



Gemeente Utrecht



Sociale Uitsluiting en gezondheid bij Utrechtse adolescenten

Colofon

Uitgave

Unit Epidemiologie en informatie
Afdeling Gezondheidsbevordering en Epidemiologie
GG&GD Utrecht, Gemeente Utrecht
Postbus 2423
3500 GK Utrecht
030 286 3333
gggd@utrecht.nl

In opdracht van

GG&GD Utrecht, Gemeente Utrecht

Internet

www.utrecht.nl/ggd

Rapportage

Jaap Toet, Laurens van Buren & Erik van Ameijden
Unit Epidemiologie en Informatie

Informatie

Jaap Toet
j.toet@utrecht.nl
(030) 286 3235

Foto omslag

Onbekend

Drukwerk

Bronvermelding

augustus 2012

Samenvatting

Sociale uitsluiting is een belangrijke determinant van gezondheid en biedt meer handvaten voor beleid dan het vaak genoemde begrip 'lage sociaaleconomische status (ses)'. Er is sprake van sociale uitsluiting als mensen niet de beschikking hebben over bepaalde sociale 'goederen' en hierdoor belemmerd worden in hun maatschappelijk functioneren. In tegenstelling tot armoede, dat als een te statisch concept gezien werd, heeft sociale uitsluiting een dynamisch aspect: het proces dat tot een achtergestelde (gedepriiveerde) situatie leidt. In Nederland is de afgelopen jaren veel onderzoek naar sociale uitsluiting gedaan door het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), zowel bij volwassenen als bij kinderen. Het SCP onderscheidt twee sociaal-culturele (onvoldoende sociale participatie en normatieve integratie) en twee economisch-structurele (materiële deprivatie en onvoldoende toegang tot sociale grondrechten) aspecten van sociale uitsluiting.

Lokaal onderzoek naar sociale uitsluiting

In Utrecht is in 2009 voor het eerst met reeds verzamelde gegevens lokaal onderzoek gedaan naar sociale uitsluiting bij volwassenen (19 jaar en ouder). In het voorliggende rapport, een deelstudie van de Volksgezondheid Monitor Utrecht (VMU), wordt verslag gedaan van onderzoek naar sociale uitsluiting en gezondheid met behulp van bestaande onderzoeksgegevens van Utrechtse adolescenten (leerlingen van de klassen 2 en 3 van het voortgezet onderwijs). De onderzoeksvragen waren of het mogelijk is een sociale uitsluitingsindex te berekenen met bestaande gegevens over Utrechtse adolescenten; En zo ja, wat de risicogroepen voor sociale uitsluiting zijn en wat de relatie met (determinanten van) gezondheid is.

Sociale uitsluiting bij adolescenten meetbaar met bestaande gegevens

Met de bestaande gegevens zijn de vier dimensies van sociale uitsluiting, onvoldoende sociale participatie, onvoldoende normatieve integratie, materiële deprivatie en onvoldoende toegang tot sociale grondrechten, gereconstrueerd. Drie van de vier dimensies hadden een voldoende betrouwbaarheid en voor vierde dimensie (materiële deprivatie) is een internationaal veel gebruikte lijst (de 'Family Affluence Scale') gekozen. Met de vier dimensies is een somscore berekend (de sociale uitsluitingsindex) en vervolgens is deze gedichotomiseerd (10% hoogste score versus de rest), waarmee het mogelijk is risicogroepen en de relatie met gezondheid in kaart te brengen.

Risicogroepen voor sociale uitsluiting

Sociale uitsluiting komt volgens deze methode het meest voor bij leerlingen met een Marokkaanse en Turkse etniciteit, leerlingen van het VMBO, leerlingen die niet bij hun beide ouders wonen, leerlingen met een lage ouderbetrokkenheid en leerlingen uit Noordwest, Overvecht en Zuidwest.

Sociale uitsluiting in relatie tot gezondheid

Omdat er bij de samenhang tussen sociale uitsluiting en (determinanten) van gezondheid sprake kan zijn van een verstrend effect van achtergrondkenmerken, die zowel samenhangen met sociale uitsluiting en de (determinanten van) gezondheid, is hier in de analyses rekening mee gehouden. Bij vier van de vijf gezondheidsuitkomsten is een significante samenhang met sociale uitsluiting gevonden. Leerlingen die hoog op de sociale uitsluitingsindex scoren hebben een grotere kans op een slechte ervaren gezondheid, psychosociale problemen, frequent last hebben van hoofdpijn, maagpijn en misselijkheid en slecht slapen. Alleen bij overgewicht was dit niet het geval.

Bij alle vijf onderzochte determinanten van gezondheid (leefstijlfactoren) is een significante samenhang met sociale uitsluiting gevonden. Onregelmatig ontbijten, niet voldoen aan de sportnorm, roken, alcohol- en cannabisgebruik kwamen vaker voor bij leerlingen die als sociaal uitgesloten gecategoriseerd waren.

Alle vier dimensies van sociale uitsluiting hadden in meer of mindere mate een samenhang met de gezondheidsuitkomsten en -determinanten. Onvoldoende toegang tot sociale grondrechten vertoonde de sterkste samenhang met de gezondheidsuitkomsten. Voor de gezondheidsdeterminanten (leefstijlfactoren) was dit het geval bij onvoldoende sociale participatie en normatieve integratie.

Sociaal beleid en gezondheidsbeleid versterken elkaar

Sociale uitsluiting is direct en indirect (via de leefstijlfactoren) gerelateerd aan gezondheid. Dit betekent dat voor een effectief gezondheidsbeleid aanpalend sociaal beleid van groot belang is. Andersom is een goede gezondheid een essentieel middel om 'mee te kunnen doen' in de samenleving. Sociaal beleid en gezondheidsbeleid versterken elkaar dus en een integrale aanpak hierbij is van belang.

Voor het sociaal en gezondheidsbeleid met samenhangende preventieve maatregelen zijn de hier gevonden resultaten belangrijk omdat het concept 'sociale uitsluiting' meer aangrijpingspunten biedt dan wanneer alleen van armoede uitgegaan wordt. Armoede heeft betrekking op een tekort aan financiële middelen, maar sociale uitsluiting betreft ook achterstanden uit niet-financiële omstandigheden. Dit sluit ook aan bij de huidige aandacht voor de krachtwijken (Kanaleneiland, Ondiep, Overvecht en Hoograven).

Het bestaande beleid op het gebied van inburgering, sociale participatie, opvoedingsondersteuning en vergroting van de ouderbetrokkenheid kunnen een positieve uitwerking op het terugdringen van sociale uitsluiting en het bevorderen van gezondheid hebben. Hierbij zijn alle vier dimensies van sociale uitsluiting belangrijk omdat zij in meer of mindere mate samenhangen met gezondheid.

Omdat er duidelijke risicogroepen voor sociale uitsluiting bij adolescenten aan te wijzen zijn, kunnen interventies zich hierop richten.

Samenvatting.....	5
Inhoudsopgave.....	7
1. Inleiding.....	9
2. Opzet en onderzoekspopulatie.....	11
2.1 Gegevensbron.....	11
2.2 Inhoud vragenlijst.....	11
2.3 Analyses.....	12
2.4 Demografie.....	12
3. Sociale uitsluiting.....	13
3.1 De vier dimensie van sociale uitsluiting.....	13
3.2 De constructie van de sociale uitsluitingsindex.....	18
3.3 De risicogroepen voor sociale uitsluiting	19
4. Sociale uitsluiting en Gezondheid	23
4.1 Gezondheid naar achtergrondkenmerken.....	23
4.2 Samenhang tussen sociale uitsluiting en gezondheid.....	24
5. Sociale uitsluiting en determinanten van gezondheid	27
5.1 Gezondheidsdeterminanten naar achtergrondkenmerken.....	27
5.2 Samenhang tussen sociale uitsluiting en gezondheidsdeterminanten.....	29
6. Discussie	31
Literatuur	34

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Sociale uitsluiting is een belangrijke determinant van gezondheid (WHO, 2003). In 2010 heeft de Europese Commissie dat jaar uitgeroepen tot het Europees Jaar van de bestrijding van armoede en sociale uitsluiting. Ook in Nederland mag het thema sociale uitsluiting de laatste jaren op meer aandacht rekenen. Er is sprake van sociale uitsluiting als mensen niet de beschikking hebben over bepaalde sociale 'goederen' en hierdoor belemmerd worden in hun maatschappelijk functioneren (CBS, 2003). Het begrip 'sociale uitsluiting' kan gezien worden als een uitbreiding van het begrip 'armoede'. In tegenstelling tot armoede, dat als een te statisch concept gezien werd, heeft sociale uitsluiting een dynamisch aspect: het proces dat tot een gedepriveerde situatie leidt (Toussaint, 2005). In de beleidsdiscussies op Europees niveau heeft er in de afgelopen jaren een verschuiving plaatsgevonden van armoede naar sociale uitsluiting (social exclusion) en sociale insluiting (social inclusion). Omdat er in de wetenschap en het beleid geen overeenstemming over de betekenis en de operationalisering van het begrippen sociale uitsluiting en insluiting is er in de afgelopen jaren door het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) onderzoek naar dit onderwerp gedaan. Op basis van onderzoeksliteratuur en beleidsstukken heeft het SCP een 'definitie' opgesteld van sociale uitsluiting. Binnen het concept 'sociale uitsluiting' worden verschillende dimensies onderscheiden: sociale participatie, normatieve integratie, materiële deprivatie en sociale grondrechten.

De sociaal-culturele aspecten van uitsluiting zijn:

- sociale participatie: onvoldoende deelname aan formele en informele sociale netwerken (ook in de vrije tijd), weinig contacten met anderen; onvoldoende sociale betrokkenheid;
- culturele/normatieve integratie: onvoldoende naleving van centrale waarden en normen in de eigen maatschappij.

De economisch-structurele aspecten zijn:

- materiële deprivatie: financiële tekorten die mensen feitelijk ervaren wanneer zij hun situatie afzetten tegen de geldende maatschappelijke standaard;
- sociale grondrechten onvoldoende toegang tot (semi-) overheidsvoorzieningen), wachtlijsten en/of (financiële) drempels voor gezondheidszorg, onderwijs (met name ten behoeve van kinderen), huisvesting, rechtsbijstand, maatschappelijke dienstverlening, schuldhulpverlening, arbeidsbemiddeling, sociale zekerheid, maar ook zakelijke dienstverlening zoals banken en verzekeringsinstellingen; onvoldoende veiligheid en leefbaarheid woonomgeving.

Het SCP heeft zowel onderzoek uitgevoerd naar sociale uitsluiting bij volwassenen (Jehoel-Gijsbers, 2004; Hoff en Vrooman, 2011) als bij kinderen (Jehoel-Gijsbers, 2009; Roest, e.a., 2010). Hiermee is met landelijk onderzoek een sterke basis voor Nederlands onderzoek naar sociale uitsluiting gelegd. In Utrecht is in 2009 voor het eerst lokaal onderzoek gedaan met behulp van de door het SCP opgestelde operationalisering van sociale uitsluiting bij volwassenen van 19 jaar en ouder (Van Bergen, 2009). Uit dit onderzoek kwam naar voren dat het

mogelijk was om met reeds verzamelde gegevens (Gezondheidspeiling 2008) een sociale uitsluitings index te berekenen en dat hiermee risicogroepen te identificeren waren. De belangrijkste risicogroepen waren niet-westerse allochtonen, laag opgeleiden en inwoners van de wijken Overvecht en Zuidwest. In het onderzoek is ook een samenhang met gezondheidsuitkomsten (o.a. hoog risico op angst en depressie, slechte ervaren gezondheid) gevonden en bleek dat er sprake van een grotere mate van sociale uitsluiting bij combinaties van risicofactoren.

Sociale uitsluiting is een belangrijk aandachtspunt in het beleid van de gemeente Utrecht omdat het betrekking heeft op meedoen aan de samenleving. Gezond meedoen is een kernbegrip in de nota Volksgezondheid (Gemeente Utrecht, 2001). Nader inzicht in de omvang en de achtergronden van sociale uitsluiting draagt bij aan het bereiken van de Utrechtse beleidsdoelstellingen.

Omdat er bij adolescenten mogelijk andere 'problemen' een rol spelen bij het optreden van sociale uitsluiting wordt in dit rapport verslag gedaan van het onderzoek naar dit concept met behulp van bestaande onderzoeksgegevens van Utrechtse adolescenten (leerlingen van de klassen 2 en 3 van het voortgezet onderwijs; voornamelijk 14 en 15 jarigen).

Dit onderzoek maakt deel uit van de deelstudies van de Volksgezondheidsmonitor Utrecht (VMU) 2014.

De volgende vraagstellingen staan centraal in dit onderzoek:

- Is het mogelijk een sociale uitsluitingsindex te berekenen met bestaande gegevens over Utrechtse adolescenten ?
- En zo ja, wat zijn de risicogroepen voor sociale uitsluiting?
- Wat is de relatie met (determinanten van) gezondheid?

2 Onderzoeksoopzet en –populatie

In dit hoofdstuk komen de gegevensbron, de inhoud van de vragenlijst, de analyses en de demografische gegevens aan bod.

2.1 Gegevensbron

Voor deze studie zijn data van de Jeugdmonitor Utrecht (Van Buren, e.a. 2010) gebruikt. De gegevens zijn in het voorjaar van 2009 bij 15 scholen voor Voortgezet Onderwijs verzameld. Hiervoor zijn bij tweede en derdeklassers klassikaal en anoniem papieren of internet-vragenlijsten afgenomen. Op de deelnemende scholen zaten in het schooljaar 2008–2009 4075 leerlingen in de tweede (n=1944) en derde (n=2131) klas. De vragenlijst is door 2963 leerlingen serieus ingevuld. De respons was 73% in het totaal (74% bij de tweedeklassers en 72% bij de derdeklassers). In de analyses voor dit onderzoek zijn alleen de gegevens van de leerlingen die in Utrecht wonen (n=2423) gebruikt.

2.2 Inhoud vragenlijst

De voor dit onderzoek gebruikte vragenlijst bevatte vragen over de volgende onderwerpen: gezondheid en welbevinden (ervaren gezondheid, psychosociale gezondheid en sociale vaardigheden), leefstijl (voeding, bewegen, middelengebruik en seksueel gedrag), leefwereld (thuis, buurt, vrije tijd en schulden), school (oordeel over school, relatie met leraren en klasgenoten, afwezigheid en veiligheid), probleemgedrag (agressief en delinquent gedrag, wapenbezit en politiecontacten), integratie en participatie (etnische identiteit en taal, discriminatie en participatie) en achtergrondkenmerken.

Voor de constructie van de sociale uitsluitingsindex zijn vragen uit de gehele vragenlijst geselecteerd. Voor de dimensie ‘onvoldoende sociale participatie’ zijn vragen die betrekking hadden op maatschappelijke deelname, uitstapjes, vakantie, contact met vrienden en familie en contact via internet uitgekozen. Bij de dimensie ‘onvoldoende normatieve integratie’ ging het om vragen over het gedrag op school en normoverschrijdend gedrag. Voor de dimensie ‘materiële deprivatie’ is de ‘Family Affluent Scale’ (Curry e.a., 2008), die in zijn geheel in de vragenlijst opgenomen was, gebruikt. Tenslotte zijn voor de dimensie ‘onvoldoende toegang tot sociale grondrechten’ vragen die over een onprettige en onveilige leefomgeving, onvoldoende voorzieningen in de buurt en onvoldoende toegang op school uitgekozen.

De vragen die betrekking hebben op gezondheid(suitkomsten) zijn de standaardvraagstellingen die zijn ontwikkeld voor de Lokale en Nationale Monitor Gezondheid (jeugd): ervaren gezondheid, psychosociale gezondheid (een verhoogd risico op psychosociale problematiek, gemeten met de SDQ, (Goodman, 1997), overgewicht (gerapporteerd) en vier gezondheidsklachten (hoofdpijn, maagpijn, misselijkheid en slecht slapen). Verder zijn de volgende achtergrondkenmerken gebruikt: geslacht, leeftijd, etniciteit (gebaseerd op geboorteland leerling, vader en moeder), opleidingsniveau (ingedeeld in drie categorieën: VMBO, HAVO en VWO), familiesituatie (ingedeeld in drie categorieën: woont bij beide ouders, woont bij één ouder en co-ouderschap, adoptie-ouders, internaat of zelfstandig), ouderbetrokkenheid (gebaseerd op vier vragen en ingedeeld in twee categorieën: laag en midden/hoog) en wijk (de tien Utrechtse wijken).

2.3 Analyses

Bij de analyses voor de constructie van de sociale uitsluitingsindex is de volgende werkwijze toegepast. Per dimensie zijn de geselecteerde vragen met behulp van een principale componentenanalyse onderzocht op onderlinge samenhang. Vragen met een componentenlading onder 0,40 zijn afgefallen. Van de resterende vragen is vervolgens de interne consistentie (Cronbach's Alpha) berekend. Van deze vragen is vervolgens een somscore berekend. Daarna is per dimensie een onderscheid gemaakt in de 10% leerlingen met de hoogste score (P10) en de rest. Deze afkappunt is gebruikt omdat er geen gevalideerde afkappunten voor deze dimensies bestaan. Om de totale sociale uitsluitingsindex te berekenen zijn eerst Z-scores van de somscores van de vier dimensies berekend en deze zijn vervolgens bij elkaar opgeteld. Ook hier is vervolgens als afkappunt de 10% hoogst scorende leerlingen gebruikt. Alvorens de samenhang tussen sociale uitsluiting en gezondheid te onderzoeken, is naar variabelen gezocht die zowel met sociale uitsluiting en de gezondheidsuitkomsten samenhangen, om rekening te houden met het verstoring effect van deze variabelen. Hiervoor zijn de verschillen getoetst met een chi-kwadraat-toets. Vervolgens is met behulp van logistische regressieanalyses onderzocht of de samenhang tussen sociale uitsluiting en de gezondheidsuitkomsten en -determinanten onafhankelijk zijn. De analyses zijn uitgevoerd met IBM/SPSS 19.0.

2.4 Demografie

Van de 2423 leerlingen die in de analyses voor het onderzoek meegenomen zijn, was 49% jongen (en 51% meisje). Het grootste deel (78%) van de leerlingen was 14 of 15 jaar oud en meer dan de helft (53%) was van Nederlandse origine, 21% Marokkaans, 11% Turks, 6% Surinaams of Antilliaans en 9% was van een andere herkomst.

De overige gegevens van de leerlingen die aan het onderzoek meegedaan hebben, zijn eerder gerapporteerd (Van Buren, e.a., 2010). In deze publicatie is ook informatie over de representativiteit van de onderzoekspopulatie te vinden. Apart dient vermeld te worden dat voor de interpretatie van de verschillen naar leeftijd rekening gehouden moet worden dat bij de 12 en 13 jarigen Nederlandse HAVO/VWO-leerlingen oververtegenwoordigd zijn en bij de 16 jaar en oudere leerlingen allochtone VMBO-leerlingen.

3 Sociale uitsluiting

In dit hoofdstuk wordt nagegaan of het mogelijk is om met behulp van de JMU-gegevens een sociale uitsluitings-index te berekenen. In eerste instantie wordt onderzocht of de vier dimensies van sociale uitsluiting te reproduceren zijn. Daarna wordt met behulp van deze vier dimensies onderzocht of hiermee een sociale uitsluitings-index samengesteld kan worden. Als laatste worden de risicogroepen voor sociale uitsluiting verkend.

3.1 De vier dimensies van sociale uitsluiting

Onvoldoende sociale participatie

In tabel 1 is weergegeven welke mogelijke indicatoren van onvoldoende sociale participatie bij adolescenten in de jeugdmonitor-data aanwezig zijn, uitgesplitst naar leeftijd.

Tabel 1. Mogelijke indicatoren van onvoldoende sociale participatie bij adolescenten, naar leeftijdsgroep (percentages).

Indicator	13 jaar < (n=333)	14 jaar (n=1046)	15 jaar (n=846)	16 jaar > (n=198)	Totaal (n=2423)
Maatschappelijke deelname					
Geen lid van sportvereniging of -school	24%	30%	36%	50%	33%
Geen lid van andere vereniging	18%	21%	28%	43%	25%
Gaat zelden/nooit naar activiteiten kerk/mosk.	73%	62%	61%	50%	62%
Gaat zelden/nooit naar cursus	65%	71%	74%	78%	72%
Speel- of ontmoetingsplekken in de buurt					
Gaat zelden/nooit naar activiteiten buurthuis	73%	68%	67%	60%	68%
Hangt nooit op straat rond	41%	36%	37%	30%	37%
Uitstapjes					
Gaat zelden/nooit naar café of snackbar	15%	18%	19%	22%	18%
Gaat zelden/nooit naar discotheek	34%	41%	41%	43%	40%
Gaat zelden/nooit naar festival/popconcert	65%	58%	59%	52%	59%
Gaat zelden/nooit naar bioscoop	3%	6%	6%	11%	6%
Gaat zelden/nooit naar house/danceparty	71%	71%	63%	56%	67%
Gaat zelden/nooit naar museum	43%	46%	55%	69%	51%
Gaat zelden/nooit naar poolroom/café	81%	77%	69%	70%	74%
Gaat zelden/nooit naar speelhal/gokhal	91%	87%	86%	84%	87%
Gaat zelden/nooit naar sportkantine	37%	41%	47%	56%	44%
Gaat zelden/nooit naar theater/schouwburg	42%	48%	53%	62%	50%
Vakantie					
Is afgelopen jaar niet op vakantie geweest	7%	10%	12%	18%	11%

Tabel 1 (vervolg). Mogelijke indicatoren van onvoldoende sociale participatie bij adolescenten, naar leeftijdsgroep (percentages).

Indicator	13 jaar < (n=333)	14 jaar (n=1046)	15 jaar (n=846)	16 jaar > (n=198)	Totaal (n=2423)
Contact met vrienden en familie					
Heeft geen goede vrienden	9%	10%	8%	7%	9%
Heeft geen of maar één vriend op school	4%	5%	7%	6%	6%
Heeft niemand bij problemen	14%	17%	18%	16%	17%
Ontmoet thuis geen vrienden	41%	44%	43%	42%	43%
Komt niet bij vrienden thuis	39%	43%	46%	59%	44%
Doet nooit wat met of bij vrienden thuis	19%	19%	18%	19%	18%
Contact via internet					
E-mailt of chat nooit	6%	4%	5%	3%	5%
Belt of SMS't nooit met vrienden	10%	9%	10%	8%	10%

Met behulp van principale componentenanalyse is uitgezocht of de in tabel 1 vermelde indicatoren voldoende met elkaar samenhangen om één dimensie te vormen. Tevens is van de overgebleven indicatoren de onderlinge betrouwbaarheid (Cronbach's alpha) uitgerekend. In tabel 2 staan de indicatoren die voldoen het inclusiecriteria (componentlading > .40).

Tabel 2 Schaal van indicatoren die onvoldoende sociale participatie bij adolescenten meet

Indicatoren	Componentlading
Geen lid van sportvereniging of -school	.59
Geen lid van andere vereniging	.56
Gaat zelden/nooit naar café of snackbar	.41
Gaat zelden/nooit naar discotheek	.64
Gaat zelden/nooit naar house/danceparty	.47
Gaat zelden/nooit naar poolroom of -café	.41
Gaat zelden/nooit naar sportkantine	.58
Gaat zelden/nooit naar theater of schouwburg*	.45

Cronbach's alpha=.71 *alpha neemt toe als dit item verwijderd wordt

De dimensie onvoldoende sociale participatie houdt in dat adolescenten geen lid van een sportvereniging/school of andere vereniging zijn, zelden of nooit een café, snackbar, discotheek, house/danceparty, poolroom of café, sportkantine, theater of schouwburg bezoeken.

Onvoldoende normatieve integratie

In tabel 3 staan de mogelijke indicatoren van de dimensie onvoldoende normatieve integratie weergegeven.

Tabel 3. Mogelijke indicatoren van onvoldoende normatieve integratie bij adolescenten, naar leeftijdsgroep (percentages).

Indicator	13 jaar < (n=333)	14 jaar (n=1046)	15 jaar (n=846)	16 jaar > (n=198)	Totaal (n=2423)
Gedrag op school					
Heeft tenminste 1x gespijbeld van school	11%	13%	20%	21%	16%
Heeft tenminste 1x iemand gepest op school	23%	23%	20%	20%	22%
Normoverschrijdend gedrag					
Heeft tenminste 1x iets van minder €5 gestolen	17%	16%	18%	19%	17%
Heeft tenminste 1x iets van meer €5 gestolen	3%	6%	8%	11%	7%
Heeft tenminste 1 x muren of bushokjes beklad	15%	17%	18%	19%	17%
Heeft tenminste 1 x iets beschadigd op straat	16%	17%	15%	18%	16%
Heeft tenminste 1 x iets in brand gestoken	7%	9%	11%	14%	10%
Heeft tenminste 1 x op school gepikt	16%	14%	15%	12%	15%
Draagt wel eens een wapen bij zich	7%	9%	12%	11%	10%
Neemt wel eens een wapen mee naar school	3%	3%	6%	6%	5%
Neemt wel eens een wapen mee bij uitgaan	4%	5%	7%	8%	6%
Met opzet iemand lastiggevallen of bedreigd	9%	10%	13%	16%	11%
Ergens naar binnen gegaan om iets te stelen	4%	6%	8%	9%	6%
Iemand bedreigd met een wapen	4%	5%	6%	8%	5%
Iemand gedwongen geld o.i.d. af te geven	2%	2%	4%	7%	3%
Meegedaan aan een vechtpartij	11%	15%	20%	29%	17%
Iemand met opzet met een wapen verwond	1%	3%	4%	8%	3%
Tegen iemand gezegd hem in elkaar te slaan	18%	24%	26%	33%	24%
Iemand in elkaar geslagen	7%	14%	16%	25%	15%
Op een politiebureau ondervraagd	7%	9%	9%	11%	9%

Ook bij deze dimensie is met een principale componenten analyse uitgezocht of het mogelijk is een schaal van indicatoren die onvoldoende normatieve integratie meet te construeren. Het resultaat is in tabel 4 te zien.

Tabel 4. Schaal van indicatoren die onvoldoende normatieve integratie bij adolescenten meet

Indicatoren	Componentlading
Heeft tenminste 1x iets van minder €5 gestolen	.49
Heeft tenminste 1x iets van meer €5 gestolen	.58
Heeft tenminste 1 x muren of bushokjes beklad	.49
Heeft tenminste 1 x iets beschadigd op straat	.59
Heeft tenminste 1 x iets in brand gestoken	.59
Heeft tenminste 1 x op school gepikt	.47
Draagt wel eens een wapen bij zich	.65
Neemt wel eens een wapen mee naar school	.58
Neemt wel eens een wapen mee bij uitgaan	.59
Met opzet iemand lastiggevallen of bedreigd	.59
Ergens naar binnen gegaan om iets te stelen	.59
Iemand bedreigd met een wapen	.66
Iemand gedwongen geld o.i.d. af te geven	.64
Meegedaan aan een vechtpartij	.64
Iemand met opzet met een wapen verwond	.58
Tegen iemand gezegd hem in elkaar te slaan	.58
Iemand in elkaar geslagen	.59
Op een politiebureau ondervraagd	.46

Cronbach's alpha=.87

De dimensie onvoldoende normatieve integratie wordt voornamelijk bepaald door normoverschrijdend gedrag. De items die betrekking hebben op het gedrag op school hebben een te lage componentlading om opgenomen te worden in de dimensie.

Materiële deprivatie

In tabel 5 zijn de mogelijke indicatoren voor materiële deprivatie weergegeven. Voor deze dimensie is de internationaal veel gebruikte 'Family Affluence Scale' (FAS) gebruikt.

Tabel 5. Mogelijke indicatoren van materiële deprivatie bij adolescenten, naar leeftijdsgroep (percentages).

Indicator	13 jaar < (n=333)	14 jaar (n=1046)	15 jaar (n=846)	16 jaar > (n=198)	Totaal (n=2423)
Family Affluence Scale					
Gezin bezit geen auto (of bestelbusje)	8%	9%	13%	17%	11%
Heeft geen eigen slaapkamer	11%	15%	15%	23%	15%
Is het afgelopen jaar niet met vakantie geweest	7%	10%	12%	18%	11%
Gezin bezit geen of maar 1 PC of Laptop	9%	14%	17%	23%	15%

Alle vier items van de FAS hebben een componentlading die groter is dan .40 maar de onderlinge betrouwbaarheid (Cronbach's alpha) is laag (.50). Omdat FAS in internationaal onderzoek zijn waarde aangetoond heeft (Schnohr, et al, 2008; Levin, et al, 2011) en ook in de JMU naar tevredenheid gebruikt wordt, zal deze als de dimensie materiële deprivatie gebruikt worden.

Tabel 6. Schaal van indicatoren die materiële deprivatie bij adolescenten meet

Indicatoren	Componentlading
Gezin bezit geen auto (of bestelbusje)	.53
Heeft geen eigen slaapkamer	.50
Is het afgelopen jaar niet met vakantie geweest	.66
Gezin bezit geen of maar 1 PC of Laptop	.70

Cronbach's alpha=.50

Onvoldoende toegang tot sociale grondrechten

De mogelijke indicatoren voor onvoldoende toegang tot sociale grondrechten staan in tabel 7 vermeld.

Tabel 7. Mogelijke indicatoren van onvoldoende toegang tot sociale grondrechten bij adolescenten, naar leeftijdsgroep (percentages).

Indicator	13 jaar < (n=333)	14 jaar (n=1046)	15 jaar (n=846)	16 jaar > (n=198)	Totaal (n=2423)
Onprettige en onveilige leefomgeving					
Ontevreden met de buurt	14%	15%	16%	22%	16%
Voelt zich wel eens onveilig in de buurt	38%	37%	35%	65%	36%
Voelt zich onveilig op school	29%	27%	26%	24%	26%
Voelt zich onveilig in de klas	7%	9%	12%	9%	9%
Voelt zich onveilig in de kantine/aula	15%	12%	16%	14%	14%
Voelt zich onveilig in de gangen	15%	14%	17%	16%	15%
Voelt zich onveilig in de gymzaal/sportveld	13%	10%	14%	15%	12%
Voelt zich onveilig rond school/ op schoolplein	22%	20%	21%	21%	21%
Voelt zich onderweg naar huis onveilig	18%	18%	20%	19%	19%
Heeft last van pesten en plagen op school	6%	7%	7%	9%	7%
Heeft last van uitschelden op school	9%	8%	10%	14%	9%
Heeft last van cyberpesten op school	4%	3%	4%	6%	4%
Heeft last van stelen op school	11%	9%	10%	14%	10%
Heeft last van vernieling op school	4%	5%	7%	9%	6%
Heeft last van angst voor leerlingen op school	7%	5%	6%	7%	6%
Heeft last van angst voor anderen rond school	4%	3%	4%	7%	4%
Heeft last van geweld door anderen op school	4%	4%	6%	9%	5%
Heeft last van bedreiging op school	1%	2%	3%	4%	2%
Heeft last van alc/druggebruik door anderen	5%	4%	5%	7%	5%
Heeft last van onplezierig aangeraakt worden	6%	4%	6%	10%	6%
Heeft last van bejegening door docent school	10%	9%	11%	13%	10%
Onvoldoende voorzieningen in de buurt					
Mist speelplekken in de buurt	57%	57%	60%	61%	59%
Vindt dat er onvoldoende aanbod in de buurt is	50%	40%	45%	46%	47%
Onvoldoende toegang tot school					
Voelt zich buitengesloten op school	8%	7%	6%	7%	7%
Beoordeelt de school onvoldoende	12%	11%	18%	23%	15%

Van de oorspronkelijke 25 indicatoren hebben er 19 een voldoende componentlading. Deze indicatoren staan in tabel 8.

Tabel 8. Schaal van indicatoren die onvoldoende toegang tot sociale grondrechten bij adolescenten meet

Indicatoren	Componentlading
Voelt zich onveilig op school	.55
Voelt zich onveilig in de klas	.55
Voelt zich onveilig in de kantine/aula	.63
Voelt zich onveilig in de gangen	.67
Voelt zich onveilig in de gymzaal/sportveld	.59
Voelt zich onveilig rond school/ op schoolplein	.62
Voelt zich onderweg naar huis onveilig	.50
Heeft last van pesten en plagen op school	.50
Heeft last van uitschelden op school	.54
Heeft last van cyberpesten op school	.53
Heeft last van stelen op school	.54
Heeft last van vernieling op school	.57
Heeft last van angst voor leerlingen op school	.62
Heeft last van angst voor anderen rond school	.55
Heeft last van geweld door anderen op school	.55
Heeft last van bedreiging op school	.50
Heeft last van alc/druggebruik door anderen	.43
Heeft last van onplezierig aangeraakt worden	.47
Voelt zich buitengesloten op school	.51

Cronbach's alpha=.87

De dimensie onvoldoende toegang tot sociale grondrechten wordt volledig bepaald door de indicatoren die tot de onprettige en onveilige leefomgeving behoren. De vier indicatoren van onvoldoende voorzieningen in de buurt en toegang tot school zijn niet in de dimensie opgenomen.

3.2 De constructie van de sociale uitsluitingsindex

In tabel 9 is weergegeven hoe de constructie van de vier dimensies van sociale uitsluiting heeft plaatsgevonden. De items van de verschillende dimensies die een te lage componentlading ($<0,40$) hadden, zijn afgefallen bij de berekening van de somscores. De dimensies 'onvoldoende sociale participatie', 'onvoldoende normatieve integratie' en 'onvoldoende toegang tot sociale grondrechten' hebben een relatief hoge betrouwbaarheid ($> .60$). De betrouwbaarheid van de dimensie 'materiële deprivatie' is lager, maar omdat hiervoor de veel gebruikte 'Family Affluence Scale' uitgekozen is, wordt deze toch bij het berekenen van de sociale uitsluitingsindex meegenomen.

Tabel 9. Constructie van de Sociale Uitsluitingsindex

Dimensies	Oorspronkelijk aantal items	Uiteindelijk aantal items	Betrouwbaarheid (Cronbach's alpha)
Onvoldoende sociale participatie	26	7	.71
Onvoldoende normatieve integratie	20	18	.87
Materiële deprivatie	4	4	.50
Onvoldoende toegang tot sociale grondrechten	25	19	.87

De volgende stap bij de berekening van de sociale uitsluitingsindex is het onderzoeken van de onderlinge samenhang van de vier verschillende dimensies. Dit staat in tabel 10 vermeld.

Tabel 10. Onderlinge samenhang van de dimensies en de Sociale Uitsluitingsindex

Dimensies	Sociale Participat.	Normat. Integratie	Materiële Deprivatie	Sociale grondr.	Sociale Uitsluiting
Onvoldoende sociale participatie	1	0,297**	0,230**	0,004	0,435**
Onvoldoende normatieve integratie		1	0,049*	0,304**	0,484**
Materiële deprivatie			1	0,116**	0,630**
Onvoldoende toegang tot sociale grondrechten				1	0,645**
Sociale uitsluiting					1

* $P < 0,05$ ** $P < 0,01$

Alleen de samenhang tussen 'onvoldoende sociale participatie' en 'onvoldoende toegang tot sociale grondrechten' is niet statistisch significant. Omdat vijf van de zes correlatiecoëfficiënten wel significant zijn, kunnen we de vier dimensies samen te voegen tot één sociale uitsluitingsindex. Dit is dit gedaan door de Z-scores van de vier dimensies bij elkaar op te tellen. Overeenkomstig de door het SCP beproefde werkwijze hebben we de somscore op de sociale uitsluitingsindex gedichotomiseerd (10% hoogste score vs rest). Dit maakt het mogelijk om op een inzichtelijke manier risicogroepen in kaart te brengen (zie 3.3).

3.3 De risicogroepen voor sociale uitsluiting

Met de gedichotomiseerde sociale uitsluitingsindex is onderzocht wat mogelijke risicogroepen voor sociale uitsluiting zijn (zie tabel 11). Voor de volledigheid zijn ook de vier dimensies van sociale uitsluiting weergegeven. Hierbij was het niet mogelijk om het afkappunt bij 10% te kiezen (de verdeling van de waarden liet dit niet toe), maar is het percentage dat zo dicht mogelijk bij 10% ligt, gekozen. Sociale uitsluiting komt het meest voor bij leerlingen met een Marokkaanse en Turkse etniciteit, leerlingen van het VMBO, leerlingen die niet bij hun beide ouders wonen, leerlingen met een lage ouderbetrokkenheid en leerlingen uit Noordwest, Overvecht en Zuidwest. Bij de oudere leerlingen die aan dit onderzoek meegedaan hebben, komt sociale uitsluiting ook iets vaker voor, bij controle voor de andere kenmerken valt dit verschil weg.

Tabel 11. Sociale uitsluiting en de vier dimensies naar achtergrondkenmerken.

	Onvoldoende sociale participatie (n=2391)	Onvoldoende normatieve integratie (n=2360)	Materiële deprivatie (n=2400)	Onvoldoende toegang soc. Grondrechten (n=2347)	Sociale uitsluiting (n=2314)
Geslacht	**	**	N.S.	N.S.	N.S.
Jongen	8%	17%	10%	12%	10%
Meisje	18%	5%	12%	12%	10%
Leeftijd	**	*	**	N.S.	**
12, 13 jaar	8%	8%	6%	11%	7%
14 jaar	12%	11%	10%	11%	8%
15 jaar	14%	12%	13%	13%	12%
16 jaar +	21%	17%	22%	16%	17%
Etniciteit	**	N.S.	**	*	**
Nederlands	5%	10%	4%	11%	4%
Sur./Ant.	13%	11%	21%	17%	14%
Marokkaans	28%	12%	23%	13%	17%
Turks	25%	11%	18%	17%	19%
Overig	13%	15%	14%	12%	14%
Opleiding	**	**	**	**	**
Laag (VMBO)	21%	15%	19%	19%	18%
Midden (Havo)	11%	10%	8%	8%	6%
Hoog (VWO)	6%	7%	4%	7%	3%
Familiesituatie	N.S.	*	*	*	**
Beide ouders	13%	10%	9%	12%	8%
Eénouder	15%	13%	22%	13%	17%
Anders	13%	19%	17%	18%	20%
Ouderbetrokkenh.	NS	**	**	**	**
Laag	14%	16%	17%	20%	18%
Midden/hoog	13%	10%	10%	11%	8%
Wijk	**	**	**	**	**
West	14%	10%	11%	12%	10%
Noordwest	20%	20%	17%	15%	15%
Overvecht	25%	12%	20%	16%	20%
Noordoost	6%	9%	3%	7%	3%
Oost	3%	12%	4%	10%	5%
Binnenstad	6%	15%	2%	6%	4%
Zuid	13%	11%	11%	7%	6%
Zuidwest	17%	9%	23%	10%	15%
Leidsche Rijn	16%	6%	10%	20%	11%
Vleuten-De M.	7%	9%	5%	14%	6%
Totaal	13%	11%	11%	12%	10%

* P < .01 ** p < .001 N.S. niet significant

De hoge scores op de vier afzonderlijke dimensies vertonen een iets complexer beeld. Zo is er geen verschil in sociale uitsluiting tussen jongens en meisjes, maar onvoldoende sociale participatie komt vaker voor bij meisjes en onvoldoende normatieve integratie vaker bij jongens. Verder valt op dat er geen verschil in onvoldoende normatieve integratie tussen de etnische categorieën is, terwijl dit wel het geval is voor sociale uitsluiting en de andere drie dimensies. Dit verschil treedt ook op bij de familiesituatie en ouderbetrokkenheid, waar er alleen geen verschil bij de dimensie onvoldoende sociale participatie gevonden is.

4 Sociale uitsluiting en gezondheid

In dit hoofdstuk komt de samenhang tussen sociale uitsluiting en gezondheid aan bod. Als uitkomstmaten voor gezondheid zijn de ervaren gezondheid, psychosociale problemen, overgewicht, frequent last hebben van hoofdpijn, maagpijn en misselijkheid en slecht slapen gebruikt. Omdat er bij de samenhang tussen sociale uitsluiting en gezondheid sprake kan zijn van een verstrend effect ('confounding') van achtergrondkenmerken (die zowel samenhangen met sociale uitsluiting en de gezondheidsuitkomsten), hebben we van de vijf gezondheidsuitkomsten de risicogroepen onderzocht (zie tabel 12).

4.1 Gezondheid naar achtergrondkenmerken

Meisjes rapporteren over het algemeen een slechtere gezondheid dan jongens. Dit geldt ook voor leerlingen van het VMBO, leerlingen die niet bij beide ouders wonen en leerlingen met een lage ouder betrokkenheid. Turkse leerlingen hebben een slechtere ervaren gezondheid, vaker een verhoogd risico op psychosociale problematiek (SDQ-score) en vaker overgewicht dan de overige leerlingen. Leerlingen van het VMBO hebben op vier van de vijf gezondheidsuitkomsten een slechter beeld dan de overige leerlingen.

Tabel 12, Gezondheidsuitkomsten naar achtergrondkenmerken.

	Ervaren gezondheid < goed (n=2409)	Psychosoc. problematiek Verhoogd (n=2406)	Overgewicht (n=2237)	Frequent hoofd-, maag pijn, misselijk (n=2366)	Frequent slecht slapen (n=2390)
Geslacht	**	N.S.	*	**	**
Jongen	13%	16%	14%	14%	20%
Meisje	20%	18%	10%	29%	27%
Leeftijd	N.S.	*	N.S.	N.S.	N.S.
12, 13 jaar	14%	15%	10%	24%	27%
14 jaar	16%	16%	11%	21%	21%
15 jaar	18%	19%	13%	21%	25%
16 jaar +	20%	25%	17%	23%	22%
Etniciteit	*	*	**	N.S.	N.S.
Nederlands	15%	16%	7%	21%	26%
Sur./Ant.	13%	11%	13%	19%	24%
Marokkaans	18%	18%	17%	23%	20%
Turks	23%	21%	29%	26%	22%
Overig	19%	23%	11%	19%	22%
Opleiding	*	**	**	**	N.S.
Laag	19%	23%	19%	25%	22%
Midden	17%	15%	8%	22%	24%
Hoog	13%	13%	7%	16%	24%
Totaal	17%	17%	12%	21%	23%

* P < .01 ** p < .001 N.S. niet significant

Tabel 12 (vervolg). Gezondheidsuitkomsten naar achtergrondkenmerken.

	Ervaren gezondheid < goed (n=2409)	Psychosoc. problematiek Verhoogd (n=2406)	Overgewicht (n=2237)	Frequent hoofd-, maag pijn, misselijk (n=2366)	Frequent slecht slapen (n=2390)
Familiesituatie	**	**	*	NS	*
Beide ouders	14%	15%	11%	20%	22%
Eénouder	25%	22%	14%	24%	27%
Anders	27%	32%	19%	24%	31%
Ouderbetrokk.h.	**	**	*	*	**
Laag	33%	29%	16%	26%	37%
Midden/hoog	13%	15%	11%	20%	21%
Wijk	N.S.	*	**	**	**
West	12%	16%	9%	16%	19%
Noordwest	22%	25%	18%	25%	27%
Overvecht	20%	16%	20%	26%	23%
Noordoost	15%	15%	4%	13%	23%
Oost	15%	12%	9%	19%	28%
Binnenstad	18%	20%	11%	31%	26%
Zuid	19%	11%	10%	20%	23%
Zuidwest	17%	19%	17%	21%	18%
Leidsche Rijn	16%	21%	15%	18%	18%
Vleuten-De M.	14%	21%	9%	28%	28%
Totaal	17%	17%	12%	21%	23%

* P < .01 ** p < .001 N.S. niet significant

Leerlingen die niet bij beide ouders wonen en leerlingen met een lage ouder betrokkenheid hebben gemiddeld een slechtere gezondheid. Dit geldt ook voor leerlingen uit de wijken Noordwest en Overvecht.

4.2 Samenhang tussen sociale uitsluiting en gezondheid

In tabel 13 is de onderlinge samenhang tussen sociale uitsluiting en de vier dimensies en de vijf gezondheidsuitkomsten weergegeven. Leerlingen die hoog scoren op de sociale uitsluitingsindex hebben duidelijk een slechtere gezondheid dan de overige leerlingen. Bij alle vijf gezondheidsuitkomsten is dit het geval. Het verschil tussen de leerlingen met een hoge score op sociale uitsluiting en de overige leerlingen is het grootst bij een verhoogd risico op psychosociale problematiek (SDQ-score). Van de vier dimensies blijkt onvoldoende toegang tot sociale grondrechten ook met alle vijf gezondheidsuitkomsten samen te hangen. Materiële deprivatie hangt alleen samen met een verhoogd risico op psychosociale problematiek en overgewicht.

Tabel 13 Gezondheidsuitkomsten naar sociale uitsluiting en dimensies

	Ervaren gezondheid < goed	Psychosoc. problematiek verhoogd	Overgewicht	Frequent hoofd-, maag pijn, misselijk	Frequent slecht slapen
Sociale uitsluiting	** (n=2301)	** (n=2306)	** (n=2158)	** (n=2260)	** (n=2282)
Nee	15%	14%	11%	20%	21%
Ja	29%	44%	20%	34%	41%
Onvoldoende sociale particip.	** (n=2377)	N.S. (n=2381)	* (n=2223)	* (n=2336)	N.S. (n=2359)
Nee	15%	17%	11%	20%	24%
Ja	24%	17%	17%	27%	21%
Onvoldoende norm. integratie	* (n=2346)	** (n=2350)	N.S. (n=2197)	N.S. (n=2306)	** (n=2328)
Nee	16%	15%	12%	21%	22%
Ja	21%	39%	12%	25%	36%
Materiële deprivatie	N.S. (n=2386)	** (n=2389)	** (n=2227)	N.S. (n=2343)	N.S. (n=2367)
Nee	16%	16%	11%	21%	24%
Ja	20%	26%	19%	24%	22%
Onvoldoende toegang sociale grondrechten	** (n=2334)	** (n=2339)	** (n=2187)	** (n=2293)	** (n=2315)
Nee	14%	13%	11%	20%	21%
Ja	31%	45%	19%	34%	39%
Totaal	17%	17%	12%	21%	23%

* P < .01 ** p < .001 N.S. niet significant

In de laatste analyses voor dit hoofdstuk hebben we onderzocht of de samenhangen tussen sociale uitsluiting en de gezondheidsuitkomsten blijven bestaan wanneer er gecorrigeerd wordt voor achtergrondkenmerken. In tabel 14 is te zien dat alle significante samenhangen tussen sociale uitsluiting en de gezondheidsuitkomsten na correctie blijven bestaan, met uitzondering van overgewicht. Bij de ervaren gezondheid, een problematische SDQ-score, frequente hoofdpijn en misselijkheid wordt de samenhang (uitgedrukt in odds ratio's) iets minder sterk, maar blijven wel significant. Bij frequent slecht slapen wordt de samenhang iets groter.

Tabel 14. Gezondheidsuitkomsten naar mate van sociale uitsluiting in procenten, ruwe en gecorrigeerde odds

	%	OR (ruw)	95% BI	OR (gecor.)	95% BI
Ervaren Gezondheid < goed					
<i>Sociale Uitsluiting</i>					
Nee	15%	1		1	
Ja	29%	2,28	1,67-3,10	1,76	1,24-2,51
Psychosoc probl. verh.					
<i>Sociale Uitsluiting</i>					
Nee	14%	1		1	
Ja	44%	4,83	3,61-6,44	4,08	2,93-5,67
Overgewicht					
<i>Sociale Uitsluiting</i>					
Nee	11%	1		1	
Ja	20%	1,96	1,35-2,83	1,04	0,69-1,57
Frequent hoofdpijn, e.d.					
<i>Sociale Uitsluiting</i>					
Nee	20%	1		1	
Ja	34%	2,10	1,56-2,83	1,80	1,29-2,53
Frequent slecht slapen					
<i>Sociale Uitsluiting</i>					
Nee	21%	1		1	
Ja	41%	2,51	1,88-3,34	2,73	1,98 -3,78

OR's gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, etniciteit, opleiding, familiesituatie, ouderbetrokkenheid en wijk

5 Sociale uitsluiting en determinanten van gezondheid

In dit hoofdstuk wordt de samenhang tussen sociale uitsluiting en enkele determinanten van gezondheid (leefstijlfactoren) onderzocht. Als de determinanten van gezondheid zijn onregelmatig ontbijten, niet voldoen aan de sportnorm, roken, alcohol- en cannabisgebruik uitgekozen. Omdat er net als bij de bij de samenhang tussen sociale uitsluiting en gezondheid ook hier sprake kan zijn van een verstoring effect ('confounding') van achtergrondkenmerken (die zowel samenhangen met sociale uitsluiting en de determinanten van gezondheid), hebben we van de vijf determinanten van gezondheid de risicogroepen onderzocht (zie tabel 15).

5.1 Gezondheidsdeterminanten naar achtergrondkenmerken

Meisjes ontbijten onregelmatiger en voldoen minder vaak aan de sportnorm dan jongens. Daar staat tegenover dat zij minder vaak ooit cannabis gebruikt hebben dan jongens. Alle gezondheidsdeterminanten hangen met leeftijd samen, maar hier is enige voorzichtigheid geboden vanwege de vertekening met opleidingsniveau (zie 2.3). Autochtone leerlingen ontbijten minder vaak onregelmatig en voldoen vaker aan de sportnorm dan allochtone leerlingen. Turkse en Marokkaanse leerlingen hebben minder vaak alcohol en cannabis gebruikt dan de overige leerlingen. Daarnaast roken Marokkaanse leerlingen minder vaak dan de overige leerlingen, terwijl Turkse leerlingen een middenpositie innemen. Leerlingen met een laag opleidingsniveau ontbijten onregelmatiger en voldoen minder vaak aan de sportnorm dan de leerlingen met een hoger opleidingsniveau. Zij hebben wel minder vaak alcohol gedronken en cannabis gebruikt dan de overige leerlingen. Leerlingen die bij beide ouders wonen komen bij alle gezondheidsdeterminanten beter naar voren dan de leerlingen met een andere thuissituatie. Dit geldt ook voor de leerlingen bij wie sprake is van een midden of hoge ouderbetrokkenheid. Leerlingen uit de wijken Noordwest, Overvecht en Zuidwest ontbijten onregelmatiger en voldoen minder vaak aan de sportnorm dan de leerlingen uit de andere wijken. Leerlingen uit Noordoost, Oost en de Binnenstad stad hebben vaker alcohol gedronken dan de overige leerlingen. Ooit cannabis gebruikt komt bij leerlingen uit Overvecht, Zuidwest en Leidsche Rijn minder vaak voor dan bij de leerlingen uit de andere wijken.

Tabel 15, Gezondheidsdeterminanten (leefstijl) naar achtergrondkenmerken.

	Onregelmatig ontbijten (n=2409)	Voldoet niet aan sportnorm (n=2406)	Rookt nu (n=2237)	Alcohol gebruikt (mnd) (n=2366)	Ooit cannabis gebruikt (n=2390)
Geslacht	*	**	NS	NS	*
Jongen	19%	25%	11%	25%	16%
Meisje	24%	50%	13%	27%	12%
Leeftijd	**	**	**	**	**
12, 13 jaar	13%	32%	6%	17%	8%
14 jaar	19%	35%	10%	23%	11%
15 jaar	25%	41%	16%	31%	18%
16 jaar +	39%	47%	20%	35%	20%
Etniciteit	**	**	**	**	**
Nederlands	12%	32%	15%	36%	18%
Sur./Ant.	29%	43%	15%	35%	19%
Marokkaans	37%	45%	4%	3%	4%
Turks	36%	47%	10%	8%	6%
Overig	25%	42%	14%	32%	18%
Opleiding	**	**	*	**	**
Laag	35%	45%	13%	20%	10%
Midden	17%	37%	15%	32%	18%
Hoog	10%	29%	9%	28%	15%
Familiesituatie	**	**	**	**	*
Beide ouders	20%	36%	11%	24%	13%
Eénouder	28%	46%	15%	33%	16%
Anders	30%	44%	21%	36%	20%
Ouderbetrokk.h.	**	**	**	**	**
Laag	31%	48%	20%	35%	21%
Midden/hoog	19%	36%	11%	24%	13%
Wijk	**	**	*	**	**
West	17%	38%	18%	30%	20%
Noordwest	36%	43%	13%	21%	14%
Overvecht	31%	46%	7%	17%	8%
Noordoost	9%	25%	14%	35%	20%
Oost	9%	27%	14%	37%	20%
Binnenstad	16%	33%	24%	38%	34%
Zuid	18%	41%	9%	23%	11%
Zuidwest	32%	43%	8%	16%	7%
Leidsche Rijn	27%	40%	13%	23%	9%
Vleuten-De M.	19%	39%	13%	29%	14%
Totaal	22%	38%	12%	26%	14%

* P < .01 ** p < .001 N.S. niet significant

5.2 Samenhang tussen sociale uitsluiting en gezondheidsdeterminanten

In tabel 16 is de onderlinge samenhang tussen sociale uitsluiting en de vier dimensies en de vijf determinanten van gezondheid weergegeven. Leerlingen die hoog scoren op de sociale uitsluitingsindex ontbijten vaker onregelmatig, voldoen minder vaak aan de sportnorm en roken vaker. Alcohol- en cannabisgebruik hangen bivariaat niet samen met sociale uitsluiting. Onvoldoende sociale participatie hangt samen met alle vijf determinanten van gezondheid, maar de richting van de samenhang is niet eenduidig: leerlingen die ongunstig scoren op sociale participatie ontbijten vaker onregelmatig en voldoen minder vaak aan de sportnorm, maar hebben minder vaak gerookt, alcohol en cannabis gebruikt. Voor de drie andere dimensies van sociale uitsluiting is eenzelfde diffuus patroon gevonden.

Tabel 16 Gezondheidsdeterminanten naar sociale uitsluiting en dimensies

	Onregelmatig ontbijten	Voldoet niet aan sportnorm	Rookt nu	Alcohol gebruikt (afgel. mnd.)	Ooit cannabis gebruikt
Sociale uitsluiting	** (n=2304)	** (n=2289)	** (n=2158)	NS (n=2266)	NS (n=2298)
Nee	19%	35%	12%	26%	14%
Ja	44%	57%	18%	26%	17%
Onvoldoende sociale particip.	** (n=2380)	** (n=2366)	** (n=2367)	** (n=2370)	** (n=2373)
Nee	19%	31%	14%	29%	16%
Ja	38%	80%	3%	6%	2%
Onvoldoende norm. integratie	** (n=2349)	* (n=2335)	** (n=2337)	** (n=2340)	** (n=2344)
Nee	20%	39%	9%	23%	10%
Ja	32%	29%	39%	51%	44%
Materiële deprivatie	** (n=2389)	** (n=2374)	NS (n=2377)	** (n=2380)	* (n=2367)
Nee	19%	35%	13%	27%	15%
Ja	39%	56%	9%	17%	8%
Onvoldoende toegang sociale grondrechten	** (n=2337)	** (n=2322)	* (n=2323)	NS (n=2327)	NS (n=2330)
Nee	20%	36%	12%	25%	13%
Ja	34%	47%	17%	31%	18%
Totaal	22%	38%	12%	26%	14%

* $P < .01$ ** $p < .001$ N.S. niet significant

Overeenkomstig met de analyses bij de gezondheidsuitkomsten is ook hier onderzocht of de samenhangen tussen sociale uitsluiting en de determinanten van gezondheid blijven bestaan wanneer er gecorrigeerd wordt voor achtergrondkenmerken. Daarnaast is er de mogelijkheid dat er na correctie voor achtergrondkenmerken significante samenhangen ontstaan die er

oorspronkelijk niet waren. In tabel 17 is te zien dat de drie significante samenhangen tussen sociale uitsluiting en de determinanten van gezondheid na correctie blijven bestaan en dat alcohol- en cannabisgebruik na de correctie voor achtergrondkenmerken analyse wel samenhangen met sociale uitsluiting.

Tabel 17. Gezondheidsdeterminanten naar mate van sociale uitsluiting in procenten, ruwe en gecorrigeerde odds

	%	OR (ruw)	95% BI	OR (gecor.)	95% BI
Onregelmatig ontbijten					
<i>Sociale Uitsluiting</i>					
Nee	19%	1		1	
Ja	44%	3,43	2,58-4,56	1,78	1,29-2,45
Voldoet niet aan sportnorm					
<i>Sociale Uitsluiting</i>					
Nee	35%	1		1	
Ja	57%	2,45	1,86-3,23	1,99	1,45-2,74
Rookt nu					
<i>Sociale Uitsluiting</i>					
Nee	12%	1		1	
Ja	18%	1,66	1,15-2,39	1,66	1,07-2,56
Alcohol gebruikt (mnd.)					
<i>Sociale Uitsluiting</i>					
Nee	26%	1		1	
Ja	26%	1,00	0,73-1,36	1,60	1,10-2,39
Ooit cannabis gebruikt					
<i>Sociale Uitsluiting</i>					
Nee	14%	1		1	
Ja	17%	1,30	0,91-1,89	1,85	1,19 -2,87

OR's gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, etniciteit, opleiding, familiesituatie, ouderbetrokkenheid en wijk

6 Conclusie en aanbevelingen

Met bestaande gegevens uit de Jeugdmonitor Utrecht hebben we onderzocht of het mogelijk is om een sociale uitsluitingsindex bij adolescenten te berekenen. Hoewel de gegevens niet primair bedoeld waren om sociale uitsluiting te onderzoeken, konden we met vragen die aansluiten bij de door het SCP gebruikte dimensies een index berekenen. De interne consistenties van drie van de dimensies ('onvoldoende sociale participatie', 'onvoldoende normatieve integratie' en 'onvoldoende toegang tot sociale grondrechten') waren redelijk tot goed te noemen (Cronbach's alpha > .60). Alleen de betrouwbaarheid van de dimensie 'materiële deprivatie' was minder goed, maar omdat hiervoor een bestaande schaal gebruikt is (FAS) is deze toch bij het berekenen van de sociale uitsluitingsindex meegenomen. Ook was de onderlinge samenhang tussen de vier dimensies in vijf van de zes gevallen significant. Alle vier dimensies hadden een (redelijk hoge) significante samenhang met de gedichotomiseerde sociale uitsluitingsindex.

Met de gedichotomiseerde sociale uitsluitingsindex zijn duidelijke risicogroepen gevonden: leerlingen met een Marokkaanse en Turkse etniciteit, leerlingen van het VMBO, leerlingen die niet bij hun beide ouders wonen, leerlingen met een lage ouderbetrokkenheid en leerlingen uit Noordwest, Overvecht en Zuidwest.

Sociale uitsluiting hangt niet alleen samen met een slechtere gezondheid (alle vijf gezondheidsuitkomsten en na correctie voor achtergrondkenmerken; met uitzondering van overgewicht), maar ook met vijf gezondheidsdeterminanten (onregelmatig ontbijten, voldoen aan sportnorm, roken, alcohol- en cannabisgebruik).

De vier dimensies van sociale uitsluiting hadden in meer of mindere mate eveneens een samenhang met de gezondheidsuitkomsten en -determinanten. Onvoldoende toegang tot sociale grondrechten (een onprettige en onveilige leefomgeving, onvoldoende voorzieningen in de buurt en onvoldoende toegang tot school) vertoonde de sterkste samenhang met de gezondheidsuitkomsten. Voor de gezondheidsdeterminanten was dit het geval bij onvoldoende sociale participatie en normatieve integratie.

Hoewel de in dit rapport gebruikte sociale uitsluitingsindex anders is berekend dan die van de Utrechtse volwassenen (Van Bergen, 2009) en het SCP (Roest, ea, 2010) zijn er toch overeenkomstige risicogroepen gevonden. Voor de Utrechtse volwassenen zijn dit laagopgeleiden, éénooudergezinnen, inwoners van de wijken Overvecht en Zuidwest en een Turkse herkomst. Risicogroepen die overeenkomen met de het landelijke SCP-onderzoek zijn (kinderen uit) een éénooudergezin, niet-westerse herkomst (Turks) en lage opleiding.

Opmerkelijk is dat in vergelijking met het onderzoek onder Utrechtse volwassenen het verschil in de prevalentie van sociale uitsluiting tussen autochtone (4%) en Turkse (19%) en Marokkaanse (17%) leerlingen veel kleiner is dan onder volwassenen. Bij de Utrechtse bevolking ouder dan 19 jaar heeft 6% van autochtone inwoners een hoge score op de sociale uitsluitingsindex tegenover 46% van de Marokkaanse en 52% van de Turkse Utrechters. Dit kan te maken hebben met de verschillende operationalisaties van het begrip sociale uitslui-

ting bij volwassenen en adolescenten. Ook kan er sprake zijn van sociale uitsluiting als een proces dat toeneemt met het stijgen van de leeftijd.

Voor het gemeentelijk sociaal en gezondheidsbeleid zijn de hier gevonden resultaten belangrijk. Sociale uitsluiting blijkt een zinvol en betrouwbaar concept te zijn om te hanteren voor beleid en uitvoering. Er zijn duidelijke risicogroepen te onderscheiden en sociale uitsluiting hangt samen met gezondheidsuitkomsten en -determinanten. Een goede gezondheid is een belangrijk middel om 'mee te doen' in de samenleving'. Vaak worden 'lage sociaal economische status (ses)' of armoede gebruikt als uitgangspunt voor beleid en uitvoering maar sociale uitsluiting biedt meer handvatten. Armoede heeft betrekking op een tekort aan financiële middelen, maar bij sociale uitsluiting komen ook achterstanden uit niet-financiële omstandigheden naar voren. Te denken valt dan aan de drie dimensies van sociale uitsluiting, sociale participatie, normatieve integratie en toegang tot sociale grondrechten, die niet direct aan financiële omstandigheden verbonden hoeven te zijn. Deze aspecten kunnen dan een explicietere plaats krijgen in het gemeentelijk beleid.

Omdat er duidelijke risicogroepen voor sociale uitsluiting bij adolescenten aan te wijzen zijn, kunnen interventies zich hierop richten. Door het concept sociale uitsluiting te gebruiken, ontstaan er voor interventies meer mogelijkheden dan wanneer er alleen met armoede of opleiding gewerkt wordt. Alle vier dimensies van sociale uitsluiting zijn even belangrijk omdat zij in meer of mindere mate samenhangen met gezondheid.

Wat betekenen de in dit onderzoek gevonden resultaten voor het lokale beleid? Dat sociale uitsluiting direct en indirect (via de leefstijlfactoren) gerelateerd is aan gezondheid betekent dat voor een effectief gezondheidsbeleid aanpalend sociaal beleid van groot belang is (en dat hiermee rekening gehouden dient te worden). Het bestaande beleid op het gebied van inburgering, sociale participatie, opvoedingsondersteuning en vergroting van de ouderbetrokkenheid kan dus ook een positieve invloed hebben op de gezondheid van Utrechtse adolescenten. Andersom zullen interventies gericht op het bevorderen van gezondheid en een gezonde leefstijl (sporten, psychosociale gezondheid, middelengebruik, voeding, e.a.) een bijdrage kunnen leveren aan het voorkomen van sociale uitsluiting. In dit opzicht versterken sociaal en gezondheidsbeleid elkaar, en is een integrale aanpak hierbij van belang.

Het ontbreken van een gevalideerd afkappunt voor de hier gebruikte sociale uitsluitingsindex heeft als gevolg dat het niet mogelijk is de omvang van de groep leerlingen die sociaal uitgesloten is nauwkeurig te bepalen. Dat de sociale uitsluitingsindex met het arbitrair gekozen afkappunt (de P10) wel duidelijke risicogroepen identificeert en samenhangt met de gezondheidsuitkomsten en -determinanten is een aanwijzing dat dit een bruikbaar afkappunt is. Ook kan (het afkappunt van) de sociale uitsluitingsindex gebruikt worden om sociale uitsluiting onder adolescenten te monitoren, en om deze te gebruiken als effectindicator van gemeentelijk beleid.

De in dit onderzoek gebruikte steekproef is niet helemaal representatief voor de Utrechtse jongeren in de leeftijd van 12 t/m 16 jaar. Omdat er relatief veel autochtone leerlingen met een lage sociaaleconomische status uit Utrecht naar een VMBO-school buiten Utrecht gaan,

kan het verschil in sociale uitsluiting tussen autochtone en allochtone leerlingen overschat zijn.

Met dit onderzoek is het niet mogelijk geweest om het oorzakelijk verband tussen sociale uitsluiting en gezondheid te bepalen. Sociale uitsluiting kan ongezondheid veroorzaken, maar een slechte gezondheid kan ook tot sociale uitsluiting leiden.

Met de sociale uitsluitingsindex is het mogelijk de mogelijke effecten van een breder gemeentelijk beleid op de gezondheidssituatie van Utrechtse adolescenten te monitoren.

Nu het mogelijk is gebleken een sociale uitsluitingsindex te berekenen en risicogroepen te identificeren bij 12 t/m 16 jarige Utrechtse adolescenten is het aan te bevelen om te onderzoeken of dit ook mogelijk is bij leerlingen van het basisonderwijs.

Literatuur

Bergen, A. van. *Naar een lokale samengestelde maat voor sociale uitsluiting: een methodologische oriëntatie*. Utrecht: GG&GD Utrecht, 2009.

Bergen, A. van. *Sociale uitsluiting in Utrecht: eerste resultaten in kader van de VMU Zorg voor Sociaal Kwetsbaren 2010*. Utrecht: GG&GD Utrecht, 2009

Buren, L. van, J. Toet, E. van Ameijden. *Jeugdmonitor Utrecht. Klas 2 en 3 van het voortgezet onderwijs. Schooljaar 2008–2009*, Utrecht: GG&GD Utrecht, 2010.

CBS. *Armoedemonitor 2003*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2003.

Currie, C., Molcho, M., Boyce, W., Holstein, B., Torsheim, T., & Richter, M. (2008a). Researching health inequalities in adolescents: The development of the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Family Affluence Scale. *Social Science and Medicine*, 66, 1429–1436.

Gemeente Utrecht. *Duurzaam gezond! Fit en weerbaar de toekomst in. Nota Volksgezondheid 2011–2014*. Utrecht: Gemeente Utrecht, 2011.

Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *J Child Psychol Psychiatry* 1997;38:581–6.

Hoff, S., C. Vrooman. *Dimensie van sociale uitsluiting. Naar een verbeterd meetinstrument*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2011.

Jehoel-Gijsbers, G. *Sociale Uitsluiting in Nederland*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2004.

Jehoel-Gijsbers, G. *Kunnen kinderen meedoen?* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2009.

Roest A, Lokhorst AM, Vrooman C (2010). *Sociale uitsluiting bij kinderen: omvang en achtergronden*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.

Toussaint, K. *Van armoede naar sociale uitsluiting (exclusie)*. Maastricht: Centrum voor Onderzoek naar Sociale Integratie, 2005.

WHO. *Social determinants of health: The solid facts, Second Edition*. Copenhagen: World Health Organisation Europe, 2003.

GG&GD Utrecht

Uitgave

Gemeente Utrecht

GG&GD, Unit Epidemiologie en Informatie

Augustus 2012

Adresgegevens

Bezoekadres Kaatstraat 1, Utrecht

Postadres Postbus 2423, 3500 GK Utrecht

Telefoon (030) 286 33 33

Fax (030) 286 33 44

e-mail gggd@utrecht.nl

website www.utrecht.nl/gggd