



Universiteit  
Leiden  
The Netherlands

## Measuring social exclusion in routine public health surveys

Bergen, A.P.L. van

### Citation

Bergen, A. P. L. van. (2022, January 20). *Measuring social exclusion in routine public health surveys*. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/3250529>

Version: Publisher's Version

License: [Licence agreement concerning inclusion of doctoral thesis in the Institutional Repository of the University of Leiden](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/3250529>

**Note:** To cite this publication please use the final published version (if applicable).

**Nederlandse samenvatting  
(Summary in Dutch)**

**Dankwoord**

**List of publications**

**About the author**

---

## Nederlandse samenvatting (Summary in Dutch)

Dit proefschrift gaat over het meten van sociale uitsluiting in gezondheidsonderzoek. Sociale uitsluiting verwijst naar het onvermogen van mensen om volledig deel te nemen aan de maatschappij waarin zij leven. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) ziet sociale uitsluiting als een veelbelovend concept om gezondheidsongelijkheden te begrijpen en aan te pakken. Een wetenschappelijke benadering van sociale uitsluiting vereist een duidelijke definitie en een operationalisering die nauw aansluit bij het onderliggende concept. In gezondheidsonderzoek is het concept sociale uitsluiting echter niet of nauwelijks gedefinieerd, een algemeen aanvaard meetinstrument ontbreekt en de wetenschappelijke basis is niet goed ontwikkeld. Dit staat de opbouw van kennis rondom sociale uitsluiting en gezondheid in de weg.

Sociale uitsluiting is allereerst een politiek concept, waarmee groepen aangeduid worden aan de rand of op de bodem van de maatschappij: burgers die vervreemd zijn, niet voldoen aan de normen van de samenleving, geen toegang hebben tot publieke diensten en burgerrechten of leven in armoede. Sociale wetenschappers zien sociale uitsluiting als een multidimensionaal fenomeen waarbinnen meerdere dimensies worden onderscheiden zowel sociaal, economisch, politiek (grondrechten) als cultureel (normen en waarden). In dit proefschrift sluiten we aan bij deze benadering van sociale uitsluiting als multidimensionaal concept.

Het hoofddoel van dit proefschrift is het ontwikkelen van een betrouwbaar en valide instrument om het multidimensionale concept van sociale uitsluiting in gezondheidsonderzoek te meten.

We richten ons in dit onderzoek specifiek op de ontwikkeling van een meetinstrument dat gebruikt kan worden in de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen (GM). Dit is een grootschalig representatief vragenlijstonderzoek dat elke vier jaar door GGD-en wordt uitgevoerd in opdracht van gemeenten en als onderdeel van hun wettelijke taak om de gezondheidstoestand van de bevolking te monitoren. De resultaten van de GM worden gebruikt bij het formuleren van lokaal en regionaal volksgezondheidsbeleid. De GM vragenlijst bevat vragen over gezondheid en gezondheidsdeterminanten leefstijl, sociale situatie en fysieke omgeving. De doelgroep is de algemene bevolking van 19 jaar en ouder.

In **hoofdstuk 2** van dit proefschrift beschrijven we allereerst een systematische review naar de relatie tussen sociale uitsluiting (SU) of sociale insluiting (SI) en gezondheid in EU- en OESO-landen<sup>6</sup>. De relatie tussen SU en gezondheid is theoretisch goed onderbouwd, er is ook veel onderzoek naar gedaan, maar systematisch empirisch bewijs ontbreekt. Pogingen van onderzoekers om de relatie tussen sociale

---

<sup>6</sup> Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling, een samenwerkingsverband bestaande uit 38 overwegend welvarende landen met een markteconomie die worden geregeerd op basis van democratische beginselen en respect voor de mensenrechten.

uitsluiting en gezondheid systematisch in kaart te brengen strandden op de grote variatie in gebruikte concepten en operationalisering van SU. Om dit obstakel te omzeilen, beperkten we ons onderzoek tot slechts één concept en operationalisering

van SU en SI. We operationaliseerden SU als de accumulatie van tekorten op sociaal, economisch, politiek en cultureel gebied en SI als de mate van participatie op deze dimensies. Studies die slechts één dimensie van SU hanteerden of een andere invulling aan het concept gaven, werden geëxcludeerd. Om de homogeniteit verder te verhogen, maakten we onderscheid tussen vaak grote algemene populatiestudies en kleinere studies in specifieke groepen, meestal met een hoog risico op SU. We formuleerden zes hypothesen namelijk dat hoge SU/lage SI geassocieerd is met (i) ongunstige geestelijke gezondheidsuitkomsten, (ii) ongunstige lichamelijke gezondheidsuitkomsten en (iii) ongunstige algemene gezondheidsuitkomsten in (a) de algemene bevolking en in (b) populaties met een hoog risico op sociale uitsluiting. Algemene gezondheid omvatte onder andere ervaren gezondheid, aanwezigheid van minimaal één chronische ziekte en belemmerd zijn in de dagelijks bezigheden door gezondheidsproblemen. Van de 4.032 geselecteerde studies voldeden 22 studies aan de inclusiecriteria. Deze studies waren allen observationeel van aard. De studies in de algemene bevolking bevestigden de associatie tussen hoge SU/lage SI en ongunstige geestelijke en algemene gezondheid, maar niet met lichamelijke gezondheid. In groepen met een hoog risico op sociale uitsluiting zoals patiënten in de verslavingszorg, GGZ outreach programma's en in dwangopname, alleenstaande moeders in de bijstand en personen met HIV, vonden we een duidelijke bevestiging voor de associatie tussen hoge SU/lage SI en ongunstige geestelijke gezondheid. Het aantal studies naar de associatie tussen SU/SI en lichamelijke gezondheid of algemene gezondheid in hoog risicogroepen was te klein om uitspraken te kunnen doen.

In **hoofdstuk 3** onderzochten we of het multidimensionale concept van sociale uitsluiting valide kan worden benaderd met items die beschikbaar zijn in de gezondheidsmonitors van de vier grote steden: Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht (G4). We kozen de sociale-uitsluitingsindex van Hoff & Vrooman van het SCP als gouden standaard (hier verder SCP-index genoemd). Sociale uitsluiting wordt door het SCP gedefinieerd als de accumulatie van tekorten op vier dimensies: 1) onvoldoende sociale participatie; 2) materiële deprivatie; 3) onvoldoende toegang tot sociale grondrechten; en 4) onvoldoende normatieve integratie. GGD-en vonden de SCP-index, met 15 items, te lang om op te nemen in hun GM. De vrije ruimte in de vragenlijsten is beperkt en er is een felle concurrentie tussen onderwerpen. Bovendien is er een grote overlap tussen de SCP-index met onderwerpen in de GM, zoals eenzaamheid, sociaal kapitaal, financiële situatie en huisvesting. Deze laatste observatie vormde de aanleiding om te verkennen of en in hoeverre sociale uitsluiting met items uit de GM gemeten kan worden. Voor dit onderzoek gebruikten we data van de GM 2008 (N=20.877). Omdat de inhoud van de vragenlijsten tussen steden verschilde, werden met behulp van niet-lineaire canonieke correlatieanalyse

---

(OVERALS) drie verschillende indices geconstrueerd. De psychometrische eigenschappen van de geconstrueerde indices bleken voldoende tot goed, maar de inhoudsvaliditeit was matig. De dimensie ‘onvoldoende normatieve integratie’ kon niet gemeten worden, omdat er in de GM geen relevante items beschikbaar waren. Ook ontbraken items over toegang tot gezondheidszorg en basale goederen en diensten. Om de inhoudsvaliditeit te verbeteren zouden aan de GM extra items uit de SCP-index toegevoegd kunnen worden.

In **hoofdstuk 4** hebben we de aanbevelingen uit het hoofdstuk 3 opgevolgd. Negentien van de 26 GGD-en namen extra items op in de GM 2012. Dit waren items uit de SCP-index over materiële deprivatie, toegang tot sociale grondrechten en normatieve integratie. In totaal werden gegevens verkregen van 258.928 respondenten van 19 jaar en ouder. We splitsten de dataset willekeurig in tweeën, in een ontwikkel sample en een validatie sample. In de ontwikkel sample werd met niet-lineaire canonieke correlatieanalyse een index geconstrueerd en vier dimensieschalen. Deze index, de Social Exclusion Index for Health Surveys (SEI-HS) was opgebouwd uit 9 items die al onderdeel uitmaakten van de GM en 8 extra SCP-items. De interne consistentie, interne structuur en constructvaliditeit van de SEI-HS bleken voldoende tot goed en in lijn met de oorspronkelijke SCP-index. Ook de inhoudsvaliditeit was goed: alle vier dimensies konden adequaat gemeten worden. Replicatie van de SEI-HS in de validatie sample bevestigde de generaliseerbaarheid van de SEI-HS. Om toepassing in public health monitoring en beleid te faciliteren, zijn de index- en dimensiescores ingedeeld in drie categorieën: ‘matig tot sterk’, ‘enigszins’ en ‘niet of nauwelijks’ uitsluiting. Als drempelwaarden voor de overgang van ‘matig tot sterk’ naar ‘enigszins’ en van ‘enigszins naar ‘niet of nauwelijks’ uitgesloten is gekozen voor resp. de 95<sup>e</sup> en 85<sup>e</sup> percentiel in de Nederlandse bevolking. Met de SEI-HS hebben onderzoekers een valide, betrouwbaar en efficiënt instrument in handen waarmee sociale uitsluiting in de bevolking structureel gemeten kan worden. Hiermee kan een volgende stap gezet worden in de kennisopbouw over sociale uitsluiting en gezondheid. De SEI-HS is niet alleen toepasbaar in de Gezondheidsmonitor, maar is ook elders in andere settings inzetbaar, zoals in de gemeentelijke Omnibus enquêtes en onderzoek in risicopopulaties.

**Hoofdstuk 5** beschrijft de resultaten van een cross-culturele validatie studie. In de vier steden, Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht, liet de SEI-HS zeer hoge niveaus van sociale uitsluiting zien bij niet-westers allochtone groepen. Meer dan één op de vijf volwassenen met een Surinaamse, Marokkaanse of Turkse migratieachtergrond werd op basis van de SEI-HS score geassocieerd als matig tot sterk sociaal uitgesloten (resp. 20%, 21% en 29%), terwijl dit aandeel onder volwassenen met een Nederlandse achtergrond slechts 4% was. Dit riep vragen op over de cross-culturele validiteit van de SEI-HS. Een mixed methods onderzoek met een sequentieel verklarend design werd ingezet om mogelijke culturele bias van de SEI-HS in de drie grootste immigrantengroepen in de G4 te onderzoeken. We gebruikten

GM 2012 data om differentiële item werking en de structurele validiteit van de SEI-HS te onderzoeken. Aanvullend werden semi-gestructureerde interviews gehouden met 11 Surinaamse, 9 Marokkaanse, 10 Turkse en 22 Nederlandse respondenten met een hoge score op de SEI-HS. Tijdens de interviews zijn de items van de SEI-HS nogmaals voorgelegd en werd doorgevraagd naar de achtergrond en betekenis van de gegeven antwoorden. Voor elk item van de SEI-HS analyseerden we vervolgens de verschillen in semantische, conceptuele en contextuele connotaties tussen de drie immigrantengroepen en autochtone Nederlanders. We vonden geen substantiële differentiële item werking voor migratieachtergrond en de confirmatory factor analyses bevestigden de 4-factorstructuur van de SEI-HS in alle drie immigrantengroepen. De interviews brachten enkele methodologische tekortkomingen aan het licht, maar deze hadden geen wezenlijke invloed op de overmaat aan sociale uitsluiting die werd waargenomen bij de immigrantengroepen. Deze studie bevestigt de cross-culturele validiteit van de SEI-HS in drie grote immigrantengroepen in Nederland. De hoge niveaus van sociale uitsluiting onder mensen met een niet-westerse migratieachtergrond in de G4 blijken reëel te zijn en geen methodologisch artefact. Beleidsmaatregelen om sociale inclusie te versterken en uitsluiting terug te dringen zijn dringend nodig zijn.

In **hoofdstuk 6** beschrijven we een eerste toepassing van de SEI-HS. Met de steeds verder stijgende zorguitgaven in Nederland neemt de urgentie toe om beschikbare middelen daar in te zetten waar de grootste gezondheidswinst te behalen is. We verwachtten op basis van theorie en eerder onderzoek dat sociale uitsluiting gepaard gaat met meer gezondheidsproblemen en ook met een verminderd vermogen het eigen functioneren en de loop van gebeurtenissen te beïnvloeden. In deze studie onderzochten we of de SEI-HS een goede ‘stratifier’ is om een bevolkingssegment met veel gezondheidsproblemen en lage regie over het eigen leven in beeld te brengen. We vergeleken de SEI-HS met vier andere, vaak gebruikte, sociale stratifiers: zeer laag onderwijsniveau, laag inkomen, lage arbeidsmarktpositie en niet-westerse migratieachtergrond. We berekenden voor elke stratifier de relatieve risico’s (RR) en (hypothetische) populatie-attributieve fracties (PAF) voor cardiovasculaire risicofactoren, kanker, minder dan goed ervaren gezondheid, ernstige angst- en depressieklachten en lage regie over het eigen leven. We gebruikten hiervoor GM 2016 data van de vier grote steden (N=33.285). De analyses lieten significante associaties zien tussen SU (gemeten met de SEI-HS) en de gezondheidsindicatoren en lage regie eigen leven. Met name de relatieve risico’s voor angst- en depressieklachten (7,95) en lage regie eigen leven waren bijzonder hoog (6,36). Sociaal uitgesloten volwassenen in de G4 hadden 7,95 keer meer kans om ernstige angst- en depressieklachten te hebben en 6,36 keer meer kans een lage regie eigen leven te ervaren dan niet-uitgesloten volwassenen. De PAFs waren resp. 42% voor angst- en depressieklachten en 35% voor lage regie eigen leven. Dat betekent dat een vermindering van 42% in de prevalentie van ernstige angst- en depressieklachten bereikt zou kunnen worden als in het sociaal uitgesloten deel van de bevolking hetzelfde percentage angst- en depressieklachten zou voorkomen als in de rest van de bevolking. Voor lage regie eigen leven was de potentiële gezondheidswinst 35%. De vergelijking met de meer gangbare sociale

---

stratifiers liet zien dat de SEI-HS significant beter presteerde in het identificeren van bevolkingssegmenten met angst- en depressieklachten en lage regie eigen leven en even goed presteerde bij het identificeren van andere gezondheidsproblemen. Ook zagen we dat laag opgeleide volwassenen mét sociale uitsluiting een vier keer hogere kans hadden op angst- en depressieklachten dan laag opgeleide volwassenen die niet sociaal uitgesloten zijn en bijna drie keer hogere kans op lage regie eigen leven. Ditzelfde patroon zagen we terug bij laag inkomen, lagere arbeidsmarktpositie en niet-westerse migratieachtergrond. De bevindingen van dit onderzoek hebben implicaties voor de gezondheidszorg, de publieke gezondheid en sociale domein in de grote steden. Vooral de hoge prevalentie van lage regie eigen leven is een belangrijke factor om rekening mee te houden bij het kiezen, ontwerpen en implementeren van interventies en diensten, zoals interventies en diensten die weinig eigen regie vereisen, het gevoel van eigenwaarde verhogen en effectieve coping-mechanismen stimuleren.

**Hoofdstuk 7** van dit proefschrift vat de belangrijkste bevindingen samen, reflecteert op de beperkingen en sterke punten van het onderzoek en bespreekt implicaties voor lokale volksgezondheidsmonitoring en toekomstig onderzoek, beleid en praktijk.

In dit proefschrift brachten we op een systematische wijze de evidence base van de associatie tussen SU en gezondheid in beeld, we ontwikkelden een meetinstrument voor sociale uitsluiting en verkenden een eerste toepassing van dit meetinstrument in volksgezondheidsmonitoring. De resultaten waren beloftevol. De verwachte samenhang tussen hoge SU/lage SI en ongunstige gezondheidsindicatoren werd bevestigd. Met de constructie van de SEI-HS is nu een betrouwbaar, valide en efficiënt instrument beschikbaar voor GGD-en waarmee sociale uitsluiting in de volwassen bevolking periodiek gemeten kan worden, inclusief bij de belangrijkste niet-westerse migrantengroepen. De verkenning liet zien dat de SEI-HS een ‘high-risk/high-need’ bevolkingssegment in beeld brengt waarin sociale problemen, een minder goede gezondheid en weinig regie over het eigen leven samenkomen. Deze resultaten ondersteunen de WHO visie van sociale uitsluiting als beloftevol concept om gezondheidsachterstanden in kaart te brengen en aan te pakken.

Dit onderzoek kent ook beperkingen. Met bevolkingsenquêtes worden de meest uitgesloten burgers niet bereikt, zoals degenen die dakloos zijn of ongedocumenteerd. Andere onderzoeksmethoden zijn aangewezen om sociale uitsluiting in deze groepen in kaart te brengen.

De vertaling van monitoringsresultaten naar lokaal beleid is een aandachtspunt. Beleidsmedewerkers vinden het concept sociale uitsluiting abstract, breed en moeilijk te vertalen naar beleidsmaatregelen. De definitie en het meten van sociale uitsluiting mag dan abstract zijn, achter deze abstractie gaat vaak een harde realiteit schuil van mensen die de gevolgen van sociale uitsluiting dagelijks in hun leven ervaren. Met kwalitatief onderzoek en storytelling kunnen de abstracte cijfers tastbaar en concreet

gemaakt worden. Sociale uitsluiting is inderdaad een breed concept. De problemen die met sociale uitsluiting te maken hebben zijn niet enkelvoudig maar meervoudig, op meerdere niveaus, van micro tot macro, en hangen onderling samen. Een integrale aanpak is daarom nodig waarin partijen in de publieke gezondheid samenwerken met andere sectoren zoals huisvesting, ruimtelijke ordening, onderwijs, werk, participatie en inkomen, en sociale domein. In veel gemeenten is dit nog een uitdaging. Het gebruik van monitorresultaten in beleid betreft overigens niet alleen de vertaling naar concrete beleidsmaatregelen (instrumenteel gebruik) maar ook het creëren van meer bewustzijn en een beter begrip van de resultaten (conceptueel gebruik). Of, zoals een van de G4-beleidsmakers het verwoordde:

*‘Ook al wordt met deze resultaten niet één-op-één beleid gemaakt, blijf sociale uitsluiting meten. De combinatie met andere data draagt bij aan een completer beeld van complexe problemen bij kwetsbare groepen’* [beleidsmedewerker G4].

Met dit onderzoek hebben we belangrijke eerste stappen gezet om de kennisbasis over sociale uitsluiting en gezondheid te verbeteren. We nodigen onderzoekers uit om gebruik te maken van de schat aan data over sociale uitsluiting die GGD-en verzamelden. Er liggen nu data van GM2012, GM2016 en GM2020 waarmee de omvang en kenmerken van risicogroepen in kaart gebracht kunnen worden, relaties met gezondheidsindicatoren onderzocht, (syndemische) clusters geïdentificeerd en ontwikkelingen in de tijd gevolgd. Ook het combineren met andere databronnen, bijvoorbeeld in de CBS micro-omgeving, is het overwegen waard.