



Armoede en gezondheid

Een literatuuronderzoek in opdracht van de gemeente Leiderdorp

Silvia Bunt, 2024

Inhoudsopgave

Introductie	3
H 1 Definities armoede en ses	4
1.1 Een armoededefinitie	4
1.2 Definitie van sociaal economische status	4
H 2 Gevolgen armoede voor gezondheid en gedrag	5
2.1 Psychische en sociale gevolgen	5
2.2 Minder kans op gezond opgroeien	5
2.3 Stapelende kosten chronische ziekte of beperking	6
2.4 Mijden van zorg door armoede	8
H3 Armoede en lichamelijke gezondheid	10
3.1 (Chronische) ziekten en leefstijlfactoren	10
3.2 Overgewicht en gezond eten	10
3.3 Beweeggedrag	11
3.4 Roken	11
3.5 Tips voor leefstijlinterventies voor lage SES	12
H.4 Achtergrondkenmerken en risicofactoren armoede en relatie met gezondheid	14
4.1 Risicofactoren op armoede	14
4.2 Laag inkomen en ervaren gezondheid	15
4.3 Gezondheid van mensen in de bijstand	16

Introductie

Dit rapport betreft een literatuuronderzoek naar de relatie tussen armoede en gezondheid. De focus lag hierbij op praktisch toepasbare informatie. Dit rapport is als volgt opgebouwd. We starten met wat uitleg over de definities van armoede en sociaal economische status. In hoofdstuk 2 gaan we in op de gevolgen van armoede op mentale gezondheid en gedrag. Hierbij gaan we in op de psychische en sociale gevolgen van armoede, op het effect op gezond opgroeien van kinderen en op het effect van armoede op zorggebruik. Zorgmijding komt vaker voor onder de laagste inkomens terwijl deze tegelijkertijd vaker stapelende zorgkosten hebben. Hoofdstuk 3 legt de focus op de lichamelijke gezondheid van mensen in armoede, met de focus op mensen met een lage sociaal economische status en leefstijlfactoren. Hoofdstuk 4 gaat in op achtergrondkenmerken van mensen in armoede en mensen die zowel een laag inkomen als een slechte ervaren gezondheid hebben. Hierin gaan we in op de vragen: wat zijn risicofactoren op armoede? Hoe ziet de groep huishoudens met een laag inkomen er in Leiderdorp uit? Wat zijn landelijk binnen de groep armen de risicogroepen als het gaat om een slechte ervaren gezondheid? We sluiten het rapport af met een paragraaf over de gezondheid van de mensen in de bijstand.

Dit literatuuronderzoek geeft aan dat er een samenhang bestaat tussen armoede en gezondheid. Dit is een factor om in het armoede- en het gezondheidsbeleid rekening mee te houden.

H 1 Definities armoede en ses

In dit hoofdstuk gaan we op definities van armoede en sociaal economische status (SES).

1.1 Een armoededefinitie

Er zijn verschillende definities als het gaat om het meten van armoede:

De lage-inkomensgrens van het CBS weerspiegelt een vast koopkrachtbedrag in de tijd.

De SCP-armoedegrens is in belangrijke mate gebaseerd op minimumvoorbeeldbegrotingen van het Nibud en kent twee niveaus:

1. Het basisbehoeftenbudget omvat de minimale uitgaven aan onvermijdbare, basale zaken zoals voedsel, kleding, wonen, en enkele andere moeilijk te vermijden posten.
2. Het niet-veel-maar-toereikendbudget is iets ruimer en houdt ook rekening met de minimale kosten van ontspanning en sociale participatie. Deze niveaus worden door het SCP omgezet in inkomensgrenzen, waarbij ook gebruik wordt gemaakt van focusgroepenonderzoek om ervoor te zorgen dat de SCP-armoedegrens in lijn blijft met wat burgers zelf als minimaal noodzakelijk beschouwen.

Beide organisaties (CBS en SCP) hebben overigens eind 2021 besloten om tot een uniforme armoedeafbakening te komen.

1.2 Definitie van sociaal economische status

In literatuur over gezondheidsverschillen wordt meestal niet gekeken naar inkomensgrenzen, maar naar sociaal economische status (SES). Uit zowel nationale als internationale onderzoeken komen namelijk verschillen in gezondheid naar voren die samenhangen met sociaaleconomische status. Echter: er zijn verschillende definities van sociaaleconomische status (SES) in omloop, zo geeft het RIVM aan. SES kan bij benadering gemeten worden met de indicatoren inkomen, opleidingsniveau en beroepsstatus. Hoe hoger het opleidingsniveau, inkomen en/of beroepsstatus, des te hoger de positie op de maatschappelijke ladder. De exacte definitie van SES die wordt gehanteerd verschilt echter per onderzoek.

H 2 Gevolgen armoede voor gezondheid en gedrag

In dit hoofdstuk gaan we in op de gevolgen van armoede op mentale gezondheid en gedrag. Aan bod komen: de psychische en sociale gevolgen van armoede, het effect op gezond opgroeien van kinderen en het effect van armoede op zorggebruik. Zorgmijding komt vaker voor onder de laagste inkomens terwijl deze tegelijkertijd vaker stapelende zorgkosten hebben.

2.1 Psychische en sociale gevolgen

Arnoud Plantinga heeft samen met Marcel Zeelenberg en Seger Breugelmans op basis van een analyse van zowel Nederlandse als internationale literatuur, de psychologische gevolgen van armoede op een rij gezet.¹ Ook de GGD Haaglanden² en Pharos³ hebben informatie verzameld over de psychische gevolgen van armoede. Een artikel in de Psycholoog zoekt in op angst- en depressieklachten bij mensen met financiële problemen.

Uit deze publicaties blijkt dat armoede veel psychische en sociale gevolgen heeft:

- Mensen die in armoede leven zijn gemiddeld minder gelukkig en minder tevreden met hun leven;
- Ze ervaren meer stress door financiële, sociale en emotionele problemen;
- Ze komen vaker in aanraking met stigma en schaamte;
- Ze hebben een hoger risico op een angststoornis of depressie. Pharos noemt ook een hoger risico op slaapproblemen¹. Van alle volwassenen kampt 6-7% met ernstige angst- en depressie klachten. Bij mensen met chronische financiële problemen is dat maar liefst 25-27%¹. Wanneer mensen kampen met angst- en depressie klachten, dan belemmeren hun financiële problemen bovendien het herstel van deze klachten.
- Ze hebben veelal ook een minder goede sociale gezondheid. Ze voelen zich bijvoorbeeld(zeer) ernstig eenzaam of sociaal uitgesloten.
- Ze ervaren minder controle over hun leven en zoeken vaker de oorzaken van hun situatie in externe dan in interne factoren. In een onvoorspelbaar leven in armoede waarin niet altijd alles zomaar voorhanden is, bepalen externe oncontroleerbare factoren inderdaad voor een groter deel je materiële situatie.
- Er zijn aanwijzingen dat armoede leidt tot een verminderde mentale capaciteit en een korte-termijnfocus. Hierdoor blijven soms lange-termijnproblemen eerder liggen, wat armoede in stand kan houden.

Onderzoek wijst ook op de tweezijdigheid van de relatie tussen financiële en psychische problemen: financiële problemen verhogen de kans op psychische problemen en mensen met psychische problemen hebben meer kans op financiële problemen⁴.

2.2 Minder kans op gezond opgroeien

Kinderen en jongeren uit (langdurig) arme gezinnen zijn op veel terreinen slechter af dan kinderen uit meer welvarende gezinnen. Er is bijvoorbeeld minder geld voor nieuwe kleren, iedere dag een warme maaltijd, internet, uitstapjes of vakantie. Ook een lidmaatschap van een vereniging, het vieren van een verjaardag of het

¹ De effecten van armoede op voelen, denken en doen (2018). Arnoud Plantinga Marcel Zeelenberg Seger M. Breugelmans.

² Armoede en een goed ervaren gezondheid. Wat zijn voorspellende factoren? GGD Haaglanden in samenwerking met het Centraal Bureau voor de Statistiek, juli 2021.

³ Geraadpleegd: <https://www.pharos.nl/kennisbank/samenhang-armoede-schulden-en-gezondheid/>

⁴ Financiële situatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Factsheet panel Psychisch Gezien, het landelijke panel voor mensen met langdurige psychische problematiek. Trimbosinstituut, oktober 2023.

meedoen aan schoolexcursies is niet vanzelfsprekend. Daardoor is het risico op sociale uitsluiting groter. Kinderen en jongeren zelf ervaren vooral verschillen in sociale situaties.⁵

Armoede zorgt niet automatisch voor problemen bij kinderen op lange termijn, zo blijkt uit een publicatie van het Nederlands Jeugdinstituut over opgroeien en opvoeden in armoede.⁶ Als armoede langdurig is en samengaat met meer risicofactoren en minder beschermende factoren, is de kans op ontwikkelingsproblemen van kinderen wel aanzienlijk. Het betreft risicofactoren bij ouders (zoals een lage opleiding, alleenstaand ouderschap, langdurig ziek zijn), bij het kind (bijvoorbeeld moeilijk temperament) en de omgeving (een slechte woonsituatie, onveiligheid in de buurt). Hiertegenover staan beschermende factoren bij de ouders (goede relatie, veerkracht), bij het kind (zoals een makkelijk temperament) en in de omgeving (goede sociale netwerken, goed functionerende basisvoorzieningen).

Kansrijke start

Pharos houdt zich al enkele jaren bezig met het actieprogramma Kansrijke Start. Dit programma is gericht op kinderen in de eerste 1000 dagen van hun leven en met name op kinderen die geboren worden in een kwetsbare situatie. Naast blootstelling aan rook en slechte voeding, is vooral stress (bij ouders) tijdens de eerste 1000 dagen een belangrijke risicofactor voor een minder goede start. Vaak weegt dit zwaarder dan medische of verloskundige risico's.⁷ Deze stress kan worden veroorzaakt door verschillende factoren. Denk bijvoorbeeld aan huiselijk geweld, relatieproblemen, psychosociale problemen, verslaving, licht verstandelijke beperking, criminaliteit, geluidsoverlast, huisvestingsproblemen, geldzorgen/schulden, werkloosheid en gebrekkige opvoedvaardigheden. Stress tijdens de zwangerschap kan de hersenontwikkeling van het kind negatief beïnvloeden. Als gevolg van stress kunnen ouders vaak minder warmte en genegenheid geven aan hun kind en minder adequaat reageren op de behoeften van het kind.

Effect van armoede op ontwikkeling van kinderen

Er zijn twee theoretische perspectieven op de mechanismes waarlangs armoede de ontwikkeling van kinderen beïnvloedt. Dit zijn de gezinsstresstheorie en de investeringstheorie.⁸

Volgens de *gezinsstresstheorie* heeft armoede vooral effect op de ontwikkeling van kinderen via ouderlijke stress. Volgens deze theorie maakt een laag inkomen het voor arme gezinnen moeilijk om in hun basisbehoeften te voorzien, wat extra druk legt op de geestelijke gezondheid van de ouders en dit resulteert vervolgens in autoritair of minder betrokken ouderschap dat op zijn beurt bijdraagt aan slechtere ontwikkelingsresultaten van kinderen. Economische stress kan ouders gefrustreerd maken en minder geduldig, waardoor zij niet meer goed in staat zijn tot ondersteunend opvoedingsgedrag. De gezinsstresstheorie sluit goed aan bij het boek 'Schaarste', waarin wordt aangegeven dat je mentale bandbreedte nodig hebt om een goede ouder te kunnen zijn en waarin wordt uitgelegd waarom mensen in armoede per definitie over weinig bandbreedte beschikken.

De *investeringstheorie* beschrijft de manier waarop financiële middelen ouders in staat stellen goederen en diensten te kopen die kinderen nodig hebben. Denk hierbij aan goede huisvesting, een gezond dieet, boeken en leermateriaal, uitgaven voor sociale participatie, uitstapjes en vakanties. Ouders in armoede beschikken niet over de financiële middelen die nodig zijn voor dergelijke stimulansen in de ontwikkeling van hun kinderen. De resultaten van onderzoek geven aan dat beide bovenstaande theorieën bruikbaar zijn en elkaar aanvullen als uitgangspunt voor het verminderen van de effecten van armoede op de ontwikkeling van kinderen.

2.3 Stapelende kosten chronische ziekte of beperking

In 2023 heeft de Patiëntenfederatie Nederland onderzoek gedaan naar stapelende (zorg)kosten onder het eigen Zorgpanel (Stapelende Zorgkosten, augustus 2023). Dit Zorgpanel is niet representatief. Jonge mensen zijn ondervertegenwoordigd, deelnemers zijn iets vaker hoog opgeleid en relatief veel mensen hebben een chronische aandoening. Maar doordat aan dit onderzoek is meegewerkt door mensen met een chronische aandoening uit verschillende inkomensgroepen, levert het toch interessante informatie op.

⁵ Geraadpleegd: <https://alliantiekinderarmoede.nl/nieuws/sociale-situaties-grootste-uitdaging-voor-kinderen-in-armoede/>

⁶ Kalthoff, H. (2020). Opgroeien en opvoeden in armoede. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

⁷ Factsheet kansrijke start, Pharos, april 2019.

⁸ <https://oogvoorpreventie.nu/ontwikkelingskansen-verbeteren-van-kinderen-in-armoede-van-analyse-naar-aanpak/>

Als je inkomensgroepen vergelijkt, is te zien dat er in huishoudens met een lager inkomen vaker sprake is van stapeling van (zorg)kosten. Stapeling van (zorg)kosten houdt in dat er niet alleen sprake is van kosten voor zorg, maar ook van bijkomende kosten vanwege ziekte, chronische aandoening, handicap of beperking. Denk hierbij bijvoorbeeld aan vervoers- of energiekosten. Het grootste verschil is te zien bij inkomensgroep onder €2000 euro. Hier heeft 66% te maken met stapeling van (zorg)kosten. Dit percentage is hoger dan bij de hogere inkomensgroepen.

Het onderzoek geeft ook een overzicht van de zorgkosten waar deelnemers en/of anderen in het huishouden zelf voor hebben (bij)betaald. Medicijnen bij de apotheek worden het vaakst genoemd (85%), gevolgd door mondzorg (65%) en middelen van de drogist, zoals pijnstillers, vitamines en wondverzorging (62%).

Onderzoek Nibud

Ook uit recent onderzoek van het Nibud (2024) bleek dat mensen met beperkingen meer moeite hebben om rond te komen omdat zij in veel gevallen te maken hebben met relatief hoge meerkosten voor uitgaven aan vervoer, energie, medicijnen en voedingssupplementen, eigen betalingen voor hulpmiddelen en de zorgverzekering.⁹ Meerkosten die ook vaak voorkomen en op zichzelf gezien minder hoog zijn, zijn uitgaven aan telefonie, vakantie, begeleiding en wassen. In individuele gevallen kunnen de meerkosten voor deze uitgavenposten soms hoog oplopen, met name voor vakanties. Kosten die minder vaak lijken voor te komen maar wel veel impact hebben op het huishoudbudget, zijn uitgaven aan woonlasten, intensieve begeleiding, verblijf en voeding.

Hogere energiekosten mensen met een chronische ziekte of beperking

In april 2023 heeft Ieder(in) een vragenlijst uitgezet over extra energieverbruik bij mensen met een beperking of chronische ziekte. De vragenlijst is ingevuld door 526 mensen, vooral door mensen met een chronische ziekte (74%) en/of een lichamelijke beperking (70%). De belangrijkste conclusies uit dit onderzoek zijn:

Een grote groep mensen met een chronische aandoening heeft extra warmte nodig om goed te kunnen functioneren. Bijna driekwart van de deelnemers aan dit onderzoek heeft een hoger energieverbruik als gevolg van extra warmtegebruik. Ze hebben aandoeningen, zoals spierziekten en vaataandoeningen, waarbij iemand zijn temperatuur minder goed kan regelen of het snel koud heeft. Gezondheidsklachten, zoals stijfheid en pijn, kunnen bij kou toenemen. Mensen die door hun aandoening (bijna) altijd thuis zijn, hebben hierdoor meer stookkosten.

Bijna de helft van de respondenten (48%) gebruikt extra warm water. Dit is vooral nodig omdat een warme douche een therapeutisch effect heeft bij klachten zoals pijn, stijfheid of benauwdheid. Ook bij incontinentie kan het nodig zijn om vaker te douchen. Verder kost het douchen zelf soms meer tijd door de beperking of omdat er hulp bij nodig is.

70% van de respondenten gebruikt hulpmiddelen of medische apparatuur die extra energieverbruik veroorzaken.

Van de mensen met een gestegen energierekening kan 60% nog maar net rondkomen en 15% kan niet meer rondkomen. Gevolg is dat familie financieel moet bijspringen, er geen reserves meer zijn voor onvoorziene uitgaven en mensen bezuinigen op zaken als kleding en voeding.

Zelf maatregelen nemen om de energierekening te verlagen is niet altijd mogelijk voor mensen met een chronische aandoening. Iets meer dan de helft van de mensen (57%) heeft de temperatuur in huis verlaagd. Anderen geven aan dat dit met hun aandoening echt niet mogelijk is.

⁹ Bos, J., Groen, A., Warnaar, M., Wieman, G. (2024). Meerkosten van het leven met een beperking Voorbeeldsituaties van huishoudens met meerkosten. Nibud, in opdracht van VWS, in samenwerking met Ieder(in)

Ieder(in) heeft ook aan de mensen met een chronische aandoening zelf gevraagd waar zij behoefte aan hebben: 58% van de respondenten geeft aan dat er behoefte is aan een stookkostenvergoeding. En 41% geeft aan behoefte te hebben aan een periodieke energievergoeding voor elektrisch hulpmiddelen. Andere adviezen voor verbetering op lokaal niveau zijn:

- Ondersteuning (advies en subsidie) bij verduurzaming.
- Een financiële tegemoetkoming voor specifieke groepen met extra energieverbruik, die ook geldt voor middeninkomens.
- Maak afspraken om hulpmiddelen en medische apparatuur van de Wmo en ZVW compleet te leveren, inclusief een energievergoeding. Die vergoeding kan bestaan uit een periodiek bedrag of uit het monteren van een toereikend aantal zonnepanelen.
- Bij woningtoewijzing zorgen dat mensen met een chronische aandoening een woning met een goed energielabel toegewezen krijgen.

2.4 Mijden van zorg door armoede

Gezondheidsproblemen van mensen in armoede kunnen verergeren doordat een deel van hen wegens geldgebrek bezoek aan de tandarts en/of de huisarts gaat uitstellen of mijden.

Dit bleek bijvoorbeeld uit een enquête, begin 2023, waaraan ruim 5000 FNV-leden hebben meegedaan. Rond de 40% van de respondenten gaf aan dokters- en tandartskosten te vermijden. Op zich kunnen mensen gratis naar de huisarts, maar de teller van het eigen risico gaat lopen bij veel medicijnen en eventuele verwijzing naar een therapeut of ziekenhuis. 17% van de invullers gaf aan dat hun gezondheidsklachten erger werden door het vermijden van zorg. Bij gebitsproblemen is dat 26%. Bijna 1 op de 5 zegt noodzakelijke medicijnen niet te gebruiken omdat ze die niet kunnen betalen.

Mijden van zorg vaker onder lage inkomensgroepen

Uit het onderzoek van de Patiëntenfederatie (2023)¹⁰ naar stapelende (zorg)kosten onder het eigen Zorgpanel bleek dat het mijden van zorg vaker voorkomt bij de lagere inkomensgroepen: 34% van de mensen in het panel in de laagste inkomensgroep moest zorg in 2022 mijden of uitstellen, tegenover 21% in de totale groep. Ook op andere kosten blijken mensen met chronische aandoeningen te moeten besparen: 36% van de deelnemers aan dit onderzoek gaf aan dat zij of iemand anders in hun huishouden iets moest laten of anders moest doen vanwege zorg- en zorggerelateerde kosten in 2022. Veel deelnemers (45%) geven aan dat ze door de kosten minder of niet op vakantie konden, 31% moest besparen op energiekosten en 29% kan zich minder of geen uitjes meer veroorloven. Deze gegevens zijn overigens niet uitgesplitst naar inkomensgroep.

Mijden van mondzorg

Sinds 2006 zit mondzorg voor volwassenen niet meer in de basisverzekering. Volwassenen moeten de kosten voor de tandarts en mondhygiënist zelf dragen. Voorafgaand aan de COVID-19 pandemie ging in totaal 3% van de volwassenen vanwege de kosten niet naar de tandarts. Dit was echter slechts 1 op de 100 (1%) onder de 20% rijkste Nederlanders en maar liefst 1 op de 8 (12%) onder de 20% armste Nederlanders. Verhoudingsgewijs mijden sociaaleconomisch kwetsbare Nederlanders dus mondzorg om financiële redenen veel meer. Dit blijkt uit onderzoek door ACTA, samen met het Radboud UMC.¹¹

Uit dit onderzoek blijkt ook dat het bij het mijden van mondzorg vooral gaat om mensen in een sociaal maatschappelijk kwetsbare positie. Voorbeelden zijn:

- Jongvolwassenen die geen onderwijs volgen (of met MBO1 diploma)
- Alleenstaande ouders met meer en/of oudere kinderen
- Alleenstaande 50-plussers zonder startkwalificatie (mbo2-, havo- of vwo- diploma)

¹⁰ Rapport Stapeling zorgkosten, Patiëntenfederatie Nederland, augustus 2023

¹¹ Begovic, S., vanderHeijden, G., & Listl, S. (2023). ONGEWENSTEMIJDINGVANMONDZORG: Financiële drempels in de toegankelijkheid van mondzorg.

- Mensen met hoge woonlasten (verhoudingsgewijs t.o.v. inkomen): met name de groepen jongvolwassenen, eenoudergezinnen, gezinnen van 50+ers
- Mensen met geregistreeerde problematische schulden; met name eenoudergezinnen, mensen met maximaal mbo1 diploma een bijstandsuitkering of een flexibel contract

Het kabinet maakt zich zorgen over het mijden van mondzorg door kwetsbare groepen. VWS, SZW, VNG, ZN, KNMT, NVM en ONT hebben eind 2021 aangegeven dit zij dit vraagstuk gezamenlijk gaan aanpakken. Eén van de producten die dit inmiddels heeft opgeleverd is de handreiking voor gemeenten over ongewenste mijding van mondzorg om financiële redenen door bureau BS&F.¹²

VWS is, in samenwerking met gemeenten, een aantal gemeentelijke pilots gestart om het mijden van mondzorg tegen te gaan en te zorgen voor een goed vangnet voor mensen die acute hulp nodig hebben op het gebied van mondzorg. Leiderdorp is één van deze pilots. VWS onderzoekt de komende tijd ook welke landelijke maatregelen genomen kunnen worden om het mijden van mondzorg uit financiële redenen tegen te gaan.

Toegang tot anticonceptie

Ook kan geldgebrek tot gevolg hebben dat vrouwen geen gebruik maken van anticonceptie en daardoor ongepland zwanger worden. Alhoewel er in zijn algemeenheid in Nederland goede toegang is tot anticonceptie, kan niet iedereen anticonceptie betalen. Uit onderzoek (Rutgers, 2017) komt naar voren dat kosten bij 2% van de vrouwen van 18 tot 45 jaar, de belangrijkste reden is om geen anticonceptie te gebruiken. Onderzoek van Peil.nl op initiatief van Dokters van de Wereld (2019) liet zien dat ongeveer 8% van de vrouwen in de afgelopen 10 jaar vanwege geldnood geen anticonceptie gebruikte of gekocht had. Dit bleek het hoogst bij vrouwen die alleen lagere school hebben genoten (14%).¹³

¹² Ongewenste mijding van mondzorg om financiële redenen. De inzet van gemeentelijke regelingen. Bureau BS&F, juni 2023.

¹³ Geraadpleegd: <https://rutgers.nl/nieuws/rechtszaak-voor-gratis-anticonceptie-een-zaak-voor-iedereen/>

H3 Armoede en lichamelijke gezondheid

In dit hoofdstuk definiëren we lichamelijke gezondheid op basis van de aan- en afwezigheid van (chronische) ziekten. Er bestaan gezondheidsverschillen tussen groepen met een hoge of lage sociaaleconomische status (SES). Mensen met een hoge SES zijn over het algemeen gezonder dan mensen met een lage SES. Chronische ziekten en aandoeningen zijn meer aanwezig bij mensen met een lage SES dan bij mensen met een hoge SES. Vooral opleidingsniveau doet er toe als het gaat om gezondheid. In Nederland leven mensen met basisonderwijs of vmbo gemiddeld 4 jaar korter dan mensen met hbo of een universitaire opleiding. En zelfs 15 jaar in minder goed ervaren gezondheid.¹⁴

Er zijn twee mechanismen die verklaren waarom mensen met een lage SES ongezonder zijn dan mensen met een hoge SES.

1. Ten eerste: een lage SES kan via tussenliggende determinanten (gedrag of leefstijl, materiële en psychosociale factoren) tot een slechtere gezondheid leiden. Mensen met een lage SES hebben over het algemeen een ongezondere leefstijl dan mensen met een hoge SES. Zij roken gemiddeld meer, bewegen minder en hebben vaker overgewicht dan mensen met een hoge SES.
2. Daarnaast ondervinden mensen met een lage SES meer psychosociale stress onder meer door financiële zorgen en door een combinatie van hoge werkdruk en weinig eigen regel-mogelijkheden. Ook zijn er grote verschillen in inkomen en in werk- en leefomstandigheden. Mensen met een lage SES zijn oververtegenwoordigd in laagbetaalde banen. Ze worden vaker geconfronteerd met vuil, lawaai, gevaarlijk en lichamelijk zwaar werk en ze wonen vaker in buurten waar de lucht minder schoon is.

3.1 (Chronische) ziekten en leefstijlfactoren

Het risico op chronische ziekten zoals hart- en vaatziekten, COPD en diabetes neemt toe naarmate het inkomen lager is (Pharos, armoedekaart, 2021):

- COPD wordt vaak veroorzaakt door roken, maar kan ook komen door schadelijke stoffen, zoals lijn en verfdampen of luchtvervuiling door fijnstof.
- De meest voorkomende soort diabetes is diabetes type 2. Mensen krijgen eerder diabetes 2 als dit in de familie zit of als ze te zwaar zijn en als ze weinig bewegen. Maar er zijn ook mensen die altijd gezond leven en toch diabetes type 2 krijgen.
- Leefstijlfactoren, zoals ongezonde voeding, roken en weinig bewegen, vergroten het risico op hart- en vaatziekten. Soms rechtstreeks, maar vaak door het versterken van andere risicofactoren, zoals een te hoog cholesterolgehalte in het bloed, een hoge bloeddruk of overgewicht. Hoe meer risicofactoren en hoe sterker die aanwezig zijn, hoe groter het risico op hart- en vaatziekten.

3.2 Overgewicht en gezond eten

Ernstig overgewicht (obesitas) en diabetes komen meer voor onder volwassenen met een inkomen onder de lage-inkomensgrens dan bij volwassenen met een hoger inkomen. Dit meldt het CBS in 2021 op basis van cijfers uit de Gezondheidsenquête.¹⁵

In 2022 zei in landelijk onderzoek 36 procent van de volwassenen dat zij graag gezonder zouden willen eten.¹⁶ Het CBS onderzocht wat deze mensen ervan weerhoudt om gezonder te eten. 39 procent vindt het moeilijk om ongezond eten te laten staan. 17 procent gaf aan dat zij te weinig geld hebben om gezonde producten te kopen. Van de mensen die ernstig overgewicht hebben, zegt zelfs meer dan de helft dat ze gezonder willen eten. Zij beschouwen stress als de belangrijkste reden waarom ze ongezonder eten.

¹⁴ Factsheet Sociaal economische Gezondheidsverschillen, Pharos, juli 2022.

¹⁵ Geraadpleegd: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/40/meer-obesitas-en-diabetes-bij-volwassenen-met-armoederisico>

¹⁶ Geraadpleegd: <https://longreads.cbs.nl/nederland-in-cijfers-2023/wat-houdt-mensen-tegen-om-gezonder-te-eten>.

In Utrecht Noordwest is een verkenning gedaan naar hoe gezinnen met financiële stress gezonder kunnen eten.

¹⁷ Dit onderzoek bestond uit interviews met (zorg)professionals, initiatiefnemers uit de wijk en inwoners.

Hieruit bleek dat de inwoners verse groente en fruit soms als duur ervaren. Veel inwoners met financiële krapte kampen bovendien met stress, waardoor een makkelijke maaltijd wordt verkozen boven een gezonde maaltijd.

Dit sluit aan bij de conclusies van Tine Vangroenweghe, werkzaam bij het Vlaams Instituut Gezond Leven rond gezondheidsongelijkheid en welzijn. Zij geeft aan: “Zeker wie kinderen heeft, doet hard zijn best om gezonde maaltijden op tafel te zetten. Jammer genoeg ervaren mensen in armoede veel drempels die een gezonde keuze bemoeilijken. Andere mensen ervaren die ook, maar minder uitgesproken. “In theorie kan je gezond eten voor weinig geld”, zegt Van Groeneweghe. “Maar in de praktijk moet je daarvoor boodschappenlijstjes en weekmenu’s opstellen, prijzen per kilogram vergelijken en kiezen voor de juiste supermarkt. Betaalbaar én tegelijkertijd gezond winkelen is een hele puzzel. Het vergt planning, tijd en mentale ruimte en dat hebben mensen in armoede niet. Verder weten we bijvoorbeeld dat ouders in armoede sneller toegeven aan het gezeur van hun kinderen om frisdrank en chips. Dat is niet zo vreemd als je weet dat ze op bijna alles ‘nee’ moeten zeggen. Er is vaak geen geld voor een zwembadbezoek, film, of verjaardagsfeestje in een binnenspeeltuin. Ouders voelen zich constant tekortschieten. Wat doe je dan als je kind zeurt voor een zakje chips van vijftien cent?”

3.3 Beweeggedrag

Op het loket gezond leven van het RIVM is informatie te vinden over sporten en bewegen en de beweegrichtlijnen.¹⁸ Hieruit blijkt dat iets minder dan de helft (44%) van alle Nederlanders van 4 jaar en ouder voldoet aan de beweegrichtlijnen. Kinderen (4 t/m 11 jaar) voldoen het vaakst aan de beweegrichtlijnen, gevolgd door mensen in de leeftijd van 18 t/m 64-jaar, ouderen en jongeren (12 t/m 17 jaar).

Voldoende bewegen neemt toe met het opleidingsniveau: 49% van de hoogopgeleiden voldoet aan de beweegrichtlijnen en versus 33% van de laagopgeleiden.

Sport en bewegen is voor iedereen goed, maar zeker ook voor kinderen en jongeren die in armoede opgroeien. Met elkaar sportief bezig zijn, kan voor een lichtpuntje zorgen –door mee te kunnen doen, ergens bij te horen, gezien te worden of nieuwe vrienden te maken. Sport of bewegen is dan niet een doel op zich, maar kan een middel zijn om even de stress of moeilijkheden van thuis vergeten en is bovendien gezond. Cijfers over sport- en beweegdeelname naar sociaaleconomische status laten zien dat kinderen (4 tot en met 11 jaar) die opgroeien in armoede nog veel buiten spelen, wat beweging oplevert. Jongeren (12 tot en met 17 jaar) die in armoede opgroeien, bewegen echter veel minder dan hun rijkere leeftijdsgenoten.¹⁹

3.4 Roken

Roken is slecht voor de gezondheid en veruit de belangrijkste leefstijlfactor waardoor mensen ziek worden of overlijden, belangrijker dan ongezonde voeding of te weinig bewegen (RIVM). Roken verhoogt het risico op allerlei vormen van kanker. Maar ook op andere ernstige aandoeningen, zoals longaandoeningen, hart- en vaatziekten, maagzweren en de ziekte van Crohn. Bovendien kan roken een ongunstig effect hebben op het verloop van een ziekte.

Opleidingsniveau is een belangrijke factor bij roken. Bij zowel mannen als vrouwen van 25-44 en van 45-64 jaar komt roken veel vaker voor bij laagopgeleiden dan hoogopgeleiden. Van de laagopgeleide 25-44-jarige mannen rookt 40,1%. Dat is meer dan dubbel zo vaak als bij hoogopgeleide mannen in dezelfde leeftijdscategorie (19,7%). Laagopgeleide vrouwen in deze leeftijdscategorie roken bijna drie keer zo vaak als hoogopgeleide vrouwen (32,3% versus 11,5%). Ook roken meer middelbaar- opgeleiden dan hoogopgeleiden, bij zowel mannen als vrouwen onder de 65 jaar.

¹⁷ Louise Witteman, Marieke C.E. Battjes-Fries. 2021. Gezonde voeding voor iedereen toegankelijk. Louis Bolk Instituut, Bunnik.

¹⁸ De landelijke beweegrichtlijnen geven aan hoeveel beweging nodig is voor een goede gezondheid, van jong tot oud.

¹⁹ Geraadpleegd: <https://www.kenniscentrumsportenbewegen.nl/producten/infographics-jeugd-in-beweging/>

Lage Ses

Verskillende factoren maken het voor mensen met een lagere sociaal economische status (SES) moeilijker om te stoppen met roken en gestopt te blijven, zoals een hogere mate van verslaving, meer stress en minder steun van de sociale omgeving. Dit blijkt uit onderzoek naar interventies voor stoppen met roken voor mensen met een lagere SES²⁰. Hieruit komen ook de adviezen om stopondersteuning voor mensen met een laag inkomen gratis een te bieden, dichtbij, met een praktische insteek. Groepsondersteuning heeft de voorkeur en kan gecombineerd worden met individuele ondersteuning tussen de groepsbijeenkomsten door. De volgende werkzame elementen kwamen naar voren uit dit onderzoek die helpen om deze groep te bereiken:

- Professionals passen pro-actieve werving toe en promoten stopondersteuning systematisch;
- Er is een vertrouwensrelatie met degene die de werving doet;
- Professionals die werven hebben een begripvolle en niet veroordelende houding;
- Sleutelfiguren en/of ervaringsdeskundigen kunnen bijdragen aan een succesvolle werving;
- Deelnemers worden geholpen met hun aanmelding en kunnen eerst vrijblijvend kennismaken met de interventie;
- Deelnemers krijgen een beloning voor deelname, als extra motivatie (zie bijvoorbeeld <https://www.samensterkerstoppen.nl/waarom-belonen/>);
- Een programma dat eerst insteekt op stress op andere problematiek en daarna pas gaat werken aan stoppen met roken, verlaagt de drempel om mee te doen;
- Mond-op-mond reclame van oud-deelnemers helpt om nieuwe deelnemers te werven;

Jongeren (tussen 18 en 29 jaar) roken relatief het vaakst van alle leeftijdsgroepen. Recente cijfers van het Trimbos Instituut zijn slecht nieuws als het gaat om kinderen en jongeren: Bijna een derde van de Nederlandse jongeren en jongvolwassenen (12 tot en met 25 jaar) heeft sigaretten gerookt.²⁰ En 22 procent van deze leeftijdsgroep heeft in het afgelopen jaar een e-sigaret gebruikt. Naarmate jongeren ouder worden neemt het roken toe. VMBO- en MBO- leerlingen roken beduidend vaker dan jongeren van andere schoolniveaus, vooral de verschillen in dagelijks roken zijn opmerkelijk groot (Stevens et al., 2018; Verdurmen et al., 2016).

Interessant is de relatie tussen schulden, stress en roken bij jongeren. Mensen met betalingsachterstanden ervaren vaak stress en jongeren hebben steeds vaker betalingsachterstanden. Het Bureau Kredietregistratie (BKR) ziet de afgelopen jaren een verdubbeling van de betalingsachterstanden bij jongeren in de jongste leeftijdscategorie tot 24 jaar.²¹ Zij ervaren hierdoor stress. Het roken van een sigaret maakt dat jongeren zich tijdelijk rustiger voelen. Dat komt doordat je door het roken tijdelijk ontwenningsschijnselen vermindert. Als het nicotine niveau in je bloed weer te laag wordt, wordt je als roker weer onrustig en krijg je juist een opgejaagd en onrustig gevoel. Door te roken breng je het nicotine niveau weer omhoog en verdwijnt dit ontwenningsschijnsel weer.²²

Kortom: bij jongeren die starten met roken en die stress ervaren als gevolg van betalingsachterstanden, is het risico dat men de stress telkens tijdelijk probeert te verminderen met roken groot. Het kan dus leiden tot een vicieuze cirkel, waarbij stress over betalingsachterstanden leidt tot meer roken. En roken is duur en dus niet handig als je geld nodig hebt om je financiële problemen op te lossen. Een pakje met twintig sigaretten kost sinds de laatste accijnsaanpassing in april 2023 gemiddeld 9 euro. Rook je een pakje per dag, dan kost dat ongeveer 270 euro per maand.

3.5 Tips voor leefstijlinterventies voor lage SES

Gezonder eten, meer bewegen, stoppen met roken. Dit zijn leefstijlveranderingen die kunnen helpen om gezonder te worden. Leefstijlaanpassingen zijn echter voor veel mensen niet eenvoudig: je moet jezelf nieuwe gewoontes aanleren en ze ook zien vol te houden, met talloze verleidingen die dagelijks op je af komen. De Stichting 'Leefstijl als medicijn' geeft aan dat het van belang is om te realiseren dat een gebrek aan zelfvertrouwen en eigenwaarde het nog moeilijker maakt om je leefstijl aan te passen. Zelfvertrouwen en

²⁰ Jongerenmonitor tabaks- en nicotineproducten, Trimbos-instituut, oktober 2023.

²¹ Schuldenmonitor 2022 van het Bureau Kredietregistratie (BKR)

²² Geraadpleegd: <https://jongvolwassenen.ikstopnu.nl/>

eigenwaarde werken vaak als een selffulfilling prophecy. Het gebrek eraan maakt het lastiger om in een oplossing te geloven. Mensen met minder status melden gemiddeld minder positieve gevoelens over zichzelf zoals trots en zelfvertrouwen. Dit is dus een aandachtspunt om mee te nemen bij het promoten van leefstijlveranderingen bij mensen met een lage SES. Hoe zorg je ervoor dat zij vertrouwen gaan krijgen in hun eigen kunnen?

Veel leefstijlinterventies richten zich niet exclusief op lage SES-groepen. Dergelijke breed aangeboden interventies hebben vaak een minder groot bereik en effect onder mensen met een lage SES dan onder mensen met een Hoge SES, waardoor gezondheidsachterstanden eerder toe- dan afnemen. Kies daarom voor specifieke interventies die zich richten op lage SES-groepen. In de databank van de RIVM kun je hierop zoeken.²³

²³ Zie: <https://www.loketgezondleven.nl/interventies-zoeken#/Overview>

H.4 Achtergrondkenmerken en risicofactoren armoede en relatie met gezondheid

In dit hoofdstuk behandelen we de volgende vragen: Wat zijn risicofactoren op armoede? Hoe ziet de groep huishoudens met een laag inkomen er in Leiderdorp uit? Wat zijn landelijk binnen de groep armen de risicogroepen als het gaat om een slechte ervaren gezondheid?

4.1 Risicofactoren op armoede

Uit literatuur komen een aantal risicofactoren naar voren voor het ontstaan van armoede. Deze staan hieronder op een rij.

Eenpersoonshuishoudens en eenoudergezinnen lopen meer risico

Uit landelijk onderzoek blijkt dat eenpersoonshuishoudens en eenoudergezinnen risicogroepen zijn (Hoff 2017). De ontwrichting van een huishouden door bijvoorbeeld een scheiding beïnvloedt de welvaart van een huishouden (Keister 2004). Vooral tienermoeders hebben een grotere kans om in armoede te leven. Deze grotere kans op armoede is niet alleen vanwege hun alleenstaande status. Er is vaak ook een causaal verband met andere karakteristieken, zoals een laag opleidingsniveau (Page & Stevens 2004).

Mensen met een migratieachtergrond lopen meer risico

Ook huishoudens met een migratieachtergrond hebben een hoog risico op armoede. Door de jaren heen is er een stijging te zien van het aantal personen van buitenlandse herkomst met een inkomen onder de lage-inkomensgrens, waaronder vluchtelingen. Dat komt omdat vluchtelingen vaak langere tijd van een bijstandsuitkering afhankelijk blijven.

Mensen met een migratieachtergrond zijn vaak niet goed bekend met het Nederlandse financiële stelsel. Bovendien komt er (specifiek voor statushouders) veel kijken bij hun overgang van een asielzoekerscentrum naar een eigen woning. Men moet in korte tijd allerlei zaken regelen, ook op financieel vlak, op een moment dat men bovendien de Nederlandse taal nog niet goed beheerst. Als dit niet goed loopt, kan dit leiden tot ernstige financiële problemen.

Toenemende problemen bij jongeren

Het Bureau Kredietregistratie (BKR) ziet de afgelopen jaren een verdubbeling van de betalingsachterstanden in de jongste leeftijdscategorie tot 24 jaar.²⁴

B. Kenmerken groep inwoners met een laag inkomen

Op basis van het armoededashboard van het CBS²⁵ kunnen we zien welk aantal huishoudens in Leiderdorp leeft op een inkomen van maximaal 120% van het sociaal minimum. De cijfers zijn uit 2021, maar geven toch een beeld. Ook kunnen we met behulp van dit dashboard de groep beschrijven op basis van een aantal achtergrondkenmerken.

We kiezen voor de afbakening van 120% van het sociaal minimum omdat dat de inkomensgrens die veel gemeenten hanteren bij hun minimebeleid. Ook in Leiderdorp wordt deze inkomensgrens gehanteerd bij een aantal minimegelingen.

Totaal percentage minimahuishoudens in Leiderdorp

In Leiderdorp hadden in totaal circa 1000 huishoudens in 2021 minimaal 1 jaar een inkomen tot 120 procent van het sociaal minimum. In totaal is dit 8 % van alle huishoudens in Leiderdorp. Dit percentage ligt lager dan het gemiddelde voor heel Nederland (13%).

²⁴ Schuldenmonitor 2022 van het Bureau Kredietregistratie (BKR)

²⁵ Geraadpleegd: <https://dashboards.cbs.nl/v3/Armoedescan/>

Inkomstenbronnen

Interessant is wat de inkomstenbronnen zijn van de groep huishoudens met een inkomen tot maximaal 120% van het sociaal minimum, zowel landelijk als lokaal:

- Zowel landelijk als lokaal bestaat een groot deel van deze groep uit gepensioneerden. Landelijk gaat het om 38% van de totale groep tot 120% van het sociaal minimum. In Leiderdorp bestaat zelfs 45% van deze groep uit huishoudens waarvan de hoofdkostwinnaar met pensioen is. Kijken we naar de langdurige minima (4 jaar of meer) dan bestaat zelfs 52% van deze groep uit mensen met een pensioen. Gezien de vergrijzing in Leiderdorp is dit niet verrassend.
- Daarna volgt de groep met een bijstands- of arbeidsongeschiktheidsuitkering. In heel Nederland vormen deze groepen samen 37% van de groep minima tot 120%. In Leiderdorp vormen deze groepen samen 31% van de minima, omdat relatief iets minder huishoudens in Leiderdorp een bijstandsuitkering hebben.
- Tot slot is er ook een groep werkenden die tot de groep minima behoort. Landelijk heeft 16% van de minima tot 120% een inkomen uit loondienst of uit een onderneming. In Leiderdorp ligt dit op een vergelijkbaar niveau: op 15%.

Meer vrouwen dan mannen

In Nederland leven meer vrouwen dan mannen op een laag inkomen (tot 120% van het sociaal minimum). Dit verschil heeft onder andere te maken met het feit dat vrouwen vaker in deeltijd werken dan mannen. Hoe beperkter de werkweek, hoe hoger het (langdurig) armoederisico is. Ook bestaan er beloningsverschillen tussen mannen en vrouwen die van invloed zijn. In totaal in Nederland is in 57% van de minimahuishoudens (tot 120%) een vrouw de hoofdkostwinnaar, tegen 59% in Leiderdorp.

Veel eenpersoonshuishoudens

Eenpersoonshuishoudens komen vaak voor onder alle huishoudens met een laag inkomen (maximaal 120% van het sociaal minimum). Zo'n tweederde (68%) van de groep minimahuishoudens bestaat uit eenpersoonshuishoudens, zowel landelijk als in Leiderdorp.

Niet-westerse achtergrond en statushouders

Ruim een kwart (27%) van de minimahuishoudens in Leiderdorp heeft een niet-westerse achtergrond en 12% heeft een westerse migratieachtergrond. De meerderheid, de resterende 61 % heeft een achtergrond in Nederland. Dit komt overeen met het gemiddelde in Nederland.

Opleidingsniveau

Helaas registreert het CBS in het armoededashboard geen cijfers over het opleidingsniveau van minima. Cijfers uit Amsterdam en Zaanstad geven aan dat er zich onder de groep minima (tot 120% van het sociale minimum) ook een flinke groep middelbaar en hoger opgeleiden bevindt.

4.2 Laag inkomen en ervaren gezondheid

Wie zijn nu de mensen in armoede met een groot risico op een slechte gezondheid?

Vanuit gezondheidsperspectief wordt meestal gekeken naar kwetsbare groepen: wie zijn de mensen met de slechtere gezondheid, en wat zou hen kunnen helpen? Als het gaat om risicogroepen op een slechte gezondheid, kom je vrijwel altijd uit op mensen met een lage SES. Hierbinnen vormen de groep statushouders een specifieke groep waarover een aantal gezondheidsrisico's bekend is, zoals middelengebruik en een verhoogde kans op diabetes en andere chronische aandoeningen.²⁶ Veel vluchtelingen hebben bovendien last van psychische klachten. Dat komt door de ervaringen die ze tijdens de oorlog en tijdens de vlucht hebben meegemaakt en het gevoel van verlies door alles wat ze hebben moeten achterlaten.

²⁶ Handreiking Gezonde leefstijl statushouders. *Wat kunt u als gemeente doen?* Hester van Bommel, Pharos, maart 2018.

Welke inwoners die moeilijk rondkomen hebben geen goede ervaren gezondheid?

De GGD Haaglanden heeft echter een interessant onderzoek gedaan waarin voor een hele andere insteek is gekozen.²⁷ De onderzoeksvraag was: welke indicatoren zijn geassocieerd met (of voorspellen) een goede ervaren gezondheid bij mensen die moeite hebben met rondkomen? Ervaren gezondheid, ook wel subjectieve gezondheid genoemd, weerspiegelt iemands oordeel over zijn of haar eigen gezondheid. Het is een samenvattende maat van alle relevante gezondheidsaspecten voor de persoon in kwestie (zowel de lichamelijke als de geestelijke gezondheid).

Een belangrijke bron van informatie voor dit onderzoek van GGD Haaglanden was de Gezondheidsenquête 2016. Vragen betreffen gezondheid, leefstijl en leefomgeving. Voor dit onderzoek heeft het CBS deze gegevens gekoppeld aan andere gegevens, zoals vanuit de gemeentelijke basisadministratie (GBA) en Vektis (zorgkosten). Tien procent van de volwassen inwoners van Den Haag had destijds grote moeite met rondkomen en 18% had enige moeite met rondkomen. Dit is de groep waar het onderzoek zich op concentreerde.

Van deze mensen die moeite hadden met rondkomen had 31 % een goede (of zeer goede) ervaren gezondheid. De resterende 69% had dus geen goede (of zeer goede) ervaren gezondheid. De goede (of zeer goede) ervaren gezondheid kwam vooral voor bij personen zonder zorgkosten of met lage zorgkosten, zonder risico op angst en depressie en/of zonder chronische aandoeningen. Een aantal andere factoren die onafhankelijk en significant samenhangen met een goede ervaren gezondheid zijn: hoge opleiding, matig/veel regie op het eigen leven, niet sociaal uitgesloten en mensen die voldoen aan de combinorm (fitnorm of Nederlandse norm gezond bewegen).

Kortom: niet iedereen die moeite heeft met rondkomen, ervaart ook een slechte gezondheid. Juist de groep met flinke zorgkosten, chronische aandoeningen en risico op angst of depressie, oordeelt zelf negatief over de eigen gezondheid. Op zich is dat geen verrassende uitkomst. Tegelijkertijd is dit ook de groep die vaak geconfronteerd wordt met extra (zorg)kosten.

De Commissie sociaal minimum wijst erop dat het sociaal minimum nooit toereikend kan zijn voor mensen met onvermijdbare hoge kosten. Daarbij benoemt het rapport specifiek mensen die hoge zorgkosten en/of energiekosten hebben, naast huishoudens die geen betaalbare huurwoning kunnen vinden en huishoudens in een slecht geïsoleerde woning.²⁸

4.3 Gezondheid van mensen in de bijstand

Vanuit de verantwoordelijkheid van de gemeente voor mensen in de bijstand, is het interessant om in te gaan op de gezondheidssituatie van deze groep inwoners. Onderzoek van de Inspectie SZW (2019) laat zien dat veel mensen in de bijstand ervaren dat betaald werk voor hen geen reëel perspectief is vanwege hun gezondheidsbelemmeringen. Dat geldt niet alleen voor mensen die vanwege hun beperking onder de banenafpraak vallen (het Landelijk Doelgroep Register, LDR), maar ook voor de veel omvangrijkere 'brede' doelgroep van de Participatiewet. Niet alleen ervaren mensen in de bijstand hun gezondheid vaak als slecht, ook is de relatief slechte gezondheid van mensen in de bijstand terug te vinden in de registratiegegevens (CBS 2018). Zo maken bijstandsontvangers relatief vaak gebruik van de GGZ (12-15%), medicijnen tegen depressie (12-17%) of vier of meer medicijnhoofdgroepen (18-34%).²⁹

Bij bijstand hangen met name psychische gezondheidsproblemen samen met een grotere instroomkans. Iemand zonder gezondheidsproblemen heeft gemiddeld een kans van 0,5 procent om in te stromen in bijstand. Voor iemand met psychische gezondheidsproblemen (en eventueel somatische problemen) is die kans

²⁷ Armoede en een goed ervaren gezondheid. Wat zijn voorspellende factoren? GGD Haaglanden in samenwerking met het Centraal Bureau voor de Statistiek, juli 2021.

²⁸ Een zeker bestaan II: Naar een toekomstbestendig stelsel van het sociaal minimum (Commissie sociaal minimum, 28 september 2023).

²⁹ Kennisnotitie chronisch zieken in de bijstand, SCP, mei 2022

gemiddeld ongeveer 1 procent. Dat is meer dan een verdubbeling van het risico. Denk bij psychische problemen bijvoorbeeld aan het gebruik van medicijnen tegen depressie en het gebruik van GGZ-zorg.

Eenmaal in de uitkering is de kans om weer uit te stromen naar duurzaam werk kleiner voor mensen met een gezondheidsprobleem. Iemand zonder gezondheidsproblemen heeft gemiddeld een kans van 6,7 procent om uit te stromen uit bijstand richting duurzaam werk. Voor iemand met psychische gezondheidsproblemen is die kans 3,6 procent. Iemand met zowel psychische als somatische gezondheidsproblemen heeft een nog kleinere kans: 2,8 procent.³⁰ Gemeentelijk beleid kan een verklaring vormen voor deze verschillen: bijstandsgerechtigden kunnen een vrijstelling krijgen voor het zoeken naar werk (de 'sollicitatieplicht') wanneer zij gezondheidsproblemen ervaren. Dat kan tot een kleinere kans op uitstroom richting duurzaam werk leiden.

Een effectieve manier om mensen met psychische klachten toch naar werk te begeleiden is IPS. IPS – Individuele Plaatsing en Steun – is de meeste onderzochte en gestandaardiseerde vorm van begeleid werken (supported employment). De methodiek is bewezen effectief.³¹

³⁰ Gezondheidsproblemen in WW en bijstand, SEO, maart 2019

³¹ <https://www.werkenmetips.nl/wat-is-ips/het-succes-van-ips/onderzoek/>

Colofon

Auteur

Drs. S. Bunt

Datum

September 2024

Project type

Opdracht-onderzoek