

Bijlage 3 bij bouwstenennotitie

Beleidstheorie over impactvolle sturing op publieke gezondheid

Input voor nota's publieke gezondheid
2024-2027

1 mei 2023, definitief



Inleiding

Context van dit document

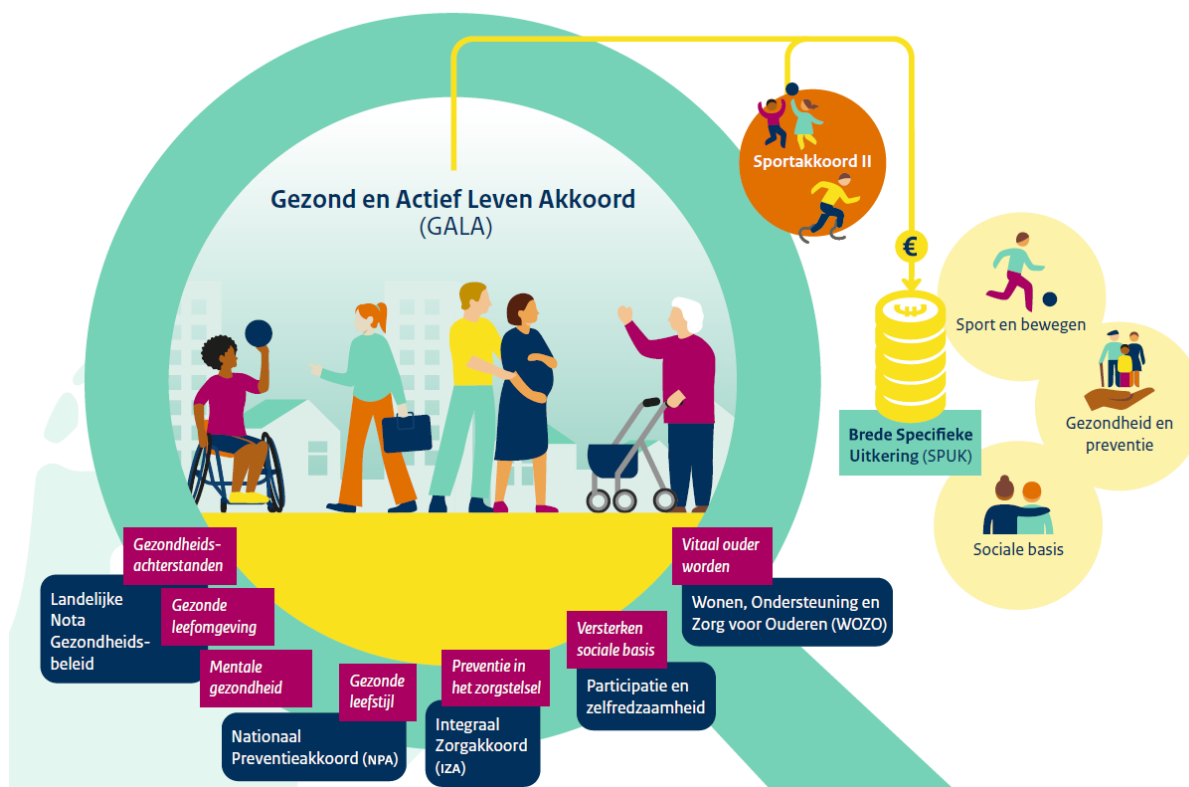
In 2023 ontwikkelt de DG&J een nieuw Meerjarenprogramma voor de periode 2024-2027. In het proces dat leidt tot het opstellen van dat MJP, heeft de DG&J een bouwstenennotitie opgesteld. Daarin staat deze ambitie centraal:

"We streven er naar dat iedere inwoner van ZHZ, van jong tot oud, ongeacht achtergrond en waar zijn wieg staat, de kans heeft om een gezond en veilig leven te leiden en zich te ontwikkelen om naar vermogen mee te doen in de samenleving". Dat willen we bereiken door gezondheidsverschillen te verkleinen en ontwikkelkansen te vergroten van inwoners van ZHZ. Domeinoverstijgend samenwerken is daarbij essentieel. Bij de bouwstenennotitie horen drie bijlagen. Bijlage 1 bevat voor alle vier de organisatieonderdelen van de DG&J een omschrijving van taken, trends en ontwikkelingen. Bijlagen 2 en 3 zijn opgesteld om gemeenten te adviseren bij het ontwikkelen van lokaal en regionaal beleid op publieke gezondheid, en de aanvragen die zij doen voor de brede SPUK-regeling voor o.a. GALA en IZA. Bijlage 2 bevat "Publieke gezondheid in ZHZ; epidemiologische verkenningen over demografie, trends en complexiteit". In bijlage 3 die nu voor u ligt, staat de beleidstheorie over impactvolle sturing op gezondheid.

Nota's publieke gezondheid, GALA en IZA

In 2023 schrijven de meeste gemeenten in Zuid-Holland Zuid nieuwe nota's publieke gezondheid voor de periode 2024-2027. Soms zijn dat specifieke gezondheidsnota's, soms maakt publieke gezondheid onderdeel uit van het (bredere) beleid voor het sociaal domein. Bovendien vraagt het ministerie van VWS gemeenten in 2023 plannen te maken over invulling van het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA). Gemeenten hebben via de VNG ook het Integraal Zorg Akkoord (IZA) ondertekend. De preventieve rol die gemeenten kunnen vervullen vanuit het sociaal domein en met publieke gezondheid, samen met hun GGD, vormt daarbij het vertrekpunt. Overigens is inzet van het fysieke domein daarbij onmisbaar.

Daarnaast werken gemeenten onder andere aan WOZO, hebben zij een preventieakkoord, een sportakkoord en wordt er inzet gevraagd vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning.



Figuur 1 Samenhang plannen gemeenten sociaal domein en publieke gezondheid (Bron: Gezond en Actief Leven Akkoord, januari 2023, p.11)

Zoals verwoord in het Gezamenlijke Preventiestatement van gemeenten en zorgverzekeraars (april 2022) zorgt meer preventie – versterken van vitaliteit en gezondheid, inclusief mentale gezondheid – voor meer kwaliteit van leven, meer fysiek en mentaal welzijn, meer veerkracht en een versterkt immuunsysteem. Dit heeft ook gevolgen voor de publieke gezondheid: een gezondere samenleving, met sterkere sociale cohesie, gezonder arbeidspotentieel (economische vitaliteit) en een verminderde druk op zorg en sociale zekerheid. Met regionaal ingebedde werkstructuren en samenwerkingsagenda's tussen gemeenten en verzekeraars als basis, kunnen lokale partners in zorg en ondersteuning worden gesteund om samen te werken aan een sterke, duurzame preventie infrastructuur.

We zien dat in Nederland en ook in onze regio de gezondheidsverschillen toenemen:

Uit onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) blijkt dat er in Nederland zeven sociale klassen zijn met grote onderlinge verschillen. In het SCP-rapport Eigentijdse Ongelijkheid is gekeken naar iemands positie in de maatschappij. "Die hangt niet alleen af van opleiding, beroep, inkomen en financieel vermogen (economisch kapitaal), maar ook van 'wie je kent' (sociaal kapitaal), 'waar je bij past' (cultureel kapitaal) en 'wie je bent' (persoonlijk kapitaal: gezondheid en aantrekkelijkheid). Deze structurele ongelijkheid in ons land is hardnekkig en heeft grote gevolgen. De analyse levert zeven sociale klassen op: de werkende bovenlaag (19,9%); de jongere kansrijken (8,6%); de rentenierende bovenlaag (12,2%); de werkende middengroep (24,9%); de laagopgeleide gepensioneerden (18,1%); de onzekere werkenden (10,0%); en het precariaat (6,3%). Uit het onderzoek blijkt dat

één op de zes Nederlanders (16,3%) achterstand heeft op deze vier terreinen; het gaat om de onzekere werkenden en het precariaat. Daartegenover staat een groep van 19,9%, die over de gehele linie een voorsprong heeft (werkende bovenlaag)".

Uit: SCP, Aanzienlijke verschillen tussen sociale klassen in Nederland, 2023.

Beleidstheorie

Om onze gezamenlijke ambitie waar te maken – "We streven ernaar dat iedere inwoner van ZHZ, van jong tot oud, en ongeacht de achtergrond en waar zijn wieg staat, de kans heeft om een gezond en veilig leven te leiden en zich te ontwikkelen om naar vermogen mee te doen in de samenleving" (concept Bouwstenennotitie) – is het belangrijk om te sturen vanuit een heldere en gedeelde beleidstheorie, die goed aansluit bij de praktijk.

Samengevat luidt deze beleidstheorie:

Impactvol sturen op gezondheid doe je als gemeente door **domein overstijgend** in te zetten op een **complex samenhangend systeem** van **collectieve gezondheidsdeterminanten** (sociaal, fysiek, economisch), vanuit een **collectieve verantwoordelijkheid** en **aanpak**. Hierbij moet ook worden gekeken naar de situationele ervaringen van inwoners zelf.

Een aanpak vanuit collectieve verantwoordelijkheid moet worden gecombineerd met **individuele gezondheidsfactoren** vanuit een **individuele verantwoordelijkheid**. Deze mix geldt voor het analyseren van oorzaken én voor het kiezen van oplossingen.

Hierbij gaan we er vanuit dat voorkomen door middel van (universele) preventie beter is dan moeten genezen. Dit kan leiden tot een noodzaak om vanuit oogpunt van selectieve preventie ook selectief te investeren.

Domein overstijgend werken betekent niet dat alles met alles moet worden verknoopt, maar wél dat er een bewuste inhoudelijke afweging wordt gemaakt op alle gezondheidsbepalende factoren. En dat er vervolgens effectief en efficiënte keuzes worden gemaakt in benodigde investeringen die bijdragen aan het verkleinen van gezondheidsverschillen

Toelichting:

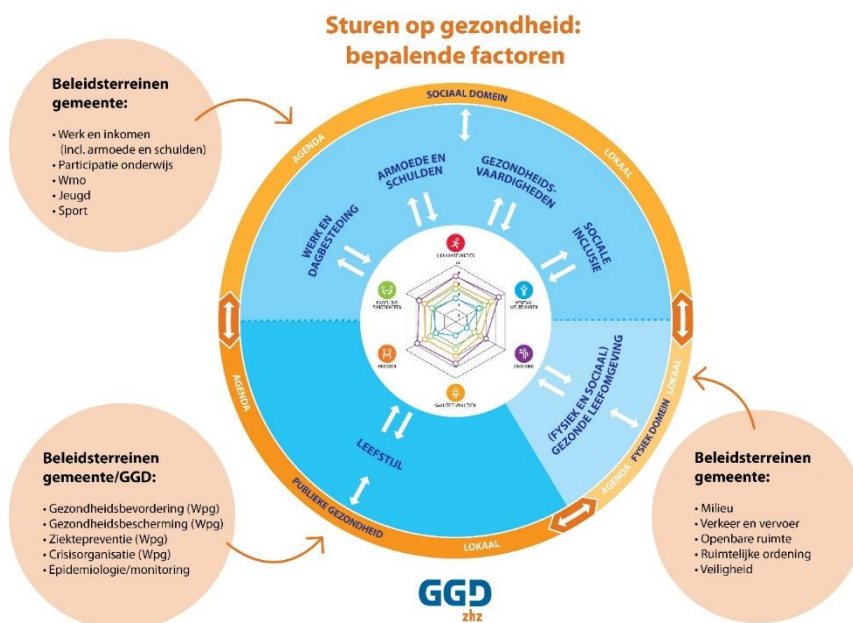
Tot voor kort werd landelijk nog nadrukkelijk gestuurd op individuele factoren en individuele verantwoordelijkheid van mensen voor gezondheid. Er werd vanuit gegaan dat als dat in voldoende mate gebeurde, er dan ook een positieve werking van zou uitgaan op de collectieve gezondheid. Dat blijkt in de praktijk toch minder goed te werken. Daarom zien we nu landelijk een belangrijke verschuiving naar een appèl op collectieve verantwoordelijkheid voor gezondheid en daarnaast individuele verantwoordelijkheid. Behalve sturing op individuele factoren is dus ook sturing nodig op collectieve gezondheidsdeterminanten. De verschillende collectieve determinanten hangen bovendien onderling nauw samen.

Collectieve gezondheidsdeterminanten zijn factoren die van grote invloed zijn op gezondheid, maar die een inwoner zelf niet kan beïnvloeden. Hierbij is inzet van instituten noodzakelijk zoals de overheid, samen met bijvoorbeeld maatschappelijk

partners en het bedrijfsleven. Er moeten grote veranderingen in gang worden gezet, tot en met vaak diepgewortelde overtuigingen over gezondheid in de samenleving.

In de vorige bouwstenennotitie (2019) presenteerde GGD ZHZ zes collectieve determinanten van gezondheid: oorzaken die zorgen voor gezondheid of ongezondheid. Deze determinanten baseerden we op het model van positieve gezondheid van Machteld Huber dat op het individu is gericht, en dat we vervolgens hebben vertaald naar publieke gezondheid waarbij het collectief voorop staat. In willekeurige volgorde zijn die determinanten:

- werk en overige vormen van zinvolle dagbesteding
- armoede en schulden
- gezondheidsvaardigheden
- sociale inclusie
- gezonde fysieke en sociale leefomgeving
- leefstijl

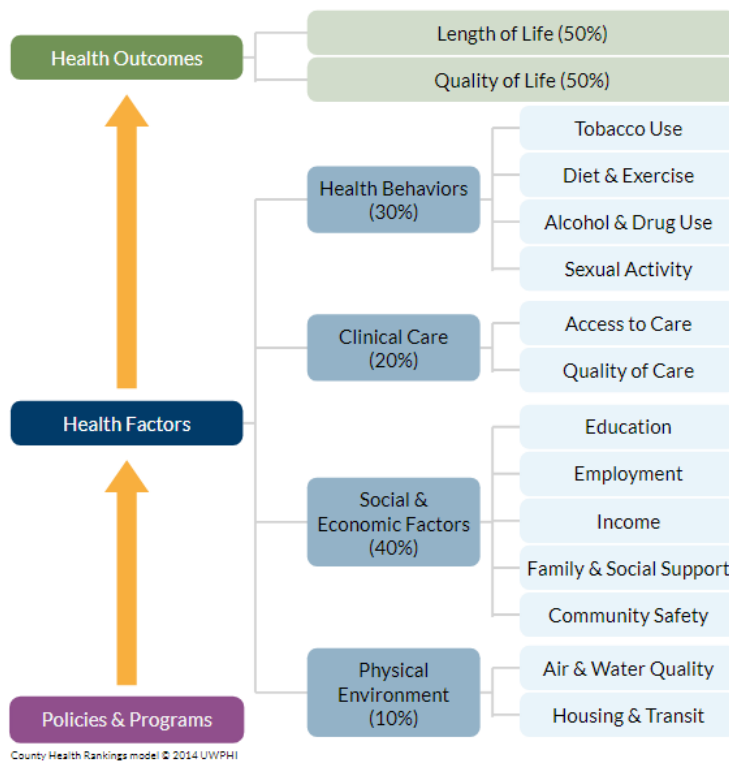


Figuur 2: Gezondheidsdeterminanten (Bron: GGD ZHZ, Bouwstenennotitie 2019)

Gemeenten vervullen op veel van deze determinanten een rol, samen met de GGD, zoals te zien is in figuur 2. De primaire rol van de GGD ligt bij preventie in/via de leefomgeving en leefstijl, waar zij met taken op gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering en ziektepreventie aan bijdraagt (zie bijlage 1 bij de bouwstenennotitie).

De omschrijving van genoemde determinanten uit de vorige bouwstenennotitie is nog steeds actueel. Wel wordt tegenwoordig de term "bestaanszekerheid" steeds vaker gebruikt. Desgewenst kan die overkoepelende term worden gebruikt voor de determinanten werk en dagbesteding, en armoede en schulden, aangevuld met huisvesting (kwalitatief en kwantitatief) en bijvoorbeeld het belang van het afmaken van een opleiding/startkwalificatie behalen. De omschrijving van de determinanten uit de Bouwstenennotitie 2019 vindt u achteraan dit document.

De GGD formuleerde in 2019: *Centraal in dit gedachtengoed staat de meerwaarde van domein overstijgend werken in de effectieve sturing op publieke gezondheid*. Dit gedachtengoed is ook nog steeds actueel en heeft inmiddels ook landelijk aan terrein gewonnen. Uit onderzoek (zie figuur 3) blijkt dat de invloed van collectieve factoren op gezondheid zo'n 70% is, en dat individuele factoren zo'n 30% bepalen ("health behaviours").



Figuur 3: Gezondheidsfactoren (Bron: <https://www.countyhealthrankings.org/explore-health-rankings/county-health-rankings-model>)

Hoe pas je bovenstaande beleidstheorie toe in de praktijk?

Als je bij een lokale of regionale ambitie of vraagstuk over publieke gezondheid als eerste stap de **oorzaken** in beeld brengt, zorg dan voor een brede blik: hoe en in welke mate zijn de zes collectieve determinanten van invloed op de gezondheidsuitkomsten in het samenhangende en complexe systeem? Kijk dus naar het systeem en het effect daarvan op populatieniveau.

Je kunt daarbij nog weer meerdere invalshoeken hanteren. Bijvoorbeeld kijken naar levensfasen: wat speelt/is nodig in de fase van Kansrijke Start? In de peutertijd? In de basisschoolfase? Voortgezet onderwijs? Werkende fase? Fase van de pensioengerechtigde leeftijd?

En/of kijken vanuit diverse soorten omgevingen: sportomgeving, schoolomgeving, thuisomgeving, buitenruimte, buurt, mediaomgeving, werkomgeving.

Verrijk de analyse vervolgens met informatie over en van inwoners zelf: wat zeggen bestaande data over het gebied of de doelgroep? Moeten er aanvullende data worden verzameld? Wat zeggen en ervaren inwoners zelf over het vraagstuk? Wat denken zij dat de oorzaken zijn en hoe die samenhangen? Wat maken zij dagelijks mee en hoe geven zij betekenis aan gezondheid?

Vervolgens is het bij het kiezen van **oplossingen** - of dat nu preventief of curatief is - , belangrijk om een mix van oplossingen te kiezen die ingrijpen op de onderling samenhangende gezondheidsdeterminanten. Wetenschappers, beleidsmakers en uitvoerende professionals hebben vaak veel kennis over effecten van maatregelen en de samenhang daartussen. Ook bij het kiezen van oplossingen is het belangrijk inwoners te betrekken: wat denken zij dat een werkzame oplossing zal zijn? Waar denken zij mee gediend te zijn? We weten namelijk dat effectiviteit van maatregelen, zelfs als ze integraal (domeinoverstijgend en samenhangend) zijn samengesteld, situationeel/contextueel wordt bepaald: per buurt en per wijk kunnen dezelfde mixen van maatregelen tot andere effecten en een andere mate van impact leiden.

Daarnaast is het belangrijk om ook aanvullend te kijken naar wat kan helpen om individuele keuzes en verantwoordelijkheid te versterken.

Hierbij kan worden gekozen voor een **lerende aanpak**: een aantal gemeenten in de regio probeert een aanpak uit, en als dit goed werkt, kan hieruit worden geleerd door andere gemeenten. Ook is het belangrijk om bij preventie te "leren van de achterkant": als inwoners in beeld komen bij organisaties die zorg bieden, zoals Veilig Thuis en jeugdzorgorganisaties, dan kunnen we expliciet evalueren wat hieruit wijze lessen zijn voor een impactvolle aanpak op preventie "aan de voorkant".

Domein overstijgend werken betekent overigens niet dat alles met alles verknoopt moet worden. Maar wél dat het goed is om een **bewuste analyse en inhoudelijke afweging** te maken op alle gezondheidsbepalende factoren. En dat er vervolgens **effectief en efficiënte keuzes** worden gemaakt in benodigde investeringen die **impactvol** kunnen bijdragen aan het verkleinen van gezondheidsverschillen en vergroten van ontwikkelingskansen.

Hulpvragen

- Welk vraagstuk ligt voor?
- Wat zijn de mogelijke oorzaken in deze situatie? Hoe beïnvloeden die elkaar? (Betrek hierbij de determinanten van gezondheid en inzichten over mogelijke correlaties; eventueel aangevuld met andere perspectieven, bijvoorbeeld typen omgevingen en/of levensfasen)
- Wat zegt de wetenschap hierover?
- Wat zeggen beleidsmakers en uitvoerende professionals hierover?
- Wat zeggen bestaande data over dit gebied of over deze groep? Welke data kunnen we aanvullend verzamelen?
- Wat zeggen de inwoners van dit gebied? Waar zullen zij mee gediend zijn?
- Leg de inzichten van wetenschap, professionals en inwoners naast elkaar.
- Schat dan in wat een optimale domein overstijgende en samenhangende mix zou zijn van oplossingen, die voor dit gebied en/of deze doelgroep het meest impactvol zullen zijn.
- Wat kan aanvullend helpen om individuele verantwoordelijkheid en keuzes te versterken?
- Welke lokale en regionale partijen zijn daar bij nodig? Wie vervult welke rol?

Een voorbeeld, ter illustratie

Als het doel is om in een wijk overgewicht terug te dringen, dan is de klassieke reactie: *"Dat is het gevolg van individuele keuzes. Stimuleer voldoende beweging en gezonde voedingskeuzes van inwoners"*.

Vanuit de nieuwe blik is de redenering: "Overgewicht is in de eerste plaats de uitkomst van het systeem. Hoe werken de mechanismen in het systeem in deze wijk? Waarom kiezen mensen voor te weinig gezonde voeding? Wat is de rol van de sociale omgeving? Wat is de rol van de obesogene omgeving (een omgeving die mensen stimuleert om te veel te eten en daarnaast te weinig te bewegen). Wat is de rol van de voedingsindustrie? Wat is de relatie tussen bestaanszekerheid en overgewicht? Wat zeggen de inwoners hier zelf over? Wat kun je dan vervolgens doen om dit positief om te buigen? Wat kan er domein overstijgend worden gedaan? Wie heeft daarbij welke rol te vervullen?" En daarnaast de vraag wat individuele verantwoordelijkheid kan bijdragen.

Het SCP onderschrijft in zijn onderzoek "Eigentijds Ongelijkheid" deze domein overstijgende insteek, en het nemen van collectieve verantwoordelijkheid:

"Om iets aan de structurele ongelijkheid te doen, is het te beperkt om alleen aan de economische 'knoppen' te draaien, zoals de ongelijkheid tussen de klassen in onderwijs, arbeidsmarkt en geld. Dat gaat namelijk voorbij aan verschillen in andere kapitaalvormen, zoals het hebben van een sociaal netwerk, digitale vaardigheden en gezondheid. Het SCP constateert ook dat beleid gericht op klassieke doelgroepen, zoals jongeren, ouderen en mensen met een migratieachtergrond, bij het verkleinen van ongelijkheid waarschijnlijk niet effectief is. Die doelgroepen komen namelijk in meerdere sociale klassen voor en kunnen niet over één kam worden geschoren. Ten derde is beleid af te raden dat de verantwoordelijkheid voor het verbeteren van de eigen positie bij de individuele burger neerlegt. Niet iedereen heeft de mogelijkheden om zelf te investeren in eigen hulpbronnen, of weet hoe dit werkt. In de praktijk zien we dat hogere sociale klassen en jongeren het meest in zichzelf investeren. Bijvoorbeeld door een opleiding te volgen of hun sociale netwerk te vergroten. Groepen in de lagere sociale klassen doen dit minder en een strategie van 'eigen verantwoordelijkheid' kan daarom zelfs averechts uitpakken".

Uit: SCP, Aanzienlijke verschillen tussen sociale klassen in Nederland, 2023.

Tot slot

Gezondheid is dus het product van een complex systeem van meerdere thema's/factoren die inspelen op elkaar. Het werken aan het verbeteren/bevorderen en beschermen van publieke gezondheid vraagt om begrip over hoe dit systeem werkt en tot welke effecten dit leidt op populatieniveau. Het positief beïnvloeden van het systeem kan alleen als dit vanuit beleidsmakers en beslissers vanuit verschillende beleidsterreinen en sectoren gebeurt, waarbij zij samen a) een open en brede verkenning van hoe "het systeem" van collectieve determinanten rondom gezondheid in een wijk of buurt of bij een doelgroep in elkaar steekt, inclusief het betrekken van de inwoners zelf. En dat er vervolgens b) gezamenlijke doelstellingen worden gemaakt en oplossingen gekozen. Vanuit die collectieve insteek kan worden gekeken naar de mix met individuele verantwoordelijkheid en maatregelen. En dus niet andersom.

Toelichting op verschillende soorten preventie

Preventie kennen we in meerdere vormen. Publieke gezondheid vanuit de GGD richt zich vooral op universele en selectieve preventie. Deze zijn primair gericht op de gezondheidsbescherming en -bevordering van groepen. Gemeenten hebben samen met zorgverzekeraars een nog breder instrumentarium voorhanden, waarmee zij individuele preventieve zorg aan inwoners kunnen bieden.

- **Universele preventie** richt zich op de gezonde bevolking (of delen daarvan) en bevordert en beschermt actief de gezondheid van de bevolking. Bijvoorbeeld het Rijksvaccinatieprogramma. Gezondheid kan breed worden gedefinieerd; dus ook bijdragen een gezondere leefomgeving, meer sociale cohesie, en meer gezondheidsvaardigheden kunnen ertoe worden gerekend.
- **Selectieve preventie** richt zich op bevolkingsgroepen met een verhoogd risico en voorkomt dat personen met één of meerdere risicofactoren (determinanten) voor een bepaalde aandoening daadwerkelijk ziek worden. Bijvoorbeeld de griepvaccinatie voor ouderen of bevolkingsonderzoek borstkanker.
- **Geïndiceerde preventie** richt zich op mensen met beginnende klachten en voorkomt dat beginnende klachten verergeren tot een aandoening. Bijvoorbeeld een beweegprogramma voor mensen met lage rugklachten of online groepscursus voor jongeren die last hebben van depressieve klachten. Dit is op individuen gericht. Hiervoor is een verwijzing nodig.
- **Zorggerelateerde preventie** richt zich op individuen met een ziekte of aandoening en voorkomt dat een bestaande aandoening leidt tot complicaties, beperkingen, een lagere kwaliteit van leven of sterfte. *Bijvoorbeeld een stoppen-met-roken-programma voor een COPD-patiënt of een Gecombineerde Leefstijl Interventie voor een patiënt met obesitas.* Hiervoor is een verwijzing nodig.

Bron: <https://www.loketgezondleven.nl/integraal-werken/wettelijk-en-beleidskader-publieke-gezondheid/wat-is-preventie>

Toelichting zes gezondheidsdeterminanten

Determinant Leefstijl

Onder 'leefstijl' wordt verstaan: "Gedrag waarvoor een relatie met goede gezondheid of met gezondheidsproblemen is vastgesteld". Vooral niet roken, matig gebruik van alcohol, voldoende bewegen en gezond eten zijn daarin bepalend. Roken, alcohol en overgewicht zijn tevens de drie centrale opgaven uit het Nationaal Preventieakkoord, waarbij preventie als sleutel tot succes wordt genoemd.

Determinant Gezonde fysieke en sociale leefomgeving

Een gezonde leefomgeving heeft effect op de lichamelijke en mentale gezondheid. Vanuit het perspectief van gezondheidsbevordering nodigt een gezonde leefomgeving uit tot beweging, ontspanning en ontmoeting, inclusief goede toegankelijkheid van die ruimte. Daarnaast draagt een fysieke leefomgeving bij aan gezondheid als er sprake is van goede luchtkwaliteit, geen geluidsoverlast, geen infectieziekerisico's, en als de omgeving toegerust is voor het inspelen op de effecten van klimaatverandering zoals wateroverlast, en hittestress. Dit gaat om gezondheidsbescherming. De sociale leefomgeving kan vanuit publieke gezondheid breed worden geïnterpreteerd als plekken waar mensen samenkomen: schoolomgeving, sportomgeving, de buurt, winkelomgeving en van waaruit stimulerende of beperkende ontwikkelingen uitgaan op de gezondheid.
<https://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl/c-vtv/leefomgeving/sociaal>

Determinant Werk en overige vormen van zinvolle dagbesteding

Onder 'zinvolle dagbesteding' wordt verstaan: 'alle vormen van structurele tijdsbesteding met een welomschreven doel waarbij inwoners actief worden betrokken en die hen zingeving verleent'ⁱⁱ. Dagbesteding is één van de vele manieren om te participeren en kent vele vormen van vrijwilligerswerk, beschut werk tot een betaalde baan. Inzetten op zinvol betaald werk en participatiemogelijkheden heeft een direct effect op de gezondheid van de bevolking. "*Werk is het beste medicijn*", is een bekende uitspraak van de Rotterdamse hoogleraar Burdorf. De kans op een goede gezondheid is voor bijstandsgerechtigden na werkhervatting drie keer zo groot. Bij mensen die starten met een re-integratietraject met een betaalde baan verminderen fysieke beperkingen, angst en depressie, in vergelijking met mensen die werkloos blijvenⁱⁱⁱ. Deze positieve effecten zijn ook zichtbaar bij mensen die beginnen met vrijwilligerswerk, maar alleen als er ook veel aandacht is voor de begeleiding van de deelnemers, als dit samen met andere mensen gebeurt, als het meer dan twaalf uur per week is, en er nieuwe dingen geleerd kunnen worden.^{iv}

Determinant Armoede en schulden

Er bestaan sterke verbanden tussen de financiële positie en gezondheid van mensen. *Armoede is "een situatie waarin sprake is van onvoldoende materiële, culturele en sociale middelen, waardoor mensen zijn uitgesloten van een levensstandaard die in de samenleving waarin men woont als minimaal wordt gezien"*^v. Dat wil zeggen dat iemand misschien wel een dak boven zijn hoofd heeft en iedere dag iets te eten, maar dat er geen geld resteert voor andere uitgaven. Iemand kan niet naar een sportclub gaan, heeft geen computer, schoolboeken zijn te duur, en geld voor juist gezonde voeding is er ook niet. Doordat iemand geen geld heeft voor gezond eten, heeft dat effect op zijn fysieke gezondheid met mogelijk effect op mentale gezondheid. Sociale contacten worden minder als iemand niet naar een vereniging kan gaan, of geen toegang heeft tot (social) media. Als het volgen van een opleiding te duur is, kan iemand geen startkwalificatie behalen. Daarmee wordt de kans op werk kleiner, en daarmee de kans om in armoede te blijven leven, groter. Zolang in deze negatieve spiraal geen effectieve knip gezet wordt, gaat armoede vaak generatie op generatie door. De matchmaker-aanpak (vanuit Leerplicht en Voortijdig Schoolverlaten) is een instrument waarmee getracht wordt deze transgeneratiele problematiek te doorbreken en op die manier bij te dragen aan een kansrijke en gezonde toekomst voor jongeren in Zuid-Holland Zuid.

Er bestaan ook sterke relaties tussen de financiële positie, leefstijl en gezondheid van mensen. Een minder goede gezondheid en ongezonde manier van leven – roken, drinken, drugsgebruik, weinig lichamelijk activiteit en overgewicht –, komen bovenmatig voor bij mensen met een minder gunstige financiële positie (CBS 2018). Mensen die moeite hebben met rondkomen zijn ook minder vitaal.^{vi} Armoede en schulden leiden tot stress, wat weer invloed heeft op het (kunnen) maken van lange termijn keuzes. Armoede maakt letterlijk ziek, zowel lichamelijk als mentaal.

Opgroeien in armoede geeft een verhoogd risico tot sociale uitsluiting en heeft een negatieve invloed op het welbevinden van kinderen, de band van kinderen met hun ouders en kan leiden tot opvoedproblematiek. Verder genoemde gevolgen^{vii} van armoede voor de ontwikkeling van kinderen zijn: slechtere hersenontwikkeling, minder onderwijskansen, mogelijk effect op de psychosociale ontwikkeling, risico op kindermishandeling en partnergeweld.^{viii}, (jeugd)criminaliteit, een slechtere gezondheid en verhoogde risico's op volwassen leeftijd.

Het feit dat mensen in Nederland in armoede leven en dit directe negatieve gezondheidseffecten^{ix} met zich meebrengt, maakt dat het meer is dan een individueel

probleem. Het niveau en verandering van inkomen is daarom een belangrijke voorspeller voor de (toekomstige) gezondheidsstatus.^x

Armoede is in Nederland de afgelopen jaren toegenomen. Vooral kinderen van alleenstaande moeders lopen risico om in armoede op te groeien. Ook kinderen uit gezinnen met een niet-westerse achtergrond en met ouders uit de nieuwe EU-lidstaten hebben relatief vaak met armoede te maken.

Determinant Gezondheidsvaardigheden

Gezondheidsvaardigheid is het vermogen van mensen om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van aan gezondheid gerelateerde beslissingen^{xi}. Beperkte gezondheidsvaardigheden hangen samen met een slechtere (ervaren) gezondheid en een grotere kans om eerder te overlijden^{xii}. Fysieke en psychische problemen komen bij mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden beduidend vaker voor^{xiii}. Ouderen, laagopgeleiden en niet-westerse migranten zijn sterk vertegenwoordigd in de groep mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Dit is in Nederland één op de drie mensen^{xiv}.

Laaggeletterdheid en beperkte digitale vaardigheden spelen een belangrijke rol binnen gezondheidsvaardigheden. Mensen die moeite hebben met lezen en schrijven, zijn en voelen zich vaker minder gezond dan geletterde inwoners. Zij missen vaak de vaardigheden om goed om te gaan met informatie over gezondheid, ziekte en zorg. Digitale vaardigheden (o.a. e-Health) zijn in de huidige tijd steeds belangrijker bronnen van informatie.

Inzet door een gemeente op het verbeteren van gezondheidsvaardigheden biedt daarom kansen voor het benutten van gezondheidspotentieel.

Determinant Sociale inclusie

Een 'inclusieve gemeente' betekent een samenleving waarin iedereen mee kan doen, ongeacht talenten of beperkingen. Dus ongeacht een combinatie van min of meer onveranderbare factoren als gender, leeftijd, religie, seksuele voorkeur, etniciteit of beperking. En ongeacht veranderbare factoren zoals armoede, opleiding, identiteit of vervreemding.'

Sociale uitsluiting en discriminatie worden als belangrijkste oorzaken^{xv} genoemd bij psychische aandoeningen.

De beschrijving van deze determinanten zijn afkomstig uit:

GGD ZHZ, *Bouwstenen voor de lokale nota's publieke gezondheid 2020-2023. Advies aan gemeenten in Zuid-Holland Zuid*, 2019. De daarin gebruikte bronnen waren:

ⁱ RIVM, leefstijlmonitor: <https://www.rivm.nl/leefstijlmonitor>

ⁱⁱ Definitie van zinvolle dagbesteding: Movisie

ⁱⁱⁱ Carlier, B (2017) Health, social participation and entering paid employment among unemployed persons. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam

^{iv} Burdorf, A. (2017). Werk en participatie als medicijn. Presentatie voor UWV. Rotterdam: Erasmus MC.

^v Definitie van armoede: *Europese Unie*.

^{vi} De Jonge, E. (2018). Moeite met rondkomen en vitaliteit. Presentatie voor CEPHIR seminar armoede en gezondheid. Dordrecht: GGD ZHZ.

^{vii} Opgroeien en opvoeden in armoede, NJI, maart 2018

^{viii} Mellaard, A & De Jonge E. (2019). 'And what about me?' Reassembling class, gender and Intimate Partner Violence in Dutch policy and practice. Unpublished manuscript/submitted.

^{ix} In Zuid-Holland Zuid hebben mensen die moeite hebben met rondkomen bijvoorbeeld vaker overgewicht (62% versus 50%), 1 of meer beperkingen in het dagelijks functioneren (28% versus 12%), een matig of hoog

risico op angst en depressie (67% versus 35%) en minimaal 1 chronische aandoening (47% versus 29%) dan mensen die geen moeite hebben met rondkomen (Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016, DG&J
× Phipps, S (2003) The impact of poverty on Health. A scan of research literature. Canadian Institute for Health Information.

^{XI} RIVM, loket gezond leven

^{XII} NIVEL 2015

^{XIII} Rademakers J. (2014). Kennissynthese Gezondheidsvaardigheden. Niet voor iedereen vanzelfsprekend. NIVEL, Utrecht.

^{XIV} Vulpen, C van & Boland. G. (2018) Factsheet laaggeletterheid en beperkte gezondheidsvaardigheden. Utrecht: Pharos.

^{XV} Definitie uit Regeerakkoord 'Vertrouwen in de toekomst (2017).

Bronnen:

[Aanzienlijke verschillen tussen sociale klassen in Nederland | Nieuwsbericht | Sociaal en Cultureel Planbureau \(scp.nl\)](#)

Bagnall, A.-M., Radley, D., Jones, R., Gately, P., Nobles, J., Van Dijk, M., Blackshaw, J., Montel, S., & Sahota, P. (2019). Whole systems approaches to obesity and other complex public health challenges: a systematic review. *BMC public health*, 19(1), 1-14.

[Eigentijdse ongelijkheid | Publicatie | Sociaal en Cultureel Planbureau \(scp.nl\)](#)

[Gezamenlijk preventiestatement gemeenten en zorgverzekeraars | VNG](#)

GGD ZHZ, *Bouwstenen voor de lokale nota's publieke gezondheid 2020-2023. Advies aan gemeenten in Zuid-Holland Zuid*, 2019

Hagenaars, L., Waterlander, W., den Hertog, K. *et al.* Een veerkrachtige publieke gezondheid in 2030: #hoedan?. *TSG Tijdschr Gezondheidswet* 100 (Suppl 3), 119–123 (2022). <https://doi.org/10.1007/s12508-022-00364-9>

<https://www.countyhealthrankings.org/explore-health-rankings/county-health-rankings-model>

<https://www.loketgezondleven.nl/integraal-werken/wettelijk-en-beleidskader-publieke-gezondheid/wat-is-preventie>

Ministerie van VWS, *Gezond en Actief Leven Akkoord. Gemeenten en GGD'en, zorgverzekeraars en VWS zetten gezamenlijk in op een gezond en actief leven met een stevige sociale basis*, januari 2023.

Nobles, J. D., Radley, D., Mytton (2021). The Action Scales Model: A conceptual tool to identify key points for action within complex adaptive systems. *Perspectives in public health*, DOI: 10.1177/17579139211006747.

Karel Lotsyweg 40
Postbus 166, 3300 AD Dordrecht

 078 770 8500
 info@dgjzhz.nl
 www.dienstgezondheidjeugd.nl