

Gezondheid en Welzijn van jongeren in de gemeente Hoogeveen

Health and wellbeing of young people in the municipality of Hoogeveen

Een onderzoek naar sociale en fysieke determinanten van gezondheid en welzijn en de huidige gezondheidsstatus, welzijnsstatus, behoeften en wensen van jongeren in de gemeente Hoogeveen.

Master scriptie Sociologie

Auteur	Celine de Boer S4130774
Opleiding	Sociologie, Rijksuniversiteit Groningen Gezondheid, Welzijn en Zorg
Interne begeleider	Dr. D.E.M.C. Jansen Universitair hoofddocent Sociologie
Referent	Prof. Dr. N. Steverink Adjunct Hoogleraar, Sociologie
Externe begeleiders	Y. Bruins Beleidsadviseur Jeugd B. Harke-Breider Strategisch Adviseur Onderwijs en Jeugd
Datum	10 augustus 2023
Cursusjaar	2022-2023

Probleemstelling

Samenwerkingsorganisatie de Wolden-Hoogeveen (SWO) beschikt op dit moment niet over een overzicht van en voldoende kennis over determinanten van gezondheid en welzijn die door de jongeren in de gemeente Hoogeveen belangrijk gevonden worden. Door het gebrek aan kennis kunnen beleidsmedewerkers op dit moment niet aanwijzen waar het de jeugd in de gemeente Hoogeveen aan ontbreekt en waar zij mogelijk behoefte aan hebben met het oog op het verbeteren van hun gezondheid en welzijn.

Onderzoeksvraag

Hoe staat het met de gezondheid en het welzijn van de jeugd in de gemeente Hoogeveen en welke sociale en fysieke determinanten zijn volgens hen belangrijk voor hun gezondheid en welzijn?

Voorwoord

Beste lezer,

Voor u ligt mijn scriptie die ik geschreven heb voor de master Sociologie in de richting Gezondheid, Welzijn en Zorg aan de Rijksuniversiteit Groningen. Van de maand januari tot en met maart 2023 heb ik stage mogen lopen bij de Samenwerkingsorganisatie De Wolden Hogeveen, waarna ik van maart tot en met juli mijn afstudeeronderzoek bij deze organisatie heb mogen uitvoeren. Ik heb zowel tijdens mijn stage als tijdens mijn onderzoek heel veel mogen leren en heb ervaren wat ik als socioloog toe kan voegen aan een gemeentelijke organisatie.

Ik wil via deze weg ten eerste Karijne Schaap bedanken. Al in het eerste jaar van mijn studie heeft zij mij aangestoken met haar passie en ambitie voor het werk rondom en voor jeugd. Ze heeft mij verteld over alle werkzaamheden die zij verricht en heeft mij in laten zien dat werken rondom en voor jeugd ontzettend betekenisvol, waardevol, leuk en mooi is. Het was ook Karijne die mij geïntroduceerd heeft bij de SWO en ervoor zorgde dat ik de kans kreeg om bij de organisatie mee te lopen. Zonder Karijne was ik nooit bij de SWO naar binnen gelopen.

Ik wil ook Yoni Bruins en Berdine Harke bedanken. Ik heb zowel gedurende mijn stage als gedurende mijn afstudeeronderzoek met hen mee mogen lopen op het Strategisch Beleidscentrum (SBC) binnen de SWO. Ik ben hen dankbaar dat zij mij de kans boden om bij hen stage te lopen en mijn onderzoek uit te voeren. Het was erg prettig om met hen te brainstormen over mijn onderzoek en hen te kunnen raadplegen als ik vragen had. Ook de andere medewerkers van het SBC – in het bijzonder Harold Wassink en Jorien Kuik – wil ik via deze weg bedanken voor hun voortdurende interesse in mijn werkzaamheden en hun motiverende woorden. Bedankt dat jullie ook naar mij wilden luisteren als ik even flink wilde klagen en mijn hart wilde luchten.

Verder wil ik ook alle mensen bedanken die mij hebben geholpen met het verspreiden van mijn vragenlijst. Zonder deze mensen had ik de jongeren in de gemeente niet kunnen bereiken en had ik mijn onderzoek niet uit kunnen voeren. Ook de jongeren die mijn vragenlijst hebben ingevuld ben ik ontzettend dankbaar voor hun deelname aan mijn onderzoek.

Daarnaast wil ik ook Danielle Jansen bedanken voor haar ontzettend fijne begeleiding gedurende zowel mijn stage als mijn scriptie. De feedback en tips die ik heb mogen krijgen waren meer dan nuttig en ik heb ontzettend veel mogen leren. Bedankt voor het voortdurende vertrouwen in mij en mijn kunnen en de constante bereidheid om mij te helpen en adviseren. Ook Nardi Steverink – mijn referent – wil ik bedanken voor het meedenken over mijn onderzoek en het lezen van mijn stukken.

Ik wil ten slotte ook mijn familie, vriend en vriendinnen bedanken. Bedankt voor jullie constante motivatie. Het was ook ontzettend fijn dat jullie altijd meer dan bereid waren om naar mijn ervaringen en verhalen te luisteren en mij hielpen om genoeg te blijven ontspannen en relativeren.

Ik wens u heel veel plezier met het lezen van mijn scriptie!

Celine de Boer, 11 juli 2023

Samenvatting

In de afgelopen jaren zijn beleidsmakers steeds meer gaan erkennen dat het belangrijk is dat de mensen die onderworpen worden aan beleid – zoals jongeren – actief betrokken moeten worden bij het schrijven van het beleid. Dit geldt ook voor het beleid dat gericht is op het verbeteren van de gezondheid en het welzijn van jongeren. In voorliggend onderzoek is nagegaan welke sociale en fysieke determinanten volgens jongeren in de gemeente Hoogeveen belangrijk zijn voor hun gezondheid en welzijn. De volgende onderzoeksvraag stond centraal: *“Hoe staat het met de gezondheid en het welzijn van de jeugd in Hoogeveen en welke sociale en fysieke determinanten hebben volgens hen invloed op hun gezondheid en welzijn?”*.

Om deze onderzoeksvraag te beantwoorden zijn ten eerste determinanten van gezondheid en welzijn afgeleid uit het model van Commission on Social Determinants of Health (CSDH). Vervolgens is nagegaan welke van deze determinanten volgens eerder wetenschappelijk onderzoek belangrijk worden gevonden door jongeren. Op basis van de bestaande literatuur zijn vervolgens hypothesen opgesteld. Om de hypothesen te toetsen, is een digitale vragenlijst verspreid onder Nederlandstalige 16-27-jarige jongeren in de gemeente Hoogeveen. Uit de resultaten van deze vragenlijst is gebleken dat het tamelijk goed gaat met de jongeren in de gemeente Hoogeveen in termen van gezondheid en welzijn. De resultaten toonden aan dat jongeren met name goede en toegankelijke zorg, minder stress door school, goede sociale relaties, een groenere en veilige woon- en leefomgeving met meer ontmoetingsplekken en meer activiteiten, het niet gebruiken van drugs en ten slotte voldoende sporten en bewegen belangrijk vinden voor hun gezondheid en welzijn.

Er bestonden enige verschillen tussen de groepen jongeren. Zo blijken respondenten die in de dorpen buiten Hoogeveen wonen, het niet drinken van alcohol minder belangrijk voor hun gezondheid en welzijn te vinden dan respondenten die in Hoogeveen wonen. Het zijn verder met name mannen die stellen dat niet actief en passief roken niet belangrijk zijn voor hun gezondheid en welzijn.

De respondenten geven verder aan dat de zorg in de gemeente – met name de mentale gezondheidszorg – toegankelijker moet worden en de kwaliteit van de zorg ook moet verbeteren. Daarnaast wordt er door veel jongeren gesteld dat er een gebrek aan activiteiten en ontmoetingsplekken bestaat in de gemeente en zij wensen dat hier verandering in komt.

De gemeente Hoogeveen wordt aanbevolen om vervolgonderzoek uit te voeren onder een grotere groep jongeren, gezien dit onderzoek slechts 24 respondenten telde. Daarnaast kan een kwalitatief vervolgonderzoek ook bijdragen aan de duiding van de resultaten en het achterhalen van de redenen waarom sommige determinanten volgens de respondenten wel en niet belangrijk zijn voor hun gezondheid en welzijn. Een praktische aanbeveling voor de gemeente Hoogeveen is dat er gehoor moet worden gegeven aan de wensen en behoeften van de jongeren. Door bijvoorbeeld in te zetten op het organiseren van meer activiteiten en meer ontmoetingsplekken voor jongeren te faciliteren, kan de gezondheid en het welzijn van de jongeren in de gemeente verbeteren. Een laatste, methodologische aanbeveling voor de gemeente is dat er ingezet moet worden op de bereidheid van jongeren om deel te nemen aan onderzoek en mee te denken over beleidsvorming.

Inhoud

1. Inleiding	6
1.1. De rol van de gemeente rondom de ontwikkeling van kinderen en jongeren	6
1.2. Probleemstelling en onderzoeksvraag	7
1.3. Relevantie van dit onderzoek	8
1.3.1. <i>Sociologische relevantie</i>	8
1.3.2. <i>Wetenschappelijke relevantie</i>	9
1.3.3. <i>Maatschappelijke relevantie</i>	10
1.4. Leeswijzer	10
2. Theoretisch kader	11
2.1. Gezondheid en welzijn	11
2.2. Het CSDH Framework	12
2.2.1. <i>Sociaaleconomische en politieke context en de sociaaleconomische status</i>	12
2.2.2. <i>De materiële levensstandaard</i>	14
2.2.3. <i>Gedrags- en biologische factoren</i>	14
2.2.4. <i>Psychosociale omstandigheden</i>	14
2.2.5. <i>Het zorgsysteem</i>	15
2.2.6. <i>Sociaal kapitaal en sociale cohesie</i>	15
2.3. Leefstijl	16
2.3.1. <i>Sporten en bewegen</i>	16
2.3.2. <i>Actief en passief roken</i>	19
2.3.3. <i>Alcoholconsumptie en drugsgebruik</i>	20
2.4. Sociale relaties	22
2.4.1. <i>Sociale relaties met ouders en echtscheidingen</i>	22
2.4.2. <i>Sociale relaties met vrienden</i>	24
2.5. Gezondheidszorg	25
2.6. Overige determinanten van gezondheid	27
2.6.1. <i>Sociaaleconomische status: Inkomen en opleiding</i>	27
2.6.2. <i>Sociaaleconomische en politieke context</i>	29
2.6.3. <i>Sociale cohesie en sociaal kapitaal</i>	30
2.6.4. <i>Huisvesting en omgeving</i>	31
2.7. Persoonlijke kenmerken	32
2.8. Conceptueel model	34
3. Methode	36
3.1. Doelgroep onderzoek	36
3.2. Soort onderzoek en dataverzamelingmethoden	36
3.2.1. <i>Opstellen van de vragenlijst</i>	37
3.3. Pilot	43
3.4. Het verspreiden van de vragenlijst en verzamelen van data	43
3.4.1. <i>De keuze voor een digitale vragenlijst</i>	43
3.4.2. <i>Wijze van verspreiding</i>	44

3.4.3.	<i>Geïnformeerde toestemming</i>	45
3.4.4.	<i>Incentive</i>	46
3.5.	Het bewaren van de data	47
3.6.	Data-analyse	47
3.6.1.	<i>Beschrijvende analyse</i>	47
3.6.2.	<i>Eenweg-ANOVA en post-hoc analyse</i>	48
3.6.3.	<i>Analyseren van de top-vijf vraag</i>	49
3.6.4.	<i>Open vragen</i>	49
4.	Resultaten	50
4.1.	Persoonlijke kenmerken respondenten	50
4.2.	Gezondheid en welzijn	50
4.3.	Leefstijl-gerelateerde determinanten	51
4.3.1.	<i>Sporten, bewegen en schermtijd</i>	52
4.3.2.	<i>Passief en actief roken</i>	52
4.3.3.	<i>Alcohol – en drugsgebruik</i>	53
4.4.	Determinanten gerelateerd aan sociale relaties	54
4.4.1.	<i>Relatie met ouders en familie</i>	54
4.4.2.	<i>Relatie tussen ouders en scheidingen</i>	55
4.4.3.	<i>Opgroeien in een eenouder- of samengesteld gezin</i>	55
4.4.4.	<i>Sociale relaties met vrienden en eenzaamheid</i>	56
4.5.	Determinanten gerelateerd aan zorg	56
4.6.	Overige determinanten van gezondheid en welzijn	57
4.7.	Extra stellingen op verzoek van de gemeente Hoogeveen	60
4.8.	De Top-Vijf vraag	60
4.9.	Antwoorden op de open vragen	61
4.10.	Verschillen tussen groepen	62
4.10.1.	<i>Toetsen van assumpties</i>	62
4.10.2.	<i>Toetsen van verschillen in termen van gezondheid en welzijn</i>	63
4.10.3.	<i>Toetsen van verschillen met betrekking tot belang van determinanten</i>	68
5.	Conclusie en discussie	74
5.1.	Conclusie	74
5.1.1.	<i>De gezondheid en het welzijn van jongeren</i>	75
5.1.2.	<i>De belangrijke determinanten van gezondheid en welzijn</i>	76
5.1.2.3.	<i>Belang van sociale relaties</i>	77
5.2.	Discussie	81
6.	Literatuur	86
	Bijlage 1. Context beschrijving: de Gemeente Hoogeveen	115
	Bijlage 2. Vragenlijst CPHI Onderzoek	121
	Bijlage 3. Vragenlijst	122
	Bijlage 4. Informatiebrief Onderzoek	134
	Bijlage 5. Poster vragenlijst	136

1. Inleiding

Het speerpunt van het Nederlandse ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is dat de Nederlandse bevolking gezond, fit en veerkrachtig moet zijn. Iedereen in Nederland moet zo gezond mogelijk zijn en de hoogst mogelijke kwaliteit van leven ervaren (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2022c). Deze hoge kwaliteit van leven verwijst ook wel naar zoveel mogelijk welzijn onder de Nederlanders. Een gemeente moet datzelfde doel nastreven: een gemeente moet streven naar een gezonde bevolking met zoveel mogelijk welzijn.

Gemeenten hebben vanuit de Rijksoverheid vele taken opgelegd gekregen als het gaat om de volksgezondheid en het welzijn van de burgers in hun gemeente. Zo zijn ze opdrachtgever van de regionale Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) en zijn ze verantwoordelijk voor het verlenen van jeugdhulp als er bijvoorbeeld problemen heersen binnen gezinnen of jongeren gedragsproblemen vertonen (Rijksoverheid, z.d.a.; Vereniging van Nederlandse Gemeenten [VNG], z.d.). Een specifieke doelgroep waarop gemeentelijk beleid zich moet richten, zijn kinderen en jongeren.

Het is van groot belang dat kinderen en jongeren opgroeien in een veilige en stimulerende omgeving waarin zij zich optimaal kunnen ontwikkelen. De kindertijd is een enorm belangrijke periode in het leven van de mens: wat gebeurt in de kindertijd, heeft invloed op de gehele levensduur (Jones et al., 2020; Sherin et al., 2022). Een gebrek aan een sterke basis en een onveilige en beperkende omgeving kan resulteren in problemen met betrekking tot gezondheid en welzijn, zowel op de korte als op de lange termijn (Felitti et al., 1998; Gezondheidsraad, 2018; Jeugdzorg Nederland, 2019). Een extreem voorbeeld van een gebrek aan een veilige basis is de situatie waarin een kind mishandeld wordt. Kindermishandeling wordt sterk gerelateerd aan depressieve symptomen op latere leeftijd (Comijs et al., 2013) en resulteert doorgaans ook in lagere niveaus van cognitie (Dye, 2018; Forst et al., 2009). Een minder zwaar voorbeeld betreft een gebrek aan een groene kindvriendelijke omgeving, wat ook een negatieve invloed kan hebben op de ontwikkeling en gezondheid van een kind (Jansson et al., 2016; Putra et al., 2022). Een goede sterke basis kan daarentegen wel de gezonde en veilige ontwikkeling bieden die zo belangrijk is. Met een goede basis wordt bedoeld op een stimulerende sociale omgeving waarin kinderen de kans krijgen om zich zo optimaal mogelijk te ontwikkelen (Snijder, 2015). Hier ligt een belangrijke rol weggelegd voor ouders en opvoeders, maar ook voor een gemeente.

1.1. De rol van de gemeente rondom de ontwikkeling van kinderen en jongeren

Een gemeente kan een belangrijke rol spelen bij het faciliteren van een sterke basis voor de jongeren in haar gemeente. Daartoe schrijft zij beleid. Beleid is dat wat een overheidsinstantie, zoals een gemeente, besluit wel of niet te doen (Howlett, 2019). Het ontwerpen van beleid is een bewuste en doelgerichte inspanning, waarbij beleidsdoelen geformuleerd worden en wordt nagedacht over het gebruik van verschillende soorten beleidsinstrumenten (Howlett, 2019). Met betrekking tot het faciliteren van een sterke en veilige basis en het bieden van kansen voor een optimale ontwikkeling en voldoende gezondheid en welzijn, hebben gemeenten onder andere taken rondom openbare orde

en veiligheid, zorg, welzijn en volksgezondheid, onderwijs, ruimtelijke ordening, volkshuisvesting, verkeer, cultuur en sport (Rijksoverheid, z.d.b.; ProDemos, z.d.). Zo heeft een gemeente invloed op het aanbod van sport binnen de gemeente omdat zij daartoe geschikte ruimtes beschikbaar kan stellen en subsidies kan verlenen aan sportverenigingen. Ook is een gemeente verantwoordelijk voor de inrichting van de gemeente en daarmee onder andere de natuur en mate waarin de gemeente groen is (Rijksoverheid, z.d.b.; ProDemos, z.d.).

Een belangrijke pijler van beleid binnen een gemeente, is het jeugdbeleid. Zo is de gemeente verantwoordelijk voor de omgeving waarin haar jeugd opgroeit en moet ze gezondheidsbeleid schrijven voor de kinderen en jongeren in haar gemeente (Driedonks, z.d.). Met het schrijven van effectief en passend beleid moeten instanties met vele factoren rekening houden. Een belangrijke groep factoren betreffen de fysieke en sociale determinanten die invloed uitoefenen op het beloop van bepaalde kwesties, zoals gezondheid en welzijn. Determinanten van gezondheid en welzijn zijn factoren die invloed hebben op de mate waarin mensen gezondheid en welzijn ervaren (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, z.d.; Solar & Irwin, 2010). Zo zijn er verschillende factoren die invloed hebben op het ontstaan van bepaalde ziektes en op het beloop van de ziekte. Het is voor een gemeente als beleid makende instantie belangrijk om kennis te nemen van deze sociale en fysieke determinanten van gezondheid en welzijn, om doeltreffend beleid te kunnen schrijven (Solar & Irwin, 2010). Beleid moet rekening houden met de determinanten van gezondheid en welzijn en ook inzetten op deze determinanten om verandering teweeg te kunnen brengen. Ook is het belangrijk om kennis te nemen van de wensen van de doelgroep die onderhevig is aan het beleid.

1.2. Probleemstelling en onderzoeksvraag

Op dit moment beschikt Samenwerkingsorganisatie De Wolden Hoozevee (SWO), de opdrachtgever voor dit onderzoek, niet over voldoende kennis met betrekking tot de sociale en fysieke determinanten van gezondheid en welzijn die nodig is om passend jeugdbeleid te schrijven dat aansluit bij de wensen en behoeften van de jeugd uit Hoozevee. Het is dan ook zaak om te achterhalen wat volgens jongeren in de gemeente Hoozevee belangrijk is en moet worden meegenomen in het jeugdbeleid met betrekking tot hun gezondheid en welzijn. Dit onderzoek is daarom gericht op het identificeren van sociale en fysieke determinanten van gezondheid en welzijn die volgens de Hoozeveense jongeren belangrijk worden gevonden en zet in op het achterhalen van wat de wensen en behoeften van deze jongeren zijn als het gaat om het verbeteren van hun gezondheid en welzijn. Daarmee voorziet dit onderzoek de SWO van de informatie die zij nodig heeft om het passende jeugdbeleid te schrijven wat zij ambieert. Meer inzicht in de huidige stand van zaken biedt de SWO handvatten voor het schrijven van passend jeugdbeleid en het bieden van de veilige en sterke basis die kinderen en jongeren nodig hebben. Deze probleemstelling leidt tot de volgende onderzoeksvraag: *“Hoe staat het met de gezondheid en het welzijn van de jeugd in Hoozevee en welke sociale en fysieke determinanten hebben volgens hen invloed op hun gezondheid en welzijn?”*

Om deze onderzoeksvraag te beantwoorden, ga ik antwoord geven op de volgende deelvragen:

Deelvraag 1. Wat zijn volgens de wetenschappelijke literatuur sociale en fysieke determinanten van gezondheid en welzijn die door jongeren belangrijk worden gevonden?

Deelvraag 2. Hoe staat het met de gezondheid van de jongeren in Hoogeveen?

Deelvraag 3. Hoe staat het met het welzijn van de jongeren in Hoogeveen?

Deelvraag 4. Wat zijn volgens jongeren uit de gemeente Hoogeveen belangrijke sociale en fysieke determinanten van gezondheid en welzijn?

Deelvraag 5. Bestaan er verschillen tussen jongeren wat betreft hun beoordeling over het belang van bepaalde sociale en fysieke determinanten van gezondheid en welzijn?

Deelvraag 6. Wat kan de gemeente Hoogeveen volgens de jongeren doen om hun gezondheid en welzijn te verbeteren?

1.3. Relevantie van dit onderzoek

1.3.1. *Sociologische relevantie*

Voorliggend onderzoek wordt sociologisch ingestoken en is sociologisch relevant te noemen. Het onderzoek is ten eerste sociologisch relevant omdat de verbetering van de gezondheid en het welzijn van de mens tegenwoordig steeds meer een sociologische aangelegenheid geworden is. Dit betekent dat sociologische kennis met betrekking tot gezondheid en welzijn voor het schrijven van effectief en passend beleid ook erg belangrijk is. Tegenwoordig kijken artsen steeds vaker voorbij de ziekte in het lichaam en besteden ze steeds meer aandacht aan de sociale en fysieke determinanten van gezondheid en welzijn (Martins et al., 2021; Nettleton, 2021; McDaniel, 2013). Artsen en beleidsmakers zijn gaan erkennen dat sociale determinanten van gezondheid en welzijn van groot belang zijn en zijn hier dan ook steeds meer aandacht aan gaan schenken. Zo zijn goede sociale relaties bijvoorbeeld van groot belang (Hawkey & Cacioppo, 2010; Steverink et al., 2020) en blijkt onze sociaaleconomische status ook veel invloed te hebben op hoe wij ons voelen (Busch & van der Lucht, 2012; Bussemaker et al., 2020; Kennedy et al., 2007; Mazeikaite et al., 2021). Om goed beleid te kunnen schrijven met het oog op het verbeteren van gezondheid en welzijn van inwoners is het dan ook belangrijk om het beleid af te stemmen op en rekening te houden met de invloeden van de fysieke en sociale omgeving waarin burgers wonen en opgroeien. Het is ook de sociale en fysieke context waar een gemeente de meeste invloed op uit kan oefenen (ProDemos, z.d.).

Een tweede reden waarom dit onderzoek sociologisch relevant is, is omdat het schrijven en uitvoeren van beleid – zoals dat onder andere gebeurt binnen een gemeente – een sociologische aangelegenheid is (Johnson, 2004). Beleid is veelal gericht op het beïnvloeden van de maatschappij en het aanzetten van mensen tot het veranderen van hun gedrag. Dit betekent dat beleid gericht is op sociale wezens en daarmee gemoeid is met de sociologie (Howlett, 2019; Johnson, 2004). Sociologie is de wetenschap die zich bezighoudt met maatschappelijke vraagstukken en het verklaren

van de maatschappij en de manier waarop zij wel en niet werkt (Elchardus et al., 2021; Zubrzycki, 1973). Het spreekt dan ook voor zich dat sociologische kennis een belangrijke bron is waaruit ambtenaren putten om goed (sociaal) beleid te kunnen schrijven. Dit onderzoek gaat de SWO door middel van een sociologisch perspectief informeren over relevante beleids- en verbeteringspunten die door de jeugd worden bestempeld als belangrijk.

1.3.2. *Wetenschappelijke relevantie*

Dit onderzoek is naast sociologisch relevant, ook wetenschappelijk relevant te noemen. Er is al veel onderzoek gedaan naar wat in theorie belangrijke sociale en fysieke determinanten zijn van gezondheid (e.g. Bussemaker et al., 2020; Europese Commissie, 2022; Köhler, 2016; McQuinn et al., 2019; Rigby et al., 2003; Solar & Irwin, 2010), maar binnen de wetenschappelijke literatuur bestaat een gebrek aan kennis over de opinie van jongeren zelf met betrekking tot deze determinanten (Eriksson & Dahlblom, 2020; Organisation for Economic Co-Operation and Development [OECD], 2021; Kenney et al., 2013; Robert et al., 2008). Het belang van de mening en wensen van jongeren wordt door velen benadrukt, maar wetenschappers erkennen ook dat weinig wetenschappelijk onderzoek is nagegaan wat jongeren belangrijk achten voor hun gezondheid en welzijn en het verbeteren ervan. Eén van de belangrijkste redenen voor dit gebrek aan kennis en onderzoek, is dat het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek onder kinderen en jongeren een moeilijke aangelegenheid betreft, met name vanwege hun leeftijd (OECD, 2021).

Het is echter erg belangrijk om met het schrijven van beleid rekening te houden met de percepties van de doelgroepen die aan beleidsvoering onderworpen worden, zo ook jongeren (Njelesani & Hunleth, 2020). Wanneer er bij de beleidsvorming rekening wordt gehouden met de percepties, wensen en behoeften van de doelgroep, is de kans groter dat het beleid goed ontvangen wordt en het de verandering teweegbrengt die beoogd wordt (Howlett, 2019; Njelesani & Hunleth, 2020; Quijada Cerecer et al, 2013). Het belang van sociale determinanten wordt dus breed erkend, maar er is weinig tot geen inzicht in welke determinanten volgens jongeren belangrijk zijn. Dit onderzoek wil bijdragen aan dit gebrek aan kennis en is daarmee wetenschappelijk relevant.

De onderzoeken die wel zijn gedaan, zijn uitgevoerd in de Verenigde Staten, Canada, Noorwegen en Zweden (e.g. Canadian Population Health Initiative [CPHI] 2005; Eriksson & Dahlblom; Jordan & Rees, 2020; Kenney, 2013; Robert, 2008; Robert, 2011). Van een onderzoek naar de opinie van Nederlandse jongeren rondom het belang van determinanten van gezondheid en welzijn is geen sprake. Opvallend is verder dat veel onderzoeken worden uitgevoerd bij jongeren ouder dan 18 jaar (e.g. Robert, 2008; Robet, 2011; CPHI, 2005) of dat het onderzoek bij een kleine groep jongeren met een vergelijkbare leeftijd wordt uitgevoerd, wat de generaliseerbaarheid van de resultaten beperkt (Eriksson & Dahlblom, 2020; Helseth & Misvær, 2010; Jordan & Rees, 2020). In sommige gevallen worden in plaats van jongeren zelf, ouders en leraren gevraagd om een indruk te geven van wat jongeren belangrijk vinden (Sood et al., 2018). Het huidige onderzoek wil verder bijdragen aan het bestaande gebrek aan wetenschappelijke kennis rondom de opinie van Nederlandse jongeren,

door bij jongeren in de gemeente Hogeveen na te gaan wat volgens hen belangrijke sociale en fysieke determinanten zijn van gezondheid en welzijn.

Verder is het ook erg belangrijk om bij het schrijven van beleid rekening te houden met de context waarin dit beleid geïmplementeerd wordt (Nielsen et al., 2022; Pawson & Tilley, 1997). Eén van de meest belangrijke vragen die beantwoord moet worden bij het schrijven van effectief en succesvol beleid, is de vraag hoe, voor wie en onder welke omstandigheden bepaald beleid en bepaalde interventies werken (Nielsen et al., 2022; Pawson & Tilley, 1997). Beleid moet in een bepaalde context specifieke mechanismen tot stand brengen die een beoogd resultaat teweeg moeten brengen. Om passend beleid te kunnen schrijven is daarom voldoende kennis nodig over de context waarin de verandering plaats moet vinden (Pawson & Tilley, 1997). Dit is echter waar het binnen overheidsinstanties regelmatig aan ontbreekt en het vraagstuk waar dit onderzoek onder andere aan bijdraagt. Ik ga de SWO voorzien van relevante informatie en kennis rondom de kinderen en jongeren in de gemeente Hogeveen, waarbij ik ook rekening wil houden met de context waarin deze kinderen opgroeien. Deze informatie moet de SWO uiteindelijk helpen om passend beleid te schrijven wat ook effectief en succesvol is in de context van de gemeente Hogeveen.

1.3.3. *Maatschappelijke relevantie*

Dit onderzoek levert ten slotte ook een belangrijke maatschappelijke bijdrage en is daarmee maatschappelijk relevant te noemen. Het onderzoek is maatschappelijk relevant omdat de resultaten bij gaan dragen aan de kennis voor het schrijven van effectief beleid in de gemeente Hogeveen dat rekening houdt met de percepties en wensen van de jongeren in de gemeente. Het geschreven beleid sluit dan beter aan op de context waarin het beleid uitgevoerd moet worden. Door in te zetten op dat wat volgens jongeren zelf belangrijk is, is de kans ook groter dat het beleid positief ontvangen wordt en tot de gewenste veranderingen leidt (Howlett, 2019). Dit moet uiteindelijk bijdragen aan een betere gezondheid en meer welzijn onder de jongeren in de gemeente Hogeveen, waarmee de gemeente het doel van een gezonde bevolking met zoveel mogelijk welzijn in hogere mate nastreeft.

1.4. Leeswijzer

In hoofdstuk twee volgt het theoretisch kader, waarin ik de sociale en fysieke determinanten van gezondheid en welzijn identificeer en beschrijf die naar verwachting belangrijk gevonden worden door de jongeren uit de gemeente Hogeveen. Op basis van de theorie ga ik een aantal hypothesen opstellen die ik gedurende de uitvoering van dit onderzoek ga toetsen. In hoofdstuk drie – het methoden-hoofdstuk – ga ik daarna beschrijven op welke manier de benodigde data verzameld zijn met het oog op het beantwoorden van de deelvragen en de centrale onderzoeksvraag. In het resultatenhoofdstuk ga ik vervolgens de verkregen data en de daaruit voortkomende resultaten bespreken en duiden, waarna ik in hoofdstuk vijf ga reflecteren op mijn bevindingen en uit deze bevindingen conclusies ga trekken.

2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk ga ik relevante literatuur bespreken en hypothesen opstellen. Ik ga beginnen met het afbakenen van de concepten gezondheid en welzijn. Vervolgens ga ik het Commission on Social Determinants of Health (CSDH) Framework bespreken. Dit is een theoretisch raamwerk dat een overzicht biedt van sociale en fysieke determinanten die volgens wetenschappelijk onderzoek invloed hebben op de gezondheid en het welzijn van mensen. Ik ga daarna bespreken wat uit eerder wetenschappelijk onderzoek is gebleken met betrekking tot wat jongeren wel en niet belangrijk lijken te vinden voor hun gezondheid en welzijn. Mogelijk identificeert het CSDH framework determinanten van gezondheid en welzijn die door jongeren niet of minder belangrijk worden gevonden. Op basis van deze eerdere bevindingen ga ik een aantal hypothesen opstellen die mijn verwachtingen reflecteren over welke determinanten de jongeren uit de gemeente Hoogeveen mogelijk bestempelen als belangrijk voor hun gezondheid en welzijn. Voor deze hypothesen en bijbehorende determinanten ga ik toelichten via welke wegen deze sociale en fysieke determinanten invloed hebben op de gezondheid en het welzijn van jongeren. Ook ga ik nog in op de invloed van sociale en fysieke determinanten die door het model van de CSDH wel worden geïdentificeerd als belangrijk, maar die naar verwachting door de jongeren uit de gemeente Hoogeveen minder belangrijk worden gevonden voor hun gezondheid en welzijn.

2.1. Gezondheid en welzijn

De twee centrale concepten uit dit onderzoek zijn *gezondheid* en *welzijn*. In de Gemeente Hoogeveen wordt gezondheid gedefinieerd naar het concept van Positieve Gezondheid (Gemeente Hoogeveen, z.d.a.). Deze definitie wordt in dit onderzoek dan ook aangehouden. Volgens het concept van Positieve Gezondheid is gezondheid het vermogen om je aan te passen en zelf regie te voeren op de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven (Gemeente Hoogeveen, z.d.a.; Haverkamp et al., 2017; Huber, 2016; Huber et al., 2011; Huber et al., 2016). Gezondheid is daarmee meer dan de afwezigheid van ziekte.

Het tweede kernbegrip uit dit onderzoek is welzijn. Welzijn wordt binnen de wetenschappelijke literatuur op verschillende manieren gedefinieerd. De Gemeente Hoogeveen werkt als het om welzijn gaat nauw samen met Stichting Welzijnswerk Hoogeveen (SWW), een organisatie gericht op het verbeteren van het welzijn van de inwoners van Hoogeveen (Stichting Welzijnswerk Hoogeveen [SWW], z.d.). Deze stichting definieert welzijn als 'kunnen meedoen, het gevoel hebben dat je ertoe doet en het leiden van een zinvol leven' (SWW, z.d.). Deze definitie sluit aan bij meerdere definities die worden gegeven binnen de wetenschappelijke literatuur, waar welzijn wordt gedefinieerd als een staat van positieve gevoelens, het volledig kunnen benutten van je eigen potentieel, het hebben van plezier, gelukkig zijn en het hebben van een kwalitatief goed leven (e.g. Coffey et al., 2022; Dooris et al., 2018; Lewis, 2020; Simons & Baldwin, 2021). In dit onderzoek wordt welzijn dan ook gedefinieerd als het leiden van een zinvol, gelukkig, plezierig en kwalitatief goed leven waarin je als individu het gevoel hebt dat je ertoe doet.

Welzijn en gezondheid zijn twee begrippen die nauw met elkaar verbonden zijn. Zo worden de begrippen onderling gebruikt om de ander te omschrijven. De World Health Organization (WHO) definieert gezondheid bijvoorbeeld als een staat van compleet fysiek, sociaal en mentaal welzijn

(Haverkamp et al., 2017; World Health Organization [WHO], 2020). Het begrip welzijn wordt door de WHO dus gebruikt om het begrip gezondheid te definiëren. De Cambridge Dictionary omschrijft aan de andere kant welzijn als een staat waarin iemand zich gezond en gelukkig voelt (Cambridge Dictionary, 2023). Daar wordt het begrip gezondheid dus gebruikt om het begrip welzijn te omschrijven. De twee begrippen worden dus vaak met elkaar in verband gebracht, maar het zijn geen synoniemen van elkaar (Simons & Baldwin, 2021).

In de wetenschappelijke literatuur wordt veelal gesteld dat gezondheid een belangrijke determinant is van welzijn (e.g. Bourke & Geldens, 2007; Dalingwater, 2019; Simons & Baldwin, 2021). Een verbetering in de gezondheid gaat doorgaans gepaard gaan met een verbetering in welzijn en een verslechterde gezondheid heeft juist een negatieve invloed op het welzijn (Simons & Baldwin, 2021). Dit betekent dat determinanten van gezondheid (indirect) ook determinanten van welzijn (kunnen) zijn. Om deze reden wordt in dit onderzoek geen specifiek onderscheid gemaakt tussen determinanten van gezondheid en determinanten van welzijn. Ik ga mij dan ook richten op het identificeren en toelichten van determinanten die zowel invloed hebben op gezondheid als op welzijn.

2.2. Het CSDH Framework

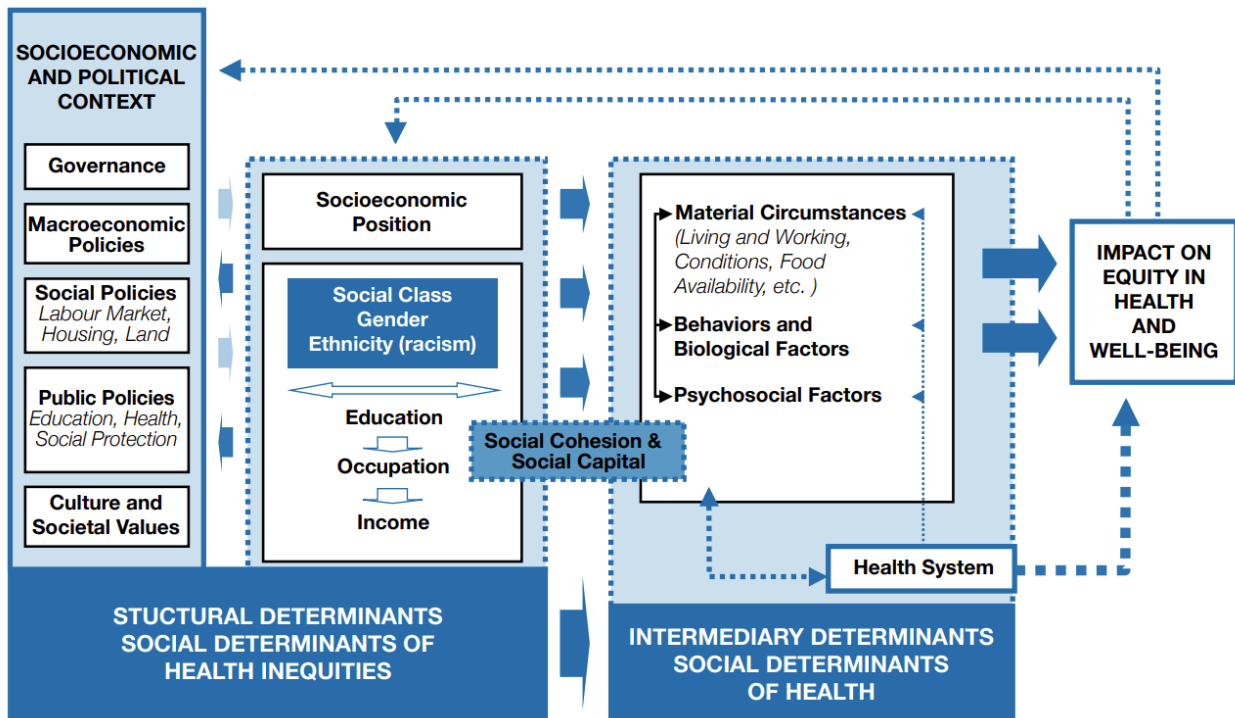
Sociale wetenschappers, beleidsmakers en artsen zijn gaan erkennen dat onze gezondheid en ons welzijn sterk beïnvloed worden door onze sociale en fysieke omgeving. Gezondheid en welzijn worden dan ook steeds meer gezien als sociale fenomenen. Er bestaan meerdere theoretische raamwerken die de invloed van sociale en fysieke determinanten op gezondheid en welzijn in kaart brengen en toelichten. Het theoretische raamwerk afkomstig van de Commission on Social Determinants of Health (CSDH) is daar één van en vormt een belangrijke bron van informatie voor dit onderzoek (Solar & Irwin, 2010). Het theoretische raamwerk wordt visueel weergegeven in figuur 1 op de volgende pagina.

2.2.1. *Sociaaleconomische en politieke context en de sociaaleconomische status*

De theorie van het CSDH framework stelt dat de sociale, economische en politieke context waarin wij leven sociaaleconomische stratificatie in de samenleving teweegbrengt (Marmot et al., 2008; Solar & Irwin, 2010). Dit betekent dat mensen verschillende sociaaleconomische statussen hebben. De sociale, economische en politieke context creëert deze sociaaleconomische posities in de samenleving en zorgt ervoor dat deze posities blijven bestaan (Solar & Irwin, 2010). De context wordt onder andere gevormd door de overheid, het beleid dat gevoerd wordt en de culturele en sociale waarden die bestaan in de samenleving (Solar & Irwin, 2010; WHO Commission on Social Determinants of Health, & World Health Organization (WHO CSDH & WHO), 2008).

Het is bijvoorbeeld beleid dat invloed heeft op de manier waarop materiele bronnen verdeeld worden over de samenleving, wat invloed heeft op de sociaaleconomische stratificatie van de maatschappij

(Solar & Irwin, 2010). De context en de sociaaleconomische posities die zij voortbrengt worden de structurele determinanten van gezondheid genoemd.



Figuur 1. Het CSDH conceptuele Framework.

Noot. Overgenomen uit 'A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health' door O. Solar en A. Irwin, 2010, *Social Determinants of Health Discussion Paper 2*

Gezondheidsverschillen tussen mensen bestaan volgens het CSDH framework doordat mensen verschillende sociaaleconomische statussen hebben (Marmot et al., 2008; Solar & Irwin, 2010; WHO CSDH & WHO, 2008). De sociaaleconomische status van een individu verwijst naar de mate waarin een individu de mogelijkheid heeft om maatschappelijk gewaardeerde goederen te creëren of te consumeren (Miech & Hauser, 2001; Ministerie van Volksgezondheid en Zorg, z.d.). De status wordt onder andere beïnvloed door het inkomen van een individu, de hoogst behaalde opleiding, de baan die een individu heeft en/of de activiteiten/taken die hij/zij in het dagelijks leven uitvoert, de sociale klasse, het geslacht van een individu en diens etniciteit (Solar & Irwin, 2010).

Mensen verschillen als gevolg van het hebben van een verschillende sociaaleconomische status in de hoeveelheid macht, status en middelen die zij hebben. Dit maakt dat mensen in verschillende mate worden blootgesteld aan en kwetsbaar zijn voor gezondheidsproblemen via een aantal intermediaire factoren (Solar & Irwin, 2010). Zo hebben mensen met een hogere sociaaleconomische status gemiddeld meer geld om bijvoorbeeld te besteden aan voeding en sport, wat veelal resulteert in een betere gezondheid (Hoffmann et al., 2019). Mensen met een lagere sociaaleconomische status hebben daarentegen gemiddeld minder inkomen en daardoor minder geld om uit te geven aan dingen die ten goede kunnen komen aan hun gezondheid en welzijn. Hoe lager de sociaaleconomische status, des te minder gezondheid en welzijn een mens ervaart (Marmot et al., 2008).

De context en de daaruit voortkomende sociaaleconomische posities bepalen dus verschillen in de blootstelling aan en kwetsbaarheid van mensen voor de intermediaire determinanten van gezondheid (Solar & Irwin, 2010; WHO CSDH & WHO, 2008). Deze intermediaire determinanten van gezondheid hebben een directe invloed op de gezondheid van de mens. Volgens het CSDH framework betreft het de materiële omstandigheden, psychosociale omstandigheden, gedrags- en biologische factoren en het gezondheidssysteem (Solar & Irwin, 2010).

2.2.2. De materiële levensstandaard

De materiële levensstandaard is de eerste intermediaire determinant die het CSDH framework identificeert als belangrijk. Onder de materiële levensstandaard vallen factoren als huisvesting, de beschikking over financiële middelen en de omgeving waarin mensen wonen (Solar & Irwin, 2010). Deze factoren kunnen verschillen in kwaliteit en kwantiteit. Zo kan een individu met meer financiële middelen doorgaans meer en gezonder voedsel kopen dan een individu met minder financiële middelen, wat kan resulteren in gezondheidsverschillen (Galobardese et al., 2006; Solar & Irwin, 2010). Kwalitatief betere huisvesting (Dunn, 2002; Rollings et al., 2017; Van Klaveren & Kunst, 2022) en wonen in een groene omgeving kunnen ook resulteren in een betere gezondheid en daarmee gezondheidsverschillen (Giles-Corti et al., 2013; Gullón & Lovasi, 2018; Saelens & Handy, 2008).

2.2.3. Gedrags- en biologische factoren

De gedrags- en biologische factoren vormen samen de tweede intermediaire determinant van gezondheid en welzijn. De gedragsfactoren verwijzen veelal naar de leefstijl die mensen hanteren, zoals hun rookgedrag, de mate waarin ze alcohol consumeren en de hoeveelheid beweging die zij dagelijks krijgen (Solar & Irwin, 2010). Roken, overmatig alcohol nuttigen en te weinig bewegen is slecht voor de gezondheid en het welzijn van de mens (Both, 2005; Kamps, 2022; Larouche, 2016; Ministerie van Algemene Zaken, 2022a; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, z.d.b.). De biologische factoren verwijzen naar de genen van individuen die ervoor kunnen zorgen dat mensen ziek worden of meer risico lopen op het krijgen van een bepaalde ziekte (Solar & Irwin, 2010). Zo kan een bepaalde leefstijl via biologische factoren aanleiding geven tot gezondheidsproblemen en gezondheidsverschillen veroorzaken tussen mensen. Een individu kan bijvoorbeeld veel voedsel innemen met vele verzadigde vetten, als reactie op gebeurtenissen die stress veroorzaken. Een dieet dat rijk is aan verzadigde vetten kan leiden tot verkalking van de aderen – in het bijzonder bij mensen die daar genetische aanleg voor hebben – waardoor het risico op het krijgen van een hartinfarct toeneemt (Solar & Irwin, 2010; Universitair Medisch Centrum Groningen [UMCG], z.d.).

2.2.4. Psychosociale omstandigheden

De derde intermediaire determinant van gezondheid en welzijn, betreft de psychosociale omstandigheden. Deze omstandigheden verwijzen met name naar de mate waarin iemand

bijvoorbeeld stress ervaart en de mate waarin een persoon beschikt over voldoende sociale relaties en steun kan ontleen aan diens sociale netwerk (Solar & Irwin, 2010). Mensen met een verschillende sociaaleconomische status worden vaak in verschillende mate blootgesteld aan situaties die bedreigend zijn voor de gezondheid. Zo hebben mensen met een lagere sociaaleconomische status vaak een lager inkomen, wat gepaard kan gaan met stress en daarmee kan resulteren in een verminderde gezondheid en minder welzijn (Solar & Irwin, 2010). Mensen met een lagere sociale positie hebben daarnaast vaak ook minder zekerheid over hun baan dan mensen met een hogere sociale positie, wat opnieuw voor stress en daarmee een slechtere gezondheid en minder welzijn kan zorgen (Bussemaker et al., 2020; Solar & Irwin, 2010).

2.2.5. Het zorgsysteem

De vierde intermediaire determinant van gezondheid en welzijn is het zorgsysteem. Met name de toegankelijkheid van zorg is van belang (Solar & Irwin, 2010). Als mensen niet in dezelfde mate toegang hebben tot zorg, resulteert dat vanzelfsprekend in gezondheidsverschillen. Ook de kwaliteit van geleverde zorg is belangrijk (Solar & Irwin, 2010). Naast dat een gezondheidssysteem toegang tot zorg kan verlenen, kan zij ook bijdragen aan de preventie van ziekten door mensen te informeren over gezond gedrag (Solar & Irwin, 2010).

2.2.6. Sociaal kapitaal en sociale cohesie

Solar en Irwin (2010) stellen ten slotte dat sociaal kapitaal en sociale cohesie ook belangrijke sociale determinanten van gezondheid en welzijn zijn. Deze determinanten vallen volgens hen echter niet specifiek onder de groep structurele of intermediaire determinanten, omdat sociaal kapitaal en sociale cohesie als determinanten kenmerken hebben van beide typen determinanten (Solar & Irwin, 2010). Binnen de wetenschappelijke literatuur bestaat er daarnaast ook veel discussie over wat sociaal kapitaal en sociale cohesie is en op welke manier ze bijdragen aan de gezondheid van de mens en het tegengaan van gezondheidsverschillen. Op de relatie tussen sociaal kapitaal/sociale cohesie en gezondheid en welzijn ga ik later in. Ik ga nu kort in op de definiëring van beide concepten.

Een eerste conceptualisering van het concept sociaal kapitaal is afkomstig van Robert Putnam (1995; 2000). Hij definieert sociaal kapitaal als een kenmerk van een sociale organisatie die coördinatie en samenwerking faciliteert (Derose et al., 2009; Putnam, 1995; Putnam, 2000; Solar & Irwin, 2010). Zo dragen normen en een sociaal netwerk volgens Putnam bij aan sociaal kapitaal en faciliteren ze daarmee samenwerking.

Een tweede benadering betreft de netwerk-benadering. Deze benadering stelt dat sociaal kapitaal verwijst naar de middelen die ontstaan via en over en weer gaan binnen sociale netwerken (Solar & Irwin, 2010). Sociaal kapitaal ontstaat volgens deze benadering binnen sociale netwerken en faciliteert onder andere het ondernemen van bepaalde acties en het nemen van bepaalde beslissingen (Coleman, 1988). Beslissingen die individuen of groepen nemen kunnen volgens de netwerk-benadering dan ook niet los worden gezien van de sociale context met bijbehorend sociaal kapitaal waarin deze keuzes gemaakt worden (Coleman, 1988; Derose, 2009; Solar & Irwin, 2010).

Het Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS] (Schmeets, 2022) definieert sociaal kapitaal ten slotte als de (sociale) hulpbronnen waarover een individu kan beschikken. Sociale relaties kunnen van potentieel nut zijn, bijvoorbeeld voor advies en hulp (Schmeets, 2022; Social Capital, 2008).

Aan het bespreken van het begrip sociale cohesie besteden Solar en Irwin (2010) in hun rapport minder aandacht dan aan het definiëren van sociaal kapitaal. Ondanks dat sociaal kapitaal en sociale cohesie sterk aan elkaar gerelateerd zijn en onderling ook wel eens als synoniemen worden gebruikt (Miller et al., 2020), zijn het wel twee verschillende concepten. Met sociale cohesie wordt meestal bedoeld op collectieve verbindingen binnen een samenleving (Schmeets, 2022; Chuang et al., 2013). Sociale cohesie wordt ook wel omschreven als het cement van de samenleving, dat wat mensen samenhoudt (Social Cohesion, 1968). Voor het bestaan van collectieve binding tussen bijvoorbeeld inwoners van een gemeente worden onder andere sociaal vertrouwen, gemeenschapsgevoel en solidariteit van belang geacht (Miller et al., 2020).

Samenvattend stelt het CSDH framework dat mensen in verschillende mate worden blootgesteld aan en kwetsbaar zijn voor verschillende determinanten van gezondheid omdat zij verschillen in hun sociaaleconomische status. Deze status wordt onder andere beïnvloed door de politieke en sociale context waarin wij leven. Deze context creëert de sociale posities en handhaaft deze ook. Om de gezondheidsverschillen te kunnen verkleinen, moet er dan ook ingezet worden op het verbeteren van deze context en het verminderen van de onevenredige verdeling van onder andere inkomen, macht en andere belangrijke bronnen (Marmot et al., 2008; WHO CSDH & WHO, 2008).

Het is mogelijk dat de determinanten die het CSDH model identificeert als belangrijk en invloedrijk voor gezondheid en welzijn, door jongeren in de gemeente Hoogeveen minder of niet belangrijk gevonden worden. In het resterende deel van het theoretisch kader ga ik met behulp van relevante wetenschappelijke literatuur na welke van de door het CSDH als belangrijk geïdentificeerde determinanten door jongeren in eerder onderzoek ook belangrijk gevonden werden. Op basis van deze eerdere bevindingen ga ik hypothesen opstellen over de determinanten die naar verwachting wel en niet belangrijk worden gevonden door de jongeren in de gemeente Hoogeveen.

2.3. Leefstijl

In het CSDH model wordt leefstijl als een belangrijke determinant van gezondheid en welzijn gezien (Solar & Irwin, 2010). Uit eerder wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat jongeren hun leefstijl ook vaak van belang achten voor de mate waarin zij gezondheid en welzijn ervaren (CPHI, 2005; Robert et al., 2008; Robert & Booske, 2011; Kenney, 2013). Zo verwijzen jongeren onder andere naar het belang van voldoende sporten en bewegen, de invloed van zowel passief als actief roken en gezond eten.

2.3.1. Sporten en bewegen

De mate waarin jongeren sporten en bewegen blijkt door jongeren in sterke mate erkend te worden als belangrijke determinant van de gezondheid en welzijn (CPHI, 2005; Eriksson & Dahlblom, 2020;

Kenney, 2013; Robert, 2008; Sood et al., 2018). Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt inderdaad dat voldoende sporten en bewegen erg belangrijk is voor de gezondheid en het welzijn van jongeren (e.g. Carson et al., 2017; Hartson et al., 2018; WHO, 2019; Sampasa-Kanyinga et al., 2020).

Richtlijnen bevelen jongeren aan om minimaal een uur per dag gematigd tot intensief te bewegen door bijvoorbeeld te fietsen, wandelen of zwemmen (Bull et al., 2020; Hartson et al., 2018; Keane et al., 2017; Ministerie van Algemene Zaken, 2022c). Voldoende fysieke activiteit heeft positieve gevolgen voor hun gezondheid en welzijn. Zo wordt voldoende bewegen geassocieerd met verbeterde motorieke en cognitieve ontwikkeling, draagt het bij aan de psychosociale gezondheid van jongeren en draagt het positief bij aan het lichaamsgewicht (Carson et al., 2017; Hartson et al., 2018; WHO, 2019). Fysieke activiteiten zijn doorgaans ook goed voor de ontwikkeling van gezonde botten. Daarnaast draagt voldoende beweging in combinatie met weinig stilzitten en voldoende slaap ook positief bij aan de mentale gezondheid en het zelfvertrouwen van jongeren (Hartson et al., 2018; Sampasa-Kanyinga et al., 2020).

Onvoldoende fysieke inspanning is juist erg slecht voor de gezondheid en het welzijn van jongeren. Een gebrek aan lichamelijke beweging is een belangrijke oorzaak van overgewicht onder jongeren en gaat ook samen met verhoogde risico's op hart- en vaatziekten (Both, 2005; Larouche 2016). Ook heeft te weinig beweging een negatieve invloed op de cognitieve en psychosociale ontwikkeling.

De hoeveelheid schermtijd wordt tegenwoordig ook steeds belangrijker gevonden voor de gezondheid en het welzijn van jongeren. In de huidige samenleving bewegen jongeren veel minder en vertonen ze in plaats daarvan steeds vaker sedentair gedrag: gedrag waarbij individuen weinig energie verbruiken en lang stilzitten (Keane et al., 2017; Poitras et al., 2017). Een specifieke vorm van sedentair gedrag is gedrag waar een beeldscherm aan te pas komt (Keane et al., 2017).

Een hoge schermtijd kan resulteren in gezondheidsproblemen en verminderd welzijn onder jongeren. Zo kan het leiden tot slaapproblemen, doordat ze voor een te lange tijd worden blootgesteld aan blauw licht van schermen (Derksen, 2019). Ook kan een hoge schermtijd leiden tot een verminderde conditie, obesitas en diabetes omdat een kind minder tijd besteedt aan en minder interesse heeft in andere activiteiten, zoals sporten (Derksen, 2019; Hartson et al., 2018; Keane et al., 2017; Klitsie et al., 2013). Overmatig gebruik van sociale media – en daarmee een hoge schermtijd – kan onder jongeren ook resulteren in stress en mogelijk zelfs depressieve symptomen, wat een negatieve invloed heeft op hun welzijn en gezondheid (Kuindersma et al., 2022). Bij deze relatie speelt *Fear of Missing Out* (FOMO) regelmatig een rol. FOMO duidt op de vrees dat je niet op de hoogte bent van wat andere mensen uitvoeren en dat zij leuke activiteiten ondernemen zonder jou (Buglass et al., 2017; Leung et al., 2021; Przybylski et al., 2013). Wanneer je niet in staat bent om van tijd tot tijd je sociale media te controleren kan dit bijvoorbeeld resulteren in FOMO, omdat je niet de gelegenheid hebt om te achterhalen wat andere mensen uit jouw sociale netwerk op dat moment aan het doen zijn (Leung et al., 2021). Dit kan leiden tot gevoelens van onzekerheid en stress. Ook wanneer een jongere wel in staat is om zijn of haar sociale media te controleren, kan FOMO optreden. Wanneer een jongere op sociale media ziet dat zijn of haar vriendjes en/of vriendinnetjes een activiteit ondernemen in afwezigheid van hem of haar, kan dit ook resulteren in onzekerheid en verminderd

zelfvertrouwen (Buglass et al., 2017). Deze onzekerheid en het verminderde zelfvertrouwen kunnen vervolgens resulteren in verminderd welzijn.

Overmatig scherm- en sociale mediagebruik kan ook een negatieve invloed hebben op het zelfvertrouwen en zelfbeeld van jongeren, doordat sociale media hen de gelegenheid bieden om zichzelf veel met anderen te vergelijken (Saunders et al., 2022). Op sociale media wordt doorgaans veel informatie gedeeld, waaronder foto's en verhalen. Een gevaar van sociale media is dat mensen zelf kunnen beslissen wat zij voor beeld van zichzelf weergeven, wat erin resulteert dat sociale media vaak vol staan met ideaalbeelden (Tiggeman & Anderberg, 2020; Vogel et al., 2014). Met deze ideaalbeelden kunnen jongeren zich vervolgens gaan vergelijken, wat kan resulteren in een negatiever zelfbeeld en daarmee verminderd welzijn en een slechtere mentale gezondheid.

Gemeenten spelen een grote rol als het gaat om het stimuleren van een gezonde leefstijl onder jongeren. Zo is de gemeente verantwoordelijk voor het verlenen van subsidies aan sportverenigingen en moet zij ruimten beschikbaar stellen, waarmee zij sporten en bewegen kan stimuleren onder de jongeren (ProDemos, z.d.; Rijksoverheid, z.d.b.). De Gemeente Hoogeveen erkent ook haar verantwoordelijkheden met betrekking tot het sportaanbod in haar gemeente en het stimuleren van de jongeren tot voldoende beweging (Slender & Steenbergen, z.d.). In haar preventieakkoord stelt ze bijvoorbeeld dat ze beweging als belangrijke factor ziet voor het bereiken van een gezond gewicht onder haar inwoners (Gemeente Hoogeveen, z.d.b.). In het Hoogeveense sportakkoord van 2020 (Slender & Steenbergen, z.d.) benadrukt de gemeente Hoogeveen ook haar rol bij onder andere het versterken van sportverenigingen en het stimuleren van een gezonde leefstijl onder jongeren. Een gemeente kan daarnaast ook een rol spelen bij het verminderen van het schermgebruik onder jongeren, door jongeren en ouders bijvoorbeeld te informeren over de gevolgen van overmatig scherm- en sociale mediagebruik onder jongeren (Nikken & Jongmans, 2013).

Eerder werd al gesteld dat jongeren het belang van voldoende sport en bewegen vaak erkennen als belangrijk voor hun gezondheid en welzijn (CPHI, 2005; Sood et al., 2018; Eriksson & Dahlblom, 2020; Kenney, 2013; Robert, 2008). Toch geeft slechts 17,4% van de jongeren uit de gemeente Hoogeveen aan minimaal een uur per dag te sporten en/of te bewegen (Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS] Statline Jeugdmonitor, 2022c). Meer dan acht op de tien jongeren beweegt dus onvoldoende. Mogelijk besteden zij in plaats daarvan veel tijd aan activiteiten waar een beeldscherm aan te pas komt. Landelijk geeft 60% van de jongvolwassenen aan dat zij vinden dat ze te veel achter een scherm zitten (Van Rooij et al., 2020). Dat zij hun schermtijd te hoog vinden, kan erop duiden dat zij erkennen dat een hoge schermtijd nadelige gevolgen voor ze kan hebben. Deze gegevens maken dat ik de volgende hypothesen wil opstellen:

Hypothese 1. *Jongeren uit de gemeente Hoogeveen vinden het voor hun gezondheid en welzijn belangrijk dat zij voldoende sporten en bewegen.*

Hypothese 2. *Jongeren uit de gemeente Hoogeveen vinden het voor hun gezondheid en welzijn belangrijk dat zij niet te veel tijd spenderen achter een beeldscherm.*

2.3.2. Actief en passief roken

Uit meerdere onderzoeken is gebleken dat jongeren erkennen dat zowel passief als actief roken een negatieve invloed heeft op hun gezondheid (CPHI, 2005; Robert, 2008). De mate waarin jongeren rook binnenkrijgen, of dit nou op een indirecte of directe manier is, heeft volgens onderzoek ook feitelijk veel invloed op de gezondheid en het welzijn van jongeren (Figueras & Gardosi, 2011; Niclasen, 2007; Pavić et al., 2011; Pavić et al., 2012; Rigby et al., 2003).

Jongeren kunnen ten eerste passief roken, wat betekent dat zij ongewild tabaksrook inademen omdat mensen uit hun omgeving – zoals hun ouders – roken (Pavić et al., 2011). Jongeren die passief meeroken met hun ouders, hebben gemiddeld een slechtere fysieke gezondheid dan jongeren die niet worden blootgesteld aan de tabaksrook van hun rokende ouders (Daly et al., 2001; Pavić et al., 2012). De verslechterde fysieke gezondheid is onder andere het gevolg van verminderd long-functioneren en geïrriteerde luchtwegen, waardoor jongeren meer moeite hebben met ademen (Ministerie van Algemene Zaken, 2017; Paraje & Valdés, 2021; Pavić et al., 2012). Een vermindering in fysieke gezondheid als gevolg van passief meeroken kan jongeren ook weerhouden van het ondernemen van fysieke activiteiten, wat een verdergaande negatieve invloed heeft op hun gezondheid. Passief meeroken met ouders kan ook resulteren in leerproblemen, emotionele problemen en mogelijk zelfs kanker (Ministerie van Algemene Zaken, 2017). Er bestaan wel verschillen in de mate waarin de gezondheid van jongeren negatief beïnvloed wordt door rokende ouders, mede door genetische verschillen in long-functioneren en de mate waarin zij blootgesteld worden aan rokende ouders. Zo heeft doorgaans vooral een rokende moeder een negatieve invloed op de gezondheid van een kind, omdat een kind gemiddeld meer contact heeft met een moeder dan met een vader (Pavić et al., 2012). De gezondheid van jongeren van wie beide ouders roken is gemiddeld het slechtst.

Naast dat passief meeroken directe negatieve gevolgen heeft voor de gezondheid van jongeren, heeft het ook een indirect negatief gevolg. Jongeren die opgroeien met rokende ouders gaan zelf namelijk ook sneller roken (Bricker et al., 2006; Ministerie van Algemene Zaken, 2017; Paraje & Valdés, 2021). Ook rokende broers en zussen zorgen voor een verhoogde kans dat een kind gaat roken. Dit komt doordat jongeren sterk beïnvloed worden door zowel hun ouders als hun broers en zussen (Bricker et al., 2006; Paraje & Valdés, 2021). Ouders, broers en zussen zijn vaak de rolmodellen en geven het slechte voorbeeld door te roken. Daarnaast bieden ze jongeren ook de mogelijkheid om te gaan roken, aangezien ze zelf actief roken en de sigaretten als het ware voor het oprapen liggen (Bricker et al., 2006). Wanneer jongeren naast passief roken zelf ook actief gaan roken, kan hun gezondheid alsnog verder verslechteren. Roken verhoogt het risico op allerlei vormen van kanker en aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten en longaandoeningen, wat de gezondheid en het welzijn van een jongere doen verminderen (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu [RIVM], z.d.b.). De gezondheid en het welzijn van een kind verbetert juist als ouders stoppen met roken (Paraje & Valdés, 2021). Ook als jongeren zelf besluiten niet meer actief te roken, heeft dit positieve gevolgen voor hun gezondheid en welzijn.

De keuze die ouders en jongeren maken met betrekking tot roken heeft dus veel invloed op de gezondheid en het welzijn van een kind. Acht op de tien Nederlandse gemeenten, waaronder de

gemeente Hoogeveen, zetten daarom actief in op de preventie van gezondheidsproblemen die het gevolg zijn van roken (*8 op de 10 gemeenten zetten zich in voor een Rookvrije omgeving, 2021*). Ook de gemeente Hoogeveen streeft naar een rookvrije generatie in 2040 en zet hier op in door bijvoorbeeld voorlichtingen te geven over de gevolgen van roken, mensen te helpen om te stoppen met roken en openbare ruimten en verenigingen rookvrij te maken (Gemeente Hoogeveen, z.d.b.). De gemeente erkent dat ze een belangrijke rol speelt bij het realiseren van de Rookvrije Generatie.

Eerder wetenschappelijk onderzoek toonde aan dat jongeren vaak erkennen dat zowel actief als passief roken een negatieve invloed heeft op hun gezondheid. Dat slechts 3,1% van de scholieren in de gemeente Hoogeveen aan geeft te roken (CBS Statline jeugdmonitor, 2022c) kan een teken zijn dat ook jongeren uit de gemeente Hoogeveen zich realiseren dat roken een negatieve invloed heeft op hun gezondheid en welzijn. Deze gegevens maken dat ik de volgende hypothesen op wil stellen:

Hypothese 3. *Jongeren uit de gemeente Hoogeveen vinden het voor hun gezondheid en welzijn belangrijk dat zij niet passief meeroken met andere mensen.*

Hypothese 4. *Jongeren uit de gemeente Hoogeveen vinden het voor hun gezondheid en welzijn belangrijk dat zij zelf niet actief roken.*

2.3.3. Alcoholconsumptie en drugsgebruik

Ondanks dat jongeren erkennen dat hun persoonlijke gedrag van invloed is op hun gezondheid en welzijn, komt slechts uit één onderzoek duidelijk naar voren dat ze erkennen dat de mate waarin zij alcohol consumeren en drugs gebruiken van invloed is op de mate waarin zij gezondheid en welzijn ervaren (CPHI, 2005). Opvallend veel Nederlandse jongeren geven ook aan geregeld alcohol te nuttigen. Dit geldt zowel voor minderjarigen, als voor jongeren die wel 18 jaar en ouder zijn (Boer et al., 2022). In 2021 gaf 47,5 procent van de Nederlandse 12-16-jarige jongeren aan ooit wel eens alcohol gedronken hebben. Onder de 16-jarigen was dit zelfs 76 procent (Ince, 2023). Ook drugs worden regelmatig gebruikt door Nederlandse jongeren, zij het in veel mindere mate dan alcohol. In 2021 gaf 10,2 procent van 12-16-jarige jongeren aan ooit cannabis gebruikt te hebben (Ince, 2022). Vijf procent geeft aan wel eens lachgas te hebben gebruikt.

Jongeren geven aan alcohol te drinken en drugs te gebruiken voor de gezelligheid, om een feestje leuker te maken, om te voorkomen dat ze door vrienden worden afgewezen en om het simpelweg uit te proberen (Comasco et al., 2010; Curcio, 2015; Kuntsche & Müller, 2011; McIntosch et al., 2005; Soares et al., 2020; Voogt & Möhle, 2022). Jongeren spreken maar weinig over de eventuele effecten van het gebruik van drugs en alcohol op hun gezondheid en welzijn.

Het consumeren van alcohol heeft echter wel degelijk veel invloed op de gezondheid en het welzijn van jongeren. Jongeren ondervinden doorgaans meer effecten van alcohol dan volwassenen, omdat zij een kleiner lichaam hebben, minder gewend zijn aan alcohol en minder lichaamsvocht hebben waarover alcohol zich verdeelt (Kamps, 2022; Ministerie van Algemene Zaken, 2022a; Tuithof & Vogel, 2018). Hierdoor kunnen enkele glazen alcohol onder jongeren al snel resulteren in bijvoorbeeld roekeloos gedrag, onveilige en/of ongewenste seksuele ervaringen en

verkeersongelukken. Daarnaast kan het drinken van veel alcohol leiden tot black-outs en mogelijk zelfs coma (Tuithof & Vogel, 2018). Ook is de kans op verslaving op latere leeftijd groter wanneer jongeren (te) vroeg beginnen met alcohol drinken. Op de lange termijn kan het alcoholgebruik daarnaast resulteren in problemen met concentratie en geheugen en kunnen het hart, de lever en de maag beschadigd raken (Kamps, 2022; Ministerie van Algemene Zaken, 2022a).

Het gebruiken van drugs kan ook tot ernstige gezondheidsproblemen leiden. Met name drugsgebruik op jongere leeftijd kan ernstige gevolgen hebben, omdat het lichaam van jongeren en hun hersenen nog niet volgroeid zijn (RIVM, z.d.a.). De mate waarin drugs gezondheidseffecten hebben verschilt overigens wel sterk per drug. Zo kan het intensief gebruiken van cannabis resulteren in chronische psychosen en schizofrenie (Niesink & van Laar, 2016) en kan het gebruik van XTC leiden tot hersenschade (Van Goor, 2012).

Het consumeren van alcohol en het gebruiken van drugs kan op jonge leeftijd dus zeer schadelijk zijn voor de gezondheid en het welzijn van jongeren. Gemeenten spelen een actieve rol als het gaat om preventie van alcoholconsumptie en drugsgebruik bij jongeren. Zo is alcoholpreventie, net als roken, ook een belangrijke pijler binnen het preventieakkoord van de gemeente Hoogeveen (Gemeente Hoogeveen, z.d.b.). De gemeente streeft ernaar om ervoor te zorgen dat jongeren onder de 18 jaar en zwangere vrouwen geen alcohol meer drinken. Preventie van drugsgebruik is een minder specifieke pijler binnen het preventieakkoord van de gemeente Hoogeveen (Gemeente Hoogeveen, z.d.b.), maar betreft nog steeds een kwestie waar gemeenten een rol spelen. Zo biedt de gemeente Hoogeveen in samenwerking met Verslavingszorg Noord-Nederland (VNN) scholen het programma 'de gezonde school en genotmiddelen' aan waarbij wordt ingezet op deskundigheid van docenten en advisering over genotmiddelenbeleid op school (Gemeente Hoogeveen, z.d.b.).

Ondanks dat uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat alcoholconsumptie en drugsgebruik vergaande negatieve gevolgen kunnen hebben voor de gezondheid en het welzijn van jongeren, wordt dit door jongeren zelf nog niet altijd erkend en wordt er in Nederland door vele jongeren alcohol gedronken (Boer et al., 2022; Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS] Statline, 2022c; Ince, 2023). Ook in de gemeente Hoogeveen blijkt bijna één op de drie middelbare scholieren eens in de vier weken een of meer glazen alcohol te nuttigen, ondanks dat zij nog niet de leeftijd hebben dat zij legaal alcohol mogen drinken (CBS Statline Jeugdmonitor, 2022c). Het aantal jongeren dat vijf of meer drankjes drinkt op één avond eens in de vier weken ligt wel lager, namelijk één op de vier, maar ook dit aantal ligt hoog. Drugs lijken in de gemeente Hoogeveen minder gebruikt te worden door jongeren: 4,1% geeft aan in de laatste 4 weken wiet en/of hasj te hebben gebruikt (CBS Statline Jeugdmonitor, 2022c). Mogelijk wordt de invloed van drugsgebruik op gezondheid en welzijn sterker erkend dan de invloed van alcoholconsumptie. Deze gegevens maken dat ik de volgende hypothesen op wil stellen:

Hypothese 5. *Jongeren uit de gemeente Hoogeveen vinden het voor hun gezondheid en welzijn niet belangrijk dat zij geen alcohol drinken.*

Hypothese 6. *Jongeren uit de gemeente Hoogeveen vinden het voor hun gezondheid en welzijn belangrijk dat zij geen drugs gebruiken.*

2.4. Sociale relaties

In het model van de CSDH worden psychosociale omstandigheden en daarmee sociale relaties als belangrijke determinant van gezondheid en welzijn geïdentificeerd (Solar & Irwin, 2010). Meerdere wetenschappelijke onderzoeken tonen aan dat veel jongeren goede sociale relaties ook belangrijk vinden voor hun gezondheid en welzijn, vooral omdat ze steun en plezier aan deze relaties ontleen (Eriksson & Dahlblom, 2020; Helseth & Misvær, 2010; Jordan & Rees, 2020, Robert, 2008). Jongeren wijzen met name op het belang van goede sociale relaties met ouders, vrienden en familie. Uit onderzoek blijkt inderdaad dat een gebrek aan sociale steun en sociale relaties doorgaans samengaat met een verminderde gezondheid en minder welzijn (Arslan, 2018; Hawkey & Cacioppo, 2010; Solar & Irwin, 2010; Steverink et al., 2020). Het hebben van positieve relaties met anderen wordt gezien als één van de menselijke basisbehoeften. Sociale relaties bieden individuen onder andere steun (Ciarrochi et al., 2017), maar ook de affectie die wij volgens de Sociale Productiefunctie Theorie nodig hebben om sociaal welbevinden en daarmee welzijn na te streven (Steverink, 2016; Lindenberg, 2013; Ormel et al., 1999). Vooral gedurende de jeugd zijn positieve sociale relaties van groot belang.

2.4.1. Sociale relaties met ouders en echtscheidingen

Het eerste type sociale relaties dat volgens jongeren belangrijk is voor hun gezondheid en welzijn, is de relatie met hun ouders. Het is belangrijk dat jongeren een positieve relatie onderhouden met hun ouders en dat hun ouders genoeg tijd, energie en middelen investeren in hun kinderen (Coleman, 1988; Ferguson, 2006). Volgens de Attachment Theory van John Bowlby (1977) hebben kinderen – met name op jongere leeftijd – een veilige basis nodig van waaruit zij de wereld kunnen ontdekken en zichzelf kunnen ontwikkelen (Berkman et al., 2000). Naast dat de positieve sociale relaties met ouders een veilige basis bieden, dragen ze ook bij aan de capaciteit van jongeren om op latere leeftijd sociale en affectieve relaties aan te gaan met andere mensen dan hun ouders (Berkman et al., 2000; Bowlby, 1977). Daarnaast draagt een goede relatie met ouders bij aan een gezondere leefstijl in de zin dat jongeren minder vaak roken, gemiddeld minder alcohol consumeren en minder vaak drugs gebruiken (McLean et al., 2013).

Jongeren die opgroeien in gezinnen zonder goede en warme sociale relaties met ouders, lopen daarentegen juist een verhoogd risico op gezondheidsproblemen en verminderd welzijn (Repetti et al., 2002; Jaremka & Sunami, 2018). Ze ervaren bijvoorbeeld een tekort aan sociaal kapitaal, wat kan resulteren in een beperkte fysieke en sociale ontwikkeling en daarmee een verslechterde gezondheid en minder welzijn (Coleman, 1988; Ferguson, 2006). Zij zijn daarnaast vanwege een gebrek aan een goede relatie met hun ouders vaak ook minder goed in staat om sociale relaties te onderhouden met andere mensen, waardoor ze een verhoogd risico lopen op sociale exclusie. Dit betekent dat deze jongeren onvoldoende sociale relaties hebben, zichzelf niet zien als onderdeel uitmakend van een groep en zichzelf als gevolg daarvan veel minder waarderen dan mensen die wel voldoende sociale relaties hebben met anderen (Arslan, 2018). Dit vermindert hun welzijn.

Een echtscheiding is een voorbeeld van een ervaring die vaak vervelende gevolgen heeft voor de relatie tussen ouders en kind en daarmee vervelende consequenties kan hebben voor de gezondheid en het welzijn van een jongere. In de gemeente Hoogeveen komen echtscheidingen in vergelijking met het landelijk gemiddelde relatief vaak voor: meer dan één op de vier jongeren (26%) uit de gemeente Hoogeveen krijgt in hun leven te maken met een echtscheiding (Kuilman & Huisman, 2022; Ten Brinke & Barends, 2022). In Nederland is dat gemiddeld 23,7% (RIVM Statline, 2022). Echtscheidingen betreffen doorgaans complexe gebeurtenissen met complexe gevolgen, die voor jongeren van verschillende leeftijden verschillend kunnen zijn (Bergenhengouwen, z.d.). Jongeren tussen de 17 en 20 jaar zijn bijvoorbeeld beter in staat om rationeel op de situatie te reageren dan jongeren tussen de 12 en 17 jaar. Dit neemt niet weg dat jongeren van alle leeftijden consequenties ondervinden van de scheiding van hun ouders. Zo zijn ouders vaak niet goed in staat om hun kinderen de steun te verlenen die zij nodig hebben, vanwege hun eigen gevoelens van stress en zoektocht naar steun bij vrienden en familie (Mooney et al., 2009). Verder resulteert een echtscheiding vaak in een verhuizing en bestaat zelfs de kans dat kinderen contact verliezen met één van hun ouders (Spruijt, 2009; Van der Wal et al., 2018).

Een scheiding tussen ouders kan op den duur ook tot gevolg hebben dat kinderen in samengestelde gezinnen opgroeien. Dit betekent dat één van hun ouders of mogelijk zelfs beide ouders na de scheiding een nieuwe partner krijgen en met deze partner gaan samenwonen (Bol, 2015; Manning & Lamb, 2003; Nederlands Jeugdinstituut, z.d.). Kinderen groeien dan op in een gezin met de nieuwe partner(s) van hun ouder(s) en mogelijk ook de kinderen van die nieuwe partner. Opgroeien in een samengesteld gezin kan resulteren in verminderd welbevinden onder jongeren (Brown, 2006; Deleire & Kalil, 2002; Manning & Lamb, 2003) doordat ze bijvoorbeeld te maken krijgen met botsende loyaliteiten, omdat ze hun biologische ouder geen pijn willen doen. Ze houden zich dan afzijdig van hun stiefouder, wat kan resulteren in conflicten (Nederlands Jeugdinstituut, z.d.). Jongeren die opgroeien in een samengesteld gezin, presteren academisch vaak minder goed dan jongeren die opgroeien met beide biologische ouders (Brown, 2006; Manning & Lamb, 2003). Zoals al eerder is toegelicht, kan dit resulteren in verminderd welzijn.

Vooraf in termen van sociale steun, sociale relaties en academische prestaties ondervinden jongeren dus negatieve gevolgen van de scheiding van ouders en het mogelijk opgroeien in een samengesteld gezin, wat negatieve gevolgen kan hebben voor hun gezondheid en welzijn. Ook jongeren die mogelijk geen echtscheiding hebben meegemaakt maar wel opgroeien in een eenoudergezin, kunnen op een vergelijkbare manier een gebrek aan sociaal kapitaal ervaren (Coleman, 1988).

De fysieke aan- of afwezigheid van ouders zegt overigens niet alles. De kwaliteit van de relatie tussen ouder en kind is ook erg belangrijk (Coleman, 1988). Kinderen hebben behoefte aan interactie met hun ouders, bijvoorbeeld in de vorm van hulp of activiteiten (Ferguson, 2006). Kinderen die minder aandacht krijgen van hun ouders ervaren gemiddeld minder welzijn dan kinderen die meer aandacht krijgen. Dit geldt bijvoorbeeld voor kinderen die opgroeien met meerdere broertjes en zusjes (Coleman, 1988; Ferguson, 2006). Wanneer een kind broertjes en zusjes heeft, betekent dat dat de ouder(s) de aandacht moet(en) verdelen over meerdere kinderen, wat de kwaliteit van de relatie tussen ouder en kind vermindert. Een gebrek aan sociale interactie tussen ouder en kind kan resulteren in onder andere het vroegtijdig verlaten van school (Coleman, 1988). Een kwalitatief

goede relatie tussen ouder en kind resulteert daarentegen in positieve uitkomsten als goede educatieve resultaten en een goede fysieke ontwikkeling, wat resulteert in een betere gezondheid en meer welzijn (Coleman, 1988; Ferguson, 2006).

Gemeenten kunnen bijdragen aan goede opvoeding, ouderschap en positieve ouder-kindrelaties. Zo hebben gemeenten de taak om ouders te faciliteren bij de opvoeding van hun kinderen (Ligtermoet et al., 2018). Gemeenten kunnen ouders bijvoorbeeld relevante informatie bieden over opvoeding en ouders de gelegenheid geven om elkaar te ontmoeten en elkaar te steunen. Ook spelen gemeenten een rol als het gaat om het voorkomen van problematiek tussen ouders onderling en hun relatie met kinderen (Vink, z.d.). Dit was bijvoorbeeld het geval bij het programma Scheiden zonder Schade, dat inzet op het voorkomen van schade bij kinderen door de scheiding van ouders (Ministerie van Justitie en Veiligheid & Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en sport, 2022).

Jongeren erkennen vaak het belang van een goede relatie met hun ouders. Dit gegeven en het feit dat in de gemeente Hoogeveen echtscheidingen regelmatig voorkomen en kinderen ook regelmatig opgroeien in eenouder- en/of samengestelde gezinnen (Ten Brinke & Barends, 2022), maken dat ik de volgende hypothesen op wil stellen:

Hypothese 7. *Jongeren uit de gemeente Hoogeveen vinden het voor hun gezondheid en welzijn belangrijk dat zij een kwalitatief goede relatie hebben met hun ouders.*

Hypothese 8. *Jongeren uit de gemeente Hoogeveen vinden het voor hun gezondheid en welzijn belangrijk dat zij geen scheiding tussen hun ouders meemaken.*

Hypothese 9. *Jongeren uit de gemeente Hoogeveen vinden het voor hun gezondheid en welzijn belangrijk dat zij niet opgroeien in een eenoudergezin.*

Hypothese 10. *Jongeren uit de gemeente Hoogeveen vinden het voor hun gezondheid en welzijn belangrijk dat zij niet opgroeien in een samengesteld gezin.*

2.4.2. Sociale relaties met vrienden

Naast dat de sociale relaties binnen families een grote rol spelen als het gaat om de gezondheid en het welzijn van jongeren, zijn sociale relaties met personen buiten de familie ook erg belangrijk. Het is bijvoorbeeld erg belangrijk dat jongeren vriendschappen sluiten met leeftijdsgenoten (Bagwell & Schmidt, 2011). Vriendschappen kenmerken zich door affectiviteit, wat betekent dat vrienden elkaar doorgaans erg leuk en aardig vinden. Voor jongeren geldt dat vriendschappen voor hen een bron van plezier zijn (Bagwell & Schmidt, 2011). Met vrienden ondernemen jongeren leuke dingen, wat positief bijdraagt aan hun welzijn (Fane et al., 2020). Vriendschappen bieden jongeren ook intimiteit en affectie, wat ook bijdraagt aan hun gezondheid en welzijn volgens de Sociale Productiefunctie Theorie (Bagwell & Schmidt, 2011; Steverink, 2016; Lindenberg, 2013; Ormel et al., 1999).

Naarmate jongeren ouder worden, worden vrienden ook steeds belangrijker voor het verlenen van hulp en steun (Bagwell & Schmidt, 2011). Op jongere leeftijd stappen kinderen veelal naar hun

ouders, maar naarmate ze ouder worden vormen vrienden ook steeds meer een bron van advies en steun (Berkman & Kawachi, 2014; Derose, 2009; Rocco & Suhrcke, 2012). Dit betekent echter niet dat de sociale relatie met ouders minder belangrijk wordt (Bagwell & Schmidt, 2011). De sociale relaties met vrienden gaan juist in meerdere opzichten bijdragen aan het welzijn van jongeren, naast dat vriendschappen plezierig zijn en jongeren affectie kunnen ontlenen aan deze vriendschappen. Goede sociale relaties met vrienden kunnen volgens de stress buffering hypothese als buffer fungeren tegen stressvolle levensgebeurtenissen (Ciarrochi et al., 2017; Sabolova et al., 2020). Vrienden bieden dan onder andere emotionele steun. Zo kunnen goede sociale relaties een buffer vormen tegen de negatieve gevolgen van pesten (Cuadros & Berger, 2016). Naast dat vriendschappen een buffer kunnen vormen, kunnen vrienden ook in niet-stressvolle tijden bijdragen aan het welzijn van jongeren (Ciarrochi et al., 2017). Vriendschappen kunnen namelijk een gevoel van verbondenheid en betekenis geven. Een gebrek aan goede vrienden kan resulteren in gevoelens van eenzaamheid en een gebrek aan affectie, wat leidt tot verminderd welzijn (Sabolova et al., 2020).

Gemeenten kunnen een rol spelen als het gaat om de sociale relaties van jongeren. Zo zetten gemeenten zich in tegen eenzaamheid onder jongeren (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2022a). Een gemeente kan bijvoorbeeld maatschappelijke initiatieven faciliteren die jongeren de gelegenheid geven om nieuwe sociale contacten op te doen en al bestaande sociale contacten te versterken en onderhouden (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2022a).

Goede sociale relaties met vrienden worden door jongeren erg belangrijk en soms zelfs noodzakelijk genoemd voor gezondheid en welzijn (Eriksson & Dahlblom, 2020; Helseth & Misvæ, 2010; Jordan & Rees, 2020). De verwachting is dat dit ook het geval zal zijn in de gemeente Hoogeveen. Tussen de 18 en 22% van de jongeren in de gemeente Hoogeveen zegt eens in de vier weken gevoelens van eenzaamheid te ervaren, waarbij ze dus mogelijk een gebrek aan sociale relaties ervaren (Kuilman & Huisman, 2022). Deze gegevens maken dat ik de volgende hypothesen op wil stellen:

Hypothese 11. *Jongeren uit de gemeente Hoogeveen vinden het voor hun gezondheid en welzijn belangrijk dat zij een kwalitatief goede sociale relatie hebben met vrienden.*

Hypothese 12. *Jongeren uit de gemeente Hoogeveen vinden het voor hun gezondheid en welzijn belangrijk dat zij geen eenzaamheid ervaren.*

2.5. Gezondheidszorg

Het CSDH model identificeert het zorgsysteem als een belangrijke determinant van gezondheid en welzijn (Solar & Irwin, 2010). Het zorgsysteem en de bijbehorende gezondheidszorg worden door jongeren in eerder wetenschappelijk onderzoek ook veelvuldig als belangrijk bestempeld voor de mate waarin zij gezondheid en welzijn ervaren (Eriksson & Dahlblom, 2020; Menawi et al., 2018; Robert, 2008; Robert, 2011). Jongeren benadrukken dat het volgens hen belangrijk is dat gezondheidszorg kwalitatief goed is en dat de zorg zowel voor iedereen betaalbaar als toegankelijk is. Het zorgsysteem moet gericht zijn op het behouden van de gezondheid van burgers en het herstellen van deze gezondheid wanneer dat nodig is (Ten Have et al., 2020; WHO, 2010).

Zorgverleners moeten patiënten verzorgen en verplegen en lijden en pijn verlichten wanneer hier sprake van is. Het is belangrijk dat de kwaliteit van de geleverde zorg goed is en dat iedereen in gelijke mate toegang heeft tot de zorg (WHO, 2010). Dit betekent dat jongeren geen ernstige drempels mogen ervaren wanneer zij zorg nodig hebben in termen van bijvoorbeeld afstand en financiën. Zo moeten jongeren met een lagere sociaaleconomische status in dezelfde mate aanspraak kunnen maken op het zorgsysteem als jongeren met een hogere sociaaleconomische status (WHO, 2010).

Het is van groot belang dat iedereen in gelijke mate kan profiteren van kwalitatief goede zorg. Dit is overigens niet altijd het geval. Uit onderzoek is bijvoorbeeld gebleken dat Nederlandse jongeren van achttien jaar en ouder een verminderde toegang ervaren tot de mentale gezondheidszorg (Lopes et al., 2022). De verklaring werd gevonden in het feit dat zodra jongeren achttien jaar worden, zij eigen risico moeten gaan betalen voor zorg (Ministerie van Algemene Zaken, 2022d). Het eigen risico is een bedrag dat iemand verplicht moet betalen zodra hij of zij gebruikmaakt van zorg uit het basispakket. Het bedrag van het eigen risico is in de afgelopen jaren gestegen (Lopes et al., 2022; Van Polanen Petel, 2022). Dit betekent dat jongeren van achttien jaar en ouder ook steeds meer eigen risico moeten betalen, willen zij gebruikmaken van onder andere de mentale gezondheidszorg. Dit heeft er toe geleid dat sommige jongeren uit financiële overwegingen moeten besluiten om geen gebruik te maken van de zorg die zij wel nodig hebben (Lopes et al., 2022). De financiële barrière bij het gebruik van zorg maakt dat sommige jongeren ongelijke toegang tot de mentale gezondheidszorg ervaren (Cès, 2021; Lopes et al., 2022).

Naast het feit dat geld in Nederland kan zorgen voor ongelijke toegang tot zorg, ervaren jongeren in Nederland ook nog steeds ongelijke toegang tot zorg als gevolg van discriminatie of een gebrek aan passende zorg (Kinderrechtencollectief, 2019). Zo hebben jongeren in asielzoekerscentra niet altijd toegang tot de gezondheidszorg die zij nodig hebben (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2022b; Kinderrechtencollectief, 2019). De zorg die aan jongeren in asielzoekerscentra verleend wordt beperkt zich vaak tot spoedhulp, wat mede te wijten is aan het grote aantal asielzoekers en het tekort aan zorgpersoneel (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Zorg, 2022b). Jongeren met psychische problemen worden ook niet doorverwezen naar de geestelijke gezondheidszorg, tenzij de problemen echt acuut zijn (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2023). Ook voor Jongeren van de Lesbisch-Homoseksueel-Biseksueel-Transgender-Intersekse-Queer (LHBTIQ+) Community is de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in Nederland onvoldoende toegankelijk (Sonneveld & Bungener, 2022). De GGZ beschikt niet over voldoende kennis, vaardigheden en aanbod om LHBTIQ+-jongeren passende zorg te kunnen bieden, waardoor zij een gebrek aan toegang tot passende zorg ervaren. Mensen met een lagere sociaaleconomische status zien uit financiële overwegingen ook vaker af van (passende en goede) zorg dan mensen met een hogere sociaaleconomische status (Agerholm et al., 2013; Molarius et al., 2014). Wanneer zorg niet door de verzekering gedekt wordt, kan een lager inkomen een goede reden zijn voor jongeren om af te zien van zorg. Onderzoek in Nederland rapporteert echter ook vaak een hoger zorggebruik onder mensen met een lagere sociaaleconomische status (Loef et al., 2021). Dit is waarschijnlijk het gevolg van een slechtere gezondheid onder mensen met een lagere sociaaleconomische status. Wanneer inkomen dus een minder grote rol speelt als het gaat om toegang tot zorg, zien we dat

mensen met een lagere sociaaleconomische status meer zorg gebruiken vanwege hun slechtere gezondheid (Loef et al., 2021). Dit geldt echter alleen voor de zorg die door de overheid betaald wordt: de toegang tot private en daarmee duurdere zorg blijft vaak ongelijk tussen mensen met een verschillende sociaaleconomische status (Aristides Dos Santos et al., 2019). Hetzelfde geldt voor bepaalde vormen van tweedelijnszorg, waarvoor een verwijzing nodig is (Broeders, 2019).

De rol van kwalitatief goede zorg en gelijke toegang tot en beschikbaarheid van zorg is dus van groot belang voor de volksgezondheid, wat doorgaans ook erkend wordt door jongeren. Dit maakt dat ik de volgende hypothesen op wil stellen:

Hypothese 13. *Jongeren uit de gemeente Hoogeveen vinden het voor hun gezondheid en welzijn belangrijk dat de geleverde zorg in hun gemeente kwalitatief goed is.*

Hypothese 14. *Jongeren uit de gemeente Hoogeveen vinden het voor hun gezondheid en welzijn belangrijk dat iedereen gelijke toegang heeft tot zorg in hun gemeente.*

2.6. Overige determinanten van gezondheid

Solar en Irwin (2010) identificeerden in hun CSDH Framework een aantal sociale en fysieke determinanten van gezondheid en welzijn die door jongeren in voorgaande onderzoeken opvallend weinig als belangrijk bestempeld worden. Het gaat om de determinanten inkomen, opleiding, sociaaleconomische en politieke context, sociaal kapitaal en sociale cohesie binnen de buurt en de samenleving, huisvesting en leefomgeving (CPHI, 2005; Jordan & Rees, 2020; Robert, 2008; Robert, 2011; Solar & Irwin, 2010).

Dat deze andere sociale en fysieke determinanten in eerder onderzoek minder benoemd worden door jongeren, neemt niet weg dat deze determinanten wel degelijk invloed kunnen hebben op de gezondheid en het welzijn van jongeren. Mogelijk vinden de jongeren uit de gemeente Hoogeveen andere determinanten belangrijk dan jongeren die in andere landen onderwerp van onderzoek waren. Dit kan bijvoorbeeld komen doordat de context waarin de jongeren uit de gemeente Hoogeveen opgroeien anders is dan de context waarin de jongeren uit voorgaand onderzoek opgroeien. Ik ga daarom nog kort in op de sociale en fysieke determinanten die volgens het CSDH framework wel van invloed zijn op de gezondheid en het welzijn van de mens, maar die in eerder onderzoek onder jongeren niet naar voren kwamen als belangrijk.

2.6.1. Sociaaleconomische status: Inkomen en opleiding

Twee determinanten die volgens het CSDH framework en ander wetenschappelijk onderzoek veel invloed hebben op de gezondheid en het welzijn van de mens, zijn inkomen en opleiding (Hoffmann et al., 2019; Kaushal, 2014; Kunst, 2010; Solar & Irwin, 2010; Stiglitz et al., 2020). Het is dan ook opvallend dat relatief weinig jongeren aangeven inkomen en opleiding belangrijk te vinden voor hun gezondheid en welzijn (CPHI, 2005; Robert, 2008; Robert, 2011).

Inkomen en opleiding zijn twee belangrijke indicatoren van sociaaleconomische status (Boshuizen et al., 2014; Elling et al., 2021). Een hoger inkomen en/of een hoger opleidingsniveau gaan samen met een hogere sociaaleconomische status. Daarom spreek ik vanaf heden over een hogere sociaaleconomische status, wanneer het gaat over mensen met een hoger inkomen en een hoger opleidingsniveau.

Voor jongeren geldt dat met name de sociaaleconomische status van hun ouders van belang is voor de mate waarin zij gezondheid en welzijn ervaren. Jongeren die opgroeien in een gezin met een hogere sociaaleconomische status, ervaren gemiddeld minder gezondheid en welzijn dan jongeren die opgroeien in een gezin met lagere sociaaleconomische status (Heberle & Carter, 2015; Kaushal, 2014; Nicholson et al., 2012; Stiglitz et al., 2020; Wightman & Danziger, 2013; Zumbuehl & Dillingh, 2020). Een eerste verklaring voor deze relatie wordt gevonden in het gegeven dat gezinnen met een hogere sociaaleconomische status doorgaans meer geld kunnen besteden aan het consumeren van kwalitatief betere en gezondere goederen, wat vervolgens resulteert in een betere gezondheid en meer welzijn (Galobardes et al., 2006; Solar & Irwin, 2010). Jongeren die daarentegen opgroeien in gezinnen met een lagere sociaaleconomische status eten doorgaans minder gezond en goed (Galobardes et al., 2006; Kennewell et al., 2022) en ervaren vaak een verminderde toegang tot het zorgsysteem (Aristides Dos Santos et al., 2019). Een gebrek aan gezonde voeding, voldoende beweging en goede zorg kunnen vervolgens resulteren in een verminderde gezondheid onder deze jongeren (Aristides Dos Santos et al., 2019; Bauman et al., 2006; Kennewell et al., 2022).

Een tweede verklaring voor verschillen tussen jongeren in termen van gezondheid en welzijn als gevolg van de sociaaleconomische status van hun ouders wordt gevonden bij verminderde academische prestaties onder deze jongeren (Heberle & Carter, 2015; Nicholson et al., 2012; Wightman & Danziger, 2013; Zumbuehl & Dillingh, 2020). Jongeren van wie de ouders een lagere sociaaleconomische status hebben, beschikken doorgaans minder vaak over speelgoed dat hun cognitieve ontwikkeling stimuleert (Heberle & Carter, 2015) en kunnen hun ouders niet altijd om hulp vragen voor schoolopdrachten omdat hun ouders doorgaans veel werken of de kennis niet hebben om hen te helpen (Heberle & Carter, 2015; Nicholson et al., 2012). Jongeren in gezinnen met een lagere sociaaleconomische status ontvangen gemiddeld ook minder vaak emotionele en sociale steun van hun ouders dan jongeren in gezinnen met een hogere sociaaleconomische status (Tilahun et al., 2023). Via deze wegen leveren jongeren uit gezinnen met een lagere sociaaleconomische status vaak minder goede academische prestaties dan jongeren uit gezinnen met een hogere status. Dit kan resulteren in een verminderde gezondheid en minder welzijn, omdat jongeren vaak afgerekend worden op hun academische prestaties (Clarke & Platt, 2023). Wanneer jongeren voor hun gevoel onvoldoende academisch presteren, kan dit resulteren in stress, een minderwaardigheidsgevoel en een gebrek aan zelfvertrouwen, wat een negatieve invloed heeft op hun gezondheid en welzijn (Clarke & Platt, 2023; Elshout et al., 2016; Wightman & Danziger, 2013).

Een laatste verklaring voor de verschillen wordt gevonden in een gebrek aan beweging onder jongeren die opgroeien in een gezin met een lagere sociaaleconomische status (Elling et al., 2021). Dit is mogelijk het gevolg van socialisatie: ouders met een lager opleidingsniveau sporten zelf doorgaans ook minder dan ouders met een hoger opleidingsniveau en jongeren nemen deze

gewoonte waarschijnlijk over (Elling et al., 2021). Als deze jongeren op jongere leeftijd niet de gewoonte aanleren om regelmatig en structureel te sporten, is de kans groot dat zij dit op latere leeftijd ook niet doen. Dit gebrek aan sport en beweging onder jongeren van wie de ouders een lager opleidingsniveau hebben, kan resulteren in een verminderde gezondheid en minder welzijn (Carson et al., 2017; Elling et al., 2021; Hartson et al., 2018; WHO, 2019; Sampasa-Kanyinga et al., 2020).

Vanaf de leeftijd van 15 jaar mogen jongeren zelf ook werken, zij het onder bepaalde voorwaarden (Ministerie van Algemene Zaken, 2021). Een bijbaantje kan jongeren voorzien van een aanvullend inkomen, wat op vergelijkbare manieren kan bijdragen aan hun welzijn en gezondheid als het inkomen van hun ouders. Ook volgen jongeren doorgaans een opleiding, wat ook invloed heeft op hun sociaaleconomische status (Boshuizen et al., 2014; Elling et al., 2021). Een hogere opleiding kan hen voorzien van een betere gezondheid en meer welzijn, omdat – zoals eerder beschreven – de betere academische prestaties doorgaans samengaan met onder andere minder stress en meer zelfvertrouwen (Clarke & Platt, 2023; Elshout et al., 2016; Wightman & Danziger, 2013).

2.6.2. Sociaaleconomische en politieke context

Solar en Irwin (2010) stellen met het CSDH framework dat de sociaaleconomische en politieke context waarin mensen leven bijdraagt aan de sociale stratificatie binnen een samenleving en daarmee aan de verschillen in gezondheid en welzijn binnen een samenleving. Jongeren benoemen de sociaaleconomische en politieke context echter weinig tot niet wanneer hen gevraagd wordt wat volgens hen belangrijke determinanten zijn van gezondheid en welzijn (CPHI, 2005; Jordan & Rees, 2020; Robert, 2008; Robert, 2011; Solar & Irwin, 2010). De keuzes die overheidsgerelateerde instanties maken, hebben veel invloed op de samenleving en daarmee de context waarin mensen wonen en jongeren opgroeien (Solar & Irwin, 2010). Het gaat bijvoorbeeld om de werkgelegenheid in een land, de mate waarin er sociale zekerheid bestaan en de keuzes die er gemaakt worden rondom het bestrijden van inkomensongelijkheid (Navarro & Shi, 2001; Solar & Irwin, 2010; Van de Werfhorst, 2014). In landen waar de overheid bijvoorbeeld meer inzet op de bestrijding van inkomensongelijkheid, zijn inwoners doorgaans gelukkiger en gezonder dan inwoners die wonen in een land waar er minder aandacht is voor het bestrijden van inkomensongelijkheid (Navarro & Shi, 2001; SCP, 2023; Van de Werfhorst, 2014).

Een overheid kan inkomensongelijkheid op een directe wijze bestrijden door mensen met een lager inkomen te voorzien van een uitkering (Faricy & Ellis, 2014; Geppert & Muns, 2023; Sociaal en Cultureel Planbureau [SCP], 2023; Van Essen et al., 2022). Ook beschikt de overheid over de mogelijkheid om minimumlonen te verhogen. Dergelijke directe sociale uitgaven kunnen op de lange termijn positieve gezondheids- en welzijneffecten opleveren, zo ook bij jongeren (Geppert & Muns, 2023; SCP, 2023). Het inkomen van de ouders stijgt mogelijk als gevolg van een uitkering en/of een hoger minimumloon, waardoor de jongeren bijvoorbeeld meer kunnen sporten en er minder financiële onzekerheid en daarmee minder stress heerst binnen een gezin (Galobardes et al., 2006; Kennewell et al., 2022; SCP, 2023). Deze directe sociale uitgaven van de overheid verbeteren de sociaaleconomische positie van ouders, wat uiteindelijk een positief effect uit kan oefenen op de gezondheid en het welzijn van jongeren.

Normen maken ook een belangrijk deel uit van de sociaaleconomische en politieke context van een land en hebben invloed op de gezondheid en het welzijn van jongeren (Solar & Irwin, 2010). Een norm is een gedragsregel die door een samenleving als min of meer vanzelfsprekend wordt beschouwd (Norms, 2008; Van Dale, z.d.). Normen die veel invloed hebben op de mate waarin jongeren gezondheid en welzijn ervaren, zijn gezondheidsnormen. Dit zijn gedragsregels met betrekking tot wat wel en niet gezond wordt gevonden, bijvoorbeeld met betrekking tot voedsel (Voedingscentrum, z.d.), beweging (Ministerie van Algemene Zaken, 2022b) en hoe een gezond lichaam eruit moet zien (Mills et al., 2012). Normen beïnvloeden het gedrag van jongeren, bijvoorbeeld wat zij eten en naar welk gewicht zij streven (Mills et al., 2012; Forney & Ward, 2013). Wanneer jongeren bijvoorbeeld denken niet te voldoen aan de heersende normen over hoe een gezond lichaam eruitziet, kan dit leiden tot eetstoornissen en daarmee een verslechterde gezondheid en minder welzijn (Forney & Ward, 2013).

Naast gezondheidsnormen, hebben prestatienormen ook veel invloed op de mate waarin jongeren gezondheid en welzijn ervaren. Veel Nederlandse jongeren geven aan veel prestatiedruk te ervaren (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2018; Peeters et al., 2022; Schoemaker et al., 2019). Jongeren geven aan dat ze veel druk ervaren om te voldoen aan verwachtingen aan anderen, bijvoorbeeld van ouders en van school. Dit kan resulteren in spanning en stress, met name wanneer jongeren het idee hebben niet aan de prestatienormen te kunnen voldoen (Schoemaker et al., 2019). De stress en spanning kunnen dermate ver oplopen, dat het kan resulteren in verminderde gezondheid en minder welzijn (Schoemaker et al., 2019). Jongeren kunnen zelfs overspannen raken of een burn-out krijgen (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2018).

2.6.3. Sociale cohesie en sociaal kapitaal

Een derde determinant van gezondheid die volgens Solar en Irwin (2010) wel van belang is voor de mate waarin mensen gezondheid en welzijn ervaren, maar die jongeren weinig benoemen wanneer hen gevraagd wordt wat volgens hen belangrijke determinanten van gezondheid en welzijn zijn, is de mate waarin er sprake is van sociale cohesie en sociaal kapitaal in een maatschappij (CPHI, 2005; Jordan & Rees, 2020; Robert, 2008; Robert, 2011; Solar & Irwin, 2010). Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt echter dat zowel sociale cohesie als sociaal kapitaal wel degelijk positief bij kunnen dragen aan de gezondheid en het welzijn van de mens en daarmee belangrijke determinanten kunnen zijn (e.g. Miller et al., 2020; Pennington et al., 2021; Rocco & Suhrcke, 2012; Uphoff et al., 2013).

Sociale cohesie is een begrip dat verwijst naar de mate waarin er collectieve verbindingen bestaan binnen een samenleving, wat gevoed wordt door onderling vertrouwen, gemeenschapsgevoel en solidariteit (Berkman & Kawachi, 2014; Chuang et al., 2013; Miller et al., 2020; Schmeets, 2022). Sociale cohesie kan vertrouwen en samenwerking faciliteren en daarmee een positieve bijdrage leveren aan het welzijn en de gezondheid van jongeren (Miller et al., 2020). Zo kunnen ouders samenwerken als het gaat om het vervoeren van hun kinderen naar de sportvereniging, waar de kinderen kunnen gaan sporten en bewegen, wat positief bijdraagt aan hun gezondheid en welzijn (Both, 2005; Larouche, 2016; Miller et al., 2020; Ministerie van Algemene Zaken, 2022). Gevoelens

van sociale cohesie faciliteren daarnaast ook aanhoudend contact tussen mensen, wat maakt dat mensen een band met elkaar onderhouden (Berkman & Kawachi, 2014; Cradock et al., 2009). Dit aanhoudende contact en vertrouwen kan erin resulteren dat jongeren vaker uitgenodigd worden tot contact met buurtgenoten en lichamelijke beweging in de buitenlucht, wat positief bij kan dragen aan hun gezondheid en welzijn (Cradock et al., 2009; Ding et al., 2011; Yuma-Geurrero et al., 2017).

Meer sociale cohesie draagt ten slotte ook bij aan gevoelens van veiligheid en daarmee aan de gezondheid en het welzijn van jongeren (Cradock et al., 2009; Gearhart, 2022). In een buurt waar sprake is van sociale cohesie, is doorgaans ook meer sprake van informele sociale controle (Gearhart, 2022). Dit betekent dat mensen een oogje in het zeil houden en daarmee waken voor criminele activiteiten in de buurt. Deze informele sociale controle kan bijdragen aan het verminderen van de criminaliteit in een buurt (Gearhart, 2022). Een veilige buurt faciliteert fysieke activiteiten in de buitenlucht en draagt daarmee positief bij aan gezondheid en welzijn van jongeren (Cradock et al., 2009; Kneeshaw-Price et al., 2015).

Ook sociaal kapitaal kan positief bijdragen aan de gezondheid en het welzijn van jongeren. Sociaal kapitaal verwijst naar de sociale hulpbronnen waarover een individu beschikt (Schmeets, 2022; Social Capital, 2008). Een jongere kan gebruikmaken van zijn of haar eigen sociaal kapitaal, maar ook de sociale hulpbronnen van hun ouders kunnen voor hen belangrijk zijn. In paragraaf 2.4.2. is eerder al toegelicht op welke wijze vrienden en kennissen – zowel van ouders als van jongeren zelf – steun kunnen verlenen en jongeren kunnen voorzien van hulp, advies en steun (Bagwell & Schmidt, 2011; Berkman & Kawachi, 2014; Derose, 2009; Rocco & Suhrcke, 2012).

2.6.4. Huisvesting en omgeving

Jongeren lijken ten slotte het belang van huisvesting en woonomgeving niet altijd te erkennen als invloedrijke factoren voor hun gezondheid en welzijn, waar het CSDH framework hier wel belangrijke determinanten in ziet (Solar & Irwin, 2010; WHO CSDH & WHO, 2008). Huisvesting verwijst naar de woonruimte waarin mensen leven (Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, 2022). De kwaliteit van de woning waarin jongeren opgroeien heeft onder andere invloed op de mate waarin zij gezondheid en welzijn ervaren. Wonen in een woning van slechte kwaliteit heeft doorgaans een negatieve invloed op de gezondheid en het welzijn van jongeren (Dunn, 2002; Rollings et al., 2017; Van Klaveren & Kunst, 2022), waar wonen in een huis van betere kwaliteit vaak een positieve invloed heeft (Magee et al., 2019). Wonen in een woning van slechte kwaliteit maakt jongeren vaak kwetsbaar voor bijvoorbeeld kou en slechte ventilatie, wat kan resulteren in een slechtere gezondheid (Magee et al., 2019). Ook een gebrek aan ruimte en privacy kan de gezondheid en het welzijn van jongeren verminderen (Rollings et al., 2017; Solari & Mare, 2012).

Het type woning waarin jongeren opgroeien kan ook van belang zijn voor hun gezondheid en welzijn. Jongeren die opgroeien in een koopwoning ervaren gemiddeld meer gezondheid en welzijn dan jongeren die niet in een koopwoning wonen (Taylor & Edwards, 2012). Wonen in een koopwoning gaat doorgaans samen met meer consistentie en stabiliteit in het leven jongeren, wat positief bijdraagt aan hun gezondheid en welzijn (Taylor & Edwards, 2012). Jongeren die niet opgroeien in

een koopwoning, verhuizen gemiddeld vaker dan jongeren, wat betekent dat zij gemiddeld vaker van omgeving en misschien zelfs van school moeten wisselen. Dit kan een negatieve invloed hebben op hun gezondheid en hun welzijn (Jelleyman & Spencer, 2008). Verhuizen maakt het daarnaast voor jongeren ook moeilijker om vriendschappen te onderhouden, wat ook kan resulteren in verminderd welzijn en een slechtere gezondheid (Bourke & Geldens, 2007). Mensen die in een koopwoning wonen zijn daarnaast doorgaans vaker tevreden met hun woning dan mensen met een huurwoning (Van Beuningen, 2018). Dit kan ook resulteren in verschillen in ervaren welzijn.

Naast dat de kwaliteit van een woning en het type woning waarin jongeren opgroeien van belang is voor hun gezondheid en welzijn, is de buurt waarin zij wonen en opgroeien ook van belang (Diez Roux & Mair, 2010). De woonomgeving bestaat uit zowel fysieke als sociale attributen die de gezondheid en het welzijn van de mens kunnen beïnvloeden. De mate waarin er groen aanwezig is in een buurt, de mate waarin inwoners toegang hebben tot publiek transport en de nabijheid van publieke ruimten hebben bijvoorbeeld invloed op de mate waarin inwoners fysieke activiteiten ondernemen, zoals wandelen (Giles-Corti et al., 2013; Gullón & Lovasi, 2018; Saelens & Handy, 2008). Wanneer publiek transport zich bijvoorbeeld op loopafstand bevindt, zijn mensen sneller geneigd om naar het transport te lopen in plaats van dat zij de auto pakken om naar de plaats van bestemming te reizen (Giles-Corti et al., 2013). Een aantrekkelijke buurt die daarnaast toegankelijk is voor voetgangers nodigt mensen daarnaast ook uit om op een recreatieve manier te gaan wandelen, wat positief bij draagt aan hun gezondheid en hun welzijn (Diez Roux & Mair, 2010; Giles-Corti et al., 2013; Saelens & Handy, 2008).

Ondanks dat het CSDH model de zojuist besproken determinanten als belangrijk identificeert voor de mate waarin mensen gezondheid en welzijn ervaren, worden deze determinanten in eerdere wetenschappelijke onderzoeken door jongeren niet of weinig genoemd (CPHI, 2005; Jordan & Rees, 2020; Robert, 2008; Robert, 2011; Solar & Irwin, 2010). Deze bevindingen uit eerder onderzoek maken dat ik de laatste hypothese op wil stellen:

Hypothese 15. *Jongeren uit de gemeente Hoogeveen vinden de determinanten inkomen, opleiding, sociaaleconomische en politieke context, sociale cohesie, sociaal kapitaal, huisvesting en leefomgeving minder belangrijk voor hun gezondheid en welzijn dan de determinanten leefstijl, sociale relaties en gezondheidszorg.*

2.7. Persoonlijke kenmerken

In de voorgaande paragrafen is uitgebreid aan de orde gekomen van welke sociale en fysieke determinanten van gezondheid en welzijn verwacht wordt dat deze als belangrijk worden beoordeeld door de jongeren uit de gemeente Hoogeveen. De manier waarop deze determinanten invloed uitoefenen op gezondheid en welzijn is ook nader toegelicht.

Jongeren verschillen mogelijk van elkaar als het gaat om welke determinanten zij wel en niet belangrijk vinden. Dit kan het gevolg zijn van verschillen tussen persoonlijke kenmerken. Er wordt in dit onderzoek daarom nagegaan of jongeren mogelijk als gevolg van verschillen in persoonlijke

kenmerken ook verschillen als het gaat om welke sociale en fysieke determinanten van gezondheid en welzijn zij als belangrijk beoordelen.

Eerder onderzoek wijst uit dat dat inderdaad het geval kan zijn (e.g. Abdalla et al., 2022; CPHI, 2005; Kenney & Moore, 2013; Robert et al., 2011). Zo bleek uit Amerikaans onderzoek dat hoger opgeleide Amerikanen beweging en roken als belangrijker beoordelen voor hun gezondheid en welzijn dan Amerikanen met een lagere opleiding (Robert et al., 2011). Uit hetzelfde onderzoek bleek daarnaast dat Amerikanen die hun eigen gezondheid als slecht beoordelen de mate waarin zij beweging krijgen minder belangrijk achten voor hun gezondheid dan Amerikanen die hun eigen gezondheid als goed beoordelen (Robert et al., 2011). Ook stellen jongere Amerikanen vaker dat sociale factoren van belang zijn voor hun gezondheid en welzijn dan Amerikanen van hogere leeftijd (Robert et al., 2011). Oudere mensen stellen daarentegen vaker dat religiositeit en spiritualiteit belangrijk zijn voor hun gezondheid en welzijn dan jongeren doen. Er werden ook verschillen gevonden tussen mannen en vrouwen: vrouwen beoordelen vaker dat elke factor een zeer sterk effect heeft op gezondheid dan mannen (Robert et al., 2011). Dit is mogelijk het gevolg van verschillen in kwetsbaarheid tussen mannen en vrouwen. Zo ondervinden vrouwen doorgaans ernstigere gevolgen van een laag inkomen in termen van gezondheid en welzijn dan mannen (CPHI, 2005).

Jongeren die ten slotte van elkaar verschillen wat betreft hun woonplaats, verschillen mogelijk ook in de determinanten die zij als belangrijk beoordelen voor hun gezondheid en welzijn. De gemeente Hoogeveen telt tien verschillende dorpen, waarvan het dorp Hoogeveen de grootste en het meest dichtstbevolkt is (hoogeveen.nl). Uit eerder Nederlands onderzoek is gebleken dat mensen die woonachtig zijn in meer stedelijke gebieden op bepaalde vlakken verschillen van mensen die woonachtig zijn in de plattelandsgebieden (Steenbakkers et al., 2006; Steenbakkers et al., 2017). Zo hebben mensen in de meer stedelijke gebieden gemiddeld een hoger opleidings- en beroepsniveau, wat er in kan resulteren dat zij een hoger opleidingsniveau mogelijk belangrijker vinden voor hun gezondheid en welzijn dan mensen die in meer landelijke gebieden wonen (Steenbakkers et al., 2006; Steenbakkers et al., 2013; Steenbakkers et al., 2017). Er worden verder ook verschillen gevonden in bijvoorbeeld alcoholconsumptie: jongeren uit landelijke gebieden nuttigen gemiddeld meer en vaker alcoholische drankjes dan jongeren uit stedelijke gebieden (De Witt & Hupkens, 2018; Rombouts & Scheffers-Van Schayk, 2023), wat wellicht betekent dat jongeren uit de meer landelijk gelegen dorpen minder belang hechten aan het niet drinken van alcohol dan jongeren uit de meer stedelijk gelegen dorpen. Dergelijke (subtiele) verschillen tussen inwoners van meer stedelijke gebieden en inwoners van meer landelijke gebieden kunnen er mogelijk in resulteren dat zij verschillen in welke determinanten zij belangrijk vinden voor hun gezondheid en welzijn. Een ander interessant gegeven is dat mensen ook lijken te verschillen in het belang dat zij hechten aan bepaalde determinanten – zoals leefstijl en gedrag – verschillend naar de mate waarin zij gezondheid en welzijn ervaren (Menawi et al., 2018; Robert et al., 2011). Personen die hun gezondheid als goed beoordelen, erkennen doorgaans meer het belang van een gezonde leefstijl en gezond gedrag dan personen die hun gezondheid als slecht beoordelen (Robert et al., 2011).

Vanwege deze verschillen in beoordeling van het belang van sociale en fysieke determinanten van gezondheid en welzijn als gevolg van verschillen in persoonlijke kenmerken, wil ik de volgende hypothesen opstellen en toetsen:

Hypothese 16. *Jongens vinden andere determinanten van gezondheid en welzijn belangrijk dan meisjes.*

Hypothese 17. *Oudere jongeren vinden andere determinanten van gezondheid en welzijn belangrijk dan jongere jongeren.*

Hypothese 18. *Jongeren die van elkaar verschillen wat betreft hun woonplaats, verschillen in welke determinanten van gezondheid en welzijn zij als belangrijk beoordelen.*

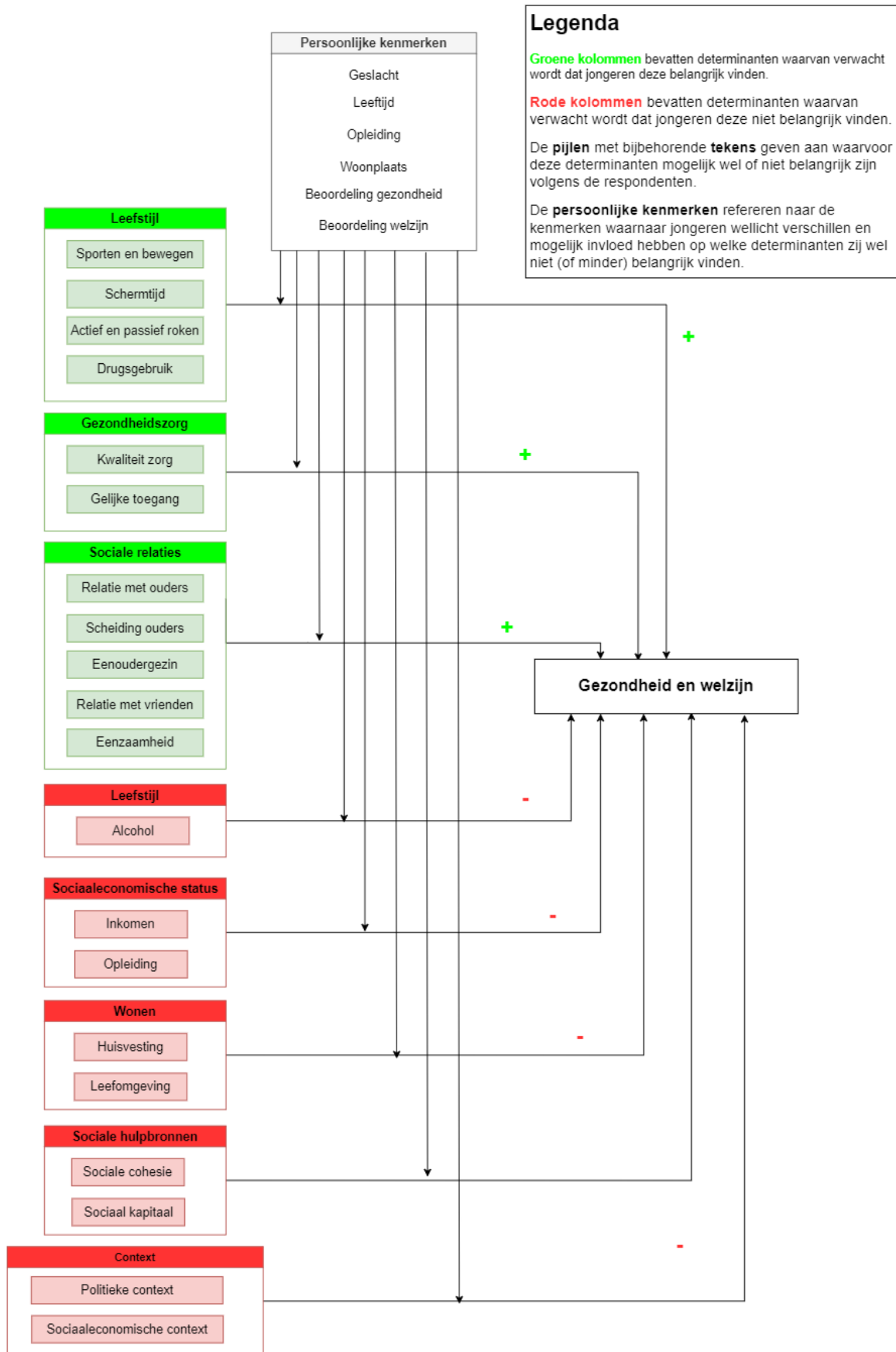
Hypothese 19. Hoogopgeleide jongeren vinden andere determinanten van gezondheid en welzijn belangrijk dan laagopgeleide jongeren.

Hypothese 20. *Jongeren die hun gezondheid positief beoordelen, vinden andere determinanten van gezondheid en welzijn belangrijk dan jongeren die hun gezondheid negatief beoordelen.*

Hypothese 21. *Jongeren die gelukkig zijn, vinden andere determinanten van gezondheid en welzijn belangrijk dan jongeren die ongelukkig zijn.*

2.8. Conceptueel model

In de voorgaande paragrafen zijn op basis van het CSDH model en relevante wetenschappelijke onderzoeken een aantal sociale en fysieke determinanten beschreven die mogelijk belangrijk worden gevonden door de jongeren uit de gemeente Hoogeveen met betrekking tot hun gezondheid en welzijn. Er zijn in totaal twintig hypothesen opgesteld die worden getoetst met behulp van de verzamelde data. Voor het overzicht wordt in Figuur 2 een conceptueel model weergegeven. In dit model wordt schematisch weergegeven van welke fysieke en sociale determinanten wel en niet verwacht wordt dat zij door Hoogeveense jongeren belangrijk worden gevonden. In het figuur wordt daarnaast ook weergegeven op basis van welke persoonskenmerken er vergelijkingen gemaakt worden.



Figuur 2. Conceptueel model

3. Methode

In dit hoofdstuk licht ik toe welke methoden gebruikt zijn om tot de resultaten van dit onderzoek te komen. Ik leg in dit hoofdstuk ten eerste uit welke doelgroep onderwerp van onderzoek was. Ik ga daarna nader in op het type onderzoek dat uitgevoerd is en de wijze waarop de data verzameld zijn. Ik ga uitleggen hoe de vragenlijst opgesteld is en op welke wijze deze verbeterd is met behulp van onder andere pilots. Vervolgens ga ik nader in op de verspreiding van de vragenlijst onder de beoogde doelgroep en licht ik toe hoe er informed consent verkregen is. Ik sluit af met een beschrijving van de methoden die gebruikt zijn om de data te analyseren.

3.1. Doelgroep onderzoek

De doelgroep van dit onderzoek bestond uit jongeren uit de gemeente Hoogeveen. Er zijn een aantal inclusie- en exclusiecriteria aangehouden bij het verspreiden van de vragenlijst. Deze criteria worden nu kort beschreven.

Het onderzoek is uitgevoerd onder jongeren tussen de 16 en 27 jaar. Er is gekozen om enkel jongeren met de leeftijd van 16 jaar en ouder uit te vragen, omdat zij zelf – zonder toestemming van hun ouders/verzorgers – mogen beslissen of ze wel of niet meedoen aan een wetenschappelijk onderzoek (Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek [CCMO], 2019; Kind & Onderzoek, z.d.). Ook maken jongeren ouder dan 27 jaar geen deel uit van de doelgroep van voorliggend onderzoek, omdat zij door de gemeente Hoogeveen vanwege hun leeftijd niet meer tot de groep jongeren gerekend worden. Naast het leeftijdscriterium is ook het criterium betreffende woonplaats van belang. Enkel jongeren die woonachtig zijn in de gemeente Hoogeveen maakten deel uit van de doelgroep van dit onderzoek.

De data zijn verder alleen verkregen met behulp van Nederlandse vragenlijsten. Dit betekent dat jongeren die geen Nederlands kunnen lezen weinig tot geen kans hadden om deel te nemen aan dit onderzoek. Zij hebben alleen de mogelijkheid gehad om de vragenlijst in te vullen, als zij hiermee geholpen werden door iemand die wel Nederlands kan lezen. Er is gekozen om de vragenlijst alleen in het Nederlands te verspreiden, om de data-analyse eenvoudiger te maken. Daarnaast had het veel tijd in beslag genomen om de vragenlijst vakkundig te vertalen naar het Engels, Turks en Marokkaans. Deze tijd was niet voorhanden.

3.2. Soort onderzoek en dataverzamelingmethoden

Er is kwantitatief onderzoek uitgevoerd om te bepalen welke fysieke en sociale determinanten van gezondheid en welzijn volgens jongeren uit de gemeente Hoogeveen belangrijk zijn voor hun gezondheid en het welzijn. Dat het onderzoek van kwantitatieve aard is betekent dat de verkregen resultaten zijn uitgedrukt in cijfers.

De vragenlijst is gebaseerd op een Canadese vragenlijst die in 2005 door het Canadian Population Health Initiative (CPHI) onder jongeren van 18 jaar en ouder verspreid werd in Canada (CPHI, 2005). Canadese onderzoekers zijn in 2005 met deze vragenlijst nagegaan wat volgens Canadese jongeren belangrijk is voor hun gezondheid en welzijn. Daarmee vormde deze vragenlijst een goed voorbeeld voor voorliggend onderzoek. In bijlage 2 is de opzet van de Canadese vragenlijst te vinden. De validiteit en betrouwbaarheid van deze vragenlijst zijn onbekend. Toch is er voor gekozen om de vragenlijst voor voorliggend onderzoek op de Canadese vragenlijst te baseren, omdat de vragen in de vragenlijst erg bruikbaar waren voor het beantwoorden van de centrale onderzoeksvraag van voorliggend onderzoek. De vragen waren zo geformuleerd dat er met behulp van schalen werd nagegaan hoe belangrijk bepaalde determinanten van gezondheid en welzijn zijn volgens de respondenten. Daarnaast is er ook voor gekozen om de Canadese vragenlijst als voorbeeld te gebruiken, omdat er verder geen andere vergelijkbare en bruikbare vragenlijsten voorhanden waren. De Canadese vragenlijst informeerde overigens niet naar alle determinanten die in dit onderzoek wel uitgevraagd zijn. Op basis van de Canadese vraagstelling zijn er daarom vergelijkbare vragen toegevoegd, zodat er wel naar alle determinanten geïnformeerd kon worden.

Er zijn enkele aanpassingen gedaan aan de Canadese vragenlijst om deze geschikt te maken voor het huidige onderzoek en de doelgroep. Deze wijzigingen worden nu besproken en nader toegelicht. De aangepaste vragenlijst is te vinden in bijlage 3.

3.2.1. Opstellen van de vragenlijst

De vragenlijst is opgedeeld in vier verschillende typen vragen. Het overgrote deel van de vragen is gesteld om na te gaan in welke mate jongeren de in het theoretisch kader geïntroduceerde sociale en fysieke determinanten van gezondheid en welzijn als belangrijk beoordelen. Er is zowel geïnformeerd naar het belang van determinanten waarvan verwacht werd dat deze belangrijk zouden worden gevonden, als naar het belang van determinanten waarvan verwacht werd dat deze door de jongeren niet of minder belangrijk gevonden zouden worden. Op deze manier kunnen de in het theoretisch kader opgestelde hypothesen getoetst worden. Daarnaast kan met deze vragen ook worden nagegaan of jongeren uit de gemeente Hogeveen het belang erkennen van de determinanten die volgens het CSDH model veel invloed hebben op de gezondheid en het welzijn van de mens. Met name dit type vragen zijn gebaseerd op de Canadese vragenlijst.

Er is daarnaast met behulp van de vragenlijst ook nagegaan hoe jongeren hun eigen welzijn en gezondheid beoordelen. Met behulp van de resultaten kan er dan een antwoord geformuleerd worden op deelvraag twee en drie, waarmee ook een gedeelte van de centrale onderzoeksvraag beantwoord kan worden. Er is verder ook naar een beperkt aantal persoonlijke kenmerken gevraagd, om het mogelijk te maken dat er vergelijkingen worden gemaakt tussen groepen met dezelfde persoonlijke kenmerken. Aan het einde van de vragenlijst werd ten slotte aan de respondenten gevraagd om een top vijf op te geven, met in deze lijst de vijf determinanten die volgens de jongeren het meest belangrijk zijn voor hun gezondheid en welzijn.

Ik ga eerst toelichten hoe met een aantal complexe begrippen is omgegaan. Vervolgens ga ik uitleggen hoe elk type vraag tot stand is gekomen en op welke wijze deze vraag is gesteld aan de respondenten.

3.2.1.1. *Het gebruik van complexe termen*

De vragenlijst is opgesteld met als doel het beantwoorden van de hoofdvraag: Hoe staat het met de gezondheid en het welzijn van de jeugd in Hoogeveen en welke sociale en fysieke determinanten zijn volgens hen belangrijk voor hun gezondheid en welzijn?

In de onderzoeksvraag, het theoretisch kader en de daaruit voortkomende hypothesen zijn begrippen gebruikt die mogelijk niet voor iedereen te begrijpen zijn. Er is bij het opstellen van de vragenlijst dan ook rekening gehouden met de complexiteit van bepaalde termen, door met behulp van de website ishetb1.nl na te gaan of een woord makkelijk en daarmee voor bijna iedereen te begrijpen is. Wanneer een woord volgens deze website als te moeilijk werd geclassificeerd, werd gezocht naar een alternatief door bijvoorbeeld een ander woord te gebruiken of het begrip te beschrijven.

Het belangrijkste begrip dat vanwege de complexiteit vervangen is, is het begrip 'welzijn'. Dit begrip is geen b1-woord, wat betekent dat het voor sommige jongeren mogelijk moeilijk te begrijpen is (ishetb1.nl). Dat kan problemen opleveren bij het invullen van de vragenlijst. Om deze reden is in de vragenlijst gebruikgemaakt van het woord 'geluk', welke door dezelfde website als gangbaar alternatief geboden werd. Welzijn wordt in het huidige onderzoek gedefinieerd als het leiden van een zinvol, gelukkig, plezierig en kwalitatief goed leven waarin je als individu het gevoel hebt dat je ertoe doet (Coffey et al., 2022; Dooris et al., 2018; Lewis, 2020; Simons & Baldwin, 2021). Geluk is volgens deze definitie van invloed op de mate waarin jongeren welzijn ervaren. In Nederlandse onderzoeken naar welzijn richt men zich doorgaans ook op geluk en de mate waarin mensen gelukkig zijn met hun leven (Van Beuningen & Coumans, 2021; Van Beuningen & Moonen, 2019). Om deze reden werd het verantwoord geacht om het woord 'welzijn' te vervangen door 'geluk'.

Ook begrippen als *sociale cohesie* en *sociaal kapitaal* werden als te moeilijk beoordeeld. Voor deze begrippen is er geen alternatief begrip gebruikt, maar is er voor gekozen om indirect naar de begrippen te informeren. Dit betekent dat bijvoorbeeld de volgende stelling werd voorgelegd aan de respondenten:

Voor mijn gezondheid en geluk is het belangrijk dat ... ik en mijn ouders om hulp en advies kunnen vragen bij familie, vrienden en kennissen.

Met deze stelling is indirect geïnformeerd naar het belang van sociaal kapitaal voor de gezondheid en het welzijn van jongeren, zonder daar het begrip sociaal kapitaal voor te gebruiken. Op vergelijkbare wijze is geïnformeerd naar het belang van onder andere sociale cohesie en normen.

De term 'determinant' is ten slotte ook niet gebruikt in de vragenlijst, omdat ook deze term te moeilijk kan zijn voor de respondenten (ishetb1.nl). De vragen zijn zo geformuleerd, dat deze term niet nodig was. De manier waarop na is gegaan welke sociale en fysieke determinanten van gezondheid en welzijn volgens de jongeren wel en niet belangrijk zijn, wordt nu nader toegelicht.

3.2.1.2. *Het belang van sociale en fysieke determinanten van gezondheid en welzijn*

De meeste vragen in de vragenlijst gingen bij de jongeren na hoe belangrijk volgens hen bepaalde sociale en fysieke determinanten zijn voor hun gezondheid en welzijn. De Canadese vragenlijst probeerde een vergelijkbare onderzoeksvraag te beantwoorden, door aan de respondenten te vragen om met behulp van een schaal de invloed van een bepaalde sociale en/of fysieke determinant van gezondheid en welzijn te beoordelen. Een hogere score betekende dat de respondent de desbetreffende determinant als invloedrijk beoordeelde.

Een belangrijk verschil tussen de vragenlijst van het huidige onderzoek en de vragenlijst van het Canadese onderzoek, is de formulering van de vragen. In het Canadese onderzoek werd de volgende vraag gesteld:

'Now I'm going to read you a list of things that may or may not be important factors influencing the health of Canadians. For each, please tell me how you would rate what impact you think each has. Please choose a number from 1 to 7 where 7 means this factor has a very strong impact on health and 1 means it has no impact at all.'

Na deze vraag volgde een lijst met determinanten die door de respondent beoordeeld moesten worden in termen van invloed. Voor het huidige onderzoek is er gekozen om met behulp van stellingen bij de respondenten na te gaan wat volgens hen het belang van bepaalde determinanten is voor hun gezondheid en welzijn. In de vragenlijst werd de volgende stelling voorgelegd:

'Geef hieronder aan hoe belangrijk iets is voor jouw gezondheid en geluk.

Voor mijn gezondheid en geluk is het belangrijk dat...'

Er is bewust gekozen om de term 'invloed' niet te gebruiken. Er is in plaats daarvan gebruik gemaakt van de term 'belangrijk', omdat verwacht werd dat de doelgroep de term 'belangrijk' beter kon begrijpen dan de term 'invloed'.

Er is daarnaast gekozen om geen gebruik te maken van een zeven-punts-Likertschaal zoals gebruikt werd in het Canadese onderzoek. In plaats daarvan konden de respondenten van het huidige onderzoek op een schaal van één tot en met vijf aangeven in hoeverre ze het met een stelling eens waren. Een schaal met vijf antwoordmogelijkheden is voor respondenten minder verwarrend en leidt daarnaast tot een gemiddeld hogere respons dan bij het gebruik van een schaal met meer antwoordmogelijkheden (Bouranta et al., 2009; Dawes, 2012; Shri et al., 2022). Dit komt mede doordat het een vraag met vijf mogelijke antwoorden sneller te beantwoorden is dan een vraag met meer antwoordmogelijkheden (Taherdoost, 2020). Uit onderzoek is wel gebleken dat het gebruik van een Likert-schaal met meer antwoordmogelijkheden doorgaans wel leidt tot nauwkeurigere antwoorden (Flamer, 1983; Wu & Leung, 2017; Xu & Leung, 2018). Overigens is voor dit onderzoek toch gekozen voor de vijf-punts-schaal, omdat de doelgroep jongeren betreft.

In tegenstelling tot de Canadese vragenlijst, is er ook voor gekozen om elke antwoordmogelijkheid op de schaal een inhoudelijke betekenis te geven. Door betekenis te geven aan de antwoordmogelijkheden, zijn de antwoorden beter te begrijpen en te interpreteren (Michalopoulou & Symeonaki, 2017; Taherdoost, 2020). Dit maakt het beantwoorden van de vragen makkelijker.

De schaal wordt hieronder weergegeven.



De respondenten konden met een score van één tot en met vijf aangeven in hoeverre ze het er wel of niet mee eens waren dat een bepaalde sociale of fysieke determinant van belang is voor hun gezondheid en welzijn. Voor het toetsen van de hypothese met betrekking tot passief roken, werd bijvoorbeeld de volgende stelling aan de respondenten voorgelegd:

Voor mijn gezondheid en geluk is het belangrijk dat... Er niet wordt gerookt als ik in de buurt ben.

Respondenten die een score van één hebben gegeven, gaven daarmee aan het er niet mee eens te zijn dat het voor hun gezondheid en geluk belangrijk is dat er niet wordt gerookt als hij/zij in de buurt is. Respondenten die daarentegen een vijf geven als score, geven daarmee aan het er wel mee eens te zijn dat het voor hun gezondheid en welzijn belangrijk is dat er niet wordt gerookt als hij/zij in de buurt is. Op dezelfde wijze is bij de respondenten nagegaan in welke mate ze andere sociale en fysieke determinanten van gezondheid en welzijn van belang achten voor hun gezondheid en welzijn. Er is geïnformeerd naar alle determinanten van gezondheid en welzijn die volgens het CSDH framework van belang zijn (Solar & Irwin, 2010).

Er is daarnaast op verzoek van de gemeente Hogeveen nog geïnformeerd naar een aantal determinanten die naar hun verwachting belangrijk worden gevonden door de jongeren in de gemeente. Het betreft de stellingen over kansengelijkheid, kwaliteit van onderwijs, stress, de zorg- en hulpverlening op school, ontmoetingsplekken voor jongeren en activiteiten voor jongeren. Over deze determinanten zijn er in het theoretisch kader geen hypothesen opgenomen. De resultaten van deze stellingen worden in het resultatenhoofdstuk wel besproken.

In bijlage 3 is de volledige vragenlijst te vinden.

3.2.1.3. Vragen naar geluk en gezondheid

Naast de stellingen over het belang van bepaalde sociale en fysieke determinanten van gezondheid en welzijn, is bij de jongeren ook nagegaan hoe het met hen gaat in termen van welzijn en gezondheid. Met behulp van de antwoorden op deze vragen kunnen deelvragen twee en drie beantwoord worden. Met deze kennis kan daarnaast ook een gedeelte van de centrale onderzoeksvraag beantwoord worden. De antwoorden bieden verder ook de kennis die nodig is om na te gaan of jongeren die hun gezondheid en welzijn als goed beoordelen verschillen van jongeren die hun gezondheid en welzijn als minder goed beoordelen als het gaat om welke determinanten van gezondheid zij belangrijk vinden.

Met betrekking tot gezondheid, is aan de jongeren gevraagd of zij hun lichamelijke en mentale/psychische gezondheid willen beoordelen. Er is op verzoek van de gemeente Hogeveen

een onderscheid gemaakt tussen beide typen gezondheid. In andere Nederlandse onderzoeken onder jongeren met betrekking tot gezondheid, wordt doorgaans ook onderscheid gemaakt tussen beide typen. Dit was bijvoorbeeld het geval bij de GGD Gezondheidsmonitor (Kuilman & Huisman, 2022), een Nederlands onderzoek naar de gezondheid, het welzijn en de opvoeding van jongeren in Nederland (Van Dorsselaer et al., 2010) en het jaarlijkse Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC-) onderzoek naar de gezondheid en het welzijn van jongeren in Nederland waaruit bleek dat met name de mentale gezondheid van meisjes in Nederland tussen 2017 en 2021 verslechterd is (Boer et al., 2021). Er worden ook verschillen gerapporteerd in typen gezondheid; jongeren kunnen een goede lichamelijke gezondheid rapporteren, maar zich op mentaal vlak minder gezond voelen (Boer et al., 2021; Kuilman & Huisman, 2022; Van Dorsselaer et al., 2010).

Om bij jongeren na te gaan hoe het met hen gaat in termen van gezondheid, is hen gevraagd om op een vijf-punts-Likertschaal aan te geven hoe goed zij hun lichamelijke en psychische/mentale gezondheid beoordelen. Een hogere score indiceerde een positievere beoordeling van de gezondheid. De twee stellingen en bijbehorende schaal worden hieronder weergegeven.

Ik vind mijn lichamelijke gezondheid...

Ik vind mijn psychische/mentale gezondheid...



Op eenzelfde manier is geïnformeerd naar het geluk van de jongeren. Er werd hen gevraagd om op een vijf-punts-Likertschaal aan te geven hoe gelukkig zij zijn. Een hogere score indiceerde meer geluk. De stelling en bijbehorende schaal worden op de volgende pagina weergegeven.

Geef hieronder aan hoe gelukkig jij bent.

Ik ben...



3.2.1.4. Vragen naar persoonlijke kenmerken

Bij het analyseren van de antwoorden van de respondenten is er ook gekeken of er verschillen bestaan tussen bepaalde groepen. De verwachting was dat er mogelijk verschillen bestonden tussen jongens en meisjes, jongeren met een verschillende leeftijd, jongeren met een verschillende opleiding en jongeren met een verschillende woonplaats. Om deze reden is jongeren dan ook gevraagd naar hun geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en woonplaats. De vragen naar geslacht, opleiding en woonplaats waren meerkeuzevragen. Dit betekent dat de respondenten één van de gegeven keuzes als antwoord moesten selecteren. De vragen worden weergegeven in bijlage 3.

In het geval dat geen van de beschikbare antwoordopties aansloot bij de respondent, konden zij de optie 'Anders, namelijk...' selecteren. Door deze optie te selecteren kregen zij de gelegenheid om een eigen antwoord in te vullen.

Naast opleiding, woonplaats en geslacht is er ook gevraagd naar leeftijd. Bij deze vraag konden respondenten hun leeftijd in jaren invullen.

3.2.1.5. *Top-vijf vraag*

Op verzoek van de gemeente Hoogeveen is er een top-vijf vraag toegevoegd aan de vragenlijst. Met behulp van deze vraag is bij jongeren nagegaan wat volgens hen de vijf belangrijkste sociale en/of fysieke determinanten van gezondheid en geluk zijn. Uit alle determinanten die gedurende de vragenlijst aan bod kwamen, konden de respondenten er vijf selecteren. Deze vijf determinanten konden zij vervolgens rangschikken in een top vijf, waarbij op plek één de determinant kwam te staan die volgens hen de meest belangrijke was. Op plek vijf stond de determinant die van de vijf geselecteerde determinanten het minst belangrijk was. In de digitale vragenlijst kregen de respondenten de mogelijkheid om de vijf determinanten aan te klikken, waarna ze deze konden rangschikken door de determinanten naar boven en naar beneden te verschuiven.

Om de analyse van de antwoorden op deze vraag te vergemakkelijken, kregen alle determinanten die gekozen werden door de respondenten een bepaalde hoeveelheid punten. De determinant die een respondent op nummer één zette, kreeg vijf punten toebedeeld. De determinant die op plek vijf werd gezet, kreeg één punt. Met behulp van deze punten kon er vervolgens een totaalscore berekend worden voor elke determinant. Hoe meer punten een determinant gekregen had, des te belangrijker werd deze determinant gevonden door de respondenten.

3.2.1.6. *Afsluitende open vragen*

Na de top-vijf-vraag volgden ten slotte nog een aantal open vragen. Deze vragen waren bedoeld om de respondent de ruimte te geven nog enkele aanvullingen te doen en aan te geven wat de gemeente Hoogeveen volgens hem/haar kan doen om er voor te zorgen dat hij/zij gezonder en gelukkiger wordt. De twee vragen die gesteld zijn, zijn als volgt geformuleerd:

Dit waren alle vragen van de vragenlijst. Is er iets wat jij heel belangrijk vindt voor jouw gezondheid en geluk, maar je niet bent tegengekomen in deze vragenlijst?

Ja, namelijk ... [tekstvak]

Nee.

Wat kan de gemeente voor jou doen, zodat jij gezonder en gelukkiger wordt?

[tekstvak]

3.3. Pilot

Er zijn twee pilots gehouden om de vragenlijst te testen. Gedurende de eerste pilot werd de vragenlijst in papieren vorm voorgelegd aan een aantal jongeren tussen de 16 en 27 jaar. Er is gekozen om de eerste pilot te draaien met een papieren vragenlijst, omdat het digitaliseren van de vragenlijst veel tijd zou kosten. Door de vragenlijst eerst op papier uit te testen was het niet nodig om te wachten op de digitale versie. Daarnaast was de vragenlijst op dat moment nog sterk onderhevig aan veranderingen. De voorkeur ging er naar uit om de vragenlijst pas te digitaliseren op het moment dat deze niet meer onderhevig was aan grote veranderingen.

De eerste pilot werd gedraaid van maandag 15 tot en met woensdag 17 mei 2023. Tijdens deze eerste pilot hebben negen verschillende jongeren de vragenlijst ingevuld en bijgehouden hoeveel tijd zij nodig hadden om de vragen te beantwoorden. Ook konden zij de vragenlijst voorzien van eventuele feedback. De jongeren verschilden van elkaar wat betreft leeftijd, opleidingsniveau en geslacht. Door te garanderen dat een heterogene groep de vragenlijst uitprobeerde, werd gepoogd de Hoogeveense doelgroep zoveel mogelijk na te bootsen. De meeste testers hadden tussen de 10 en 15 minuten nodig om de vragenlijst in te vullen. Deze tijd is dan ook vermeld in de informatiebrief. De feedback was erg positief en de testers gaven aan de vragen goed te begrijpen. Eén van de testers gaf aan dat de vragen met de meeste items de meeste concentratie vroegen. Hij suggereerde daarom om deze vragen het eerst te stellen, omdat het concentratievermogen van jongeren aan het begin van een onderzoek nog het hoogst is. Ik heb gehoor gegeven aan deze suggestie door de vragen met de meeste items aan het begin van de vragenlijst te stellen.

Zodra de feedback van de eerste pilot verwerkt was, werd de vragenlijst gedigitaliseerd met behulp van een medewerker van de afdeling Onderzoek & Statistiek vanuit de SWO. De vragenlijst werd overgezet naar het programma Survalyzer. Nadat de vragenlijst volledig gedigitaliseerd was, werd de tweede pilot gedraaid van woensdag 24 tot en met vrijdag 26 mei 2023. Gedurende deze pilot hebben nog vijf jongeren de digitale vragenlijst uitgeprobeerd. Ook na deze pilot waren de reacties positief. Op enkele spellingsfouten na zijn er geen opvallende feedbackpunten meer gegeven. Op vrijdag 26 mei 2023 is de vragenlijst officieel gepubliceerd en uitgezet onder de doelgroep.

3.4. Het verspreiden van de vragenlijst en verzamelen van data

3.4.1. De keuze voor een digitale vragenlijst

De data zijn verzameld tussen 26 mei en 16 juni, met behulp van een digitale vragenlijst. Er is om meerdere redenen gekozen voor een digitale vragenlijst. De belangrijkste reden voor het gebruiken van een digitale vragenlijst is dat op deze manier een grote populatie bereikt kan worden in een kort tijdsbestek (Evans & Mathur, 2005; Evans & Mathur, 2018; Palviainen & Räisä, 2022; Roberts & Allen, 2015; Van Selm & Jankowski, 2006). Het overgrote deel van de doelgroep beschikt over een digitaal apparaat waarmee de vragenlijst ingevuld kan worden, wat betekent dat deze doelgroep zich goed leent voor het afnemen van digitale vragenlijsten. Een tweede voordeel van het verzamelen van data met behulp van digitale vragenlijst, is dat het risico op sociaal wenselijk antwoorden verkleint omdat er geen onderzoeker aanwezig is gedurende de afname van de vragenlijst (Roberts

& Allen, 2015). Dat er geen onderzoeker aanwezig is, betekent daarnaast ook dat het verzamelen van data met behulp van digitale vragenlijsten doorgaans minder tijdrovend is (Evans & Mathur, 2005; Evans & Mathur, 2018; Van Selm & Jankowski, 2006). Digitale vragenlijsten hebben daarnaast als voordeel dat ze duurzamer en vaak goedkoper zijn, omdat er geen papieren vragenlijsten geprint hoeven te worden (Van Selm & Jankowski, 2006). De laatste reden voor het gebruik van digitale vragenlijsten, is dat de antwoorden automatisch op digitale wijze verzameld worden en daarmee gemakkelijker te analyseren zijn met behulp van digitale programma's (Evans & Mathur, 2005; Evans & Mathur, 2018). Wanneer er gebruik was gemaakt van papieren vragenlijsten, hadden de antwoorden nog gedigitaliseerd moeten worden. Naast het feit dat dit een tijdrovend proces is, kan een onderzoeker ook fouten maken bij het digitaliseren van de gegeven antwoorden (Evans & Mathur, 2005; Van Selm & Jankowski, 2006).

3.4.2. Wijze van verspreiding

De digitale vragenlijst is via verschillende wegen verspreid onder de beoogde doelgroep. De voornaamste wijze waarop de vragenlijsten verspreid zijn, is met behulp van een aantal mensen die in de gemeente Hogeveen contact hebben met jongeren. De verwachting was dat zij de vragenlijst goed konden verspreiden, gezien zij vanuit hun werkzaamheden al nauw contact onderhouden met de jongeren in gemeente. Met deze mensen is de link naar de vragenlijst gedeeld, gezamenlijk met een informatiebrief en een poster. De informatiebrief is te vinden in bijlage 4. De poster wordt weergegeven in bijlage 5.

De eerste organisatie die heeft bijgedragen aan het verspreiden van de vragenlijst, is de bibliotheek in Hogeveen. De bibliotheek is voor veel jongeren uit de gemeente Hogeveen een plek waar zij boeken komen halen en samen met klas- of studiegenoten komen studeren, maar het is ook een plek waar zij samen kunnen komen en zich digitaal kunnen vermaken. De bibliotheek heeft uiteraard vele boeken te leen voor die jongeren die willen lezen, maar heeft ook een heel breed aanbod dat verder gaat dan enkel het lezen van boeken. Zo heeft de bibliotheek een e-werkplaats genaamd HeadQuarters 6. Dit is een e-werkplaats met computers waar jongeren vanaf 12 jaar aan de slag kunnen met digitale techniek en media. Deze ruimte biedt hun de mogelijkheid om foto's en video's te bewerken, een podcast op te nemen of grafisch dingen te ontwerpen. Er komen hier dan ook veel jongeren op af. Daarnaast is er binnen de bibliotheek ook een community librarian werkzaam. De community librarian vormt een aanspreekpunt voor jongeren in de bibliotheek en organiseert ook regelmatig activiteiten waar hij jongeren bij elkaar haalt om met hen over verschillende dingen te spreken. De bibliotheek heeft bijgedragen aan het verspreiden van de vragenlijst, door deze aan jongeren voor te leggen die de bibliotheek kwamen bezoeken. Dit was bijvoorbeeld het geval gedurende een aantal workshops die voor jongeren werden gehouden in de e-werkplaats. Daarnaast is de poster ook in de bibliotheek opgehangen.

De tweede groep organisaties die heeft bijgedragen aan het verspreiden van de vragenlijst, betreft de scholen in de gemeente Hogeveen. Zowel het Alfa College, als het Roelof van Echten College en Wolfsbos hebben de vragenlijst verspreid onder de doelgroep. Het Alfa College was hier het meest actief in. Leerlingen van het Alfa College kregen gedurende de burgerschap-lessen de gelegenheid

om de vragenlijst in te vullen. Er werd sterk benadrukt dat het invullen vrijwillig was. Het Roelof van Echten College en Wolfsbos hebben bijgedragen aan het verspreiden van de vragenlijst, door een aantal exemplaren van de poster op te hangen in hun scholen.

De derde organisatie die heeft bijgedragen aan het verspreiden van de vragenlijst is Cultuurklik. Dit is een organisatie die kunst- en cultuur-gerelateerde lessen geeft aan de jongeren in Hogeveen, onder andere door workshops te geven op scholen en deze aan te bieden op de eigen locatie. Eén van de werknemers van Cultuurklik heeft nauw contact met de jongeren in Hogeveen, ook buiten de culturele lessen om. Hij is daarmee een belangrijk aanspreekpunt voor jongeren in de gemeente en wordt door velen ook gezien als een vertrouwenspersoon voor de doelgroep. Dit geldt voor alle jongeren in de gemeente, maar met name voor de jongeren die thuis problemen hebben en doorgaans bestempeld worden als overlastplegers. Deze werknemer vormde dus een goede ingang naar die jongeren die niet bereikt konden worden via de bibliotheek en de scholen. Hij heeft de vragenlijst onder de aandacht gebracht bij de jongeren die bij hem komen – zowel voor culturele lessen als om andere redenen – en hen uitgelegd waarom deelname belangrijk is. Opnieuw werd benadrukt dat deelname volledig vrijwillig was.

De vierde organisatie die heeft geholpen met het verspreiden van de vragenlijst, is de christelijke organisatie 24-7. Dit is een religieuze stichting die toegankelijk is voor alle burgers van de gemeente Hogeveen, ongeacht hun leeftijd of religiositeit. Deze stichting is dus ook toegankelijk voor jongeren en ze organiseert ook activiteiten voor deze doelgroep. Zo bestaat er het initiatief MOVE!, een jeugd en jongerenmeeting voor alle jongeren tussen de 12 en 25 jaar. Deze organisatie heeft de vragenlijst verspreid met behulp van religieuze jongerenwerkers en vertegenwoordigers van de kerken in de gemeente Hogeveen. Er is met name gebruikgemaakt van groepsapps op Whatsapp.

De vijfde en laatste organisatie, betreft Stichting Welzijnswerk (SWW) Hogeveen. Deze organisatie heeft een aantal jongerenwerkers in dienst, die zich bezighouden met vragen, wensen en behoeften die leven onder de jongeren in de wijken en dorpen in de gemeente Hogeveen. Jongerenwerkers zijn regelmatig aanwezig op de middelbare scholen in de gemeente Hogeveen, waar jongeren hen makkelijk kunnen benaderen als zij met hen willen praten. Daarnaast werken jongerenwerkers ook samen met buurtverenigingen en worden ze betrokken bij de organisatie van verschillende activiteiten voor groepen jongeren. Jongerenwerkers zijn dus op verschillende manieren betrokken bij jongeren en zij hebben ook contact met de doelgroep. Zij hebben de poster voor de vragenlijst gedeeld op hun sociale media kanalen en hebben de vragenlijst onder de aandacht gebracht bij de jongeren die zij spraken.

3.4.3. Geïnformeerde toestemming

Jongeren die wilden deelnemen aan het onderzoek en de vragenlijst in wilden vullen, moesten hier actieve toestemming voor verlenen. Dit betekent dat zij actief aan moesten geven dat zij toestemming gaven voor hun deelname en het verwerken van hun antwoorden. Naast dat de toestemming actief gegeven moest worden, moest er ook sprake zijn van geïnformeerde toestemming. Dit betekent dat de respondenten voldoende geïnformeerd moesten zijn over het

onderzoek, voordat zij besloten om wel of geen toestemming te geven voor deelname (Kind & Onderzoek, z.d.).

Door middel van een informatiebrief zijn de respondenten op de hoogte gebracht van een aantal belangrijke zaken. Deze informatiebrief is opgenomen in de vragenlijst, zodat elke respondent deze onder ogen kreeg. De brief is geschreven met behulp van de richtlijnen van de faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen, van de Rijksuniversiteit Groningen (<https://www.rug.nl/rechten/onderzoek/wetenschappelijke-integriteit/cetor/aanvraagformulieren>). De informatiebrief voorzag de respondenten van informatie met betrekking tot de reden van het onderzoek, de vrijwillige deelname, wat er van hen wordt gevraagd, welke gevolgen deelname kan hebben en hoe er met hun gegevens om zou worden gegaan. De informatiebrief wordt weergegeven in bijlage 4.

Nadat de respondent de informatiebrief gelezen had, werd er om toestemming gevraagd. Puntsgewijs werd aangegeven waar de respondent toestemming voor zou geven. Vervolgens kon de respondent toestemming verlenen door het vakje daarvoor aan te klikken. De toelichting en bijbehorende vraag om toestemming worden weergegeven in de vragenlijst, in bijlage 3.

3.4.4. *Incentive*

Om jongeren te motiveren de vragenlijst in te vullen, is een incentive gebruikt. Er zijn twee prijzen verloot onder alle jongeren die de vragenlijst helemaal in hebben gevuld en hun contactgegevens hebben achtergelaten. De prijs betrof tweemaal twee tickets voor het DX Adventurepark in Gasselte. Onderzoekers wordt doorgaans aanbevolen om voor incentives te kiezen die aansluiten bij de interesses van jongeren (Afkinich & Blachman-demner, 2020; Boel-studt et al., 2018). Het Adventurepark in Gasselte is een park dat door vele jongeren in de gemeente leuk wordt gevonden. In overleg met en op aanbevelen van de beleidsadviseurs jeugd is daarom deze incentive gekozen.

Aan het einde van de vragenlijst kregen respondenten de gelegenheid om aan te geven of zij wel of niet mee wilden doen met de verloting om de tickets. Door een e-mailadres achter te laten, konden respondenten kans maken op de tickets. Deze vraag werd als volgt gesteld aan de respondenten:

Wil je kans maken op twee tickets voor het DX Adventurepark in Gasselte? Laat dan hier je e-mailadres achter en wie weet ben je de gelukkige winnaar!

[tekstvak]

Let op: het e-mailadres wordt alleen gebruikt voor de verloting en voor niets anders.

Er werd sterk benadrukt dat het e-mailadres alleen gebruikt zou worden voor de verloting. Dit werd vooraf ook al mede gedeeld in de informatiebrief, gezamenlijk met meer informatie over de verloting van de vier tickets.

3.5. Het bewaren van de data

De data zijn verzameld vanuit de gemeente Hoogeveen en vallen daarmee ook onder de verantwoordelijkheid en bescherming van de gemeente. Alle persoonsgegevens en data vallen onder de archief- en privacywet (Inspectie Overheidsinformatie en Erfgoed [IOE], 2021) en worden voor vier jaar bewaard. Er is gekozen voor vier jaar, omdat de nota jeugd – waaraan dit onderzoek bij heeft gedragen – voor de komende vier jaar geldt in de gemeente Hoogeveen. Na deze vier jaar wordt er een nieuwe nota geschreven en worden de verzamelde data van dit onderzoek vernietigd.

Alle data zijn anoniem verzameld. Dat betekent dat geen van de gegeven antwoorden terug te herleiden zijn naar de respondent die de antwoorden gegeven heeft. Hier zijn de respondenten met de informatiebrief ook van op de hoogte gebracht. Ook in het geval van het achterlaten van een e-mailadres voor de verloting van de incentive, wordt het e-mailadres niet gebruikt om gegeven antwoorden te herleiden naar een respondent.

3.6. Data-analyse

Zodra alle data verzameld waren, moesten deze op kwantitatieve wijze geanalyseerd worden. Hiertoe werden de verkregen antwoorden ten eerste vanuit Survalyzer geconverteerd naar een SPSS dataset, een statistisch software platform. Dit programma is gebruikt om de verkregen data te analyseren. Ik ga nu kort beschrijven welke stappen gezet zijn om tot de resultaten te komen.

3.6.1. Beschrijvende analyse

Er is ten eerste een beschrijvende analyse uitgevoerd. Dit betekent dat voor alle vragen uit de vragenlijst de belangrijkste beschrijvende statistieken zijn uitgerekend. Dit betreft onder andere het gemiddelde, de standaarddeviatie, de modus, de mediaan en het betrouwbaarheidsinterval. Deze statistieken zijn in een tabel vorm gepresenteerd en beschreven in de resultatensectie. Met behulp van deze beschrijvende statistieken is er een eerste indruk op gedaan van de meest voorkomende antwoorden en zijn de hypothesen getoetst zoals deze in hoofdstuk 2 opgesteld zijn.

De eerste drie vragen van de vragenlijst hadden betrekking op de gezondheid en het geluk van de jongeren. Door voor deze drie vragen de beschrijvende statistieken te berekenen, is er gepoogd antwoord te geven op deelvraag twee en drie:

Deelvraag 1. Hoe staat het met de gezondheid van de jongeren in Hoogeveen?

Deelvraag 2. Hoe staat het met het welzijn van de jongeren in Hoogeveen?

Een hoger gemiddelde duidde op een betere gezondheid en meer welzijn onder de jongeren in Hoogeveen. Een hogere standaarddeviatie duidde op meer verschillen tussen de jongeren.

Het overgrote deel van de vragen in de vragenlijst informeerde naar het belang van bepaalde fysieke en sociale determinanten van gezondheid. Door voor deze vragen beschrijvende statistieken te berekenen, is gepoogd om een eerste indruk te krijgen van het antwoord op de vierde deelvraag:

Deelvraag 4. Wat zijn volgens jongeren uit de gemeente Hoogeveen belangrijke sociale en fysieke determinanten van gezondheid en welzijn?

Met name de gemiddelden en standaarddeviaties waren van belang voor het beantwoorden van deze deelvraag en het toetsen van de hypothesen zoals deze in hoofdstuk 2 opgesteld zijn. Hogere gemiddelden op vragen over het belang van sociale en fysieke determinanten zouden indiceren dat jongeren die determinanten belangrijk vinden. Er is vervolgens gekeken of de cijfers overeenkomen met de verwachtingen zoals deze naar voren komen in de hypothesen. Hogere standaarddeviaties duiden verder op onderlinge verschillen in meningen.

3.6.2. Eenweg-ANOVA en post-hoc analyse

In hoofdstuk 2 zijn een aantal hypothesen opgesteld met betrekking tot verwachte verschillen tussen groepen. Mogelijk verschilden groepen jongeren met elkaar in de mate waarin zij geluk en gezondheid ervaren en in welke determinanten zij wel en niet belangrijk vinden. Om verschillen tussen groepen te toetsen, zijn er eenweg-ANOVA F-toetsen uitgevoerd. De verschillen zijn getoetst voor geslacht, leeftijd, opleiding en woonplaats.

Ten eerste zijn er eenweg-ANOVA F-toetsen uitgevoerd voor fysieke gezondheid, mentale gezondheid en geluk. Dit betekent dat met behulp van deze toetsen is nagegaan of jongeren verschillend in geslacht, leeftijd, opleiding en/of woonplaats van elkaar verschillen in hoe zij hun fysieke gezondheid beoordelen. Hetzelfde is gedaan voor mentale gezondheid en geluk. Wanneer er een significant resultaat gevonden werd, betekende dit dat er minimaal één groep was die afweek van de rest van de groepen. Om te achterhalen welke groepen dan precies van elkaar verschilden, werd er een post-hoc analyse uitgevoerd. In het geval van geslacht werd er een Independent Sample T-test uitgevoerd, omdat voor geslacht de vergelijking tussen twee groepen werd gemaakt.

Er zijn ook eenweg-ANOVA F-toetsen uitgevoerd om na te gaan of jongeren verschillend in geslacht, leeftijd, opleiding, woonplaats en/of beoordeling van hun gezondheid en geluk van elkaar verschillen in welke determinanten van gezondheid en welzijn zij belangrijk vinden. Opnieuw zijn er post-hoc analyses en independent sample t-tests uitgevoerd wanneer er een significant resultaat gevonden werd voor de eenweg-ANOVA.

Voorafgaand aan het uitvoeren van de eenweg-ANOVA, wordt er gekeken of de data voldoen aan de assumpties van de eenweg-ANOVA. Wanneer de assumpties sterk geschonden worden, wordt er gekeken naar een alternatieve methode voor het toetsen van de verschillen tussen respondenten.

3.6.3. *Analyseren van de top-vijf vraag*

Respondenten zijn gevraagd om een top-vijf te maken van die sociale en/of fysieke determinanten van gezondheid en welzijn die volgens hen het meest belangrijk zijn voor hun gezondheid en welzijn. De vraag is in Survalyzer zo opgezet, dat de determinanten die door de respondenten gekozen worden een aantal punten krijgen. De determinant die door een respondent op nummer één gezet wordt, krijgt vijf punten. De determinant die op nummer vijf is gezet, krijgt één punt. Op deze manier kon voor elke uitgevraagde determinant een totaalscore worden berekend. De determinant die van de alle respondenten gezamenlijk de meeste punten kreeg, zou volgens de respondenten één van de belangrijkste determinanten van gezondheid en welzijn zijn.

Het analyseren van de antwoorden op deze vraag is dus gebeurd met behulp van deze som-scores. Er is een overzicht gemaakt van die determinanten die de hoogste totale scores kregen. Door naar de somscores te kijken, wordt er antwoord gegeven op deelvraag 4 en worden de hypothesen met betrekking tot de sociale en fysieke determinanten van gezondheid getoetst.

3.6.4. *Open vragen*

De laatste vragen van de vragenlijst, waren open vragen. Dit betekent dat de respondenten zelf een antwoord uit konden typen. Deze antwoorden zijn enkel op inhoud bekeken en meegenomen in de resultaten. Deze antwoorden zijn gebruikt om antwoord te geven op de zesde en laatste deelvraag:

Deelvraag 6. Wat kan de gemeente Hoogeveen volgens de jongeren doen om hun gezondheid en welzijn te verbeteren?

Er zijn verder geen statistische analyses uitgevoerd voor het analyseren van deze antwoorden.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden eerst de beschrijvende statistieken met betrekking tot de persoonlijke kenmerken van de respondenten besproken, om een indruk te krijgen van de respondenten van de vragenlijst. Vervolgens wordt er gekeken naar de resultaten met betrekking tot het geluk en de gezondheid van de respondenten. Vervolgens worden hypothesen 1-15 getoetst, over het verwachte belang dat de jongeren uit de gemeente Hoogeveen hechten aan bepaalde fysieke en sociale determinanten van gezondheid en welzijn. Daarna worden hypothesen 16-20 getoetst met behulp van eenweg-ANOVA's, om te achterhalen of er mogelijk verschillen bestaan tussen verschillende groepen wat betreft hun beoordeling van het belang van bepaalde fysieke en sociale determinanten.

Na het toetsen van de hypothesen worden de verkregen antwoorden besproken die gegeven zijn op de stellingen die op verzoek van de gemeente Hoogeveen in de vragenlijst zijn opgenomen. De antwoorden op de top-vijf vraag en de open vragen worden ten slotte ook besproken, om te achterhalen welke determinanten volgens de jongeren het meest belangrijk zijn en wat de gemeente Hoogeveen volgens de jongeren kan doen om hun gezondheid en welzijn te verbeteren.

4.1. Persoonlijke kenmerken respondenten

De steekproefgrootte betreft 24 respondenten waarvan er 23 een geslacht hebben opgegeven; 15 respondenten gaven aan vrouw te zijn, acht zijn man en één respondent is non-binair. Van de 18 respondenten die hun leeftijd hebben opgegeven varieert de leeftijd tussen de 17 en 24 jaar ($M = 20,17$; $SD = 2,55$). Twaalf respondenten volgen een MBO-opleiding (50%). Geen van de respondenten gaat naar de HAVO en ook het speciaal onderwijs is in deze steekproef niet vertegenwoordigd. Vijf van de 24 respondenten geven aan geen opleiding te volgen en aan het werk te zijn. Van de resterende 7 respondenten volgen er 2 een universitaire opleiding, zitten er 2 op het VWO/gymnasium en gaat de rest van de respondenten naar het HBO, VMBO of het praktijkonderwijs.

Van de 24 respondenten wonen er 15 in Hoogeveen, 2 in Pesse en de andere respondenten in Elim, Hollandscheveld, Noordscheschut en Stuifzand. In deze steekproef bevinden zich geen respondenten afkomstig uit Fluitenberg, Nieuweroord en Tiendeveen. Drie van de 24 respondenten wonen in Assen, Emmen en Nieuw Amsterdam, maar volgen wel een MBO-opleiding in Hoogeveen. Er is voor gekozen om deze respondenten toch mee te nemen in de verdere analyse gezien zij in Hoogeveen naar school gaan en daarmee veel tijd doorbrengen in de gemeente. De verwachting is dat zij voldoende in staat zijn om aan te geven wat zij belangrijk vinden voor hun gezondheid en welzijn.

4.2. Gezondheid en welzijn

In tabel 1 worden de descriptieve statistieken weergegeven over gezondheid en welzijn. Respondenten beoordelen hun lichamelijke gezondheid gemiddeld met een 3,67 ($SD = 0,57$). Geen van de respondenten beoordeelde diens lichamelijke gezondheid als 'helemaal niet goed' of 'niet zo

goed'. Aan de modus is te zien dat de meeste respondenten hun lichamelijke gezondheid beoordelen met een vier, wat betekent dat zij hun lichamelijke gezondheid behoorlijk goed vinden.

Tabel 1. Descriptieve statistieken gezondheid en welzijn ($N = 24$)

	<i>Gemiddelde (SD)¹</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>Mediaan</i>	<i>Modus</i>
Lichamelijke gezondheid ²	3,67 (0,57)	3	5	4	4
Mentale gezondheid	3,21 (1,14)	1	5	3	4
Geluk	3,71 (0,86)	2	5	4	4

¹ Alle concepten gemeten op een schaal van 1 tot en met 5, waarbij een hogere score beter of meer betekent

² Ik vind mijn lichamelijke gezondheid...

De respondenten beoordeelden hun mentale gezondheid minder positief, met een 3,21 ($SD = 1,14$). Dit gemiddelde ligt niet erg laag, maar de relatief hoge standaarddeviatie en de minimum en maximum antwoorden geven aan dat de respondenten relatief veel van elkaar verschillen in hun beoordelingen. 33,3% van de respondenten zegt zijn/haar mentale gezondheid helemaal niet goed of niet zo goed te vinden. Toch is de meest gegeven score ook voor mentale gezondheid een 4, wat betekent dat de meeste respondenten hun mentale gezondheid tamelijk goed vinden.

De respondenten beoordeelden hun geluk en daarmee hun welzijn gemiddeld met een 3,71 ($SD = 0,86$). Daarmee wordt het geluk als meest positief beoordeeld, in vergelijking met de lichamelijke en mentale gezondheid. Twee van de 24 respondenten hebben een score van twee gegeven op deze vraag, waarmee ze zeggen niet zo gelukkig te zijn. 22 van de 24 respondenten zeggen een beetje gelukkig tot erg gelukkig te zijn. Het overgrote deel van de respondenten (45,3%) geeft een score van 4 en zegt behoorlijk gelukkig te zijn.

4.3. Leefstijl-gerelateerde determinanten

In het theoretisch kader zijn er een aantal hypothesen opgesteld over het belang dat jongeren uit de gemeente Hoogeveen mogelijk hechten aan leefstijl-gerelateerde determinanten van gezondheid en welzijn. Het ging om sporten en bewegen, schermtijd, (passief en actief) roken en het gebruiken van drugs en alcohol. Deze zes hypothesen worden getoetst met behulp van de descriptieve statistieken zoals deze in tabel 2 op de volgende pagina worden weergegeven.

Tabel 2. Descriptieve statistieken leefstijl-gerelateerde determinanten van gezondheid en welzijn ($N = 24$)

	<i>Gemiddelde (SD)¹</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>Mediaan</i>	<i>Modus</i>
Voldoende sporten en bewegen ²	3,75 (0,99)	2	5	4	3
Lage schermtijd	3,25 (1,03)	1	5	3	4
Niet-passief roken	2,29 (1,46)	1	5	2	1
Niet actief roken	3,04 (1,71)	1	5	3	5
Geen alcohol drinken	2,25 (1,11)	1	5	2	2
Geen drugs gebruiken	4,04 (1,27)	1	5	5	5

¹ Alle concepten gemeten op een schaal van 1 tot en met 5, waarbij een hogere score beter of meer betekent

² Voor mijn gezondheid en geluk is het belangrijk dat... ik zelf genoeg sport en beweeg

4.3.1. Sporten, bewegen en schermtijd

De eerste twee hypothesen die getoetst zijn, zijn de volgende:

Hypothese 1. Jongeren uit de gemeente Hoogeveen vinden het voor hun gezondheid en welzijn belangrijk dat zij voldoende sporten en bewegen.

Hypothese 2. Jongeren uit de gemeente Hoogeveen vinden het voor hun gezondheid en welzijn belangrijk dat zij niet te veel tijd spenderen achter een beeldscherm.

De gemiddelde waarde van 3,75 ($SD = 0,99$) (Tabel 2) wijst erop dat respondenten het gemiddeld relatief eens zijn met de stelling dat sporten en bewegen belangrijk is voor de mate waarin jongeren gezondheid en welzijn ervaren. 32,1% van de respondenten is het een beetje eens met de stelling, waar 25% van de respondenten het helemaal eens is met de stelling. Uit deze resultaten lijkt naar voren te komen dat de respondenten de mate waarin zij sporten en bewegen inderdaad van belang achten voor hun gezondheid en welzijn, wat de eerste hypothese zou kunnen bevestigen.

Uit tabel 2 blijkt dat jongeren gemiddeld gezien een beetje belang hechten aan de hoeveelheid tijd die zij spenderen met een beeldscherm als het gaat om de mate waarin zij gezondheid en welzijn ervaren. 25% van de respondenten geeft aan dat hun schermtijd volgens hen niet van belang is voor hun gezondheid en welzijn. Een groter deel van de respondenten geeft aan het wel eens te zijn met de stelling: 18 van de 24 respondenten is het ofwel een beetje eens, ofwel eens, ofwel helemaal eens met de stelling. Uit deze resultaten lijkt naar voren te komen dat de respondenten de hoeveelheid tijd die zij achter een beeldscherm spenderen inderdaad (enigszins) van belang achten voor hun gezondheid en welzijn. Dit zou de tweede hypothese kunnen bevestigen.

4.3.2. Passief en actief roken

De derde en vierde hypothese zijn de volgende:

Hypothese 3. Jongeren uit de gemeente Hoogeveen vinden het voor hun gezondheid en welzijn belangrijk dat zij niet passief meeroken met andere mensen.

Hypothese 4. *Jongeren uit de gemeente Hoogeveen vinden het voor hun gezondheid en welzijn belangrijk dat zij zelf niet actief roken.*

De gemiddelde waarde van 2,29 ($SD = 1,46$) (Tabel 2) voor de stelling over passief roken is relatief laag. 66,7% van de respondenten geeft ook aan het (helemaal) niet eens te zijn met de stelling. Uit deze statistieken volgt dat de respondenten de mate waarin zij niet passief met andere mensen meeroken weinig tot niet van belang achten voor de mate waarin zij gezondheid en welzijn ervaren. Dit is zou de derde hypothese niet bevestigen.

De waarde van 3,04 ($SD = 1,71$) (Tabel 2) wijst er verder op dat de respondenten het gemiddeld een beetje eens zijn met de stelling over actief roken. De verschillen tussen de respondenten zijn wel groot: Waar 25% van de respondenten het helemaal niet eens is met de stelling, zegt 28,6% van de respondenten het er wel helemaal eens te zijn dat zelf niet actief roken belangrijk is voor gezondheid en welzijn. Uit deze resultaten blijkt dat lang niet alle respondenten zelf niet actief roken van belang achten voor hun gezondheid en welzijn, wat de vierde hypothese niet zou bevestigen.

4.3.3. Alcohol – en drugsgebruik

De vijfde en zesde hypothesen zijn de volgende:

Hypothese 5. *Jongeren uit de gemeente Hoogeveen vinden het voor hun gezondheid en welzijn niet belangrijk dat zij geen alcohol drinken.*

Hypothese 6. *Jongeren uit de gemeente Hoogeveen vinden het voor hun gezondheid en welzijn belangrijk dat zij geen drugs gebruiken.*

De gemiddelde waarde van 2,25 ($SD = 1,11$) (Tabel 2) geeft aan dat jongeren het gemiddeld niet eens zijn met de stelling die informeert naar het belang van alcoholgebruik. 62,5% van de respondenten stelt dat alcohol niet of weinig van invloed is op hun gezondheid en welzijn. 6 van de 24 respondenten (25%) zeggen het een beetje eens te zijn met de stelling, waar 3 respondenten aangeven het (helemaal) eens te zijn met de stelling. Uit deze statistieken blijkt dat het overgrote deel van de respondenten het niet drinken van alcohol niet erkent als belangrijk voor gezondheid en welzijn, wat de vijfde hypothese zou bevestigen.

Uit tabel 2 blijkt verder dat de respondenten gemiddeld gezien het belang van drugs erkennen voor de mate waarin zij gezondheid en welzijn ervaren ($M = 4,04$; $SD = 1,27$). 54,2% van de respondenten geeft aan het helemaal eens te zijn met de stelling. 16,7% van de respondenten geeft aan het helemaal niet of het niet eens te zijn met de stelling. De resultaten laten zien dat de meeste respondenten het niet gebruiken van drugs inderdaad belangrijk vinden voor de mate waarin zij gezondheid en welzijn ervaren, wat de zesde hypothese zou bevestigen.

4.4. Determinanten gerelateerd aan sociale relaties

Er zijn zes hypothesen opgesteld over het mogelijke belang van sociale relaties voor de gezondheid en het welzijn van jongeren in de gemeente Hoogeveen. Het gaat om de kwaliteit van de sociale relaties met ouders en vrienden, het wel of niet meemaken van een scheiding, het opgroeien in een eenouder- of samengesteld gezin en het ervaren van eenzaamheid. Deze zes hypothesen worden getoetst met behulp van de descriptieve statistieken die worden weergegeven in tabel 3.

4.4.1. Relatie met ouders en familie

De zevende hypothese heeft betrekking op de sociale relaties tussen jongeren en hun ouders:

Hypothese 7. *Jongeren uit de gemeente Hoogeveen vinden het voor hun gezondheid en welzijn belangrijk dat zij een kwalitatief goede relatie hebben met hun ouders.*

Tabel 3. Descriptieve statistieken determinanten gerelateerd aan sociale relaties ($N = 24$)

	Gemiddelde (SD) ¹	Minimum	Maximum	Mediaan	Modus
Goede relatie jongere-ouders ²	4,42 (0,65)	3	5	4,5	5
Goede relatie jongere-familie	3,92 (0,88)	2	5	4	4
Goede omgang tussen ouders	4,29 (0,75)	2	5	4	4
Geen ruzie tussen ouders	4,17 (0,89)	1	5	4	4
Het niet uit elkaar gaan van ouders	4,13 (0,90)	1	5	4	4
Het niet opgroeien in een eenoudergezin	3,79 (0,83)	2	5	4	4
Het niet opgroeien in een samengesteld gezin	3,67 (1,09)	2	5	4	4
Goede relatie jongere-vrienden	4,33 (0,76)	2	5	4	4*
Goede relatie jongere-klasgenoten en collega's	3,71 (0,91)	2	5	4	4
Het niet ervaren van eenzaamheid	4,35 (0,78)	2	5	4	5

¹ Alle concepten gemeten op een schaal van 1 tot en met 5, waarbij een hogere score beter of meer

² Voor mijn gezondheid en geluk is het belangrijk dat... de relatie met mijn ouders/verzorgers goed is.

*Er bestaan meerdere modi voor deze variabele, laagste modus is opgenomen in tabel

De gemiddelde waarde van 4,42 ($SD = 0,65$) (Tabel 3) wijst erop dat de respondenten het erg belangrijk lijken te vinden dat zij een goede relatie hebben met hun ouders/verzorgers. 91,7% van de respondenten was het (helemaal) eens met de stelling. De gemiddelde waarde van 3,92 ($SD = 0,88$) (Tabel 3) voor de stelling over de relatie met familie lijkt er verder op te wijzen dat ook de relatie met de rest van de familie door respondenten belangrijk wordt gevonden voor hun gezondheid en welzijn, al wordt deze relatie iets minder belangrijk gevonden dan de relatie met ouders/verzorgers. Twee van de 24 respondenten waren het niet eens met de stelling, tegenover 18 mensen die het eens tot helemaal eens waren met de stelling. Deze resultaten laten zien dat de respondenten de kwaliteit van de relatie met hun ouders en familie inderdaad van belang achten voor de mate waarin zij gezondheid en welzijn ervaren, wat de zevende hypothese zou bevestigen.

4.4.2. *Relatie tussen ouders en scheidingen*

De achtste hypothese is de volgende:

Hypothese 8. *Jongeren uit de gemeente Hoogeveen vinden het voor hun gezondheid en welzijn belangrijk dat zij geen scheiding tussen hun ouders meemaken.*

Uit tabel 2 blijkt dat de respondenten het gemiddeld voor hun gezondheid en welzijn erg belangrijk vinden dat hun ouders goed met elkaar om kunnen gaan ($M = 4,29$; $SD = 0,75$). 91,7% van de respondenten was het (helemaal) eens met de stelling. Twee respondenten waren het (helemaal) niet eens met de stelling. Hetzelfde geldt voor mogelijke ruzie tussen ouders: de statistieken laten zien dat de meeste respondenten (91,3%) stellen dat het voor gezondheid en welzijn belangrijk is dat ouders geen ruzie met elkaar maken. De gemiddelde waarde van 4,13 ($SD = 0,90$) (Tabel 2) wijst er verder op dat respondenten het ook belangrijk lijken te vinden dat hun ouders niet met ruzie uit elkaar gaan. Drie van de 24 respondenten zeggen dat het volgens hen niet belangrijk is voor hun gezondheid en welzijn dat hun ouders niet met ruzie uit elkaar gaan.

Deze resultaten laten zien dat de respondenten het wel of niet meemaken van een scheiding inderdaad van belang voor hun gezondheid en welzijn. Ze hechten daarnaast belang aan een goede omgang tussen hun ouders en geven ook aan dat het volgens hen belangrijk is dat hun ouders geen ruzie met elkaar maken. Deze bevindingen zouden de achtste hypothese bevestigen.

4.4.3. *Opgroeien in een eenouder- of samengesteld gezin*

De negende en tiende hypothesen zijn de volgende:

Hypothese 9. *Jongeren uit de gemeente Hoogeveen vinden het voor hun gezondheid en welzijn belangrijk dat zij niet opgroeien in een eenoudergezin.*

Hypothese 10. *Jongeren uit de gemeente Hoogeveen vinden het voor hun gezondheid en welzijn belangrijk dat zij niet opgroeien in een samengesteld gezin.*

De gemiddelde waarde van 3,79 ($SD = 0,83$) (Tabel 3) laat zien dat de meeste respondenten ($N = 15$) aangeven dat het niet-opgroeien in een eenoudergezin volgens hen belangrijk is voor hun gezondheid en welzijn. Hetzelfde geldt voor het belang van het niet-opgroeien in een samengesteld gezin, waarvoor een gemiddelde waarde van 3,67 ($SD = 1,09$) (Tabel 3) wordt gevonden. Als de twee gemiddelden met elkaar vergeleken worden, zien we dat respondenten het belang van het niet-opgroeien in een eenoudergezin gemiddeld groter inschatten dan het belang van het opgroeien in een samengesteld gezin. Desondanks lijkt uit deze resultaten naar voren te komen dat de respondenten zowel het niet-opgroeien in een eenoudergezin als het niet-opgroeien in een samengesteld gezin van belang achten voor hun gezondheid en welzijn. Dit zou de negende en tiende hypothesen ondersteunen.

4.4.4. *Sociale relaties met vrienden en eenzaamheid*

De laatste twee hypothesen met betrekking tot sociale relaties, zijn de volgende:

Hypothese 11. *Jongeren uit de gemeente Hoogeveen vinden het voor hun gezondheid en welzijn belangrijk dat zij een kwalitatief goede sociale relatie hebben met vrienden.*

Hypothese 12. *Jongeren uit de gemeente Hoogeveen vinden het voor hun gezondheid en welzijn belangrijk dat zij geen eenzaamheid ervaren.*

De gemiddelde waarde van 4,33 ($SD = 0,76$) (Tabel 3) wijst erop dat de respondenten het gemiddeld eens zijn met de stelling dat het voor hun gezondheid en welzijn belangrijk is dat de relatie met hun vrienden goed is. Eén respondent geeft aan het niet eens te zijn met de stelling. Uit de gemiddelde waarde van 3,71 ($SD = 0,91$) (Tabel 3) voor de stelling over goede sociale relaties met klasgenoten en/of collega's blijkt verder dat ook deze relaties belangrijk worden gevonden door de respondenten. De gemiddelde waarde ligt wel lager dan de gemiddelde waarde voor de stelling over vrienden, wat betekent dat sociale relaties met klasgenoten/collega's wat minder belangrijk worden gevonden. Toch worden beide relaties belangrijk gevonden, wat de elfde hypothese zou kunnen bevestigen.

Uit tabel 3 volgt verder dat jongeren het gemiddeld sterk eens zijn met de stelling over het belang van eenzaamheid ($M = 4,35$; $SD = 0,78$). 21 van de 24 respondenten (91,3%) is het (helemaal) eens met de stelling. De meeste respondenten zijn het helemaal eens met de stelling, wat blijkt uit de modus die gelijk is aan vijf. Uit deze resultaten lijkt naar voren te komen dat de respondenten de mate waarin zij eenzaamheid ervaren inderdaad van belang achten voor hun gezondheid en welzijn. Deze bevindingen zouden de twaalfde hypothese kunnen bevestigen.

4.5. *Determinanten gerelateerd aan zorg*

De laatste aan determinanten-gerelateerde hypothesen, zijn de volgende:

Hypothese 13. *Jongeren uit de gemeente Hoogeveen vinden het voor hun gezondheid en welzijn belangrijk dat de geleverde zorg in hun gemeente kwalitatief goed is.*

Hypothese 14. *Jongeren uit de gemeente Hoogeveen vinden het voor hun gezondheid en welzijn belangrijk dat iedereen gelijke toegang heeft tot zorg in hun gemeente.*

In tabel 4 op de volgende pagina worden de descriptieve statistieken weergegeven voor deze hypothesen. Hieruit blijkt dat alle gemiddelden ver boven de waarde van vier uitstijgen. Dit betekent dat de respondenten het gemiddeld eens zijn met alle stellingen gerelateerd aan zorg. Met name de gemiddelde waarden voor kwaliteit van zorg zijn erg hoog: deze variëren tussen de 4,50 en 4,57. De gemiddelde waarden voor de stellingen over toegang variëren tussen de 4,21 en 4,43. De respondenten vinden de kwaliteit van zorg dus net wat belangrijker voor hun gezondheid en welzijn dan de toegang tot deze zorg. Uit deze resultaten lijkt naar voren te komen dat respondenten zowel kwaliteit van als toegang tot zorg in de gemeente belangrijk vinden voor hun gezondheid en welzijn, wat de dertiende en veertiende hypothesen zou bevestigen.

Tabel 4. Descriptieve statistieken determinanten gerelateerd aan zorg ($N = 24$)

	Gemiddelde (SD) ¹	Minimum	Maximum	Mediaan	Modus
Gelijke toegang huisarts ²	4,21 (0,88)	1	5	4	4
Goede kwaliteit zorg huisarts	4,57 (0,59)	3	5	5	5
Gelijke toegang ziekenhuis	4,43 (0,59)	3	5	4	4*
Goede kwaliteit zorg ziekenhuis	4,58 (0,58)	3	5	5	5
Gelijke toegang zorg school	4,38 (0,58)	3	5	4	4
Goede kwaliteit zorg school	4,50 (0,59)	3	5	5	5

¹ Alle concepten gemeten op een schaal van 1 tot en met 5, waarbij een hogere score beter of meer

² Voor mijn gezondheid en geluk is het belangrijk dat... ik naar de huisarts kan als dat moet.

*Er bestaan meerdere modi voor deze variabele, laagste modus is opgenomen in tabel

4.6. Overige determinanten van gezondheid en welzijn

Op basis van wetenschappelijke literatuur en voorgaande onderzoeken zijn er veertien hypothesen opgesteld die de verwachtingen voor dit onderzoek weerspiegelden met betrekking tot wat de jongeren uit de gemeente Hoogeveen mogelijk belangrijk vinden voor hun gezondheid en welzijn. Voor die determinanten waarvan op basis van voorgaand onderzoek en wetenschappelijke literatuur verwacht werd dat jongeren uit de gemeente Hoogeveen deze niet als belangrijk zouden bestempelen, is de vijftiende hypothese opgesteld:

Hypothese 15. *Jongeren uit de gemeente Hoogeveen vinden de determinanten inkomen, opleiding, sociaaleconomische en politieke context, sociale cohesie, sociaal kapitaal, huisvesting en leefomgeving minder belangrijk voor hun gezondheid en welzijn in vergelijking met de determinanten leefstijl, sociale relaties en gezondheidszorg.*

Deze hypothese is getoetst met behulp van de descriptieve statistieken die worden weergegeven in tabel 5 op pagina 59. Uit de gemiddelde waarden voor de stelling over inkomens blijkt dat zowel het inkomen van ouders ($M = 3,79$; $SD = 0,88$) als het gemiddelde voor inkomen van jongeren zelf ($M = 3,88$; $SD = 0,95$) door de respondenten belangrijk wordt gevonden voor gezondheid en welzijn.

Uit tabel 5 blijkt verder dat jongeren het er gemiddeld een beetje mee eens zijn dat de opleiding van hun moeder ($M = 2,71$; $SD = 1,16$) en de opleiding van hun vader ($M = 2,71$; $SD = 0,12$) belangrijk is voor hun gezondheid en welzijn. Aan de opleiding van jongeren zelf wordt meer belang gehecht: 19 van de 24 respondenten stellen het er (helemaal) mee eens te zijn dat hun eigen opleiding belangrijk is voor hun gezondheid en welzijn.

De mening van zowel vrienden als van relevante anderen over sporten en bewegen en gezond eten heeft volgens de respondenten weinig invloed op hun gezondheid en welzijn. De gemiddelden voor deze variabelen liggen tussen de 2,25 en 2,50. De respondenten waren het er gemiddeld een beetje mee eens dat verwachtingen van vrienden ($M = 2,75$; $SD = 0,85$) en verwachtingen van anderen op school ($M = 2,78$; $SD = 0,90$) belangrijk zijn voor hun gezondheid en welzijn. Verwachtingen vanuit thuis worden belangrijker gevonden: 14 van de 24 respondenten zijn het er (helemaal) mee eens dat verwachtingen van mensen thuis invloed hebben op hun gezondheid en welzijn.

De gemiddelde waarde van 3,58 ($SD = 0,72$) (Tabel 5) voor de stelling over het bestrijden van inkomensongelijkheid laat verder zien dat de respondenten het er in enige mate eens zijn dat het voor hun gezondheid en welzijn belangrijk is dat de gemeente Hoogeveen de inkomensongelijkheid in de gemeente bestrijdt. Geen van de respondenten was het oneens met deze stelling.

De respondenten blijken sociale cohesie en sociaal kapitaal erg belangrijk te vinden. De gemiddelde waarden liggen tussen de 3,88 en 4,50. Respondenten lijken het er gemiddeld dus mee eens te zijn dat verbondenheid met en vertrouwen in de buurt, vrienden en familie belangrijk zijn voor hun gezondheid en welzijn. Ook met de stelling over het belang van sociaal kapitaal was het overgrote deel van de respondenten het eens ($M = 4,08$; $SD = 0,83$), wat betekent dat het om hulp en advies kunnen vragen bij familie, vrienden en kennissen van belang is voor gezondheid en welzijn.

De waarde van 4,13 ($SD = 0,61$) (Tabel 5) wijst er verder op dat de respondenten er veel belang aan hechten dat het bij hen thuis warm is. De respondenten blijken iets minder waarde te hechten aan het wonen in een mooi huis ($M = 3,33$; $SD = 0,82$) en/of een koophuis ($M = 3,21$; $SD = 1,22$). Desondanks lijkt goede huisvesting wel belangrijk te worden gevonden door de respondenten.

Uit tabel 5 blijkt ten slotte dat ook de woon- en leefomgeving belangrijk wordt gevonden door respondenten. De gemiddelde waarde van 4,54 ($SD = 0,51$) (Tabel 5) wijst erop dat respondenten het gemiddeld erg belangrijk vinden dat zij veilig rond kunnen fietsen en lopen in de omgeving waar zij wonen. De respondenten blijken het ook belangrijk te vinden dat er geen criminelen in hun leef- en woonomgeving wonen ($M = 4,08$; $SD = 0,97$), het openbaar vervoer toegankelijk is ($M = 3,92$; $SD = 1,02$) en het groen is in de omgeving waar zij wonen en leven ($M = 4,08$; $SD = 0,83$).

De meeste resultaten lijken de vijftiende hypothese niet te bevestigen. De respondenten vinden de besproken determinanten vaak toch belangrijker dan verwacht werd op basis van de theorie.

Tabel 5. Descriptieve statistieken overige determinanten ($N = 24$)

	<i>Gemiddelde (SD)¹</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>Mediaan</i>	<i>Modus</i>
Voldoende inkomen ouders ²	3,79 (0,88)	1	5	4	4
Voldoende inkomen jongere	3,88 (0,95)	1	5	4	4
Goede opleiding moeder	2,71 (1,16)	1	5	3	2
Goede opleiding vader	2,71 (0,12)	1	4	3	4
Goede opleiding jongere	4,04 (0,69)	3	5	4	4
Mening vrienden over sport en bewegen	2,25 (0,85)	1	4	2	2
Mening anderen over sport en bewegen	2,08 (0,72)	1	3	2	2
Mening vrienden over gezond eten	2,50 (0,83)	1	5	2,5	3
Mening anderen over gezond eten	2,42 (0,97)	1	5	2	2
Verwachtingen van vrienden	2,75 (0,85)	1	4	3	2*
Verwachtingen van anderen op school	2,78 (0,90)	1	5	3	3
Verwachtingen vanuit thuis	3,50 (0,93)	1	5	4	4
Bestrijding van inkomensongelijkheid	3,58 (0,72)	3	5	3	3
Verbonden voelen met de buurt	3,96 (0,81)	2	5	4	4
Verbonden voelen met vrienden	4,33 (0,64)	3	5	4	4
Verbonden voelen met familie	4,29 (0,81)	2	5	4	5
Kunnen vertrouwen van burens	3,88 (0,68)	2	5	4	4
Kunnen vertrouwen van vrienden	4,25 (0,79)	2	5	5	4
Kunnen vertrouwen van familie	4,50 (0,59)	3	5	4	5
Voldoende sociale hulpbronnen	4,08 (0,83)	3	5	2	5
Wonen in een groot huis	2,54 (0,93)	2	5	4	2
Voldoende warmte thuis	4,13 (0,61)	3	5	3	4
Wonen in een mooi huis	3,33 (0,82)	2	5	3,5	3
Wonen in een woonhuis	3,21 (1,22)	1	5	4	4
Voldoende groen in omgeving	4,08 (0,83)	2	5	4	4
Geen Criminaliteit in omgeving	4,08 (0,97)	2	5	4	5
Veilig kunnen rondfietsen/rondlopen	4,54 (0,51)	4	5	5	5
Goede toegankelijkheid openbaar vervoer	3,92 (1,02)	2	5	4	4

¹ Alle concepten gemeten op een schaal van 1 tot en met 5, waarbij een hogere score beter of meer

² Voor mijn gezondheid en geluk is het belangrijk dat... mijn ouders genoeg geld verdienen.

*Er bestaan meerdere modi voor deze variabele, laagste modus is opgenomen in tabel

4.7. Extra stellingen op verzoek van de gemeente Hoogeveen

Op verzoek van de gemeente Hoogeveen zijn er nog een aantal extra stellingen in de vragenlijst opgenomen. De descriptieve statistieken van deze extra stellingen worden weergegeven in tabel 6. De resultaten worden in deze paragraaf besproken.

Tabel 6. Descriptieve statistieken stellingen verzoek gemeente Hoogeveen ($N = 24$)

	<i>Gemiddelde (SD)¹</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>Mediaan</i>	<i>Modus</i>
Kwalitatief goed onderwijs ²	4,29 (0,81)	2	5	4	5
Kansengelijkheid	4,33 (0,82)	2	5	4,5	5
Voldoende ontmoetingsplekken jongeren	4,17 (0,57)	3	5	4	4
Voldoende activiteiten jongeren	4,13 (0,99)	2	5	4	5
Geen stress door school	4,13 (0,95)	2	5	4	5

¹ Alle concepten gemeten op een schaal van 1 tot en met 5, waarbij een hogere score beter of meer

² Voor mijn gezondheid en geluk is het belangrijk dat... ik dezelfde kansen krijg in het leven als andere jongeren

Uit de gemiddelde waarden – die schommelen tussen de 4,13 en 4,29 – blijkt dat de respondenten het gemiddeld eens waren met de vijf stellingen. De hoogst gemiddelde waarde wordt gevonden voor de stelling over kansengelijkheid ($M = 4,33$; $SD = 0,82$). Deze resultaten laten zien dat de respondenten kansengelijkheid doorgaans erg belangrijk vinden voor hun gezondheid en welzijn. Ook de kwaliteit van het onderwijs wordt belangrijk gevonden: 87,5% van de respondenten is het er (helemaal) mee eens dat het belangrijk is dat zij goed les krijgen op school.

Uit de resultaten blijkt verder dat respondenten het er redelijk met elkaar over eens zijn dat het voor hun gezondheid en welzijn belangrijk is dat er genoeg plekken zijn waar zij vrienden en vriendinnen kunnen ontmoeten ($M = 4,17$; $SD = 0,99$). Ook activiteiten worden door de respondenten belangrijk gevonden: 18 van de 24 respondenten geven aan het er helemaal mee eens te zijn dat het voor hun gezondheid en welzijn belangrijk is dat er in hun omgeving genoeg te doen is.

De gemiddelde waarde van 4,13 ($SD = 0,95$) (Tabel 6) voor de stelling over het ervaren van stress door school geeft ten slotte aan dat de respondenten het gemiddeld erg belangrijk vinden voor hun gezondheid en welzijn dat zij geen stress ervaren door school.

4.8. De Top-Vijf vraag

In tabel 7 worden de resultaten van de top-vijf vraag weergegeven. Uit deze tabel blijkt dat de determinant 'stress' door de respondenten het meest belangrijk wordt gevonden. Acht van de 24 respondenten hebben deze determinant op de eerste plek gezet. Twee respondenten hebben dezelfde determinant op nummer twee en drie gerangschikt. Dit resulteert in een totaalscore van 47, wat de hoogste score is van alle determinanten.

Tabel 7. Descriptieve statistieken stellingen verzoek gemeente Hoogeveen (N = 24)

Stelling	Rang 1 ¹	Rang 2	Rang 3	Rang 4	Rang 5	Rangscore
Dat ik geen stress ervaar door school ²	8	1	1	0	0	47
Dat het groen is in de omgeving waar ik woon	1	1	1	1	2	16
Dat ik veilig rond kan fietsen/lopen in de buurt waar ik woon	1	1	0	3	1	16
Dat ik zelf niet rook	1	1	0	1	0	11
Dat ik zelf genoeg sport en beweeg	1	0	1	1	0	10

¹ Weergegeven hoe vaak een determinant deze rang kreeg toegewezen

² Voor mijn gezondheid en geluk is het belangrijk dat...

Uit tabel 7 blijkt dat de determinant 'stress' door de respondenten het meest belangrijk wordt gevonden. Acht van de 24 respondenten hebben deze determinant op de eerste plek gezet. Twee respondenten hebben dezelfde determinant op nummer twee en drie gerangschikt. Dit resulteert in een totaalscore van 47, wat de hoogste score is van alle determinanten.

De determinanten met betrekking tot hoeveelheid groen in de omgeving en veiligheid in de buurt hebben ook hoog gescoord. Met een totaalscore van 16 delen deze twee determinanten de tweede plek. De respondenten blijken daarmee veel waarde te hechten aan hun woon- en leefomgeving.

Op plek vier en vijf staan twee determinanten die betrekking hebben op de leefstijl van jongeren. De respondenten achten het belangrijk voor hun gezondheid en welzijn dat zij zelf niet roken en zij genoeg sporten en bewegen.

4.9. Antwoorden op de open vragen

Respondenten hebben de ruimte gekregen om aan te geven welke factoren zij nog meer belangrijk vinden voor hun gezondheid en welzijn. Uit de resultaten blijkt dat de respondenten nog willen wijzen op het klimaat, overlast door asielzoekers in de gemeente in termen van seksueel overschrijdend gedrag, aandacht voor mentale problemen en goede hulp en zorg op school en voldoende aanbod van culturele, muzikale en sportieve activiteiten voor de jongeren in de gemeente.

Bij de respondenten is ook nagegaan wat de gemeente voor jongeren kan doen om ervoor te zorgen dat zij meer gezondheid en welzijn ervaren. Meermaals geven respondenten aan dat ze behoefte hebben aan meer activiteiten in de gemeente, bijvoorbeeld in de vorm van culturele en muzikale activiteiten in de gemeente. Er worden ook suggesties gedaan als het organiseren van een kermis, festivals en urban events. Ook sociale events die niets te maken hebben met feesten en alcohol drinken zijn gewenst. Er wordt ook door meerdere respondenten aangegeven dat ze meer plekken willen hebben waar zij leeftijdsgenoten kunnen ontmoeten, zowel met goed als met slecht weer. Eén respondent benadrukt ook het gebrek aan ontmoetingsplekken in de dorpen buiten Hoogeveen.

Er zijn ook meerdere respondenten die wijzen op het belang van wonen en omgeving. Zo geven respondenten aan dat zij wensen dat de gemeente investeert in betaalbare en goede (koop)woningen

voor starters, zowel in de meer verstedelijkte gebieden als in de buitengebieden. Er wordt ook gewezen op het belang van groen en vernieuwing. Respondenten stellen dat de wijken mogelijk groener gemaakt kunnen worden. Met name de straten zouden groener kunnen. Respondenten doen ook suggesties over het renoveren en/of aanleggen van skateparken en het aanleggen van een vlindertuin. Eén respondent wijst verder op het gebrek aan openbaar vervoer in het buitengebied. Deze respondent stelt dat meer bussen prettig zouden zijn.

Er wordt ten slotte ook gewezen op de zorg en hulpverlening in de gemeente. De zorg vanuit de huisarts moet volgens de respondenten verbeteren. Ook zou psychische hulp beter en sneller verleend moeten worden. De toegankelijkheid van mentale zorg kan ook beter: het is volgens de respondenten niet altijd duidelijk waar jongeren met mentale problemen terecht kunnen. Het verloop van de middelbare school naar een hogere school kan volgens één van de respondenten ook verbeteren. Hij/zij suggereert het aanstellen van loopbaanadviseurs.

De laatste suggesties die door de respondenten zijn gedaan, betreffen het verhogen van het minimum inkomen, het laten meebewegen van de lonen met de economie, het renoveren van het ziekenhuis en de toegang van de gemeentewinkel verbeteren door de afspraken af te schaffen.

4.10. Verschillen tussen groepen

In het theoretisch kader zijn er in paragraaf 2.7. een aantal hypothesen opgesteld over mogelijke verschillen tussen groepen. Mogelijk kunnen een aantal persoonlijke kenmerken van mensen verschillen verklaren met betrekking tot wat jongeren belangrijk vinden. Er wordt eerst gekeken of er verschillen bestaan tussen de beoordelingen van de respondenten wat betreft hun gezondheid en welzijn. Daarna worden de hypothesen getoetst die opgesteld zijn in paragraaf 2.7.

4.10.1. Toetsen van assumpties

Om de resultaten van de eenweg-ANOVA valide te kunnen noemen, moeten de data die onderworpen worden aan de toets aan een aantal assumpties voldoen. Deze assumpties worden in deze paragraaf beschreven en getoetst.

De eerste assumptie stelt dat de observaties onafhankelijk van elkaar moeten zijn (Agresti, 2018). Dit betekent dat er geen sprake mag zijn van een relatie tussen de verschillende observaties. Gezien de respondenten elk individueel de vragenlijst hebben ingevuld, wordt ervan uitgegaan dat zij elkaar niet beïnvloed hebben. Daarmee wordt er aan de assumptie voldaan.

De tweede assumptie stelt dat de afhankelijke variabelen in dit onderzoek bij benadering normaal verdeeld moeten zijn voor elke categorie van de onafhankelijke variabelen. Wanneer deze assumptie geschonden wordt is er geen sprake van een groot probleem, omdat de eenweg-ANOVA vrij robuust is tegen schendingen van normaliteit (Laerd Statistics, z.d.). Dit betekent dat bij schending van de assumptie, de toets nog steeds valide resultaten kan opleveren. Gezien er in dit onderzoek sprake is van een grote hoeveelheid onafhankelijke variabelen, is er steekproefsgewijs gekeken of er aan deze

assumptie wordt voldaan. Uit de resultaten van de Shapiro-Wilk test of Normality blijkt dat de assumptie in groten getale geschonden wordt, wat betekent dat er in de meeste gevallen geen sprake is van een normale verdeling van de afhankelijke variabelen. Dit is waarschijnlijk het gevolg van het beperkte aantal respondenten en de vijf-puntsschaal die in dit onderzoek gebruikt. Aangezien de eenweg-ANOVA vrij robuust is tegen schending van deze assumptie, is er toch besloten om de eenweg-ANOVA toetsen uit te voeren.

De derde en laatste assumptie voor het uitvoeren van een eenweg-ANOVA, stelt dat er sprake moet zijn van homogeniteit van variantie (Agresti, 2018). Dit betekent dat de verschillende groepen niet te veel van elkaar mogen verschillen in de mate waarin er sprake is van variantie. Voor elke eenweg-ANOVA is er daarom een Levene's Test for Homogeneity of Variances uitgevoerd. In enkele gevallen wordt de assumptie geschonden, maar in de meeste gevallen is er geen sprake van schending van de assumptie. In de gevallen dat de assumptie wel wordt geschonden, is er enige voorzichtigheid geboden rondom de conclusies die getrokken worden.

Op advies van een geraadpleegde statisticus is besloten om in dit onderzoek de eenweg-ANOVA toetsen wel uit te voeren, ondanks dat enkele assumpties geschonden zijn. De resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden. Voor de resultaten die op basis van de eenweg-ANOVA significant zijn bevonden, is er nog een Kruskal-Wallis toets uitgevoerd. Dit is een non-parametrische toets die als alternatief gebruikt wordt voor de eenweg-ANOVA, wanneer de assumptie over normaliteit van de data geschonden wordt (Agresti, 2018). Er is gekeken of de resultaten van deze toets verschillen van de resultaten van de eenweg-ANOVA.

4.10.2. Toetsen van verschillen in termen van gezondheid en welzijn

Er is getoetst of respondenten verschillend in geslacht, woonplaats, opleiding en/of leeftijd van elkaar verschillen wat betreft hun mentale gezondheid, hun lichamelijke gezondheid en/of hun welzijn. De resultaten worden in deze paragraaf weergegeven.

4.10.2.1. Verschillen tussen respondenten met een verschillend geslacht

In tabel 8 op de volgende pagina worden de resultaten weergegeven van de eenweg-ANOVA naar geslacht. Uit de resultaten blijkt dat de respondent die non-binair is, de minst goede lichamelijke en mentale gezondheid rapporteert in vergelijking met de respondenten die aangeven man of vrouw te zijn. Hetzelfde geldt voor geluk. Verder hebben mannen gemiddeld een betere lichamelijke en mentale gezondheid dan vrouwen en zijn ze gelukkiger. De verschillen tussen deze categorieën wat betreft hun lichamelijke gezondheid ($F(2,21) = 0,768; p = 0,476$), mentale gezondheid ($F(2,21) = 1,836; p = 0,184$) en geluk ($F(2,21) = 1,836; p = 0,209$) worden echter niet significant bevonden.

Tabel 8. Eenweg-ANOVA lichamelijke gezondheid, mentale gezondheid en geluk naar geslacht ($N = 24$)

	<i>Geslacht</i>	<i>N</i>	<i>Gemiddelde*</i>	<i>SD**</i>	<i>F-waarde</i>	<i>Df</i>	<i>P-waarde</i>
Lichamelijke gezondheid	Man	8	3,75	0,46	0,768	2;21	0,476
	Vrouw	15	3,67	0,62			
	Non-binair	1	3,00	-			
Mentale gezondheid	Man	8	3,75	1,04	1,836	2;21	0,184
	Vrouw	15	3,00	1,13			
	Non-binair	1	2,00	-			
Geluk	Man	8	4,13	0,64	1,689	2;21	0,209
	Vrouw	15	3,53	0,92			
	Non-binair	1	3,00	-			

* Voor de categorie 'non-binair' wordt geen gemiddelde weergegeven, maar de score die de respondent heeft gegeven

** Voor de categorie 'non-binair' wordt geen standaarddeviatie weergegeven, omdat het één respondent betreft

4.10.2.2. *Verschillen tussen respondenten met een verschillende woonplaats*

In tabel 9 op de volgende pagina worden de resultaten weergegeven van de eenweg-ANOVA naar woonplaats. Er is alleen gekeken naar de woonplaatsen waar de respondenten van dit onderzoek woonachtig zijn.

Uit de resultaten blijkt dat de respondenten afkomstig uit Noordscheschut en Stuifzand zich mentaal minder gezond voelen dan de respondenten die in andere plaatsen wonen. Dit verschil wordt echter niet significant bevonden ($F(6,17) = 1,025$; $p = 0,443$). Dit betekent dat geen van de groepen verschillend naar woonplaats significant van de andere groepen verschilt met betrekking tot lichamelijke en mentale gezondheid en welzijn. Er zijn verder geen grote verschillen gevonden.

Tabel 9. Eenweg-ANOVA lichamelijke gezondheid, mentale gezondheid en geluk naar woonplaats ($N = 24$)

	<i>Woonplaats</i>	<i>N</i>	<i>Gemiddelde**</i>	<i>SD***</i>	<i>F-waarde</i>	<i>Df</i>	<i>P-waarde</i>
Lichamelijke gezondheid	Hoogeveen	15	3,53	0,52	1,407	6;17	0,268
	Elim	1	4	-			
	Hollandscheveld	1	4	-			
	Noordscheschut	1	3	-			
	Pesse	2	3,5	0,71			
	Stuifzand	1	4	-			
	Anders...*	3	4,33	0,58			
Mentale gezondheid	Hoogeveen	15	3,33	1,11	1,025	6;17	0,443
	Elim	1	4	-			
	Hollandscheveld	1	3	-			
	Noordscheschut	1	2	-			
	Pesse	2	3	1,41			
	Stuifzand	1	1	-			
	Anders...*	3	3,67	1,16			
Geluk	Hoogeveen	15	3,80	0,86	0,503	6;17	0,797
	Elim	1	4	-			
	Hollandscheveld	1	4	-			
	Noordscheschut	1	3	-			
	Pesse	2	3	1,41			
	Stuifzand	1	3	-			
	Anders...*	3	4	1			

* Onder de categorie 'Anders...' vallen de respondenten die niet in de gemeente Hoogeveen wonen

** Voor de woonplaatsen met één respondent, zijn de scores van die respondent weergegeven

*** Voor de woonplaatsen met één respondent, zijn geen standaarddeviaties berekend

4.10.2.3. *Verschillen tussen respondenten met een verschillende opleiding*

In tabel 10 op de volgende pagina worden de resultaten weergegeven van de eenweg-ANOVA naar opleiding. Er is alleen gekeken naar de opleidingen die door respondenten opgegeven zijn.

Uit de tabel blijkt dat de beoordelingen van de respondenten over hun gezondheid en welzijn verschillend naar opleiding redelijk met elkaar overeenkomen. Alleen de respondent die een HBO-opleiding volgt wijkt enigszins af: deze respondent rapporteert de minst goede mentale gezondheid. De twee respondenten die een VWO-opleiding volgen rapporteren ook een redelijk lage waarde voor hun mentale gezondheid in vergelijking met de andere respondenten. Deze verschillen worden echter niet significant bevonden ($F(6,17) = 0,799$; $p = 0,584$). Dit betekent dat geen van de groepen verschillend naar opleiding significant van de andere groepen verschilt met betrekking tot lichamelijke- en mentale gezondheid en welzijn. Er zijn verder geen grote verschillen gevonden.

Tabel 10. Eenweg-ANOVA lichamelijke gezondheid, mentale gezondheid en geluk naar opleiding ($N = 24$)

	Opleiding	N	Gemiddelde**	SD***	F-waarde	Df	P-waarde
Lichamelijke gezondheid	Praktijkonderwijs	1	4	-	0,388	6;17	0,877
	VMBO	1	3	-			
	VWO/Gymnasium	2	3,50	0,71			
	MBO	12	3,75	0,62			
	HBO	1	4	-			
	Universiteit	2	3,50	0,71			
	Werkt	5	3,60	0,55			
Mentale gezondheid	Praktijkonderwijs	1	5	-	0,799	6;17	0,584
	VMBO	1	4	-			
	VWO/Gymnasium	2	2,50	0,71			
	MBO	12	3,17	1,03			
	HBO	1	2	-			
	Universiteit	2	3,50	1,41			
	Werkt	5	3,40	1,52			
Geluk	Praktijkonderwijs	1	5	-	0,619	6;17	0,712
	VMBO	1	4	-			
	VWO/Gymnasium	2	3,50	0,71			
	MBO	12	3,58	1,00			
	HBO	1	3	-			
	Universiteit	2	3,50	0,71			
	Werkt	5	4,00	0,71			

* Onder de categorie 'Anders...' vallen de respondenten die niet in de gemeente Hoogeveen wonen

** Voor de woonplaatsen met één respondent, zijn de scores van die respondent weergegeven

*** Voor de woonplaatsen met één respondent, zijn geen standaarddeviaties berekend

4.10.2.4. *Verschillen tussen respondenten met een verschillende leeftijd*

Het laatste persoonlijke kenmerk waar naar geïnformeerd is en wat verschil in belang van determinanten mogelijk kan verklaren, is leeftijd. In tabel 11 worden de resultaten weergegeven van de eenweg-ANOVA naar leeftijd. Er is alleen gekeken naar de leeftijden die door de respondenten als antwoorden zijn opgegeven.

Uit de resultaten komt naar voren dat de drie 18-jarige respondenten alle drie hun mentale gezondheid als niet zo goed beoordelen. Ook de 20-jarige respondent geeft aan zijn/haar mentale gezondheid niet zo goed te vinden. Het verschil is met name groot in vergelijking met de respondenten van 17 en 21 jaar oud. Respondenten van 17 en 21 jaar oud rapporteren een gemiddelde score van 4,50 voor hun mentale gezondheid, wat betekent dat zij hun mentale gezondheid gemiddeld beoordelen als best wel goed.

Het verschil in termen van mentale gezondheid wordt significant bevonden ($F(7;10) = 3,180$; $p = 0,028$). Dit betekent dat minimaal één van de leeftijdscategorieën significant van de andere leeftijdscategorieën verschilt als het gaat om de beoordeling van de mentale gezondheid. Vermoedelijk is dit resultaat te herleiden naar het verschil tussen onder andere 17- en 18-jarigen.

Ook met betrekking tot welzijn bestaan er enkele verschillen. Opnieuw rapporteren de 18-jarige respondenten gemiddeld minder gelukkig te zijn dan andere leeftijdsgroepen ($M. = 2,67$; $SD = 0,58$). Er wordt echter geen significant resultaat gevonden ($F(7;10) = 2,526$; $p = 0,089$).

Tabel 11. Eenweg-ANOVA lichamelijke gezondheid, mentale gezondheid en geluk naar leeftijd ($N = 24$)

	<i>Leeftijd</i>	<i>N</i>	<i>Gemiddelde**</i>	<i>SD***</i>	<i>F-waarde</i>	<i>Df</i>	<i>P-waarde</i>
Lichamelijke gezondheid	17	4	3,75	0,50	1,111	7;10	0,425
	18	3	3,00	0			
	19	1	4,00	-			
	20	1	3,00	-			
	21	2	3,50	0,71			
	22	2	3,50	0,71			
	23	4	3,75	0,50			
	24	1	4,00	-			
	Missing*	6	4	0,63			
Mentale gezondheid	17	4	4,50	0,58	3,180	7;10	0,028
	18	3	2,00	0			
	19	1	3,00	-			
	20	1	2,00	-			
	21	2	4,50	0,71			
	22	2	3,50	0,71			
	23	4	3,00	1,16			
	24	1	3,00	-			
	Missing	6	2,83	1,17			
Geluk	17	4	4,50	0,58	2,526	7;10	0,089
	18	3	2,67	0,58			
	19	1	4,00	-			
	20	1	3,00	-			
	21	2	4,00	0,71			
	22	2	4,00	0			
	23	4	3,25	0,96			
	24	1	4,00	-			
	Missing	6	3,67	0,82			

* Een aantal respondenten hebben hun leeftijd niet opgegeven. Voor deze respondenten zijn er wel resultaten berekend.

4.10.3. Toetsen van verschillen met betrekking tot belang van determinanten

In het theoretisch kader zijn zes hypothesen opgesteld over mogelijke verschillen tussen groepen op basis van geslacht, leeftijd, woonplaats, opleiding en beoordeling van gezondheid en welzijn wat betreft hun beoordeling over het belang van bepaalde determinanten van gezondheid en welzijn. In deze paragraaf worden de hypothesen getoetst worden met behulp van Eenweg-ANOVA's. Er is voor elke determinant getoetst of er significante verschillen bestaan tussen verschillende groepen jongeren. Gezien het aantal determinanten en het aantal groepen dat getoetst wordt erg omvangrijk is, worden de resultaten niet allemaal in tabellen weergegeven. Alleen de relatief grote verschillen worden in tekstvorm besproken.

4.10.3.1. *Versillen op basis van geslacht*

Er wordt ten eerste gekeken of respondenten verschillend naar geslacht van elkaar verschillen in wat zij belangrijk vinden voor hun gezondheid en welzijn. Aangezien één van de 24 respondenten aangeeft non-binair te zijn, is er voor gekozen om voor geslacht enkel de vergelijking te maken tussen mannen en vrouwen. Gezien het een vergelijking tussen twee groepen betreft, worden de verschillen getoetst met behulp van een Independent Sample T-test.

De volgende hypothese is getoetst:

Hypothese 16. *Jongens vinden andere determinanten van gezondheid en welzijn belangrijk dan meisjes.*

Uit de resultaten blijkt ten eerste dat mannen zowel passief als actief roken minder belangrijk vinden voor hun gezondheid en welzijn dan vrouwen. De gemiddelden van mannen voor passief roken ($M = 1,75$; $SD = 1,17$) en actief roken ($M = 2,25$; $SD = 1,58$) liggen lager dan de gemiddelden onder vrouwen voor passief roken ($M = 2,40$; $SD = 1,45$) en actief roken ($M = 3,33$; $SD = 1,45$). Deze verschillen worden echter zowel voor passief roken ($T(21) = -1,088$; $p = 0,144$) als voor actief roken ($T(21) = -1,504$; $p = 0,074$) niet significant bevonden. Mannen en vrouwen verschillen dus niet significant van elkaar in het belang dat zij hechten aan actief en passief roken.

Een ander verschil wordt gevonden in het belang dat mannen en vrouwen hechten aan wat hun vrienden op school van hen verwachten. Mannen hebben een hogere gemiddelde waarde voor de stelling die nagaat hoe belangrijk het volgens de respondent is wat voor verwachtingen zijn vrienden hebben ($M = 3,13$; $SD = 0,84$) dan vrouwen ($M = 2,47$; $SD = 0,74$). Dit betekent dat mannen het gemiddeld belangrijker lijken te vinden wat hun vrienden van hen verwachten dan vrouwen. Dit verschil wordt significant bevonden ($T(21) = 1,941$; $p = 0,033$).

Uit de resultaten blijkt ten slotte ook dat mannen en vrouwen verschillen naar hoe belangrijk zij het vinden dat zij zelf genoeg geld verdienen. Vrouwen scoren gemiddeld voor deze stelling hoger ($M = 4,27$; $SD = 0,46$) dan mannen ($M = 3,25$; $SD = 1,28$). Vrouwen vinden het in vergelijking met mannen dus belangrijker voor hun gezondheid en welzijn dat zij zelf genoeg geld verdienen. Dit verschil wordt significant bevonden ($T(21) = -2,171$; $p = 0,031$). Er zijn verder geen grote verschillen meer gevonden tussen mannen en vrouwen.

De mannelijke en vrouwelijke respondenten verschillen dus inderdaad van elkaar in welke determinanten van gezondheid en welzijn zij als belangrijk beoordelen, wat in overeenstemming is met de hypothese. Dit geldt echter voor lang niet alle onderzochte determinanten.

4.10.3.2. *Versillen op basis van leeftijd*

Er is ten tweede gekeken of respondenten verschillend naar leeftijd van elkaar verschillen in wat zij belangrijk vinden voor hun gezondheid en welzijn. De hypothese die getoetst is, is de volgende:

Hypothese 17. *Oudere jongeren vinden andere determinanten van gezondheid en welzijn belangrijk dan jongere jongeren.*

Respondenten van jongere leeftijd blijken niet-passief roken meer belang toe te kennen dan oudere respondenten. Waar de vier 23-jarige respondenten gemiddeld een score van 1 gegeven hebben op deze stelling en de 24-jarige respondent een score van twee gaf, gaven de 18- en 21-jarige respondenten hier een score van vier. De 23- en 24-jarige respondenten lijken niet-passief roken dus minder belangrijk te vinden voor hun gezondheid en welzijn. Het verschil wordt significant bevonden ($F(7,10) = 5,720$; $p = 0,007$). Dit betekent dat minimaal één van de leeftijdsgroepen significant hoger of lager scoort dan de andere leeftijdsgroepen op de stelling met betrekking tot niet-passief roken. Op basis van de non-parametrische Kruskal-Wallis toets wordt dit resultaat ook significant bevonden ($KW(7) = 14,404$; $p = 0,044$)

Respondenten van jongere leeftijden blijken het verder belangrijker te vinden om bij een vriendengroep te horen dan oudere respondenten. Jongeren tussen de 17 en 20 jaar variëren tussen de 4,33 en 5 met hun gemiddelde scores op de stelling, wat betekent dat zij het erg belangrijk vinden om bij een vriendengroep te horen. De respondenten tussen de 21 en 24 jaar geven gemiddeld een score die ligt tussen de 3,50 en de 4,00. Ook zij zijn het (een beetje) met de stelling eens, maar lijken de verbondenheid met hun vrienden toch wat minder belangrijk te vinden dan de jongere respondenten. Dit verschil wordt significant bevonden ($F(7,10) = 4,244$; $p = 0,020$). Dit betekent dat minimaal één van de leeftijdsgroepen significant hoger of lager scoort dan de andere leeftijdsgroepen op de stelling met betrekking tot verbondenheid met vrienden. Op basis van de non-parametrische Kruskal-Wallis toets wordt dit resultaat echter niet significant bevonden ($KW(7) = 14,404$; $p = 0,060$).

Op basis van deze resultaten kan worden gesteld dat de resultaten in enige mate in overeenstemming zijn met de hypothese. Respondenten met verschillende leeftijden verschillen inderdaad in bepaalde opzichten van elkaar in welke determinanten van gezondheid en welzijn zij als belangrijk beoordelen. Dit geldt echter lang niet voor alle determinanten.

4.10.3.3. *Verschillen op basis van woonplaats*

De achttiende hypothese beschrijft dat er mogelijk verschillen bestaan tussen respondenten met een verschillende woonplaats. De hypothese die getoetst wordt, is de volgende:

Hypothese 18. *Jongeren die van elkaar verschillen wat betreft hun woonplaats, verschillen in welke determinanten van gezondheid en welzijn zij als belangrijk beoordelen.*

Uit de resultaten blijkt dat de respondenten enigszins van elkaar verschillen als het aankomt op alcohol. De respondenten uit de dorpen buiten Hoogeveen vinden het niet-drinken van alcohol doorgaans niet belangrijk voor hun gezondheid en welzijn. De respondenten afkomstig uit deze dorpen scoren een één op de stelling. De andere respondenten scoren daarentegen tussen de 2,47 en 3,00 op dezelfde stelling over alcohol, wat betekent dat zij iets meer belang hechten aan het niet-drinken van alcohol. Het verschil is echter niet significant ($F(6,17) = 1,125; p = 0,389$).

Er worden verder geen grote verschillen gevonden tussen respondenten met een verschillende woonplaats. De resultaten zijn niet in overeenstemming met de achttiende hypothese.

4.10.3.4. *Verschillen op basis van opleiding*

De negentiende hypothese beschrijft dat er verschillen bestaan tussen respondenten met een verschillende opleiding. De hypothese die getoetst wordt, is de volgende:

Hypothese 19. Hoogopgeleide jongeren vinden andere determinanten van gezondheid en welzijn belangrijk dan laagopgeleide jongeren.

Uit de resultaten van de eenweg-ANOVA blijkt ten eerste dat de respondent met een VMBO-opleiding de hoeveelheid groen in diens woonomgeving minder belangrijk vindt dan de rest van de respondenten. Waar de respondent met de VMBO-opleiding een score van twee geeft op de stelling, geven de respondenten met andere opleidingsniveaus gemiddeld een score tussen de 3,92 en de 5,00. Dit is een groot verschil, dat tevens significant wordt bevonden op basis van de eenweg-ANOVA ($F(5,17) = 2,694; p = 0,050$). Op basis van de non-parametrische Kruskal-Wallis toets wordt dit resultaat echter niet significant bevonden ($KW(7) = 9,013; p = 0,173$), dus is er enige voorzichtigheid geboden rondom het interpreteren van dit resultaat.

Uit de resultaten blijkt verder dat de twee respondenten die een praktijkonderwijs en VMBO-opleiding volgen, beide meer belang hechten aan wat zowel vrienden als anderen denken over sporten en bewegen. Op beide stellingen scoren zij tussen de 3 en 4, wat betekent dat ze het er (een beetje) mee eens zijn dat het voor hun gezondheid en welzijn belangrijk is wat vrienden en relevante anderen denken over sporten en bewegen. De rest van de respondenten scoort op dezelfde stellingen gemiddeld tussen een 1,00 en 2,50. Het resultaat is significant voor zowel de stelling over de mening van vrienden ($F(5,17) = 3,160; p = 0,029$) als voor de stelling over de mening van relevante anderen ($F(5,17) = 2,802; p = 0,044$). Dit betekent dat minimaal één groep – waarschijnlijk respondenten die een VMBO- en/of praktijkopleiding volgen – significant verschilt van de andere groepen. Op basis

van de non-parametrische Kruskal-Wallis toets worden echter zowel het resultaat met betrekking tot de mening van vrienden ($KW(6) = 11,760$; $p = 0,068$) als het resultaat met betrekking tot de mening van relevante anderen ($KW(6) = 11,309$; $p = 0,079$) niet significant bevonden. Er is dus enige voorzichtigheid geboden rondom de interpretatie van deze resultaten.

De respondent die een opleiding volgt in het praktijkonderwijs scoort ten slotte ook lager op de stelling die informeert naar het belang van een goede relatie met vrienden ($M = 2,00$) en de stelling die informeert naar het belang van toegang tot de huisarts ($M = 1,00$). De rest van de respondenten scoort op beide stellingen tussen de 4,17 en 5,00, wat veel hoger is. De respondent uit het praktijkonderwijs vindt een goede relatie met vrienden en goede toegang tot de huisarts in vergelijking met respondenten met andere opleidingen dus veel minder belangrijk. Het verschil wordt zowel voor de relatie met vrienden ($F(5,17) = 2,876$; $p = 0,040$) als voor de toegang tot de huisarts ($F(5,17) = 7,622$; $p < ,001$) significant bevonden door de eenweg-ANOVA. Op basis van de Kruskal-Wallistoets is dit echter niet het geval voor zowel het resultaat voor de relatie met vrienden ($KW(6) = 6,487$; $p = 0,371$) als het resultaat voor de toegang tot de huisarts ($KW(6) = 10,313$; $p = 0,112$). Ook rondom deze resultaten is er dus enige voorzichtigheid geboden.

4.10.3.5. *Verschillen op basis van gezondheid*

De twintigste hypothese beschrijft dat er mogelijk verschillen bestaan tussen respondenten met een verschillende beoordeling van hun gezondheid. De hypothese is de volgende:

Hypothese 20. *Jongeren die hun gezondheid positief beoordelen, vinden andere determinanten van gezondheid en welzijn belangrijk dan jongeren die hun gezondheid negatief beoordelen.*

Er is gekeken naar verschillen tussen zowel respondenten die hun mentale gezondheid verschillend beoordelen, als respondenten die hun lichamelijke gezondheid verschillend beoordelen.

Uit de resultaten blijkt dat de respondenten die hun lichamelijke gezondheid als een beetje goed beoordelen, het belangrijker vinden dat er niet wordt gerookt als zij in de buurt zijn dan de andere respondenten. Respondenten die hun lichamelijke gezondheid als een beetje goed beoordelen, scoren gemiddeld 3,22 op de stelling, waar de rest van de respondenten die hun lichamelijke gezondheid als best wel goed of erg goed beoordelen tussen de 1,00 en 1,79 scoren. Dit verschil wordt significant bevonden op basis van de eenweg-ANOVA ($F(2,21) = 3,814$; $p = 0,039$), maar niet op basis van de Kruskal-Wallis toets ($KW(2) = 5,567$; $p = 0,062$). Met betrekking tot actief roken wordt er geen verschil gevonden tussen deze respondenten. Er zijn verder geen verschillen gevonden tussen respondenten die van elkaar verschillen in hoe ze hun lichamelijke gezondheid beoordelen.

Deze verschillen worden wel gevonden voor respondenten die verschillen in hun beoordeling van hun mentale gezondheid. De respondenten die hun mentale gezondheid als niet zo goed beoordelen, vinden het belangrijker dat ze geen alcohol drinken dan de rest van de respondenten ($M = 3,29$). De respondenten die hun mentale gezondheid als een beetje goed tot erg goed beoordelen, scoren op de stelling tussen de 1,40 en 2,13. Zij vinden het minder belangrijk dat zij zelf geen alcohol drinken.

Het verschil tussen de respondenten is significant op basis van de eenweg-ANOVA ($F(4,19) = 3,982$; $p = 0,016$). Het resultaat wordt ook significant bevonden voor de Kruskal-Wallis Toets ($KW(4) = 11,114$; $p = 0,025$).

De respondent die diens mentale gezondheid als helemaal niet goed beoordeelt, vindt het helemaal niet belangrijk voor diens gezondheid en welzijn dat hij/zij geen drugs gebruikt ($M = 1,00$). Het verschil met de rest van de respondenten is groot: zij geven op dezelfde stelling een score tussen de 3,40 en 5,00, wat betekent dat zij het wel erg belangrijk vinden dat zij zelf geen drugs gebruiken. Het verschil tussen de respondenten is significant op basis van de eenweg-ANOVA ($F(4,19) = 3,982$; $p = 0,026$), wat betekent dat minimaal één groep respondenten verschilt van de andere groepen respondenten als het aankomt op hoe belangrijk zij drugsgebruik vinden. Vermoedelijk is het significante resultaat afkomstig van het verschil tussen de respondent met de slechte mentale gezondheid en de rest. Het verschil wordt op basis van de Kruskal-Wallis Toets echter niet significant bevonden ($KW(4) = 7,848$, $p = 0,097$).

Het laatste grote verschil betreft het belang van het opgroeien in een eenoudergezin. De respondenten die hun mentale gezondheid als best wel goed of erg goed beoordelen, scoren gemiddeld tussen de 4,25 en 4,33 op de stelling. De respondent die diens mentale gezondheid als helemaal niet goed beoordeelt, scoort op dezelfde stelling een twee. Respondenten die mentale gezondheid als een beetje goed beoordelen, scoren een 3,20. Respondenten die hun mentale gezondheid doorgaans als positiever beoordelen, vinden het dus gemiddeld belangrijker dat ze niet opgroeien in een eenoudergezin dan respondenten die hun mentale gezondheid minder goed beoordelen. Het resultaat wordt significant bevonden ($F(4,19) = 4,279$; $p = 0,012$). Het resultaat is ook significant op basis van de Kruskal-Wallis Toets ($KW(4) = 9,995$; $p = 0,041$).

Uit de resultaten blijkt dat respondenten die van elkaar verschillen wat betreft de mate waarin zij gezond zijn, op bepaalde punten verschillen in welke determinanten van gezondheid en welzijn zij als belangrijk beoordelen. Dit geldt overigens niet voor alle determinanten, dus de bevindingen zijn niet volledig in overeenstemming met de hypothese.

4.10.3.6. *Verschillen op basis van geluk*

Er is ten slotte ook gekeken naar verschillen op basis van geluk. De volgende hypothese is getoetst:

Hypothese 21. *Jongeren die gelukkig zijn, vinden andere determinanten van gezondheid en welzijn belangrijk dan jongeren die ongelukkig zijn.*

Uit de resultaten blijkt dat de respondenten die aangeven best wel gelukkig te zijn, gemiddeld een 4,36 op de stelling scoren, wat betekent dat zij sporten en bewegen belangrijk vinden voor hun gezondheid. De respondenten die zeggen niet zo gelukkig en een beetje gelukkig te zijn, scoren op dezelfde stelling gemiddeld tussen de 3,00 en 3,43. Hetzelfde geldt voor de respondenten die aangeven erg gelukkig te zijn: zij scoren gemiddeld een 3,00. De groep respondenten die aangeeft best wel gelukkig te zijn, wijkt af van de rest van de respondenten, doordat ze meer belang hecht

aan sporten en bewegen. Het verschil wordt significant bevonden op basis van zowel de eenweg-ANOVA ($F(3,20) = 3,852; p = 0,025$), als de Kruskal-Wallis toets ($KW(3) = 8,265; p = 0,041$).

Opnieuw wordt er een verschil gevonden tussen respondenten met betrekking tot alcoholgebruik. De respondenten die aangeven niet zo gelukkig te zijn, rapporteren gemiddeld een hogere score ($M. = 3,50$) op de stelling over alcoholgebruik dan andere respondenten. Zij vinden het voor hun gezondheid en welzijn in vergelijking met de anderen dus redelijk belangrijk dat zij zelf geen alcohol drinken. Het resultaat is overigens niet significant ($F(3,20) = 2,442; p = 0,092$). Er is onvoldoende bewijs om te stellen dat één groep respondenten significant hoger of lager scoort.

Er zijn verder geen betekenisvolle, grote verschillen gevonden. Respondenten die van elkaar verschillen wat betreft de mate waarin zij gelukkig zijn, verschillen maar weinig van elkaar in welke determinanten van gezondheid en welzijn zij als belangrijk beoordelen. De bevindingen zijn dus niet in overeenstemming met de hypothese.

5. Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de centrale onderzoeksvraag. Hiertoe wordt antwoord gegeven op de zes deelvragen. Na de conclusie wordt gereflecteerd op het uitgevoerde onderzoek en de bevindingen. Er wordt afgesloten met enkele aanbevelingen.

5.1. Conclusie

In dit onderzoek is nagegaan hoe het met de jongeren in de gemeente Hoogeveen gaat en wat volgens hen belangrijk is voor hun gezondheid en welzijn. De volgende onderzoeksvraag stond centraal: *"Hoe staat het met de gezondheid en het welzijn van de jeugd in Hoogeveen en welke sociale en fysieke determinanten hebben volgens hen invloed op hun gezondheid en welzijn?"*. Om deze onderzoeksvraag te beantwoorden is er een vragenlijst uitgezet onder de 16-27-jarige jongeren in de gemeente Hoogeveen. De data zijn geanalyseerd met behulp van kwantitatieve methoden.

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden, zijn er zes deelvragen opgesteld. De eerste deelvraag is beantwoord in het theoretisch kader: *"Wat zijn volgens de wetenschappelijke literatuur sociale en fysieke determinanten van gezondheid en welzijn die door jongeren belangrijk worden gevonden?"*.

In het theoretisch kader is allereerst het model van de Commission of Social Determinants of Health (CSDH) besproken. Dit model identificeert een aantal determinanten die invloed hebben op de gezondheid en het welzijn van de mens (Solar & Irwin, 2010). Vervolgens is met behulp van relevante wetenschappelijke literatuur gekeken welke van deze determinanten door jongeren erkend worden als belangrijk. Uit de literatuur bleek ten eerste dat jongeren hun leefstijl doorgaans van groot belang achten voor de mate waarin zij gezondheid en welzijn ervaren (CPHI, 2005; Eriksson & Dahlblom, 2020; Robert et al., 2008; Robert & Booske, 2011; Kenney, 2013). Voldoende sporten en bewegen, zelf niet actief roken, niet passief met anderen meeroken en gezond eten zouden bij een goede leefstijl passen en positief bijdragen aan gezondheid en welzijn. Ook zou het belangrijk zijn voor hun gezondheid en welzijn dat een jongere geen drugs gebruikt (CPHI, 2005).

Uit de theorie kwam ten tweede naar voren dat veel jongeren goede sociale relaties met ouders, familie en vrienden belangrijk vinden voor hun gezondheid en welzijn (Eriksson & Dahlblom, 2020; Helseth & Misvæ, 2010; Jordan & Rees, 2020, Robert, 2008). Aan deze sociale relaties ontnemen jongeren steun, hulp, advies en plezier.

Eerdere relevante onderzoeken toonden ten derde aan dat ook de gezondheidszorg veelvuldig door jongeren als belangrijke determinant van gezondheid en welzijn wordt bestempeld (Eriksson & Dahlblom, 2020; Menawi et al., 2018; Robert, 2008; Robert, 2011). Zowel de kwaliteit van als de toegang tot zorg wordt door jongeren belangrijk gevonden.

Geconcludeerd kan worden dat volgens de wetenschappelijke literatuur de determinanten leefstijl, sociale relaties en gezondheidszorg door jongeren belangrijk gevonden worden voor hun gezondheid en welzijn. De vijf resterende deelvragen worden beantwoord in de volgende paragrafen.

5.1.1. *De gezondheid en het welzijn van jongeren*

De tweede en derde deelvraag zijn de volgende: "*Hoe staat het met de gezondheid van de jongeren in Hoogeveen?*" en "*Hoe staat het met het welzijn van de jongeren in Hoogeveen?*"

Uit de resultaten van het onderzoek kan ten eerste geconcludeerd worden dat de jongeren uit de gemeente Hoogeveen zich lichamelijk gezond voelen. Geen van de respondenten heeft aangegeven dat diens lichamelijke gezondheid slecht is. Wat betreft mentale gezondheid is er een aantal jongeren dat aangeeft dat het er slecht voor staat. Daarentegen is er ook een aantal jongeren dat wel erg positief te spreken is over hun mentale gezondheid. Er bestaan dus verschillen tussen jongeren, onder andere op basis van leeftijd. Waar de 17- en 21-jarige jongeren aangeven zich mentaal erg goed te voelen, stellen de 18- en 20-jarige respondenten juist dat zij zich mentaal niet goed voelen. Alhoewel de leeftijdscategorieën niet helemaal overeenkomen, blijkt ook uit het Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC)-rapport (Boer et al., 2021) dat een slechtere mentale gezondheid vaker voorkomt bij iets oudere jongeren (18-25-jaar) dan bij wat jongere jongeren (12-18-jaar).

Ook blijkt de respondent die aangeeft non-binair te zijn, in vergelijking met de mannelijke en vrouwelijke respondenten, zich mentaal ongezond te voelen. Uit eerdere wetenschappelijke onderzoeken blijkt dat dit resultaat niet vreemd is: jongeren die zichzelf rekenen tot de LHBTIQ+-Community ervaren doorgaans een minder goede mentale gezondheid dan jongeren die niet tot deze community behoren (Chodzen et al., 2020; Huijnk et al., 2022; Martin-Story & Baams, 2019; Poteat et al., 2014). Dit kan onder andere verklaard worden doordat jongeren behorende tot de LHBTIQ+ community vaak te maken krijgen met discriminatie en slachtofferschap (Chodzen et al., 2020; Poteat et al., 2014) en ze sterk gestigmatiseerd worden (Martin-Storey & Baams, 2019).

Vrouwen rapporteren gemiddeld ook een wat minder goede mentale gezondheid dan mannen. Deze conclusie wordt ook vaker getrokken: uit het HBSC-rapport is recent gebleken dat de mentale gezondheid van meisjes in Nederland tussen 2017 en 2021 sterk verslechterd is en ze doorgaans een slechtere mentale gezondheid hebben dan jongens (Boer et al., 2021; SCP, 2022). Dit kan mede verklaard worden doordat meisjes gemiddeld meer druk door schoolwerk ervaren (Boer et al., 2021; Stentiford et al., 2021). Meisjes zouden in vergelijking met jongens een sterkere verplichting voelen om goed te presteren op school, mede doordat ze een goede toekomst ambiëren (Spencer et al., 2018; Stentiford et al., 2021). Mensen zouden in academisch opzicht ook hogere verwachtingen hebben van meisjes dan van jongens (Odenbring, 2019). De ambitie voor een goede toekomst en de hoge verwachtingen van anderen kunnen voor gevoelens van stress zorgen, wat kan resulteren in een verminderde mentale gezondheid.

In termen van welzijn gaat het goed met de jongeren in de gemeente Hoogeveen. Ze rapporteren een redelijk hoog welzijn, ook in vergelijking met hoe gezond ze zich mentaal zeggen te voelen. Dit is een opvallend resultaat: blijktbaar is een goede mentale gezondheid niet altijd noodzakelijk om veel welzijn te ervaren, en andersom. Uit wetenschappelijke literatuur blijkt dat mensen inderdaad mentaal gezond kunnen zijn zonder veel welzijn te ervaren en ook veel welzijn kunnen ervaren zonder zich mentaal gezond te voelen (Keller, 2020; Wren-Lewis & Alexandrova, 2021). Er zijn redenen die mensen kunnen hebben om te stellen dat zij weinig welzijn ervaren, die losstaan van

hun mentale gezondheid (Keller, 2020). Zo kunnen mensen als gevolg van een vervelende situatie – zoals het verliezen van een dierbare – weinig welzijn ervaren, maar toch mentaal gezond zijn omdat ze in staat zijn er op een volwassen manier mee om te gaan. Andersom is een goede mentale gezondheid geen noodzakelijke voorwaarde voor welzijn (Keller, 2020; Wren-Lewis & Alexandrova, 2021). Zo kunnen mensen die een mentale ziekte hebben alsnog stellen dat zij veel welzijn ervaren en gelukkig zijn, bijvoorbeeld omdat ze met de ziekte hebben leren omgaan.

Op basis van de resultaten lijkt het dat het overwegend goed gaat met de gezondheid en het welzijn van de jongeren in de gemeente Hoogeveen. Wel bestaan er verschillen tussen jongeren.

5.1.2. De belangrijke determinanten van gezondheid en welzijn

In deze paragraaf worden deelvraag 4 en 5 beantwoord: “*Wat zijn volgens jongeren uit de gemeente Hoogeveen belangrijke sociale en fysieke determinanten van gezondheid en welzijn?*” en “*Bestaan er verschillen tussen jongeren wat betreft hun beoordeling over het belang van bepaalde sociale en fysieke determinanten van gezondheid en welzijn?*”.

5.1.2.1. Kwalitatief goede en toegankelijke zorg

De respondenten hechten ten eerste veel belang aan kwalitatief goede en toegankelijke zorg van de huisarts en het ziekenhuis, wat overeenkomt met de verwachtingen en de resultaten van eerder wetenschappelijk onderzoek (CPHI, 2005; Robert, 2008; Robert, 2011). Opvallend is dat de kwaliteit van de verleende zorg in de gemeente Hoogeveen volgens de respondenten soms te wensen overlaat. Zo werd aangegeven dat zorg die door een huisarts verleend wordt kan verbeteren en dat ook psychische hulp beter en sneller verleend moet worden. Ook zou de zorg in de gemeente niet altijd toegankelijk zijn, met name de toegang tot mentale gezondheidszorg. Het is volgens de respondenten niet altijd duidelijk waar jongeren terecht kunnen wanneer zij kampen met mentale gezondheidsproblemen. Gezien een aantal respondenten een slechte mentale gezondheid rapporteert, is het juist cruciaal dat de mentale gezondheidszorg in de gemeente zowel toegankelijk als kwalitatief goed is.

5.1.2.2. Ervaren van stress door school

Respondenten blijken het ten tweede ook erg belangrijk te vinden voor hun gezondheid en welzijn, dat ze geen stress ervaren door school. Uit meerdere Nederlandse onderzoeken blijkt dat veel jongeren in Nederland prestatiedruk ervaren door de prestatienormen die in Nederland heersen. Als gevolg van deze prestatiedruk ervaren ze vaak stress op school (Boer et al., 2021; Kleinjan et al., 2020; Peeters et al., 2022; Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2018; Schoemaker et al., 2019). Het ervaren van stress door school heeft met name invloed op de mentale gezondheid van jongeren (Boer et al., 2021; Högberg, 2021). Mogelijk bestaat er een verband tussen de beoordeling

van de respondenten over het belang van deze determinant en de gemiddeld wat slechtere mentale gezondheid onder deze groep jongeren.

5.1.2.3. *Belang van sociale relaties*

Uit de resultaten blijkt ten derde dat de jongeren in de gemeente Hoogeveen het belangrijk vinden dat zij goede sociale relaties onderhouden met hun ouders en vrienden. Deze bevinding komt overeen met eerder wetenschappelijk onderzoek (Eriksson & Dahlblom, 2020; Helseth & Misvæ, 2010; Jordan & Rees, 2020). Dat de jongeren de invloed van eenzaamheid en goede sociale relaties met vrienden benadrukken, kan mogelijk verklaard worden doordat 20% van de jongeren in de gemeente Hoogeveen zich in 2021 soms eenzaam voelde (Kuilman & Huisman, 2020). Dit is onder andere het gevolg van de coronapandemie, waarin jongeren in vergelijking met andere groepen opvallend veel last bleken te hebben van de maatregelen rondom het inperken van contact met andere mensen (De Klerk et al., 2021). Veel jongeren waren eenzaam gedurende de coronapandemie, wat erin geresulteerd kan hebben dat zij meer de invloed van eenzaamheid en goede sociale relaties met vrienden zijn gaan erkennen. Relevant met betrekking tot deze resultaten is het feit dat vele respondenten aangeven dat ze sterk behoefte hebben aan meer plekken waar zij hun vrienden en vriendinnen kunnen ontmoeten, zowel in Hoogeveen als in de buitengebieden.

Jongeren geven ook aan het belangrijk te vinden dat hun ouders onderling ook goed contact met elkaar hebben en dat als ze uit elkaar gaan, zij dit niet met ruzie doen. Mogelijk vinden de jongeren uit de gemeente Hoogeveen deze determinanten extra belangrijk, omdat het aantal scheidingen in de gemeente bovengemiddeld hoog ligt. Meer dan één op de vier kinderen in de gemeente Hoogeveen heeft te maken gehad met een scheiding tussen hun ouders (Kuilman & Huisman, 2022). Uit de resultaten bleek ook dat de jongeren het voor hun gezondheid en welzijn belangrijk vinden dat zij niet opgroeien in een eenouder- en/of samengesteld gezin. Opgroeien in zo'n gezinssamenstelling is vaak het gevolg van een scheiding tussen ouders (Bol, 2015; Manning & Lamb, 2003; Nederlands Jeugdinstituut, z.d., Nederlands Jugdinstituut, 2014), waarmee er opnieuw gewezen wordt op de invloed van scheidingen op de gezondheid en het welzijn van de jongeren.

5.1.2.4. *Woon- en leefomgeving*

Uit het onderzoek is ten vierde gebleken dat de jongeren in de gemeente Hoogeveen veel belang hechten aan hun woon- en leefomgeving. Zo vinden de jongeren het erg belangrijk dat zij veilig rond kunnen fietsen en lopen in de omgeving waar zij wonen. Ze hechten daarnaast ook waarde aan het sociaal kapitaal in hun buurt. In eerdere onderzoeken werd het belang van sociaal kapitaal maar weinig erkend door jongeren (CPHI, 2005; Eriksson & Dahlblom, 2020; Robert, 2008; Robert, 2011). Dit kan mede verklaard worden doordat in eerdere onderzoeken niet op directe wijze geïnformeerd is naar het belang van sociaal kapitaal, waar dat in dit onderzoek wel gedaan is. Wanneer jongeren bijvoorbeeld in de vorm van een focusgroep (Jordan & Rees, 2020) of interview (Helseth & Misvæ, 2010) de ruimte krijgen om zelf aan te geven wat zij belangrijk vinden, benoemen zij wellicht niet

meteen het belang van sociaal kapitaal. Wanneer ze in de vorm van een vragenlijst, zoals in dit onderzoek, de directe vraag krijgen of ze sociaal kapitaal belangrijk vinden, realiseren ze zich waarschijnlijk sneller dat het inderdaad van belang is.

Jongeren blijken verder ook waarde te hechten aan voldoende groen in hun omgeving. Hier ontbreekt het nog wel eens aan volgens de respondenten; ze geven aan dat met name de straten en woonwijken groener mogen zijn. Ook de toegankelijkheid van het openbaar vervoer wordt belangrijk gevonden, zij het in mindere mate. Eén respondent stelde dat het openbaar vervoer in de buitengebieden verbeterd kan worden door meer bussen te laten rijden.

Uit het onderzoek is ook gebleken dat jongeren het belangrijk vinden dat er in hun omgeving genoeg te doen is, wat in overeenstemming is met resultaten uit eerder onderzoek (Eriksson & Dahlblom, 2020; Jordan & Rees, 2020). Opvallend is dat de jongeren uit de gemeente Hoogeveen meermaals aangeven dat er volgens hen te weinig te doen is in hun woon- en leefomgeving, ondanks dat dit volgens hen dus erg belangrijk is. Ze stellen behoefte te hebben aan meer activiteiten voor jongeren. Ze schrijven onder andere over culturele en muzikale activiteiten, maar ook over het organiseren van evenementen als kermissen of festivals. Ook is er behoefte aan meer ontmoetingsplekken.

De respondenten hebben ten slotte ook aangegeven dat de gemeente Hoogeveen volgens hen moet investeren in goede en betaalbare (koop)woningen voor starters, zowel in Hoogeveen zelf als in de dorpen in het buitengebied. Volgens hen bestaat er nu een gebrek aan geschikte woningen voor starters. Daar zouden ze graag verandering in zien.

5.1.2.5. *Leefstijl*

Uit de resultaten is ten vijfde gebleken dat het volgens jongeren belangrijk is voor hun gezondheid en welzijn dat zij voldoende sporten en bewegen. Dit is in overeenstemming met de resultaten uit eerder onderzoek (CPHI, 2005; Kenney, 2013; Robert, 2008; Robert, 2011). Toch is het resultaat tamelijk opvallend, aangezien slechts 17% van de jeugd in de gemeente Hoogeveen in 2021 dagelijks minimaal een uur beweegt. Meer dan acht op de tien jongeren beweegt niet voldoende, ondanks dat de jongeren blijkbaar wel erkennen dat sporten en bewegen belangrijk is. De coronapandemie kan dit mogelijk verklaren (Elliott et al., 2021; NOC*NSF, 2021). Door de vele lockdowns tussen januari 2020 en mei 2022 konden jongeren steeds minder regelmatig sporten, wat na de coronapandemie mogelijk stand heeft gehouden. Ook de digitalisering, wat sedentair gedrag in de hand speelt, verstedelijking en een gebrek aan veilige speelplekken hebben mogelijk bijgedragen aan de afname in beweging onder jongeren (Bolhuis et al., 2018).

Uit de resultaten is ook gebleken dat de meeste respondenten hun alcoholinname niet belangrijk vinden voor hun gezondheid en welzijn. Op basis de theorie werd dit ook verwacht. In slechts een wetenschappelijk onderzoek kwam duidelijk naar voren dat jongeren het niet-drinken van alcohol als belangrijk beoordelen voor de mate waarin zij gezondheid en welzijn ervaren (CPHI, 2005). Ook op basis van de cijfers over het alcoholgebruik onder jongeren in de gemeente Hoogeveen werd verwacht dat de jongeren weinig tot niet zouden erkennen dat het drinken van alcohol een negatieve

invloed heeft op hun gezondheid en welzijn: in 2021 bleek dat 59% van de middelbare scholieren in de gemeente Hoogeveen wel eens alcohol heeft genuttigd (Kuilman & Huisman, 2022). Van deze jongeren gaf 32,9% aan eens in de vier weken één of meer glazen alcohol te nuttigen (CBS Statline Jeugdmonitor, 2022c; Kuilman & Huisman, 2022). Alcohol nuttigen is jongeren in de gemeente Hoogeveen dus niet vreemd, ook onder jongeren die minderjarig zijn. Dat ze zoveel alcohol nuttigen, kan mogelijk mede verklaard worden doordat ze gezondheidsrisico's niet erkennen. Uit onderzoek van het CBS (2016) bleek dat 57% van de jongeren elke dag alcohol drinken ongezond vindt. Dit betekent dat 43% van de jongeren de gezondheidsrisico's van dagelijks drinken niet erkent.

Met name de respondenten uit de dorpen buiten Hoogeveen geven aan het voor hun gezondheid en welzijn niet belangrijk te vinden dat ze geen alcohol drinken. Deze bevinding komt overeen met eerder Nederlands onderzoek, waaruit bleek dat jongeren uit landelijke gebieden gemiddeld meer alcohol drinken dan jongeren uit stedelijke gebieden (De Witt & Hupkens, 2018; Rombouts & Scheffers-Van Schayk, 2023). Dit kan mogelijk verklaard worden door het sterkere saamhorigheidsgevoel dat heerst op het platteland (Paternotte & Prooij, 2019; Steenbergen et al., 2017). Op het platteland is het erg normaal om samen alcohol te drinken en stellen jongeren dat zij alcohol drinken 'omdat iedereen het doet': ze conformeren zich aan de norm (Paternotte & Prooij, 2019). Jongeren op het platteland hebben daarnaast ook meer gelegenheid om te drinken, omdat zij alcohol kunnen nuttigen op plekken waar weinig tot geen sprake is van controle en/of toezicht (Paternotte & Prooij, 2019). Een laatste verklaring kan mogelijk gevonden worden bij de opvoeding vanuit ouders. Ouders uit de stad hanteren soms strengere regels over het drinken van alcohol dan ouders uit een dorp (Rombouts et al., 2021). De regels en ideeën van ouders hebben mogelijk invloed op zowel het alcoholgebruik van hun kinderen, als de ideeën die hun kinderen hebben over het wel of niet drinken van alcohol en de mogelijke gevolgen van alcoholgebruik. Ook lang niet alle jongeren in de gemeente Hoogeveen erkennen het belang van niet-roken voor hun gezondheid en welzijn, zowel in actieve als passieve vorm. Niet-actief roken wordt door een groep jongeren nog wel erkend als (een beetje) belangrijk, maar dit geldt lang niet voor iedereen. De respondenten die aangeven het belang van roken niet te herkennen, waren opvallend vaak man. Mannen roken in Nederland gemiddeld ook vaker en meer dan vrouwen (Bommelé & Willemsen, 2022), mogelijk doordat ze de gezondheidsrisico's van roken in mindere mate erkennen.

Het belang van passief roken voor gezondheid en welzijn wordt door de respondenten in veel mindere mate erkend. Het zijn opnieuw met name de mannelijke respondenten die passief roken niet erkennen als belangrijk voor hun gezondheid en welzijn. Ook oudere respondenten kennen passief roken weinig belang toe in vergelijking met jongere respondenten. Dit is mogelijk ook te verklaren doordat oudere jongeren (20-29-jaar) gemiddeld vaker roken dan jongere jongeren (18-19-jaar) (Bommelé & Willemsen, 2022).

Het niet-gebruiken van drugs wordt ten slotte door een groter aantal respondenten erkend als belangrijk voor hun gezondheid en welzijn. Ondanks dat slechts uit één wetenschappelijk onderzoek naar voren kwam dat jongeren drugsgebruik erkennen als belangrijke determinant van gezondheid en welzijn (CPHI, 2005), werd op basis van de cijfers over het drugsgebruik in de gemeente Hoogeveen wel verwacht dat zij het belang van drugs zouden erkennen (CBS Statline Jeugdmonitor,

2022c; Kuilman & Huisman, 2022). Deze bevinding komt dus overeen met de verwachtingen en volgt ook de trend die we zien in Nederland: het gebruik van drugs onder jongeren ligt in Nederland relatief laag en is in de afgelopen jaren ook geleidelijk afgenomen (Boer et al., 2022; Rombouts et al., 2020). Dit is onder andere te wijten aan de aanscherpingen rondom het coffeeshopbeleid (Rombouts et al., 2020).

5.1.3. Taak van de gemeente

De zesde en laatste deelvraag gaat over de taak van de gemeente: *“Wat kan de gemeente Hoogeveen volgens de jongeren doen om hun gezondheid en welzijn te verbeteren?”*.

Uit de resultaten is gebleken dat jongeren met name behoefte hebben aan meer activiteiten en ontmoetingsplekken in de gemeente. Daarnaast moet de toegang tot en kwaliteit van de zorg in de gemeente ook verbeteren en moet de gemeente volgens de respondenten investeren in betaalbare en goede (koop)woningen voor starters, zowel in Hoogeveen als in de andere dorpen in de gemeente.

5.1.4. Antwoord op de onderzoeksvraag

De centrale onderzoeksvraag kan nu beantwoord worden: *“Hoe staat het met de gezondheid en het welzijn van de jeugd in Hoogeveen en welke sociale en fysieke determinanten hebben volgens hen invloed op hun gezondheid en welzijn?”*.

Lichamelijk gezien verkeren de respondenten in goede gezondheid. De mentale gezondheid is gemiddeld wat minder goed, maar is ook niet opvallend slecht. De respondenten rapporteren daarnaast relatief veel welzijn. Uit de resultaten is gebleken dat de respondenten met name de determinanten met betrekking tot goede en toegankelijke zorg, minder stress door school, goede sociale relaties met ouders en vrienden, een groenere en veilige woon- en leefomgeving met meer ontmoetingsplekken en meer activiteiten, het niet gebruiken van drugs en ten slotte voldoende sporten en bewegen belangrijk vinden voor hun gezondheid en welzijn. Dat deze determinanten volgens hen belangrijk zijn voor hun gezondheid en welzijn, betekent niet dat zij op dit moment hun goede gezondheid en welzijn ontleen aan deze determinanten.

De determinanten die door de respondenten belangrijk worden gevonden, worden ook door het CSDH model – zij het op impliciete wijze – geïdentificeerd als belangrijk (Solar & Irwin, 2010). Met name de determinanten gerelateerd aan gezondheidszorg, sociale relaties, de woon- en leefomgeving en het sporten en bewegen worden ook door het CSDH model erkend als belangrijk. De determinanten gerelateerd aan het ervaren van stress door school en de behoefte aan voldoende activiteiten en ontmoetingsplekken worden door het model – in ieder geval in vergelijking met de andere belangrijk gevonden determinanten – minder expliciet als belangrijke determinanten geïdentificeerd. Deze twee determinanten zijn wel opgenomen in het CSDH model onder de intermediaire determinanten gerelateerd aan onder andere leefstijl, woonomgeving en psychosociale factoren, maar het rapport van de Commission on Social Determinants of Health (CSDH) en het bijbehorende model besteden weinig specifieke aandacht aan deze determinanten. Zo wordt er door Solar en Irwin (2010) wel

gesproken over de invloed van het ervaren van stress, maar verwijzen zij met name naar stress als gevolg van financiële problemen door het hebben van een lage sociaaleconomische status en het ervaren van ongelijkheid. In het rapport en het bijbehorende model worden verder geen andere mogelijke bronnen van stress besproken (Solar & Irwin, 2010). De stress als gevolg van bijvoorbeeld school komt niet aan bod in het rapport. In de moderne samenleving komt stress echter steeds meer voor, bijvoorbeeld door prestatiedruk op school en/of werk, het streven naar perfectie, pandemieën, et cetera (Gul et al., 2022; Huijbregts et al., 2018; Hutmacher, 2019; Hutmacher, 2021). In een samenleving waarin stress een veelvoorkomend fenomeen is en in verschillende vormen kan resulteren in verminderde gezondheid en minder welzijn, is het van belang dat mensen de invloed van stress gaan erkennen. Ik wil de Commission on Social Determinants of Health daarom aanbevelen om zowel in het model als in het rapport meer aandacht te besteden aan meer potentiële bronnen van stress. Hetzelfde geldt voor de behoefte aan voldoende activiteiten en het vermijden van verveling (Steverink, 2016; Steverink et al., 2020; Lindenberg, 2013; Ormel et al., 1999). Jongeren geven aan het voor hun gezondheid en welzijn erg belangrijk te vinden dat er voldoende activiteiten voor hen georganiseerd worden en er voldoende ontmoetingsplekken voor hen zijn. Deze activiteiten en ontmoetingsplekken kunnen jongeren helpen te voorzien in hun behoefte aan stimulatie (Steverink, 2016; Steverink et al., 2020; Lindenberg, 2013; Ormel et al., 1999). Deze behoefte aan voldoende stimulatie kan worden geschaard onder de intermediaire determinanten gerelateerd aan leefstijl en woonomgeving, maar wordt in het rapport ook niet expliciet besproken. Dit zou mogelijk wel van toegevoegde waarde kunnen zijn. Daarom wil ik de Commission on Social Determinants of Health aanbevelen om de behoefte aan voldoende stimulatie en het vermijden van verveling explicieter te erkennen als belangrijke determinant van gezondheid en welzijn.

Op deze twee determinanten na, worden de rest van de determinanten die door de jongeren belangrijk worden gevonden wel expliciet geïdentificeerd door het model en uitgebreid besproken in het rapport. De bevindingen dragen daarmee bij aan de betrouwbaarheid van het model.

5.2. Discussie

In deze paragraaf wordt gereflecteerd op het uitgevoerde onderzoek. De sterke en zwakke punten van het onderzoek worden besproken. Ook worden er een aantal aanbevelingen gedaan.

5.2.1. Sterke punten en beperkingen

Het huidige onderzoek kent enige sterke punten en beperkingen. Het eerste sterke punt van het onderzoek is dat de steekproef wel in enige mate divers te noemen is, ondanks dat de steekproef slechts 24 respondenten bevatte. Er was sprake van een oververtegenwoordiging van vrouwen in de steekproef, maar ook mannen en één non-binaire respondent maakten deel uit van de steekproef. Ook geldt dat ondanks dat er enkele categorieën niet vertegenwoordigd waren in de steekproef – zoals HAVO-leerlingen en woonplaatsen als Fluitenberg en Tiendeveen -, het overgrote deel van de categorieën wel vertegenwoordigd was. Zo woonden niet alle respondenten in Hoogeveen, maar zijn ook de dorpen buiten Hoogeveen in de steekproef vertegenwoordigd. Ook in termen van leeftijd was de steekproef redelijk divers te noemen: respondenten varieerden tussen de 17 en 24 jaar. De diversiteit van de steekproef draagt positief bij aan de representativiteit van de steekproef.

Het tweede sterke punt van het onderzoek is dat bij het opstellen van de vragenlijst rekening is gehouden met de beoogde doelgroep en met behulp van twee pilots is nagegaan of de vragenlijst geschikt was voor de dataverzameling. De vragenlijst moest ingevuld kunnen worden door jongeren van alle denkbare opleidingsniveaus en moest zowel voor jongeren van jongere als van oudere leeftijd te begrijpen zijn. Met behulp van de website ishetb1.nl is eerst op aanraden van de ethische commissie van de Rijksuniversiteit Groningen nagegaan of de termen in de vragenlijst vallen onder het b1-leesnivea, wat betekent dat de term een makkelijk woord is dat bijna iedereen begrijpt. Vervolgens is de vragenlijst getest met behulp van twee pilots, waarna de vragenlijst verder verbeterd is op basis van de ontvangen feedback. Het draaien van de pilots en het gebruik van website heeft geleid tot een verbetering van de vragenlijst. De vragenlijst was beter afgesteld op de beoogde doelgroep en beter te begrijpen voor de verscheidene jongeren in de gemeente, wat positief heeft bijgedragen aan zowel de validiteit als betrouwbaarheid van het onderzoek.

Naast deze sterke punten, kende het onderzoek ook een aantal beperkingen. De meest belangrijke beperking van dit onderzoek betreft het aantal respondenten dat de vragenlijst ingevuld heeft. Slechts 24 jongeren uit de gemeente Hoogeveen hebben de vragenlijst ingevuld, wat betekent dat de verkregen resultaten voortkomen uit en de getrokken conclusies gebaseerd zijn op een erg kleine groep respondenten. De conclusies die getrokken zijn op basis van de resultaten vormen daarmee waarschijnlijk geen goede weerspiegeling van de gehele populatie jongeren uit de gemeente. Dit betekent dat de conclusies voorzichtig geïnterpreteerd moeten worden en er niet gesteld mag worden dat deze conclusies vanzelfsprekend gelden voor de gehele populatie jongeren in de gemeente.

De kleine steekproefgrootte heeft er waarschijnlijk ook mede aan bijgedragen dat de afhankelijke variabelen in dit onderzoek grotendeels niet normaal verdeeld waren en ook een aantal keren de assumptie van gelijke varianties tussen groepen geschonden is. Dit maakt dat de resultaten van de eenweg-ANOVA toetsen minder valide resultaten opgeleverd hebben. Ondanks dat in navolging van de ANOVA-toetsen nog een Kruskal-Wallis toets is uitgevoerd voor de significante resultaten, valt niet met zekerheid te zeggen dat de resultaten ook gevonden zouden worden bij een grotere steekproef waar deze assumpties niet geschonden worden. Er is dus voorzichtigheid geboden rondom het interpreteren van de conclusies.

Het beperkte aantal respondenten heeft mogelijk te maken met de moeilijkheidsgraad van de vragenlijst. Ondanks dat er meerdere pilot rondes gedraaid zijn om de vragenlijst uit te testen onder een doelgroep die vergelijkbaar zou zijn met de jongeren uit de gemeente Hoogeveen, is gebleken dat een aantal jongeren de vragen toch lastig vond om te beantwoorden. Dit hield hen tegen om de vragenlijst in te vullen. Mogelijk had een makkelijkere vragenlijst meer respondenten opgeleverd. De moeilijkheidsgraad van de vragenlijst heeft er mogelijk ook voor gezorgd dat een aantal respondenten enkele vragen verkeerd hebben begrepen en/of beantwoord, wat ten koste gaat van de validiteit van dit onderzoek.

De operationalisaties van enkele concepten hebben er verder mogelijk toe geleid dat niet alle concepten in hun volledigheid gemeten zijn, wat ten koste gaat van de validiteit van het onderzoek. Dit geldt bijvoorbeeld voor de concepten '*sociaal kapitaal*' en '*sociale cohesie*'. Het belangrijkste concept dat anders geoperationaliseerd is, was het concept '*welzijn*'. Met de term '*geluk*' is gepoogd

te informeren naar welzijn. Welzijn heeft uiteraard raakvlakken met geluk, maar het zijn wel twee verschillende concepten. Mogelijk had het onderzoek andere resultaten opgeleverd als er wel direct naar welzijn gevraagd was.

Een ander zwak punt van dit onderzoek is dat de vragenlijst op basis van slechts één vergelijkbare Canadese vragenlijst is opgesteld (CPHI, 2005). De betrouwbaarheid en validiteit van deze vragenlijst is niet bekend. Er waren verder geen andere vragenlijsten voorhanden waarop de vragenlijst voor dit onderzoek gebaseerd kon worden. De onderzoeken die vergelijkbaar waren met het voorliggende onderzoek waren veelal van kwalitatieve aard (e.g. Eriksson & Dahblom, 2020; Hesleth & Misvær, 2010; Jordan & Rees, 2020) of maakten gebruik van een al bestaande dataset en deelden niet met welke vragen de data verzameld waren (e.g. Kenney, 2013; Robert, 2008; Robert, 2011). Dit heeft er mogelijk in geresulteerd dat sommige vragen te moeilijk waren voor de doelgroep.

5.2.2. Aanbevelingen

Op basis van de bevindingen en de uitvoering van dit onderzoek wordt er een aantal aanbevelingen gedaan. Ten eerste kan de gemeente Hoogeveen worden aangeraden om een vervolgonderzoek uit te voeren onder een grotere groep jongeren in de gemeente. Door onderzoek uit te voeren met een grotere steekproef kunnen er meer representatieve resultaten verkregen worden. Vervolgonderzoek kan uitwijzen of de bevindingen van dit huidige onderzoek de wensen en behoeften van de populatie goed weergeven, of dat er mogelijk nog andere determinanten zijn die belangrijk worden gevonden door de jongeren in de gemeente.

De gemeente Hoogeveen kan ten tweede ook worden aangeraden om op kwalitatieve wijze vervolgonderzoek uit te voeren onder de jongeren in de gemeente. Kwalitatief onderzoek – bijvoorbeeld in de vorm van focusgroepen of diepte-interviews – leent zich er uitstekend voor om gedrag, meningen, ideeën en emoties van mensen beter te leren begrijpen (Hennink et al., 2020). Door in navolging van dit kwantitatieve onderzoek ook kwalitatief onderzoek uit te voeren, kan worden achterhaald waarom jongeren bepaalde determinanten wel en niet belangrijk vinden. Daarnaast krijgen ze dan ook de gelegenheid om antwoorden op de open vragen nader te verklaren en eventueel nog toevoegingen te doen.

Op basis van de bevindingen wordt de gemeente Hoogeveen ten derde ook aangeraden om te achterhalen waarom de meeste jongeren in de gemeente te weinig sporten, ondanks dat zij het belang van sporten en bewegen voor hun gezondheid en welzijn wel erkennen. Door de drempels te identificeren kunnen jongeren mogelijk beter aangezet worden tot sport en beweging, wat – ook volgens jongeren zelf – positief zou bijdragen aan hun gezondheid en welzijn.

Uit het onderzoek is gebleken dat jongeren opvallend weinig belang hechten aan passief roken als het gaat om hun gezondheid en welzijn, ondanks dat passief meeroken volgens de wetenschappelijke literatuur wel degelijk veel invloed heeft op gezondheid en welzijn (Daly et al., 2001; Paraje & Valdés, 2021; Pavić et al., 2012). Daarom wordt de gemeente ten vierde aanbevolen om in te zetten op voorlichting over de invloed en de gevolgen van passief roken. In de gemeente worden al

voorlichtingen gegeven over de gevolgen van actief roken (Gemeente Hoogeveen, z.d.b.), waarbij er mogelijk ook tijd en ruimte is om zowel jongeren als volwassenen in te lichten over de gevolgen van passief roken. Dit zou positief bijdragen aan de gezondheid en het welzijn van haar bevolking.

De vijfde aanbeveling heeft betrekking op het tegemoetkomen aan de wensen en behoeften van de jongeren in de gemeente Hoogeveen. Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat jongeren met name behoefte hebben aan meer activiteiten en ontmoetingsplekken in de gemeente. Volgens de respondenten is dit erg belangrijk voor hun gezondheid en welzijn, maar bestaat er op dit moment nog een gebrek aan voldoende activiteiten en ontmoetingsplekken. Door meer activiteiten te organiseren en meer ontmoetingsplekken te realiseren zou de gezondheid en het welzijn van de jeugd in de gemeente Hoogeveen toe moeten nemen. Daarnaast bestaat ook de wens dat de kwaliteit van en toegang tot (mentale) gezondheidszorg verbetert, er geïnvesteerd wordt in betaalbare en goede (koop)woningen voor starters en de wijken en straten groener gemaakt worden.

De gemeente Hoogeveen wordt ten zesde ook aanbevolen om rekening te houden met het belang van goede relaties met en tussen ouders en de invloed van stress op school. Uit het onderzoek is gebleken dat deze determinanten van gezondheid en welzijn volgens de respondenten erg belangrijk zijn. Gezien het hoge aantal scheidingen in de gemeente en de verminderde mentale gezondheid van jongeren is het van belang dat de gemeente het belang van deze determinanten erkent en er in haar beleid mee aan de slag gaat.

De zevende en laatste aanbeveling betreft een methodologische aanbeveling. De steekproef van dit onderzoek telde slechts 24 respondenten. Dit aantal is erg laag, vooral in vergelijking met het aantal jongeren dat mogelijk deel had kunnen nemen aan het onderzoek. In theorie waren er 8.020 jongeren op het moment van onderzoek op basis van hun leeftijd geschikt voor deelname aan het onderzoek (CBS Statline, 2022a). Het is belangrijk om als gemeente in te zetten op de bereidheid van jongeren om deel te nemen aan onderzoek waarvoor de inbreng en stem van jongeren onmisbaar is. Dit kan bijvoorbeeld door een jongerenpanel op te zetten, waar jongeren zich voor aan kunnen melden en vervolgens gevraagd kunnen worden om deel te nemen aan een onderzoek. Jongerenparticipatie kan verder vergroot worden door een goede relatie op te bouwen met jongeren en bij hen na te gaan wat volgens hen goede manieren zijn om betrokken te worden bij onderzoek en het schrijven van beleid (Alridge, 2015). Daarnaast moeten de redenen voor onderzoek en de gevolgen van deelname altijd met hen besproken worden, is het erg belangrijk om jongeren te informeren over de voordelen van hun deelname aan (wetenschappelijk) onderzoek en moet zichtbaar zijn wat er met de inbreng van jongeren gedaan wordt (Alridge, 2015; Udo, z.d.). Het is ook van belang om ouders te blijven betrekken bij jongerenparticipatie, omdat hun keuzes en meningen de keuzes en ideeën van jongeren vaak beïnvloeden.

Het vergroten van het aantal jongeren dat bijdraagt en meedoet aan onderzoek kan mogelijk ook gerealiseerd worden door op jongerenparticipatie op structurele basis te realiseren (Alridge, 2015). Een goed voorbeeld van een structurele jongerenparticipatie, is het opzetten van een jongerenraad. Een jongerenraad is een adviesorgaan dat bestaat uit jongeren en geeft jongeren de gelegenheid om hun eigen stem te laten horen en invloed uit te oefenen op beleid (Feringa, 2014). Het realiseren van een jongerenraad kan daarnaast ook zorgen voor meer draagvlak onder de jongeren voor het

uitgevoerde beleid en zorgt voor enige mate van binding tussen de gemeente en de jongeren. Dergelijke initiatieven dragen bij aan het betrekken van jongeren bij beleid, wat vervolgens kan resulteren in meer draagvlak en daarmee meer positieve veranderingen in termen van gezondheid en welzijn onder jongeren (Feringa, 2014).

6. Literatuur

- 8 op de 10 gemeenten zetten zich in voor een Rookvrije omgeving (2021). Rookvrije Generatie.
<https://www.rookvrijegeneratie.nl/artikelen/8-op-de-10-gemeenten-zetten-zich-in-voor-een-rookvrije-omgeving/>
- Abdalla, S. M., Hernandez, M., Fazaludeen Koya, S., Rosenberg, S. B., Robbins, G., Magana, L., Nsoesie, E. O., Sabin, L., & Galea, S. (2022). What matters for health? public views from eight countries. *Bmj Global Health*, 7(6).
<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-008858>
- Afkinich, J. L., & Blachman-Demner, D. R. (2020). Providing incentives to youth participants in research: a literature review. *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics: Jerhre*, 15(3), 202–215. <https://doi.org/10.1177/1556264619892707>
- Agerholm, J., Bruce, D., Ponce de Leon, A., & Burström, B. (2013). Socioeconomic differences in healthcare utilization, with and without adjustment for need: an example from Stockholm, sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(3), 318–325.
<https://doi.org/10.1177/1403494812473205>
- Agresti, A. (2018). *Statistical methods for the social sciences* (fifth edition). Pearson, Boston.
- Alridge, J. (2015). Participatory research with children and young people. In J. Alridge (Red.). *Participatory research: working with vulnerable groups in research and practice* (pp. 31-64). Bristol University Press. <https://doi.org/10.46692/9781447305651.003>
- Aristides Dos Santos, A. M., Perelman, J., Jacinto, P. de A., Tejada, C. A. O., Barros, A. J. D., Bertoldi, A. D., Matijasevich, A., & Santos, I. S. (2019). Income-related inequality and inequity in children's health care: a longitudinal analysis using data from Brazil. *Social Science & Medicine* (1982), 224, 127–137.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.01.040>
- Arslan, G. (2018). Social exclusion, social support and psychological wellbeing at school: a study of mediation and moderation effect. *Child Indicators Research: The Official Journal of the International Society for Child Indicators*, 11(3), 897–918.
<https://doi.org/10.1007/s12187-017-9451-1>
- Bagwell, C., & Schmidt, M. E. (2011). *Friendships in childhood & adolescence* (Ser. The Guilford series on social and emotional development). Guilford Press.
<https://psycnet.apa.org/record/2011-27874-000>
- Bauman, L. J., Silver, E. J., & Stein, R. E. K. (2006). Cumulative social disadvantage and child health. *Pediatrics*, 117(4), 1321–1328. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-1647>
- Berghenengouwen, H. (z.d.). *Gevolgen voor kinderen van een scheiding*. Nederlands Jeugdinstituut. <https://www.nji.nl/scheiding/gevolgen-voor-kinderen>

- Berkman, L. F., & Kawachi, I. (2014). Social cohesion, social capital and health. In L. F. Berkman & I. Kawachi (Eds.). *Social epidemiology* (pp. 290-319). Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/med/9780195377903.003.0008>
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51(6), 843–57.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00065-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00065-4)
- Boel-Studt, S., Schelbe, L., Deichen Hansen, M., & Tobia, L. (2018). Increasing youth engagement in residential group care: a mixed methods pilot study of a youth-guided incentive program. *Child & Youth Care Forum: Journal of Research and Practice in Children's Services*, 47(6), 863–880. <https://doi.org/10.1007/s10566-018-9465-y>
- Boer, M., van Dorsselaer, S., de Looze, M., de Roos, S., Brons, H., van den Eijnden, R., Monshouwer, K., Huijnk, W., ter Bogt, T., Vollebergh, W., & Stevens, G. (2022). *HBSC 2021: Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland*. Universiteit Utrecht, Trimbos Instituut, Sociaal en Cultureel Planbureau en HBSC.
<https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2022/09/14/gezondheid-en-welzijn-van-jongeren-in-nederland---hbsc-2021>
- Bol, S. (2015). *Opgroeien in een samengesteld gezin*. Nederlands Dagblad.
https://www.stiefplan.nl/wp-content/uploads/2020/04/Opgroeien-in-een-samengesteld-gezin_ND_april_2015.pdf
- Bolhuis, A., Bolsius, L., Bruins, B., & Van Zanen (2018). *Nationaal Sportakkoord*.
<https://www.sportakkoord.nl/wp-content/uploads/sites/3/2020/12/Nationaal-Sportakkoord.pdf>
- Bommelé, J., & Willemsen, M. (2022). *Kerncijfers roken 2021*. Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging.
<https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/af1998-kerncijfers-roken-2021/>
- Boshuizen, H. C., Nusselder, W. N., Peters, F., & Verweij, A. (2014). *Index SES-verschillen in (gezonde) levensverwachting* (RIVM briefrapport 2014-0034). Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
<https://rivm.openrepository.com/bitstream/handle/10029/557131/2014-0034.pdf?sequence=3>
- Both, K. (2005). *Kinderen in beweging*. De wereld van het jonge kind.
https://www.springzaad.nl/wp-content/uploads/2020/04/kinderen_in_beweging_motorische_ontwikkeling_en_schoolnatuurtuinen.pdf

- Bouranta, N., Chitiris, L., & Paravantis, J. (2009). The relationship between internal and external service quality. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 21(3), 275–293. <https://doi.org/10.1108/09596110910948297>
- Bourke, L., & Geldens, P. (2007). What does wellbeing mean? perspectives of wellbeing among young people and youth workers in rural Victoria. *Youth Studies Australia*, 26(1), 41–49. Australian Clearinghouse for Youth Studies. <https://researchbank.swinburne.edu.au/items/e26d5194-af49-413c-85f1-90c4074f3de1/1/>
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. *British Journal of Psychiatry*, 130(3), 201–210. <https://doi.org/10.1192/bjp.130.3.201>
- Bricker, J. B., Peterson Jr, A. V., Leroux, B. G., Andersen, M. R., Rajan, K. B., & Sarason, I. G. (2006). Prospective prediction of children's smoking transitions: role of parents' and older siblings' smoking. *Addiction*, 101(1), 128–136. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01297.x>
- Broeders, S. (2019). *Wat is eerstelijns- en tweedelijnszorg?* Independer. <https://weblog.independer.nl/huisartsen/wat-houdt-eerstelijnszorg-en-tweedelijnszorg-in/?referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F&referer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F>
- Brown, S. L. (2006). Family structure transitions and adolescent well-being. *Demography*, 43(3), 447–461. <https://doi.org/10.1353/dem.2006.0021>
- Buglass, S. L., Binder, J. F., Betts, L. R., & Underwood, J. D. M. (2017). Motivators of online vulnerability: the impact of social network site use and FOMO. *Computers in Human Behavior*, 66, 248–255. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.09.055>
- Bull, F. C., Al-Ansari, S. S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M. P., Cardon, G., Carty, C., Chaput, J.-P., Chastin, S., Chou, R., Dempsey, P. C., DiPietro, L., Ekelund, U., Firth, J., Friedenreich, C. M., Garcia, L., Gichu, M., Jago, R., Katzmarzyk, P. T., ... Willumsen, J. F. (2020). World health organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British Journal of Sports Medicine*, 54(24), 1451–1462. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955>
- Busch, M.C.M., & van der Lucht, F. (2012). *Effecten van preventieve interventies: zijn er verschillen tussen mensen met een lage en een hoge sociaal-economische status?* (RIVM briefrapport 2012- 270171004). Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270171004.pdf>
- Bussemaker, J., Dannenberg, E., Dohmen, D., Driessen, S., Hilhorst, P., Kremer, J., Leerink, B., Noordegraaf-Eelens, L., Ouwehand, A. & Pols, J. (2020). *Gezondheidsverschillen voorbij: Complexe ongelijkheid is een zaak van ons allemaal*. Raad Volksgezondheid &

- Samenleving. <https://www.raadrvs.nl/binaries/raadrvs/documenten/publicaties/2020/10/03/gezondheidsverschillen-voorbij/gezondheidsverschillen+voorbij.pdf>
- Cambridge Dictionary (2023). *Well-being*. In Cambridge Dictionary Online. Geraadpleegd op 27 februari 2023, van <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/well-being?q=wellbeing>
- Canadian Population Health Initiative (CPHI) (2005). *Select highlights on public views of the determinants of health*. Canadian Institute for Health Information. Ottawa, Ontario. <https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?pc=PCC267>
- Carson, V., Lee, E.-Y., Hewitt, L., Jennings, C., Hunter, S., Kuzik, N., Stearns, J. A., Unrau, S. P., Poitras, V. J., Gray, C., Adamo, K. B., Janssen, I., Okely, A. D., Spence, J. C., Timmons, B. W., Sampson, M., & Tremblay, M. S. (2017). Systematic review of the relationships between physical activity and health indicators in the early years (0-4 years). *BioMed Central Public Health*, 17, 33–63. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4860-0>
- Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS] Statline (2022a). *Bevolking op 1 januari en gemiddeld; geslacht, leeftijd en regio*. Geraadpleegd op 10 maart 2023, van <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/03759ned/table?ts=1679646378667>
- Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS] Statline (2022b). *Huishoudens; kindertal, leeftijdsklasse kind, regio, 1 januari*. Geraadpleegd op 10 maart 2023, van <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/71487ned/table?ts=1682413573030>
- Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS] Statline (2022c). *Leefstijl; persoonskenmerken*. Geraadpleegd op 9 maart 2023, van <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/85457NED/table?ts=1685693975751>
- Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS] Statline (2022d). *Regionale kerncijfers Nederland*. Geraadpleegd op 9 maart 2023, van <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/70072ned/table?ts=1678349264233>
- Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS] Statline (z.d.). *Kerncijfers over jeugdzorg*. Geraadpleegd op 9 maart 2023 van <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/85099NED/table?ts=1678348639147>
- Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS] Statline Jeugdmonitor (2022a). *Indicatoren over onderwijs; jongeren 0 tot 25 jaar, regio's*. Geraadpleegd op 9 maart 2023, van <https://jmopendata.cbs.nl/#/JM/nl/dataset/20276NED/table?ts=1682414470696>
- Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS] Statline Jeugdmonitor (2022b). *Kindermishandeling; kenmerken adviezen, meldingen en diensten, regio*. Geraadpleegd op 9 maart 2023, van <https://jmopendata.cbs.nl/#/JM/nl/dataset/20278NED/table?ts=1678353560363>

- Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS] Statline Jeugdmonitor (2022c). *Leefstijl jongeren (middelhare scholieren 2^e en 4^e leerjaar); regio's, 2019*. Geraadpleegd op 15 maart 2023, van <https://jmopendata.cbs.nl/#/JM/nl/dataset/20305NED/table?ts=1678358200021>
- Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS] Statline Jeugdmonitor (2022d). *Verdachten tot 25 jaar; delictgroep, woonregio*. Geraadpleegd op 9 maart 2023, van <https://jmopendata.cbs.nl/#/JM/nl/dataset/20207NED/table?ts=1680174273945>
- Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek [CCMO] (2019). *Kinderen en jongeren*. Geraadpleegd op 4 maart 2023, van <https://www.ccmo.nl/proefpersonen/toestemming-geven/kinderen-en-jongeren>
- Cès, S. (2021). Toegang tot gezondheidszorg. *CM-Informatie*, 286(4), 4-22. https://www.cm.be/media/CM-Info-286_tcm47-72535.pdf
- Chodzen, G., Mays, V. M., & Cochran, S. D. (2020). Over depression and mood disorders among sexual and gender minority populations. In E. D. Rothblum (Red.), *The Oxford handbook of sexual and gender minority mental health*. (pp. 34-45). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190067991.013.5>
- Chuang, K.-Y., Chuang, Y.-C., & Yang, T.-H. (2013). Social cohesion matters in health. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-87>
- Ciarrochi, J., Morin, A. J. S., Sahdra, B. K., Litalien, D., & Parker, P. D. (2017). A longitudinal person-centered perspective on youth social support: relations with psychological wellbeing. *Developmental Psychology*, 53(6), 1154-1169. <https://doi.org/10.1037/dev0000315>
- Clarke, T., & Platt, R. (2023). Children's lived experiences of wellbeing at school in England: a phenomenological inquiry. *Child Indicators Research: The Official Journal of the International Society for Child Indicators*, 16(3), 963-996. <https://doi.org/10.1007/s12187-023-10016-2>
- Coffey, J. (2022). Assembling wellbeing: bodies, affects and the 'conditions of possibility' for wellbeing. *Journal of Youth Studies*, 25(1), 67-83. <https://doi.org/10.1080/13676261.2020.1844171>
- Coleman, J. S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology*, 94, 120. <http://dx.doi.org/10.1086/228943>
- Comasco, E., Berglund, K., Orelund, L., & Nilsson, K. W. (2010). Why do adolescents drink? motivational patterns related to alcohol consumption and alcohol-related problems. *Substance Use & Misuse*, 45(10), 1589-1604. <https://doi.org/10.3109/10826081003690159>

- Comijs, H. C., van Exel, E., van der Mast, R. C., Paauw, A., Oude Voshaar, R., & Stek, M. L. (2013). Childhood abuse in late-life depression. *Journal of Affective Disorders, 147*(1-3), 241–246. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.11.010>
- Cradock, A. L., Kawachi, I., Colditz, G. A., Gortmaker, S. L., & Buka, S. L. (2009). Neighborhood social cohesion and youth participation in physical activity in Chicago. *Social Science & Medicine, 68*(3), 427–435. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.10.028>
- Cuadros, O., & Berger, C. (2016). The protective role of friendship quality on the wellbeing of adolescents victimized by peers. *Journal of Youth and Adolescence: A Multidisciplinary Research Publication, 45*(9), 1877–1888. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0504-4>
- Curcio, A. L., Knott, V. E., & Mak, A. S. (2015). Why do young people engage in delinquency and problem drinking? Views from adolescents and stakeholders. *Australian Psychologist, 50*(5), 350–361. <https://doi.org/10.1111/ap.12118>
- Dalingwater, L. (2019). Linking health and wellbeing in public discourse and policy: the case of the UK. *Interventions Économiques, 62*. <https://doi.org/10.4000/interventionseconomiques.6243>
- Daly, J. B., Wiggers, J. H., & Considine, R. J. (2001). Infant exposure to environmental tobacco smoke: a prevalence study in Australia. *Australian and New Zealand Journal of Public Health, 25*(2), 132–7. <http://doi.org/10.1111/j.1753-6405.2001.tb01834.x>
- Data.politie (2023). *Geregistreeerde overlast; soort overlast, gemeentelijke indeling 2023*. <https://data.politie.nl/#/Politie/nl/dataset/47021NED/table?ts=1678354409714>
- Dawes, J. (2012). Do data characteristics change according to the number of scale points used? An experiment using 5 point, 7 point and 10 point scales. *International Journal of Market Research, 51*(1). <https://doi.org/10.1177/147078530805000106>
- De Clerck, D., de Regt, K., & Bunschoek, J. (2020). *Kind van arme ouders vaker onderschat door leerkracht*. RTL Nieuws. <https://www.rtlnieuws.nl/nieuws/artikel/5042346/kansen-ongelijk-onderwijs-eindtoets-schooladvies-basisschool-opleiding>
- De Graaf-Zijl, M., Josten, E., Boeters, St., Eggink, E., Bolhaar, J., Ooms, I., den Ouden, A., & Woittiez, I. (2015). *De onderkant van de arbeidsmarkt in 2025*. Sociaal en Cultureel Planbureau. <https://www.cpb.nl/sites/default/files/publicaties/download/cpb-boek-17-de-onderkant-van-de-arbeidsmarkt-2025.pdf>
- De Klerk, M., Olsthoorn, M., Plaisier, J., Schaper, J., & Wagemans, F. (2021). *Een jaar met corona: ontwikkeling in de maatschappelijke gevolgen van corona*. Sociaal en Cultureel Planbureau. Den Haag. <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2021/03/03/een-jaar-met-corona>

- De Witt, S., & Hupkens, C. (2018). Alcoholgebruik en gezondheid. In Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (Red.). *Jaarrapport landelijke jeugdmonitor 2018*.
https://www.cbs.nl/-/media/_pdf/2018/48/jeugdmonitor_web.pdf
- Deleire, T., & Kalil, A. (2002). Good things come in threes: single-parent multigenerational family structure and adolescent adjustment. *Demography*, 39(2), 393–413.
<http://doi.org/10.1353/dem.2002.0016>
- Derksen, J. (2019). *Beeldschermgebruik is bij uitstek een sociaal probleem geworden*. Sociale vraagstukken. <https://www.socialevraagstukken.nl/beeldschermgebruik-is-bij-uitstek-een-sociaal-probleem-geworden/comment-page-1/>
- Derose, K. P., & Varda, D. M. (2009). Social capital and health care access: a systematic review. *Medical Care Research and Review: Mcrr*, 66(3), 272–306.
<https://doi.org/10.1177/1077558708330428>
- Diens Uitvoering Onderwijs [DUO] (z.d.). *Dashboard Gelijke Kansen regionaal: de cijfers*. Geraadpleegd op 3 april 2023, van https://portal.informatieproducten.duo.rijkscloud.nl/app_direct/gelijkekansen/
- Diez Roux, A. V., & Mair, C. (2010). Neighborhoods and health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186(1), 125–145. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.05333.x>
- Ding, D., Sallis, J. F., Kerr, J., Lee, S., & Rosenberg, D. E. (2011). Neighborhood environment and physical activity among youth a review. *American Journal of Preventive Medicine*, 41(4), 442–55. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2011.06.036>
- Dooris, M., Farrier, A., & Froggett, L. (2018). Wellbeing: the challenge of 'operationalising' an holistic concept within a reductionist public health programme. *Perspectives in Public Health*, 138(2), 93–99. <https://doi.org/10.1177/1757913917711204>
- Driedonks, M. (z.d.). Veelgestelde vragen over de jeugdsector. Nederlands jeugdinstituut. <https://www.nji.nl/transformatie-jeugdhulp/veelgestelde-vragen-jeugdsector>
- Dunn, J. R. (2002). Housing and inequalities in health: a study of socioeconomic dimensions of housing and self reported health from a survey of Vancouver residents. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(9), 671–671.
<https://doi.org/10.1136/jech.56.9.671>
- Dye, H. (2018). The impact and long-term effects of childhood trauma. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 28(3), 381–392.
<https://doi.org/10.1080/10911359.2018.1435328>
- Elchardus, M., Spruyt, B., & Vanroelen, C. (2021). *Sociologie: een inleiding* (3e editie). Pearson.

- Elling, A., van den Dool, R., & van Stam, W. (2021). *Sport- en beweeggedrag van kinderen en jongeren naar sociaaleconomisch milieu*. Mulier Instituut.
<https://www.kennisbanksportenbewegen.nl/?file=10339&m=1619002382&action=file.download>
- Elliott, S., Drummond, M. J., Prichard, I., Eime, R., Drummond, C., & Mason, R. (2021). Understanding the impact of covid-19 on youth sport in Australia and consequences for future participation and retention. *BioMed Central Public Health*, 21(1).
<https://doi.org/10.1186/s12889-021-10505-5>
- Elshout, J., Tonkens, E., & Swierstra, T. (2016). Meritocratie als aanslag op het zelfrespect van 'verliezers'. In P. de Beer & M. van Pinxteren (Reds.), *Meritocratie: op weg naar een nieuwe klassensamenleving?* (pp. 209-233). Universiteit van Amsterdam.
<https://dare.uva.nl/search?identifier=ff198340-49ba-48c7-a506-49bd0f9294c3>
- Eriksson, M., & Dahlblom, K. (2020). Children's perspectives on health-promoting living environments: the significance of social capital. *Social Science & Medicine*, (1982)258, 113059–113059. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113059>
- Europese Commissie (2022). *The European Core Health Indicators (ECHI) shortlist of 88 health indicators identified by policy area*. https://health.ec.europa.eu/indicators-and-data/european-core-health-indicators-echi_en
- Evans, J. R., & Mathur, A. (2005). The value of online surveys. *Internet Research*, 15(2), 195-219.
<http://dx.doi.org/10.1108/10662240510590360>
- Evans, J. R., & Mathur, A. (2018). The value of online surveys: a look back and a look ahead. *Internet Research*, 28(4), 854–887.
<https://doi.org/10.1108/IntR-03-2018-0089>
- Fane, J., MacDougall, C., Jovanovic, J., Redmond, G., & Gibbs, L. (2020). Preschool aged children's accounts of their own wellbeing: are current wellbeing indicators applicable to young children? *Child Indicators Research: The Official Journal of the International Society for Child Indicators*, 13(6), 1893–1920. <https://doi.org/10.1007/s12187-020-09735-7>
- Faricy, C., & Ellis, C. (2014). Public attitudes toward social spending in the United States: the differences between direct spending and tax expenditures. *Political Behavior*, 36(1), 53–76.
<https://doi.org/10.1007/s11109-013-9225-5>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the adverse childhood experiences (ace) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258.
[https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)

- Ferguson, K. M. (2006). Social capital and children's wellbeing: a critical synthesis of the international social capital literature. *International Journal of Social Welfare*, 15(1), 2–18. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2397.2006.00575.x>
- Feringa, D. R. (2014). *Burgerschap als ambacht: jongerenraden in Nederland* [Proefschrift, Universiteit van Amsterdam]. Dare.uva.nl. <https://dare.uva.nl/search?identifier=e996aa93-01d3-4501-8587-fa2b41686071>
- Figueras, F., & Gardosi, J. (2011). Intrauterine growth restriction: new concepts in antenatal surveillance, diagnosis, and management. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 204(4), 288–300. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2010.08.055>
- Flamer, S. (1983). Assessment of the multitrait-multimethod matrix validity of Likert scales via confirmatory factor analysis. *Multivariate Behavioral Research*, 18(3), 275-306. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr1803_3
- Forney, K. J., & Ward, R. M. (2013). Examining the moderating role of social norms between body dissatisfaction and disordered eating in college students. *Eating Behaviors*, 14(1), 73–78. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.10.017>
- Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D. A., Lynch, J. W., & Davey Smith, G. (2006). Indicators of socioeconomic position (part 1). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(1), 7–7. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.023531>
- Gearhart, M. C. (2022). Social cohesion, mutual efficacy and informal social control: collective efficacy and community-based crime prevention. *International Journal of Law, Crime and Justice*, 71. <https://doi.org/10.1016/j.ijlcrj.2022.100548>
- Gemeente Hoogeveen (z.d.a). *En ze leefden nog lang en gezond: Concept nota volksgezondheid 2022-2026*. https://www.hoogeveen.nl/fileadmin/hoogeveen/PDF/Collegebesluiten/2022/08._8_maart_2022/4149_bijlage_3.pdf
- Gemeente Hoogeveen (z.d.b). *Hoogeveen en de dorpen doen mee: Hoogeveens preventie akkoord 2021-2023*. <https://www.hoogeveen.nl/beleid-en-visies/preventieakkoord-hoogeveen>
- Gemeentebelangen (2021). *Verkiezingsprogramma Gemeentebelangen Hoogeveen 2022-2026*. https://www.gbhoogeveen.nl/wp-content/uploads/2023/01/211118-Verkiezingsprogramma-Gemeentebelangen-Hoogeveen-2022-2026-v0_93.pdf
- Geppert, C., & Muns, S. (2023). *Verhoging van minimumloon en bijstand als wondermiddel voor welvaart en welbevinden van de lage inkomensgroep?* Sociaal en Cultureel Planbureau. <https://www.scp.nl/binaries/scp/documenten/publicaties/2023/02/15/verhoging-van-minimumloon-en-bijstand-als-wondermiddel-voor-welvaart-en-welbevinden-van-de-lage-inkomensgroep/Onderzoek+Minimumloon-+en+bijstandsverhoging.pdf>

- Gezondheidsraad (2018). *De ouder-kindrelatie en jeugdtrauma's*. Den Haag.
<https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2018/05/22/de-ouder-kindrelatie-en-jeugdtraumas>
- Giles-Corti, B., Bull, F., Knuiman, M., McCormack, G., Van Niel, K., Timperio, A., Christian, H., Foster, S., Divitini, M., Middleton, N., & Boruff, B. (2013). The influence of urban design on neighbourhood walking following residential relocation: longitudinal results from the reside study. *Social Science & Medicine*, *77*, 20–30.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.10.016>
- Gul, A., Farooque, A., Naveed, A., Sehrish, S., & Mansoor, A. K. (2022). Covid-19 stress and wellbeing: a phenomenological qualitative study of pakistani medical doctors, *13*.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.920192>
- Gullón, P., & Lovasi, G. S. (2018). Designing healthier built environments. In D. D. Dustin., & I. Kawachi (Eds.), *Neighborhoods and Health* (pp. 219-246). Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/oso/9780190843496.003.0008>
- Hartson, K. R., Gance-Cleveland, B., Amura, C. R., & Schmiede, S. (2018). Correlates of physical activity and sedentary behaviors among overweight hispanic school-aged children. *Journal of Pediatric Nursing*, *40*, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.01.019>
- Haverkamp, B., Verweij, M., & Stronks, K. (2017). 'gezondheid': voor iedere context een passend begrip? *Tijdschrift Voor Gezondheidswetenschappen*, *95*(6), 258–263.
<https://doi.org/10.1007/s12508-017-0070-5>
- Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, *40*(2), 218–227.
<https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>
- Heberle, A. E., & Carter, A. S. (2015). Cognitive aspects of young children's experience of economic disadvantage. *Psychological Bulletin*, *141*(4), 723–46.
<https://doi.org/10.1037/bul0000010>
- Helseth, S., & Misvær, N. (2010). Adolescents' perceptions of quality of life: what it is and what matters. *Journal of Clinical Nursing*, *19*(9-10), 1454–1461.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03069.x>
- Hennink, M. M., Hutter, I., & Bailey, A. (2020). *Qualitative research methods* (2E ed.). Sage.
- Hoffmann, R., Kröger Hannes, & Geyer, S. (2019). Social causation versus health selection in the life course: does their relative importance differ by dimension of ses? *Social Indicators Research: An International and Interdisciplinary Journal for Quality-Of-Life Measurement*, *141*(3), 1341-1367. <https://doi.org/10.1007/s11205-018-1871-x>

- Howlett, M. (2019). *Designing public policies: principles and instruments* (Second, Ser. Routledge textbooks in policy studies). Routledge, Taylor & Francis Group.
<https://doi.org/10.4324/9781315232003>
- Huber, M. (2016). Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 160(8), 39–43. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26840932/>
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., van der Meer, J. W. M., Schnabel, P., Smith, R., van Weel, C., & Smid, H. (2011). How should we define health? *British medical journal* (Clinical Research Ed.), 343, 4163. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Huber, M., van Vliet, M., Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P. C., & Knottnerus, J. A. (2016). Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *British medical journal Open*, 6(1).
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010091>
- Huijbregts, S., Boin, A., Verkuil, B., & Spitters, R. (2018). *Pieter's Corner: De gestreste samenleving*. Universiteit Leiden.
<https://www.universiteitleiden.nl/nieuws/2018/05/pieters-corner-de-gestreste-samenleving>
- Huijnk, W., Damen, R. & van Kampen, L. (2022). *LHBT monitor 2022, Sociaal en Cultureel Planbureau*. <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2022/07/05/lhbt-monitor-2022>
- Hutmacher, F. (2019). On the janus-facedness of stress and modern life. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, 39(3), 181–192. <https://doi.org/10.1037/teo0000113>
- Hutmacher, F. (2021). Putting stress in historical context: why it is important that being stressed out was not a way to be a person 2,000 years ago. *Frontiers in Psychology*, 12.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.539799>
- Ince, D. (2022). *Cijfers over drugsgebruik*. Nederlands jeugdinstituut.
<https://www.nji.nl/cijfers/drugsgebruik>
- Ince, D. (2023). *Cijfers over alcoholgebruik*. Nederlands jeugdinstituut.
<https://www.nji.nl/cijfers/alcoholgebruik>
- Inspectie Overheidsinformatie en Erfgoed [IOE] (2021). *AVG en de Archiefwet*. Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. <https://www.inspectie-oe.nl/onderwerpen/avg-en-de-archiefwet>
- Jansson, M., Sundevall, E., & Wales, M. (2016). The role of green spaces and their management in a child-friendly urban village. *Urban Forestry & Urban Greening*, 18, 228–236.
<https://doi.org/10.1016/j.ufug.2016.06.014>
- Jaremka, L. M., & Sunami, N. (2018). Threats to belonging threaten health: policy implications for improving physical well-being. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*, 5(1), 90–97. <https://doi.org/10.1177/2372732217747005>

- Jelleyman, T., & Spencer, N. (2008). Residential mobility in childhood and health outcomes: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(7), 584–584. <https://doi.org/10.1136/jech.2007.060103>
- Jeugdzorg Nederland (2019). *Zonder twijfel voor het kind: een gemeenschappelijke visie van de Gecertificeerde Instellingen*. <https://www.jeugdzorgnederland.nl/wp-content/uploads/2019/11/Zondertwijfelvoorhetkind.pdf>
- Johnson, P. (2004). Making social science useful. *The British Journal of Sociology*, 55(1), 23–30. <https://doi.org/10.1111/j.1468-4446.2004.00003.x>
- Jones, C. M., Merrick, M. T., & Houry, D. E. (2020). Identifying and preventing adverse childhood experiences: implications for clinical practice. *Jama*, 323(1), 25–26. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.18499>
- Jordan, A., & Rees, E. (2020). *Children's views on well-being and what make a happy life, UK: 2020*. Office for national statistics. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/wellbeing/articles/childrensviwsonwellbeingandwhatmakesahappyifeuk2020/2020-10-02>
- Kamps, L. (2022). *Waarom is het voor jongeren extra gevaarlijk om alcohol te drinken?* Alcohol.info.nl. <https://www.alcoholinfo.nl/effecten/risicos-voor-jongeren>
- Kaushal, N. (2014). Intergenerational payoffs of education. *Future of Children*, 24(1), 61–78. <http://dx.doi.org/10.1353/foc.2014.0005>
- Keane, E., Kelly, C., Molcho, M., & Nic Gabhainn, S. (2017). Physical activity, screen time and the risk of subjective health complaints in school-aged children. *Preventive Medicine*, 96, 21–27. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.12.011>
- Keller, S. (2020). What does mental health have to do with well-being? *Bioethics*, 34(3), 228–234. <https://doi.org/10.1111/bioe.12702>
- Kennedy, B. M. P., Paeratakul, S. M. B. B. S., Ryan, D. H. M. D., & Bray, G. A. M. D. (2007). Socioeconomic status and health disparity in the United States. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 15(2-3), 13–23. https://doi.org/10.1300/J137v15n02_02
- Kennewell, E., Curtis, R. G., Maher, C., Luddy, S., & Virgara, R. (2022). The relationships between school children's wellbeing, socio-economic disadvantage and after-school activities: a cross-sectional study. *BioMed Central Pediatrics*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-022-03322-1>
- Kenney, K. E., & Moore, S. (2013). Canadian adolescent perceptions and knowledge about the social determinants of health: an observational study of kingston, ontario youth. *BioMed Central Public Health*, 13(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-781>

- Kind & Onderzoek (z.d.). *Rechten van uw kind*. Geraadpleegd op 30 mei 2023, van <https://www.kindenonderzoek.nl/voor-ouders/rechten-van-uw-kind/>
- Kinderrechtencollectief (2019). *Opkomen voor kinderrechten*. VN-kinderrechtencomité. https://www.kinderrechten.nl/assets/2022/09/Advies-van-het-VN-Kinderrechtencomite_webversie.pdf
- Kleinjan, M., Pieper, I., Stevens, G., Van de Klundert, N., Rombouts, M., Boer, M., & Lammers, J. (2020). *Geluk onder druk? Onderzoek naar het mentaal welbevinden van jongeren in Nederland*. Unicef, Trimbos Instituut, Universiteit Utrecht & Stichting Alexander. Den Haag. https://www.unicef.nl/files/Rapport_Geluk%20onder%20druk_DEF_interactief.pdf
- Klitsie, T., Corder, K., Visscher, T. L. S., Atkin, A. J., Jones, A. P., & van Sluijs, E. M. F. (2013). Children's sedentary behaviour: descriptive epidemiology and associations with objectively measured sedentary time. *BioMed Central Public Health*, *13*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1092>
- Kneeshaw-Price, S. H., Saelens, B. E., Sallis, J. F., Frank, L. D., Grembowski, D. E., Hannon, P. A., Smith, N. L., & Chan, K. C. G. (2015). Neighborhood crime-related safety and its relation to children's physical activity. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, *92*(3), 472–89. <https://doi.org/10.1007/s11524-015-9949-0>
- Köhler L. (2016). Monitoring children's health and well-being by indicators and index: apples and oranges or fruit salad? *Child: Care, Health and Development*, *42*(6), 798–808. <https://doi.org/10.1111/cch.12373>
- Kuilman, M., & Huisman, E. (2022). *Jeugd in de gemeente Hoogeveen: Resultaten van de corona gezondheidsmonitor jeugd 2021*. Gemeentelijke Gezondheidsdienst Drenthe. https://www.gezondheidsgegevensdrenthe.nl/media/1645/jeugd-in-hoogeveen-2021_versie-10.pdf
- Kuindersma, N., Van der Meer-Jansma, M., Van Vliet, M., & Hage, R. (2022). Games en sociale media in de spreekkamer. *Huisarts en Wetenschap*, *66*(1), 53-55. <http://doi.org/10.1007/s12445-022-2148-9>
- Kunst, A. E. (2010). Een overzicht van sociaal-economische verschillen in gezondheid in Europa. In L. Bonneux (Red.), *De gezonde levensloop: Een geschenk van vele generaties* (pp. 39-57). Amsterdam University Press. <https://pure.knaw.nl/portal/nl/publications/de-gezonde-levensloop-een-geschenk-van-vele-generaties>
- Kuntsche, E., & Müller, S. (2011). Why Do Young People Start Drinking? Motives for First-Time Alcohol Consumption and Links to Risky Drinking in Early Adolescence. *European Addiction Research*, *18*(1), 34-30. <https://doi.org/10.1159/000333036>

- Larouche, R., Garriguet, D., & Tremblay, M. S. (2016). Outdoor time, physical activity and sedentary time among young children: the 2012-2013 Canadian health measures survey. *Canadian Journal of Public Health: A Publication of the Canadian Public Health Association*, 107(6), 506. <https://doi.org/10.17269/CJPH.107.5700>
- Leung, A. N. M., Law, W., Liang, Y. Y., Au, A. C. L., Li, C., & Ng, H. K. S. (2021). What explains the association between usage of social networking sites (sns) and depression symptoms? The mediating roles of self-esteem and fear of missing out. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8). <https://doi.org/10.3390/ijerph18083916>
- Lewis, A. (2020). Understanding the concept of child well-being. In Z. Williams-Brown & S. Mander (Eds.), *Childhood well-being and resilience: influences on educational outcomes* (pp. 7-19) Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429324635>
- Ligtermoet, I., van Beekhoven, E., Berns, J., & Gort, A. (2018). *Gemeenten aan de slag met opvoeden en ouderschap*. Nederlands Jeugdinstituut. <https://www.nji.nl/sites/default/files/2021-05/Gemeenten-aan-de-slag-met-opvoeden-en-ouderschap.pdf>
- Lindenberg, S. (2013). Social Rationality, Self-Regulation, and Well-being: The Regulatory Significance of Needs, Goals, and the Self. In R. Wittek, T. A. B. & V. Nee (Ed.), *The handbook of rational choice social research* (pp. 72-112). Stanford Social Sciences, an imprint of Stanford University Press.
- Loef, B., Meulman, I., Herber, G.-C. M., Kommer, G. J., Koopmanschap, M. A., Kunst, A. E., Polder, J. J., Wong, A., & Uiters, E. (2021). Socioeconomic differences in healthcare expenditure and utilization in the Netherlands. *BioMed Central Health Services Research*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06694-9>
- Lopes, F. V., Riumallo Herl, C. J., Mackenbach, J. P., & Van Ourti, T. (2022). Patient cost-sharing, mental health care and inequalities: a population-based natural experiment at the transition to adulthood. *Social Science & Medicine*, 296. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114741>
- Magee, C., Norena, M., Hubley, A. M., Palepu, A., Hwang, S. W., Nisenbaum, R., Karim, M. E., & Gadermann, A. (2019). Longitudinal associations between perceived quality of living spaces and health-related quality of life among homeless and vulnerably housed individuals living in three Canadian cities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(23). <https://doi.org/10.3390/ijerph16234808>
- Manning, W. D., & Lamb, K. A. (2003). Adolescent well-being in cohabiting, married, and single parent families. *Journal of Marriage and Family*, 65(4), 876-893. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2003.00876.x>

- Marmot, M., Bégin, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A. J., Taylor, S., Berlinguer, G., Chatterjee, M., Foege, W. H., Guo, Y., Kurokawa, K., Escobar, R. L., Marandi, A., Mocumbi, P., Ndiaye, N., Ngilu, C. K., Rashad, H., Sen, A., Satcher, D., ... Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet (London, England)*, *372*(9650), 1661–9. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6)
- Martins, D. C., Babajide, O., Maani, N., Abdalla, S. M., Gómez, E. J., Pongsiri, M. J., Tlou, S., Leung, G. M., Benjamin, G. C., Goosby, E., Dain, K., Vega, J., Zeinali, Z., Stoeva, P., Galea, S., Sturchio, J., & Twum-Danso, N. A. Y. (2021). Integrating social determinants in decision making processes for health: insights from conceptual frameworks—the 3-d commission. *Journal of Urban Health*, *98*(Suppl 1), 51–59. <https://doi.org/10.1007/s11524-021-00560-z>
- Martin-Storey, A., Fitzgerald, H. E., Johnson, D. J., Baolian, Q. D., Villarruel, F. A., Norder, J., & Baams, L. (2019). Gender nonconformity during adolescence: links with stigma, sexual minority status, and psychosocial outcomes. In H. E. Fitzgerald, D. J. Johnson, D. B. Qin, F. A. Villarruel, & Norder, J. (Eds.). *Handbook of Children and Prejudice*, 583–596. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-12228-7_33
- Mazeikaite, G., O'Donoghue, C., & Sologon, D. M. (2021). What drives cross-country health inequality in the EU? unpacking the role of socio-economic factors. *Social Indicators Research: An International and Interdisciplinary Journal for Quality-Of-Life Measurement*, *155*(1), 117–155. <https://doi.org/10.1007/s11205-020-02587-2>
- McDaniel, S. A. (2013). Understanding health sociologically. *Current Sociology*, *61*(5-6), 826–841. <https://doi.org/10.1177/0011392113480471>
- McIntosh, J., MacDonald, F., & McKeganey, N. (2005). Why do children experiment with illegal drugs? The declining role of peer pressure with increasing age. *Addiction Research and Theory*, *14*(3), 275–287. <https://doi.org/10.1080/16066350500330465>
- McLean, J., Egan, J., Cheater, F., Morgan, A., McPherson, K., McGee, E., & Kerr, S. (2013). The association between family and community social capital and health risk behaviours in young people: an integrative review. *BioMed Central Public Health*, *13*(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-971>
- McQuinn, S., Delnord, M., Sweeney, M. R., & Staines, A. (2019). Making the lives of children and young people more visible in Europe. Consensus on child and young people's health and wellbeing indicators for Europe: a delphi process. *Child Indicators Research: The Official Journal of the International Society for Child Indicators*, *13*(3), 951–966. <https://doi.org/10.1007/s12187-019-09664-0>

- Menawi, W. A., Tengilimoglu, D., & Dziegielewski, S. F. (2018). Health beliefs and attitudes: a comparison between turkey and palestine. *Journal of Social Service Research, 44*(1), 19-29. <https://doi.org/10.1080/01488376.2017.1374316>
- Michalopoulou, C., & Symeonaki, M. (2017). Improving likert scale raw scores interpretability with k-means clustering. *Bulletin of Sociological Methodology/Bulletin De Méthodologie Sociologique, 135*(1), 101-109. <https://doi.org/10.1177/0759106317710863>
- Miech, R. A., & Hauser, R. M. (2001). Socioeconomic status and health at midlife: a comparison of educational attainment with occupation-based indicators. *Annals of Epidemiology, 11*(2), 75-84. [https://doi.org/10.1016/S1047-2797\(00\)00079-X](https://doi.org/10.1016/S1047-2797(00)00079-X)
- Miller, H. N., Thornton, C. P., Rodney, T., Thorpe, R. J., & Allen, J. (2020). Social cohesion in health: a concept analysis. *Ans. Advances in Nursing Science, 43*(4), 375-390. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000327>
- Mills, J. S., Jadd, R., & Key, B. L. (2012). Wanting a body that's better than average: the effect of manipulated body norms on ideal body size perception. *Body Image, 9*(3), 365-372. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.03.004>
- Ministerie van Algemene Zaken (2017). *Wat zijn de risico's van roken voor, tijdens en na de zwangerschap?* Rijksoverheid.nl. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/roken/vraag-en-antwoord/risico-roken-zwangerschap#:~:text=Roken%20tijdens%20de%20zwangerschap&text=Het%20kind%20ontwikkelt%20zich%20minder,%2C%20leerproblemen%2C%20astma%20en%20overgewicht>.
- Ministerie van Algemene Zaken (2021). *Bijbaan, vakantiewerk en stage door jongeren*. Rijksoverheid.nl. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/bijbaan-vakantiewerk-en-stage-door-jongeren>
- Ministerie van Algemene Zaken (2022a). *Alcohol voor jongeren extra schadelijk*. Rijksoverheid.nl. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/alcohol/jongeren-en-alcohol#:~:text=Alcoholgebruik%20onder%20jongeren%20zorgt%20voor,hersenen%20nog%20volop%20in%20ontwikkeling>.
- Ministerie van Algemene Zaken (2022b). *Beleid ruimtelijke ordening*. Rijksoverheid.nl. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/ruimtelijke-ordening-en-gebiedsontwikkeling/beleid-ruimtelijke-ordening>
- Ministerie van Algemene Zaken (2022c). *Sporten en bewegen voor kinderen*. Rijksoverheid.nl. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/sport-en-bewegen/sporten-en-bewegen-voor-kinderen>

- Ministerie van Algemene Zaken (2022d). *Wanneer betaal ik een eigen risico voor mijn zorg?* Rijksoverheid.nl. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/eigen-risico-zorgverzekering#:~:text=U%20betaalt%20een%20eigen%20risico,zelf%20de%20eerste%20%E2%82%AC%20385>.
- Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (2022). *Volkshuisvesting Nederland*. <https://www.volkshuisvestingnederland.nl/>
- Ministerie van Justitie en Veiligheid & Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en sport (2022). *Eindrapportage scheiden zonder schade*. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/03/22/tk-bijlage-2-scheiden-eindrapport>
- Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (2019). *Kansengelijkheid in het onderwijs* [Kamerbrief]. <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/kamerstukken/2019/03/13/kamerbrief-over-kansengelijkheid-in-het-onderwijs/kamerbrief-over-kansengelijkheid-in-het-onderwijs.pdf>
- Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (2023). *Zeer zwakke scholen*. <https://www.onderwijsinspectie.nl/onderwerpen/zeer-zwakke-scholen>
- Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (z.d.). *Aantal inwoners gemeenten per 1 januari 2019 gesorteerd op aantal inwoners*. <https://www.uitvoeringvanbeleidszw.nl/binaries/uitvoeringvanbeleidszw/documenten/publicaties/subsidies/veranderopgave-inburgering-pilots/tabel-aantal-inwoners-gemeenten-per-1-januari-2019/tabel-aantal-inwoners-gemeenten-per-1-januari2019/Aantal+inwoners+gemeenten+per+1+januari+2019+gesorteerd+op+aantal+inwoners.pdf>
- Ministerie van Volksgezondheid en Zorg (z.d.). *Sociaaleconomische status*. Geraadpleegd op 1 februari 2023, van <https://www.vzinfo.nl/sociaaleconomische-status>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2022a). *Eén tegen eenzaamheid: Actieprogramma 2022-2025*. <https://open.overheid.nl/repository/ronl-056852de24cfc57b55dd6528f76937b99d3704e7/1/pdf/een-tegen-eezaamheid-2022-2025.pdf>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2022b). *Medische zorg in crisisnoodopvang asielzoekers onder enorme druk*. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. <https://www.igj.nl/actueel/nieuws/2022/08/03/medische-zorg-in-crisisnoodopvang-asielzoekers-onder-enorme-druk>

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2022c). *Organisatie ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*.
[https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/organisatie#:~:text='Samen%20gezond%2C%20fit%20en%20veerkrachtig,Welzijn%20en%20Sport%20\(VWS\).&text=Het%20ministerie%20van%20VWS%20zet,van%20leven%20van%20alle%20Nederlanders.](https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/organisatie#:~:text='Samen%20gezond%2C%20fit%20en%20veerkrachtig,Welzijn%20en%20Sport%20(VWS).&text=Het%20ministerie%20van%20VWS%20zet,van%20leven%20van%20alle%20Nederlanders.)
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2023). *Urgente risico's voor gezondheid asielzoekers in crisishulpverlening*. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.
<https://www.igj.nl/actueel/nieuws/2023/03/09/urgente-risicos-voor-gezondheid-asielzoekers-in-crisishulpverlening>
- Molarius, A., Simonsson, B., Lindén-Boström Margareta, Kalandar-Blomqvist, M., Feldman, I., & Eriksson, H. G. (2014). Social inequalities in self-reported refraining from health care due to financial reasons in Sweden: health care on equal terms? *BioMed Central Health Services Research*, 14. <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0605-2>
- Mooney, A., Oliver, C., & Smith, M. (2009). *Impact of Family Breakdown on Children's Well-Being: Evidence Review*. Institute of Education. University of London.
<https://dera.ioe.ac.uk/11165/1/DCSF-RR113.pdf>
- Navarro, V., & Shi, L. (2001). The political context of social inequalities and health. *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, 31(1), 1–21.
<http://dx.doi.org/10.2190/1GY8-V5QN-A1TA-A9KJ>
- Nederlands Jeugdinstituut (2014). *Eenoudergezinnen*.
<https://www.nji.nl/sites/default/files/2021-07/Eenoudergezinnen.pdf>
- Nederlands Jeugdinstituut (z.d.). *Hoe vinden kinderen hun draai in een samengesteld gezin?*
<https://www.nji.nl/scheiding/hoe-vinden-kinderen-hun-draai-in-een-samengesteld-gezin#de-verhoudingen-kunnen-complex-zijn>
- Nederlandse Omroep Stichting [NOS] (2022). *Lokale partijen nog dominant, grote verschuivingen door debutanten blijven uit*. <https://nos.nl/collectie/13894/artikel/2421520-lokale-partijen-nog-dominanter-grote-verschuivingen-door-debutanten-blijven-uit>
- Nettleton, S. (Red.) (2021). *The sociology of health and illness* (Fourth). Polity.
- Nicholson, J. M., Strazdins, L., Brown, J. E., & Bittman, M. (2012). How parents' income, time and job quality affect children's health and development. *The Australian Journal of Social Issues*, 47(4), 505–525. <http://dx.doi.org/10.1002/j.1839-4655.2012.tb00263.x>
- Niclasen, B. (2007). Low birthweight as an indicator of child health in Greenland: Use, knowledge and implications. *International Journal of Circumpolar Health*, 66(3), 215–225.
<http://dx.doi.org/10.3402/ijch.v66i3.18257>

- Nielsen, S. B., Lemire, S., & Tangsig, S. (2022). Unpacking context in realist evaluations: findings from a comprehensive review. *Evaluation, 28*(1), 91–112.
<https://doi.org/10.1177/13563890211053032>
- Niesink, R., & van Laar, M. (2016). *THC, CBD en gezondheidseffecten van wiet en hasj: Update 2016*. Trimbos instituut. <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/af1490-thc-cbd-en-gezondheidseffecten-van-hasj-en-wiet-update-2016/>
- Nikken, P., & Jongmans, L. (2013). *Mediawijsheid. Informatie en inspiratie voor gemeentelijk beleid*. Nederlands Jeugd Instituut. <https://www.nji.nl/sites/default/files/2021-06/Mediawijsheid.pdf>
- Njelesani, J., & Hunleth, J. (2020). Youth participatory research evidence to inform health policy: a systematic review protocol. *British Medical Journal Open, 10*(8), 036522.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036522>
- NOC*NSF (2021). *Zo sport Nederland: Belangrijkste trends en ontwikkelingen in sportdeelname 2021*. <https://nocnsf.nl/media/5614/zo-sport-nederland-2021.pdf>
- Norms. (2008). In W. A. Darity, Jr. (Ed.), *International Encyclopedia of the Social Sciences* (2nd ed., Vol. 5, pp. 536-538). Macmillan Reference USA.
- Odenbring, Y. (2019). Strong boys and supergirls? school professionals' perceptions of students' mental health and gender in secondary school. *Education Inquiry, 10*(3), 258–272.
<http://dx.doi.org/10.1080/20004508.2018.1558665>
- Ormel, J., Lindenberg, S., Steverink, N., & Verbrugge, L. M. (1999). Subjective well-being and social production functions. *Social Indicators Research, 46*(1), 61–90.
<https://doi.org/10.1023/A:1006907811502>
- Palviainen, Å., & Räisä, T. (2022). The winding road to accessing the voices of one thousand schoolchildren: a nexus analysis of collecting data for a survey. *Scandinavian Journal of Educational Research, 66*(5), 793–807. <https://doi.org/10.1080/00313831.2021.1939137>
- Paraje, G., & Valdés, N. (2021). Changes in parental smoking behavior and children's health status in Chile. *Preventive Medicine, 153*. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106792>
- Paternotte, M., & Prooij, F. (2019). *Doelgroeponderzoek plattelandsjongeren: kwalitatief onderzoek naar alcoholgebruik onder plattelandsjongeren*. MARE. Amsterdam.
<https://open.overheid.nl/documenten/ronl-3ae3df43-72ca-40cb-ab2e-6c74081c301f/pdf>
- Pavić, I., Dodig, S., Jurković, M., Krmek, T. & Španović, Đ. (2011). The Influence of Mother's active smoking during pregnancy on Body Mass Index of newborns. *Collegium Antropologicum, 35*(4), 1149-1154. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22397252/>

- Pavić, I., Pavić, P., Palčić, I., & Nenadić, N. (2012). Influence of passive smoking on functional abilities in children. *International Journal of Environmental Health Research*, 22(4), 355-361. <https://doi.org/10.1080/09603123.2011.643230>
- Pawson, R., & Tilley, N. (1997). *Realistic evaluation*. Sage Publications.
- Peeters, M., Doornwaard, S., Leijerzapf, M., de Haas, J., Efat, A., & Kleinjan, M. (2022). Prestatiedruk en schoolstress bekeken vanuit verschillende perspectieven: Een cocreatie door praktijk, onderwijs, beleid, ervaring en onderzoek. *JGZ Tijdschrift voor jeugdgezondheidszorg*, 54(5-6), 127-133. <https://doi.org/10.1007/s12452-022-00289-4>
- Pennington, J. R., Oglesby, W. H., & Alemagno, S. (2021). Impact of social capital on the availability of health care services. *Population Health Management*, 24(3), 369-375. <https://doi.org/10.1089/pop.2020.0142>
- Poitras, V. J., Gray, C. E., Janssen, X., Aubert, S., Carson, V., Faulkner, G., Goldfield, G. S., Reilly, J. J., Sampson, M., & Tremblay, M. S. (2017). Systematic review of the relationships between sedentary behaviour and health indicators in the early years (0-4 years). *BioMed Central Public Health*, 17, 65-89. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4849-8>
- Poteat, V. P., Scheer, J. R., & Mereish, E. H. (2014). Factors affecting academic achievement among sexual minority and gender-variant youth. *Advances in Child Development and Behavior*, 47, 261-300. <http://doi.org/10.1016/bs.acdb.2014.04.005>
- ProDemos (z.d.). *Taken en inkomsten van de gemeente*. <https://prodemos.nl/kennis/informatie-over-politiek/de-gemeente/wat-doet-de-gemeente/>
- Przybylski, A. K., Murayama, K., DeHaan, C. R., & Gladwell, V. (2013). Motivational, emotional, and behavioral correlates of fear of missing out. *Computers in Human Behavior*, 29(4), 1841-1848. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.02.014>
- Putnam, R. D. (1995). Tuning in, tuning out: the strange disappearance of social capital in America. *Political Science and Politics*, 28(4), 664-683.
- Putra, I. G. N. E., Astell-Burt, T., & Feng, X. (2022). Perceived green space quality, child biomarkers and health-related outcomes: a longitudinal study. *Environmental Pollution*, 303. <https://doi.org/10.1016/j.envpol.2022.119075>
- Quijada Cerecer, D. A., Cahill, C., & Bradley, M. (2013). Toward a critical youth policy praxis: critical youth studies and participatory action research. *Theory into Practice*, 52(3), 216-223. <https://doi.org/10.1080/00405841.2013.804316>

- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2018). *Overbezorgd: Maatschappelijke verwachtingen en mentale druk onder jongvolwassenen*.
https://www.raadrvs.nl/binaries/raadrvs/documenten/publicaties/2018/07/12/maatschappelijke-verwachtingen-en-mentale-druk-bij-jongvolwassenen/RVS_essay_Over_bezorgd_Maatschappelijke_verwachtingen_en_mentale_druk Onder_jongvolwassenen.pdf
- Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2002). Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, *128*(2), 330–66.
<http://doi.org/10.1037/0033-2909.128.2.330>
- Rigby, M. J., Köhler, L. I., Blair, M. E., & Metchler, R. (2003). Child health indicators for Europe: a priority for a caring society. *European Journal of Public Health*, *13*, 38–46.
https://doi.org/10.1093/eurpub/13.suppl_3.38
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) Statline (2022). *Corona gezondheidsmonitor Jeugd 2021; regio*.
<https://statline.rivm.nl/#/RIVM/nl/dataset/50092NED/table?ts=1653398979958>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) (z.d.a.). *Gevolgen van drugsgebruik*.
<https://www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente/leefstijlthemas/drugs/cijfers-en-feiten/gevolgen>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) (z.d.b.). *Hoe ongezond is roken?*
<https://www.rivm.nl/tabak/hoe-ongezond-is-roken#:~:text=Roken%20verhoogt%20vooral%20het%20risico,hel%20verloop%20van%20een%20ziekte>
- Rijksoverheid (z.d.a.). *Jeugdhulp bij gemeenten*.
<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/jeugdhulp/jeugdhulp-bij-gemeenten>
- Rijksoverheid (z.d.b.). *Taken van een gemeente*.
<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gemeenten/taken-gemeente>
- Robert, S. A., & Booske, B. C. (2011). Us opinions on health determinants and social policy as health policy. *American Journal of Public Health*, *101*(9), 1655–63.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300217>
- Robert, S.A., Booske, B. C., & Rigby, E., & Rohan, A. M. (2008). Public views on determinants of health, interventions to improve health, and priorities for government. *The State Medical Society of Wisconsin*, *107*(3), 124–130. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18575096/>
- Roberts, L. D., & Allen, P. J. (2015). Exploring ethical issues associated with using online surveys in educational research. *Educational Research and Evaluation*, *21*(2), 95–108.
<https://doi.org/10.1080/13803611.2015.1024421>

- Rocco, L. & Suhrcke, M. (2012). *Is social capital good for health? A European perspective*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/352821>
- Rollings, K. A., Wells, N. M., Evans, G. W., Bednarz, A., & Yang, Y. (2017). Housing and neighborhood physical quality: children's mental health and motivation. *Journal of Environmental Psychology, 50*, 17–23. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2017.01.004>
- Rombouts, M., & Scheffers-van Scayk (2023). *Alcohol en opvoeding: in de stad wordt er anders over gedacht dan in een dorp of op het platteland*. Utrecht: Trimbos Instituut. <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2023/03/INF132-infographic-NIX18-Opvoeding-over-alcohol-en-tabak-verschillen-tussen-stad-en-dorp.pdf>
- Rombouts, M., Martens, W., Tuithof, M., & Scheffers-van Schayk (2021). *Opvoeding over alcohol en tabak: zijn er verschillen tussen ouders die in de stad of in een dorp wonen?* Utrecht: Trimbos Instituut. <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2023/03/INF132-infographic-NIX18-Opvoeding-over-alcohol-en-tabak-verschillen-tussen-stad-en-dorp.pdf>
- Rombouts, M., Van Dorsselaer, S., Scheffers-van Scayk, T., Tuithof, M., Kleinjan, M. & Monshouwer, K. (2020). *Jeugd en riskant gedrag: kerngegevens uit het peilstationonderzoek scholieren*. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Sabolova, K., Birdsey, N., Stuart-Hamilton, I., & Cousins, A. L. (2020). A cross-cultural exploration of children's perceptions of wellbeing: understanding protective and risk factors. *Children and Youth Services Review, 110*. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.104771>
- Saelens, B. E., & Handy, S. L. (2008). Built environment correlates of walking: a review. *Medicine and Science in Sports and Exercise, 40*(7 Suppl), 566. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e31817c67a4>
- Sampasa-Kanyinga, H., Colman, I., Goldfield, G. S., Janssen, I., Wang, J. L., Podinic, I., Tremblay, M. S., Saunders, T. J., Sampson, M., & Chaput, J.-P. (2020). Combinations of physical activity, sedentary time, and sleep duration and their associations with depressive symptoms and other mental health problems in children and adolescents: a systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 17*(1). <https://doi.org/10.1186/s12966-020-00976-x>
- Saunders, T. J., Rollo, S., Kuzik, N., Demchenko, I., Bélanger, S., Brisson-Boivin, K., Carson, V., da Costa, B. G. G., Davis, M., Hornby, S., Huang, W. Y., Law, B., Ponti, M., Markham, C., Salmon, J., Tomasone, J. R., Van Rooij, A. J., Wachira, L.-J., Wijndaele, K., & Tremblay, M. S. (2022). International school-related sedentary behaviour recommendations for children and youth. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 19*(1). <https://doi.org/10.1186/s12966-022-01259-3>
- Schmeets, H. (2022). *De Heitjes en het sociaal kapitaal in Heerlen*. Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS]. <https://www.cbs.nl/nl-nl/reeksen/heerlens-heitje>

- Schoemaker, C., Kleinjan, M., van der Borg, W., Busch, M., Muntinga, M., Nuijen, J., & Dedding, C. (2019). Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. *Mentale gezondheid van jongeren: enkele cijfers en ervaringen*.
https://www.rivm.nl/sites/default/files/2022-03/011281_120429_RIVM%20Brochure%20Mentale%20Gezondheid_V7B_TG_V2.pdf
- Sherin, K. M., Stillerman, A. J., Chandrasekar, L., Went, N. S., & Niebuhr, D. W. (2022). Recommendations for population-based applications of the adverse childhood experiences study: position statement by the American College of Preventive Medicine. *Ajpm Focus*, 1(2). <https://doi.org/10.1016/j.focus.2022.100039>
- Shri, K. S., Santosh, K. S., Md, J. R., Akash, P., & Laxmi, K. D. (2022). Effectiveness of modular approach in ensuring data quality in large-scale surveys: evidence from national family health survey - 4 (2015-2016), 19, 101254.
<https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101254>
- Simons, G., & Baldwin, D. S. (2021). A critical review of the definition of 'wellbeing' for doctors and their patients in a post COVID-19 era. *The International Journal of Social Psychiatry*, 67(8), 984-991. <https://doi.org/10.1177/00207640211032259>
- Slender, H., & Steenbergen, J. (z.d.). *Sportief Hoogeveen voor een vitale samenleving: Hoogeveens sportakkoord 2020*. Gemeente Hoogeveen.
https://www.hoogeveen.nl/fileadmin/hoogeveen/PDF/Beleid/Sportakkoord_Hoogeveen_2020.pdf
- Snijder, M. (2015). *Een sterke basis*. Nederlands Jeugdinstituut.
<https://www.nji.nl/sites/default/files/2021-05/Samen-om-het-kind-Deel-1-Een-sterke-basis.pdf>
- Soares, F. R. R., Oliveira, D. I. de C., Torres, J. D. M., Pessoa, V. L. M. de P., Guimarães, J. M. X., & Monteiro, A. R. M. (2020). Reasons of drug use among adolescents: implications for clinical nursing care. *Revista Da Escola De Enfermagem Da U S P*, 54, 03566.
<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018058003566>
- Sociaal en Cultureel Planbureau [SCP] (2022). *Mentale gezondheid van meisjes fors verslechterd* [nieuwsbericht]. <https://www.scp.nl/actueel/nieuws/2022/09/14/mentale-gezondheid-van-meisjes-fors-verslechterd#:~:text=De%20mentale%20gezondheid%20van%20meisjes,gezondheid%20van%20jongeren%20in%20Nederland>.
- Sociaal en Cultureel Planbureau [SCP] (2023). *Verhoging minimumloon heeft positief effect op inkomen, maar niet direct op gezondheid en welzijn* [Nieuwsbericht]. <https://www.scp.nl/actueel/nieuws/2023/02/15/scp-verhoging-minimumloon-heeft-positief-effect-op-inkomen-maar-niet-direct-op-gezondheid-en-welzijn>

- Social Capital. (2008). In W. A. Darity, Jr. (Ed.), *International Encyclopedia of the Social Sciences* (2nd ed., Vol. 7, pp. 564-567). Macmillan Reference USA.
- Social Cohesion. (1968). In D. L. Sills (Ed.), *International Encyclopedia of the Social Sciences* (2nd ed., Vol. 2, pp. 542-546). Macmillan Reference USA.
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2* (Policy and Practice).
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44489>
- Solari, C. D., & Mare, R. D. (2012). Housing crowding effects on children's wellbeing. *Social Science Research*, 41(2), 464-476. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2011.09.012>
- Sonneveld, L., & Bungener, S. (2022). Op weg naar passende zorg voor lhbt+-jongeren met psychische klachten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 64(3), 152-159.
https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/nl/artikelen/article/50-12936_Op-weg-naar-passende-zorg-voor-lhbt-jongeren-met-psychische-klachten
- Sood, D., Comer-Hagans, D., Anderson, D., Basmajian, D., Bohlen, A., Grome, M., Imanova, I., & Martin, K. (2018). Discovering perspectives on health and well-being from parents and teachers of preschool- aged children. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 6(1).
<https://doi.org/10.15453/2168-6408.1365>
- Sood, D., Comer-Hagans, D., Anderson, D., Basmajian, D., Bohlen, A., Grome, M., Imanova, I., & Martin, K. (2018). Discovering perspectives on health and well-being from parents and teachers of preschool- aged children. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 6(1).
<https://doi.org/10.15453/2168-6408.1365>
- Spencer, R., Walsh, J., Liang, B., Mousseau, A. M. D., & Lund, T. J. (2018). Having it all? A qualitative examination of affluent adolescent girls' perceptions of stress and their quests for success. *Journal of Adolescent Research*, 33(1), 3-33.
<http://doi.org/10.1177/0743558416670990>
- Spruijt, E. (2009). *Kinderen en echtscheiding*. Universiteit Utrecht.
<https://www.descheidingsdeskundige.nl/wp-content/uploads/2014/12/Onderzoek-Kinderen-en-echtscheiding-Ed-Spruijt.pdf>
- Steenbekkers, A., Simon, C., & Veldheer, V. (2006). *Thuis op het platteland: De leefsituatie van platteland en stad vergeleken*. Sociaal en Cultureel Planbureau. Den Haag.
https://repository.scp.nl/bitstream/handle/publications/977/Thuis_op_het_platteland.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Steenbekkers, A., & Vermeij, L. (2013). *De dorpenmonitor: ontwikkelingen in de leefsituatie van dorpsbewoners*. Sociaal en Cultureel Planbureau. Den Haag.
https://repository.scp.nl/bitstream/handle/publications/595/Dorpenmonitor_web.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Steenbekkers, A., Vermeij, L., & Van Houwelingen, P. (2017). *Dorpsleven tussen stad en land*. Sociaal en Cultureel Planbureau. Den Haag.
<https://www.gezondeleefomgeving.nl/sites/default/files/2019-12/Dorpsleven%20tussen%20stad%20en%20land.pdf>
- Stentiford, L., Koutsouris, G., & Allan, A. (2021). Girls, mental health and academic achievement: a qualitative systematic review. *Educational Review*, 1–31.
<https://doi.org/10.1080/00131911.2021.2007052>
- Steverink, N. (2016). *De kracht van sociale relaties: De invloed van sociale relaties op zelfmanagementvaardigheid, gezondheid en welbevinden*. Rijksuniversiteit Groningen.
https://research.rug.nl/files/40035705/Steverink_2016_Oratie_1_dec_2015_RUG_ISBN_online_9789036790062.pdf.
- Steverink, N., Lindenberg, S., Spiegel, T., & Nieboer, A.P. (2020). The associations of different social needs with psychological strengths and subjective well-being: An empirical investigation based on Social Production function theory. *Journal of Happiness Studies*, 21(3), 799–824. <https://doi.org/10.1007/s10902-019-00107-9>
- Stichting Welzijnswerk Hoogeveen [SWW] (z.d.). *Samen werken aan Welzijn: Beleidsvisie 2020-2022*. <https://www.swwh.nl/pagina/beleidsvisie-20202022/>
- Stiglitz, J. E., Sen, A., & Fitoussi, J-P. (2020). *How's life? 2020: measuring well-being*. Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Publishing.
<https://doi.org/10.1787/9870c393-en>
- Taherdoost, H. (2020). What is the best response scale for survey and questionnaire design; review of different lengths of rating scale / attitude scale / likert scale. *International Journal of Academic Research in Management*, 8(1), 1–10.
https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3588604
- Taylor, M., & Edwards, B. (2012). Housing and children's wellbeing and development: evidence from a national longitudinal study. *Family Matters*, 91(91), 47–61.
<https://aifs.gov.au/research/family-matters/no-91/housing-and-childrens-wellbeing-and-development>
- Ten Brinke, H., & Barends, S. (2022). *De jeugd in beeld: Update meting kindvriendelijk Hoogeveen 2015-2021*. CMO Stamm. https://trendbureau.drenthe.nl/wordpress/wp-content/uploads/2021/09/Project_doorontwikkeling_jeugdhulp_rapportage_juli_2019.pdf

- Ten Have, H. A. M. J., ter Meulen, R. H. J., de Vries, M. C. & ter Meulen, B. C. (2020). Doelen van gezondheidszorg. In H. A. M. J. Ten Have, R. H. J. ter Meulen, M. E. De Vries & B. C. Ter Meulen (Reds.), *Leerboek ethiek in de gezondheidszorg* (pp. 81-98). Bohn Stafleu van Loghum.
- Tiggemann, M., & Anderberg, I. (2020). Social media is not real: The effect of "Instagram vs reality" images on women's social comparison and body image. *New Media & Society*, 22(12), 2183–2199. <https://doi.org/10.1177/1461444819888720>
- Tilahun, N., Persky, J., Shin, J., & Zellner, M. (2023). Childhood poverty, extended family and adult poverty. *Journal of Poverty*, 27(1), 1–14. <https://doi.org/10.1080/10875549.2021.2010860>
- Tuithof, M., & Vogel, N. (2018). *Alcohol: een aantal feiten over de schadelijkheid op een rij*. Trimbos Instituut. <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/af1648-alcohol-een-aantal-feiten-op-een-rij/>
- Udo, N. (z.d.). *Jeugdparticipatie vormgeven*. Nederlands Jeugdinstituut. <https://www.nji.nl/ervaringskennis/jeugdparticipatie-vormgeven>
- Universitair Medisch Centrum Groningen [UMCG] (z.d.). *Aderverkalking*. <https://www.umcg.nl/-/aderverkalking-over-de-ziekte>
- Uphoff, E. P., Pickett, K. E., Cabieses, B., Small, N., & Wright, J. (2013). A systematic review of the relationships between social capital and socioeconomic inequalities in health: a contribution to understanding the psychosocial pathway of health inequalities. *International Journal for Equity in Health: The Official Journal of the International Society for Equity in Health*, 12(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-54>
- Van Beuningen, J. (2018). *Woning en woonomgeving gerelateerd aan tevredenheid met het leven*. Centraal Bureau voor de Statistiek. <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2018/01/woning-woonomgeving-en-tevredenheid-met-het-leven>
- Van Beuningen, J., & Coumans, M. (2021). *Welzijnsongelijkheid: Verschillen in geluk en tevredenheid*. Centraal Bureau voor de Statistiek. <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2021/welzijnsongelijkheid-verschillen-in-geluk-en-tevredenheid#:~:text=Het%20welzijn%20in%20Nederland%20ligt,waarden%20dan%20vijf%20jaar%20eerder.>
- Van Beuningen, J., & Moonen, L. (2019). *Trends in geluk en tevredenheid*. Centraal Bureau voor de Statistiek. <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2019/trends-in-geluk-en-tevredenheid>
- Van Dale (z.d.). Normen. In *Van Dale Online*. Geraadpleegd op 13 april 2023, van <https://www.vandale.nl/gratis-woordenboek/nederlands/betekenis/norm#.ZDerSHZByUk>

- Van de Werfhorst, H. (2014). Politieke en sociale gevolgen van inkomensongelijkheid. In M. Kremer, M. Bovens, E. Schrijvers, & R. Went (Eds.), *Hoe ongelijk is Nederland? Een verkenning van de ontwikkeling en gevolgen van economische ongelijkheid* (pp. 113-132). (WRR Verkenningen; Nr. 28). Amsterdam University Press.
http://www.wrr.nl/fileadmin/nl/publicaties/PDFverkenningen/V28_Hoe_ongelijk_is_NL_hfds_t06.pdf
- Van der Wal, R. C., Finkenauer, C., & Visser, M. M. (2018). Reconciling mixed findings on children's adjustment following high-conflict divorce. *Journal of Child and Family Studies*, 28(2), 468-478. <http://dx.doi.org/10.1007/s10826-018-1277-z>
- Van Dorsselaer, S., de Looze, M., Vermeulen-Smit, E., de Roos, S., Verdrumen, J., ter Bogt, T., & Vollebergh, W. (2010). *Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland*. Trimbos instituut, Univerisiteit Utrecht en Sociaal en Cultureel Planbureau.
<https://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/305481/09.pdf?sequence=1>
- Van Essen, C., Leenders, W., Lejour, A., Möhlmann, J., & Rabaté, S. (2022). *Ongelijkheid en herverdeling* [Policy Brief]. Centraal Planbureau.
<https://www.cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/CPB-Policy-Brief-Ongelijkheid-en-herverdeling.pdf>
- Van Goor, M. (2012). *Risikant alcohol- en drugsgebruik in het uitgaanscircuit: feiten, cijfers en trends*. Trimbos Instituut. <https://www.trimbos.nl/docs/1a844e00-7bae-4a18-aabd-2f70cc941be2.pdf>
- Van Klaveren, S., & Kunst, A. (2022). *Wonen, een stevige basis voor gezondheid*. Platform31.
https://www.gezondin.nu/wp-content/uploads/2022/04/Inspiratieboek-GezondIn_Wonen-een-stevige-basis-voor-gezondheid.pdf
- Van Polanen Petel, V. (2022). *Hoe betalen wij zorg?* Centraal Bureau voor de Statistiek.
<https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2022/hoe-betalen-wij-voor-de-zorg-?onepage=true#c-5--Wie-betaalt-de-rekening->
- Van Rooij, A.J. & Kleinjan, M. (2020) *Gezond leven in een digitale wereld: Positie paper Trimbos instituut & Netwerk Mediawijsheid*. Trimbos-instituut (Utrecht) en Netwerk Mediawijsheid (Hilversum). <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/sites/31/2021/09/af1752-gezond-leven-in-een-digitale-wereld.pdf>
- Van Selm, M., & Jankowski, N. W. (2006). Conducting online surveys. *Quality and Quantity: International Journal of Methodology*, 40(3), 435-456.
<https://doi.org/10.1007/s11135-005-8081-8>
- Van Spijker, F., Van der Houwen, K. & Van Gaalen, R. (2017). Invloed ouderlijk opleidingsniveau reikt tot ver in het voortgezet onderwijs. *Economisch-statistische berichten*, 102(4749), 234-237. <https://dare.uva.nl/search?identificer=a213f285-2c57-41b6-aec7-b97fa76a463a>

- Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) (z.d.). *De gemeentelijke rol in gezondheidsbeleid*.
<https://vng.nl/artikelen/de-gemeentelijke-rol-in-gezondheidsbeleid>
- Vink, C. (z.d.). *Rol van de gemeente bij opvoedsteun*. Nederlands jeugdinstituut.
<https://www.nji.nl/opvoeden-en-ouderschap/rol-gemeente-bij-opvoedsteun#preventie-en-steun-bij-ouderschap-en-opvoeden>
- Voedingscentrum (z.d.). *Voedingsnormen*.
<https://www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/voedingsnormen.aspx>
- Vogel, E. A., Rose, J. P., Roberts, L. R., & Eckles, K. (2014). Social comparison, social media, and self-esteem. *Psychology of Popular Media Culture*, 3(4), 206.
- Voogt, C., & Möhle, M. (2022). *Alcohol en jongeren*. Trimbos Instituut.
<https://www.trimbos.nl/kennis/alcohol-en-jongeren/>
- Waarstaatjegemeente (z.d.a.). *Bouwen en wonen*.
<https://www.waarstaatjegemeente.nl/dashboard/dashboard/bouwen-en-wonen>
- Waarstaatjegemeente (z.d.b.). *Jeugd en jeugdhulpverlening*.
<https://www.waarstaatjegemeente.nl/dashboard/dashboard/jeugd-en-jeugdhulpverlening>
- Waarstaatjegemeente (z.d.c.). Lokale monitor wonen.
<https://www.waarstaatjegemeente.nl/dashboard/dashboard/Lokale-Monitor-Wonen>
- Waarstaatjegemeente (z.d.d.). *Onderwijs*.
<https://www.waarstaatjegemeente.nl/dashboard/dashboard/onderwijs>
- Waarstaatjegemeente (z.d.e.). *Openbare orde en veiligheid*.
<https://www.waarstaatjegemeente.nl/dashboard/dashboard/openbare-orde-en-veiligheid>
- Waarstaatjegemeente (z.d.f.). *Werk en inkomen*.
<https://www.waarstaatjegemeente.nl/dashboard/dashboard/werk-en-inkomen>
- WHO Commission on Social Determinants of Health, & World Health Organization (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
- Wightman, P., & Danziger, S. (2014). Multi-generational income disadvantage and the educational attainment of young adults. *Research in Social Stratification and Mobility*, 35, 53–69.
<https://doi.org/10.1016/j.rssm.2013.09.004>
- World Health Organization [WHO] (2010). *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies*.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258734/9789241564052-eng.pdf>

- World Health Organization [WHO] (2019). *Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age*.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/311664>
- World Health Organization [WHO] (2020). *Basic Documents: forty-ninth edition* (including amendments adopted up to 31 May 2019). Geneva. <https://apps.who.int/gb/bd/>
- Wren-Lewis, S., & Alexandrova, A. (2021). Mental health without well-being. *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, 46(6), 684-703. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhab032>
- Wu, H., & Leung, S. O. (2017). Can Likert scales be treated as interval scales? — A Simulation study. *Journal of Social Service Research*, 43(4), 527-532.
<https://doi.org/10.1080/01488376.2017.1329775>
- Xu, M. L., & Leung, S. O. (2018). Effects of varying numbers of likert scale points on factor structure of the rosenberg self-esteem scale. *Asian Journal of Social Psychology*, 21(3), 119–128. <https://doi.org/10.1111/ajsp.12214>
- Yuma-Guerrero, P. J., Cubbin, C., & von Sternberg, K. (2017). Neighborhood social cohesion as a mediator of neighborhood conditions on mothers' engagement in physical activity: results from the geographic research on wellbeing study. *Health Education & Behavior*, 44(6), 845–856. <https://doi.org/10.1177/1090198116687537>
- Zubrzycki, J. (1973). The Relevance of Sociology. *Australian and New Zealand Journal of Sociology*, 9. 5-15. <http://dx.doi.org/10.1177/144078337300900102>
- Zumbuehl, M., & Dillingh (2020). *Ongelijkheid van het jonge kind*. Centraal Planbureau.
<https://www.cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/CPB-Notitie-Ongelijkheid-van-het-jonge-kind.pdf>

Bijlage 1. Context beschrijving: de Gemeente Hogeveen

Voorafgaand aan het uitvoeren van het onderzoek is het belangrijk om kennis te nemen van de context waarin het onderzoek uitgevoerd wordt. De context is onder andere bepalend voor het opstellen van de hypothesen met betrekking tot wat belangrijk wordt gevonden door de jongeren uit de gemeente Hogeveen en waar zij behoefte aan hebben. Ik zoom met name in op de context die voor beleid rondom de gezondheid en het welzijn van jongeren van belang is.

Ik maak voor de beschrijving van de context vaak een vergelijking met Nederlandse gemiddelden, maar ga ook de vergelijking maken met een drietal gemeenten die qua problematiek, grootte en aantal inwoners vergelijkbaar zijn met de gemeente Hogeveen. Binnen de samenwerkingsorganisatie de Wolden Hogeveen worden gemeente Assen, gemeente Emmen en gemeente Smallingerland doorgaans gebruikt als spiegelgemeenten waarmee de gemeente Hogeveen wordt vergeleken. Met deze gemeenten ga ik de gemeente Hogeveen dan ook vergelijken om tot een goede beschrijving van de context te komen.

3.3. Algemene contextuele kenmerken

Gemeente Hogeveen is een gemeente in het zuiden van de provincie Drenthe. Ze bestaat uit negen dorpen en de hoofdplaats is het dorp Hogeveen (hogeveen.nl). De gemeente telde in 2022 55.857 inwoners (Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS], 2022a; CBS Statline, 2022a) en werd in 2019 getypeerd als een middelgrote gemeente (Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, z.d.). De gemeente staat op plek 81 van de 345 op de ranglijst op basis van de grootte van Nederlandse gemeenten (Allecijfers.nl). In vergelijking met andere gemeenten is de gemeente Hogeveen dus redelijk groot en heeft zij een redelijk hoog aantal inwoners.

Het aantal mannen en vrouwen in de gemeente is vrij evenwichtig: 28.035 mannen tegenover 27.822 vrouwen (CBS Statline, 2022d). Ook in andere gemeenten, zoals Assen, Emmen en Smallingerland, liggen de aantallen mannen en vrouwen redelijk dicht bij elkaar in de buurt. De gemeente Hogeveen is wat dat betreft dus vergelijkbaar met andere gemeenten. Wat betreft inwonersaantallen is de gemeente Hogeveen het meest vergelijkbaar met gemeente Smallingerland, die in totaal 56.150 inwoners telt (CBS Statline, 2022d). Gemeente Hogeveen is zowel qua inwonersaantal als qua verdeling naar leeftijdsgroepen vergelijkbaar met de gemeente Smallingerland. Er zijn geen leeftijdsgroepen die opvallend oververtegenwoordigd zijn binnen de gemeente. Ook het aantal inwoners met een migratieachtergrond – dat zijn er in de gemeente Hogeveen 6.191 – is niet opvallend hoger of lager dan in andere gemeenten (CBS Statline, 2022d). De inwoners met een niet-westerse migratieachtergrond in de gemeente Hogeveen komen met name uit Turkije (CBS Statline, 2022d). Dit aantal is in vergelijking met de gemeente Smallingerland wel hoger. Gemeente Smallingerland telt 127 inwoners met een Turkse achtergrond, waar dat er in Hogeveen 326 zijn (CBS Statline, 2022d). Overigens gaat het alsnog om relatief lage aantallen en is het aandeel niet-westerse migranten in het westen van Nederland doorgaans groter.

3.4. Sociaaleconomische en politieke context

De Hoogeveense gemeenteraad bestaat uit 44 raadsleden en 1 burgemeester. De partij Gemeentebelangen is de grootste partij binnen de gemeenteraad (hoogeveen.raadsinformatie.nl). Dit is een politieke partij die onafhankelijk is van de landelijke politiek. Zij pleiten voor het behartigen van de lokale belangen (Gemeentebelangen, 2021). Het is niet ongebruikelijk dat een lokale partij de grootste is binnen een gemeente. Binnen gemeenten is het juist veelvoorkomend dat een lokale partij de grootste is (Nederlandse Omroep Stichting [NOS], 2022). Naast de partij Gemeentebelangen zijn ook het CDA en de PvdA grote partijen in de gemeente Hoogeveen (hoogeveen.raadsinformatie.nl). De gemeenteraad en het gemeentebestuur worden onder andere ondersteund door de Samenwerkingsorganisatie De Wolden Hoogeveen. Deze organisatie voert de gemeentelijke taken uit en schrijft het beleid voor zowel de gemeente Hoogeveen als voor gemeente De Wolden (dewolden.nl).

De sociaaleconomische status van de inwoners van Hoogeveen is in vergelijking met de gemeente Smallingerland niet opvallend hoger of lager. Het CBS (2022b) heeft voor elke gemeente een SES-WOA score berekend, wat een numerieke indicator is van sociaaleconomische status op basis van welvaart, opleidingsniveau en recent arbeidsverleden (CBS, 2022). Een hogere score duidt op meer welvarende inwoners, en/of hoger opgeleide inwoners en/of inwoners die langduriger aan het werk zijn. De SES-WOA score voor Hoogeveen was -0,065, waar die voor gemeente Smallingerland gelijk was aan -0,066 (CBS, 2022). De negatieve score wijst er overigens wel op dat de sociaaleconomische status van Hoogeveense inwoners gemiddeld wel lager is dan in de rest van Nederland. Dit kan mogelijk verklaard worden doordat in de gemeente relatief veel mensen werkzaam in de industrie in vergelijking met de rest van Nederland. 25,4% van de werkzame inwoners van de gemeente Hoogeveen zijn werkzaam in de industrie, waar dat gemiddeld in Nederland 16% is (waarstaatjegemeente, z.d.f.). Ook ligt het aantal werkzame inwoners in de gemeente Hoogeveen met een laag onderwijsniveau hoger dan gemiddeld in Nederland. Per 1.000 inwoners tussen de 15 en 74 jaar zijn in de gemeente Hoogeveen 170 mensen met een laag onderwijsniveau aan het werk, tegenover gemiddeld 147 op Nederlands niveau (waarstaatjegemeente, z.d.f.). Mensen met een lager opleidingsniveau verdienen gemiddeld minder en ook is de werkloosheid onder hen hoger dan onder hoogopgeleiden, wat kan resulteren in de lagere sociaaleconomische status en de lagere SES-WOA score in de gemeente (De Graaf-Zijl et al., 2015).

De werkloosheid is in Hoogeveen wel lager dan gemiddeld in Nederland. Van de beroepsbevolking in de gemeente Hoogeveen is 3,2% werkloos tegenover het landelijke gemiddelde van 3,5% (waarstaatjegemeente, z.d.f.). Ook het aantal personen met bijstandsuitkeringen ligt in de gemeente lager dan gemiddeld in Nederland het geval is. Per 10.000 inwoners ontvangen 369 personen in de gemeente Hoogeveen een bijstandsuitkering, waar dat er gemiddeld in Nederland 431 per 10.000 inwoners zijn (waarstaatjegemeente, z.d.f.). Het aantal mensen dat werkt ligt in Hoogeveen weer hoger dan gemiddeld: per 1.000 inwoners tussen de 15 en 74 jaar hebben 714,1 mensen een baan tegenover 685,7 mensen per 1.000 inwoners gemiddeld in Nederland (waarstaatjegemeente, z.d.f.).

Kortom is het aantal mensen met een baan in de gemeente Hoogeveen hoger dan gemiddeld in de rest van Nederland. Van deze groep werkzame inwoners is een opvallend hoog deel werkzaam in de

industrie in vergelijking met het Nederlandse gemiddelde. Dit resulteert mogelijk in de relatief lage SES-WOA scores en de lagere sociaaleconomische statussen.

3.5. Jongerenaantallen en gezinssituatie

Van de totale bevolking van Hoogeveen waren er op 1 januari 2022 11.853 jongeren tussen de 10 en 27 jaar oud (CBS Statline, 2022a) Deze groep jongeren beslaat 10.02% van de gehele bevolking van de gemeente en vormt de doelgroep van dit onderzoek. De meeste jongeren groeien op met een broertje of zusje: 42,95% van de gezinnen telde in 2022 twee kinderen (CBS Statline, 2022b). 39,3% van de gezinnen telt één kind en 17,8% van de gezinnen hebben drie of meer kinderen. Opvallend is dat Hoogeveen veel eenoudergezinnen telt. Van de 24.408 huishoudens in 2021, waren er 1.800 eenoudergezinnen (Ten Brinke & Barends, 2022). Dit betreft 7,4% van alle huishoudens. Dit percentage is ten opzichte van 2014 toegenomen en ligt ook hoger dan het gemiddelde Drentse percentage van 6,9% (Ten Brinke & Barends, 2022). Van de jongeren die opgroeien in een eenoudergezin, groeien 300 jongeren op in een gezin waarvan het inkomen voor in ieder geval een jaar onder de lage inkomensgrens ligt (Ten Brinke & Barends, 2022). Jongeren in Hoogeveen krijgen verder relatief vaak te maken met echtscheidingen: Bijna één op de vier jongeren (24%) heeft in 2019 te maken gehad met een echtscheiding tussen hun ouders (Ten Brinke & Barends, 2022).

3.6. Huisvesting en leefomgeving

In de gemeente Hoogeveen staan in totaal 25.775 woningen (waarstaatjegemeente, z.d.a.). 61,2% van deze woningen is een koopwoning, 28,5% van deze woningen is een sociale huurwoning en de resterende 9,8% van de woningen wordt particulier gehuurd. Het percentage koopwoningen in de gemeente Hoogeveen is ligt hoger gemiddeld in de rest van Nederland het geval is (57,1%). Het aantal particuliere huurwoningen is lager dan gemiddeld in de rest van Nederland. Van de koopwoningen in de gemeente Hoogeveen, ligt gemiddeld de WOZ-waarde wel lager dan gemiddeld in de rest van Nederland (waarstaatjegemeente, z.d.c.). De WOZ-waarde ligt zelfs opvallend veel lager in de gemeente Hoogeveen: €242.100 tegenover €345.600 gemiddeld in de rest van Nederland.

De gemiddelde oppervlakte van een woning in de gemeente Hoogeveen is 120 vierkante meter (waarstaatjegemeente, z.d.a.). Deze gemiddelde oppervlakte is groter dan het landelijke gemiddelde van 114 vierkante meter. Het overgrote deel van de woningen in de gemeente Hoogeveen werd gebouwd tussen 1945 en 1990 (waarstaatjegemeente, z.d.a.). Dat is vergelijkbaar met de rest van Nederland, waar overigens gemiddeld wel meer woningen staan van voor 1945 in vergelijking met de gemeente Hoogeveen. Het aantal woningen dat na 2010 is gebouwd ligt in de gemeente Hoogeveen wel lager dan in de rest van Nederland (waarstaatjegemeente, z.d.a.).

3.7. Onderwijs en kansen(on)gelijkheid

Uit gegevens van Samenwerkingsorganisatie De Wolden Hoogeveen bleek dat de gemeente Hoogeveen in 2023 in totaal 38 basisscholen, 2 scholen voor voortgezet onderwijs en 1 school voor Middelbaar Beroepsonderwijs telde (persoonlijke communicatie, 7 maart 2023). In 2020-2021 stond 38% van deze scholen in een impulsgebied (Ten Brinke & Berends, 2022). Een impulsgebied is een gebied waar onder andere veel werkloosheid voorkomt en vele gezinnen een laag inkomen hebben (Ten Brinke & Berends, 2022; Dekker, 2017). Overigens zijn er in Hoogeveen geen scholen die als 'zeer zwak' beoordeeld worden. Een zeer zwakke beoordeling komt in Nederland ook maar weinig voor (Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, 2023).

In 2020-2021 kreeg ongeveer 45% van de leerlingen in Hoogeveen een onderadvies (Dienst Uitvoering Onderwijs [DUO], z.d.). Dat betekent dat deze leerlingen een lager eindadvies kregen dan hun eindtoets, zoals de CITO, adviseerde (De Clerck et al., 2020; DUO, z.d.). Dit kan een indicatie zijn van kansenongelijkheid: jongeren die dezelfde score halen op hun eindtoets, krijgen niet altijd hetzelfde eindadvies en daarmee niet dezelfde kansen (Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, 2019; Van Spijker et al., 2017). Landelijk ligt het percentage leerlingen dat een onderadvies krijgt veel lager dan in Hoogeveen, namelijk op 32,3% (DUO, z.d.). Daarnaast is het percentage leerlingen dat een overadvies krijgt lager dan het landelijke gemiddeld (29% versus 35,9% van de leerlingen) (DUO, z.d.). Een overadvies krijgen betekent dat het ontvangen eindadvies hoger ligt dan de eindtoets aangaf (De Clerck et al., 2020; DUO, z.d.).

In 2021 gingen er in de gemeente Hoogeveen in totaal 4.530 kinderen naar de basisschool en 3.120 leerlingen naar het voortgezet onderwijs (CBS Statline Jeugdmonitor, 2022a). Deze aantallen zijn vergelijkbaar met de gemeente Smallingerland, die qua inwonersaantallen het meest vergelijkbaar is. Opvallend is dat relatief weinig leerlingen in de gemeente Hoogeveen een Havo of vwo-opleiding volgen. In 2021 zaten er 420 leerlingen in de derde, vierde of vijfde klas van de Havo en zaten er 350 leerlingen in de derde, vierde, vijfde of zesde klas van het vwo (CBS Statline Jeugdmonitor, 2022a). Deze aantallen in de gemeente Hoogeveen liggen in vergelijking met zowel gemeente Smallingerland, als de gemeente Assen en de gemeente Emmen lager. Daarnaast volgen ook relatief weinig leerlingen een wetenschappelijke vervolgstudie in vergelijking met de andere gemeenten (CBS Statline Jeugdmonitor, 2022a). 180 studenten uit de gemeente Hoogeveen volgen wetenschappelijk onderwijs, waar in de gemeente Smallingerland bijvoorbeeld 310 studenten wetenschappelijk onderwijs volgen (CBS Statline Jeugdmonitor, 2022a).

Ten slotte blijkt uit de cijfers dat het aantal voortijdig schoolverlaters in de gemeente Hoogeveen hoger is dan het landelijke gemiddelde: in 2021 verlieten 2,3% van de jongeren in de gemeente Hoogeveen tussen de 12 en 23 jaar het onderwijs zonder startkwalificatie tegenover 1,6% op Drents en 1,7% op landelijk niveau (waarstaatjegemeente, z.d.d.). Het aantal leerlingen dat verzuimt in de gemeente Hoogeveen ligt wel lager dan het landelijke gemiddelde (waarstaatjegemeente, z.d.d.).

3.8. Jeugdhulp en criminaliteit

Het percentage jongeren in de gemeente Hoogeveen dat jeugdhulp krijgt ligt hoger dan gemiddeld in Nederland (waarstaatjegemeente, z.d.b.). In de gemeente Hoogeveen kreeg in het eerste halfjaar van 2022 11,4% van de jongeren tot 18 jaar enige vorm van jeugdzorg. In Nederland ligt dat percentage op 10,7% (waarstaatjegemeente, z.d.b.). Verder werden er in de gemeente Hoogeveen ook meer jeugdhulptrajecten voortijdig en niet volgens plan afgesloten dan gemiddeld in Drenthe en Nederland het geval was (waarstaatjegemeente, z.d.b.)

130 jongeren tot de 18 jaar vielen in het eerste halfjaar van 2022 onder de jeugdbescherming in de gemeente Hoogeveen (CBS Statline, z.d.). Dit aantal is lager dan het aantal in de gemeente Emmen, Assen en Smallingerland lager. Jeugdbescherming is een maatregel die wordt genomen wanneer de gezonde en veilige ontwikkeling van een kind bedreigd wordt (Van Dijk & Schaafsma, z.d.). Ook het aantal meldingen van kindermishandeling in de gemeente Hoogeveen ligt lager dan het landelijke gemiddelde (CBS Statline Jeugdmonitor, 2022b; waarstaatjegemeente, z.d.e.).

Er wordt in de gemeente Hoogeveen relatief veel overlast door jeugd gemeld. Er werden 22,92 politieregistraties per 10.000 inwoners gedaan in de gemeente Hoogeveen in het vierde kwartaal van 2022 (waarstaatjegemeente, z.d.e.). In Nederland waren dat er gemiddeld slechts 11,59 per 10.000 inwoners. Van alle meldingen van overlast in de gemeente Hoogeveen, is de melding van overlast door jeugd ook de meest voorkomende (data.politie, 2023).

In 2021 werden er ten slotte 110 jongeren in de gemeente Hoogeveen tot de leeftijd van 25 jaar geregistreerd als verdacht van een misdrijf (CBS Statline Jeugdmonitor, 2022d). Dat zijn er gemiddeld 122 per 10.000 inwoners, een gemiddelde wat lager ligt dan het landelijke gemiddelde van 156 per 10.000 inwoners en het Drentse gemiddelde van 127 verdachten per 10.000 inwoners (CBS Statline Jeugdmonitor, 2022d). Het aantal geregistreerde verdachten was in de gemeente Hoogeveen in 2021 lager dan in de voorgaande jaren. Zo werden er in 2019 160 verdachten geregistreerd en in 2020 waren dat er 140 (CBS Statline Jeugdmonitor, 2022d). In de gemeente is dus een afname in jeugddelicten te zien, wat ook blijkt uit de waargenomen daling in verwijzingen naar Halt (waarstaatjegemeente, z.d.e.).

3.9. Gezondheid en leefstijl

In 2019 werd een gezondheidsmonitor uitgevoerd naar de gezondheid en de leefstijl van middelbare scholieren uit de tweede en vierde klas. Uit deze monitor bleek dat 87,7% van de middelbare scholieren in Hoogeveen een (zeer) goede gezondheid ervaart (CBS Statline Jeugdmonitor, 2022c). Dit percentage ligt hoger dan het Nederlandse gemiddelde percentage van 85,3%. Een opvallend gegeven is echter dat slechts 17,4% van de jongeren uit Hoogeveen aangeeft minimaal een uur per dag te sporten en/of te bewegen (CBS Statline Jeugdmonitor, 2022c). Dit gaat in tegen de bewegingsrichtlijnen, die stelt dat jongeren minimaal een uur per dag gematigd tot actief fysiek bezig moeten zijn (Bull et al., 2020; Ministerie van Algemene Zaken, 2022c).

Van de middelbare scholieren uit Hoogeveen nuttigt 32,9% een of meer glazen alcohol eens in de vier weken (CBS Statline Jeugdmonitor, 2022c). 25,1% van deze scholieren geeft zelfs aan vijf of meer glazen te nuttigen. Dit is een opvallend gegeven, gezien het feit dat middelbare scholieren uit de tweede en vierde klas doorgaans geen 18 jaar zijn en officieel geen alcohol mogen drinken. Er wordt in de gemeente Hoogeveen dus relatief veel alcohol gedronken door minderjarigen, ook in vergelijking met het Nederlandse percentage van 26,4% (CBS Statline Jeugdmonitor, 2022c). Er wordt in mindere mate gerookt door de jeugd in Hoogeveen: 3,1% van de scholieren geeft aan dagelijks te roken (CBS Statline Jeugdmonitor, 2022c). Toch ligt ook dit percentage relatief hoog in vergelijking met andere gemeenten. Zo rookt in de gemeente Assen 0,1% van de middelbare scholieren en ligt het Nederlandse percentage op 2,5% (CBS Statline Jeugdmonitor, 2022c).

Bijlage 2. Vragenlijst CPHI Onderzoek

CPHI Public Opinion Survey, 2003-Questions About Factors Affecting Health

Now I'm going to read you a list of things that may or may not be important factors influencing the health of Canadians. For each, please tell me how you would rate what impact you think each has. Please choose a number from 1 to 7 where 7 means this factor has a very strong impact on health and 1 means it has no impact at all.

	<p>Genetics and Biology</p> <p>a. Your genetic makeup, that is what you inherited from your parents</p>
	<p>The Physical Environment</p> <p>b. The quality of water we drink</p> <p>c. The quality of air we breathe</p> <p>d. The amount of exposure to second-hand smoke</p> <p>e. The safety of our communities</p> <p>f. The availability of quality housing</p>
	<p>Social and Economic Conditions</p> <p>g. A person's level of education</p> <p>h. A child's early family and neighbourhood experiences</p> <p>i. Whether a person has a job</p> <p>j. A person's level of income</p>
	<p>Behaviours and Lifestyle</p> <p>k. How much stress a person has in their life</p> <p>l. A person's eating habits</p> <p>m. The amount of exercise a person gets</p> <p>n. Whether a person has a close circle of friends</p> <p>o. Whether a person is overweight or obese</p> <p>p. Whether a person lives in a supportive community</p> <p>q. Whether a person smokes</p> <p>r. How involved a person is in their community</p>

Bijlage 3. Vragenlijst

Wat heeft volgens jou invloed op jouw gezondheid en geluk?

Beste Hoogeveense jongere,

Fijn dat je meedoet aan dit onderzoek! Met dit onderzoek wil de gemeente antwoord krijgen op de vraag: **Wat heeft volgens jongeren uit de gemeente Hoogeveen invloed op hun gezondheid en geluk?**

Met het onderzoek willen wij meer weten over:

- Wat volgens jou wel en geen invloed heeft op jouw gezondheid en geluk.
- Wat volgens jou door de gemeente gedaan kan worden om ervoor te zorgen dat jij gezonder en gelukkiger wordt.

Door deze vragenlijst in te vullen, kun jij dus laten weten aan de gemeente wat jij belangrijk vindt! Zo kun jij invloed uitoefenen op wat er gebeurt in jouw gemeente.

Om mee te doen aan dit onderzoek, vul je een vragenlijst in. Dit kan op je mobiel, laptop, tablet of computer en duurt tussen de 10 en 15 minuten.

Het onderzoek wordt uitgevoerd vanuit de Rijksuniversiteit Groningen, in opdracht van de gemeente Hoogeveen. Je hebt twee weken de tijd om de vragenlijst in te vullen.

Toestemming

Voordat je begint met het invullen van de vragenlijst, vragen we jou om toestemming te geven voor het meedoen aan dit onderzoek en het gebruiken van jouw persoonlijke gegevens. In de **informatiebrief** kan je hier meer over lezen. Heb je vragen na het lezen van de informatiebrief, dan kun je deze stellen aan Celine de Boer door haar een e-mail te sturen (c.de.boer@dewoldenhoogeveen.nl).

Als je toestemming geeft voor deelname, stem je ermee in dat:

- Je genoeg informatie over het onderzoek hebt gehad en je vragen over het onderzoek hebt kunnen stellen als je deze had.
 - Je begrijpt waar het onderzoek over gaat, wat er van jou gevraagd wordt, welke gevolgen deelname kan hebben en hoe er met jouw gegevens wordt omgegaan.
 - Je begrijpt dat deelname aan het onderzoek vrijwillig is. Je kan op elk moment stoppen met het beantwoorden van de vragen. Als je stopt, hoef je niet uit te leggen waarom.
- Ik geef toestemming voor deelname aan dit onderzoek.

Persoonlijke kenmerken

Er worden nu eerst een aantal vragen gesteld die gaan over jouzelf.

Wat is je geslacht?

- Man
- Vrouw
- Anders, namelijk...
- Zeg ik liever niet

Wat is je leeftijd?

Welke opleiding volg je op dit moment?

- Speciaal onderwijs
- Praktijkonderwijs
- VMBO
- Havo
- VWO/Gymnasium
- MBO
- HBO
- Universiteit/Wetenschappelijk Onderwijs
- Ik volg geen opleiding, ik werk.
- Ik volg geen opleiding om andere redenen.
- Anders, namelijk...

Waar woon je?

- Hoogeveen
- Elim
- Fluitenberg
- Hollandscheveld
- Nieuweroord
- Nieuwlande
- Noordscheschut
- Pesse
- Stuifzand
- Tiendeveen
- Anders, namelijk...

Gezondheid en geluk

De volgende vragen gaan over hoe jij jouw eigen gezondheid beoordeelt en hoe gelukkig jij bent. Geef eerst op een schaal van 1 tot en met 5 aan hoe goed jij jouw eigen gezondheid vindt, waarbij 1 'helemaal niet goed' en 5 'erg goed' betekent.

Ik vind mijn lichamelijke gezondheid...



Ik vind mijn psychische/mentale gezondheid...



Geef hieronder aan hoe gelukkig jij bent.

Ik ben...



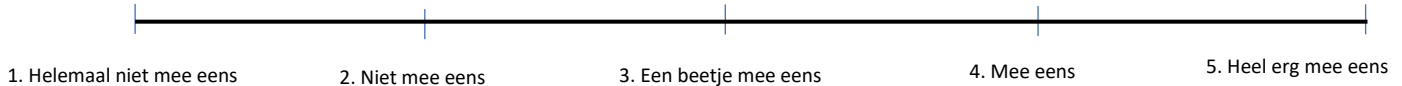
We gaan je nu een lijst geven met dingen die volgens jou misschien veel invloed hebben op en/of belangrijk zijn voor jouw gezondheid en geluk.

Jouw gedrag

Geef hieronder aan hoe belangrijk iets is voor jouw gezondheid en geluk.

Voor mijn gezondheid en geluk is het belangrijk dat...

- Er niet wordt gerookt als ik in de buurt ben.
- Ik zelf niet rook.
- Ik zelf geen alcohol (bier, wijn, mixdrankjes) drink.
- Ik zelf geen drugs gebruik.
- Ik zelf genoeg sport en beweeg.
- Ik zelf niet te lang naar een beeldscherm kijk (telefoon, laptop, televisie, tablet).
- Ik geen stress ervaar door school.

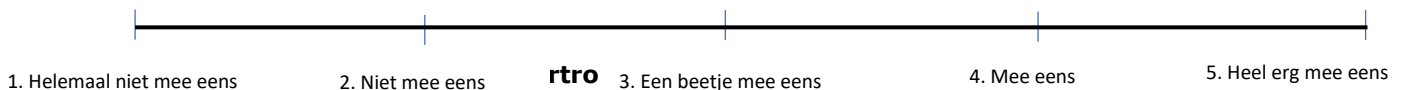


Huis en omgeving

Geef hieronder aan hoe belangrijk iets is voor jouw gezondheid en geluk.

Voor mijn gezondheid en geluk is het belangrijk dat...

- Ik zelf in een groot huis woon.
- Het bij mij thuis lekker warm is.
- Ik zelf in een mooi huis woon.
- Ik zelf in een koophuis woon.
- Het groen is in de omgeving waar ik woon (parken, bomen, struiken).
- Er genoeg plekken zijn waar ik vrienden en vriendinnen kan ontmoeten.
- Er geen/weinig criminelen wonen in de omgeving waar ik woon.
- Ik veilig kan rond fietsen/lopen in de buurt waar ik woont.
- Jij makkelijk met de bus of trein kan reizen.
- Er in mijn omgeving genoeg te doen is.

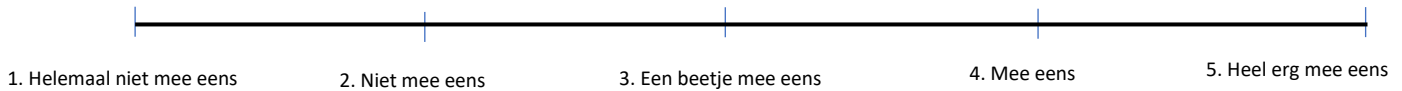


Advies, hulp, erbij horen en vertrouwen

Geef hieronder aan hoe belangrijk iets is voor jouw gezondheid en geluk.

Voor mijn gezondheid en geluk is het belangrijk dat...

- Mijn ouders om hulp en advies kunnen vragen bij familie, vrienden en kennissen.
- Ik zelf om hulp en advies kan vragen bij mijn familie, vrienden en kennissen.
- Ik het gevoel heb dat ik erbij hoor in mijn buurt.
- Ik mijn buren kan vertrouwen.
- Ik het gevoel heb dat ik erbij hoor in mijn familie.
- Ik mijn familie kan vertrouwen.
- Ik het gevoel heb dat ik erbij hoor in mijn vriendengroep.
- Ik mijn vrienden kan vertrouwen.

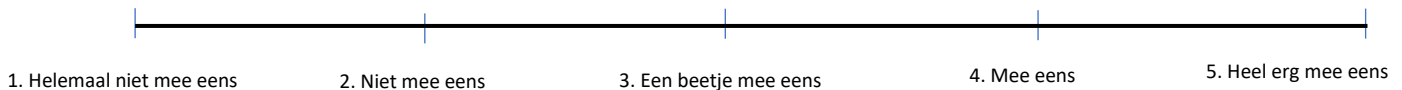


Verwachtingen over gezondheid en geluk

Geef hieronder aan hoe belangrijk iets is voor jouw gezondheid en geluk.

Voor mijn gezondheid en geluk is het belangrijk ...

- Hoe mijn vrienden denken over sporten en bewegen.
- Hoe andere mensen om mij heen denken over sporten en bewegen.
- Hoe mijn vrienden denken over gezond eten.
- Hoe andere mensen om mij heen denken over gezond eten.
- Wat vrienden op school van mij verwachten.
- Wat andere mensen op school van mij verwachten.
- Wat mensen thuis van mij verwachten.

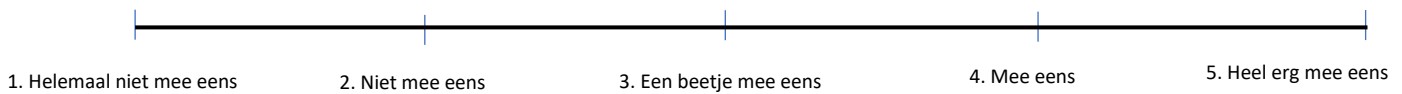


Inkomen en onderwijs

Geef hieronder aan hoe belangrijk iets is voor jouw gezondheid en geluk.

Voor mijn gezondheid en geluk vind ik het belangrijk dat...

- Mijn ouders/verzorgers genoeg geld verdienen.
- Ik zelf genoeg geld verdien.
- Mijn moeder een goede opleiding heeft gedaan.
- Mijn vader een goede opleiding heeft gedaan.
- Ik zelf een goede opleiding doe en/of heb gedaan.
- Ik goed les krijg op school.
- Ik dezelfde kansen krijg in het leven als andere jongeren.

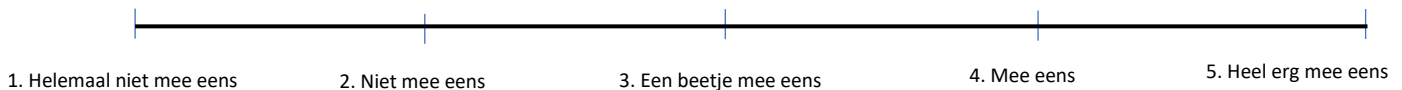


Sociale relaties

Geef hieronder aan hoe belangrijk iets is voor jouw gezondheid en geluk.

Voor mijn gezondheid en geluk vind ik het belangrijk dat...

- De relatie met mijn ouders/verzorgers goed is.
- De relatie met mijn familie goed is.
- De relatie met mijn vrienden goed is.
- De relatie met mijn klasgenoten/collega's goed is.
- Ik niet eenzaam ben.

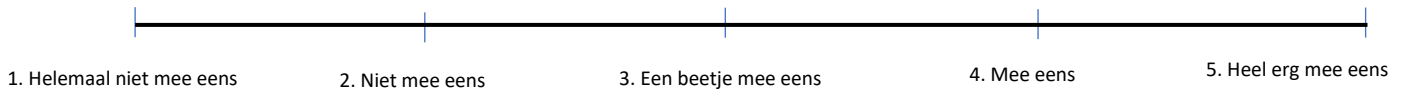


Thuisituatie

Geef hieronder aan hoe belangrijk iets is voor jouw gezondheid en geluk.

Voor mijn gezondheid en geluk vind ik het belangrijk dat...

- Mijn ouders goed met elkaar om kunnen gaan.
- Mijn ouders geen ruzie met elkaar maken.
- Mijn ouders niet met ruzie uit elkaar gaan.
- Ik niet opgroeï in een eenoudergezin (wonen met alleen een vader of alleen een moeder).
- Ik niet opgroeï in een samengesteld gezin (dat je vader of moeder gaat trouwen of samenwonen met een nieuwe partner + zijn of haar kinderen).

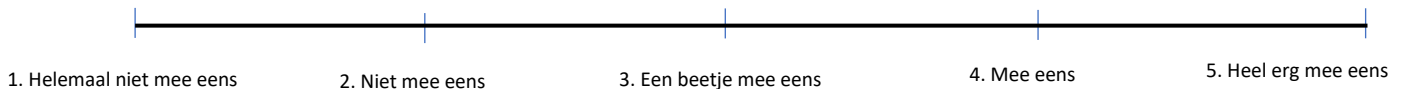


Zorg

Geef hieronder aan hoe belangrijk iets is voor jouw gezondheid en geluk.

Voor mijn gezondheid en geluk is het belangrijk dat...

- Ik naar de huisarts kan als dat moet.
- De zorg die een huisarts geeft goed is.
- Ik naar het ziekenhuis kan als dat moet.
- De zorg die ik krijg in het ziekenhuis goed is.
- Ik op school zorg of hulp kan krijgen als ik dat nodig heb.
- De zorg of hulp die ik krijg op school goed is.

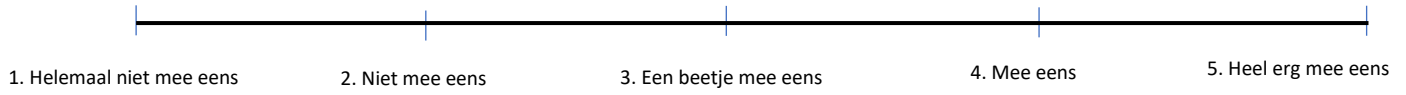


Verschillen in inkomen

Geef hieronder aan hoe belangrijk iets is voor jouw gezondheid en geluk.

Voor mijn gezondheid en geluk is het belangrijk dat...

- De gemeente Hoogeveen de verschillen tussen wat mensen verdienen kleiner maakt.



Wat vind jij het meest belangrijk voor jouw gezondheid en geluk?

Kies uit de lijst de vijf dingen die jij het meest belangrijk vindt voor jouw gezondheid en geluk.

Maak van deze vijf dingen een top 5: op plek 1 komt dat wat volgens jou het belangrijkste is van de vijf dingen die je gekozen hebt. Op plek 5 komt dat wat volgens jou het minst belangrijk is.

De vijf dingen die ik het meest belangrijk vind voor mijn gezondheid en geluk...

Jouw gedrag

- Dat er niet gerookt wordt als ik in de buurt ben.
- Dat ik zelf niet rook.
- Dat ik zelf geen alcohol drink.
- Dat ik zelf genoeg sport en beweeg.
- Dat ik zelf geen drugs gebruik.
- Dat ik zelf niet te lang naar een beeldscherm kijk.
- Dat ik geen stress ervaar door school.

Wonen en omgeving

- Dat ik in een groot huis woon.
- Dat het bij mij thuis lekker warm is.
- Dat ik in een mooi huis woon.
- Dat ik in een woonhuis woon.
- Dat het groen is in de omgeving waar ik woon.
- Dat er genoeg plekken zijn waar ik vrienden en vriendinnen kan ontmoeten.
- Dat er geen criminelen wonen in de omgeving waar ik woon.
- Dat ik veilig rond kan fietsen/lopen in de buurt waar ik woon.
- Dat ik makkelijk met de bus of trein kan reizen.
- Dat er in mijn omgeving genoeg te doen is.

Advies, hulp, erbij horen en vertrouwen

- Dat mijn ouders om hulp en advies kunnen vragen bij familie, vrienden en kennissen.
- Dat ik om hulp en advies kan vragen bij mijn familie, vrienden en kennissen.
- Ik het gevoel heb dat ik erbij hoor in mijn buurt.
- Ik mijn burens kan vertrouwen.

- Ik het gevoel heb dat ik erbij hoor in mijn familie.
- Ik mijn familie kan vertrouwen.
- Ik het gevoel heb dat ik erbij hoor in mijn vriendengroep.
- Ik mijn vrienden kan vertrouwen.

Verwachtingen over gezondheid en geluk

- Hoe mijn vrienden denken over sporten en bewegen.
- Hoe andere mensen om mij heen denken over sporten en bewegen.
- Hoe mijn vrienden denken over wat gezond eten is.
- Hoe andere mensen om mij heen denken over wat gezond eten is.
- Wat vrienden op school van mij verwachten.
- Wat andere mensen op school van mij verwachten.
- Wat mensen thuis van mij verwachten.

Inkomen en onderwijs

- Mijn ouders/verzorgers genoeg geld verdienen.
- Ik zelf genoeg geld verdien.
- Mijn moeder een goede opleiding heeft gedaan.
- Mijn vader een goede opleiding heeft gedaan.
- Ik zelf een goede opleiding doe en/of heb gedaan.
- Ik goed les krijg op school.
- Ik dezelfde kansen krijg in het leven als andere jongeren.

Sociale relaties

- Een goede relatie met mijn ouders/verzorgers.
- Een goede relatie met mijn familie.
- Een goede relatie met mijn vrienden.
- Een goede relatie met mijn klasgenoten/collega's.
- Dat ik niet eenzaam ben.

Thuisituatie

- Dat mijn ouders goed met elkaar om kunnen gaan.
- Dat mijn ouders geen ruzie met elkaar maken.
- Dat mijn ouders niet met ruzie uit elkaar gaan.
- Ik niet opgroeï in een eenoudergezin.
- Ik niet opgroeï in een samengesteld gezin.

Zorg

- Ik naar de huisarts kan als dat moet.
- De zorg die een huisarts geeft goed is.
- Ik naar het ziekenhuis kan als dat moet.
- De zorg die ik krijg in het ziekenhuis goed is.
- Ik op school zorg of hulp kan krijgen als ik dat nodig heb.
- De zorg of hulp die ik krijg op school goed is.

Verschillen in inkomen

- Dat de gemeente Hoogeveen de verschillen tussen wat mensen verdienen kleiner maakt.

1. ...
2. ...
3. ...
4. ...
5. ...

Dit waren alle vragen van de vragenlijst. Is er iets wat jij heel belangrijk vindt voor jouw gezondheid en geluk, maar je niet bent tegengekomen in deze vragenlijst?

Ja, namelijk ... [tekstvak]

Nee.

Wat kan de gemeente voor jou doen, zodat jij gezonder en gelukkiger wordt?

[tekstvak]

Bedankt voor het invullen van deze vragenlijst!

Wil je kans maken op twee tickets voor het DX Adventurepark in Gasselte? Laat dan hier je e-mailadres achter en wie weet ben je de gelukkige winnaar!

[tekstvak]

Let op: het e-mailadres wordt alleen gebruikt voor de verloting en voor niets anders.

Bijlage 4. Informatiebrief Onderzoek

Uitnodiging voor deelname aan een onderzoek: Wat vinden jongeren uit de gemeente Hogeveen belangrijk voor hun gezondheid en geluk?

Beste Hogeveense jongere,

De gemeente Hogeveen en de Rijksuniversiteit Groningen willen jou met deze brief graag meer vertellen over een onderzoek dat wordt uitgevoerd onder de jongeren tussen de 16 en 27 jaar die wonen in de gemeente Hogeveen.

Waarom krijg jij deze informatiebrief?

Je krijgt deze informatiebrief, omdat je in de gemeente Hogeveen woont en je tussen de 16 en 27 jaar oud bent. Ik wil jou graag vragen of je mee wil doen aan een onderzoek. Hier is jouw toestemming voor nodig. Voordat je besluit om wel of niet mee te doen, is het belangrijk dat je genoeg informatie hebt over het onderzoek. Die informatie wil ik je met deze brief graag geven.

Moet je meedoen aan het onderzoek?

Jouw deelname aan het onderzoek is vrijwillig. Je bent dus niet verplicht om mee te doen. Lees de informatie in deze brief goed door voordat je besluit om wel of niet mee te doen met het onderzoek. Stel alle vragen die je misschien hebt (bijvoorbeeld aan je leraar of ouders), als je iets niet begrijpt. Als je besluit om niet mee te doen, hoef je niet te reageren. Je mag altijd besluiten om te stoppen met het onderzoek, ook nadat je wel toestemming hebt gegeven. Je hoeft niet uit te leggen waarom je stopt.

Waarom dit onderzoek?

Met dit onderzoek wil de gemeente Hogeveen te weten komen wat jongeren in de gemeente Hogeveen belangrijk vinden voor hun gezondheid en geluk. Door de vragenlijst in te vullen kun jij dus duidelijk maken wat volgens jou belangrijk is. De gemeente Hogeveen gaat aan de slag met de antwoorden die jij en andere jongeren uit de gemeente Hogeveen gaan geven.

Wat wordt van jou gevraagd tijdens het onderzoek?

Als je mee wilt doen aan het onderzoek moet je hiervoor eerst toestemming geven. Zodra je toestemming hebt gegeven, mag je de vragenlijst invullen.

Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 10-15 minuten. Er wordt aan jou gevraagd wat jij belangrijk vindt voor jouw gezondheid en geluk.

Welke gevolgen kan deelname hebben?

Het voordeel van meedoen aan dit onderzoek is dat jij door de vragenlijst in te vullen aan de gemeente kan vertellen wat je belangrijk vindt. Daarmee kun je invloed hebben op wat er gebeurt in jouw gemeente.

Deelname aan dit onderzoek kost je uiteraard wel tijd (10-15 minuten). Je mag altijd besluiten om niet meer deel te nemen aan het onderzoek.

Doe je mee? Dan maak je kans op een prijs!

Door de vragenlijst in te vullen, maak je ook kans op een prijs. Onder alle jongeren die de vragenlijst invullen, worden 4 keer 2 tickets verloot voor het DX Adventurepark in Gasselte. Je kunt dus 2 tickets winnen door de vragenlijst in te vullen.

Om mee te kunnen doen aan de verloting, moet je een e-mailadres achterlaten. Dit mag jouw eigen e-mailadres zijn, maar ook die van jouw ouders. Het e-mail adres wordt alleen voor de verloting gebruikt; jouw antwoorden zijn verder nog steeds anoniem. Uiteraard is deelnemen aan deze verloting en daarmee het achterlaten van een e-mailadres niet verplicht.

Hoe gaan we met jouw gegevens om?

Alle antwoorden worden anoniem verzameld. Dit betekent dat wij nooit zullen weten welke antwoorden jij gegeven hebt. Ook in het geval dat jij een e-mailadres achterlaat voor de verloting van de tickets, wordt deze niet gebruikt om er achter te komen welke antwoorden jij gegeven hebt.

Alle antwoorden worden beschermd door de gemeente Hogeveen en vallen onder de archief- en de privacywet. De antwoorden worden gebruikt voor het schrijven van de nota jeugd door de gemeente Hogeveen en voor het schrijven van een masterscriptie van een studente Sociologie van de Rijksuniversiteit Groningen. De antwoorden zullen voor vier jaar bewaard blijven en zijn alleen in te zien door medewerkers van de gemeente Hogeveen die werken voor de jeugd in de gemeente. Tijdens deze vier jaar zal niemand weten wie welk antwoord gegeven heeft.

Hé jij daar!

Ben jij tussen de 16 en 27 jaar oud en woon je in de gemeente Hoogeveen?

Dan zoeken wij jou!

Laat ons weten wat **JIJ** belangrijk vindt voor jouw gezondheid en geluk.

En maak kans op twee kaartjes voor het DX Adventurepark in Gasselte!

Scan de QR-code en vul de vragenlijst in.

Binnen 10-15 minuten heb je het ingevuld.

Vul de **vragenlijst** in en laat je **stem horen!**

