Raad
Volksgezondheid
& Samenleving

Een eerlijke kans op gezond leven

Raad
Volksgezondheid
& Samenleving

Een eerlijke kans op gezond leven

De Raad voor Volksgezondheid & Samenleving inspireert en adviseert over hoe we morgen kunnen leven & zorgen.

Samenstelling Raad
Jet Bussemaker, voorzitter
Erik Dannenberg
Daan Dohmen
Pieter Hilhorst
Jan Kremer
Bas Leerink
Liesbeth Noordegraaf-Eelens
Ageeth Ouwehand
Jeannette Pols
Stannie Driessen, directeur

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving
Parnassusplein 5
Postbus 19404
2500 CK Den Haag
T +31 (0)70 340 5060
mail@raadrvs.nl
www.raadrvs.nl
Twitter: @raadRVS

Publicatie 2021-04
ISBN 9789057323072
© Raad voor Volksgezondheid en Samenleving
Den Haag, 2021

Niets in deze uitgave mag worden openbaar gemaakt of verveelvoudigd, opgeslagen in een data verwerkend systeem of uitgezonden in enige vorm door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke wijze dan ook zonder toestemming van de RVS.
U kunt deze publicatie ook downloaden via onze website ↳ **www.raadrvs.nl**

Inhoudsopgave

Voorwoord **6**

Samenvatting **7**

1 Inleiding **10**

1.1 Aanleiding en urgentie 10

1.2 Doel, centrale vraag en doelgroepen 11

1.3 Aanpak 11

1.4 Leeswijzer 12

2 Van probleem naar oplossing **13**

2.1 Gezondheidsachterstanden: wat is het probleem? 13

2.2 Voortschrijdend inzicht over de juiste weg 16

2.3 Samenwerken tussen bestuursniveaus 17

2.4 De onzichtbare ijsberg, de roep om snel resultaat 18

2.5 Voorwaarden voor het vergroten van gezondheidskansen 18

3 Inspirerende praktijkvoorbeelden **19**

3.1 Programma Trendbreuk Zuid-Limburg 19

3.2 Kans voor de Veenkoloniën (KVDVK) 21

3.3 Nationaal Programma Rotterdam-Zuid (NPRZ) 23

3.4 Drie programma's, vergelijkbare ambities 24

4 Landelijke voorwaarden in de praktijk **26**

4.1 Visie 26

4.2 Middelen: financiering en wettelijke kaders 27

4.3 Rolverdeling 30

4.4 Verantwoording 30

4.5 Van ideaal naar praktijk: drie centrale spanningen 32

5 Een eerlijke kans op gezond leven **33**

Literatuur **37**

Voorbereiding **39**

Geraadpleegde deskundigen **40**

Bronvermelding infographic **43**

Lijst met afkortingen **45**

Publicaties **46**

Voorwoord

Ons gezondheidsstelsel wordt internationaal vaak geroemd vanwege de hoge kwaliteit. We zouden daardoor bijna vergeten dat er ook een andere kant is. Gezondheidskansen zijn in Nederland ongelijk verdeeld. Niet alleen in het aantal geleefde jaren, maar ook in de kwaliteit van ervaren gezondheid: daarin zit maar liefst 15 jaar verschil. Er zijn ook grote verschillen in hulpbronnen en vaardigheden. Die zijn mede afhankelijk van de plek waar je wieg staat, de opleiding en het inkomen van je ouders, het al dan niet beschikken over een sociaal netwerk en de kwaliteit van de leefomgeving.

In het essay *Gezondheidsverschillen voorbij* van afgelopen najaar benoemden we deze complexe ongelijkheid en gingen we op zoek naar hulpbronnen buiten de zorg om de groeiende tweedeling te beslechten. We riepen - onder verwijzing naar de enorme bijdrage die de stadshygiëne indertijd had voor de volksgezondheid - op om mee te zoeken naar 'de nieuwe riolering'. Met dit advies vervolgen we die vraag. De urgentie om verschillen in het beleven van een goede gezondheid te beslechten is met Covid-19 alleen maar gegroeid. Deze pandemie vergroot immers de sociale verschillen. Daarmee brengt het ook het collectieve belang van kans op een goede gezondheid voor iedereen onder de aandacht. De RVS roept op die bewustwording vast te houden en onze toekomst hierop in te richten. Dat betekent dat we moeten durven verschil te maken. Een eerlijke kans gaat om het hart van onze verzorgingsstaat, het kunnen bieden van een menswaardig bestaan voor iedereen.

Dit advies geeft hiervoor gerichte aanbevelingen. We bepleiten een verhoging van de ambities om gezondheidsachterstanden terug te dringen. Er moet meer worden geïnvesteerd in beleid dat integraal en tenminste 15 jaar inzet op het vergroten van de kans op een gezond leven vooral in wijken en regio's waar de achterstanden het grootst zijn. Het gaat niet alleen om een investering in geld maar ook in samenwerking tussen zorg, werk en inkomen, onderwijs, ruimtelijke ordening, in een wettelijke plicht om gezondheidsachterstanden terug te dringen en in het vergroten van de kans op een gezond leven voor alle bevolkingsgroepen.

We kunnen het ons simpelweg niet permitteren om deze achterstanden verder te laten oplopen. Dat riskeert hogere ziektekosten, minder arbeidsparticipatie en tast de maatschappelijke veerkracht aan. Het ideaal van een zo gezond mogelijk leven moet ook binnen het bereik komen van mensen die bezig zijn met overleven, in plaats van leven.

Jet Bussemaker

Voorzitter RVS

Samenvatting

De kansen op een gezond leven zijn in Nederland niet gelijk verdeeld. Het maakt uit voor je gezondheid en levensverwachting waar je geboren wordt, waar je woont, welke opleiding je hebt genoten en hoeveel je verdient. Lokaal, regionaal en landelijk wordt al jaren geprobeerd hierin verandering te brengen. Tot nu toe zonder dat de gezondheidsverschillen afnemen. Sterker nog, ze lijken toe te nemen. De maatschappelijke gevolgen van de coronacrisis dragen daar ook nog eens aan bij. Mensen met een kwetsbare maatschappelijke positie komen zo steeds meer op achterstand te staan.

In dit advies bepleit de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (RVS) een andere benadering van gezondheidsachterstanden. De maatschappelijke oorzaken van deze achterstanden moeten veel meer centraal komen te staan in lokaal en landelijk beleid. In dit advies werken we deze benadering uit. De centrale vraag is: *Aan welke (landelijke) voorwaarden moet worden voldaan om lokale en regionale partijen goed toe te rusten voor het aanpakken van maatschappelijke oorzaken van hardnekkige gezondheidsachterstanden?*

Om deze vraag te kunnen beantwoorden, zijn 2 regionale programma's en 1 lokaal programma nader onderzocht: Trendbreuk Zuid-Limburg, Kans voor de Veenkoloniën en het Nationaal Programma Rotterdam-Zuid. Alle 3 de programma's beslaan een regio of gebied met een forse achterstand ten opzichte van de rest van Nederland. Het doel van die programma's is om die achterstanden in te lopen. In veel opzichten zijn de betrokkenen bij de 3 programma's pioniers. Er wordt buiten gebaande paden getreden om verbindingen te leggen tussen gezondheid, opvoeding, onderwijs, wonen, werk, cultuur en veiligheid.

Uit de focusgroepen met betrokkenen bij deze programma's en gesprekken met overige deskundigen komen 3 centrale spanningen naar voren tussen enerzijds lokale en regionale ambities en uitvoeringspraktijk, en anderzijds de werkwijze en rol van landelijke systeempartijen. Ten eerste signaleren we een spanning tussen bestuurslagen. Landelijke programma's en verantwoordingseisen stroken niet altijd met de gebied specifieke aandachtspunten in de aanpak van gezondheidsachterstanden. Ten tweede is er een spanning in de tijd, namelijk tussen de vaak korte beleidshorizon van beleid en politiek en de benodigde langetermijnaanpak van gezondheidsachterstanden. Ten derde is er spanning tussen politieke belangen. Debatten over het vergroten van kansengelijkheid ontaarden al snel in een links-rechtsdiscussie. Voorstanders van leefstijlgerichte interventies hechten sterk aan de eigen verantwoordelijkheid van mensen. Voorvechters van de brede aanpak benadrukken dat gezondheid een collectief belang is en gezond leven heel vaak geen individuele keuze.

Op grond van de vele gesprekken die zijn gevoerd en de bestudering van wetenschappelijke en beleidsliteratuur komt de RVS met 7 aanbevelingen.

Aanbeveling 1. Stel de aanpak van de maatschappelijke oorzaken van gezondheidsachterstanden centraler in landelijk, regionaal én lokaal beleid. Zet gelijktijdig leefstijlgerichte interventies in als aanvulling.

Om gezondheidsachterstanden te verkleinen is een gelijktijdige, wederzijds versterkende aanpak van maatschappelijke oorzaken van ongezondheid én van leefstijl en gedrag nodig. Dit betekent een verbreding naar andere domeinen dan de zorg van het huidige landelijke beleid en van veel lokaal beleid.

Aanbeveling 2: Maak van het terugdringen van gezondheidsachterstanden een opdracht voor meerdere departementen. Geef het ministerie van VWS de regierol.

De aandacht voor gezondheidsachterstanden, het wegnemen van maatschappelijke oorzaken en het aanboren van gezondheidspotentieel moeten volgens de RVS deel uitmaken van lopend én nieuw beleid van verschillende ministeries, met Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Sociale Zaken en Werkgelegenheid en Onderwijs, Cultuur en Wetenschap voorop vanwege het grote belang voor gezondheid van bestaanszekerheid en kansengelijkheid in

het onderwijs. Ook de ministeries van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit, Infrastructuur en Waterstaat, Justitie en Veiligheid en Economische Zaken en Klimaat hebben een rol te vervullen. Maatschappelijke oorzaken van gezondheidsachterstanden hangen immers ook samen met woonsituatie en leefomgeving, het milieu en ondernemerschap. De RVS stelt voor dat het ministerie van VWS het voortouw neemt bij gezamenlijke visieontwikkeling en het uitwerken van win-winscenario's met de andere ministeries. Ook lokaal en regionaal moet er meer intersectoraal worden samengewerkt om de brede benadering van gezondheidsachterstanden voorop te kunnen stellen. Op veel plekken is de samenwerking met de sectoren werken inkomen, onderwijs en fysieke leefomgeving nog niet vanzelfsprekend.

Aanbeveling 3. Zet in op beleid met een lange looptijd (minimaal 15 jaar) om maatschappelijke oorzaken van gezondheidsachterstanden aan te pakken en patronen te doorbreken voor volgende generaties.

De noodzakelijke integrale aanpak van gezondheidsachterstanden vereist een lange adem op alle niveaus: landelijk, regionaal en lokaal. Gezondheidsachterstanden hebben complexe oorzaken die niet van de ene op de andere dag zijn ontstaan en vereisen dus ook een langdurige aanpak om weer te kunnen afnemen. Zeker omdat sommige oorzaken van de achterstanden overgedragen worden van generatie op generatie.

Aanbeveling 4: Zet in op gebiedsgerichte programma's, durf verschil te maken en verleen urgentie aan de gebieden en bevolkingsgroepen met de grootste gezondheidsachterstanden.

Een effectieve aanpak van gezondheidsachterstanden is niet te bereiken met universeel beleid gericht op alle Nederlanders. Het vergt bestuurlijke moed en grondige afwegingen om verschil te durven maken. Uniforme maatregelen dragen het risico in zich dat ze vooral relatief gezonde groepen Nederlanders bereiken. Door maatregelen specifiek te richten op gebieden waar veel mensen met een kwetsbare maatschappelijke positie wonen, worden bevolkingsgroepen met de grootste gezondheidsachterstanden bereikt. In die gebieden is ook de grootste gezondheidswinst te boeken.

Aanbeveling 5. Maak vanuit het rijk meer financiële middelen vrij voor de aanpak van gezondheidsachterstanden. Bundel binnen gemeenten meer middelen en zoek regionaal en lokaal de samenwerking met zorgverzekeraars, ondernemers en werkgevers in vormen van cofinanciering, met als gedeeld belang vermindering van gezondheidsachterstanden en daarmee ook een gezonde beroepsbevolking.

Om gezondheidsachterstanden aan te pakken, zijn meer investeringen nodig. Vanuit het rijk zou 2% van de VWS-begroting al een aanzienlijk startbudget opleveren: ruim € 1,7 miljard. Daarnaast kan financiering vanuit het Nationaal Groeifonds worden ingezet en kunnen op lokaal en regionaal niveau de experimenten met nieuwe financieringsvormen worden uitgebreid, zoals populatiegerichte financiering met *shared savings* als resultaat. Gemeenten kunnen vaker samenwerking zoeken met zorgverzekeraars, aanbieders van zorg en welzijn, woningbouwcorporaties, ondernemers en werkgevers, en kunnen via cofinanciering middelen bundelen.

Aanbeveling 6. Stel een wettelijke plicht in om gezondheidsachterstanden terug te dringen. Koppel dit aan een verplichte periodieke rapportage over de vordering in het bereiken van dit doel, met nadrukkelijke ruimte voor kwalitatieve metingen in aanvulling op kwantitatieve metingen.

De RVS stelt voor om een wettelijke plicht in te voeren om gezondheidsachterstanden terug te dringen. Aan de hand van een ondergrens voor kansen op gezondheid kunnen criteria geformuleerd worden die een basis leggen voor de minimale gezondheidskansen van alle burgers. Vergelijkbaar met de ondergrens voor bestaanszekerheid: het bestaansminimum. Deze expliciete wettelijke taak om gezondheidsachterstanden terug te dringen vergt ook wettelijke aanpassingen buiten het zorgdomein, zoals in het sociaal domein (Wmo, Participatiewet) en ten behoeve van milieu en ruimtelijke inrichting (Wet milieubeheer, Omgevingswet).

Aanbeveling 7. Doorbreek de markt van verleidingen tot ongezond eetgedrag. Creëer op landelijk niveau ruimere wettelijke mogelijkheden om via de Wet publieke gezondheidszorg, Warenwet en de Omgevingswet de leefomgeving zodanig in te richten dat iedereen gestimuleerd wordt om gezond te eten.

Tot slot pleit de RVS voor meer mogelijkheden om een gezondere leefomgeving te bevorderen. Gemeenten zouden meer mogelijkheden moeten krijgen om een teveel aan fastfood-winkels of snackbars te weren. Ook pleiten we voor het invoeren van een suikertaks, verlaging van de btw op gezond eten, zoals fruit en groenten, en een verbod op reclame voor ongezond voedsel.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en urgentie

De kansen op een gezond leven zijn in Nederland ongelijk verdeeld. Naast erfelijke en toevalsfactoren is iemands maatschappelijke positie van invloed op de kans op een gezond leven. Nederlanders met een kwetsbare maatschappelijke positie (vaak afgemeten aan een laag inkomen en een praktische opleiding[1]) leven 7 jaar korter dan mensen met een theoretische opleiding en een hoog inkomen en leven 15 jaar langer in minder goede gezondheid.[2] Ook geografisch is de kans op gezondheid ongelijk verdeeld: mensen in wijken of gebieden die in veel opzichten in een achterstandssituatie verkeren, zijn gemiddeld slechter af dan de rest van Nederland. Deze gezondheidsachterstanden zijn onrechtvaardig voor het individu, omdat ze sterk samenhangen met de plek waar toevallig je wieg stond (Wilkinson en Marmot 2003; Stronks en Verweij 2019). Ook vormen gezondheidsachterstanden een maatschappelijk probleem, omdat ze gepaard gaan met hogere zorguitgaven en met geringere arbeidsparticipatie en productiviteit.

Gezondheidsachterstanden in Nederland zijn hardnekkig. Ondanks tal van beleidsinspanningen is het tot nu toe niet gelukt ze terug te dringen, zo laat de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR 2018) zien. Sterker nog: zelfs al voor de komst van Covid-19 leken de gezondheidsachterstanden zelfs toe te nemen.[3] Volgens het essay *Gezondheidsverschillen voorbij* van de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (RVS) dient de aanpak van gezondheidsachterstanden een andere focus te krijgen. De aanpak is tot nu toe vooral gericht op individuele gedragsverandering, een benadering die voornamelijk gezonde mensen gezonder maakt en niet de gewenste veranderingen teweegbrengt bij de groep met gezondheidsachterstanden (meer hierover in hoofdstuk 2).

De RVS stelt dat er meer inzet nodig is voor het wegnemen van de complexe ongelijkheid die aan gezondheidsachterstanden ten grondslag ligt.[4] We spreken van complexe ongelijkheid wanneer verschillende sociale en maatschappelijke omstandigheden tegelijkertijd meerdere levensdomeinen negatief beïnvloeden, waaronder opleiding, arbeidsmarkt, sociale zekerheid, leefomgeving, sociale relaties en fysieke, mentale en financiële gezondheid. Bovendien beïnvloeden deze aspecten van complexe ongelijkheid elkaar. Ook tijd speelt een rol: gezondheidsachterstanden ontstaan niet plotseling en zijn vaak een gevolg van een opeenstapeling van problemen gedurende de levensloop en zelfs van generatie op generatie (Ten Dam 2018).

De bredere blik die de RVS bepleit bij de aanpak van gezondheidsachterstanden sluit aan bij een reeds bestaande beweging in beleid en praktijk. Die beweging is vaak projectgericht, met als gemene deler de expliciete inzet op het terugdringen van gezondheidsachterstanden. Een prominent voorbeeld is het langlopende stimuleringsprogramma GezondIn/GIDS van Pharos en Platform31. Ook de activiteiten van Alles is Gezondheid, de initiatieven van Health Holland en het rapport *Zorg voor de Toekomst* van de Sociaal-Economische Raad (SER) zien wij als onderdeel van die beweging. Vanuit 2020 zien we de beweging naar een brede aanpak van gezondheidsachterstanden terug in de *Landelijke gezondheidsnota 2020-2024 – Gezondheid breed op de agenda*.[5] Regionaal en lokaal zien we ook brede programma's ontstaan, zoals in Zuid-Limburg (Programma Trendbreuk), in Noord-Nederland (Kansen voor de Veenkoloniën) en in Rotterdam (Nationaal Programma Rotterdam-Zuid). Bij deze 3 voorbeelden staan we uitvoerig stil in hoofdstuk 3.

[1] Maatschappelijke positie wordt vaak afgemeten aan inkomen en opleiding, maar wordt bepaald door meervoudige, complexe vormen van (on)gelijkheid, zoals herkomst, woonplek, sociale insluiting en sociaal en cultureel kapitaal.
[2] Gezondheidsverschillen | Volksgezondheid Toekomst Verkenning (vtv2018.nl)
[3] Verschil levensverwachting hoog- en laagopgeleid groeit (cbs.nl)
[4] Gezondheidsverschillen voorbij, complexe ongelijkheid is een zaak van ons allemaal - Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (raadrvs.nl)
[5] Gezondheid breed op de agenda | Rapport | Rijksoverheid.nl

In veel partijprogramma's voor de recente landelijke verkiezingen op 17 maart 2021 zagen we zowel de oproep om meer aandacht (en geld) te besteden aan preventie als oog voor de groeiende ongelijkheid in de samenleving. Bij deze aandacht speelt ongetwijfeld mee dat Covid-19 mensen in een maatschappelijk kwetsbare situatie extra treft, zowel door een verhoogde kans op infectie (bijvoorbeeld door kleine behuizing) als door de doorwerking van coronamaatregelen die de kwetsbaarheid vergroten (bijvoorbeeld door verlies van werk of inkomen). De concrete verbinding tussen ongelijkheid, gezondheid en preventie zoals de RVS die voorstaat werd in de verkiezingsprogramma's niet nadrukkelijk gemaakt.

1.2 Doel, centrale vraag en doelgroepen

Met dit advies wil de RVS de ingezette beweging versterken van de toegenomen focus op de aanpak van onderliggende maatschappelijke oorzaken van gezondheidsachterstanden. Wat ons betreft niet als vervanging van individuele gezondheidsbescherming en -bevordering. De sociale en maatschappelijke oorzaken zien we wel als voorliggend: zonder de aanpak van deze oorzaken zal de effectiviteit van individuele interventies bij mensen in een precaire situatie gering zijn en kunnen die zelfs averechts uitpakken (Ten Dam 2018).

We constateren dat het niet ontbreekt aan goede intenties – van beleidsmakers en politici, van professionals en wetenschappers – noch aan de bereidheid om het anders te doen op lokaal en regionaal niveau. Daar waar dat wel wordt geprobeerd, blijkt het moeilijk te zijn om deze oorzaken effectief aan te pakken. In dit advies focussen wij op landelijke voorwaarden waarmee lokale en regionale initiatieven te maken krijgen, zoals beleidsprogramma's, financieringsstromen of wettelijke kaders. Dit kan niet allemaal door lokale en regionale partijen worden beïnvloed of bepaald, maar deze beleidsinstrumenten kunnen wel van groot belang zijn voor succes: ze kunnen het werk van lokale en regionale initiatieven makkelijker of moeilijker maken (SER 2020).[6] Daarom leggen we de focus op de landelijke voorwaarden voor het terugdringen van gezondheidsachterstanden. We kijken naar de uitvoering van lokale en regionale programma's die zich richten op het terugdringen van gezondheidsachterstanden en de complexe ongelijkheid die eraan ten grondslag ligt.

De centrale vraag in dit advies luidt dan ook:
Aan welke (landelijke) voorwaarden moet worden voldaan om lokale en regionale partijen goed toe te rusten voor het aanpakken van sociale en maatschappelijke oorzaken van hardnekkige gezondheidsachterstanden?

Met onze aanbevelingen richten we ons op landelijke partijen die de voorwaarden scheppen voor lokale en regionale programma's gericht op het terugdringen van gezondheidsachterstanden. In dit advies noemen we die landelijke partijen systeempartijen. Om te beginnen zijn dat de regering, het parlement en de departementen. De rijksoverheid vervult een specifieke rol als wetgever en als landelijke beleidsbepaler. Ook landelijke organisaties zoals het RIVM en het Zorginstituut Nederland stellen kaders voor regionale en lokale uitvoering, evenals zorgverzekeraars en in mindere mate brancheorganisaties (bv. de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), GGD GHOR Nederland en Sociaal Werk Nederland). Daarnaast richten we ons ook nadrukkelijk op landelijke instituties en organisaties die werken op andere beleidsterreinen dan de zorg die van invloed zijn op gezondheidsachterstanden, zoals het onderwijs, ruimtelijke ordening, volkshuisvesting, sociale zekerheid en het bedrijfsleven. Met ons advies willen we deze landelijke systeempartijen een handreiking bieden, zodat ze optimaal kunnen bijdragen aan regionaal en lokaal succes in het terugdringen van gezondheidsachterstanden.

1.3 Aanpak

Bij de voorbereiding van dit advies hebben we kennisgenomen van relevante wetenschappelijke literatuur en beleidstheorie en -praktijk. We hebben met ruim 45 deskundigen gesproken: beleidsmakers, politici, wetenschappers, vertegenwoordigers van landelijke organisaties als Pharos, VNG, Alles is Gezondheid, het RIVM, GGD GHOR Nederland en ZonMw. Drie programma's hebben we nader onderzocht: Trendbreuk Zuid-Limburg, Kracht van de Veenkoloniën en het Nationaal Programma Rotterdam-Zuid. Met in totaal 37 betrokkenen

[6] Zie bijvoorbeeld Discussierapport 'Nederland heeft één overheid nodig' | Rapport | Overheid van nu

bij deze programma's hebben we in 3 afzonderlijke focusgroepen gesproken over (landelijke) voorwaarden waaronder ze hun programma's uitvoeren. Over de opbrengst van de interviews en de focusgroepen en mogelijke aanbevelingen hebben we in verschillende gremia van gedachten gewisseld: met beleidsambtenaren en directeuren van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en andere departementen, onder meer met de interdepartementale Stuurgroep Impact op Gezondheid, met 8 GGD-directeuren Publieke Gezondheid en met circa 20 gemeentelijke beleidsambtenaren tijdens een netwerkdag van de VNG. De lijst met geraadpleegde deskundigen staat in een bijlage.

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 gaan we dieper in op de onderwerpen die in het advies centraal staan. We besteden aandacht aan de problematiek van gezondheidsachterstanden en gaan in op beleid dat gericht is op het terugdringen daarvan. Het hoofdstuk vormt het inhoudelijke kader voor de rest van het advies.

In hoofdstuk 3 duiken we de praktijk in. We laten 3 praktijkvoorbeelden zien van omvangrijke, langlopende programma's die elk op hun eigen manier de complexe ongelijkheid adresseren die ten grondslag ligt aan gezondheidsachterstanden. De programma's zijn Trendbreuk Zuid-Limburg, Kracht van de Veenkoloniën en het Nationaal Programma Rotterdam-Zuid.

In hoofdstuk 4 trekken we lessen uit deze voorbeelden over landelijke voorwaarden waaronder de uitvoerders van de programma's hun werk doen. Wat helpt om de gewenste resultaten te behalen? En wat zijn hindernissen? We kijken ook naar landelijke voorwaarden waarop regionale en lokale samenwerkingspartijen weinig invloed hebben.

In hoofdstuk 5 sluiten we dit advies af met de beantwoording van de centrale vraag en een aantal aanbevelingen.

2 Van probleem naar oplossing

In dit hoofdstuk gaan we dieper in op de problematiek van gezondheidsachterstanden. In paragraaf 2.1 staan gezondheidsverschillen en gezondheidsachterstanden centraal. Wat houden die in en wat is het probleem? Ook geven we enkele cijfers om duidelijk te maken waar het om gaat. Paragraaf 2.2 laat zien hoe gezondheidsachterstanden doorgaans worden aangepakt en welke voortschrijdende inzichten er zijn. Paragraaf 2.3 gaat over gezondheidsachterstanden als bestuurlijke kwestie, die een meerlaagse aanpak behoeft. In paragraaf 2.4 bespreken we de moeilijkheid van de aanpak van diepere oorzaken van gezondheidsachterstanden in relatie tot verantwoording. Tot slot vormt paragraaf 2.5 de overgang naar het vervolg van het advies en staan we stil bij voorwaarden voor het terugdringen van gezondheidsachterstanden.

2.1 Gezondheidsachterstanden: wat is het probleem?

Gezondheidsverschillen zijn verschillen in de (gezonde) levensverwachting tussen bepaalde groepen burgers. De term is in principe neutraal, omdat het ook gaat over de positieve uitschieters naar boven door een combinatie van geluk, erfelijkheid en leefstijl. De term gezondheidsverschillen wordt vooral gebruikt om gezondheidsachterstanden mee aan te duiden die zich voordoen bij mensen met een lage of praktische opleidingen laag inkomensniveau.[7] Zo leven mensen met basisonderwijs of een vmbo-opleiding en een laag inkomen gemiddeld 7 jaar korter en 15 jaar minder in goede gezondheid dan mensen met havo/vwo, een vervolgopleiding en een hoog inkomen.[8] Mensen met een praktische opleiding hebben vaker te kampen met aandoeningen zoals diabetes, hartfalen longziekten en obesitas. Voor alle Nederlanders neemt de gemiddelde levensverwachting nog steeds toe, maar bij mensen met een kwetsbare maatschappelijke positie stagneert die toename. Gezondheidsachterstanden worden daarmee relatief gezien groter.[9] In de infographic in dit hoofdstuk staan meer cijfers die in het kader van dit advies relevant zijn. De onderbouwing van de cijfers staan in een bijlage.

Zoals de RVS laat zien in het essay *Gezondheidsverschillen voorbij* (2020) gaan er achter de relatie tussen opleiding, inkomen en gezondheid kenmerken van een dieperliggende, complexe ongelijkheid schuil, zoals bestaansonzekerheid, armoede en kansenongelijkheid. Gezondheidsverschillen worden vaak besproken in termen van sociale onrechtvaardigheid. Zeker wanneer gezondheidsachterstanden onvermijdbaar zijn voor het individu en niet volgen uit 'eigen keuze', maar eerder uit het gebrek aan mogelijkheden voor een eigen keuze (Marmot 2015; Muijsenbergh 2018). Complexe ongelijkheid is echter ook een maatschappelijk probleem. Het legt een hypotheek op de veerkracht van de samenleving – het vermogen van onze samenleving om (evenredig) klappen op te vangen – en onze welvaart, zowel in economische zin als in termen van welbevinden en geluk (RVS 2020). Het terugdringen van gezondheidsachterstanden kan leiden tot meer arbeidsparticipatie en minder kosten: als de arbeidsproductiviteit toeneemt, zullen immers uitkeringskosten bij langdurige arbeidsongeschiktheid en zorgkosten afnemen.

[7] In dit rapport verwijzen we met praktische opleiding naar lage opleiding (basisonderwijs, vmbo, mbo) en met theoretische opleiding naar hoge opleiding (havo, vwo, hbo, wo), omdat het woord 'laag' een negatieve invloed heeft op leerlingen, zie 'Hoog- of laagopgeleid': stop ermee! - Onderwijs van Morgen.

[8] Centraal Bureau voor de Statistiek. *Gezonde levensverwachting; onderwijsniveau*. Statline 2017. Beschikbaar via: http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=83780NED&LA=NL. De cijfers kunnen verschillen al naar gelang de bron.

[9] Verschil levensverwachting hoog- en laagopgeleid groeit (cbs.nl)

Gezondheidsachterstanden in getallen.

7 JAAR

verschil in levensverwachting tussen mensen met een lage en een hoge sociaaleconomische status (= inkomen + opleiding) in de periode 2004-2014.

15 JAAR

verschil in als goed ervaren gezondheid tussen mensen met een lage en een hoge sociaaleconomische status in de periode 2004-2014.

Percentage mensen met een aandoening of chronische ziekte: verschillen tussen hoge en lage ses of theoretische en praktische opleiding

	Hoge ses/theoretisch geschoolden	Lage ses/praktisch geschoolden
Diabetes	3%	14%
Chronische stress, angst of depressie	9%	21%
Obesitas bij vrouwen van 45-65 jaar	11%	28%

Onderliggende maatschappelijke oorzaken van gezondheidsachterstanden

	Ervaren gezondheid	Mentale gezondheid
Sociale zekerheid	35%	46%
Leefomstandigheden	29%	30%
Kennis, vaardigheden en sociaal netwerk	19%	7%
Kwaliteit, betaalbaarheid & toegankelijkheid gezondheidszorg	10%	11%
Werk en werkomstandigheden	7%	6%
Totaal	100%	100%

Opgroeien

16%
basisonderwijs/VMBO

3%
HBO/universiteit

Percentage vrouwen dat rookt tijdens de zwangerschap per opleidingsniveau

Overgewicht onder jongeren tussen de 4-18 jaar

1/5
Laagste inkomensgroep

1/10
Inkomensgroepen daarboven

Van de groep kinderen en jongeren in armoede vindt 37% de zekerheid in hun leven onvoldoende of matig. In de groep kinderen en jongeren die niet in armoede opgroeit is dat 16%.

Onderwijs

Ongeveer 1 op de 3 Nederlanders heeft beperkte gezondheidsvaardigheden. 2,5 miljoen mensen in Nederland zijn laaggeletterd.

Van de mensen die aangeven over een zeer slechte gezondheid te beschikken, is bijna 25% laaggeletterd, terwijl dit percentage bij mensen met een goede gezondheid met 9,1% veel lager ligt.

Werk & inkomen

Meer mensen met betaald werk voelen zich gezonder dan mensen zonder werk.

90%
van de mensen met betaald werkt voelt zich gezond.

76%
van de mensen zonder betaald werk voelt zich gezond.

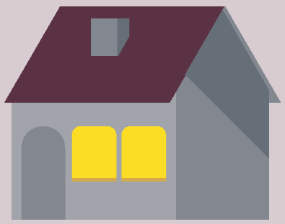
10%
meer depressies

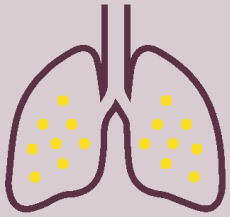
Depressie komt vaker voor in gezinnen met schulden (13%) dan in gezinnen zonder schulden (3%).

Wonen

33%
minder levenskwaliteit

Mensen met een uitkering in een huurhuis ervaren minder levenskwaliteit dan mensen met een uitkering in een koophuis.





Kinderen die van hun 10de tot hun 18de opgroeien binnen 500 meter van een snelweg hebben op 18-jarige leeftijd een beperktere longcapaciteit.

De bronnen van deze cijfers staan in een bijlage.

Of en in hoeverre gezondheidsachterstanden als probleem worden gezien hangt af van de zienswijze op het probleem en de benodigde oplossingsrichting. De WRR omschrijft 6 zienswijzen in zijn rapport *Van verschil naar potentieel* (2018). De zienswijzen worden enerzijds bepaald door het finale doel dat wordt nagestreefd in gezondheidsbeleid dat gericht is op het terugdringen van achterstanden. Is dat doelgericht op het creëren van gelijke uitkomsten (*equality*) of van gelijke kansen (*equity*)? Anderzijds zijn er 3 gradaties in de ambities van die 2 beleidsdoelen: gaat het om ultieme gelijkheid, om een sociaal aanvaardbaar minimum of om verbetering ten opzichte van de status quo? Gezondheid is slechts ten dele maakbaar, en is niet te herverdelen, zoals de WRR ook stelt. Om die reden is het realistischer om beleid te richten op gelijke kansen, niet op gelijke uitkomsten. Er is een groeiend besef dat de gezondheidskansen in Nederland ongelijk zijn verdeeld en moeten worden bijgesteld.

Langjarig onderzoek naar de aanpak van gezondheidsachterstanden laat zien dat er grofweg 4 strategieën zijn (Stronks en Hulshof 2001). Ten eerste kan de sociaaleconomische positie van mensen worden verbeterd, waardoor vervolgens gezondheidskansen toenemen. Ten tweede kan ervoor worden gezorgd dat de nadelige gevolgen van gezondheidsproblemen voor opleiding, werk en inkomen afnemen. Ten derde kan worden gekeken naar de invloed van de leefomgeving, zoals ruimtelijke ordening, milieu en volkshuisvesting. Ten vierde kan gericht curatieve gezondheidszorg worden aangeboden aan groepen burgers met een kwetsbare maatschappelijke positie ter compensatie van de ongunstiger omstandigheden waarin zij leven.

Dit advies is primair gericht op de eerste strategie: het wegnemen van sociale en maatschappelijke oorzaken van gezondheidsachterstanden. De inzet is het creëren van meer en eerlijkere gezondheidskansen voor mensen met een kwetsbare maatschappelijke positie. Dit is eenvoudiger gezegd dan gedaan, zo blijkt wel uit de beleidsmatige inzet waarmee al jaren wordt geprobeerd om gelijkere gezondheidskansen te creëren.

2.2 Voortschrijdend inzicht over de juiste weg

De aanpak van gezondheidsachterstanden kent een lange geschiedenis, zoals de WRR (2018: p. 23 e.v.) laat zien. De afgelopen 35 jaar heeft het onderwerp gezondheidsverschillen in meer of mindere mate op de politieke en beleidsagenda gestaan. Ook werd de noodzaak wel gezien van de aanpak van maatschappelijke oorzaken van gezondheidsachterstanden. Maar het beleid bleef vaak beperkt tot onuitgewerkte ambities op papier. Er was volgens de WRR gebrek aan continuïteit, of beleidsaccenten werden verschoven. De focus in gezondheidsprogramma's was niet gericht op de aanpak van maatschappelijke oorzaken van gezondheidsachterstanden, maar op leefstijl en de eigen verantwoordelijkheid van de burger. Omdat wel duidelijk was dat de omgeving ook een rol speelt, kwam er vanaf 2008 in beleid aandacht voor het eenvoudiger maken van de gezonde keuze. Maar van een krachtige, gecoördineerde en langdurige landelijke aanpak gericht op het terugdringen van gezondheidsachterstanden via onderliggende maatschappelijke oorzaken is tot op heden nauwelijks sprake geweest.

Toch is het ook niet zo dat het de afgelopen decennia bij plannen alleen is gebleven. In 2007 bijvoorbeeld werd het Actieplan Krachtwijken gelanceerd door Ella Vogelaar, destijds minister van Wonen, Wijken en Integratie. In 10 jaar tijd moest in 40 wijken worden toegewerkt naar aan verbeteringen op het gebied van wonen, werken, leren en opgroeien, integreren en veiligheid. Uiteindelijk werden de wijken slechts 4 jaar ondersteund. Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) concludeerde in 2013 dat het krachtwijkenbeleid geen "onderscheidende, gunstige leefbaarheidseffecten" heeft gesorteerd (Kullberg 2013). Onderzoek van Stronks et al. laat zien dat de aanpak wel positieve gezondheidseffecten had.[10]

Sinds 2014 loopt het landelijke stimuleringsprogramma GezondIn dat wordt uitgevoerd door Pharos en Platform31. In 155 gemeenten wordt wijkgericht gewerkt aan terugdringen van gezondheidsverschillen door de oorzaken aan te pakken. Aangrijpingspunten voor verandering zijn participatie, preventie en zorg, gedrag en vaardigheden en de fysieke en de sociale omgeving.

[10] 'Wijkaanpak maakt gezonder', stelt prof. Karien Stronks (AMC) – Sociale Vraagstukken

ZonMw financiert al lange tijd onderzoek naar gezondheidsverschillen. Het meest recente programma Beter benutten van gezondheidspotentieel wordt in het kader van de Nationale Wetenschapsagenda uitgevoerd. Ook particuliere fondsen richten zich op gezondheidsachterstanden, zoals FNO Zorg voor Kansen en de Samenwerkende Gezondheidsfondsen.

Mede dankzij GezondIn, ZonMw-programma's en initiatieven van gemeenten en GGD'en zijn er lokaal vele projecten (geweest) die tot doel hebben en hadden om de gezondheidskansen voor mensen met een kwetsbare maatschappelijke positie te verbeteren. Al deze inspanningen hebben tot op heden op individueel niveau op sommige terreinen (zoals roken) wel tot gezondheidsverbetering geleid, maar hebben helaas niet geleid tot een structurele trendbreuk in gezondheidsachterstanden. De huidige op het individu of gezin gerichte interventies maken vooral gezonde mensen gezonder en bereiken mensen met een maatschappelijk kwetsbare positie onvoldoende. Een voorbeeld is de wetenschappelijke onderbouw de Gecombineerde-Leefstijl Interventie (GLI), die is opgenomen in de basisverzekering. Het zijn vooral theoretische geschoolden en mensen met enkelvoudige problematiek die hiervan gebruikmaken. Met leefstijlgerichte programma's zijn mensen met de kwetsbaarste maatschappelijke posities niet geholpen, en zij dreigen hierdoor verder op achterstand te komen (Van Lenthe 2018). Enkele positieve uitzonderingen daargelaten, zoals 'Jongeren Op Gezond Gewicht' (JOGG), een lokale, wijkgerichte, integrale aanpak van overgewicht.[11]

2.3 Samenwerken tussen bestuursniveaus

Om de complexe ongelijkheid die ten grondslag ligt aan gezondheidsachterstanden te kunnen adresseren, is intersectorale samenwerking noodzakelijk. Deze ongelijkheid betreft immers meerdere levensdomeinen tegelijkertijd. De samenwerking vindt plaats tussen organisaties op hetzelfde niveau – bijvoorbeeld tussen gemeenten en lokale aanbieders van zorg en welzijn – én tussen organisaties op verschillende niveaus. Betrokken partijen bij regionale programma's zijn bijvoorbeeld gemeenten, lokale en regionale aanbieders, de GGD (regionaal) en soms ook de rijksoverheid in de vorm van een of meer ministeries. Iedere partij in het netwerk heeft een eigen taak, rol en belang. De belangen hoeven niet overeen te komen, zolang maar duidelijk is hoe eenieder bijdraagt aan het gezamenlijke doel (Storm et al. 2007; RVZ 2009).

Voor het samenwerken tussen verschillende bestuursniveaus (lokaal, provinciaal of regionaal en landelijk) worden verschillende termen gehanteerd: interbestuurlijke samenwerking, multi-level governance, meerlaags werken (Teisman et al. 2018).[12] De vraag is leidend wie wat op welk moment kan bijdragen aan de aanpak van het vraagstuk. Iedere maatschappelijke opgave die meerdere partijen samen adresseren (zoals het terugdringen van gezondheidsachterstanden) vereist een op maat gesneden interbestuurlijke aanpak die past bij de specifieke regionale of lokale context.[13] Vervolgens zijn er nieuwe structuren, werkwijzen en instrumenten nodig die samenwerking tussen overheidslagen stimuleren en belonen. Idealiter betekent dit dat overheden hun beleidsinstrumentarium aanpassen aan wat er nodig is in een specifiek netwerk ten behoeve van het vraagstuk dat daar centraal staat (Teisman et al. 2018).

Deze werkwijze maakt generieke en top-down beleidsinstrumenten zoals wetten, regels en andere afspraken niet overbodig. Ze vormen de weergave van kernwaarden van goed bestuur, zoals rechtmatigheid, rechtsgelijkheid, rechtszekerheid en de bescherming van minderheden en zwakker vertegenwoordigde belangen (Teisman et al. 2018). Hoe kan een (rijks)overheid enerzijds werken vanuit deze kernwaarden en zich anderzijds voegen naar wat er regionaal of lokaal nodig is, bijvoorbeeld om gezondheidsachterstanden terug te dringen? Wanneer dragen de rijksoverheid en andere systeempartijen met een dienende rol het meeste bij aan het terugdringen van gezondheidsachterstanden? En wanneer is gerichte sturing nodig? Dit zijn vragen die terugkomen in het slothoofdstuk van dit advies.

[11] Werkt de JOGG-aanpak? Veranderingen in overgewicht en beweeggedrag bij kinderen en jongeren (rivm.nl)
[12] Zie ook Discussierapport 'Nederland heeft één overheid nodig' | Rapport | Overheid van nu
[13] Bij het ontwerpen van een sturingsarrangement op maat kunnen volgens de studiegroep Interbestuurlijke en Financiële Verhoudingen de volgende vragen behulpzaam zijn: Welk gezamenlijk doel streven we na (wat)?, Welke partijen zijn nodig om dit te realiseren (wie)?, hoe richten we de samenwerking in en welke sturingsfilosofie hanteren we (wie doet wat)?, en: Welke instrumenten zetten we in (waarmee; denk aan financiën, wet- en regelgeving en procesafspraken)?

2.4 De onzichtbare ijsberg, de roep om snel resultaat

Bij het terugdringen van gezondheidsachterstanden is het lastig om te bepalen wanneer een bepaalde aanpak effectief is. In de benadering die de RVS voorstaat is dat nog ingewikkelder, omdat wij betogen dat het daarvoor nodig is om iets te veranderen aan de onderliggende oorzaken, aan de complexe ongelijkheid die ten grondslag ligt aan die achterstanden. Om gezondheidseffecten te bereiken, zo is de redenering, moet er vaak eerst iets anders gebeuren: schulden moeten worden weggewerkt of kwijtgescholden, er moet betaald werk worden verkregen en werk moet minder onzeker zijn, het inkomen moet voldoende zijn om van te leven, minder kinderen moeten opgroeien in armoede, de genoten opleiding moet minder afhankelijk worden van de opleiding van de ouders, enzovoort (Ten Dam 2018). Pas als hierin verandering is gekomen, kunnen op de lange duur gezondheidseffecten zichtbaar worden.

Voor het investeren in het terugdringen van gezondheidsachterstanden is dus een *leap of faith* nodig: het vertrouwen dat de aanpak op den duur verschil maakt. Dit vertrouwen wordt onderbouwd door wetenschappelijk onderzoek. Maar voor financiers en politici en ook voor de media is dat niet altijd voldoende. We leven in een tijd waarin om concrete resultaten en bewijs wordt gevraagd. Interventies moeten bewezen effectief zijn en de effecten meetbaar, liefst op korte termijn.

De RVS wees er al eerder op dat deze benadering van monitoring, evaluatie en verantwoording een beperkte benadering is (RVS 2017; 2019). In de hoofdstukken 3 en 4 komt aan de orde hoe in de praktijk van het vergroten van gezondheidskansen wordt omgegaan met evaluatie, monitoring en verantwoording.

2.5 Voorwaarden voor het vergroten van gezondheidskansen

De redenen dat het tot nu toe niet gelukt is om gezondheidsachterstanden terug te dringen zijn divers, zoals hiervoor is beschreven. Om te beginnen was landelijk beleid tot dusver zelden gericht op de complexe ongelijkheid die aan de basis ligt van gezondheidsachterstanden. Daarbij speelt een rol dat het idee van een brede aanpak wel op brede steun kan rekenen, maar dat bij de vertaling naar concrete maatregelen politieke scheidslijnen de uitvoering bemoeilijken of blokkeren. Begin 2021 lijkt de tijd wel rijp om gezondheidsachterstanden voor de langere termijn centraal te stellen in het beleid, zeker sinds Covid-19. Maar er is ook een *coalition of the willing* (coalitie van de bereidwilligen) nodig die erkent dat de kosten voor de baten uitgaan. Ook moet een mate van onzekerheid worden geaccepteerd: het is nu nog niet te zeggen of al deze inspanningen voor het creëren van gezondheidskansen op termijn ook daadwerkelijk gaan leiden tot afname van gezondheidsproblemen bij mensen in een maatschappelijke kwetsbare positie. Met dit advies wil de RVS meer licht werpen op de voorwaarden waaronder lokale en regionale partijen samenwerken aan het vergroten van gezondheidskansen. In de volgende hoofdstukken gaan we in op deze voorwaarden aan de hand van 3 voorbeelden: Trendbreuk Zuid-Limburg, Kans voor de Veenkoloniën en het Nationaal Programma Rotterdam-Zuid.

3 Inspirerende praktijkvoorbeelden

In dit hoofdstuk beschrijven we 3 programma's die zich richten op de dieperliggende maatschappelijke oorzaken van gezondheidsachterstanden (complexe ongelijkheid) naast een individuele, leefstijlgerichte aanpak. Het gaat om 1) Trendbreuk Zuid-Limburg, 2) Kans voor de Veenkoloniën (KVDKV), en 3) Nationaal Programma Rotterdam-Zuid (NPRZ).

We hebben voor deze programma's gekozen omdat ze worden uitgevoerd in gebieden waar de gezondheidsachterstanden groot zijn ten opzichte van de rest van Nederland.[14] Bovendien zijn de programma's vooruitstrevend in hun integrale aanpak van complexe ongelijkheid die ten grondslag ligt aan gezondheidsachterstanden. Centraal in de programma's staat de langjarige aanpak van maatschappelijke oorzaken van achterstanden op de levensdomeinen opgroeien, onderwijs, wonen en werk; gezondheid heeft respectievelijk een primaire (Zuid-Limburg en KVDVK) of secundaire focus (NPRZ).[15]

Er zijn natuurlijk meer lokale en regionale programma's die zich richten op het terugdringen van gezondheidsachterstanden. Denk alleen al aan de 155 GIDS-gemeenten.[16] Niet alle lopende programma's zijn even veelomvattend. Ze hebben een kortere looptijd, maar de intentie is wel om de maatschappelijke oorzaken aan te pakken.[17]

In de paragrafen 3.1, 3.2 en 3.3 geven we de programma's kort weer aan de hand van de visie die het programma richting geeft, de middelen waarmee het wordt uitgevoerd, de manier waarop de samenwerking is georganiseerd en de wijze van verantwoording. Onder deze laatste noemer geven we ook de resultaten van de programma's weer voor zover al beschikbaar. In paragraaf 3.4 bespreken we de overeenkomsten en verschillen tussen de programma's.

3.1 Programma Trendbreuk Zuid-Limburg

Visie

Trendbreuk Zuid-Limburg is een regionaal programma dat erop is gericht om zo veel mogelijk Zuid-Limburgse kinderen en jongeren gezond, veilig en kansrijk te laten opgroeien. De GGD Zuid-Limburg en de Universiteit Maastricht rapporteerden in 2015 dat de gezondheid van bewoners in Zuid-Limburg relatief laag is ten opzichte van die in de rest van Nederland. Hieraan liggen tal van sociale en maatschappelijke oorzaken ten grondslag: werkloosheid, armoede, eenzaamheid en stress. Bovendien blijkt dat de slechtere gezondheid in Zuid-Limburg 'sociaal erfelijk' is: die gaat van generatie op generatie.[18]

Het terugdringen van de gezondheidsachterstand in Zuid-Limburg is het expliciete doel van Trendbreuk. De ambitie van de 16 Zuid-Limburgse gemeenten is om met de aanpak in 2030 een kwart van de sociaal-maatschappelijke achterstanden ten opzichte van de rest van Nederland te hebben ingelopen. Trendbreuk legt de nadruk op het verbeteren van de gezondheidskansen van kinderen en jongeren van -9 maanden tot 23 jaar, om zo de sociale overerving van ongezondheid te doorbreken en daadwerkelijk een trendbreuk te realiseren.[19] Er worden 5 levensfasen onder de loep genomen: kansrijke start, peutertijd, basisschool, voortgezet onderwijs en

[14] Zie Sociaaleconomische status | Regionaal & Internationaal | Regionaal | Volksgezondheidenzorg.info en Kansenkaart.
[15] We hebben gezocht naar een voorbeeld waarin ook de fysieke en sociale leefomgeving een prominente plaats had in de aanpak. De voorbeelden die we vonden, waren voor dit advies niet veelomvattend genoeg.
[16] Programma - GezondIn - Pharos
[17] Zie bijvoorbeeld Regionetwerken - Allesisgezondheid
[18] https://www.ggdzl.nl/fileadmin/files/ggdzl/Documenten/Op-zoek-naar-de-Limburg-factor.pdf
[19] Het programma richt zich nadrukkelijk ook op de zwangerschap en gezinsplanning. Vandaar de -9 maanden.

werken ouderschap. De aanpak loopt zo 'van kinderwens tot kinderwens'. Het programma werkt uiteindelijk toe naar gezonde, werkende ouders die de volgende generatie zelf een goede start kunnen bieden. Een programmabureau ondersteunt gemeenten in deze opdracht en heeft een verbindende en aanjagende rol.

Enkele deelprojecten uit het programma Trendbreuk Zuid-Limburg

'Nu niet zwanger' ondersteunt kwetsbare jonge vrouwen en mannen om zelf de regie te nemen over hun kinderwens. Het doel van het programma is het voeren van een eerlijk gesprek over kinderwens, seksualiteit en anticonceptie, zodat kwetsbare mensen niet onbedoeld zwanger raken.

Bij 'Voorzorg' en 'Stevig ouderschap' bieden speciaal opgeleide verpleegkundigen uit de jeugdgezondheidszorg vanaf de zwangerschap extra ondersteuning bij het opvoeden en opgroeien totdat het kind 2 jaar oud is. Zo wordt de kans op ernstige opvoedingsproblemen voorkomen, evenals zware zorg. De interventies dragen bij aan een positieve en veilige opvoeding.

In de 'Gezonde Basisschool van de Toekomst' krijgen alle kinderen op school een gezonde lunch. De schooldag is verlengd, zodat er voldoende tijd is voor beweging en sport, en kinderen profiteren van gelijkwaardige kansen in hun ontwikkeling.

Onder het motto 'de vindplaats is de werkplaats' komen hulpverleners in 'Knooppunten in het onderwijs' naar de voorschoolse opvang, school, of beroepsopleiding om tijdig problemen van kinderen of hun ouders te kunnen opsporen en verhelpen.

Middelen

De kosten van het programmabureau bedragen € 390.000 en worden de eerste twee jaar (tot 2022) gedragen door de deelnemende gemeenten (1/3), de provincie Zuid-Limburg (1/3) en GGD Zuid-Limburg (1/3). De kosten van de deelprogramma's onder Trendbreuk worden op verschillende manieren gefinancierd. Het programmabureau is er in geslaagd om € 5 miljoen tot € 7 miljoen aan projectgelden te vergaren. Het geld komt uit verschillende landelijke programma's, zoals GIDS of Kansrijke Start (circa € 300.000 per jaar voor de periode 2019-2021 van het ministerie van VWS) en een regionaal preventieakkoord 2021-2023 (circa € 1 miljoen via de VNG). Voor Gezonde Basisschool van de Toekomst (GBT) krijgen de gemeenten Heerlen, Maastricht en Sittard-Geleen in het kader van het Programma Gelijke Kansen van het ministerie van OCW voor 2 jaar € 140.000 per gemeente. Vanuit de Regio Deal is er voor gemeenten in Parkstad Limburg € 1 miljoen tot € 1,5 miljoen vrijgemaakt voor de uitrol van GBT, waaraan ook de Rabobank bijdraagt. Vanuit diezelfde Regio Deal is ook een bedrag van circa € 600.000 vrijgemaakt om extra te investeren in Kansrijke Start. Verder zijn diverse ZonMw-subsidies verkregen (o.a. voor onderzoek). Het lukt nog nauwelijks om ook curatieve partners (ziekenhuizen, zorgkantoren, huisartsen, zorgverzekeraars) te laten meebetalen aan de deelprogramma's. En het gaat steeds om tijdelijk geld.

Organisatie van de samenwerking

In het programma werken de 16 gemeenten van Zuid-Limburg samen met de provincie, GGD Zuid-Limburg, de rijksoverheid en tal van maatschappelijke organisaties voor geboortezorg, jeugdgezondheidszorg, het onderwijs van basisschool tot universiteit, banken, een zorgverzekeraar en organisaties op het gebied van sport en burgerparticipatie. Het programma wordt aangestuurd door een stuurgroep met 4 wethouders, de gedeputeerde Sociale Agenda van de provincie Limburg, een vertegenwoordiger van de zorgverzekeraar en de directeur van GGD Zuid-Limburg. Het programmabureau, dat onder leiding van de stuurgroep werkt, is ondergebracht bij de GGD Zuid-Limburg. De GGD is daarmee een belangrijke partner van het programma Trendbreuk.

Verantwoording

Om te bepalen of Trendbreuk de gewenste positieve effecten genereert in het terugdringen van gezondheidsachterstanden, wordt zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek gedaan. Een voorbeeld van het laatste zijn gesprekken die in het kader van het evaluatieonderzoek zijn gevoerd met leerkrachten en ouders over de Gezonde Basisschool van de Toekomst (Bartelink et al. 2019). Cijfers worden bijvoorbeeld verzameld per

levensfase, zoals het aantal vroeggeboorten in de eerste levensfase, het aantal peuters met een risico op een onderwijsachterstand in de peutertijd of het aantal kinderen met overgewicht in de schoolgaande leeftijd. De uitkomsten zijn een mix van gezondheidsmetingen, zoals van overgewicht, én ingrediënten van complexe ongelijkheid, zoals kans op armoede, het aantal uithuisplaatsingen en werkloosheid. De gedachte is dat er een gelijktijdige afname wordt verwacht in zowel gezondheidsachterstanden als de onderliggende maatschappelijk problematieken. Elke 4 jaar worden de uitkomsten gerapporteerd op zowel gemeentelijk als regionaal niveau. Ook worden algemene cijfers meegenomen over de gemiddelde levensverwachting van inwoners en de ervaren gezondheid. Daarnaast verschijnt er jaarlijks een voortgangsrapportage. De eerste (over 2020) is onlangs verschenen.[20] De rapportage laat zien dat steeds meer partijen zich aansluiten bij het programma en dat de financiële mogelijkheden groeien. Concrete resultaten zijn onder meer dat sinds 2019 met 'Nu niet zwanger' 300 mensen in een kwetsbare situatie zijn bereikt. En de werkwijze in de 'Gezonde Basisschool van de Toekomst' blijkt kinderen gezonder en socialer te maken.

3.2 Kans voor de Veenkoloniën (KVDVK)

Visie

Het programma Kans voor de Veenkoloniën (KVDVK) beoogt een duurzame verandering in de leefsituatie en de gezondheid in de regio. Het doel van het programma om in 8 jaar tijd de gezondheidssituatie van de 450.000 inwoners duurzaam te verbeteren en daarmee de gezondheidsverschillen in deze regio aanzienlijk en duurzaam te verkleinen. Dat zou een bijdrage moeten leveren aan het terugdringen van de zorgkosten in de regio. Deze liggen in de voormalige Veenkoloniën per jaar gemiddeld € 115 miljoen hoger dan in andere gemeenten in Nederland. De kosten zijn mede zo hoog omdat in dit gebied veel mensen wonen met een lage sociaaleconomische status (SES). Zo komt diabetes type 2 relatief vaak voor bij inwoners van de voormalige Veenkoloniën in vergelijking met de rest van Nederland. De aanleiding van KVDVK is een amendement van de Tweede Kamer op de zorgbegroting in 2014. Het programma KVDVK is gestart in 2015 en loopt tot 2023.

Het programma is gebaseerd op het Triple-Aim principe ofwel het gelijktijdig werken aan drie doelen: het verbeteren van de ervaren kwaliteit van zorg, het verbeteren van de gezondheid van inwoners en het verlagen van de kosten. Momenteel bevindt het programma zich in de derde fase die loopt van april 2019 tot juli 2023. Deze fase is gericht op borging zodat de projecten die in de loop der tijd gestart zijn ook na het einde van het programma door kunnen gaan en worden opgenomen in het reguliere werk van bijvoorbeeld scholen en welzijnsorganisaties.

KVDVK bevat verschillende projecten waarin de sociale en maatschappelijke oorzaken van gezondheidsachterstanden worden aangepakt. Deze projecten zijn gericht op de volgende thema's: armoede en werkloosheid, leefstijl, laaggeletterdheid, eenzaamheid, opvoeding en inwonersparticipatie.

Organisatie van de samenwerking

KVDVK is een programma waarbij samen wordt gewerkt tussen inwoners, overheden en organisaties uit de regio. Het programma is gericht op de samenwerking tussen 11 gemeenten in de Veenkoloniën: Aa en Hunze, Borger-Odoorn, Coevorden, Emmen, Hoogeveen, Midden-Groningen, Oldambt, Pekela, Stadskanaal, Veendam en Westerwolde. De programmacoördinatie van KVDVK is door het ministerie van VWS neergelegd bij het Zorg Innovatie Forum (ZIF). Dit is een netwerkorganisatie in Noord-Nederland die zich sterk maakt voor structurele vernieuwingen op het gebied van gezondheid. Hiervan maken 40 organisaties deel uit: gemeenten, (hoge)scholen, ROC's, zorg- en welzijnsorganisaties, woningbouwcoöperaties, werkgeversorganisaties, een natuurorganisatie en de Politie Noord-Nederland. In de derde fase is een dagelijks bestuur ingesteld en er is een programmaraad.

[20] Voortgangsrapportage_Trendbreuk2020_interactief (trendbreukzuidlimburg.nl).

Enkele deelprojecten uit het programma Kans voor de Veenkoloniën

Met 'Goede Start' wordt sinds 2016 gewerkt aan een goede start voor alle kinderen die in de Veenkoloniën worden geboren. Inwoners en professionals werken samen aan een nieuwe gemeenschappelijke aanpak voor verbetering van de gezondheid en kansen van nieuwe generaties. De verbinding is gelegd met het landelijke traject Kansrijke Start. De doelen van beide programma's sluiten naadloos op elkaar aan. Kernbegrippen zijn vroeg signalering, collectieve aanpak en afstemming met het gezin over benodigde ondersteuning.

Via 'Jongeren aan Zet' worden jongeren in het praktijkonderwijs en speciaal onderwijs die kampen met complexe problematiek en die moeilijk te bereiken zijn, geholpen bij het vinden van werk en het zelfredzaam zijn.

'Sterk uit armoede' en de 'Alliantie van Kracht' richten zich op het doorbreken van (intergenerationele) armoede. Dit gebeurt met behulp van opgeleide ervaringsdeskundigen die samenwerken met professionals om armoede te herkennen en in contact te komen met mensen in armoede.

Met 'Taalkans' is het vanuit KVDVK mogelijk gemaakt dat het landelijke ondersteuningsprogramma 'Taak voor het Leven' versneld is ingevoerd in alle gemeenten in de Veenkoloniën. Professionals die betrokken zijn bij 'Goede Start' en 'Sterk uit armoede' zijn getraind in het signaleren en doorverwijzen van laaggeletterden.

Inwonersparticipatie is een belangrijke pijler van KVDVK. Onder de noemer 'Kracht van de Veenkoloniën' bouwt de Bewonersraad aan een beweging waarin bewoners zelf zeggenschap en eigenaarschap krijgen over hun leefomgeving. Ook ondersteunt de raad inwonersinitiatieven in de Veenkoloniën.

Middelen

KVDVK krijgt voor de looptijd 2015-2023 € 10 miljoen subsidie van het ministerie van WVS. De gemeenten en organisaties die betrokken zijn bij KVDVK hebben de intentie om het programma ook na de looptijd van 8 jaar te laten voortduren. Aandacht voor de financiële continuïteit maakt deel uit van de fase van borging waarin het programma zich momenteel bevindt. *Shared savings* was in de Kamermotie opgenomen als een manier om gezondheidsverschillen te verkleinen.21 Bij *shared savings* vloeien besparingen van zorgkosten, bijvoorbeeld als gevolg van geslaagde preventieve interventies, niet alleen terug naar de zorgverzekeraar, maar worden ze ingezet voor nieuwe interventies. Over deze interventies maken zorgverzekeraar, gemeente, inwoners en zorgaanbieders onderling afspraken.

Verantwoording

Naast de eigen monitor aan de hand van kwartaalrapportages wordt KVDVK op twee manieren door externe partijen gemonitord: er is een procesmonitor die het team Toegepast GezondheidsOnderzoek van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) verzorgt, en een inhoudelijke monitor die de Aletta Jacobs School of Public Health uitvoert. De procesmonitor wordt uitgevoerd als actie-begeleidend onderzoek en is zowel gericht op ondersteuning en stimulering van het leren binnen het programma als op het leren door anderen van de ervaringen uit het programma. De overdracht van kennis en ervaring naar anderen maakt deel uit van de borging van het programma. Ten behoeve van de inhoudelijke monitor is er bij aanvang een 'startfoto' gemaakt van gezondheidssituatie in de regio. Samen met de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Noord-Nederland, verschillende kennisinstituten en de GGD'en van Drenthe, Fryslân en Groningen zijn indicatoren geselecteerd voor de thema's preventie en zorg, sociale omgeving, gedrag en vaardigheden en participatie. Ook algemene gegevens zijn verzameld (sociaaleconomische status, levensverwachting bij geboorte, aantal eenoudergezinnen). In 2021 komen er een tussenmeting en een evaluatiekader die behulpzaam moeten zijn bij de evaluatie van programma's zoals KVDVK.

[21] Activiteitenverslag tweede fase Kans voor de Veenkoloniën - Kans voor de Veenkoloniën (kvdvk.nl)

3.3 Nationaal Programma Rotterdam-Zuid (NPRZ)

Visie

Het Nationaal Programma Rotterdam-Zuid (NPRZ) is een 20 jaar lopend gebiedsgericht partnerprogramma in alle 17 wijken in Rotterdam-Zuid, waarbij wordt ingezet op het overbruggen van achterstanden in onderwijs, arbeidsparticipatie en woonkwaliteit.[22] In 7 'focuswijken' wordt extra geïnvesteerd. De opgave is meervoudig: er is sprake van multiproblematiek: verpaupering, hoge werkloosheid, onderwijsachterstanden en criminaliteit. Rotterdam wil de achterstanden in het stadsdeel aanpakken om de leefomgeving en sociale cohesie in Rotterdam-Zuid te versterken. De ambitie van NPRZ is om Rotterdam-Zuid (200.000 bewoners) in de periode 2011 tot 2030 vanuit een forse achterstandspositie naar het gemiddelde niveau van de 4 grote steden (G4) te krijgen.

In NPRZ-verband zijn de pijlen primair gericht op wonen (een fijn huis), school (toekomst voor je kind) en werk (werken aan je toekomst). Om deze doelen te halen, moet elke bewoner 'de hele brug' kunnen oversteken naar een positieve toekomst met perspectief op werk, inkomen en steeds betere participatie in de samenleving. Het concept van de brug is geïnspireerd op het Amerikaanse *Mobility Mentoring*[23], waarbij sociale problemen in samenhang worden bezien en er coaching wordt geboden gericht op het wegnemen van stressfactoren die handelingsperspectieven in de weg staan (Jungman en Wesdorp 2017).

In het NPRZ wordt nadrukkelijk veel aandacht besteed aan het op orde krijgen van de thuisbasis als randvoorwaarde voor de beoogde participatie (school of werk). De wijkteams hebben dan ook een centrale rol in het NPRZ, een rol die nog voor veel verbetering vatbaar is. Een belangrijke uitdaging voor betrokken professionals is om mensen met hulpvragen vroegtijdig te bereiken en via het keukentafelgesprek een gezinsplan te maken. Een concreet probleem in Rotterdam-Zuid is dat mensen met gezondheidsproblemen zich minder snel melden bij hulpverleners dan mensen elders in de stad. Het aantal hulpvragen is veel lager dan verwacht gezien de problematiek van Zuid, met name bij schulden en multiproblematiek. Dit komt doordat mensen in de overlevingsstand zitten of omdat ze hun weg in het systeem niet vinden. Schaamte speelt ook een rol in het weren van hulp. In het NPRZ wordt geprobeerd het vertrouwen in hulpverleners te vergroten door laagdrempelig contact te faciliteren en de taal van mensen zelf te spreken, bijvoorbeeld door het te hebben over 'de school' in plaats van 'onderwijs'. Als er eenmaal een vertrouwensbasis is gecreëerd, worden systematisch belemmeringen om 'de brug' over te steken besproken, waaronder gezondheidsproblemen en leefstijl. Daarnaast positioneert NPRZ het belang van overige doelen, zoals werk, ook in een bredere gezondheidsbenadering: 'Werk is de beste zorg'.

Enkele deelprojecten uit het Nationaal Programma Rotterdam-Zuid

Het programma 'Children's Zone' heeft tot doel om kinderen van Zuid beter te laten presteren op school. Dit wordt beoogd door kinderen van groep 1 tot en met 8 extra aandacht te geven. De 2 belangrijkste componenten zijn 10 uur verlengde lestijd per week en inzet van wijkteams via de school naar de ouders: zij ontvangen extra opvoedondersteuning op de leefgebieden financiën, opvoeding, gezondheid en werk.

Het 'LOB-programma' op de scholen biedt loopbaanoriëntatie- en begeleiding (LOB) voor schoolgaanden op Zuid. Vanwege de werkloosheidsproblematiek van Zuid wordt meer dan in andere gebieden aandacht besteed aan kiezen voor kansrijke beroepen, met name in zorg en techniek. Werkgevers bieden op dit moment meer dan 700 baangaranties per jaar. Alle scholen van Zuid krijgen een compleet LOB-programma voor leerlingen vanaf groep 6 tot aan de start van de loopbaan. Ook de ouders worden erbij betrokken.[24]

[22] Zie: NPRZ - Nationaal Programma Rotterdam Zuid
[23] Mobility Mentoring® Nederland | Mobility Mentoring
[24] www.gaanvooreenbaan.nu

Organisatie van de samenwerking

NPRZ wordt gefinancierd vanuit een Regio Deal, met cofinanciering van de gemeente Rotterdam. In het Nationaal Programma werken het rijk, de gemeente Rotterdam, corporaties, zorginstellingen, schoolbesturen, werkgevers, politie en Openbaar Ministerie samen aan een gezonde toekomst voor Rotterdam-Zuid. Het dagelijks bestuur van het NPRZ is samengesteld uit vertegenwoordigers van de verschillende partners. Daarnaast is er in het kader van de Regio Deal een stuurgroep ingesteld met vertegenwoordigers vanuit verschillende ministeries.

Middelen

Veel van de interventies in Rotterdam-Zuid zijn het resultaat van een cofinanciering door diverse partners. Via de Regio Deal investeert het rijk maximaal € 130 miljoen voor de periode 2019 tot en met 2022. De gemeente Rotterdam investeert eveneens € 130 miljoen. Vrijwel al het geld wordt ingezet voor school, werk en wonen. Daarnaast zijn er reguliere en incidentele budgetten van deelnemende partijen. In de eerste jaren werd de extra lestijd in het primair onderwijs betaald door rijk en gemeente. Het rijk heeft in 2013 eenmalig € 30 miljoen voor projecten van woningbouwcorporatie Vestia ingezet. Ook hebben rijk en gemeente in de periode 2015-2019 € 87 miljoen bijgedragen voor de grondige aanpak van de particuliere woonvoorraad. Voor de woningbouwcorporaties is door het rijk in 2014 een korting op de verhuurderheffing mogelijk gemaakt voor de aanpak van de woningvoorraad in Rotterdam-Zuid. Het programma BRIDGE (de brug van onderwijs naar werk) wordt gefinancierd door een bijdrage van de Europese Commissie, aangevuld met cofinanciering van de RebelGroup, Hogeschool Rotterdam, Erasmus Universiteit en de gemeente.[25] Via Kansen voor West II is subsidie ontvangen uit de Europese Unie voor fysieke en arbeidsmarkt gerelateerde projecten.

Verantwoording

De verantwoordingsplicht voor NPRZ ligt voor het financiële deel bij de gemeente en voor de programma-afspraken namens alle partners bij het programmabureau. Op bestuurlijk niveau wordt voor de voortgang primair bekeken of de uitkomsten op schema liggen, wat het geval is bij meer dan de helft van de indicatoren. Inzicht in de mate waarin afspraken worden nagekomen en resultaten worden bereikt is een belangrijk sturingsmiddel. Het NPRZ werkt met jaarlijkse voortgangrapportages op het gebied van hulpverlening, school, werk, wonen, cultuur en veiligheid. Hierin zijn zowel de stand van de interventies en de uitkomsten als de resultaten opgenomen. Het NPRZ gebruikt per interventie stoplichtkleuren en geeft grafisch weer in welke mate waarin het gat met het G4-niveau is gedicht. Voor NPRZ is een maatschappelijke kosten-batenanalyse (MKBA) gemaakt, met hogere opbrengsten dan kosten. Niet alle effecten zijn in euro's uitgedrukt. Zo zal het programma naar verwachting ook bijdragen aan een inclusievere samenleving en geluk, maar deze posten zijn benoemd als PM-post.[26]

3.4 Drie programma's, vergelijkbare ambities

Alle 3 de voorbeeldprogramma's in dit advies strijden voor meer kansengelijkheid in de samenleving en hebben een lange looptijd. Trendbreuk Zuid-Limburg en Kans voor de Veenkoloniën hebben nadrukkelijk het terugdringen van gezondheidsachterstanden als doel. NPRZ is daarover minder expliciet, maar verwacht wel indirecte baten op het terrein van gezondheid. Programma-inhoudelijk zijn er zowel overeenkomsten als verschillen. Een belangrijke overeenkomst is dat alle 3 de programma's fors inzetten op een kansrijke start voor kinderen. Op die manier wil men de overerving van achterstanden op volgende generaties doorbreken. Het gaat hier niet letterlijk om erfelijke factoren, maar om het doorbreken van de problemen die onderliggend zijn aan een grotere kans op ongezondheid, zoals armoede. Bovendien is de gedachte dat vroegtijdig ingrijpen meer rendeert: jong geleerd is oud gedaan. Een tweede belangrijke overeenkomst tussen de programma's is dat er wordt ingezet op het verkrijgen en behouden van werk als gezondheidsinvestering. Werk wordt in alle 3 de programma's gezien als 'medicijn': het voorkomt gezondheidsproblemen én geneest. Ten derde staat in alle 3 de programma's de bredere ambitie centraal voor meer participatie en sociale insluiting van mensen in een kwetsbare maatschappelijke positie in de samenleving.

[25] S1193-BRIDGE-WP4-Rapport-monitoring-en-evaluatie.pdf (seor.nl)

[26] Een pro-memoriepost wordt opgenomen als effecten niet goed kunnen worden ingeschat en/of lastig te kwantificeren zijn. Een kwalitatieve omschrijving van beoogde effecten kan dan uitkomst bieden.

In het volgende hoofdstuk gaan we in gesprek met betrokkenen over de voorwaarden waaronder de programma's worden uitgevoerd. Hun bevindingen worden aangevuld met inzichten van andere deskundigen.

4 Voorwaarden in de praktijk

In dit hoofdstuk presenteren we de opbrengst van ons onderzoek naar landelijke voorwaarden voor lokale en regionale partijen om maatschappelijke oorzaken van gezondheidsachterstanden te kunnen aanpakken. De volgende vierdeling van voorwaarden staat centraal: 1) visie, 2) middelen, 3) rolverdeling en 4) verantwoording. De paragrafen 4.1 tot en met 4.4 geven weer wat de gesprekpartners hebben gezegd over benodigde landelijke voorwaarden en over landelijke hindernissen die zij ervaren bij de uitvoering van hun werk. Paragraaf 4.5 vat tot slot 3 centrale spanningen samen tussen enerzijds lokale en regionale ambities en de uitvoeringspraktijk en anderzijds de werkwijze en rol van landelijke systeempartijen. Deze spanningen vormen de opmaat naar hoofdstuk 5 met onze aanbevelingen.

4.1 Visie

Onder de betrokkenen bij de 3 voorbeeldprogramma's en de overige gesprekspartners bevinden zich veel pioniers die gezondheidsachterstanden willen verkleinen door de maatschappelijke oorzaken aan te pakken. Zij geven aan dat de toegenomen aandacht voor maatschappelijke oorzaken van (on)gezondheid meer leeft op papier dan in de praktijk.[27] Daarnaast zouden sectoren buiten de gezondheidszorg volgens onze gesprekspartners een veel grotere rol moeten spelen bij de aanpak van de maatschappelijke oorzaken van gezondheidsachterstanden. Het gaat dan om de sectoren werk en inkomen, opvoeding, onderwijs, wonen, welzijn en ruimtelijke inrichting. Vanuit die sectoren is ook beweging nodig om toe te werken naar een geïntegreerde aanpak van maatschappelijke oorzaken van gezondheidsachterstanden. Er worden wel stappen gezet, bijvoorbeeld door zorgverzekeraars, maar het gaat te traag en gebeurt slechts mondjesmaat. Een effectieve aanpak van gezondheidsachterstanden vereist volgens onze gesprekspartners bovendien langdurige en structurele beleidsaandacht. Het doorbreken van hardnekkige gezondheidsachterstanden en intergenerationele patronen is een kwestie van een lange adem.

"We moeten durven om problemen groot te maken."
Deelnemer aan de focusgroep Trendbreuk Zuid-Limburg

Welke visieontwikkeling is nodig volgens de betrokkenen bij de 3 programma's en de andere gesprekspartners?

- Een breed gedragen visie op de noodzaak om maatschappelijke oorzaken van gezondheidsachterstanden aan te pakken, zowel binnen het ministerie van VWS als binnen andere departementen;
- Een meer prominente rol van de aanpak van maatschappelijke oorzaken van gezondheidsachterstanden in nieuw én lopend beleid van alle relevante ministeries, naast het ministerie van VWS ook de ministeries van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit, Infrastructuur en Waterstaat, Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, Economische Zaken en Klimaat en Justitie en Veiligheid;

[27] De angst dat woorden niet worden omgezet in daden is niet onterecht, zo laat onderzoek van de Algemene Rekenkamer in 2002-2003 zien. Daarin wordt de conclusie getrokken dat tot dan toe beleid gericht op het terugdringen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen nauwelijks tot implementatie heeft geleid. Kamerstuk 2003-2004, 29300 nr. 2: Preventieve gezondheidszorg; Rapport | Sdu

- Interdepartementale sturing, afstemming en coördinatie door het ministerie van VWS;
- De acceptatie van het feit dat de aanpak van gezondheidsachterstanden een lange adem vereist en een tijdpad vraagt dat niet door de gebruikelijke korte politieke besluitvormingscyclus wordt beperkt.

De volgende paragrafen gaan over de praktische uitwerking van deze uitgangspunten.

GezondIn: een voorbeeld van een brede visie

GezondIn is een landelijk programma van Pharos en Platform31 dat gemeenten stimuleert en ondersteunt bij een doelgerichte en duurzame aanpak van gezondheidsachterstanden. Meer dan 155 gemeenten ontvangen hiervoor extra middelen vanuit de decentralisatie-uitkering GIDS (Gezond in de Stad). Het gaat om gemeenten waarin de wijken liggen met de laagste SES-scores (sociaaleconomische status).

In het programma wordt gewerkt vanuit de visie dat de gezondheidsverschillen in Nederland onacceptabel groot zijn en er een aanpak nodig is die breder is dan gezondheidsbevordering. Om gezondheidswinst te boeken wordt gewerkt via 5 sporen: 1) participatie, 2) preventie en zorg, 3) sociale omgeving, 4) fysieke omgeving, en 5) gedrag en vaardigheden. In de lokale beleidsuitvoering worden verbindingen gelegd tussen de beleidsterreinen werk en inkomen (armoedebeleid), Wmo, volksgezondheid, onderwijs en sport.

4.2 Middelen: financiering en wettelijke kaders

In de 3 bestudeerde programma's (Trendbreuk Limburg, Kans voor de Veenkoloniën en het Nationaal Programma Rotterdam-Zuid) zijn ambitieuze doelen gesteld voor het terugdringen van gezondheidsachterstanden. Vooral in de uitvoering van de programma's sluiten landelijke kaders en de rollen van de landelijke systeempartijen niet altijd even goed aan op de lokale en regionale aanpak. Met name in de landelijke financiering en wetgeving ervaren de betrokkenen hindernissen. Andere geraadpleegde deskundigen bevestigden deze hindernissen.

Financiering

Structurele financiële investeringen in tijd en menskracht zijn nodig voor een brede aanpak van maatschappelijke oorzaken van gezondheidsachterstanden. De 3 programma's bestaan dankzij investeringen van betrokken lokale en regionale coalities, met hulp van de rijksoverheid. Deze financiering is echter eindig. Er is geen grote en langdurige financiële impuls, en die is wel nodig. De betrokkenen bij de voorbeeldprogramma's zien met name een taak voor de rijksoverheid en zorgverzekeraars en ook voor andere belanghebbenden, zoals werkgevers.

Beperkingen Zorgverzekeringswet

Het meest fundamentele probleem met financiering is volgens onze gesprekpartners dat behandeling van ziekte en ongezondheid te veel centraal staat. Behandeling daarvan wordt gezien als het toepassen van medische richtlijnen en het volgen van protocollen. In dit systeem is maar zeer beperkt ruimte voor differentiatie. En er zijn nauwelijks prikkels om te werken aan preventie of om de maatschappelijke oorzaken van gezondheidsachterstanden aan te pakken. Dit probleem speelt vooral binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw), waarin de mogelijkheden voor financiering van collectieve preventie beperkt zijn. Soms lukt het om een ziektekostenverzekeraar te betrekken bij de aanpak van gezondheidsachterstanden. Dan gaat het om individuele interventies die aantoonbaar bijdragen aan beperking van zorgkosten, zoals programma's voor stoppen met roken of meer bewegen of valpreventie bij ouderen. Bij groepsgerichte interventies verwijzen zorgverzekeraars voor financiering meestal naar gemeenten. Dat gebeurt ook wanneer maatregelen nodig zijn die specifiek ten goede komen aan mensen met een laag inkomen, een beperkte leesvaardigheid of een (lichte) verstandelijke beperking. Er zijn zorgverzekeraars die wegen vinden om meer te doen binnen hun wettelijke mogelijkheden. Betrokkenen bij de voorbeeldprogramma's vinden desondanks dat zorgverzekeraars meer mogelijkheden zouden moeten krijgen om financieel bij te dragen aan preventie. Om niet tegen "de drempel van niet-passende betaaltitels" aan te lopen, zoals betrokkenen dat noemen. Dit vereist aanpassing van het basispakket van de zorgverzekering.

Nu Niet Zwanger

Het deelprogramma 'Nu Niet Zwanger' van Trendbreuk Zuid-Limburg ondersteunt jonge vrouwen en mannen in een kwetsbare positie om meer regie te nemen over een zwangerschap. Het voorkomen van ongewenste zwangerschap en het maken van een bewuste keuze voor kinderen zijn belangrijke doelen van het programma. Anticonceptiemiddelen, zoals de pil, zijn alleen opgenomen in het basispakket van ziektekostenverzekeraars voor vrouwen tot 18 jaar. In de leeftijd van 18 tot 21 jaar vallen ze onder het eigen risico. Daarna komen ze voor eigen rekening of moet een aanvullende verzekering worden afgesloten. Voor vrouwen met een laag inkomen kunnen deze kosten de reden zijn om geen anticonceptie te gebruiken, ook al willen ze niet zwanger worden. Een abortus wordt onder voorwaarden wel vergoed door zorgverzekeraars. Voor de vergoeding van anticonceptiemiddelen voor vrouwen met een laag inkomen verwees de zorgverzekeraar in Zuid-Limburg naar de gemeente.

Mismatch landelijke programma's en regionale en lokale behoeften

De 3 programma's die in dit rapport centraal staan hebben extra financiële middelen verkregen van de rijksoverheid, maar moesten daarvoor wel enkele hindernissen nemen. Ten eerste kost het veel tijd en inzet om de middelen uit de verschillende programma's te verkrijgen. Ten tweede sluiten de doelen en voorwaarden van de landelijke programma's niet altijd even goed aan op de lokale of regionale noden en behoeften. Dit geldt niet alleen voor subsidies van departementen, maar ook voor de programma's van ZonMw.[28] De subsidie is bijvoorbeeld bedoeld voor onderzoek en coördinatie en niet voor de uitvoering, waarvoor juist geld nodig is. De mismatch tussen landelijke programma's en de regionale behoeften deed een van de betrokkenen bij dit programma verzuchten dat ze eerst door de landelijke hoepel moeten springen voordat ze kunnen gaan doen wat binnen het eigen programma nodig is. Tot slot zijn deze landelijke en thematische programma's altijd gekoppeld aan een tijdspanne die te kort is voor het structureel terugdringen van gezondheidsachterstanden.

"Intersectorale subsidieaanvragen krijg je niet verwerkt in een subsidieaanvraag voor een sectoraal programma."

Deelnemer aan de focusgroep Trendbreuk Zuid-Limburg

Cofinanciering door bedrijfsleven

De betrokkenen bij de voorbeeldprogramma's verwachten ook meer inzet van het bedrijfsleven. Bij Trendbreuk Zuid-Limburg bijvoorbeeld zijn werkgevers co-financiers, omdat ze belang hebben bij een gezonde beroepsbevolking, zeker met oog op de voortgaande vergrijzing. Elke gezonde werknemer extra is maatschappelijke én economische winst. Op landelijk niveau zou eenzelfde gedachte volgens onze gesprekpartners moeten opgaan voor investeringen op het grensvlak van gezondheid en werk.

Voorbeelden van experimenten met integrale financiering

Shared savings

In Kans voor de Veenkoloniën wordt toegewerkt naar vormen van *shared savings*. Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten maken afspraken over regelingen waarmee besparing van zorgkosten niet automatisch alleen terechtkomt bij de zorgverzekeraar. Het is een manier om de perverse prikkel te voorkomen dat zorgverzekeraars minder uitgaven hebben omdat gemeenten en aanbieders van zorg en welzijn investeren in preventie. Zie ook hoofdstuk 3, paragraaf 3.2.

[28] ZonMw financiert gezondheidsonderzoek en zorginnovatie.

Kavelmodel
In een geografisch afgebakend gebied (kavel) herzien verschillende partijen samen de randvoorwaarden om de gezondheid van de bewoners te verbeteren. Dit bekent anders organiseren, anders financieren en anders monitoren. Het project is in ontwikkeling. Met 8 gebieden worden verkennende gesprekken gevoerd. In januari 2021 is in de Achterhoek gestart met het maken van een plan waarin de veranderopgave voor het gebied wordt beschreven. Het Kavelmodel is een initiatief van Health KIC en wordt gefaciliteerd door Noaber Foundation, Menzis, PGGM, Alles is Gezondheid en het ministerie van VWS.

Wettelijke kaders

Juridisch gezien zijn er volgens de gesprekspartners nog belangrijke stappen te zetten. Er zouden meer wettelijke plichten moeten komen om gezondheid voor iedereen te bevorderen. De rijksoverheid vervult hierin volgens hen als wetgever een centrale rol.

Soms hebben betrokkenen bij de voorbeeldprogramma's het gevoel dat ze in hun werk moeten "dweilen met de kraan open". Volgens een geraadpleegde armoede-expert is het geen toeval dat er juist in wijken met achterstanden de ene na de andere fastfood-winkel wordt geopend. De markt speelt in op de vraag naar ongezonde voeding. Gemeenten voelen zich machteloos in het weren van deze ongezonde verleidingen, of ze moeten zich in bochten wringen en creatief omgaan met de wettelijke mogelijkheden. In de voorgenomen Omgevingswet wordt gezondheid weliswaar als factor in ruimtelijke beslissingen genoemd, maar de wet biedt gemeenten vooralsnog niet de mogelijkheid om daadwerkelijk winkels of horeca met een ongezond aanbod gebiedsgericht te kunnen weren. Daarom vragen gemeenten de rijksoverheid om verruiming van wettelijke mogelijkheden om gezondheid voorop te stellen in de ruimtelijke ontwikkeling.[29] Bij al onze gesprekspartners is er daarnaast zorg over gebrekkige mogelijkheden om met de introductie van prijsverschillen (gezond eten is goedkoper, ongezond is duurder) de gezonde keus aantrekkelijker te maken.

"Landelijke wetgeving heeft een rol bij de gezonde voedselomgeving. Ook grote bedrijven spelen hier met marketing een rol, er is eigenlijk geen vrije keuze als het op gezond eten aankomt."

Deelnemer aan de focusgroep Nationaal Programma Rotterdam-Zuid

Welke financiële en wettelijke middelen zijn nodig volgens de betrokkenen bij de voorbeeldprogramma's en andere gesprekspartners?

- Meer landelijk geld voor programma's die de maatschappelijke oorzaken van gezondheidsachterstanden aanpakken en minder naar programma's die eenzijdig gericht zijn op leefstijl en gedrag;
- Meer lokale en regionale mogelijkheden voor integrale vormen van financiering;
- Meer mogelijkheden voor gemeenten om te sturen op een gezonde leefomgeving.

[29] Zie ook: Steden willen wetswijzing om te kunnen ingrijpen in de voedselomgeving - Gemeente Amsterdam.

4.3 Rolverdeling

De betrokkenen bij de voorbeeldprogramma's, maar ook de andere gesprekspartners hechten groot belang aan een gebiedsgerichte aanpak van gezondheidsachterstanden. Landelijke, regionale en lokale partijen vervullen in die aanpak elk hun eigen rol (meerlaags werken, zie hoofdstuk 2). Op kerndoelen en hoofdlijnen zou meer gezamenlijk moeten worden gestuurd. De context-specifieke uitwerking en uitvoering vindt vooral regionaal en lokaal plaats. De rijksoverheid faciliteert de regionale en lokale aanpak. De betrokkenen bij de voorbeeldprogramma's verschillen van mening over wat deze facilitering zou moeten inhouden. Sommigen geven aan dat volledige beleidsvrijheid op lokaal en regionaal niveau de aanpak van gezondheidsachterstanden ten goede komt, want dan kan het snelst worden geschakeld tussen beleid en praktijk. Maar een ander geluid klinkt ook: laat de rijksoverheid een kader scheppen met wettelijke verplichtingen die gemeenten moeten nakomen in de aanpak van gezondheidsachterstanden.

"De bedoeling moet je landelijk vormgeven.
Hoe je het vormgeeft, regel je regionaal en lokaal."
Deelnemer aan de focusgroep Kans voor de Veenkoloniën

Wat is er in de rolverdeling nodig volgens de betrokkenen bij de voorbeeldprogramma's en de andere gesprekspartners?

- Gezamenlijke sturing vanuit landelijk, regionaal en lokaal niveau op doelen en hoofdlijnen;
- Meer lokale en regionale beleidsvrijheid in de uitvoering bij de aanpak van gezondheidsachterstanden.

Voorbeeld van rolverdeling in Nationaal Programma Rotterdam-Zuid

Het Nationaal Programma Rotterdam-Zuid wordt uitgevoerd in het kader van de Regio Deal Rotterdam-Zuid. Dat betekent dat er meerlaags wordt samengewerkt tussen rijk en regio. Daarvoor is als overlegorgaan een stuurgroep Rijk-Regio ingesteld. De stuurgroep werkt de afspraken uit deze Regio Deal uit en bewaakt de voortgang en de monitoring. De stuurgroep bestaat uit vertegenwoordigers van verschillende ministeries van de rijksoverheid (1. Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit, 2. Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, 3. Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, 4. Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 5. Justitie en Veiligheid, en 6. Economische Zaken en Klimaat), en van de regio Rotterdam (1. Gemeente Rotterdam, 2. Nationaal Programma Rotterdam-Zuid). De stuurgroep formuleert en bewaakt de randvoorwaarden waarbinnen de uitvoering van de Regio Deal Rotterdam-Zuid kan plaatsvinden.

4.4 Verantwoording

Zowel de complexiteit van gezondheidsachterstanden als de lange adem die de aanpak hiervan vereist, verhoudt zich volgens de betrokkenen bij de voorbeeldprogramma's en andere gesprekspartners slecht tot de huidige politieke en maatschappelijke cultuur met een sterke nadruk op het kwantificeren van (snelle) resultaten. Politici (raadsleden, wethouders, parlementsleden en ministers) hebben behoefte aan en ook belang bij zichtbare resultaten, liefst binnen hun zittingsperiode. In de media worden ze daarop aangesproken. Gezondheidseffecten van een brede aanpak zullen pas op langere termijn zichtbaar worden. Daarom is het volgens onze gesprekspartners van belang om tussentijdse doelen te formuleren die aansluiten bij de langetermijnambitie, die realistisch zijn én die laten zien dat er wel degelijk iets verandert. Tussentijdse doelen van beleid kunnen betrekking hebben op gezondheid, zoals de afname van overgewicht of het aantal mensen dat stopt met roken. Ze zullen ook gericht zijn op maatschappelijke oorzaken van gezondheidsachterstanden. Tussentijdse uitkomsten zijn dan bijvoorbeeld: meer scholen met een verlengde schooldag (bijdrage aan kansengelijkheid), meer lokaal

ondernemerschap (werkgelegenheid, bestaanszekerheid, aantrekkelijke leefomgeving) of meer jongeren uit wijken met achterstanden die lid zijn van een sportvereniging (kansengelijkheid, vergroten van sociaal netwerk). Dergelijke tussentijdse uitkomstmaten zijn concreet én scheppen kansen op een gezond(er) leven. Bij het monitoren van dergelijke uitkomsten is ervaren gezondheid een belangrijke maatstaf, zoals de mate van stress of het gevoel ertoe te doen.

Volgens de betrokkenen bij de voorbeeldprogramma's zouden lokale en regionale initiatieven zeer geholpen zijn met manieren van verantwoording die minder gericht zijn op kwantitatieve uitkomsten en meer op kwalitatieve en procesgerichte uitkomsten, bijvoorbeeld verkregen via vormen van narratieve verantwoording. Die behoefte geldt zowel voor de informatie die nodig is om subsidies te kunnen ontvangen als voor de eisen die worden gesteld aan monitoring en uitkomstmaten. Vooraf is bijvoorbeeld niet altijd te voorspellen op welke termijn gezondheidswinst is te behalen en om welk type gezondheidswinst het gaat. Onze gesprekspartners vragen om meer vertrouwen van landelijke systeempartijen in de lokale en regionale aanpak en het bestuurlijk geduld om de programma's niet binnen een te korte termijn op resultaten af te rekenen.[30]

"We zijn te ver doorgeschoten in onze verantwoordingsdwang. We moeten maatschappelijke verantwoording meer 'met elkaar' doen: gemaakte stappen wel aantoonbaar maken, maar via nieuwe wegen."

Deelnemer aan de focusgroep Trendbreuk Zuid-Limburg

Wat is in de wijze van verantwoording nodig volgens de betrokkenen bij de voorbeeldprogramma's en andere gesprekspartners?

- Grote ambities die voor de lange termijn worden geformuleerd en vastgelegd, en tussentijdse doelen die bijdragen aan het realiseren van die ambities, die realistisch zijn en die laten zien wat er verandert;
- Manieren van verantwoording die minder gericht zijn op kwantitatieve uitkomsten en meer op kwalitatieve en procesgerichte;
- Meer lef en vertrouwen van landelijke systeempartijen om ruimte te geven aan andere manieren van verantwoording.

Voorbeeld van verantwoording: Geweldige Wijk Meppel

In het project 'Geweldige Wijk Meppel' (2017-2019) werd bij kansarme gezinnen eerst gepoogd om via armoedeverlichting dagelijkse stress te verminderen en de zelfredzaamheid te versterken, om vervolgens hun veerkracht en mentale fitheid te bevorderen. Daarna werd via een passend aanbod van gezondheid bevorderende interventies – gericht op roken, zwaar alcoholgebruik, ongezonde voeding, bewegingsarmoede en/of een ongezond gewicht – de (ervaren) gezondheid verbeterd. De uitkomsten van dit project zijn beoordeeld met behulp van de kwalitatieve onderzoeksmethode Most Significant Change Technique (Dart en Davies 2003), een vorm van participatieve monitoring en evaluatie. Dit is een instrument waarin verhalen en dialogen de belangrijkste elementen vormen in het verzamelen van data. In wezen omvat het proces het verzamelen van verhalen over significante veranderingen die voortkomen uit het veld waar de interventie wordt geïmplementeerd (Dart en Davies 2003).

[30] Deze oproep komt overeen met de aanbevelingen die de RVS deed in het advies *Blijk van vertrouwen* (2019).

4.5 Van ideaal naar praktijk: drie centrale spanningen

Tussen lokale en regionale ambities en uitvoeringspraktijk enerzijds en de werkwijze en de rol van landelijke systeempartijen anderzijds signaleert de Raad 3 centrale spanningen.

Spanning tussen bestuurslagen

Lokale en regionale partijen worden geconfronteerd met landelijke, thematische programma's waarvan de doelstellingen niet altijd overeenkomen met de missie om gezondheidsachterstanden terug te dringen. Dit heeft deels te maken met een verschil in benadering. Landelijke programma's richten zich relatief vaak op leefstijlgerichte interventies voor individuen. De voorwaarden voor deelname aan landelijke programma's verhouden zich dan moeilijk tot de regionale en lokale werkwijze en aanpak van maatschappelijke oorzaken van gezondheidsachterstanden. Ook zit er spanning in de verantwoording van beleid dat gericht is op het terugdringen van gezondheidsachterstanden. In de voorbeeldprogramma's werkt men meer vanuit procesmatige kennis en sturing op algemene indicatoren. Op landelijk niveau gelden vaak striktere financieringsvoorwaarden en verantwoordingseisen, die soms als hinderlijk worden ervaren.

Spanning in de tijd

Er is ook sprake van een temporele spanning, namelijk tussen een korte en een lange beleidshorizon. De aanpak van gezondheidsachterstanden heeft alleen kans van slagen als er op de langere termijn met onverdeelde aandacht wordt gewerkt aan de onderliggende problematiek. Het vergt een langjarige investering om de vruchten te plukken van maatregelen gericht op werk, wonen, leren en gezonde financiën. Er zijn wel baten op de korte termijn te verwachten, maar die tekenen zich grotendeels af op andere terreinen dan de volksgezondheid, bijvoorbeeld in meer arbeidsparticipatie, minder schooluitval en minder ongewenste tienerzwangerschappen.

Spanning tussen politieke belangen

De aanpak van gezondheidsachterstanden vergt in essentie een herverdeling van collectieve middelen. Verandering in collectieve voorzieningen kan snel leiden tot politieke tegenstellingen of debatten over stelselwijzigingen. Zeker voorstellen voor maatregelen als het vergroten van kansengelijkheid of bestaanszekerheid ontaarden al snel in een links-rechtsdiscussie. Overigens is individuele gedragsverandering ook normatief geladen, omdat het sterk uitgaat van eigen verantwoordelijkheid en er weinig rekening wordt gehouden met situaties waarin de ruimte voor bewuste keuzes gering of nihil is. Het punt van voorvechters van de brede aanpak is dat gezondheid een collectief belang is, wat met de komst van Covid-19 nog eens extra is benadrukt. Er is inmiddels ook voldoende wetenschappelijk bewijs van het feit dat gezond leven heel vaak niet een individuele keuze is, vanwege beperkte gezondheidsvaardigheden of grotere zorgen zoals bestaansonzekerheid (WRR 2017; Ten Dam 2018). Voorstanders van leefstijlgerichte interventies hechten echter sterk aan de eigen verantwoordelijkheid van mensen, wat op gespannen voet staat met de aanpak van gezondheidsachterstanden.

5 Een eerlijke kans op gezond leven

Een brede gezondheidsbenadering staat centraal in dit advies. Het beschrijft 3 programma's – 2 regionaal en 1 lokaal – die de maatschappelijke oorzaken van gezondheidsachterstanden aanpakken met een intersectorale en gebiedsgerichte werkwijze. De levensterreinen opgroeien, onderwijs, wonen en werken staan daarbij voorop. 'Klassieke preventie' gericht op het individu en de leefstijl is aanvullend. Het vorige hoofdstuk laat zien wat er volgens de 100 geraadpleegde deskundigen moet gebeuren om dergelijke lokale en regionale programma's te stimuleren en knelpunten weg te nemen die veroorzaakt worden door de rollen en de richtlijnen van landelijke systeempartijen. De RVS constateert ook dat er spanning is tussen bestuurslagen, tussen tijdspaden en tussen politieke belangen. Die spanning staat een brede gezondheidsbenadering in de weg.

In dit laatste hoofdstuk geeft de Raad antwoord op de centrale vraag van dit advies:
Aan welke (landelijke) voorwaarden moet worden voldaan om lokale en regionale partijen goed toe te rusten voor het aanpakken van maatschappelijke oorzaken van hardnekkige gezondheidsachterstanden?

De aanbevelingen zijn vooral bedoeld als handreiking voor landelijke systeempartijen om optimaal bij te dragen aan de brede, collectieve aanpak van gezondheidsachterstanden. Onze aanbevelingen hebben ook consequenties voor netwerken in gemeenten en regio's: een structurele verbetering van de gezondheidskansen van groepen met achterstanden is alleen haalbaar als beleid en uitvoering lokaal, regionaal en landelijk aanvullend en wederzijds versterkend zijn.

Hierna volgen 7 aanbevelingen. Aanbevelingen 1 tot en met 4 gaan in op wat er volgens de RVS moet veranderen om lokale en regionale coalities beter toe te rusten om maatschappelijke oorzaken van gezondheidsachterstanden aan te pakken. Aanbevelingen 5, 6 en 7 zijn hiervan een uitwerking. Ze gaan in op financiën, wettelijke kaders en verantwoording.

Aanbeveling 1. Stel de aanpak van de maatschappelijke oorzaken van gezondheidsachterstanden centraler in landelijk, regionaal én lokaal beleid. Zet gelijktijdig leefstijlgerichte interventies in als aanvulling.

Een gelijktijdige, wederzijds versterkende aanpak van maatschappelijke oorzaken van ongezondheid én van leefstijl en gedrag is nodig om gezondheidsachterstanden te verkleinen. Dat betekent bijvoorbeeld dat lokaal of regionaal ingezet wordt op zowel schuldenverlichting als ondersteuning bij stoppen met roken. Dit betekent een verbreding van het huidige landelijke beleid en van veel lokaal beleid. Bij deze brede aanpak dient het wegnemen van maatschappelijke oorzaken van gezondheidsachterstanden volgens de RVS de boventoon te voeren. Leefstijlgerichte interventies zijn aanvullend.

Aanbeveling 2: Maak van het terugdringen van gezondheidsachterstanden een opdracht voor meerdere departementen. Geef het ministerie van VWS de regierol.

De uitgesproken ambitie in dit advies kan niet worden waargemaakt binnen de grenzen van het zorg- en welzijnsbeleid. De aandacht voor gezondheidsachterstanden, het wegnemen van maatschappelijke oorzaken en het aanboren van gezondheidspotentieel moeten volgens de RVS deel uitmaken van lopend én nieuw beleid van verschillende ministeries, met VWS, SZW en OCW voorop vanwege het grote belang van bestaanszekerheid en van kansengelijkheid in het onderwijs. Ook de ministeries van BZK, LNV, I&W, J&V en EZK hebben een rol te vervullen. Maatschappelijke oorzaken van gezondheidsachterstanden hangen immers ook samen met bijvoorbeeld de woonsituatie en de leefomgeving, het milieu en ondernemerschap. Meer beleidsaandacht voor maatschappelijke oorzaken van gezondheidsachterstanden vereist een flinke verbreding van de beleidsverantwoordelijkheid. Een integrale aanpak kan gelijktijdig meer doelen dienen: meer kansengelijkheid in het onderwijs of meer bestaanszekerheid draagt bijvoorbeeld bij aan verbeterde gezondheidskansen van mensen

in een kwetsbare maatschappelijke positie. Andersom draagt gericht gezondheidsbeleid bijvoorbeeld bij aan de vitaliteit van werknemers.

De RVS stelt voor dat het ministerie van VWS het voortouw neemt bij gezamenlijke visieontwikkeling en het uitwerken van win-winscenario's met de andere ministeries. Overigens ligt hier niet alleen een landelijke opdracht. Ook lokaal en regionaal moet er meer intersectoraal worden samengewerkt om de brede benadering van gezondheidsachterstanden voorop te kunnen stellen, waarbij meer sectoren dan zorg en welzijn worden betrokken. Op veel plekken is de samenwerking met de sectoren werk en inkomen, onderwijs en fysieke leefomgeving nog niet vanzelfsprekend.

Aanbeveling 3. Zet in op beleid met een lange looptijd (minimaal 15 jaar) om maatschappelijke oorzaken van gezondheidsachterstanden aan te pakken en patronen te doorbreken voor volgende generaties.

De noodzakelijke integrale aanpak van gezondheidsachterstanden vereist een lange adem op alle niveaus: landelijk, regionaal en lokaal. Het zou gezien kunnen worden als een variant van het klimaatakkoord: gezondheidsachterstanden hebben complexe oorzaken die niet van de ene op de andere dag zijn ontstaan en vereisen dus ook een langdurige aanpak om weer te kunnen afnemen. Zeker omdat sommige oorzaken van achterstanden overgedragen worden van generatie op generatie. Dat geldt met name voor armoede, schulden en bestaansonzekerheid.

Aanbeveling 4: Zet in op gebiedsgerichte programma's, durf verschil te maken en verleen urgentie aan de gebieden en bevolkingsgroepen met de grootste gezondheidsachterstanden.

Een effectieve aanpak van gezondheidsachterstanden is niet te bereiken met universeel beleid gericht op alle Nederlanders. Het vergt bestuurlijke moed en grondige afwegingen om verschil te durven maken. Uniforme maatregelen dragen het risico in zich dat ze vooral relatief gezonde groepen Nederlanders bereiken. Door maatregelen specifiek te richten op gebieden waar veel mensen met een kwetsbare maatschappelijke positie wonen, worden bevolkingsgroepen met de grootste gezondheidsachterstanden bereikt. In die gebieden is ook de grootste gezondheidswinst te boeken.

De RVS adviseert de rijksoverheid om regionaal en lokaal meer beleidsruimte te creëren om gebiedsgericht te kunnen werken aan het terugdringen van gezondheidsachterstanden. Dit betekent dat de inhoud van regionale en lokale programma's kan verschillen, afhankelijk van de gebied specifieke oorzaken van de gezondheidsachterstanden. Het rijk kan dit faciliteren door interdepartementaal een visie te ontwikkelen op de intersectorale aanpak van gezondheidsachterstanden met een bepaalde bandbreedte waarbinnen gemeenten kunnen opereren. Deze visie legitimeert onder meer dat bij de verdeling van financiële middelen de gebieden met de grootste achterstanden voorop worden gesteld. Een andere uitwerking van de visie is een duidelijker taakverdeling tussen rijksoverheid, regio en gemeenten. De landelijke overheid kan zich meer dienstbaar, maar zeker niet afzijdig opstellen om de benodigde differentiatie in de aanpak van gezondheidsachterstanden te faciliteren. Op lokaal en regionaal niveau kan intersectorale samenwerking worden gestimuleerd via uitbreiding en verlenging van de Regio Deals. Uitbreiding door gezondheid als expliciete doelstelling op te nemen in de Regio Deals die gericht zijn op het terugdringen van achterstanden. Verlenging door eigenaarschap en commitment voor de lange termijn op regionaal en lokaal niveau vast te leggen én mogelijk te maken via structurele financiering (zie aanbeveling 5).

Aanbeveling 5. Maak vanuit het rijk meer financiële middelen vrij voor de aanpak van gezondheidsachterstanden. Bundel binnen gemeenten meer middelen en zoek regionaal en lokaal de samenwerking met zorgverzekeraars, ondernemers en werkgevers in vormen van cofinanciering, met als gedeeld belang de vermindering van gezondheidsachterstanden en daarmee ook een gezondere beroepsbevolking.

Het aanwenden van meer financiële middelen voor het vergroten van het gezondheidspotentieel in regio's en wijken met de grootste achterstanden is volgens de Raad onvermijdelijk. Omdat de aanpak van maatschappelijke oorzaken van gezondheidsachterstanden een integrale beleidsaanpak behoeft, dient financiering een gezamenlijke inspanning van de ministeries te zijn. Volgens de RVS zou het ministerie van VWS echter wel het grootste aandeel in deze gezamenlijke financiering moeten hebben, omdat het bevorderen van de volksgezondheid onder de verantwoordelijkheid van dit ministerie valt. Wanneer 2% van de VWS-begroting van € 86,7 miljard wordt aangewend voor de aanpak van maatschappelijke oorzaken van gezondheidsachterstanden, dan leidt dat tot een startbudget van € 1,7 miljard. Dat zou al een flinke impuls geven. Dit kan worden aangevuld met bijvoorbeeld financiering uit het Nationaal Groeifonds. Gezondheid draagt volgens de RVS via gezonde werknemers bij aan een vitale economie, en via gezonde mantelzorgers en vrijwilligers aan het beter functioneren van de zorg en de samenleving. Bovendien is het aanwenden van een deel van het Nationaal Groeifonds bij uitstek een kans om toe te werken naar een breder welvaartsbegrip, waarin niet alleen economische groei, maar ook het welzijn van burgers vooropstaat. De RVS ziet ook een mogelijkheid in een fiscale aftrekpost voor bedrijven die aantoonbaar bijdragen aan het vergroten van gezondheidspotentieel. Tot slot kunnen zorgverzekeraars een belangrijke rol vervullen in de financiering van programma's gericht op het terugdringen van gezondheidsachterstanden. Zij kunnen hun rol beter vervullen wanneer de Zorgverzekeringswet zo wordt aangepast dat zij kunnen bijdragen aan groepsinterventies of aan specifieke maatregelen ten behoeve van mensen in kwetsbare maatschappelijke posities met geringe gezondheidskansen, zoals het wegnemen van financiële drempels bij kraamzorg. De RVS juicht bovendien experimenten toe met nieuwe financieringsvormen (zoals *shared savings* of het kavelmodel, zie hoofdstuk 4) die de perverse prikkels van het huidige systeem tegengaan en raadt aan zo veel mogelijk te verbreden buiten het domein van de zorg. Dat betekent ook het betrekken van ondernemers en werkgevers.

Aanbeveling 6. Stel een wettelijke plicht in om gezondheidsachterstanden terug te dringen. Koppel dit aan een verplichte periodieke rapportage over de vordering in het bereiken van dit doel, met nadrukkelijke ruimte voor kwalitatieve metingen in aanvulling op kwantitatieve metingen.

In het advies *Wissels omzetten voor een veerkrachtige samenleving* roept de RVS (2021) het nieuwe kabinet op om gemeenten, GGD'en, zorginstellingen, zorgkantoren en zorgverzekeraars de opdracht te geven om vanuit een gedeelde verantwoordelijkheid te werken aan het terugdringen van gezondheidsachterstanden.[31] Gemeenten zijn daarbij de spin in het web: zij moeten meer plichten én meer mogelijkheden krijgen om gezondheidsachterstanden terug te dringen. Dit kan volgens de RVS op 2 manieren. Enerzijds door gemeenten te verplichten om te streven naar een vermindering van gezondheidsachterstanden, zowel op generiek niveau (aantal gezonde levensjaren) als op specifiek niveau (prevalentie van bepaalde gezondheidsproblemen in gebieden met achterstanden). Anderzijds door het creëren van een ondergrens voor *kansen op* gezondheid, bijvoorbeeld via het wegnemen van bronnen van chronische stress (schulden, woningnood) en door de inzet op een gezonde leefomgeving (bv. groene zones, gezond voedselaanbod). Voor deze en andere punten zouden criteria geformuleerd moeten worden die een basis leggen voor de minimale gezondheidskansen van alle burgers. Net zoals voor bestaanszekerheid een ondergrens is geformuleerd, namelijk het bestaansminimum. Deze expliciete wettelijke taak om gezondheidsachterstanden terug te dringen vergt ook wettelijke aanpassingen

[31] Deze oproep sluit aan bij verkenning door het ministerie van VWS, de VNG en andere partijen om de Wet publieke gezondheid (Wpg) aan te passen en bij de oproep van 3 zorgverzekeraars om een gezondheidsplicht op te nemen in alle zorgwetten. CZ, Menzis en Zilveren Kruis: betere zorgsamenwerking in de regio, meer preventie.

buiten het zorgdomein, zoals in het sociaal domein (Wmo, Participatiewet) en ten behoeve van milieu en ruimtelijke inrichting (Wet milieubeheer, Omgevingswet).[32]

Aanbeveling 7. Doorbreek de markt van verleidingen tot ongezond eetgedrag. Creëer op landelijk niveau ruimere wettelijke mogelijkheden om via de Wet publieke gezondheidszorg, de Warenwet en de Omgevingswet de leefomgeving zodanig in te richten dat iedereen gestimuleerd wordt om gezond te eten.

Op het terrein van de gezonde voedselomgeving is wetgeving nodig. Mensen die kampen met chronische stress, schulden en armoede zijn minder in staat tot het maken van gezonde keuzes. Het is voor gemeenten essentieel dat er heldere wetgeving komt om een aanbodoverschot van en reclame voor ongezond eten te weren. Op lokaal niveau pleit de RVS voor meer mogelijkheden om een teveel aan fastfood-winkels en snackbars te weren. Op landelijk niveau pleit de RVS voor het invoeren van een suikertaks, een verbod op verleidelijke reclames die aanzetten tot ongezond eten en een verlaging van de btw op gezonde voedselproducten zoals fruit en groenten zodat alternatieven voor ongezond voedsel betaalbaar worden.

[32] Dit sluit aan bij (en gaat iets verder dan) de recente oproep van Mierau en Toebes om streefwaarden voor de volksgezondheid wettelijk te verankeren. Streefwaarden voor de volksgezondheid | SpringerLink.

Literatuur

Bartelink NHM, Assema P van, Jansen MWJ, Savelberg HHCM, Moore GF, Hawkins J en Kremers SPJ (2019). Process evaluation of the healthy primary school of the future: the key learning points. In: *BMC Public Health* 19:698.

Dam J ten (2018). *Armoede, stress en gezondheid*. Lectoraat De Gezonde Stad. Zwolle: Hogeschool Windesheim.

Dart J en Davies R (2003). A dialogical, story-based evaluation tool the most significant change technique. American Journal of Evaluation 24 (2): 137-155.

Gauderman WJ, Urman R, Avol E, Kiros B, McConnell R, Rappaport E, Chang R, Lurmann F en Gilliland F (2015). Association of improved air quality with lung development in children. In: *The New England Journal of Medicine* 372(10): 905-913.

Greef M de, Segers M en Nijhuis J (2016). *Feiten & cijfers geletterdheid 2016: overzicht van de gevolgen van laaggeletterdheid en de opbrengsten van investeringen voor de samenleving en individu.* Den Haag/Maastricht: Stichting Lezen & Schrijven i.s.m. Universiteit Maastricht.

Harbers, N en Hoeymans N (red.) (2013). *Gezondheid en maatschappelijke participatie*. Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Bilthoven: RIVM.

Hopman, M en Jong A de (2019). *Ik ben meer dan mijn problemen. Een integrale aanpak voor kinderen met meerdere problemen in de thuissituatie.* Den Haag: De Kinderombudsman.

Kullberg J, Noije L van en Permentier M (2013) *Werk aan de wijk. Een quasi-experimentele evaluatie van het krachtenwijkenbeleid*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Jungman N en Wesdorp P (2017). *Mobility Mentoring. Hoe inzichten uit de hersenwetenschap leiden tot een betere aanpak van armoede en schulden*. Den Haag: Platform31.

Lenthe, F van (2018). *Sociaaleconomische gezondheidsverschillen: wat is het probleem?* Oratie. Rotterdam: ErasmusMC.

Marmot M (2015). The health gap: the challenge of an unequal world. In: The Lancet 386(10011): 2442-2444).

Muijsenbergh M (2018). *Verschil moet er zijn.* Oratie. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.

Pijpers F, Vanneste Y en Feron F (2019). *Stress bij kinderen: hoe houden we het gezond? Stress bezien vanuit de Jeugdgezondheidzorg.* Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid.

Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (2017) *Zonder context geen bewijs. Over de illusie van evidence-based practice in de zorg.* Den Haag: RVS.

Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (2019). *Blijk van vertrouwen. Anders verantwoorden voor goede zorg.* Den Haag: RVS.

Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (2020). *Gezondheidsverschillen voorbij: complexe ongelijkheid is een zaak van ons allemaal*. Den Haag: RVS.

Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (2021). *Wissels omzetten voor een veerkrachtige samenleving. Vier prioriteiten voor de nieuwe kabinetsperiode.* Den Haag: RVS.

Raad voor Volksgezondheid en Zorg (2009). *Buiten de gebaande paden: advies over intersectoraal gezondheidsbeleid.* Den Haag: RVZ.

Rademakers J (2014). *Kennissynthese. Gezondheidsvaardigheden: niet voor iedereen vanzelfsprekend.* Utrecht: Nivel.

Scheffers-van Schayck T, den Hollander W, Van Belzen E, Monshouwer K en Tuithof M (2019). *Monitor Middelengebruik en Zwangerschap 2018. Middelengebruik van vrouwen en hun partners vóór, tijdens en na de zwangerschap.* Utrecht: Trimbos-instituut.

Sociaal-Economische Raad (2020). *Zorg voor de toekomst. Over de toekomstbestendigheid van de zorg.* Den Haag: SER.

Storm I, Zoest F van en Broeder den L (2007). *Integraal gezondheidsbeleid: theorie en toepassing. Bilthoven:* Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Stronks K en Hulshof J (red.) (2001). *De kloof verkleinen. Theorie en praktijk van de strijd tegen sociaaleconomische gezondheidsverschillen.* Assen: Van Gorcum.

Stronks K en Verweij M (2019). *Evident onrechtvaardige gezondheidsachterstanden: een nieuw startpunt voor gezondheidsbeleid.* Policy Brief.

Teisman G, Steen M van der, Frankowski A en Vulpen B van (2018). *Effectief sturen met Multi-level Governance. Snel en slim schakelen tussen schalen*. Den Haag: NSOB.

Wilkinson RG en Marmot MG (2003). *Social determinants of health: the solid facts.* Second edition. Denemarken: World Health Organization.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2017). *Weten is nog geen doen. Een realistisch perspectief op redzaamheid.* Den Haag: WRR.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2018). *Van verschil naar potentieel. Een realistisch perspectief op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen.* Den Haag: WRR.

Voorbereiding

De commissie die dit advies heeft voorbereid bestond uit raadsleden Erik Dannenberg (commissievoorzitter) en Liesbeth Noordegraaf-Eelens en adviseurs Aletta Winsemius, Ellen Grootegoed, Christinne Willemsen en Dorle Kok.

Geraadpleegde deskundigen

De Raad adviseert onafhankelijk. Gesprekken tijdens de voorbereiding van een advies hebben niet het karakter van draagvlakverwerving. De gesprekspartners hebben zich niet aan het advies gecommitteerd. Sommige mensen hebben op meerdere momenten met ons meegedacht en worden eenmaal genoemd.

Tijdens het adviestraject zijn de volgende personen geconsulteerd.

Jacqueline Baardman	GGD Noord- en Oost-Gelderland
Fleur Boulogne	ZonMw
Hans Christiaanse	Alles is Gezondheid
Carin Cuijpers	GeluksBV
Femke Daalhuizen	Planbureau voor de Leefomgeving
Joop ten Dam	Emeritus lector Hogeschool Windesheim
Semiha Denktaş	Erasmus School of Social and Behavioural Sciences
Samantha Dinsbach	GGD Twente
Anoukh Giessen	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Margreet de Graaf	GGD Fryslân
Remco Greven	Gemeente Deventer
Karin van Gorp	ZonMw
Luc Hagenaars	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Janneke Harting	Amsterdam Universitair Medisch Centrum/ Universiteit van Amsterdam
Patricia Heijdenrijk	Pharos
Henk Hilderink	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Guus de Hollander	Planbureau voor de Leefomgeving
Peter Hulsen	Nederlands Centrum Jeugdgezondheid
Igor Ikavic	Nederlands Centrum Jeugdgezondheid
Margriet de Jager-Stegeman	Alles is Gezondheid
Rienk Janssens	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
Isabel Joosen	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
Anja Koornstra	GGD GHOR Nederland
Nienke Kuyvenhoven	Sociaal Werk Nederland
Frederik Leenders	Gemeente Utrecht
Loek Leenen	GGD Amsterdam
Jeroen van Leuken	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Fons van der Lucht	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu/ Hanzeschool Groningen
José Manshanden	GGD Amsterdam
Anne Esther Marcus-Varwijk	Hogeschool Windesheim
Nico van Meeteren	Health~Holland/Erasmus Medisch Centrum Rotterdam
Mark Monsma	Samenwerkende GezondheidsFondsen
Kristine Mourits	Gemeente Nijmegen
Leon Noorlander	Pharos
Bart van Opzeeland	Gemeente Amsterdam/GGD
Bart van Overbeek	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Moniek Pieters	GGD Gelderland-Zuid
Aldien Poll	Pharos
Karen van Ruiten	Alles is Gezondheid
Liliane de Ruiter – Nanninga	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Nicole Schell	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Monique Schrijver	FNO Fonds voor Kansen
Edith Smulders	Pharos
AnneLoes van Staa	Hogeschool Rotterdam
Ilse Storm	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Karien Stronks	Amsterdam Universitair Medisch Centrum/ Universiteit van Amsterdam
Paul van der Velpen	Bureau Publieke Gezondheid
Marjoke Verschelling-Hartog	Gemeente Utrecht/Health Hub Utrecht
Marja Westhoff	ZonMw
Douwe Wielenga	Raad voor de leefomgeving en infrastructuur
Annemieke van der Zijden	GGD West-Brabant
Nynke van Zorge	Vereniging van Nederlandse Gemeenten

Focusgroep Trendbreuk Zuid-Limburg, 13 november 2020

Anita Bastiaans	Gemeente Maastricht
Fion de Boer	GGD Zuid-Limburg/Trendbreuk Zuid-Limburg
Fons Bovens	GGD Zuid-Limburg
Leon Geilen	Gemeente Sittard-Geleen/Trendbreuk Zuid-Limburg
Thomas Gelissen	GGD Zuid-Limburg/Trendbreuk Zuid-Limburg
Maria Jansen	Universiteit van Maastricht
Andrew Simons	Onderwijsstichting Movare
Cees Sterk	Gezondheidsakkoord Zuid-Limburg
Daphne Kagelmaker	Gemeente Sittard-Geleen
Astrid Verblakt	Kredietbank Limburg
Tom van Vliet	ZOWonen

Focusgroep Kans voor de Veenkoloniën (KVDVK), 11 januari 2021

Frits Alberts	Kans voor de Veenkoloniën
Paul Asbreuk	Impology
Joke Bakker	Kans voor de Veenkoloniën
Vera Bekkers	Zorg Innovatie Forum
Joop Brink	Gemeente Coevorden
Johan Brongers	Tintengroep
Erik Buskens	Universiteir Medisch Centrum Groningen
Roelof Dilling	Grolloo Zorgt
Karin Kalverboer	Zorg Innovatie Forum
René van der Most	Zorg Innovatie Forum
Suzanne Oostvogels	Menzis
Annegreet Wubs	GGD Groningen

Focusgroep Nationaal Programma Rotterdam-Zuid (NPRZ), 14 januari 2021

Lieve van den Boogaard	Gemeente Rotterdam
Michiel Grauss	Gemeente Rotterdam
Gijsbert van Herk	Humanitas/Nationaal Programma Rotterdam-Zuid
Paul Kocken	Erasmus Universiteit Rotterdam
Astrid Kroos	Nationaal Programma Rotterdam-Zuid
Frank van Lenthe	Erasmus Medisch Centrum Rotterdam/Universiteit Utrecht
Jan Meijdam	Gemeente Rotterdam
Manon Michielsen	Gemeente Rotterdam
Marco Pastors	Nationaal Programma Rotterdam-Zuid
Marije Poot Reynders	GGD Rotterdam-Rijnmond
Annette Straver	Gemeente Rotterdam

Interdepartementale Stuurgroep Impact op gezondheid, 3 maart 2021
Op 3 maart 2021 is met de interdepartementale Stuurgroep Impact op Gezondheid gesproken over het advies. Deze stuurgroep staat onder leiding van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Betrokken departementen zijn Onderwijs, Cultuur en Wetenschap , Infrastructuur en Waterstaat, Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Economische Zaken en Klimaat, Landbouw , Natuur en Voedselkwaliteit, Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties en Financiën.

Bronvermelding infographic

Voor de infographic in hoofdstuk 2 van dit advies zijn diverse bronnen geraadpleegd. Deze bronnen zijn terug te vinden in de hierna volgende lijst. Verwijzingen naar publicaties vindt u in de literatuurlijst bij dit advies.

De infographic is bedoeld om aan de hand van enkele voorbeelden de belangrijkste gezondheidsachterstanden en maatschappelijke oorzaken zichtbaar maken. Het gaat om een illustratie, niet om een uitputtende lijst met cijfers over maatschappelijke oorzaken van gezondheidsachterstanden.

Gezondheidsachterstanden hangen samen met opleiding. In dit advies wordt de term praktisch opgeleiden gebruikt om mensen aan te duiden met wat doorgaans een lage opleiding wordt genoemd (basisonderwijs, vmbo, mbo). Mensen met een hoge opleiding (havo, vwo, hbo, wo) worden omschreven als theoretisch opgeleiden. Zie ook 'Hoog- of laagopgeleid': stop ermee! - Onderwijs van Morgen.

Over gezondheidsachterstanden in het algemeen

- 7 jaar verschil in levensverwachting tussen mensen met een lage en een hoge sociaaleconomische status (= inkomen + opleiding) in de periode 2004-2014.
  Bron: Gezondheidsverschillen | Volksgezondheid Toekomst Verkenning (vtv2018.nl)
- 18 jaar verschil in levensverwachting in als goed ervaren gezondheid tussen mensen met een lage en een hoge sociaaleconomische status in de periode 2004-2014.
  Bron: Gezondheidsverschillen | Volksgezondheid Toekomst Verkenning (vtv2018.nl)
- Verschillen tussen mensen met een theoretische of een praktische opleiding en de mate waarin zij een aandoening of chronische ziekte hebben.
  Bron cijfers diabetes: Centraal Bureau voor de Statistiek. *Gezondheid en zorggebruik: diabetes naar onderwijsniveau.* Statline 2018. Beschikbaar via: https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83005NED/table?dl=F25F.
  Bron cijfers chronische stress, angst of depressie: Centraal Bureau voor de Statistiek. *Gezondheid en zorggebruik; persoonskenmerken. Psychisch ongezond, 12 jaar en ouder.* Statline 2018. Beschikbaar via: https://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=83005ned&D1=1-2,28,46-47,50,53-56,59,62,67,70,74,78&D2=0,37-42&D3=0&D4=l&HD=190218-1631&HDR=G2,G3,T&STB=G1.
  Bron cijfers obesitas bij vrouwen van 45-65 jaar: Volksgezondheid en zorg. Cijfers van Centraal Bureau voor de Statistiek (2017). Beschikbaar via: https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/overgewicht/cijfers-context/huidige-situatie#bronverantwoording.

Onderliggende maatschappelijke oorzaken van gezondheidsverschillen

Bron: WHO/Europe | Publications - Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report (2019)

Opgroeien

- Van vrouwen met basisonderwijs/vmbo rookt 16% tijdens de zwangerschap door; dit geldt voor 3% van de vrouwen met hbo of universiteit (Scheffers-van Schayck et al. 2019).
- In de laagste inkomensgroep heeft bijna 1 op de 5 kinderen tussen 4 en 18 jaar overgewicht, in de inkomensgroep daarboven bijna 1 op de 10 kinderen (Pijpers et al. 2019).
- Van de groep kinderen en jongeren in armoede vindt 37% de zekerheid in hun leven onvoldoende of matig. In de groep kinderen en jongeren die niet in armoede opgroeit geldt dat voor 16% (Hopman en De Jong 2019).

Onderwijs

- Ongeveer 1 op de 3 Nederlanders heeft beperkte gezondheidsvaardigheden.
  Bron: Factsheet Gezondheidsvaardigheden – Cijfers 2019 Utrecht: Nivel
- 2,5 miljoen mensen in Nederland zijn laaggeletterd (De Greef et al.2016).
- Van de mensen die aangeven over een zeer slechte gezondheid te beschikken is bijna 25% laaggeletterd, terwijl dit percentage bij mensen met een goede gezondheid met 9,1% veel lager ligt (Rademakers 2014).

Werk en inkomen

- Meer mensen met betaald werk voelen zich gezonder dan mensen zonder werk.
  Bron: Mensen zonder werk voelen zich minder gezond dan werkenden (cbs.nl)
- Depressie komt vaker voor in gezinnen met schulden (13%) dan in gezinnen zonder schulden (3%).
  Bron: 2016-Artikel-Platform-31-relatie-schulden-en-gezondheid-versie-voor-Gezond-in.pdf (schuldenenincasso.nl)

Wonen

- Huurders ervaren een lagere levenskwaliteit. Mensen met een uitkering die een huurhuis hebben in plaats van een koopwoning ervaren 33% minder levenskwaliteit.
  Bron: *Losing life and livelihood: a systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality* - PubMed (nih.gov). Gevonden in Harbers en Hoeymans (2013).
- Leefomgeving: kinderen die van hun 10de tot hun 18de opgroeien binnen 500 meter van een snelweg hebben op 18-jarige leeftijd een beperktere longcapaciteit (Gauderman et al. 2015).

Lijst met afkortingen

BZK	Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
EZK	Ministerie van Economische Zaken en Klimaat
GBT	Gezonde Basisschool van de Toekomst
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GIDS	Gezond in de Stad
I&W	Ministerie van Infrastructuur en Waterstaat
J&V	Ministerie van Justitie en Veiligheid
KVDVK	Kans voor de Veenkoloniën
LNV	Ministerie van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit
NPRZ	Nationaal Programma Rotterdam-Zuid
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OCW	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROC	Regionaal opleidingscentrum
RVS	Raad voor Volksgezondheid & Samenleving
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SER	Sociaal-Economische Raad
SES	Sociaaleconomische status
SZW	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
UMCG	Universitair Medisch Centrum Groningen
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
ZIF	Zorg Innovatie Forum
Zvw	Zorgverzekeringswet

Publicaties

Voor een volledig overzicht kijk op: www.raadrvs.nl

Parnassusplein 5

Postbus 19404

2500 CK Den Haag

T +31 (0)70 340 5060

Raad
Volksgezondheid
& Samenleving