

# **Onderbouwing van indicatoren voor sociaaleconomische gezondheidsverschillen**

*Literatuuronderzoek*

Drs. Astrid Huygen  
Dr. Katja van Vliet  
Drs. Trudi Nederland

Oktober 2009



## Inhoudsopgave

<b>Hoofdstuk 1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>5</b>
1.1	Sociaaleconomische gezondheidsverschillen verkleinen	5
1.2	Literatuurstudie naar mogelijke indicatoren voor SEGV	6
1.3	Probleemstelling en werkwijze	6
1.4	Literatuursearch	6
1.5	Criteria voor relevantie en validiteit en analyse van literatuur	8
1.6	Opzet rapportage	9
<b>Hoofdstuk 2</b>	<b>Inkomen</b>	<b>11</b>
2.1	Inleiding	11
2.2	Niet-werkende afhakers bij aanvraag bijstandsuitkering	11
2.3	Opvallende bevindingen en alternatieve indicatoren	12
2.4	Samenvattend	12
<b>Hoofdstuk 3</b>	<b>Maatschappelijke participatie</b>	<b>13</b>
3.1	Inleiding	13
3.2	Deelname trajecten betaald werk	13
3.3	Opvallende bevindingen en alternatieve indicatoren	14
3.4	Samenvattend	14
<b>Hoofdstuk 4</b>	<b>Onderwijs</b>	<b>17</b>
4.1	Inleiding	17
4.3	Vroegtijdig schoolverlaten en schoolverzuim	18
4.4	Voor- en vroegschoolse educatie (VVE)	18
4.5	Opvallende bevindingen en alternatieve indicatoren	19
4.6	Samenvattend	19
<b>Hoofdstuk 5</b>	<b>Leefomgeving</b>	<b>21</b>
5.1	Inleiding	21
5.2	Binnenmilieu	21
5.3	Buitenluchtkwaliteit	22
5.4	Leefbaarheid	22
5.5	Opvallende bevindingen en alternatieve indicatoren	24
5.5	Opvallende bevindingen en alternatieve indicatoren	24
5.6	Samenvattend	25
<b>Hoofdstuk 6</b>	<b>Jeugd</b>	<b>29</b>
6.1	Inleiding	29
6.2	Aantal kinderen en jeugdigen met ernstig overgewicht	30
6.3	Deelname aan buitenschoolse activiteiten door kinderen uit arme gezinnen	30
6.4	Aantal mishandelde jeugdigen (aantal in behandeling genomen meldingen)	31
6.5	Opvallende bevindingen en alternatieve indicatoren	31
6.6	Samenvattend	33
<b>Hoofdstuk 7</b>	<b>Arbeid</b>	<b>35</b>
7.1	Inleiding	35
7.2	Laaggekwalificeerd werk (laag opleidingsniveau en laag loon)	35
7.3	Aantal mensen met flexibele contracten (flexwerkers incl. zzp'ers en dagloners)	36
7.4	Opvallende bevindingen en alternatieve indicatoren	37
7.5	Samenvattend	37
<b>Hoofdstuk 8</b>	<b>Samenvatting en conclusies</b>	<b>39</b>
8.1	Inleiding	39
8.2	Resultaten	39
8.3	Vervolg	41
<b>Literatuur</b>		<b>43</b>
<b>Bijlage 1</b>	<b>Zoektermen</b>	<b>49</b>
<b>Bijlage 2</b>	<b>Analyseschema Relevantie en Validiteit</b>	<b>52</b>
<b>Bijlage 3</b>	<b>Overzichtstabellen</b>	<b>53</b>

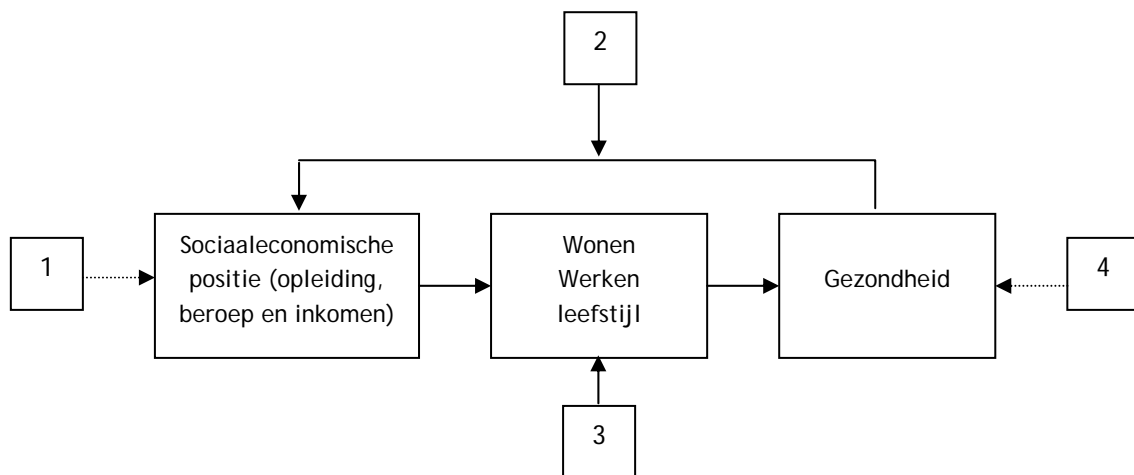


## Hoofdstuk 1 Inleiding

### 1.1 Sociaaleconomische gezondheidsverschillen verkleinen

Gezondheidsproblemen komen vaker voor bij mensen die zich onderaan de maatschappelijke ladder bevinden dan bij mensen die een betere maatschappelijke positie bekleden (o.a. Schrijvers et al., 2001). Het optreden van deze sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV) wordt verklaard door een ingewikkeld complex van materiële, psychosociale en gedragsfactoren. In het GLOBE-onderzoek (ibid.) zijn diverse materiële en psychosociale factoren onderzocht die mogelijk een verklaring bieden. Gebleken is dat van de *materiële omstandigheden* vooral van belang zijn: inkomen, positie op de arbeidsmarkt, financiële problemen, wonen in ongunstige omstandigheden en ongunstige fysieke arbeidsomstandigheden. De volgende *psychosociale factoren* bleken een zelfstandig effect op de gezondheid te hebben: gevoelens van vijandigheid en gevoelens van gebrek aan controle over het eigen leven (een 'laag controlebesef'), over het werk en de werkomstandigheden (ibid.).

In onderstaande figuur is samengevat hoe de relaties tussen sociaaleconomische positie en gezondheid lopen. De figuur is ontleend aan Stronks & Hulshof (2001, p.16).



De nummers 1 t/m 4 in de figuur verwijzen naar de aangrijpingspunten (strategieën) ter verkleining van SEGV.

1. Het verkleinen van verschillen in sociaaleconomische status zelf, bijvoorbeeld in opleiding, beroepsklasse en inkomen.
2. Het verminderen van de invloed van gezondheidsproblemen op opleiding, beroepsklasse en inkomen.
3. Het verkleinen van SEGV door verminderen van blootstelling aan ongunstige determinanten van gezondheid, zoals materiële, psychosociale en gedragsfactoren.
4. Het aanbieden van extra curatieve gezondheidszorg aan de lagere sociaaleconomische bevolkingsgroepen ter compensatie van de ongunstiger omstandigheden.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft het initiatief genomen om met vijf collega-inspecties (de Inspectie Werk en Inkomen, de Arbeidsinspectie, de Inspectie van het Onderwijs, de VROM/WWI-Inspectie en de Inspectie Jeugdzorg) werk te maken van de derde strategie, zoals door Stronks et al. (2001) genoemd. De ongunstige determinanten van gezondheid betreffen ook domeinen buiten de reikwijdte van de IGZ. Een specifiek instrumentarium ge-

richt op de reductie van sociaal-maatschappelijke determinanten van SEGV is nog niet voorhanden. Het streven is om met het opstellen van een set van (pragmatische) indicatoren voor al bekende en relevante sociaal-maatschappelijke determinanten van sociaaleconomische gezondheidsverschillen aan dit instrumentarium nader invulling te geven. Pragmatisch wil zeggen dat de indicatoren voor de betreffende inspecties toepasbaar zijn op de betreffende toezichtdomeinen. De IGZ wil met het opstellen van deze set van indicatoren een instrument ontwikkelen om vorderingen of achterblijvende effecten in andere sectoren dan die van de gezondheidszorg en gezondheidsbevordering te kunnen volgen bij het terugdringen van SEGV.

## 1.2 Literatuurstudie naar mogelijke indicatoren voor SEGV

De IGZ heeft in samenwerking met de genoemde vijf inspecties een zogeheten groslijst opgesteld met mogelijke indicatoren voor sociaaleconomische gezondheidsverschillen op het terrein van fysieke en psychosociale omgevingsfactoren. Hoewel er bij het formuleren van de indicatoren gebruik is gemaakt van literatuur (vooral beleidsnotities) zijn de daadwerkelijke relevantie en validiteit van de indicatoren onvoldoende onderzocht. De behoefte aan inzicht in de relevantie en validiteit van de indicatoren is vertaald in een vraag van de IGZ aan het Verwey-Jonker Instituut om hiernaar een literatuuronderzoek te verrichten.

## 1.3 Probleemstelling en werkwijze

De probleemstelling is vertaald in onderstaande onderzoeksvragen:

1. a) Is er, op basis van een systematische literatuursearch, bewijs voor de relevantie van deze beoogde indicatoren?  
b) Hoe wordt de relatie met (on)gezondheid en gezondheidsachterstand in verhouding tot de sociaaleconomische status (SES) onderbouwd?
2. Is er bewijs voor de validiteit van deze beoogde indicatoren?  
Hoe wordt in de literatuur onderbouwd dat de beoogde indicator daadwerkelijk verschil kan identificeren?

Het literatuuronderzoek bestaat uit drie onderdelen:

1. Systematische literatuursearch en opstellen van criteria voor relevantie en validiteit;
2. Analyse van de literatuur aan de hand van de geformuleerde criteria;
3. Conceptrapportage en definitieve rapportage.

## 1.4 Literatuursearch

Voor het zoeken naar wetenschappelijke literatuur waarin we onderbouwing kunnen vinden voor indicatoren die sociaaleconomische gezondheidsverschillen verklaren, hebben we een systematische, 'getrapte' literatuursearch uitgevoerd. Om redenen van relevantie en validiteit en de beperkte looptijd van het literatuuronderzoek is gekozen voor een afgebakende search gericht op recente literatuur over Nederlands onderzoek (metastudies en primaire onderzoeksliteratuur) verschenen in de periode 2006-2009. De doorzochte Nederlandse databases zijn: Picarta, TNO Kwaliteit van Leven database, wetenschappelijke publicaties en de database van het Nederlands Jeugdinstituut (NJI). Daarnaast is gezocht in de Engelstalige

database Pubmed.<sup>1</sup> Ook de websites van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)<sup>2</sup> en het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) zijn doorzocht.

Het startdocument van de literatuursearch was de groslijst van factoren en mogelijke indicatoren die sociaaleconomische verschillen kunnen verklaren. De groslijst bestaat uit mogelijke indicatoren en literatuurverwijzingen naar daarmee samenhangende onderwerpen, die door de betrokken inspecties aangedragen zijn. De factoren en indicatoren zijn geordend binnen zes domeinen: I Inkomen, II Maatschappelijke participatie, III Onderwijs, IV Leefomgeving, V Jeugd, VI Arbeid. Deze domeinen vallen samen met de aandachtsgebieden van de betrokken inspecties. In samenspraak met de opdrachtgever hebben we de zoekstrategie vastgesteld. Op basis van de groslijst zijn per domein de relevante zoektermen vastgesteld (zie bijlage 1: Zoektermen). De eerste ronde van de literatuursearch bestond uit een aantal onderdelen: 1) het bestuderen van de literatuur die genoemd is in de groslijst, 2) het met de zoektermen zoeken in diverse databases en 3) het bekijken van een aantal websites op genoemde relevante onderzoekspublicaties. Deze eerste ronde van de literatuursearch hebben we daarnaast afgebakend door in de databases te zoeken naar recente literatuur (vanaf 2006).

De searches hebben 331 publicaties opgeleverd (Picarta: 169, Pubmed: 49, TNO: 19, RIVM: 46, NJI: 33, SCP: 15). De afdeling I&C heeft per zoekactie een verslag gemaakt met daarin de gebruikte zoektermen en de zoekresultaten (gevonden publicaties). De onderzoekers hebben deze verslagen beoordeeld en relevante publicaties zijn gedownload of aangevraagd. Selectie van de publicaties geschiedde op basis van twee criteria. Ten eerste moest het een publicatie betreffen waarin verslag werd gedaan van onderzoeksresultaten. Ten tweede moest de publicatie een relatie leggen tussen een van de indicatoren en sociaaleconomische status (SES) of gezondheid. Soms hebben we toch publicaties geselecteerd die niet voldeden aan een van deze criteria, omdat het een mogelijke bron betrof van andere relevante literatuur. Daarnaast zijn alle publicaties aangevraagd die zijn opgenomen in de groslijst van de inspecties. In totaal zijn 112 publicaties aangevraagd.

Vanwege het geringe aantal resultaten dat we vonden binnen het domein Onderwijs is met de zoektermen voor dit domein in PICARTA en PUBMED een aanvullende search uitgevoerd. Daarbij hebben we ook naar eerder verschenen onderzoek (vanaf 2000) gezocht. Deze search leverde 44 titels op (Pubmed: 40, Picarta: 4), waarvan er 16 zijn aangevraagd. De aanvullende search leverde enkele relevante publicaties op.

De publicaties hebben we geanalyseerd aan de hand van een analyseschema (zie bijlage 3: Analyse relevantie en validiteit). Deze analyses vormen de basis van deze rapportage. In paragraaf 1.5 beschrijven we op welke manier we de analyse hebben uitgevoerd.

---

<sup>1</sup> We hebben gekozen voor Pubmed vanwege de relatie met gezondheid. Artikelen op dit terrein in Psychinfo en Sociofile zijn meestal ook in Pubmed opgenomen.

<sup>2</sup> Monitor Gezondheidsachterstanden, Nationaal Kompas Volksgezondheid en Nationale Atlas Volksgezondheid.

## 1.5 Criteria voor relevantie en validiteit en analyse van literatuur

Voor de analyse van de gevonden literatuur hebben we criteria geformuleerd voor relevantie en validiteit. We hebben de conceptcriteria voorgelegd aan de opdrachtgever. De volgende criteria zijn geformuleerd.

### *Relevantie*

1. De beoogde indicator is gerelateerd aan SEGV. Dit kan een empirische of een theoretische onderbouwing zijn. De in de publicatie veronderstelde of bewezen relatie tussen de indicator, gezondheid en SES is beschreven.
2. De beoogde indicator is beschikbaar en bruikbaar. Dit wil zeggen: de gegevens zijn landelijk beschikbaar en worden consistent gedurende langere tijd verzameld, ook in de toekomst. Zij zijn afkomstig uit betrouwbare bron. De bronnen (referentie en indien bekend het databestand) zijn beschreven.
3. De beoogde indicator heeft 'veranderingspotentie'. Veranderingspotentie is op twee manieren te beoordelen. Ten eerste op een 'objectieve' manier: de veranderingspotentie is zichtbaar, omdat verandering van de indicator blijkt uit herhaalde metingen. Het is niet zinnig een indicator op te nemen waarvan nu al bekend is dat die in de komende jaren niet zal veranderen (Steketee & Mak, 2006). Ten tweede op een 'subjectieve' manier: is het aannemelijk dat beleid gericht op deze indicator veranderingen teweeg zal brengen.

### *Validiteit*

1. De indicator is significant gerelateerd aan SEGV (direct bewijs) of aan determinanten van SEGV (indirect bewijs). We beschrijven hoe de relatie wordt onderbouwd en wat het eventuele bewijs is.
2. De indicator heeft een voorspellende waarde voor SEGV. We beschrijven hoe sterk het bewijs is. We onderscheiden daarvoor drie categorieën van bewijskracht:
  1. Significante relatie in eenmalig cross-sectioneel onderzoek.
  2. Significante relatie in longitudinaal onderzoek (herhaalde metingen).
  3. Significante relatie in systematische reviews.
3. Het streven is om op basis van het bovenstaande te beoordelen of de indicator ten opzichte van andere beoogde indicatoren een sterke(re) voorspellende waarde heeft. Is er een rangorde aan te brengen? We stellen dit criterium niet per indicator vast, maar pas na analyse van alle indicatoren.

Voor de analyse van de literatuur is een format gemaakt waarin de resultaten voor de indicatoren per domein zijn samengevat (zie bijlage 2).

We noemen hier kort enkele algemene bevindingen over de search en de analyse. In de bestudeerde literatuur is de relatie van de mogelijke indicatoren met SEGV vaak niet onderzocht. Als er geen direct bewijs is gevonden vermelden we, als dit aan de orde is, wel het indirecte bewijs. Ook van de indicatoren waarover wel literatuur beschikbaar was, konden we niet altijd de relevantie en validiteit vaststellen. Het betrof dan vooral secundaire literatuur. Dat we geen onderbouwing konden vinden in de (recente) literatuur, betekent overigens niet dat de betreffende indicator geen relevantie heeft voor SEGV. Deze kan in eerdere of buitenlandse studies aangetoond zijn. Voor de indicatoren waarvoor onderbouwing is gevonden, was het vaak niet mogelijk de veranderingspotentie objectief vast te stellen omdat er geen herhaalde metingen verricht zijn. Wel is de 'subjectieve' veranderingspotentie vastgesteld, namelijk wanneer het aannemelijk is dat gericht beleid (interventies) op de betreffende indicator verandering teweegbrengt.



## 1.6 Opzet rapportage

In deze rapportage doen wij verslag van de analyse van de beschikbare en bestudeerde literatuur. Elk hoofdstuk bespreekt een domein. Per domein geven wij eerst de algemene bevindingen. Vervolgens geven wij voor de afzonderlijke indicatoren van dat domein een inhoudelijke onderbouwing voor de relatie met SEGV. We beschrijven de resultaten van de analyse op de criteria voor relevantie en validiteit voor zover daarover gegevens beschikbaar waren. Tot slot gaan wij in op eventuele opvallende bevindingen en mogelijke alternatieve indicatoren. We sluiten de rapportage af met een samenvatting en conclusies.



## Hoofdstuk 2      Inkomen

### 2.1 Inleiding

Het domein Inkomen betreft vooral het werkveld van de Inspectie Werk en Inkomen. Inkomen is een belangrijke materiële factor die van invloed is op sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Inkomen heeft een zelfstandig effect op gezondheid, maar ook indirect via aan gezondheid gerelateerd gedrag (Schrijvers et al., 2001). Overigens er is ook een omgekeerde relatie. Gezondheid heeft (via werk) een effect op inkomen (Van Kippersluis et al., 2009) (Zie ook hoofdstuk 3 Maatschappelijke participatie).

Voor de inkomenspositie zijn in de groslijst van de inspecties de volgende zes indicatoren benoemd als mogelijke indicatoren voor de beïnvloedbaarheid van sociaaleconomische gezondheidsverschillen:

1. *Gebruik bijstand (toename/afname);*
2. *Gebruik bijstand met grote afstand arbeidsmarkt;*<sup>3</sup>
3. *Aanwezigheid armoedebeleid gemeente;*
4. *Gebruik bijzondere bijstand;*
5. *Gebruik schuldsanering;*
6. *Niet-werkende afhakers bij aanvraag bijstandsuitkering.*

In totaal zijn er zestien bruikbare publicaties gevonden in de literatuursearch over de indicatoren van dit domein. Deze publicaties zijn onderzocht op bewijs voor de invloed van deze indicatoren op SEGV.<sup>4</sup> Voor één indicator hebben we enige onderbouwing gevonden, namelijk voor indicator 6: *niet-werkende afhakers bij aanvraag bijstandsuitkering*. De literatuur leverde geen resultaten op voor de andere vijf indicatoren: *gebruik bijstand*, *gebruik bijstand met grote afstand arbeidsmarkt*, *aanwezigheid armoedebeleid gemeente*, *gebruik bijzondere bijstand*, en *gebruik schuldsanering*. Dat wil zeggen dat de literatuur geen relatie legde met SEGV.

In de onderstaande paragraaf bespreken we de indicator waarvoor enige onderbouwing is gevonden. Een overzicht van de scores van deze indicator op de criteria is opgenomen in een tabel in de slotparagraaf.

### 2.2 Niet-werkende afhakers bij aanvraag bijstandsuitkering

Uit een onderzoeksrapport van het IWI (2009) blijkt er een empirische relatie te bestaan tussen het afhaken van de aanvragers van een bijstandsuitkering en hun gezondheidssituatie: een kwart van de afhakende aanvragers solliciteert niet wegens ziekte. Een overzichtstudie van Huijs et al. (2009) onderbouwt dit verband verder. Uit deze studie blijkt dat een slechte gezondheid een obstakel is om werk te vinden. Bovendien blijkt dat de gezondheid van werklozen verbetert als ze werk vinden. Beide onderzoeken zijn cross-sectioneel met eenmalige metingen (een telefonische enquête en een zelfbeoordelingsvragenlijst).

De relevantie en validiteit van deze indicator zijn (nog) beperkt. Hoewel de onderzoeksresultaten de relevantie van de indicator voor SEGV inhoudelijk onderbouwen, is niet

---

<sup>3</sup> Omdat deze indicator bij nadere beschouwing alleen betrekking heeft op het domein Maatschappelijke participatie laten we hem hier buiten beschouwing.

<sup>4</sup> Een deel van de gevonden literatuur voor dit domein bleek betrekking te hebben op het domein Maatschappelijke participatie en wordt besproken in het betreffende hoofdstuk.

duidelijk of deze relatie significant is. De bruikbaarheid en bewijskracht zijn vanwege de eenmalige metingen beperkt. De veranderingspotentie is in principe aanwezig. Om na te gaan of deze indicator echt relevant en valide is, zou het zinvol zijn om de onderzoeken te herhalen of om deze indicator in een continue registratie op te nemen. Herhaalde metingen kunnen bewijs leveren voor de bruikbaarheid, de objectieve veranderingspotentie en de bewijskracht van de indicator (zie 1.4 Criteria).

### 2.3 Opvallende bevindingen en alternatieve indicatoren

De indicatoren in dit domein gaan vooral over de relatie tussen inkomensondersteuning en sociaaleconomische gezondheidsverschillen. In meerdere publicaties blijkt dat *inkomen* alleen geen voldoende onderbouwing levert voor het beïnvloeden van gezondheidsverschillen. Toch blijft *inkomen* een belangrijke indicator van SEGV. Onderzoek van Van Oort et al. (2005) toont bijvoorbeeld aan dat het verbeteren van de materiële situatie (zoals inkomen) van lager opgeleiden de ongelijkheid in sterftcijfers substantieel reduceert. Volgens Kunst en collega's (2005) is *inkomen* als kernvariabele voor het monitoren van gezondheidsverschillen niet alleen van belang omdat ze beschikbaar is voor de hele Nederlandse bevolking, maar ook vanwege de aanzienlijke verschillen in gezondheid en zorggebruik in relatie tot inkomen. Zij stellen dat waar mogelijk registraties uit de gezondheidszorg dienen te worden verrijkt met inkomensgegevens.

### 2.4 Samenvattend

Samenvattend hebben we voor één van de door de inspecties aangedragen indicatoren onderbouwing gevonden, namelijk de indicator *niet werkende afhakers bij aanvraag bijstandsuitkering*. De relevantie en validiteit zijn echter (nog) beperkt. Herhaalde metingen zijn nodig om hierover meer bewijs te verzamelen. Een belangrijke alternatieve indicator blijft het *inkomen*.

Tabel 1 Onderbouwing van indicatoren voor inkomen

Indicator	Relatie met SEGV	Relevantie		Validiteit	
		Bron en bruikbaarheid onderzoeksgegevens	Veranderingspotentie	Bewijs (p<0.05)	Bewijskracht
<i>Niet werkende afhakers bij aanvraag bijstandsuitkering</i>	1) Een kwart van de aanvragers solliciteert niet wegens ziekte. 2) Slechte gezondheid is een obstakel om werk te vinden.	1) IWI (2009) Telefonische enquête (eenmalig) 2) Huys et al. (2009) Zelfbeoordelvragenlijst (eenmalig)	Objectief: nee want er zijn geen herhaalde metingen verricht. In principe: ja, want beleid op deze indicator is mogelijk.	Nee	-

## Hoofdstuk 3      Maatschappelijke participatie

### 3.1 Inleiding

Het domein maatschappelijke participatie betreft vooral het werkveld van de Inspectie Werk en Inkomen. Deze inspectie hanteert als denkkader de zogeheten participatieladder (Van Gent et al., 2008). Deze ladder heeft zes treden en begint onderaan met de positie 'geïsoleerd' en gaat, via sociale contacten buiten de deur (2), deelname aan georganiseerde activiteiten (3), onbetaald werk (4) en betaald werk met ondersteuning (5), naar trede zes: betaald werk. De Inspectie acht het zeer aannemelijk dat de gezondheidssituatie verbetert bij het bestijgen van deze ladder. Met andere woorden: de mate van maatschappelijke participatie wordt verondersteld een directe relatie te hebben met gezondheid. SES-factoren (opleiding, beroepspositie en inkomen) beïnvloeden deels direct, maar ook indirect de mate van maatschappelijke participatie. Deze participatieladder heeft bijgedragen aan het benoemen van de mogelijke indicatoren binnen het domein maatschappelijke participatie. De volgende zes indicatoren zijn benoemd:

1. *Gebruik bijstand (toename/afname);*
2. *Gebruik bijstand met grote afstand arbeidsmarkt;*
3. *Deelname trajecten sociale activering;*
4. *Deelname vrijwilligerswerk;*
5. *Deelname trajecten naar betaald werk;*
6. *Deelname buitenschoolse activiteiten kinderen uit arme gezinnen.*

De literatuursearch gaf een resultaat van tien publicaties. Voor één indicator hebben we duidelijke onderdelen voor een onderbouwing gevonden, namelijk voor de indicator *deelname aan trajecten naar betaald werk*. Publicaties (een viertal) over dit onderwerp zijn we eveneens tegengekomen in domein I Inkomen. Over *deelname van kinderen uit arme gezinnen aan buitenschoolse activiteiten* zijn we een publicatie tegengekomen, maar hierin is geen relatie met gezondheid gelegd. Deze indicator bespreken we in paragraaf 6.3 (Jeugd).

Voor de overige vier indicatoren: *gebruik bijstand (toename/afname)*, *gebruik bijstand met grote afstand arbeidsmarkt*, *deelname trajecten sociale activering* en *deelname vrijwilligerswerk* hebben we geen resultaten gevonden die bijdragen aan de onderbouwing van de indicatoren.

In de onderstaande paragraaf bespreken we de indicator waarvoor lichte onderbouwing is gevonden. Een overzicht van de scores van deze indicator op de criteria is opgenomen in een tabel in de slotparagraaf (3.4).

### 3.2 Deelname trajecten betaald werk

De eerste algemene constatering betreft de relatie tussen gezondheid en deelname aan betaald werk. Uit een publicatie van het IWI (2008) blijkt dat vooral scholing effectief is om de kansen op de arbeidsmarkt van kwetsbare groepen te vergroten. Scholing ontbreekt nu in de trajecten. Helaas ontbreekt de relatie met de gezondheidssituatie in deze studie. Nog een andere algemene bevinding is dat Volkers et al. (2007) aantonen dat een lage beroepspositie samenhangt met slechte gezondheid. De kans op slechte gezondheid neemt af naarmate werknemers een hogere beroepspositie bekleden.

In een effectstudie van 153 maatregelen gericht op het verminderen van gezondheidsverschillen (Schrijvers, 2009) is er een beperkt bewijs voor een positief effect op baankansen door re-integratiebevorderende instrumenten specifiek gericht op motivatie, gezondheid en zelfvertrouwen. In een artikel over de resultaten van een overzichtsstudie vanuit een levenslooperperspectief laten de auteurs (Kippersluis et al., 2009) zien dat er een effect is van gezondheid via werk op inkomen en dat er een direct effect is van opleiding op gezondheid (leefstijl), bijvoorbeeld rookgedrag. Voorts onderbouwt Blonk (2006) in een inaugurale rede de relatie tussen psychische klachten, arbeidsparticipatie en herstel.

Tot slot blijkt uit een representatieve steekproef van het SCP (Echtelt & Hoff, 2008) dat de motivatie om wel of niet deel te nemen aan betaalde arbeid ligt bij waargenomen kansen en bij gezondheid.

De relevantie en validiteit van deze indicator zijn (nog) beperkt. Hoewel de onderzoeksresultaten de relevantie van de indicator voor SEGV inhoudelijk onderbouwen, is niet duidelijk of deze relatie significant is. De bruikbaarheid en bewijskracht zijn vanwege de eenmalige metingen beperkt. De veranderingspotentie is in principe aanwezig.

### 3.3 Opvallende bevindingen en alternatieve indicatoren

Uit de gevonden resultaten kunnen we concluderen dat we de indicator *deelname trajecten naar betaald werk* verder kunnen preciseren. Er blijkt namelijk vooral een verband te bestaan tussen de opleidingsmogelijkheden tijdens re-integratietrajecten en betere gezondheid.

Daarnaast hebben we een andere indicator gevonden, namelijk *herintreden op de arbeidsmarkt*. Dit heeft een positief effect op gezondheid. In een overzichtstudie van De Koning (2008) blijkt dat er een negatief effect is op de mentale gezondheid bij het verlies van een baan en een positief effect op de mentale gezondheid bij herintreding op de arbeidsmarkt. Bovendien is er een negatief verband tussen de duur van de werkloosheid en de gezondheidssituatie.

De SCP-publicatie Sociale uitsluiting in Nederland (2004, p.39) merkt gezondheid als een risicofactor voor sociale uitsluiting aan. Het hebben van een chronische aandoening en het ontbreken van een goede gezondheid verhogen de kans op sociale uitsluiting (p.63).

We concluderen dat beide indicatoren veranderingspotentie hebben voor het bijstellen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen, want ze zijn in principe te beïnvloeden door beleid. Overigens zal dit de komende jaren beperkt zijn door de huidige economische omstandigheden.

### 3.4 Samenvattend

In onderstaande tabel geven we een overzicht van de bevindingen voor het domein Maatschappelijke participatie voor de twee indicatoren waarvoor we in de literatuur onderbouwing vonden. We hebben voor één van de door de inspecties aangedragen indicatoren onderbouwing gevonden, namelijk de indicator *deelname aan trajecten naar betaald werk*. De relevantie en validiteit zijn echter (nog) beperkt. Een alternatieve indicator die we hebben gevonden is *herintreding op de arbeidsmarkt*. Ook hiervan zijn de relevantie en validiteit nog beperkt.

Tabel 2 Onderbouwing van indicatoren voor maatschappelijke participatie

Indicator	Relatie met SEGV	Relevantie		Validiteit	
		Bron en bruikbaarheid onderzoeksgegevens	Veranderingspotentie	Bewijs (p<0.05)	Bewijskracht
<i>Deelname trajecten betaald werk</i>	Het hebben van betaald werk hangt samen met een betere gezondheid. Trajecten die stimuleren betaald werk te vinden dragen indirect bij aan een betere gezondheid.	Schrijvers (2009)  Bruikbaarheid niet duidelijk op basis van publicatie.	Objectief: nee, want er zijn geen herhaalde metingen verricht. In principe: ja. Beleid op deze indicator is mogelijk.	Nee, publicatie is gebaseerd op secundaire bron.	-
<i>Herintreding op de arbeidsmarkt</i>	Verlies van baan heeft een negatief effect op mentale gezondheid. Daarnaast is er een negatief verband tussen de duur van de werkloosheid en de gezondheidssituatie.	De Koning (2008) Literatuurstudie  Bruikbaarheid niet duidelijk op basis van publicatie.	Objectief: nee, want er zijn geen herhaalde metingen verricht. In principe: ja. Beleid op deze indicator is mogelijk, maar beperkt door de huidige economische omstandigheden.	Nee, publicatie is gebaseerd op secundaire bronnen.	-





## Hoofdstuk 4      Onderwijs

### 4.1 Inleiding

Het domein Onderwijs betreft vooral het werkveld van de Inspectie van het Onderwijs. Er is een sterk direct verband tussen opleidingsniveau en gezondheid. Gezondheidsproblemen komen vaker voor bij mensen met een lagere opleiding. Dit geldt zowel voor ervaren gezondheid en specifieke aandoeningen als voor sterfte (Schrijvers et al., 2001). Binnen het domein Onderwijs zijn in de groslijst van de inspecties zeven mogelijke indicatoren benoemd voor sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Deze indicatoren zijn:

1. Deelname aan voor- en voerschoolse educatie (VVE);
2. Kwaliteit bewegingsonderwijs;
3. Ouderbetrokkenheid;
4. Vroegtijdig schoolverlaten (uitval) (VSV);
5. Schoolverzuim;
6. Deelname aan volwasseneneducatie;
7. Deelname aan inburgeringscursussen.

Deze indicatoren zijn er primair op gericht om een goed opleidingsniveau te bevorderen. Daarmee verkleinen deze indicatoren de gezondheidsverschillen op een indirecte manier. Opleidingsniveau is immers een belangrijke pijler waarop iemands sociaaleconomische status (SES) is gebaseerd.

De literatuursearch leverde zeventien titels op die mogelijk een onderbouwing bevatten voor bovenstaande indicatoren. Aanvankelijk zijn de search en de analyse gericht op de relatie tussen deze indicatoren en sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Hiernaar blijkt recentelijk in Nederland geen onderzoek te zijn verricht. De eerste algemene conclusie is dan ook dat voor geen van de hierboven genoemde indicatoren onderbouwing is gevonden ter verklaring van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. In de gevonden literatuur over deze indicatoren is geen relatie gelegd met gezondheid, gezondheidsverschillen en/of sociaaleconomische factoren. Met andere woorden: we hebben geen onderbouwing gevonden voor een directe relatie met sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Hieronder volgt een korte puntsgewijze toelichting op de gevonden literatuur:

- In gevonden recent onderzoek over de *deelname aan VVE* (1) en de ontwikkeling van geletterdheid (Steensel, 2006) is geen relatie gelegd met gezondheid.
- Over de *kwaliteit van bewegingsonderwijs* (2) en *ouderbetrokkenheid* (3) is geen recente literatuur gevonden in relatie tot gezondheid en sociaaleconomische gezondheidsverschillen.
- Over *vroegtijdig schoolverlaten* (4) en *schoolverzuim* (5) zijn recentelijk een aantal studies verschenen (WRR, 2009; Herweijer, 2008; Inspectie van het Onderwijs, 2008). In deze studies is geen aandacht voor de relatie met gezondheid en dus ook niet voor sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Een onderzoek (Eimers, 2006) merkt gezondheidsproblemen wel aan als risicofactor bij voortijdig schoolverlaten. Over *deelname aan volwasseneneducatie* (6) en *inburgeringscursussen* (7) is geen recente literatuur gevonden waar de relatie tot gezondheid en sociaaleconomische gezondheidsverschillen aan de orde is.

Toch is aannemelijk dat deze indicatoren *indirect* een effect hebben. De hypothese is dat deelname aan VVE uiteindelijk het opleidingsniveau zal doen toenemen en dat vroegtijdig

schoolverlaten en schoolverzuim een negatief effect hebben op het opleidingsniveau. Gezien het feit dat opleidingsniveau een voorspeller is van gezondheidsverschillen ligt het in de rede om deze indicatoren te bevorderen (VVE) dan wel te bestrijden (VSV en verzuim). Om deze redenen bespreken we hieronder toch de indicatoren *vroegtijdig schoolverlaten en schoolverzuim* (4.3) en *voor- en vroegschoolse educatie* (4.4).

### 4.3 Vroegtijdig schoolverlaten en schoolverzuim

Hoewel de gevonden literatuur geen directe relatie legt tussen enerzijds *vroegtijdig schoolverlaten en schoolverzuim* en anderzijds sociaaleconomische gezondheidsverschillen bespreken we deze indicatoren hier toch, omdat de indirecte relatie aannemelijk is. De hypothese is dat schoolverzuim en vroegtijdig schoolverlaten leiden tot een lager opleidingsniveau. En zoals bekend is, hebben mensen met een lager opleidingsniveau een minder goede gezondheid.

Vroegtijdig schoolverlaten leidt tot het niet behalen van een voldoende hoog opleidingsniveau (Onderwijsraad, 2005). Beleid is erop gericht het aantal voortijdig schoolverlaters terug te dringen. De aantallen dalen, maar nog onvoldoende om de zogeheten Lissabondoelstelling<sup>5</sup> te behalen (Inspectie van het Onderwijs, 2007). Publicaties over onderzoek naar de effecten van vroegtijdig schoolverlaten zijn niet aangetroffen. Over de invloed van schoolverzuim op het (latere) opleidingsniveau hebben we ook geen literatuur gevonden. Aannemelijk is dat schoolverzuim een voorspeller is van het vroegtijdig verlaten van het onderwijs. Ook in hoofdstuk 6 staan we stil bij de indicator *Schoolverzuim*.

### 4.4 Voor- en vroegschoolse educatie (VVE)

Hoewel in de gevonden literatuur geen directe relatie is gelegd tussen de deelname aan *voor- en vroegschoolse educatie (VVE)* en sociaaleconomische gezondheidsverschillen noemen we deze indicator hier toch, omdat ook hier de indirecte relatie aannemelijk is. Uit buitenlands onderzoek (Reynolds et al., 2007) blijkt dat de deelname van jonge kinderen aan VVE-programma's doorwerkt in de volwassenheid. Eenmaal volwassen hebben deze kinderen meer opleiding gevolgd en minder criminaliteit gepleegd. Ander recent buitenlands onderzoek (Muennig et al., 2009) laat zien dat VVE leidt tot verbeteringen in opleiding, 'health Insurance', inkomen en 'family environment'. Verbeteringen in deze domeinen leiden tot verbeteringen in risicofactoren betreffende gedrag en gezondheid. Een direct effect op gezondheid is niet aangetoond.

In recent Nederlands onderzoek naar VVE (IVA, 2008; SCO-Kohnstamm Instituut, 2008) is niet aangetoond dat leerlingen van scholen met VVE beter scoren op taal, rekenen en werkhouding dan leerlingen van scholen zonder VVE. Effecten van VVE-deelname op latere leeftijd zijn nooit onderzocht.

---

<sup>5</sup> De landen van de EU maakten in 2000 afspraken over het terugdringen van het aantal jongeren zonder startkwalificatie, met als doel de Europese economie te versterken.

#### 4.5 Opvallende bevindingen en alternatieve indicatoren

De gevonden literatuur binnen het domein Onderwijs levert een mogelijke alternatieve indicator op, in aanvulling op de indicatoren die de gezamenlijke inspecties benoemd hebben: *schoolgezondheidsbeleid*.

Crone et al. (2005) hebben gekeken naar de betekenis van de aanwezigheid van schoolgezondheidsbeleid<sup>6</sup> ter vermindering van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Op basis van de resultaten van het onderzoek kunnen de onderzoekers de effecten op gezondheidsverschillen niet vaststellen, maar het toont ook niet de ineffectiviteit ervan aan. De relevantie kan op basis van dit onderzoek beperkt worden vastgesteld. De validiteit is niet vast te stellen.

#### 4.6 Samenvattend

In onderstaande tabel geven we een overzicht van de bevindingen voor het domein Onderwijs. Er is geen onderbouwing gevonden voor een directe relatie met sociaaleconomische gezondheidsverschillen van de zes mogelijke indicatoren die de inspecties vooraf genoemd hebben. Toch lichten we er hier drie indicatoren uit vanwege de aannemelijkheid van hun indirecte relatie met sociaaleconomische gezondheidsverschillen. De relevantie en validiteit van deze indicatoren zijn niet/beperkt vast te stellen. Voor de indicator *vroegtijds schoolverlaten en schoolverzuim* is de validiteit niet aangetoond. Voor de indicator *voor- en vroeg-schoolse educatie* is de validiteit in buitenlands onderzoek aangetoond. Voor de Nederlandse situatie is nader onderzoek naar de effecten van VVE op (latere) sociaaleconomische gezondheidsverschillen gewenst.

---

<sup>6</sup> Schoolgezondheidsbeleid bestaat uit een samenhangend pakket van maatregelen op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering van de totale schoolpopulatie. Activiteiten die hieronder vallen zijn: gezondheidseducatie, zorg voor leerlingen met problemen en bevordering van een gezond en veilig leef- en werkklimaat.

Tabel 3 Onderbouwing van indicatoren voor onderwijs

Indicator	Relatie met SEGV	Relevantie		Validiteit	
		Bron en bruikbaarheid onderzoeksgegevens	Veranderingspotentie	Bewijs (p<0.05)	Bewijskracht
<i>Vroegtijdig schoolverlaten</i>	Indirect (Vroegtijdig schoolverlaten leidt tot een lager opleidingsniveau. Lager opgeleiden hebben een minder goede gezondheid).	Onderwijsraad (2005) Bruikbaarheid beperkt (VSV Atlas).	Objectief: nee, want er zijn geen herhaalde metingen verricht. In principe: ja. Beleid / interventie op deze indicator is mogelijk.	Nee	-
<i>Schoolverzuim</i>	Indirect (Schoolverzuim leidt tot een lager opleidingsniveau. Lager opgeleiden hebben een minder goede gezondheid).	Geen publicaties gevonden.	Objectief: nee, want er zijn geen herhaalde metingen verricht. In principe: ja. Beleid / interventie op deze indicator is mogelijk.	Nee	-
<i>VVE</i>	Indirect (Kinderen die hebben deelgenomen aan VVE behalen een hoger opleidingsniveau. Hoger opgeleiden hebben een betere gezondheid. In NL onderzoek geen relatie tussen VVE en betere schoolprestaties (IVA, 2008, SCO Kohnstamm, 2008).	1) Reynolds et al. (2007) en 2) Muennig et al. (2009) Niet bruikbaar, want buitenlands onderzoek.	Objectief: nee want er zijn geen herhaalde metingen verricht. In principe: ja. Beleid / interventie op deze indicator is mogelijk.	1) Ja 2) Ja (Buitenlands onderzoek, valide voor NL?).	1) Longitudinaal onderzoek 2) Randomized controlled trial (Buitenlands onderzoek, valide voor NL?).

Een mogelijke alternatieve indicator is *schoolgezondheidsbeleid*. Het vaststellen van de relevantie en validiteit is vanuit de gevonden literatuur niet mogelijk. Nader onderzoek is daarvoor nodig.

## Hoofdstuk 5 Leefomgeving

### 5.1 Inleiding

Het werkterrein van de Inspectie van VROM/WWI is samen te vatten met de term *leefomgeving*. Allerlei aspecten van de leefomgeving zijn van invloed op de gezondheid. Het wonen in ongunstige omstandigheden is een van de materiële omstandigheden die een belangrijk effect hebben op de gezondheid (Schrijvers et al., 2001).

Binnen het domein Leefomgeving zijn achttien mogelijke indicatoren benoemd die sociaal economische gezondheidsverschillen kunnen verklaren. Deze indicatoren zijn ondergebracht in vier hoofdindicatoren:

1. Binnenmilieu:
  - Woningen met vochtproblemen;
  - Woningen met geiser of ander open verbrandingstoestel;
  - Beoordeling ventilatiesysteem;
  - Geluidhinder door burens en installaties;
2. Buitenluchtkwaliteit:
  - Fijnstof;
  - Zwarte rook;
  - Concentratie NO<sub>2</sub>;
3. Geluid:
  - Cumulatieve geluidsbelasting:
  - Wegverkeer;
  - Vliegverkeer;
  - Railverkeer;
  - Industrie;
4. Leefbaarheid:
  - Grootte woning, woningtype, bouwjaar, prijsklasse;
  - Sociale cohesie: percentage allochtonen, tevredenheid omgeving, mobiliteit;
  - Omgevingsruimte: bewoningsdichtheid, woningdichtheid, bebouwingsgraad;
  - Bereikbaarheid: openbaar vervoer, fiets- en looproutes;
  - Groen in de buurt;
  - Speelgelegenheid kinderen.

De literatuursearch leverde 25 titels op over bovenstaande indicatoren, waarin wellicht verklaringen voor sociaaleconomische gezondheidsverschillen te vinden zijn. Met uitzondering van de derde indicator (*Geluid*) hebben we in recente literatuur voor alle hoofdindicatoren op onderdelen onderbouwing aangetroffen. We hanteren de vier hoofdindicatoren als ordening waarbinnen we de relevantie en validiteit van de meer specifieke indicatoren bespreken. Deze specifieke indicatoren geven we hieronder per paragraaf cursief weer. De slotparagraaf (5.6) bevat een overzichtstabel van de scores van de besproken indicatoren op de criteria.

### 5.2 Binnenmilieu

#### *Luchtkwaliteit in kleine woningen (beoordeling ventilatiesysteem)*

Duijm (2009) laat zien dat in kleine woningen de luchtkwaliteit ongunstiger is. Hij beweert daarmee dat arme buurten niet alleen de vindplaats, maar ook een oorzaak van sociaaleco-

nomische gezondheidsverschillen zijn. Hij baseert zich op onderzoek dat het ministerie van VROM (2008) heeft uitgevoerd.

Deze indicator scoort positief op relevantie, de validiteit kan vanuit deze publicatie echter niet worden vastgesteld.

### 5.3 Buitenluchtkwaliteit

#### *Concentratie NO2*

Milieufactoren (vooral luchtverontreiniging door fijnstof gevolgd door geluidsoverlast) zijn verantwoordelijk voor twee tot vijf procent<sup>7</sup> van de ziektelast in Nederland (RIVM, 2009). Voor de concentratie NO2 is in recente literatuur samenhang gevonden met sociaaleconomische status. Kruize et al. (2006) laten zien dat lage inkomensgebieden vaker te maken hebben met (hoge) NO2-concentraties dan hoge inkomensgebieden. Deze bevindingen zijn gebaseerd op het Geografic Information System (GIS), dit blijkt ook uit onderzoek van Kruize et al. (2004).

Deze indicator scoort positief op relevantie, de validiteit kan met deze publicatie echter niet worden vastgesteld.

### 5.4 Leefbaarheid

De literatuur voor de indicator *leefbaarheid* heeft resultaten opgeleverd voor vijf subindicatoren. We onderscheiden: *omgevingsruimte*, *groen in de buurt*, *sociaaleconomische omgevingskenmerken*, *sociaal kapitaal* en *sociale cohesie*.

#### *Omgevingsruimte*

Uit onderzoek van De Vries et al. (2005) blijkt dat in zogeheten prioriteitswijken meer te dikke basisschoolkinderen wonen dan gemiddeld in Nederland. Dit lijkt veroorzaakt door onvoldoende lichamelijke activiteit. In wijken met meer sportvelden, laagbouw, woonerven, woongebieden met autoluwe zones, groen en water in de wijk en met gegroepeerde parkeerplaatsen zijn kinderen lichamelijk actiever. Een indirecte relatie met sociaaleconomische status is aanwezig via prioriteitswijken. Dit blijkt uit cross-sectioneel onderzoek waarbij de gegevens zijn verzameld door TNO.

#### *Groen in de buurt*

In haar proefschrift laat Maas (2009) onder meer zien dat mensen met meer groen in hun woonomgeving zich gezonder voelen dan mensen met minder groen in hun woonomgeving. Dit geldt in het bijzonder voor mensen met een lage SES. Ze baseert zich op het Dutch National Survey of General Practice (DNSGP-2, 2001) en de National Land Cover Classification Database (LGN4, 2000).

#### *Sociaaleconomische omgevingskenmerken*

Den Hollander et al. (2006) wijzen op onderzoek van Van der Lucht en Verkleij (2001) waaruit blijkt dat de buurt zowel vindplaats als oorzaak van gezondheidsachterstanden is. Bij de vindplaats gaat het om de samenstelling van de buurt (*compositional verklaring*). In achterstandsbuurtten wonen vaker mensen met een lage SES en zij hebben een relatief slechtere

---

<sup>7</sup> Dat er een verband is tussen luchtverontreiniging en gezondheid wordt niet betwist, wel de precieze aard en omvang van de invloed (zie De Hollander et al., 2006, p.88).

gezondheid en gedragen zich ongezonder dan mensen met een hogere SES. Bij de buurt als oorzaak gaat het om een zogenaamde *contextuele verklaring*. Mensen die wonen in lage SES-buurtten worden vaker blootgesteld aan ongunstige fysieke en sociale omgevingsfactoren dan mensen die wonen in betere buurtten. Er is sprake van een complexe interactie tussen deze twee verklaringen.

Monden et al. (2006) laten zien dat opgroeien in een laag sociaaleconomische omgeving de kans doet toenemen dat je later in een kansarme buurt woont. Sociaaleconomische omgevingsfactoren hangen samen met roken en overgewicht. Deze resultaten zijn gebaseerd op data uit de cross-sectionele GLOBE-studie (1991).

Van Lenthe et al. (2006) hebben op basis van dezelfde GLOBE-studie aangetoond dat inwoners van de sociaaleconomisch meest achtergestelde buurtten (naar opleiding en werk) meer kans hebben om te roken (gecontroleerd voor individuele kenmerken). Onafhankelijk van sociaaleconomische buurtkenmerken leiden buurtstressoren (fysieke omgevingskwaliteit, politieaanwezigheid, bevolkingsdichtheid, geluidsoverlast door verkeer) ook tot een grotere kans om te roken.

### *Sociaal kapitaal*

Uit onderzoek van Van Hooijdonk et al. (2008) blijkt dat inwoners van buurtten met hoger sociaal kapitaal een lagere kans hebben te overlijden aan (vooral long-) kanker en zelfmoord. Dit blijkt uit de analyse van gegevens van het CBS (1995-2000) en het Woningbehoefte Onderzoek (WBO, 1998).

### *Sociale cohesie*

Op [www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl) (geraadpleegd augustus 2009) hebben Ruijsbroek en Verweij onderzoek over de indicator *sociale cohesie* op een rij gezet. Uit het WoOn (VROM, 2006) blijkt dat gemeenschappen met meer sociale cohesie gezonder zijn dan gemeenschappen met minder cohesie. In wijken met een gemiddeld lagere sociaaleconomische status is minder sociale cohesie. Ruijsbroek en Verweij verwijzen naar Engels onderzoek (Fone et al., 2007) waaruit blijkt dat sociale cohesie een buffer vormt tegen de negatieve effecten van de sociaaleconomische achterstand van de buurt op de psychische gezondheid.

Den Hollander et al. (2006) laten zien dat bewoners van wijken met de minste sociale cohesie (mate van contact met burens en buurtbewoners, gehechtheid van mensen aan de wijk en de mate waarin mensen elkaar in de wijk kennen) hun gezondheid als slechter ervaren dan bewoners in wijken met de meeste sociale cohesie. De Hollander et al. baseren zich ook op Woononderzoek Nederland (VROM, 2006). Door rekening te houden met SES neemt de invloed van sociale cohesie af. Maar, zo stellen de onderzoekers vast, dat neemt niet weg dat mensen uit de 25% wijken met minder sociale cohesie nog steeds 27% meer kans hebben om ongezond te zijn dan mensen uit de wijken met de meeste sociale cohesie.

Overigens wijzen Ruijsbroek en Verweij ([www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl)) erop dat in gezondheidsonderzoek de begrippen sociale cohesie en sociaal kapitaal vaak door elkaar worden gebruikt en op dezelfde manier worden gemeten.

Voor de bovenstaande vijf subindicatoren binnen de hoofdindicator *leefbaarheid* hebben we in verschillende bronnen onderbouwing gevonden voor zowel de relevantie als de validiteit. De veranderingspotentie is in principe aanwezig omdat het aannemelijk is dat de indicatoren te beïnvloeden zijn door beleid. Objectief kan de veranderingspotentie niet worden vastgesteld omdat de gevonden publicaties zijn gebaseerd op cross-sectioneel (eenmalig) onderzoek.

## 5.5 Opvallende bevindingen en alternatieve indicatoren

In aanvulling op de hierboven beschreven indicatoren hebben we publicaties gevonden over indicatoren die nauw verwant zijn aan de subindicatoren van de hoofdindicator *leefbaarheid*. We lichten deze inzichten hieronder afzonderlijk toe. We benoemen ze als alternatieve indicatoren, hoewel we ze wellicht kunnen interpreteren als onderbouwing voor bovenstaande indicatoren. De reden voor een aparte toelichting is dat ze voorafgaand aan dit onderzoek door de inspecties niet in deze bewoordingen als indicator zijn vastgesteld.

### *Het wonen in een krachtwijk*

Uit onderzoek van het RIVM (Verweij, 2008) blijkt dat inwoners van de veertig zogeheten krachtwijken een minder goede gezondheid hebben dan inwoners in de rest van Nederland. Rekening houdend met opleidingsniveau valt een deel van het verschil weg. De relatie is dus deels indirect, maar ook voor een deel direct. Het vermoeden bestaat dat er een invloed is van sociale en fysieke omgevingskenmerken. Dit is echter niet nader onderzocht. Deze bevindingen zijn gebaseerd op cross-sectioneel onderzoek: Woononderzoek Nederland (VROM, 2006).

### *Stedelijke leefomgeving*

Uit een artikel van Van Hooijdonk et al. (2008) blijkt dat wonen in een stedelijke omgeving niet consistent samenhangt met hogere risico's op overlijden. Jongvolwassenen (10-40 jaar), ouderen (80+), alleenstaanden en inwoners met een niet-westerse achtergrond profiteren van het leven in een stedelijke omgeving. De stedelijke leefomgeving lijkt deze groepen betere kansen op een gezond leven te geven.

### *Ongunstige buurtfactoren, lichamelijke inactiviteit en lage SES*

In haar proefschrift stelt Kamphuis (2008) dat ongezond gedrag, zoals lichamelijke inactiviteit, wordt beschouwd als een van de mogelijke verklaringen voor sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Zij laat zien dat er samenhang is tussen lage SES en lichamelijke inactiviteit. Daarnaast bestaat er samenhang tussen ongunstige buurtfactoren (1- onveiligere voeten, 2- onaantrekkelijke buurt, 3- minder sociale binding) en lichamelijke inactiviteit. Ook persoonlijke factoren (1- houding tegenover bewegen, 2- mate van sociale steun en 3- zelfvertrouwen om te bewegen) hangen samen met lichamelijke inactiviteit.

### *Psychosociale stressoren op buurtniveau en verschillen tussen mensen met diverse etnische achtergronden*

Uit een studie van Agyemang et al. (2007) komt naar voren dat psychosociale stressoren op buurtniveau (burenoverlast, drugsmisbruik, hangjongeren, vuil op straat, werkloosheid / uitkeringen) samenhangen met een redelijke tot slechte zelf gerapporteerde gezondheid. Na controle voor SES blijven buurtverschillen bestaan.

Ander onderzoek van dezelfde onderzoekers (Agyemang et al., 2007) toont aan dat onder Marokkanen de woningdichtheid en overlast van drugs- en alcoholmisbruik samenhangen met hogere bloeddruk. Voor deze groep geldt ook: de hoge kwaliteit van groene ruimte en (meer) sociale participatie hangt samen met lagere bloeddruk. Voor Turken geldt dat een hoger niveau van criminaliteit en geluidsoverlast door verkeer samenhangen met een hogere bloeddruk. Voor Nederlanders zijn deze verbanden niet significant. De gegevens waarop deze bevindingen zijn gebaseerd zijn afkomstig uit het Amsterdam Health Survey 2004 (GGD/RIVM). De onderzoekers merken op dat Turken en Marokkanen gevoeliger lijken voor de buurt waarin zij wonen dan Nederlanders.



### *Sociale steun*

Op [www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl) (geraadpleegd augustus 2009) heeft Savelkoul (2008a) een inventarisatie uitgevoerd van onderzoek naar de indicator *sociale steun*. Onderzoek onderscheidt drie vormen van sociale steun: emotionele ondersteuning, instrumentele ondersteuning en informatieve ondersteuning. Sociale steun beschermt tegen hart- en vaatziekten en beïnvloedt de psychische gezondheid. Ouderen met een hogere opleiding en hoger inkomen zijn meer tevreden over de sociale steun die ze ontvangen. Mensen met een hogere SES krijgen meer informatieve ondersteuning, maar ervaren ook groter tekort. Mensen met lagere inkomens ervaren grotere tekorten aan emotionele en instrumentele ondersteuning. Lager opgeleiden ervaren minder gebrek aan emotionele ondersteuning. Op ervaren instrumentele ondersteuning heeft opleiding geen invloed. Deze uitspraken baseert Savelkoul op Kuper et al. (2002), Everson-Rose & Lewis (2005) en Luttik et al. (2005). Daarnaast verwijst Savelkoul naar de Tweede Nationale Studie: patiëntenenquête (2000-2002, bewerkt door NIVEL/RIVM 2004).

### *Regionale verschillen*

In de Volksgezondheid Toekomstverkenning 2006 wijzen Den Hollander et al. op het gegeven dat de gezondheidsverschillen tussen sociaaleconomische groepen, allochtonen en buurten resulteren in regionale verschillen (GGD-regio's). Deze regionale verschillen wijzen op potentiële ruimte voor verbeteringen. De regionale verschillen in gezondheid en determinanten hangen voor een deel samen met de verschillen in SES. Binnen de regio's zijn ook grote sociaaleconomische verschillen. Op het niveau van buurten zijn de verschillen nog groter dan tussen de regio's.

### *Omgaan met stress (coping)*

Een laatste alinea in deze paragraaf wijden we aan de factor *coping*. Deze factor is zeker ook relevant voor andere domeinen. We beschrijven hem hier omdat de literatuur over dit onderwerp gevonden is via de invalshoek van de leefomgeving.

Op [www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl) (geraadpleegd augustus 2009) heeft Savelkoul (2008b) onderzoeken over de indicator *omgaan met stress (coping)* op een rij gezet. In de literatuur is het onderscheid tussen taakgerichte (of probleemgerichte) coping en emotiegerichte (actief of passief) coping gangbaar. Het actief omgaan met stress gaat samen met goede psychische gezondheid. Het heeft ook een positieve invloed op een aantal chronische ziekten. Onderzoek toont geen verschillen aan naar SES in emotiegericht omgaan met stress. Onder mensen met hogere SES komt vaker gericht aanpakken van problemen (taakgericht coping) en vermijding voor. Savelkoul baseert zich op Cosway et al. (2000), Penley et al. (2002), Endler & Parker (1990,1994) en Christensen & Kessing (2005). Daarnaast verwijst Savelkoul naar de Tweede Nationale Studie: patiëntenenquête (2000-2002, bewerkt door NIVEL/RIVM 2004).

## 5.6 Samenvattend

In onderstaande tabel geven we een overzicht van de bevindingen voor het domein Leefomgeving. Van de vooraf door de inspecties genoemde mogelijke (sub)indicatoren hebben we onderbouwing gevonden voor vijf subindicatoren binnen de hoofdindicator *leefbaarheid*. Vijf van deze indicatoren scoren positief op relevantie en validiteit: *omgevingsruimte, groen in de buurt, sociaaleconomische omgevingskenmerken, sociaal kapitaal en sociale cohesie*. Daarnaast hebben we (gedeeltelijke) onderbouwing gevonden voor de subindicatoren *luchtkwaliteit in kleine woningen* (onderdeel van hoofdindicator *binnenmilieu*), *concentratie NO2* (onderdeel van de hoofdindicator *buitenmilieu*) en *omgaan met Stress (coping)*. Voor deze indicatoren is de relevantie aangetoond, maar de validiteit is niet te beoordelen vanuit de ge-

vonden literatuur. Van de acht indicatoren waarvoor we onderbouwing hebben gevonden is veranderingspotentie in principe aanwezig, omdat het aannemelijk is dat ze te veranderen zijn door beleid. De objectieve veranderingspotentie is niet vast te stellen, omdat in de gevonden literatuur herhaalde metingen ontbreken.

De operationalisering van sociale cohesie, sociaal kapitaal en sociaaleconomische omgevingskenmerken komt in diverse onderzoeken niet altijd overeen en de begrippen worden in gezondheidsonderzoek door elkaar gebruikt. Om deze reden is het ook niet mogelijk een rangorde aan te brengen in de indicatoren. Nadere bestudering van hoe de metingen precies zijn uitgevoerd, zou kunnen bijdragen aan het verhelderen van de samenhang van de diverse aspecten en hun onderlinge invloed.

Tabel 4 Onderbouwing van indicatoren voor leefomgeving

Indicator	Relatie met SEGV	Relevantie		Validiteit	
		Bron en bruikbaarheid onderzoeksgegevens	Veranderingspotentie	Bewijs (p<0.05)	Bewijskracht
<i>Luchtkwaliteit in kleine woningen</i> (beoordeling ventilatiesysteem)	Mensen met een lagere SES wonen vaker in kleine woningen. Van deze woningen is de luchtkwaliteit ongunstiger dan van grotere woningen. Een ongunstigere luchtkwaliteit hangt samen met een slechtere gezondheid.	Duijm (2009); gegevensverzameling VROM, 2008.	Objectief: nee, want er zijn geen herhaalde metingen verricht. In principe: ja. Beleid op deze indicator is mogelijk.	Niet vermeld in publicatie	-
<i>Concentratie NO2</i>	Lage inkomensgebieden hebben vaker te maken met (hoge) NO2-concentraties dan hoge inkomensgebieden.	Kruize et al. (2006) Geografic Information System (GIS).	Objectief: nee want er zijn geen herhaalde metingen verricht. In principe: ja. Beleid op deze indicator is mogelijk.	Onduidelijk op basis van deze publicatie	-
<i>Omgevingsruimte</i>	1) In wijken met meer omgevingsruimte zijn kinderen lichamelijk actiever. 2) Er is samenhang tussen lagere SES en lichamelijke inactiviteit.	1) De Vries et al. (2005) 2) Kamphuis (2008) GIS (2004) TNO (2005)	Objectief: nee want er zijn geen herhaalde metingen verricht. In principe: ja. Beleid op deze indicator is mogelijk.	Ja	Cross-sectioneel onderzoek
<i>Groen in de buurt</i>	Mensen met meer groen in hun woonomgeving voelen zich gezonder. Dit geldt bijzonder voor mensen met een lage SES.	Maas (2009) Bruikbaar: 1) DNGP-2, 2001 2) LGN4, 2000 Indien herhaalde metingen uitgevoerd worden.	Objectief: nee want er zijn geen herhaalde metingen verricht. In principe: ja. Beleid op	Ja	Cross-sectioneel onderzoek

Indicator	Relatie met SEGV	Relevantie		Validiteit	
		Bron en bruikbaarheid onderzoeksgegevens	Veranderingspotentie	Bewijs (p<0.05)	Bewijskracht
			deze indicator is mogelijk.		
<i>Sociaaleconomische omgevingskenmerken</i>	De (sociaaleconomisch achtergestelde) buurt is zowel vindplaats als verklaring van gezondheidsverschillen.	Verschillende publicaties gebaseerd op GLOBE study 1991; Den Hollander et al. (2006)	Nee / beperkt	Ja	Cross-sectioneel onderzoek
<i>Sociaal kapitaal</i>	Inwoners van buurten met hoger sociaal kapitaal hebben een lagere kans om te overlijden aan kanker en zelfmoord.	Van Hooijdonk et al. (2008) Bruikbaar: CBS (1995-2000) en WBO (1998)	Objectief: nee want er zijn geen herhaalde metingen verricht. In principe: ja. Beleid/ interventie op deze indicator is mogelijk.	Ja	Cross-sectioneel onderzoek
<i>Sociale cohesie</i>	In wijken met een lagere sociaaleconomische status is minder sociale cohesie. Mensen ervaren er hun gezondheid als slechter.	Den Hollander et al. (2006) Bruikbaar: WOO N (VROM, 2006)	Objectief: nee want er zijn geen herhaalde metingen verricht. In principe: ja. Beleid / interventie op deze indicator is mogelijk.	Ja	Cross-sectioneel onderzoek
<i>Omgaan met stress (coping)</i>	Onder mensen met hogere SES komt vaker gericht aanpakken van problemen (taakgericht coping), maar ook vermijding voor.	Savelkoul (2009) baseert uitspraken op diverse bronnen (literatuuronderzoek).	Objectief: nee want er zijn geen herhaalde metingen verricht. In principe: ja. Beleid / interventie op deze indicator is mogelijk.	Niet in deze publicatie vermeld. Wel in literatuur waarop uitspraken zijn gebaseerd.	-

### *Mogelijke alternatieve indicatoren*

Naast de onderbouwing van de indicatoren zoals hierboven genoemd, hebben we ook relevante literatuur over mogelijke alternatieve indicatoren gevonden. Bestudering van deze literatuur leidde tot de conclusie dat een deel van deze aanvullende literatuur gezien kan worden als nadere onderbouwing van de door de inspecties benoemde indicatoren, maar dan in andere bewoordingen. Het betreft dan vooral de hoofdindicator *leefbaarheid*. (Sub)indicatoren waarvoor we aanwijzingen voor relevantie en validiteit hebben gevonden zijn: *het wonen in een krachtwijk*, *stedelijke leefomgeving*, *ongunstige buurtfactoren* en *lichamelijke inactiviteit*, *psychosociale stressoren op buurtniveau*, *sociale steun* en *omgaan met stress (coping)*. Omdat de hoofdindicator *leefbaarheid* het samenspel betreft van een groot aantal subindicatoren die op een complexe manier met elkaar samenhangen en elkaar deels overlappen, is

een nadere doordenking van de indicator *leefbaarheid* wenselijk. Een onderscheid tussen compositionele verklaringen (de buurt als vindplaats, samenstelling van de buurt) en contextuele verklaringen (de buurt als oorzaak, aanwezigheid van ongunstige fysieke en sociale omgevingsfactoren) is wellicht een bruikbare indeling om nadere ordening aan te brengen.

## Hoofdstuk 6 Jeugd

### 6.1 Inleiding

Het domein Jeugd betreft vooral het werkveld van de Inspectie Jeugdzorg. Verschillen in omstandigheden in de jeugd hebben voor een klein deel te maken met de slechtere gezondheid van mensen in lagere sociaaleconomische groepen (Schrijvers et al., 2001). De belangrijkste zijn de opleiding van de moeder, het beroep van de vader en de financiële situatie van het gezin (Van de Mheen et al., 1997 in Schrijvers et al., 2001). Jeugdomstandigheden beïnvloeden de gezondheid op volwassen leeftijd deels via aan gezondheid gerelateerd gedrag (alcoholconsumptie, lichaamsbeweging en overgewicht) en deels via psychosociale factoren (persoonlijkheidskenmerken en copingstijlen) (Van de Mheen et al., 1998; Bosma et al., 1999 in Schrijvers et al., 2001).

Voor het domein Jeugd(zorg) zijn in de groslijst van de inspecties de volgende zes mogelijke indicatoren benoemd die een directe of indirecte invloed kunnen hebben op SEGV:

1. Aantal jeugdigen per hectare speelruimte (zie hoofdstuk 5 Leefomgeving);
2. Aantal kinderen en jeugdigen met (ernstig) overgewicht;
3. Deelname aan buitenschoolse activiteiten (sport, cultuur, algemene ontwikkeling) door kinderen uit arme gezinnen;
4. Aantal mishandelde jeugdigen (in behandeling genomen meldingen);
5. Aantal functionerende zorgadviesteams (ZAT) in gebied X (lage SES);
6. Gemiste noodzakelijke hulp jeugdigen met indicatie jeugdzorg die 'afhaken'.

De groslijst en literatuursearch leverden negentien publicaties op. Vijf publicaties hebben betrekking op de indicator (*ernstig*) *overgewicht* waarvan één domeinoverstijgend en drie niet of minder relevant bleken. Zeven publicaties hebben betrekking op de indicator *zorgadviesteams*. Over de indicator *gemiste noodzakelijke hulp jeugdigen met indicatie jeugdzorg* zijn geen publicaties gevonden.

Een aantal van de gevonden publicaties bevat geen gegevens over de relatie van de indicator met sociaaleconomische status of gezondheid.

- Van den Hurk en collega's (2006) verrichtten onderzoek naar de prevalentie van *overgewicht en obesitas* onder jeugdigen van 4-15 jaar. In dit onderzoek is wel de relatie met sekse maar niet met SES onderzocht. Wellicht biedt de gebruikte bron de mogelijkheid die relatie wel te onderzoeken (zie verder par. 6.2).
- Het SCP (Jehoel-Gijsbers, 2009) heeft de *deelname aan buitenschoolse activiteiten* door kinderen uit arme gezinnen onderzocht. Het rapport bevat geen gegevens over de relatie met gezondheid. Gezien de aannemelijkheid van de relatie met gezondheid bespreken we deze indicator apart (zie par. 6.3).
- In de publicaties over de *zorgadviesteams* (ZAT) is de relatie met SES niet onderzocht. Overigens is het de vraag of de aanwezigheid van een ZAT een goede indicator is voor veranderingspotentie. Inmiddels blijkt 95% van het voortgezet onderwijs (vo), 82% van het middelbaar beroepsonderwijs (mbo) en 69% van het basisonderwijs (bo) een ZAT te hebben. De aanwezigheid van een ZAT in een gebied met lage SES is dus wellicht voor de komende jaren alleen voor het basisonderwijs een relevante indicator (zie ook de paragraaf over alternatieve indicatoren).
- Het Databoek Kinderen in Tel (Steketee et al., 2006, 2007, 2008, 2009) bevat kerngetallen over het welzijn van kinderen en jongeren op basis van twaalf indicatoren, waaronder *het aantal jeugdigen per hectare speelruimte* en *aantal gemelde mishandelde jeugdigen*.

De presentatie van de gegevens vindt plaats op het niveau van de provincie en de gemeente en sinds 2008 ook op het niveau van de wijk. Uit de rangorde van de 4024 wijken is duidelijk dat er grote verschillen zijn in de leefomstandigheden waarin kinderen opgroeien. De uitkomsten op wijkniveau maken het mogelijk om in secundaire analyses een vergelijking te maken tussen de achterstandswijken en de overige wijken (zie verder par. 6.5).

De publicaties waarin wel gegevens beschikbaar zijn over de relatie met SES/ gezondheid, bespreken we per indicator. Voor de indicator *speelruimte* verwijzen we naar hoofdstuk 5 Leefomgeving. De slotparagraaf (6.6) bevat een overzichtstabel van de scores van de besproken indicatoren op de criteria.

## 6.2 Aantal kinderen en jeugdigen met ernstig overgewicht

Overgewicht blijkt gerelateerd aan opleidingsniveau of schoolniveau. Overgewicht en obesitas komen vaker voor in bevolkingsgroepen met een laag opleidingsniveau. Dit hangt vooral samen met omgevingsfactoren die gezond gedrag in de weg staan, zoals relatief weinig mogelijkheden voor een gezonde voedselkeuze en voldoende lichamelijke activiteit (Gezondheidsraad, 2003). Groepen met een lage SES hebben op lokaal niveau te maken met meer belemmerende invloeden dan groepen met een hogere SES, zowel vanuit de fysieke omgeving (veiligheid in de buurt, aanwezigheid van relatief veel snackbars en afhaalrestaurants) als vanuit de economische omgeving (bijvoorbeeld gezinsinkomen) en de sociaal-culturele omgeving (zoals attitude tegenover voeding en bewegen) (Gezondheidsraad, 2003).

Wat jongeren betreft constateren Schrijvers & Schoemaker (2008) in het rapport over leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd dat overgewicht meer voorkomt onder leerlingen van het vmbo. Jongeren met een lager schoolniveau eten ongezonder en bewegen (sporten) minder. Zij verwijzen hiervoor naar het onderzoek van Van Dorsselaer en collega's (2007) naar gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland in het kader van het vierjaarlijkse internationale onderzoek Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) van de WHO. Uit dit onderzoek (HBSC, 2005) komt naar voren dat leerlingen in de laagste opleidingsniveaus op vrijwel alle onderzochte domeinen een veel riskanter leefpatroon hebben dan in de hogere opleidingsniveaus. Dit heeft consequenties voor de gezondheid op latere leeftijd. Dit lijkt weerspiegeld te worden in een veel lager niveau van welbevinden en een veel hoger niveau van problemen. Voor een deel worden deze verschillen verklaard door de sociaal economische achtergrond van leerlingen in het vmbo (Van Dorsselaer et al., 2007, p.94-95).

De registratie van GGD's biedt de mogelijkheid om ook gegevens te verkrijgen over de relatie tussen SES en andere leeftijdsgroepen (NB: in de Jeugdmonitor is er geen uitsplitsing naar SES).

Vanwege de longitudinale metingen is de bruikbaarheid en de bewijskracht van deze indicator groot en is de veranderingspotentie objectief vast te stellen.

## 6.3 Deelname aan buitenschoolse activiteiten door kinderen uit arme gezinnen

Uit de nulmeting van het SCP (Jehoel-Gijsbers, 2009) blijkt dat er een groot verschil in maatschappelijke deelname is tussen arme en niet-arme kinderen. Maar ook binnen de groep arme kinderen is er een groot verschil tussen bijstandskinderen en overig arme kinderen. Het is de vraag of het verschil binnen de arme groep volledig kan worden verklaard uit het lagere inkomen van de bijstandsgroep of uit het feit dat in de 'overig arme' groep voor een deel ook

niet-arme gezinnen zitten (p.79). Het SCP hanteert drie definities van deelname aan buitenschoolse activiteiten. De *smalle* definitie omvat de gangbare vrijetijdsactiviteiten van sport en cultuur, vaak via een lidmaatschap en met kosten. De *ruimere* definitie omvat ook de vrijetijdsactiviteiten vanuit het wijk- of buurthuis, door de gemeente, de BSO of de school, met een minimale deelname van één keer per week. De *meest omvattende* definitie betreft ook de jeugdactiviteiten door kerk of moskee met minimaal een wekelijkse deelname. Volgens de smalle definitie van maatschappelijke deelname participeert 49% van de bijstandskinderen en 32% van de 'overig arme' kinderen niet; volgens de tweede definitie is dat 44% en 30%; en volgens de derde (meest uitgebreide) definitie gaat het om 39% en 27%. Voor de niet-arme kinderen liggen deze percentages veel lager: respectievelijk op 18%, 17% en 15% (p.77).

#### 6.4 Aantal mishandelde jeugdigen (aantal in behandeling genomen meldingen)

Baartman en Hoefnagels (2008) concluderen op basis van literatuurreviews dat kindermishandeling meer voorkomt in wijken met sociaaleconomische achterstand (armoede, werkloosheid) dan in wijken met 'meer economische bagage'. Er zijn aanwijzingen dat verklaringen voor deze verschillen niet in de sociaaleconomische zwakte van een wijk of individu op zich liggen, maar in de vaak daarmee gepaard gaande geringe sociale cohesie of het weinig benutten van de publieke ruimte in de wijk (Coulton et al., 2007 in Baartman & Hoefnagels, 2008, p.46).

Een van de indicatoren van Kinderen in Tel (Steketee et al., 2009) is het aantal kinderen dat gemeld is bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK). In 2007 zijn meer dan 25.000 kinderen aangemeld bij de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling. Dat is een duidelijke toename ten opzichte van 2004, 2005 en 2006: het betreft een verdriedubbeling van het percentage meldingen. Volgens de auteurs is het op zich een goede zaak dat duidelijk wordt dat er kinderen mishandeld worden, maar hebben we nog steeds te maken met een beduidende 'ondermelding'. Om de relatie te kunnen leggen met SES is een vergelijking nodig van de data voor de achterstandswijken met die van de overige wijken.

#### 6.5 Opvallende bevindingen en alternatieve indicatoren

##### *Alternatieve/aanvullende indicatoren voor overgewicht*

Naar aanleiding van de genoemde risicofactoren in de slotbeschouwing van het rapport over leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd (Schrijvers & Schoemaker, 2008, p.123-124) komen de volgende mogelijke indicatoren voor overgewicht naar voren:

- Aanwezigheid gezonde kantine op school of extra gymlessen;
- Deelname sportactiviteiten/-club (zie 6.3);
- Sport-/bewegingsvoorzieningen in de wijk (zie ook hoofdstuk 5);
- (Overgewicht ouders).

##### *Alternatieve indicatoren voor aanwezigheid ZAT*

Zoals gesteld is de aanwezigheid van een ZAT op zichzelf waarschijnlijk geen goede indicator. Mogelijke alternatieve indicatoren zijn:

- *Samenstelling en functioneren ZAT* (Rutz & Wienke, 2008);
- *Aanwezigheid interne zorgcoördinator op scholen* (Van Veen & Van der Steenhoven, 2007);
- *Gebruik van specifieke voorzieningen voor leerlingen met problemen* (Van Veen & Van der Steenhoven, 2007);

- *Opbrengsten ZAT: afname schooluitval, verwijzing naar geïndiceerde zorg op jongere leeftijd of afname ervan* (Jeugd en Gezin, 2009). In de brief wordt een vervolgonderzoek aangekondigd waarvan de eerste bevindingen in 2010 beschikbaar zijn.

#### *Overige alternatieve indicatoren*

Uit het onderzoek van Van Dorsselaer en collega's (2007) komen de volgende mogelijke indicatoren naar voren in relatie tot schoolniveau:

- *Risikant leefpatroon;*
- *Aantal leerlingen met problemen* (sociaal-emotionele problemen, gedragsproblemen).

Vmbo-leerlingen ontbijten aanzienlijk minder vaak, drinken meer frisdrank (al snoepen zij iets minder), snacken veel meer, bewegen minder, zijn minder vaak lid van een sportvereniging en kijken meer tv. Ook ervaren zij hun gezondheid als minder goed, ze gebruiken vaker medicijnen, rapporteren meer psychosomatische klachten als hoofdpijn en buikpijn en vertonen niet alleen meer emotionele problemen, maar vooral veel vaker gedragsproblemen (ruim zes keer zo vaak als vwo-leerlingen) of problemen met leeftijdgenoten (ruim vier keer zo vaak als vwo-leerlingen). Vmbo-leerlingen vertonen veel riskantere patronen van middelengebruik. Het dagelijkse roken is bij hen veel hoger (ruim acht keer zo hoog als onder vwo-leerlingen), zij drinken vaker en vaker veel, en zij gebruiken vaker cannabis. De kans dat leerlingen in het vmbo gepest worden of zelf pesten is ruim twee keer zo hoog als in het vwo.

#### *Mogelijke alternatieve indicatoren uit Kinderen in Tel* (Steketee et al., 2009):

Kinderen in Tel bundelt gegevens op gemeentelijk en provinciaal niveau over het welzijn van kinderen en jongeren in Nederland. De vergelijkende informatie wordt jaarlijks verzameld en is in februari 2006 voor het eerst uitgekomen. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de elf thema's en bijbehorende indicatoren.

Tabel 5 Thema's en indicatoren Kinderen in Tel

Thema	Indicator	Bron
Gezondheid	Kindersterfte: aantal 1- t/m 14-jarigen dat sterft Zuigelingensterfte: promillage zuigelingen van 0 tot 1 jaar dat sterft	CBS*
Jeugdcriminaliteit	Percentage van 12- t/m 21-jarigen die een delict hebben gepleegd waardoor ze voor de rechter zijn verschenen	CBS OMDATA van het WODC*
Jeugdwerkloosheid	Percentage werkzoekende werkloze jongeren van 16 t/m 24 jaar	CBS, aangevuld met CWI, belastingdienst en UWV*
Jeugdzorg	Percentage 0- t/m 17-jarigen dat een indicatie tot hulp heeft ontvangen van het Bureau Jeugdzorg	CBS, Bureaus Jeugdzorg*
Kinderen in achterstandswijken	Percentage 0- t/m 17-jarigen dat in een achterstandswijk woont	SCP en CBS*
Kinderen in Armoede	Percentage 0- t/m 17-jarigen dat in een uitkeringsgezin leeft	CBS*
Kindermishandeling	Percentage gemelde mishandelde 0- t/m 17-jarigen	CBS, AMK*
Onderwijs	Aantal leerlingen dat jaarlijks relatief verzuimt als percentage van het totale aantal 5- t/m 17-jarige leerplichtige scholieren Percentage 4- t/m 12-jarigen in het primair onderwijs met een leerlinggewicht hoger dan 0	CBS, CFI*
Openbare speelruimte	Aantal 0- t/m 17-jarigen per hectare speelruimte	CBS*
Tienermoeders	Percentage tienermoeders (15 t/m 19 jaar)	CBS*

\* Bewerking Verwey-Jonker Instituut



De indicator *kindermishandeling* is al opgenomen als mogelijke indicator (zie 6.4). Voor het domein Jeugd in relatie tot SEGV zijn *kindersterfte*, *jeugdzorg* en *tienermoeders* relevant. De indicatoren *jeugdwerkloosheid* en *kinderen in armoede* zijn ook relevant voor het domein Maatschappelijke participatie (hoofdstuk 3). De indicator *schoolverzuim* is ook relevant voor het domein Onderwijs (hoofdstuk 4). De indicator *kinderen in achterstandswijken* is relevant voor het domein Leefomgeving (hoofdstuk 5). De gegevens uit Kinderen in Tel voor deze indicatoren kunnen benut worden indien gerelateerd aan sociaaleconomische verschillen.

## 6.6 Samenvattend

Vooraf voor de indicator *overgewicht* is onderbouwing gevonden. Overgewicht en een riskant leefpatroon komen meer voor onder leerlingen van de laagste opleidingsniveaus. De indicator scoort hoog op de criteria voor relevantie en validiteit. Voor de indicator *buitenschoolse activiteiten* is er bewijs voor een relatie met SES. Er is een groot verschil in maatschappelijke deelname tussen arme en niet-arme kinderen. Hoewel de relatie met gezondheid aannemelijk is, zou deze verder onderzocht moeten worden. Voor de indicator *mishandelde jeugdigen (aantal in behandeling genomen meldingen)* is de relatie met SEGV vastgesteld in buitenlands onderzoek. Voor de bruikbaarheid van deze indicator zijn primaire bronnen nodig waarin de relatie met SEGV kan worden gelegd.

Tabel 6 Onderbouwing indicatoren voor jeugd

Indicator	Relatie met SEGV	Relevantie		Validiteit	
		Bron en bruikbaarheid onderzoeksgegevens	Veranderingspotentie	Bewijs (p<0.05)	Bewijskracht
<i>Overgewicht</i>	1) Overgewicht komt meer voor onder leerlingen van het vmbo. 2) Riskanter leefpatroon van leerlingen in de laagste opleidingsniveaus.	1) RIVM (Schrijvers & Schoemaker, 2008) 2) HBSC 2005 (4-jaarlijks onderzoek WHO)	Ja	Ja	Longitudinaal onderzoek (4-jaarlijks)
<i>Deelname buitenschoolse activiteiten</i>	Groot verschil in maatschappelijke deelname tussen arme en niet-arme kinderen. Relatie met gezondheid niet onderzocht.	Nulmeting SCP (Jehoel-Gijsbers, 2009) mits relatie met gezondheid wordt onderzocht	Ja (mits herhaalde metingen)	Nee (voor relatie met gezondheid (niet onderzocht) ? Voor relatie met armoede	-
<i>Mishandelde jeugdigen (aantal in behandeling genomen meldingen)</i>	Kindermishandeling komt meer voor in wijken met sociaaleconomische achterstand (Baartman & Hoefnagels, 2008)	Nee (secundaire bronnen) Potentiële primaire bron: Kinderen in Tel (Steketee et al., 2009)	Objectief: nee In principe: ja (NB hoger i.p.v. lager i.v.m. betere melding)	Nee, verwijzing naar int. literatuur reviews (o.a. Coulton et al., 2007)	-?

### *Mogelijke alternatieve indicatoren*

*Overgewicht* is op zichzelf een goede indicator. Mogelijke aanvullende indicatoren die in de literatuur naar voren komen, zijn *aanwezigheid gezonde kantine op school* of *extra gymlessen, deelname sportactiviteiten/-club en sport-/bewegingsvoorzieningen in de wijk*.

De aanwezigheid van een ZAT is op zichzelf waarschijnlijk geen goede indicator, omdat die op de meerderheid van de scholen al aanwezig is. Mogelijke alternatieve indicatoren zijn: *samenstelling en functioneren ZAT, aanwezigheid interne zorgcoördinator op scholen, gebruik van specifieke voorzieningen voor leerlingen met problemen en opbrengsten ZAT*. Overige mogelijke alternatieve indicatoren voor het domein Jeugd zijn een *riskant leefpatroon* en *sociaal-emotionele en gedragsproblemen onder jongeren*. Kinderen in Tel bevat indicatoren die relevant zijn voor dit domein en andere domeinen, zoals *kindersterfte, indicatie voor jeugdzorg, tienermoeders, jeugdwerkloosheid, kinderen in armoede, schoolverzuim* en *kinderen in achterstandswijken*.

## Hoofdstuk 7      Arbeid

### 7.1 Inleiding

Het domein Arbeid betreft vooral het werkveld van de Arbeidsinspectie. Materiële omstandigheden op het terrein van arbeid die vooral van belang zijn bij SEVG, zijn de positie op de arbeidsmarkt en de fysieke arbeidsomstandigheden (Schrijvers et al., 2001). Een ongunstige arbeidsmarktpositie en ongunstige fysieke arbeidsomstandigheden hebben een negatief effect op de gezondheid.

Binnen het domein Arbeid zijn in de groslijst van de inspecties de volgende vier mogelijke indicatoren benoemd:

1. Het hebben van laaggekwalificeerd werk (laag opleidingsniveau en laag loon);
2. Het aantal mensen met flexibele contracten (flexmedewerkers, zzp'ers, dagloners);
3. Aandeel van geletterde werknemers;
4. Gebruik van gezonde voeding in de kantine.

De groslijst en literatuursearch leverde vijftien publicaties op waarvan één bij nadere beschouwing niet relevant was voor dit domein maar voor het domein Maatschappelijke participatie. De meeste publicaties hadden betrekking op de indicator *laaggekwalificeerd werk*. Een van de publicaties was relevant voor de indicator *flexibele contracten*. Over de indicator *geletterde werknemers* zijn geen publicaties gevonden evenmin als over de indicator *gezonde voeding in de kantine*.

Een aantal van de gevonden publicaties over de eerste twee mogelijke indicatoren legt geen relatie met gezondheid en/of sociaaleconomische status (meestal geoperationaliseerd als opleidingsniveau en soms als inkomensniveau) (Ybema & Evers, 2005; Ybema et al., 2006; Smulders, 2005; Bossche et al., 2009).

### 7.2 Laaggekwalificeerd werk (laag opleidingsniveau en laag loon)

Eysink en collega's (2007) hebben een literatuuronderzoek verricht naar ziektelast en ongunstige arbeidsomstandigheden. Een laag opleidingsniveau blijkt een risicofactor voor arbeidsongevallen (Vriend et al., 2005 in Eysink et al., 2007, p.35). De gegevens zijn verzameld in het kader van het project Arbeidsomstandigheden en ziektelast van het RIVM. Er is gebruik gemaakt van verschillende bronnen: Het Nationaal Kompas Volksgezondheid en de VTV-2006, beide van het RIVM.

Houtman en collega's (2006) hebben met behulp van de data van de Europese survey van de European Foundation de werkdruk onderzocht. De Europese survey is in tien jaar drie maal afgenomen (1991/1992, 1995/1996, 2000). Voor mensen met lage inkomens dragen arbeidsomstandigheden in de vorm van fysieke werkbelasting, monotoon werk en afwijkende werktijden bij aan een hoge werkdruk. Hoewel een hoge werkdruk van invloed is op de gezondheid, komt dit in deze publicatie niet aan de orde.

Huisman et al. (2008) onderzochten de invloed van werkkenmerken op de incidentie van een hartinfarct bij werknemers die hiervoor in het ziekenhuis waren opgenomen. Ze maakten hierbij gebruik van gegevens uit de longitudinale GLOBE-studie (een prospectieve cohortstudie in Zuidoost-Nederland). Uit hun onderzoek bleken werkomstandigheden geen onafhankelijke voorspellers van ziekenhuisopname voor een hartinfarct te zijn. SES, en in het bijzonder een lage opleiding, is een betere voorspeller hiervan dan arbeidspositie en werk-

kenmerken. Zij concluderen dat deze resultaten voor de praktijk vooralsnog geen aanleiding vormen voor beleid om sociaaleconomische gezondheidsverschillen terug te dringen via het verbeteren van de werkomstandigheden.

Ook Schreuder en collega's (2008) concluderen in een onderzoek met gegevens uit 'health checks performed by our regional occupational health department' dat gezondheid van werknemers voornamelijk afhankelijk is van SES (opleidingsniveau) en niet van werkomstandigheden. Zij vonden alleen een hogere prevalentie voor slaperigheid/sufheid en lage rugpijn bij 'blue collar'-werkers. Op basis van deze resultaten komen zij tot de conclusie dat gezondheidsbevorderende programma's veelbelovender zijn dan aanpassing van werkomstandigheden.

Monden (2005) daarentegen vond (voor mannen, niet voor vrouwen) wel een sterke invloed van ongunstige arbeidsomstandigheden als het hele arbeidsverleden in ogenschouw werd genomen. Voor mannelijke werknemers verklaarde levenslange blootstelling aan ongunstige werkomstandigheden een significant deel (een derde) van gezondheidsverschillen tussen hoger en lager opgeleide mannen. Dit is onderzocht met behulp van retrospectieve gegevens over de hele arbeidsmarktcarrière uit de Family Survey Dutch Population (FSDP) 2000.

Een aantal publicaties (Ybema & Evers, 2005; Ybema et al., 2006; Smulders, 2005; Bossche et al., 2009) legt geen relatie met SES en/of gezondheid. De bronnen die in die publicaties worden gebruikt (POLS, Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden) zouden hierover echter wel informatie kunnen opleveren, want bijvoorbeeld in de NEA is opleidingsniveau wel als variabele opgenomen.

In de bestudeerde literatuur zijn de relevantie en validiteit van de indicator *laaggekwalificeerd werk* vast te stellen en aangetoond. De subjectieve veranderingspotentie lijkt beperkt. Deze indicator is weliswaar te beïnvloeden, maar beperkt, omdat er altijd laaggekwalificeerd werk zal zijn. Met behulp van gegevens uit permanent onderzoek of herhaalde metingen is mogelijk vast te stellen wat de objectieve veranderingspotentie is, dat wil zeggen in hoeverre in de loop van de tijd veranderingen optreden in het aantal werknemers met laaggekwalificeerd werk.

### 7.3 Aantal mensen met flexibele contracten (flexwerkers incl. zzp'ers en dagloners)

Het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB) heeft een literatuuronderzoek verricht naar beroepsziekten aan de onderkant van de arbeidsmarkt. Uit (internationale) literatuur blijkt dat flexibilisering van de arbeid aan de onderkant van de arbeidsmarkt vaker gepaard gaat met gezondheidsproblemen. In een overzichtstudie (Quinlan et al., 2001 in NCvB, 2009) lieten 76 van de 93 gevonden studies een verband zien tussen 'precarious employment' en een toegenomen kans op werkgerelateerde gezondheidsproblemen. Dit verband was overigens minder duidelijk bij kleine bedrijven en deeltijdwerkers.

De relevantie en validiteit van deze indicator zijn vooralsnog beperkt. Het onderzoek van het NCvB heeft betrekking op internationale literatuur. Het is niet bekend of er in Nederland bronnen beschikbaar zijn om dergelijk onderzoek uit te voeren. Het NCvB stelt dat het een opkomend onderzoeksthema is. Overigens kleeft er aan het onderzoek hiernaar een aantal methodologische problemen: cohortstudies zijn nauwelijks mogelijk, passende controlegroepen zijn niet altijd te vinden en het betreft vaak vragenlijstonderzoek en zelfrapportage (Quinlan et al., 2009 in NCvB, 2009, p.10).

## 7.4 Opvallende bevindingen en alternatieve indicatoren

Een bevinding in twee onderzoeken (Huisman et al., 2008; Schreuder et al., 2008) is dat niet zozeer de arbeidsomstandigheden, maar de sociaaleconomische status van invloed is op gezondheidsverschillen tussen werknemers. De resultaten leiden tot de conclusie dat werkgevers deze verschillen beter kunnen aanpakken met gezondheidsbevorderende programma's dan door het aanpassen van werkomstandigheden. Overigens vond Monden (2008) dat levenslange blootstelling aan ongunstige arbeidsomstandigheden wel een aanzienlijke invloed heeft op de gezondheid van mannelijke werknemers. Dit wijst erop dat beleid op dat terrein ook nodig is.

Zoals geconstateerd lijkt de veranderingspotentie van de indicator *het hebben van laaggekwalificeerd werk* beperkt. Mogelijke alternatieve indicatoren die uit de bestudeerde literatuur naar voren komen zijn:

- *Aantal arbeidsongevallen/ arbeidsgerelateerde aandoeningen* (Eysink et al., 2007);
- *Mate van werkdruk bij laaggekwalificeerd werk* (fysieke werkbelasting, monotoon werk, afwijkende werktijden) (Houtman et al., 2006);
- *Aantal contacten met zorgverleners* (Ybema et al., 2006);
- *Mate van ziekteverzuim* (Ybema et al., 2006);
- *Aantal werknemers met een beperking/aandoening* (Ybema & Evers, 2005);
- *Aantal in dienst getreden langdurig werklozen en arbeidsongeschikten* (Ybema & Evers, 2005);
- *Het hebben van gezondheidsbevorderende programma's zoals bedrijfsbewegingsprogramma's en gezonde lunchkantines.*

## 7.5 Samenvattend

Voor de indicatoren *laag gekwalificeerd werk* en *flexibele contracten* is onderbouwing gevonden voor de relatie met SEGV. De indicator *laag gekwalificeerd werk* scoort hoog op relevantie en validiteit. Van de indicator *flexibele contracten* zijn de relevantie en validiteit vooralsnog beperkt. Onderzoek met Nederlandse gegevens, indien voorhanden, is noodzakelijk.

Tabel 7 Onderbouwing indicatoren voor arbeid

Indicator	Relatie met SEGV	Relevantie		Validiteit	
		Bron en bruikbaarheid onderzoeksgegevens	Veranderingspotentie	Bewijs (p<0.05)	Bewijskracht
<i>Laag gekwalificeerd werk</i>	Fysieke arbeidsomstandigheden hebben effect op gezondheid maar gezondheidsverschillen zijn toch vooral afhankelijk van opleidingsniveau.	1) Eysink et al. (2007) Nationaal Kompas Volksgezondheid, VTV, 2006 (herhaalde metingen) 2) Huisman et al., (2008)GLOBE studie 3) Schreuder et al. (2008) 'Questionnaires of health checks performed by the Regional Occupational Health Department' 4) Monden (2005) Family Survey Dutch Population (FSDP) 5) Houtman et al. (2006) Survey van de European Foundation (indien relatie met gezondheid)	Objectief vast te stellen: 1) Ja 2) Ja 3) Onduidelijk 4) Onduidelijk 5) Ja  In principe wel, maar beperkt.	1) Ja 2) Ja 3) Ja 4) Ja 5) Ja (<0.10)	2) Longitudinaal onderzoek 3) Onduidelijk 4) Onduidelijk 5) Longitudinaal onderzoek
<i>Flexibele contracten</i>	flexibilisering van de arbeid aan de onderkant van de arbeidsmarkt gaat vaker gepaard met gezondheidsproblemen (NCVB, 2009).	Nee Secundaire bronnen (Literatuuronderzoek. Opkomend onderzoeksthema)	Nee In principe: ja (NB toename door economische crisis?)	Onduidelijk (Verwijzing naar overzichtstudie Quinlan et al., 2001)	-

Mogelijke alternatieve indicatoren die uit de bestudeerde literatuur naar voren komen zijn: *Arbeidsongevallen / arbeidsgerelateerde aandoeningen, werkdruk bij laaggekwalificeerd werk (fysieke werkbelasting, monotoon werk, afwijkende werktijden), contacten met zorgverleners, ziekteverzuim, aantal werknemers met een beperking/aandoening, in dienst getreden langdurig werklozen en arbeidsongeschikten en gezondheidsbevorderende programma's zoals bedrijfsbewegingsprogramma's en gezonde lunchkantines.*

## Hoofdstuk 8 Samenvatting en conclusies

### 8.1 Inleiding

In dit hoofdstuk vatten we de resultaten samen van de verrichte literatuurstudie naar onderbouwing van mogelijke indicatoren voor sociaaleconomische gezondheidsverschillen en formuleren we aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

### 8.2 Resultaten

In onderstaande tabel vatten we de resultaten samen.<sup>8</sup> De indicatoren die op (bijna) alle criteria van relevantie en validiteit (zie voor toelichting paragraaf 1.5) positief scoorden, zijn vetgedrukt. Tussen haakjes staan de indicatoren waarvoor alleen indirect bewijs of alleen bewijs in buitenlands onderzoek is gevonden. Deze indeling in drie categorieën geeft iets aan over het 'gewicht' dat aan een indicator kan worden toegekend. Een nadere rangorde van de indicatoren ten opzichte van elkaar is op basis van de hier verrichte literatuurstudie niet mogelijk gebleken. De reden hiervoor is dat de publicaties in de meeste gevallen onvoldoende (toegankelijke) informatie bevatten over vooral de validiteit.

Tabel 8.1 Onderbouwde indicatoren voor sociaaleconomische gezondheidsverschillen per domein

Domein	Indicatoren voor sociaaleconomische gezondheidsverschillen
I Inkomen	<ul style="list-style-type: none"><li>• Niet-werkende afhakers bij aanvraag bijstandsuitkering</li></ul>
II Maatschappelijke Participatie	<ul style="list-style-type: none"><li>• Deelname aan trajecten naar betaald werk</li><li>• Herintreding op de arbeidsmarkt</li></ul>
III Onderwijs	<ul style="list-style-type: none"><li>• (Vroegtijdig schoolverlaten)</li><li>• (Schoolverzuim)</li><li>• (Voor- en vroegschoolse educatie (VVE))</li></ul>
IV Leefomgeving	<ul style="list-style-type: none"><li>• Luchtkwaliteit in kleine woningen (beoordeling ventilatiesysteem)</li><li>• Concentratie NO2</li><li>• <b>Omgevingsruimte</b></li><li>• <b>Groen in de buurt</b></li><li>• <b>Sociaaleconomische omgevingskenmerken</b></li><li>• <b>Sociaal kapitaal</b></li><li>• <b>Sociale cohesie</b></li><li>• Omgaan met stress (coping)</li></ul>
V Jeugd	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Kinderen en jeugdigen met ernstig overgewicht</b></li><li>• (Deelname aan buitenschoolse activiteiten (sport, cultuur, algemene ontwikkeling) door kinderen uit arme gezinnen)</li><li>• Mishandelde jeugdigen</li></ul>
VI Arbeid	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Het hebben van laaggekwalificeerd werk</b> (laag opleidingsniveau en laag loon)</li><li>• Flexibele contracten (flexwerkers incl. zzp'ers en dagloners)</li></ul>

<sup>8</sup> In bijlage 3 is een overzichtstabel opgenomen van de indicatoren waarvoor onderbouwing is gevonden met de scores op de criteria voor relevantie en validiteit.

Voor het domein *Inkomen* is enige onderbouwing gevonden voor de indicator *niet-werkende afhakers bij aanvraag bijstandsuitkering*. De relevantie en validiteit zijn echter (nog) beperkt. Herhaalde metingen zijn nodig om hierover meer bewijs te verzamelen. Een belangrijke alternatieve indicator blijft *inkomen zelf*.

Voor het domein *Maatschappelijke participatie* is onderbouwing gevonden voor de indicator *deelname aan trajecten naar betaald werk*. De relevantie en validiteit zijn echter (nog) beperkt. Een alternatieve indicator die we hebben gevonden is *herintreding op de arbeidsmarkt*. Ook hiervan zijn de relevantie en validiteit nog beperkt.

Voor het domein *Onderwijs* is geen onderbouwing gevonden voor een directe relatie met sociaaleconomische gezondheidsverschillen van de zes vooraf door de inspecties genoemde mogelijke indicatoren. Toch hebben we drie indicatoren nader onderzocht vanwege de aannemelijkheid van hun indirecte relatie met sociaaleconomische gezondheidsverschillen. De relevantie en validiteit van deze indicatoren zijn niet/beperkt vast te stellen. Voor de indicator *vroegtijdig schoolverlaten en schoolverzuim* is de validiteit niet aangetoond. Voor de indicator *voor- en vroegschoolse educatie* is de validiteit in buitenlands onderzoek aangetoond. Voor de Nederlandse situatie is nader onderzoek naar de effecten van VVE op (latere) sociaaleconomische gezondheidsverschillen gewenst. Een mogelijke alternatieve indicator is *schoolgezondheidsbeleid*. Het vaststellen van de relevantie en validiteit is op basis van de gevonden literatuur niet mogelijk. Nader onderzoek is daarvoor nodig.

Voor het domein *Leefomgeving* is onderbouwing gevonden voor vijf subindicatoren binnen de hoofdindicator *leefbaarheid*. Deze indicatoren scoren positief op relevantie en validiteit, namelijk *omgevingsruimte, groen in de buurt, sociaaleconomische omgevingskenmerken, sociaal kapitaal en sociale cohesie*. Daarnaast hebben we (gedeeltelijke) onderbouwing gevonden voor de subindicatoren *luchtkwaliteit in kleine woningen* (onderdeel van hoofdindicator *binnenmilieu*), *concentratie NO2* (onderdeel van de hoofdindicator *buitenmilieu*) en *omgaan met stress (coping)*. Voor deze indicatoren is de relevantie aangetoond, maar de validiteit is niet te beoordelen op basis van de gevonden literatuur. Van de acht indicatoren waarvoor we onderbouwing hebben gevonden is veranderingspotentie in principe aanwezig, omdat het aannemelijk is dat ze te veranderen zijn door beleid. De objectieve veranderpotentie is niet vast te stellen omdat in de gevonden literatuur herhaalde metingen ontbreken. Het bleek niet mogelijk een rangorde aan te brengen in de indicatoren vanwege verschillende operationalisering en het door elkaar heen gebruiken van de begrippen sociale cohesie, sociaal kapitaal en sociaaleconomische omgevingskenmerken.

In het verlengde van de hoofdindicator *leefbaarheid* hebben we aanwijzingen gevonden voor de relevantie en validiteit van *het wonen in krachtwijk, stedelijke leefomgeving, ongunstige buurtfactoren en lichamelijke inactiviteit, psychosociale stressoren op buurtniveau, sociale steun* en *omgaan met stress (coping)*. Omdat de hoofdindicator *leefbaarheid* het samenspel betreft van een groot aantal subindicatoren die op een complexe manier met elkaar samenhangen en elkaar deels overlappen, is een nadere doordenking van de indicator *leefbaarheid* wenselijk. Een onderscheid tussen compositionele verklaringen (de buurt als vindplaats, samenstelling van de buurt) en contextuele verklaringen (de buurt als oorzaak, aanwezigheid van ongunstige fysieke en sociale omgevingsfactoren) is wellicht een bruikbare indeling om nadere ordening aan te brengen.

Voor het domein *Jeugd* is vooral voor de indicator *overgewicht* onderbouwing gevonden. Overgewicht en een riskant leefpatroon komen meer voor onder leerlingen van de laagste opleidingsniveaus. De indicator scoort hoog op de criteria voor relevantie en validiteit. Voor de indicator *buitenschoolse activiteiten* is er bewijs voor een relatie met SES. Er is een groot verschil in maatschappelijke deelname tussen arme en niet-arme kinderen. Hoewel de relatie met gezondheid aannemelijk is, vraagt deze om nader onderzoek. Voor de indicator *mishandelde jeugdigen (aantal in behandeling genomen meldingen)* is de relatie met SEGV



vastgesteld in buitenlands onderzoek. Voor de bruikbaarheid van deze indicator zijn primaire bronnen nodig waarin de relatie met SEGV kan worden gelegd.

Mogelijke aanvullende of alternatieve indicatoren die in de literatuur naar voren komen, zijn *een riskant leefpatroon* en *sociaal-emotionele en gedragsproblemen onder jongeren, aanwezigheid gezonde kantine op school of extra gymlessen, deelname sportactiviteiten/-club* en *sport-/bewegingsvoorzieningen in de wijk*. De aanwezigheid van een ZAT is op zichzelf waarschijnlijk geen goede indicator, omdat die op de meerderheid van de scholen al aanwezig is. Mogelijke alternatieve indicatoren zijn: *samenstelling en functioneren ZAT, aanwezigheid interne zorgcoördinator op scholen, gebruik van specifieke voorzieningen voor leerlingen met problemen* en *opbrengsten ZAT*. Kinderen in Tel bevat indicatoren die, mits gerelateerd aan SES, relevant zijn voor dit domein en andere domeinen, zoals *kindersterfte, indicatie voor jeugdzorg, tienermoeders, jeugdwerkloosheid, kinderen in armoede, schoolverzuim* en *kinderen in achterstandswijken*.

Voor het domein *Arbeid* is voor de indicatoren *laag gekwalificeerd werk* en *flexibele contracten* onderbouwing gevonden voor de relatie met SEGV. De indicator *laag gekwalificeerd werk* scoort hoog op relevantie en validiteit. Van de indicator *flexibele contracten* zijn de relevantie en validiteit vooralsnog beperkt. Onderzoek van Nederlandse gegevens, indien voorhanden, is noodzakelijk.

### 8.3 Vervolg

De resultaten van deze literatuurstudie geven nadrukkelijk aanleiding voor vervolgonderzoek. Hieronder geven we onze ideeën daarvoor puntsgewijs weer.

- Omdat de aandacht in deze studie in eerste instantie vooral is uitgegaan naar het zoeken van onderbouwing van *direct* bewijs voor de verklaring van sociaaleconomische gezondheidsverschillen, is het aan te bevelen in een vervolgonderzoek systematischer te zoeken naar literatuur om het *indirecte* bewijs te onderbouwen.
- In het verlengde van het bovenstaande punt is het aan te bevelen ook in databases Psychinfo en Sociofile te zoeken. Een andere mogelijkheid is om in de beschikbare databronnen na te gaan of SES en gezondheidsvariabelen daarin zijn opgenomen en of het mogelijk is om deze op te nemen (bijvoorbeeld door koppeling van bestanden).
- Voor een aantal indicatoren waarvoor we (enige) onderbouwing hebben gevonden, is het wenselijk de objectieve veranderingspotentie vast te stellen. Dit kan bij de indicatoren waarvoor bronnen met herhaalde metingen beschikbaar zijn. De vraag is of er andere databestanden beschikbaar zijn waardoor dit mogelijk is/wordt.
- We hebben dit literatuuronderzoek per domein uitgevoerd. Er is gericht gezocht naar onderbouwing voor de vooraf opgestelde set van mogelijke indicatoren. De complexe samenhang en (indirecte) invloed van indicatoren, SES en gezondheidsverschillen is hierdoor onderbelicht gebleven. Het verdient aanbeveling de samenhang nauwkeuriger in beeld te brengen.
- Voor een weging tussen verschillende indicatoren is gedetailleerder onderzoek nodig. Mogelijk zijn de indicatoren toch onvergelijkbaar. De gemeten gezondheid is op uiteenlopende wijze geoperationaliseerd. Als is gebleken dat de leefomgeving van invloed is, is het gewenst in kaart te brengen hoe er precies is gemeten en hoe de verbanden lopen, vooral met betrekking tot sociale samenhang/sociaal kapitaal.
- Verdere onderbouwing is wenselijk van mogelijke alternatieve indicatoren die uit deze literatuurstudie naar voren zijn gekomen.



## Literatuur

- Agyemang, C., Hooijdonk C. van, Wendel-Vos, W., Lindeman, E., Stronks, K., & Droomers, M. (2007). The association of neighbourhood psychosocial stressors and self-rated health in Amsterdam, the Netherlands. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(12), 1042-1049.
- Agyemang, C., Hooijdonk, C. van, Wendel-Vos, W., Ujcic-Voortman, J.K., Lindeman, E., Stronks, K., et al. (2007). Ethnic differences in the effect of environmental stressors on blood pressure and hypertension in the Netherlands. *BMC Public Health*, 7, 118.
- Baartman, H., & Hoefnagels, C. (2008). Over zwakke wijken en sterke moeders. *Tijdschrift Kindermishandeling*, 1 (1), 46-47.
- Blonk, R.W.B. (2006). *Het lukt niet zonder werk. Over psychische klachten, arbeidsparticipatie en herstel*. Hoofddorp: TNO.
- Bossche, S.N.J. van den, Koppes, L.L.J., Granzier, J.J.M., Vroome, E.M.M. de, & Smulders, P.G.W. (2008). *Nationale enquête arbeidsomstandigheden 2007*. Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven.
- Crone, M.R., Reijneveld, S.A., Hegger, W., & Paulussen, T.G.W.M. (2005). Schoolgezondheidsbeleid ter vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen. *TSG : Tijdschrift Voor Gezondheidswetenschappen*, 83(3), 126-134.
- Dorsselaer, S. van, Zeijl, E., Eeckhout, S. van den, Bogt, T. ter, & Vollebergh, W. (2007). *HBSC 2005: Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Droomers, M., Schrijvers, C. T., & Mackenbach, J. P. (2001). Educational level and decreases in leisure time physical activity: Predictors from the longitudinal GLOBE study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(8), 562-568.
- Echtelt, P. van, & Hoff, S. (2008). *Wel of niet aan het werk. Achtergronden van het onbenut arbeidspotentieel onder werkenden, werklozen en arbeidsongeschikten*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) & Raad voor Werk en Inkomen.
- Eimers, T. (2006). *Vroeg is nog niet voortijdig. Naar een nieuwe beleidstheorie voortijdig schoolverlaten*. Nijmegen: Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt.
- Eysink, P.E.D., Blatter, B.M., Gool, C.H. van, Gommer, A.M. van den, Bossche, S.N.J., & Hoeymans, N. (2007). *Ziekte last van ongunstige arbeidsomstandigheden in Nederland (RIVM-rapport nr. 270012001)*. Bilthoven: RIVM.
- Gent, M.J. van, Horssen, C. van, Mallee, L., & Slotboom, S. (2008). *De participatieladder: meetlat voor het participatiebudget. Eindadvies*. Amsterdam: Regioplan.
- Gezondheidsraad. (2003). *Overgewicht en Obesita. Advies aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. (Kenmerk U 541/WB/cn/642-F). Den Haag: Gezondheidsraad.

Herweijer, L. (2008). *Gestruikeld voor de start. De school verlaten zonder startkwalificatie*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).

Hollander, A.E.M. de, Hoeymans, N., Melse, J.M., Oers, J.A.M. van, & Polder, J.J. (2006). *Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006* (RIVM-rapport nr. 270061003). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Hooijdonk, C. van, Droomers, M., Deerenberg, I.M., Mackenbach, J. P., & Kunst, A.E. (2008). The diversity in associations between community social capital and health per health outcome, population group and location studied. *International Journal of Epidemiology*, 37(6), 1384-1392.

Houtman, I., Smulders, P., & Berg, R. van den (2006). Werkdruk in Europa. Omvang, ontwikkelingen en verklaringen. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 22(1), 7-21.

Huijs, J., Bennenbroek, F., Genabeek, J. van, & Giesen, F. (2009). Participatie: iedereen doet mee! *Sociaal Bestek*, 70(2), 17-22.

Huisman, M., Lenthe, F. van, Avendano, M., & Mackenbach, J. (2008). The contribution of job characteristics to socioeconomic inequalities in incidence of myocardial infarction. *Social Science & Medicine* (1982), 66(11), 2240-2252.

Hurk, K. van den, Dommelen P., van, Wilde, J.A. de, Verkerk, P.H., Buuren, S. van & Hira-Sing, R.A. (2006). *Prevalentie van overgewicht en obesitas bij jeugdigen van 4-15 jaar in de periode 2002-2004*. Leiden: TNO.

Inspectie van het onderwijs (2008). *Voortijdig schoolverlaten. Verbeteringen in de verzuimketen in het onderwijs en bij gemeenten*. Utrecht: Inspectie van het onderwijs.

Inspectie Werk en Inkomen (IWI). (2008). *Zicht op 'Iedereen doet mee'. Stand van zaken uitvoering participatiebeleid zomer 2008*. Den Haag: Inspectie Werk en Inkomen.

Inspectie Werk en Inkomen (IWI) (2009). Buiten de bijstand. Onderzoek naar mensen die afzien van een WWB-uitkering of deze niet krijgen toegekend. Den Haag: Inspectie Werk en Inkomen.

Jehoel-Gijsbers, G. (2009). *Kunnen alle kinderen meedoen? Onderzoek naar de maatschappelijke participatie van arme kinderen. Nulmeting*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau SCP.

Kamphuis, C.B.M. (2008). *Explaining socioeconomic inequalities in health behaviours - the role of environmental factors* (proefschrift). Den Haag: The Netherlands Institute for Social Research (SCP).

Kippersluis, H. van, Doorslaer, E. van, & Ourti, T. van (2009). Inkomen alleen maakt niet gezond. *Economisch-Statistische Berichten*, 94(4551), 20-23.

Koning, J. de, Collewet, M. & Gravesteyn, J. (2008). Participatie en gezondheid. Thema 1: de invloed van arbeidsparticipatie en terugkeer naar werk. Rotterdam: SEOR.

Kruize, H. & Bouwman, A.A. (2004). *Environmental (in)equity in the Netherlands - A case study on the distribution of environmental quality in the Rijnmond region*. Bilthoven: RIVM.

Kruize, H., Driessen, P.P.J., Glasbergen, P., & Egmond, N.D. van (2006). Efficiency versus equity: distributional effects of environmental policy in the Netherlands. In: J.D. Wulfhorst & AS.K. Haugestad (eds.), *Building sustainable communities. Environmental justice & global citizenship* (pp. 19-40). Amsterdam: Rodopi.

Kunst, A.E., Dalstra, J.A.A., Bos, V., Mackenbach, J.P., Otten, F.W.J., & Geurts, J.J.M. (2005). *Ontwikkeling en toepassing van indicatoren van sociaal-economische status binnen het gezondheidsstatistische bestand*. Voorburg: Centraal Bureau voor de Statistiek.

Lenthe, F.J. van, & Mackenbach, J.P. (2006). Neighbourhood and individual socioeconomic inequalities in smoking. The role of physical neighbourhood stressors. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(8), 699-705.

Maas, J. (2009). *Vitamin G: Green environments - Healthy environments* (proefschrift). Utrecht: Nivel.

Minister voor Jeugd en Gezin & staatssecretarissen voor Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (2009). Brief wettelijke borging zorg in en om school van 10 juni 2009 (JOZ/127716). Den Haag: Programmaministerie voor Jeugd en Gezin.

Monden, C.W. (2005). Current and lifetime exposure to working conditions. Do they explain educational differences in subjective health? *Social Science & Medicine* (1982), 60(11), 2465-2476.

Monden, C.W., Lenthe, F.J. van, & Mackenbach, J.P. (2006). A simultaneous analysis of neighbourhood and childhood socio-economic environment with self-assessed health and health-related behaviours. *Health & Place*, 12(4), 394-403.

Muennig, P., Schweinhart, L., Montie, J., & Neidell, M. (2009). Effects of a prekindergarten educational intervention on adult health: 37-year follow-up results of a randomized controlled trial. *American Journal of Public Health*, 99(8), 1431-1437.

Nap-Kolhoff, E., Schilt-Mol, T. van, Simons, M., Sontag, L., Steensel, R. van & Vallen, T. (2008). *VVE onder de loep*. Tilburg: IVA.

Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB). (2009). *Beroepsziekten aan de onderkant van de arbeidsmarkt. Een verkenning naar verbetering van monitoring, signalering en preventie*. Amsterdam: Nederlands Centrum voor Beroepsziekten.

Onderwijsraad (2005). *Betere overgangen in het onderwijs. Adviezen voor het verminderen van voortijdige schooluitval en het verkrijgen van een hoger opleidingsniveau in Nederland*. Den Haag: Onderwijsraad.

Oort, F.V. van, Lenthe, F.J. van, & Mackenbach, J.P. (2005). Material, psychosocial, and behavioural factors in the explanation of educational inequalities in mortality in the Netherlands. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(3), 214-220.

Reynolds, A.J., et al. (2007). Effects of a School-Based, Early Childhood Intervention on Adult Health and Well-being: A 19-Year Follow-up of Low-Income Families. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 2007(161), 730-739.

RIVM (2009). Effecten van beleidsmaatregelen buiten het volksgezondheidsdomein op de gezondheid. Bilthoven: RIVM, 2009. Naar verwezen in: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, de Onderwijsraad en de Raad voor het openbaar bestuur aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2009). *Buiten de gebaande paden. Advies over intersectoraal Gezondheidsbeleid*. Zoetermeer: RVZ, Onderwijsraad en Rob.

Rutz, S., & Wienke, D. (2008). Afstemming nodig in Zorg- en adviesteams. Jeugdgezondheidszorg kan meer bijdragen aan ZAT. *JeugdenCo*, 2(3), 24-32.

Savelkoul, M., Fleer, J., & Schroevers, M.J. (2008b). Wat zijn mogelijke gezondheidsgevolgen van omgaan met stress? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM. Gezien augustus 2009 op [http://www.rivm.nl/vtv/object\\_document/o7541n38117.html](http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o7541n38117.html)

Savelkoul, M., Hagedoorn, M., & Sanderman, R. (2008a). Wat zijn mogelijke gezondheidsgevolgen van sociale steun? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM. Gezien augustus 2009 op [http://www.rivm.nl/vtv/object\\_document/o7244n36276.html](http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o7244n36276.html)

Schreuder, K.J., Roelen, C.A., Koopmans, P.C., & Groothoff, J.W. (2008). Job demands and health complaints in white and blue collar workers. *Work (Reading, Mass.)*, 31(4), 425-432.

Schrijvers, C.T.M., Lenthe, F.J. van, Droomers, M., Joung, I.M.A., Louwman, W.J., & Mackenbach, J.P. (2001). De achtergronden van sociaal-economische gezondheidsverschillen: resultaten uit het GLOBE onderzoek. In: Stronks, K., & Hulshof, J. (2001). *De kloof verkleinen. Theorie en praktijk van de strijd tegen sociaal-economische gezondheidsverschillen*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Schrijvers, C.T.M., & Schoemaker, C.G. (2008). *Spelen met gezondheid. Leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd*. Bilthoven: RIVM.

Schrijvers, C.T.M. & Storm, I. (2009). *Naar een integrale aanpak van gezondheidsachterstanden. Een beschrijving van beleidsmaatregelen binnen en buiten de volksgezondheidssector*. Bilthoven: RIVM.

Smulders, P.G.W. (2005). *Jongere en oudere werknemers: hun werk, werktijden, ongevallen en verzuim. Deelresultaten Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2003*. Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven.

Steensel, R. (2006). *Voor- en vroegschoolse stimuleringsactiviteiten en ontwikkeling van geletterdheid*. (Proefschrift UvT). Amsterdam: Aksant Academic Publishers.

Steketee, M., & Mak, J. (red.) (met medewerking van Tierolf, B., & Flikweert, M.) (2006). *Kinderen in tel. Databoek 2006: Kinderrechten als basis voor lokaal jeugdbeleid*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Steketee, M., Mak, J., & Tierolf, B. (red.) (2007). *Kinderen in tel. Databoek 2007: Kinderrechten als basis voor lokaal jeugdbeleid*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Steketee, M., Mak, J., & Tierolf, B. (red.) (2008). *Kinderen in tel. Databoek 2008: Kinderrechten als basis voor lokaal jeugdbeleid*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Steketee, M., Mak, J., & Tierolf, B. (red.) (2009). *Kinderen in tel. Databoek 2009: Kinderrechten als basis voor lokaal jeugdbeleid*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Stronks, K., & Hulshof, J. (2001). *De kloof verkleinen. Theorie en praktijk van de strijd tegen sociaal-economische gezondheidsverschillen*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Veen, D. van, & Steenhoven, P. van der (2007). LCOJ-Monitor 2006. Leerlingenzorg en Zorg- en adviesteams in het voortgezet onderwijs. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Veen, A., Daalen, M. van, Roeleveld, J., & Jonge, N. de (2008). *Voor- en vroegschoolse educatie in Rotterdam. De implementatie van Kaleidoscoop, Piramide, Basisgoed en Ko-Totaal in de voorscholen*. Amsterdam: SCO-Kohnstamm Instituut.

Verweij, A, Lucht, F. van der, & Droomers, M. (2008). *Gezondheid in veertig krachtwijken*. Bilthoven: RIVM.

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*, 7, 196

Vries, S.I. de, Bakker, I., Overbeek, K. van, Boer, N.D., & Hopman-Rock, M. (2005). *Kinderen in prioriteitswijken. Lichamelijke (in)activiteit en overgewicht*. Hoofddorp: TNO.

VROM (2006). *WoonOnderzoek Nederland (WoON)*. Den Haag: Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer (VROM).

Wetenschappelijke Raad voor het regeringsbeleid (WRR) (2009). *Vertrouwen in de school. Over de uitval van 'overbelaste' jongeren*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Rege- ringsbeleid.

Ybema, J.F., & Evers, M. (2005). *Profiel arbeid en gezondheid 2005*. Hoofddorp: TNO Kwali- teit van Leven.

Ybema, J.F., Sanders, J., & Vroome, E. de. (2006). *Cohortstudie arbeid, verzuim en gezond- heid (AVG). Methodologie en eerste resultaten 2004-2006*. Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven.





## Bijlage 1 Zoektermen

Domein	Factor	Mogelijke indicatoren (algemene termen/noemers)	Zoektermen literatuursearch [... EN gezondheid/ gezondheidsverschil*]
<b>I INKOMEN</b>	Financiële positie en inkomen	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gebruik bijstand (toename/afname)</li> <li>2. Gebruik bijstand met grote afstand arbeidsmarkt</li> <li>3. Aanwezigheid armoedebeleid gemeente</li> <li>4. Gebruik bijzondere bijstand</li> <li>5. Gebruik schuldsanering</li> <li>6. Niet-werkende afhakers bij aanvraag bijstandsuitkering</li> </ol>	Financiële positie en inkomen Bijstand Fase 4-cliënten Arbeidsmarktpositie / positie arbeidsmarkt Langdurig werklozen Arbeidsongeschiktheid Armoedebeleid Bijzondere bijstand Schuldsanering
<b>II MAATSCHAPPELIJKE PARTICIPATIE</b>	Sociale steun (toelichting IGZ: sociale inbedding en bij gebrek daaraan prof. steun)  Positie t.o.v. arbeidsmarkt	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gebruik bijstand (toename/afname)</li> <li>2. Gebruik bijstand met grote afstand arbeidsmarkt</li> <li>3. Deelname trajecten sociale activering</li> <li>4. Deelname vrijwilligerswerk</li> <li>5. Deelname trajecten betaald werk</li> <li>6. Deelname buitenschoolse activiteiten kinderen uit arme gezinnen</li> </ol>	Arbeidsmarktpositie / positie arbeidsmarkt Bijstand Fase 4-cliënten Langdurig werklozen Sociale activering Vrijwilligerswerk/onbetaald werk Arbeidsintegratie Re-integratie Armoedebeleid Vrijtijdsbesteding / buitenschoolse activiteiten jeugd (uit arme gezinnen) Sociale isolatie Eenzaamheid
<b>III ONDERWIJS</b>	Persoonlijkheid  Copingstijl  Toegang/ niveau arbeidsmarkt  Sociale steun	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Deelname aan VVE</li> <li>2. Kwaliteit bewegingsonderwijs</li> <li>3. Ouderbetrokkenheid</li> <li>4. Voertijdig schoolverlaten (uitval)</li> <li>5. Schoolverzuim</li> <li>6. Deelname aan volwasseneneducatie</li> <li>7. Deelname aan inburgeringcursussen</li> <li>8. Aanwezigheid Zorgadvies-team</li> </ol>	Kwalificatie arbeidsmarkt/ arbeidsmarkt kwalificatie Vroeg- /voorschoolse educatie Bewegingsonderwijs Ouderparticipatie Voertijdige schoolverlaters / voertijdig schoolverlaten Schoolverzuim Volwasseneneducatie Gezondheidskennis/ gezondheidsbewustzijn (Health literacy) Geletterdheid (Ondersteuning) zorgleerlingen Samenstelling Zorgadvies-team

Domein	Factor	Mogelijke indicatoren (algemene termen/noemers)	Zoektermen literatuursearch [... EN gezondheid/ gezondheidsverschil*]
<b>IV LEEFOMGEVING</b>	Woon- en buurt- kenmerken en - omstandigheden	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Binnenmilieu (woningen met vochtproblemen, woningen met geiser of ander open verbrandingstoestel, beoordeling ventilatiesysteem, geluidhinder door burens en installaties)</li> <li>2. Buitenluchtkwaliteit (fijnstof, zwarte rook, concentratie NO2)</li> <li>3. Geluid (cumulatieve geluidsbelasting, wegverkeer, vliegverkeer, railverkeer, industrie)</li> <li>4. Leefbaarheid (grote woning, woningtype, bouwjaar, prijsklasse; sociale cohesie: % allochtonen, tevredenheid omgeving, mobiliteit; omgevingsruimte: bewoningsdichtheid, woningdichtheid, bebouwingsgraad; bereikbaarheid: ov, fiets- en looproutes; groen in de buurt; speelgelegenheid kinderen)</li> </ol>	<p>Woon- en buurt- en wijk-kenmerken Woning(en) Woonomgeving Leefomgeving Woonsituatie Binnenmilieu Buitenluchtkwaliteit Geluid / geluidsniveau/ geluidsbelasting / geluidshinder (infrastructuur) Leefbaarheid Sociale cohesie Bodemkwaliteit Groenvoorziening Bebouwingsdichtheid Openbare ruimte/ speelruimte/ buitenspeelruimte</p>
<b>V. JEUGD</b>	Sociale steun  Negatieve gebeurtenissen/ moeilijkheden  Copingstijl	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Speelruimte jeugd</li> <li>2. Kinderen met overgewicht</li> <li>3. Scholen met ZAT</li> <li>4. Gemiste hulp aan jeugdigen met indicatie jeugdzorg (uitvallers)</li> <li>5. Deelname aan buitenschoolse activiteiten</li> <li>6. Meldingen kindermishandeling (en in behandeling genomen)</li> </ol>	<p>Jeugdzorg / jeugdhulpverlening (gemiste zorg/hulp, uitval/uitvallers, wachtlijsten) Residentiële jeugdzorg Buitenspeelruimte Speelvoorzieningen Overgewicht jeugd (Ondersteuning) zorgleerlingen Kindermishandeling Vrijtijdsbesteding / buitenschoolse activiteiten Eenzaamheid Coping Positivisme</p>
<b>VI. ARBEID</b>	Fysieke arbeidsomstandigheden  Positie arbeidsmarkt	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Laag gekwalificeerd werk</li> <li>2. Flexwerkers (incl. zzp'ers)</li> <li>3. Ondersteuning laaggeletterden door werkgevers</li> <li>4. Gezond lunchbeleid bedrijven</li> </ol>	<p>Fysieke arbeidsomstandigheden Positie arbeidsmarkt / arbeidsmarktpositie Werkomgeving Arbeidsgezondheidszorg/ ARBO-zorg</p>

Domein	Factor	Mogelijke indicatoren (algemene termen/noemers)	Zoektermen literatuursearch [... EN gezondheid/ gezondheidsverschil*]
	Sociale steun  Coping  Negatieve gebeurtenissen/ moeilijkheden		Arbeidsgezondheidsbeleid / gezondheidsbeleid arbeidsorganisaties/werkgevers Beleid / (ondersteuning) laaggeletterdheid arbeidsorganisaties / werkgevers Arbeidszekerheid (i.r.t. laagbetaalden en flexwerkers) Beroepsziekten (i.r.t. flexwerkers) Kwaliteit voeding Coping

## Bijlage 2 Analyzeschema Relevantie en Validiteit

Literatuur Auteur, jaartal, nummer	Beschreven indicatoren	Relevantie 1 (indica- tor is (in)direct gerela- teerd aan SEGV (the- oretisch/ empirisch) Hoe?	Relevantie 2 (beschik- baar /bruikbaar) (bron on- derzoeks- gegevens)	Relevantie 3 (verande- ringspo- tentie van indicator) (Evt.)	Validi- teit 1 (bewijs) (p <0.05)	Validiteit 2 (bewijs- kracht) Zie *	Eventuele alterna- tieve indicato- ren en opvallen- de bevin- dingen

\* 1=significante relatie in eenmalig cross-sectioneel onderzoek; 2=significante relatie in longitudinaal onderzoek (herhaalde metingen); 3=significante relatie in systematische review.

## Bijlage 3 Overzichtstabellen

In deze overzichtstabellen zijn per domein de indicatoren opgenomen waarvoor onderbouwing is gevonden in de bestudeerde literatuur. De indicatoren die op (bijna) alle criteria van relevantie en validiteit positief scoorden, zijn vetgedrukt. Tussen haakjes staan de indicatoren waarvoor alleen indirect bewijs of alleen bewijs in secundaire literatuur is gevonden.

### Domein I Inkomen

		Relevantie		Validiteit	
Indicator	Relatie met SEGV	Bron en bruikbaarheid onderzoeksgegevens	Veranderingspotentie	Bewijs (p<0.05)	Bewijskracht
Niet werkende afhakers bij aanvraag bijstandsuitkering	1) Een kwart van de aanvragers solliciteert niet wegens ziekte. 2) Slechte gezondheid is een obstakel om werk te vinden.	1) IWI (2009) Telefonische enquête (eenmalig) 2) Huys et al. (2009) Zelfbeoordelingvragenlijst (eenmalig)	Objectief: nee want geen herhaalde metingen verricht In principe: ja, beleid op deze indicator mogelijk	Nee	-

### Domein II Maatschappelijke participatie

		Relevantie		Validiteit	
Indicator	Relatie met SEGV	Bron en bruikbaarheid onderzoeksgegevens	Veranderingspotentie	Bewijs (p<0.05)	Bewijskracht
Deelname trajecten betaald werk	Het hebben van betaald werk hangt samen met een betere gezondheid. Trajecten die stimuleren betaald werk te vinden dragen indirect bij aan een betere gezondheid.	Schrijvers (2009)  Bruikbaarheid niet duidelijk op basis van publicatie	Objectief: nee In principe: ja.	Nee, publicatie is gebaseerd op secundaire bron.	-
Herintreding op de arbeidsmarkt	Verlies van baan heeft een negatief effect op mentale gezondheid. Daarnaast is er een negatief verband tussen de duur van de werkloosheid en de gezondheidssituatie.	De Koning (2008) literatuurstudie  Bruikbaarheid niet duidelijk op basis van publicatie	Objectief: nee In principe: ja, maar beperkt door de huidige economische omstandigheden.	Nee, publicatie is gebaseerd op secundaire bronnen.	-

## Domein III Onderwijs

		Relevantie		Validiteit	
Indicator	Relatie met SEGV	Bron en bruikbaarheid onderzoeksgegevens	Veranderingspotentie	Bewijs (p<0.05)	Bewijskracht
(Vroegtijdig schoolverlaten)	Indirect (aannemelijk: vroegtijdig schoolverlaten leidt tot een lager opleidingsniveau. Lager opgeleiden hebben een minder goede gezondheid)	Onderwijsraad (2005) Bruikbaarheid beperkt (VSV Altas)	Objectief: nee In principe: ja	Nee	-
(Schoolverzuim)	Indirect (aannemelijk: schoolverzuim leidt tot een lager opleidingsniveau. Lager opgeleiden hebben een minder goede gezondheid)	Geen publicaties gevonden	Objectief: nee. In principe: ja	Nee	-
(VVE)	Indirect (Buitenlands onderzoek: Kinderen die hebben deelgenomen aan VVE behalen een hoger opleidingsniveau. Hoger opgeleiden hebben een betere gezondheid. NL onderzoek: geen verband met betere schoolprestaties)	1) Reynolds et al. (2007) en 2) Muennig et al. (2009) Niet bruikbaar, want buitenlands onderzoek.	Objectief: nee In principe: ja	1) Ja 2) Ja (Buitenlands onderzoek, valide voor NL?)	1) Longitudinaal onderzoek 2) Randomized controlled trial (Buitenlands onderzoek, valide voor NL?)

## Domein IV Leefomgeving

		Relevantie		Validiteit	
Indicator	Relatie met SEGV	Bron en bruikbaarheid onderzoeksgegevens	Veranderingspotentie	Bewijs (p<0.05)	Bewijskracht
Concentratie NO2	Lage inkomensgebieden hebben vaker te maken met (hoge) NO2 concentraties dan hoge inkomensgebieden.	Kruize et al. (2006) Geografic Information System (GIS)	Objectief: nee In principe: ja	Onduidelijk op basis van deze publicatie	-
Omgevingsruimte	1) In wijken met meer omgevingsruimte zijn kinderen lichamelijk actiever. 2) Er is samenhang tussen lagere SES en lichamelijke inactiviteit.	1) De Vries et al. (2005) 2) Kamphuis (2008)  GIS (2004) TNO (2005)	Objectief: nee In principe: ja	Ja	Cross-sectioneel onderzoek
Groen in de buurt	Mensen met meer groen in hun woonomgeving voelen zich gezonder. Dit geldt bijzonder voor mensen met een lage SES.	Maas (2009) Bruikbaar: 1) DNGP-2 (2001) 2) LGN4 (2000) Indien herhaalde metingen uitgevoerd worden	Objectief: nee In principe: ja	Ja	Cross-sectioneel onderzoek
Sociaaleconomische omgevingskenmerken*	De (sociaaleconomisch 'achtergestelde') buurt is zowel vindplaats als verklaring van gezondheidsverschillen.	Verschillende publicaties gebaseerd op GLOBE study (1991), Den Hollander et al. (2006)	Objectief: nee In principe: beperkt	Ja	Cross-sectioneel onderzoek
Sociaal kapitaal*	Inwoners van buurten met hoger sociaal kapitaal hebben een lagere kans om te overlijden aan kanker en zelfmoord.	Van Hooijdonk et al., 2008. Bruikbaar: CBS (1995-2000) en WBO (1998)	Objectief: nee In principe: ja	Ja	Cross-sectioneel onderzoek
Sociale cohesie*	In wijken met een lagere sociaaleconomische status is minder sociale cohesie. Mensen ervaren er hun gezondheid als slechter.	Den Hollander et al. (2006) Bruikbaar: WoON 2006	Objectief: nee In principe: ja	Ja	Cross-sectioneel onderzoek
Omgaan met stress (coping)	Onder mensen met hogere SES komt vaker gericht aanpakken van problemen (taakgericht coping), (maar ook vermijding) voor.	Savelkoul (2009), baseert uitspraken op diverse bronnen (literatuuronderzoek)	Objectief: nee In principe: ja	Niet in deze publicatie vermeld. Wel in literatuur waarop uitspraken zijn gebaseerd.	-

\* De operationalisering van sociale cohesie, sociaal kapitaal en sociaaleconomische omgevingskenmerken komt in diverse onderzoeken soms overeen en de begrippen worden in gezondheidsonderzoek door elkaar gebruikt. Nadere bestudering van hoe de metingen precies zijn uitgevoerd draagt bij aan de verheldering van hoe de diverse aspecten met elkaar samenhangen en van invloed zijn op elkaar.

## Domein V Jeugd

		Relevantie		Validiteit	
Indicator	Relatie met SEGV	Bron en bruikbaarheid onderzoeksgegevens	Veranderingspotentie	Bewijs (p<0.05)	Bewijskracht
Overgewicht	1) Overgewicht komt meer voor onder leerlingen van het vmbo 2) Riskanter leefpatroon van leerlingen in de laagste opleidingsniveaus.	1) RIVM (Schrijvers & Schoemaker, 2008) 2) HBSC 2005 (4-jaarlijks onderzoek WHO)	Objectief: ja	Ja	Longitudinaal onderzoek (4-jaarlijks)
Deelname buitenschoolse activiteiten	Groot verschil in maatschappelijke deelname tussen arme en niet-arme kinderen. Relatie met gezondheid niet onderzocht.	Nulmeting SCP (Jehoel-Gijsbers, 2009) mits relatie met gezondheid wordt onderzocht	Objectief: Ja (mits herhaalde metingen) In principe: ja	Nee (voor relatie met gezondheid (niet onderzocht) ? Voor relatie met armoede	-
Aantal mishandelde jeugdigen (in behandeling genomen meldingen)	Kindermishandeling komt meer voor in wijken met sociaaleconomische achterstand (Baartman & Hoefnagels, 2008).	Nee (secundaire bronnen) Potentiële primaire bron: Kinderen in Tel (Steketee et al., 2009)	Objectief: nee In principe: ja (NB hoger ipv lager ivm betere melding?)	Nee, verwijzing naar int. literatuur reviews (o.a. Coulton et al., 2007)	-?



## Domein VI Arbeid

		Relevantie		Validiteit	
Indicator	Relatie met SEGV	Bron en bruikbaarheid onderzoeksgegevens	Veranderingspotentie	Bewijs (p<0.05)	Bewijskracht
Laag gekwalificeerd werk	(Fysieke) arbeidsomstandigheden hebben effect op gezondheid maar gezondheidsverschillen zijn toch vooral afhankelijk van opleidingsniveau.	1) Eysink et al. (2007), Nationaal Kompas Volksgezondheid, VTV 2006 (herhaalde metingen) 2) Huisman et al. (2008), GLOBE studie 3) Schreuder et al. (2008), 'Questionnaires of health checks performed by the Regional Occupational Health Department' 4) Monden (2005) Family Survey Dutch Population (FSDP) 5) Houtman et al. (2006) Survey van de European Foundation (indien relatie met gezondheid)	Objectief: 1) Ja 2) Ja 3) Onduidelijk 4) Onduidelijk 5) Ja  In principe: beperkt	1) Ja 2) Ja 3) Ja 4) Ja 5) Ja (<0.10)	2) Longitudinaal onderzoek 3) Onduidelijk 4) Onduidelijk 5) Longitudinaal onderzoek
Flexibele contracten	Flexibilisering van de arbeid aan de onderkant van de arbeidsmarkt gaat vaker gepaard met gezondheidsproblemen (NCVB, 2009).	Nee Secundaire bronnen (Literatuuronderzoek. Opkomend onderzoeksthema)	Objectief: nee In principe: ja (NB toename door economische crisis?)	Onduidelijk (Verwijzing naar overzichtstudie (Quinlan et al., 2001))	-

021109,  
D5443772 kv

## Colofon

opdrachtgever	IGZ
auteurs	Drs. A. Huygen; dr. K van Vliert; drs. T. Nederland
uitgave	Verwey-Jonker Instituut Kromme Nieuwegracht 6 3512 HG Utrecht telefoon 030-2300799 telefax 030-2300683 e-mail <a href="mailto:secr@verwey-jonker.nl">secr@verwey-jonker.nl</a>

ISBN 978-90-5830-349-3

© Verwey-Jonker Instituut, Utrecht 2009.

Het auteursrecht van deze publicatie berust bij het Verwey-Jonker Instituut.  
Gedeeltelijke overname van teksten is toegestaan, mits daarbij de bron wordt vermeld.  
The copyright of this publication rests with the Verwey-Jonker Institute.  
Partial reproduction is allowed, on condition that the source is mentioned.