

Hoofdstuk 2

De relatie tussen armoede en gezondheid: een exploratie over de gewesten in België

*Alessia Romagnoli, Josephine Foubert, Ronan Van Rossem
en Jacob Bernard¹*

1. Inleiding

Dat sociale ongelijkheid zich ook uit in verschillen qua gezondheid, wordt niet meer ontkend. Zowel Europees als Belgisch onderzoek toont aan dat hoe lager iemand op de sociale ladder staat, hoe hoger het risico is op een slechte gezondheid (Koning Boudewijnstichting, 2010; Mackenbach, 2006; Marmot, 2005). Dit geldt zowel voor mortaliteit als voor diverse gezondheidsindicatoren. Een leven in armoede wordt vaak als een belangrijke verklaring voor deze slechtere gezondheid genoemd, zeker wanneer gekeken wordt naar de cumulatieve invloed ervan over de gehele levensloop (Benzeval & Judge, 2001; Link & Phelan, 1995; Levecque, 2006).

In deze bijdrage focussen we op de relatie tussen armoede en gezondheid in België. Meer bepaald vragen we ons af, of *armoede en gezondheid even sterk met elkaar verbonden zijn in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, Vlaanderen en Wallonië*? Of nemen we duidelijke verschillen waar tussen de gewesten? Er zijn redenen om aan te nemen dat de relatie tussen armoede en gezondheid varieert naar gelang van het gewest.

Een eerste reden is dat in België de besluitvorming en beleidsvoering plaats vinden op het supranationaal (EU), het federale, het regionale en het lokale niveau, met daarbij een verregaande bevoegdheidsverdeling tussen die verschillende niveaus (Bursens & Helsen, 2003). Dit meerlagig politiek systeem heeft implicaties voor zowel het armoede- als het gezondheidsbeleid. De regelgeving omtrent de sociale zekerheid is immers een federale bevoegdheid, terwijl veel van het beleid rond armoede en (preventieve) gezondheid onder de bevoegdheid van de gemeenschappen en/of de gewesten valt. Deze complexe en deels gefragmenteerde beleidscontext kan ertoe leiden dat

gezondheidsproblematieken ten gevolge van armoede en sociale uitsluiting zich in elke regio anders manifesteren.

Een tweede factor die het verband tussen armoede en gezondheid kan doen variëren over de gewesten, is het verschillend socio-economisch profiel van mensen in armoede. Eerdere studies geven immers aan dat de aard van de armoede in de drie landsdelen verschilt (Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting, 2013), wat gevolgen kan hebben voor de relatie tussen armoede en gezondheid. Doordat dit profiel niet overal identiek is, geeft dit ook aanleiding tot het vermoeden dat de impact van armoede op gezondheid dat ook niet is. Door de mix van verschillen en gelijkenissen tussen de gewesten met betrekking tot armoede-problematieken, is België dan ook vanuit wetenschappelijk oogpunt een ideale context voor comparatief onderzoek (Vranken, 2012).

Dit onderzoek gebruikt de Belgische dataset van de ‘Gender & Generations Programme’-survey (GGPS), verzameld tussen 2008 en 2010, die zowel armoede-indicatoren als gezondheidsgegevens bevat. Daarenboven laat de GGPS toe om aparte analyses uit te voeren voor de drie gewesten.

In de volgende paragraaf schetsen we kort wat door voorgaand internationaal onderzoek al geweten is rond sociale ongelijkheid, armoede en gezondheid. Daarna bespreken we de methoden van het onderzoek en de resultaten en reiken we mogelijke invalshoeken ter verklaring van gezondheidsongelijkheid aan. We besluiten dit hoofdstuk met een reflectie over de bevindingen. Er wordt niet getracht om een zo volledig mogelijk overzicht te geven van het bestaande onderzoek naar de relatie tussen armoede en gezondheid. Wel schetsen we de verschillen in de invloed van armoede op gezondheidsproblemen in de drie landsdelen van België en geven we een aanzet tot verklaringen voor deze verschillen.

2. Sociale ongelijkheid in gezondheid: enkele feiten

Gezondheid² is wereldwijd ongelijk verdeeld, ook in België. Deze ongelijkheid is onrechtvaardig en vermijdbaar (Demarest & Billiet, 2012). Uit recent onderzoek bleek immers dat de sociale ongelijkheid in gezondheid hoog blijft en zelfs groter wordt, ondanks de verbetering in de gemiddelde levensverwachting en gezondheidsstatus (Koning Boudewijnstichting, 2010; Demarest & Billiet, 2012). De sociale gradiënt geeft aan dat hoe lager men zich op de sociale ladder bevindt, hoe slechter de gezondheid zal zijn. Niet alleen mensen die in armoede leven, hebben dus een slechtere gezondheid dan anderen; ook de middenklassen scoren minder goed dan personen van hogere komaf.

Een voorbeeld is het verschil in gezonde levensverwachting naargelang van het opleidingsniveau: een hooggeschoolde vrouw van 25 jaar heeft gemiddeld nog 47 gezonde levensjaren voor zich. Haar leeftijdsgenote met een diploma secundair onderwijs leeft al vijf à zes jaar minder in goede gezondheid en een vrouw die enkel lager onderwijs heeft gevolgd, heeft gemiddeld zelfs elf minder gezonde levensjaren. Gezondheid verschilt ook naargelang van het inkomen van een persoon. Zo gaf in 2011 6,3% van de personen met een inkomen boven de armoederisicodrempel in Vlaanderen aan een (zeer) slechte gezondheid te hebben, terwijl dat bij de inkomens onder het armoededrempel bijna het dubbele was (11,2%) (Coene, Van Haarlem & Dierckx, 2013). Merk op dat (gezonde) levensverwachting, morbiditeit en kwaliteit van leven (zoals bijvoorbeeld subjectieve gezondheid) geen inwisselbare gezondheidsindicatoren zijn. Toch is er bij elk van deze kenmerken sprake van een sociale gradiënt in gezondheid.

3. België en de gewesten onderzocht

Armoede kan worden gezien als één van de determinanten van gezondheidsongelijkheid. Hierbij maken we een vergelijking tussen het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, het Vlaams Gewest en het Waalse Gewest³. Dat gebeurde ook al in een recent rapport van het IWEPS⁴ (zie Guio & Mahy, 2013).

3.1. Data

We maken gebruik van de eerste golf van gegevens uit de GGPS-Belgium. De GGPS-Belgium is een panelstudie binnen het internationale 'Generations and Gender Programme' van de UNECE ('United Nations Economic Commission for Europe'). De focus van dit project ligt op demografische en sociale processen doorheen het leven, zoals intergenerationele steun en relatievorming, en op de factoren die deze processen beïnvloeden. Een groot deel van de vragenlijst besteedt aandacht aan de economische situatie van het huishouden, leefomstandigheden, welzijn en gezondheid (Gender and Generations Programme Belgium, 2013; Vandeschrik & De Winter, 2011). Tussen 2008 en 2010 werden de data verzameld door middel van face-to-face interviews bij de Belgische bevolking tussen 18 en 79 jaar. Personen in een instelling, rust-of verzorgingstehuis of gevangenis zijn niet opgenomen in de dataset. In het totaal resulteerde dat in 7.163 interviews, met 3.860 respondenten in Vlaanderen, 680 in het BHG en 2.623 in Wallonië. Via wegingsprocedures controleren we voor eventuele vertekeningen in de representativiteit van de steekproeven voor elk gewest.

3.2. Variabelen

3.2.1. Gezondheid

We focussen op twee gezondheidsmaten: de algemene subjectieve gezondheid en het emotioneel welbevinden. De algemene subjectieve gezondheid meten we aan de hand van een enkele vraag: “Hoe is uw algemene gezondheidstoestand?”. De respondenten konden kiezen tussen vijf antwoordcategorieën (‘Zeer goed’, ‘Goed’, ‘Gaat wel – redelijk’, ‘Slecht’ en ‘Zeer slecht’). Hoewel dit een eenvoudige bevraging van de algemene gezondheidsstatus is, wordt deze maat vaak in internationaal onderzoek gebruikt (Eikemo e.a., 2008; Oslen & Dahl, 2008) en wordt ze gezien als een goede voorspeller van mortaliteit (Idler & Benyamini, 1997). Voor de analyses splitsten we de antwoordcategorieën naar een dichotome variabele: ‘goed tot zeer goed’ en ‘redelijk tot zeer slecht’. Algemene gezondheid wordt in comparatief medisch sociologisch onderzoek veelal zo gebruikt (bijvoorbeeld: Eikemo e.a., 2008; Espelt e.a., 2008).

Ter aanvulling van de eerste algemene maat, gebruiken we het emotioneel welbevinden, dat de mentale⁵ en sociale gezondheidsdimensies vat. Deze maat maakten we aan door de som te nemen van de scores op zeven items, namelijk: “Kunt u aangeven hoe vaak u de voorbije week de volgende gevoelens hebt ervaren? Tijdens de voorbije week ... kon ik een neerslachtige stemming niet van me afschudden, zelfs niet met behulp van familie en vrienden, ...voelde ik mij depressief, ... vond ik mijn leven een mislukking, ... voelde ik mij angstig, ... voelde ik mij eenzaam, ... moest ik huilen.” Deze vragen hadden vier mogelijke antwoorden (‘zelden of nooit’, ‘soms’, ‘vaak’ en ‘altijd of bijna altijd’). Hoe hoger de score op de uiteindelijke schaal (Cronbachs $\alpha = 0.896$), hoe slechter het emotioneel welbevinden.

3.2.2. Armoede

Net zoals er een debat bestaat rond de definitie van armoede, is er ook geen consensus over hoe armoede te meten. Daarom opteren we er in dit onderzoek voor om de armoederealiteit op verschillende manieren te vatten. Ten eerste werken we met een indicator van inkomensarmoede (die vaak wordt gebruikt in cross-nationaal Europees onderzoek (Atkinson e.a., 2012; en zie Levecque e.a., 2011), namelijk een equivalent huishoudinkomen lager dan 60% van het mediaan nationaal inkomen. Inkomensinformatie verkreeg men in de GGPS-Belgium door aan de respondenten te vragen om het totaal beschikbaar huishoudinkomen per maand te schatten. We controleren voor gezinsgrootte- en samenstelling door het gebruik van de gemodificeerde OECD equivalentie-schaal, waarbij de eerste volwassene een gewicht van 1

kent, elke andere volwassene 0,5 en elke persoon jonger dan 14 jaar een gewicht van 0,3 (Atkinson e.a., 2002). 35% van de respondenten beantwoordde de vraag in verband met het maandelijks huishoudinkomen niet. Deze ontbrekende waarden werden geïmputeerd op basis van andere vragen over het inkomen (voor meer informatie zie Foubert, Romagnoli & Van Rossem, 2013).

Als een tweede armoede-indicator gebruiken we een schatting van de materiële deprivatie waarmee een huishouden geconfronteerd wordt. Materiële deprivatie verwijst naar de zaken die een huishouden zich niet (meer) kan veroorloven of activiteiten waaraan het niet (meer) kan deelnemen omwille van financiële beperkingen. Deze indicator werd aangemaakt door middel van verschillende vragen. De eerste reeks informeerde ernaar of het huishouden over voldoende goederen beschikt (met name een kleuren-tv, wasmachine, auto voor privégebruik, vaste telefoon of gsm, videorecorder of dvd-lezer, microgolfoven, computer, afwasmachine, tweede verblijf, internet-aansluiting) met drie mogelijke antwoordcategorieën ('Ja, ik bezit het', 'Nee, ik kan het mij niet veroorloven', 'Nee, ik heb het niet omwille van andere redenen'). De tweede vraag ging erover, of het huishouden met het totale inkomen in staat is om de eindjes aan elkaar te knopen (zes antwoordcategorieën van 'zeer moeilijk' tot 'zeer gemakkelijk') en de derde – een ja/nee-vraag – vroeg of het huishouden het voorbije jaar een of meer rekeningen niet kon betalen door geldgebrek (zoals de huishuur, rekeningen voor elektriciteit, gas of water). Ten vierde waren er de ja/nee-vragen of het huishouden zich een aantal zaken kan veroorloven, indien gewenst, zoals: 'nieuwe kledij kopen, eerder dan tweedehandse', 'de woning voldoende verwarmen', 'jaarlijks één week op vakantie gaan'. Ten slotte kwam de ja/nee-vraag: 'Kan uw huishouden in normale omstandigheden geld opzij zetten om te sparen?'.

De materiële deprivatie-index werd berekend als het aantal van deze 24 items die men zich niet kan veroorloven vanwege financiële belemmeringen. Om de interpreteerbaarheid van de resultaten te vergemakkelijken, telden we ten slotte de bekomen index ($N= 7.146$) van materiële deprivatie op, rekening houdend met de verdeling over de populatie. We weerhielden drie categorieën: 'geen deprivatie' (score 0), 'zeer lichte tot lichte deprivatie' (scores 1 t.e.m. 4) en 'redelijke tot zeer sterke deprivatie' (scores 5 t.e.m. 19).

3.2.3. Analyse

Om de band tussen armoede en gezondheid in de drie gewesten te achterhalen, ondernemen we meerdere stappen. Allereerst beschrijven we de kenmerken van de steekproef. Vervolgens testen we de samenhang tussen

armoede en gezondheid in elk gewest. Dat wordt gedaan aan de hand van chi-kwadraattoetsen (χ^2) voor categorische variabelen, en ANOVA met Bonferroni post-hoc-testen voor de combinatie van categorische en continue variabelen.

In een laatste stap testen we de samenhang tussen armoede en gezondheid, na controle voor de invloed van leeftijd en geslacht. Hierbij wordt ook nagegaan of de regressiecoëfficiënten per gewest significant van elkaar verschillen (zie Cohen, 1983). Omdat deze resultaten geen nieuwigheden aan het licht brengen, worden zij hier niet gerapporteerd.

4. Resultaten

4.1. Beschrijving steekproef

4.1.1. België

De totale steekproef omvat 7.163 respondenten, met een gemiddelde leeftijd van 48 jaar en met 50,3% vrouwen. De verdeling van de respondenten over de gewesten bedraagt: 9,7% uit BHG, 58,4% uit Vlaanderen en 32% uit Wallonië. Wat de materiële deprivatie ($N=7.163$, 0 – 19) betreft, ervaren 32,9% van de respondenten totaal geen deprivatie, 42% ‘zeer lichte tot lichte deprivatie’ en 18,1% ‘redelijke tot zeer ernstige deprivatie’. 17,9% van de respondenten leeft met een huishoudinkomen onder de armoederisicodrempel. 78,3% van de respondenten geeft aan een goede tot zeer goede gezondheid te ervaren, wat betekent dat 21,7% een redelijke tot zeer slechte gezondheid rapporteert ($N=7.163$). De gemiddelde score op de schaal ‘emotioneel welbevinden’ ($N=7.133$, 7 – 28) bedraagt 9,00 ($s=3,30$).

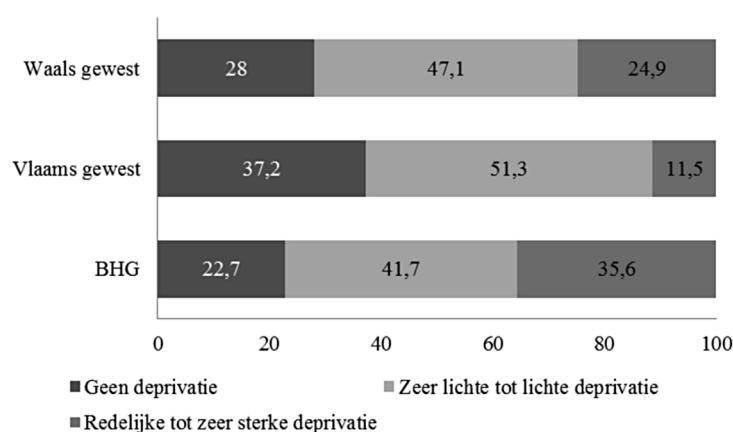
4.1.2. Per gewest

De verdeling tussen mannelijke en vrouwelijke respondenten is quasi identiek in alle regio's: het aandeel vrouwen in het BHG, Vlaanderen en Wallonië is respectievelijk 51,4%, 50,2% en 50,1%. De gemiddelde leeftijd in elke regio is de volgende: 45 jaar in het BHG, en 48 jaar in zowel Vlaanderen als Wallonië. Figuren 1 tot en met 4 geven per gewest de verdeling van de verschillende armoede- en gezondheidsindicatoren visueel weer.

In figuur 1 zien we dat de respondenten uit het BHG relatief gezien het meest aangeven in redelijke tot zeer ernstige materiële deprivatie te leven (35,6%), gevolgd door de 24,9% van de respondenten uit Wallonië. Vlaanderen scoort het beste van de drie, met 11,5% mensen die een ernstige deprivatie ervaren. De cijfers van de EU-SILC geven ook aan dat Vlaanderen een beduidend

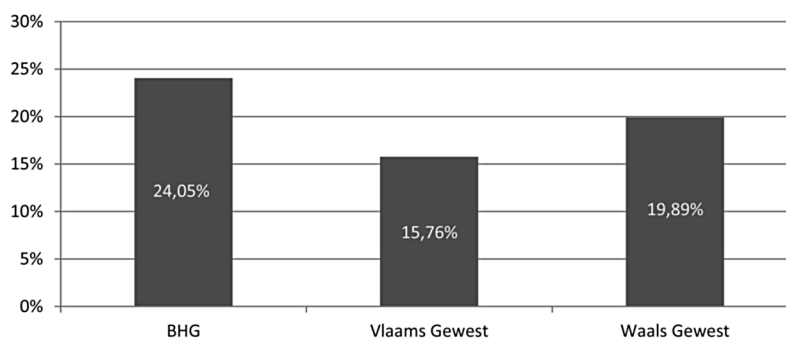
kleiner aandeel inwoners in ernstige materiële deprivatie heeft. De verschillen tussen de gewesten zijn statistisch significant, wat wil zeggen dat de waargenomen verschillen tussen de gewesten in de steekproef niet op toeval berusten.

Figuur 1: Materiële deprivatie, naar gewest.

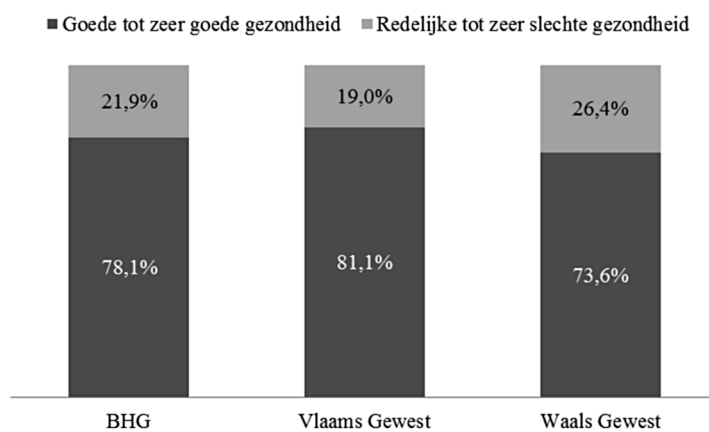


Figuur 2 geeft aan dat het aandeel huishoudens dat in inkomensarmoede leeft het hoogst is in het BHG (24,1%) en het laagst in Vlaanderen (15,8%). Ook hier blijkt dat inkomensarmoede significant verschilt tussen de gewesten.

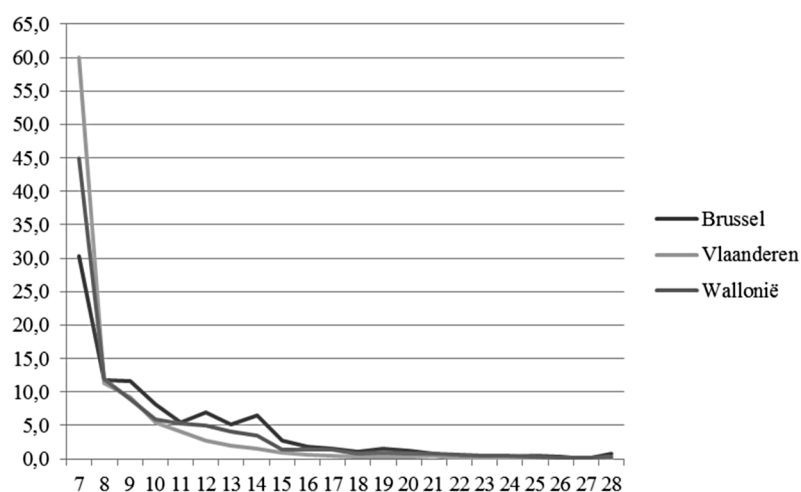
Figuur 2: Proportie van huishoudens met armoederisico, naar gewest.



Bekijken we de gezondheidsmaten, dan zien we in figuur 3 dat het aandeel mensen dat een slechte gezondheid rapporteert het laagst is in het Vlaanderen en in het BHG en dat Wallonië slechter scoort met een aandeel van 26,4%. Deze verschillen zijn statistisch significant.

Figuur 3: Subjectieve algemene gezondheid, naar gewest.

Figuur 4 toont de spreiding van de scores op de schaal 'emotioneel welbevinden' per gewest. De figuur geeft aan dat het aandeel respondenten die geen emotionele problemen ondervinden (score 7) in Vlaanderen (+/- 60%) significant hoger ligt dan in Wallonië (+/- 45%) en dubbel zo hoog is dan in het BHG (+/- 30%).

Figuur 4: Vergelijking van de spreiding van het emotioneel welbevinden, naar gewest.

4.2. Het sociaaleconomisch profiel van mensen in armoede

Vanuit een sociologische visie op de sociale ongelijkheid in gezondheid, is het van belang om de socio-economische kenmerken en leef- en werkomstandigheden van individuen in kaart te brengen. Zowel op het individuele als op hogere maatschappelijke niveaus, zijn dit invloedrijke factoren in de (re)productie van sociale ongelijkheden. In dit onderzoek kunnen we dit doen voor een aantal individuele kenmerken. De onderstaande kruistabellen geven een overzicht van het socio-economisch profiel van mensen die leven in inkomensarmoede (zie tabel 1) en van zij die leven in ernstige materiële deprivatie (zie tabel 2). De kenmerken die we toetsen zijn de volgende: geslacht, huidige nationaliteit, burgerlijke staat, opleidingsniveau, arbeidsmarktpositie, eigenomsstatus en leeftijd. Hierbij worden de proportionele cijfers binnen elk gewest naast elkaar gezet.

Tabel 1: Vergelijking van de socio-economische kenmerken van mensen in inkomensarmoede in België en gewesten.

	BHG	Vlaams Gewest	Waals Gewest	België
Vrouw^a (NS)	53,4%	55,2%	54,9%	54,6%
Nationaliteit^{b***}				
<i>Belg</i>	69,4%	93,9%	88,3%	88,7%
<i>niet-Belg</i>	30,6%	6,1%	11,7%	11,3%
Burgerlijke staat^c				
<i>Nooit gehuwd</i>	28,5%	31,8%	28,9%	30,3%
<i>Gehuwd</i>	53,62%	50,9%	47,5%	50,1%
<i>Gescheiden</i>	12,2%	12,6%	17,5%	14,3%
<i>Verweduwd</i>	5,7%	4,8%	6,0%	5,3%
Opleidingsniveau^{d***}				
<i>Lager onderwijs</i>	27,2%	19,1%	24,8%	22,2%
<i>Lager secundair</i>	24,1%	18,9%	31,9%	24,2%
<i>Hoger secundair</i>	25,4%	40,7%	28,6%	34,4%
<i>Hoger niet-universitair</i>	13,0%	15,4%	9,5%	13,0%
<i>Universitair</i>	10,3%	5,9%	5,2%	6,2%
Arbeidsmarktpositie^{e***}				
<i>Werkend</i>	29,1%	40,9%	30,8%	35,9%
<i>Werkzoekend werkloos</i>	27,7%	7,0%	17,4%	13,3%
<i>Student of leerling in stage</i>	12,8%	13,3%	8,6%	11,6%
<i>Gepensioneerde</i>	11,2%	23,5%	21,5%	21,2%
<i>Ziekte-uitkering</i>	5,3%	4,6%	6,6%	5,4%
<i>Huisvrouw/man</i>	13,3%	10,6%	14,9%	12,4%

Tabel 1: Vergelijking van de socio-economische kenmerken van mensen in inkomensarmoede in België en gewesten. (vervolg)

	BHG	Vlaams Gewest	Waals Gewest	België
Eigendomsstatus^{f***}				
<i>Eigenaar</i>	41,3%	70,0%	61,5%	63,3%
<i>Huurder</i>	55,1%	23,4%	34,4%	31,4%
<i>Andere</i>	3,6%	6,5%	4,1%	5,3%
Leeftijd^{a, b***}	43	47	47	47

* $p < 0,010$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,001$

a) $F = 14.630$, $df = 2$

b) gemiddelde leeftijd van de respondenten, in jaren.

Merk op: percentages zijn de proporties binnen elk gewest van de populatie, levend in ernstige materiële deprivatie.

Tabel 1 toont dat het socio-economisch profiel van mensen in inkomensarmoede niet in elk gewest volledig gelijkloopt⁶. In het BHG is het aandeel personen met een vreemde nationaliteit dat in inkomensarmoede leeft veel hoger dan in de andere gewesten. Andere opvallende kenmerken voor mensen in inkomensarmoede in het BHG zijn, dat velen een zeer laag opleidingsniveau hebben, maar ook dat er een relatief groot aandeel van zeer hoogopgeleiden is. Voorts zijn ze gemiddeld jonger, vaker huurders en werkloos dan in de andere gewesten. In Vlaanderen zijn er dan weer opmerkelijk meer werkenden, gepensioneerden en eigenaars van de eigen woning onder de bevolking met een armoederisico. In vergelijking met de andere gewesten kent Wallonië meer lageropgeleiden, gescheiden mensen, huismoeders/vaders, werklozen en gepensioneerden in inkomensarmoede.

Tabel 2: Vergelijking van de socio-economische kenmerken van mensen die leven in ernstige materiële deprivatie in België en gewesten.

	BHG	Vlaams Gewest	Waals Gewest	België
Vrouw^{***}	54,6%	58,5%	57,5%	57,3%
Nationaliteit^{***}				
<i>Belg</i>	72,2%	91,8%	89,7%	87,2%
<i>niet-Belg</i>	27,8%	8,2%	10,3%	12,8%
Burgerlijke staat^{***}				
<i>Nooit gehuwd</i>	30,9%	22,2%	29,2%	26,9%
<i>Gehuwd</i>	46,7%	45,8%	41,7%	44,2%
<i>Gescheiden</i>	15,8%	25,8%	22,0%	22,3%
<i>Verweduwd</i>	6,6%	6,3%	7,1%	6,7%

Tabel 2: Vergelijking van de socio-economische kenmerken van mensen die leven in ernstige materiële deprivatie in België en gewesten. (vervolg)

	BHG	Vlaams Gewest	Waals Gewest	België
Opleidingsniveau***				
<i>Lager onderwijs</i>	20,2%	18,6%	24,2%	21,4%
<i>Lager secundair</i>	26,7%	24,3%	27,8%	26,3%
<i>Hoger secundair</i>	23,8%	36,9%	30,9%	31,8%
<i>Hoger niet-universitair</i>	16,8%	13,9%	12,6%	13,9%
<i>Universitair</i>	12,6%	6,3%	4,5%	6,7%
Arbeidsmarktpositie***				
<i>Werkend</i>	40,0%	48,4%	41,8%	43,9%
<i>Werkzoekend werkloos</i>	27,3%	8,3%	17,6%	15,9%
<i>Student of leerling in stage</i>	6,4%	4,8%	2,9%	4,3%
<i>Gepensioneerde</i>	8,9%	22,3%	18,6%	18,1%
<i>Ziekte-uitkering</i>	6,2%	9,2%	8,1%	8,1%
<i>Huisvrouw/man</i>	10,8%	6,9%	10,9%	9,4%
Eigendomsstatus***				
<i>Eigenaar</i>	35,5%	53,5%	54,9%	50,7%
<i>Huurder</i>	62,1%	43,8%	40,9%	46,0%
<i>Andere</i>	2,5%	2,7%	4,2%	3,3%
Leeftijd^{a, b}***	43	49	48	47

* $p < 0,010$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,001$

a) $F = 1460,90$, $df = 2$

b) gemiddelde leeftijd van de respondenten, in jaren.

Merk op: percentages zijn de proporties binnen elk gewest van de populatie, levend in ernstige materiële deprivatie.

Tabel 2 toont dat ook het socio-economisch profiel van mensen die ernstige materiële deprivatie ervaren, verschilt tussen de gewesten. In het BHG wordt ten opzichte van de andere gewesten ernstige materiële deprivatie méér ervaren door een gemiddeld jongere populatie, door niet-Belgen, werklozen, studenten, hogeropgeleiden en huurders, terwijl in Vlaanderen deze groep meer gescheiden mensen en gepensioneerden bevat en in Wallonië het vooral om werklozen en laagopgeleiden gaat.

Over de gewesten heen zien we een aantal parallellen in het profiel van personen die in inkomensarmoede en in ernstige materiële deprivatie leven, maar deze vallen niet altijd samen. Dit bevestigt dat beide armoede-indicatoren niet eenzelfde armoederealiteit vatten.

4.3. Armoede en algemene gezondheid gelinkt

In alle gewesten is er een significante samenhang tussen materiële deprivatie en subjectieve gezondheid (zie tabel 3). Het aandeel respondenten dat geen enkele materiële deprivatie ervaart, maar wel een slechte gezondheid rapporteert, is over alle gewesten nagenoeg hetzelfde (tussen 14,4% en 16,9%). Het aandeel mensen in een ernstige materiële deprivatie dat aangeeft een slechte gezondheid te ervaren, is verschillend over de gewesten: namelijk 30,1% in het BHG, 35,89% in Vlaanderen en 37,7% in Wallonië. Het aandeel respondenten dat zowel een lichte materiële deprivatie als een slechte gezondheid rapporteert, is significant hoger in Wallonië (26,2%) dan in Vlaanderen en in het BHG (+/- 18,0%).

Inkomensarmoede en de subjectieve gezondheid hangen in de drie gewesten significant samen (zie tabel 3). Het relatieve aantal respondenten met een slechte gezondheid en wonend in een huishouden met een inkomen boven de armoedegrens, verschilt over de drie gewesten; het bedraagt 19,2% in het BHG, 18,3% in Vlaanderen en 24,1% in Wallonië. Daarbij is het percentage van het BHG en van Vlaanderen significant lager dan dat van Wallonië. Kijken we naar de huishoudinkomens die zich onder de armoedegrens bevinden, dan zijn de interregionale verschillen veel groter. Het aandeel respondenten onder de armoedegrens dat aangeeft een slechte gezondheid te hebben, bedraagt 22,5% in Vlaanderen, 30,0% in het BHG en 35,6% in Wallonië. Het percentage in Wallonië is beduidend hoger dan in de andere regio's, zeker ten opzichte van Vlaanderen.

Tabel 3: Verdeling van goede en slechte gezondheid naar materiële deprivatie en armoederisico (in %), per gewest.

	BHG		Vlaams Gewest		Waals Gewest	
	Slechte gezondheid	Goede gezondheid	Slechte gezondheid	Goede gezondheid	Slechte gezondheid	Goede gezondheid
<i>Materiële deprivatie</i>						
Geen deprivatie	14,7	85,3	14,4	85,6	16,9	83,1
Zeer lichte tot lichte deprivatie	18,7	81,3	18,5	81,5	26,2	73,8
Redelijke tot zeer ernstige deprivatie	30,1	69,9	35,9	64,1	37,7	62,4

Tabel 3: Verdeling van goede en slechte gezondheid naar materiële deprivatie en armoederisico (in %), per gewest. (vervolg)

	BHG		Vlaams Gewest		Waals Gewest	
	Slechte gezondheid	Goede gezondheid	Slechte gezondheid	Goede gezondheid	Slechte gezondheid	Goede gezondheid
<i>Armoederisico</i>						
Inkomen onder armoederempel	30,0	70,0	22,5	77,5	35,6	64,4
Inkomen boven armoederempel	19,2	80,8	18,3	81,7	24,1	76,0

χ^2 -test_materiële deprivatie: df=2; BHG: $\chi^2=16,069$ (p<0,000); Vlaams Gewest: $\chi^2=111,034$ (p<0,000); Waals Gewest $\chi^2=67,078$ (p<0,000)

χ^2 -test_armoederisico: df=1; BHG: χ^2 (min-max)= 3,88 – 14,84 (p<0,050 – p<0,000); Vlaams Gewest: χ^2 (min-max)= 1,809 – 13,37 (p=0,179 – p<0,000); Waals Gewest: χ^2 (min-max)= 13,96 – 36,01 (p<0,000 – p<0,000).

4.4. De samenhang tussen armoede en emotioneel welbevinden

Uit de analyses blijkt dat inkomensarmoede significant samenhangt met het emotioneel welbevinden van de respondenten in alle gewesten (zie tabel 4). Mensen die in een huishouden leven onder de armoederempel hebben steeds gemiddeld een hogere score op de schaal, dus een slechter emotioneel welbevinden, dan zij die onder deze grens zitten. Het verschil tussen Vlaanderen en het BHG is betrekkelijk groot, met de Waalse gemiddelden er net tussenin. Verder valt ook op dat het verschil tussen de gemiddelde scores op het emotioneel welbevinden van mensen boven en onder de armoedegrens in Vlaanderen ($\Delta=0,54$) veel kleiner is dan in Wallonië ($\Delta=0,65$) en in het BHG ($\Delta=1,38$).

Tabel 4: Gemiddeld emotioneel welbevinden naar armoederisico en materiële deprivatie, per gewest.

	BHG	Vlaams Gewest	Waals Gewest
<i>Armoederisico a</i>			
Inkomen onder armoederempel	11,5	8,9	10,2
Inkomen boven armoederempel	10,2	8,3	9,5

Tabel 4: Gemiddeld emotioneel welbevinden naar armoederisico en materiële deprivatie, per gewest. (vervolg)

	BHG	Vlaams Gewest	Waals Gewest
<i>Materiële deprivatie b</i>			
Geen deprivatie	9,6	8,0	8,6
Zeer lichte tot lichte deprivatie	9,9	8,3	9,5
Redelijke tot zeer ernstige deprivatie	11,7	9,8	11,1
F (df)	18,858 (2)***	98,266(2)***	63,377(2)***

= $p < 0,01$; *= $p < 0,001$

a: anova-test, armoederisico: $df(1)$; BHG: $F(\min)=8,551$, ($p=0,004$); Vlaanderen: $F(\min)=11,748$, ($p=0,001$); Wallonië: $F(\min)=4,758$, ($p=0,029$)

b: Bonferroni_materiële deprivatie: BHG: Δ sterke-geen= 2,11***, Δ sterke-lichte=1,83***, Δ lichte-geen= 0,29; Vlaams Gewest: Δ sterke-geen= 1,82***, Δ sterke-lichte=1,51***, Δ lichte-geen=0,30**; Waals Gewest: Δ sterke-geen= 2,46***, Δ sterke-lichte=1,57***, Δ lichte-geen=0,88***.

Ook materiële deprivatie en emotioneel welbevinden hangen in alle drie de gewesten significant samen (zie tabel 4). Over het algemeen stellen we vast, dat personen die een redelijke tot ernstige materiële deprivatie ervaren een slechter emotioneel welbevinden hebben dan personen die geen of een lichte materiële deprivatie ervaren. Het verschil tussen personen die ernstige materiële deprivatie ervaren en zij die dat absoluut niet doen, is het grootst in Wallonië, gevolgd door het BHG. Tussen de gewesten lijken er ook verschillen te zijn; kijken we naar de respondenten die een hoge materiële deprivatie ervaren, dan krijgen we het volgende patroon: Vlamingen ($\bar{x} = 9,8$) rapporteren een significant beter emotioneel welbevinden dan Walen ($\bar{x} = 11,1$) of dan inwoners van het BHG ($\bar{x} = 11,7$).

4.5. Samenvatting

Een vergelijking tussen de gewesten van het socio-economisch profiel van mensen die in inkomensarmoede leven en mensen die ernstige materiële deprivatie ervaren, geeft ons een eerste zicht op het feit dat de armoedereality niet overal dezelfde is en dat inkomensarmoede niet exact dezelfde personen treft als materiële deprivatie dat doet. Deze diversiteit in de armoedesituatie zal dan ook in elk gewest gepaard gaan met andere gezondheidsprofielen.

De analyses tonen aan dat de samenhang tussen materiële deprivatie met algemene gezondheid enerzijds en met emotioneel welbevinden anderzijds, verschillende patronen vertoont over de regio's. Relatief gezien, ervaren bewoners met een inkomen onder de armoederisicodrempel in Wallonië een slech-

tere algemene gezondheid dan deze in Vlaanderen en het BHG. Bewoners van het BHG die in inkomensarmoede leven, kampen eerder met een laag emotioneel welbevinden en dit is beduidend sterker dan voor deze bevolkingsgroep in Wallonië en Vlaanderen.

Het aandeel personen in ernstige materiële deprivatie, die aangeven een slechte gezondheid te hebben, is relatief het hoogst in Wallonië en het laagst in het BHG. Wat het emotioneel welbevinden betreft van mensen met een hoge materiële deprivatie, zijn de gemiddelde scores dan weer het slechtst in het BHG en het best in Vlaanderen. Hoewel de maat 'algemene gezondheid', zowel de fysieke als de mentale gezondheid bevat, blijkt uit deze cijfers dat het leven in materiële deprivatie in het BHG vooral een weerslag heeft op het emotioneel welbevinden. Ongeacht de focus op materiële deprivatie of inkomensarmoede van huishoudens, schijnt armoede minder invloed op de algemene gezondheid en het emotioneel welbevinden te hebben in Vlaanderen dan in Wallonië of het BHG. Het lijkt er dus op dat de bewoners in elke regio anders reageren op de ene of de andere armoedesituatie.

5. Gezondheidsongelijkheid verklaard: selectie en/of causatie?

In deze paragraaf geven we een korte schets van de belangrijke mechanismen die in de literatuur naar voren komen om de sociale gradiënt te begrijpen. De opzet van dit onderzoek was niet om extra materiaal aan te reiken ter ondersteuning van bepaalde causaliteiten, maar de gevonden resultaten kunnen naast onderstaande hypothesen worden geplaatst.

Hoe komen gezondheidsongelijkheden tot stand? In deze bijdrage focussen we op de sociale condities en mechanismen en niet op genetische predisposities en biologische processen, die gezondheidsverschillen veroorzaken. Het WHO ziet sociale ongelijkheid in gezondheid, als de vermijdbare verschillen tussen groepen van mensen binnen en tussen landen. De mogelijke sociale determinanten van gezondheidsongelijkheden zijn in verschillende wetenschapsdomeinen al uitvoerig onderzocht (Link & Phelan, 1995).

In de gezondheidssociologie en op andere onderzoeksdomeinen heerst al enkele decennia een discussie over de causale richting tussen sociale condities en gezondheid (Oakes & Rossi, 2003; Mackenbach, 2006). Ook het verband tussen (geestelijke) gezondheid en sociaaleconomische onzekerheid omvat dus twee dimensies. De wisselwerking tussen (geestelijke) gezondheid en bestaansonzekerheid, die hier specifiek aan armoede wordt gelinkt, is bijgevolg bijzonder complex. Die interactie lijkt uitgesproken idiosyncratisch te

64 – HOOFDSTUK 2

zijn en is afhankelijk van het individu en van de specifieke omstandigheden; er bestaat hierover geen consensus. Hieronder beschrijven we kort wat elk van beide dimensies inhoudt.

5.1. Sociale selectieprocessen

Gezondheidsproblemen kunnen negatieve gevolgen hebben voor de sociale condities van het individu, op economische (zoals inkomen en beroepsstatus), sociale (zoals participatie en sociale steun) en andere maatschappelijke domeinen. Het centrale idee van de selectiebenadering is met andere woorden dat verschillen in gezondheid leiden tot verschillen in socio-economische posities. Mensen met een slechtere gezondheid hebben minder kans om een diploma hoger onderwijs te behalen, of een goedbetaalde job te krijgen, maar wel een grotere kans op een job met een lage status en op armoede. De selectieverklaring refereert dus aan het feit dat tijdens het proces van sociale mobiliteit (verandering van socio-economische positie) een selectie op basis van gezondheid gebeurt (Mackenbach, 2006). Mensen met een slechtere gezondheid zouden dus eerder geneigd zijn een neerwaartse mobiliteit te ervaren. Trekken we deze redenering door, dan zou het hogere aandeel ziektes (zoals psychiatrische stoornissen) bij de lagere sociale klassen (on)rechtstreeks het gevolg zijn van neerwaartse mobiliteit, die veroorzaakt wordt door de aanwezigheid van een ziekte, of door de aanwezigheid van risicofactoren daartoe (Levecque, 2006).

Deze benadering vond vooral in de jaren 1970 en 1980 ingang met betrekking tot de impact van ernstigere mentale ziektes, zoals schizofrenie, op sociale mobiliteit (o.a. Eaton, 1980), maar werd ook door vele onderzoeken bekritiseerd omwille van de inconsistente bevindingen (o.a. Fox, 1990; Levecque, 2006). We moeten ervan uitgaan dat mentale of persoonlijkheidsstoornissen bijdragen tot de precarisering van individuen, omwille van de veranderingen die deze geestesziekten teweeg kunnen brengen met betrekking tot de sociale, relationele en economische competenties en de integratie van het individu in zijn of haar leefomgeving, evenals zijn of haar basisbehoeftes.

5.2. Sociale causatieprocessen

De 'sociale causatiehypothese' keert de volgorde van de selectiehypothese om: sociale condities hebben een belangrijke impact op gezondheid en ziekte van individuen. Dit proces speelt op meerdere niveaus: micro (zoals gender, beroepsstatus), meso (zoals sociale steun in de gemeenschap, aanwezigheid van zorgdiensten) en macro (zoals reguleringen in de sociale zekerheid, discriminatie). Nemen we hetzelfde voorbeeld als hierboven, dan kunnen we een

langdurige depressie ook zien als een gevolg van de accumulatie van sociale stressfactoren (zoals onstabiele werkomstandigheden, financiële problemen, slechte toegang tot gezondheidspreventie). De gezondheidssociologie en sociale epidemiologie vonden over de jaren heen materiaal voor de wezenlijke rol van sociale omstandigheden als oorzaak van ziekte en gezondheid (Link & Phelan, 1995; Mackenbach, 2006).

5.2.1. *Armoede als een 'fundamentele oorzaak'*

Een belangrijke bijdrage tot inzicht in de mechanismen van de sociale causatie is de theorie van de 'fundamentele oorzaak' van Link en Phelan (1995). Zij menen dat bepaalde sociale condities een langdurige associatie hebben met gezondheidsuitkomsten, zelfs als de onderliggende mechanismen veranderen. Die fundamentele oorzaken hebben als essentiële eigenschap dat ze wel of niet toegang verlenen tot hulpmiddelen (*resources*) die kunnen bijdragen tot het vermijden van risico's voor hun gezondheid, of tot het beperken van de gevolgen van ziekte. Deze hulpbronnen zijn onder andere geld, kennis, macht, prestige en een stevig sociaal netwerk (De Boyser & Levecque, 2007).

Zoals armoede in dit Jaarboek wordt gedefinieerd, namelijk als een "netwerk van sociale uitsluitingen dat zich uitstrekt over meerdere gebieden van het individuele en collectieve bestaan" (Vranken & Geldof, 1998), kan armoede ook worden gezien als een fundamentele oorzaak van gezondheid. Door die meervoudige sociale uitsluiting hebben mensen die leven in armoede immers vaak een tekort aan die hulpbronnen, die bijdragen tot een goede gezondheid. We denken onder meer aan geldgebrek, een slechte woonomgeving, een tekort aan kennis over gezonde voeding.

5.2.2. *(Mentale) gezondheid en de hypothese van maatschappelijke kwetsbaarheid*

De hypothese van 'victimisatie of maatschappelijke kwetsbaarheid' stelt dat de allerarmsten vaker kampen met psychische stoornissen (Fortin, 1989). We wijzen erop dat deze hypothese ervan uitgaat dat indien meer personen uit de zogenaamde achtergestelde klassen te maken krijgen met psychologische problemen, dit in de eerste plaats in verband moet worden gebracht met de bijzonder moeilijke en oncomfortabele levensomstandigheden en meer in het bijzonder met de vervulling van hun basisbehoeften. Van alle elementen die deze levensomstandigheden kenmerken, zijn er volgens de onderzoeksteams enkele die van doorslaggevend belang lijken te zijn: stress (als gevolg van

66 – HOOFDSTUK 2

ingrijpende en/of terugkerende stressfactoren), een beperkt sociaal vangnet en tot slot het feit dat de betrokkenen geen vat hebben op hun eigen leven. We gaan hieronder dieper op deze drie elementen in.

Wat het eerste element betreft, wijzen we erop dat al lang erkend en geweten is dat individuen uit sociaal achtergestelde klassen meer ziekten ontwikkelen als gevolg van hun moeilijke levensomstandigheden, waardoor ze vatbaarder zijn voor tegenslagen of stress. Tegelijk zijn ze op sociaal en persoonlijk vlak minder goed gewapend om die problemen aan te pakken en ze onder controle te krijgen.

Het gebrek aan een sociaal vangnet is dan een tweede element van hun armoedige levensomstandigheden. Verscheidene onderzoeken hebben aangetoond dat personen uit achtergestelde milieus een zeer beperkte entourage hebben. Relaties met familie en naasten lijken binnen de armere klassen minder ondersteunend en zelfs eerder negatief geladen te zijn. De omvang van het persoonlijke netwerk of het sociale vangnet lijkt afhankelijk te zijn van het inkomensniveau: hoe hoger het inkomen, hoe groter en beter het netwerk of vangnet (dus zowel kwantitatief als kwalitatief). Het ontbreken van een dergelijk netwerk en sociaal vangnet resulteert niet alleen in een grotere bestaans-onzekerheid, en dus doorgaans ook in een grotere vatbaarheid voor gezondheidsproblemen, maar leidt ook vaak tot vereenzaming, wat dan weer een impact heeft op de mentale gezondheid van het individu.

Het laatste element in deze hypothese betreft het gevoel van onvermogen en minderwaardigheid waar personen met een laag inkomen mee af te rekenen krijgen. In vergelijking met de andere klassen hebben de armste sociale klassen de minste invloed en macht in de maatschappij en hebben ze weinig 'greep' op hun dagelijkse leven en zijn ze minder in staat om daarin in te grijpen. In het verlengde daarvan vertonen en/of ontwikkelen de individuen uit die armste sociale klassen vaak persoonlijke functioneringskenmerken waardoor ze minder goed kunnen omgaan met dagelijkse, of meer ingrijpende stresssituaties.

Bovenstaande mechanismen die op individueel niveau inwerken op gezondheidsuitkomsten, kunnen we koppelen aan het socio-economisch profiel van mensen in armoede. De sociale steun en de kennis (en dus macht) waarop een recente immigrant een beroep kan doen, zullen anders zijn dan die van een pas gescheiden, werkloze moeder. Hun armoederealiteit is anders gekleurd en zo zal hun gezondheid ook op een andere manier onderhevig zijn aan de stressvolle gebeurtenissen die ze beleven. Evenwel spelen niet enkel processen op het individueel niveau hierbij een rol. In de volgende paragraaf worden twee andere processen toegelicht.

5.2.3. *Hypothese van ongelijke toegang en kwaliteit van zorg*

Het lijkt zinvol om nog een andere hypothese te belichten, namelijk die van 'ongelijke toegang tot zorg en zorgkwaliteit'. Een van de redenen waarom armen vaker met gezondheidsproblemen te maken krijgen, heeft volgens deze hypothese te maken met het feit dat ze minder toegang hebben tot (kwaliteitsvolle) zorg. We kunnen dit aspect echter in vraag stellen: doen armen minder vaak een beroep op (gezondheids)zorg of lijkt de toegang tot die zorg voor hen te complex of te beperkt⁷? Deze hypothese wordt empirisch bevestigd door onderzoeken die aantonen dat het sociaaleconomische niveau een rechtstreekse correlatie vertoont met de kans om voor behandeling toegelaten te worden. Die zorg lijkt dus weinig en moeilijk toegankelijk te zijn. Het is precies die zorgongelijkheid die voor problemen zorgt: het herstel verloopt moeizamer, duurt langer en verhoogt dus het gevaar voor hervallen. Dat vooral personen met een laag inkomen de dupe zijn van die ongelijkheid verklaart mogelijk het vaak chronische karakter van zowel lichamelijke als geestelijke gezondheidsproblemen.

Daar de resultaten uit drie verschillende gewesten in dit hoofdstuk centraal staan, dient dit laatste mechanisme – de toegang tot en de kwaliteit van de dienstverlening – ook in de ruimere socio-economische en politieke context te worden geplaatst.

5.2.4. *Beleidscontext*

Binnen de sociale causatieverklaringen, hebben processen die in de context spelen ook een relevante rol. Die 'context' bevat een waaier aan structurele, culturele en functionele kenmerken van de samenleving die een belangrijke rol spelen bij de (re)productie van sociale stratificatiepatronen en bijgevolg ook van gezondheidsongelijkheden (WHO, 2007). De sociale determinanten van gezondheid worden gevormd door de wijze waarop de schaarse bronnen door het beleid worden (her)verdeeld.

In de inleiding werd het meerlagige karakter van ons politiek systeem al aangehaald. Het gezondheidsbeleid is grotendeels ingebed in het beleid rond armoedebestrijding, zowel op federaal als op de regionale en lokale niveaus⁸. Aangezien in België het gezondheidsbeleid een regionale bevoegdheid is, terwijl de sociale zekerheidsmaatregelen op het federale niveau worden bepaald, zou deze opsplitsing kunnen leiden tot interregionale verschillen in de impact van armoederealiteiten op de gezondheidsuitkomsten.

6. Conclusie en enkele openstaande vragen

In recente regionale en federale rapporten rond de welvaart en het welbevinden in België, wordt steeds aan de alarmbel getrokken: de sociale ongelijkheid wordt steeds groter en dit niet enkel op het vlak van inkomen (zie o.a. Coene e.a., 2013). Het verband tussen armoede en gezondheid wordt in de internationale literatuur uitvoerig onderzocht. Ook in België krijgt de sociale ongelijkheid in gezondheid steeds meer aandacht (zie Vranken, De Boyser & Dierckx, 2006). Beleidsmatig is het Recht op Gezondheid één van de zes doelstellingen van het Federaal Plan Armoedebestrijding 2012⁹.

De opzet van dit hoofdstuk was om het verband tussen armoede en gezondheid in het BHG, Vlaanderen en Wallonië naast elkaar te leggen. Hiertoe gebruikten we data uit de 'Gender & Generations-Survey Belgium' die verzameld werden tussen 2008 en 2010. Gezien de complexiteit van het begrip armoede en de multidimensionale aard van dit fenomeen, opteerden we om armoede niet enkel als een risico op inkomensarmoede te definiëren. Daarom maakten we naast het risico op inkomensarmoede ook een index van materiële deprivatie aan. Deze hebben we gelinkt aan twee gezondheidsuitkomsten: algemene gezondheid en emotioneel welbevinden.

We maakten een interregionale vergelijking van het socio-economisch profiel van de mensen die onder de armoededrempel leven en die ernstige materiële deprivatie ervaren. Het merendeel van deze individuele kenmerken wordt gemeten in de sociale indicatoren voor gezondheidsongelijkheden. In de vergelijking viel op dat mensen die in armoede leven, in elk gewest andere specifieke kenmerken vertonen, hoewel er ook veel parallellen zijn. Ook het IWEPS wees daarop in zijn Armoederapport 2013 (Guio & Mahy, 2013). Het socio-economisch profiel van mensen onder de armoededrempel en zij die ernstige materiële deprivatie ervaren, overlapt niet volledig. Deze vaststelling beklemtoont de relevantie van het meten van meerdere armoededimensies en niet enkel van inkomensarmoede, om de armoederealiteit en de link met gezondheidsuitkomsten ruimer te vatten.

Het is niet nieuw dat we voor heel België de vaststelling kunnen maken dat zowel inkomensarmoede als materiële deprivatie een negatieve invloed hebben op de algemene gezondheid en op het emotioneel welbevinden. Uit dit onderzoek bleek dat armoede en gezondheid niet in alle gewesten op dezelfde manier met elkaar zijn verbonden. Wat de algemene gezondheid betreft, heeft inkomensarmoede een beduidend sterkere, negatieve invloed op de algemene gezondheid in het BHG en Wallonië dan in Vlaanderen. De samenhang tussen het ervaren van ernstige materiële deprivatie en een slechte

algemene gezondheid, is het sterkst in Wallonië en het zwakst in het BHG. De invloed van armoede op het emotioneel welbevinden over de gewesten spooft niet met de resultaten voor algemene gezondheid. Mensen die onder de armoededrempel leven, rapporteren een veel slechter emotioneel welbevinden in het BHG dan in Wallonië of Vlaanderen. Ook als we focussen op de ervaring van ernstige materiële deprivatie, scoren de inwoners van het BHG het slechtst.

We kunnen besluiten dat in België de verschillende armoederealiteiten zich op een andere manier manifesteren in gezondheidsuitkomsten, naargelang van de woonplaats. Het leven in armoede in het BHG blijkt vooral een weerslag te hebben op de mentale en sociale gezondheid, terwijl de mensen in armoede in Wallonië in grote getale een slechtere algemene gezondheid rapporteren. Vlaanderen komt steeds als beste naar voren.

Dit onderzoek heeft enkele methodologische tekortkomingen. Zoals we in het theoretisch deel al aangaven, is het ook hier onmogelijk om met zekerheid te spreken van causaliteit. Ter verklaring van het verband in de drie gewesten, hebben we gekozen om voornamelijk correlaties te rapporteren. Onze bespreking van de mogelijke invalshoeken op gezondheidsongelijkheden en op de specifieke mechanismen, geeft aan dat allesomvattende verklaringen niet evident zijn. Het gezegde ‘arm maakt ziek, ziek maakt arm’, is dan ook zeker niet uit de lucht gegrepen.

De bevindingen van dit onderzoek zetten ons aan tot het formuleren van enkele vragen. Om meer inzicht te krijgen in de verklaring van de interregionale verschillen, dient zich ten eerste de vraag aan of – en in welke mate – we in het verband tussen armoede en gezondheid eerder te maken hebben met compositionele effecten – effecten die te maken hebben met de samenstelling van kenmerken van individuen die eenzelfde leefomgeving delen – of dat er sprake is van contextuele invloeden – dat zijn kenmerken van de leefomgeving, los van de individuen. In de realiteit is er meestal sprake van een wisselwerking tussen beide. Beide zaken kunnen we terugkoppelen naar wat we in de onderzoeksresultaten en de verklaringen voor gezondheidsongelijkheden al aangaven: de compositionele effecten slaan op het verschillend socio-economisch profiel naargelang van de armoede-indicator in elk gewest; de contextuele invloed wijst op de politieke context, met name op het beleid dat gericht is op het verminderen van die ongelijkheid. De complexiteit van de verdeling van de bevoegdheden inzake deze materie in België, zal een wezenlijke invloed hebben op de gevolgen van armoede op gezondheid in de verschillende gewesten.

70 – HOOFDSTUK 2

Een tweede aandachtspunt heeft betrekking op de tijdsdimensie (zie bijvoorbeeld Benzeval & Judge, 2001). We kunnen bijkomende inzichten verwerven als we een interregionale vergelijking kunnen maken van het effect van acute en langdurige armoede op verschillende gezondheidsuitkomsten. Fysieke, mentale en sociale gezondheidsdimensies zouden op een andere manier onderhevig kunnen zijn aan acute, tijdelijke of chronische armoede.

Noten

1. Jacob Bernard heeft meegewerkt aan dit hoofdstuk als deskundige voor het theoretische luik, met name betreffende de link tussen armoede en mentale gezondheid.
2. Vanuit sociologisch oogpunt hanteren we de definitie van gezondheid van het WHO (1946), namelijk: “Gezondheid als een staat van complete fysieke, mentale en sociaal welbevinden en niet louter de afwezigheid van ziekte”.
3. Om de leesbaarheid te vergemakkelijken worden de gewesten in het vervolg afgekort als BHG (Brussels Hoofdstedelijk Gewest), Vlaanderen (Vlaams Gewest) en Wallonië (Waals Gewest).
4. IWEPS: ‘Institut Wallon de l’Evaluation et de la Prospective et de la Statistique’ – Waals Instituut voor Evaluatie, Toekomstverwachting en Statistiek.
5. Volgens de WGO is geestelijke gezondheid niet alleen het ontbreken van mentale problemen, maar moet dit eerder worden gezien als een toestand van welbevinden waardoor het individu zijn of haar capaciteiten erkent en in staat is om met de normale stress van iedere dag om te gaan, op een productieve en succesvolle manier te werken en bij te dragen tot de gemeenschap.
6. Merk op dat deze relatieve aandelen afhankelijk zijn van de proportionele verhoudingen van deze kenmerken in de gehele populatie. Omwille van het opzet van dit hoofdstuk kozen we ervoor om enkel de proportionele cijfers binnen de populatie levend in inkomensarmoede of in ernstige materiële deprivatie te weergeven.
7. De data uit de GGPS laten ons niet toe te toetsen welke specifieke rol de toegang tot (gezondheids)zorg in de invloed van armoede op gezondheid in elk gewest invult. De Nationale Gezondheidsenquêtes bevatten wel uitvoerige gegevens over het gebruik van specifieke gezondheidsdiensten.
8. Federaal: zie bijvoorbeeld het ‘Federaal Plan Armoedebestrijding 2008-2012’. Regionaal: zie bijvoorbeeld het Vlaams Actieplan Armoedebestrijding 2010-2014; de Brusselse Beleidsnota Armoedebestrijding 2009-2014; de organisatie ‘Reseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté’ opgericht in 2003.
9. Voor meer info verwijzen we naar de website van de POD Maatschappelijke Integratie: Armoedebeleid / *SPP Intégration Social: Politique de lutte contre la pauvreté*. www.mi-is.be/sites/default/files/doc/fpa_2012_nl.pdf