



Loketgezondleven.nl

Gezondheidsverschillen verkleinen: wat werkt, wat niet?

De aanpak van sociaaleconomische gezondheidsverschillen is actueler dan ooit. Steeds meer gemeenten proberen de gezondheidsachterstanden te verkleinen met verschillende leefstijlinterventies en een brede aanpak. De afgelopen jaren is veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit daarvan. Niet alleen in Nederland, ook in de landen om ons heen. Wat kunnen we daarvan leren?

Als je met de trein van Utrecht naar Amsterdam reist, schommelt de gemiddelde levensverwachting: van 75 jaar in de armere wijken tot ruim 82 jaar in de rijkere buurten. Dit voorbeeld van hoogleraar sociale epidemiologie Anton Kunst maakt pijnlijk duidelijk hoe groot gezondheidsverschillen kunnen zijn. Zelfs in een welvarend land als Nederland.

Mensen met een lage opleiding leven korter

Mensen met een lage opleiding leven in Nederland gemiddeld ruim zes jaar korter dan mensen met een hoge opleiding. Het verschil in gezonde levensverwachting (hoeveel jaren leef je in gezondheid?) is bijna 19 jaar (VTV 2014). De levensverwachting van laagopgeleide mensen is de afgelopen decennia sterk gestegen. Maar het verschil met hoger opgeleiden bleef even groot.

Mensen met een lager inkomen zijn vaker ziek

Wie naar inkomen kijkt, ziet een vergelijkbaar beeld. Mensen met lage inkomens leven korter dan mensen met hoge inkomens. Mensen in de laagste inkomensklasse voelen zich bovendien minder gezond, hebben vaak langdurige beperkingen en een of meer chronische aandoeningen.



Welke aanpak werkt?

Steeds meer gemeenten willen een eind maken aan deze sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Maar: welke aanpak heeft het meeste effect? Naar die vraag is veel onderzoek gedaan in binnen- en buitenland. In deze factsheet vindt u de belangrijkste conclusies uit recent internationaal onderzoek, aangevuld met voorbeelden uit de praktijk en tips waarmee u aan de slag kunt. We besteden extra aandacht aan interventies op het gebied van tabak, alcohol en overgewicht. Deze drie risicofactoren zijn interessant voor het terugdringen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen omdat ze vaker voorkomen bij laagopgeleiden.

Effectiviteit van interventies

Er zijn verschillende interventies bekend die effectief helpen om bijvoorbeeld roken, overgewicht en alcoholgebruik te verminderen. Maar overzichtsstudies laten zien dat de meeste leefstijlinterventies niet leiden tot kleinere gezondheidsverschillen. Sterker nog, vaak profiteren groepen met een hogere sociaaleconomische status het meest van leefstijlinterventies. Dat geldt bijvoorbeeld voor massamediale campagnes, die over het algemeen minder effect hebben op mensen met een lage sociaaleconomische status. Daardoor houden interventies de gezondheidsverschillen onbedoeld in stand of versterken ze de verschillen.

Leefstijl verklaart niet alle gezondheidsverschillen

Het aandeel van leefstijl in de oorzaak van gezondheidsverschillen wordt geschat op ongeveer 50%. Dat betekent dat 50% van de gezondheidsverschillen te maken heeft met andere factoren. Veel van deze factoren liggen buiten het domein van leefstijl en volksgezondheid, zoals werkloosheid, schulden, een lage opleiding of wonen in een achterstandsbuurt. Dat vraagt om een integrale aanpak.

Een integrale aanpak

Onderzoekers zijn het erover eens dat individuele leefstijlinterventies niet voldoende zijn om gezondheidsverschillen terug te dringen. Daarvoor is een integrale aanpak nodig. Met andere woorden: een aanpak die niet alleen gericht is op gedrag en vaardigheden maar ook op bijvoorbeeld de sociale en fysieke omgeving of armoede in de wijk. Zolang mensen schulden hebben of geen werk kunnen vinden, heeft een gezonde leefstijl een lage prioriteit.

Intersectoraal samenwerken

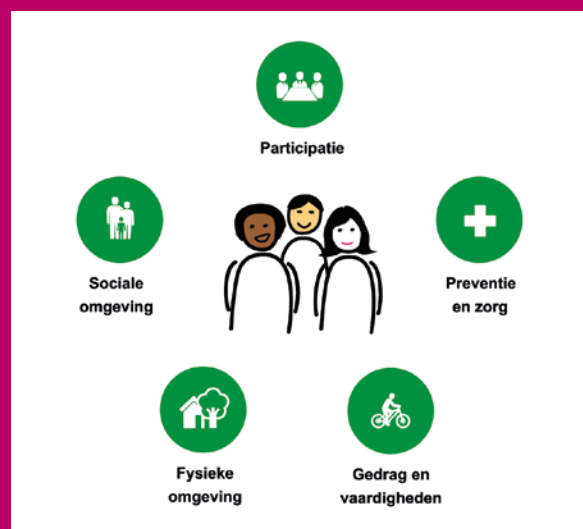
Het werkterrein van een integrale aanpak omvat veel meer dan alleen volksgezondheid. Er is samenwerking nodig met andere sectoren, zoals onderwijs, werk en inkomen, ruimtelijke ontwikkeling en sport. Verschillende rapporten noemen die samenwerking een belangrijke succesfactor. De doelstelling om gezondheidsverschillen terug te dringen blijkt voor tal van sectoren goed aan te sluiten bij het eigen beleid. Finland en Noorwegen waren voorlopers op dit terrein. Ervaringen uit deze landen laten zien dat er win-situaties ontstaan als sectoren rekening houden met elkaars doelen.

Effect is pas op lange termijn duidelijk

Bewijs voor de effectiviteit van een integrale aanpak is nog beperkt, onderzoek laat wisselende resultaten zien. Dat komt doordat het terugdringen van gezondheidsverschillen tijd vraagt. Het effect op het terugdringen van gezondheidsverschillen zal pas op langere termijn kunnen worden aangetoond. Dat neemt niet weg dat samenwerking tussen volksgezondheid en andere sectoren door onderzoekers als een veelbelovende strategie wordt beschouwd.

De vijf sporen van Gezond in...

Een goede manier om gezondheidsachterstanden terug te dringen is de aanpak van Gezond in..., die zich richt op het terugdringen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Gezond in... richt zich op vijf sporen, die samen een integrale aanpak vormen. Bij een lokale aanpak op die vijf sporen vormen acht pijlers een belangrijke voorwaarde voor succes. www.gezondin.nu/themas.



Tips en adviezen voor lokaal beleid

Welk type beleid of interventie het meest wenselijk is, hangt natuurlijk af van lokale omstandigheden. Toch zijn er enkele algemene adviezen die terugkeren in de literatuur.

Kies voor een integrale aanpak

Losse interventies verliezen hun effect als de leefomstandigheden hetzelfde blijven. Kies daarom voor een mix van interventies op basis van een integrale aanpak.

Ga op zoek naar win-winsituaties

Een integrale aanpak raakt aan veel verschillende sectoren. Zij zijn eerder geneigd mee te werken als er zicht is op resultaat en win-winsituaties.

Formuleer het doel van beleid

Bepaal de doelgroep en het niveau van de strategie. Op basis van de huidige stand van onderzoek wordt aanbevolen om interventies in te zetten die zich richten op zowel de gezondheid van de gehele bevolking als gezondheidsverschillen tussen inwoners. Houd er rekening mee dat doelen per wijk kunnen verschillen. Formuleer de doelen zodanig dat ze goed te monitoren en evalueren zijn.

Maak afspraken over verantwoordelijkheden

Maak duidelijke afspraken over de verantwoordelijkheid van elke sector voor de verschillende beleidsmaatregelen en interventies die ingezet worden.

Maak gebruik van deze succesfactoren

- Betrek burgers bij het maken en uitvoeren van plannen. Zo zorgt u ervoor dat maatregelen aansluiten bij de behoefte in de wijk. Elke wijk is namelijk anders, er bestaat geen 'one size fits all'.
- Zorg ervoor dat medewerkers buiten het volksgezondheidsdomein intersectoraal werken niet als een extra taak beschouwen.

- Reserveer budget om intersectorale samenwerking te bevorderen.
- Maak de doelstellingen van intersectoraal samenwerken duidelijk voor alle betrokkenen.
- Zorg voor bestuurlijk draagvlak.
- Zet lokale media in om het bereik onder de doelgroep te vergroten.
- Stimuleer gezondheidsnetwerken tussen sectoren en samenwerking met onderzoeksgroepen om van elkaar te leren.

Wat zijn sociaaleconomische gezondheidsverschillen?

Sociaaleconomische gezondheidsverschillen zijn verschillen in gezondheid en sterfte tussen mensen met een hoge en met een lage positie in de samenleving. Een lage positie betekent bijvoorbeeld een lage opleiding, een laag inkomen en een beperkt sociaal netwerk.

Oorzaak en gevolg

Een lage sociaaleconomische status kan een gevolg zijn van een slechte gezondheid. Iemand kan bijvoorbeeld wegens ziekte geen werk vinden en heeft daardoor weinig inkomen. Dit wordt ook wel het selectiemechanisme genoemd.

Andersom kan een lage sociaaleconomische status de oorzaak zijn van een slechte gezondheid. Mensen met een lage sociaaleconomische status hebben vaak een minder gezonde leefstijl en minder gunstige werk- en woonomstandigheden. Deze risicofactoren kunnen leiden tot ziekte of vroege sterfte. Dit wordt ook wel het causatiemechanisme genoemd.

In onderzoek krijgt vooral het causatiemechanisme aandacht. De algemene opvatting is dat selectieprocessen wel bestaan, maar dat ze slechts een klein deel van het verband tussen sociaaleconomische status en gezondheid voor hun rekening nemen.

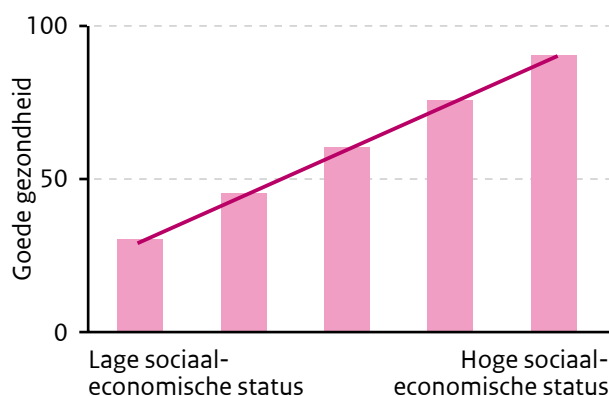
'Gap' of 'gradient'?

In onderzoek naar gezondheidsverschillen vallen de Engelse termen 'gap' en 'gradient' vaak. Ze staan voor twee verschillende benaderingen om gezondheidsverschillen te verkleinen. Beide zijn nodig.

De 'gap' staat voor het 'gat' tussen mensen met de laagste en de hoogste sociaaleconomische status.

Beleid dat zicht richt op het verkleinen van dit gat heeft tot doel om het verschil in gezondheid tussen de hoogste en laagste sociaaleconomische groep te verkleinen.

De 'gradient' staat voor de helling in een denkbeeldige lijn voor gezondheidsverschillen tussen mensen met de laagste en de hoogste sociaaleconomische status. Beleid gericht op het reduceren van de gradient in gezondheidsverschillen heeft als doel om deze lijn minder steil te laten worden.



Beleid dat zich richt op zowel de gap als de gradient zorgt voor minder grote gezondheidsverschillen tussen lage en hoge ses en meer goede gezondheid voor iedereen.

Zonder structurele veranderingen in de leefomstandigheden hebben leefstijl- en beweginginterventies slechts een tijdelijk effect. Na een interventie komen mensen weer in dezelfde omstandigheden terecht. Op basis van de huidige onderzoeksresultaten wordt aanbevolen om beleid en interventies te richten op zowel de gap als de gradient.

Absolute en relatieve gezondheidsverschillen

Moet beleid zich richten op een relatieve of absolute afname van gezondheidsverschillen? Ook deze vraag keert regelmatig terug in recent onderzoek. Een rekenvoorbeeld maakt duidelijk waarom deze vraag belangrijk kan zijn:

Het aantal jaarlijkse sterfgevallen in een wijk daalt onder inwoners met een hoge sociaaleconomische status van 100 naar 50 en onder inwoners met een lage status van 200 naar 120. Sommige mensen zullen concluderen dat gezondheidsverschillen relatief groter zijn geworden. De verhouding in mortaliteit tussen mensen met een hoge en een lage sociaaleconomische status is namelijk

gestegen: van 2,0 (200 gedeeld door 100) naar 2,4 (120 gedeeld door 50). Anderen zullen zeggen dat gezondheidsverschillen kleiner zijn geworden omdat het absolute verschil is gedaald van 100 (200 min 100) naar 70 (120 min 50).

Moet beleid zich richten op absolute of relatieve veranderingen? In het ideale geval lukt het om de gezondheid van de lagere sociaaleconomische groepen te verbeteren (verkleinen van de gap, vooral gericht op relatieve verbetering) en tegelijkertijd de gezondheid van iedereen op het niveau van de hoogste sociaal-economische groep te krijgen (verkleinen van de gradient, gericht op absolute verbetering).

Voorbeelden van maatregelen gericht op de 'gap' of de 'gradient' in gezondheidsverschillen.

Gericht op	Gradient	Gap
Hele bevolking	Structurele preventie gebruikmakend van maatregelen op het terrein van bijvoorbeeld wetgeving, economie of omgevingen	Universeel beleid gericht op gelijke toegang tot voorzieningen en inkomensbescherming
Specifieke doelgroep	Structurele preventie in achterstandsgebieden	Maatregelen gericht op huisvesting, werksituatie of leefstijl onder mensen met een lage sociaaleconomische status
Personen met een hoog risico	Begeleiding in de eerste lijn gericht op de hele bevolking die een bepaald risico draagt (bijvoorbeeld preventief huisbezoek bij alle ouderen in kader van eenzaamheid)	Beleid binnen de zorgverlening specifiek gericht op kinderen in een achterstandssituatie

Roken

Tabaksinterventies kunnen sociaaleconomische gezondheidsverschillen verminderen omdat laagopgeleide mensen meer roken. Er zijn heel veel interventies onderzocht op effectiviteit in het terugdringen van roken. (referenties: Beenackers MA, Nusselder WJ, Oude Groeninger J, Van Lenthe FJ. *Het terugdringen van gezondheidsachterstanden: een systematisch overzicht van kansrijke en effectieve interventies*. Rotterdam: Afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus Medical Centre, 2015.) Verschillende typen tabaksinterventies dragen bij aan het verkleinen van gezondheidsverschillen:

- Prijsverhogingen
- Leeftijdsgrenzen
- 'Peer support'
- Inzet van zorgverleners
- Doelgroep actief betrekken

Het stellen van leeftijdsgrenzen en prijsverhogingen liggen buiten het bereik van lokaal gezondheidsbeleid. Maar er zijn ook andere prijsmaatregelen die werken. Gemeenten kunnen bijvoorbeeld rookinterventies subsidiëren en

gratis medicatie of nicotinevervangers verstrekken onder inwoners met een lage sociaaleconomische status. 'Peer-support' houdt in dat lotgenoten of personen uit de sociale omgeving deelnemers aan tabaksinterventies ondersteunen. Dit lijkt effectief bij personen met een lage sociaaleconomische status op de korte en middellange termijn.

Het bereik van interventies onder mensen met een lage sociaaleconomische status kan waarschijnlijk vergroot worden door zorgverleners in te zetten, zoals huisartsen, apothekers en tandartsen. Zij zijn in staat om lage sociaal-economische groepen proactief te benaderen en in contact te brengen met interventies. Daarnaast worden positieve resultaten behaald door de doelgroep te betrekken bij het ontwikkelen en invoeren van nieuwe rookinterventies.

Een voorbeeld van een interventie die zorgverleners inzetten is **Rookvrij opgroeien**, waarin verpleegkundigen ouders motiveren om niet in de aanwezigheid van hun jonge kinderen te roken.

<https://www.loketgezondleven.nl/interventies/i-database/1400118>

Overgewicht

Er zijn relatief weinig studies die onderzoeken of interventies effectief zijn in het terugdringen van sociaal-economische verschillen in overgewicht. Er wordt vooral gekeken naar effecten op de gehele bevolking. Van de volgende interventies is bekend dat ze gezondheidsverschillen kunnen verkleinen:

- Interventies met meerdere componenten (zowel omgevingsgericht als voorlichting)
- Vroege opsporing en monitoring
- Vaardigheden aanleren
- Financieel aantrekkelijke maatregelen
- Aansluiten bij de leefwereld van de doelgroep

Een effectieve interventie om sociaal-economische verschillen in overgewicht terug te dringen, combineert meerdere maatregelen, zoals voorlichting en veranderingen in de omgeving (van een gezond aanbod in kantines tot een groene omgeving die uitnodigt om te bewegen). Het is belangrijk dat de interventie aansluit bij de belevingswereld van de doelgroep en de problemen die bij hen spelen. Het lijkt verstandig om kinderen met een verhoogd risico op overgewicht al op jonge leeftijd te identificeren en hun gewicht te monitoren. Daarnaast zijn er goede resultaten bekend van programma's die jonge gezinnen thuis begeleiden en zich richten op het aanleren van opvoedings- en andere vaardigheden, zoals het bereiden van een gezonde maaltijd. Tot slot zijn lagere sociaal-economische groepen extra vatbaar voor financiële maatregelen, zoals accijns op ongezonde producten en subsidies op gezonde producten.

Een voorbeeld van interventie die zich op meerdere componenten richt, is **B-Slim** uit Amersfoort. Voorbeelden van interventies die zich op verschillende componenten richten, zijn: Iespakket Lekker fit en de organisatie van foodparties (voorlichting), veilige fietsroutes (omgeving), toepassing van het Overbruggingsplan door de JGZ (signaleren en voorlichten), Clubextra (ondersteuning bij afvallen) en de inzet van ambassadeurs, het raadplegen van sleutelfiguren en de inzet van local hero's (draagvlak).

<https://www.loketgezondleven.nl/i-database/interventies/b/1400286/>

Alcohol

Er zijn relatief weinig alcoholinterventies die effectiever zijn bij mensen met een lage sociaal-economische status dan bij mensen met een hoge status. Dit geldt voor de volgende interventies:

- Prijsverhoging
- Verhogen minimumleeftijd
- Educatie in combinatie met ouderbetrokkenheid

Het zijn vooral de landelijke maatregelen die effect hebben op de alcoholconsumptie onder lagere sociaal-economische groepen. Bekende voorbeelden zijn prijsverhogingen en een verhoging van de minimale leeftijd voor het kopen van alcohol. Interventies met feedback via internet of sms lijken vooral effectief onder jongeren met een hoge sociaal-economische status. Daardoor leiden ze mogelijk tot grotere sociaal-economische verschillen in alcoholgebruik.

Schoolinterventies die educatie combineren met ouderbetrokkenheid zijn mogelijk succesvoller bij de lagere schoolniveaus en zouden kunnen bijdragen aan het verkleinen van sociaal-economische verschillen in alcoholgebruik.

Een voorbeeld van een schoolinterventie die educatie combineert met ouderbetrokkenheid is **Preventie Alcoholgebruik Scholieren (PAS)**.

<https://www.loketgezondleven.nl/interventies/i-database/1400726>

Wilt u meer weten over het maken, uitvoeren en evalueren van lokaal gezondheidsbeleid? In de handreiking *Gezonde Gemeente* leest u alles over bijvoorbeeld de integrale aanpak, intersectoraal samenwerken en de Gezonde Wijk aanpak. Interventieoverzichten laten zien welke erkende interventies u kunt inzetten bij het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Kijk op: www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente

Vragen?

Neem contact op met het RIVM Centrum Gezond Leven via centrumgezondleven@rivm.nl.

Dit is een uitgave van:

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

RIVM Centrum Gezond Leven
www.loketgezondleven.nl | centrumgezondleven@rivm.nl
(030) 274 85 73

In samenwerking met:

Pharos
www.pharos.nl | info@pharos.nl | (030) 234 98 00

PHAROS
EXPERTISECENTRUM GEZONDHEIDSVERSCHILLEN