



# NIETS ZO ONGELIJK ALS ONZE GEZONDHEID

**Anna Mergoni, Kristof Heylen, HIVA-Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving**  
**Antoine Printz, UC Louvain**  
**François Demonty, Steunpunt tot armoedebestrijding**

**I**n dit derde luik van het Re-InVEST-project over armoedebestrijding kijken we naar het gezondheidsbeleid als een investering in duurzame armoedebestrijding – en omgekeerd, investeren in armoedebestrijding vermijdt heel wat gezondheidskosten. De focus ligt op het samenspel tussen gezondheid, wonen, financiële bestaanszekerheid en sociale bescherming. Armoede brengt een hoge kost mee in termen van gezondheidsschade.

Wat de gezondheidskloof tussen rijk en arm betreft, scoort België niet alleen relatief slecht in Europees verband, maar is het er in de voorbije tien jaren zelfs op achteruitgegaan.<sup>1</sup> De verschillen in levensverwachting naar sociaaleconomische status (SES) spreken voor zich. De kloof in 'gezonde levensverwachting' tussen het hoogste en het laagste SES-kwartiel bedraagt meer dan tien jaar en is toegenomen in de voorbije twintig jaar. Dit heeft onder andere te maken met verschillen in chronische aandoeningen zoals long-, hart- en vaatziekten en diabetes, die op hun beurt gerelateerd zijn met verschillen in voedings- en leefgewoonten.<sup>2</sup> Maar ook met wonen, zoals hieronder zal blijken. Opmerkelijk is voorts dat de ongelijkheden in geestelijke gezondheid nog veel groter zijn dan die in fysieke gezondheid.

Met een uitgebreide analyse van de data van de European Quality of Life Survey (EQLS) voor 2016 toonde Kristof Heylen aan dat verschillende aspecten van de woonsituatie, waaronder betaalbaarheid, woningkwaliteit en buurtomgeving, sterk samenhangen met zowel de zelf-gerapporteerde alge-

mene gezondheid als met mentaal welzijn. Hij stelde onder meer vast dat eigenaar-bewoners over het algemeen in een betere gezondheid verkeren dan huurders. Wanneer eigenaars echter geconfronteerd worden met een betalingsachterstal hebben ze een aanzienlijk hogere kans op een slechte gezondheid dan huurders met vergelijkbare financiële problemen.<sup>3</sup> Dit wijst op de bijzondere psychologische belasting die hypotheekachterstand en het risico op verlies van de woning met zich mee kunnen brengen.

Voor sociale huurders neemt de kans op een slechte gezondheid niet toe wanneer er betalingsachterstal is, in tegenstelling tot private huurders en eigenaars. Dit wordt wellicht verklaard door het feit dat er in de sociale huursector meer woonzekerheid is en begeleiding er meer structureel georganiseerd is dan op de private huurmarkt. Verder benadrukt deze studie het belang van woningkwaliteit voor de gezondheid, en meer bepaald de aanwezigheid van een goed verwarmings- en koelsysteem. Ook buurtkenmerken spelen een duidelijke rol. Zo hebben mensen die zich 's avonds onveilig voelen in hun omgeving, meer kans op een slechte gezondheid. Tot slot blijkt dat mensen die zich sociaal uitgesloten voelen, een significant hoger risico hebben op zowel een slechte algemene als mentale gezondheid.

## **MATERIEEL EN MENSELIJK KAPITAAL**

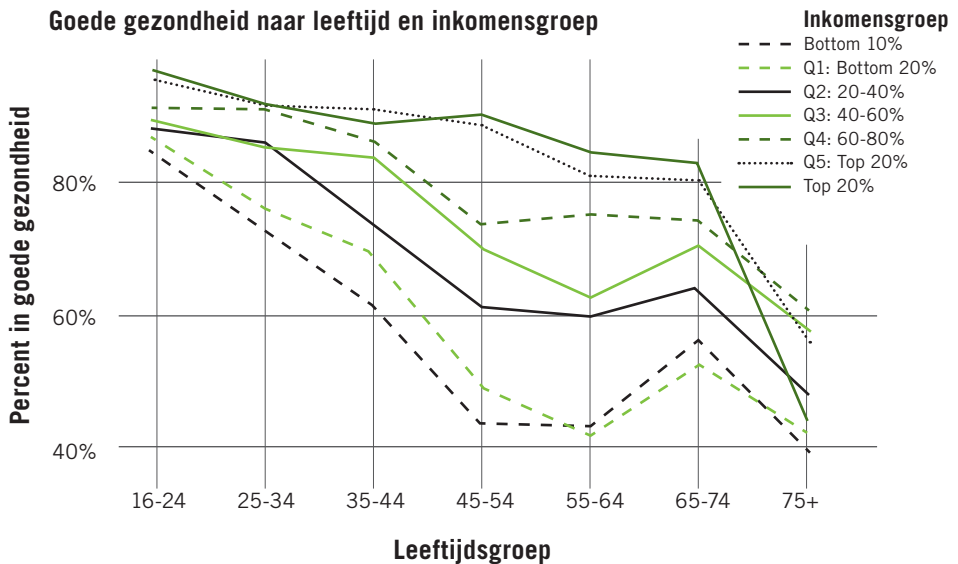
Anna Mergoni en Ides Nicaise onderzochten aan de hand van EU-SILC data de invloed van sociaaleconomische hulpbronnen in de ruime zin (inkomen, schulden en spaarvermogen, scholing, wooncomfort en sociale bescherming) op de algemene gezondheid van individuen.<sup>4</sup> Het gehanteerde criterium was of mensen hun eigen gezondheid als goed of zeer goed bestempelden. Uiteraard daalt de gezondheidsbeleving met de leeftijd. Ongeacht welke sociaaleconomische determinant men als criterium gebruikt, telkens blijkt de kloof tussen 'kansrijk' en 'kansarm' zich uit te diepen doorheen de levenscyclus om een maximale diepte te bereiken rond de pensioenleeftijd. In volgorde van impact op de cumulatieve kloof

**De kloof in 'gezonde levensverwachting' tussen het hoogste en het laagste sociaaleconomische kwartiel bedraagt meer dan tien jaar en is toegenomen in de voorbije twintig jaar.**

**Hoe zwakker de gezondheid, hoe hoger de behoefte aan sociale bescherming – en hoe hoger de bescherming, hoe beter de gezondheid bevordert wordt.**

zijn de determinanten: equivalent inkomen, onderwijsniveau, leeftijd, geslacht, volume van de spaarbuffer, eigendom van de woning, wooncomfort (aan- of afwezigheid van bepaalde gebreken), kunnen sparen of niet versus schulden, gezinssamenstelling, arbeidsmarktstatuut (tewerkstelling/werkloos), niveau van sociale uitkering, en achterstallige betaling van nutsvoorzieningen.

Uit deze analyse concluderen we alvast dat niet alleen het inkomen, maar ook allerlei andere financiële en materiële buffers zoals de eigendom van de woning de (fysieke en/of mentale) gezondheid van mensen bepalen. Hetzelfde geldt voor scholing, die op verschillende manieren de gezondheid beïnvloedt – denk aan parate kennis, voorzichtig gedrag, het vermogen om complexe verbanden te begrijpen, comfort van het uitgeoefende beroep of het verdienvermogen. Dit alles heeft belangrijke implicaties voor het gezondheidsbeleid.



De rol van sociale bescherming in dit geheel is moeilijk te vatten omdat er zich hier een causaliteit in twee richtingen voordoet. Hoe zwakker de gezondheid, hoe hoger de behoefte aan sociale bescherming – en hoe hoger de bescherming, hoe beter de gezondheid bevorderd wordt. Een alternatieve schatting van de impact van sociale bescherming kan gebeuren door te simuleren wat het effect zou zijn van een inkomenssupplement, bijvoorbeeld door het inkomen van het laagste inkomensdeciel op te trekken tot het niveau van het hoogste inkomensdeciel. De simulatie wijst op een substantiële potentiële toename in het aandeel respondenten in goede gezondheid – van 13 procent bij de jongste groep tot 30 procent bij de oudste groep.

### **GEESTELIJKE GEZONDHEID EN ARMOEDE**

Om het recht op geestelijke gezondheid te analyseren, moeten we drie 'betekeniskringen' onderscheiden. Het recht op *cure* heeft betrekking op de behandeling van een acute ziekte door professionals in aangepaste voorzieningen voor gezondheidszorg, met het oog op een zo snel mogelijke verlichting. Het recht op *care* heeft betrekking op curatieve of preventieve zorg, verleend door professionals en niet-professionals, met het oog op de opbouw van een leven met of ondanks de symptomen. Ten slotte wordt het recht op geestelijke gezondheid een recht op *persoonlijke ontplooiing* wanneer rekening wordt gehouden met de psychische gevolgen van ervaringen in de verschillende domeinen van het sociale leven, van gezin en school, tot het werk en de buurt. Non-discriminatie, destigmatisering, goede huisvesting of werkbaar werk worden dan onderdeel van dit recht, dat op een globale manier wordt opgevat.

Het interfederaal Steunpunt armoedebestrijding verzorgde een kruising van het academische onderzoek met de ervaringskennis van verenigingen waar armen het woord nemen. De vicieuze cirkel waarin armoede (mentaal) ziek maakt, en (mentale) ziekte arm, herkenden de deelnemers aan de interviews, al wordt daarbij overwegend verwezen naar armoede als oorzaak

**Bij mensen in armoede is de vrees voor psychiatrisering van het sociale sterk aanwezig, het maakt het gesprek over de relatie tussen armoede en psychische gezondheid erg gevoelig.**

**De cumulatieve invloed van deprivatie op de gezondheid doorheen het leven is een argument voor voldoende hoge minima in de sociale bescherming. Anders komt men terecht in een negatieve spiraal die de gezondheid steeds verder ondermijnt.**

van een gebrek aan mentaal welbevinden en een verhoogd risico op de ontwikkeling van een aantal psychische stoornissen. Mensen in armoedesituaties ervaren zo goed als altijd een opeenstapeling van moeilijkheden – om rond te komen, schulden, het risico dat kinderen uit huis worden geplaatst, enzovoort – die hun mentaal welzijn sterk onder druk zetten. Daarnaast benadrukken zij het langdurige, soms intergenerationele karakter van armoede en het aanhoudende karakter van de stress die leven met financiële problemen met zich meebrengt.

Bij mensen in armoede en verenigingen is de vrees voor psychiatrisering van het sociale sterk aanwezig, het maakt het gesprek over de relatie tussen armoede en psychische gezondheid erg gevoelig. Een cruciale milde-rende factor is autonomie en de mogelijkheid om eigen keuzes te kunnen maken en van de eigen doelstellingen te kunnen vertrekken. Een andere opvallende vaststelling is de belangrijke rol van verenigingen waar armen het woord nemen, net als gelijkaardige laagdrempelige basisinitiatieven, om het mentale welzijn van mensen die er over de vloer komen te bevorderen.

### **WOONZEKERHEID**

Uit de inbreng van allerlei stakeholders leiden onderzoekers van het Steunpunt armoedebestrijding enkele basisprincipes af voor een goed sociaal gezondheidsbeleid.<sup>5</sup> Ten eerste is dat geïntegreerd in alle beleidsdomeinen, *health-in-all-policies*, waaronder dus ook wonen en sociale bescherming. Ten tweede moet het emancipatorisch zijn, en niet dwangmatig of betuttelend. Het moet de ganse levensloop beslaan, een logica van proportioneel universalisme volgen, en participatief zijn.

Zowel uit de statistische analyses als uit de dialoogsessies met stakeholders uit het veld blijkt een duidelijk structureel verband tussen de sociaal-economische leefomstandigheden van gezinnen en hun gezondheid. Doorheen de levenscyclus werkt die invloed cumulatief en wordt het verband

steeds duidelijker. Dit impliceert dat armoede en sociale ongelijkheid in het algemeen onmiskenbaar een zware maatschappelijke gezondheidskost heeft, die vermeden kan worden door preventief te investeren in degelijke sociale bescherming, onderwijs, duurzame tewerkstelling en betaalbaar en kwaliteitsvol wonen. Bovendien is de cumulatieve invloed van deprivatie op de gezondheid doorheen de levenscyclus een argument voor voldoende hoge minima in de sociale bescherming. Zonder degelijke minimumbescherming komt men terecht in een negatieve spiraal van desinvestering waardoor de gezondheid steeds verder ondermijnd wordt en de kosten voor de betrokkene en voor de gemeenschap oplopen.


De gezondheid heeft voorts betrekking tot het woonbeleid. Ons onderzoek suggereert dat woonzekerheid en betaalbaarheid belangrijker zijn voor de (mentale en zelfs fysieke) gezondheid dan het eigendomsstatuut op zich: (af)betalingproblemen wegen meer op de gezondheid van eigenaars dan op die van huurders, wellicht omdat deze laatsten er gemakkelijker aan kunnen ontsnappen door te verhuizen. Dit kan, naast het Mattheüseffect, een bijkomend argument zijn voor overheden om voorrang te geven aan woonzekerheid boven eigendomsverwerving in hun subsidiebeleid. Het belang van woonzekerheid voor de mentale gezondheid is een argument voor maatregelen om huurders te beschermen, zoals een verbod op uithuiszetting tijdens de wintermaanden, alsook om voorzichtig om te gaan met druk op sociale huurders om door te stromen naar de gewone huurmarkt. Minstens even belangrijk voor de gezondheid is de woonkwaliteit. Het gaat hier niet alleen om fysieke woningkenmerken, zoals isolatie en hygiëne, maar ook om buurtkenmerken zoals vervuiling en veiligheid. Hier moeten overheden rekening houden met de maatschappelijke baten van investeringen in de opwaardering van woningen en buurten.

Specifiek met betrekking tot geestelijke gezondheid zou er maximaal moeten overgestapt worden van een urgentie-logica naar meer preventie en

**Afbetalingsproblemen wegen meer op de mentale gezondheid van eigenaars dan op die van huurders, wellicht omdat deze laatsten er gemakkelijker aan kunnen ontsnappen door te verhuizen.**

begeleiding buiten kritieke situaties. Het gaat er niet om het belang van dringende hulp in de psychiatrie (*cure*) te minimaliseren, maar voor ogen te houden dat crisissituaties vaak het gevolg zijn van het tekort aan beschikbare begeleidingscapaciteit in vroegere stadia (*care*). In diezelfde zin bevelen we aan om de zorgnetwerken te versterken, met name door mobiele teams te versterken en na te denken over het statuut van mantelzorgers. Zowel de financiering als de juridische statuten moeten gericht zijn op duurzaamheid, zodat de sociale investering vruchten kan afwerpen.

Mensen (in armoede) moeten in staat gesteld worden om een gevoel van controle over hun leven te krijgen, zowel in hun traject van medische zorg als in andere domeinen en bij het uitoefenen van hun rechten bij de openbare diensten. Dit vereist tijd, vertrouwen en transparantie, en een kader dat de zorgvrager een actieve rol toebedeelt in zijn traject. Daarnaast dient er geïnvesteerd te worden in verenigingen waar mensen in armoede zich erkend voelen, omdat deze organisaties essentieel zijn voor het bevorderen van hun welzijn en het voorkomen van psychische problemen. ■

- 
1. EuroHealthNet, Centre for Health Equity Analytics (CHAIN) (2025). *Social inequalities in health in the EU: Are countries closing the health gap?*.
  2. Mélanie Bourguignon e.a. (2021). *Variations spatiales et sociodémographiques de mortalité de 2020-2021 en Belgique. L'effet de la pandémie Covid-19*. Centre de recherche en démographie, Louvain la-Neuve.
  3. Kristof Heylen (2025). *Housing and health in Belgium. Evidence from the EQLS*. Re-INVEST rapport, KU Leuven: HIVA.
  4. Anna Mergoni, Ides Nicaise (2025), *Fighting poverty by investing in health: understanding the relation between financial resources, housing, social protection and health*. Re-INVEST rapport, KU Leuven: HIVA.
  5. François Demonty, David de Vaal, Marissa Nieto Peña, e.a. (2023). *Gezondheid: een socio-constructivistische benadering. Elementen van gezondheid op basis van het overleg met actoren in de strijd tegen armoede*. Re-INVEST rapport, Steunpunt ter bestrijding van armoede, bestaanszekerheid en sociale uitsluiting.