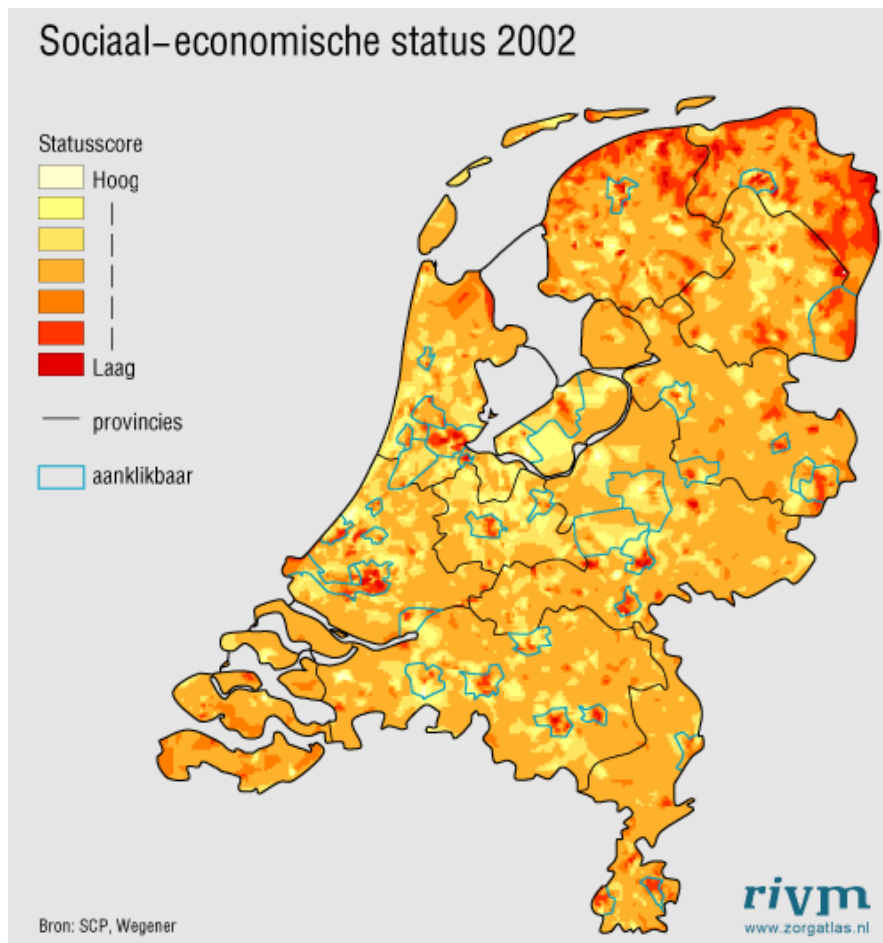




***Interventies die leiden tot een succesvolle preventie van de gevolgen van een lage socio economische status in relatie tot zwangerschap en geboorte***



**Rob Hardeman**  
**Referent; Aly Mijnheer**  
**Maart 2012**

## Inleiding

*“Gezondheid is een toestand van volledige lichamelijke, geestelijke en maatschappelijke welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken” ( World Health Organization 2003).*

De aanleiding van deze literatuurstudie is de maatschappelijk relevante vraag wat de invloed is van SES op gezondheid. Er wordt veel gesproken over de samenhang van SES (gemeten aan de hand van indicatoren opleiding, inkomen of beroepsstatus) met lichamelijke, psychische en sociale gezondheid en leefstijl; een lage SES heeft meer gezondheidsproblemen en een ongezonde leefstijl tot gevolg dan een hoge SES, maar hoe sterk is die relatie tussen SES en gezondheid en in hoeverre beïnvloeden de leefstijlfactoren deze samenhang?

Aan de verschillen in gezondheidssituatie wordt in de maatschappij en politiek veel aandacht gegeven. Zo heeft het kabinet als doel gesteld dat de verschillen in gezondheid naar SES tussen 2000 en 2020 met 25% verkleind moet worden. Ook gemeenten en GGD en besteden veel aandacht aan de verschillen in gezondheid. Gemeenten zijn verplicht om elke vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid op te stellen.

De nota's zijn gebaseerd op gegevens over de gezondheidssituatie van de bevolking. De GGD, die zich bezig houdt met het bevorderen, bewaken en beschermen van de bevolking, zorgt voor de verzameling en analyse van en advisering over gezondheidsgegevens. Ondanks veel onderzoek naar de invloed van SES op gezondheid en aandacht voor deze samenhang, blijft SES een onduidelijk begrip dat op verschillende manieren wordt geoperationaliseerd (aan de hand van de indicatoren opleiding, inkomen en beroepsstatus). Het is onduidelijk welke SES indicator de sterkste voorspeller is voor elke gezondheidstype en in hoeverre leefstijlfactoren deze beïnvloedt.

Vanuit het project De Zwangere Centraal ([www.dezwangerecentraal.nl](http://www.dezwangerecentraal.nl)) is het initiatief genomen voor een 5-tal thema's een algemeen behandelprotocol te ontwikkelen. Daarin zouden interventies aan de orde moeten komen die wetenschappelijk aantoonbaar effectief zijn of tot de best practice of care behorend in preventie en/of behandeling.

Het doel van deze literatuurstudie is inzicht te krijgen in de definiëring van SES, het verband tussen gezondheid en leefstijl, welke indicator van SES de sterkste voorspeller is van gezondheidsproblemen en kijken naar de beschikbare interventies die wetenschappelijk onderzocht zijn en effectief gebleken bij beïnvloeding van gezondheidsuitkomsten. De kennis kan gebruikt worden om een protocol te ontwikkelen waarin interventies opgenomen worden die ervoor zorgen dat de cliënten met een lage SES, een betere kans krijgen om een gezondere levensstijl te adopteren en daardoor tot betere gezondheidsuitkomsten rond zwangerschap en geboorte te komen.

Een vijftal onderzoeksvragen zijn leidend voor deze literatuurstudie:

1. Wat is SES?
2. Welke indicator van SES is de sterkste voorspeller van mogelijke gezondheidsproblemen
3. Wat is het verband tussen SES en gezondheid, en leefstijl?

4. In hoeverre wordt de invloed van de SES indicatoren zoals opleiding, financiële problematiek en moeite met rondkomen op gezondheid mede beïnvloed door de leefstijlfactoren, alcoholgebruik, roken, beweging en overgewicht?
5. Welke interventies zijn er ontwikkeld of moeten er worden ontwikkeld om de zwangerschapsuitkomsten bij vrouwen met een lage SES en kinderen te verbeteren?

## **Methode**

Voor het zoeken naar literatuur wordt gezocht in verschillende databases: Pubmed, Cochrane, CINAHL, Embase, PsychINFO, Science Web.

De zoektermen die gebruikt worden zijn *SES* in combinatie met gezondheid, leefstijl, gezondheidsproblemen, opleiding, schulden/financiële problematiek, Alcoholmisbruik, roken, bewegen en overgewicht.

### *Inclusiecriteria*

Artikelen van na 2000, met uitzondering van zeer belangrijke artikelen waarvan na 2000 geen onderzoek meer gepubliceerd is.

Nederlands en Engelstalige artikelen

Fulltext en abstracts

### *Exclusiecriteria*

Artikelen waarin etniciteit wordt genoemd, psycho sociale klachten of tienerouderschap. Deze invalshoek wordt binnen de andere literatuurstudies onderzocht van het project De Zwangere Centraal.

Er werden 35 artikelen gevonden van onderzoeken die antwoord geven op een of meerdere onderzoeksvragen.

## **Wat is de definitie van SES?**

De sociaal economische status (SES) wordt over het algemeen gedefinieerd als de positie die mensen innemen in de maatschappij. Zo stellen Stronks, Van de Mheen, Van den Bos en Mackenbach (1997): *“de sociaal economische status vertegenwoordigt de positie van een individu of huishoudingen in de sociale stratificatie”*. Een soortgelijke definitie wordt gegeven door Herten, et al. (2002): *“de positie die mensen innemen in de gelaagde structuur van onze maatschappij”*. Lucht en Pcavet (2006) omschrijven SES als *“de positie die iemand inneemt in de sociale hiërarchie, gemeten aan de hand van opleiding, inkomen of beroepsstatus”*.

De status ofwel positie die iemand inneemt in de maatschappij of een sociale omgeving geeft dus de SES weer. Het probleem is dat SES moeilijk operationaliseerbaar is, of hoe meet je de positie van iemand in de maatschappij en waarom worden hiervoor verschillende indicatoren gebruikt?

## **Indicatoren**

Hoewel bovenstaande definities een duidelijk beeld geven van de SES, is het nog niet eenvoudig om SES te meten. Hiervoor kunnen verschillende indicatoren gebruikt worden. Vooral opleiding (Verweij 2008), inkomen en beroepsstatus (Winkleby et al 1992) worden veel gebruikt (Siegrist et al 2004; Mackenbach et al 2004; Wilthshire et al 2009; Kunst et al

2005; Smits et al 2002; Herten et al 2002; Shavers, 2007), zoals Lucht en Picavet (2006) ook stellen in hun definitie als beschreven in de vorige paragraaf.

Deze drie indicatoren en hun betekenis worden achtereenvolgens kort uiteengezet.

**Opleiding** reflecteert de kennis en vaardigheden van een persoon (Laakson et al 2005; Smits et al 2002). Het levert daarmee een bijdrage aan het begrijpen van informatie. Ook draagt het positief bij in het kunnen en zoeken naar gezondheidsinformatie (Wiltshire et al 2009). Mensen met een hoog opleidingsniveau zijn in staat beter de juiste informatie te verkrijgen en te begrijpen dan mensen met een laag opleidingsniveau. Doordat zij de informatie beter begrijpen komt een effectieve communicatie over en weer tot stand (Shavers 2007). Een ander voordeel dat een hoog opleidingsniveau met zich meebrengt is dat gewenst gedrag beter overgenomen kan worden en problemen beter opgelost worden (Smit 2007). Dit heeft als voordeel dat gezonde gewoonten beter kunnen worden aangeleerd en meer overgenomen worden.

Het **inkomen** geeft weer of iemand de mogelijkheid heeft om middelen aan te schaffen (Laaksonen et al 2005; Smits et al 2002), om de juiste zorg, voeding en woning te kunnen veroorloven (Shavers 2007). Mensen die meer inkomen hebben kunnen meer uitgeven aan deze gezondheidsbevorderende producten. Dit kan de woonomstandigheden, het soort voeding en zorg ten goed komen.

De derde veel gebruikte SES indicator, **beroepsstatus**, staat voor de status die iemand inneemt in de maatschappij (Laaksonen et al, 2005, Smits et al, 2002). Het reflecteert de fysieke en psychosociale werkomstandigheden. Mensen met een lage beroepsstatus (handarbeiders) worden meer blootgesteld aan chemische stoffen of extreme temperaturen, hebben te maken met fysiek zware arbeid, geen afwisseling in het werk en een gebrek aan autoriteit (Volkers et al 2007).

Hoewel opleiding, inkomen en beroepsstatus alle drie veel gebruikte indicatoren zijn van de SES, is uit onderzoek gebleken dat er een zwakke correlatie is tussen deze SES indicatoren (Stronks et al 1997). Dat wil dus zeggen dat iemand met een hoog opleidingsniveau een laag inkomen kan hebben of een lage beroepsstatus. Er is dus niet per definitie een samenhang tussen inkomen, beroepsstatus en opleiding.

Opleidingsniveau is een indicator die weinig varieert door de jaren heen; een afgeronde opleiding is en blijft het hoogst genoten opleidingsniveau. Beroepsstatus en inkomen zijn indicatoren die kunnen variëren door de jaren heen. Hieruit kan worden afgeleid dat SES geen stabiele factor is en kan fluctueren met de jaren. Dit betekent dat gevolgen die SES heeft voor gezondheid, ook kunnen variëren door de jaren heen.

Samenvattend kan gezegd worden dat de drie indicatoren opleiding, inkomen en beroepsstatus veel gebruikte indicatoren zijn om de SES te bepalen. Ondanks dat in de literatuur veel gebruik wordt gemaakt van de gevonden indicatoren, is nog onduidelijk welke van deze drie SES indicatoren de beste maat is voor SES.

## **Wat is de samenhang van de sociale economische status met gezondheid?**

Er wordt veel gesproken over de samenhang van SES met gezondheid (Smith 2007; Laaksonen et al 2005; Wilthire et al 2009). Gezondheid is echter een breed begrip, dat lichamelijke, psychische en sociale componenten heeft. Deze drie componenten en de samenhang met SES worden in onderstaande kort samengevat.

### ***Lichamelijke gezondheid***

De lichamelijke gezondheid van mensen wordt bepaald door de aan- en afwezigheid van chronische ziekten en aandoeningen. Chronische ziekten en aandoeningen zijn meer aanwezig bij mensen met een lage SES dan bij mensen met een hoge SES. Dit wordt in verschillende onderzoeken bevestigd. Zo geeft het Locket Gezond leven (2008) aan dat chronische ziekten diabetes, longkanker en coronaire hartziekten in grotere mate aanwezig zijn onder mensen met een lage SES dan onder mensen met ene hoge SES.

Een ander onderzoek, waarin onderzoeken op het gebied van sociaal-economische gezondheidsverschillen uit acht verschillende Europese landen vergeleken werden, laat zien dat gezondheidsproblemen als beroerte, diabetes en artritis vaker voorkomen bij mensen met een lagere opleiding (lage SES) dan bij mensen met een hoge opleiding (hoge SES). Bij deze laatste groep kwamen echter wel vaker allergieën voor (Dalstra et al 2005).

Dalstra et al (2005) hebben gebruik gemaakt van de SES indicator opleiding om de SES te meten. Hiervoor is gekozen, omdat deze indicator op een vergelijkbare wijze in alle landen gemeten was.

Onderzoek van Wolleswinkel-van de Bosch, de Graaf, van der Houwen en de Waart (2003) toont dat ernstige hartkwalen, hoge bloeddruk, suikerziekte, artrose en reuma meer voorkomen bij mensen met een laag opleidingsniveau ten opzichte van een hoog opleidingsniveau. Een ernstige hartkwaal en artrose bleken in de categorie arbeidssituatie meer voorkomend onder mensen met een bijstandsuitkering ten opzichte van mensen met een betaalde baan. Er zijn in het onderzoek van Wolleswinkel-van den Bosch et al. (2003) dus verschillen gevonden in gezondheid naar SES voor zowel opleiding als arbeidssituatie.

Samenvattend kan gezegd worden dat mensen met een lage SES (gemeten door Verschillende indicatoren) meer chronische ziekten en aandoeningen hebben dan mensen met een hoge SES.

### ***Psychische gezondheid***

Psychische gezondheid is een staat van succesvol geestelijk functioneren, wat leidt tot productieve activiteiten, bevredigende relaties met anderen en de mogelijkheid aan te passen aan en om te gaan met veranderingen en tegenslagen (Surgeon General, 1992). Voor het eigen welzijn, familie en inter-persoonlijke verhoudingen en bijdragen aan de maatschappij is psychische gezondheid onmisbaar. Een slechte psychische gezondheid kan zich onder andere uiten in dementie, depressie, angststoornissen, hyperactiviteit, concentratieproblemen en gedragsveranderingen. De psychische gezondheid van mensen met een lage SES (gemeten aan de hand van opleidingsniveau) is minder goed dan van mensen met een hoge SES (Smith, 2007). Ook Reijneveld & Schene (1998) hebben aangetoond dat een psychische stoornis meer voorkomt bij mensen met een lage SES. Verschillende onderzoeken bevestigen deze resultaten.

Onderzoek van Amone-P'Olak et al (2009) laat zien dat de mate van agressie, overtredinggedrag, en aandachtsproblemen meer voorkomt onder mensen met een lage SES in vergelijking met een hoge SES. De SES is in dit onderzoek gemeten aan de hand van gemiddelde score in de som van het huishoudinkomen, en het opleidingsniveau van beide ouders.

Samenvattend kan voor de psychische gezondheid gezegd worden dat de lage SES indicatoren, laag inkomen, laag opleidingsniveau en lage beroepsstatus een slechtere psychische gezondheid tot gevolg hebben.

### **Sociale gezondheid**

Naast de verschillen in lichamelijke en psychische gezondheid zijn er ook op het gebied van de sociale gezondheid sociaal economische gezondheidsverschillen. Zo hebben mensen met een lage SES een externe locus of control (er wordt vanuit gegaan dat het leven bepaald wordt door anderen), er is meer sprake van neurotisme en de emotionele sociale steun is minder. (Droomers et al. 2002).

Emotionele sociale steun vanuit de omgeving is belangrijk om gedrag te veranderen.

Mensen met weinig emotionele sociale steun hebben vooral een laag opleidingsniveau (Droomers et al. 2002). Droomers et al hebben gekozen de SES te meten aan de hand van het opleidingsniveau, omdat dit beschikbaar is voor zowel mannen als vrouwen, het verandert niet gedurende het leven en het is eenvoudig te meten en te gebruiken.

De sociale gezondheid kan gemeten worden aan de hand van de eenzaamheid.

Eenzaamheid kan onderscheiden worden in sociale eenzaamheid en emotionele eenzaamheid (Weiss, 1973). Sociale eenzaamheid heeft betrekking op een gebrek aan contacten met mensen waarmee gemeenschappelijke kenmerken worden gedeeld.

Emotionele eenzaamheid heeft betrekking op het gebrek aan intieme contacten met iemand.

Eenzaamheid in het algemeen komt meer voor bij mensen met een lage SES (gemeten aan de hand van opleidingsniveau), dan bij mensen met een hoge SES (GGD Groningen 2002).

De SES als voorspeller voor de eenzaamheid is gemeten aan de hand van het opleidingsniveau, omdat dit een veel gebruikte indicator is.

Samenvattend kan gezegd worden dat een lage SES samenhangt met een minder goede sociale gezondheid, omdat er meer sprake is van eenzaamheid onder mensen met een lage SES.

Gezien al deze gezondheidverschillen is de verwachting dat mensen met een hoge SES langer leven dan mensen met een lage SES. Deze verwachting wordt bevestigd door de laatste cijfers van het RIVM. De cijfers tonen aan dat mannen met een hoog opleidingsniveau 6.9 jaar langer leven dan mannen met een laag opleidingsniveau. Bij vrouwen is dit verschil 5.7 jaar (Lucht et al 2009).

Concluderend uit het voorgaande is dat een lage SES, geoperationaliseerd als opleiding, inkomen en beroepsstatus, samenhangt met zowel een slechtere lichamelijke, psychische en sociale gezondheid. Echter, niet helemaal duidelijk is welke indicator het beste is en evenmin of voor bepaalde typen gezondheid andere indicatoren relevant zijn. Het is tevens onduidelijk hoe de invloed van SES op de gezondheid verloopt.

## Hoe verloopt de invloed van SES op gezondheid?

Over de vraag hoe de invloed van SES op gezondheid verloopt bestaan verschillende theorieën. Vaak wordt onderscheid gemaakt tussen de invloed van SES op gezondheid en de invloed van gezondheid op SES. Sommige onderzoekers stellen een communicatie over en weer tussen SES en gezondheid voor. Deze verschillende manieren van invloed worden hieronder kort uiteengezet.

### **Selection en causation**

Om de samenhang tussen de SES en gezondheid nader te verklaren, worden in de literatuur drie opvattingen besproken over de samenhang tussen SES en gezondheid (Mackenbach et al. 1994).

De eerste opvatting is **selection**. Hierbij gaat men uit van de stelling dat gezondheidsfactoren de SES beïnvloeden. De aanwezigheid van ziekte beïnvloedt in dit geval de werksituatie en het inkomen (Gallo & Matthews, 2003) Selection kan vooral voorkomen in relatie tot SES indicatoren, inkomen en beroepsstatus. Het opleidingsniveau wordt over het algemeen voltooid voordat ernstige gezondheidsproblemen optreden (Shavers, 2007).

In de literatuur wordt echter ook uitgegaan van het omgekeerde, namelijk **causation**, waarbij er sprake is van invloed van de SES op de gezondheid (Mackenbach et al 1994). In het model van House (House 2002) wordt ook uitgegaan van causation, maar met een tussenliggende factor. Volgens House leidt de SES tot risicofactoren als gezondheidsgedrag, sociale relaties en steun, chronische en acute stress, psychische gesteldheid, sociale rol en activiteiten. Deze factoren leiden vervolgens tot de gezondheidsuitkomsten.

Deze gezondheidsuitkomsten kunnen volgens Kroenke (2008) weer invloed hebben op de SES waardoor een combinatie van selection en causation ontstaat. Dit betekent dat een slechte gezondheid als gevolg van de lage SES bij kinderen (causation) op latere leeftijd kan leiden tot slechtere economische omstandigheden (selectie/selection) (Kroenke 2008). Deze gezondheidsuitkomsten kunnen volgens Kroenke (2008) weer invloed hebben op de SES, waardoor een combinatie van selection en causation ontstaat.

Een **derde manier** van samenhang tussen SES en gezondheid gaat uit van causation, maar met een extra invloed van een derde factor die een beïnvloedende functie heeft (Mackenbach et al. 1994). Het kan daarbij gaan om (een beïnvloedende) invloed van bijvoorbeeld leefstijl op de invloed van SES op gezondheid.

Causation, een invloed van SES op gezondheid, is de meest waarschijnlijke manier van samenhang tussen SES en gezondheid. Er bestaat in Nederland namelijk een goed sociaal vangnet voor mensen die ziek zijn of ziek worden, waardoor dit niet direct hoeft te leiden tot een lagere sociaal economische status. De vraag is vervolgens of de invloed van SES op gezondheid direct is, of wordt beïnvloed door leefstijlfactoren.

### **Leefstijl**

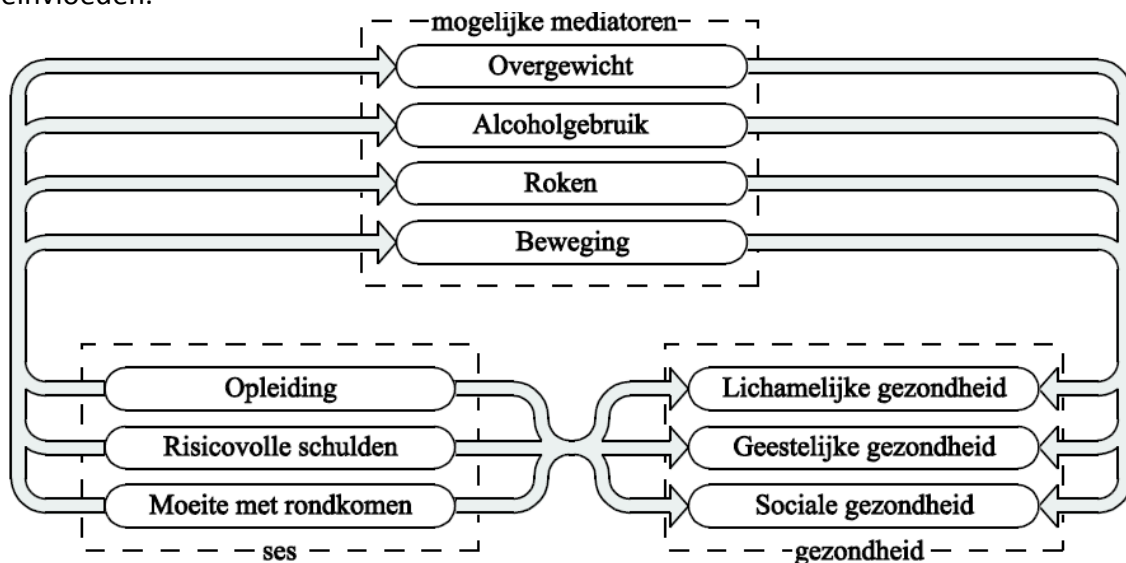
Er zijn verschillende leefstijlfactoren die het gevolg zijn van SES. Hierbij kan gedacht worden aan roken, alcoholgebruik en beweging. In meerdere onderzoeken komt naar voren, wat de invloed van SES is op deze leefstijlfactoren.

Mensen met een lage SES houden er een minder gezonde leefstijl op na. Dit uit zich onder andere in het meer nuttigen van alcohol en roken (Minkler et al. 2006, Lucht et al. 2006, Mackenbach et al. 2008).

Ook de gevolgen van een ongezonde leefstijl, zoals hoge bloeddruk en hoge cholesterolwaarden zijn in grotere mate aanwezig bij deze groep (Lucht et al. 2006). De kans op bijvoorbeeld hart – en vaatziekten is groter door ongezonere voeding, overgewicht en roken. (Pos et al. 2004). Dat deze ongezonde leefstijl van mensen met een lage SES niet gemakkelijk is aan te pakken, blijkt uit onderzoek van Droomers et al. (2002). Zij vonden dat mensen met een lage SES minder snel stoppen met roken dan mensen met een hoge SES. Dit verklaren zij door de leeftijd waarop gestart wordt met roken. Jongeren in de lage SES groep beginnen vaak eerder met roken, wat het waarschijnlijk moeilijker maakt om op latere leeftijd te stoppen.

In tegenstelling tot de hiervoor genoemde ongezonde leefstijlfactoren van mensen met een lage SES, voldoen er volgens Wendel-Vos et al.(2008) meer mensen met een lage SES aan de beweegnorm dan mensen met een hoge SES. Mensen met een hoge SES zijn echter vaker semi-actief en minder inactief dan mensen met een lage SES. De Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) voor volwassenen is minimaal 5 dagen per week een half uur matig intensieve lichamelijke activiteit verrichten (Kemper et al).2000).

Samenvattend kan gezegd worden dat de leefstijl van mensen met een lage SES over het algemeen slechter is dan van mensen met een hoge SES en ook dat een ongezonde leefstijl gevolgen heeft voor de gezondheid. Uitgaande van het hierboven genoemde wordt een negatieve relatie verwacht tussen alcoholgebruik en gezondheid, roken en gezondheid en tussen beweging en gezondheid. Of en in hoeverre een ongezonde leefstijl als gevolg van een lage SES van invloed is (in de invloed van SES ) op gezondheid is nog onduidelijk. Op basis van de literatuur wordt een verklarend model voorgesteld. Dit model gaat uit van rechtstreekse verbanden tussen de SES indicatoren en de drie typen gezondheid (lichamelijke gezondheid, psychische gezondheid en sociale gezondheid). Tevens gaat dit model uit van een invloed van verschillende leefstijlfactoren (overgewicht, alcoholgebruik, roken en bewegen), die de invloed van de SES indicatoren op de drie typen gezondheid beïnvloeden.



Model 2.1 Onderzoeksmodel van de voorspellende factoren van de gezondheid



## SES EN ZWANGERSCHAP

### *Achtergronden van de relatie tussen armoede en gezondheid*

Armoede wordt veelal uitgedrukt in een bepaald inkomensniveau. Armoede houdt echter meer in dan het gebrek aan financiële middelen; het is vaak ook een gebrek aan intellectueel en sociaal kapitaal.

De positie van mensen in de sociale stratificatie met het daaraan verbonden aanzien en prestige wordt sociaaleconomische status (SES) genoemd. Belangrijke indicatoren voor sociaaleconomische status zijn opleidingsniveau, beroepsstatus en hoogte van het inkomen (RIVM, 2010).

Het opleidingsniveau bepaalt in hoge mate de kansen van mensen in de Nederlandse maatschappij. Het gaat hierbij om beschikbaarheid van geld, middelen en macht, maar ook om toegang tot informatie, culturele en maatschappelijke participatie én om gezondheid (Hoeymans et al, 2010).

Laag opgeleide Nederlanders<sup>1</sup> leven gemiddeld zes tot zeven jaar korter en hebben meer Gezondheid problemen dan hoog opgeleide Nederlanders.

Het gemiddeld aantal levensjaren zonder lichamelijke beperkingen, d.w.z. het aantal jaren dat men in goede gezondheid doorbrengt, ligt voor laagopgeleiden zelfs 14 jaar lager (Van der Lucht & Polder, 2010).

Laagopgeleide mensen vertonen vaker ongezonde leefgewoonten, ze roken en gebruiken vaker excessief alcohol. Ze hebben 2,5 keermeer kans op overgewicht en ruim 4 keer meer kans op obesitas (Hoeymans et al, 2010).

Een slechtere gezondheid gaat veelal gepaard met verminderde participatie op de betaalde arbeidsmarkt en in het maatschappelijke leven (Hoeymans et al, 2010).

### *Achtergronden van de relatie tussen armoede en zwangerschapsuitkomsten*

Vrouwen met een lage SES hebben verhoogde risico's op ongunstige zwangerschap-uitkomsten.

Zij hebben een verhoogd risico op pre-eclampsie (ernstige complicatie waarbij de bloeddruk is verhoogd en eiwitverlies in de urine optreedt) (Silva, 2009), een kind met een laag geboortegewicht (Mortenesen et al, 2008), vroeggeboorte (Ancel et al, 1999; Jansen et al 2009; Morgen et al, 2008), en perinatale sterfte (De Vlieger et al, 2005; Gissler et al, 2006; Jorgensen et al, 2008).

Een deel van deze ongunstige uitkomsten heeft te maken met de ongezondere leefstijl van vrouwen met een lage SES. Roken tijdens de zwangerschap is gerelateerd aan foetale groeivertraging, resulterend in een laag geboortegewicht en babysterfte (Lumley et al, 2004).

Alcohol tijdens de conceptie en vroege zwangerschap vergroot de kans op miskramen en perinatale sterfte (Gezondheidsraad 2004).

Overgewicht gaat samen met verminderde vruchtbaarheid, suikerziekte, hoge bloeddruk, aangeboren afwijkingen en meer complicaties tijdens de bevalling (Kuchenbecker et al, 2006; Nelson et al, 2007; Sibire et al, 2001; Weiss et al, 2004).

Deze complicaties tijdens de zwangerschap of bevalling kunnen een ongunstige invloed hebben op de baby of kindertijd, of zelfs het volwassen leven. Een laag geboortegewicht en vroeggeboorte zijn geassocieerd met luchtwegaandoeningen, achtergebleven groei, neurologische en verstandelijke ontwikkeling, en met hart- en vaatziekten tijdens het

volwassen leven (Bergvall et al, 2006; Caudri et al, 2007; Hille et al, 2007; Leon et al, 1998; Moss, 2006; Veen et al, 1991). Daarbij komt dat vrouwen met een lage SES minder vaak borstvoeding geven, terwijl borstvoeding de gezondheid van de moeders en van de pasgeborenen op korte en lange termijn bevordert (Lanting, 2007).

Naast medische problemen komen psychosociale problemen bij kinderen tot 4 jaar vaker voor in eenoudergezinnen en gezinnen die onder de armoedegrens leven (Zeijl et al, 2005). Een lage sociaaleconomische status is een risicofactor voor omstandigheden waarin verwaarlozing, kindermishandeling en/of partnergeweld kunnen voorkomen (Wilson et al, 1996).

Signalen voor dergelijke ongunstige opgroeisituaties voor kinderen blijken vaak al in de zwangerschap aanwezig (Hermanns et al, 2005). Wanneer tijdens de zwangerschap hulp geboden wordt, geeft dat ouders en kind direct een betere start. Niet alle ongunstige factoren in het leven van de aanstaande ouders zijn (direct) beïnvloedbaar, maar ook dan is hulp in de zwangerschap zinvol zodat aanstaande ouders leren omgaan met de situatie en beschermende factoren kunnen versterken (Bakker, 1997).

## Welke wetenschappelijk bewezen interventies zijn er beschikbaar?

Uit internationale literatuur is bekend dat wonen in bepaalde wijken, etnische herkomst en sociaal economische status van invloed zijn op zwangerschapsuitkomsten, waaronder perinatale sterfte (Luo ZC et al, 2006; Ravelli ACJ et al, 2010; Agyemang C et al, 2009). In Nederland zijn er regionale verschillen in perinatale sterfte. Recent is aangetoond dat zowel zwangere vrouwen woonachtig in de vier grote steden, in het bijzonder achterstandswijken, als vrouwen in de provincies Friesland en Groningen, een verhoogde kans hebben op perinatale sterfte (De Graaf JP et al, 2008; Tromp M et al, 2009; Poeran J et al 2011; Ravelli ACJ et al, 2011)

Nederland heeft een hoge perinatale sterfte ten opzichte van andere landen in Europa (Mohangoo AD, 2008). In het rapport van de stuurgroep Zwangerschap en Geboorte wordt daarom aandacht gevraagd voor vrouwen woonachtig in achterstandswijken, vrouwen met niet westerse etniciteit en /of een lage SES (van der VeldenJ, 2009). In Rotterdam is sinds 2008 stadsbreed beleid (Aanvalsplan Perinatale Sterfte) ingezet ter verbetering van de grootstedelijke perinatale gezondheidsuitkomsten met als doel in tien jaar de perinatale sterfte in Rotterdam van 11.6 per 1000 terug te brengen tot tenminste het landelijke gemiddelde (10 per 1000) (Denktas S, 2009).

### **Interventies.**

Het is moeilijk om een juist passende interventie te vinden die de volledige lading van lage SES in relatie tot zwangerschap dekt. Deze is er niet.

Wel zijn er verschillende programma's die als interventie dienen en gebruikt worden bij de verschijnselen die bij een lage SES horen. Toch vind ik er maar 1 die gericht is op jonge ouders en de gevolgen van een lage SES te voorkomen.

#### *Stevig Ouderschap.*

Het doel van deze interventie is het verkleinen van het risico op ernstige opvoedingsproblemen en de doelgroep zijn gezinnen die geselecteerd zijn op basis van een aantal risicofactoren.

De door middel van een vragenlijst geselecteerde gezinnen krijgen zes huisbezoeken door een verpleegkundige van de jeugdgezondheidszorg (JGZ). De bezoeken vinden plaats bij de kinderleeftijd van 6 weken, 3, 6, 9,12 en 18 maanden. De huisbezoeken zijn m.b.t. de volgende onderwerpen geprotocolleerd;

- Hantering van de eigen ontwikkelingsgeschiedenis
- Beleving van het ouderschap
- Verwachtingen t.a.v. de ontwikkeling van het kind
- Sociale steun
- Verwijzing naar juiste voorzieningen

Daarnaast bevatten de huisbezoeken (duur 90 min) een cliëntgericht gedeelte dat wordt ingeleid door in te gaan op wat goed gaat in het leven van de moeder/ouders, wat zij wil veranderen/verbeteren en hoe deze verandering gestalte kan krijgen.

De interventie is wetenschappelijk getoetst en adequaat bevonden (Bouwmeester-Landweer, 2006).

Verder zijn er geen interventies die specifiek gericht zijn op lage SES, zwangerschap en geboorte. Wel zijn er interventies gericht op de gevolgen van lage SES, zoals lage SES en overgewicht en lage SES en depressie en niet te vergeten de interventie V-mis van Stivoro betreffende het roken in de zwangerschap.

## Lage SES in de regio Rivierenland

In Rivierenland is weinig “grote stedenproblematiek”, die samenhangt met veel niet-westerse allochtonen, eenoudergezinnen, armoede en achterstandswijken. Wel zien we dat in Rivierenland relatief veel overgewicht voorkomt. Ook het lage opleidingsniveau is een probleem voor de regio. Het regionale gezondheidsbeleid is op een aantal speerpunten gefocust, te weten;

- Overgewicht
- Roken
- Schadelijk alcohol gebruik
- Depressie
- Seksuele gezondheid

De speerpunten overgewicht, roken, alcoholmatiging en seksuele gezondheid richten zich vooral op jongeren.

Depressie preventie richt zich op jeugdigen en ouderen met als doel het verbeteren van de psychische gezondheid. Binnen preventie en aanpak van overgewicht en depressie ligt het accent op bewegen.

Het terugdringen van sociaal economische gezondheidsverschillen is het meest succesvol indien gekozen wordt voor een integrale aanpak, waarbij diverse instanties en belanghebbenden samenwerken. Gemeenten spelen een belangrijke rol in de ondersteuning, bevordering en afstemming van bestaande preventieactiviteiten. Het terugdringen van sociaal economische gezondheidsverschillen dient structureel onderdeel te zijn van gemeentelijk beleid. Daarnaast geldt dat Rivierenland relatief laag opgeleid is; het is belangrijk dat preventieve activiteiten van de gemeenten op de grote groep laag opgeleiden afgestemd is. Helaas heeft de gemeente geen beleid welke bedoeld is voor zwangeren. Wel heeft de Verloskundig Centrum Tiel een project, welke heet “Rondom de

Zwangere”, welke momenteel zich bezig houdt met zwangerschap en overgewicht en diabetespreventie.

## Discussie

Opleiding, inkomen en beroepsstatus zijn de meest gebruikte SES indicatoren. Veel onderzoek heeft zich gericht op de samenhang van de SES met gezondheid door gebruik te maken van een of meer van deze indicatoren. Echter is het nog onduidelijk welke van deze drie indicatoren de beste is.

Evenmin is duidelijk of de invloed van verschillende indicatoren verschilt per type gezondheid (lichamelijk, psychische en sociale gezondheid).

Ook is nog onduidelijkheid over de manier waarop SES samenhangt met gezondheid. SES hangt namelijk niet alleen samen met gezondheid, maar ook met leefstijl. De leefstijl van mensen met een lage SES is ongezonder dan van mensen met een hoge SES en bovendien heeft de leefstijl op zichzelf ook weer invloed op de gezondheid. Onduidelijk is of de invloed van SES op gezondheid direct is, of dat leefstijlfactoren deze invloed mediëren, of een combinatie van het voorgaande. Wel weten we dat een lage SES directe invloed heeft op de uitkomsten van de zwangerschap en geboorte.

Helaas zijn er weinig interventies ontwikkeld of gevalideerd, die gericht zijn op de verbetering van de gezondheid van vrouwen met een lage SES en de uitkomsten van hun kinderen. De beschreven interventie is reeds gevalideerd en werkt in diverse regio's. Veel interventies of programma's zijn gemaakt er vanuit gaande dat de cliënt een bepaalde ontwikkeling heeft doorgemaakt of een bepaalde behoefte zou hebben. Maslow stelde dat elk levend wezen dezelfde behoeftes nastreeft. Wanneer aan een behoefte voldaan is schuift het individu op naar een volgend niveau. Wanneer een trap ontbreekt of wegvalt zal het individu opnieuw aan deze behoefte moeten voldoen alvorens verder te kunnen stijgen. Het is niet mogelijk om bepaalde niveaus over te slaan.

Mensen met een lage SES bereiken veelal niet meer dan niveau 2 van de piramide en dit sluit dus niet aan op de interventies die ontwikkeld zijn.



## Conclusie

Gezien de complexiteit van het begrip SES, en het lage percentage verklaarde variantie van gezondheidsverschillen, kan gesteld worden dat SES geen goede indicator is om interventies op in te richten. Door interventies te richten op de SES indicatoren wordt een te klein deel van de mensen bereikt die gewenst zijn te bereiken.

Wel is bekend dat een lage SES een directe invloed heeft op de uitkomsten van de zwangerschap en dat er weinig tot geen adequate interventies zijn die het systematische probleem als SES bij de bron aanpakt. Er zijn voldoende interventies die op deelproblemen van een lage SES ingaan en daarvoor iets bieden

Gezondheid wordt door veel verschillende factoren bepaald en elk soort gezondheid zelfs bepaald door verschillende factoren. Daarop baserend zouden interventies ter bevordering van de gezondheid zich op al die factoren moeten richten die leiden tot een slechtere gezondheid. Dit is erg complex en betekent een zeer specifieke benadering. Het is dan ook aan te bevelen per interventie te bekijken wat de doelgroep is, welke kenmerken de doelgroep heeft en vervolgens hoe de doelgroep bereikt kan worden. De interventie van Stevig Ouderschap sluit wat mij betreft nog het meest aan bij zwangere met een lage SES en de gevolgen hiervan.

## Literatuurlijst

- Agyemang C., Vrijkotte TG, Droomers M, van der Wal MF, Bonsel GI, Stronks K. The effect of neighbourhood income and deprivation on pregnancy outcomes in Amsterdam, The Netherlands. *J. Epidemiology Community Health*. 2009;63:755-60.
- Amone-P'Olak, K., Burger, H., Ormel, J., Huisman, M., Verhulst, F.C., Oldenhinkel, A.J. (2009). Socioeconomic position and mental health problems in pre- and early adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 231-238.
- Bouwmeester-Landweer, M > B > R > (2006) Huisbezoeken in risicogezinnen: Oké, een methode voor primaire preventie van kindermishandeling.
- Dalstra, J.A.A. et al. (2005). Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries. *International Journal of Epidemiology*, 34, 316-326
- Denktas S, Voorham AJ, Bonsel GJ et al. Grootstedelijke perinatale gezondheid. Programmatie van de perinatale sterfte in Rotterdam. *Tijdschrift Sociale gezondheidzorg*. 2009;87: 199-202
- Droomers, M., Schrijvers, C.T.M. & Mackenbach, J.P. (2002). Why do lower educated people continue smoking? Explanations from the longitudinal GLOBE study. *Health Psychology*, 21(3), 263-272.
- Gallo, L.C. & Matthews, K.A. (2003). Understanding the association between socioeconomic status and physical health: Do negative emotions play a role? *Psychological Bulletin*, 129(1), 10-51.
- GGD Groningen (2002). Gezondheidsenquête. Mishandeling, ongewenste intimiteiten, sociale contacten en eenzaamheid. Verkregen op 21 januari 2010.
- Graaf, JP, Ravelli AC, Wildschut HI, et al. Perinatale uitkomsten in de vier grote steden en de prachtwijken in Nederland. *Ned. Tijdschrift Geneeskunde*. 2008; 152: 2734-40 Medline
- Herten, v. L., Oudshoorn, K., Perenboom, R., Mulder, Y., Hoeymans, N., Deeg, D., et al. (2002). Gezonde levensverwachting naar sociaal economische status. Leiden: TNO.
- House, J. (2002). Understanding social factors and inequalities in health: 20th century progress and 21st century prospects. *Journal of health and social behavior*, 43(2), 125-142.
- Kroenke, C. (2008). Socioeconomic status and health: youth development and neomaterialist and psychosocial mechanisms. *Social Science & Medicine*, 66, 31-42.
- Kunst, A., Dalstra, J., Bos, V., Mackenbach, J., Otten, F. & Geurts, J. (2005). Ontwikkeling en toepassing van indicatoren van sociaal-economische status binnen het Gezondheidsstatistisch Bestand. CBS
- Laaksonen, M., Rahkonen, O., Martikainen, P. & Lahelma, E. (2005). Socioeconomic position and self-rated health: the contribution of childhood socioeconomic circumstances, adult socioeconomic status and material resources. *American Journal of Public Health*, 95(8), 1403-1409.
- Lucht, F. van der & Picavet, H. (2006). Sociaal economische verschillen in persoonsgebonden kenmerken. Verkregen op 28 mei 2009, van RIVM.
- Lucht, F. van der, Bruggink, J.W., Kardal, M., & Lodder, B.J.H. (2009). Zijn er verschillen naar sociaal-economische status? Verkregen op 9 september 2009 van National Kompas.
- Luo ZC, Wilkins R, Kramer MS. Effects of neighbourhood income and maternal education on birth outcomes; a population based studie. *CMAJ* 2006; 174; 1415-20 Medline.
- Mackenbach, J. & Stronks, K. (2004). The development of a strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. *International Journal for Equity in Health*, 3 (11).

- Mackenbach, J., Van de Mheen, H. & Stronks, K. (1994). A prospective cohort study investigating the explanation of socioeconomic inequalities in health in the Netherlands. *Social Science & Medicine*, 38(2), 299-308.
- Minkler, M., Fuller-Thomson, E. & Guralnik, J. (2006). Socioeconomic spectrum in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 335, 695-703.
- Pos, S. & Bouwens, J (2004). Preventie van hart – en vaatziekten bij jong volwassenen van 20 tot 40 jaar. Aanknopingspunten voor prioritering en beleidskeuzes. Verkregen op 14 december 2009 van NIGZ.
- Poeran J, Denktas S, Birnie E, Bonsel GJ, Steegers EA. Urban perinatal health inequalities, *J Maternal Fetal Neonatal Med*. 2011 Medline.
- Ravelli ACJ, Rijninks-van Driel GC, Erwich JJ, Mol BWJ, Brouwers HAA, Abu Hanna A, et al. Provinciale verschillen in perinatale sterfte en reistijd tot ziekenhuis. *Ned. Tijdschrift Geneeskunde*. 2011;155
- Ravelli ACJ, Tromp M, Eskes M, Droog JC, van der Post JA, Jager KJ, et al. Ethnic differences in stillbirth and early neonatal mortality in the Netherlands. *J Epidemiology Community Health* 2010 Medline.
- Siegrist, J. & Marmot, M. (2004). Health inequalities and the psychosocial environment- two scientific challenges. *Social Science & Medicine*, 58, 1463-1473
- Stronks, K., Van de Mheen, H., Van den Bos, J. & Mackenbach, J. (1997). The interrelationship between income, health and employment status. *International Journal of Epidemiology*, 26 (3), 592-600
- Reijneveld, S.A. & Schene, A.H. (1998). Higher prevalence of mental disorders in socioeconomically deprived urban areas in the Netherlands: community or personal disadvantage? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52(2), 2-7.
- Shavers, V.L., (2007). Measurement of socioeconomic status in health disparities research. *Journal of the National Medical Association*, 99(9), 1013-1023.
- Smith, J. (2007). The impact of social economic status on health over the life course. *The journal of Human Resources*, XL11 (4), 739-764.
- Smits, J., Droomers, M. & Westert, G. (2002). Sociaal –economische status en toegankelijkheid van de zorg in Nederland. Bilthoven: RIVM.
- Stronks, K., Van de Mheen, H., Van den Bos, J. & Mackenbach, J. (1997). The interrelationship between income, health and employment status. *International Journal of Epidemiology*, 26 (3), 592-600.
- Surgeon General (1999). Mental health: a report of the Surgeon General. Verkregen op 12 december 2009.
- Tromp M, Eskes, M, ReitsmaB, et al. Regional perinatal mortality differences in the Netherlands: care is the question, *BMC. Public Health*. 2009;9 102 Medline.
- Van der Velden J. Een goed begin, Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. Utrecht: *Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte*, 2009.
- Verweij, A. (2008) Scholing en opleiding. Verkregen op 25 mei 2009 van Nationaal Kompas Volksgezondheid.
- Volkers, A.C., Westert, G.P. & Schellevis, F.G. (2007). Health disparities by occupation, modified by education: a cross sectional population study. *BMC Public Health*, 8(7), 196.
- Weis, (1973). Loneliness: the experience of emotional and social isolation. *Cambridge: MIT Press*.

Wilthire, J., Roberts, V., Brown, R. & Sarto, G. (2009). The effects of socioeconomic status on participation in care among middle-aged and older adults. *Journal of Aging and Health*, 21 (2), 314-335.

Winkleby, M., Jatulis, D.E., Frank, E. & Fortmann, S.P. (1992). Socioeconomic status and health: how education, income and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. *American Journal of Public Health*, 82, 816-820.

Wolleswinkel-van den Bosch, J.H., de Graaff, N., van der Houwen, J.C. de Waart, F.G. (2003). Samenvatting rapport: sociaal economische gezondheidsverschillen in Maassluis en in de regio NWN. Vlaardingen. GGD Nieuwe Waterweg Noord.

World Health Organization (2006). Constitution of the World health organization.