

Eenzaam aan de onderkant: een studie naar ziekte, armoede en eenzaamheid

Maria Jansen,^{1,2} KlaasJan Hajema,¹ Suzanne Schefman,³ Frans Feron,^{1,4} Hans Bosma⁴

Doel: De Nederlandse overheid trekt zich steeds verder terug. Daarom hebben we onderzocht of zieke mensen met een laag inkomen voldoende sociale contacten hebben om op eigen kracht met hun ziekte om te kunnen gaan en of er een verschuiving zichtbaar is tussen 2009 en 2012.

Methode: We hebben gebruik gemaakt van de in 2009 en 2012 gehouden gezondheidsenquête onder volwassenen (17-65 jaar) van alle Limburgse gemeenten (2009: n=11.945; 2012: n= 24.978). Het percentage zieke personen dat ernstige eenzaamheid of zeer weinig contacten rapporteert is naar inkomenscategorie geanalyseerd, voor 2009 en 2012 afzonderlijk.

Resultaten: Zieke personen met een laag inkomen rapporteren vaker ernstige eenzaamheid en zeer weinig persoonlijke contacten dan zieke personen met een hoog inkomen. In 2012 zegt 6% van de zieken met hoog inkomen ernstig eenzaam te zijn tegenover 20,7% van de zieken met laag inkomen; in 2009 is dit 3,2% versus 16,2%. In 2012 zegt 4,3% van de zieken met hoog inkomen zeer weinig persoonlijke contacten te hebben tegenover 11,9% van de zieken met laag inkomen; in 2009 is dit 1,6% versus 11,3% (Chi2-test, $p \leq 0,05$).

Conclusie: De gegevens laten een beeld zien van ernstige eenzaamheid en zeer weinig persoonlijke contacten bij een aanzienlijk deel van de zieke bevolking met een laag inkomen. De situatie is in de periode 2009-2012 licht verslechterd. In een samenleving waar mensen steeds meer op zichzelf en hun sociale netwerk worden teruggeworpen raden we gemeenten en GGD'en aan extra toe te zien op deze kwetsbare groepen. Samenwerking tussen gemeenten en GGD is noodzakelijk bij de uitvoering van de zorgplicht voor langdurig zieken en het terugdringen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. De gemeentelijke monitor voor het sociaal domein in combinatie met de gezondheidsmonitor van de GGD biedt de mogelijkheid om vroegtijdig knelpunten te signaleren.

Trefwoorden: sociaaleconomische gezondheidsverschillen, sociaal netwerk, participatiesamenleving

INLEIDING

We lezen het dagelijks in de krant: de Nederlandse overheid trekt zich terug. Met de in gang gezette ombouw van de verzorgingsstaat naar een participatiesamenleving probeert het kabinet de betrokkenheid in de samenleving te stimuleren en de Nederlandse overheidsfinanciën op orde te krijgen, zodat de uitgaven op de langere termijn houdbaar blijven tegen een acceptabele belastingdruk. Gemeenten zijn vanaf begin 2015 verantwoordelijk voor de vormgeving van de participatiesamenleving op lokaal niveau. Gemeenten zijn al sinds 1989 verantwoordelijk voor het volksgezondheidsbeleid (Wet Publieke Gezondheid; Wpg) en daar komt nu de jeugdzorg, de wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de ar-

beidsparticipatie voor mensen met een beperking bij (Participatiewet). Gemeenten krijgen dus een grote rol op het terrein van de ondersteuning thuis en het terugdringen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen.^{1,2} Vorm en inhoud van deze zorg kunnen per gemeente verschillen, afhankelijk van het ambitieniveau en de lokaal beschikbare middelen. Gemeenten kunnen door het Rijk aangesproken worden wanneer zij niet voldoen aan hun zorgplicht. Om het allemaal te kunnen blijven financieren, doen de gemeenten nadrukkelijk beroep op de zelfredzaamheid van burgers, ondersteund door mantelzorgers uit het eigen sociale netwerk.^{3,4} Met name wanneer zich gezondheidsproblemen voordoen, doen mensen een beroep op hun sociale netwerk.⁵⁻⁷ In principe zijn alle Nederlanders via de zorgverzekeringswet (Zvw) en de algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) verzekerd tegen onvoorziene uitgaven als gevolg van ziekte of beperkingen. In de ombouw van de verzorgingsstaat naar de participatiesamenleving gaat een deel van de voorzieningen van de Zvw en de AWBZ naar de wet langdurige zorg

¹ GGD Zuid-Limburg / Academische Werkplaats Publieke Gezondheid, Geleen

² CAPHRI, Health Services Research, Maastricht University, Maastricht

³ Veiligheidsregio Limburg-Noord, Venlo

⁴ Maastricht University, CAPHRI, Sociale Geneeskunde, Maastricht

(Wlz) en de Wmo of wordt het door middel van strengere indicatiecriteria de eigen verantwoordelijkheid van het individu.³ Mensen kunnen zich op onderdelen extra verzekeren om het eigen risico te beperken. Voor personen met een bovenmodaal inkomen is dit een realistische optie maar voor personen met een minimumloon is dit aanzienlijk lastiger. Ingeval van ziekte beschikken personen in de bovenmodale inkomenscategorie over de mogelijkheid om gezondheidsvoorzieningen aan te schaffen of extra hulp in te kopen waarmee zo nodig de eigen mantelzorgers ontlast kunnen worden.⁸ Voor zieken met een minimumloon zijn deze mogelijkheden beperkt. Zij zullen een beroep doen op hun sociale netwerk.

Tegen deze achtergrond hebben we onderzoek gedaan naar de kracht van het sociale netwerk van volwassenen met een ziekte of beperking, met name onder volwassenen uit de lage inkomenscategorie. Een laag inkomen is een belangrijke determinant voor een lage sociaaleconomische positie en deze lage positie hangt weer samen met gezondheidsachterstand, enerzijds door causatie- en anderzijds door selectiemechanismen.^{9,10} Causatie betekent dat een lage sociaaleconomische status via specifieke determinanten zoals woon- en werkomgeving en leefstijl leidt tot een slechtere gezondheid. Selectie houdt in dat een slechtere gezondheidstoestand via negatieve effecten op opleiding en werk leidt tot een lagere sociaaleconomische status. Zo resulteert sociale status in gezondheidsverschillen.¹¹ Het verkleinen van deze gezondheidsverschillen blijkt een hardnekkig probleem.¹² Als gevolg van de nieuwe wetgeving kunnen zich knelpunten voordoen bij bepaalde groepen in de samenleving, naar verwachting vooral bij groepen met een gezondheidsproblemen en een lage sociaaleconomische status. Voor gemeenten en hun GGD is er veel aan gelegen om de ondersteuning thuis adequaat in te vullen en om gezondheidsverschillen niet verder te laten toenemen. Door de individualisering en de toenemende inkomensongelijkheid staat de sociale cohesie onder druk.¹³ Daarom hebben we onderzocht of zieke mensen met een laag inkomen voldoende sociale contacten hebben om op eigen kracht met hun ziekte om te gaan en of er een verschuiving zichtbaar is tussen 2009 en 2012.

METHODE

Gebruikelijk is dat GGD'en elke vier jaar een gezondheidsenquête uitvoeren onder jeugd, volwassenen en ouderen om de gezondheidstoestand van de bevolking in hun regio in kaart te brengen. In 2012 heeft de eerste gezamenlijke Gezondheidsmonitor van GGD'en, het

Kernpunten

- De GGD gezondheidsenquête laat zien dat ongeveer 5 tot 7% van de bevolking bestaat uit zieke burgers met een laag inkomen, die zeer eenzaam zijn en zeer weinig sociale contacten hebben.
- Deze groep kan nauwelijks terugvallen op een sociaal netwerk ingeval zij zorg behoeven. Scheiding en arbeidsongeschiktheid dragen bij aan het beperkte sociale netwerk.
- De omslag van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving vraagt om extra aandacht voor deze kwetsbare groep.
- Er ligt een uitdagende opdracht voor gemeenten en GGD'en om samenhang aan te brengen in de monitor voor het sociaal domein en de gezondheidsmonitor.

Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) plaatsgevonden. Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van de GGD-gezondheidsenquête onder volwassenen (17-65 jaar) uit 2009 en de GGD-CBS-RIVM-gezondheidsenquête uit 2012. GGD Zuid Limburg en de Veiligheidsregio Limburg-Noord hebben de enquêtes uitgevoerd. Het onderzoeksontwerp is cross-sectioneel en de gegevens zijn zelfrapportages. Uit het bevolkingsregister zijn at random

zelfstandig wonende volwassenen (niet geïnstitutionaliseerd, niet wonend/verblijvend in ziekenhuis, verzorgingshuis, verpleeghuis of anderszins) geselecteerd en aangeschreven. In 2009 heeft bijna 4% van de volwassen bevolking een uitnodiging ontvangen, in 2012 12%. In 2012 hebben veel gemeenten ervoor gekozen om hun steekproeven op te hogen zodat zij uitspraken kunnen doen over hun kernen en wijken. De steekproeven voor jong volwassenen en een aantal postcodegebieden met een gemiddeld lage sociaaleconomische status zijn opgehoogd vanwege de te verwachte lagere respons. In 2009 was de respons 45,5% en vulden 11.945 volwassenen de enquête in; in 2012 was de respons 41,3% met 24.978 volwassenen.

Fysieke ongezondheid is gemeten aan de hand van het aantal zelfgerapporteerde chronische aandoeningen die door een arts zijn vastgesteld; de respondenten konden in 2009 kiezen uit de standaard GGD lijst van achttien aandoeningen (bijvoorbeeld suikerziekte, reumatoïde artritis) en in 2012 uit de standaard CBS lijst van negentien aandoeningen. Ziektestatus is gedichotomiseerd en volwassenen met tenminste een gediagnosticeerde aandoening zijn als ziek gedefinieerd.

Het aantal contacten met familieleden, vrienden en burens is gevraagd in zes antwoordcategorieën (1. meer dan 1x per week; 2. 3x per maand; 3. 2x per maand; 4. 1x per maand; 5. Minder dan 1x per maand; 6. zelden of nooit). De somscore loopt van 3 (veel contacten) tot 18 (nauwelijks contacten). Een score ≥ 10 is gelijk aan minder dan twee maal per maand contact met familie, vrienden of burens en is in dit onderzoek gedefinieerd als het hebben van zeer weinig sociale contacten (RIVM, 2014). Eenzaamheid is gemeten met de schaal van de Jong-Gierveld¹⁴ (in onze data: Cronbach's $\alpha = 0,88$ en $0,91$ in respectievelijk 2009 en 2012). De schaal loopt van 0 (niet eenzaam) tot 11 (zeer eenzaam), waarbij een score ≥ 9 gedefinieerd is als ernstige eenzaamheid.

Inkomen is in 2009 gemeten aan de hand van zelfgerapporteerd netto inkomen, onderverdeeld in vijf categorieën (oplopend van minder dan € 1.000 per

maand in vijf categorieën naar meer dan € 3.101,- per maand). In 2012 zijn op individueel niveau de gestandaardiseerde huishoudinkomens op basis van de belastingaangifte door het CBS toegevoegd aan de gezondheidsgegevens, onderverdeeld in vijf categorieën (oplopend van minder dan € 15.200 per jaar naar meer dan € 31.000,- per jaar).

Met behulp van kruistabellen (Chi²) en logistische regressie is het verband berekend tussen ziekte, ernstige eenzaamheid en zeer weinig sociale contacten naar inkomen. Ernstige eenzaamheid en zeer weinig persoonlijke contacten reflecteren de kwaliteit en kwantiteit van het sociale netwerk. Het sociale netwerk wordt ook beïnvloed door leeftijd, geslacht, etniciteit, burgerlijke staat, opleiding en werksituatie. Daarom is in de analyses apart gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, opleidingsniveau (acht geordende categorieën van geen, lager onderwijs, LBO tot en met universiteit), werksituatie (tien categorieën van fulltime werkend naar nog onderwijs volgend), etnische achtergrond (tien categorieën) en burgerlijke staat (getrouwd, ongehuwd, gescheiden, verweduwd). Geslacht, werksituatie, etnische achtergrond en burgerlijke staat werden als categoriale variabelen geanalyseerd. Statistische significantie is vastgesteld op $p \leq 0,05$.

RESULTATEN

Het gemiddelde aantal lichamelijke aandoeningen in 2009 was 0,94 met een standaarddeviatie van 1,45; in 2012, respectievelijk 0,78 en 1,31. In 2009 geeft 47,2% van de volwassen populatie aan minimaal één ziekte te hebben, in 2012 is dit 40,6%. Lagere inkomensgroepen rapporteren vaker ziekte dan hogere inkomensgroepen: 44 versus 38% in 2009 en 46 versus 37% in 2012 (Tabel 1). Het gemiddelde op de eenzaamheidsschaal van de Jong-Gierveld was 2,45 in 2009 en 2,44 in 2012 met een standaarddeviatie van respectievelijk 2,89 en 3,13. Ernstige eenzaamheid komt onder zieken twee keer zoveel voor als onder gezonde volwassenen namelijk 9,0 versus

4,3% in 2009 en 11,2 versus 5,5% in 2012. Ernstige eenzaamheid onder zieken met een laag inkomen bedraagt 16,2% in 2009 en 20,7% in 2012 tegenover 3,2% in 2009 en 6% in 2012 onder zieken met een hoog inkomen. Het gemiddelde aantal contacten was 5,07 in 2009 en 5,13 in 2012 met een standaarddeviatie van respectievelijk 2,82 en 2,77. Het verschil in het hebben van zeer weinig contacten is tussen zieken en gezonden 6,1 versus 5,0% in 2009 en 6,9 versus 4,7% in 2012. Zeer weinig contacten komt onder de zieken met een laag inkomen bij 11,3% in 2009 en 11,9% in 2012 voor tegenover 1,6% in 2009 en 4,3% in 2012 bij de zieken met een hoog inkomen. Lager inkomen blijkt sterk geassocieerd met zowel ernstige eenzaamheid als zeer weinig contact met familie, vrienden of burens. De verschillen in ernstige eenzaamheid en zeer weinig contacten tussen gezonden en zieken in de lage inkomenscategorie is tussen 2009 en 2012 licht toegenomen. Alle verschillen zijn statistisch significant ($p \leq 0,05$).

Na controle voor leeftijd en geslacht blijkt er een sterk verband te zijn tussen een laag inkomen enerzijds en ernstige eenzaamheid en zeer weinig contacten anderzijds (Tabel 2 en 3, model 1). Odds ratio's behorend bij een laag inkomen variëren tussen de 3 en 10,5. Aparte controles voor de covariaten laten het volgende zien. Etnische achtergrond blijkt niet bij te dragen aan de verhoogde odds ratio's voor de laagste inkomensgroep. Gescheiden of arbeidsongeschikt zijn verklaren voor een deel waarom de lage inkomensgroep ernstiger eenzaam is (de andere categorieën van burgerlijke staat en werksituatie doen dat minder). Maar ook met simultane correctie voor deze variabelen blijven de odds ratio's voor de lage inkomensgroep sterk verhoogd (Tabel 2 en 3, model 2). Een laag opleidingsniveau verklaart gedeeltelijk waarom een laag inkomen gerelateerd is aan het hebben van zeer weinig contacten. Op het inkomenseffect op zeer weinig contacten in gezonde personen in 2012 na (OR =

Tabel 1 Percentage dat ziekte^a, ernstige eenzaamheid^b of zeer weinig contacten^c rapporteert naar inkomen en ziektestatus, voor 2009 en 2012 afzonderlijk

	N	% rapporteert ziekte ^a	% rapporteert ernstige eenzaamheid ^b		% rapporteert zeer weinig contacten ^c	
			Gezonde personen	Zieke personen	Gezonde personen	Zieke personen
Inkomen 2009^d						
> € 3101 (hoog)	1692	37,9	1,0	3,2	3,8	1,6
€ 1751-€ 3100	2920	47,4	3,4	5,2	3,6	4,2
€ 1351-€ 1750	1536	52,5	5,0	8,1	4,6	5,7
€ 1001-€ 1350	1289	56,4	8,0	15,4	7,1	9,0
< € 1000 (laag)	1597	44,1	6,8	16,2	8,1	11,3
Totaal	9034	47,2	4,3	9,0	5,0	6,1
Inkomen 2012^e						
> € 31000 (hoog)	5926	37,3	3,2	6,0	3,4	4,3
€ 24201-€ 31000	6539	37,8	4,2	7,5	3,9	5,6
€ 19401-€ 24200	5467	40,4	4,8	11,0	4,7	6,0
€ 15201-€ 19400	3795	45,8	8,8	16,1	5,5	9,2
< € 15200 (laag)	2974	46,9	11,9	20,7	9,2	11,9
Totaal	24701	40,6	5,5	11,2	4,7	6,9

^a De ziektestatus is gedichotomiseerd: 0: geen ziekte gediagnosticeerd en 1: tenminste 1 ziekte gediagnosticeerd;

^b Ernstige eenzaamheid gedefinieerd als somscore ≥ 9 op de eenzaamheidsschaal van de Jong-Gierveld (min score 0, max score 11);

^c Zeer weinig contacten gedefinieerd als somscore ≥ 10 (min score 3, max score 18), equivalent aan minder dan twee contacten per maand met familie, vrienden of burens;

^d Zelfgerapporteerd netto maandinkomen per huishouden (voorgecodeerde categorieën);

^e Gestandaardiseerd netto jaarinkomen per huishouden volgens de opgave van het CBS (gecodeerde categorieën).

1,65 (95% CI: 0,97-2,82)), zijn alle odds ratio's statistisch significant ($p \leq 0,05$).

Voor jonge en oudere volwassenen en voor mannen en vrouwen is het effect van inkomen op de uitkomstmaten hetzelfde. Separate analyses voor deze subgroepen laten dus geen andere uitkomsten zien, waardoor de robuustheid van de bevindingen wordt versterkt. Als we ziekte definiëren als het hebben van twee of meer aandoeningen blijven de resultaten nagenoeg hetzelfde. Laag inkomen is ook gerelateerd aan een ernstige eenzaamheid en zeer weinig sociale contacten als we de analyses in de 19 verschillende ziektegroepen afzonderlijk berekenen. De odds ratio's voor het inkomenseffect van 2009 en 2012 kunnen niet vergeleken worden omdat de inkomenscategorieën in 2009 en 2012 verschillend gemeten zijn. Alle resultaten zijn bevestigd door in de analyse gebruik te maken van de continue versie van de beide uitkomstmaten (eenzaamheid en persoonlijke contacten).

DISCUSSIE

Om inzicht te krijgen in de kracht van het sociale netwerk in Limburg hebben wij onderzoek uitgevoerd met behulp van de Limburgse gezondheidsenquête onder bijna 12.000 volwassenen in 2009 en bijna 25.000 volwassenen in 2012. Onderzocht is of er een relatie is tussen inkomen, ernstige eenzaamheid en persoonlijke contacten onder zieke volwassenen en of dit gedurende de periode 2009 tot 2012 is veranderd. Zeer ernstige eenzaamheid en weinig persoonlijke contacten blijken verontrustend hoog onder de zieken met een laag inkomen in vergelijking tot de zieken met een hoog inkomen. Het hogere percentage kan voor een deel verklaard worden door grotere werkloosheid en een hoger percentage gescheiden volwassenen. De hogere scheidingspercentages in deze groep is symptomatisch voor de toename van steeds losere persoonlijke verbintenissen.^{15,16} Ook arbeidsongeschiktheid kan leiden tot een beperkt sociaal netwerk en sociale isolatie waarbij ziek worden niet alleen resulteert in inkomensverlies en moeizame werkherleving maar ook in ontwrichting van het sociale netwerk met als gevolg een gevoel van sociale vervreemding.¹⁷ Met een terugtrekkende overheid waar allereerst een beroep wordt gedaan op de zelfredzaamheid van de burger met steun van zijn sociale netwerk, schetsen onze resultaten een somber beeld voor met name de zieken in de laagste in-

komenscategorie in onze samenleving, ongeveer 5 tot 7% van de totale volwassenpopulatie. Of deze groep de door de overheid gevraagde zelfredzaamheid aankan en steun kan vinden in het sociale netwerk is zeer de vraag. Immers, deze groep mist niet alleen de financiële mogelijkheden, maar ook de sociale mogelijkheden om zelf de moeilijkheden bij ziekte en zorgbehoefte het hoofd te kunnen bieden.¹⁸ Gemeenten moeten er dus op letten dat het participatiebeleid dat zij opstellen, voldoende kansen biedt voor de populatie als geheel inclusief de zieken in de laagste inkomenscategorie.

Een beperking van ons onderzoek is dat het zelfgerapporteerde bevindingen zijn, waardoor betrouwbaarheid en validiteit ter discussie staan. Dit geldt met name voor de inkomensgegevens die in 2009 gebaseerd waren op zelfrapportage in netto inkomen per maand en in 2012 op CBS gegevens in netto inkomen per jaar. Uit onderzoek is bekend dat het besteedbaar inkomen berekend op basis van zelfgerapporteerde gegevens van respondenten redelijk samenhangt met het besteedbaar inkomen dat berekend is op basis van landelijke registratiedata, maar dat de absolute inkomensbedragen op basis van registratiegegevens soms lager liggen dan de zelfgerapporteerde.¹⁹ Beide meetinstrumenten worden veelvuldig gebruikt, beide geven een rangorde van laag naar hoog en beide laten een inverse relatie zien met minder goede gezondheid. Alleen in de laagste inkomensgroep worden op basis van zelfgerapporteerd inkomen grotere gezondheidsverschillen gevonden dan met de inkomensdata op basis van fiscale bronnen.²⁰

Een tweede beperking betreft de lage respons. Hoewel een lage respons niet noodzakelijkerwijs resulteert in kwalitatief slechtere studies,^{21,22} is het een punt van zorg vanwege de mogelijke selectie bias die kan optreden. We weten dat mensen met zeer ernstige gezondheidsproblemen minder geneigd zijn om mee te doen waardoor onderrapportage ontstaat bij de meest kwetsbare groepen. Onze resultaten kunnen dus een iets te rooskleurig beeld schetsen.

Een bijkomend resultaat van ons onderzoek is dat we hebben laten zien dat we met de gezondheidsenquête van de GGD aanvullende analyses kunnen uitvoeren die inzicht geven in de aanwezigheid van sociale contacten waar burgers op kunnen terugvallen ingeval van ziekte. Deze informatie kan relevant zijn om de overgang naar de

Tabel 2 Odds ratio's ten aanzien van ernstige eenzaamheid naar inkomen, gecontroleerd voor leeftijd en geslacht (model 1) en additioneel voor opleidingsniveau, al dan niet gescheiden zijn en al dan niet arbeidsongeschikt zijn (model 2).

	2009		2012	
	Gezonde personen	Zieke personen	Gezonde personen	Zieke personen
Model 1 - Inkomen				
- Hoog	1,00	1,00	1,00	1,00
-	3,65 (1,85-7,23)	1,68 (1,01-2,78)	1,38 (1,08-1,75)	1,31 (1,04-1,65)
-	5,70 (2,81-11,6)	2,63 (1,57-4,40)	1,61 (1,26-2,06)	1,99 (1,59-2,48)
-	9,77 (4,85-19,7)	5,77 (3,53-9,43)	3,04 (2,39-3,87)	3,11 (2,49-3,87)
- Laag	9,59 (4,78-19,3)	6,72 (4,09-11,0)	4,37 (3,43-5,58)	4,28 (3,43-5,35)
Model 2 - Inkomen				
- Hoog	1,00	1,00	1,00	1,00
-	2,87 (1,43-5,76)	1,33 (0,78-2,26)	1,23 (0,96-1,58)	1,19 (0,93-1,51)
-	3,75 (1,79-7,87)	1,67 (0,96-2,90)	1,36 (1,05-1,75)	1,53 (1,21-1,94)
-	5,00 (2,33-10,7)	2,83 (1,63-4,93)	2,13 (1,64-2,76)	1,99 (1,56-2,54)
- Laag	4,31 (1,98-9,39)	2,74 (1,53-4,90)	2,82 (2,17-3,67)	2,23 (1,73-2,87)

Tabel 3 Odds ratio's ten aanzien van zeer weinig contacten naar inkomen, gecontroleerd voor leeftijd en geslacht (model 1) en additioneel voor opleidingsniveau, al dan niet gescheiden zijn en al dan niet arbeidsongeschikt zijn (model 2).

	2009 Gezonde personen	Zieke personen	2012 Gezonde personen	Zieke personen
Model 1 - Inkomen				
- Hoog	1,00	1,00	1,00	1,00
-	0,92 (0,61-1,41)	2,73 (1,38-5,38)	1,21 (0,95-1,54)	1,38 (1,06-1,82)
-	1,31 (0,81-2,11)	3,63 (1,81-7,27)	1,51 (1,18-1,93)	1,52 (1,15-2,00)
-	2,30 (1,45-3,65)	6,57 (3,33-12,9)	1,80 (1,38-2,34)	2,49 (1,91-3,25)
- Laag	3,31 (2,15-5,11)	10,3 (5,25-20,3)	3,32 (2,58-4,29)	3,46 (2,65-4,53)
Model 2 - Inkomen				
- Hoog	1,00	1,00	1,00	1,00
-	0,70 (0,45-1,09)	2,20 (1,10-4,38)	1,08 (0,84-1,39)	1,23 (0,93-1,63)
-	0,83 (0,49-1,39)	2,38 (1,15-4,93)	1,23 (0,95-1,59)	1,21 (0,91-1,62)
-	1,12 (0,65-1,95)	3,65 (1,75-7,60)	1,33 (1,00-1,76)	1,74 (1,30-2,33)
- Laag	1,65 (0,97-2,82)	5,85 (2,76-12,4)	2,20 (1,66-2,90)	2,20 (1,63-2,98)

participatiesamenleving te monitoren.²³⁻²⁵ De vorm en de inhoud van de Wmo en de Participatiewet (de gewijzigde Wet Werk Bijstand) verschillen per gemeenten. Op de budgetten die gemeenten van het Rijk ontvangen wordt 15 tot 25% bezuinigd. De verdeelsleutel voor het overhevelen van rijksmiddelen naar de gemeenten wordt mogelijk onvoldoende gecorrigeerd voor ziekte²⁶ en sociaaleconomische omstandigheden. Dit betekent dat gemeenten met relatief veel ongezonde mensen een grotere lokale lastendruk gaan ondervinden dan gemeenten met een relatief gezonde bevolking. De gezondheidsverschillen tussen gemeenten kunnen in Nederland aanzienlijk zijn en derhalve ook de toegewezen budgetten om de gemeentelijke zorgplicht waar te kunnen maken.²⁷⁻²⁸

Goede monitoring van gezondheid, sociale contacten, zelfredzaamheid en sociaaleconomische gezondheidsverschillen op gemeenteniveau is daarom van essentieel belang. GGD'en dienen hier, samen met CBS en het RIVM een rol in te vervullen. Dit biedt kansen voor GGD-epidemiologen om mee te denken in de mogelijkheden tot samenhang tussen de monitor voor het sociaal domein²⁹ en de gezondheidsmonitor. Gemeenten worden dan concreet geholpen bij de uitvoering van gedecentraliseerde taken. Door middel van continue monitoring wordt inzichtelijk gemaakt of elders in Nederland soortgelijke verschillen bestaan in de kwetsbaarheid van subgroepen in de samenleving als gevolg van nieuw gemeentelijk beleid.

LITERATUUR

1. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Betrouwbare publieke gezondheid: Gezamenlijke verantwoordelijkheid van gemeenten en Rijk. Kenmerk 629287-122954-PG. Den Haag: VWS 2014.
2. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer der Staten-Generaal. Vergaderjaar 2013-2014. Preventief gezondheidsbeleid Nr.133. Gewijzigde motie van het lid Wolbert ter vervanging van die gedrukt onder nr. 126. Den Haag: VWS 2014.
3. Rijksoverheid. Decentralisatie van overheidstaken naar gemeenten. Den Haag: Rijksoverheid, 2014. <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gemeenten/decentralisatie-van-overheidstaken-naar-gemeenten> (laatst gezien op 07-08-2014).
4. Galvin R. Disturbing notions of chronic illness and individual

responsibility: towards a genealogy of morals. *Health Int J Soc Study Health Illness Med* 2002;6:107-37.

5. Sok K, Royers T, Veen N van der. Bouwen aan sociale netwerken van mensen met een beperking, ziekte of aandoening. Kennisdossier 4. Utrecht: Movisie, Vilans, AVI, 2013.
6. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med*, 2010;7:e1000316.
7. RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij (G&M). Bilt-hoven: RIVM, 2015. <http://www.nationaalkompas.nl/thema-s/gezondheidsachterstanden/thema-s/sociale-omgeving-en-gezondheid/> (laatst gezien op 6 juni 2015)
8. Mielck A, Kiess R, Knesebeck O von dem, Stirbu I, Kunst AE. Association between forgone care and household income among the elderly in five Western European countries - analyses based on survey data from the SHARE-study. *BMC Health Serv Res* 2009;9:52.
9. Bosma H. Social epidemiology: back and forth between upstream and downstream. A personal, narrative review. *OA Epidemiol* (in druk).
10. Mackenbach JP. Socio-economic inequalities in health in high-income countries: the facts and the options. In: Detels R, Beaglehole R, Lansang MA, Gulliford M (Eds), *Oxford Textbook of Public Health*. Oxford: Oxford University Press, 2011.
11. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005;365:1099-104.
12. European Commission. Report on health inequalities in the European Union. Brussels: European Commission, 2013.
13. Kremer M, Schrijvers E. Waarom inkomensongelijkheid nadelig uitpakt voor iedereen. Een gesprek met Richard Wilkinson. In: Kremer M, Bovens M, Schrijvers E, Went R (red). *Hoe ongelijk is Nederland? Een verkenning van de ontwikkeling en gevolgen van economische ongelijkheid*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, Amsterdam University Press, 2014.
14. Jong-Gierveld J de, Kamphuis FH. The development of a Rasch-type loneliness-scale. *Appl Psychol Meas* 1985;9:289-99.
15. Shor E, Roelfs DJ, Bugyi P, Schwartz JE. Meta-analysis of marital dissolution and mortality: reevaluating the intersection of gender and age. *Soc Sci Med* 2012;75:46-59.
16. Mental Health Foundation. *The Lonely Society*. London: Mental Health Foundation, 2010.
17. Holland P, Burström B, Whitehead M et al. How do macro-level contexts and policies affect the employment chances of chro-

- nically ill and disabled people? Part I: The impact of recession and de-industrialization. *Int J Health Serv* 2011;41:395-413.
18. *Veer J van der, Waverijn G, Spreuwenberg P, Rijken M.* Werk en Inkomen: kerngegevens & trends. Rapportage 2013 Monitor zorg- en leefsituatie van mensen met een chronische ziekte of beperking. Nivel, Utrecht 2013.
 19. *Rijken M.* Inkomen en gebruik van de aftrekregeling voor buitengewone uitgaven over 2008 onder mensen met een chronische ziekte of beperking Zelfgerapporteerde gegevens vergeleken met gegevens uit landelijke registraties. Utrecht: Nivel, 2010.
 20. *Kunst AE, Dalstra JAA, Bos V, Mackenbach JP, Otten FWJ, Geurts JJM.* Ontwikkeling en toepassing van indicatoren van sociaal-economische status binnen het Gezondheidsstatistisch Bestand. Rotterdam: MGZ, Erasmus MC, CBS, 2005.
 21. AAPOR: American association for public opinion research. 2014 http://www.aapor.org/Response_Rates_An_Overview1.htm#.U8LxqrFjPO6
 22. *Groves RM.* Nonresponse Rates and Nonresponse Bias in Household Surveys. *Public Opinion Quat* 2006;70:646-75.
 23. *Viergever RF.* Gezondheidsmonitoring van kwetsbare groepen in Nederland: weten we genoeg? *Tijdschr Gezondheidswet* 2013;91:347-57.
 24. *Brink van den CL, Smulders GMJ.* Naar een standaard voor monitoring van kwetsbare groepen in Nederland. *Tijdschr Gezondheidswet* 2014;92:108-9.
 25. Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Gemeentezorg. Randvoorwaarden voor een succesvolle decentralisatie van langdurige zorg naar gemeenten. Den Haag, RVZ, 2014.
 26. *Jansen M, Ruwaard D, Horstman K, Kant IJ, Jungbluth P, Rutten W, Bosma H.* Wij maken ons grote zorgen. Maastricht, 2013. <http://www.academischewerkplaatslimburg.nl/wp-content/uploads/Gevolgendecentralisaties1.pdf>. (laatst gezien op 15-09-2014)
 27. *Poos MJJC, Nusselder WJ, Bruggink JW.* Gezonde levensverwachting: Zijn er verschillen naar sociaaleconomische status? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, 2014. <http://www.nationaalkompas.nl/> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidstoestand\Sterfte, levensverwachting en DALY's\Gezonde levensverwachting>
 28. *Bosma H, Jansen M, Groffen D, Mujakovic S, Feron F.* Een nadere analyse van de gezondheidsachterstand in stadsregio Parkstad. *Tijdschr Gezondheidswet* 2013;91:318-23.
 29. Vereniging van Nederlandse Gemeenten. Monitor Sociaal Domein. Den Haag: VNG, 2015. <http://www.visd.nl> (laatst gezien op 04-06-2015).

CORRESPONDENTIEADRES

**Maria Jansen, CAPHRI, Health Services Research,
Maastricht University, Postbus 616, 6200 MD Maastricht,
e-mail: maria.jansen@ggdzl.nl**