechte gezondheid te ervaren (figuur 1). Bijna twee derde (63,3%) van de inwoners zonder een betaalde baan geeft aan een matig of slechte gezondheid te ervaren. Dit is een groot verschil ten opzichte van de inwoners met een betaalde baan (8,9%). Ook wanneer gevraagd wordt naar het maken van schulden zijn er verschillen: inwoners die geen schulden hoeven te maken ervaren hun gezondheid vaker als goed.

#### Chronische lichamelijke aandoeningen

58,3% van de inwoners van Den Haag geeft aan een chronische lichamelijke aandoening te hebben (figuur 2). (Ruim) twee derde van de inwoners zonder betaald werk of die schulden moeten maken gaf aan een chronische aandoening te hebben. Ruim een derde (35,9%) gaf aan door chronische

aandoeningen belemmerd te worden in dagelijkse bezigheden. Van de Haagse inwoners zonder betaald werk en met een chronische lichamelijke aandoening (72,4%) geeft hiervan bijna iedereen aan belemmeringen te ervaren. Inwoners die schulden moeten maken geven vaker aan belemmeringen te

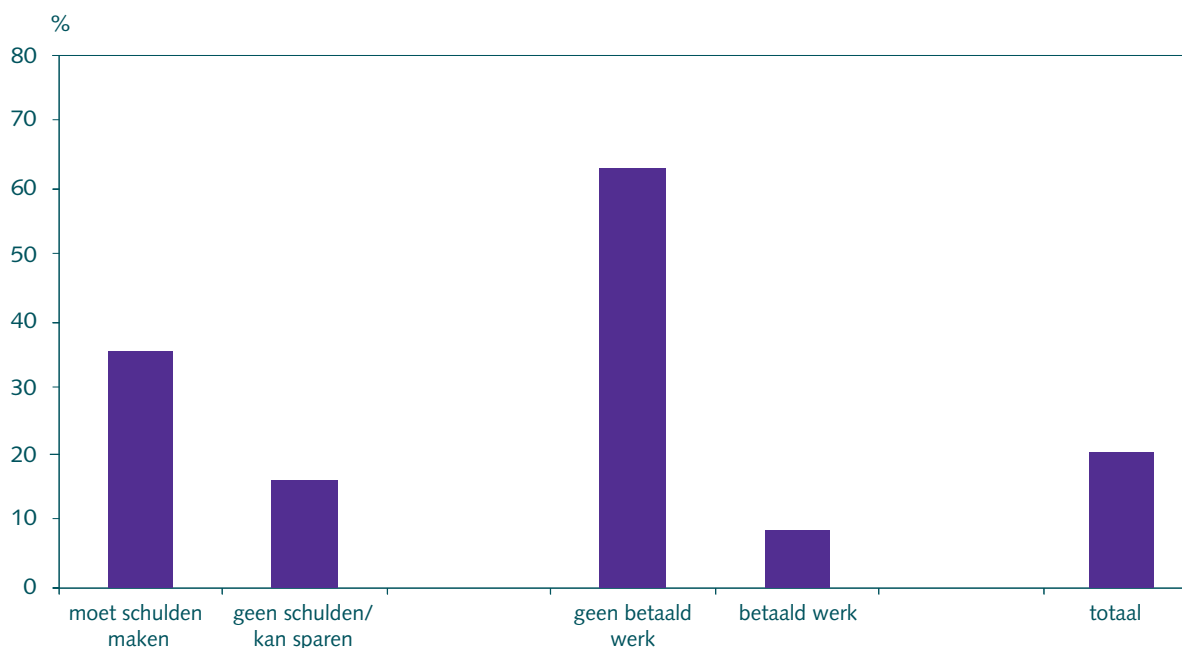
hebben dan inwoners die geen schulden hoeven te maken, maar het verschil is minder groot dan tussen het al dan niet hebben van betaald werk.

#### Medicatie voor angst, depressie, spanning of stress

Bijna 9% van de Haagse inwoners gebruikt medicatie

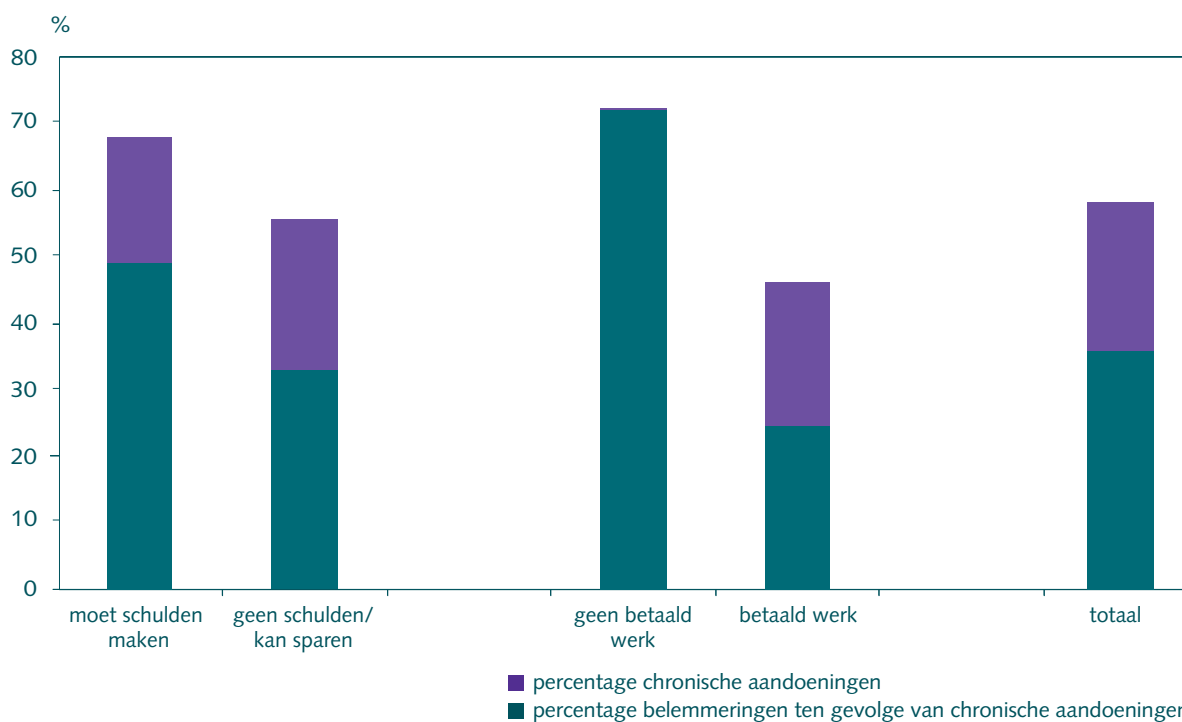
**Figuur 1.**

*Percentage met een slecht of matig zelf gerapporteerde ervaren gezondheid naar werksituatie en financiële situatie. Den Haag, 2008, inwoners van 16 jaar en ouder.*



**Figuur 2.**

*Percentage zelf gerapporteerde chronische aandoeningen en percentage zelf gerapporteerde belemmeringen door chronische aandoeningen naar werksituatie en financiële situatie. Den Haag, 2008, inwoners van 16 jaar en ouder.*



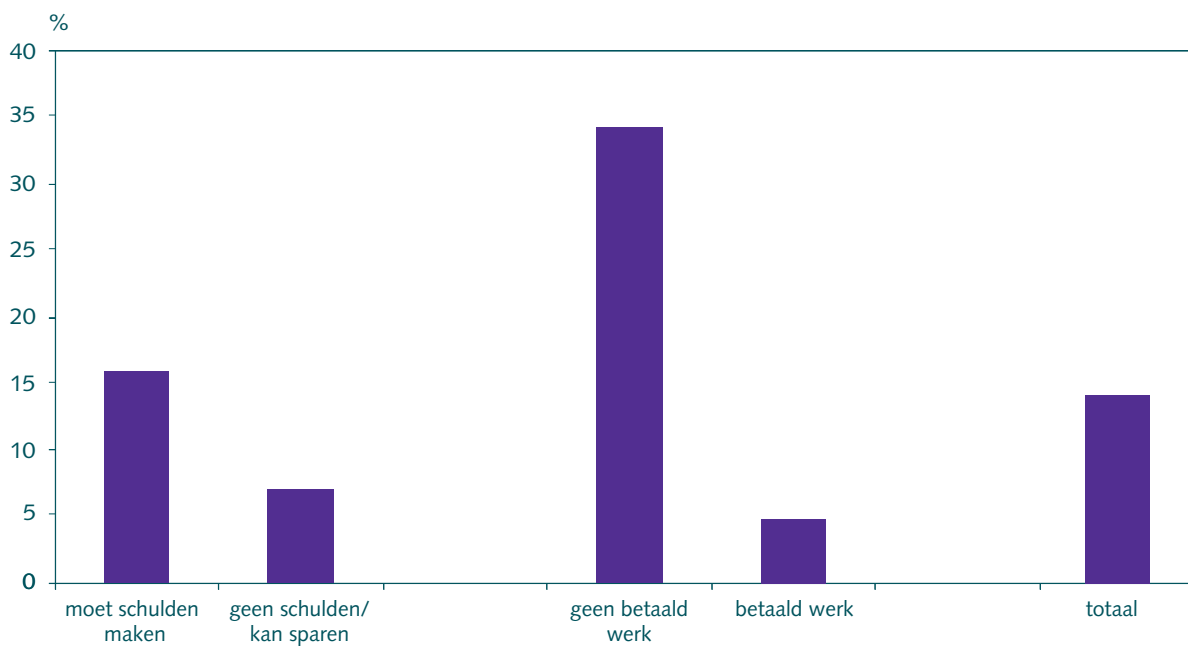
tegen angst, depressie, spanning of stress (figuur 3). Inwoners zonder betaalde baan geven zeven keer zo vaak aan gebruik te maken van medicatie voor angst, depressie, spanning of stress ten opzichte van inwoners met betaalde baan.

### Eenzaamheid

Een tiende van de Haagse inwoners is eenzaam (figuur 4). Inwoners zonder betaald werken inwoners die schulden moeten maken hebben vaker een hoge eenzaamheidsscore.

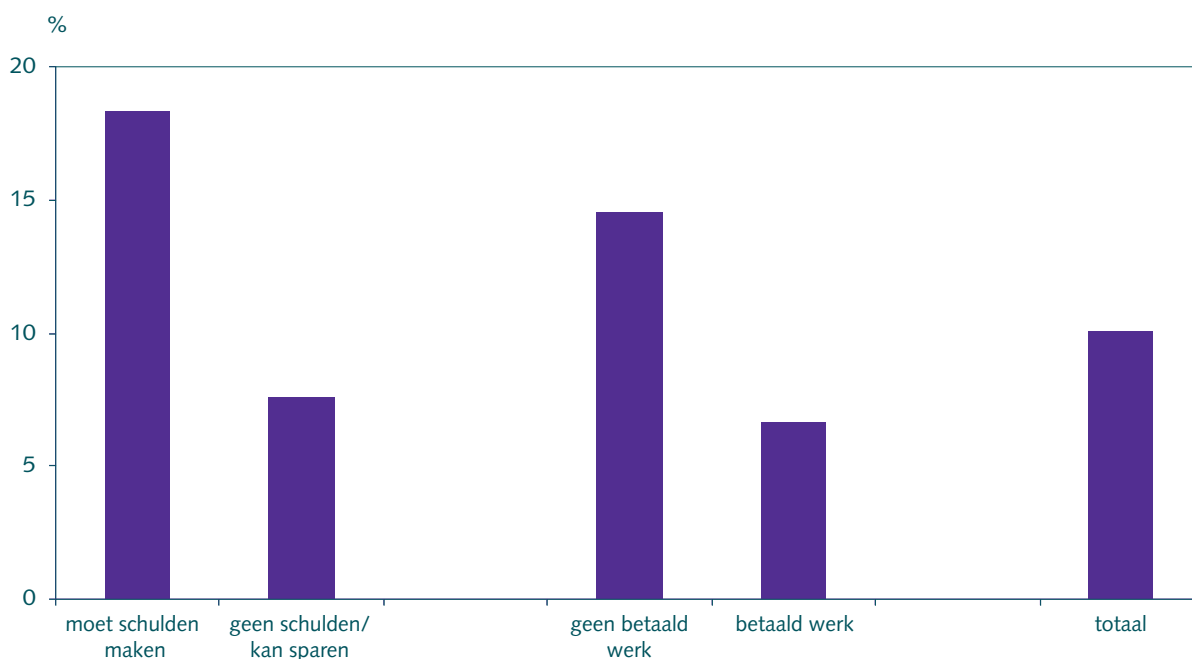
**Figuur 3.**

*Percentage zelf gerapporteerd gebruik medicijnen tegen angst, depressie, spanning of stress naar werksituatie en financiële situatie. Den Haag, 2008, inwoners van 16 jaar en ouder.*



**Figuur 4.**

*Percentage zelf gerapporteerde eenzaamheid naar werksituatie en financiële situatie. Den Haag, 2008, inwoners van 16 jaar en ouder.*



### Mogelijke verklaringen voor de relatie tussen armoede en gezondheid

De verschillende indicatoren van gezondheid laten steeds hetzelfde beeld zien: mensen die behoren tot de risicogroep voor armoede (geen betaalde baan of schulden moeten maken) hebben een slechtere gezondheid dan de andere inwoners van Den Haag. Er zijn verschillende mechanismen die de gezondheidsverschillen proberen te verklaren. Beide mechanismen worden vaak verwerkt in verklarende modellen (7-9). Volgens het selectiemechanisme beïnvloedt gezondheid de sociale mobiliteit en daarmee de positie op de sociaal-economische ladder. Een minder goede gezondheid is volgens dit mechanisme de oorzaak van een lagere sociaal-economische status van een persoon. Personen met een slechtere gezondheid zouden minder snel op de maatschappelijke ladder stijgen. Deze selectie kan tijdens de adolescentie en de vroege volwassenheid plaatsvinden of tijdens het volwassen leven. Bij directe selectie is daling van sociale positie een rechtstreeks gevolg van een bepaalde gezondheidstoestand. Bij indirecte selectie zijn het vooral de gevolgen van ziekte die de sociale mobiliteit negatief beïnvloeden. Volgens het causaliteitsmechanisme beïnvloedt de sociaal-economische positie de gezondheid. Een minder goede gezondheid is volgens dit mechanisme het gevolg van een lagere sociaal-economische status van een persoon. Hierbij is geen sprake van een rechtstreeks effect, maar van een slechtere gezondheid door veranderingen in een aantal intermediaire factoren, zoals leefwijze (rookgedrag, alcoholconsumptie), materiële omstandigheden (financiële omstandigheden, woonomstandigheden) en psychosociale factoren (psychosociale stress, sociale steun).

De gegevens van de gezondheidsenquête zijn niet geschikt om eventuele oorzakelijke verbanden te onderzoeken. Waarschijnlijk spelen in de werkelijkheid beide beschreven mechanismen een rol. Wél laten de gegevens van de gezondheidsenquête zien hoe het staat met de gezondheid van de Haagse inwoners met groot risico op armoede ten opzichte van de andere inwoners, zonder risico op armoede. De gevonden verschillen onderstrepen het belang van het voeren van een beleid speciaal gericht op de inwoners met een lage sociaal-economische positie (waaronder mensen in armoede) teneinde de gezondheidssituatie van de inwoners van heel Den Haag te verbeteren.

### Referenties:

1. Verpoorten H. Gezond aan de slag!, de Haagse nota volksgezondheid 2012-2014. Epidemiologisch bulletin, 2012;47. Zie pagina 11 tot 15 in dit nummer.
2. Centraal Bureau voor de Statistiek. Lage inkomens, kans op armoede en uitsluiting 2009. Den Haag/Heerlen: CBS, 2009.
3. Sociaal en Cultureel planbureau/Centraal Bureau voor de Statistiek. Armoedesignalement 2010. Den Haag: SCP/CBS, 2010.
4. KWIZ [in opdracht van de gemeente Den Haag]. Armoedemonitor 2010. Groningen: KWIZ, 2010.
5. Jehoel-Gijsbers G. Sociale uitsluiting in Nederland. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2004.
6. Van Veelen JJ, van Dijk AP, et al. G4 op gezondheid uitgemeten. Over gezondheid en gezondheidsverschillen in de vier grote steden. Den Haag: GGD Amsterdam, GGD Rotterdam-Rijnmond, Dienst OCW van de gemeente Den Haag/GGD Den Haag, GG&GD Utrecht, 2009.
7. Gillis O, Mertens R. Gezondheidsongelijkheid: Armoede schaadt de gezondheid. CM-Informatie 2008;231:4-16.
8. Phipps S. The Impact of Poverty on Health: a scan of research literature. Ottawa: Canadian Institute for Health Information, 2003.
9. Mackenbach J. De verklaring van sociaal-economische gezondheidsverschillen. In: Ongezonde verschillen: over sociale stratificatie en gezondheid in Nederland. Assen: Van Gorcum, 1994. 76-133.