

Samen Kansrijk en Gezond 2021-2030

COLOFON



100 Watt gebouw
James Wattstraat 100, 7^e etage
1097 DM Amsterdam

T: 085 040 32 60
E: info@fnozorgvoorkansen.nl
www.fnozorgvoorkansen.nl

Teksten: FNO
Uitgave en eindredactie: FNO
Fotografie: eigen collectie

©2020 FNO, Amsterdam

Dit rapport is een uitgave van FNO. U mag er informatie uit gebruiken mits u daarbij de bron vermeldt. Foto's mag u niet zonder schriftelijke toestemming van FNO gebruiken.

INHOUD

COLOFON.....	2
Voorwoord	4
Verandertheorie.....	5
1. Context	6
1.1 Achtergrond FNO.....	6
1.2 Kwartiermakersfase.....	7
2. Maatschappelijk vraagstuk.....	9
2.1 Verklaring van gezondheidsachterstanden	9
2.2 Beleid gericht op gezondheidsachterstanden.....	10
2.3 Preventie	11
2.4 Effecten coronacrisis	11
2.5 Omvang en samenstelling doelgroep.....	11
2.6 Conclusie	12
3. Oplossingsrichtingen	13
3.1 Oplossingen richting doelgroep en ervaringsdeskundigen	13
3.2 Oplossingen richting professionals.....	13
3.3 Oplossingen richting aanpak en beleid	14
3.4 Oplossingsrichtingen voor preventie	15
4. Afwegingen.....	17
5. Doel en programmaopbouw	18
5.1 Droom en doel.....	18
5.2 De opbouw van het programma	18
6. Uitvoering en organisatie	20
6.1 Structuur, partijen en rolverdeling.....	20
6.2 Plan van aanpak.....	21
6.3 Calls	22
6.4 Communicatie	22
6.5 Monitoring en evaluatie.....	23
6.6 Borging programma.....	23
6.7 Budget	23
7. Verantwoording en opdracht.....	24
Bijlage 1. Verhalen van ervaringsdeskundigen.....	25
Bijlage 2. Lijst van gehanteerde definitie's.....	27
Bijlage 3. Lijst van geraadpleegde literatuur	29
Bijlage 4. Lijst gesprekspartners kwartiermakersronde	32

VOORWOORD

Je ziet het niet. Hoe het is om te leven van 25 euro per week. Met je twee kinderen. Of met drie. Je ziet niet wat er nodig is om overeind te blijven, hoeveel moeite het kost om je kinderen een gezonde start te geven.

Er zijn 1 miljoen mensen in Nederland die leven in een gezin waar dit soort problemen spelen. Dit heeft grote gezondheidsachterstand tot gevolg: mensen met een praktische opleiding leven in Nederland 6 jaar korter dan mensen met een theoretische opleiding. Ook krijgen zij 15 jaar eerder gezondheidsproblemen. FNO wil vanuit haar missie om kwetsbare groepen in de samenleving meer kansen op gezondheid, kwaliteit van leven en toekomstperspectief te bieden, bijdragen om ook de problemen rond gezondheidsachterstanden bij gezinnen te verminderen. Dat pakken we op met het programma Samen Kansrijk en Gezond.

Het bestuur van FNO heeft besloten met dit programma bij te dragen aan het verminderen van gezondheidsachterstanden bij gezinnen in Nederland. Programma Samen Kansrijk en Gezond is tot stand gekomen met als voedingsbodem de resultaten van het programma Gezonde Toekomst Dichterbij dat liep van 2015-2020, en volgt mede uit een brede gespreksronde met relevante stakeholders en ervaringsdeskundigen in 2020.

Wij realiseren ons dat we met dit programma niet het gehele probleem kunnen oplossen, maar denken met een nieuw langlopend programma betekenisvol te kunnen bijdragen aan extra kennis en innovatie op weg naar het structureel verminderen van gezondheidsachterstanden in Nederland.

Wij danken de vele gesprekspartners voor hun enthousiaste en inhoudelijke inbreng en hun tijdsinvestering. Mede door deze samenwerking en de inzet van de doelgroep om wie het gaat, kijken wij ernaar uit om samen de gewenste maatschappelijke impact te bereiken.

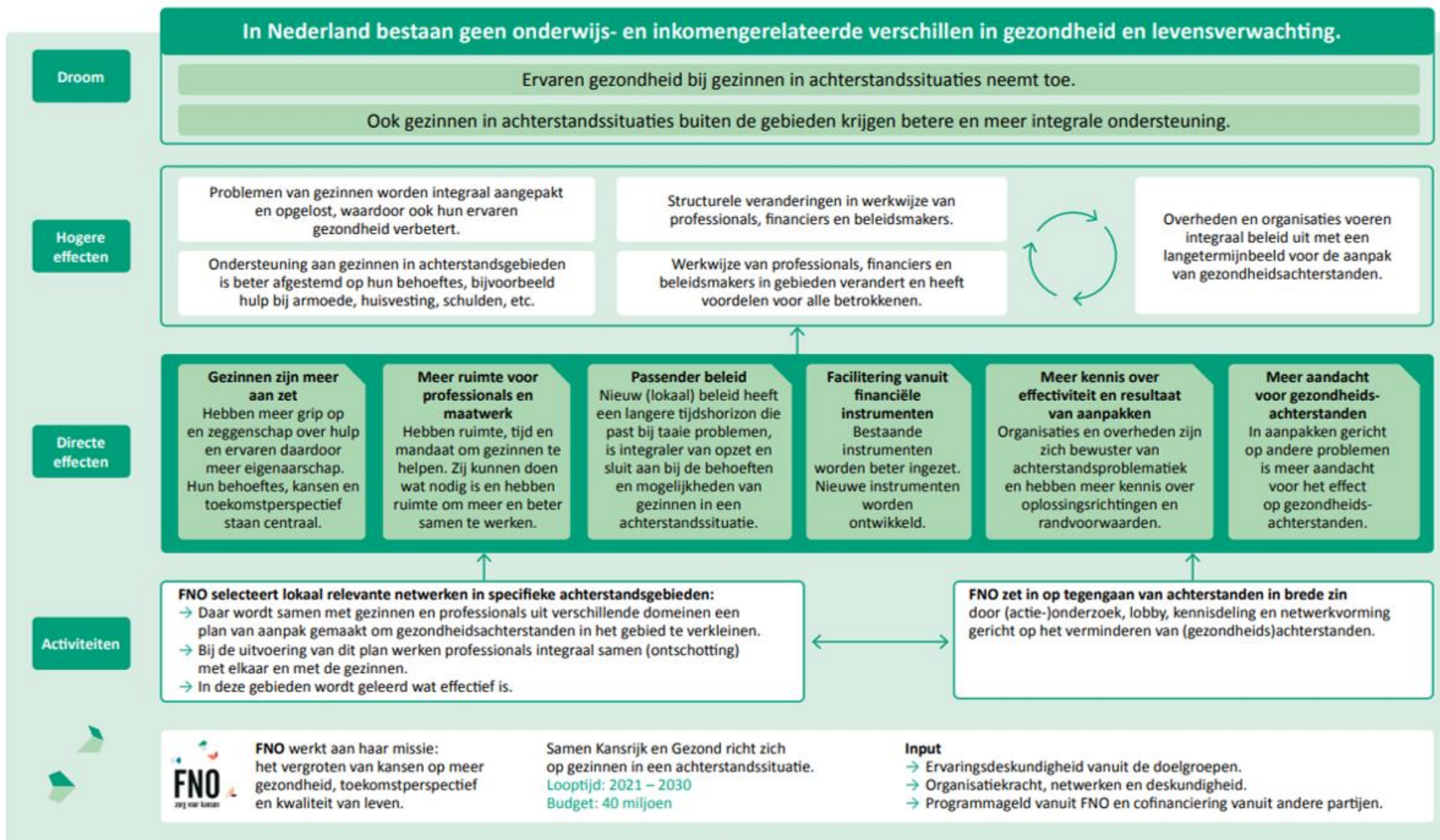
Wij wensen u veel leesplezier en inspiratie toe en vertrouwen op uw betrokkenheid en steun bij onze belangrijke missie. Op naar een samenleving zonder gezondheidsachterstanden!

FNO Zorg voor kansen

Monique Schrijver, programmaleider
Angela Nijland-Turel, programmasecretaris
Tamar Shahinian, programma-ondersteuner

VERANDERTHEORIE

De verandertheorie van Samen Kansrijk en Gezond stelt de missie van het programma voorop en verheldert welke stappen er nodig zijn om onze droom te behalen. Bij het ontwerpen van het programma denken we van boven naar beneden. Dus: wat kunnen we concreet als programmadoelen stellen voor deze droom, als we 10 jaar en 40 miljoen euro kunnen besteden. Welke verwachte effecten moeten we dan nastreven en welke activiteiten zijn hiervoor nodig? De verandertheorie geeft ook richting aan de monitoring en evaluatie van het programma.



1. CONTEXT

Programma Samen Kansrijk en Gezond heeft als basis de ervaringen die FNO in de afgelopen jaren heeft opgedaan met het onderwerp gezondheidsachterstanden bij gezinnen. Het programma is gebaseerd op een uitgebreide interviewronde met stakeholders en de doelgroep: de kwartiermakersronde. Dit hoofdstuk gaat in op de aanleiding voor en de achtergrond van het programma.

1.1 ACHTERGROND FNO

FNO is een vermogensfonds met de missie dat een kwetsbare gezondheid een volwaardig leven niet in de weg mag staan. Daarom zetten wij ons in voor het vergroten van kansen op meer gezondheid, kwaliteit van leven en toekomstperspectief. Dit doen we door het samenbrengen van partijen, het verzamelen en delen van kennis en het financieren van projecten binnen programma's. Kijk voor meer informatie op: www.fnozorgvoorkansen.nl.

Sinds 2015 werken we binnen FNO programmatisch. Naast de samenhang met de missie van FNO is de samenhang tussen de programma's essentieel voor synergie. In januari 2020 is Jongeren INC (2020-2023) gestart, een programma gericht op jongeren (0-25 jaar) met een chronische aandoening. In maart 2020 is het programma GeestKracht (2020-2025) begonnen. Dit programma richt zich op jongvolwassenen (16-35 jaar) met mentale problemen. Naast de doelgroep jongeren, zorgen vooral de thema's 'kansengelijkheid', 'armoede' en 'opleidingsniveau' voor een belangrijke inhoudelijke samenhang en daarmee mogelijkheid tot kennisuitwisseling. Met het programma Klein Geluk (2018-2021) zit samenhang bij de doelgroep mensen met een licht verstandelijke beperking.

Van 2015 tot 2020 voerde FNO het programma Gezonde Toekomst Dichterbij uit met als doel het verkleinen van gezondheidsachterstanden bij gezinnen in achterstandssituaties. Een integrale aanpak van roken, overgewicht, alcohol en ervaren gezondheid stond centraal, waarbij het uitgangspunt was dat aanpakken samen met gezinnen bedacht en/of uitgevoerd werden.

Het programma bestond uit twee verschillende programmalijnen. Projecten van programmalijn 1 hadden een voorfase van een half jaar, waarin een startfoto van het betreffende gebied (wijk/dorp) werd gemaakt en in gesprek met bewoners een integraal plan van aanpak werd ontwikkeld om de gezondheid te bevorderen. Dit plan werd in de tweede fase, met een gemiddelde looptijd van 3 jaar uitgevoerd. In deze programmalijn zijn 19 projecten gehonoreerd.

Projecten uit programmalijn 2 hadden een integrale benadering en geen voorfase, maar moesten wel gestoeld zijn op behoeften van de doelgroep. In deze programmalijn zijn 27 projecten gehonoreerd. Alle projecten in beide programmalijnen dienden zich te richten op de ervaren gezondheid en daarnaast op een of meer van de drie gezondheidsgerelateerde (risico)gedragingen: overmatig alcoholgebruik, roken en een beweeg- en voedingspatroon dat leidt tot overgewicht.

Daarnaast faciliteerden we kennisdeling tussen de projecten en met (lokale) beleidsmakers, en hebben we de resultaten richting beleidsmakers verspreid. Tijdens het programma adviseerde een klankbordgroep van moeders de projecten en het programmabureau en voorzag een programmacommissie ons van gevraagd en ongevraagd advies over het programma en de te honoreren projecten.

Door het programma Gezonde Toekomst Dichterbij heeft FNO veel ervaring opgedaan met de doelgroep en het onderwerp gezondheidsachterstanden. Het programma is geëvalueerd door Wageningen University in samenwerking met Wageningen Economic Research en het Verwey-Jonker

Instituut. De volgende geleerde lessen van het programma zijn geïntegreerd in dit nieuwe programma:

1. **Het is belangrijk om bewoners te betrekken.** Ook bij (gezondheids)beleid en in de planfase. Dat is nodig om aan te sluiten bij wat bewoners bezighoudt. Als aanpakken niet voldoende aansluiten bij de behoeften en leefwereld van deze gezinnen, is er minder kans van slagen. Gezonde Toekomst Dichterbij heeft aangetoond dat het werkt om bewoners vanaf het begin te betrekken bij aanpakken gericht op gezondheid en aan te sluiten bij wat hen bezighoudt om zo de gezondheid te verbeteren.
2. **Een lange adem is noodzakelijk.** De situatie van gezinnen is vaak complex. Bovendien lopen zij vaak van generatie op generatie tegen dezelfde problemen en belemmeringen aan. Deze problemen doen zich voor op verschillende levensdomeinen, zoals bestaanszekerheid, opleiding, huisvesting en relaties. De problemen hebben effect op het welbevinden en de gezondheid, maar zijn vaak niet snel op te lossen. Het aanpakken van gezondheidsachterstanden vergt daarom een lange adem, naast betrokkenheid van verschillende beleidsdomeinen, buiten de directe (publiek) gezondheidszorg. Het is daarom belangrijk om voldoende tijd en geld vrij te maken voor het samenwerken aan beleid gericht op het tegengaan van achterstanden.
3. **Faciliteer professionals met meer mandaat en tijd.** Voordat mensen aan hun gezondheid kunnen werken, moeten vaak eerst achterliggende problemen worden opgelost. De professional moet de tijd en ruimte krijgen om die problemen samen met gezinnen in kaart te brengen en aan te pakken. Het kan nodig zijn eerst te focussen op andere doelen, zoals kennis en vaardigheden, werk en inkomen, huisvesting, sociale netwerken, sociale participatie, financiële situatie en *empowerment*. Soms gaat het verbeteren van de gezondheid dan vanzelf. Een aantal problemen kan worden weggenomen door het veranderen of schrappen van belemmerende regelgeving en het maken van andere beleidskeuzes. Voor de organisatie waarin de betrokken professional werkt of waardoor hij/zij wordt gefinancierd, betekent dit het formuleren van een langetermijnvisie op het aanpakken van achterstanden en het faciliteren van medewerkers, zodat zij goed kunnen aansluiten bij gezinnen en tijd en mandaat krijgen om te organiseren dat gezinnen vooruit worden geholpen.

Samengevat: gezondheidsachterstanden aanpakken is best mogelijk, maar vraagt een lange adem, betrokkenheid van de doelgroep, een aanpak op veel verschillende levensdomeinen én flexibiliteit en ruimte voor professionals op verschillende beleidsterreinen om problemen integraal aan te pakken.

1.2 KWARTIERMAKERSFASE

Ter voorbereiding van Samen Kansrijk en Gezond is in 2020 een kwartiermakersronde gehouden waarin actuele vraagstukken, thema's en knelpunten zijn opgehaald in ruim vijftig interviews met stakeholders (bijlage 4) en door bestudering van publicaties (bijlage 3). Een belangrijke constatering uit de kwartiermakersronde is dat de urgentie van de problematiek van gezondheidsachterstanden wordt erkend, evenals de samenhang van gezondheidsachterstanden met achterstanden op andere levensdomeinen. Daarnaast zijn alle gesprekspartners positief over het initiatief van FNO om wederom een programma op dit thema te starten en is er veel waardering voor de lange termijn van tien jaar, waarin FNO in dit maatschappelijke vraagstuk wil investeren.

In de kwartiermakersronde is ook de klankbordgroep van FNO betrokken. Daarnaast heeft een bredere consultatie van gezinnen in achterstandssituaties plaatsgevonden. Kinderen zijn geconsulteerd met behulp van de Missing Chapter Foundation. Deze organisatie heeft expertise op

het vertalen van de stem van kinderen naar beleid. Met de Weekend Academie (naschoolse voorziening) en de 1^e Montessorischool Hoofddorp zijn door de Missing Chapter Foundation twee werksessies georganiseerd met in totaal 40 kinderen. De kinderen waren ouder dan 10 en de groepsgrootte varieerde van een groep van 10 op de Weekend Academie tot een klas in Hoofddorp. We hebben een aantal vragen gesteld aan alleenstaande moeders via een enquête op het Facebook-platform van Single Supermom (74 deelnemers) en een verdiepende focusgroep met 4 alleenstaande moeders online. De vrouwen woonden verspreid door heel Nederland en hadden een gemiddelde leeftijd van 37. Zij hadden veelal 1 of 2 kinderen, die gemiddeld 10 jaar oud waren. Tot slot is via Doras met 6 ouders in Amsterdam-Noord gesproken over gezondheid bij gezinnen in achterstandssituaties. De deelnemers waren allemaal ervaringsdeskundigen uit het project 'Gezond Noord'.

Op 2 en 9 november 2020 is een gesprek gevoerd met een heterogene groep professionals, om met hen van gedachten te wisselen over de in de kwartiermakersfase opgedane bouwstenen voor het nieuwe programma en de mogelijkheden om de aannames in de verandertheorie te onderbouwen en/of meten.

2. MAATSCHAPPELIJK VRAAGSTUK

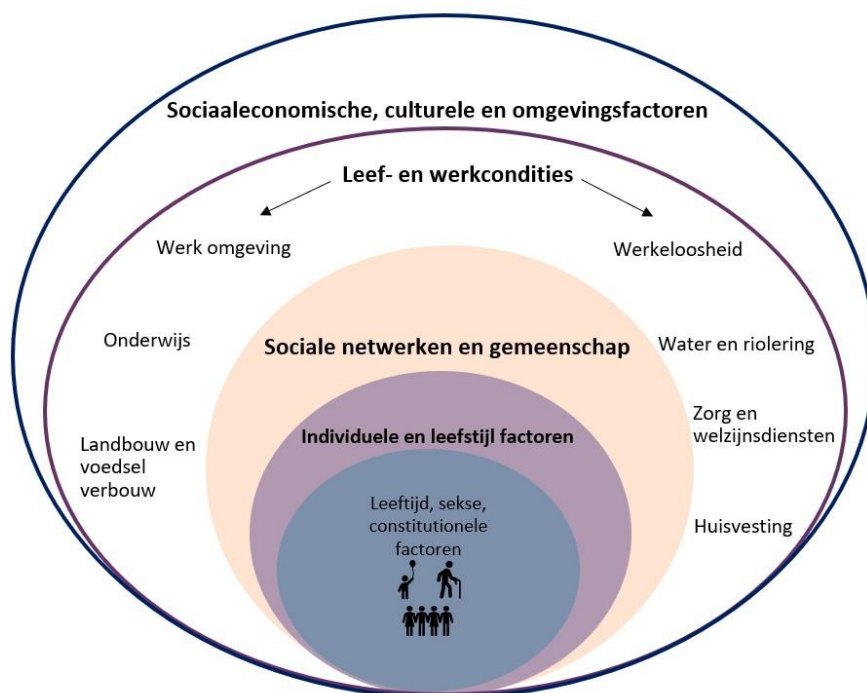
Elk programma van FNO kent een hoge mate van ambitie wat betreft beoogde maatschappelijke impact, ook dit programma. Het maatschappelijk vraagstuk waar Samen Kansrijk en Gezond zich op richt is complex en veelomvattend. In dit hoofdstuk gaan we in op de knelpunten, omvang en diversiteit van de problematiek van gezondheidsachterstanden.

2.1 VERKLARING VAN GEZONDHEIDSACHTERSTANDEN

In Nederland leven mensen met een praktische opleiding gemiddeld zes jaar korter en zelfs vijftien jaar in minder goed ervaren gezondheid dan mensen met een theoretisch opleidingsniveau. Mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) roken meer, eten minder groenten en fruit en bewegen minder. Daarnaast hebben mensen met een lage SES een hogere kans op bijna alle risicofactoren voor een goede gezondheid, zoals hoge bloeddruk, diabetes, problematisch drank- en drugsgebruik en depressie. Hoe komt dat?

Sociale determinanten van gezondheid

Gezondheid wordt bepaald door een combinatie van persoonlijke kenmerken en de omstandigheden waarin mensen geboren worden, opgroeien, wonen en werken. Dit worden de sociale determinanten van gezondheid genoemd. In de loop van de jaren zijn verschillende modellen ontwikkeld die de invloed van al deze factoren samenvatten. Een bekend en nog steeds veel gebruikt model is het inmiddels twintig jaar oude regenboogmodel van Dahlgren en Whitehead. In dit model worden de economische en sociale omstandigheden zichtbaar gemaakt die zowel de individuele, als de groepsverschillen in gezondheidsstatus beïnvloeden (figuur 1).



Figuur 1 'Social determinants of health' Dahlgren & Whitehead (1991)

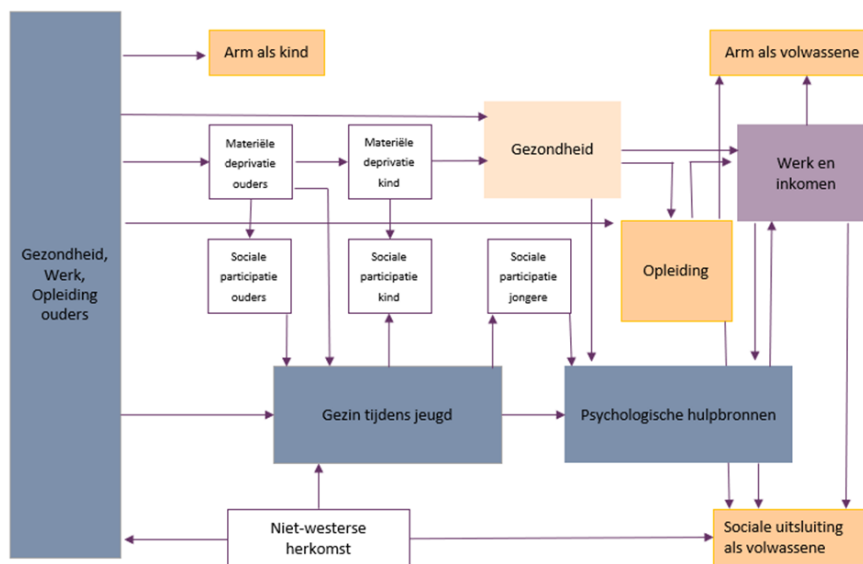
Het model laat zien dat verklaringen van gezondheidsachterstanden grotendeels bij factoren liggen die niet direct in het traditionele gezondheidsdomein liggen. Denk aan ongunstige woon- en werkomstandigheden, laaggeletterdheid, armoede en schulden. Deze omstandigheden hebben invloed op de mogelijkheden van mensen en de keuzes die mensen maken als het gaat om

bijvoorbeeld leefstijl en de mate van toegang tot gezondheidsinformatie en kwaliteit van zorg, preventie en voorzieningen. Ook in een recent verschenen rapport van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving wordt dit benadrukt: gezondheidsachterstanden zijn gerelateerd aan achterliggende ongelijkheid. Deze achterliggende ongelijkheid overstijgt de individuele invloedsferen, is heel complex en niet enkel gerelateerd aan sociaaleconomische ongelijkheid.

De hardnekkigheid van sociaaleconomische gezondheidsachterstanden wijst erop dat deze niet als een individueel probleem kunnen worden aangepakt, maar juist moeten worden opgevat als een breed maatschappelijk probleem van een groeiende ongelijkheid, waarbij sprake is van een stapeling van negatieve beleidseffecten, op verschillende maatschappelijke domeinen, bij de laagste inkomensgroep.

Intergenerationele overdracht

De problemen met betrekking tot armoede en gezondheid doen zich vaak voor van generatie op generatie. Onderstaand model geeft aan hoe dit verloopt. Het gaat om een set complexe factoren die zowel positief, maar ook negatief volgende generaties kunnen beïnvloeden op verschillende momenten in een mensenleven.



Figuur 2 Model intergenerationale overdracht

Tussenliggende factoren zoals gezondheid, opleiding, werk en inkomen, psychologische hulpbronnen en gezinssituatie, beïnvloeden het verloop van arm zijn als kind naar in armoede leven als volwassene. Problemen bij de ouders en in de jeugd van kinderen vertalen zich door naar een slechter ervaren gezondheid tijdens het opgroeien, maar ook later als volwassene. 7 Procent van de mensen die in armoede opgroeide, leeft 25 jaar later nog steeds in armoede.

2.2 BELEID GERICHT OP GEZONDHEIDSACHTERSTANDEN

Begin jaren tachtig van de vorige eeuw begon het besef te komen dat sociale ongelijkheden op het terrein van inkomen, huisvesting, opleidingsniveau en arbeidsomstandigheden bepalend zijn voor de gezondheid. Hieruit voortkomend werd duidelijk dat gezondheid ongelijk was verdeeld en dat de verschillen in gezondheid alleen maar groter werden.

De afgelopen decennia is veel geïnvesteerd in preventie van ziekten, met als idee dat dit zou leiden tot minder gezondheidsachterstanden, helaas zonder succes. De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) concludeerde in 2019 hierover: *“Over de hele linie is de levensverwachting van Nederlanders fors toegenomen. Maar ondanks dat mooie resultaat, is er bij onderzoekers, gezondheidszorgprofessionals en beleidsmakers toch sprake van teleurstelling. Na decennia van inspanningen is het verschil tussen lagere en hogere ses-groepen namelijk nog altijd even groot, of neemt het zelfs toe”*.

Als we kijken naar de ontwikkelingen in het sociaal beleid, zoals de gedachte achter de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015), dan valt op dat deze decentralisatie in het teken stond van lokaal maatwerk en een beroep op zelfredzaamheid. In de praktijk blijken beide idealen moeilijk haalbaar, vooral voor de al kwetsbare groep in een achterstandssituatie met weinig hulpbronnen om een beroep op te doen. Ook de WRR riep in 2017 in ‘Weten is nog geen doen’ op tot een realistische kijk op zelfredzaamheid. Mensen verschillen in de mate waarin zij over ‘doenvermogen’ beschikken, bovendien heeft stress een negatieve invloed op dit vermogen. Als wenken voor de inrichting van beleid gaf de WRR mee dat dit gericht zou moeten zijn op het verminderen van verleiding en stress en het bovendien vanuit de mogelijkheden van de burger moet zijn vormgegeven: ook van de burger die laaggeletterd is. Daarnaast moet contact persoonlijk en proportioneel zijn.

2.3 PREVENTIE

De huidige uitgaven aan zorg in Nederland zijn, ook vóór de coronacrisis, hoger dan gemiddeld in internationaal perspectief. Wanneer het huidige beleid ongewijzigd blijft, zal in 2040 een op de vier Nederlanders in de zorg moeten werken en groeien de zorguitgaven tot 16,4 procent van het bbp. De zorgkosten zijn het hoogst bij de mensen met een lagere SES.

Om de gezondheidsachterstanden effectief aan te pakken is een bredere blik nodig, gericht op preventie. Een effectieve aanpak richt zich op het gezondheidspotentieel van de gehele samenleving met extra aandacht voor de kwetsbare groepen, ofwel de ‘achterblijvers’.

2.4 EFFECTEN CORONACRISIS

De gevolgen van de coronacrisis zijn voor iedereen in Nederland groot. Door deze crisis komen gezinnen onder druk te staan en zijn er meer kinderen met (leer)achterstanden, meer jongeren met een gebrek aan toekomstperspectief en neemt de bestaansonzekerheid onder veel burgers toe.

Voor bepaalde gezinnen heeft de coronacrisis extra impact. Dit zijn alleenstaande ouders, gezinnen die leven onder de armoedegrens, gezinnen met weinig bestaanszekerheid, ouders met verstandelijke beperkingen, ouders met psychiatrische problemen en ouders die de Nederlandse taal niet machtig zijn. Deze groep bestaat uit ongeveer 100.000 gezinnen.

2.5 OMVANG EN SAMENSTELLING DOELGROEP

De groep mensen die kwetsbaar is voor gezondheidsachterstanden is divers en omvangrijk. In opdracht van FNO, is door SEO in 2020 in beeld gebracht wat de omvang is van de groep gezinnen met een lage SES. In het rapport zijn de risicofactoren voor gezondheidsproblemen, de gezondheidsproblemen zelf en maatschappelijke kosten voor mensen met een lage SES in kaart gebracht. Een huishouden kreeg hier het label lage SES als het enerzijds behoort bij de 30 procent laagst gestandaardiseerde besteedbare huishoudinkomens en anderzijds iedereen in het huishouden een laag opleidingsniveau heeft. Volgens deze definitie heeft 9 procent van de Nederlandse bevolking van 65 jaar of jonger een lage SES. In totaal leven ruim 1 miljoen mensen in Nederland in een gezin met een lage SES.

Maar de problematiek is breder. Hieronder een aantal doelgroepen, om een indruk te krijgen van de omvang en diversiteit van deze specifieke groepen die risico kunnen lopen op gezondheidsachterstanden. Deze groepen zijn geen elkaar uitsluitende deelpopulaties: individuen kunnen in meerdere groepen voorkomen, afhankelijk van de problemen waarmee zij te maken hebben. Denk bijvoorbeeld aan iemand met betalingsproblemen die laaggeletterd is of iemand die door mentale problemen ook problemen heeft met het opvoeden van zijn kinderen.

1. **Laaggeletterden:** In Nederland hebben 2,5 miljoen volwassenen moeite met lezen, schrijven en/of rekenen. Vaak hebben zij ook moeite met digitale vaardigheden. Dat heeft grote impact op hun persoonlijke leven. Als je niet goed kunt lezen, schrijven of rekenen, vind je minder snel een baan, kun je minder gezond leven en heb je minder grip op je geldzaken.
2. Van alle Nederlanders heeft 29 procent **beperkte gezondheidsvaardigheden**. Het gaat hierbij om vaardigheden waarmee iemand informatie over gezondheid en zorg kan vinden, begrijpen en toepassen.
3. **Mensen met betalingsproblemen en schulden:** Ruim een half miljoen huishoudens in Nederland heeft problematische schulden.
4. **Mensen die in armoede leven:** In 2018 moest 8,9 procent van de in totaal 7,4 miljoen huishoudens rondkomen van een laag inkomen. Bij ten minste vier jaar achtereenvolgens leven onder deze grens wordt gesproken van langdurige armoede. Het aantal huishoudens dat in 2017 in langdurige armoede leefde was 3,3 procent, wat neerkomt op 232.000 huishoudens. Het merendeel van deze huishoudens leeft van een bijstandsuitkering. Mensen met het hoogste risico om in de groep met een laag inkomen te vallen zijn huishoudens van niet-westerse afkomst (Syrische en Eritrese huishoudens lopen het grootste risico), met een Oost-Europese achtergrond (huishoudens met Bulgaarse achtergrond lopen het grootste risico), eenoudergezinnen, alleenstaanden tot de AOW-leeftijd en huishoudens met een laag opgeleide hoofdkostwinner. Kinderen die in een huishouden leven dat moet rondkomen onder de inkomensgrens maken veelal deel uit van eenoudergezinnen en hebben veelal een niet-westerse migratie-achtergrond.
5. Mensen met een **licht verstandelijke beperking (LVB)** hebben een beperking in hun cognitieve ontwikkeling en in hun adaptieve vaardigheden. Het aantal mensen met een LVB wordt geschat tussen de 0,8 en 1,4 miljoen.
6. Wanneer een huishouden langdurig te maken heeft met twee of meer samenhangende en elkaar mogelijk versterkende problemen en de betrokkenen niet in staat zijn deze problemen te beheersen of op te lossen, wordt gesproken van een **multiprobleemgezin**. In de literatuur lopen deze aantallen uiteen van 25.000 tot 70.000 gezinnen.
7. **Tienermoeders:** wanneer iemand jonger dan 20 een kind heeft, wordt gesproken van een tienerouderschap. In Nederland worden jaarlijks 1800 tieners zwanger.

Britte:

“Weer een eigen leven opbouwen na een scheiding levert ontzettend veel stress op. Het kostte mij vier jaar tijd voor ik alles weer een beetje op orde had. Ik vond het een heel eenzaam proces en hulpverlening wist mij niet altijd te helpen. Het leek wel of ze mij niet echt zagen.”

2.6 CONCLUSIE

De problematiek van gezondheidsachterstanden is hardnekkig en complex en wordt intergenerationeel overgedragen. De verklaringen van gezondheidsachterstanden liggen grotendeels bij factoren die niet direct in het traditionele gezondheidsdomein liggen. Denk aan ongunstige woon- en werkomstandigheden, laaggeletterdheid, armoede en schulden. De groep mensen die risico loopt op gezondheidsachterstanden is omvangrijk en divers. In Nederland leven 1 miljoen mensen in een gezin met een lage SES. De gevolgen van de coronacrisis worden juist bij deze groep het meest gevoeld.

3. OPLOSSINGSRICHTINGEN

De problematiek van gezondheidsachterstanden is complex en taai, bleek uit het vorige hoofdstuk. Maar er is wel wat aan te doen. Zowel in het programma Gezonde Toekomst Dichterbij, als in de literatuur, als in de kwartiermakersronde zijn tal van suggesties gedaan voor een doelmatige, structurele aanpak van gezondheidsachterstanden. Duidelijk is dat gezondheidsachterstanden samenhangen met achterstanden op andere levensdomeinen en dat een individuele aanpak gericht op leefstijl niet zomaar werkt, ook al is deze wel bewezen effectief in een populatie met (voor het merendeel) hoge SES.

In deze brede aanpak van de achterstandssituatie moet zowel oog zijn voor de collectieve problematiek, als voor de specifieke behoefte van de individuele mensen en gezinnen. De volgende oplossingsrichtingen zien wij als relevant:

- oplossingen richting doelgroep en ervaringsdeskundigen;
- oplossingen richting professionals;
- oplossingen richting aanpak en beleid op lokaal en landelijk niveau voor wat betreft organisatie van het werk en de financiële aansturing/facilitering;
- oplossingen gericht op preventie.

3.1 OPLOSSINGEN RICHTING DOELGROEP EN ERVARINGSDESKUNDIGEN

Gezondheid is voor de doelgroep een breed begrip. De ouders en kinderen die we spraken in de kwartiermakersronde geven aan dat het gaat om het 'lekker in je vel zitten'. Ook geven zij aan dat er veel relatie is met het ervaren van stress rondom bestaanszekerheid (huisvesting, werk, inkomen), dat zij baat hebben bij een benadering door professionals op basis van vertrouwen en het serieus nemen van problemen en dat zij last hebben van wetten en regels die te ingewikkeld zijn of elkaar tegenwerken.

Op beleids- en programmaniveau kunnen ervaringsdeskundigen meer dan nu het geval is professionals adviseren over passende oplossingen voor de door hen ervaren problemen. Dit leidt tot beter passende aanpakken, die het vertrouwen richting instanties en hulpverleners kunnen vergroten.

Het programma Gezonde Toekomst Dichterbij heeft aangetoond dat het helpt als gestart wordt bij de behoefte van gezinnen en als zij betrokken zijn bij initiatieven. Gebleken is dat deze initiatieven dan beter aansluiten bij hun belevingswereld. In de kwartiermakersronde gaven de gezinnen aan dat zij gezien en gehoord willen worden en dat een positieve benadering gericht op het vergroten van kansen en mogelijkheden werkt. Om de droom van Samen Kansrijk en Gezond uit te laten komen is het nodig dat samenwerking met ervaringsdeskundige gezinnen normaal wordt. Bij een projectvoorstel, aanpak of wanneer een beleidsregel bedacht en uitgewerkt wordt, moet de doelgroep betrokken worden.

Daarnaast is het van belang om bij het werken met de gezinnen uit te gaan van dat waar zij behoefte aan hebben en/of wat zij in hun leven als grootste hinder of stressfactor ervaren.

Marcella, klankbordgroep Gezonde Toekomst Dichterbij:

"Ik heb echt behoefte aan meer groen om mij heen en aan meer voorzieningen voor de kinderen in de buurt. Alles loopt nu via de gemeente en dan moet je eerst langs zoveel protocollen. Voordat je iedereen mee hebt ben je weer een jaar verder."

3.2 OPLOSSINGEN RICHTING PROFESSIONALS

Professionals moeten zo gefaciliteerd worden dat zij gezinnen op een goede manier kunnen begeleiden. Hiervoor moeten zij de ruimte en tijd krijgen, ook om vertrouwd te worden met

gezinnen. Zij moeten mandaat krijgen om gezinnen verder te kunnen helpen, bijvoorbeeld door een gezinsbudget of doorzettingsmacht.

Daarnaast moeten zij gefaciliteerd worden in hun professionalisering, zoals het zich eigen maken van generieke vaardigheden om het gesprek aan te gaan over problemen als gezondheid, armoede of opvoedingsproblematiek.

Het is van belang dat zij goede kennis hebben van de sociale kaart en tijd krijgen om te investeren in het vormen en onderhouden van netwerken met collega's en een goede samenwerking met professionals uit andere domeinen, zodat zij 'warm' kunnen verwijzen naar anderen. Die tijd is ook nodig om een goed beeld te hebben van alle regelingen en voorzieningen op landelijk en lokaal niveau en het begeleiden van gezinnen.

Tot slot is het belangrijk dat professionals een beter beeld hebben van de praktische en financiële impact van grote *life events*, zoals een echtscheiding of ontslag, omdat deze grote gevolgen kunnen hebben voor de materiële positie van het gezin.

3.3 OPLOSSINGEN RICHTING AANPAK EN BELEID

In hoofdstuk 2 gaven we aan dat de verklaring van het ontstaan van gezondheidsachterstanden niet alleen bij het individu ligt, maar ook bij de omgeving en de omstandigheden waarin mensen leven.

Oplossingen voor het beleid gericht op equity

Een persoonsgerichte aanpak van gezondheid die oog heeft voor verschillende aspecten in het leven van een individu en op maat is, is dé manier om te werken aan gezondheidsachterstanden. Dit noemen we het werken aan *equity*; niet te verwarren met *equality* (gelijkheid). Het gaat bij equity niet om gelijkheid van zorg, bijvoorbeeld gelijke toegang voor iedereen, maar om gelijke kansen op de best mogelijke persoonlijke gezondheid.

Dit klinkt logisch, maar lijkt in Nederland organisatorisch niet zo makkelijk vorm te geven. Het vergt differentiatie en persoonsgericht werken in plaats van werken vanuit standaarden en procedures. Onderstaand plaatje geeft een beeld van het verschil. Bij equality krijgt iedereen dezelfde fiets, ongeacht de kenmerken van de persoon. Bij equity is de oplossing op maat voor de situatie waarin de persoon zich bevindt (in dit geval een fiets, maar wel voor iedereen een andere). Dit moet ook voor beleid op het gebied van gezondheidsachterstanden gaan gelden.

Beleid is nu vaak gefocust op standaarden waaraan voldaan moet worden en verkokerde budgetten en mandaten die leidend zijn. Maatwerk is moeilijk of vrijwel onmogelijk vanuit het beeld dat mensen gelijk behandeld moeten worden. Burgers ervaren hierdoor wantrouwen en controle als uitgangspunt van beleid, in plaats van vertrouwen en denken vanuit mogelijkheden. Dit kwam in de kwartiermakersronde veelvuldig terug en wordt door de doelgroep als belemmerend, vernederend en vervelend ervaren.

Samenwerking tussen beleidsdomeinen

De oorzaken van gezondheidsachterstanden liggen niet alleen bij het individu, maar voornamelijk bij de omgeving en de omstandigheden waarin mensen leven. Dus het oplossen ervan vraagt ook inzet vanuit verschillende beleidsdomeinen en van professionals uit verschillende domeinen. Om echt stappen te kunnen zetten bij het terugdringen van gezondheidsachterstanden is het nodig om samen te werken met belangrijke actoren en organisaties in verschillende beleidsdomeinen.

Onderwijswetenschappers houden zich vooral bezig met onderwijsachterstanden, epidemiologen met ongelijkheid in gezondheid, en stadsgeografen met ruimtelijke segregatie en woningmarkt. Dit levert weliswaar belangrijke expertise op, maar de kennis op diverse terreinen moet veel meer met

elkaar worden verbonden. Belangrijk is dat andere domeinen oog hebben voor de effecten van beleidsinspanningen op het terrein van gezondheid.

Het opheffen van schotten in financiering en versimpelen van regelgeving

Tegenwerkende regelgeving moet worden voorkomen. Een voorbeeld hiervan is de kostendelersnorm voor volwassen kinderen die thuis wonen, die kan leiden tot een armoedeval voor huishoudens. Daar waar tegen dergelijk schotten aangelopen wordt, moeten deze uit de weg worden geruimd. Soms vraagt dit een individuele benadering, maar daar waar dit grotere groepen betreft moet dit leiden tot structurele wijzigingen in beleid en wet- en regelgeving.

Een andere oplossing is dat voorzieningen makkelijker toegankelijk moeten zijn. Er zijn best mogelijkheden om ondersteuning aan te vragen, maar aanvraagprocedures zijn vaak ingewikkeld en moeilijk. Voorzieningen zijn moeilijk vindbaar, zeker voor mensen die minder taalvaardig of laaggeletterd zijn.

Nadia, bewoner Amsterdam-Noord:

“Het zou fijn zijn als er een plek was waar je naartoe kon gaan waar overzicht is van alle voorzieningen en fondsen. Met name mensen die in een echtscheiding zitten, hun partner hebben verloren of een andere life-event meemaken, kunnen behoefte hebben aan iemand die met hen meedenkt over allerlei zaken, maar ook voorzieningen. De aanvraag van voorzieningen mag eenvoudiger”.

Stabiel beleid met een langetermijnfocus

Het aanpakken van gezondheidsachterstanden vraagt een langetermijnvisie, vaak over meerdere beleidscycli. Het is daarbij belangrijk een duidelijke focus op het beleid te hebben en niet te veel wisselingen in beleid door te voeren. De wisselingen in aanbestedingen op lokaal niveau zorgen bijvoorbeeld voor veel energieverlies en vertrek van goed functionerende medewerkers. Dit levert verlies aan vertrouwen op bij bewoners, die vaak al wantrouwen ervaren richting hulpverleners. Daarnaast levert het ook het risico op kwaliteitsverlies van de dienstverlening op, doordat nieuwe partijen en organisaties telkens een nieuw netwerk moeten opbouwen.

Stem van de burgers in beleid

Het is belangrijk de stem van burgers/gezinnen in beleid terug te laten komen. Op lokaal niveau kan dit bijvoorbeeld in de vorm van een brede burgerraad in wijken. Deze burgers, met verschillende sociaaleconomische achtergronden in het geval van een diverse wijk, kunnen een maatschappelijke thermometer en een klankbord vormen voor een aanpak gericht op gezondheidsachterstanden. Bovendien kan men zo werken aan burgerschapsvaardigheden en het ontwikkelen van sociaal en cultureel kapitaal bij de deelnemers, waardoor de stap naar politieke participatie voor de groep met lage SES makkelijker wordt.

3.4 OPLOSSINGSRICHTINGEN VOOR PREVENTIE

Zorgverzekeraars, gemeenten en zorgaanbieders ervaren te weinig stimulans voor preventie, omdat baten vaak pas later worden gerealiseerd en niet altijd ten deel vallen aan de partij die opdraait voor de kosten, en vanwege schotten tussen zorgdomeinen. Daar komt bij dat de oorsprong van een deel van de zorgvraag voor een deel van de bevolking niet, of slechts ten dele, medisch van aard is. Deze vloeit voort uit of hangt mede samen met een complex aan sociaaleconomische factoren en levensomstandigheden, zoals omschreven in hoofdstuk 2.

Preventie van gezondheidsachterstanden betekent het investeren in kansen en toekomstperspectief, want de oorzaken van (on)gezondheid gaan verder dan louter individueel gedrag of het ontbreken van een plek om buiten te spelen in een wijk. In potentie kunnen enorme kosten voor de gezondheidsachterstanden worden bespaard als men investeert in scholing, participatie, inkomen en

wonen. Een gezamenlijke *business case* gestoeld op meervoudige waarde, die de verschillende tijdshorizonnen meeneemt en de investeringen vanuit verschillende sectoren, moet het interdisciplinair investeren in het tegengaan van achterstanden mogelijk maken.

Daarnaast zijn op het oog relatief eenvoudige, preventieve maatregelen te nemen. Gezondheidsachterstanden worden voor een groot deel veroorzaakt door een minder gezonde leefstijl door roken, overgewicht, alcohol en ervaren gezondheid. Zoals eerder is gezegd is het bij gezinnen in achterstandssituaties vaak complexer om gedrag aan te passen vanwege verschillende problemen die spelen. Bekend uit onderzoek is dat van de gezonde keuze de makkelijke keuze maken burgers helpt om automatisch voor de gezonde keuze te kiezen. Een gezonde omgeving die je stimuleert in het maken van gezonde keuzes maakt het makkelijker om dit ook daadwerkelijk te doen.

Veel van de experts die wij spraken in de kwartiermakersronde roepen de overheid op om hier het voortouw te nemen, bijvoorbeeld door gezonde voeding goedkoper te maken, gezondheid op te nemen in beleid en wet- en regelgeving te maken die de gezonde keuze de makkelijke keuze maakt. Te denken is aan verdergaande maatregelen om roken te ontmoedigen, het overgaan op 0 procent btw op groente en fruit of een belasting op suiker.

4. AFWEGINGEN

De kwartiermakersronde en de inbreng van focusgroepen met ervaringsdeskundigen hebben generieke afwegingen opgeleverd die in dit programma zijn verwerkt. In dit hoofdstuk bespreken we de meest relevante afwegingen.

Doelgroep gezinnen

Het programma Samen Kansrijk en Gezond richt zich op **gezinnen** in een achterstandssituatie. We kiezen specifiek voor deze doelgroep omdat de problematiek van gezondheidsachterstanden in veel gevallen intergenerationeel is. Door te focussen op gezinssituaties betrekken we meerdere generaties bij de aanpak van gezondheidsachterstanden. Bovendien weten we dat kinderen vaak nog geen of weinig gezondheidsproblemen hebben dus als je 'vroeg' ingrijpt, helpt dat op latere leeftijd problemen te voorkomen.

Lange looptijd

Het programma kent een looptijd van 10 jaar. Hier kiezen we bewust voor, omdat de problematiek hardnekkig is en we aanpakken die we inzetten, lang willen kunnen blijven volgen.

Focus op gebieden

We kiezen bewust voor een programma dat fors investeert in een beperkt aantal gebieden. Reden hiervoor is dat we gaan zoeken naar structurele oplossingen om gezinnen duurzaam te helpen. De lokale context van een gemeente of wijk is daarvoor de meest geschikte, omdat daar veel van de financiering en het beleid gericht op gezinnen in een achterstandssituatie samenkomen.

Lerende beweging

De focus van FNO bij gezondheidsachterstanden ligt op de participatie van gezinnen en de ruimte en tijd voor professionals in verschillende domeinen om te doen wat nodig is voor gezinnen in achterstandssituaties. Door kleinschalig binnen de context van een gebied te werken, denken we gericht te kunnen werken en leren. De geleerde lessen delen we vervolgens breder. Dit alles om meer kennis te vergaren en te zoeken naar structurele oplossingen en de financiering daarvan. We kiezen in dit programma voor een lerende beweging, waarin we in gebieden met professionals en bewoners aan de slag gaan en we de geleerde lessen verder verspreiden in de loop van de programmaperiode.

In samenwerking

Gezondheidsachterstanden vormen een complexe problematiek die FNO niet alleen kan oplossen. We werken samen en staan in contact met partijen in het veld die vanuit hun organisatiemissie ook aan deze problematiek werken, zoals Pharos, kennisinstellingen die zich bezighouden met onderzoek naar gezondheidsachterstanden (ZonMw, Movisie, Trimbos-instituut, Vilans, enz.), andere fondsen op het gebied van armoede en gezondheid, lokale gemeenten, enz.

5. DOEL EN PROGRAMMAOPBOUW

Het programmadoel van Samen Kansrijk en Gezond sluit aan bij de missie en resultaten die we willen bereiken voor het verminderen van gezondheidsachterstanden bij gezinnen.

5.1 DROOM EN DOEL

Droom

In Nederland bestaan geen onderwijs- en inkomengerelateerde verschillen in gezondheid en levensverwachting.

Vanuit deze droom volgt het volgende doel van Samen Kansrijk en Gezond:

Het verbeteren van de ervaren gezondheid van gezinnen in achterstandssituaties

In dit nieuwe programma willen we leren hoe we hulp, zorg en ondersteuning beter kunnen organiseren om zo gezondheidsachterstanden te verminderen. Randvoorwaarden daarbij zijn een omgeving waarin de behoeften van het gezin voorop staan en er meer ruimte, tijd en mandaat is voor de professional. De lessen willen we vertalen in passender beleid en beter aansluitende financiële instrumenten. Het is ons doel om deze kennis meer samen te brengen, de lerende beweging te versterken en zo de droom te realiseren.

De rol van FNO bij deze aanpak:

- We hebben een aanjagende rol met betrokkenheid van ervaringsdeskundigen en een holistische en domeinoverstijgende aanpak.
- De kennis die we opdoen over gezondheidsachterstanden en passende aanpakken delen we en verspreiden we breder in het land.
- We stimuleren nieuwe aanpakken, interventies en samenwerkingen.
- We richten ons op beleidsbeïnvloeding, inclusief kennis vergroten en delen over maatschappelijke kosten en baten.

5.2 DE OPBOUW VAN HET PROGRAMMA

Om bovenstaande doelen te bereiken gaan we aan de slag in een beperkt aantal gebieden, waarin we inzetten op meer leren over hóe we met gezinnen en professionals uit verschillende domeinen gezondheidsachterstanden verder terug kunnen dringen. We weten al wát er nodig is om gezondheidsachterstanden terug te dringen, dus wat de goede dingen zijn. In dit programma gaan we meer leren over hoe je die dingen goed doet en dat geleerde optimaal laten landen in Nederland.

Gebiedsaanpak

In een beperkt aantal gebieden investeren we langere tijd, samen met bewoners en professionals uit verschillende beleidsdomeinen. Met een coalitie van partijen (bewoners, gemeenten, eerstelijns zorg, sociaal domein, onderwijs, werk en inkomen en participatie en verzekeraars) onder leiding van een lokale kwartiermaker gaan we de ervaren gezondheid van gezinnen verbeteren. Wat betreft omvang denken we aan een wijk van ongeveer 15.000 inwoners in een stad of in meer rurale gebieden aan een kleine gemeente of een of enkele dorpen.

Deze gebieden worden leeromgevingen waarin professionals de ruimte en tijd krijgen om met bewoners vast te stellen wat in de weg staat voor een goed ervaren gezondheid en waar geëxperimenteerd kan worden met andere manieren van werken. Ook wordt er verkend en geleerd van de inzet van (indien nodig) alternatieve manieren van financieren, om belemmeringen die nu ervaren worden te vermijden en te leren hoe dit structureel veranderd kan worden.

Effecten op ervaren gezondheid vanuit werken aan andere domeinen

In het programma zal uitdrukkelijk ook aandacht zijn voor het meten van en leren over effecten op ervaren gezondheid vanuit het werken aan domeinen die buiten het klassieke domein van gezondheid liggen. Door aan te sluiten bij door anderen geïnitieerde aanpakken (in de gebieden) of door zelf dingen te initiëren.

Kennisdeling en lobby

We leren van de aanpakken in de gebieden en lopen daarbij waarschijnlijk tegen systeemfouten aan, waarbij we leren hoe we die in de gebieden, op relatief kleine schaal, kunnen aanpakken. Deze lessen pakken we op en verspreiden we om systeemverbeteringen te bewerkstelligen en de geleerde lessen te verankeren.

6. UITVOERING EN ORGANISATIE

Een programma dat voortborduurde op de geleerde lessen uit het programma Gezonde Toekomst Dichterbij én via een innovatieve aanpak zoekt naar meer onderbouwing, dat kwantitatieve ambities formuleert én vanaf aanvang aan borging werkt, moet wendbaar ingezet worden. Wat we nu weten, is halverwege het programma mogelijk achterhaald of zo ver doorontwikkeld dat hiervoor een nieuwe oplossingsstrategie nodig is. Samen Kansrijk en Gezond wil deze ruimte behouden en tegelijkertijd een basisstructuur handhaven voor haar programmatische aanpak. In dit hoofdstuk omschrijven we dit raamwerk.

6.1 STRUCTUUR, PARTIJEN EN ROLVERDELING

Ervaringsdeskundige panels

De gezinnen om wie het gaat nemen zelf een actieve rol in bij het naar voren brengen van hun situatie, belangen en wensen. In elk gebied zal een vertegenwoordiging van de doelgroep vormkrijgen via een panel of andere organisatievorm. Zijn gaan in de gebieden aan de slag met professionals en beleidsmakers om effectievere en beter aansluitende vorm van hulp te verkennen.

Beleid dat werkt brengen we over het voetlicht in netwerken en op de plekken waar dat nodig is. Bijvoorbeeld bij landelijke beleidsmakers en politici. Betrokken gezinnen spelen hierbij een belangrijke rol als de ervaringsstem en spreekbuis voor andere gezinnen. Hierbij wordt ook aansluiting gezocht bij organisaties die de doelgroep vertegenwoordigen.

Daarnaast zal ervaringsdeskundigheid ook op programmaniveau vertegenwoordigd zijn, ofwel via een afvaardiging vanuit de gebieden, ofwel als een separaat orgaan. Een goedlopende samenwerking tussen het programmateam en de ervaringsdeskundigen die zijn verbonden aan de gebieden is nodig om de juiste agendering en beleidsbeïnvloeding op landelijk én lokaal niveau te bereiken.

Programmteam

Het programmteam bestaat bij de start uit een programmaleider, een programmasecretaris en een programma-ondersteuner en wordt uitgebreid naarmate de activiteiten in de gebieden en op het vlak van onderzoek vorderen. In de gebieden stellen we lokale kwartiermakers/trekkers aan. Daarnaast maakt het programma gebruik van de expertise van andere medewerkers van het FNO-team (in het bijzonder voor de communicatie en alternatieve financiële instrumenten) en mogelijk ingehuurde externen. Voor wat betreft de *governance* is het hoogste orgaan het FNO-bestuur en legt de programmaleider verantwoording af aan de directeur/bestuurder.

Programmacommissie

De programmacommissie adviseert, gevraagd en ongevraagd, de directeur/bestuurder over strategische keuzen zoals de koers van het programma, callteksten en overige activiteiten. Deze commissie wordt zo samengesteld dat zij een weerspiegeling is van de type functies en actoren in het programma. Het gaat om de volgende expertise:

- Kennis en expertise met betrekking tot (onderzoek naar) gezondheidsachterstanden
- Expertise in financiering en regelgeving van zorg en sociaal domein
- Kennis en expertise met betrekking tot gemeentelijke beleidsdomeinen
- Ervaring met domeinoverstijgend werken
- Ervaring als professional met het werken met gezinnen in achterstandssituaties
- Vertegenwoordiging namens de doelgroep van gezinnen in achterstandssituaties
- Creativiteit en buiten de kaders kunnen denken

6.2 PLAN VAN AANPAK

Gebiedsaanpak

In paragraaf 5.2 hebben we de gebiedsaanpak beschreven. Mogelijke richtingen en ingrediënten van structurele verandering zijn: het bieden van ruimte aan professionals in verschillende domeinen om op maat te werken, het structureel verankeren van de stem van de bewoner in beleid, het experimenteren met samenvoegen van budgetten in eerstelijns, sociaal domein en publieke gezondheid, om zo meer integraal te kunnen werken, het verstevigen van de bestaanszekerheid van gezinnen door hen te begeleiden bij werk, of onderzoek naar de invloed van een onvoorwaardelijk basisinkomen op de ervaren gezondheid van gezinnen.

Voor de selectie van gebieden geldt een aantal voorwaarden:

- **problematiek** van gezondheidsachterstanden bij gezinnen in achterstandssituaties is aantoonbaar aanwezig;
- **draagvlak en samenwerking** met betrekking tot de problematiek van gezondheidsachterstanden bij bewoners en professionals in zorg en welzijn is aanwezig of er is aantoonbaar energie om het in gang te zetten;
- **domeinen** zorg, welzijn, wonen, werk en opleiding zijn vertegenwoordigd of bereid om aan te haken;
- **bewoners (gezinnen)** zijn betrokken of er is aantoonbaar de wens om hen daarvoor de ruimte en middelen te geven;
- **gemeente, zorgverzekeraar(s) en andere betrokken organisaties** zijn op positieve wijze betrokken en (in potentie) bereid tot het maken van langetermijnafspraken en het meewerken aan experimenten op het gebied van alternatieve financiering;
- het gebied is nog **niet overladen** met projecten of 'project-moe';
- het totaal van gekozen gebieden omvat **meer dan de grootstedelijke problematiek** en zeker ook krimpgebieden.

Per gebied wordt een verandertheorie met bijbehorend monitoringskader opgesteld. Het is belangrijk dat de partijen die een rol spelen bij de structurele verankering van de werkwijze ook een rol hebben bij het formuleren van de verandertheorie en het bepalen van voor hen en de organisatie die zij vertegenwoordigen belangrijke indicatoren. De monitoring levert zowel procesmatige gegevens als financiële gegevens die de basis bieden voor een solide businesscase voor deze preventieve aanpak.

Ten slotte verkennen we in de gebieden nieuwe manieren om de waarde, die in verschillende domeinen en over verschillende tijdshorizonnen gecreëerd wordt, te vertalen naar een heldere meervoudige waarderingssystematiek. Doelen hiervan zijn:

1. te onderzoeken of het aantonen van de waarde in verschillende domeinen en sectoren het mogelijk maakt om een structurele bijdrage voor preventie te genereren uit verschillende maatschappelijke velden;
2. te onderzoeken of het mogelijk is preventie te zien als een meerjarige, langetermijninvestering met enig rendement.

Mogelijk kunnen hierdoor financiers worden aangetrokken, waardoor meer budget voor preventie gegarandeerd is.

Effecten op ervaren gezondheid vanuit werken aan andere domeinen

Zoals gezegd hebben we veel aandacht voor het meten van en leren over effecten op ervaren gezondheid vanuit het werken aan domeinen die buiten het klassieke domein van gezondheid liggen. Het is duidelijk dat de ervaren gezondheid door veel meer wordt bepaald dan fysieke of mentale klachten. De omgeving en daarmee ook andere domeinen spelen een belangrijke rol. We leggen de

focus in dit programma op het tegengaan van achterstanden in brede zin. Door aan te sluiten bij door anderen geïnitieerde aanpakken (in de gebieden) of door zelf dingen te initiëren.

We starten in 2021 met een initiatief om de ervaren gezondheid bij aanpakken en beleid gericht op het tegengaan van achterstanden in brede zin, te monitoren op de effecten op gezondheid. In het programma Gezonde Toekomst Dichterbij hebben we geleerd dat problemen met bestaanszekerheid (bijvoorbeeld, werk, schulden en inkomen) zó bepalend zijn dat deze eerst opgelost moeten worden voordat aan gezondheid wordt gewerkt.

In de kwartiermakersfase bleek dat er in Nederland heel veel initiatieven en interventies op dit terrein zijn, maar dat daarbij zelden de effecten op gezondheidsachterstanden gemeten worden. Dat willen we in eerste instantie aanpakken in dit programma, door bij bestaande interventies en programma's op het gebied van bestaanszekerheid te stimuleren dat ook de effecten op gezondheidsachterstanden worden gemonitord.

In de loop van het programma zullen we deze activiteiten nader invullen, ook op basis van wat we leren in de gebieden.

Kennisdeling en lobby

Zoals aangegeven in paragraaf 5.2 leren we waarschijnlijk hoe we systeemfouten in de gebieden kunnen aanpakken. Om resultaten optimaal te behalen en borgen, blijven we voortdurend systeemverbeteringen zoeken, testen en verduurzamen. Uiteraard is er ook ruimte voor experimenten. Passende aanpakken (bijvoorbeeld financiële instrumenten) en samenwerkingen stimuleren, beleidsbeïnvloeding en, via effectonderzoek, de maatschappelijke participatie kwantificeerbaar maken, zijn ondersteunende strategieën.

6.3 CALLS

Voor de onderdelen van het plan van aanpak zullen we merendeels gerichte calls inzetten. We starten daarnaast het programma met een gerichte call rondom de evaluatie van het programma en een call voor het onderzoek naar ervaren gezondheid bij onderzoek in aanpalende domeinen. De callteksten worden, voorzien van een advies van de programmacommissie, na vaststelling door de directeur/bestuurder ter finale goedkeuring voorgelegd aan het FNO-bestuur.

6.4 COMMUNICATIE

Communicatie is een krachtig instrument, dat we via interne en externe expertise inzetten. De uitgangspunten staan hierna, de concretisering volgt en stellen we steeds bij waar nodig.

Samen met de gezinnen

De gezinnen zelf vormen het hart van het programma, waarbij de focus ligt op hún empowerment. Onze communicatie zal daarom voor, door en met gezinnen ontwikkeld en vormgegeven worden. Daarbij gaan we in onze communicatie uit van de kracht van de mensen zelf.

Doelgroepen

Onze doelgroepen in communicatie zijn, naast de ouders en kinderen in achterstandssituaties, de professionals die met hen werken, zoals leerkrachten, welzijnswerkers, zorg- en hulpverleners en de mensen die de voorwaarden scheppen, zoals beleidsmedewerkers en bestuurders.

Urgentie en actualiteit

De communicatie zal in de huidige tijd van de coronacrisis en een mogelijk naderende economische recessie des te meer de urgentie aangeven van het omvangrijke (en groeiende) aantal van ruim

1.000.000 gezinnen in achterstandssituaties. Het is belangrijk om de groeiende problematiek van gezinnen in armoede te laten zien en te agenderen. Hierbij zal lobby een onderdeel vormen van de communicatiestrategie.

Focus en borging

Naast bewustwording en agendering focussen we binnen communicatie vooral op implementatie, impactdata en borging van inzichten en geleerde lessen. Hiermee laten we de impact van achterstandssituaties op gezinnen zien en waarom het belangrijk is dat er iets verandert. Ook willen we overbrengen hoe het anders kan en zou moeten. En hoe essentieel het is dat een benadering vanuit beleid in verschillende domeinen, en daadwerkelijke systeemverbeteringen hieraan bijdragen.

6.5 MONITORING EN EVALUATIE

Voor het concretiseren van de onderzoeks-/monitoringslijnen is het van belang om scherp te hebben wat de monitoring en evaluatie precies moeten opleveren. Enerzijds gaat het om jaarlijkse leerlessen, anderzijds om meerjarige leercycli en de evaluatie van het totale programma. Hiervoor stellen wij met een nog te benoemen onderzoeksconsortium een meetplan op. De door het programmateam én ervaringsdeskundigen geformuleerde vragen in combinatie met de verandertheorie (en de verschillende varianten daarop in de gebieden) zijn hiervoor belangrijke bouwstenen. We kijken samen met de onderzoekers naar welke datasets nodig zijn en welke informatiebehoefte er ligt bij de betrokken lokale partijen. Ook de mogelijkheden van maatschappelijke kosten-batenanalyses komen hier aan de orde.

6.6 BORGING PROGRAMMA

Borging is een integraal onderdeel van het programma gedurende de hele looptijd. We gaan als FNO op programmaniveau niet pas in het laatste jaar inzetten op borging. Met elkaar moeten we ervoor zorgen dat er een onomkeerbare beweging ontstaat. Daarvoor is borging van het programma ook bij andere organisaties belangrijk. Uit de monitoring en evaluaties blijkt tussentijds of we de beoogde effecten daadwerkelijk behalen of dat bijsturing nodig is.

6.7 BUDGET

Het totale budget voor het programma betreft 40 miljoen euro voor de tijdsduur van 10 jaar.

7. VERANTWOORDING EN OPDRACHT

Deze programmatekst is vastgesteld door de directeur/bestuurder en tot stand gekomen in opdracht van het bestuur van FNO, naar aanleiding van het op 30 juni 2020 goedgekeurde programmakader. We hebben ervoor gekozen om het programma uitgebreid te presenteren, aangezien de aanpak nieuw en enigszins complex in opbouw is en voortborduurt op een eerder programma.

De directeur/bestuurder geeft, namens het bestuur van FNO, de programmaleider de opdracht het programma tot uitvoer te brengen. Rapportage vindt plaats via de reguliere *planning & control* cyclus. Daarnaast komt een programmacommissie gemiddeld driemaal per jaar bijeen om te adviseren over onderwerpen als callteksten, projectaanvragen en de algehele voortgang van het programma.

BIJLAGE 1. VERHALEN VAN ERVARINGSDESKUNDIGEN

Parvin, moeder van een tienerdochter

“Je gaat met zorgen slapen en je wordt met zorgen weer wakker. De druk wordt groter terwijl je wereld steeds kleiner wordt. Je hebt behoefte aan ontlading, maar sporten, naar een concert, een reisje maken, dat kan allemaal niet. Je hebt alleen nog de tv, je wereld wordt je woonkamer, en je hebt op een gegeven moment ook geen zin meer om de buitenwereld toe te laten. Naar het nieuws kijken doe ik niet meer, terwijl ik dat vroeger altijd deed. Je raakt afgestompt. Geestelijk ga je achteruit. Dat vind ik echt, dat voel ik, en ik vind het heel erg. Ik kan me daar niet bij neerleggen, maar ik kan het ook niet veranderen.”

In het boekje ‘Je ziet het niet’ van FNO doen moeders die in armoede leven een oproep aan professionals

“Beste professional, neem gezinnen met problemen serieus en betrek ons bij het maken van beleid. Houd rekening met onze leefsituatie en mogelijkheden en onmogelijkheden. Maak beleid simpel, houd procedures en regels overzichtelijk en flexibel. Werk samen op verschillende beleidsterreinen. Geef medewerkers ruimte om zelf oplossingen te vinden als het niet helemaal past binnen de procedures en regels. Handel meer vanuit vertrouwen en vanuit het doel om mensen verder te helpen. En vooral: maak contact en zie ons als gelijkwaardig mens.”

Nadia, moeder van drie kinderen

Samir (6) en Omar (4) hebben een nieuw spelletje bedacht. Ze moeten een aanloopje nemen en dan op hun beide knieën landen op de hoge, turquoise hoekbank. Nog heel even kunnen de broertjes het proberen, totdat hun moeder Nadia hen aan tafel roept. Nadia maakt macaroni met soepgroente die ze van de voedselbank heeft gekregen. Ze houdt een portie apart voor haar man, van wie ze niet weet hoe laat hij thuiskomt – hij gaat nogal zijn eigen gang. Daarna roept ze haar zoon Ramzi (11) die op haar mobiel een *game* ligt te doen in de slaapkamer die de drie jongens met elkaar delen. Een uur na het eten begint voor Nadia de rust. De jongens liggen in bed, de keuken is weer aan kant. Ze kan eindelijk echt toegeven aan de hevige pijn in haar knieën, haar heupen, haar rug. Ze leunt achterover in de kussens van de bank en probeert helemaal nergens aan te denken. De zorgen zijn er morgen ook nog wel. Nadia is afgekeurd en moest stoppen met werken. Het voelde als afgeschreven worden en dat viel haar vreselijk zwaar. Daarbij is zij bang haar problemen door te geven aan haar jongens.

Willie heeft te maken met intergenerationele armoede

Willie (58) is een reiziger. Ze groeide op in een woonwagen, net als haar ouders. De eerste elf jaar van haar leven trok ze met hen langs verschillende plekken in Nederland. Ze is de oudste van zes kinderen. *“We hadden thuis niet veel, maar we hadden altijd goed te eten. Dat was heel belangrijk bij ons. En het was altijd netjes. Proper.”* Bij dat laatste speelde Willie zelf een prominente rol. Vanaf haar dertiende werd ze door haar moeder thuisgehouden van school om in de huishouding te helpen. Haar ouders waren zelf ook amper naar school geweest. *“Mijn vader kon een klein beetje lezen en schrijven, mijn moeder helemaal niet. Die had een kruisje als een handtekening.”* Op haar vijftiende krijgt Willie verkering met een iets oudere jongen. Een burger zowaar, een jongen uit de gewone maatschappij. Hij is dakdekker, maar raakt al kort nadat ze elkaar leren kennen zijn werk kwijt. Ze trouwden toen Willie zwanger bleek van Dirk, twee jaar later volgt Gina. Een gelukkig gezinsleven hadden ze niet. *“Ik werd bang voor mijn man. Hij begon me te kleineren. Hij loog over van alles, smeedt onze uitkering over de balk.”* En hij deed meer dan dat, dingen waar ze liever niet over praat. *“Laat ik het zo zeggen: mijn moeder moet vanuit haar wagen van alles hebben gezien en gehoord, maar ze heeft er nooit met een woord over gerept.”* 24 Jaar zouden ze samen zijn. Veel te lang: *“Ik had veel eerder bij hem weg moeten gaan, zeker ook voor de kinderen, maar ik durfde het niet. Ik kon het niet. Ik was zo onzeker over mezelf, en er was niemand die mij kon helpen.”* Op een late avond verlaat Willie, dan 39, met bonkend hart zo stilletjes mogelijk de woonwagen en laat het

kamp achter zich. Het eerste jaar was loodzwaar. Haar ex viel haar regelmatig lastig, met Dirk ging het beroerd en ze zat met een enorme financiële puinhoop waar ze geen uitweg uit zag. Ze stond er helemaal alleen voor. Haar ouders waren inmiddels overleden – *“maar ze zouden mij ook niet hebben geholpen”* –, haar broers en zussen hadden allemaal zo hun eigen zorgen en problemen.

BIJLAGE 2. LIJST VAN GEHANTEERDE DEFINITIES

Armoede

Wanneer wij spreken van armoede dan hanteren wij de definitie zoals gebruikt door het CBS: *“De Verenigde Naties omschrijven armoede als ‘het niet kunnen voorzien in de eerste levensbehoeften’. In Nederland is er sprake van absolute armoede als mensen onder de lage-inkomensgrens moeten leven en bv. niet beschikken over (gezond) voedsel, huisvesting, toegang tot gezondheidszorg (bv. een zorgverzekering) of geen mogelijkheden hebben om verder te leren na de verplichte schoolperiode.*

Relatieve armoede -> de levensomstandigheden van een individu of groep in verhouding met zijn/haar omgeving.

Sociale armoede -> mensen die niet mee kunnen doen aan het normale maatschappelijk leven omdat er geen geld is voor een sportclub of vereniging, voor schoolactiviteiten of een uitstapje van de bejaardenvereniging of bijvoorbeeld voor toegang tot internet.” (CBS, 2019).

Call

We maken onderscheid tussen een open call en een gesloten call. In een open call wordt een oproep gedaan aan het veld om een projectaanvraag in te dienen die voldoet aan de voorwaarden die gesteld zijn in de calltekst. Aanvragers kunnen private organisaties zijn, door de overheid gefinancierde (onderwijs- of zorg-)instellingen of groepen jongeren met een chronische aandoening. Bij een gesloten call wordt een calltekst gestuurd aan een select aantal partners die specifieke expertise hebben op wat in de calltekst wordt gevraagd.

Gezondheidsachterstanden

Systematische verschillen in gezondheid en sterfte tussen mensen met een praktische en theoretische opleiding in de samenleving.

Gezin in een achterstandssituatie

Een huishouden waar ten minste één ouder/verzorger en één kind samenleven, dat meervoudige problematiek ervaart op het gebied van financiën, onderwijs, arbeid of welzijn (inclusief psychische problematiek) en een gezondheidsachterstand heeft.

Gezondheidsvaardigheden

Vaardigheden om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van beslissingen die met gezondheid te maken hebben. Mensen met een lage opleiding beschikken veelal over minder gezondheidsvaardigheden. Zij beschikken dus niet over de kennis en vaardigheden om hun gedrag te veranderen. Ongeveer 25 procent van de bevolking heeft beperkte gezondheidsvaardigheden.

Integrale aanpak

Om gezondheidsachterstanden aan te pakken is een brede inzet nodig op verschillende pijlers op diverse gebieden, zoals gezondheidszorg, zelfredzaamheid, participatie, opleiding, sport, fysieke omgeving, leefbaarheid, sociale cohesie en voorzieningen.

Laaggeletterdheid

Laaggeletterdheid is een term voor mensen die moeite hebben met lezen, schrijven en/of rekenen. Vaak hebben zij daardoor ook moeite met het gebruik van een computer of een smartphone. (Lezen & Schrijven, 2020).

Lage sociaaleconomische status: lage SES

Wij hanteren de definitie zoals gebruikt in het rapport van SEO. Een huishouden krijgt hier de definitie lage SES als het enerzijds behoort bij de 30 procent laagst gestandaardiseerde besteedbare huishoudinkomens en anderzijds iedereen in het huishouden een laag opleidingsniveau heeft. Volgens deze definitie heeft 9 procent van de Nederlandse bevolking van 65 jaar of jonger een lage SES. In totaal leven ruim 1 miljoen mensen in Nederland in een gezin met een lage SES.

Participatie van bewoners

De bewoner is de spil van ons programma. Zelfregie van de bewoner staat centraal, met daarbij een ondersteunende houding van de professional. Participatie van bewoners kan op verschillende manieren plaatsvinden. Denk aan burgerinitiatieven, cliëntondersteuning en het faciliteren van ontmoetingen. De bewoner denkt mee over wat nodig is voor het terugdringen van gezondheidsachterstanden.

Programma

Een programma is een tijdelijke organisatievorm gericht op het realiseren van een of meer strategische doelen, waarvoor in samenhang verschillende activiteiten moeten worden uitgevoerd. Bij een programma is het einddoel helder beschreven. Het begin van de weg naar het einddoel is duidelijk, maar een groot deel van die weg moet al werkende worden ontdekt en ontwikkeld.

Professionals

Onder professionals verstaan we mensen met specifieke expertise op onderdelen uit de leefwereld van jongeren. Bijvoorbeeld leerkrachten, artsen en bemiddelaars naar (duurzaam) werk, maar ook projectleiders en adviseurs binnen organisaties die werken met en voor de doelgroep.

Verandertheorie

Een verandertheorie wordt ook wel *theory of change* genoemd en steeds vaker gebruikt in het sociaal domein. Een verandertheorie definieert alle bouwstenen (*outcomes*, resultaten, interventies, acties, voorwaarden en vooronderstellingen, logische verbanden, indicatoren en een verhaal), nodig om op langere termijn een doel te bereiken.

BIJLAGE 3. LIJST VAN GERAADPLEEGDE LITERATUUR

- Aamink, J., & Woerkom, van, J. W. (2020, september). *Verkenning sociaal economische gezondheidsverschillen vervoloprogramma Gezonde Toekomst Dichterbij*. Jb Lorenz.
- *Actieplan COVID-19 Schuldenproblematiek in Nederland*. (2020, mei). SchuldenLab.
- *Actieve leefstijl noodzakelijk in strijd tegen Covid-19 (en de virussen hierna)*. (2020, 17 juni). SKIPR. <https://www.skipr.nl/blog/actieve-leefstijl-noodzakelijk-in-strijd-tegen-covid-19-en-de-virussen-hierna/>
- Anders Beter, Robuust, & Mijn Zorg. (2019). *7 jaar samen werken aan een gezondere Mijnstreek De geleerde lessen*. Robuust.
- Bird, K. (2007). *The intergenerational transmission of poverty: An overview* (Nr. 99). Chronic Poverty Research Centre.
- *Brief aan de leden t.a.v. het college en de raad en de managers gezondheidsbeleid*. (2020, februari). Vereniging van Nederlandse Gemeenten.
- CBS. (2020, september). *Schuldenproblematiek in beeld. Huishoudens met geregistreerde problematische schulden 2015-2018*. Centraal Bureau voor de Statistiek. <https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2020/34/schuldenproblematiek-in-beeld>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2019a). *Armoede en sociale uitsluiting*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2019b, augustus 16). *Gezonde levensverwachting; onderwijsniveau*. CBS, Statline. <https://opendata.cbs.nl/statline#/CBS/nl/dataset/83780NED/table?ts=1604472676436>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2020, 17 september). *Schuldenproblematiek in beeld*. <https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2020/34/schuldenproblematiek-in-beeld>
- *De decentralisatie van het sociaal domein ging gepaard met een korting op gemeentelijke taken*. (2020). Andersson Elfers Felix.
- Deboorse, Gadeyne, Charafeddine, & Oyen. (2010). *De reproductie van sociale ongelijkheid bij jongvolwassenen in België*. Amsterdam University Press.
- Deloitte. (2020, juni). *Concept Actieplan COVID-19 & Schuldenproblematiek in Nederland* (Werkdocument). SchuldenLab NL.
- Denktank Coronacrisis. (2020, mei). *De contouren van een intelligent herstelbeleid*. Ministerie VWS.
- Gezonde Generatie. (2019, oktober). *Samen voor goede en innovatieve zorg*. Samenwerkende Gezondheidsfondsen.
- *Gezondheid breed op de agenda Landelijke nota gezondheidsbeleid 2020-2024* (Samen kom je verder). (2020). Ministerie VWS.
- Guiaux, M. R. (2011). *Voorbestemd tot achterstand? Armoede en sociale uitsluiting in de kindertijd en 25 jaar later*. Sociaal Cultureel Planbureau.
- Haker, F., Hosper, K., & Loenen, T. (2019, mei). *Gezondheidsverschillen duurzaam aanpakken. De negen principes voor een succesvolle strategie*. Pharos.
- Halsema, F., Depla, P., Geluk, L., Putters, K., Boutelier, H., & de Winter, M. (2020). *Verslag Werkgroep Sociale Impact van de Coronacrisis*. Verslag Werkgroep Sociale Impact van de Coronacrisis.
- Heijmans, M., Brabers, A., & Rademakers, J. (2019). *Hoe gezondheidsvaardig is Nederland? Factsheet Gezondheidsvaardigheden – Cijfers 2019*. Nivel, Kennis voor betere zorg. <https://nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1003631.pdf>
- Kempen, J. (2020, 19 april). Arts over de coronacrisis: “Weerstand is beter dan immuniteit”. *Parool*. <https://www.parool.nl/nieuws/arts-over-de-coronacrisis-weerstand-is-beter-dan-immuniteit~b7f5aa53/>
- Leurs, B. (2020, juni). *Samenwerken, samen betalen? Over de bekostiging van opgaven in maatschappelijke netwerken*. Raad voor het Openbaar Bestuur.

- Milikowski, F. (2020). *Een klein land met verre uithoeken. Ongelijke kansen in een veranderend Nederland*. Atlas contact.
- *Naar een toekomstbestendig zorgstelsel Brede maatschappelijke heroverweging*. (2020, april). Inspectie der Rijksfinanciën.
- OECD. (2018). *A Broken Social Elevator? How to Promote Social Mobility. Embargo: OECD, Better policies for better lives*. Organization for Economic Co-operation and Development. <https://www.oecd.org/social/broken-elevator-how-to-promote-social-mobility-9789264301085-en.htm>
- *Onderzoek impact coronamaatregelen op kinderen en jongeren* (iresearch). (2020, juni). JOGG.
- Oudt, S., Slag, M., & Koekoek, R. (2020). *Resultaat telt; Introductie van de Social Finance NL resultatenradar: Een framework voor het resultaatgericht aanpakken van sociale projecten*. Social Finance NL.
- Peters, P. H. (2020, juni). *Schulden? Ga naar de huisarts*. Zorg & Welzijn; Armoede & Schuldhulpverlening.
- Putters, K. (2019). *Veenbrand*. Prometheus.
- Raad Volksgezondheid en Samenleving. (2020). *Gezondheidsverschillen voorbij. Complexe ongelijkheid is een zaak van ons allemaal*. <https://adviezen.raadvsv.nl/gezondheidsverschillen-voorbij/>
- RIVM. (2018, juli). *Gezondheidsverschillen, hoe ontwikkelen zich gezondheidsverschillen in de toekomst?* Rijksinstituut Volksgezondheid en Milieu. <https://www.vtv2018.nl/gezondheidsverschillen>
- *(Samen)leven is meer dan overleven Breder kijken en kiezen in tijden van corona*. (2020). Raad Volksgezondheid en samenleving.
- Schaijk van, R., Verweij, S., & Sok, K. (2020, juni). *Beter beleid met ervaringskennis van inwoners*. Movisie. <https://www.movisie.nl/publicatie/beter-beleid-ervaringskennis-inwoners>
- Schwartz, T., Luiten, W., & Kok, L. (2020, juli). *Gezondheidsproblemen personen met een lage Sociaal Economische Status*. Sociaal Economische Onderzoek.
- Vaandrager, L., Hogeling, L., Crijns, C., van Lonkhuijzen, R., Hermens, N., Snoek, H., Raaijmakers, I., Oosterkamp, E., & Koelen, M. (2020, november). *Overkoepelend evaluatieonderzoek Gezonde Toekomst Dichterbij*. Wageningen University & Research, Wageningen Economic Research, Verwey-Jonker Instituut.
- van den Muijsenbergh, M. (2019, februari). *Gezondheidsverschillen vragen om persoonsgerichte, integrale zorg door eerstelijns- en publieke gezondheidszorg* (Tijdschrift Gezondheidswet (2019) 97:36–39). Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen. <https://doi.org/10.1007/s12508-019-0223-9>
- van den Poel, P. (2020, 17 juni). *Huisartsen: zonder forse investering geen bereikbare eerste lijn*. SKIPR. <https://www.skipr.nl/nieuws/huisartsen-zonder-forse-investering-geen-bereikbare-eerste-lijn/>
- van Lenthe, F., Oude Groeniger, J., Nusselder, W., & Beenacker, M. (2015). *Het terugdringen van gezondheidsachterstanden: een systematisch overzicht van kansrijke en effectieve interventies*. Afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg Erasmus MC Universitair Medisch Centrum Rotterdam.
- *Vitale mensen, slimme zorg*. (2020). VNO-NCW.
- Weel, B., Jong, de, G., & Muilwijk-Vriend, S. (2019). *Sociale Ongelijkheid in Nederland*. Sociaal Economische Onderzoek.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. (2017, april). *Weten is nog geen doen. Een realistisch perspectief op redzaamheid*. WRR. <https://www.wrr.nl/publicaties/rapporten/2017/04/24/weten-is-nog-geen-doen>
- Wietmarschen, H., & Staps, S. (2020). *Positieve Gezondheid de wijk in! Handleiding Integrale Wijkaanpak op basis van Positieve Gezondheid en Leefomgeving*. Louis Bolk Instituut.

- WRR, Broeders, D., Das, D., Jenissen, R., Theimijer, W., & Visser, de, M. (2018, augustus). *Van verschil naar potentieel. Een realistisch perspectief op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen*. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. <https://www.wrr.nl/publicaties/policy-briefs/2018/08/27/van-verschil-naar-potentieel.-een-realistisch-perspectief-op-de-sociaaleconomische-gezondheidsverschillen>
- ZonMw. (2020). *Sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV): lokale aanpak en verklarend onderzoek*. Publicaties ZonMw. <https://publicaties.zonmw.nl/projectencatalogus-gezondewijk/segv/>
- *Zorg voor de toekomst Over de toekomstbestendigheid van de zorg*. (2020, juni). Sociaal Economische Raad.
- *Zorgkeuzes in Kaart Analyse van beleidsopties van politieke partijen voor de zorg*. (2020, juli). Centraal Planbureau Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

BIJLAGE 4. LIJST GESPREKSPARTNERS KWARTIERMAKERSRONDE

Individueel gesproken

Organisatie	Contactpersoon
Beroepsvereniging Sociaal Werk	Magteld Beun
Beroepsvereniging Sociaal Werk	Gea Kusters
Doras	Els Annegarn
Gemeente Utrecht	Hetty Linden
Gezond Texel	Meike Hornstra
Gezondheidscentrum Directeur	Fred van der Loo
GGD	Sylvia van den Heijkant
GGD Zaanstreek Waterland	Annelijn de Ligt
GGD Zaanstreek Waterland	Christine Eggenkamp
Hogeschool van Amsterdam	Roeland van Geuns
Huisarts Schilderswijk	Jan Wuister
Huisarts Schilderswijk	Greetje Velema
Instituut voor Publieke Waarden	Harry Kruiter
JB Lorenz	Bianca den Outer
Kansfonds	Eline Crins
Ketenaanpak Overgewicht Jeugd	Suzanne Pieper
Krijtmolenalliantie	Aris van Veldhuizen
LHV	Yvette Koense
LUMC	Marc Bruinzeels
Ministerie VWS	Bart van Overbeek
NCJ	Igor Ivakic
NCJ	Marga Beckers
NIBUD	Cora van Horssen
NIBUD	Nanne Houtma
Noordkop Gezond voor Elkaar	Kirsha de Vries
NVVK	Geert van Dijk
OCW	Monaim Benrida
OKT	Ellen Stolk
OKT	Marije van der Heijden
Radboud UMC	Maria van den Muijsenbergh
Pharos	Aldien Poll
Pharos	Anneke Hiemstra
Pharos	Edith Smulders
Gezond In	Daphne Ketelaars
Platform 31	Helga Koper
Platform 31	Mirjam Fokkema
Platform 31	Lydia Sterrenberg
Platform 31	Lisanne Janssen Lorkeers
PO Raad	Rinda den Besten
PO Raad	Anneke Risselada
Radboud UMC	Mark van der Wel
RUG	Dirk Strijker
RUG	Sanne Visser
SCP	Jeroen Bolhouwer
Samenwerkende Gezondheidsfondsen	Eleanne Plaizier

Social Finance NL	Ruben Koekoek
Social Work NHL	Jolanda Tuinstra
Social Work NHL	Bart de Jager
Society Impact	Imre Vellenga
UMC Amsterdam	Karien Stronks
Vaste Lasten Pakket	Soler Berk
Zilveren Kruis	Annet Bolsenbroek
ZonMw	Astrid van den Broek

Werkessies met experts uit het veld in samenwerking met Avance

Werkessie 2 november 2020

Organisatie	Contactpersoon
Radboud UMC	Maria van den Muijsenbergh
Pharos	Aldien Poll
RVS	Aletta Winsemius
Stiphout Toepassing In Praktijk	Will-Anne van Stiphout
UVA	Stephan Okhuijsen
WUR	Lenneke Vaandrager

Werkessie 9 november 2020

Organisatie	Contactpersoon
Erasmus Universiteit	Frank van Lenthe
NVVK	Marco Florijn
Maastricht University	Stef Kremers
Raedelijn	Marian Kesler
Amsterdam UMC	Karien Stronks
GGD IJsselland	Marja de Jong
Vrije Universiteit Brussel	Maurice de Greef
Gemeente Zaanstad	Christine Eggenkamp