

22 Sociaaleconomische gezondheidsverschillen in de regio Gelre-IJssel

Net als in de rest van Nederland bestaan ook in de regio Gelre-IJssel aanzienlijke verschillen in gezondheid tussen de lagere en de hogere sociaaleconomische groepen. De lagere sociaaleconomische groepen hebben over het algemeen meer gezondheidsproblemen en een kortere levensverwachting. Een goede gezondheid is essentieel om goed te kunnen participeren in de samenleving. Het is daarom voor gemeenten belangrijk om in te zetten op het verkleinen van deze gezondheidsverschillen.

In Nederland leven mensen met een hoge opleiding 6 à 7 jaar langer dan mensen met een lage opleiding. Voor de levensverwachting in goed ervaren gezondheid is het verschil nog groter: hoogopgeleiden hebben 16 à 19 gezonde jaren *meer* dan laagopgeleiden.

WAT IS SOCIAALECONOMISCHE STATUS?

De sociaaleconomische status (ses) zegt iets over de positie die iemand inneemt op de maatschappelijke ladder. Meestal wordt deze positie bepaald aan de hand van iemands opleiding, inkomen of beroepsstatus. Maar ook daarmee samenhangende kenmerken, zoals de buurt waarin iemand woont en de kwaliteit van de woning kunnen worden meegenomen bij het vaststellen van de ses.

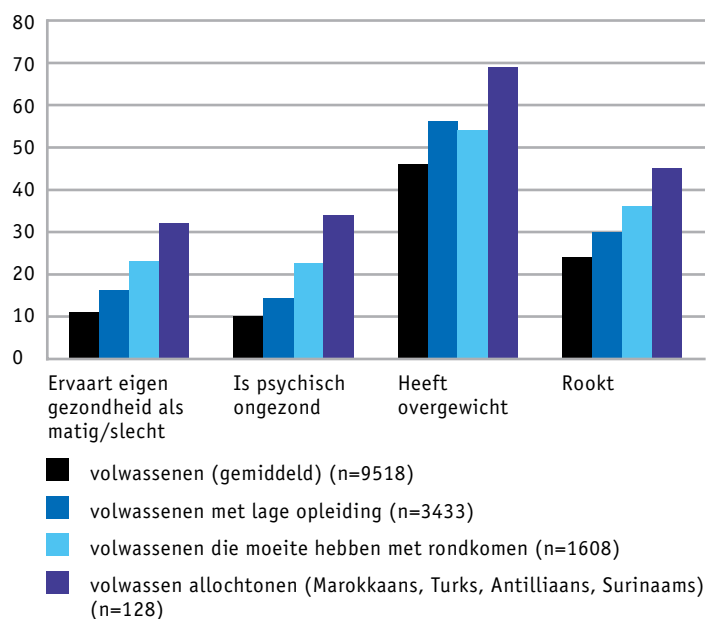
WAAROM ZIJN MENSEN MET EEN LAGE SES MINDER GEZOND?

Er zijn twee mechanismen te noemen waarop sociaaleconomische gezondheidsverschillen berusten. Ten eerste kan een slechte gezondheid leiden tot een lage ses, bijvoorbeeld wanneer iemand ten gevolge van een lichamelijke beperking niet in staat is een opleiding te voltooien en/of aan het arbeidsproces deel te nemen. Ten tweede kan een lage ses leiden tot een slechtere gezondheid. Dit laatste mechanisme is verreweg het belangrijkste. Hierbij spelen verschillende factoren een rol. Zo kunnen verschillen in gezondheid deels verklaard worden door de minder gezonde leefstijl bij mensen uit de lage ses-groepen. Zij roken bijvoorbeeld gemiddeld meer, bewegen minder en eten ongezonder dan mensen uit de hoge ses-groepen. Ook blijkt uit onderzoek dat laagopgeleide jongeren minder vaak anticonceptie gebruiken wanneer zij seksueel contact hebben dan hoogopgeleide jongeren. Daarnaast komen sommige psychosociale stressfactoren meer voor in de lagere sociaaleconomische groepen. We kunnen hierbij denken aan langdurige moeilijkheden door financiële problemen. Ook is het met een laag inkomen moeilijker om gezonde keuzes te maken. Verder verkeren mensen uit de lage ses-groepen vaker in

minder gunstige woon- en werkomstandigheden, waardoor de kans op gezondheidsproblemen groter is.

SOCIAALECONOMISCHE GEZONDHEIDSVERSCHILLEN IN DE REGIO GELRE-IJSSEL

Uit de meest recente gezondheidsmonitors van GGD Gelre-IJssel komen de gezondheidsverschillen in de regio Gelre-IJssel duidelijk naar voren. In *figuur 1* staan voor een aantal gezondheidsindicatoren de verschillen tussen groepen volwassenen in de regio weergegeven. Volwassenen met een lage opleiding, volwassenen die moeite hebben met rondkomen en allochtonen ervaren hun gezondheid minder goed, zijn psychisch minder gezond, hebben vaker overgewicht en roken vaker dan de gemiddelde volwassene in de regio Gelre-IJssel. De problematiek is het grootst bij allochtone volwassenen. Etniciteit is op zichzelf geen indicator van sociaaleconomische status, maar is daarmee wel verweven, omdat relatief veel niet-westerse allochtonen een laag opleidingsniveau en/of een laag inkomen hebben.



Figuur 1 Verschillen in gezondheid en leefstijl tussen diverse groepen volwassenen in de regio Gelre-IJssel (2008)

	Ervaren gezondheid is matig/slecht	Is psychisch ongezond ¹	Heeft overgewicht	Rookt	Ouders roken in bijzijn kind
	%	%	%	%	%
Kinderen (0-12 jaar)					
totaal (n=10.837)	4,5	11	11	.	8
met lage ses ² (n=2501)	5,1	14	16	.	16
Jongeren (klas 2 en 4 voortgezet onderwijs)					
totaal (n=14.511)	17	16	.	17	37
VMB0-ers (n=7125)	19	18	.	24	46
Ouderen (65+)					
totaal (n=7252)	29	17	59	.	nvt
met lage opleiding (n=5570)	32	19	62	.	nvt
met laag inkomen (n=2238)	38	24	65	.	nvt

¹ obv MHI-5 bij jeugd en ouderen en SDQ bij kinderen

² obv opleiding moeder

. geen (betrouwbare) cijfers bekend

Tabel 1 Gezondheid en leefstijl bij kinderen, jongeren en ouderen in de regio Gelre-IJssel, totaal vs. lage ses-groepen (2005-2009)

Uit tabel 1 blijkt dat sociaaleconomische gezondheidsverschillen al zichtbaar zijn bij kinderen en jongeren. Kinderen met een laagopgeleide moeder en jongeren op het vmbo hebben bijvoorbeeld vaker dan gemiddeld een matig tot slecht ervaren gezondheid. Ook psychische ongezondheid komt bij hen vaker voor. Bij ouderen zijn ook gezondheidsverschillen tussen de verschillende ses-groepen zichtbaar. Voor ouderen is opleiding echter een minder goede indicator voor sociaaleconomische status omdat driekwart van de ouderen een lage opleiding heeft. Het inkomen is voor ouderen daarom een beter onderscheidende indicator voor sociaaleconomische gezondheidsverschillen.

LAGE SES-GROEPEN IN DE REGIO GELRE-IJSSEL

Om gezondheidsverschillen gericht aan te kunnen pakken is het voor gemeenten belangrijk om inzicht te hebben in zowel de omvang als de aard van de lage ses-groepen binnen hun gemeentegrenzen. In *tabel 2* staat de omvang van een aantal lage ses-groepen en van de groep niet-westerse allochtonen per gemeente weergegeven.

	Laagopgeleide volwassenen	Huishoudens met besteedbaar inkomen < 16.500 per jaar	Volwassenen met risicovolle of problematische schulden	Arbeidsongeschiktheidsuitkeringen (per 1000 inw. van 15-65 jaar)	Bijstandsuitkeringen (per 1000 huishoudens)	Kinderen in uitkeringsgezin	Niet-westerse allochtonen
	%	%	%	aantal	aantal	%	%
Aalten	39	18	5,9	73	15	1,9	3,0
Apeldoorn	31	18	7,9	84	37	4,2	6,9
Berkelland	33	17	5,8	76	18	2,0	2,2
Bronckhorst	32	17	5,9	71	13	1,4	1,2
Brummen	35	16	4,3	75	22	2,2	4,9
Deventer	32	21	9,5	83	42	5,0	12,2
Doetinchem	34	20	5,3	96	38	3,0	5,4
Elburg	39	15	6,3	70	17	1,6	1,8
Epe	36	18	6,2	82	23	1,9	4,6
Ermelo	31	19	5,0	99	20	2,1	3,4
Harderwijk	43	17	6,4	77	31	3,7	9,8
Lochem	22	16	4,7	73	20	2,0	3,4
Montferland	39	17	5,8	95	26	2,2	2,3
Nunspeet	38	16	5,7	68	17	1,7	2,5
Oldebroek	45	11	3,5	63	16	1,4	1,8
Oost Gelre	37	16	5,5	69	15	1,7	2,5
Oude IJsselstreek	38	19	7,9	83	24	2,6	5,7
Putten	42	15	3,5	61	14	1,8	2,3
Voorst	29	16	5,2	84	18	1,8	2,3
Winterswijk	34	22	4,2	77	34	3,3	4,9
Zutphen	34	22	7,6	101	47	6,2	6,8
Bron:	1	1	2	1	1	3	1

Oranje gearceerd Top 5 van gemeenten met ongunstigste score per indicator

Bronnen: 1=CBS; 2=GGD Gelre-IJssel; 3= Verweij-Jonker Instituut

Tabel 2 Omvang van diverse lage ses-groepen en groep niet-westerse allochtonen in de gemeenten van de regio Gelre-IJssel (2008/2009)

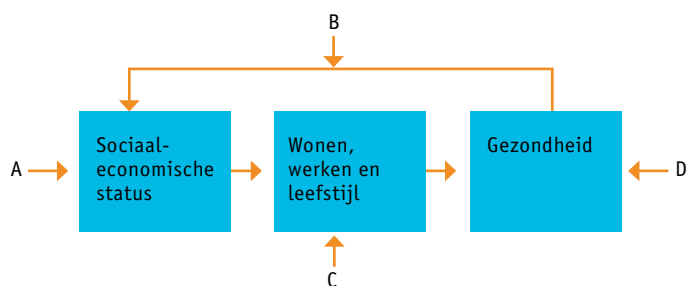
MAATREGELLEN OM SOCIAAL-ECONOMISCHE GEZONDHEIDSVERSCHILLEN TE VERKLEINEN

Landelijke aanpak

De overheid streeft naar een goede gezondheid voor iedereen ongeacht de sociaaleconomische achtergrond. In het plan 'Naar een weerbare samenleving. Beleidsplan aanpak gezondheidsverschillen op basis van sociaaleconomische achtergronden' vroeg het kabinet in 2008 aandacht voor gezondheid, maar ook voor vroegtijdig schoolverlaten, maatschappelijke en economische participatie, een gezonde leefomgeving en het beschermen van lage inkomens. Voor de aanpak van gezondheidsverschillen blijkt een integrale aanpak namelijk het meest effectief.

Mix van beleidsmaatregelen

Het RIVM heeft in 2009 in opdracht van het ministerie van VWS een rapport geschreven over de aanpak van gezondheidsachterstanden. Hierin wordt een samenhangend pakket aan maatregelen beschreven gebaseerd op vier aangrijpingspunten. Een combinatie van het maximaal haalbare per aangrijpingspunt is noodzakelijk om gezondheidsverschillen effectief aan te pakken. In *figuur 2* worden deze vier aangrijpingspunten schematisch weergegeven.



Figuur 2 Schematische weergave van vier aangrijpingspunten (A t/m D) voor het verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen

Er kunnen maatregelen worden genomen die de verschillen in opleiding en inkomen verkleinen (A) of die het negatieve effect van gezondheid op opleiding, beroepsniveau en inkomen verminderen (B). Ook zijn er maatregelen om de woon- en werkomstandigheden en leefstijl te verbeteren (C) en maatregelen die de zorg aan achterstandsgroepen toegankelijker en effectiever maken (D).

Voorbeelden van maatregelen die de sociaaleconomische status verbeteren en de verschillen verkleinen zijn (A):

- Voor- en vroegschoolse educatie om taalachterstanden bij kinderen te verminderen;
- Brede scholen, inclusief volwassenenonderwijs, voorlichting en training;
- Financiële ondersteuning van arme huishoudens om deelname aan sportieve en maatschappelijke activiteiten mogelijk te maken.

Een negatief effect van gezondheid op opleiding, beroepsniveau en inkomen kan worden voorkomen door maatregelen als (B):

- Ziekteverzuimbegeleiding bij de jeugd.
- Wegnemen van gezondheidsbarrières voor re-integratie op de arbeidsmarkt.

Maatregelen op het gebied van wonen, werken en leefstijl kunnen zijn (C):

- Het verbeteren van het binnenmilieu van de woning;
- Het realiseren van speel- en sportvoorzieningen, wandel- en fietspaden, groene openbare ruimte in de wijk;
- (Settinggerichte) interventies om een gezonde leefstijl te bevorderen;
- Gezondheidsbevordering op scholen en op de werkplek.

Voorbeelden van maatregelen om de gezondheidszorg aan achterstandsgroepen te verbeteren (D):

- Toegankelijkheid van de eerste lijn vergroten;
- Inzet van allochtone zorgconsulenten (VETC'ers) in de eerste lijn;
- Vroegsignalering en preventie van opgroei- en opvoedproblemen bij de jeugd;
- Aanbieden van seksualiteitsprekuren (Sense) op ROC's.

In de 'Staat van de gezondheidszorg 2010' vertaalt de Inspectie voor de Gezondheidszorg deze landelijke aanpak naar een eigen advies voor het lokaal gezondheidsbeleid. Zij vraagt gemeenten aandacht te geven aan groepen met een geringe sociale redzaamheid, kwetsbare gezinnen en veelplegers met psychische problematiek en de samenwerking tussen organisaties rond deze doelgroepen te bevorderen.

INTERVENTIES OM GEZONDHEIDSVERSCHILLEN TE VERKLEINEN

Het aanbod van leefstijlinterventies specifiek voor achterstandsgroepen is nog beperkt. In de nieuwe handleiding 'Gezonde Gemeente' die eind 2010 verschijnt, komt hiervoor meer aandacht. Hieronder staan enkele voorbeelden van interventies. De meeste bestaande interventies zetten in op bevordering van een gezonde leefstijl of verbetering van woon- of werkomstandigheden (pijl C in figuur 2). De volgende uitgangspunten zijn bij de keuze van interventies belangrijk:

Aansluiten bij de vindplaats

Door interventies in een specifieke setting uit te voeren, sluit je aan bij de vindplaats van de doelgroep. Mogelijke settings zijn: achterstandswijken of -buurten; sociale dienst; WMO-loket; scholen; bedrijven met veel laaggeschoolde werknemers; kerk/ moskee; buurthuizen; eerste-lijnszorg; jeugdgezondheidszorg.

Voorbeelden van settinggerichte interventies zijn:

- **Wijk- of buurtgerichte aanpakken** waarover de GGD nader kan adviseren.
- **Goede voeding hoeft niet veel te kosten** (GGD Zuid-Limburg) is een theoretisch goed onderbouwde interventie die de schuldhulpverlening aanbiedt en mensen bewust maakt dat gezond eten niet duur hoeft te zijn.
- Voorlichters in Eigen Taal en Cultuur bieden Turkse moeders met kinderen van 4 tot 12 jaar de cursus **Simpel Fit!** gericht op voeding en beweging (GGD Gelre-IJssel).
- Het beweegaanbod op brede scholen kunnen gemeenten bevorderen door een **combinatiefunctionaris** onderwijs, sport en cultuur aan te stellen (www.combinatiefuncties.nl). Ondermeer in de gemeenten Apeldoorn, Bronckhorst, Deventer, Oude IJsselstreek, Putten, Harderwijk en Zutphen wordt de combinatiefunctie ingezet. Gemeenten kunnen tot en met 2012 in aanmerking komen voor een bijdrage van de rijksoverheid.

Inzetten op een gezonde omgeving

Lage ses-groepen zijn vaak moeilijk te bereiken met leefstijlprogramma's. Leefgewoonten als roken, overmatig alcoholgebruik en ongezond eten kunnen mensen een belangrijke houvast bieden, ondanks dat men weet dat het ongezond is. Juist voor deze groep is het belangrijk om de maatregelen te richten op de fysieke en sociale omgeving en zo de gezonde keuze een makkelijke keuze te maken. Gemeenten kunnen bijvoorbeeld zorgen voor **voldoende beweegmogelijkheden** in wijken; gezonde (school)kantinens; voldoende aanbod van **opvoedingsondersteuning** en **toegankelijke voorzieningen**.

Eigen kracht

Bij het verbeteren van gezondheidsvaardigheden gaat het erom dat mensen meer grip krijgen op de eigen gezondheid, doordat zij in staat zijn informatie te gebruiken om hun gezondheid te verbeteren en hun weg te vinden in zorgvoorzieningen. Gezondheidsvaardigheden en 'empowerment' zijn belangrijke begrippen binnen veel community- en wijkgerichte interventies, bijvoorbeeld:

- **Communities in Beweging** (Nationaal Instituut voor Sport en Bewegen) is een theoretisch goed onderbouwde methode om groepen mensen met een bewegachterstand te stimuleren tot bewegen en een actieve leefstijl. Er is veel aandacht voor actieve participatie en empowerment van de doelgroep.

Verbinden preventie-curatie

Juist voor lage ses-groepen is het belangrijk om in te zetten op 'voorzorg' in plaats van 'nazorg'. Mensen met een lage ses hebben immers een verhoogd risico op aandoeningen. Daarom is het goed om in de eerstelijnszorg interventies op te zetten die gericht zijn op mensen met

bepaalde gezondheidsklachten. Stoppen met roken, preventie van diabetes en depressie zijn belangrijke thema's om samen met de eerstelijnszorg op te pakken.

Voorbeelden zijn:

- Begeleiding bij stoppen met roken door een aantal thuiszorginstellingen in de regio: **Pakje Kans** (STIVORO) en **Persoonlijke Coaching** (STIVORO)
- Voorkomen van diabetes wordt in Apeldoorn binnen de eerstelijnszorg opgepakt via de interventie **SLIMMER** (GGD Gelre-IJssel). In de rest van de regio vinden pilots plaats met de inzet van de **Beweegkuur** (NISB).

Hoe goed een interventie ook is, een effectieve aanpak omvat altijd een combinatie van maatregelen die de verschillen in opleiding en inkomen verkleinen, de gezondheid en leefomgeving verbeteren en de zorg toegankelijker maken. Het is daarom belangrijk om bestaande projecten onder te brengen in uitvoeringsprogramma's voor de doelgroep lage ses.

WAT KUNNEN GEMEENTEN DOEN?

Het verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen vraagt om een langdurige en samenhangende aanpak die de sociale omgeving betreft. Aangezien de aanpak alleen effectief is wanneer er een goede mix aan maatregelen wordt ingezet, vraagt het om bewuste regievoering, zowel binnen de gemeente als in het veld.

Er bestaan al veel organisaties en overleggen die zich inzetten voor risicogroepen: de zorg- en adviesteams (ZAT's) op scholen, de sociale woningbouw en de zorgnetwerken in de wijk. De gemeente kan met het bevorderen van ketensamenwerking bijdragen aan het terugdringen van gezondheidsverschillen. Een settinggerichte aanpak neemt hier een bijzondere plaats in, omdat mensen met een lage ses vaak bij elkaar wonen en met elkaar werken.

Verder verdient het aanbeveling om in de nota lokaal gezondheidsbeleid de inzet van de afdelingen sport, onderwijs, welzijn, ruimtelijke ordening en sociale zaken op te nemen. Daarnaast is het zinvol om van projecten over te stappen op programma's waarbij meerdere interventies in samenhang worden ingezet.

GGD Gelre-IJssel gaat graag met gemeenten in gesprek over de aanpak van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. De GGD kan kernpartners zoals de thuiszorg, welzijn, diëtisten, sportverenigingen en allochtone zelforganisaties bij elkaar brengen en hun aanbod rondom bevordering van een gezonde leefstijl en leefomgeving afstemmen in een programma. Ook kan zij het projectleiderschap op zich nemen om dit programma in samenwerking met hen uit te voeren.

Geraadpleegde literatuur en websites

- Stam S, Garssen MJ, Kardal M en Lodder BJH, 2008, Hoogopgeleiden leven lang en gezond. In: Hiltten, O. van, en A. Mares (red.), Gezondheid en zorg in cijfers 2008, blz. 9–19. CBS, Den Haag/Heerlen
- ZonMw. Sociaaleconomische gezondheidsverschillen verkleinen. Eindrapportage en beleidsaanbevelingen van de programmacommissie SEGV-II. Den Haag: ZonMw, Programmacommissie SEGV-II, 2001.
- Graaf H de, Meijer S, Poelman J, Vanwesenbeeck I. Seks onder je 25e. Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2005. Nisso Rutgersgroep/SOA Aids Nederland, 2005
- Diemen D, Elzenga M, Heutink H, Kooiker S. Wat hebben mensen met een lage en hoge(re) SES zelf te zeggen over gezond leven? Tijdschr Gezondheidswet 2010;88:10-12
- Mackenbach JP, Ongezonde verschillen, over sociale stratificatie en gezondheid in Nederland. Assen: Van Gorcum, 1994.
- Schrijvers CTM, Storm I. Naar een integrale aanpak van gezondheidsachterstanden; een beschrijving van beleidsmaatregelen binnen en buiten de volksgezondheidssector. Bilthoven: RIVM, 2009
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. Staat van de gezondheidszorg 2010; meer effect mogelijk van publieke gezondheidszorg. Utrecht: IGZ, maart 2010.
- Ministerie van VWS. Naar een weerbare samenleving. Beleidsplan aanpak gezondheidsverschillen op basis van sociaaleconomische achtergronden. Den Haag: VWS, december 2010.
- www.nationaalkompas.nl
- www.thesauruszorgenwelzijn.nl

Tekst en figuren

Mw. ir. C. Timmerman-Kok, epidemioloog, mw. drs. A. Dijkstra, functionaris gezondheidsbevordering en mw. drs. M. Beuling, beleidsadviseur

Met dank aan

Mw. ir. C. de Rover, beleidsadviseur, mw. drs. J. Klomp, arts Maatschappij en Gezondheid, mw. drs. M. van Tol, functionaris gezondheidsbevordering, mw. drs. A. Reichgelt, beleidsadviseur gemeente Brummen.

Ontwerp

Witte Rook grafisch ontwerpers
Arnhem/Deventer/www.witterook.nl

Sociaaleconomische gezondheidsverschillen in de regio Gelre-IJssel

is een onderdeel van de Gezondheidsatlas van de regio Gelre-IJssel, een uitgave van:
GGD Gelre-IJssel, Kennis- en Expertisecentrum
Postbus 51
7300 AB Apeldoorn
088 443 3705
E-mail: kenniscentrum@ggdgelre-ijssel.nl

De Gezondheidsatlas is te downloaden via www.ggdgelre-ijssel.nl/ info voor /gemeenten.

Overname van gegevens is toegestaan, mits voorzien van bronvermelding.

Jaar van uitgave: 2010



Gelre-IJssel

