

## Vier jaar interventie 'Armoede en Gezondheid van kinderen' in Zwolle: een terugblik

De interventie 'Armoede en Gezondheid van kinderen' wordt sinds vier jaar ingezet in Zwolle. Het doel van de interventie is het verminderen van aan armoede gerelateerde gezondheidsrisico's en -problemen bij kinderen van nul tot 12 jaar. Binnen de interventie werken de jeugdgezondheidszorg en de afdeling Sociale Zaken en Werkgelegenheid van de gemeente Zwolle samen. Jaarlijks hebben ruim 250 Zwolse kinderen die in armoede leven baat bij de interventie. Ouders zien positieve veranderingen bij hun kind. De interventie lijkt bovendien bij te dragen aan een beter gebruik van voorzieningen door mensen met een laag inkomen.

### Inleiding

Huishoudens in Nederland krijgen het financieel zwaarder, mede door de economische crisis die ons land treft. Van de zeven miljoen huishoudens moest 9% in 2011 rondkomen van een inkomen onder de lage-inkomensgrens.\* Van de eenoudergezinnen met minderjarige kinderen is het aandeel met een inkomen onder de lage-inkomensgrens een stuk hoger, namelijk 28%.<sup>1</sup>

### Effect van armoede op ouders en kinderen

Opgroeien in armoede heeft negatieve gevolgen voor kinderen en hun ouders. Kinderen die opgroeien in arme gezinnen hebben meer gezondheidsproblemen.<sup>2</sup> Daarnaast ontwikkelen kinderen uit arme gezinnen vaker probleemgedrag dan kinderen uit niet-arme gezinnen en zijn de psychosociale ontwikkeling en ervaren gezondheid van de eerste groep kinderen minder goed.<sup>3,5</sup> Kinderen die opgroeien in gezinnen met een laag inkomen nemen minder deel aan sociale, culturele en sportactiviteiten en maken minder gebruik van recreatieve voorzieningen en zwembles.<sup>3</sup>

Medewerkers jeugdgezondheidszorg (JGZ) constateren bij gezinnen die onder de armoedegrens leven bijna twee keer zo vaak opvoedproblemen als bij gezinnen die boven deze grens leven. Bovendien maken ouders uit de eerste groep zich vaker zorgen dan ouders uit de tweede groep.<sup>4</sup>

### Aanpak in Zwolle

De gemeente Zwolle werkt met lokale partners samen om armoede te bestrijden. De afdeling Sociale Zaken en Werkgelegenheid van de gemeente Zwolle (hierna

genoemd: Sociale Zaken) zet haar expertise in op het terrein van inkomensondersteunende voorzieningen; de JGZ-afdelingen van Icare (0-4) en GGD IJsselland (4-19) doen dit op het gebied van de jeugdgezondheidszorg. Sinds september 2009 wordt in Zwolle de interventie 'Armoede en Gezondheid van kinderen'<sup>6</sup> (hierna genoemd: 'Armoede en Gezondheid') ingezet.

Ten behoeve van deze interventie wordt de definitie van armoede gebruikt zoals de gemeente Zwolle deze hanteert: 'Er is sprake van armoede als huishoudens zijn uitgesloten van de minimaal aanvaardbare levenspatronen, door het ontbreken van sociale, culturele, materiële en financiële middelen.'<sup>7,8</sup>

De interventie 'Armoede en Gezondheid' is ontwikkeld en onderzocht door GGD West-Brabant.<sup>9</sup> De interventie is als 'theoretisch goed onderbouwd' opgenomen in de I-Database.<sup>10</sup> Onderzoek in Zwolle laat zien dat de interventie een haalbare methode is om onder meer psychosociale en emotionele ontwikkelingsproblemen ten gevolge van armoede te voorkomen.<sup>11</sup>

JGZ-medewerkers signaleren gezondheidsproblemen en gezondheidsrisico's bij kinderen tijdens de contactmomenten met ouders en kinderen. Zij kunnen ook signalen van 'derden' krijgen, zoals leerkrachten en alleen zij kunnen de interventie 'Armoede en Gezondheid' daadwerkelijk inzetten. Alle jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen en jeugdgezondheidszorgassistenten zijn daartoe bij de start van de interventie geschoold.

Aan de vragenlijst die ouders invullen voorafgaand aan het contactmoment is een signaleringsvraag toegevoegd, die is gerelateerd aan de 'werkwijze Armoede en Gezondheid van kinderen'.<sup>8</sup> De JGZ-medewerker bespreekt met de ouder(s) welke interventie (product of activiteit) een positief effect zou kunnen hebben op de gezondheid van het kind. Ook wordt kort gevraagd naar de inkomenssituatie van het gezin. Het advies aan de

\* De grens die voor alle jaren en voor alle huishoudens eenzelfde koopkracht vertegenwoordigt. De hoogte ervan is geënt op het bijstandsniveau van een alleenstaande in 1979 (Centraal Bureau voor de Statistiek).

### Hoofdstappen van de interventie 'Armoede en Gezondheid van kinderen'

- *Signaleren*: De jeugdgezondheidszorg signaleert gezondheidsproblemen en gezondheidsrisico's en gaat na of deze samenhangen met geldgebrek in het gezin.
- *Adviseren*: Na aanvullend onderzoek adviseert de jeugdgezondheidszorg de ouders over een aan te schaffen product of uit te voeren activiteit. Dit advies wordt vastgelegd in een interventiebrief.
- *Verstrekken*: Sociale Zaken neemt het advies in behandeling en stelt financiële middelen beschikbaar voor het beoogde doel ten bate van de gezondheid van het kind.
- *Nazorg*: De jeugdgezondheidszorg neemt ter evaluatie en eventueel ter ondersteuning nog eens contact op met het gezin.<sup>8</sup>

ouders wordt schriftelijk vastgelegd in een interventiebrief en voorgelegd aan Sociale Zaken. Als het netto-inkomen van het gezin lager is dan 110% van het minimum zal Sociale Zaken financiële middelen beschikbaar stellen. Ook gezinnen die een schuldhulpverleningsstraject volgen, kunnen gebruikmaken van de interventie. Verder bekijkt Sociale Zaken bij elk gezin of het van alle inkomensondersteunende voorzieningen gebruikmaakt. Zo niet, dan adviseert Sociale Zaken hierover. Voor dit artikel is nagegaan hoe vaak de interventie Armoede en Gezondheid sinds 2009 in Zwolle is ingezet en hoe de ervaringen van ouders en kinderen zijn na het inzetten van de interventie.

### Methode

#### Populatie

De gemeente Zwolle heeft 122.625 inwoners (peildatum 1 januari 2013) waaronder 18.855 kinderen in de leeftijd van nul tot 12 jaar. Tussen 2008 en 2010 is het aantal kinderen in minimahuishoudens in Zwolle toegenomen; wat in overeenstemming is met de landelijke trend. In 2008 woonde gemiddeld 8% van alle Zwolse kinderen in een minimahuishouden; in 2010 9%.<sup>12</sup>

#### Dataverzameling

Data zijn verkregen uit de registraties van de drie betrokken organisaties en uit een kwalitatief onderzoek dat in 2011 in opdracht van Icare is uitgevoerd.<sup>13</sup>

#### Registraties

De registraties van Sociale Zaken en van Jeugdgezondheidszorg GGD IJsselland en Icare geven inzicht in de frequentie waarmee de interventie is ingezet. Tevens blijkt uit de registraties welke interventies door de jeugdgezondheidszorg zijn aangevraagd en op welke

wijze de aanvragen afgehandeld zijn door Sociale Zaken. De jeugdgezondheidszorg registreert sinds september 2009 het aantal kinderen waarvoor ze een aanvraag doet en heeft tot september 2010 tevens de aangevraagde producten/activiteiten geregistreerd. Sociale Zaken nam deze taak begin 2012 over en registreerde vanaf dat moment tevens de aard van de verstrekkingen.<sup>12</sup> Sociale Zaken registreert al sinds de start van de interventie het aantal interventieaanvragen.

#### Kwalitatief onderzoek

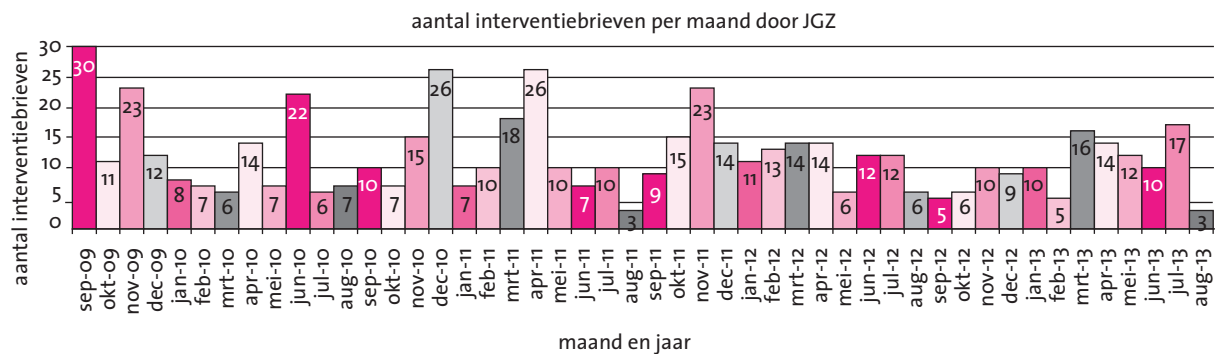
In 2011 is onderzocht hoe de ervaringen van ouders zijn in het gezin na het inzetten van de interventie.<sup>13</sup> Voor het onderzoek is een heterogene gelegenheidssteekproef van 15 ouders getrokken uit de groep ouders met kinderen in de leeftijd nul tot vier jaar, die tussen september 2009 en september 2011 gebruik hebben gemaakt van de interventie. Met deze ouders zijn semigestructureerde interviews gehouden. Bij het opstellen van de interview-topics is gewerkt met de gezondheidsdeterminanten (biologische factoren, (zorg)voorzieningen, leefstijl en omgevingsfactoren) uit het model van Lalonde.

### Resultaten

#### Bereik interventie

Het bereik van de interventie bleek groot, want de jeugdgezondheidszorg heeft vrijwel alle kinderen in Zwolle in beeld. Zwolle kende in 2010 5100 minimahuishoudens met in totaal 1540 kinderen in de leeftijd van nul tot 12 jaar.<sup>12</sup> Vanaf de start van de interventie in september 2009 tot en met augustus 2013 zijn 568 interventiebrieven ingediend ten behoeve van in totaal rond de 1100 kinderen van nul tot 12 jaar. Het ging hierbij niet om unieke kinderen; in ongeveer 10% van de interventiebrieven is voor een tweede keer een aanvraag voor hetzelfde kind gedaan. Gemiddeld is per interventiebrief voor twee kinderen een interventie aangevraagd. *Figuur 1* geeft een overzicht van het aantal interventiebrieven per maand.

In de periode september 2009 tot en met augustus 2010 zijn 153 interventiebrieven ingediend voor in totaal 324 kinderen, voor wie in totaal 554 producten en/of activiteiten zijn geadviseerd. Sociale Zaken heeft 130 van de 153 aanvragen geheel of gedeeltelijk toegekend, een aantal aanvragen doorverwezen (bijvoorbeeld naar bijzondere bijstand, het Jeugdsportfonds of de *Wet kinderopvang*) en 14 aanvragen afgewezen. In negen gevallen zagen de ouders af van de interventie. De medewerkers van Icare (JGZ 0-4 jaar) adviseerden vooral slaapkamerbenodigdheden en kleding; de medewerkers van GGD IJsselland (JGZ 4-19 jaar) vooral kleding en sport. Ook fietsen, fietsbenodigdheden, bedden en matrassen zijn door beide organisaties aangevraagd. 71% van de gezinnen waarvoor de interventie is ingezet was een eenoudergezin. Interventies zijn in bepaalde wijken



Figuur 1. Aantal aanvragen per maand door de jeugdgezondheidszorg.

frequenter ingezet dan in andere wijken; het vaakst in twee risicowijken en een nieuwbouwwijk met veel jonge gezinnen.

Van 1 september 2010 tot 1 januari 2011 zijn 210 interventiebrieven ingediend. Uit deze periode is het aantal en de aard van de toekenningen niet bekend.

In 2012 is de interventie Armoede en Gezondheid 118 keer ingezet.<sup>12</sup> Van de 118 aanvragen heeft Sociale Zaken 100 aanvragen geheel of gedeeltelijk toegekend, vijf doorverwezen en acht afgewezen. Vijf aanvragen zijn ingetrokken. De JGZ-medewerkers hebben vooral aanvragen voor kleding en schoenen ingediend (60 aanvragen). Daarnaast zijn aanvragen gedaan die te maken hadden met de inrichting van het huis (25 aanvragen), zoals een bed, een matras, een kast of een kinderstoel, en aanvragen die met de mobiliteit te maken hadden (17 aanvragen), zoals een (kinder)fiets, een fietsstoeltje, een autostoeltje of een buggy.

In de periode januari tot en met augustus 2013 is de interventie 87 keer ingezet. Van deze aanvragen heeft Sociale Zaken er 75 geheel of gedeeltelijk toegekend, vier doorverwezen en zes afgewezen. Twee aanvragen zijn ingetrokken.

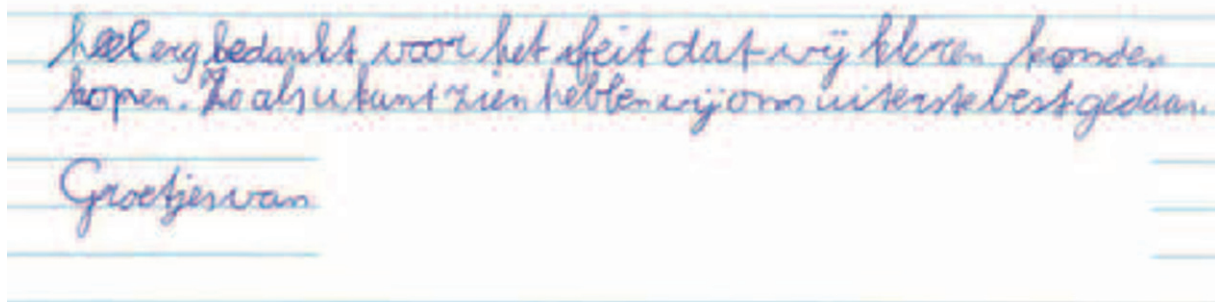
### Waardering door ouders en kinderen

Uit de resultaten van de gestructureerde interviews bleek dat ouders de interventie waarden en positieve veranderingen zien bij hun kind. Allereerst noemden de ouders een positief effect op de ontwikkeling: "Hij leerde

opeens heel snel praten, doordat hij onderweg op de fiets van alles zag en dit ging benoemen." Ook noemden zij de lichamelijke gezondheid: "Door de voetbal is zijn conditie beter en is hij minder dik, hij is gezonder." Verder gaven ouders aan dat zij door de interventie zorgvoorzieningen beter konden bereiken, dat hun kinderen een betere gemoedstoestand hadden gekregen en dat er rust in het gezin was gekomen. Opvallend is dat ouders niet alleen positieve effecten noemden met betrekking tot het kind: "Nu horen ze erbij", maar dat zij ook aangaven welk effect de voorziening had op hun eigen sociale participatie: "We doen nu samen boodschappen, we gaan samen naar de stad en naar vrienden toe."<sup>13</sup> Naast de ouders zijn ook de kinderen blij met de interventie. Verstrekkingen door Sociale Zaken worden ofwel rechtstreeks gedaan, ofwel achteraf, door het inleveren van een bonnetje. Bij zo'n bonnetje zit dan soms een bedankbriefje (zie bijvoorbeeld *figuur 2*) van een kind. Daaruit blijkt hoe de interventie gewaardeerd wordt: de interventie biedt kinderen een kans op meedoen, een kans op bewegen, een kans op gezondheid.

### Discussie

Het bereik van de interventie Armoede en Gezondheid is groot. Uit dit onderzoek blijkt dat per jaar gemiddeld voor ruim 250 kinderen van nul tot 12 jaar een aanvraag voor een interventie wordt gedaan. Bij deze kinderen is er sprake van een gezondheidsrisico of -probleem en het gezin moet leven van een minimuminkomen.



Figuur 2. Bedankbriefje.

## Praktijkvoorbeelden

### Een borstkolf

“Ik legde een huisbezoek af bij een alleenstaande moeder die twee weken daarvoor haar derde kindje had gekregen. De andere kinderen waren zeven en tien jaar. Het gezin leefde op bijstandsniveau. Het kindje van twee weken was dysmatuur geboren en had onvoldoende kracht om zelf uit de borst te drinken. De baby was nog maar weinig gegroeid. Moeder wilde graag borstvoeding geven, die gestimuleerd kan worden met een borstkolf, maar had geen financiële middelen om een borstkolf aan te schaffen. Via de interventie Armoede en Gezondheid heb ik financiële middelen voor een borstkolf aangevraagd en die aanvraag is gehonoreerd. De borstkolf heeft de groei van de baby op een positieve manier beïnvloed.” (jeugdverpleegkundige Icare)

### Schoenen, een jas en structurele hulp

“Een leerkracht van groep twee gaf aan dat het hem opviel dat Ben vaak kapotte schoenen en broeken droeg en dat hij laatst, toen het die ochtend zo koud was, in zijn zomerjas naar school kwam! Tijdens het contactmoment besloot ik daarom bij moeder navraag te doen. Moeder is alleenstaand en ontvangt inkomen uit een uitkering. Nadat moeder alle vaste lasten heeft betaald, blijft er vaak weinig over voor een paar schoenen en warme winterkleding. Ben blijkt regelmatig verkouden en heeft last van zijn voeten, omdat hij de schoenen van zijn oudere broer draagt. Via de interventie Armoede en Gezondheid van kinderen heb ik schoenen en een winterjas voor Ben aangevraagd. Daarnaast heb ik moeder een verwijzing voor de kledingbank gegeven, zodat ze daar nog wat tweedehands broeken

kan uitzoeken. Ook heb ik bij de gemeente een budgetadviesgesprek aangevraagd waarbij de consulent van de gemeente het financiële plaatje met moeder door heeft genomen en nagegaan heeft waar eventueel nog mogelijkheden zijn. Na een poosje heb ik moeder gebeld, die vertelde dat Ben trots is op zijn warme winterjas en dat hij zijn nieuwe schoenen iedere dag draagt. Bij het budgetadviesgesprek bleek dat moeder geen gebruik maakte van de collectieve verzekering via de gemeente. Dit is inmiddels omgezet, wat moeder iedere maand een besparing oplevert, waardoor ze meer voor de kinderen te besteden heeft. Het risico op ziekte door het ontbreken van een warme winterjas is weggenomen en Ben klaagt niet meer over pijnlijke voeten dankzij het passend schoeisel.” (jeugdverpleegkundige GGD IJsselland)

### Kinderwagen

“Als jeugdverpleegkundige was ik op huisbezoek bij een gezin bestaande uit vader, moeder en drie kinderen. De jongste was net geboren, de twee andere kinderen waren zes en negen jaar. Ouders hadden enige jaren geleden alle babyspullen opgeruimd en weggedaan, maar vervolgens diende zich alsnog een baby aan. Het gezin moet rondkomen van een uitkering. Ze hadden veel babyspullen van familie gekregen, maar nog geen kindwagen. Moeder is bekend met psychische problematiek (depressie) en voor haar zou het goed zijn om ook even lekker met de baby te kunnen gaan wandelen. Via de interventie Armoede en Gezondheid heb ik een aanvraag voor een kindwagen ingediend en die is toegekend. Het gaat nu goed met moeder en kind!” (jeugdverpleegkundige Icare)

De aanvraag betreft vooral kleding en schoenen. Ouders zien een positief effect bij hun kinderen en in het gezin na het inzetten van de interventie. De jeugdgezondheidszorg heeft vrijwel alle kinderen in beeld. Daarom is de interventie goed in te zetten in de jeugdgezondheidszorg.

Het onderzoek heeft een aantal beperkingen. Zo registreert Sociale Zaken het aantal aanvragen (en niet het aantal kinderen) en registreert de jeugdgezondheidszorg het aantal kinderen (en niet het aantal aanvragen). Hierdoor zijn de registraties van de verschillende organisaties lastig met elkaar te vergelijken. Sinds januari 2012 is Sociale Zaken de aanvragen digitaal gaan registreren, waardoor gegevens makkelijker achterhaald kunnen worden.

De interviews naar de waardering van ouders zijn slechts met 15 ouders van kinderen in de leeftijd van nul tot vier jaar gehouden en zijn dus niet generaliseerbaar. De resultaten geven ook geen informatie over de waar-

dering van ouders met kinderen van vier tot 12 jaar. Behalve voor de ouders en kinderen, heeft de interventie nog een aantal andere positieve effecten.

1. *Bespreekbaar maken van de financiële situatie.* Het signaleren en bespreekbaar maken van problematiek is bekend terrein voor de JGZ-medewerkers. Uit de praktijk blijkt dat, door de interventie, het bespreekbaar maken van de financiële situatie en de invloed daarvan op de gezondheid, op een meer vanzelfsprekende wijze zijn geïntegreerd in de werkzaamheden van de jeugdgezondheidszorg. Wel blijkt dat het al dan niet inzetten van de interventie nog afhankelijk is van de individuele JGZ-medewerker, van diens competentie en de ervaren tijdsdruk.

2. *Gezinnen in beeld.* Een neven doel van de interventie was het ondergebruik van inkomensondersteunende voorzieningen terug te dringen. Bij meer dan de helft van de aanvragen door Sociale Zaken wordt geadviseerd over het gebruik van een inkomensondersteunende

voorziening. De gemeente bereikt door de interventie Armoede en Gezondheid dus daadwerkelijk meer gezinnen.

3. *Bijzondere structurele samenwerking.* Een samenwerking tussen Sociale Zaken en de jeugdgezondheidszorg is niet vanzelfsprekend. De medewerkers van de verschillende organisaties spreken een verschillende taal. Wat de medewerkers van de jeugdgezondheidszorg noodzaak vinden, vinden de medewerkers van Sociale Zaken soms geen noodzaak en andersom. Medewerkers werken vanuit een verschillend referentiekader. De één ziet wat er nodig is, de ander waar men recht op heeft. Het is daarom belangrijk met elkaar in gesprek te blijven en te vertrouwen op elkaars kennis en competentie.

4. *Ketenpartners.* Ook bij ketenpartners is de interventie steeds beter bekend. Zij signaleren en verwijzen door naar de jeugdgezondheidszorg om de interventie in te zetten. De JGZ-medewerkers adviseren ouders op hun beurt ook meer dan voorheen over mogelijkheden bij andere organisaties. Het is mooi dat partners in de stad elkaar beter weten te vinden.

De interventie wordt in Zwolle ingezet in een tijd van recessie en bezuinigingen. Zowel gemeenten als organisaties moeten bezuinigen. Hiernaast wordt ten gevolge van de recessie de groep gezinnen met een laag inkomen groter en zijn er meer kinderen die mogelijk in aanmerking komen voor de interventie. Juist in deze tijd blijft de interventie belangrijk en wordt gezocht naar mogelijkheden om de interventie ook in de toekomst te borgen. Ook wordt gezocht naar mogelijkheden voor hulp naast én na de interventie; bijvoorbeeld het attenderen op het Jeugdsportfonds, Stichting Meedoen, de Vangnetregeling zweminstructie of de Kledingbank.

## Conclusie

Verhoudingsgewijs vormen kinderen een leeftijdsgroep waarin armoede veel voorkomt. Opgroeien in armoede kan ongunstig zijn voor de gezondheid van kinderen. De interventie Armoede en Gezondheid van kinderen heeft in Zwolle een positieve uitwerking op het individuele kind en het gezin. De jeugdverpleegkundige heeft een belangrijke rol in het bespreekbaar maken van de financiële situatie van een gezin. De drie samenwerkingspartners zijn positief over de samenwerking, de inzet en het resultaat van de interventie.

Gezien deze positieve resultaten van vier jaar interventie Armoede en Gezondheid van kinderen in Zwolle, verdient het aanbeveling om deze interventie in meer gemeenten in te zetten.

Nota bene. Per 1 januari 2014 is de JGZ 0-4 jaar van Icare JGZ overgegaan naar GGD IJsselland.

## Literatuur

1. Sociaal en Cultureel Planbureau, Centraal Bureau voor de Statistiek. Armoedesignalement 2012. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, Centraal Bureau voor de Statistiek; 2012.
2. Rots-de Vries MC, Kroesbergen HT, Smissen PJAM van der. Interventie 'Armoede en gezondheid van kinderen': van experiment naar implementatie. Tijdschr Jeugdgezondheidsz. 2005;37(1):13-8.
3. Rots-de Vries MC. Beschrijving 'Armoede en Gezondheid van kinderen'. Internetsite Nederlands Jeugdinstituut 2007. Beschikbaar via: <http://www.nji.nl/smartsite.dws?ch=&id=37990&recordnr=205>. Geraadpleegd 30 augustus 2013.
4. Zeijl E, Crone M, Wiefferink K, Keuzenkamp S, Reijneveld M. Kinderen in Nederland. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2005.
5. Hermanns J, Ory F, Schrijvers G. Helpen bij opgroeien en opvoeden; eerder, sneller en beter. Een advies over Vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroeiproblemen. Utrecht: Julius Centrum; 2005.
6. Rots-de Vries MC. Armoede en gezondheid van kinderen. Internet site Loket Gezond Leven, 2010. Beschikbaar via <http://www.loketgezondleven.nl/i-database/interventies/a/10695/>. Geraadpleegd 1 februari 2013.
7. Gemeente Zwolle. Nota armoede- en participatiebeleid 2008-2011, deel II. Van kwetsbaar naar weerbaar. Zwolle: Gemeente Zwolle; 2007.
8. Kuiperij KJ. Werkwijze JGZ Armoede en Gezondheid van kinderen. Zwolle: GGD IJsselland; 2009.
9. Rots-de Vries C, Kroesbergen I, Goor I van de. Armoede en gezondheid van kinderen. Praktische handleiding voor interventie. Breda: GGD West-Brabant; 2009.
10. Rots-de Vries MC. Armoede en gezondheid van kinderen. Internet site Loket Gezond Leven, 2010. Beschikbaar via <http://www.loketgezondleven.nl/i-database/interventies/a/10695/>. Geraadpleegd 1 februari 2013.
11. Bosch-van Pijkeren M van den. Psychosociale- en emotionele problemen bij kinderen en armoede. Casemanagement als interventie. Zwolle: Icare; 2007.
12. Gemeente Zwolle. Armoedemonitor gemeente Zwolle 2013. Zwolse minima in beeld. Zwolle: Gemeente Zwolle; 2013.
13. Westerink M, Wal E van de. Maakt geld Zwolse jeugd gezond? Een onderzoek naar het ervaren effect van de interventie 'Armoede en gezondheid van kinderen'. Zwolle: Icare; 2012.