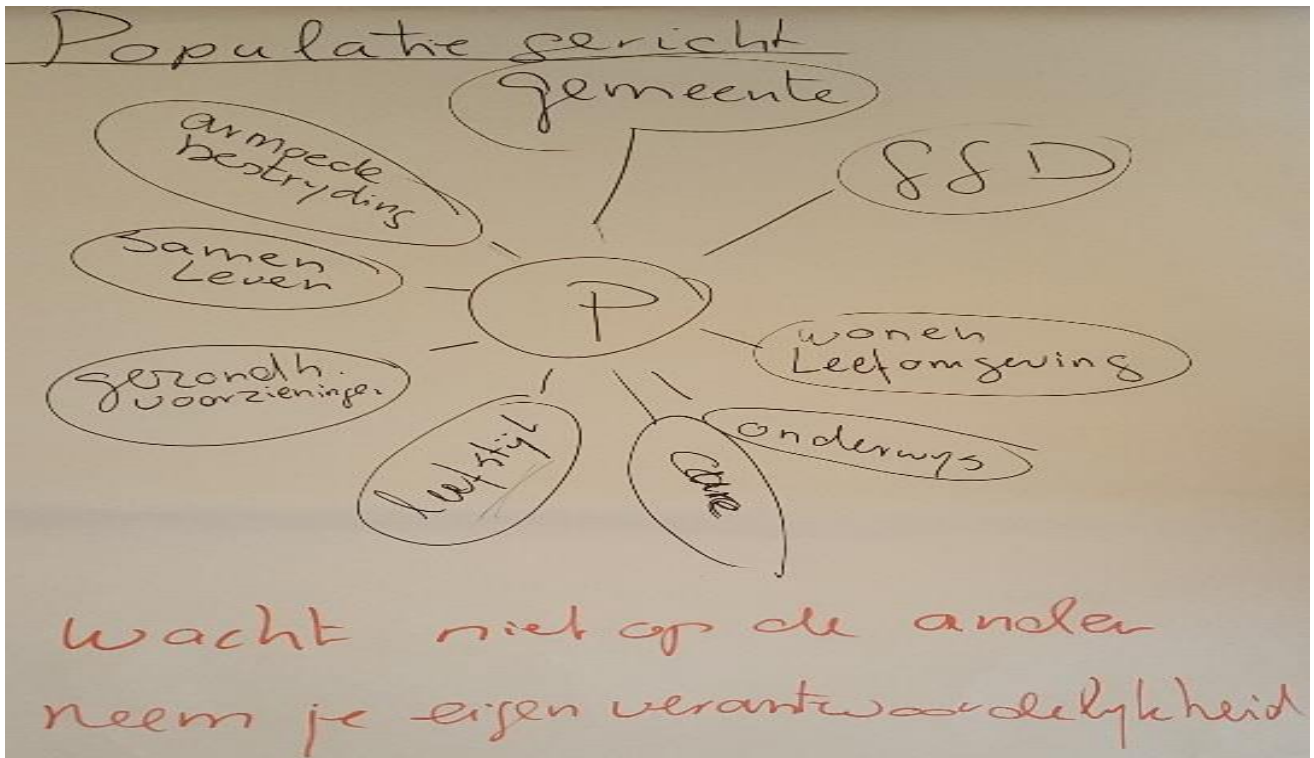


Onaanvaardbare Gezondheidsverschillen: oorzaken, gevolgen en kansen om die te verkleinen

Rapport op basis van literatuur en twee conferenties van PvdA en Groen Links.



Nico Bernts, Fuusje de Graaff, Pouwel van der Siepkamp,
Guus Schrijvers, Paul van der Velpen

Utrecht, 6 september 2019

Inhoudsopgave

Voorwoord	p 3
1. De huidige situatie	p 4
2. Uitgangspunten voor nieuw beleid	p 7
3. Valkuilen en kansen voor een nieuw beleid	p 9
4. Mogelijke acties volgens conferentiedeelnemers	p 10
5. Kansen voor r een wijkgerichte aanpak	p 12
6. Het vervolg	p 14

Bijlagen

Bijlage 1. De oogst van de eerste bijeenkomst op 1 december 2019	p.15
Bijlage 2. Verkenning beleid voor mensen in armoede op 19 mei 2019	p 17
Bijlage 3 Statistieken over Sociaal Economische Gezondheidsverschillen	p 19
Bijlage 4. Lijst van geraadpleegde literatuur	p 21

Voorwoord

In ons land bestaan grote verschillen in gezondheid en levensverwachtingen tussen groepen mensen. In bepaalde wijken leven mensen gemiddeld zeven jaar korter. Ze ervaren een mindere gezondheid dan in andere wijken met een andere bevolkingssamenstelling. Vanuit het principe van gelijkwaardigheid van mensen is dit verschil in gezondheid en .levensverwachtingen onaanvaardbaar.

Het is ook een hardnekkig probleem waar geen pasklare oplossingen voor zijn, en waarvoor niet slechts een paar specifieke instanties verantwoordelijk zijn. Oplossen van dit probleem vraagt om een brede maatschappelijke benadering, om creativiteit en vooral om volharding.

Eind 2018 namen enkele leden van de netwerken Zorg binnen Groen Links en de PvdA het initiatief om gezamenlijk een beleidsidee uit te werken. Een onderwerp was snel gevonden: het terugdringen van sociaal economische gezondheidsverschillen. Het team van vijf personen, hier *initiatiefgroep verkleining SEGV* genoemd, heeft eerst onderling inzichten gedeeld en daarna kennis en ervaring opgehaald in beide partijen.

In december 2018 is daartoe een studieconferentie georganiseerd met 60 leden van beide zorgnetwerken; in mei 2019 vond een tweede studieconferentie plaats waaraan 40 mensen deelnamen, netwerkleden maar ook gemeenteraadsleden, statenleden, Kamerleden en leden actief in patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Op de conferenties is informatie gedeeld in totaal zeven gespreksgroepen: vier in december en drie in mei. In die groepen stonden vragen centraal zoals: Welke ervaringen heb ik met SEGV? Wat kan ik – als persoon, burger en bestuurder-- doen ter verkleining daarvan? Wat heb ik daarvoor nodig aan wet- en regelgeving of financiële middelen? Deze vragen leverden boeiende, creatieve discussies, inspirerende inzichten en goede verwijzingen naar relevante literatuur op.

Dit rapport bundelt de informatie uit de zeven gespreksgroepen en de bestudeerde literatuur. Op basis van dit rapport heeft de initiatiefgroep conform het verzoek van de conferentiedeelnemers een oproep geschreven voor mensen die zich willen inzetten voor het verkleinen van gezondheidsverschillen als individueel persoon en als verantwoordelijke in een politieke, maatschappelijke of commerciële organisatie.

1. De huidige situatie

Er is een tweedeling ontstaan in onze samenleving, die structureel en blijvend lijkt, met het risico dat de verschillen steeds groter worden. Deze tweedeling loopt voornamelijk langs de lijnen van hogere versus lagere opleiding en hoger versus lagere inkomens, maar de tweedeling is naast sociaaleconomisch, ook cultureel (zie Informatieblok 1).

Informatieblok 1. De tweedeling statistisch beschreven

Het CBS telde in een publicatie uit 2018 dat van alle huishoudens 8,2% in armoede leeft.ⁱ Dat betreft in totaal 1,1 miljoen personen. Binnen deze groep neemt het aantal personen dat langdurig afhankelijk is van een bijstandsuitkering toe. Onder huishoudens van niet-westerse afkomst kwam in 2016 het aandeel huishoudens in armoede uit op 26 procent en bedroeg het aandeel met een langdurig laag inkomen 13 procent. Behalve de niet-westerse huishoudens lopen ook eenoudergezinnen, alleenstaanden tot de AOW-leeftijd, huishoudens met bijstand en huishoudens met een laag opgeleide hoofdkostwinner relatief vaak risico op armoede. Zo moest van de eenoudergezinnen met minderjarige kinderen in 2016 23 procent van een laag inkomen rondkomen en had 8 procent van hen al minstens vier jaar achtereen een laag inkomen. Daarnaast is er sprake van een onevenwichtige stapeling van gezondheidsproblemen. Personen met een armoederisico hebben hogere zorgkosten, een minder goede gezondheid, een ongezondere leefstijl – ze bewegen minder, roken meer en zijn vaker te dik – en een lagere (gezonde) levensverwachting dan personen met een hoger inkomen. Zo was in 2014/2016 bij mensen met een laag inkomen de levensverwachting in als goed ervaren gezondheid bij geboorte gemiddeld bijna 51 jaar, terwijl degenen met een hoger inkomen op ruim 65 gezonde jaren uitkwamen. (CBS 2016)

Rijke mensen reageren anders op globaliseringskwesties zoals immigratie, open grenzen en Europese eenwording, dan arme. Het Sociaal Cultureel Planbureau spreekt daarom van twee tegengestelde sociaal-culturele families.ⁱⁱ Het zijn geen twee scherp afgebakende klassen. Er kunnen meerdere groepen in de samenleving worden onderscheiden. Het SCP maakt onderscheid in zes groepen:

- Een bovenlaag (15%)
- Jonge kansrijken (13%)
- Werkende middengroep (27%)
- Comfortabele gepensioneerden (17%)
- Onzekere werkenden (14%)
- Achterblijvers (15%)

Het verschil tussen de uitersten is groot en blijvend. Een belangrijk onderscheid tussen de onzekere werkenden en de achterblijvers aan de ene kant en de overige groepen aan de andere kant is de mate van bestaanszekerheid. Een grote mate van bestaansonzekerheid treft 30% van de bevolking: vaak geen werk, afgewisseld met flexibele en tijdelijke arbeidscontracten; het is de groep met gemiddeld de laagste loonstijging in de afgelopen decennia. Ze hebben weinig perspectief op vooruitgang en worden het meest getroffen door de verhoging van de AOW leeftijd.

De achterblijvers en de onzekere werkenden wonen in wijken waar de meeste immigranten en statushouders zijn gehuisvest. En waar de meeste mensen worden gehuisvest in het kader van de ambulantisering van de zorg. Zij hebben vaak minder

gezondheidsvaardigheden en problemen door de digitalisering van de kenniseconomie. Zij hebben het minst het gevoel dat ze invloed hebben op het maatschappelijk beleid.

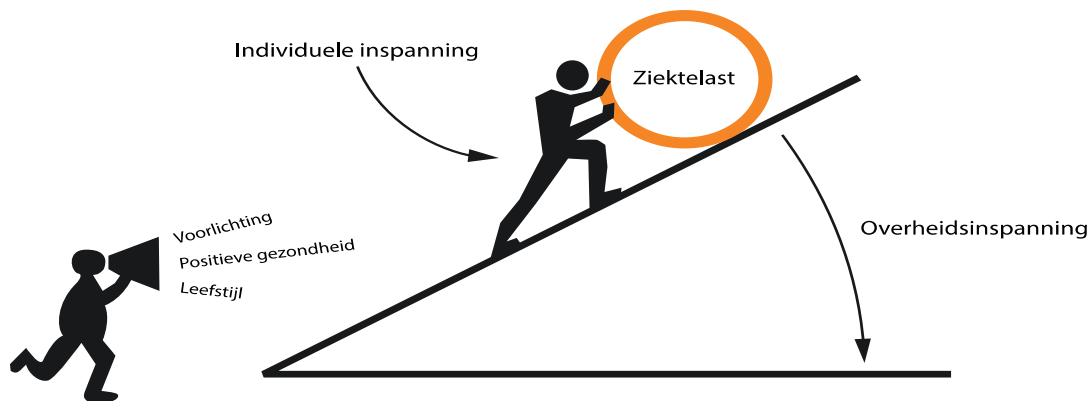
Indicatoren van de grote gezondheidsverschillen tussen arm en rijk, zijn onder meer de verschillen in levensverwachting en het aantal jaren in goede gezondheid, en verschillen in overgewicht en het rookgedrag. Mensen met een hbo- of wo-diploma leven gemiddeld 72 jaar in goede gezondheid, laagopgeleiden slechts 53 jaar. Dat betekent dat iemand met een laag inkomen veel minder lang van zijn pensioen kan genieten. Wie na zijn 50ste een zwaar beroep uitoefent – metselaar, timmerman of verpleegkundige bijvoorbeeld – veroudert in een jaar tijd biologisch niet 12, maar 28 maanden. Ook bij het terugdringen van het rookgedrag verschillen arm en rijk: het percentage rokers onder de personen met alleen een basisschooldiploma 50% bedraagt. De kans dat iemand met een universitair diploma rookt, bedraagt 20%. (Ravesteijnⁱⁱⁱ, 2016). Weliswaar heeft het antirookbeleid de afgelopen jaren effect gehad, maar bij hoger opgeleiden is de afname veel sterker dan bij lager opgeleiden; en daarmee worden de gezondheidsverschillen in feite groter (Zie informatieblok 2 en bijlage 3)

Informatieblok 2. Statistische gegevens over sociaal economische gezondheidsverschillen

- *Het verschil in levensverwachting tussen mensen met een lage en hoge sociaaleconomische status bleef in de periode 2004-2014 ongeveer 7 jaar; De levensverwachting bij geboorte is hoger naarmate het huishoudinkomen hoger is. In de periode 2011-2014 was de levensverwachting van de groep met het hoogste inkomen ongeveer 84 jaar. Onder de groep met het laagste inkomen is dit ongeveer 77 jaar; een verschil van 7 jaar. Dat geldt voor zowel mannen als vrouwen, al hebben vrouwen vanaf de geboorte in alle inkomensgroepen een iets hogere levensverwachting dan mannen. In de periode 2011-2014 was het verschil in levensverwachting tussen laag- en hoogopgeleiden ruim zes jaar.*
- *Het verschil in levensverwachting in goede ervaren gezondheid tussen mensen met een lage en hoge sociaaleconomische status bleef in de periode 2004-2014 ongeveer 18 jaar. De levensverwachting in goede ervaren gezondheid bij geboorte is hoger naarmate het huishoudinkomen hoger is. Dat geldt voor zowel mannen als vrouwen. In die jaren was het verschil in levensverwachting in goede ervaren gezondheid tussen laag- en hoogopgeleiden bijna 19 jaar. De verschillen in ervaren gezondheid tussen laag- en hoogopgeleiden nemen in de toekomst toe.*
Het percentage mensen met ernstig overgewicht neemt tot 2040 meer toe onder mensen met een lage sociaaleconomische status. Het percentage mensen dat soms rookt neemt af onder alle sociaaleconomische groepen, maar in 2040 is dit percentage onder mensen met een lage sociaaleconomische status drie keer zo groot als onder mensen met een hoge sociaaleconomische status. (RIVM^{iv}, 2018)
- Medio augustus 2019 publiceerde het CBS enkele recentere gegevens dan bovenstaande met als kop in het persbericht: *De kloof groeit: de levensverwachting van hoogopgeleiden stijgt het snelst.* Het CBS heeft de gezondheid en levensverwachting van 65-jarige Nederlanders in de periode 2011/2014 vergeleken met die van 2015/2018. De mannen die nu 65 zijn, worden gemiddeld 87,4 jaar. Hun laagopgeleide sekse- en leeftijdsgenoten 82,3. Een verschil van 5 jaar. Dat verschil was eerder vier jaar.
- De hoogopgeleide vrouwen kunnen rekenen op een leeftijd van 89,7 jaar. Laagopgeleide vrouwen worden gemiddeld 85,4; een verschil van ruim 4 jaar. Dat was eerder nog 3 jaar.^v
- De gemiddelde pensioenleeftijd in 2018 van werknemers in Nederland was 65 jaar. Hoogopgeleide werknemers gingen gemiddeld 8 maanden jonger met pensioen dan

laagopgeleiden.^{vi}

In de eerste studieconferentie van december 2018 vonden deelnemers het onaanvaardbaar dat mensen een slechtere gezondheid hebben en korter leven vanwege maatschappelijke factoren: huisvesting, inkomen, opleiding, ruimtelijke ordening en toegang tot zorg. Daarom is niet alleen actie op individueel niveau nodig, maar ook op maatschappelijk niveau: Naast individuele inspanningen (bijstelling van leefstijl op basis van gerichte voorlichting) is een collectief beleid van overheid en particulier initiatief nodig om de hellingshoek op weg naar gezondheid voor een ieder te verkleinen (zie afbeelding hieronder).



Het ongenoegen over de groeiende gezondheidsverschillen wordt gedeeld met de wetenschappers die op basis van hun onderzoek in hun Policy brief (Stronks, 2019) een aanpak voorstaan van zes manifeste onrechtvaardigheden (zie Informatieblok 3). In navolging van Nobelprijswinnaar Sen spreken zij van Evident Onrechtvaardige GezondheidsAchterstanden (EOGA's).

Informatieblok 3. Evident Onrechtvaardige GezondheidsAchterstanden in Nederland

1. Een beperkte toegankelijkheid van voorzieningen waar iedereen recht op heeft. Preventieve voorzieningen zoals ondersteuning bij stoppen met roken zijn minder toegankelijk voor mensen die laaggeletterd zijn. Dit verklaart deels waarom deze groep relatief ongezond is.
2. In Nederland leven ca. 1 miljoen mensen in armoede. Inkomens- ondersteuning en andere voorzieningen om armoede te voorkomen zijn voor hen onvoldoende toegankelijk. Dit vormt een deel van de verklaring voor de gezondheidsachterstand van deze groep.
3. De eerste 1000 dagen van een kind zijn cruciaal voor zijn/haar gezondheid als volwassene. Kinderen die in sociaaleconomische achterstand opgroeien, kennen een relatief slechte start, bijvoorbeeld als gevolg van blootstelling aan ongezonde voeding, stress, of psychische problematiek bij ouders.
4. Door de omgeving (gezin, school, wijk) waarin deze kinderen opgroeien, waar gezondheid schadelijk gedrag als roken en ongezonde voedingsgewoonten relatief vaak voorkomen, hebben die kinderen op latere leeftijd ook meer kans op zulke leefgewoonten.
5. Bepaalde beroepsgroepen hebben als gevolg van hun arbeidsomstandigheden een hoger risico op gezondheidsklachten, als ook op arbeidsongeschiktheid.
6. De mensen die in achterstandswijken wonen worden vaker aan milieurisico's zoals fijnstof blootgesteld, wat een deel van hun verhoogde kans op ziekten zoals hart- en vaatziekten en kanker verklaart. (Stronks, 2019)^{vii}.

Uit internationaal onderzoek^{viii} blijkt ook dat in rijke landen met een sterke inkomensongelijkheid mensen eerder ziek, depressief en verslaafd zijn, meer geweld gebruiken en meer in de gevangenis terecht komen. Tienerzwangerschappen, overgewicht en diabetes komen er vaker voor en mensen leven er gemiddeld korter. De conclusie is dan ook dat ongelijke samenlevingen ongezonde samenlevingen zijn. Overheidsinspanning zal dus ook gericht moeten zijn op verkleining van deze ongelijkheid.

2. Uitgangspunten voor nieuw beleid

De bestaande tweedeling botst met het idee van een rechtvaardige samenleving met gelijke kansen voor iedereen. Inspanningen om de gezondheidsverschillen tengevolge van maatschappelijke factoren te verkleinen vragen om een nieuwe solidaire visie op de volksgezondheid, waarbij de uitgangspunten zijn:

- De zorg voor de volksgezondheid is een publieke zaak, waarbij burgers, overheid en zorgverleners gezamenlijk verantwoordelijkheid dragen voor een collectief en schaars goed.
- Het paradigma van de autonome, zelfredzame burger heeft bijstelling. Tot op zekere hoogte moet ieders zelfredzaamheid gerespecteerd en gestimuleerd worden, maar soms zijn burgers verdoemd, de regie kwijt, slecht geïnformeerd, ziek en afhankelijk: men kan hen dan niet aan hun lot overlaten.

Het solidaire paradigma gaat uit van samenredzaamheid, zonder dat dit ten koste gaat van zelfredzaamheid en autonomie.

- In dit paradigma heeft de overheid een beschermingsrol voor het individu en voor de samenleving als geheel: de overheid dient tegenwicht te bieden tegen de enorme invloed van het bedrijfsleven op ongezonde voeding, roken en alcohol.

Het streven naar een goede volksgezondheid heeft gevolgen voor andere sectoren en de overheid:

- In het beleid inzake publieke dienstverlening, onderwijs, volkshuisvesting, defensie wordt het verminderen van gezondheidsverschillen als relevante factor meegewogen.
- De publieke sector is geen bedrijf en de burger is daarvoor geen klant. Zo'n logica werkt niet bij bestaansonzekerheid.
- De overheid moet toenemende verschillen in inkomen en vermogen indammen omdat deze het solidariteitsbeginsel en het solidariteitsgevoel van de bevolking aantast. Er is een andere herverdeling van de welvaart nodig.
- In een democratie is er – om democratische legitimatie te verkrijgen - sprake van steeds wisselende meerderheden. Zolang het denkraam en de positie van de hoger opgeleiden structureel een veel grotere impact hebben op de besluiten van politiek en overheid dan lager opgeleiden, moeten er compenserende kanalen worden gegraven om de stem van onzekere werkenden en achterblijvers in het beleid mee te laten klinken.

Het streven naar het verkleinen van gezondheidsverschillen vergt een geïntegreerde aanpak, die rekening houdt met de verschillende oorzakelijke factoren. Kenmerken van zo'n aanpak (zie een voorbeeld in informatieblok 4) zijn:

- De gezondheid van de individuele burger staat centraal
- Beheerders van een omgeving (bijvoorbeeld de supermarkt, een basisschool, een woningbouwvereniging, een zorgverzekeraar) zijn medeverantwoordelijk voor de invloed van hun omgeving op het gedrag van burgers.
- Een gezondheidsprobleem wordt bij voorkeur opgelost binnen de omgeving dichtbij de burger.

- De nadruk ligt op de wisselwerking tussen eigen regie en gezondheidsvaardigheden van de burger en de omgevingen waarin deze verkeert.

Informatieblok 4. Het regenboogmodel in beeld (bij obesitasbestrijding)



3. Valkuilen en kansen voor het nieuwe beleid

Een nieuwe visie ontwikkelen behelst erkenning van verschillende valkuilen. Ten eerste worden veel voorstellen vooral in cijfers uitgedrukt, door het Centraal Planbureau doorgerekend op financiële effecten en op basis daarvan al dan niet haalbaar geacht. Natuurlijk is kostenbeheersing één van de drijfveren waarom de landelijke en plaatselijke politiek zich bezig houdt met zorg, maar het is slechts één van de waarden die voor ons van belang is. Een belangrijke waarde is ook dat overheden moeten opkomen voor de welvaart en het welzijn van de gehele bevolking en daarom zoals vastgelegd in artikel 22 van de grondwet maatregelen moet treffen ter bevordering van de volksgezondheid. Die opdracht kan niet worden verzaakt onder verwijzing naar kostenbeheersing.

Een andere valkuil is het verdwalen in de diverse vormen en oorzaken van gezondheidsverschillen: inderdaad er zijn etnische verschillen, genderverschillen en verschillen tussen stad en platteland, maar voor de volksgezondheid is de tweedeling in SEGV momenteel het meest urgente thema. Deze andere verschillen komen wel aan bod als ze oorzakelijke verbanden hebben met SEGV, als er bijvoorbeeld sprake is van slechte huisvesting (van bv dakloze asielzoekers), lagere inkomens (plattelandsgebieden met veel werkloosheid) of laag opleidingsniveau (bv. mensen met een migratie achtergrond en oudere vrouwen). De oorzaken van SEGV (inkomen, opleiding, huisvesting) vormen inderdaad een bijna niet te ontwarren kluwen. Het lijkt ons verstandig om niet te wachten op de maatregelen die een ander moet nemen. Dit rapport focust op maatregelen die wel voor te bereiden, uit te voeren en uit te dragen zijn.

Een derde valkuil is het Mattheus effect. De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) onderkent dit effect bij het huidige zorgbeleid, dat uitgaat van de redenering dat algehele gezondheidsverbetering vanzelf tot verkleining van sociaal economische gezondheidsverschillen leidt. Ook het preventie-akkoord gaat hiervan nog uit.^{ix} Vanwege het gevreesde Mattheuseffect is het voorstel nu niet langer gezondheidsverschillen centraal te stellen maar het gezondheidspotentieel.^x Dit impliceert nieuw beleid met:

- nadruk op aanpak in het begin van de levensloop (van de periode vlak voor de zwangerschap tot en met het 18de levensjaar);
- extra aandacht voor degenen met de grootste gezondheidsachterstand (zoals mensen met een lage sociaaleconomische status);
- keuze voor drie bekende speerpunten die de oorzaak zijn van een groot deel van de ziektelast in Nederland: roken, overgewicht en een ongezond eet- en beweegpatroon, en problematisch alcoholgebruik.

* een verkenning van psychische gezondheidsgevoelens van onveiligheid als nieuwe en urgente prioriteit. Stemnings- en angststoornissen gaan gepaard met een grote ziektelast, komen vaker voor bij mensen met een lagere sociaaleconomische status en worden in toenemende mate bij jongeren gesignaleerd.

4. Mogelijke acties volgens conferentiedeelnemers

Binnen genoemde uitgangspunten voor nieuw beleid en gelet op de valkuilen daarbij hebben deelnemers op de eerste conferentie besproken welke problemen en actiekansen zij als persoon, partijlid, in hun werk of als bestuurder zien. Hun ervaringen en voornemens staan in Bijlage 1. In de tweede conferentie stonden voorstellen voor beleid op gemeentelijk niveau centraal. Dit leidde onder meer tot een verkenning van een doelgroep gerichte aanpak, verwoord in Bijlage 2. Maar ook tot de hierna volgende actiemogelijkheden:

De Rijksoverheid is aanspreekbaar op wet- en regelgeving: het treffen van fiscale maatregelen, zoals een lagere btw op groenten, fruit, water en een hogere btw op ongezonde producten. Met name alcohol en tabak. Een suikertax zorgt ervoor dat het bedrijfsleven haast maakt met het verminderen van suiker in producten, met name in frisdrank. Een stringenter overheidsbeleid is nodig omdat zelfregulering in het bedrijfsleven ten behoeve van de volksgezondheid niet heeft gewerkt. De genoemde maatregelen zijn volgens onderzoek zeer kosteneffectief.^{xi}

Daarnaast is de overheid/de politiek aanspreekbaar op maatregelen, die gericht zijn op verkleining van de tweedeling. Bijvoorbeeld: Het aanbrenge van een veel grotere mate van progressiviteit in het belastingstelsel; het (internationaal) dichten van de vele mazen in de fiscale wetgeving, waardoor multinationals onevenredig weinig belasting betalen; het terugdringen van de flexibiliteit op de arbeidsmarkt en verhoging van de bestaanszekerheid; vergroten van de toegang tot onderwijs; starten van experimenten ter verbetering van de democratie, zoals burgerfora woon-zorgcoöperaties.

Het bedrijfsleven is aanspreekbaar als pijler van de economie en samenleving. Het kan als producent bijdragen aan de volksgezondheid: ook door kleinere porties, minder zout/suiker/vet te leveren en te stoppen met kindermarketing. Daarnaast kan het bedrijfsleven als werkgever zorgen voor een gezonde werkomgeving. Dat is meer dan stoppen met gevaarlijke arbeidsomstandigheden, het vergt ook een intensievere aanpak van het programma duurzame inzetbaarheid.

Publieke instellingen zijn aanspreekbaar op het realiseren van hun missie. Die missie is niet winstgericht, maar dienen publieke doelen. Zorginstellingen zijn aanspreekbaar op het realiseren van gelijk toegang tot en gelijke impact van de zorg. Onderwijsinstellingen zijn aanspreekbaar op goed onderwijs, maar ook op een gezonde schoolomgeving, het bevorderen van gezondheidsbewustzijn en het vergroten van gezondheidsvaardigheden. Woningcorporaties zijn aanspreekbaar op het gezond huisvesten van alle burgers, in voldoende groene en veilige buurten dit betreft naast de woningen zelf ook de woonomgeving. Marktwerking mag niet leiden tot het vergroten van gezondheidsverschillen.

Zorgverzekeraars en andere fondsen kunnen ook aan preventie werken. Het idee voor een nieuw collectief preventiefonds is tijdens beide conferenties geopperd, Belangrijk is dat er zo'n fonds komt om initiatieven te ondersteunen en preventieve interventies te faciliteren. Wie zo'n fonds moeten beheren, is een uitvoeringsvraag. Mogelijk kan het beheer van zo'n

fonds gezamenlijk gedragen worden door zorgverzekeraars, gemeenten, patiëntenorganisaties en GGDen.

Gemeenten zijn aanspreekbaar op het realiseren van preventie-doelen, het inkopen van effectieve interventies en het opnemen van preventie activiteiten die bewezen effectief zijn (met name vroegsignalering) in een landelijk basispakket (zoals takenpakket jeugdgezondheidszorg). Diverse effectieve interventies worden nu door slechts een te beperkt aantal gemeenten worden ingekocht/gefinancierd. Ook zijn Gemeenten aanspreekbaar op hun huisvestings-, onderwijs- en uitkeringsbeleid, waarin zij indirect kunnen bijdragen tot het verkleinen van gezondheidsverschillen (zie Informatieblok 5).

Informatieblok 5. Enkele suggesties voor het terugdringen van gezondheidsverschillen

Op de tweede conferentie werden onderstaande hartenkreten veel gehoord:

1. Vervang de korte termijn projectjes door een visionaire lang lopende beleidslijn:

Gemeenteraadsleden zijn met te veel zaken bezig als losse projectjes, dat nekt de duurzaamheid en samenhang. Beter focussen!

2. Houd op met aanbesteden:

Zorg is een publieke verantwoordelijkheid; zorg als gemeente dat je kwalitatieve zorgorganisaties het werk in langere termijnen gunt, zodat duurzame samenwerking kan ontstaan

3. Zorg voor genoeg betaalbare woningen; het gaat om volkshuisvesting niet om een woningmarkt; we moeten bouwen wat nodig is en niet bouwen naar het dictaat van de markt.

4. Zorg voor goed onderwijs; de groei van particulier onderwijs om rijke kinderen aan hun eindexamenpapiertje te helpen is een gotspe voor de gemeenschap van de gemeente

Burgers zijn aanspreekbaar op hun burgerschap. Mensen zijn niet alleen als individu en partner in (familie)verbanden de hoeder van de gezondheid van henzelf en hun naasten; mensen zijn ook aanspreekbaar op hun gedrag als consument (in hun keuzen ten aanzien van voeding, gebruik van diensten mobiliteit en wonen), als producent (van nuttige en schadelijke stoffen en diensten) en als burger in de democratie. Daardoor zijn zij mede verantwoordelijk voor de gezondheid van hun medemensen. Duidelijk is dat voor het verkleinen van gezondheidsverschillen ook een culturele omslag nodig is, dus;

- het doorbreken van onverschilligheid jegens elkaar,
- het uitbannen van de zoek-het-lekker-maar-zelf-uit-mentaliteit
- het niet langer eenzijdig benadrukken van de eigen verantwoordelijkheid van burgers en het buiten beeld houden van wie verantwoordelijk is voor de omgeving van burgers.

Burgers bepalen samen welke gezondheidsverschillen acceptabel zijn of juist niet; als zodanig zijn zij in hun keuzen, acties en coalities bepalend voor de toekomst.

Actiegerichte burgers kunnen met elkaar wijkinitiatieven nemen, bewonerscollectieven vormen, deelnemen aan cliëntenraden, maar ook werk verschaffen of collegiale contacten aangaan op de arbeidsmarkt.

5. Kansen voor een wijkgerichte aanpak

In de conferenties is er veel gesproken over de kansen voor een wijkgerichte aanpak. Daarbij is rekening gehouden met vijf groepen factoren die gezamenlijk de omvang van SEGV bepalen:

1. De omgeving waarin mensen leven, werken en wonen
2. De leefstijl van mensen (bijvoorbeeld roken en ongezonde voeding)
3. Het opleidingsniveau en inkomen van mensen
4. Bij de geboorte meegekregen biologische eigenschappen van mensen (bijvoorbeeld een aangeboren chronische aandoening)
5. De zorg- en dienstverlening aan cliënten, met name de toegankelijkheid en de vindbaarheid daarvan.

De focus lag op de kansen om te werken aan de eerste groep factoren: de woon-, werk- en leefomgeving. Onder woon- en leefomgeving wordt dan verstaan:

1. De financiële situatie van mensen en de onzekerheid daarover
2. De huisvesting (zoals kwaliteit van de woning, de hoogte van de huur)
3. De kwaliteit van de woonomgeving (zoals aanwezigheid van groen, veiligheid op straat, ontmoetingsplaatsen, huisartsen, basisscholen, pinautomaten, supermarkten, buurthuizen, wandel- en fietsroutes)
4. De kwaliteit van de sociale omgeving (zoals aanwezigheid affectieve relaties, kerken en verenigingen, ontspanningsmogelijkheden, alleenstaand of samenwonend).

Meestal speelt de invloed van woon- en leefomgeving zich af op wijk- of dorpsniveau, op een schaal van 15000 inwoners en een actieradius van enkele kilometers. Maar soms hangt de kwaliteit van de woonomgeving ook af van de aanwezigheid van een middelbare school of Spoedeisende Hulp op pak weg tien kilometer afstand.

Op de conferenties zijn de volgende aanbevelingen gedaan:

Op individueel niveau: zorg dat men elkaar in de wijk kent: dat professionals elkaar kennen (bijvoorbeeld in een maandelijks netwerkuurtje, gezamenlijke bijscholing) en gericht kunnen verwijzen, en dat wijkbewoners de professionals kunnen vinden (bijvoorbeeld door welzijn-op-recept, cultuur-op-recept),

Werk hierbij altijd ook met de vrouwen, omdat zij gemakkelijker contacten van de leefwereld verbinden met contacten in de systeemwereld. Immers, zij staan bij school, in de winkel, komen eerder naar buurthuizen, en voorzieningen en houden contact met andere ouders en kinderen. Dit betekent overigens niet dat de mannen achterover moeten gaan leunen en welzijn aan de vrouwen overlaten.

Op professioneel niveau: zorg dat professionals een persoonsgerichte, populatiebewuste en integrale benadering hanteren, waarbij mensen van de eerste lijn, het sociale domein en publieke gezondheidszorg samenwerken om de gezondheidsverschillen te verkleinen, lettend op erkende kwaliteitsaspecten (zie informatieblok 6).

Informatieblok 6. Kwaliteitsaspecten van zorgprofessionals die SEGV willen verkleinen.

Kwaliteitsaspecten voor een professional zijn:

1. kennis hebben van en rekening houden met sociale en culturele verschillen tussen mensen;
2. bij de persoon of doelgroep nagaan wat voor hem of hen de betekenis is van ziekte en gezondheid, en hiermee rekening houden – de zorg is dan meer gericht op de persoonlijke doelen van de patiënt dan alleen op de ziekte
3. afgestemd zijn op de behoefte van de betreffende persoon of groep, in plaats van vooriedereen hetzelfde te bieden
4. beschikbaar en bereikbaar zijn voor alle groepen mensen, zowel in fysieke, geografische, financiële als culturele zin.
5. inzicht hebben in de specifieke sociale determinanten (opleiding, inkomen, woonomgeving, migratieachtergrond) en de invloed daarvan op de gezondheid(populatiebewust);
6. samenwerken met andere sectoren binnen de zorg en op het gebied van wonen, werken en welzijn;
7. betrokken zijn bij activiteiten om de leefomgeving van hun populatie te verbeteren en niet wachten totdat mensen met klachten komen (populatiebewust en proactief),
8. de burgers zo veel mogelijk betrekken in de besluitvorming en in plannen om hun omgeving te verbeteren. (Van den Muijsenbergh, 2019^{xii})

Op bestuurlijk niveau: zorg voor een afgewogen mix van algemene maatregelen die de gezondheid bevorderen, de SEGV kunnen verkleinen en specifieke maatregelen gericht op doelgroepen van mensen met een lage opleiding en laaginkomen. Bij algemene maatregelen is te denken aan het instellen van wijkraden, het ondersteunen van burgerinitiatieven en de terugkeer van buurthuizen.

Als specifieke maatregelen zijn genoemd:

- Het oprekken van de nieuwe Omgevingswet^{xiii} zodat deze ook de SEGV-verkleining en gezondheidsbevordering gaat meenemen;
- nieuwe coöperaties van burgers die elkaar ondersteunen bij het ouder worden;
- onorthodoxe oplossingen mogelijk maken voor burgers met meervoudige problemen, want nood breekt wet
- de ervaringen met nieuwe oplossingen gebruiken om visie en beleid bij te stellen.

Voorkomen moet worden dat hoogopgeleiden hun stem zo verheffen dat de noden van minder opgeleiden niet gehoord worden. Het volgende voorbeeld laat zien hoe het niet moet:

Een wijkraad wordt bemenst met alleen leden met een HBO- of universitaire opleiding. Deze hebben geen contact met personen met een lage opleiding. Er ontstaat een diploma democratie met veel aandacht voor windenergie en zonnepanelen en geen aandacht voor eenzaamheid van mensen in armoede.

Ook is het belangrijk dat de gemeente zorgt voor een goed functionerende uitvoeringsorganisatie, uitwassen van bureaucratie tegengaat en financieringsstromen op elkaar afstemt, zodat burgers geen last hebben van langs elkaar werkende regelingen.

Een voorbeeld dat op de conferentie aan bod kwam kan dit illustreren:

Een man in de bijstand moest zijn auto inleveren, daarom moesten zijn autistische zoons met leerlingenvervoer van gemeente naar school gebracht worden, maar omdat de chauffeurs wisselden raakten die zoons in de stress, daardoor moesten er weer speciale dingen bedacht worden. Totdat iemand zei: het is tegen de regels, maar we kunnen die vader beter zijn auto teruggeven, dan kan hij zijn zoons zelf naar school brengen..

6. Het vervolg

Wat is er nodig? Een bundeling van krachten

Herkent u dat het verkleinen van gezondheidsverschillen van belang is en wilt u daaraan bijdragen? Alle mensen die zich mede verantwoordelijk voelen voor een gezonde wereld en vanuit de eigen verantwoordelijkheid willen meedenken over maatregelen en deze ook daadwerkelijk wil helpen realiseren, zijn welkom.

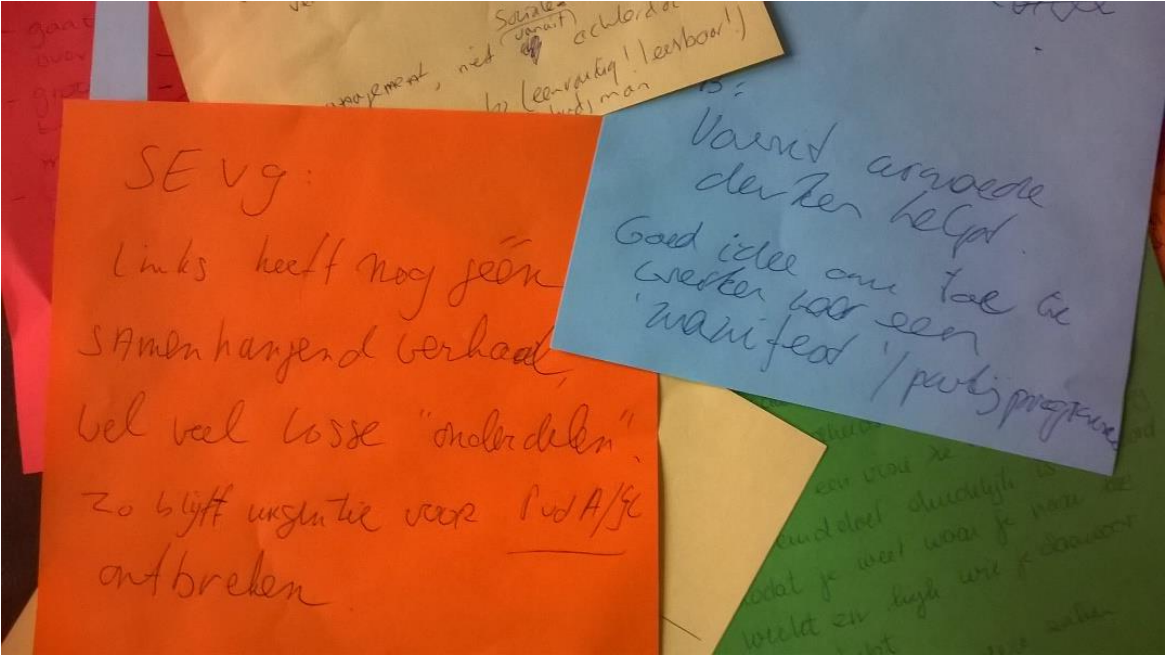
Samen kunnen we gezondheidsverschillen agenderen en aanpakken. Daartoe schreven wij een kort manifest. Meld u aan bij:

Pouwel van de Siepkamp : pouwel@vandesiepkamp.nl of

Nico Bernts: bernts@planet.nl

voor deelname aan de

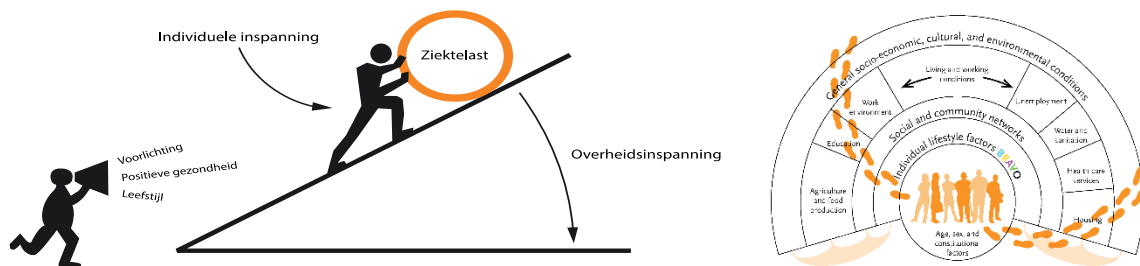
Coalitie voor het terugdringen van gezondheidsverschillen



Bijlage 1. De oogst van de conferentie op 1-12-2018

Ruim vijftig leden van ofwel het netwerk Zorg van Groen Links ofwel het netwerk Zorg van de Partij van de Arbeid hebben op 1 december hun ervaringen rond gezondheidsverschillen in Nederland en hun inzichten over hoe daarmee te dealen gedeeld: Hoe kunnen, nee moeten we de verschillen terugdringen en werken aan een betere volksgezondheid?

Eerst werd kennis gedeeld. Zo benoemde Paul van der Velpen waarom we tot actie moeten overgaan: mensen met weinig opleiding en inkomen, sterven jonger en hebben meer ongezonde levensjaren; de verschillen zijn in de afgelopen jaren toegenomen; de gezondheidsverschillen zijn genetisch niet te verklaren, maar wel gerelateerd aan leefomgeving en gedrag. De oorzaken liggen deels op individueel vlak, deels aan de sociale en fysieke omgeving, deels aan de economische en culturele context



Daarom zullen we naast individuele inspanningen ook moeten werken aan het wegnemen van barrières die de maatschappelijke context creëert. We moeten naast preventie en voorlichting ook maatregelen nemen om de omgeving te verbeteren, zodat de hellingshoek voor het bereiken van een betere gezondheid voor iedereen gelijk wordt. Zijn concrete advies was: Zorg voor vroegsignalering en verbinding tussen wat de Gemeente in het kader van de WMO doet en de gezondheidsinterventies die zorgverzekeraars financieren.

Ella Vogelaar (PvdA) sloot daarbij aan door de kracht van de 1^e lijns gezondheidszorg te roemen. Om die te versterken zal marktwerking moeten worden teruggedrongen, de contractering met zorgverzekeraars worden vereenvoudigd en meer sociaal in plaats van medisch moeten worden ingestoken.

Wim-Jan Renkema (Groen Links) voegde daaraan toe dat we moeten werken aan het terugdringen van alcoholisme, roken, overgewicht en psychische klachten; dat we de perverse prikkels in het systeem (b.v. behandelen levert geld op) en verspilling (b.v. van medicijnen) moeten bestrijden en ter preventie de BTW op gezonde voeding moeten verlagen en op suiker verhogen. We moeten ons niet laten vangen in de slogan dat bescherming lijkt op betutteling en bevoogding de individuele vrijheid zou beknotten.

Gewapend met deze gedeelde inzichten, hebben de deelnemers in groepen gesproken over a) welke problemen zij tav de gezondheidsverschillen ervaren en welke oplossingen zij voorstaan op individueel niveau, lokaal/stedelijk niveau en (inter)nationaal niveau.

Deze zijn bondig samengevat in onderstaande matrix: Werken aan gezondheidsverschillen; bevindingen van 1 december 2018.

	Wat zien we?	Wat kan een oplossing bieden?	Wie is aan zet?
Individueel	<p>1.Mensen hebben weinig vertrouwen in voorlichting van instanties; gesprekken met zorgverleners worden niet altijd goed ervaren</p> <p>2.Preventie en gezonde leefstijl is geen ingeslepen routine</p> <p>3.Mensen zitten tussen leefwereld <-> systeemwereld, zorg onvoldoende op individu afgestemd, onvoldoende onderlinge afstemming professionals</p>	<p>1.Voorlichting door vertrouwenspersonen, zoals huisarts; in contacten eerst aan de relatie werken, vertrouwen ontwikkelen,/ oog hebben voor taalgebruik.</p> <p>2.Kinderen bewust maken van gezonde leefstijl; integreren in het onderwijs, niet alleen als apart tijdelijk vak.</p> <p>3.Professionals moeten meer buiten de lijntjes afstemmen met informele zorg, en met schuldhulpverlening, inzet praktijkondersteuners</p>	<p>1.Huisartsen moeten in contracten ruimte krijgen voor voorlichting en preventie. Rol inkoop zorgverzekeraars</p> <p>2.Onderwijsveld: lesmateriaal en didactiek aanpassen</p> <p>3.Gemeenten en overheden moeten meer ruimte geven aan de professional</p>
Lokaal	<p>1.Problemen in krimpregio's: weinig huisartsen en gzh voorzieningen</p> <p>2.Ongelijke opleidingen en inkomens clusteren: gezondheidsverschillen</p> <p>3.Problemen in wijken door afbouw bedden GGZ</p> <p>4.De decentralisaties leiden nog niet tot echte verbeteringen</p> <p>5.Weinig mogelijkheden voor burgers om zelf invloed uit te oefenen op de materiële- en welzijnsaspecten van de leefomgeving. Bijv groene wijk, uitnodigend tot bewegen, eet-& ontmoetingsmogelijkheden</p> <p>6.Gezondheidsactiviteiten zijn onvoldoende gericht op wijkniveau. Financiering is niet afgestemd op lokale behoefte</p>	<p>1.</p> <p>2.Gerichter signaleren behoeften op wijkniveau</p> <p>3.Onorthodoxe oplossingen faciliteren voor complexe problematiek</p> <p>4.Door-decentraliseren naar wijk- of buurtniveau (± 5000 inwoners). Task forces per wijk en aansluiten op persoonlijke verhalen</p> <p>5.Meer functionele democratie tav welzijn en leefomgeving, meer buurthuizen, coördinator zorg & welzijn op wijkniveau, meer ruimte voor burgerinitiatieven, wijkbudgetten voor zorg en welzijn</p> <p>6. Stads/wijkpolissen voor ZVW, populatiebepoortering, mogelijkheden voor gemeentelijke belasting zorg en welzijn, wijk-cliëntenraden</p>	<p>1.</p> <p>2.Schoolbegeleidingsdiensten, huisartsen, woningcorporaties</p> <p>3. Cliëntenorganisaties zoals Mind en Ypsilon inschakelen</p> <p>4.Eén preferente zorgverzekeraar per regio, gemeente & zorgverzekeraar moeten financiële investeringen in wijken afstemmen op noodbehoeften</p> <p>5.</p> <p>6.</p>
Landelijk	<p>1.Er is geen lange termijn financiering voor extra inzet huisartsen en onderwijs</p> <p>2.Samenleving houdt zich te weinig bezig met de gezondheidsverschillen. Eventuele maatregelen worden als betuttelend ervaren</p> <p>3.Onvoldoende verbinding met lokale situaties</p> <p>4.Wel aandacht voor preventie en zorg op individueel niveau, oorzaken op andere domeinen geen beleid.</p> <p>5.Bedrijfsleven heeft belangen die de gezondheid bedreigen</p> <p>6.Door de marktwerking in de zorg komt preventie en generiek gezondheidsbeleid niet aan bod.</p>	<p>1.Landelijk fonds voor lange termijn financiering inzet huisartsen en onderwijs</p> <p>2.Meer positieve aandacht voor gezondheid en gezondheidsverschillen; besef dat veel regels als bescherming ervaren worden en niet als betutteling. Denkkader van positieve gezondheid gebruiken. (sub)culturele leiders inzetten.</p> <p>3.</p> <p>4.Geen integrale vernieuwing, starten met bouwstenen met aantoonbare effecten, o.a. fiscale regels, volkshuisvesting, onderwijs, preventiefonds</p> <p>5.Tegendruk ontwikkelen door korte termijn financiële belangen van het bedrijfsleven weg te halen</p> <p>6.Terugdringen marktwerking</p>	<p>1.Landelijke politiek kan een fonds instellen</p> <p>2.Landelijke politiek en organisaties / media-aandacht</p> <p>3.Lokale en (internationale) overheden en organisaties</p> <p>4. Landelijke en Europese politiek</p> <p>5. Landelijke en Europese politiek</p> <p>6. Landelijke en Europese politiek</p>

Bijlage 2 Verkenning beleid voor mensen in armoede

Een van de gespreksgroepen op de conferentie van 18 mei 2019 deed een voorstel voor gezondheidsbeleid gericht op mensen in armoede. De gespreksgroep is begonnen met de velden in beeld te brengen en vervolgens per veld te kijken wat daar speelt en gedaan kan worden. Voor sommige maatregelen heb je anderen nodig; benoem die en spreek ze aan. De uitwerking die hieronder staat is een begin en natuurlijk niet volledig.

Gemeente:

- weten wie tot de populatie behoren en waar ze zijn (zowel werkende als niet-werkende armen)
- ga samenwerking aan met partijen die de populatie kennen
- draag bij aan positieve beeldvorming
- maak meerjarenafspraken met samenwerkingspartners rond de populatie, zoals zorgverzekeraars en woningcorporaties
- zorg voor goede en betaalbare huisvesting
- organiseer / faciliteer cursussen zoals 'omgaan met geld'
- Meer richting geven aan de inzet van de GGD (ook voor kleinere gemeenten die met een regionale GGD werken)
- laat de doelgroep meedenken over beleid en maatregelen

Leefstijl:

- ongezonde voeding is veelal goedkoper
 - o dam de negatieve invloed van de voedingsindustrie in → landelijke overheid?
 - o laat supermarkten hun winkelinrichting en assortiment aanpassen
 - o stimuleer stadstuinen zodat mensen zelf groente kunnen kweken → rol gemeente
- Ontwikkel gezonde gewoontepatronen
 - o Jong beginnen → onderwijs
 - o Stimuleer het drinken van water door dit overal beschikbaar te stellen
- Meer bewegen
 - o Minder roltrappen in gebouwen en de publieke ruimte
 - o Financieel faciliteren van sporten → gemeente
 - o Bevorder lopen en fietsen (bijv. fietsen beschikbaar stellen als mensen gaan werken)
- Armoede in combinatie met ongezonde leefstijl zien als gezondheidsrisico
 - o Leefstijlprogramma's mede financieren vanuit de ZVW

GGD

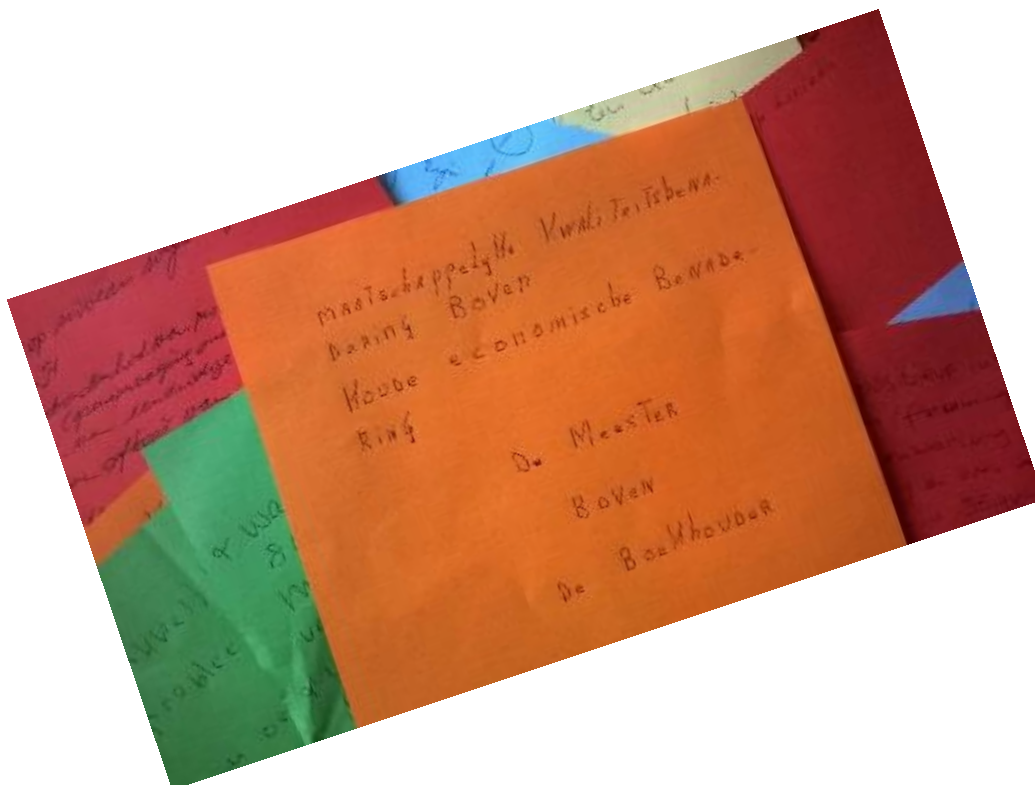
- In jeugdgezondheidsprogramma's meer aandacht voor jongeren uit arme gezinnen
- Signalering en advies door de schoolarts
- Bundelen en verspreiden van kennis en informatie
- Verzamelen van signalen over waar de populatie te vinden is en hoe groot deze is

Onderwijs

- (on)vrijwillige eigen bijdrage niet voor kinderen uit arme gezinnen
- Faciliteren van aanschaf ICT apparatuur e.d.
- Signaleren van kinderen in de risico groep
- Leer de kinderen kennen (ook hun thuissituatie maakt ze wie ze zijn)
- Gezondheidscoach (in het verleden hadden we de schoolverpleegkundige)
- Gezond leven integreren in het onderwijs (niet alleen door aparte lessen over gezondheid, maar bijv. voor leesonderwijs ook teksten gebruiken die gaan over gezond leven)
- Bevorder een inclusieve cultuur (geen stigmatiseren van kinderen uit arme gezinnen)
- Bevorder (gezamenlijke) gezondheidsvaardigheden
- Gezonde school (assortiment in de kantine)

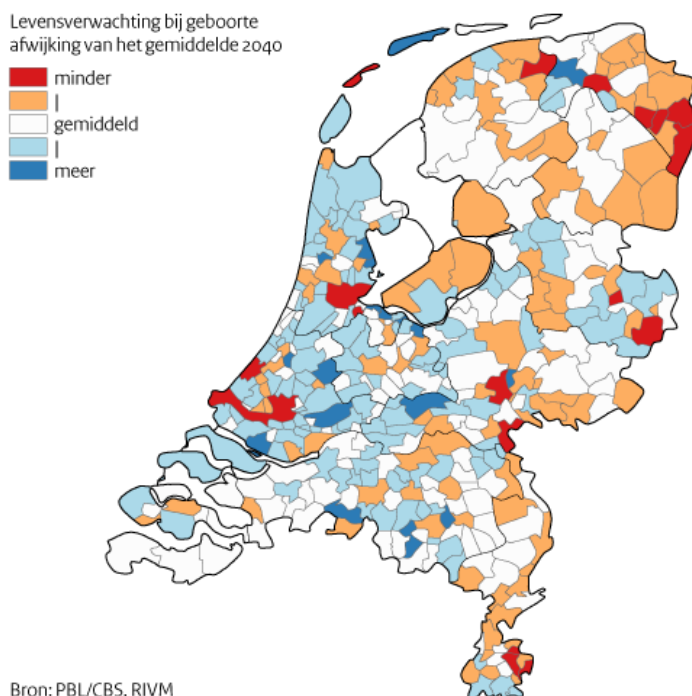
Dit is het resultaat van een korte brainstorm die wel snel leidt tot een aantal realiseerbare mogelijkheden. Conclusie van een van de deelnemers van de focusgroep was.

- Werk projectmatig en concreet
- Betrek de populatie vanaf het begin en inventariseer het veld
- Betrek de actoren uit het veld bij het benoemen van mogelijke oplossingen
- Benoem waar de ene actor iets van de ander nodig heeft en maak daar afspraken over
- Geef de actoren de ruimte om binnen hun eigen gebied oplossingen en acties verder uit te werken, maar bewaak de samenhang en het gevoel van gemeenschappelijke verantwoordelijkheid
- Begin met acties waar je niet afhankelijk bent van anderen en die je snel kan starten

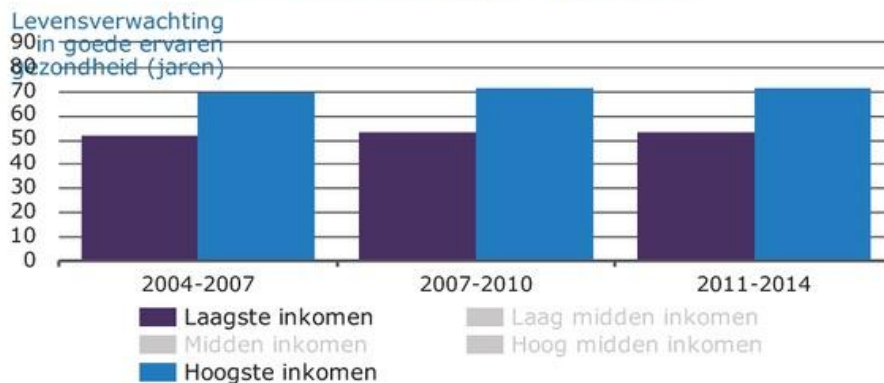


Bijlage 3. Statistieken over Gezondheidsverschillen.

<https://www.vtv2018.nl/gezondheidsverschillen-op-14-maart-2019>

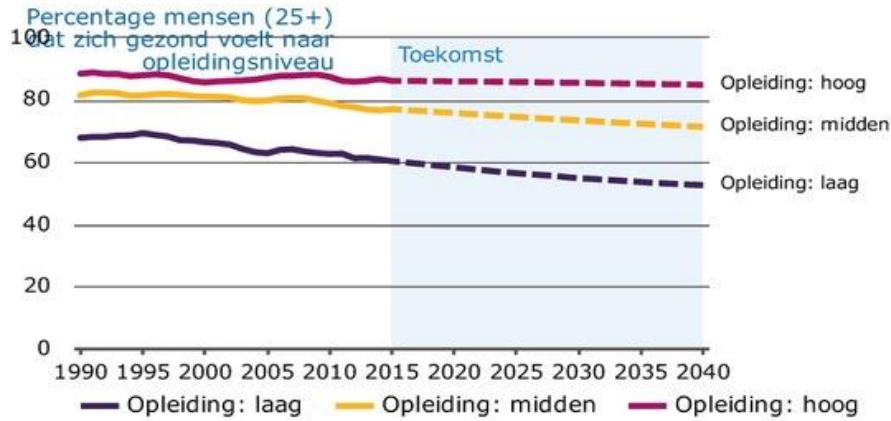


Het verschil in levensverwachting in goede ervaren gezondheid tussen mensen met een lage en hoge sociaaleconomische status bleef in de periode 2004-2014 ongeveer 18 jaar; de toekomstige ontwikkelingen in deze verschillen zijn onzeker



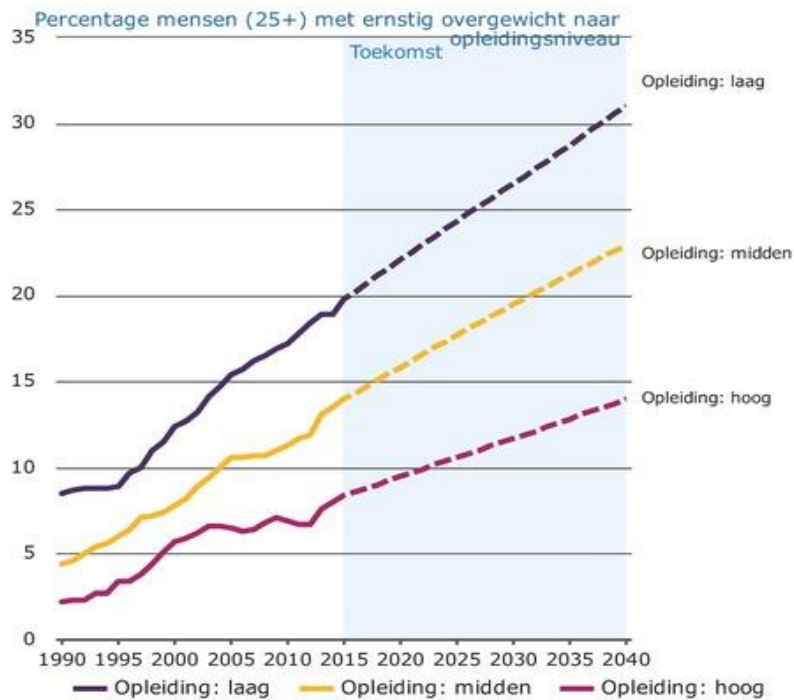
Bron: CBS

Het percentage mensen met een lage sociaaleconomische status dat zich gezond voelt neemt af tot 2040, terwijl dit voor mensen met een hoge sociaaleconomische status niet verandert



Bron: CBS, RIVM

Het percentage mensen met ernstig overgewicht neemt tot 2040 harder toe onder mensen met een lage sociaaleconomische status



Bron: CBS, RIVM

Bijlage 4. Lijst van geraadpleegde literatuur

-
- ⁱ CBS, Armoede en sociale uitsluiting 2018, Den Haag, 2018 te downloaden via <https://www.cbs.nl/nl-nl/publicatie/2018/03/armoede-en-sociale-uitsluiting-2018>
- ⁱⁱ Putters K, Een lokaal sociaal contract, SCP, Den Haag, maart 2018. p 25-26, gedownload op 22 juli 2019 via https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2018/Een_lokaal_sociaal_contract
- ⁱⁱⁱ Ravesteijn B, Measuring the Impact of Public Policy on Socioeconomic Disparities in Health, PhD Thesis, Erasmus University, Rotterdam, 2016
- ^{iv} RIVM statistieken over Sociaal Economische Gezondheidsverschillen. Overgenomen van de link <https://www.vtv2018.nl/gezondheidsverschillen>
- ^v <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/33/verschil-levensverwachting-hoog-en-laagopgeleid-groeit>
- ^{vi} <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/32/werknemers-in-2018-gemiddeld-65-jaar-bijpensioenering>
- ^{vii} Evident onrechtvaardige gezondheidsachterstanden: een nieuw startpunt voor gezondheidsbeleid ? Policy brief project Socioeconomic in- equalities in health and quality of life: which indicators to use in research, and in health (care) policies? Contact: Karien Stronks, Amsterdam UMC, locatie AMC en Marcel Verweij, Wageningen Universiteit (uitgave juni 2019)
- ^{viii} Wilkinson en K. Pickett, The Spirit Level. Inequality and wellbeing: why more equal societies almost always do better, New York: Bloomsbury Press. 2009
- ^{ix} Zie <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/convenanten/2018/11/23/nationaal-preventieakkoord>
- ^x Zie voor het WRR rapport <https://www.wrr.nl/publicaties/policy-briefs/2018/08/27/van-verschil-naar-potentieel.-een-realistisch-perspectief-op-de-socialeconomische-gezondheidsverschillen>
- ^{xi} Gils P van, a Suijkerbuijk, J Polder en M van den Berg, Ook buiten preventieakkoord is veel gezondheidswinst te behalen tegen beperkte kosten, ESB, 104 (4775), 4 juli 2019, 320-322
- ^{xii} Muijsenbergh M van den , Gezondheidsverschillen vragen om persoonsgerichte, integrale zorg door eerstelijns- en publieke gezondheidszorg, Tijdschr Gezondheidswet (2019) 97:36–39 <https://doi.org/10.1007/s12508-019-0223-9>
- ^{xiii} <https://vng.nl/info-collegeonderhandelingen/omgevingswet>