

De preventie van intergenerationele overdracht van armoede en
gezondheidsproblemen in Flevoland

Bachelorthesis Pedagogische Wetenschappen

Geschreven door: Rosa Boom, Evelien Ringoet

Studentnummer: 5987911, 5695457

Scriptiebegeleider: Charlotte Vissenberg

Opdrachtgever: Jeanet van de Korput

Cursuscode: 200600042

Datum: 13-06-2019

Voorwoord:

Voor u ligt de scriptie ‘De preventie van intergenerationele overdracht van armoede en gezondheidsproblemen in Flevoland’. Deze scriptie is geschreven door de derdejaarsstudenten Rosa Boom en Evelien Ringoet, van de studie Pedagogische Wetenschappen aan de Universiteit Utrecht. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Jeanet van de Korput in het kader van onze afstudeerscriptie aan de Universiteit Utrecht. We zijn enthousiast over het feit dat we de kans hebben gekregen om relevante praktijkervaring op te doen als beginnende pedagogen. Het was erg interessant om op deze manier meer te leren over de beleidsvoering binnen verschillende gemeenten.

Bij dezen willen wij graag onze begeleider Charlotte Vissenberg en onze opdrachtgever Jeanet van de Korput bedanken voor de ondersteuning en betrokkenheid bij het schrijven van onze scriptie. Ook willen we alle respondenten bedanken die mee hebben gewerkt aan dit onderzoek. Zonder hen hadden we dit onderzoek nooit kunnen voltooien.

Abstract

Objectives: The municipalities in the region Flevoland are currently with decreasing the intergenerational transmission of poverty and health problems among their citizens. This study investigates which effective factors are applied for the prevention of the transmission of intergenerational poverty and health problems in existing preventive interventions and what the preconditions are for creating a more integrated policy around these problems according to policymakers in Flevoland. **Method:** 16 In-depth interviews were conducted with policymakers from Almere, Lelystad, Urk, Dronten, Noordoostpolder and Zeewolde. The data was analysed with a four step plan consisting of marking, clustering, labeling and categorizing. **Results:** Main effective factors for the prevention of the transmission of intergenerational poverty and health problems are: clear information provision, the provision of customized solutions, the stimulation of self-management, the stimulation of work and training, early detection and prevention, family-oriented approach, promoting a healthy lifestyle and encouraging a positive behavioral change. Conditions for creating a more integrated policy are: collaboration between partners and caregivers, space and time for professionals, improving communication, reducing the causes of psychosocial stress and an unhealthy lifestyle, and increasing social cohesion. **Discussion:** Many more effective factors and preconditions for creating a more integrated policy have been found, than was expected from the literature. For further research, several professionals could be involved. Also it is recommended that municipalities enter into dialogue with each other and look at which aspects they can learn from each other.

Keywords: intergenerational transmission, circle of poverty, health problems, integrated policy

Samenvatting

Doelstellingen: De gemeenten in de provincie Flevoland zijn momenteel bezig met het verminderen van de intergenerationele overdracht van armoede en gezondheidsproblemen onder hun burgers. Deze studie onderzoekt welke effectieve factoren uit interventies voor preventie van intergenerationele overdracht van gezondheidsproblemen en armoede worden toegepast en wat de randvoorwaarden zijn voor een meer integraal beleid rondom armoede en gezondheidsproblemen volgens beleidsmedewerkers in Flevoland. **Methode:** 16 Diepte-interviews zijn afgenomen met beleidsmakers uit de gemeenten Almere, Lelystad, Urk, Dronten, Noordoostpolder en Zeewolde. De data is geanalyseerd met een vierstappenplan bestaande uit; markeren, clusteren, labelen en categoriseren. **Resultaten:** De belangrijkste effectieve factoren voor de preventie van de intergenerationele overdracht van armoede en gezondheidsproblemen zijn: duidelijke informatievoorziening, het leveren van maatwerk, het stimuleren van eigen regie, het stimuleren van werk en opleiding, vroegsignalering en preventie, gezinsgerichte aanpak, het promoten van een gezonde levensstijl en stimuleren van een positieve gedragsverandering. De randvoorwaarden voor het creëren van een meer integraal beleid zijn: samenwerking tussen partners en zorgverleners, ruimte en tijd voor professionals, het verbeteren van de communicatie, het verminderen van de oorzaken van psychosociale stress en een ongezonde levensstijl en het vergroten van sociale cohesie. **Discussie:** Er zijn meer effectieve factoren en randvoorwaarden gevonden dan werd verwacht volgens de literatuur. Voor verder onderzoek zouden meer professionals kunnen worden betrokken. Ook zouden gemeenten met elkaar in dialoog kunnen gaan en bekijken van welke aspecten zij van elkaar kunnen leren.

Kernwoorden: intergenerationele transmissie, cirkel van armoede, gezondheidsproblemen, geïntegreerd beleid

Preventie van intergenerationele overdracht van armoede en gezondheidsproblemen in Flevoland

Gezondheidsproblemen bij mensen die leven in armoede zijn groot en dat vergroot weer de kans om te blijven leven in armoede (Lund, 2011). Er is in Nederland de laatste jaren nauwelijks winst geboekt bij het streven naar een gezondere leefstijl (CBS, 2010). Daarnaast is in Nederland het aantal huishoudens met een hoog risico op armoede de laatste jaren gestegen (CBS, 2018). Gemeenten in Nederland, waaronder die van Flevoland, worstelen met de vraag hoe zij armoede en onnodige gezondheidsproblemen kunnen terugdringen. In 2016 geeft 25,7 procent van de volwassenen in Flevoland aan dat ze hun eigen gezondheid als minder gezond ervaren, waarbij mogelijke gezondheidsproblemen een rol spelen (Volksgezondheidszorg, 2016). Ook is in Flevoland het aantal huishoudens met een langdurig laag inkomen alsnaar toegenomen (CBS, 2018). Daarom werken gemeenten, opleidingen en organisaties in Flevoland samen aan het realiseren van de transformatiedoelen in het sociaal-, gezondheidszorg domein om een bijdragen te leveren aan het terugdringen van een remmende intergenerationele overdracht (persoonlijke communicatie, 3 februari 2019).

De gezondheid van een individu bestaat uit zowel fysieke als mentale gezondheid (Romero & Margolis, 2008). Armoede kan multidimensionaal gedefinieerd worden waarbij naast een lage Sociaal Economisch Status (SES) waaronder opleidingsniveau, de status die is ontleend aan een baan en de hoogte van het inkomen worden verstaan (Galobardes, Shaw, Lawlor, Lynch, & Smith, 2006) ook uitsluiting van middelen, diensten en de sociale omgeving als minimale levensstandaard worden meegenomen (Whelan, Nolan, & Maitre, 2014). Veel onderzoek toont aan dat veel van deze armoede en gezondheidsproblemen van generatie tot generatie worden doorgegeven, hetgeen ook wel ‘intergenerationele overdracht’ wordt genoemd (Smith & Farrington, 2004; Savelieva, 2016; Harper, Marcus, & Moore, 2003). Deze overdracht kan zowel genetisch, contextueel als psychologisch zijn (Serbin, & Karp, 2003; Johnston, Schrer & Shileds, 2003). Doordat veel verschillende factoren armoede en gezondheidsproblemen direct of indirect in stand houden gedurende het leven van het individu zijn deze daardoor moeilijk terug te dringen of te voorkomen (Hoy, & Zheng, 2011).

Verschillende epidemiologische studies hebben aangetoond dat de omgeving waarin het kind opgroeit de gevoeligheid voor latere ziektes kan vergroten (Drake & Liu, 2010). De omgeving oftewel de buurt lijkt ook van invloed op de overdracht van armoede. Kinderen die opgroeien in buurten met veel armoede lijken een voorkeur te hebben voor dezelfde soort buurten door de vertrouwdheid van dezelfde etnische bevolking en diensten, maar ook door

beperkte financiële middelen en kansen op de woningmarkt (Van Ham, Hedman, Manley, Coulter, & Östh, 2014). Daarnaast kan een gebrek aan positieve rolmodellen en de invloed van buurtgenoten een rol spelen bij probleemgedrag (Snedker, Herting, & Walton, 2009). Hetgeen wat nadelig kan zijn voor het vinden en behouden van een baan en dus de deelname aan de arbeidsmarkt. Effectieve interventies zijn gericht op de bewustwording van een mogelijke eigen bijdrage om de omgeving te kunnen veranderen (Bradshaw, 2007).

Ook zou een lage SES oftewel armoede van ouders een negatieve invloed hebben op de gezondheid van kinderen (Schreier & Chen, 2010). Wickrama, Conger en Abraham (2005) concludeerden dat armoede geassocieerd kan worden met tegenspoed, hetgeen wat stress kan veroorzaken en de kans vergroot op psychische en lichamelijke gezondheidsproblemen bij de volgende generatie (Najman et al., 2004; Evans, & Kim, 2013). Bovendien hebben kinderen die leven in armoede een grotere kans om risicogedrag voor de gezondheid van hun ouders over te nemen zoals roken, drinken en ongezonde eetgewoonten (Cate, Huijts & Kraaykamp, 2013). Daarbij zou het antisociaal gedrag van ouders, gemedieerd door opvoedingsvaardigheden ook een risicofactor zijn voor probleemgedrag en een negatieve emotionele ontwikkeling bij kinderen (Smith, & Farrington, 2004). Dit probleemgedrag zou een negatief effect hebben op het vinden en behouden van een baan en dus het inkomen later (Goodman, Joyce, & Smith, 2011). Effectieve preventieve interventies zijn daarom gericht op het verbeteren van de opvoedingsvaardigheden van ouders en het probleemgedrag van zowel de ouder als het kind (Wachlarowicz, Snyder, Low, Forgatch, & DeGarmo, 2012; Negrão, Pereira, Soares, & Mesman, 2014). Ook zijn interventies gericht op het oplossen van stressvolle gebeurtenissen en het verhogen van de veerkracht (Wickrama et al., 2005).

Naast factoren speelt ook school een belangrijke rol bij de intergenerationele overdracht van armoede en gezondheidsproblemen. De sociale competenties van kinderen uit arme gezinnen zouden de prestaties op school kunnen beïnvloeden, doordat ze minder ondersteuning van leraren en klasgenoten ontvangen (Elias, & Haynes, 2008). Ook zouden cognitieve, emotionele en gedragsmatige problemen bijdragen aan verminderde schoolprestaties en vroegtijdig schoolverlaten (McLeod, & Kaiser, 2004), beiden sterke voorspellers voor het inkomen (Tate et al., 2015). Het onderzoek van Willson en Shuey (2018) toont aan dat een lage gezondheid een negatieve invloed heeft op het opleidingsniveau, hetgeen de kans vergroot op een lagere SES. Preventieve interventies zijn gericht op het stimuleren van positieve

gedragsverandering ten behoeve van een ondersteunende schoolomgeving, als positieve factor voor het welzijn en de ontwikkeling (Kellam et al., 2014).

Het lijkt er op dat er een bi-directionele relatie tussen gezondheid en SES bestaat, waarbij een integraal beleid van belang is omdat het kostenbesparend kan werken en zowel de gezondheid als SES kan verbeteren (Van Dijk, Boer, Scheurink, & Buwalda, 2016). In Flevoland worden nu interventies ingezet, maar er is nog niet bekend of deze helpend zijn en daarbij is het beleid nog niet integraal genoeg. De commissie ter bevordering van de Wereldgezondheidszorg heeft een wereldwijd advies uitgebracht om de gezondheidsproblemen te verminderen en het integrale beleid te versterken (Marmot, Friel, Bell, Houweling & Taylor, 2008; Friel & Marmot, 2011). Als eerste is het belangrijk om het zorgstelsel te decentraliseren, zodat het beter inspeelt op lokale behoeften en waarden. Ten tweede moet er een duidelijk beleidsplan zijn op gezondheidsgebied dat de verschillende belanghebbenden op één lijn brengt en ondersteunt. Ten derde is de versterking van sociale netwerken van belang en als laatste betrokkenheid vanuit de gemeenschap rondom de gezondheidszorg (Williams, Costa, Odunlami & Mohammed, 2008).

Volgens Van Dijk, Boer, Scheurink & Buwalda (2016) is een integraal beleid noodzakelijk om de gezondheid van mensen met een lage SES te verbeteren, waarbij gemeenten moeten gaan samenwerken om een structurele verandering in de sociale en de fysieke omgeving te bewerkstelligen. Hierbij zou gericht moeten worden op het aanpakken van de oorzaken van psychosociale stress en een ongezonde levensstijl, zowel op regionaal niveau als op wijkniveau. Door het gebruik van positieve rolmodellen en het promoten van recreatieve activiteiten, sport en een gezonde levensstijl kan de veiligheid in woonwijken worden verbeterd, de sociale coherentie worden vergroot en kan de gezondheid bij mensen met een lage SES worden verbeterd.

Omdat de gemeente Flevoland worstelt met de vraag hoe ze de gezondheidsproblemen kunnen terugdringen en hier nog weinig specifiek onderzoek over beschikbaar is, is de onderzoeksvraag als volgt: Welke effectieve factoren uit interventies voor de preventie van intergenerationale overdracht van armoede gezondheidsproblemen worden in de provincie Flevoland toegepast en hoe kan een meer integraal beleid rondom armoede en gezondheidsproblemen worden vormgegeven? Er wordt verwacht dat het effectief is als een interventie inspeelt op de relatie tussen SES en gezondheidsproblemen. Ook factoren die zich richten op de gezondheid van ouders, educatie en veerkracht lijken een positieve invloed te hebben, evenals het zorgen voor een duidelijk gericht gezondheidsbeleid hetgeen de

betrokkenheid bij de bevolking verhoogt. Verder wordt verwacht dat er preventieve interventies worden ingezet op het gebied van familie, context en gezondheid. Daarnaast wordt verwacht dat er een meer integraal beleid kan worden vormgegeven op het gebied van armoede en gezondheid door samenwerking tussen gemeenten.

Methode

In dit onderzoek is gekozen voor kwalitatief onderzoek, waarbij niet alleen de gegevens getoetst worden, maar er ook naar aanvullende informatie kan worden gevraagd, zoals de context, onderbouwingen en aanvullingen (Reulink, & Lindeman, 2005). Kwalitatief onderzoek is bij dit onderzoek noodzakelijk omdat het niet alleen gerichte informatie op kan leveren over de beleidsprocedures en integrale beleidsvoering, maar ook aanvullende informatie geeft zoals de overwegingen bij het gebruik van interventies. Deze gegevens zijn van belang om een gedetailleerd beeld te krijgen per gemeenten en zo de gegevens voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen in de juiste context te plaatsen.

Respondenten

In dit onderzoek zijn 16 respondenten geïnterviewd uit de provincie Flevoland in de periode van april tot en met mei 2019. Deze respondenten zijn geworven via een sneeuwbalsteekproef. De respondenten bestaan uit beleidsmakers die zich bezighouden met het opstellen van het armoede- en gezondheidsbeleid met behulp van interventies en de uitvoering hiervan door het aangaan van samenwerkingsverbanden met organisaties. Er zijn beleidsmedewerkers uit de gemeenten Almere, Lelystad, Urk, Dronten, Noordoostpolder en Zeewolde geïnterviewd. Deze zes verschillende gemeenten in Flevoland zijn benaderd door middel van een brief om te vragen of ze mee wilden doen aan het onderzoek. Binnen deze gemeenten is contact gelegd met medewerkers die kennis rondom het beleid van armoede en gezondheidsproblemen hebben. Via deze medewerkers zijn weer nieuwe respondenten geworven. De respondenten hebben een toestemmingsverklaring ondertekend voordat de diepte-interviews zijn afgenomen waarin zij toestemming gaven voor de opname van de interviews en het gebruik van de over hen verzamelde gegevens voor wetenschappelijk onderzoek (zie Bijlage 1). De respondenten zijn hiermee vooraf geïnformeerd over de vrijwillige deelname aan het onderzoek en de mogelijkheid om op elk moment te kunnen stoppen met deelname. Verder zijn de gegevens anoniem verwerkt om de ethische aspecten van dit onderzoek te verzekeren.

Procedure

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van semigestructureerde diepte-interviews met een gemiddelde duur van 60 minuten. Bij een semigestructureerd diepte-interview bestaat er de mogelijkheid om naast de vaststaande vragen uit de topiclijst door te vragen naar aanleiding van antwoorden van respondenten, om zo gedetailleerde informatie te verkrijgen (Plochg, & Van Zwieten, 2007). Dit is zeer geschikt voor dit onderzoek omdat er zowel beleidsmedewerkers worden geïnterviewd met kennis over het beleid rond armoede, gezondheid of een combinatie hiervan en er dus doorgevraagd kan worden op de specifieke kennis van de betreffende beleidsmedewerkers. Daarnaast zijn de interviews afgenomen op locaties die door de respondenten zijn uitgekozen. Vaak waren dit openbare ruimtes op de verschillende locaties waar de beleidsmedewerkers werken. Er is gekozen om de beleidsmedewerkers zelf de locaties te laten kiezen, omdat dit de kans vergroot dat ze deze ruimte als veilig ervaren. Dit gevoel van veiligheid draagt bij aan het geven van eerlijke en open antwoorden tijdens de interviews, hetgeen de validiteit van de studie ten goede komt.

Het diepte-interview is vormgegeven aan de hand van een topiclijst met de onderwerpen: algemeen beleid, lage SES, schoolfactoren, buurtfactoren, gezondheidsproblemen en het integraal beleid (Zie Bijlage 2). In deze topiclijst zijn de verschillende onderwerpen ten eerste op een gestructureerde manier omschreven, waarbij gebruik is gemaakt van onderzoeksvragen gebaseerd op de wetenschappelijke literatuur (Wickrama et al., 2005; Bradshaw, 2007; Williams et al., 2008; Wachlarowicz et al., 2012; Kellam et al., 2014; Negrão et al., 2014; Van Dijk et al., 2016). Hierdoor is de externe betrouwbaarheid verhoogd van het diepte-interview doordat de kans dat steeds hetzelfde gemeten wordt groter is en het onderzoek herhaald kan worden (Wester & Hak, 2003). Daarnaast zijn de interviews opgenomen en letterlijk getranscribeerd, wat de kans op interpretatiefouten vanuit de interviewer verkleint. Ook is de interne betrouwbaarheid verhoogd door gebruik te maken van de topiclijst, omdat hierdoor de kans groter is dat twee verschillende interviewers een meer eenduidige invulling geven aan de interviews. Daarbij is er bij het afnemen van een diepte-interview met open vragen over het algemeen een hoge interne validiteit aanwezig, waardoor de kans groot geacht wordt dat er gemeten wordt wat nodig is voor het onderzoek (Plochg & Van Zwieten, 2007). Deze interne-validiteit is nog verbeterd door een kwalitatief goede topiclijst op te zetten, een test interview af te nemen en door het samenvatten van het interview in aanwezigheid van de respondent (Plochg & Van Zwieten, 2007). Tot slot is

de externe-validiteit van het onderzoek laag, omdat de resultaten alleen betrekking hebben op de provincie Flevoland.

Analyse

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is een kwalitatief toetsingsdesign opgesteld, waarbij QDA miner lite (QDA miner lite, 2015) is gebruikt. Bij de analyse van de transcripten is er gebruik gemaakt van een vier-stappenplan: markeren, clusteren, labelen en categoriseren. Ten eerste is voordat het onderzoek startte, een codeboom opgesteld gebaseerd op de concepten uit de topiclijst. (Zie bijlage 3). Daarna is aan alle belangrijke informatie uit de interviews een code toegekend, waarbij er naast de bestaande codeboom ruimte is gehouden voor het ontstaan van nieuwe codes. Tijdens de interviews is er eerst gevraagd naar effectieve factoren die uit de literatuur naar voren zijn gekomen. De effectieve factoren die door de beleidsmedewerkers werden benoemd, maar niet uit de literatuur naar voren kwamen, zijn later aan de codeboom toegevoegd zoals; duidelijke informatievoorziening en actieve hulpverlening.

Ten tweede werd gevraagd naar de visie van beleidsmedewerkers op het creëren van een meer integraal beleid. Hierbij is gevraagd naar de randvoorwaarden specifiek voortgekomen uit de literatuur zoals: het verkleinen van de sociaal economische gezondheidsverschillen tussen lage en hoge SES en het richten op het verminderen van de oorzaken van psychosociale stress en een ongezonde levensstijl. De randvoorwaarden die benoemd werden door beleidsmedewerkers, maar niet uit de literatuur naar voren kwamen zijn later aan de codeboom toegevoegd. Na codering van de antwoorden uit de interviews, werd vergelijking mogelijk tussen de antwoorden (Gorp, 2007). Daarna is er een samenvatting gemaakt waarbij alle informatie van de verschillende onderwerpen uit de interviews zijn geïntegreerd om zo conclusies te trekken en de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden.

Resultaten

Aan dit onderzoek hebben vijf respondenten uit de gemeente Almere (A) meegedaan, drie uit de gemeente Lelystad (L), twee uit de gemeente Dronten (D), twee uit de gemeente Zeewolde (Z), drie uit de gemeente Urk (U) en één uit de gemeente Noordoostpolder (N). De verwijzingen naar de respondenten in de resultaten zijn uitgewerkt in tabel 1 (Zie Bijlage 4).

Effectieve factoren

Er zal hieronder worden ingegaan op de effectieve factoren die volgens beleidsmakers in de bestaande interventies worden toegepast voor de preventie van intergenerationele overdracht

van armoede en gezondheidsproblemen. Ten eerste komen de algemene factoren zoals: duidelijke informatievoorziening en het leveren van maatwerk aan bod en ten tweede de familie-, school- en buurtfactoren zoals: het promoten van een gezonde levensstijl en het stimuleren van een positieve gedragsverandering. Deze factoren zijn weergegeven aan de hand van de mate waarin deze factoren bij beide gemeenten zijn voortgekomen uit de analyse.

Aan de beleidsmakers is gevraagd naar specifieke school-, buurt- en familiefactoren die uit de literatuur naar voren komen, maar er zijn voornamelijk algemene factoren benoemd die niet uit de literatuur naar voren komen. Daarbij is door de meerderheid van de beleidsmakers aangegeven dat het moeilijk te bepalen is welke factoren uit de interventies effectief zijn. De effectieve factoren die hieronder worden besproken zijn benoemd door beleidsmakers en zijn met name voortgekomen uit de ervaringsverhalen van inwoners en na monitoring van interventies door gemeenten.

Algemene factoren

Achtereenvolgend komen de effectieve factoren duidelijke informatievoorziening, het leveren van maatwerk, het stimuleren van eigen regie en arbeid en scholing, vroegsignalering en preventie, beleidsvoering in het algemeen en het in kaart brengen van de problematiek aan bod. In alle interviews in vier gemeenten (A, D, N, Z) en bij de meerderheid in twee gemeenten (L, U) kwamen duidelijke informatievoorziening en het stimuleren van eigen regie naar voren. Duidelijke informatievoorziening wordt toegepast door het organiseren van spreekuren door wijkteams met verschillende thema's zoals de omgang met geld. Ook wordt er schriftelijk geïnformeerd door de gemeente zelf over de regelingen waarop aanspraak kan worden gedaan door inwoners bij geld- of gezondheidsproblemen. Hierin is het belangrijk dat zowel partners als inwoners een duidelijk aanspreekpunt binnen de gemeente hebben. Echter werd in Zeewolde, Dronten en Noordoostpolder benoemd dat er vaak nog geen duidelijk laagdrempelig aanspreekpunt is. In Urk is dit er wel, maar hier werd aangegeven dat er zoveel voorzieningen zijn, dat inwoners soms door de bomen het bos niet meer zien.

Het stimuleren van eigen regie wordt toegepast door ten eerste in te gaan op hetgeen wat de bewoners zelf belangrijk vinden, waardoor de motivatie wordt verhoogd om het probleem aan te pakken. Ten tweede worden tools aangereikt om gezonde keuzes te kunnen maken rondom voeding en beweging en voor het ontwikkelen van zelfredzaamheid. Een beleidsmedewerker heeft verteld: *“Je hebt een hengel en je hebt een vis. En wij zijn heel erg altijd met z'n allen*

geneigd om mensen die niks hebben een vis te geven, want dan heb je te eten en dan heb je dit. En je kunt ze veel beter een hengel geven zodat ze zelf leren vissen” (AL2).

Ook is in de gemeente Lelystad door de meerderheid en in de overige gemeenten in alle interviews (A, D, U, Z, N) de inzet op vroegsignalering en preventie benoemd. Vroegsignalering wordt toegepast door middel van monitoring door instanties waarbij mogelijke gezondheids-, betaal- en onderwijsachterstanden en uitsluiting op de arbeidsmarkt in kaart worden gebracht. Hierop wordt preventief ingespeeld. Een beleidsmedewerker heeft verteld: *“Zien ze op het consultatiebureau al dat een kind in een hoog risico gezin uhm woont qua armoede, dan zeggen ze oké. Dan maken ze het bespreekbaar en als ouders daar voor openstaan dan kan een kind dus echt twee dagdelen betaalt naar de kinderopvang” (LE3).*

Daarnaast kwamen het leveren van maatwerk en het stimuleren van arbeid en scholing in drie gemeenten in alle interviews (A, U, Z) en bij meer dan de helft van de interviews in de andere drie gemeenten (L, D, N) naar voren. Maatwerk wordt geleverd door het aanpassen van het aanbod aan faciliteiten en activiteiten met betrekking tot armoede- en gezondheidsproblemen aan de hulpvraag van bewoners. Een beleidsmedewerker vertelde: *“Ehm, in elk geval door aan te sluiten bij de persoonlijke situatie en de leefwereld van de persoon op dat moment. Ik geloof daar ook heel erg in. Dat pas wanneer je, dat goed weet te doen. Dat je mensen dat pas in beweging weet te krijgen” (IZ14).* Arbeid en scholing heeft enerzijds betrekking op het stimuleren van scholing. Zoals door het aanbieden van extra leertijd op scholen waarbij leervaardigheden worden ontwikkeld tijdens de schoolcarrière. Anderzijds heeft het betrekking tot het stimuleren van werk of vrijwilligerswerk. Vooral in de gemeente Urk ligt hier een grote nadruk op. *“Dus wij hebben als, als standaard. Je gaat werken, of je gaat je nuttig maken in de samenleving. Dus als er geen mogelijkheid is om te gaan werken, dan ga je iets doen. Want thuis zitten, daar wordt niemand beter van” (IU11).*

Tot slot is door de meerderheid van de beleidsmedewerkers van de vier gemeenten (U, D, Z, N) het in kaart brengen van de problematiek benoemd. In de gemeenten Almere en Lelystad werd dit echter door de minderheid benoemd. Er werd aangegeven dat het in kaart brengen van problemen belangrijk is, omdat op deze manier goed gekeken kan worden welke effectieve interventies er nodig zijn en gaan werken. Een beleidsmedewerker zei hierover *“We hebben toevallig vorige week vrijdag een gesprek gehad van iemand die daar buurtgesprekken organiseert. En die gaat echt kijken van ehm, van wat gebeurt er nou is zo'n buurt. Wie zijn daar*

inderdaad aansprekende mensen en waar heeft de buurt behoefte aan.” (ID9). Vooral gemeente Dronten en Urk gaven aan, dat ze dit nog te weinig in kaart hebben gebracht. In alle gemeenten werd aangegeven dat er een groep is die de gemeente niet bereikt, omdat de gemeente deze groep niet in beeld heeft. Als voorbeeld werden de werkende armen benoemd.

Familiefactoren, schoolfactoren en buurtfactoren

De familiefactor die in alle interviews in Urk en Zeewolde en in de helft van de interviews in Dronten naar voren kwam, is een gezinsgerichte aanpak, waarbij het hele gezin wordt betrokken in de aanpak van problemen. Dit in tegenstelling tot de drie andere gemeenten (A, L, N) waarbij deze factor door de minderheid is benoemd. Een respondent gaf hierbij aan: *“Hetzelfde wat ik nu met JOG, met gezond gewicht. Dat helpt ook niet alleen maar om een kind aan te pakken. Dan moet je ook erachter gaan kijken, van wat gebeurt er nu allemaal. Is het nu inderdaad familie die op de bank hangt en heel veel chips eet en dan is het leuk als je thuis het verkeerde voorbeeld ziet. Dus dan zou je ook dat gezin erin mee moeten nemen”*(ID9).

Naast de bovenstaande familiefactor worden de schoolfactoren, het stimuleren van een positieve gedragsverandering en het promoten van een gezonde levensstijl door de meerderheid van de gemeente Lelystad en Almere en bij de helft van de interviews in drie gemeenten (D, U, Z) benoemd. Dit in tegenstelling tot de gemeente Noordoostpolder, waar alleen het stimuleren van een positieve gedragsverandering werd benoemd. In de gemeenten gebeurt het stimuleren van een positieve gedragsverandering voornamelijk door het geven van voorlichtingen op scholen, met name door het aanbieden van interactieve programma's rondom de omgang met geld. In de gemeente Urk ligt de nadruk op de inzet van jeugdhulp op school. *“Ja, wij bieden ehm, ondersteunende jeugdhulp in de klassen aan. Eh, waarbij we eigenlijk jeugdhulp op school brengen om de leerkrachten te ondersteunen. En dan is dat met name gericht op ondersteuning van de kinderen. Maar ook van de leerkracht en de ouders. Omdat we dan proberen om de zorg die ze thuis krijgen voor de kinderen. Dezelfde te laten zijn als op school”* (IU13). Het promoten van een gezonde levensstijl wordt toegepast door het aanbieden van beweeg- en kooklessen.

In de meerderheid van de interviews in drie gemeenten (U, D, Z) kwam de buurtfactor het stimuleren van de eigen bijdrage naar voren. Dit in tegenstelling tot twee andere gemeenten (A, L), waarbij dit bij de minderheid naar voren kwam. In het interview met de Noordoostpolder, werd deze factor helemaal niet benoemd. Het stimuleren van de eigen bijdrage wordt gedaan door de wijk bijvoorbeeld mee te laten denken in plannen rondom wijkinrichting en mensen

waardering te geven voor hun vrijwillige bijdrage *“Dat er in de samenleving heel veel energie zit. Maar die moet je wel vasthouden en die moet je gaan waarderen. Want dat zit vaak bij vrijwilligers. Die zijn eigenlijk meer uit op waardering. Dus dat moet je ook gaan doen als gemeente, dus aan de ene kant faciliteren en aan de andere kant waarderen van die mensen”* (ID10).

Randvoorwaarden integraal beleid

Hieronder worden de randvoorwaarden voor het creëren van een meer integraal beleid rondom armoede en gezondheidsproblemen volgens beleidsmakers besproken.

Achtereenvolgend komen samenwerking, ruimte en tijd, het verbeteren van communicatie, het verminderen van de oorzaken van psychosociale stress en een ongezonde levensstijl en het verhogen van sociale cohesie aan bod. Samenwerking met partners en zorgverleners is in alle interviews benoemd als randvoorwaarde. Deze samenwerking zou al plaatsvinden op regionaal, gemeentelijk en wijkniveau met onder andere maatschappelijke organisaties, scholen en de GGD. Met name de samenwerking met andere beleidstakken binnen de gemeenten, zoals ruimtelijke ordening, zou versterkt kunnen worden voor een bredere integrale aanpak. Bij de gemeenten Dronten en Zeewolde werd aangegeven dat het belangrijk is om de professionals te betrekken en als gemeente vooral een ondersteunende functie te hebben.

Daarbij is in vijf gemeenten (L, U, D, Z, N) en door de meerderheid van de gemeente Almere het verminderen van de oorzaken van psychosociale stress en een ongezonde levensstijl als randvoorwaarde benoemd. Voor stressvermindering en gezondheidsbevordering worden er al financiële hulpmiddelen aangeboden aan ouders en sportactiviteiten aan kinderen. Er worden daarbij bijvoorbeeld miniregelingen en speciale bijdragen aangeboden aan ouders met kinderen, waardoor ze mee kunnen doen aan activiteiten, ook als ouders weinig geld te besteden hebben. Een beleidsmaker vertelde hierover: *“Ze zitten in de schuldsanering of hebben te maken met andere verschrikkelijke dingen, dan zijn de dag-arrangementen het rustpunt voor het kind, maar ook het ontlasten van een ouder”* (AL2). Er zou meer gericht kunnen worden op een gezamenlijke aanpak van stress- en gezondheid gerelateerde problematiek binnen het gezin.

Ook is door alle beleidsmakers van de gemeente Lelystad en Urk en door de meerderheid van de gemeente Almere meer ruimte en tijd voor professionals voor de uitvoering van taken en voor de benodigde samenwerking met andere professionals als randvoorwaarde benoemd. Een beleidsmaker vertelde: *“Maar ook dat je daar de mogelijkheid en de tijd voor krijgt. Want als jij*

helemaal vol zit met vaste structuren en er komt dan bijvoorbeeld een wijkagent binnen lopen met iets dan denk je ooh, dat er ook weer tussen. Dus heb je er ook de ruimte voor. Kan je er ook mekaar aanhoren en samen naar een oplossing zoeken. Of denk je van nee mijn programma zit vol en andere keer graag” (IU12). In tegenstelling tot deze drie gemeenten werd deze randvoorwaarde in de overige gemeenten (D, Z, N) niet benoemd.

Daarnaast is in alle interviews in drie gemeente (A, U, N), in het merendeel van de interviews in de gemeente Lelystad en in de helft van de interviews in de gemeente Dronten het verbeteren van de communicatie tussen samenwerkingspartners als randvoorwaarde genoemd. *“Als je weet van de ander waar die mee bezig is. En dat je dan kunt denken, he, die is daar ook mee bezig. En dat is belangrijk. En dat je elkaar ook gaat opzoeken” (IU11).* Hierbij gaat het over de samenwerking tussen de gemeenten en professionals en het overdragen van persoonsgegevens in het kader van de nieuwe AVG. De beleidsmedewerker van Zeewolde gaf als enige aan dat ze de nieuwe AVG niet als een probleem ziet. Alle andere beleidsmedewerkers gaven aan dat ze het lastig vinden om met de nieuwe AVG om te gaan. Bij de interviews van gemeente Urk en Zeewolde kwam naar voren dat het belangrijk is om korte lijntjes tussen de medewerkers van de gemeente te hebben, zodat er snel geschakeld kan worden.

Tot slot is uit alle interviews met drie gemeenten (U, N, A) en door de meerderheid van de overige gemeenten (Z, D) het verhogen van de sociale cohesie als randvoorwaarde gesteld, in tegenstelling tot de gemeente Lelystad waarbij dit door de minderheid is aangedragen. Voor sociale cohesie zou al aandacht zijn door het creëren van veilige plekken in wijken met een hoog aantal inwoners met een lage SES, maar dit zou nog versterkt kunnen worden door ook in wijken met inwoners met een hoge SES en lage SES hier meer aandacht aan te besteden. Het creëren van deze plekken waar mensen elkaar beter leren kennen, zou bijdragen aan een meer prosociaal klimaat in de wijk waarbij mensen meer oog hebben voor elkaar. Ook gaat het om het motiveren van personen uit eigen netwerk om hulp te verlenen, door het organiseren van bijvoorbeeld een rond de tafel gesprek met deze personen.

Conclusie en discussie

Conclusie

In het onderzoek stonden de volgende vragen centraal: *Welke effectieve factoren voor de preventie van intergenerationale overdracht van armoede en gezondheidsproblemen worden in bestaande preventieve interventies in Flevoland toegepast volgens beleidsmakers? Wat zijn*

volgens de beleidsmedewerkers randvoorwaarden voor het creëren van een meer integraal beleid rondom armoede en gezondheidsproblemen? Uit het onderzoek kan geconcludeerd worden dat de algemene factoren duidelijke informatievoorziening, het leveren van maatwerk, het stimuleren van eigen regie, het stimuleren van arbeid en scholing, vroegsignalering en preventie volgens de meerderheid van de beleidsmedewerkers effectieve factoren zijn. Ook de familiefactor een gezinsgerichte aanpak werd door de meerderheid van de beleidsmedewerkers als effectieve factor benoemd. Tot slot werden de schoolfactoren het promoten van een gezonde levensstijl en het stimuleren van een positieve gedragsverandering en de buurtfactor het promoten van een gezonde levensstijl ook door de meerderheid van de beleidsmedewerkers als effectieve factor gezien. De factoren het stimuleren van de eigen bijdrage, het promoten van een gezonde levensstijl en een gezinsgericht aanpak werd alleen benoemd door drie gemeentes (D, U, L) of door een minderheid van de beleidsmedewerkers in de overige drie gemeenten (A, L, N)

Uit het onderzoek kan daarnaast geconcludeerd worden dat samenwerking tussen partners en zorgverleners, ruimte en tijd voor professionals, het verbeteren van communicatie, het verminderen van de oorzaken van psychosociale stress, een ongezonde levensstijl en het verhogen van sociale cohesie randvoorwaarden zijn van het creëren van een meer integraal beleid rondom armoede en gezondheidsproblemen. De randvoorwaarde het verhogen van de sociale cohesie kwam bij de minderheid in de gemeente Lelystad voor en meer ruimte en tijd voor professionals werd maar genoemd in de helft van de gemeente (U, L, A).

Sterke en zwakke kanten

Een kritiekpunt aan dit onderzoek is dat het aantal beleidsmedewerkers dat per keer geïnterviewd werd niet gelijk is. Echter hoeft dit niet als probleem gezien te worden, omdat de beleidsmedewerkers in de interviews elkaar niet tegenspraken, alleen aanvulden. Daarnaast is de externe validiteit en dus de generaliseerbaarheid van het onderzoek laag, omdat de resultaten alleen betrekking hebben op de provincie Flevoland. Dit komt omdat er alleen beleidsmedewerkers uit de provincie Flevoland zijn geïnterviewd. Daarbij is het aantal interviews dat per gemeente is afgenomen niet gelijk, waardoor het zou kunnen zijn dat er van sommige gemeenten meer informatie is verzameld dan van andere gemeenten. Dit zou een verklaring kunnen zijn voor het feit dat sommige effectieve factoren zoals het stimuleren van een positieve gedragsverandering en een aantal randvoorwaarden zoals ruimte en tijd voor professionals niet in iedere gemeenten naar voren kwamen als effectieve factoren. Tot slot is de

interne validiteit een sterk punt van dit onderzoek. Na analyse uit de diepte-interviews met open vragen bleek dat er gemeten is wat nodig is om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden.

Discussie

De verwachting dat er preventieve interventies worden ingezet op het gebied van familie, context en gezondheid (Elias, & Haynes, 2008; Drake & Liu, 2010; Cate et al., 2013) komen met de onderzoeksresultaten overeen. De verwachting dat de factoren die zich richten op de gezondheid van ouders, educatie en veerkracht een positieve invloed zouden hebben, (Wickrama et al., 2005; Wachlarowicz et al., 2012; Negrão et al., 2014) komen deels overeen met de onderzoeksresultaten. De familiefactor een gezinsgerichte aanpak werd door de meerderheid in drie gemeenten benoemd (U, Z, D). Dit in tegenstelling tot de andere drie gemeenten (A, L, N) waarbij deze factor door de minderheid werd benoemd. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de gemeenten Almere en Lelystad de grootste gemeenten zijn van Flevoland (Provincie Flevoland, 2019). Uitgebreide gezinsgerichte hulp zou op het gebied van financiën en gezien de capaciteit in de gezondheidszorg lastig kunnen zijn. Echter heeft de Noordoostpolder ongeveer een gelijk aantal inwoners als Dronten waarbij de factor gezinsgerichte aanpak wel door de meerderheid werd benoemd. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat iedere gemeente een ander sociaal landschap heeft, met verschillende besturen aangepast op de eigen situatie.

Ook werd in de meerderheid van de interviews in drie gemeenten (U, D, Z) de buurtfactor het stimuleren van de eigen bijdrage benoemd. Dit in tegenstelling tot de gemeenten Almere en Lelystad, waarbij dit door de minderheid werd benoemd. De hogere eigen bijdrage zou te maken kunnen hebben met het feit dat deze gemeenten (U, D, Z) een relatief kleiner aantal inwoners hebben. In de interviews werd aangegeven dat dit zorgt voor een hogere sociale cohesie. Deze sociale cohesie motiveert mensen tot een eigen bijdrage. Daarnaast wordt bij bijna alle gemeenten op scholen een gezonde levensstijl en positieve gedragsverandering gepromoot. Echter kwamen in het interview met de Noordoostpolder deze twee factoren niet naar voren. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat er maar één interview is afgenomen in de gemeente Noordoostpolder en deze informatie hieruit niet naar voren kwam.

De relatie tussen SES en gezondheidsproblemen

De verwachting dat het effectief zou zijn als een interventie inspeelt op de relatie tussen SES en gezondheidsproblemen (Schreier & Chen, 2010) komt niet duidelijk uit de onderzoeksresultaten naar voren. De effectieve factoren uit de onderzoeksresultaten zijn wel

gericht op armoede- en gezondheidsproblemen zoals het monitoren van gezondheidsachterstanden en geldproblemen bij vroegsignalering en preventie. Deze factoren worden vaak toegepast in wijken met een hoog aantal inwoners met een lage SES, omdat daar de problemen groter zijn, maar het zijn niet specifiek factoren die gericht zijn op de relatie tussen SES en gezondheidsproblemen. Dit zou verklaard kunnen worden door de mate van het uitvoeren van een integraal beleid. De GGD Flevoland (2019) geeft aan dat het begrijpen en toepassen van gezondheidsinformatie een rol speelt, het opleidingsniveau en inkomen, maar er wordt niet ingespeeld op de wisselwerking tussen een lage SES en gezondheidsproblemen. Het integraal beleid richt zich dus vaak alleen op of armoede of op gezondheidsproblemen.

Evidence based onderzoek

Er zijn veel meer factoren gevonden die van invloed zijn op de intergenerationele overdracht dan verwacht werd vanuit de literatuur, zoals duidelijke informatievoorziening en het leveren van maatwerk. Dit zou verklaard kunnen worden doordat de meerderheid van de respondenten aangaf dat het moeilijk te bepalen was welke factoren uit de interventies effectief zijn. Er wordt door de gemeenten aan monitoring van de interventies gedaan, maar welke factoren precies bijdragen aan een verandering of verbetering bij armoede of gezondheidsproblemen was volgens hen vaak niet goed te meten. Dit zou kunnen komen doordat er veel factoren een rol kunnen spelen en deze vaak in samenspel met elkaar invloed zouden hebben op de problematiek. Daarnaast zijn invloeden van buitenaf niet geheel uit te sluiten (Mosley & Verschoor, 2005). Een andere verklaring zou kunnen zijn dat evidence based werken in de praktijk vaak achterloopt op de evidence based kennis en richtlijnen (Yperen, 2010). Zo mogelijk ook bij de kennis over de effectieve factoren bij het verminderen van de intergenerationele problematiek van armoede en gezondheidsproblemen, waarbij het nog onduidelijk zou zijn hoe dit in de praktijk moet worden vormgegeven door professionals.

Integraal beleid

De verwachting dat er een meer integraal beleid kan worden vormgegeven op het gebied van armoede en gezondheid door samenwerking tussen gemeenten (Williams et al., 2008; Van Dijk et al., 2016) komt overeen met de onderzoeksresultaten. Echter kwam de randvoorwaarden het verhogen van de sociale cohesie bij de minderheid in de gemeenten Lelystad voor. Dit sluit aan op de bevindingen van de factor eigen bijdrage, namelijk dat het inwonersaantal en dus de beleidsvoering hierop van invloed zou kunnen zijn.

Er dient echter wel opgemerkt te worden dat er meer randvoorwaarden zijn gevonden die niet vanuit de literatuur naar voren kwamen, zoals meer ruimte en tijd voor professional en het verbeteren van de communicatie, dan randvoorwaarden die wel uit de literatuur naar voren kwamen. De oorzaak hiervoor zou kunnen zijn dat de randvoorwaarden uit de literatuur voor een integraal beleid vaak gebaseerd zijn op het procesmodel van Van Dijk et al. (2016). Volgens dit model zouden er sociaal-economische gezondheidsverschillen ontstaan doordat een lage SES en de fysieke en sociale omgeving tot meer stress en een ongezonde leefstijl zouden leiden, vergeleken met mensen met een hoge SES. Daarbij spelen het promoten van gezonde producten in de voedselindustrie (Antunes, Levandovski, Dantas, Caumo & Hidalgo, 2010) en het promoten van een gezonde levensstijl binnen bedrijven (Panjwani, & Caraher, 2014) een grote rol. De randvoorwaarden van beleidsmedewerkers zouden echter meer gebaseerd zijn op praktijkervaringen vanuit inwoners en door monitoring door de gemeenten onder inwoners.

Aanbevelingen voor verder onderzoek

De bevindingen uit dit onderzoek zijn waardevol voor zowel de wetenschap als de maatschappij. Er is nu nieuwe kennis beschikbaar over de recente beleidsvoering van de preventie van intergenerationele overdracht van armoede en gezondheidsproblemen in de verschillende gemeenten in Flevoland. Ook is er duidelijk geworden in hoeverre er al een integraal beleid wordt uitgevoerd in de gemeenten en hoe dit versterkt kan worden. Op basis van de uitkomsten van dit onderzoek kan binnen de gemeenten of in samenwerking met verschillende gemeenten het beleid worden aangepast of verbeterd. Ook blijkt uit dit onderzoek dat de verschillende gemeenten eigen sterke aspecten van beleidsvoering hebben op verschillende gebieden. Dit zou kunnen komen doordat er binnen de gemeente ook rekening wordt gehouden met de verschillende problemen per gemeente. Een aanbeveling is daarom dat gemeenten met elkaar in gesprek gaan en kijken op welke aspecten ze van elkaar kunnen leren.

Voor toekomstig onderzoek zouden ook meerdere professionals uit de praktijk kunnen worden betrokken zoals docenten of buurtcoaches. Deze professionals zijn werkend in de praktijk en hierdoor kan er meer inzicht worden verkregen over de werkende effectieve factoren die worden ingezet. Daarnaast zou dit een nog breder beeld kunnen geven van het huidige beleid en de samenwerking tussen verschillende partijen. Tot slot is het interessant om dit onderzoek ook uit de voeren binnen andere regio's, omdat naast Flevoland ook andere provincies worstelen met de aanpak voor het terugdringen van intergenerationele armoede en gezondheidsproblemen.

Referenties

- Antunes, L. C., Levandovski, R., Dantas, G., Caumo, W., & Hidalgo, M. P. (2010). Obesity and shift work: chronobiological aspects. *Nutrition research reviews*, 23, 155-168.
doi:10.1017/S0954422410000016
- Bradshaw, T. K. (2007). Theories of poverty and anti-poverty programs in community development. *Community Development*, 38, 7-25. doi:10.1080/15575330709490182
- Cate, ten, A., Huijts, T., & Kraaykamp, G. (2013). Intergenerationele overdracht van risicogedrag - rookgedrag, alcoholgebruik en ongezonde eetgewoonten van ouders en hun volwassen kinderen. *Mens En Maatschappij*, 88, 150–176. doi:10.5117/mem2013.2.cate
- Centraal Bureau voor de statistiek. (2010, 16 maart). Gezondere leefstijl blijkt voor velen moeilijk haalbaar. Geraadpleegd van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2010/11/gezondere-leefstijl-blijkt-voor-velen-moeilijk-haalbaar>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2018, 13 november). Laag en langdurig laag inkomen; huishoudenskenmerken, regio (indeling 2018). Geraadpleegd van <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/84355NED/table?ts=1552907848696>
- Drake, A. J., & Liu, L. (2010). Intergenerational transmission of programmed effects: Public health consequences. *Trends in Endocrinology & Metabolism*, 21, 206–213.
doi:10.1016/j.tem.2009.11.006
- Elias, M. J., & Haynes, N. M. (2008). Social competence, social support, and academic achievement in minority, low-income, urban elementary school children. *School Psychology Quarterly*, 23, 474. doi:10.1037/1045-3830.23.4.474
- Friel, S., & Marmot, M. G. (2011). Action on the social determinants of health and health inequities goes global. *Annual Review of Public Health*, 32, 225–236.
doi:10.1146/annurev-publhealth-031210-101220
- Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D. A., Lynch, J. W., & Smith, G. D. (2006). Indicators of socioeconomic position (part 1). *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60, 7-12. doi:10.1136/jech.2004.023531
- GGD Flevoland (2019, 6 mei). Bevolking Almere. Geraadpleegd van <https://www.eengezonderflevoland.nl/factsheet/bevolking-almere-2/>

- Goodman, A., Joyce, R., & Smith, J. P. (2011). The long shadow cast by childhood physical and mental problems on adult life. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *108*, 6032-6037. doi:10.1097/01.mop.0000170514.27649.c9
- Gorp, B. V. (2007). Het reconstrueren van frames via inductieve inhoudsanalyse: uitgangspunten en procedures. Gedownload op 24 maart 2019, van <https://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/56221/56221.pdf>
- Harper, C., Marcus, R., & Moore, K. (2003). Enduring poverty and the conditions of childhood: lifecourse and intergenerational poverty transmissions. *World development*, *31*, 535-554. doi:10.1016/S0305-750X(03)00010-X
- Hoy, M., & Zheng, B. (2011). Measuring lifetime poverty. *Journal of Economic Theory*, *146*, 2544-2562. doi:10.1016/j.jet.2011.10.011
- Johnston, D. W., Schurer, S., & Shields, M. A. (2013). Exploring the intergenerational persistence of mental health: Evidence from three generations. *Journal of Health Economics*, *32*, 1077-1089. doi:10.1016/j.jhealeco.2013.09.001
- Kellam, S. G., Wang, W., Mackenzie, A. C., Brown, C. H., Ompad, D. C., Or, F., ... & Windham, A. (2014). The impact of the good behavior game, a universal classroom-based preventive intervention in first and second grades, on high-risk sexual behaviors and drug abuse and dependence disorders into young adulthood. *Prevention science*, *15*, 6-18. doi:10.1007/s11121-012-0296-z
- Lund, C., De Silva, M., Plagerson, S., Cooper, S., Chisholm, D., Das, J., ... & Patel, V. (2011). Poverty and mental disorders: Breaking the cycle in low-income and middle-income countries. *The lancet*, *378*, 1502-1514. doi:10.1016/S0140-6736(11)60754-X
- Marmot, S., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, *372*, 1661-1669. doi:10.1016/S0140-6736(08)61690-6
- McLeod, J. D., & Kaiser, K. (2004). Childhood emotional and behavioral problems and educational attainment. *American sociological review*, *69*, 636-658. doi:10.1177/000312240406900502
- Mosley, P., & Verschoor, A. (2005). Risk attitudes and the 'vicious circle of poverty'. *The European journal of development research*, *17*, 59-88. doi:10.1080/09578810500066548

- Najman, J. M., Aird, R., Bor, W., O'Callaghan, M., Williams, G. M., & Shuttlewood, G. J. (2004). The generational transmission of socioeconomic inequalities in child cognitive development and emotional health. *Social Science & Medicine*, 58, 1147–1158. doi:10.1016/s0277-9536(03)00286-7
- Negrão, M., Pereira, M., Soares, I., & Mesman, J. (2014). Enhancing positive parent–child interactions and family functioning in a poverty sample: a randomized control trial. *Attachment & human development*, 16, 315-328. doi:10.1080/14616734.2014.912485
- Panjwani, C., & Caraher, M. (2014). The Public Health Responsibility Deal: brokering a deal for public health, but on whose terms?. *Health Policy*, 114, 163-173. doi: 10.1016/j.healthpol.2013.11.002
- Plochg, T., & Van Zwieten, M. C. B. (2007). Handboek gezondheidszorgonderzoek: Kwalitatief onderzoek. Utrecht, Nederland:Bohn Stafleu van Loghum
- Provincie Flevoland. (2019, 9 april). Aantal inwoners 2019. Geraadpleegd van <https://www.flevoland.nl/wie-zijn-we/over-flevoland/flevoland-in-beeld-en-cijfers/aantal-inwoners-2019>
- QDA miner lite. (2015). QDA miner lite manual handling. Geraadpleegd op 2 juni 2019, van <http://lightupload.weebly.com/blog/qda-miner-lite-manual>
- Reulink, N., & Lindeman, L. (2005). Kwalitatief onderzoek. Participerende observatie, interviewen. Gedownload op 4 april 2019, van [http://www.cs.ru.nl/~tomh/onderwijs/om2%20\(2005\)/om2_files/syllabus/kwalitatief.pdf](http://www.cs.ru.nl/~tomh/onderwijs/om2%20(2005)/om2_files/syllabus/kwalitatief.pdf)
- Romero, M., & Margolis, E. (Eds.). (2008). The Blackwell companion to social inequalities. United Kingdom, UK: John Wiley & Sons.
- Savelieva, K., Keltikangas-Järvinen, L., Pulkki-Råback, L., Jokela, M., Lipsanen, J., Merjonen, P., ... Hintsanen, M. (2016). Intergenerational transmission of qualities of the parent–child relationship in the population-based young Finns study. *European Journal of Developmental Psychology*, 14, 416–435. doi:10.1080/17405629.2016.1230057
- Schreier, H. M., & Chen, E. (2010). Socioeconomic status in one's childhood predicts offspring cardiovascular risk. *Brain, Behavior, and Immunity*, 24, 1324-1331. doi:10.1016/j.bbi.2010.06.007

- Serbin, L., & Karp, J. (2003). Intergenerational studies of parenting and the transfer of risk from parent to child. *Current Directions in Psychological Science*, *12*, 138–142.
doi:10.1111/1467-8721.01249
- Smith, C. A., & Farrington, D. P. (2004). Continuities in antisocial behavior and parenting across three generations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *45*, 230-247
doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00216.x
- Snedker, K. A., Herting, J. R., & Walton, E. (2009). Contextual effects and adolescent substance use: Exploring the role of neighborhoods. *Social Science Quarterly*, *90*, 1272-1297.
doi:10.1111/j.1540-6237.2009.00677.x
- Tate, K. A., Fouad, N. A., Marks, L. R., Young, G., Guzman, E., & Williams, E. G. (2015). Underrepresented first-generation, low-income college students' pursuit of a graduate education: Investigating the influence of self-efficacy, coping efficacy, and family influence. *Journal of Career Assessment*, *23*, 427-441. doi:10.1177/1069072714547498
- Van Dijk, G., De Boer, R., Scheurink, A. J., & Buwalda, B. (2016). Neurobiologie van vitaliteit: de rol van sociaal-economische status. *Neuropraxis*, *20*, 184-192. doi:10.1007/s12474-016-0137-0
- Van Ham, M., Hedman, L., Manley, D., Coulter, R., & Östh, J. (2014). Intergenerational transmission of neighbourhood poverty: an analysis of neighbourhood histories of individuals. *Transactions of the Institute of British Geographers*, *39*, 402-417.
- Volksgezondheidszorg (2016). Goed ervaren gezondheid per GGD-regio. Geraadpleegd van <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/ervaren-gezondheid/regionaal-internationaal/regionaal#node-goed-ervaren-gezondheid-ggd-regio>
- Wachlarowicz, M., Snyder, J., Low, S., Forgatch, M., & DeGarmo, D. (2012). The moderating effects of parent antisocial characteristics on the effects of Parent Management Training-Oregon (PMTO™). *Prevention Science*, *13*, 229-240. doi:10.1007/s11121-011-0262-1
- Wester F, & Hak T. (2003). De methodologie van kwalitatief onderzoek: Kwalitatief onderzoek: de praktijk. Waarneming, analyse en reflectie. Amsterdam, Nederland: siswo
- Whelan, C. T., Nolan, B., & Maitre, B. (2014). Multidimensional poverty measurement in Europe: An application of the adjusted headcount approach. *Journal of European Social Policy*, *24*, 183-197. doi:10.1177/0958928713517914

Wickrama, K. A. S., Conger, R. D., & Abraham, W. T. (2005). Early adversity and later health:

The intergenerational transmission of adversity through mental disorder and physical illness. *The Journals of Gerontology: Series B*, *60*(Special_Issue_2), S125–S129.

doi:10.1093/geronb/60.special_issue_2.s125

Williams, D. R., Costa, M. V., Odunlami, A. O., & Mohammed, S. A. (2008). Moving upstream.

Journal of Public Health Management and Practice, *14*(Supplement), S8–S17.

doi:10.1097/01.phh.0000338382.36695.42

Willson, A. E., & Shuey, K. M. (2018). A longitudinal analysis of the intergenerational

transmission of health inequality. *The Journals of Gerontology: Series B*, *74*, 181–191.

doi:10.1093/geronb/gby059

Yperen, T.A. van (2010). 55 Vragen over effectiviteit. Antwoorden voor de jeugdzorg.

Gedownload op 12 juni 2019, van [https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Publicatie-NJi/\(301939\)-55-Vragen-over-effectiviteit.pdf](https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Publicatie-NJi/(301939)-55-Vragen-over-effectiviteit.pdf)

Bijlage 1

TOESTEMMINGSVERKLARING

Voor deelname aan het onderzoek:

‘Intergenerationele overdracht van armoede en gezondheidsproblemen’

Het onderzoek ‘**Intergenerationele overdracht van armoede en gezondheidsproblemen**’ heeft als doel om ten eerste in kaart te brengen welke effectieve factoren voor de preventie van intergenerationele overdracht van armoede en gezondheidsproblemen uit bestaande preventieve interventies in de provincie Flevoland worden ingezet. Ook is het doel om te onderzoeken hoe het beleid meer integraal kan worden vormgegeven, om zo bij te dragen aan het verminderen of voorkomen van intergenerationele overdracht van armoede en gezondheidsproblemen en het verbeteren van de beleidsvoering in de provincie Flevoland.

We hebben gehoord dat u/je mee wilt werken aan dit onderzoek en hebben hiervoor ook uw/jouw schriftelijke toestemming nodig.

- Ik ben naar tevredenheid over het onderzoek geïnformeerd. Ik ben van te voren schriftelijk of mondeling geïnformeerd en in de gelegenheid gesteld om vragen over het onderzoek te stellen. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord. Ik heb goed over deelname aan het onderzoek kunnen nadenken. Ik heb het recht mijn toestemming op ieder moment weer in te trekken zonder dat ik daarvoor een reden behoeft op te geven.

- Ik stem toe met deelname aan het onderzoek, wat inhoudt:
 - dat ik deelneem aan het interview;
 - dat de door mij verstrekte informatie en mijn gegevens anoniem worden verwerkt;
 - dat de data beschikbaar komt voor verder onderzoek.

Naam :

Geboortedatum :

Handtekening :

Datum:

- Ondergetekende verklaart dat de hierboven genoemde persoon schriftelijk en mondeling over het bovenvermelde onderzoek is geïnformeerd.
- Hij/zij verklaart tevens dat ingeval van het intrekken van de toestemming, alle verstrekte informatie zal worden vernietigd en niet in het onderzoek zal worden gebruikt.

Naam :

Functie : Student

Handtekening :

Datum:

Bijlage 2

Topiclijst

Algemene informatie onderzoek

Doelstelling onderzoek

Onderzoeksvragen: *Welke effectieve factoren voor de preventie van intergenerationele overdracht van armoede worden in bestaande preventieve interventies in Flevoland toegepast volgens beleidsmakers? Wat zijn volgens hen randvoorwaarden voor het creëren van een meer integraal beleid rondom armoede en gezondheidsproblemen?*

U mag op ieder moment stoppen/vertrouwelijkheid gegevens.

U bent werkzaam bij.... Deze gemeente?

Wat is uw functie?

Algemeen beleid

1. Welke interventies worden in uw gemeenten toegepast mbt het terugdringen van armoede en gezondheidsproblemen
2. Zou u iets kunnen vertellen over het beleid vanuit de gemeente met betrekking tot het terugdringen van armoede/gezondheidsproblemen?
3. Is er beleid gericht op het voorkomen of verminderen van armoede en gezondheidsproblemen, die generatie op generatie worden doorgeven? En waarom, welk, hoe, Harper, Marcus, & Moore, 2003; Williams, Costa, Odunlami & Mohammed, 2008).
4. Wat is jullie visie op intergenerationele overdracht?
5. Hoe zou de intergenerationele invloed van armoede en gezondheidsproblemen kunnen afnemen? Wat is hiervoor nodig?
6. Wat zou de gemeente kunnen doen om dit proces te bevorderen?
7. Binnen welke sectoren vinden deze interventies plaats?
8. Waarom is voor deze interventies gekozen? Welke overwegingen zijn hierin meegenomen? (bv de bewezen effectiviteit)
9. Wat zijn de werkzame factoren van deze interventies?

Lage SES (Galobardes, Shaw, Lawlor, Lynch, & Smith, 2006).

10. Wat is er bij u bekend over de SES in uw gemeente? (GGD Flevoland, z.d.).

11. Wat is het beleid van uw gemeente met betrekking tot deze SES?

12. Waarom is voor deze interventies gekozen? Welke overwegingen zijn hierin meegenomen?

Familiefactoren

13. Worden er in uw gemeenten interventies toegepast op het gebied van de familieproblematiek, zoals psychische problemen bij ouders of kinderen, stress in het gezin, verminderde opvoedingsvaardigheden? (Evans, 2004).

14. In hoeverre zijn deze interventies gericht op het verbeteren van de opvoedingsvaardigheden van de ouder? (Wachlarowicz, Snyder, Low, Forgatch, & DeGarmo, 2012; Negrão, Pereira, Soares, & Mesman, 2014).

15. In hoeverre zijn deze interventies gericht op het verminderen van risicogedrag (agressie en antisociaal) gedrag bij de ouder? (Williams, Costa, Odunlami & Mohammed, 2008)

16. In hoeverre zijn deze interventies gericht op het verminderen van het probleemgedrag, (antisociaal gedrag) bij het kind?

17. Waarom is voor deze interventies gekozen? Welke overwegingen zijn hierin meegenomen?

Schoolfactoren

18. Worden er in uw gemeenten interventies toegepast op scholen, in de klas en door docenten? (Elias, & Haynes, 2008, McLeod, & Kaiser, 2004)

19. In hoeverre zijn deze interventies gericht op het op het stimuleren van positieve gedragsverandering bij kinderen ten behoeve van een ondersteunende schoolomgeving?(Bradshaw et al., 2008, Kellam et al., 2014).

20. Waarom is voor deze interventies gekozen? Welke overwegingen zijn hierin meegenomen?

Buurtfactoren

21. Worden er in uw gemeenten interventies toegepast in meer problematische wijken waar bijvoorbeeld positieve rolmodellen ontbreken en er weinig doorstroom is naar beter buurten door beperkte diensten en financiële middelen? (Snedker, Herting, & Walton, 2009; Van Ham, Hedman, Manley, Coulter, & Östh, 2014)

22. In hoeverre zijn deze interventies gericht om mensen te stimuleren en bewust te maken van de eigen bijdrage die zij kunnen leveren om de buurt te verbeteren? (Bradshaw, 2007).

23. Waarom is voor deze interventies gekozen? Welke overwegingen zijn hierin meegenomen?

Gezondheidsproblemen

26. Worden er in uw gemeenten interventies toegepast op het gebied van gezondheidsproblemen en armoede? (Lund, 2011; Willson & Shuey, 2018).

27. In hoeverre zijn deze interventies gericht op het promoten van een gezonde levensstijl?

28. In hoeverre zijn deze interventies gericht op de zelfmonitoring?

(Michie, Abraham, Whittington, McAteer, & Gupta, 2009).

29. Waarom is voor deze interventies gekozen? Welke overwegingen zijn hierin meegenomen?

Integraal beleid (Van Dijk, 2016; Williams, Costa, Odunlami & Mohammed, 2008)

30. Wat wordt volgens u verstaan onder een integraal beleid?

31. In hoeverre wordt er in uw gemeente gebruik gemaakt van een integraal beleid en hoe ziet dat er uit in uw gemeente?

32. In hoeverre is uw beleid gericht op het verkleinen van de sociaal-economische gezondheidsverschillen tussen mensen met een hoge en lage SES?

33. In hoeverre is het beleid gericht op de oorzaken van psychosociale stress en een ongezonde leefstijl op regionaal niveau, in de woonplaats en op wijkniveau?

34. In hoeverre is het beleid gericht op het veiliger maken van de woonomgeving en het verhogen van de sociale coherentie, waarbij gebruik wordt gemaakt van positieve rolmodellen en het aanbieden van recreatieve activiteiten en sport?

35. In hoeverre is het beleid gericht op het promoten van een gezonde levensstijl?

36. Wat is het beleid van de gemeenten om armoede en de daaraan gerelateerde gezondheidsproblemen terug te dringen en hoe geeft de gemeente dit beleid vorm? Wat is de samenhang hiertussen?

37. Zijn er interventies/programma's tools die worden er geïmplementeerd en hoe zijn deze met elkaar verbonden?

38. Welke visie heeft uw gemeente hierover?

39. Wat is jullie visie op de relatie tussen armoede en gezondheid?

40. Wordt er in uw gemeenten samengewerkt met andere gemeenten?

41. Welke verbeteringen zou u graag willen zien in uw gemeente?

42. Wat vind u persoonlijk belangrijk in de opstelling van een integraal beleid?
43. Wat vind u persoonlijk belangrijk bij de preventie van armoede/gezondheidsproblematiek?

Bijlage 3

Codeboom

- **Effectieve factoren**
 - Verbeteren opvoedingsvaardigheden ouder
 - Verminderen risicogedrag ouder
 - Verminderen probleemgedrag kind
 - Gezinsgerichte aanpak
 - Promoten gezonde levensstijl
- **Effectieve buurtfactoren**
 - Stimuleren eigen bijdrage
 - Positieve Rolmodellen
 - Promoten gezonde levensstijl
- **Effectieve schoolfactoren**
 - Stimuleren positieve gedragsverandering
 - Promoten gezonde levensstijl
- **Algemene factoren ***
 - Beleidsvoering algemeen
 - Duidelijke informatievoorziening
 - Actieve hulpverlening
 - Stimuleren arbeid en scholing
 - Leveren maatwerk
 - Inzet op vroegsignalering/preventie
 - Stimuleren eigen regie
 - In kaart problematiek
- **Randvoorwaarden integraal beleid**
 - Verkleinen sociaal economische gezondheidsverschillen lage en hoge SES
 - Gericht op verminderen oorzaken psychosociale stress/ongezonde levensstijl
 - Verhogen sociale cohesie
 - Samenwerking partners/zorgverleners
 - Beschikbaarheid personeel
 - Beschikbaarheid budget
 - Meer ruimte/tijd voor professionals
 - Verbeteren communicatie

* Er zijn enkele algemene factoren en randvoorwaarden in het rood gekleurd. Deze thema's kwamen niet uit de literatuur naar voren, maar kwamen wel uit de interviews naar voren. Deze thema's zijn later aan de codeboom toegevoegd.

Bijlage 4

Tabel 1.

De primaire factoren van de respondenten: gemeente en functie

Interview	Respondent(en)*	Gemeente	Functie
AL1	Respondent 1	Almere	Beleidsmedewerker
AL2	Respondent 2	Almere	Beleidsmedewerker
AL3	Respondent 3	Almere	Beleidsmedewerker
AL4	Respondent 4	Almere	Beleidsmedewerker
AL5	Respondent 5	Almere	Beleidsmedewerker
LE6	Respondent 6	Lelystad	Beleidsmedewerker
LE7	Respondent 7	Lelystad	Beleidsmedewerker
LE8	Respondent 8	Lelystad	Beleidsmedewerker
ID9	Respondent 9	Dronten	Beleidsmedewerker
ID10	Respondent 10, 11	Dronten	Beleidsmedewerkers
IU11	Respondent 12, 13	Urk	Beleidsmedewerkers
IU12	Respondent 14, 15, 16	Urk	Beleidsmedewerkers
IU13	Respondent 17	Urk	Beleidsmedewerker

IZ14	Respondent 18, 19	Zeewolde	Beleidsmedewerkers
IZ15	Respondent 20	Zeewolde	Beleidsmedewerker
IN16	Respondent 21	Noordoostpolder	Beleidsmedewerker

**De respondenten hebben een code gekregen op basis van de gemeente waar ze werkende zijn*