

University of Groningen

Psychosociale problemen komen meer voor bij kinderen in achterstandsbuurten

Reijneveld, S.A.; Brugman, E.; Verhulst, F.C.; Verloove-Vanhorick, S.P.

Published in:
Tijdschrift Jeugdgezondheidszorg

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
Early version, also known as pre-print

Publication date:
2005

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Reijneveld, S. A., Brugman, E., Verhulst, F. C., & Verloove-Vanhorick, S. P. (2005). Psychosociale problemen komen meer voor bij kinderen in achterstandsbuurten. *Tijdschrift Jeugdgezondheidszorg*, 37, 110-115.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Onze oprechte dank gaat uit naar de verschillende schoolartsen voor de uitstekende samenwerking tijdens het onderzoek.

- I. Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Superficial, cutaneous and subcutaneous mycoses. In: Medical microbiology. St Louis: Mosby; 1998. p. 566-77.
2. Pierard GE, Arrese JE, Pierard-Franchimont C. Dermatophytoses partagees entre l'homme et l'animal. Ann Med Vet 2001;145:184-8.
3. Mancianti F, Nardoni S, Corazza M, D'Achille PD, Ponticelli C. Environmental detection of *Microsporium canis* arthrospores in the households of infected cats and dogs. Fel Med Surg 2003;5:323-8.
4. Dawson A, Griffin R, Fleetwood A, Barret NJ. Farm visits and zoonoses. Comm Dis Rep CDR Rev 1995;5(6):81-6.
5. Beck W. Farm animals as disease vectors of parasitic epizoonoses and zoophilic dermatophytes and their importance in dermatology. Hautartz 1999;50(9) Rev:621-8.
6. Hay RJ. Dermatophytosis and other superficial mycosis. In: Mandell GL, Douglas RG, Bennet JE, editors. Principles and practice of infectious diseases. New York: Churchill Livingstone; 1990. p. 2017-28.
7. Centers for Disease Control and Prevention. Epi Info 2000. Atlanta: US Department of Health; 2000.
8. Shukla R, Slack R, George A, Cheasty T, Rowe B, Scutter J. *Escherichia coli* 0157 infection associated with farm visitor centre. Comm Dis Rep 1995;R86-90.
9. Bell JC, Palmer SR, Payne JM. The zoonoses: infections transmitted from animals to man. London: Edward Arnold; 1988.
10. Carlotti DN, Pin D. Aspects cliniques et histopathologiques, diagnostic différentiel et traitements des dermatophytoses chez les carnivores domestiques. Ann Med Vet 2002;147:85-96.
11. Roorda J, Soethoudt CJM, Schuurman-de Weert A, Uijen JHJM. Epidemie van huidinfecties na deelname aan een schuimparty. Infectieziektenbull 2000;11 (4):61-5.

Psychosociale problemen komen meer voor bij kinderen in achterstandsbuurten

Onderzocht werd het verband tussen het wonen in een achterstandsbuurt en de prevalentie van psychosociale problemen bij een representatieve steekproef van schoolgaande kinderen. JGZ-medewerkers (artsen en verpleegkundigen) van negentien GGD-en in heel Nederland onderzochten kinderen en spraken met ouders en kind tijdens (reguliere) preventieve gezondheidsonderzoeken. Ouders vulden de Child Behavior Checklist (CBCL) in over hun kind, als maat voor gedrags- en emotionele problemen.

4080 kinderen in de leeftijd van 5 t/m 15 jaar namen deel aan het onderzoek (respons: 90,1 %). Van hen had vol gens de ouders 8,6% een psychosociaal probleem op de CBCL en bij 10,1 % identificeerde de JGZ een (matig) ernstig probleem. In de buurten met de meeste achterstand waren deze cijfers veel hoger. De oddsratio's (95%betrouwbaarheidsintervallen) vergeleken met de meest welvarende buurten waren 1,93 (1,41-2,64) voor probleem en volgens de ouders (op de CBCL) en 1,76 (1,30-2,38) voor problemen zoals geidenti-

Groningen, tel: 050-3632860, fax: 050-3636251, e-mail: s.a.reijneveld@med.umcg.nl

ficeerd door de JGZ. Bij problemen vol gens de ouders was de samenhang iets sterker voor gedragsmatige problemen dan voor emotionele problemen. Minder dan een kwart van de buurtverschillen kon worden verklaard uit individuele en gezinskenmerken. De conclusie is dat psychosociale problemen vaker voorkomen bij kinderen in achterstandsbuurten. Zowel de preventieve als de curatieve zorg moet meer middelen krijgen om hiermee om te gaan.

Psychosociale problemen, zoals gedragsmatige, emotionele en schoolproblemen, komen veel voor bij kinderen en adolescenten en kunnen hun alledaags functioneren ernstig verstoren.^{1,3} Factoren als leeftijd,³ geslacht,³ sociaal-economische status,³⁻⁵ etnische achtergrond,^{6,7} en samenstelling van het gezin,⁵ hangen vaak samen met deze problemen. Recent onderzoek geeft aan dat de sociaal-economische positie van de buurten waarin kinderen en adolescenten won en, invloed heeft op hun gedrag en emotioneel functioneren.^{8,9} Een nationaal onderzoek onder tweelingen in Engeland laat zien dat buurtachterstand ongeveer 5 % verklaart van de gedragsmatige en emotionele problemen bij 2 jaar oude tweelingen.¹⁰ Bij oudere kinderen is deze invloed van de buurt waarschijnlijk groter.^{8,9} Internationaal is er nauwelijks landelijk onderzoek naar het voorkomen van psychosociale problemen in gebieden met een verschillende sociaal-economische positie. Het beschikbare onderzoek is lokaal of regionaal, met in de onderzochte groep een beperkte sociaal-economische variatie.^{8,9,11,12} Het landelijke onderzoek dat beschikbaar is maakt gebruik van ongestandaardiseerde maten voor gedragsmatige en

Proidr. S.A. Reijneveld sociaal geneeskundige/epidemioloog, Universitair Medisch Centrum Groningen, Disciplinarygroep Gezondheidswetenschappen, Groningen, en TNO Kwaliteit van Leven, Leiden.

Drs. E. Brugman psycholoog, TNO Kwaliteit van Leven, Leiden. *Proidr. Fe. Verhulst* kinder- en jeugdpsychiater, Erasmus Medisch Centrum Rotterdam, Sophia Kinderziekenhuis, Rotterdam.

Proidr. S.P Verloove-Vanhorick kinderarts, TNO Kwaliteit van Leven, Leiden, en Leids Universitair Medisch Centrum, Afdeling Kindergeneeskunde, Leiden.

Correspondentieadres: Prof.dr. S.A. Reijneveld, UMC Groningen, Gezondheidswetenschappen, Postbus 196, 9700 AD

emotionele problemen en alleen van rapportage door ouders en niet door professionals. 11

Het doel van dit onderzoek was na te gaan wat de samenhang is tussen de sociaal-economische positie van de buurt en psychosociale problemen in een representatieve landelijke steekproef van kinderen tussen 4 en 16 jaar, met gestandaardiseerde maten voor psychosociale problemen volgens de ouders en met bevindingen van schoolartsen en -verpleegkundigen.

Steekproef

Ons onderzoek was gebaseerd op een twee-staps-steekproef. In de eerste stap namen we een aselechte steekproef van 19 GGD'en (van de toen beschikbare 63), na stratificatie op regio en urbanisatiegraad. In de tweede stap leverde elke GGD een groep van 75 kinderen uit vier niveaus (groep 2, 4 en 7 van de basisschool en klas 2 van het voortgezet onderwijs, leeftijd 5-14 jaar, uitgezonderd zittenblijvers en vooruit geplaatsten) door alle kinderen uit drie klassen per niveau uit te nodigen voor deelname. Het speciaal onderwijs was uitgesloten.

Van de 4970 in aanmerking komende kinderen deden er 4480 mee (respons: 90,1 %); we beperkten de analyses echter vervolgens tot de 4080 kinderen van wie volledige gegevens beschikbaar waren. De verschillen tussen de groep deelnemers en nietdeelnemers waren klein wat betreft verdeling naar geslacht, leeftijd, etniciteit en urbanisatiegraad. Yerdere details zijn elders beschreven,¹⁵

Gegevens en gegevensverzameling

Tussen oktober 1997 en juni 1998 verzamelden we de gegevens op gestandaardiseerde wijze, als onderdeel van de reguliere preventieve gezondheidsonderzoeken (PGO's). De onderzoeksopzet was goedgekeurd door de Medisch-ethische toetsingscommissie van TNO en kwam overeen met die van de eerdere PGO-peilingen.^{2,5} De Child Behavior Checklist (CBCL),¹⁴ werd toegezonden aan ouders, samen met de standaarduitnodiging voor het PGO. Ouders vulden de CBCL in en zonden deze terug aan de onderzoekers in een gesloten envelop; de JGZ-medewerker kreeg geen informatie over de CBCL. Yerder verzamelde de JGZ-medewerker gegevens over sociaal-demografische achtergrond en psychische gezondheid van het kind op basis van een gestandaardiseerd gesprek met de ouders of, bij kinderen in het voortgezet onderwijs, met het kind zelf. Na elk PGO beantwoordde de JGZ-medewerker de volgende vraag: 'Yermoedt u thans een psychosociaal probleem bij dit kind?' (ja, nee) en gaf de ernst en het type probleem aan in een voorgecodeerde lijst. Kinderen met alleen risico-indicatoren voor de ontwikkeling van psychosociale problemen, zoals ouders met psychiatrische problemen of andere gezinsproblemen, moesten worden gecodeerd als 'nee'.

De sociaal-economische positie van een buurt bepaalden we per postcodegebied op basis van de mate van verstedelijkheid (gemiddeld aantal adressen per km² in de buurt), het aandeel etnische minderheden, het gemiddeld inkomen per verdiener (verder: 'gemiddeld inkomen') en het deel van de inwoners tussen 16 en 64 jaar dat afhankelijk is van

sociale uitkeringen (verder: 'uitkeringsgerechtigden').^{15,16} Hieruit berekenden we een gestandaardiseerde score die normaal wordt gebruikt om te bepalen of huisartsen voor ziekenfondspatienten een toeslag ontvangen. Een dergelijke toeslag ontvangen huisartsen voor de patienten die wonen in de 5% buurten met de meest ongunstige scores. Wij verdeelden onze steekproef in tertielen (derden) wat betreft de aldus berekende sociaal-economische positie. Sociaal-demografische gegevens betroffen verder: geslacht, leeftijd, etniciteit, gezinssamenstelling, aantal kinderen in het gezin, opleidingsniveau (hoogst behaalde diploma) en arbeidspositie van de ouder(s), en urbanisatiegraad van de postcode van het woonadres. Etniciteit was gebaseerd op het geboorteland van het kind en van de (biologische) ouders. Als twee hiervan niet Nederland betroffen, werd het kind aangeduid als niet-Nederlands; zie verder tabell.

Analyse

Allereerst gingen we de prevalentie na van psychosociale problemen volgens de ouders (op de CBCL) en volgens de JGZ, naar achtergrondkenmerken en naar sociaal-economische positie van de buurt. Om beter zicht te krijgen op de ernstige problematiek beperkten we onze analyses wat betreft JGZ-bevindingen tot (matig ernstige problemen) (46,4% van alle geïdentificeerde problemen). Yervolgens onderzochten we of de verschillen in prevalentie naar achterstand dezelfde bleven na correctie voor leeftijd en geslacht per categorie buurt. Ten slotte onderzochten we met behulp van een multilevellogistische regressie¹⁸ of deze verschillen konden worden verklaard uit andere achtergrondkenmerken: onderwijsniveau en arbeidsparticipatie van de ouders, etnische achtergrond en samenstelling van het gezin. We herhaalden de analyses voor twee afzonderlijke indicatoren voor de sociaal-economische positie van de buurt, namelijk: 'gemiddeld inkomen' en 'uitkeringsgerechtigden'.

Wij analyseerden gegevens over 4080 kinderen, 483 buurten en 78 JGZ-medewerkers. Tabel 1 toont de kenmerken van de kinderen naar sociaal-economische positie van buurten. Kinderen in achterstandsbuurten komen vaker uit een eenoudergezin, en hebben vaker laag opgeleide ouders, ouders zonder een volledige baan en ouders van niet-Nederlandse herkomst. Tabel 2 toont gegevens over de sociaaleconomische positie van de betreffende buurten. In achterstandsbuurten wonen gemiddeld meer mensen dan in andere buurten, maar het aandeel huishoudens met kinderen is er iets lager en daarmee ook de omvang van het gemiddelde huishouden. Daarnaast is in achterstandsbuurten het gemiddeld inkomen lager, het percentage uitkeringsgerechtigden hoger, het aantal adressen per km² groter en het percentage inwoners van niet-Nederlandse herkomst hoger. Deze laatste vier bevindingen zijn te verwachten omdat deze vier kenmerken samen bepaalden of een buurt als welvarend of met achterstand werd aangeduid. De beide tabellen laten zien dat vrijwel alle kenmerken, van zowel . individuele kinderen als buurten, minder gurlstig zijn in achterstandsbuurten.

Tabel1

Verdeling van de verschillende achtergrondkenmerken van kinderen naar sociaal-economische positie van de buurt. De waarden zijn aantallen (percentages per kolom) van iedere achtergrondkenmerk.

Door afronding tell en niet aile percentages op tot 100%

	<i>welvarend</i>	<i>gemiddeld</i>	<i>achterstand</i>	<i>p-waarde</i>
<i>leeftijd (schooltype)</i>				< 0,0001 ^t
- 4-11 jaar (basisschool)	1057(72,0)	684 (53,6)	1052 (78,8)	
- 12-16 jaar (middelbare school)	411 (28,0)	593 (46,4)	283 (21,2)	
<i>gemiddelde leeftijd (standaarddeviatie)</i>	9,0 (3,36)	10,1 (3,56)	8,8 (3,13)	< 0,0001 ^t 0,29 ^t
<i>geslacht</i>				
- mannelijk	723 (49,3)	654 (51,2)	643 (48,2)	
- vrouwelijk	745 (50,7)	623 (48,8)	692 (51,8)	
<i>gezinssamenstelling</i>				< 0,0001 ^t
- met beide biologische ouders	1340 (91,3)	1134 (88,8)	1053 (78,9)	
- met 2 ouders, waarvan hoogstens 1 biologisch	44 (3,0)	40 (3,1)	70 (5,2)	
- eenoudergezin	58 (4,0)	84 (6,6)	174 (13,0)	
- anders	26 (1,8)	19 (1,5)	38 (2,8)	
<i>opleidingsniveau ouders*</i>				< 0,0001 ^t
-laag	429 (30,2)	403 (33,6)	521 (40,8)	
- gemiddeld	492 (34,6)	393 (32,7)	408 (32,0)	
- hoog	500 (35,2)	405 (33,7)	347 (27,2)	
<i>arbeidsparticipatie*</i>				< 0,0001 ^t
- ten minste louter > 16 uur/week	1413 (96,8)	1218 (95,8)	1154 (87,2)	
- beide ouders werkloos > 16 uur/week	46 (3,2)	53 (4,2)	169 (12,8)	
<i>etnische achtergrond</i>				< 0,0001 ^t
- Nederlands	1444 (98,4)	1237 (96,9)	1157 (86,7)	
- Turks/Marokkaans	0 (0,0)	4 (0,3)	67 (5,0)	
- Surinaams/Antilliaans	2 (0,1)	3 (0,2)	52 (3,9)	
- anders	22 (1,5)	33 (2,6)	59 (4,4)	
<i>totaal aantal kinderen</i>	1468	1277	1335	

* Gegevens over opleidingsniveau van de ouders ontbraken voor 182 kinderen en over arbeidsparticipatie van de ouders voor 27 kinderen.

t Chi²-toetsen voor verschillen naar sociaal-economische positie van de buurt.

j: F-toetsen in ANOVA voor verschillen naar sociaal-economische positie van de buurt.

Tabel2

Verdeling van verschillende buurtkenmerken naar sociaal-economische positie van de buurt

	<i>welvarend</i>	<i>gemiddeld</i>	<i>achterstand</i>	<i>p-waarde*</i>
gemiddeld aantal inwoners (SD)	2860 (2463)	6209 (3579)	7747 (3082)	< 0,0001
gemiddeld aantal kinderen in het onderzoek (SD)	8,1 (14,9)	8,0 (10,8)	9,5 (15,5)	0,58
percentage gezinnen met kinderen (SD)	63,1 (7,9)	62,5 (7,3)	61,7 (7,6)	< 0,0001
gemiddelde gezinsgrootte in de buurt (SD)	3,15 (0,23)	3,07 (0,19)	2,93 (0,17)	< 0,0001
gemiddelde netto-inkomen per verdiener 14.678 in euro's (SD) ^t	(2038)	13.903 (1017)	12.443 (1013)	< 0,0001
percentage uitkeringsgerechtigden (SD) ^t	13,0 (5,7)	19,0 (4,8)	28,6 (8,2)	< 0,0001
percentage niet-Nederlanders	1,1 (0,6)	1,8 (1,5)	10,5 (11,2)	< 0,0001
gemiddelde aantal adressen per km ² ^t	348 (420)	1092 (800)	2540 (1543)	< 0,0001
aantal buurten (percentage van totaal)	182 (37,7)	160 (33,1)	141 (29,2)	

* F-toetsen in ANOVA voor verschillen naar sociaal-economische positie van de buurt; eenheid van analyse is hier steeds de buurt.

t Buurtachterstand is gedefinieerd op basis van deze buurtkenmerken.

Tabel 3 toont de prevalentie van psychosociale problemen naar achtergrondkenmerken en naar buurt. Psychosociale problemen volgens de CBCL komen meer voor bij kinderen uit gezinnen zonder twee biologische ouders, met laagopgeleide ouders en zonder volledige baan, en bij kinderen die wonen

in achterstandsbuurtten. Wanneer we afzonderlijk kijken naar externaliserende (gedragsmatige) en internaliserende (emotionele) problemen volgens de CBCL, dan blijft het beeld voor achterstandsbuurtten hetzelfde.

Tabel 13

Prevalentie van psychosociale problemen naar kenmerk van het kind en naar sociaal-economische positie van de buurt

	<i>alle</i>			<i>CBCL Totale Problemen</i>		<i>CBCL Externaliserende Problemen</i>		<i>CBCL I Problemen</i>		<i>psychosociale problemen volgens JGZ</i>	
	<i>n</i>	<i>n (%)</i>	<i>p^f</i>	<i>n (%)</i>	<i>p^f</i>	<i>n (%)</i>	<i>p^f</i>	<i>n (%)</i>	<i>p^{''}</i>		
<i>leeftijd (schooltype)</i>			0,87		0,043		0,034		0,17		
- 4-11 jaar (basisschool)	2793	241 (8,6)		254 (9,1)		265 (9,5)		295 (10,6)			
- 12-16 jaar (middelbare school)	1287	109 (8,5)		143 (11,1)		96 (7,5)		118 (9,2)			
<i>geslacht</i>			0,48		0,63		0,26		0,086		
- mannelijk	2020	167 (8,3)		192 (9,5)		189 (9,4)		221 (10,9)			
- vrouwelijk	2060	183 (8,9)		205 (10,0)		172 (8,3)		192 (9,3)			
<i>gezinssamenstelling</i>			< 0,0001		< 0,0001		< 0,0001		< 0,0001		
- twee biologische ouders	3527	260 (7,4)		302 (8,6)		280 (7,9)		321 (9,1)			
- twee ouders, hoogstens 1 biologisch	154	23 (14,9)		26 (16,9)		18 (11,7)		22 (14,3)			
- eenoudergezin	316	51 (16,1)		54 (17,1)		52 (16,5)		56 (17,7)			
- ander	83	16 (19,3)		15 (18,1)		11 (13,3)		14 (16,9)			
<i>opleidingsniveau ouders^t</i>			0,002		< 0,0001		0,77		0,049		
- laag	1353	137 (10,1)		163 (12,0)		125 (9,2)		162 (12,0)			
- gemiddeld	1293	111 (8,6)		128 (9,9)		117 (9,0)		121 (9,4)			
- hoog	1252	80 (6,4)		7 (6,3)		102 (8,1)		112 (8,9)			
<i>arbeidsparticipatie ouderst</i>			0,022		0,16		0,006		0,001		
- ten minste louter > 16 uur/week	3785	312 (8,2)		359 (9,5)		320 (8,5)		366 (9,7)			
- geen ouder > 16 uur/week	268	35 (13,1)		35 (13,1)		37 (13,8)		45 (16,8)			
<i>etnische achtergrond</i>			0,26		0,70		0,008		0,021		
- Nederlands	3838	322 (8,4)		370 (9,6)		332 (8,7)		375 (9,8)			
- Turks/Marokkaans	71	9 (12,7)		8 (11,3)		14 (19,7)		12 (16,9)			
- Surinaams/Antilliaans	57	8 (14,0)		8 (14,0)		7 (12,3)		7 (12,3)			
- anders	114	11 (9,6)		11 (9,6)		8 (7,0)		19 (16,7)			
<i>sociaal-economische positie van buurt</i>			< 0,0001		< 0,0001		< 0,0001		< 0,0001		
- welvarend	1468	92 (6,3)		110 (7,5)		106 (7,2)		108 (7,4)			
- gemiddeld	1277	103 (8,1)		11 (8,9)		103 (8,1)		135 (10,6)			
- achterstand	1335	155 (11,6)		173 (13,0)		152 (11,4)		170 (12,7)			
<i>totaal aantal kinderen</i>	4080	350 (8,6)		397 (9,7)		361 (8,8)		413 (10,1)			

^f Chi²-toetsen voor verschillen naar kenmerk.

^t Gegevens over het opleidingsniveau van ouders ontbraken voor 182 kinderen en over de ouders voor 27 kinderen.

Internaliserende problemen komen niet vaker voor bij kinderen van laag opgeleide ouders, maar juist wel bij ouders van niet-Nederlandse herkomst. De JGZ identificeert vaker problemen bij de groepen kinderen die ook volgens de CBCL Totale Problemen-score vaker problemen hebben, en daarnaast ook bij kinderen van niet-Nederlandse herkomst.

De hiervoor gepresenteerde gegevens laten zien dat psychosociale problemen vaker voorkomen bij kinderen uit gezinnen met een achterstand en bij kinderen die wonen in buurten met een achterstand (tabel 13), maar ook dat gezinnen met een achterstand vaker wonen in buurten met een achterstand (tabel 1). Vraag is vervolgens of het vaker voorkomen van psychosociale problemen bij kinderen in achterstandsbuurt niet gewoon het gevolg is van het feit dat in die buurten meer gezinnen met een achterstand

wonen. Uit tabel 4 blijkt dat dit niet het geval is. De eerste kolommen van deze tabel laten zien hoeveel groter de kans is dat een kind uit een achterstandsbuurt een psychosociaal probleem heeft ten opzichte van een kind van dezelfde leeftijd en hetzelfde geslacht uit een welvarende buurt. Voor problemen zoals geïdentificeerd door de JGZ is deze kans bijvoorbeeld driekwart hoger (oddsratio: 1,76, onderste rij van de tabel; een oddsratio van '1' geeft aan dat er geen extra risico is, 1,76 geeft dus (ongeveer) 76% extra risico aan). Uit de volgende kolommen van deze tabel blijkt dat dit extra risico op psychosociale problemen inderdaad lager wordt als we een kind uit een achterstandsbuurt vergelijken met een kind dat in een welvarende buurt woont, maar wel in een gezin met dezelfde kenmerken (dus bijvoorbeeld beiden uit een eenoudergezin, enz.). In dat geval neemt het extra risico wat af, tot ruim de helft hoger (oddsratio 1,56), maar het blijft dus nog steeds verhoogd. In de laatste

	<i>gecorrigeerd voor leeftijd geslacht</i>		<i>gecorrigeerd voor alle achtergrondkenmerken ,~</i>	
	<i>OR</i>	<i>95%-BI</i>	<i>OR</i>	<i>95%-BI</i>
<i>CBCL Totale Problemen</i>				
- welvarend	1			
- gemiddeld	1,28		0,90	7,1
- achterstand	1,93	1,51	1,20	%
<i>CBCL Externaliserende problemen</i>		2,43		28,0 %
- welvarend	1			
- gemiddeld	1,14		0,85	
- achterstand	1,88	1,53	1,30	
<i>CHCL Internaliserende problemen</i>		2,17		14,3 %
- welvarend	1			21,6 %
- gemiddeld	1,09		0,76	%
- achterstands	1,58	1,87	0,97	
<i>door JGZ geïdentificeerde problemen</i>		2,38		
- welvarend	1	1		22,2 %
- gemiddeld	1,39	1,26	1,01	%
- achterstand	1,76	1,67	1,14	39,7 %
	0,92 1,41	1	1,77	
		1,1	2,32	
		2		5,1 %
		1,6		%
	0,86 1,45	9		26,3 %
			1,49	%
			2,21	
	0,78 1,15	1		
		1,0		
		7		
		1,3	1,50	
		5	1,88	
	1,03 1,30			
		1		
	1,79 2,64	1,37	1,85	
		1,56	2,13	

OR = odds ratio; BI = betrouwbaarheidsinterval.

,~ Achtergrondkenmerken betreffen gezinssamenstelling, opleidingsniveau en arbeidsparticipatie van de ouders en etnische achtergrond.

t Verschil geeft aan hoeveel procent van de extra problemen in een buurt wordt verklaard door achtergrondkenmerken van kind en gezin (d.w.z. hoezeer de oddsratio dan daalt, of we I dichter bij '1' uitkomt, hetgeen duidt op het ontbreken van een verband).

kolom van tabel 4 wordt aangegeven hoeveel het extra risico voor kinderen in gemiddelde en achterstandsbuurt afneemt (d.w.z. minder verhoogd blijft) als we corrigeren voor verschillen in gezinskenmerken. Gemiddeld over de tabel is deze reductie 20,5%. De resterende verschillen zijn relatief groot voor klinische CBCL Totale Problemen en Externaliserende Problemen en voor door de JGZ-medewerker geïdentificeerde problemen. Analyses met de afzonderlijke maten voor de sociaal-economische positie van de buurt (gemiddeld inkomen en uitkeringsgerechtigden) leveren vergelijkbare resultaten op (niet getoond).

Ons onderzoek maakt duidelijk dat in een nationale steekproef in Nederland van schoolgaande kinderen in de buurten met de meeste achterstand, de prevalentie van psychosociale problemen ongeveer 80% hoger is dan in

de meeste welvarende buurten, hetgeen blijkt uit oddsratio's variërend van 1,58 tot 1,93 (tabel 4). Wat betreft problemen volgens de ouders (op de CBCL) is de samenhang met achterstand van de buurt iets sterker voor gedragsmatige problemen dan voor emotionele problemen. Verder is in het algemeen het beeld ongeveer hetzelfde voor problemen die ouders rapporteren en voor (matig) ernstige problemen en die de JGZ identificeert. Een relatief klein deel (20,5%) van de buurtverschillen kan worden verklaard door de onderzochte individuele en gezinskenmerken.

Verklaringen voor onze bevindingen

De concentratie van psychosociale problemen bij kinderen in achterstandsbuurt kan op twee manieren worden verklaard. Ten eerste wonen in deze achterstandsbuurt relatief veel kinderen uit gezinnen met een lage sociaal-economische status (SES). Onder hen komen psychosociale problemen vaker voor.³⁻⁵ Ten tweede kunnen factoren op buurtniveau, dat wil zeggen van de

omgeving waarin deze kinderen wonen, bijdragen aan het ontstaan van psychosociale problemen, naast de genoemde bijdrage van de individuele SES. Onze resultaten laten zien dat deze buurtgebonden factoren zeker bijdragen, want individuele kindkenmerken verklaarden slechts een relatief klein deel van de buurtverschillen.

De relatief sterke samenhang die wij vonden tussen de sociaal-economische positie van de buurt en psychosociale problemen bij kinderen vraagt een verklaring. Leventhal en Brooks-Gunn noemen drie factoren die hieraan zouden kunnen bijdragen:⁸

- gebrek aan institutionele hulpbronnen zoals

gezondheidszorg en kinderopvang in achterstandsbuurten;

- opvoedingsrelaties tussen ouder en kind, waarin ouders hun eigen economische, sociale en gezondheidsproblemen en de daaruit voortvloeiende psychologische problemen doorgeven aan hun kind;
- een gebrek aan normen en sociale controle in deze buurten.

Met betrekking tot dit laatste, is het opvallend dat de verschillen tussen buurten voor Externalise-

rende Problemen op de CBCL (duidend op gedragsmatige problemen) wat groter zijn dan die voor Internaliserende Problemen (duidend op emotionele problemen), hoewel deze verschillen niet significant zijn. Dit kan het gevolg zijn van het feit dat de buurtomgeving het gedrag meer beïnvloedt dan de emotie.⁸

Methodologische aspecten kunnen invloed hebben op onze bevindingen, maar verklaren ze niet. Allereerst gebruikten we postcodegebieden als analyse-eenheden die door mens en niet als 'hun buurt' kunnen worden ervaren.^{8,11} Eerder onderzoek heeft echter laten zien dat de verschillen tussen postcodegebieden en buurten als analyse-eenheden klein zijn. Postcodegebieden doen het daarbij iets beter wat betreft het meten van de sociaal-economische positie van een gebied.¹⁹ Ten tweede gebruikten we als uitkomstmaten de rapportage door ouders en routinediagnostiek van JGZ-medewerkers. Uitgebreider psychiatrisch onderzoek zou een beter beeld kunnen geven van de psychologische problemen van kinderen. Echter, het beeld was vrijwel hetzelfde voor problemen volgens de JGZ en volgens de ouders, hetgeen de validiteit van onze bevindingen steunt. Ons eerder onderzoek liet zien dat JGZ-medewerkers problemen constateerden bij 57% van de schoolgaande kinderen met een klinische CBCL Totale Problemen-score, en dat dit percentage hoger was bij problemen die door JGZ-medewerkers als matig ernstig of als ernstig werden beoordeeld.² Tot slot was de respons in ons onderzoek hoog en we gebruikten valide meetinstrumenten.

Implicaties

We vonden veel vaker psychosociale problemen bij kinderen in achterstandsbuurten. Dit impliceert dat meer preventie nodig is in deze buurten, in de gezondheidszorg, maar ook daarbuiten zoals in onderwijs en ruimtelijke ordening.²⁰ Daarnaast moet in achterstandsbuurten de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg en jeugdzorg worden verbeterd om de veel grotere omvang van de psychosociale problematiek bij kinderen in deze buurten beter aan te kunnen. Daarvoor zijn extra financiële middelen nodig, zoals die er eerder ook kwamen voor huisartsenzorg in deze buurten. Het resultaat van ons onderzoek laat zien dat bij kinderen in deze buurten nog veel gezondheidswinst te boeken is.

Dit onderzoek werd financieel mede mogelijk gemaakt door het ministerie van VWS, het Praeventiefonds (subsidienummer 28-2628-2) en ZonMw (subsidienummer 101004-12). Het onderzoek werd uitgevoerd door TNO Kwaliteit van Leven in samenwerking met GGD Nederland. De auteurs danken de negentien deelnemende GGDen van harte voor hun medewerking.

1. Verhulst FC, Ende J van der. Factors associated with child mental health service use in the community. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:901-9.
2. Brugman E, Reijneveld SA, Verhulst FC Identification and management of psychosocial problems by preventive child health care. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001;155:462-9.
3. Moffitt TE, Caspi A. Childhood predictors differentiate life-course

persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. *Dev Psychopathol* 2001;13:355-75.

4. McLeod JD, Nonnemaker JM. Poverty and child emotional and behavioral problems: racial/ethnic differences in processes and effects. *J Health Soc Behav* 2000;41:137-61.
5. Harland P, Reijneveld SA, Brugman E, Verloove-Vanhorick SP, Verhulst FC. Family factors and life events as risk factors for behavioural and emotional problems in children. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2002;11:176-84.
6. Reijneveld SA, Harland P, Brugman E, Verhulst FC, Verloove-Vanhorick SP. Identification by child health professionals of psychosocial problems among native and non-native children: ethnicity plays a role. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2005;14:145-52.
7. Sowa H, Crijnen AA, Bengi-Arslan L, Verhulst FC. Factors associated with problem behaviors in Turkish immigrant children in The Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000;35:177-84.
8. Leventhal T, Brooks-Gunn J. The neighborhoods they live in: the effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes. *Psychol Bull* 2000;126:309-37.
9. Ingoldsby EM, Shaw DS. Neighborhood contextual factors and early-starting antisocial pathways. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2002;5:21-55.
10. Caspi A, Taylor A, Moffitt TE, Plomin R. Neighborhood deprivation affects children's mental health: environmental risks identified in a genetic design. *Psychol Sci* 2000;11:338-42.
11. Boyle MH, Lipman EL. Do places matter? Socioeconomic disadvantage and behavioral problems of children in Canada. *J Consult Clin Psychol* 2002;70:378-89.
12. Schneiders J, Drukker M, Ende J van der, Verhulst FC, Os J van, Nicolson NA. Neighbourhood socioeconomic disadvantage and behavioural problems from late childhood into early adolescence. *J Epidemiol Comm Health* 2003;57:699-703.
13. Reijneveld SA, Brugman E, Verhulst FC, Verloove-Vanhorick SP. Area deprivation and child psychosocial problems: a national cross-sectional study among school-aged children. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:18-23.
14. Verhulst FC, Ende J van der, Koot HM. Handleiding van de CBCL/4-18. Rotterdam: Erasmus University/Dept of Child and Adolescent Psychiatry, Sophia Children's Hospital; 1996.
15. Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Kerncijfers vierposities postcodegebieden, 1995. Voorburg/Heerlen: CBS; 1997.
16. Reijneveld SA. Neighbourhood socioeconomic context and self reported health and smoking: a secondary analysis of data on seven cities. *J Epidemiol Comm Health* 2002;56:935-42.
17. Verheij RA, Bakker DH de, Reijneveld SA. GP income in relation to workload in deprived urban areas in The Netherlands. Before and after the 1996 pay review. *Eur J Public Health* 2001;11:264-6.
18. Goldstein H, Rasbash I, Plewis I, Draper D, Browne W, Yang M, et al. A user's guide to MLwiN. London: University of London; 1998.
19. Reijneveld SA, Verheij RA, Bakker DH de. The impact of area deprivation on differences in health: does the choice of the geographical classification matter? *J Epidemiol Comm Health* 2000;54:306-13.
20. Herten LM van, Reijneveld SA, Gunning-Schepers LJ. Rationalising chances of success in intersectoral health policy making. *J Epidemiol Comm Health* 2001;55:342-7.

Dit artikel is eerder gepubliceerd in het tijdschrift voor *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (Reijneveld SA, Brugman E, Verhulst FC, Verloove-Vanhorick SP. Area deprivation and child psychosocial problems: a national cross-sectional study among school-aged children. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:18-23). De redactie dankt de auteurs en de uitgever voor de verkregen toestemming tot publicatie in het *Tijdschrift voor Jeugdgezondheidszorg*.