

Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting

●● Feiten en cijfers

● Hebben mensen die in armoede leven een slechtere gezondheid?

Ja. Uit cijfers blijkt dat mensen met een lagere sociale status (opleidingsniveau, activiteitsstatus, inkomensniveau) vaak in slechtere gezondheid verkeren, een verminderde toegang tot de gezondheidszorg hebben en vroeger sterven dan mensen met een hogere positie op de sociale ladder.

Toelichting:

Naarmate een individu een lagere socio-economische positie inneemt, heeft hij/zij meer kans een slechte gezondheid te hebben. [Recent onderzoek van het Federale Wetenschapsbeleid](#) toont aan dat belangrijke ongelijkheden gezondheid tussen de verschillende socio-economische groepen bovendien niet verminderen. Integendeel, de ongelijkheden tussen sommige groepen hebben eerder de tendens toe te nemen.

Zo zijn de sociale ongelijkheden in mortaliteit toegenomen in de loop van het laatste decennium. Tussen 1991 en 2001 is de levensverwachting van de Belgen globaal gezien toegenomen voor alle opleidingsniveaus, maar de stijging is veel meer uitgesproken voor de hoger opgeleiden. Dat verklaart de toename van de ongelijkheid. Wie geen enkel onderwijs volgde, gaat in 2001 gemiddeld 7,5 jaar vroeger dood dan de hoogst geschoolde; in 1991 was dit 5,2jaar. (bron: Federaal Wetenschapsbeleid (2010), [Gezondheidskloof tussen sociale groepen neemt toe](#), Persbericht 4 mei 2010)

Tabel 9a: Levensverwachting op 25 jaar bij mannen volgens opleidingsniveau, 1991 en 2001

Opleidingsniveau	1991	2001
Hoger	52.68	55.03
Hoger middelbaar	50.59	52.52
Lager middelbaar	49.66	51.33
Lager	47.84	49.29
Geen diploma	47.45	47.56
Totaal	49.15	51.38

bron: Federaal Wetenschapsbeleid (2010), [Gezondheidskloof tussen sociale groepen neemt toe](#), Persbericht 4 mei 2010

Ook in de te verwachten gezonde levensjaren is de ongelijkheid toegenomen. Een vrouw die geen onderwijs genoot, heeft in 2004 ruim 18 minder gezonde levensjaren te verwachten dan de hoogst geschoolde vrouwen; in 1997 was dit 11,5 jaar.

Tabel 9b: Levensverwachting in goede gezondheid op 25 jaar bij vrouwen volgens opleidingsniveau, 1997 en 2004

Opleidingsniveau	1997	2004
Hoger	44.73	47.10
Hoger middelbaar	43.41	41.27
Lager middelbaar	40.88	42.01
Lager	34.70	36.27
Geen diploma	33.31	28.92
Totaal	38.91	40.42

bron: Federaal Wetenschapsbeleid (2010), [Gezondheidskloof tussen sociale groepen neemt toe](#), Persbericht 4 mei 2010

Ongelijkheden met betrekking tot gezondheid treffen kinderen reeds voor de geboorte en zetten zich verder tijdens de volledige ontwikkeling. Kinderen die in armoede moeten leven, groeien op in omstandigheden die hun fysieke en mentale ontwikkeling in gevaar brengen. (bron: Kinderrechtencoalitie Vlaanderen vzw (2010), [Alternatief Rapport van de NGO's over de toepassing van het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind in België](#)) In Brussel hebben kinderen die geboren worden in een huishouden zonder inkomen uit arbeid 2 keer meer kans om dood geboren te worden of te sterven in de eerste levensmaand dan kinderen in een huishouden met 2 inkomens. Het verschil in foeto-infantiele mortaliteit tussen de armste en de meeste welstellende sociale klassen is tussen de periodes 1998-2002 en 2003-2007 groter geworden. Deze stijging is voornamelijk het gevolg van de toename van de doodgeboorten bij kinderen uit de armste gezinnen. (bron: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad (2010), [Welzijnsbarometer. Brussels Armoederapport 2010](#)) Onderzoek in Vlaanderen wijst op een duidelijke overmaat van multipariteit bij moeders met een lager opleidingsniveau, meer malformaties en meer perinatale en foeto-infantiele sterfte. De onderzoekers besluiten: 'De toename van de foetale sterfte (mors in utero) toont duidelijk dat het niet alleen om een "information gap" gaat (gebrek aan skills, hygiëne bij de verzorging van de neonat) maar dat de generatie armen grondiger " biologisch" zijn benadeeld. Carentiële factoren in utero werken verder doorheen de generaties. Ze zijn ook voorbeschikkend naar latere pathologie (diabetes, vaatziekten) en hypothekeren de hele levensverwachting. Deze transgenerationale carenties kunnen vóór en tijdens de zwangerschap ook niet meer worden "ingehaald", door voedings- en vitaminesupplementen bijvoorbeeld.' (bron: Cammu H. et al. (red.) (2010), Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2009. Brussel, Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE), p. 81)

Wat betreft tieners toont een internationaal, longitudinaal onderzoek van [Health Behaviour in School-aged Children \(HBSC\)](#) aan dat tussen jongeren ongelijkheden bestaan met betrekking tot gezondheid die in verband kunnen worden gebracht met hun sociale afkomst. Jongeren uit minder gegoede gezinnen schatten hun gezondheid slechter in dan meer gegoede gezinnen en hebben ook meer gezondheidsklachten.

Volgens de [Gezondheidsenquête, België, 2008](#) is er een duidelijke samenhang tussen opleidingsniveau en subjectieve gezondheid: lager opgeleiden geven vaker aan in slechte gezondheid te zijn dan hoger opgeleiden. Deze sociale ongelijkheid wijzigt niet doorheen de tijd (1997 tot 2008). Inzake chronische aandoeningen rapporteren lager geschoolden relatief meer chronische aandoeningen dan hoger geschoolden. Sociale ongelijkheden in de prevalentie van chronische aandoeningen werden al in de eerste gezondheidsenquête van 1997 vastgesteld en worden bevestigd in alle daaropvolgende enquêtes. Langdurige beperkingen komen meer voor bij lager dan bij hoger geschoolden en laag geschoolden worden ook meer door functionele beperkingen getroffen dan hoog geschoolden. Naarmate het opleidingsniveau daalt, stijgt de proportie mensen dat pijn lijdt. Het risico op het melden van pijn is twee maal zo groot bij de laagst opgeleiden in vergelijking met de hoogst opgeleiden. Het psychisch onwelbevinden is min of meer gelijk gespreid over de verschillende opleidingsgroepen. Bij de laagst opgeleiden wordt het hoogste percentage van mensen teruggevonden dat een psychisch onwelbevinden rapporteert (29,4%). Er is wel niet echt sprake van een sociale gradiënt bij de bevolking vermits het percentage mensen dat een psychisch onwelbevinden rapporteert, niet eenduiding varieert volgens opleidingsniveau. Het gaat meer om kleine verschillen tussen de laagst en de hoogst opgeleiden. Zwaarlijvigheid is duidelijk sociaal gekleurd. Het risico op zwaarlijvigheid is 2,3 maal groter bij de laagst opgeleiden dan bij de hoogst opgeleiden. Er is een duidelijke gradiënt: bij hoger opleidingsniveau, daalt het relatief aantal personen dat aan zwaarlijvigheid lijdt. Sociale ongelijkheden in zwaarlijvigheid zijn zeer stabiel doorheen de tijd. (bron: Demarest S., Drieskens S., Gisle L. e.a. (2010), [Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport V - Sociaal-Economische Ongelijkheden in Gezondheid](#). Brussel, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid)

Tabel 9c: Gezondheidsstatus: overzicht van ongelijkheden in gezondheid.
België, Gezondheidsenquête 2008

Opleidingsniveau	Geen lager	Lager secundair	Hoger secundair	Hoger	Relative Index of Inequality (*)
	%	%	%	%	
slechte subjectieve gezondheid	42,7	31,1	22,1	14,3	3,3
chronische aandoeningen (algemeen)	44,2	40,3	25,1	20,4	1,7
hoge bloeddruk	24,5	19,7	12,4	7,7	1,7
artrose	29,7	20,2	11,4	7,7	1,9
diabetes	9,9	5,4	3,0	1,6	4,7
allergie	9,3	12,3	10,8	15,9	0,6
langdurige beperkingen	34,2	28,0	15,4	11,4	2,5
functionele beperkingen	44,3	31,9	19,0	16,4	2,4
pijn	42,3	34,8	28,5	21,4	2,0
psychisch onwelbevinden	29,4	26,7	24,7	25,5	1,1
overgewicht	58,9	57,7	54,3	50,8	1,6
zwaarlijvigheid	19,2	19,9	14,5	9,1	3,7

(*) Gebaseerd op resultaten gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht. Een waarde lager dan 1 wijst op een gunstigere situatie bij de laagst opgeleiden, een waarde boven 1 wijst op een gunstigere situatie bij de hoogst opgeleiden. Voor meer uitleg over de Relative Index of Inequality verwijzen we naar het rapport van Demarest.

bron: Demarest S., Drieskens S., Gisle L. e.a. (2010), [Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport V - Sociaal-Economische Ongelijkheden in Gezondheid](#). Brussel, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, p. 11

Er bestaat een verband tussen armoede en de incidentie van tuberculose. De kans besmet te raken met TBC en actieve TBC te ontwikkelen is effectief gelieerd met ondervoeding, met overbewoning, met gebrekkige luchtverversing en met slechte sanitaire voorzieningen. Armoede kan ook een efficiënte en effectieve behandeling van de ziekte in de weg staan (gebrekkige toegang tot informatie en behandeling). Ruimtelijk is er ook een correlatie met urbanisatie. De incidentie is geconcentreerd bij specifieke risicogroepen, zoals asielzoekers en daklozen. In 2009 werd aangifte gedaan van 1.020 patiënten, wat overeenkomt met een tuberculose-incidentie (aantal nieuwe tuberculosepatiënten per 100.000 inwoners per jaar) van 9,6. Minder dan de helft van de patiënten (48,6%) was van niet-Belgische nationaliteit (n=496 van een totaal van 1020). De proportie niet-Belgen daalde sinds lang onder de 50%. De grootsteden Brussel, Luik, Antwerpen en Charleroi kampten met de hoogste tuberculose-incidenties. In 2009 waren 15,2% van de gemelde gevallen asielzoekers of mensen zonder papieren, 2,2% waren gedetineerden, 1,7% dak-of thuislozen. De co-infectie TBC met HIV bestaat in 4,2% van de gevallen (5,3% in Brussel). (bron: VRGT (2010), [Tuberculoseregister België 2009](#))

Risicofactoren m.b.t. leefstijl en voedingsgewoonten vormen een gedeeltelijke verklaring voor de vastgestelde gezondheidsverschillen. Voornamelijk zwaarlijvigheid en roken zijn hierbij gedocumenteerd als meer voorkomend bij laagopgeleiden: zwaarlijvigheid komt bij deze groep voor in 19,4% versus 9,2% bij hoogopgeleiden.

Bij de minder hoog opgeleide bevolkingsgroepen blijft het gebruik van tabak populair. In deze bevolkingsgroep kunnen meer rokers, meer dagelijkse rokers en meer zware rokers (meer dan 20 sigaretten per dag) teruggevonden worden. De leeftijd waarop met roken wordt begonnen ligt lager dan bij de overige bevolkingsgroepen, het gemiddeld aantal gerookte sigaretten ligt er hoger en de tabaksafhankelijkheid is er een meer frequent probleem. Er zijn minder zware rokers bij personen met een diploma hoger onderwijs (4%) dan in de andere opleidingsniveaus (9%-13%).

Tabel 9d: Percentage van de volwassen bevolking (18 jaar en ouder) met obesitas (BMI \geq 30) naar opleidingsniveau, België en gewesten, 2008

	België	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	Vlaams Gewest	Waals Gewest
totaal	13,8	11,9	13,7	14,6
lager/geen diploma	19,4	23,2	17,2	22,0
lager secundair	20,1	12,2	22,7	17,8
hoger secundair	14,5	13,7	14,3	15,2
hoger onderwijs	9,2	7,4	8,9	10,5

bron: Van der Heyden J., Gisle L., Demarest S. e.a. (2010), [Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport I - Gezondheidstoestand](#). Brussel, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

Tabel 9e: Percentage zware rokers (20 sigaretten of meer per dag) in de bevolking (15 jaar en ouder) naar opleidingsniveau, België en gewesten, 2008

	België	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	Vlaams Gewest	Waals Gewest
totaal	7,4	7,4	6,6	9,2
lager/geen diploma	9,4	10,3	8,0	12,2
lager secundair	12,7	15,5	11,4	14,4
hoger secundair	8,6	6,8	8,0	10,1
hoger onderwijs	4,0	4,8	3,5	5,0

bron: Gisle L., Hesse E., Drieskens S. e.a. (2010), [Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport II - Leefstijl en Preventie](#). Brussel, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.

Op het vlak van de toegang tot de gezondheidszorgen zijn grote socio-economische verschillen op te merken. Dit is bijvoorbeeld het geval in het laten uitvoeren van een baarmoederhalsuitstrijkje om vroegtijdig kanker op te sporen: 27,7% van de vrouwen met een lage opleiding zeggen dit in de voorbije drie jaar gedaan te hebben tegenover 69,5% in de hoge opleidingsgroep. Het is opvallend dat Vlaamse vrouwen minder vaak een uitstrijkje laten nemen dan Brusselse en Waalse vrouwen.

Tabel 9f: Percentage vrouwen (15 jaar en ouder) dat aangeeft in de afgelopen drie jaar een baarmoederhals-uitstrijkje te hebben laten uitvoeren naar opleidingsniveau, België en gewesten, 2008

	België	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	Vlaams Gewest	Waals Gewest
totaal	58,2	64,6	55,0	62,7
lager/geen diploma	27,7	37,7	23,0	34,7
lager secundair	52,2	49,1	46,6	62,6
hoger secundair	56,4	57,8	54,5	59,9
hoger onderwijs	69,5	77,9	66,3	73,7

bron: Gisle L., Hesse E., Drieskens S. e.a. (2010), [Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport II - Leefstijl en Preventie](#). Brussel, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

Ook het percentage vrouwen dat aan vroegtijdige opsporing van borstkanker doet varieert met het opleidingsniveau: 66,9% van de laagopgeleide vrouwen tussen 50 en 69 jaar zegden in de laatste twee jaar geen mammografie te hebben gehad versus tot 78,8% van de hoogopgeleide vrouwen.

Tabel 9g: Percentage van vrouwen (van 50 tot en met 69 jaar oud) dat aangeeft een mammografie te hebben laten uitvoeren in de afgelopen 2 jaar naar opleidingsniveau, België en gewesten, 2008

	België	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	Vlaams Gewest	Waals Gewest
totaal	72,7	69,5	71,6	76,1
lager/geen diploma	66,9	52,3	70,0	63,9
lager secundair	66,6	57,4	64,9	72,6
hoger secundair	71,3	59,0	69,3	78,8
hoger onderwijs	78,8	81,2	78,7	78,4

bron: Gisle L., Hesse E., Drieskens S. e.a. (2010), [Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport II - Leefstijl en Preventie](#). Brussel, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

Socio-economische verschillen kunnen ook vastgesteld worden met betrekking tot het gemiddeld aantal contacten met de huisarts: laaggeschoolden melden meer huisartscontacten dan hoger opgeleiden en het gaat ook vaker om opvolgcontacten of periodieke controles. Dit heeft deels te maken met hun slechtere gezondheidstoestand. Ook zijn er socio-economische verschillen in de aard van de nieuwe klachten waarvoor huisartsen gecontacteerd worden: klachten in verband met het spijsverteringsstelsel zijn vaker een reden om de huisarts te raadplegen bij laag opgeleiden, respiratoire klachten frequenter bij hoogopgeleiden. Tenslotte is ook het aantal huisbezoeken veel groter bij laagopgeleiden.

Ook in verband met contacten met een specialist worden socio-economische verschillen onderkend: hoogopgeleiden contacteren vaker de specialist, doen dit vaker op verwijzing van een andere specialist en minder vaak op verwijzing van de huisarts en raadplegen ook meer een specialist zonder dat er een specifieke klacht of gezondheidsprobleem is. Hoogopgeleide vrouwen consulteren vaker een gynaecoloog dan laagopgeleide vrouwen.

Inzake het beroep doen op een tandarts, geldt ook dat hoe hoger opgeleid, hoe meer beroep gedaan wordt op een tandarts. Personen uit de hoogste opleidingscategorie gaan bijna twee keer zo vaak naar de tandarts als de laagst geschoolden. (bron: Drieskens S., Van der Heyden J., Hesse E. e.a. (2010), [Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport III - Medische consumptie](#). Brussel, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid)

In België beschikt nagenoeg iedereen over een gezondheidszorgverzekering (dekkingsgraad van meer dan 99%) en worden er bijzondere inspanningen gedaan om de terugbetaling te verbeteren voor kwetsbare groepen. Toch moet een aantal personen gezondheidszorgen uitstellen omwille van financiële redenen. Zo blijkt uit de resultaten van de Gezondheidsenquête 2008 dat bij huishoudens behorend tot de laagste opleidingscategorie 18,1% medische consumptie heeft moeten uitstellen, bij huishoudens behorend tot de opleidingscategorie 'lager secundair' gaat het om 17,6%, bij huishoudens behorend tot de opleidingscategorie 'hoger secundair' om 13,4% en bij de hoogst opgeleiden om 9,4% van de huishoudens. Uitstel van medische consumptie komt meer dan drie maal vaker voor bij de laagst opgeleide huishoudens dan bij de hoogst opgeleide huishoudens. Personen behorend tot de laagste opleidingscategorie doen negen maal vaker een beroep op de diensten van het OCMW dan de hoogst opgeleiden. (bron: Demarest S., Drieskens S., Gisle L. e.a. (2010), [Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport V - Sociaal-Economische Ongelijkheden in Gezondheid](#). Brussel, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid)

Tabel 9h geeft de evolutie weer van de uitgaven voor gezondheidszorgen en het percentage van de huishoudens die gezondheidszorgen moeten uitstellen. Het percentage huishoudens dat medische zorgen moet uitstellen is in 2008 significant toegenomen in vergelijking met 2004.

Tabel 9h: Samenvattende tabel voor toegankelijkheid van gezondheidszorgen

	1997	2001	2004	2008
gemiddelde uitgaven gezondheidszorgen	120€	125€	127€	125€
gemiddelde relatieve uitgaven gezondheidszorgen	7%	7%	7%	7%
Percentage van de huishoudens...				
dat de eigen bijdragen voor gezondheidszorgen te hoog vindt	33%	30%	30%	35%
dat medische zorgen moet uitstellen	9%	10%	10%	14%

bron: Gezondheidsenquête, België, 1997, 2001, 2004, 2008 zoals opgenomen in: Demarest S., Hesse E., Drieskens S., e.a. (2010), [Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport IV - Gezondheid en Samenleving](#). Brussel, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, p. 8

Laatste aanpassing: 25/03/2011