**Gezondheid en armoede**

Over de relatie tussen armoede en gezondheid bestaan enkele algemene uitgangspunten. Je kunt zeggen: hoe armer, hoe ongezonder. Omgekeerd kan de stelling ook gehanteerd worden: hoe ongezonder, hoe armer. Tegelijk is het niet zo eenvoudig om deze twee stellingen met cijfers of onderzoeksgegevens te onderbouwen. We doen evengoed een poging.

**Armoede heeft veel gezichten**

Armoede is anno 2016 minder voorspelbaar, minder stabiel, minder stereotypisch. De cijfers zijn sinds de crisis van 2008 beweeglijker. Armoede kan iedereen overkomen, met name door verlies van baan, vast werk, scheiding, een ongeluk, opstapeling van achterstallige rekeningen of schulden. Je kunt sneller in armoede terechtkomen dan je denkt. Maar je bent er nog lang niet uit of vanaf. Dat kan zelfs levenslang inhouden, met name als tegenslagen gaan opstapelen: verlies van baan, partner, gezondheid en ontstaan van schulden. Op het einde van 2015 leren we dat de werkloosheidscijfers gelijk zijn aan het einde van 2014, dat er meer kinderen in armoede leven, opgroeiend in een huishouden met een laag inkomen en dat er evenveel huishoudens in de bijstand zitten als einde 2014.

**Gezondheid heeft vele gezichten**

Een goede gezondheid is niet voor iedereen weggelegd. Een derde van de mensen heeft wel een gezondheidsprobleem. Je kunt door een omgeluk ziek worden of door sport. Je kunt een geestelijke handicap hebben of een psychische aandoening. Je bent al snel te dik met last van hoge bloeddruk of lage bloeddruk. Je kunt teveel stress hebben of depressief zijn. Je kunt kanker krijgen of op oudere leeftijd dementie. Ziek zijn kan iedereen overkomen. Als je veel eet, rookt, alcohol drinkt, drugs gebruikt of weinig beweegt is de kans groot dat je op langere termijn ziek wordt.

**Hoe hoger opgeleid, hoe beter je gezondheid**

Er is een statistisch verband tussen opleidingsniveau, armoede en gezondheid.

Het CBS leert dat er een verschil zit van bijna 7 jaar in levensverwachting tussen lager en hoger opgeleiden. De achtergrond daarvan is dat mensen met een hogere opleiding meer kennis kunnen hebben over een gezonde leefstijl en zich daar ook naar kunnen gaan gedragen. Daarbij komt het gegeven dat een hogere opleiding toegang geeft tot banen die fysiek minder zwaar zijn, in gemiddeld schonere arbeidsomstandigheden.

De verschillen worden nog veel groter als het gaat om het aantal jaren dat men leeft in goede gezondheid. Voor de levensverwachting in als goed ervaren gezondheid is het verschil tussen hoog- en laagopgeleide mannen 18,5 jaar. Voor hoogopgeleide vrouwen zien we hetzelfde: zij leven 19,0 jaren meer in als goed ervaren gezondheid in vergelijking met laagopgeleide vrouwen.

**Mogelijke verklaringen**

De oorzaken of verklaringen van dit verschil in gezond goede jaren zijn divers.

* Er is gedurende het leven een fysieke belasting (door werk, gif, geluid, slechte lucht).
* Er is gedurende het leven een sociale belasting (stress in het werk, weinig autonomie, minder sociale steun, eenzaamheid).
* De leefstijl is belastend (roken, drinken, eten, stress, minder gevoel van controle).
* De start bij de geboorte kan slecht zijn (bijvoorbeeld gewicht, fysieke of geestelijke handicap).
* Belang van ‘cultuur’ in het milieu van afkomst.

In een artikel ‘Armoede en gezondheid’, met cijfers uit een onderzoek in Den Haag in ‘Epidemiologisch bulletin’ uit 2012, laten de verschillende indicatoren van gezondheid 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 kunnen verklaren. 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.

Naast de directe gevolgen van sociaal-economische status spelen er ook daarvan afgeleide factoren een rol, zoals leefwijze (rookgedrag, alcoholconsumptie), materiële omstandigheden (financiële omstandigheden, woonomstandigheden) en psychosociale factoren (psychosociale stress, sociale steun).

**De relatie armoede en ongezondheid hangt samen met cultuur**

De relatie tussen armoede en ongezondheid hangt ook samen met cultuur en gedrag dat daaruit voortkomt. Het gaat om een samenstel van betekenisgeving, beschikbaar handelingsrepertoire en aangeleerde competenties. Kortom de ‘habitus’ ofwel de overgedragen cultuur waarin je opgroeit. Het gaat om de meegekregen manier van denken, waarnemen, handelen die als het ware onder je huid zit, je‘identiteit’, die niet eenvoudig te veranderen is. De ‘cultuur van armoede’ blijkt dan samen te hangen met de ‘cultuur van ongezondheid’. Literatuurverwijzingen: L. Rubin, Pijn en moeite. Hoe arbeidersgezinnen leven (1979), en L. Rubin, Gezinnen op de armoedegrens (1994) of A.H. van Otterloo, Eten en eetlust in Nederland 1840-1990 (1990).

De praktijk leert dat cultuur en verworven identiteit moeilijk veranderbaar zijn. Je kunt wel het inzicht hebben dat gezonder leven mogelijk is door minder te eten, minder te roken, minder alcohol te gebruiken of drugs, minder vet en suiker te gebruiken en meer te bewegen. Allemaal waar. Maar in de praktijk zijn er culturele conventies die zorgen dat gezelligheid samenhangt met drinken en eten. Stress, spanning of eenzaamheid nodigen uit tot eten. Het is moeilijk om te stoppen met roken, alcohol, vet en suiker. Want al die dingen zijn lekker, fijn, geven voldoening.

**Oplossingen vormen een uitdaging**

De relatie tussen gezondheid en armoede ontdoen van de negatieve uitkomst, namelijk een lagere levensverwachting, is een grote uitdaging, intellectueel en praktisch.

Hoe kun je spreken over iets doen aan die harde kern van ongezondheid en armoede, zonder de verschillen groter te maken, zonder de problemen te verergeren, zonder de mensen om wie het gaat te stigmatiseren? Want je spreekt over een negatieve maatschappelijke situatie en een negatieve lichamelijke situatie, gecombineerd met economische, maatschappelijke, sociale, psychische en fysieke factoren.

Hoe daarbinnen de relatie vorm te geven tussen beleid, professionele hulp en cultuur van armoede en ongezondheid? Het is niet zo eenvoudig. Bovendien heeft het beleid de neiging om de grote situaties over te slaan, als ze veel geld gaan kosten, zeker in een tijd van crisis rond het beschikbare budget. De harde kern van armoede blijft bestaan. De harde kern van ongezondheid blijft bestaan. Het beleid en de professionele helpers richten zich op de categorieën waar kansen voor succes meer haalbaar zijn.

Er is dus een ‘cultuur van verandering’ nodig. De theoretische inzichten over een gezonde leefstijl moeten overgebracht worden, ingeoefend worden in alle huishoudens, met name die met een lagere opleiding. Daar kan iedereen bij helpen. Er is kortom een beschavingsoffensief nodig, een vorm van leren omtrent de eigen verantwoordelijkheid, om ook met weinig geld, weinig opleiding, goed voor zich zelf en de huisgenoten, kinderen te zorgen.

De website volksgezondheidenzorg.info biedt de nodige cijfers over de relatie gezondheid en armoede.   
Klik hier voor meer informatie:

https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/gezonde-levensverwachting/cijfers-context/bevolkingsgroepen#node-gezonde-levensverwachting-bij-geboorte-naar-opleidingsniveau

*Hub Crijns met dank aan Klasien Horstman, hoogleraar filosofie openbare gezondheid aan de Universiteit van Maastricht*