

Gezondheids- verschillen **duurzaam aanpakken**



De negen principes voor een succesvolle strategie



PHAROS



COLOFON

Dit document is een uitgave van Pharos, het expertisecentrum op het terrein van sociaaleconomische en etnische gezondheidsverschillen. Met als uitgangspunt *'gezondheid en kwaliteit van zorg voor iedereen'* zet Pharos zich in om gezondheidsverschillen terug te dringen, en om de kwaliteit en effectiviteit van (gezondheids)zorg en preventie te verbeteren voor mensen met een laag sociaaleconomische status, een migratie- of vluchtelingenachtergrond of beperkte gezondheidsvaardigheden. Deze publicatie is geschreven door Freya Haker MSc, Dr. Karen Hospers en Dr. Tessa van Loenen. April 2019.

Inleiding

Het gaat goed met de algemene gezondheid in Nederland: we worden steeds ouder en het aantal jaren in goed ervaren gezondheid stijgt.¹ Toch zijn er grote verschillen in gezondheid die samenhangen met sociaaleconomische positie en/of migratieachtergrond. Mensen met een laag opleidingsniveau, weinig inkomen of een migratieachtergrond hebben een minder goede lichamelijke en psychische gezondheid dan anderen. Ook hun levensverwachting ligt lager. Dit geldt niet alleen in Nederland; deze verschillen zijn wereldwijd aangetoond.² In Nederland leven mensen met een lager opleidingsniveau (basisonderwijs + vmbo) gemiddeld 6 jaar korter en zelfs 15 jaar in minder goed ervaren gezondheid dan mensen met een hoger opleidingsniveau (hbo of universitaire opleiding).³ Circa 29% van de Nederlandse bevolking kunnen we rekenen tot de populatie met een lage maatschappelijke positie.⁴ Het trendscenario van de VTV 2018 laat zien dat het percentage mensen met een laag opleidingsniveau dat zich gezond voelt verder afneemt in de komende jaren.⁵

De impact van gezondheidsverschillen is groot, niet alleen op het levensverloop van mensen zelf, maar ook op de samenleving als geheel. Gezondheid hangt samen met tal van andere zaken zoals zelfredzaamheid, eenzaamheid, stress door financiële problemen en mogelijkheden tot participatie. Dit maakt het terugdringen van gezondheidsverschillen een belangrijke opgave.

In binnen- en buitenland staat het terugdringen van gezondheidsverschillen al decennia op de beleids- en kennisagenda. Beleidsmakers, wetenschappers en professionals spannen zich in om het vraagstuk te agenderen en aan te pakken. De aanpak is complex en veelzijdig. Meerdere oorzaken op meerdere levens-

domeinen tegelijkertijd beïnvloeden de gezondheid en versterken elkaar. Er is niet één knop waaraan we kunnen draaien om deze verschillen terug te dringen.

Pharos, expertisecentrum gezondheidsverschillen, zet zich in Nederland in om vermijdbare gezondheidsverschillen te verkleinen. Al ruim 30 jaar houden we ons bezig met de gezondheid en kwaliteit van zorg voor mensen met een lage maatschappelijke positie, vluchtelingen en migranten. De kernwaarde die ons drijft is: een inclusieve samenleving met gezondheid en kwaliteit van zorg voor iedereen. Sinds 2010 richten we ons expliciet op het reduceren van gezondheidsverschillen. Dit doen we samen met veel partijen in het veld en samen met de mensen om wie het gaat. Hierbij combineren we kennis uit de wetenschap, uit de praktijk van professionals en andere actoren, en ervaringskennis van de mensen om wie het gaat. Deze kennis passen we toe op een weerbarstige praktijk waarin we nieuwe vraagstukken tegenkomen en continu nieuwe kennis opdoen.

In deze publicatie verwoordt Pharos haar visie op het verkleinen van gezondheidsverschillen. We bieden inzicht in de voornaamste oorzaken en mechanismen die ervoor zorgen dat gezondheidsverschillen zo hardnekkig zijn. Daarbij presenteren we negen principes voor de aanpak van gezondheidsverschillen. We bieden geen blauwdruk en geen uitgestippelde route. Wel bieden we een richting – een kompas. De informatie in dit document is onderbouwd met wetenschappelijke kennis en praktijkervaring uit binnen- en buitenland.

Waarom gezondheids- verschillen verkleinen?

Het terugdringen van gezondheidsverschillen is zowel een morele als een maatschappelijk urgente opgave. Ieder mens heeft recht op een zo goed mogelijke gezondheid. Internationaal zijn meerdere verdragen hierover gesloten, zoals in de grondbeginselen van de WHO (1946) en het Internationale Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten (IVESCR). In de universele Rechten van de Mens is gezondheid onderdeel van het recht op een adequate standaard van leven. Dit raakt ook aan het morele principe van sociale rechtvaardigheid, waarin de middelen en toegang tot gezondheidszorg zo verdeeld worden dat de uitkomsten voor iedereen gelijk zijn. Vanuit dit oogpunt van sociale rechtvaardigheid dienen we te streven naar het wegnemen van gezondheidsverschillen die vermijdbaar zijn.⁶

In Nederland hebben we bepaalde waarden vastgelegd in onze grondwet, zoals de plicht voor de overheid om zich in te spannen voor gezondheidsbevordering (artikel 22). Het 'recht op gelijke kansen in gezondheid' is in Nederland duidelijk terug te zien in het sociale stelsel, en in het streven naar een inclusieve samenleving waarin iedereen kan meedoen en kan bijdragen naar vermogen. Zo heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in beleid ten aanzien van zorg en preventie al jaren aandacht voor risicogroepen.^{7,8}

Behalve de morele principes van rechtvaardigheid en gelijke kansen op gezondheid voor iedereen zijn ook de sociaal-maatschappelijke en economische gevolgen van gezondheidsverschillen aanleiding om deze verschillen aan te pakken. De gevolgen reiken namelijk verder dan een mindere kwaliteit van leven en een kortere levensduur. Gezondheidsverschillen zijn van invloed op de gehele samenleving. Denk aan de mate van participatie in opleidingen en op de arbeidsmarkt, de economische ontwikkeling en de hoogte van zorgkosten. De economische kosten van ongelijkheden op gezondheidsgebied in de EU worden geschat op 980 miljard euro per jaar, ofwel 9,4% van het bbp van de EU.⁹ Gezondheid stelt mensen in staat om deel te nemen aan het economische en maatschappelijk leven. Dit levert niet alleen welvaart op, maar het draagt ook bij aan de sociale samenhang in een land.¹⁰

De wens om gezondheidsverschillen aan te pakken is sterk gerelateerd aan de grote en urgente uit-

dagingen van deze tijd. We willen onze samenleving leefbaar en betaalbaar houden voor toekomstige generaties. Uitdagingen zijn bijvoorbeeld de groeiende en vergrijzende bevolking en het stijgende percentage van mensen met chronische aandoeningen en/of welvaartsziekten. Het voorkomen van grote verschillen in gezondheid is een essentiële strategie voor duurzaamheid van onze samenleving. Dit maakt de aanpak van gezondheidsverschillen een maatschappelijke opgave van formaat.

DRAAGVLAK EN MOMENTUM

Hoewel er nog een lange weg te gaan is, zijn er al stappen gezet in de goede richting. Het thema is de afgelopen jaren breed geagendeerd en meerdere ontwikkelingen laten zien dat er een groeiende belangstelling en urgentie is om gezondheidsverschillen terug te dringen. Zo staan gezondheidsverschillen steeds vaker op de beleidsagenda, zowel in Nederland als in veel andere landen. In verschillende Europese landen lopen meerjarenprogramma's gericht op het reduceren van verschillen op zowel landelijk als lokaal niveau waarbij wordt ingezet op een integrale benadering. De invulling varieert tussen landen: van het ontwikkelen van een nationale strategie om sociaal-economische gezondheidsverschillen te verkleinen gebaseerd op het Health in All Policies gedachtegoed (Noorwegen), tot het instellen van een nationale commissie rondom gezondheidsverschillen (Zweden, Engeland, Canada).^{11,12}

De term gezondheidsverschillen verwijst in deze publicatie naar sociaaleconomische en etnische verschillen in gezondheid.

In 2018 is de tweede, door de Europese Commissie gefinancierde, samenwerking tussen landen – inclusief Nederland – gestart (joint action) om de kennis die er is te bundelen en het implementeren van de kennis in beleid en praktijk een stap verder te brengen.¹³

In Nederland krijgen gezondheidsverschillen al jaren veel aandacht in landelijk beleid. In 2014 is met het Nationaal Programma Preventie (NPP) een visie neergezet over de aanpak van gezondheidsverschillen in Nederland.⁷ In dit programma is een basis gelegd voor integraal werken: zes ministeries zijn hierbij betrokken en er wordt aangestuurd op het aanpakken van problemen in samenhang, denk aan problemen rond wonen, werken, schulden, leren, integreren en veiligheid. Programma's als Alles is Gezondheid (AiG)¹⁴ en Gezond in de Stad (GIDS)¹⁵ hebben door dit NPP de verbinding tussen domeinen en partijen actief gestimuleerd. In 2018 is het Nationaal Preventieakkoord getekend.¹⁶ Hoewel dit akkoord zich vooral richt op de preventie van roken, alcohol en overgewicht is er een overkoepelende ambitie om ongelijkheid terug te dringen. Bij de acties en maatregelen die voortvloeien uit het akkoord zal extra aandacht moeten zijn voor een integrale benadering, en zal moeten worden ingezet op achterliggende problematiek van een ongezonde leefstijl.

Om gezondheidsverschillen al in een vroeg stadium te voorkomen, is er landelijk aandacht voor de periode rond de zwangerschap en geboorte en wordt ingezet op een kansrijke start voor iedereen.¹⁷ Hierbij richt de aanpak zich onder meer op het goed voorbereiden van kwetsbare aanstaande ouders op de zwangerschap, het beter signaleren van medische en sociale problemen en zorgen dat deze ouders eerder de juiste hulp krijgen. Een andere doelgroep waarvoor gerichte inzet op het

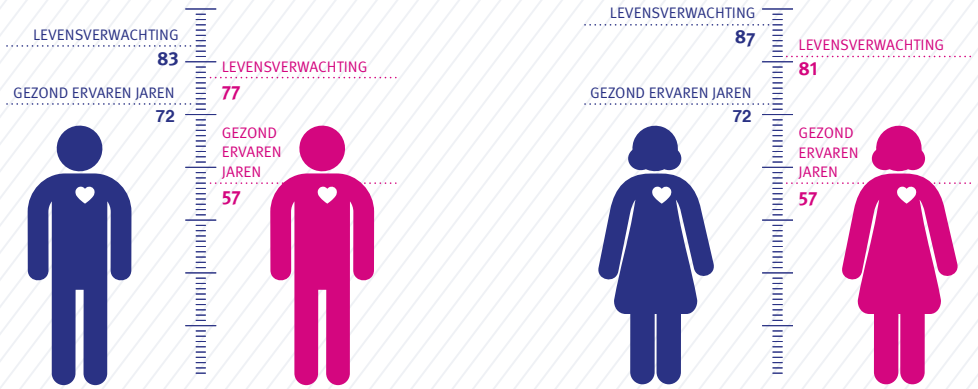
voorkomen van gezondheidsverschillen van belang is, zijn de statushouders (vluchtelingen die een verblijfsvergunning hebben gekregen). In 2016 is een landelijk programma gestart om gemeenten te ondersteunen bij gezondheidsbevordering bij statushouders. In veel gemeenten staat de gezondheid van statushouders nu op de beleidsagenda en zijn er gerichte interventies en maatregelen genomen om gezondheidsachterstanden bij statushouders te voorkomen.

Ook de wetenschap speelt al jaren een belangrijke rol in het duiden van het vraagstuk en het bereiken van handelingsperspectieven. Zo worden in Schotland wetenschappers intensief betrokken bij het ontwikkelen van de aanpak gericht op het terugdringen van gezondheidsverschillen, en vervolgens bij het monitoren en evalueren van deze aanpak. In Canada is de kennis over gezondheidsverschillen en de aanpak van die verschillen toegankelijk gemaakt door het openstellen van een database met interventies, waaronder interventies die effecten hebben laten zien op het gebied van sociaaleconomische gezondheidsverschillen.¹² Ook in Nederland is veel kennis opgedaan door programma's van ZonMw¹⁸ en FNO (o.a. gezonde toekomst dichterbij)¹⁹. Veel kennis wordt geanalyseerd en gebundeld door onder andere het RIVM. Daarnaast zien we in Nederland groeiende aandacht voor gezondheidsverschillen in (wetenschappelijke) adviesraden voor beleid, denk aan de RVS en WRR.^{20,21}

Het draagvlak in gemeenten en regio's voor het aanpakken van gezondheidsverschillen is gegroeid. Twee grote bewegingen helpen hierbij. Door de decentralisatie van de jeugdzorg, maatschappelijke ondersteuning en (arbeids)participatie nemen gemeenten de regie bij het lokaal organiseren van laagdrempelige en samenhangende ondersteuning

Gezondheidsverschillen: enkele cijfers en onder- liggende mechanismen

Sociaaleconomische en etnische verschillen in ziekte en gezondheid zijn systematisch en wereldwijd aangetoond.^{2,24} Mensen met een lage maatschappelijke positie, veelal afgemeten aan opleiding en inkomen, hebben vaker een lagere levensverwachting, meer chronische aandoeningen, een ongezonde leefstijl, meer psychische klachten en voelen zich ongezonder dan mensen met een hogere opleiding en meer inkomen. Daarbij is er een sterke wisselwerking tussen maatschappelijke positie en gezondheid. Mensen met een goede gezondheid zijn beter in staat om gunstigere posities op de maatschappelijke ladder te verkrijgen en te behouden. Mensen die eenmaal een gunstige positie hebben, hebben weer meer kans om gezond te blijven.



Figuur 1: Verschillen in levensverwachting en gezond ervaren jaren naar opleidingsniveau

In Nederland leven mensen met alleen basisonderwijs of vmbo gemiddeld 6 jaar korter en zelfs 15 jaar in minder goed ervaren gezondheid dan mensen met een hoger opleidingsniveau (hbo- of universitaire opleiding).³ Dit verband tussen opleiding en (gezonde) levensverwachting vertoont een sterke gradiënt: met elk stapje hoger op de maatschappelijke ladder wordt de kans op een goede gezondheid groter.

Zo stijgt de kans op een chronische aandoening naarmate mensen minder opleiding hebben gevolgd. Diabetes komt voor bij 14,2% van de mensen met alleen basisonderwijs terwijl dit slechts 2,5 % is bij de mensen met een hbo- of wo-opleiding.²⁵ Ook de kans op hart- en vaatziekten en COPD stijgt naarmate men minder opleiding heeft gevolgd. Overgewicht komt voor bij 66,3% van

de mensen met alleen basisonderwijs en bij 41,2% bij de mensen met een hbo- of wo-opleiding.²⁶ Van de lager opgeleide mannen tussen de 25-45 jaar rookt 52% tegenover 22% van de hoogopgeleide mannen in die leeftijd.²⁷ Naast de fysieke gezondheid is ook de mentale gezondheid structureel slechter: depressie, chronische stress en angststoornissen komen voor bij 21% van de mensen met een lage sociaaleconomische positie en bij 9% van de mensen met een hoge sociaaleconomische positie.²⁸ Meer dan de helft (63%) van de mensen boven de 19 jaar met een lager opleidingsniveau voelt zich eenzaam, ten opzichte van 36% van de hoger opgeleide mensen.²⁹

Naast een sterk verband tussen opleiding en gezondheid, hangt ook het hebben van een bijstandsuitkering of schulden samen met gezond-

De termen hoog- en laagopgeleid worden in beleid en onderzoek vaak gebruikt om de verschillen aan te tonen. Deze termen vergroten echter risico op een denkbeeldige 'kloof' of 'tweedeling' in de maatschappij en doen geen recht aan ieders positie en bijdrage aan de samenleving. We geven de voorkeur aan andere termen.

De sterke samenhang en wisselwerking tussen gedrag, leefstijl en omstandigheden wordt duidelijk in het volgende voorbeeld: mensen die langdurig in armoede leven, wonen vaker in omstandigheden die slecht zijn voor de gezondheid (bijvoorbeeld meer fijnstof, vochtige huizen, onveilige buurt). Als gevolg van het geldgebrek ervaren zij meer stress. Mensen hebben daardoor minder aandacht voor gezondheid en gezond gedrag, maar hebben ook minder geld om te besteden aan gezonde voeding of deelname aan sportclubs. Daarnaast leidt geldgebrek tot schaamte, wat weer een grote invloed heeft op het zelfbeeld en sociale contacten. Geldgebrek kan ook een barrière zijn voor toegang tot zorg en preventie. Huisartsen zien geregeld dat mensen verwijzingen naar een ziekenhuis niet opvolgen vanwege de kosten.³⁷ Dit geldt ook voor verwijzing naar fysiotherapie, diëtiste of gebruik van tandartsenzorg omdat dit niet in het basispakket van de verzekering is opgenomen. Deze voorbeelden maken duidelijk dat leefstijl en tijdig gebruik van zorg niet altijd een individuele keuze is, maar door meerdere factoren wordt beïnvloed.

Chronische stress en theorie van de schaarste als mechanismen

Om de samenhang tussen ongunstige leefomstandigheden en ongezondheid te begrijpen wordt gewezen op chronische stress als belangrijk onderliggend mechanisme.³⁸ Immers, hoe ongunstiger de omstandigheden, hoe meer stress mensen ervaren. Zware beroepen, onregelmatige inkomsten, langdurig in armoede leven, schulden, kindermishandeling of huiselijk geweld werken als stressor door in het lichaam en hebben invloed op de mentale en fysieke gezondheid van mensen. Dit verloopt rechtstreeks via een verhoogd cortisol waardoor het allostatische systeem overbelast raakt. Dat vergroot de kans op hart- en vaatziekten, diabetes en depressie. Maar stress beïnvloedt ook de cognitieve

vermogens en vaardigheden om met problemen om te gaan.³⁹⁻⁴²

Onderzoek laat zien dat het IQ van mensen die onder grote druk staan met een aantal punten daalt.⁴³ Schaarste, oftewel langdurig gebrek aan middelen (of tijd) heeft invloed op het denkvermogen van mensen. Er ontstaat een tunnelvisie en het beperkt het denkvermogen wanneer er veel tijd en aandacht uitgaat naar de consequenties van het 'gebrek'. Mensen die dagelijks stress ervaren zijn daardoor minder in staat om langetermijnbeslissingen te nemen, of om een complexe situatie te overzien en te bepalen wat te doen.⁴⁴⁻⁴⁶ Dit betekent dat zij ook minder goed in staat zijn om de onderliggende sociale problemen (bron van de stress) aan te pakken. Ze komen in een vicieuze cirkel terecht. Het gevolg is nog meer onzekerheid, het gevoel niet mee te tellen en een gebrek in geloof in eigen kunnen. In stressvolle omstandigheden heeft aanpassing van leefstijl geen prioriteit en is goed voor jezelf zorgen een grote opgave.

Bij migranten en vluchtelingen kan het proces van migratie en integratie leiden tot stress en een grotere kans op 'schaarste' onder meer door het verlies van familie en vertrouwde omgeving en het moeten aanpassen aan andere gewoontes en taal. Ook ervaren discriminatie leidt tot een verhoogd stressniveau en werkt door op de gezondheid. Onder verschillende migrantengroepen in Nederland hangt de ervaren discriminatie samen met een vergroot risico op overgewicht, metabool syndroom en depressie.⁴⁷

Complexe samenleving vraagt om veel vaardigheden

Op bijna alle terreinen in de samenleving wordt steeds meer zelfredzaamheid van burgers gevraagd. Er wordt van mensen verwacht dat zij zichzelf informeren, de juiste (gezonde) keuzes maken en zelfstandig beslissingen nemen. De wijze waarop de zorg en andere vormen van dienstverlening zijn georganiseerd en het niveau waarop informatie wordt aangeboden is echter voor veel mensen te ingewikkeld.⁴⁶ Bovendien worden steeds meer diensten alleen digitaal aangeboden, en wordt er vanuit gegaan dat iedereen voldoende (digitaal) vaardig is en toegang heeft tot internet om zaken te regelen. Het gevolg is dat de zorg, ondersteuning en voorzieningen niet aansluiten, onvoldoende toegankelijk zijn en niet effectief zijn voor een grote groep mensen in de samenleving. Deze ontwikkelingen hebben het risico dat zij gezondheidsverschillen vergroten.


Op het terrein van gezondheid en zorg is steeds meer bewijs dat de mate van gezondheidsvaardigheden een belangrijk deel van de gezondheidsverschillen verklaart. De WHO benoemt het als een centrale determinant van ongelijkheid in gezondheid.⁴⁸ Eén op de drie Nederlanders heeft beperkte gezondheidsvaardigheden.⁴⁹ Dit zijn mensen die moeite hebben met het vinden, begrijpen en toepassen van informatie over gezondheid en ziekte, en daardoor moeite hebben met beslissingen ten aanzien van gezondheid en ziekte. Dit heeft als gevolg dat mensen met lage gezondheidsvaardigheden de verkeerde beslissingen nemen, te laat in de zorg komen, adviezen niet opvolgen of medicatie onjuist gebruiken.^{50,51} Door hun informatie, adviezen en werkwijze beter af te stemmen op de vaardigheden en het niveau van geletterdheid van mensen kunnen zorgverleners bijdragen aan het vermijden van deze problemen.⁵¹

Overdacht van generatie op generatie

Gezondheidsverschillen zijn hardnekkig en blijken vaak van generatie op generatie door te lopen. Zo hebben kinderen die opgroeien in armoede een vergroot risico op slechtere schoolprestaties en een grotere kans op armoede en sociale uitsluiting als volwassene.^{52,53} Kinderen die opgroeien met ouders die laaggeletterd zijn hebben een grotere kans later zelf ook moeite te hebben met lezen en schrijven als gevolg van te weinig aanbod en aandacht voor lezen en schrijven.⁵⁴ Dit is duidelijk zichtbaar in bepaalde regio's in Nederland, zoals de Veenkoloniën, waar onderzoek laat zien dat er sprake is van overerfbaar armoede.⁵⁵ Hetzelfde geldt voor mijnstreken in Zuid-Limburg, waar 40 jaar na het sluiten van de mijnen de gezondheidsachterstand nog steeds groter is ten opzichte van andere gebieden in Limburg en het zorggebruik aanzienlijk hoger ligt.⁵⁶ Dit illustreert dat de omstandigheden waaronder je geboren wordt en opgroeit grote invloed hebben op de mogelijkheden tot verdere ontwikkeling.

Samenhang met cultureel, sociaal en economisch kapitaal

Volgens de Franse socioloog Pierre Bourdieu is sociale ongelijkheid en de reproductie daarvan een gevolg van de mate waarin iemand beschikt over economisch, cultureel en sociaal kapitaal.^{4,57-60} Onder economisch kapitaal verstaan we de financiële bronnen, zoals inkomen en vermogen, om macht en invloed te hebben in de samenleving.⁶⁰ Het sociaal kapitaal heeft betrekking op contacten, groepen en netwerken waartoe iemand behoort: het aantal relaties dat kan helpen en steun kan bieden en de hulpbronnen die zij beschikbaar stellen. Het cultureel kapitaal heeft betrekking op de voorkeuren, houdingen, taalgebruik, percepties en vaardigheden die gekoppeld zijn aan een sociale klasse en dus ook bepalend zijn voor voorkeuren



als het gaat om leefstijl.⁴ Zo blijken verschillen in gezonde voeding, beweging, obesitas en sport voor een deel verklaard te worden door cultureel kapitaal.⁶¹

Al deze vormen van kapitaal hangen met elkaar samen. Zo helpt een hoger inkomen of het inkomen van ouders (economisch kapitaal) tot het behalen van een hoger opleidingsniveau (cultureel kapitaal).⁵⁹ Een hoger opleidingsniveau kan zorgen voor een beter betaalde baan (economisch kapitaal) en meer sociale contacten in een hoge maatschappelijke positie (sociaal kapitaal). Kortom, gezondheidsverschillen hangen sterk samen met de sociale gelaagdheid in de samenleving en de overdracht van de verschillende vormen van kapitaal van generatie op generatie.

WAT BETEKENT DIT VOOR DE AANPAK VAN GEZONDHEIDSVERSCHILLEN?

De besproken verklaringen en mechanismen laten zien dat gezondheidsverschillen samenhangen met veel factoren op meerdere domeinen, en dat zij tevens samenhangen met andere vormen van (sociale) ongelijkheid in de samenleving. Er is kortom niet een eenduidige verklaring aan te wijzen. De huidige kennis en inzichten bieden daarentegen wel veel aanknopingspunten voor de aanpak van gezondheidsverschillen. In het volgende kader presenteren we negen principes voor een effectieve aanpak van gezondheidsverschillen. De principes zijn onderbouwd met wetenschappelijke kennis en daarnaast gevoed door jarenlange praktijkervaring van Pharos op het terrein van gezondheid en zorg voor lager opgeleiden, migranten en vluchtelingen. De principes bieden geen blauwdruk voor de aanpak, maar zijn bedoeld als kompas voor een ieder die in zijn of haar werk bij wil dragen aan het verkleinen van gezondheidsverschillen.



De negen principes voor een succesvolle strategie

1 Zet in op een brede, domein overstijgende aanpak

De sleutel naar het positief beïnvloeden van gezondheid ligt maar ten dele in het volksgezondheidsdomein en grotendeels in andere beleidsdomeinen, zoals armoede, onderwijs, huisvesting, werk en inkomen en ruimtelijke ordening. Zet daarom in op een brede aanpak en benader gezondheid en gezond gedrag in samenhang met factoren die hierop van invloed zijn, zoals leefsituatie, armoede, schulden en participatie in brede zin.

2 Differentieer waar nodig

Het bieden van gelijke gezondheidskansen houdt in dat maatregelen, beleid en interventies rekening houden met verschillen tussen mensen en groepen, en dat de intensiteit van de inzet hierop wordt aangepast. Alleen door een combinatie van universeel beleid met maatwerk kan de sociaaleconomische gradiënt in gezondheid aangepakt worden.

3 Benut kansen in verschillende levensfasen

Gedurende het leven zijn er meerdere fasen en momenten waarop ingegrepen kan worden om accumulatie van gezondheidsproblemen te voorkomen. Deze kansen liggen vooral bij een gezonde start voor elk kind en bij bepaalde gebeurtenissen in het leven zoals het werkloos raken, migratie of scheidingen. Er liggen ook kansen om gezond ouder worden te stimuleren.

4 Werk samen met de mensen om wie het gaat

Samen werken met de mensen om wie het gaat is een van de succesfactoren om tot een effectieve aanpak voor gezondheidsverschillen te komen. Doe dit al in een vroeg stadium zodat behoeften en drijfveren worden geïdentificeerd en geprioriteerd. Zo wordt beter aangesloten bij de belevingswereld, sociale normen, dagelijkse zorgen en de leefsituatie.

5 Werk persoonsgericht

In persoonsgericht werken staat de persoon centraal en hebben professionals aandacht voor de sociale omstandigheden, de emoties, waarden, behoeften en vaardigheden van mensen. Deze manier van werken is een voorwaarde om effectieve en samenhangende zorg en ondersteuning te kunnen bieden. Dit geldt voor professionals uit zowel medisch als sociaal domein.

6 Versterk geloof in eigen kunnen en zelfredzaamheid

Binnen de gezondheidszorg en het sociaal domein wordt een grote nadruk gelegd op autonomie, eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid. Om iedereen in staat te stellen gezond te zijn en te blijven, is het belangrijk om waar mogelijk mensen te ondersteunen bij het versterken van gezondheidsvaardigheden, geloof in eigen kunnen en zelfregulatie, en het verminderen of voorkomen van stress.

7

Stuur op al doende leren en experimenteren

De aangrijpingspunten voor de aanpak van gezondheidsverschillen zijn veelvoudig, liggen op meerdere niveaus en de context is veranderlijk. De uitdaging is om wel een helder doel te stellen, maar in de weg daarnaartoe te durven experimenteren en al doende te leren. Tegelijkertijd zijn formele afspraken over het proces, samenwerking, taakverdeling en randvoorwaarden van groot belang. Dit vraagt om andere manieren van (samen)werken en om leiderschap.

8

Investeer in goede monitoring en evaluatie

Evaluatie en monitoring is essentieel om een aanpak te kunnen bijsturen, te verantwoorden en te verduurzamen. Gezien de complexiteit van de aanpak van gezondheidsverschillen zijn er innovatieve methoden nodig die passen bij een meer-voudige aanpak in een veranderlijke context waarin ruimte is om al doende te leren.

9

Werk aan borging van kennis en effectieve aanpakken in praktijk en beleid

Om duurzaam gezondheidsverschillen te verkleinen is het van belang dat de kennis over sociaal-economische en etnische gezondheidsverschillen en effectieve strategieën zoveel mogelijk worden opgenomen in regulier beleid, financiering en bestaande systemen en organisaties. Borging moet op meerdere niveaus en in samenwerking met vele partijen plaatsvinden. Bestuurlijk draagvlak is hierbij van groot belang.

1

Zet in op een brede, domein overstijgende aanpak

De oorzaken van gezondheidsverschillen en de mechanismen die deze verschillen zo hardnekkig maken zijn veelzijdig. Het is een proces dat zichzelf versterkt en waarbij oorzaak en gevolg door elkaar lopen. In wetenschap en praktijk zijn nog tal van vragen over hoe de aanpak van zo'n complex probleem eruit moet zien. Men is het hier over eens: een veelbelovende aanpak is een brede aanpak waarbij ingestoken wordt op gedrag en vaardigheden in combinatie met maatschappelijke determinanten in de sociale en fysieke omgeving, zoals wonen, armoede, participatie, leefsituatie en het hebben van sociale contacten en zinvolle dagbesteding.^{2,12,62,63} Het positief beïnvloeden van gezondheid ligt daarmee maar ten dele in het volksgezondheidsdomein en grotendeels in andere beleidsdomeinen, zoals armoedebeleid, onderwijs, huisvesting, werk en inkomen en ruimtelijke ordening.

Het vertrekpunt van een brede aanpak is Health in All Policies (HiAP).^{2,12,64,65} HiAP gaat enerzijds om het voorkomen van negatieve invloeden op gezondheid van beslissingen in andere domeinen, zoals het aanleggen van een snelweg naast een woonwijk en te complexe regelgeving waardoor mensen onnodig in de financiële problemen komen. Anderzijds kan met andere domeinen gezocht worden naar (beleids)maatregelen die bijdragen aan het bereiken van zowel gezondheidsdoelen als ook doelen van de andere domeinen. Extra winst is te behalen door domeinen expliciet aan elkaar te koppelen. Denk aan werk en inkomen: inzetten op coaching (bewegen en mentaal) bij re-integratietrajecten vergroot de kans van slagen en stimuleert een goede gezondheid.³⁰ HiAP vraagt om betere samenwerking en afstemming tussen departementen bij de landelijke overheid en tussen beleidsdomeinen van de lokale overheden. Ook vraagt het om afstemming tussen het landelijke en lokale niveau. Zo kunnen lokale activiteiten en maatregelen gericht op gezondheid succesvoller zijn als zij hand in hand gaan met randvoorwaarden vanuit de landelijke overheid. Denk aan wet- en regelgeving om bijvoorbeeld roken te ontmoedigen en minder zout in voedselproducten toe te staan of – nog ingrijpender voor de sociaaleconomische verschillen – inkomensongelijkheid te beperken of gelijke kansen in het onderwijs te stimuleren.

Op lokaal- en buurniveau impliceert een brede, domeinoverstijgende aanpak dat zorg en ondersteuning zoveel mogelijk integraal en in samenhang aangepakt wordt.⁶⁶ Dit betekent samenwerking tussen professionals uit de eerstelijnszorg met buurt- of wijkteams, GGD, Centra voor Jeugd en Gezin, welzijnsorganisaties, schulddienstverlening en sportaanbieders. Op deze manier kan er afstemming plaatsvinden tussen de behandeling van medische

problematiek en de aanpak van onderliggende sociale en financiële problemen. Goede voorbeelden laten zien dat een brede aanpak kan leiden tot minder onnodige zorg, betere tevredenheid bij zorgverleners en lagere zorgkosten.⁶⁷

Gezond in..., het stimuleringsprogramma dat gemeenten ondersteunt bij hun lokale aanpak, heeft op basis van (inter)nationale kennis uit wetenschap en praktijk vijf sporen benoemd die gezamenlijk aangrijpingspunten bieden om de brede aanpak op lokaal niveau vorm te geven; Participatie, Preventie en zorg, Sociale omgeving, Fysieke omgeving en Gedrag en vaardigheden.¹⁵ Gemeenten kunnen aan de hand van deze sporen inzetten op het versterken van de maatschappelijke context, zoals leefbare wijken, voldoende preventie-, zorg- en sportvoorzieningen en gezonde scholen. Daarnaast hebben gemeenten een initiërende en faciliterende rol in de integrale benadering van preventie, ondersteuning en zorg in de wijk of buurt. De gemeente kan partijen bij elkaar brengen, samenwerkingsverbanden en coalities faciliteren, en gezamenlijk nagaan welke uitdagingen en ambities er zijn en hoe er gezamenlijk aan gewerkt kan worden. Ook kan hier deels via subsidierelaties op gestuurd worden.³⁰

Differentieer waar nodig

Om gelijke gezondheidskansen te bieden, zullen beleid, maatregelen en interventies rekening moeten houden met verschillen tussen mensen en groepen. Afhankelijk van wat mensen nodig hebben, zal de mate van inzet en intensiteit van maatregelen en interventies verschillen.^{68,69} Uit het verleden weten we dat acties die gericht zijn op alle burgers (universeel) maar daarbij geen rekening houden met verschillen tussen mensen of groepen, de gezondheidsverschillen vergroten. Het aanbod van leefstijlpreventie heeft jarenlang met name goed effect gehad bij mensen met een hogere maatschappelijke positie maar heeft mensen met een lage sociaal-economische status in mindere mate bereikt.⁶⁰

Aleen door een combinatie van universeel beleid met maatwerk kan de sociaaleconomische gradiënt in gezondheid aangepakt worden. Zo zijn acties gericht op leefstijlpreventie voor de gehele bevolking van belang, maar weten we dat voor effectiviteit bij lage SES extra inspanningen nodig zijn. Denk aan rekening houden met beperkte vaardigheden (principe 5), meer outreachend werken en lokale inbedding, zodat leefstijl in samenhang met andere levensdomeinen kan worden opgepakt (principe 1).

Onder wetenschappers en beleidsmakers is veel draagvlak voor een mix aan maatregelen, ook wel 'blended approach to addressing health equity', proportionate universalism (Engeland) of targeted universalism (Canada) genoemd.^{21,68,70} De ervaring leert dat het bij al deze benaderingen gaat om een mengvorm van algemeen beleid en extra aandacht en/of maatregelen voor kwetsbare groepen zodat ook zij hiervan profiteren. Denk bijvoorbeeld aan de toeslagen voor zorg, huur of kinderopvang waarbij de hoogte van de toeslag afhangt van iemands inkomen. Door deze universele maatregel met maatwerk op basis van iemands inkomen wordt zorg, huur of kinderopvang toegankelijk voor iedereen. Hetzelfde geldt voor bijvoorbeeld jeugdsportpassen of kortingspassen waarbij iedereen met een laag inkomen gebruik kan maken van belangrijke voorzieningen. Naast sociaal-economische status kan het ook relevant zijn om te differentiëren naar bijvoorbeeld leeftijd, sekse of etniciteit. Zo zijn er specifieke etnische verschillen in bijvoorbeeld geneesmiddelenmetabolisme.⁷¹ Voor effectieve en toegankelijke zorg en preventie dient met deze verschillen rekening gehouden te worden.

Het is van belang de combinatie van universeel beleid en maatwerk op verschillende niveaus te operationaliseren. Op het landelijke, politieke en beleidsniveau moeten de randvoorwaarden van beleid geborgd worden.⁷² Lokaal kan vervolgens het beste ingeschat worden welke maatregelen daar nodig zijn. Op het niveau van organisaties en professionals zal er nagedacht moeten worden hoe maatwerk het beste ingezet kan worden. Bij beperkt beschikbare middelen is het een extra uitdaging om draagvlak te verkrijgen voor differentiatie in beleid en maatregelen.⁷³

Benut kansen in verschillende levensfasen

In het leven van mensen zijn veel factoren van invloed op iemands gezondheid, zoals leefstijl en sociale- en fysieke omgevingsfactoren. Een aantal van deze factoren zijn gerelateerd aan een bepaalde levensfase, bijvoorbeeld de omstandigheden waarin je opgroeit als kind en werkomstandigheden. Daarnaast zijn er gedurende het leven van mensen tal van levensgebeurtenissen die het risico vergroten om gezondheidsproblemen op te lopen, zoals migratie, scheidingen, geboorten, ziek worden, overgang van basis naar middelbare school of verliezen van werk. Bij mensen die in een achterstand opgroeien is dit risico extra groot. Ingrijpen in een bepaald stadium/moment van iemands leven kan helpen om de accumulatie van gezondheidsproblemen gedurende iemands leven tegen te gaan.

Er is veel gezondheidswinst te behalen door in te zetten op een kansrijke en gezonde start voor ieder kind en op maatregelen die intergenerationele overdracht tegengaan. Kinderen die opgroeien in armoede zijn vaak later ook arm. Datzelfde geldt voor kinderen die opgroeien in een gezin met een laag opleidingsniveau of ouders die laaggeletterdheid zijn. Het investeren in een gezonde start voor, tijdens en na de zwangerschap loont.^{69,74-76} Bekend is bijvoorbeeld dat oorzaken van veel ziekten en overgewicht terug te leiden zijn naar de start van het leven. Al zelfs vóór de conceptie kunnen kenmerken van de moeder, zoals obesitas, roken of alcoholgebruik leiden tot een gezondheidsachterstand bij het toekomstige kind.⁷⁷⁻⁷⁹ In de kinderjaren wordt tevens de basis gelegd voor weerbaarheid, vaardigheden en het vermogen om goed voor jezelf te zorgen (lichamelijk, cognitief en sociaal-emotioneel). Al deze aspecten beïnvloeden de kansen op een optimale ontplooiing op latere leeftijd.

Migratie, vanwege het vluchten voor oorlog of vanwege arbeid of gezinshereniging, heeft vaak een ongunstig effect op iemands gezondheid.^{80,81} Om gezondheidsproblemen te voorkomen is juist het ondersteunen en versterken van beschermende factoren en draagkracht van belang. Denk aan het weer op orde krijgen van het leven, het investeren in een sociaal netwerk, een zinvolle tijdsbesteding en het gevoel ertoe te doen.⁸⁰ Ook bij andere ingrijpende gebeurtenissen, zoals scheiding en het verliezen van werk, kan in een vroeg stadium preventieve hulp aangeboden worden om een opeenstapeling van (gezondheids)problemen te voorkomen.

Aandacht voor gezond ouder worden is van belang om voortijdige sterfte te voorkomen. Ouderen leven vaak met (meerdere) chronische ziekten, voelen zich vaak eenzaam en hebben veelal een minder groot sociaal netwerk.⁸² Tegelijkertijd wordt van alle ouderen verwacht dat zij langer zelfstandig thuiswonen; dat vraagt om veel eigen regie en zelfredzaamheid.⁸³ Dit is voor ouderen met beperkte gezondheidsvaardigheden en minder gunstige leefomstandigheden en/of een migratieachtergrond een extra grote uitdaging.⁸⁴ Belangrijk is dat de zorg, informatie en hulpmiddelen voldoende beschikbaar zijn en aansluiten bij de mogelijkheden van ouderen.

Werk samen met de mensen om wie het gaat

Samenwerken met de mensen om wie het gaat is een van de succesfactoren om tot een effectieve aanpak voor gezondheidsverschillen te komen.⁸⁵ Dit geldt zowel voor ontwikkeling van beleid of de ontwikkeling van interventies en materialen, als voor het uitvoeren van (evaluatie)onderzoek. Door in gesprek te gaan en te luisteren naar mensen kom je achter hun drijfveren, wensen en behoeften en sluit je aan bij hun belevingswereld, sociale normen, dagelijkse zorgen en de leefsituatie.⁸⁶ Daarnaast draagt betrokkenheid van de doelgroep bij aan het creëren van draagvlak bij de mensen zelf en leidt het tot maatregelen die beter aansluiten bij de capaciteiten van de doelgroep. Testen van voorlichting en communicatiematerialen bij de gebruikers is cruciaal en voorkomt dat materiaal niet gebruikt wordt of dat deelnemers aan interventies en onderzoek uitvallen.⁸⁷⁻⁸⁹ Ook het tussentijds controleren of wat je doet nog wel bij de doelgroep past kan hierbij helpen.

Er zijn verschillende methoden om participatie van de doelgroep te faciliteren. De keuze voor de aanpak is sterk afhankelijk van het doel. Bij een wijkgerichte aanpak kan er met een community-aanpak gewerkt worden waarbij lokale gemeenschappen en organisaties samenwerken om de gezondheid en het welzijn te verbeteren, veerkracht op te bouwen en ongelijkheden te verminderen. Goede voorbeelden zijn Well London of enkele lokale aanpakken van GIDS-gemeenten.^{15,90} Bij het testen van materialen kunnen taalambassadeurs ingezet worden, en bij verbetertrajecten in de zorg kan er gewerkt worden met projectgroepen waar de patiënten in vertegenwoordigd zijn. Een methode die bewezen heeft op een laagdrempelige en gelijkwaardige manier iedereen te betrekken is Participatory, Learning and Action (PLA), een kwalitatieve methode die mensen in staat stelt om hun eigen kennis over hun leven en omstandigheden te delen en te analyseren.⁹¹

Samenwerken met ervaringsdeskundigen en sleutelpersonen verbetert het bereiken van mensen. Zo hebben meerdere gemeenten binnen het wijkteam al getrainde ervaringsdeskundigen om bijvoorbeeld beter in contact te komen met mensen met financiële problemen. Sleutelpersonen met een migratieachtergrond zijn goed in te zetten voor voorlichting over gezondheid en zorg en kunnen helpen je bereik te vergroten.^{92,93} De ervaring leert dat het mes aan twee kanten snijdt: getrainde ervaringsdeskundigen en sleutelpersonen stromen zelf sneller door naar betaald werk.

Belangrijke randvoorwaarden voor het betrekken van de doelgroep zijn onder andere: duidelijke kaders, voldoende tijd en geld, passende vergoeding voor de doelgroep, investeren in het creëren van een veilige en vertrouwde omgeving zodat mensen zich op hun gemak voelen om input te leveren, en samenwerking met patiënten- cliënten- en migrantenorganisaties.⁹⁴⁻⁹⁶ Essentieel is om gemaakte aanpassingen of ontwikkelde materialen ook terug te koppelen aan de doelgroep.

Werk persoonsgericht

Om een brede samenhangende aanpak te laten slagen, zullen professionals, zowel in de zorg als in het sociaal domein, in staat moeten zijn om een volledig beeld te krijgen van de problematiek van mensen (medisch én sociaal). Zij moeten in staat zijn om goed aan te sluiten op de individuele kenmerken, de context en de vaardigheden van patiënten/cliënten. Een persoonsgerichte benadering is hierbij essentieel. In persoonsgericht werken staat de persoon centraal, niet de aandoening of het probleem, en hebben de professionals aandacht voor de sociale omstandigheden, de emoties, waarden en behoeften van mensen.⁹⁷ Door deze benadering ontstaat een completer beeld en kan (eerder) bepaald worden vanuit welke disciplines ondersteuning en zorg gewenst is. Dit draagt bij aan een effectievere verwijzing naar ondersteuning, activiteiten en voorzieningen waarmee (verergering van) problematiek kan worden voorkomen.⁹⁷ Omdat inwoners met sociale en/of medische problemen veelal eerst de huisarts bezoeken, hebben huisartsen een spilfunctie bij het tijdig signaleren en verwijzen naar passende zorg en ondersteuning.^{97,98} Belangrijk is dat zowel professionals in de zorg als in het sociaal domein persoonsgericht zullen moeten werken.

Persoonsgericht werken vereist van professionals en organisaties dat zij een inclusieve attitude hebben. Het vereist de vaardigheid om – mondeling en schriftelijk – begrijpelijk en acceptabel (cultuursensitief) te kunnen communiceren en samen te beslissen. En het vereist dat zij kennis hebben van gezondheidsverschillen en de gevolgen daarvan voor diagnostiek en beleid. Persoonsgericht werken betekent ook dat professionals durven af te wijken van richtlijnen en protocollen wanneer deze niet passend zijn voor de betreffende cliënt/patiënt.^{99,100} Tegelijkertijd is het wel van belang dat relevante kennis over etnische en sociaaleconomische gezondheidsverschillen in professionele richtlijnen en standaarden is opgenomen (principe 9).

In persoonsgericht werken is aandacht voor de (gezondheids)vaardigheden van de patiënt/cliënt. Een op de drie Nederlanders heeft beperkte gezondheidsvaardigheden.⁴⁹ De vaardigheden zijn van belang om informatie te vinden en te duiden, om op de juiste momenten in actie te komen, goede beslissingen te nemen en vol te houden.^{50,51,101-104} Hoewel de aandacht hiervoor in de afgelopen jaren sterk is toegenomen, zowel vanuit onderzoek als ook in de praktijk van zorg- en dienstverlening, blijkt uit het onderzoek van NIVEL dat een groot deel van de zorgverleners niet specifiek rekening houdt met beperkte gezondheidsvaardigheden.⁵¹ Het gebruik van meer mondelinge (begrijpelijke) communicatie, het nagaan of de patiënt/cliënt de informatie juist heeft begrepen (terugvraagmethode) en het gebruik van beeldmaterialen en simpele teksten kunnen helpen bij het voorkomen van problemen veroorzaakt door beperkte vaardigheden.^{105,106} Daarnaast blijkt uit onderzoek dat empathie voor de cliënt/patiënt en het formuleren van positieve verwachtingen kunnen leiden tot betere (gezondheids)uitkomsten.¹⁰⁵ Ook non-verbale communicatie heeft veel impact op de uitkomsten.¹⁰⁵

Problemen rondom (gezondheids)vaardigheden beperken zich niet alleen tot de zorg. Mensen die laaggeletterd zijn hebben moeite met het invullen van formulieren, gebruik van DigiD of het begrijpen van informatie die wordt verstrekt. Dit betekent dat niet alleen zorgverleners, maar ook gemeenten en gemeentelijke voorzieningen en bijvoorbeeld de belastingdienst rekening moeten houden met beperkte vaardigheden van inwoners.^{100,107}

Versterk geloof in eigen kunnen en zelfredzaamheid

Op bijna alle terreinen in de samenleving wordt steeds meer zelfredzaamheid van burgers gevraagd. Ook binnen de gezondheidszorg en het sociaal domein wordt een grote nadruk gelegd op autonomie, eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid. Om zelfredzaam te kunnen zijn op gebied van zorg en gezondheid zijn er bepaalde capaciteiten nodig: jezelf kunnen informeren, de juiste vragen stellen, een gezonde leefstijl kunnen volhouden, tijdig hulp zoeken en de informatie van de zorgverlener begrijpen en opvolgen. Ook zelfregulatie is een sleutelbegrip; het doelen kunnen stellen, plannen, uitvoeren, evalueren en weer opnieuw doelen stellen.⁶⁰ Al deze vaardigheden zijn voor veel mensen te hoog gegrepen. Dit geldt vooral voor mensen met een lagere sociaaleconomische positie en laaggeletterden, maar ook voor ouderen en mensen die gedurende langere tijd veel stress ervaren. Om iedereen in staat te stellen gezond te zijn en te blijven is het van belang om enerzijds persoonsgericht te werken (principe 5) en anderzijds om daar waar mogelijk mensen te ondersteunen bij het versterken van bovengenoemde vaardigheden, zodat ze zelfredzamer kunnen zijn.

Uit onderzoek is bekend dat het zelfvertrouwen en geloof in eigen kunnen de voornaamste voorspellers zijn van zelfmanagement bij bijvoorbeeld chronische aandoeningen.¹⁰⁸ Als mensen meer geloven in hun eigen kunnen, zijn zij beter in staat om hun gedrag te veranderen of hun situatie te verbeteren. Het geloof in eigen kunnen kan versterkt worden door in het contact met inwoners of cliënten de 'mastery'-ervaringen – het gevoel dat je het kan – te stimuleren.¹⁰⁹ Hierbij helpt het werken met behapbare doelen en kleine, realistisch stappen. Ook buiten het gezondheidsdomein is dit van belang: uit onderzoek blijkt dat het stellen van leerdoelen in re-integratie programma's mensen in staat stelt werk te zoeken en zo het vertrouwen in eigen kunnen te verbeteren.⁶⁰ Dit gevoel van persoonlijke controle draagt bij aan het behouden van een betere zelfregulatie en motivatie. Motivational interviewen is een bewezen techniek die bijdraagt aan het geloof in eigen kunnen.¹¹⁰

Bij het versterken van zelfredzaamheid is aandacht voor gezondheidsvaardigheden van belang. Interventies gericht op het versterken van deze vaardigheden kunnen leiden tot meer kennis over de ziekte, meer zelfmanagement, betere medicatie-inname en betere leefstijlkeuzes.⁴⁸ Bij taallessen aan laaggeletterden wordt steeds vaker aandacht besteed aan gezondheidsthema's. Dit leidt voor deze mensen tot meer gezondheidsvaardigheid en gezondheid.^{111,112}

Voor zelfredzaamheid is ook de rol van stress van belang. De laatste jaren is er toenemend inzicht dat langdurig leven met financiële problemen chronische stress en ook schaamte met zich meebrengt. Dit heeft een sterk negatieve invloed op zelfredzaamheid en het geloof in eigen kunnen.^{38,43,113} Het belemmert mensen in het kunnen veranderen van gedrag, zowel als het gaat om leefstijl als om financiën. Stress-sensitieve dienstverlening waarbij de cliënt/patiënt

aangeeft welke problemen prioriteit hebben om aan te pakken kan hierbij helpen.^{114,115}

De praktijk leert dat mensen eerst de problemen rond financiën, een problematische gezins-situatie of eenzaamheid/sociaal isolement op willen pakken voordat er ruimte is om te werken aan gezonder gedrag. Aandacht voor deze onderliggende oorzaken en voor stressmanagement lijken de effectiviteit van leefstijlinterventies te vergroten.^{116,117}

Ten slotte liggen er uiteraard veel kansen om vaardigheden en weerbaarheid op te bouwen tijdens de jeugd. Zelfvertrouwen en vaardigheden op jonge leeftijd kunnen het geloof in eigen kunnen op latere leeftijd versterken.^{118,119}

Stuur op al doende leren en experimenteren

Het terugdringen van gezondheidsverschillen is een complex, organisatorisch en veranderkundig vraagstuk. De aangrijpingspunten zijn veelvoudig, op meerdere niveaus en de context is veranderlijk. Er zijn dan ook geen kant-en-klare oplossingen voorhanden en de aanpak is niet lineair. De uitdaging is om wel een helder doel te stellen, maar om in de praktijk en in het beleid te durven experimenteren en al doende te leren. Tegelijkertijd dienen er stevige (formele) afspraken te worden gemaakt over samenwerking, verantwoordelijkheid, taakverdeling en randvoorwaarden. Dit vraagt om andere manieren van (samen)werken en sturen en om het continu evalueren en bijstellen van de aanpak zodat deze blijft aansluiten bij de lokale problematiek en gemeenschappelijk gevoelde opgaven. Hiervoor is een verandering nodig in cultuur en in werkwijze bij professionals, instellingen, bedrijven en beleidsorganen.¹²⁰⁻¹²²

Op basis van analyses en evaluaties van lang lopende programma's op gezondheidsverschillen en/of andere complexe maatschappelijk verandervraagstukken zijn succesfactoren in kaart gebracht.^{15,123-127} Een complexe aanpak over domeinen heen kan alleen succesvol zijn als er sprake is van breed bestuurlijk draagvlak en een stevige samenwerking of coalitie tussen (lokale) organisaties en professionals met een duidelijke wens om bij te dragen aan maatschappelijke opgaven en daar gezamenlijk langdurig aan te werken. Daarbij is de aanpak procesgericht en gebaseerd op een gezamenlijke analyse en afspraken over doelen, werkwijzen en randvoorwaarden. Het vraagt tevens om een goede samenwerking en afstemming tussen landelijk en lokaal beleid waarbij gezamenlijk geleerd wordt van knelpunten en oplossingsrichtingen.

Andere succesfactoren zijn: betrokken managers en bestuurders die het proces van leren en experimenteren kunnen aansturen, en vaardige/competente programmaleiders en professionals. Een lokale aanpak komt van de grond door te investeren in best persons, aan te sluiten op energie en het aanstellen van een kartrekker of coördinator die creatief, ondernemend en verbindend is. Deze dient zich gesteund te voelen door formele afspraken en financiële randvoorwaarden.

Tot slot valt of staat de aanpak met het juiste type leiderschap, ook wel adaptief of transformationeel leiderschap genoemd.¹²⁸ Dit type leider stuurt op een samenwerking en een maatschappelijk doel terwijl de korte termijn uitkomsten en ontwikkelingen onzeker zijn. Het leiderschap is gericht op co-creatie – ook met inwoners – en gezamenlijk leren vanuit een gezamenlijke analyse van de lokale problematiek en uitdagingen en oplossingen.

Investeer in goede monitoring en evaluatie van de aanpak

Monitoren en evalueren zijn essentieel om de aanpak te kunnen verantwoorden, om draagvlak te behouden en samen successen te vieren. Het is ook een manier om voortdurend te blijven toetsen of de aanpak nog aansluit. Een goede evaluatie en monitoring biedt inzicht in de opbrengsten van alle inspanningen in relatie tot de gestelde doelen, zowel op het niveau van het proces, de randvoorwaarden en de werkzaamheid van de strategie als op de uitkomsten op gezondheid. Zonder dit inzicht wordt het moeilijk om de aanpak bij te sturen en te continueren. Een voorwaarde voor een goede evaluatie is dat er heldere doelen zijn gesteld, acties zijn bepaald die daaraan bijdragen en processen die de acties in gang zetten.¹²⁹⁻¹³²

Door de complexiteit van de aanpak van gezondheidsverschillen is het aantonen van de werkzaamheid en het effect op gezondheid niet eenvoudig. Het lineaire denken in causale modellen moet bij dit soort complexe vraagstukken worden losgelaten.^{99,133-135} In plaats daarvan moet worden nagedacht over het beïnvloeden van de processen en ankerpunten in het complexe systeem. De vraag moet verschuiven van welke interventie werkt om een probleem op te lossen naar of en vooral naar hoe interventies bijdragen aan het verbeteren van het totale systeem. Ook zijn er meerdere en andere databronnen nodig en statistische methoden voor data-analyse die recht doen aan de onderlinge samenhang tussen factoren en hoe die elkaar beïnvloeden.¹³⁶ De ontwikkelingen op het terrein van 'big data' kunnen hier kansen bieden om gegevens uit verschillende domeinen te combineren om tot nieuwe inzichten te komen.¹³⁷

Naast het onderzoeken van (kwantitatieve) effecten en verbanden tussen oorzaken en uitkomsten zijn er innovatieve methoden nodig die passen bij het al doende leren in de praktijk. Deze methoden kunnen inzicht geven in de werkzame bestanddelen en hebben oog voor de context en randvoorwaarden waaronder een aanpak effectief is. Dit vraagt om participatieve onderzoeksmethoden, zoals actiebegeleidend onderzoek, waarin alle betrokkenen een actieve rol hebben (principe 4). De essentie van deze methode bestaat uit, naast dataverzameling, veel ruimte voor reflectie op het proces en ieders rol daarin, en het op basis daarvan doorvoeren van verbeteringen en het bijsturen van de aanpak.^{138,139} Ook inwoners kunnen goed een rol vervullen in dergelijk onderzoek.¹⁴⁰ Deze manier van onderzoek biedt ruimte voor experimenteren om te ontdekken wat werkt. Andere voorbeelden van kwalitatieve methoden van monitoring en evalueren zijn onder andere responsief evalueren en narratief waarderen.^{141,142} Belangrijk is dat de methoden laagdrempelig zijn, waardoor iedereen ongeacht opleidingsniveau of etnische/culturele achtergrond op een gelijkwaardige manier kan deelnemen (principe 2).



Ten slotte is het belangrijk te werken aan vakmanschap van professionals. Het zijn de professionals, in zowel het medische als het sociaal domein, die de kennis, competenties en vaardigheden nodig hebben om persoonsgerichte zorg en ondersteuning te bieden. Hiertoe dienen de curricula van reguliere opleidingen voor artsen en andere professionals in de zorg het thema gezondheidsverschillen en gezondheidsvaardigheden op te nemen. Ook in curricula van sociale professionals zal de relatie tussen het sociale en medische domein een stevige plek in het curricula moeten krijgen. Daarnaast is aandacht nodig voor nascholing op onder meer het herkennen van laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden, communicatie vaardigheden, integraal werken en coachende begeleiding.

Slot-appèl

We streven naar een inclusieve samenleving die iedereen gelijke kansen biedt op een optimale gezondheid. Het terugdringen van gezondheidsverschillen staat daarbij centraal. Dit is een complexe maatschappelijke opgave die van inwoners, zorg-professionals, bestuurders en beleidsmakers een cultuuromslag en een andere manier van leven en werken vraagt waarbij we al doende en vooral gezamenlijk leren en experimenteren.

Pharos heeft op basis van wetenschappelijke en praktijkkennis negen principes uit-gewerkt voor een succesvolle, duurzame aanpak van gezondheidsverschillen. De princi-pes bieden houvast en solide aangrijpingspunten voor een effectieve aanpak, maar iedere situatie vraagt om maatwerk en een eigen invulling. We weten al lang dat de complexiteit van het vraagstuk zich niet laat vangen in één uniforme benadering. Het blijft van groot belang om bestaande kennis door te ontwikkelen en nieuwe kennis op te doen. Vooral op het gebied van de beheersmatige kant van de aanpak leven nog veel vragen. Op welke schaalgrootte kan het beste ingezet worden om daadwerkelijk effecten te zien? Welke keuzes kan je het beste maken met beperkte middelen? Hoe houd je het belang van terugdringen van gezondheidsverschillen duurzaam op de maatschappelijk en de beleidsagenda?

Om de veranderopgave en doelen scherp voor ogen te houden is het goed om een aantal vragen doorlopend te blijven beantwoorden:

- Is onze preventie, zorg en ondersteuning voldoende toegankelijk en effectief voor iedereen?
- Doen we voldoende recht aan de groeiende diversiteit en pluriformiteit in onze samenleving?
- Letten we erop dat de woorden en toon in het publieke discours bijdragen aan verbinding tussen maatschappelijke lagen in de samenleving?
- Scheppen we met wet- en regelgeving en lokaal en landelijk beleid voldoende randvoorwaarden voor een eerlijke verdeling van inkomen en gelijke kansen op het verwezenlijken van potentieel?

Er ligt een goede basis om de komende jaren het verschil te maken. Gezondheidsverschillen staan op de agenda en bij zowel bestuurders als beleidsmakers neemt het gevoel van urgentie toe. Dit draagvlak is van groot belang. Er is al veel kennis en kunde, maar we hebben nog een lange weg te gaan. Behalve bestuurlijk draagvlak is inspanning van alle betrokken partijen nodig. Allereerst de landelijke en lokale overheden die de aanpak met beleid en visie structureel ondersteunen.

We hebben bedrijven en werkgevers nodig die willen investeren in gezondheid van hun medewerkers en daarbij ook samenwerken met de publieke sector. Onmisbaar zijn de professionals die iedere dag het verschil kunnen maken en hun organisaties die dit faciliteren. We hebben wetenschappers nodig die effectieve manieren van monitoring en evaluatie onderzoeken. En uiteraard hebben we inwoners nodig die ons een spiegel voorhouden, hun ervaringen delen en meehelpen de samenleving beter te maken.

Gezondheidsverschillen duurzaam aanpakken vraagt bovenal om lef en leiderschap. Leiders die voorop gaan en alle betrokkenen weten mee te nemen in de noodzakelijke veranderingen. Leiderschap dat iedereen inspireert om constructief samen te werken aan dit maatschappelijke doel, ook al zijn de korte termijn uitkomsten en ontwikkelingen onzeker. Dergelijk leiderschap is de belangrijkste voorwaarde voor het welslagen van deze belangrijke maatschappelijke opgave: het duurzaam terugdringen van gezondheidsverschillen.

Utrecht, april 2019



Referenties

25. Centraal Bureau voor de Statistiek. *Gezondheid en zorggebruik: diabetes naar onderwijsniveau*. 6WDWOLQH%HVFKLNEDDUYLD
opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83005NED/table?dl=F25F
26. RIVM. *Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor gezond gewicht*. Beschikbaar via: www.rivm.nl/leefstijlmonitor/cijfers/gezond-gewicht
 #UDDGSOHHGRS@
27. Centraal Bureau voor de Statistiek. *Leefstijl en preventie; geslacht, leefstijl, persoonskenmerken: rookstatus*. 6WDWOLQH%HVFKLNEDDUYLD
opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83385NED/table?dl=C9D4
 #UDDGSOHHGRS@
 &HOWUDDO%XUHDXYRRUGH6WDWOLQH%HVFKLNEDDUYLD
 en zorggebruik; persoonskenmerken. *Psychisch ongezond, 12 jaar en ouder*. 6WDWOLQH%HVFKLNEDDUYLD
 Beschikbaar via: 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=I&HD=190218-1631&HDR=G2,G3,T&STB=G1
 #UDDGSOHHGRS@
29. Volksgezondheid en Zorg. *Eenzaamheid naar opleiding*. Beschikbaar via: www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/eenzaamheid/cijfers-context/huidige-situatie#node-eeenzaamheid-naar-opleiding
 #UDDGSOHHGRS@
30. Gezondin... Kennisdossier Participatie. *Één van de succesfactoren bij een integrale aanpak van gezondheidsachterstanden*. Pharos: Utrecht 2015. Beschikbaar via: www.gezondin.nl/onderwerpen/overgewicht
 #UDDGSOHHGRS@
 download
 -XQPDQQ19HHU%DQGHU De relatie tussen schulden en gezondheid: En wat de zorgprofessionaal te doen staat. 2016 Beschikbaar via: www.gezondin.nl/thema/overgewicht/publicaties/128-de-relatie-tussen-schulden-en-gezondheid-en-wat-de-zorgprofessionaal-te-doen-staat
32. Oosterberg E, Devillé W, et al. *Chronische ziekten bij allochtonen*. Handvatten voor patiënt-gerichte zorg bij diabetes, hypertensie en COPD. Ned Tijdschr Geneesk. 2013;157:5669.
33. Hemke F, Van den Muijsenbergh M. Hoofdstuk 3: Migratie. In: *Zorg voor laaggeletterden, migranten en sociaal kwetsbaren in de huisartsenpraktijk*. NHG en Pharos, 2016.
34. Marmot M. *Social determinants of health inequalities*. The Lancet 2005;365:1099–104
35. Lalonde M. *A new perspective on the health of Canadians: a working document*. Ottawa: health and welfare Canada. 1974.
36. Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies. 1991.
37. Landelijke Huisartsenvereniging. *Ledenenquete naar zorgmijding*. Utrecht:LHA. 2014.
 OXLMVHQEHUKOYDQGHQ/verschil moet er zijn!
 Inaugurale rede. Nijmegen: Radboud
 QLYHUVLWLHLW5DGERXGXP
39. McEwen B. *3URWHFWLYHDQGGDPDLOHHFWVRI stress mediators*. 1HZ@DQ-RWDORI
 OHGLFL@
 3NN@SLN@HWDO Stressful life events and the metabolic syndrome. Diabetes & DUH
41. Agyemang C, Goosen S, et al. *Relationship between post-traumatic stress disorder and diabetes among 105,180 asylum seekers in the Netherlands*. (M-3KOLF#DOWK
42. Ulvestad E. *Psychoneuroimmunology: the experiential dimension*. Methods Mol Biol. 2012;934:21-37
 OXOODLQDWKQD66KD4U#haarste. Hoe gebrek aan tijd en geld ons gedrag bepalen. Maven Publishing. 2013.
 LDV)HUUHLUD(6RXVD-&HWDOChronic stress
 FD#XVIUR#RWVWULDWDUOHUJDD#WLRDQGHFWW
 decision-making. Science. 2009;325(5940):621-5.

45. Starcke K, Brand M. *Decision making under stress: a selective review*. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2012;36(4):1228-1248.
46. WRR. *Weten is nog geen doen*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. 2017
47. Ikram U. *Social determinants of ethnic minority health in Europe*. PhD-thesis, Amsterdam:AMC-UvA. 2016
48. Rowlands G, Russell S, et al. *What is the evidence on existing policies and linked activities and their effectiveness for improving health literacy at national, regional and organizational levels in the WHO European Region?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2018.
49. Heijmans M, Brabers A, et al. *Health literacy in Nederland* Utrecht:NIVEL. 2018.
50. Rademakers J. *Kennissynthese: Gezondheidsvaardigheden: niet voor iedereen vanzelfsprekend*. Utrecht:Nivel. 2014.
51. Murugesu L, Heijmans M, et al. *Beter omgaan met beperkte gezondheidsvaardigheden in de curatieve zorg: kennis, methoden en tools*. Utrecht: Nivel, 2018.
52. Hoff S. *Armoede onder kinderen. Een probleemschets*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau. 2017.
53. SER *Opgroeien zonder armoede*. Den Haag: Sociaal-Economische Raad. 2017
54. Notten N, Wijs F de. *Een beeld van de laaggeletterde ouder: Een onderzoek naar achtergrondkenmerken, leesopvoeding en taalprestaties in laaggeletterde gezinnen*. Amsterdam: Stichting Lezen. 2017.
55. Edzes A, Strijker D. *Overerfbare armoede in de Veenkoloniën*. Sociaal Bestek. 2017;79(6):34-36.
56. Jansen M, Kuppens E. *Op zoek naar de Limburg-factor: Wat is er bekend over de gezondheidsachterstand van Limburg ten opzichte van de rest van Nederland, welke kennis ontbreekt nog en hoe komen we tot een trendbreuk?* Maastricht: GGD Zuid Limburg. 2015
57. Bourdieu P, Passeron J. *La Reproduction. Éléments Pour Une Théorie Du Système D'enseignement*. Paris: Ed. de Minuit. 1970.
58. Bourdieu P. *La Distinction. Critique Sociale Du Jugement*. Paris: Les Ed. de Minuit. 1979.
59. Abel T. *Cultural capital and social inequality in health*. J Epidemiol Commun Health. 2008;62(7):e13.
60. Denktas S, Burdorf A. *Wordt het geen tijd om de grote gezondheidsverschillen in Nederland op te lossen?* Een essay over de oorzaken en de oplossingen. Rotterdam:Erasmus Universiteit. 2016.
61. Oude Groeniger J, Kamphuis CBM. *Cultureel kapitaal als verklaring van sociaaleconomische gezondheidsverschillen*. Tijdschr Gezondheidswet. 2017;95:147-148.
62. Marmot M, Friel S, et al. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. The Lancet, 2008;372(9650):1661-1669
63. Stronks K, Droomers M, et al. *Health impact of area-based interventions in Dutch deprived neighbourhoods: the URBAN40 study*. European Journal of Public Health. 2014; 24(2)
64. WHO. *Rio political declaration on social determinants of health*. Rio: World health Organization. 2011
65. WHO. *Helsinki Statement on Health in All Policies*. Geneva: WHO. 2013
66. Broeke J van den. *In need of a collaborative response. An analysis of collaboration between public health, primary care and social care in deprived neighbourhoods*. PhD-thesis, Amsterdam:AMC-UvA. 2017.
67. Leemrijse C, Bakker D de, et al. *Overvecht Gezond! Theoretische onderbouwing van de integrale aanpak 'krachtige basiszorg' in de Utrechtse wijk Overvecht*. Utrecht:NIVEL. 2016.
68. Marmot M. *Fair society, healthy lives: the Marmot review. Strategic review of health inequalities in England post-2010*. London: Marmot Review. 2010.

69. Whitehead M, Povall S, et al. The equity action spectrum: taking a comprehensive approach. Copenhagen. WHO regional office for Europe. 2014
70. National Collaborating Centre for Determinants of Health. *Let's talk: Universal and targeted approaches to health equity*. Antigonish, NS: National Collaborating Centre for Determinants of Health, St. Francis Xavier University. 2013
71. Berkum M van, Smulders E. *Migranten, gezondheidszorg en preventie*, Utrecht: Pharos. 2010.
72. Carey G, Crammond B, et al. *Towards health equity: a framework for the application of proportionate universalism*. Int J Equity Health, 2015;14:81.
73. Mackenzie M, Hastings A, et al. *Proportionate Universalism as a Route to Mitigating Health Inequalities? Exploring Political, Policy and Practice Uncertainties in Times of Austerity*. In: *Inequalities in the UK*. 2017; 217-231.
74. Goldblatt P, Siegrist J, et al. *Improving health equity through action across the life course: Summary of evidence and recommendations from the DRIVERS project*. 2015
75. Huebner G, Boothby N, et al. *Beyond Survival: The Case for Investing in Young Children Globally. Discussion Paper*. Washington, DC.:National Academy of Medicine. 2016.
76. Detmar S, Buuren S van. *Whitepaper: investing in the first 1000 days of life for a healthy future*. TNO 2016
77. Ong K, Emmett P, et al. *Dietary Energy Intake at the Age of 4 Months Predicts Postnatal Weight Gain and Childhood Body Mass Index*. Pediatrics. 2006;117(3):503-508;
78. Oostvogels AJJM, Busschers WB, et al. *Pre-pregnancy weight status, early pregnancy lipid profile and blood pressure course during pregnancy: The ABCD study*. PLoS ONE. 2017;12(5)
79. Salsberry PJ, Reagan PB. *Dynamics of early childhood overweight*. Pediatrics. 2005;116(6):1329-38.
80. Berkum M van. *Zorg, ondersteuning en preventie voor nieuwkomende vluchtelingen: Wat is er nodig?* Utrecht:Pharos. 2016. Beschikbaar via: www.pharos.nl/wp-content/uploads/2018/11/zorg-ondersteuning-en-preventie-voor-nieuwkomende-vluchtelingen-wat-is-er-nodig_Pharos.pdf
81. Haker F, et al. *Kennissynthese gezondheid van nieuwkomende vluchtelingen en indicaties voor zorg, preventie en ondersteuning*. Utrecht:Pharos. 2016. Beschikbaar via: www.pharos.nl/kennisbank/kennissynthese-gezondheid-van-nieuwkomende-vluchtelingen-en-indicaties-voor-zorg-preventie-en-ondersteuning
82. Campen C van, Vonk F, et al (red). *Kwetsbaar en eenzaam? Risico's en bescherming in de ouder wordende bevolking*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau. 2018.
83. Campen C van, Broese van Groenou M, et al. *Langer zelfstandig. Ouder worden met hulpbronnen, ondersteuning en zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.2017.
84. Klokgieters S, Tilburg T van, et al. *Gezondheidsverschillen onder oudere migranten in Nederland*. Demos: bulletin over bevolking en samenleving. 2018;34 (9):4-7.
85. Been de M, Muijsenbergh M van den, et al. *Gezondheid en kwaliteit van zorg voor iedereen. Wat maakt het verschil?*. Utrecht:Pharos. 2018
86. Nagelhout GE, Verhagen D, et al. *Belangrijke randvoorwaarden bij de ontwikkeling van leefstijlinterventies voor mensen met een lage sociaal-economische status. Een Delphi-onderzoek*. Tijdschrift Gezondheidswet. 2018;96: 37.
87. Dowse R, Ramela T. et al. *An illustrated leaflet containing antiretroviral information targeted for low-literate readers: development and evaluation*. Patient education and counseling. 2011;85(3):508-515.

88. Dowse R, Barford K, et al. *Simple, illustrated medicines information improves ARV knowledge and patient self-efficacy in limited literacy South African HIV patients*. AIDS care. 2014;26(11):1400-1406.
89. Nilsen ES, Myrhaug HT, et al. *Methods of consumer involvement in developing healthcare policy and research, clinical practice guidelines and patient information material*. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006;3.
90. Well London.
Beschikbaar via www.welllondon.org.uk [Geraadpleegd op 19-11-2018]
91. Brun T de, O'Reilly-De Brún M, et al. *Using Participatory Learning & Action (PLA) research techniques for inter-stakeholder dialogue in primary healthcare: an analysis of stakeholders' experiences*. Research Involvement and Engagement 2017;3:28
92. Graumans A, Maas M, et al. *Infosheet Sleutelpersonen Gezondheid Statushouders*. 2018. Beschikbaar via: www.pharos.nl/wp-content/uploads/2018/10/infosheet_sleutel_personen_gezondheid_statushouders.pdf
93. Pharos. Sleutelpersonen. Beschikbaar via: www.pharos.nl/sleutelpersonen [Geraadpleegd op 18-12-2018]
94. O'Mara-Eves A, Brunton G, et al. *Community engagement to reduce inequalities in health: a systematic review, meta-analysis and economic analysis*. Southampton (UK): NIHR Journals Library. 2013.
95. Muijsenbergh M van den, Teunissen E, et al. *Giving voice to the voiceless: how to involve vulnerable migrants in healthcare research*. The British journal of general practice. 2016;66(647),284-5.
96. Weger E De, Vooren N van, et al. *Achieving successful community engagement: a rapid realist review*. BMC health services research. 2018;18(1):285
97. Muijsenbergh M van den. *De huisarts kan het verschil maken. Gezondheidsverschillen en persoonsgerichte, integrale zorg door de huisarts*. Bijblijven. 2018.
98. Muijsenbergh M van den & Oosterberg E. (red) *Zorg voor laaggeletterden, migranten en sociaal kwetsbaren in de huisartsenpraktijk*. Pharos, NHG. 2016
99. RVS. *Zonder context geen bewijs*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. 2017.
100. RVS. *Eenvoud loont, oplossing om schulden te voorkomen*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. 2017
101. Bandura A. *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change*. Psychological Review 1977;84(2):191-215.
102. Bandura A. *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, Inc. 1986.
103. Bandura A. *Self-Efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman. 1997.
104. Kickbusch I, Pelikan JM, et al. *Health literacy, the solid facts*. Copenhagen: World Health Organization (WHO). 2013
105. Oosterberg E. *De kracht van eenvoudige communicatie, tips voor de praktijk*. Bijblijven. 2018;34:228.
106. Pharos. *Begrijpelijke voorlichting en beeldverhalen*. Beschikbaar via: www.pharos.nl/thema/eenvoudig-voorlichtingsmateriaal-en-beeldverhalen [Geraadpleegd op 12-2-2019]
107. Belastingdienst. *Ervaringsdeskundigen helpen bij verbeteren dienstverlening aan laaggeletterden*. Beschikbaar via: over-ons.belastingdienst.nl/ervaringsdeskundigen-helpen-belastingdienst-bij-verbeteren-dienstverlening-aan-laaggeletterden [Geraadpleegd op 21-1-2019]

108. Gonzalez JS, et al. *Psychosocial factors in medication adherence and diabetes self-management: Implications for research and practice*. The American psychologist. 2016;71(7):539-551.
109. Olander EK, Fletcher H, et al. *What are the most effective techniques in changing obese individuals' physical activity self-efficacy and behaviour: a systematic review and meta-analysis*. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 2013;10(1):29.
110. Hardcastle S, Blake N, et al. *The effectiveness of a motivational interviewing primary-care based intervention on physical activity and predictors of change in a disadvantaged community*. Journal of behavioral medicine. 2012;35(3):318-333.
111. Stichting Lezen en Schrijven. *Taal maakt gezonder*. 2017. Beschikbaar via: www.lezenenschrijven.nl/uploads/editor/201701_factsheet_THEMA_SLS_Taalmaaktgezonder-links2.pdf [Geraadpleegd op 7-1-2019]
112. Greef M. de, Segers M., et al. *Impactonderzoek taaltrajecten Taal voor het leven door Stichting Lezen & Schrijven op het gebied van sociale inclusie en leesvaardigheid Deel A*. Maastricht: Maastricht University, Educational Research & Development (ERD) School of Business and Economics. 2014
113. Plantinga A. *Poor Psychology: Poverty, Shame and Decision Making*. PhD-thesis, Tilburg: Tilburg Univeriteit. 2019
114. Jungmann N, Wesdorp P. *Mobility Mentoring® Hoe inzichten uit de hersenwetenschap leiden tot een betere aanpak van armoede en schulden*. Den Haag:Platform 31. 2017
115. *Mobility Mentoring*. Beschikbaar via: mobilitymentoring.nl [Geraadpleegd op 18-11-2019]
116. Beenackers MA, Nusselder WJ, et al. *Het terugdringen van gezondheidsachterstanden: een systematisch overzicht van kansrijke en effectieve interventies*. Rotterdam: Erasmus MC. 2015.
117. Prestwich A, Kellar I, et al. *How can self-efficacy be increased? Meta-analysis of dietary interventions*. Health Psychology Review. 2014;8(3):270-285.
118. Lammers J. *Bevorderen van het psychisch welbevinden op school: wat werkt?* Utrecht: Trimbos-instituut/Pharos. 2016.
119. *Welbevinden op school*. Beschikbaar via: www.welbevidenopschool.nl [Geraadpleegd op 23-11-2019]
120. Loorbach D. *Transition Management: new mode of governance for sustainable development*. PhD-Thesis. Utrecht. 2007
121. Hart W. *Verdraaide organisaties. Terug naar de bedoeling*. Deventer: Vakmedianet. 2013.
122. Radar Advies. *Factoren die bijdragen aan het transformeren van het sociale domein*. Amsterdam: Radar. 2015.
123. Mackenbach JP. *Can we reduce health inequalities? An analysis of the English strategy (1997-2010)* Journal of Epidemiology & Community Health. 2011;65:568-575.
124. Vermeer, A et al. *Duurzame wijkgerichte gezondheidsbevordering: wat is het en welke factoren spelen een rol?* Tsg. 2012;90(2)
125. Smissen PJAM van der. *Kennisdossier borging ZonMw-programma Gezonde Slagkracht*. Den Haag: ZonMw. 2013.
126. Boutellier H. et al. *De professe van het proces. De zoekende praktijk van de ambtenaar 3.0*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut. 2017.
127. Platform31. *Wijkengids*. Beschikbaar via: www.platform31.nl/wijkengids
128. Yperen T van, Hageraats R. *Leiding geven aan transformatie*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. 2018
129. Koperen TM van, Renders CM, et al. *Het Evaluatie Raamwerk voor de Integrale Aanpak van Overgewicht*. TSG. 2014;92(2):5-76.
130. Storm I, Koperen M van, et al. *Monitoren en evalueren van integraal gezondheidsbeleid*, Beleidsonderzoek Online. 2014.

131. Sterrenberg L, Vos W. *Het vizier: Monitoring en evaluatie: van opties tot plan*. Den Haag: Platform31 en Rebel. 2017
132. Koperen TM van. *Tien tips voor de evaluatie van complexe wijkprogramma's*. 2017. Beschikbaar via: www.gezondin.nu/thema/participatie/blog/80-tien-tips-voor-de-evaluatie-van-complexe-wijkprogrammas
133. Kremers SPJ, Visscher TLS, et al. *Effect in zijn context Evaluatie van Jongeren op Gezond Gewicht (JOGG)*. Tijdschr Gezondheidswet. 2018;96:128.
134. NPHF Projectgroep Onderzoeksbeleid. *Actie-agenda Projectgroep Onderzoeksbeleid. Onderzoeksbeleid met open vizier*. Utrecht: NPHF Federatie voor Gezondheid. 2015.
135. RVS. *De zorgagenda voor een gezonde samenleving*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. 2017.
136. Rutter H, Savona N, et al. *The need for a complex systems model of evidence for public health*. Lancet. 2017; 390:2602-2604
137. Duivenvoorden A, Sterrenberg L. Big-data voor vroeg opsporing? Interview met Marieke Arends, gemeente Hengelo, over armoede en schulden. Platform31. 2018. Beschikbaar via: www.gezondin.nu/?file=1006&=1536220702&action=file.download
138. Baum F, MacDougall C, et al. *Participatory action research*. J Epidemiol Community Health 2006;60:854-857.
139. Wagemakers A, Koelen M, et al. *Actie-begeleidend onderzoek ter ondersteuning van intersectorale samenwerking en bewoners-participatie: De ervaringen met het wijkgezondheidswerk in Eindhoven*. TGS. 2007;85:23-31
140. Den Broeder L, Devilee J, Van Oers H, Schuit AJ, Wagemakers A. Citizen Science for public health. *Health Promot Int*. 2016;33(3):505-514.
141. Bekker M, Mutsaers B, et al. *Responsieve evaluatie van Integrale Actie (RIA): een methode voor monitoring door stakeholdersdialogen over gezondheid gerelateerde integrale actie*. TSG, 2015;93(6)
142. Sarphatie E. *Narratief waarderen. Tellen en vertellen, maar vooral luisteren*. Sociaal Bestek. 2017.
143. Wyatt R, Laderman M, et al. *Achieving Health Equity: A Guide for Health Care Organizations*. IHI White Paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2016
144. Amsterdamse aanpak gezond gewicht. Beschikbaar via: aagg.nl/ [Geraadpleegd op 28-11-2018]
145. BS&F. *Preventie en de gemeentepolis*. 2017. Beschikbaar via: www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/02/01/preventie-en-de-gemeentepolis
146. Pharos. *Themadoc gemeentepolis*. Beschikbaar via: online.flowpaper.com/76720735/ThemadocGemeentepolisGezondheidsverschillen/#page=1
147. VNG. *Onderzoek naar de waarde van het instrument minimapolis*. 2018 Beschikbaar via: vng.nl/files/vng/nieuws_attachments/2018/20180420-onderzoek-waarde-instrument-minimapolis-significant-vng.pdf
148. Pharos. *Infosheet Sociaal-economische en etnische gezondheidsverschillen in richtlijnen*. Utrecht: Pharos. 2018. Beschikbaar via: www.pharos.nl/factsheets/sociaal-economische-en-etnische-gezondheidsverschillen-in-richtlijnen

In deze publicatie verwoordt Pharos haar visie op het verkleinen van gezondheidsverschillen. We bieden inzicht in de voornaamste oorzaken en mechanismen die ervoor zorgen dat gezondheidsverschillen zo hardnekkig zijn. Daarbij presenteren we negen principes voor de aanpak van gezondheidsverschillen. We bieden geen blauwdruk en geen uitgestippelde route. Wel bieden we een richting – een kompas. De informatie in dit document is onderbouwd met wetenschappelijke kennis en praktijkervaring uit binnen- en buitenland.

**Pharos Expertisecentrum
Gezondheidsverschillen**

Arthur van Schendelstraat 600
3511 MJ Utrecht
www.pharos.nl

*Gezondheid en kwaliteit van zorg
voor iedereen*

